

*Article original*

Aspects épidémiologique-cliniques et étiologiques des Troubles du bas Appareil Urinaire chez l'homme dans l'unité d'urologie du Centre de Santé de Référence de la commune I de Bamako

Epidemiological-clinical and etiological aspects of Lower Urinary Tract Disorders in men in the urology unit of the Reference Health Center of commune I of Bamako

A Berthe*¹, AA Drago², A Maiga³, AD Ouattara⁴, B Ballo⁵, O Kone⁶, I Diarra⁷, A Kone⁸, CO Kamissoko⁹, MT Coulibaly⁴

Résumé

Objectif : Etudier les aspects épidémiologique et étiologiques des troubles du bas appareil Urinaire chez l'homme dans l'unité d'urologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive réalisée sur 24 mois, allant du 1er Février 2020 au 1er Février 2022. Elle a porté sur les patients adultes de sexe masculin ayant consulté dans le service pour toutes pathologies responsables d'un trouble du bas appareil urinaire dans l'unité d'urologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

Résultats : Sur un total de 925 patients vus en consultation pour toutes pathologies confondues, 234 étaient des hommes adultes qui ont consulté pour TUBA soit une fréquence de 25,29 %. L'âge moyen des patients était de 60 ans avec des extrêmes de 18 et 93 ans.

La pollakiurie était le motif de consultation le plus fréquent (40,2%) suivi de la dysurie (30,8%).

Une comorbidité a été retrouvée chez 31,6% des

patients et une hernie inguinale associée dans 3,8 % des cas.

L'échographie de l'appareil urinaire avec évaluation du résidu post mictionnel a été réalisée chez 89,7% de nos patients et une UCR-M dans 22,5% des cas. L'hypertrophie bénigne de la prostate était la principale l'étiologie des TUBA (51,1%) suivi de l'infection urinaire (19,2%)

Conclusion : Les troubles du bas appareil urinaire de l'homme adulte sont assez fréquents dans notre service. Les différents diagnostics ont été posés sans avoir à recourir à l'utilisation des moyens urodynamiques.

Mots-clés : Bas appareil urinaire, épidémiologique-clinique, étiologique.

Abstract

Objective: To study the epidemiological-clinical and etiological aspects of lower urinary tract disorders in men in the urology unit of the Reference Health Center of Commune I of Bamako.

Methodology: This was a cross-sectional study carried out over 24 months, from February 1, 2020 to February 1, 2022. It focused on adult male patients who consulted in the department for all pathologies responsible for a disorder of the lower urinary tract in the urology unit of the Reference Health Center of Commune I of Bamako.

Results: Out of a total of 925 patients seen in consultation for all pathologies combined, 234 were adult men who consulted for TUBA, a frequency of 25.29%. The average age of the patients was 60 years old with extremes of 18 and 93 years old.

Pollakiuria was the most common reason for consultation (40.2%) followed by dysuria (30.8%).

A comorbidity was found in 31.6% of patients and an associated inguinal hernia in 3.8% of cases. An ultrasound of the urinary tract with evaluation of the post-micturition residue was performed in 89.7% of our patients and a UCR-M in 22.5% of cases. Benign prostatic hypertrophy was the main etiology of LUTS (51.1%) followed by urinary tract infection (19.2%)

Conclusion: Disorders of the lower urinary tract in adult men are quite common in our department. The various diagnoses were made without having to resort to the use of urodynamic explorations.

Keywords: Lower urinary tract, epidemiological-clinical, etiological.

Introduction

Les reins assurent la production permanente et continue d'urine, son excrétion nécessite des voies urinaires perméables.

La miction est une fonction complexe, multifonctionnelle relevant essentiellement de la synergie fonctionnelle entre la vessie et l'urètre. La détérioration du système sphinctérien ou l'absence de coordination vésico-urétrale sont responsables des troubles du bas urinaire (TUBA). Chez l'homme, ces troubles sont très fréquents et relèvent surtout de la pathologie prostatique, urétrale et des atteintes neurologiques [1, 2, 3]. L'espérance de vie de l'homme

Malien a augmenté ces dernières années faisant resurgir des pathologies liées à l'âge en particulier les tumeurs prostatiques.

