



Article original

Panorama chirurgical des pathologies urogénitales dans le centre de santé de référence de Banamba (Mali) : Une expérience en milieu rural

Surgical overview of urogenital pathologies in the reference health center in Banamba (Mali):

An experience in rural areas

D Sangaré*^{1,3}, K Diarra¹, S Niaré¹, M Diallo¹, AB Ballo¹, I Diarra¹, D Coulibaly¹, R Samaké¹, A Coulibaly¹,
A Diallo¹, HJG Berthé²

Résumé

La chirurgie dans des conditions difficiles est abordée dans la littérature mais peu d'étude sont menées dans notre contexte d'où cette étude pour mettre un accent sur les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des pathologies urogénitales en milieu rural.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et mono centrique réalisée dans le centre de santé de référence de Banamba, entre Janvier 2018 et Janvier 2020.

Résultats : Deux cent quarante-quatre patients colligés sur un effectif de 547 patients reçu et opérés à la chirurgie soit 43,3 % des activités du bloc opératoire. L'âge moyen des patients était de 44,6 ans. La majorité des patients était de sexe masculin 164 cas soit 67,2%. Les symptômes majoritaires ont été à type de troubles urinaires 59 patients soit 24,2%, tuméfaction scrotale et inguino-scrotale chez respectivement 50 patients (20,5%) et 47 patients (19,3%). Le diagnostic a été clinique dans 57,4% soit 140 patients, l'échographie fut demandée chez 90 patients soit 36,9%, l'uroscanner chez 13 patients soit 5,3%, l'UCR-M chez un patient. Comme diagnostics retrouvés l'hypertrophie prostatique 18,0

%, la hernie inguino-scrotale 15,2%, les prolapsus pelviens 14,3%, les hydrocèles 12,3%, les anomalies de persistance du canal peritoneo-vaginal 11,5%, les tumeurs présumées bénignes utero ovariennes 6,1%, les lithiases urinaires 5,3%, le syndrome de jonction pyélo-urétérale 1,6%, la sténose urétérale 1,2%. Les pathologies ont été prises en charge selon le diagnostic retenu le plus souvent sous l'anesthésie générale, locale ou locorégionale avec des résultats satisfaisants. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7±4 jours.

Conclusion : Les pathologies urogénitales sont fréquentes en milieu rural, leur prise en charge est possible avec un minimum de plateau technique.

Mots-clés : Pathologies urogénitales, Milieu rural, Banamba, Mali.

Abstract

Surgery in difficult conditions is discussed in the literature, but few studies are conducted in our context, hence this study to emphasize the epidemiological-clinical and therapeutic aspects of urogenital pathologies in rural areas.

Methodology: This was a retrospective, descriptive

and single-center study carried out in the Banamba reference health center, between January 2018 and January 2020.

Results: two hundred and forty-four patients collected out of a total of 547 patients received and operated on for surgery, ie 43.3% of operating room activities. The average age of the patients was 44.6 years. The majority of patients were male 164 cases or 67.2%. The majority symptoms were urinary disorders 59 patients or 24.2%, scrotal and inguino-scrotal swelling in 50 patients (20.5%) and 47 patients respectively (19.3%). The diagnosis was clinical in 57.4% or 140 patients, ultrasound was requested in 90 patients or 36.9%, the CT scan in 13 patients or 5.3%, the UCR-M in one patient. As diagnoses found prostatic hypertrophy 18.0%, inguino-scrotal hernia 15.2%, pelvic prolapse 14.3%, hydroceles 12.3%, anomalies of persistence of the peritoneovaginal canal 11.5%, presumed benign utero ovarian tumors 6.1%, urolithiasis 5.3%, pyelo-ureteral junction syndrome 1.6%, and ureteral stenosis 1.2%. Pathologies were managed according to diagnosis most often retained under general, local or loco regional anesthesia with satisfactory results. The average length of hospital stay was 7 ± 4 days.

Conclusion: Urogenital pathologies are frequent in rural areas, their management is possible with a minimum of technical platform.

