

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

## Article Original

# Les urgences andrologiques à l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott : aspects cliniques et thérapeutiques.

# Andrologic emergencies in Cheikh Zayed Hospital: clinical and therapeutical features.

**Auteurs** :
Yahya Tfeil, Mouhamedou Diagana

**Auteur correspondant** : Dr. Yahya TFEIL
E-mail : tefeil2000@gmail.com

**Affiliation des auteurs** :

[1] SERVICE D'UROLOGIE HCZ de Nouakchott (Mauritanie)

**Article Info**

Soumis :
le 18/08/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté le : 12/02/2017

## Résumé

**But** :

Il s'agit d' une étude rétrospective sur une période de 4 ans, recrutant toutes les urgences andrologiques reçues au service d'urgence de l' Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.

**Résultats**:

Nous avons recensé 582 patients d'âge moyen de 42,50 ans. La majorité des patients (73,53 %) avait un âge compris entre [3–45] ans. Les affections les plus fréquentes étaient les traumatismes des organes génitaux externes (OGE) (51,50 %) et les infections urogénitales (23,71 %). Le priapisme (2 %), et la torsion du cordon spermatique (TCS) (3 %)ont également été retrouvés. Parmi les urgences reçues, 370 ont nécessité des interventions chirurgicales. L'exploration et la suture des plaies des OGE (38,91 %) et la scrototomie exploratrice (21,62 %) étaient les principaux gestes effectués.

**Conclusion** :

Les traumatismes des OGE sont la principale urgence andrologique à l'hôpital cheikh Zayed de Nouakchott, Mauritanie.

**Mots clés** : Urgences andrologiques • traumatisme OGE • Infection urogénitale • Mauritanie.

## Abstract

**Aim** :

Describe clinical and therapeutic aspects of andrologic emergencies received in the service of urology, Cheikh Zayed Hospital, Nouakchott, Mauritania.

**Methodology** :

We retrospectively studied during 4 years all andrologic emergencies received at the Emergency service of Cheikh Zayed hospital.

**Results** :

We had a total of 582 patients. The mean age was 42.50 years. Most of our patients' age was between 3 and 45 years. The most frequent lesion was genito-urinary trauma (51.50%) and uro-genital infections (23.71%). Priapism(2%) and torsion of the spermatic cord (3%)were also frequent. We carried out 370 emergency surgical interventions. Exploration and suture of wounds of the external genitalia (38.91%) and the exploratory scrototomy (21.62%) were the main emergency procedures.

**Conclusion** :

Genito-urinary trauma are the most encountered andrologic emergencies in Nouakchott, Mauritania.

**Keywords** : Andrological emergency • Genitourinary trauma • Urogenital Infection • Mauritania.

Article original

## Introduction

Les urgences andrologiques occupent une part importante mais souvent sous-estimée de l'activité des services d'urologie. Leur prise en charge dans un contexte largement dominé par l'activité réglée pose de nombreux problèmes. En Mauritanie en particulier, bien que l'urgence soit un motif habituel de consultation et/ou d'hospitalisation dans les hôpitaux publics [1], les données sur l'épidémiologie des urgences andrologiques sont rares.

Leur prise en charge, par un personnel non qualifié, constitue un problème dans un milieu médical dominé par la chirurgie programmée, le faible nombre de chirurgiens urologues, l'inadéquation du plateau technique et une mauvaise organisation des structures de santé. Bien que le pronostic vital soit rarement engagé, ces urgences méritent d'être connues afin d'être correctement prises en charge.

Notre étude avait pour but de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des urgences andrologiques prises en charge en milieu africain.

## Matériel et méthode

Une étude rétrospective a été conduite pendant 4 ans, du Janvier 2012 à Décembre 2015, sur tous les cas d'urgences andrologiques au service des urgences de l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.