Ces troubles se manifestent généralement par une dysurie, une pollakiurie, une urgenturie, une incontinence urinaire, des brûlures mictionnelles, parfois une rétention aigue d'urine vésicale.

Ils sont décrits par les patients et confirmés par les explorations urodynamiques. Ils peuvent être évalués à l'aide d'outils validés, comme l'indice de symptômes urinaires de l'American Urology Association (AUA-7) ou le score de l'International Prostate Symptom Score (IPSS) [2].

Si plusieurs études ont été faites sur les TUBA ainsi que de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans d'autres continents [4,5], tel n'est pas le cas en Afrique noire en général et au Mali en particulier. Pourtant au Mali ces TUBA constituent l'une des principales causes d'incapacité professionnelle et d'altération de la qualité de vie des patients.

Ces TUBA sont évoqués à l'interrogatoire, mais leur diagnostic est difficile dans notre contexte en raison de l'absence d'explorations urodynamiques dans nos structures publiques.

Le diagnostic était basé surtout sur l'interrogatoire, l'examen physique et les examens radiologiques notamment l'échographie et l'urétrocystographie rétrograde mictionnelle (UCRM).

Malgré l'absence d'explorations urodynamiques, nous nous sommes proposé avec nos moyens de déterminer la fréquence, les étiologies de ces troubles chez l'homme dans l'unité d'urologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive réalisée sur 24 mois, allant du 1er Février 2020 au 1er Février 2022 dans l'unité d'urologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako.

Elle a colligé 234 patients adultes de sexe masculin présentant des troubles urinaires du bas appareil.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, les données

de l'interrogatoire, les Co-morbidités, les données de l'examen physique, les examens biologiques, l'échographie de l'appareil urinaire, l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCR-M), les étiologies.

Le diagnostic de TUBA a été posé par les données de l'interrogatoire avec évaluation du score d'IPSS au besoin, l'examen physique et certains examens para cliniques.

Les explorations urodynamiques n'ont pas été réalisées à cause de leur non faisabilité dans nos structures.

Le taux de créatinine considéré normal était celui inférieur à 120 µmol/l et celui du PSA total normal était inférieur à 4ng/ml. Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS18.0.

Résultats

Au cours de la période d'étude nous avons enregistré 234 patients sur un total de 925 patients vus en consultation soit une fréquence de 25,29 %.

La moyenne d'âge des patients était de 60 ans avec

des extrêmes allant de 18 ans à 93 ans.

Les motifs de consultation et les Comorbidités sont consignés dans le tableau I et la figure I.

La majorité des patients n'avait pas de comorbidité 151 patients (64,5%)

En plus des troubles du bas appareil urinaire 3,8% de nos patients avaient une hernie inguinale associée.

Un antécédent de bilharziose urinaire a été évoqué par 29,4% de nos patients, une cure herniaire dans 6,4% des cas et cure hémorroïdaire chez 3,8% des patients.

Le taux de créatinine était élevé dans 12,8% des cas (30 patients). Une infection urinaire était présente chez 153 patients soit 65,4% à l'examen cytobactériologiqueol des urines (l'ECBU). Le dosage du taux de PSA était élevé chez 62 patients (26,2%), le taux moyen était de 27ng/ml avec des extrêmes de 2 à 300ng/ml.

L'échographie de l'appareil urinaire avec évaluation du résidu post mictionnel a été réalisé chez 210 patients soit 89,7% et une urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCR-M) chez 24 patients soit 11%.

Les différentes étiologies en cause sont regroupées dans la figure II.

Tableau I: Répartition des patients selon les Motifs de consultation

Motifs de consultation (N=234)	Nombre	Pourcentage
Pollakiurie	94	40,2%
Brulures mictionnelles	55	23,5%
Urgenturie	66	28,2%
Incontinence urinaire	6	2,6%
Hématurie	12	5,1%
Dysurie	72	30,8%
Rétention aigue d'urine vésicale	26	11,1%
Total	234	100%