Keywords: Urogenital pathologies; rural environment; Banamba; Mali.

Introduction

Au Mali à l'instar des pays à faible PIB, l'offre de soin spécialisé en milieu rural souffre de l'insuffisance de spécialiste, de plateau technique, et surtout d'une inégalité de répartition des spécialistes au profit des grandes agglomérations. Malgré ces difficultés l'offre de soin chirurgical est une réalité dans la plupart des centres de santé primaire et secondaire de la pyramide sanitaire du Mali conformément à leur paquet d'activité. Ces activités chirurgicales sont diverses et variées en fonction de la ressource

humaine spécialisée disponible, du plateau technique et même du cadre organisationnel avec une grande disparité entre les zones urbaines et rurales.

Cependant la chirurgie en milieu rural dans des conditions difficiles est abordée dans la littérature avec des expériences diverses telles que Tamou Sambo B, Chiron P, Bonnet S, Goutorbe P [1-4]. Dans notre contexte peu d'étude sont menées en milieu rural d'où celle-là pour mettre en évidence le panorama chirurgical des pathologies urogénitales rencontrées par un urologue afin de mettre un accent sur les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et mono centrique réalisée dans le centre de santé de référence de Banamba, entre Janvier 2 018 et Janvier 2 020.

Le centre de santé de référence de Banamba est une structure secondaire de la pyramide sanitaire du Mali. Il est situé à 85 Km de Koulikoro (2 ème région administrative) et environ 145 Km de Bamako au nord-est. Il couvre une superficie de 7 500 Km² avec une population estimée à 269 348 habitants en 2 020 et couvre 20 aires de santé.

Notre étude a porté sur tous les patients opérés pendant cette période soit en chirurgie réglée ou d'urgence porteur d'une pathologie urogénitale d'emblée ou ayant un retentissement sur la sphère urogénitale.

Les paramètres suivants ont été étudiés et analysés sur SPSS.21.0 : l'âge des patients, le sexe, le motif de consultation, les explorations diagnostiques, le diagnostic, le type d'anesthésie, l'indication chirurgicale, le post-opératoire et le séjour hospitalier. Ces patients ont été revus pour un contrôle clinique dans un délai d'un à trois mois.

Résultats

Au cours de ces deux années d'étude nous avons colligé 244 patients porteurs de pathologies

urogénétales sur un effectif de 547 patients reçus et opérés à la chirurgie soit 43,3 % des activités du bloc opératoire. L'âge moyen de nos patients était de 44,6 ans avec des extrêmes allant de deux mois à 100 ans. La majorité de nos patients était de sexe masculin 164 cas soit 67,2%. Les symptômes du bas appareil urinaire ont été retrouvés avec ou sans complication chez 59 patients soit 24,2% suivis de la tuméfaction scrotale et inguino-scrotale chez respectivement 50 patients (20,5%) et 47 patients (19,3%). Le diagnostic a été clinique dans 57,4% soit 140 patients, l'échographie fut demandée chez 90 patients soit 36,9%, l'uroscanner chez 13 patients soit 5,3%, l'UCR-M chez un patient. La figure 1 et

le tableau 1 représentent respectivement les patients selon le diagnostic et l'indication chirurgicale.

L'anesthésie générale a été pratiquée chez 132 patients soit 54,1%, locale et locorégionale respectivement dans 67 cas (27,4%) et 45 cas (18,4%). Nous avons rencontré comme complication post-opératoire 20 cas de suppurations pariétales soit 8,2%, 11 cas d'hémorragie post-opératoire soit 4,5%, cinq cas d'incontinence urinaire soit 2% et six cas de fistule soit 2,5%. Le tableau II illustre mieux les suites post-opératoires en fonction des indications.