L'équipe de garde était composée de six infirmiers, de 4 médecins généralistes et d'un urologue en astreinte. Il existe au niveau du service une unité d'hospitalisation des urgences. Le médecin de garde assurait par ailleurs la surveillance des malades hospitalisés dans tout le service des urgences notamment les opérés récents. L'âge, le diagnostic, le diagnostic clinique, le traitement réalisé en urgence et la durée d'hospitalisation ont été enregistrés.

## Résultats

Nous avons enregistré cinq cent quatre-vingt-deux patients âgés de 3 et 85 ans. Leur âge moyen était de 42,50 ans, et plus de la moitié (61,26 %) avait entre16 et 45 ans (Fig .1).

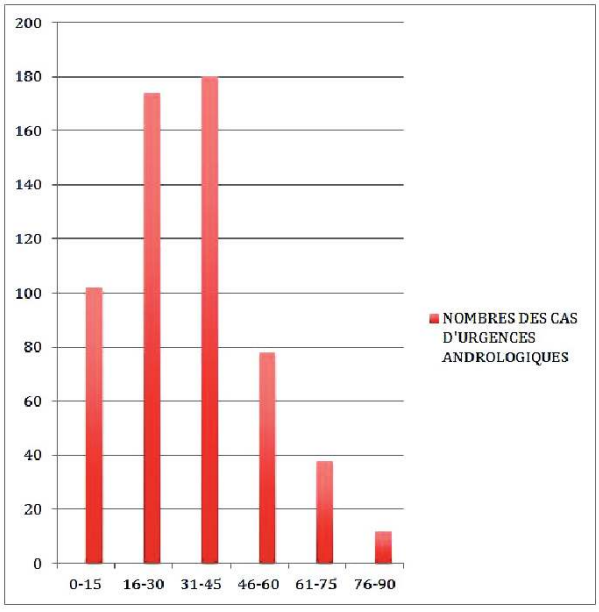



**Figure 1** : Répartition des urgences andrologiques reçues, selon les tranches d'âge

La pathologie andrologique la plus fréquemment retrouvée dans notre série était les traumatismes des organes génitaux externes (OGE), avec 51,50 % des cas (Tableau 1). Les accidents de la voie

**Tableau I** : Prévalence des pathologies andrologiques reçues

| Pathologies (n = 582) | Nombre de cas | % |
|---|---|---|
| Traumatismes OGE | 294 | 50,51 |
| Pénis | 84 | 14,43 |
| Scrotum | 156 | 26,80 |
| Testicules | 54 | 9,27 |
| Infections urogénitales basses | 138 | 23,71 |
| Gangrène des OGE | 78 | 13,40 |
| Orchiépidymites aiguës | 60 | 10,30 |
| Torsion du cordon spermatique | 66 | 11,34 |
| Priapisme | 66 | 11,34 |
| Accident de circoncision | 18 | 3,09 |

**Tableau II** : Traumatisme des bourses : rationnel et traitement

| Traumatisme | Lésions * | Traitement * |
|---|---|---|
| Bourses (n = 156) | Plaie du scrotum (40)<br>Traumatisme fermé (116) | Exploration-suture (40)<br>Surveillance/traitement médical (38)<br>Scrototomie exploratrice (66)<br>Échographie (12) |

* Sont indiqués dans les () le nombre de cas de lésions et de patients ayant reçu un traitement.

**Tableau III** : Répartition des gestes effectués en urgence, en fonction du diagnostic posé

| Diagnostic | Gestes (n = 370) | Nombre de cas | % |
|---|---|---|---|
| Trauma des OGE | Exploration et PEC plaies OGE | 144 | 38,91 |
| Suspicion TCS | Scrototomie exploratrice | 80 | 21,62 |
| Gangrène des OGE | Débridement | 44 | 11,89 |
| | Débridement + cystostomie | 32 | 8,64 |
| | Débridement + cystostomie + colostomie | 2 | 0,54 |
| Priapisme | Ponction corps caverneux | 46 | 12,43 |
| | Al-Ghorab | 4 | 1,08 |
| | Reprise circoncision | 12 | 3,24 |
| Accident circoncision | Hémostase tranche section verge | 6 | 1,62 |

OGE = organes génitaux externes

PEC = prise en charge

TCS = torsion du cordon spermatique

publique (39 %), les plaies par armes blanches ou à feu (27 %) et les accidents ludiques (13 %) étaient les principales causes de ces traumatismes. Dans 26,80 % des cas, ces traumatismes concernaient uniquement les bourses et étaient des traumatismes fermés avec hématome isolé du scrotum dans la plupart des cas. Le détail des lésions retrouvées et leur prise en charge sont résumés au Tableau 2.