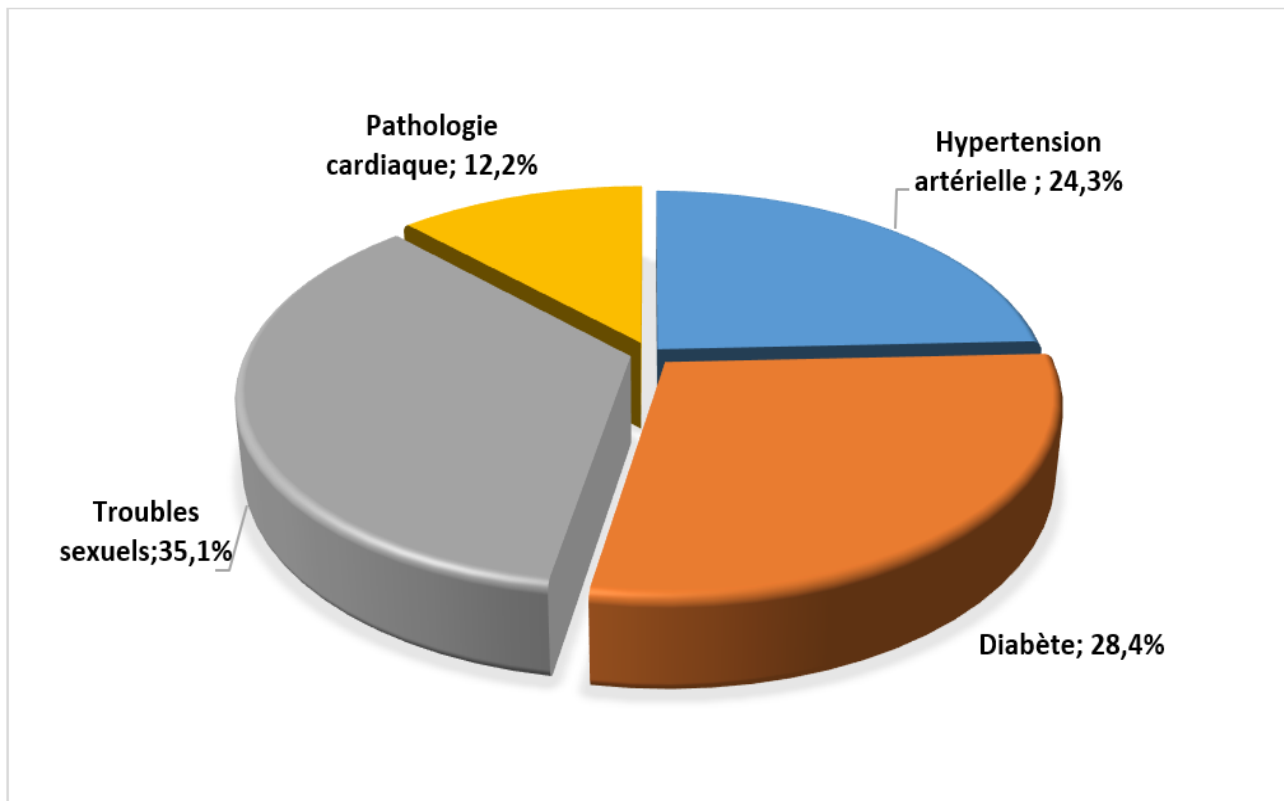


Figure 1 : Répartition des patients selon les comorbidités

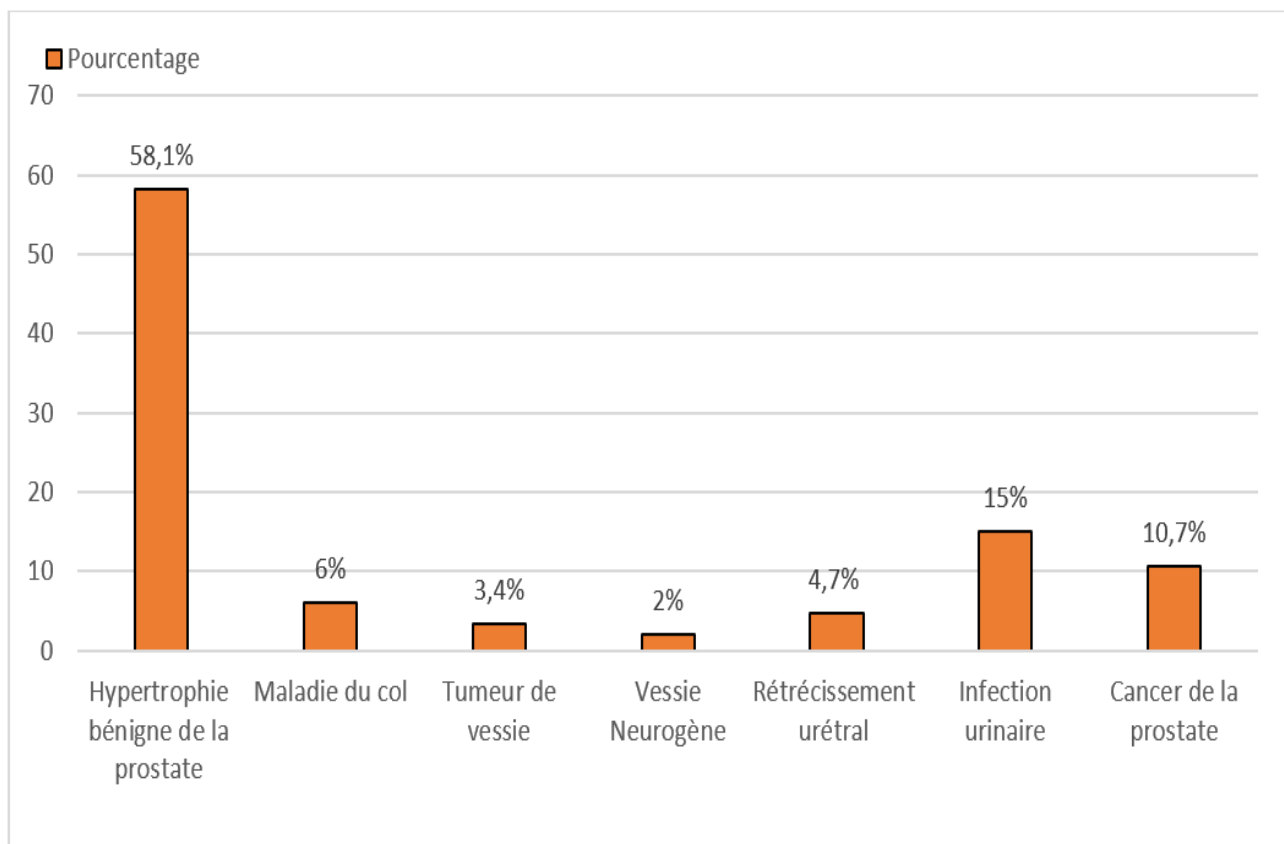


Figure 2 : Répartition des patients selon les étiologies

Discussion

Les troubles du bas appareil urinaire sont encore peu étudiés dans notre contexte. Leur prise en charge occupe une place importante dans notre pratique quotidienne.

Les données de l'interrogatoire :

- La fréquence des TUBA dans notre étude était de 25,29 % sur toutes les pathologies urologiques confondues chez l'homme. Notre fréquence est superposable à celle de Sangaré. D et al. qui avaient trouvé une fréquence de 23,38% [6].

- La moyenne d'âge des patients était de 60 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 93 ans. Nous avons constaté une augmentation de la prévalence des TUBA avec l'âge comme l'avait également observé certains auteurs au cours de leurs études [6,7]. Fouda et al avaient obtenu une moyenne d'âge inférieure que la nôtre (56 ans). Cette différence pourra s'expliquer par le fait que leur étude a porté que sur le dépistage volontaire.

- Plusieurs études ont montré la prédominance de la dysurie sur les autres signes des TUBA [3, 6, 9, 10]. La majorité de nos patients avaient consulté pour pollakiurie (40,2%). Dans l'étude de Massané Mouyendi. J et al [11], elle représentait 56% des motifs de consultation et 83% dans celle de Traoré et al. [12]. La pollakiurie est le symptôme le plus souvent rapporté par les patients. En effet, il est le signe qui entraîne dans ses deux variantes, diurne et nocturne, le maximum de gêne sociale et de détérioration de la qualité de vie [11]. Vingt-six patients (11,1%) ont été reçus en rétention aigue d'urine (RAU).