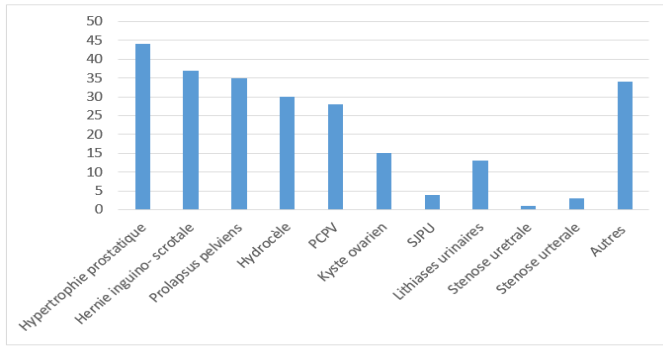
La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7±4 jours avec des extrêmes allant de quelques heures à 37 jours.

Tableau I : Répartition des patients selon l'indication chirurgicale

Indication	Effectif	Pourcentage
Adénomectomie	44	18
Cure herniaire	37	15,2
Cure PCPV	29	11,9
Cure Hydrocèle	29	11,9
Uretroplastie	1	0,4
Anastomose pyélo-urétérale	4	1,6
Cure de prolapsus	35	14,3
Réimplantation uretero-vésicale	3	1,2
Lithotomie	13	5,3
Kystectomie	15	6,1
Autres	34	13,9
Total	244	100

Tableau II : Suites post-opératoires en fonction des indications opératoires

Indication	Complication Post-opératoire							Total
	Simple	Suppuration	SEP-SIS	Hémorragie	Fistule	Hématome	Incontinence urinaire	
AVH	29	7	0	0	3	0	5	44
Autres	27	4	1	0	2	0	0	34
Cure HISC	26	2	0	2	0	7	0	37
Cure de Pcpv	22	0	0	1	0	6	0	29
Cure d'hydrocèle	19	3	0	0	0	7	0	29
URETROPLASTIE	1	0	0	0	0	0	0	1
RUV	3	0	0	0	0	0	0	3
Lithotomie	10	3	0	0	0	0	0	13
Cure SJPU	3	0	0	0	1	0	0	4
CURE PROLAPSUS	27	0	0	8	0	0	0	35
KYSTECTOMIE	14	1	0	0	0	0	0	15
Total	181	20	1	11	6	20	5	244



Autres : GEU, fibromyome utérin, Fistule urogénitale, cryptorchidie, masse testiculaire, nodule clitoris, kyste rénal, rupture de Douglas, traumatisme urogenital, gangrène des OGE, pyo-ovaire, sténose urétrale, priapisme.

Figure 1 : Répartition des patients selon le diagnostic.

Discussion

Selon la politique sanitaire du Mali une structure secondaire de la pyramide sanitaire couvre un certain nombre d'aires de santé et doit être capable de par le plateau technique permettre la réalisation de certains actes chirurgicaux (générale, gynéco-obstétricale, urologique etc.). Au cours de notre étude 547 patients ont été opérés par l'équipe chirurgicale de notre centre dont 244 patients porteurs de pathologies urogénitales soit 43,3% des activités du bloc opératoire. Malgré cette fréquence élevée des pathologies urogénitales en milieu rural, la fréquentation des structures sanitaires rurales reste timide liée à des considérations socio-économiques et l'afflux massif des patients vers les structures de haut niveau. L'âge moyen de nos patients était de 44,6 ans avec une prédominance masculine soit 67,2%. Au Bénin une étude sur les pathologies chirurgicales en milieu semi-rural dans un centre confessionnel en trois ans a porté sur 5 425 interventions chirurgicales avec la chirurgie viscérale au premier plan soit 37,92 %, l'âge moyen des patients était 24,54 ans avec des extrêmes de 2 jours et 72 ans et le sexe masculin était toujours le plus représenté [1].

