

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union · Discipline · Travail

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE

Année 1993-1994

N ° .....

# THESE

*Pour le*

**DOCTORAT D'ETAT  
EN MEDECINE**

*par*

**N'GUESSAN KOFFI**

Interne des Hôpitaux  
Né le 09 mai 1964 à Abidjan

**LE TRAITEMENT DES  
RETRECISSEMENTS URETRAUX**  
*A propos de 25 cas d'urethroplastie  
en un temps par lambeau périnéal  
pédiculé (Technique de J. Blandy)*

*Présentée publiquement le 18 Juillet 1994*

**COMPOSITION DU JURY :**

- Président :** Monsieur le Professeur KEBE Memel Jean-Baptiste
- Directeur de Thèse :** Monsieur le Professeur Agrégé GNAGNE YADOU Maurice
- Assesseurs :** Monsieur le Professeur KONE NOUHOU  
Monsieur le Professeur N'GUESSAN KONAN Gabriel  
Monsieur le Professeur Agrégé OUEGNIN Georges Armand

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT  
DE LA FACULTE DE MEDECINE  
1993-1994**

**DOYENS HONORAIRES :** P. PENE - E. BERTRAND - TH. Koffi ALLANGBA - A. YANGNI-ANGATE  
L. K. MANLAN

**PROFESSEURS HONORAIRES :** J. ASSI ADOU - H. AYE - J. BADOUAL - A. BONDURAND -  
J. BONHOMME - F. BONNET de PAILLERETS - A. BOURGEADE - M. BOUVRY - J. P.  
BRETTES - J.P. BUREAU - R. CABANNES - M. CLERC - L. CORNET - N. COULIBALY - P. K.  
COWPPLI-BONY - G. DANON - S. DIARRA - P. DELORMAS - J. DOUCET - M. DUCHASSIN - A.  
ETTE - M. ETTÉ - H. GALLAIS - G. K. GUESSEND - G. HAEFFNER - M. HAZERA - P. HEROIN -  
J.B. KEBE - F. S. KETEKOU - M. KOUASSI - M. LEBRAS - R. LOUBIERE - D. METRAS -  
G. MORLIER - J. D. RAIN - R. RENAUD - J. RITTER - S. SANGARE - M. SANGARET - J. J.  
SANTINI - J. VILASCO

---

<b>DOYEN :</b>	<b>DJEDJE</b>	<b>ANDRE-THEODORE</b>
<b>ASSESSEURS :</b>	<b>SANGARE</b>	<b>AMADOU</b>
	<b>DAGO</b>	<b>AKRIBI AUGUSTIN</b>
	<b>WELFFENS-EKRA</b>	<b>CHRISTIANE</b>

***I - PROFESSEURS TITULAIRES***

1 ANDOH	JOSEPH	PEDIATRIE
2 ATTIA	YAO ROGER	HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
3 BEDA	YAO BERNARD	MEDECINE INTERNE
4 BOHOUSSOU	KOUADIO MARCELLIN	GYNECO - OBSTETRIQUE
5 COULIBALY	OUZZIN ANDRE	CHIRURGIE THORACIQUE CARDIO VASCULAIRE.
6 DAGO	AKRIBI AUGUSTIN	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
7 DJEDJE (DOYEN)	ANDRE THEODORE	RADIOLOGIE
8 DJEDJE	MADY ALPHONSE	UROLOGIE
9 DJIBO	WILLIAM	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO.
10 EHOUMAN	ARMAND	HISTO - EMBRYO - CYTOGENETIQUE
11 GADEGBEKU	ANANI SAMUEL	STOMATO.CHIR. MAXILO-FACIALE
12 KADIO	AUGUSTE	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
13 KANGA	JEAN-MARIE	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
14 KONE	NOUHOU	GYNECO - OBSTETRIQUE
15 KOUAME	KONAN JOSEPH	PEDIATRIE
16 MÓBIOT	MANDOU LEONARD	CHIRURGIE PEDIATRIQUE