Cette proportion est proche de celles de Sangaré. D et al. [6] (12,5%), de Diakité et al. [10] (15,6 %). Elle est généralement liée à l'évolution de la pollakiurie et de la dysurie.

- Les Comorbidités :

Une ou plusieurs Comorbidités ont été notées chez 74 patients soit 31,6% des cas.

Les troubles sexuels étaient en tête suivi du diabète et de l'hypertension artérielle.

Dans l'étude de Sangaré. D et al, l'hypertension artérielle était la comorbidité la plus représentée avec une fréquence de 31,6%.

Nos résultats concordent avec ceux de certains auteurs qui ont conclu que la fréquence élevée de la DE chez les patients présentant les TUBA serait lié d'une part à l'impact négatif de l'altération de la qualité de vie due aux symptômes mictionnelles sur la fonction sexuelle et l'altération de la relaxation des fibres musculaires lisses au niveau de la prostate et des corps caverneux d'autre part. [13, 14,15].

Le diabète était la 2eme comorbidité la plus importante dans notre étude. Selon G. Capon et coll., la pathologie diabétique occasionne un retentissement important sur le bas appareil urinaire à travers le défaut de contractilité vésicale, la dysautonomie et les complications infectieuses [16].

- Examen physique:

L'examen physique avait permis de poser le diagnostic d'une hypertrophie prostatique chez 58,1% des patients.

En plus des troubles du bas appareil urinaire 3,8% de nos patients avaient une hernie inguinale associée.

Un antécédent de bilharziose urinaire a été évoqué par 29,4% de nos patients, une cure herniaire dans 6,4% des cas et cure hémorroïdaire chez 3,8% des patients. Borges dos Reis et al. [17] ont noté que 11-30% des patients ayant subi une cure herniaire, avaient consultés pour TUBA, l'effort de "poussée pour uriner" serait le facteur favorisant la survenue de ces pathologies.

- Les examens biologiques :

Le taux de créatinine était élevé chez 12,8% des patients.

Massané Mouyendi [11] et Ouattara Z [3] avaient obtenu des taux moins élevés soit respectivement 8,8%, et 11,8%. Cette hyper créatinémie témoin du début de l'insuffisance rénale obstructive serait en rapport avec le retentissement des troubles obstructifs sur le haut appareil urinaire.

L'examen cyto bactériologique des urines (l'ECBU)

avait permis de retrouver une infection urinaire chez 153 patients soit 65,4%. *Escherichia coli* (*E. coli*) était le germe isolé dans la majorité des cas (36,3%). Massandé Mouyendi et coll. [11] ont obtenu 20,6% de cas d'infection urinaire avec *E. coli* comme principal germe identifié. La proportion assez importante de diabétique dans notre échantillon pourrait expliquer cette fréquence élevée d'infection urinaire dans l'étude.

Selon R. Gonthier [18], le vieillissement du système vésico-sphinctérien serait le principal facteur favorisant la fréquence élevée de l'infection urinaire chez les sujets âgés.

Le dosage du taux de PSA était élevé chez 62 patients (26,2%), le taux moyen était de 27ng/ml avec des extrêmes de 2 à 300ng/ml.

- Les examens radiologiques :

L'échographie est un examen non invasif et accessible qui a été réalisé chez 210 patients soit 89,7%. Elle avait permis d'une part de trouver l'étiologie de certains TUBA notamment les hypertrophies prostatiques et d'autre part d'évaluer l'état du haut appareil urinaire et de la vessie.

Dans la série d'A. S. Allodé et coll, une échographie de l'arbre urinaire a été réalisée chez tous les patients, une obstruction du bas appareil urinaire était retrouvée dans 57,3% des cas [19].

Selon Oelke M et coll, l'échographie est un examen non invasif qui serait plus précis que certains examens urodynamiques tels que le Qmax (le débit urinaire) et le RPM dans le diagnostic étiologique des TUBA [20].

L'UCR-M avait permis de poser le diagnostic de rétrécissement urétral chez 4,7% des patients et de maladie du col vésical dans 6% des cas.

En opacifiant la filière cervico-urétrale, l'UCR M apporte la précision diagnostique quant aux obstructions d'origine urétrale et/ou cervicale.