Nous avons défini la pathologie urogénitale dans notre contexte comme toutes pathologies se développant directement aux dépens de la sphère urogénitale ou par

son développement retentir sur la sphère urogénitale. Les symptômes du bas appareil urinaire ont été retrouvés avec ou sans complication dans 24,2% des cas suivis de la tuméfaction scrotale et inguino-scrotale chez respectivement 20,5% et 19,3% des patients et en moindre mesure des symptômes abdomino-pelviens atypiques. La démarche diagnostique était basée sur l'interrogatoire, l'examen physique et souvent des examens paracliniques, ainsi le diagnostic a été clinique dans 57,4%, l'échographie fut demandée chez 90 patients soit 36,9%, l'uroscanner chez 13 patients soit 5,3%, l'UCR-M chez un patient. L'un des défis des structures secondaires reste l'amélioration du plateau technique pour des fins diagnostique et thérapeutique. A noté que notre structure ne dispose que d'un appareil d'échographie d'ancienne génération. Pour les autres examens c'est au prix d'un aller-retour vers la capitale ce qui augmente considérablement les pertes de vues.

Les principaux diagnostics retrouvés ont été l'hypertrophie prostatique 18,0 %, la hernie inguino-scrotale 15,2%, les prolapsus pelviens 14,3%, les hydrocèles 12,3%, les anomalies de persistance du canal péritoneo-vaginal 11,5%, les tumeurs présumées bénignes utéro ovariennes 6,1%, les lithiases urinaires 5,3%, le syndrome de jonction pyélo-urétérale 1,6%, la sténose urétérale 1,2%.

L'hypertrophie prostatique peut être maligne ou bénigne. Sa composante bénigne touche environ 50% des hommes de plus de 60 ans, il s'agit d'un processus naturel lié à la prolifération du tissu conjonctif et de l'épithélium glandulaire peri-urétral [5,6]. Parmi les hommes touchés 15 à 30% sont symptomatiques et développent les troubles du bas appareil urinaire à type de dysurie, pollakiurie et parfois même des rétentions d'urine vésicale [7]. La prise en charge de l'hypertrophie prostatique est chirurgicale après l'échec du traitement médical. Le traitement médicamenteux initial chez nous comme à l'instar des autres pays passe par les médecins généralistes, ainsi il ressort dans la littérature que 80% des traitements médicamenteux initiaux sont prescrits par les médecins généralistes [8].

Les hernies de l'aine constituent une pathologie relativement fréquente dont l'incidence est sous-estimée en Afrique [9]. Elle peut être simple ou se compliquer d'étranglement dont le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge. La variante inguinoscrotale existe et se définit comme une hernie qui s'étend au-dessous de la partie interne de la cuisse quand le patient est en position debout [10]. Ces hernies sont rares dans les pays industrialisés mais fréquentes en Afrique [11].

Le prolapsus genital de la femme peut se définir comme une hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien. Il peut s'agir soit du compartiment antérieur (vesical), moyen (utérus ou fond vaginal) ou postérieur (rectum, cul de sac de Douglas et son contenu). C'est une affection fréquente dont la prévalence varie de 2,9% à 11,4% ou 31,8% à 97,7% selon qu'on utilise un questionnaire ou un examen clinique [12]. Les symptômes qui amènent à consulter sont urinaires, génito-sexuels ou anorectaux. L'incidence cumulée de la chirurgie atteint 11% au-delà de 70 ans [12].

L'hydrocèle représente la troisième cause la plus fréquente des grosses bourses (17,8 %), derrière les orchiepididymites (24,3 %) et les hernies inguinoscrotales (20,0 %) [13]. Elle peut être secondaires liée à la filariose lymphatique (*Wuchereria bancrofti*), ou la tuberculose urogénitale [14-16]. Sur le continent africain, La proportion importante des hydrocèles secondaires (en particulier en zone d'endémie filarienne) et la fréquence des hydrocèles « chronicisées », par défaut d'offre de soins font de l'hydrocèle une question de santé publique en Afrique subsaharienne [3,13]. Dans le cadre des stratégies d'éradication de la filariose lymphatique dans les zones endémiques, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) depuis quelques années organise des camps de chirurgie des cas d'hydrocèle dans trois pays de l'Afrique de l'ouest (Mali, Burkina Faso et le Niger) et qui en plus de la gratuité des soins participe à la formation des médecins généralistes.