Les lésions traumatiques du testicule ont été décrites chez 54 patients après examen clinique ou après une exploration scrotale. Nous avons retrouvé 16 contusions, 10 hématomes intratesticulaires, 10 plaies de l'albuginée, 6 cas d'écrasement testiculaire. La description précise des lésions testiculaires et leur traitement n'ont pas été précisés pour 10 patients.

La prise en charge de ces traumatismes testiculaires a consisté en un traitement chirurgical tel que la suture du scrotum pour tous les cas de contusions et d'hématomes intratesticulaires, une suture de l'albuginée avec du fil résorbable 3/0 pour les cas de plaie de l'albuginée. Huit orchidectomies ont été réalisées pour les cas d'écrasement testiculaire et de section incomplète du cordon spermatique.

Concernant les 84 traumatismes de la verge de notre série, les lésions étaient dans 70 % des cas des plaies de la peau de la verge ou des dermo-abrasions.

Le traitement de ces lésions a consisté pour l'essentiel au parage et/ou à la suture des plaies avec du Vicryl® 2/0.

Les complications sexuelles ou urinaires de ces traumatismes n'ont globalement pas pu être évaluées.

Les infections urogénitales basses (23,71 %) représentaient la seconde pathologie reçue en termes de fréquence. Le diagnostic de gangrène des OGE a été retenu pour 78 patients. Cette gangrène était secondaire à un rétrécissement urétral pour 48 patients, due à un abcès périanal pour deux patients et sans cause retrouvée pour 28 patients.

La prise en charge spécifique de ces patients est décrite au Tableau 3.

Soixante patients ont été pris en charge après un diagnostic clinique d'orchi- épididymite aiguë. Pour 44 d'entre eux, il a été retrouvé une notion de rapports sexuels à risque. Leur traitement a consisté en une association AINS, antalgiques et antibiotiques, associé au port d'un suspensoir. Aucun de ces patients n'a été revu à long terme, pour s'assurer du devenir du testicule malade.

Le priapisme a été retrouvé chez 66 patients, soit 11,34 % de notre série. Du point de vue étiologique, la drépanocytose a été retrouvée dans 38 cas, six cas étaient révélateurs d'une leucémie myéloïde chronique, six cas étaient d'origine médicamenteuse. Chez seize patients, la cause n'a pas été retrouvée.

La prise en charge de ces priapismes a consisté en un traitement médical (étiléfrine injectable et orale, exercice physique) pour 8 cas, une ponction évacuatrice des corps caverneux pour 46 cas, une anastomose cavernospongieuse selon Al-Ghorab pour 4 cas. Le traitement du priapisme n'a pas été précisé pour dix patients.

Sur l'ensemble des patients venus consulter pour grosse bourse aiguë douloureuse, nous avons diagnostiqué 214 victimes de traumatisme des bourses ou du testicule, 60 avaient une orchiépididymite aiguë et 66 étaient victimes de torsion du cordon spermatique (TCS). Une scrototomie exploratrice pour suspicion de TCS a été réalisée chez 80 pattients.

L'âge moyen de ces derniers patients était de 19 ans, avec des extrêmes de 3 et 35 ans. Le délai de prise en charge n'a pas pu être évalué. Une orchidopexie au dartos a été réalisée dans seize cas, une fixation du testicule en trois points de fil non résorbable 3/0 dans douze cas et une orchidectomie dans 38 cas.