Selon Maazou Halidou et coll, l'UCRM est le principal examen complémentaire du diagnostic du rétrécissement urétral [21].

- Les étiologies :

L'hypertrophie bénigne de la prostate avec 58,1% des cas était la 1ere cause de TUBA suivi de l'infection urinaire (15%).

Dans la série de Sangaré. D et al, l'hypertrophie bénigne de la prostate était en tête avec 54% des cas suivi du rétrécissement urétral (17 %). [6]

Selon A. S. Allodé et al, les tumeurs prostatiques représentent la 1ere cause d'insuffisance rénale obstructive liées aux obstacles sous vésicaux [19]. Nos résultats sont également superposables aux données de la littérature sur la fréquence de l'hypertrophie prostatique dans la genèse des TUBA [1, 2, 3].

Conclusion

Au terme de cette étude nous pouvons affirmer que les troubles du bas appareil urinaire de l'homme adulte sont assez fréquents dans notre service. Malgré la non faisabilité des examens urodynamiques dans nos structures, le diagnostic étiologique des TUBA est possible avec les moyens de bords. Leurs fréquences augmentent avec l'âge et l'hypertrophie bénigne de la prostate est généralement en cause.

*Correspondance

BERTHE Amadou,

amedbe@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Avril 2024

- 1 : Unité d'urologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako
- 2 : Unité d'endocrinologie et de diabétologie du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako
- 3 : Service d'hépatogastroentérologie du CHU du Point G (Bamako)
- 4 : Service d'urologie du CHU Gabriel Touré (Bamako)

- 5 : Unité d'urologie du Centre de santé de référence de Koutiala (Mali)
6 : Unité d'urologie du Centre de santé de référence de Markala (Mali)
7 : Unité de chirurgie générale du Centre de santé de référence de la commune I de Bamako.
8 : Service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali (Bamako)
9 : Centre de santé de référence de Sélingué (Mali)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby R.S et al. Troubles urinaires du bas appareil et dysfonction sexuelle masculine : l'Enquête MSAM-7 ou Enquête Multinationale de l'homme Agé. *Prog. Urol.* 2004, 14: 332-344.
[2] Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P et al. Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog. Urol* 2004, 14 : 1103-1111.
[3] Ouattara Z, Tembely A, Sanogo ZZ, Doumbia D, Cissé CMC, Ouattara K. Rétrécissement de l'urètre chez l'homme à l'hôpital du Point « G ». *Mali Médical*, 2004; 19 (4): 48-50.
[4] Flam T, Montauban V. Groupe Epimix ; Dépistage de l'hypertrophie bénigne de la prostate clinique en médecine générale : Enquête sur 18540 hommes *Prog Urol*, 2003 ; 13 : 416 – 424.
[5] Tsukamoto T, Kumamoto Y, Masumou N, Guess H. A., Jacobsen J. Steven and Lieber M. M., Prevalence of prostatism in Japanese in community – based study with comparism to similar America study. *J. Urol*, 1995; 154: 391 – 395.
[6] Sangaré D ; Diakité ML ; Ouattara AZ ; Berthé HJG; Tembely A; Ouattara K. Les Troubles du Bas Appareil Urinaire chez l'homme au service d'urologie du CHU du Point G. *Uro'Andro*,