La persistance du canal peritoneo-vaginal est aussi

retrouvée dans notre étude, il s'agit d'une malformation congénitale constituant le support anatomique de la hernie inguinale ou inguino-scrotale, de l'hydrocèle communicante ou du kyste du cordon. Une pathologie fréquente avec une incidence estimée à 2,4%, et varie selon les auteurs entre 0,8-4,4% à 13,44% [17]. Une bonne connaissance de l'embryologie du canal peritoneo-vaginal permet de mieux comprendre sa pathogénie et faciliter sa prise en charge.

En cinquième position nous retrouvons les kystes de l'ovaire et les pathologies d'allure bénignes utero ovariennes. Ils peuvent se révéler dans un contexte d'urgence telle que les torsions du kyste ou des hémorragies avec des anémies sévères donc nécessitent une prise en charge rapide. Une étude réalisée sur l'épidémiologie des tumeurs ovariennes présumées bénignes stipule que la prévalence des kystes ovariens est disparate et est de l'ordre de 18% chez les femmes ménopausées, 7% chez les femmes en période d'activités génitales, 1- 12 % chez les prépubères et les adolescentes et de 0,35- 5% pendant la grossesse [18].

La lithiase urinaire bien que plus fréquente dans les pays industrialisés, elle est de plus en plus retrouvée dans nos pays en rapport avec une modification de l'alimentation. Elle est fréquente et récidivante pouvant évoluer de longues années à bas bruit, tout comme nécessiter un traitement en urgence. La prévalence est de l'ordre de 5 à 10 % de la population avec une incidence annuelle de 0,1 à 0,3 % essentiellement entre 20- 60 ans. Le sex- ratio est de 3 hommes pour une femme [19]. Chez les enfants elles sont beaucoup plus rares et on estime qu'elles sont 50 à 100 fois moins fréquentes [20]. La symptomatologie est surtout marquée par la douleur lombo-abdominale à type de colique néphrétique pour les atteintes du haut appareil urinaire et des troubles du bas appareil pour la vessie et urètre avec parfois une rétention d'urine vésicale dans un contexte d'infection urinaire. Les causes sont multiples et sont d'ordre nutritionnel ; infectieux ; malformatif et héréditaire [21]. La prise en charge a beaucoup évolué dans ces dernières décennies et dépend surtout du plateau technique.

Toutes ces pathologies ont été prises en charge selon nos compétences et selon la médecine basée sur les preuves, le plus souvent sous anesthésie générale, locale ou locorégionale avec des résultats satisfaisants.

Conclusion

Les pathologies urogénitales sont fréquentes en milieu rural, leur prise en charge est possible en périphérie avec un minimum de plateau technique. Cependant des efforts restent à faire pour la formation et la répartition adéquate des ressources humaines qualifiées dans nos structures à l'intérieur du pays.

*Correspondance

Sangaré Daouda

daouda.sang@yahoo.fr

Disponible en ligne : 25 Avril 2022

1 : Centre de santé de Banamba (Koulikoro)

2 : CHU de Point-G

3 : CHU de Kati

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Tamou Sambo B, Hodonou MA, Allodé SA. Bilan des activités de chirurgie viscérale dans un hôpital de zone au Bénin : Aspects épidémiologique, diagnostic et résultats de trois ans (2013 à 2015). *WWJMRD* 2018; 4(2): 108-110.
- [2] Bonnet S, Bertani A, Abdalla S, Laroche J, Bordes J, Fournier R, Pons F, Savoie P.H. Prise en charge chirurgicale des volumineuses hernies inguinoscrotales avec des ressources limitées en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales* 2013 ; 23 : 11-15.
- [3] Chiron P, Amadane N, Bonnet S, Laroche J, Fournier R,