Dix huit cas d'accidents de circoncision ont été retrouvés, tous les patients étant âgés de 0 à 15 ans. Douze patients venaient consulter pour hémorragie persistante, et six pour amputation totale du gland.

La prise en charge des 582 patients de notre série a nécessité un suivi en ambulatoire (18,24 %) ou une hospitalisation (81,76 %), dont la durée variait d'un jour à deux semaines.

Des interventions chirurgicales ont été réalisées en urgence sur 63,87 % des patients. L'exploration et la suture des plaies des OGE (38,91 %) et la scrotomie exploratrice pour suspicion de TCS (21,62 %) ont été les principaux gestes réalisés (Tableau 3).

## Discussion

La majorité de nos patients avait un âge entre 16 et 45 ans (âge moyen: 42,50 ans) [1]. Ces chiffres montrent que les urgences andrologiques touchent surtout les jeunes, contrairement aux urgences urologiques. En effet, des études antérieures menées en Mauritanie [2] en Guinée [3] et au Sénégal [4] ont montré que les urgences urologiques concernent plus les personnes âgées.

Les traumatismes des OGE représentaient 51,50 % des cas et occupaient la première place au tableau des urgences dans notre série. Ces traumatismes occupaient la troisième place dans la série de Bobo-Diallo et al. (7 %) [2] alors qu'ils ne représentaient que 3,7 % des cas chez Fall et al. [4] ainsi que chez Ould-Tfeil et al. [2]. Il est important de noter que ces séries concernaient les urgences urologiques en général. Ces traumatismes étaient essentiellement dus aux accidents de la voie publique (42 %). Les rixes (12 %) et les agressions à arme blanche (8 %) en sont également les causes. Paparel et al.au Cameroun [5] avaient trouvé que les reins (43 %) et les testicules (24 %) étaient les organes urogénitaux les plus atteints. les traumatismes des bourses étaient les urgences les plus fréquentes (26,80 %).

La pathologie infectieuse (23,71 %) occupait la deuxième place des urgences andrologiques de notre série. Elle était fortement dominée par la gangrène des OGE et du périnée (13,40 %), mais les orchiépididymites aiguës (10,30 %) ne sont pas rares. Ces chiffres sont comparables à ceux de Fall et al. [4] qui avaient trouvé que la pathologie infectieuse constituait la deuxième urgence urologique (16,4 %) à Dakar. Dans la plupart des études européennes [6,7,8] les gangrènes des OGE n'ont pas été rapportées. Cette pathologie semble être l'apanage des pays en développement, où la situation sanitaire est encore caratérisée par la fréquence élevée des infections opportunistes, et par une prise en charge tardive et parfois inadaptée des infections urogénitales.

Concernant les cas de priapisme retrouvés dans notre série, 57 % étaient d'origine drépanocytaire. Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés au Congo par Bouya et al. (62,7 %) [9]. Au Sénégal, Kane et al avaient retrouvé dans leur étude 43 % de patients drépanocytaires [10]. Pour le traitement complémentaire du priapisme, nous n'utilisions pas de l'Androcur®, pour nos patients drépanocytaires, comme le décrivent Roupret et al. [11], du fait du coût élevé de ce médicament.

L'âge moyen de 19 ans retrouvé dans notre série de patients victimes de TCS est comparable avec les résultats de Sarr et al. [12], qui avaient retrouvé un âge moyen de 21 ans à Dakar. De plus, notre résultat

est en adéquation avec ceux de Sauvat et al. [13] qui précisent que la TCS présente classiquement deux pics de fréquence: pendant la période néonatale et lors de l'adolescence.

Concernant le volet thérapeutique de la TCS, des 66 patients chez qui ce diagnostic a été retenu après scrotomie exploratrice, une orchidectomie a dû être réalisée dans 57,57 % des cas. Ce taux très élevé de castrations pourrait s'expliquer par le long délai de prise en charge des douleurs aiguës des bourses dans notre environnement. Ces résultats sont comparables à ceux de Sarr et al. (52 %) [12], mais différents de ceux de Zini et al. (15 %) [14] et de Hodonou et al. (18 %) [15]. Nos résultats confortent le fait qu'il est impératif de considérer comme urgence chirurgicale toute douleur aiguë du testicule, surtout chez le jeune garçon. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur la formation des médecins généralistes qui devraient être capables de réaliser une exploration chirurgicale de la bourse au moindre doute diagnostique.