- 2016 ; 1(5) :237-241.
[7] Jegou M; Lakroun S; AL Rahiss R; David J-P. Diagnostic et traitement des troubles urinaires du bas appareil de l'homme âgé hospitalisé. *La Revue de Gériatrie*, 2010; 35 (4):253-261.
[8] Fouda PJ, Moby Mpay EH. , Mekeme Mekeme J, Angwafor F, Sow M, Sosso MA. La Symptomatologie du Bas Appareil Urinaire de l'Homme à l'Hôpital Central de Yaoundé à propos de 329 Cas. *Health Sci. Dis.* 2013 ; 14 (3) :1-5.
[9] Lahiriri ND, Alumeti DM, Cirimwami P, Ahuka OL. Prise en charge diagnostique et chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate à l'hôpital de PANZI – République Démocratique du Congo. *Uro'Andro*, 2016; 1 (6): 289-293
[10]Diakité ML, Fofana T, Sanogo M, Kane SA, Ouattara Z, Ouattara K. Les rétrécissements de l'urètre au CHU Gabriel Touré à propos de 77 cas. *Méd. Afr. Noire*, 2012; 59 (4): 193-197.
[11]Massandé Mouyendi. J, Mougougou. A, Ndang Ngou Milama. S, Adandé Menest. E. Morbidité et mortalité après adénomectomie prostatique transvésicale au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. A propos de 68 cas. *Uro'Andro* 2017, 8(1):362-366
[12]Traoré C B, Kamaté B, Touré ML, Diarra T, Bayo S. Aspects anatomopathologiques, cliniques et radiologiques des tumeurs bénignes de la prostate au Mali, à propos de 759 cas. *Mali Médical*, 2006; 21(4): 32-34.
[13]B. Peyronnet, T. Seisen, V. Phé, V.Misrai, A. Taille, M. Rouprêt. Symptômes du bas appareil urinaire secondaire à une hyperplasie bénigne de prostate et dysfonction érectile : une revue systématique de la littérature. *ELSEVIER*, 2017;46 (2): 145-153
[14]A. Khallouk · Y. Ahallal · S. Mellas · M. Fadl Tazi · M.J. Elfassi · M.H. Farih. La dysfonction érectile associée à une hypertrophie bénigne de prostate (HBP) symptomatique : son lien avec le stade évolutif de l'HBP, et son évolution sous différentes thérapeutiques. *Androl*, 2010; 20:262-265

- [15]Nathalie MARIONNEAU, Paul PERRIN, Charles TAIEB. Les troubles urinaires du bas appareil sont faiblement associés à la dysfonction érectile. *Progrès en Urologie*, 2006 ; 16 : 572-577.
- [16]G. Capon, R. Caremel, M. de Sèze, A. Même, S. Fontaine, CM. Loché, S. Bart, E. Castel Lacanal, F. Duchêne, G. Karsenty, P. Mouracade, M.-A. Perrouin- Verbe, V. Phé, D. Rey, M.-C. Scheiber-Nogueira, X. Game. Le retentissement du diabète sur le bas appareil urinaire : une revue du comité de neuro-urologie de l'Association française d'urologie. *Progrès en Urologie*, 2016 ; 26(4) : 245-253
- [17]Borges dos Reis R; Rodrigues Neto AA; Reis LO; Machado RD; Kaplan S. Correlation between the presence of inguinal hernia and the intensity of lower urinary tract symptoms. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2011, 26 (2):125-128.
- [18]Gonthier R. Infection urinaire du sujet âgé. *La Revue de Gériatrie*, 2000; 25(2): 97-103.
- [19]A. S. Allodé, K. I.e Gandaho , A. M. Hodonou , B. T. Sambo, S. Ahoui, B. L. S. Gogan, M. Séto, B. Tchaou, B.Alassane. Insuffisance rénale obstructive à l'hôpital de zone de Tanguiéta au Bénin: Aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Uro'Andro*, 2017;1 (8):335-340
- [20]Oelke M, Hofner K, Jonas U, de la Rosette JJ, Ubbink DT, WijkstraH. Diagnostic accuracy of noninvasive tests to evaluate bladder outlet obstruction in men: detrusor wall thickness, uroflowmetry, post void residual urine, and prostate volume. *EurUrol* 2007; 52: 827-34.
- [21]Maazou Halidou, Harissou Adamou, Diongolé Hassane, Mahamadou Doutchi, Ibrahim Amadou Magagi, Ousseini Adakal, Amadou Roua, Soumana Djibo, Soumana Amadou. Profils Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques de la Sténose Urétrale de L'homme à l'Hôpital National de Zinder (HNZ), Niger. *European Scientific Journal*, 2020; 16 (9): 1857 – 7881 .
- Pour citer cet article :**
A Berthe, AA Drago, A Maiga, AD Ouattara, B Ballo, O Kone et al. Aspects épidémio-cliniques et étiologiques des Troubles du bas Appareil Urinaire chez l'homme dans l'unité d'urologie du Centre de Santé de Référence de la commune I de Bamako. *Jaccr Africa* 2024; 8(2): 161-168