- Savoie P-H. Cure d'hydrocèle par un chirurgien généraliste en poste isolé en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales* 2014 ; 24 : 32-38.
- [4] Goutorbe P, Lacroix G, Pauleau G, Daranda E, Goin G, Bordes J, Meaudre E, Balandraud P. Cure de hernie inguinale en environnement difficile : faisabilité et efficacité du bloc ilio-inguinal et iliohypogastrique. *Médecine et Santé Tropicales* 2013 ; 00 : 1-4.
- [5] Thope A, Neal D. Benign prostatic hyperplasia. *Lancet* 2003 ; 361 (9366) :1359-67.
- [6] ANAES : Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Texte de recommandation de l'ANAES mars 2020 (<http://WWW.anaes.fr>).
- [7] P.Bigot, F.Vannier, M.Orsat, S.Lebdai, J.F.Huez, S.Fanello, A.R.Azzouzi. Evaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire .*Progrès urologie* 2010 ; 20 :65-70.
- [8] Lukac B, Management of symptomatic BPH in France : who is treated and How ? *Eur urol* 1999 ; 36 :14-20.
- [9] Massengo R, Yaba-Ngo B. Les hernies étranglées de l'aîne : a propos de 138 cas chez l'adulte. *Med Trop* 1986;46(1):39-42.
- [10] Hodgkinson DJ, McIltrath DC. Scrotal reconstruction for giant hernias. *Surg Clin North Am* 1984 ; 64 : 301-13.
- [11] Vano-Galvan S, Guisado-Vasco P, Jaen P. Giant inguinoscrotal hernia. *Aust Fam Physician* 2009 ; 38 : 222-3.
- [12] L.Le Normand, M.Cosson, F.Cour, X .Deffieux ,L. Donon, P. Ferry, B.Fatton, J.F.Hermieu, H.Marret, G.Meurette, A. Cortesse ,L.Wagner, X.Fritel. Recommandation pour la pratique clinique :synthèse des recommandations pour le traitement clinique du prolapsus genital non récidive de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP . *Journal gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2016 ; 1606-1613.
- [13] Ouattara K, Dafe SI, Yakwe Y, Cisse C. Enquete sur les « grosses bourses » en zone tropicale. A propos de 185 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1991 ; 38 : 850-5.
- [14] Gyapong M, Gyapong J, Weiss M, et al. The burden of hydrocele on men in Northern Ghana. *Acta Tropica* 2000 ; 77 : 287-94.
- [15] Gueye SM, Ba M, Sylla C, et al. Epididymal manifestations

of urogenital tuberculosis. *Progrès en Urologie* 1998 ; 8 : 240-3.

- [16] El Khader K, Lrhorfi MH, El Fassi J, et al. Tuberculose urogénitale. Expérience de 10 ans. *Progrès en Urologie* 2001 ; 11 : 62-7.
- [17] Zivkovic D, Varga J, Grebeldinger S, Dobanovacki D, Borisev V: External genital abnormalities in male school children: an epidemiological study. *Med Pregl* 2004;57:275–278.
- [18] Mimoun, Fritel, A. Fauconnier, X. Deffieux, A. Dumont, C. Huchon. Epidémiologie des tumeurs ovariennes présumées bénignes. *Journal gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 2013 ; 42 :722-729.
- [19] Lithiase urinaire de l'enfant. O. Traxer, E. Lechevallier, C. Saussine. *Progrès en urologie* 2018 ; 18 :802-14.
- [20] La lithiase urinaire de l'enfant. Dore B, Daudon M, Biserte J. *Progrès Urologie* 1999 ; 9 :96-113.
- [21] La lithiase urinaire de l'enfant : contributions de l'anamnèse, de l'exploration biologique et de l'analyse physique des calculs au diagnostic étiologique. Kamoun A, Zghal A, Daudon M, Ben Ammar S, Zerelli L, Abdel-moula J. *Arch Pediatr* 1997 ; 4 :629-38.

Pour citer cet article :

D Sangaré, K Diarra, S Niaré, M Diallo, AB Ballo, I Diarra et al. Panorama chirurgical des pathologies urogénitales dans le centre de santé de référence de Banamba (Mali) : Une expérience en milieu rural. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 174-180