Les actes en urgence concernant les circoncisions ont été peu retrouvés (dix huite cas), similaire à l'etude de Ba et al. [16] qui rapportent 20 cas, alors qu'ils étaient de 63 cas dans la série de Sylla et al. [17].

## Conclusion

Les traumatismes des OGE constituent l'urgence andrologique la plus fréquente à l'hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott. La gravité et la fréquence des gangrènes des organes génitaux sont considérables. Ces données soulignent l'importance des urgences andrologiques en Mauritanie et la nécessité de la mise en service de structures et de personnels spécifiquement formés pour leur prise en charge optimale.

**Conflit d'intérêt :**

*les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.*

## Références


[1]. Moby Mpah E.H. •. Fouda P.J,Sala-Beyeme T,• et al. Les urgences andrologiques en milieu urbain au Cameroun : aspects cliniques et thérapeutiques, Andrologie 2012;22:223-226.

[2]. Ould-Tfeil Y, Ould-Elmoctar CA, Ould-Jdoud C, Ca MO. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeu- tiques. Andrologie 2010; 20:144–7

[3]. Bobo-Diallo A, Bah I, Diallo TM, et al. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. Prog Urol 2010;20:214–8.

[4]. Fall B, Diao B, Fall P, et al. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Prog Urol 2008;l 18:650–3.

[5]. Paparel P, N'Diaye A, Laumon B, et al. The epidemiology of trauma of the genitourinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. BJU Int 2006;97:338–41.

[6]. Parra Muntaner L, López Pacios JC, Piñeiro Fernández MC, et al. Urologic disease emergency: clinico-epidemiolgic analysis at a district hospital. Arch Esp Urol 2001;54:411–5.

[7]. Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, et al. Épidémiologie des urgences urologiques en centre hospitalier universitaire. Prog Urol 2002;12:437–42.

[8]. Danuser H, Ackermann DK, Studer UE. Urological emergencies. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:749–55 ;

[9]. Bouya PA, Odzébé AWS, Koumou Moritoua RD, Elira Dokékias A. Priapisme aigu drépanocytaire : analyse de 20 cas trai- tés au CHU de Brazzaville. Andrologie 2011;21:34–7

[10]. 10. Kane R, Niang L, Berthe H, et al. Prise en charge du priapisme à Dakar: Basic Clin. Androl. 2012 ;22: 36. (doi:10.1007/s12610-012-0162-z)

[11]. Roupret M, Beley S, Traxer O, et al. Prise en charge du priapisme chez les patients drépanocytaires. Prog Urol 12005;5:392–6 11.

[12]. Sarr A, Fall B, Mouss B, et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar. Andrologie 2010;20:203–8.

[13]. Sauvat F, Hennequin S, Ait Ai Slimane M, Gauthier F. Un âge pour la torsion testiculaire ? . Arch Pediatr2002 9:1226–9.

[14]. Zini L, Mouton D, Leroy X, et al. Faut-il déconseiller l'échographie scrotale en cas de suspicion de torsion du cordon spermatique? Prog Urol 2003;13:440–4.

[15]. Hodonou R, Soumanou-Kaffo R, Akpo C. La torsion du cordon spermatique (TCS) : facteurs étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 33 cas au CNHU de Coto- nou. Med Afr Noire 1999; 46:69–74.

[16]. Ba M, Ndoye A, Fall PA, et al. Les fistules péniennes après circoncision : à propos de 20 observations. Andrologie 2000;10:87–115

[17]. Sylla C, Diao B, Diallo AB, et al. Les complications de la circoncision. À propos de 63 cas. Prog Urol 2003 ;13:266–72.