17	N'DRI	KOFFI DOMINIQUE	ANESTHESIE-REANIMATION
18	N'GUESSAN	KONAN GABRIEL	ANATOMIE-UROLOGIE
19	NIAMKEY	EZANI KODJO	MEDECINE INTERNE
20	ODEHOURI	KOUDOU PAUL	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
21	ODI	ASSAMOI MARC	CARDIOLOGIE
22	ROUX	CONSTANT	CHIRURGIE INFANTILE
23	SANGARE	AMADOU	HEMATOLOGIE
24	SANGARE	IBRAHIMA SEGA	UROLOGIE
25	WELFFENS-EKRA	CHRISTIANE	GYNECOLOGIE-OBSTETIQUE
26	YAO-DJE	CHRISTOPHE	UROLOGIE

## II - PROFESSEURS ASSOCIES

1	GIORDANO	CHRISTIAN	NEUROLOGIE
---	----------	-----------	------------

## III - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1	ABBY	BLAGUET CLEMENT	RADIOLOGIE
2	ABISSE	AGBA	IMMUNO HEMATOLOGIE
3	ADOH	ADOH	CARDIOLOGIE
4	ADOM	AHOUSSE HILAIRE	MEDECINE INTERNE
5	AGUEHOUNDE	COSME	CHIRURGIE INFANTILE
6	ANONGBA	DANHO SIMPLICE	GYNECO-OBSTETRIQUE
7	AOUSSE	EBA FRANCOIS BALISE	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
8	ASSA	ALLOU	STOMATO CHIR. MAXILO-FACIALE
9	ASSE	N'DRI HENRI	TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE
10	BA	ZEZE VINCENT	NEURO-CHIRURGIE
11	BAMBA	MEMA	O.R.L.
12	BANA	ABDOULAYE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
13	BASSIMBIE-DANHO	JEANNETTE	IMMUNO ET HEMATOLOGIE
14	BISSAGNENE	EMMANUEL	MALADIES INFECTIEUSES
15	BOA	YAPO FELIX	NEUROLOGIE
16	BOGUI	PASCAL	PHYSIOLOGIE ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLE
17	CAMARA	BENOIT MATHIEU	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
18	COFFI	DICK SYLVAIN	ANESTHESIE REANIMATION
19	DA SYLVA-ANOMA	SYLVIA HELENA	CHIRURGIE INFANTILE
20	DECHAMBENOIT	GILBERT MARCEL	NEUROLOGIE
21	DELAFOSSÉ	ROGER CHARLES	PSYCHIATRIE
22	DIALLO	AMADOU DEMBA	NEPHROLOGIE
23	DIE	KACOU HENRI MAXIME	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
24	DIOMANDE	MOHENOU ISIDORE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
25	DJEHA	DJOKOUEHI	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
26	DOSSO-BRETIN	MIREILLE	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
27	ECHIMANE	KOUASSI ANTOINE	CANCEROLOGIE
28	EDOH	VINCENT	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
29	EHOUE	FLORENT	O.R.L.
30	EHUA	SOMIAN FRANCIS	CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE
31	EKRA	ALAIN	CARDIOLOGIE
32	FADIGA	DOUGOUTIKI	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
33	FANY	ADAMA	OPHTALMOLOGIE
34	GNAGNE	YADOU MAURICE	ANATOMIE
35	GNIONSAHE	DAZE APPOLINAIRE	NEPHROLOGIE
36	HONDE	MICHEL	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
37	HOUENOU-AGBO	YVELINE	PEDIATRIE NEONATALE
38	KAKOU	GUITKAHUE (MINISTRE)	CARDIOLOGIE
39	KANGAH	DIEKOUADIO	PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
40	KANGA	MESSAN	CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE

41	KASSANYOU	SALAMI	ANATOMIE CHIRURGE GENERALE
42	KATA	KEKE JOSEPH	UROLOGIE
43	KETTA	CHEIKH	OPHTALMOLOGIE
44	KETTA	KADER	RADIOLOGIE
45	KONE	DRISSA	PSYCHIATRIE
46	KONE	MAMOUROU	GYNECO-OBSTETRIQUE
47	KONE	SAFEDE	OPHTALMOLOGIE
48	KOUAKOU	N'ZUE MARCEL	RHUMATHOLOGIE
49	KOUASSI	BEUGRE ERNEST	NEUROLOGIE
50	KOUASSI	JEAN-CLAUDE	CHIRURGIE GENERALE
51	KOUASSI	KANGA	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
52	KOUASSI	KONAN BERTIN	O. R. L.
53	LAMBIN	YVES	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
54	LOCKROU	LOHOURIGNON ADRIEN	ENDOCRINOLOGIE
55	MANLAN	KASSI LEOPOLD ELOI	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
56	MANZAN	KONAN	UROLOGIE
57	MIGNONSSIN	DAVID	ANESTHESIE - REANIMATION
58	N'DORI	RAYMOND FRANCOIS	CARDIOLOGIE
59	N'DRI-YOMAN	AYA THERESE	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
60	N'GUESSAN	HENRI ALEXANDRE	CHIRURGIE GENERALE
61	NAMA-DIARRA	ALIMATA JEANNE	MEDECINE SOCIALE ET SANTE PUBLIQUE
62	OUATTARA	DILAI NOEL	RADIOLOGIE BIOPHYSIQUE
63	OUEGNIN	GEORGES ARMAND	UROLOGIE
64	OULAI	SOUMAHORO	PEDIATRIE
65	SEKA	ASSI REMI	RADIOLOGIE
66	SESS	ESSAGNE DANIEL	BIOCHIMIE MEDICALE
67	SOMBO	MAMBO FRANCOIS	IMMUNOLOGIE
68	TAGLIANTE-SARACINO	CHAPMAN JANINE	MEDECINE SOCIALE ET SANTE PUBLIQUE
69	TEA	DAIGNEKPO NORBERT	IMMUNO ET HEMATOLOGIE
70	TIMITE-KONAN	ADJOJA MARGUERITE	PEDIATRIE
71	TOURE	STANISLAS ANDRE	CHIR. ORTHOP. ET TRAUMATOLOGIQUE
72	TOURE-COULIBALY	KARIDIATA	GYNECO-OBSTETRIQUE
73	TOUTOU	TOUSSAINT	MEDECINE INTERNE
74	TURQUIN	TRAORE HENRI	CHIRURGIE GENERALE
75	VARANGO	GUY GASTON	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
76	YAPI	ACHY	PNEUMOPHTISIOLOGIE
77	YAPOBI	YVES RENE	ANESTHESIE - REANIMATION
78	YOBOUET-YAO	PAULINE	DERMATOLOGIE - VENERO-ALLERGOLOGIE

#### IV - MAITRES ASSISTANTS - CHEFS DE TRAVAUX

1	ADJOBI	ELLO	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
2	ADJOJA	RITH PASCAL	O. R. L.
3	AMON	TANOI FLORE	PEDIATRIE
4	AMONKOU	AKPO	ANESTHESIE - REANIMATION
5	ASSOUMOU	AKA	PARASITOLOGIE
6	BANKOLE-SANI	ROUMANATOU	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
7	BONI	EHOUMAN SERGE	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
8	BONNY	JEAN SYLVAIN	MEDECINE DU TRAVAIL
9	COULIBALY	MAKAN	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
10	CREZOIT	GREBERET EMMANUEL	STOMATOLOGIE
11	D'HORPOCK	AHOUA	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
12	DAH	CYRILLE SERGES	PHYSIOLOGIE
13	DANGUY-AKA	VANGAH ELISABETH	PNEUMOPHTISIOLOGIE
14	DICK	KOBINAN RUFIN	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
15	DJANHAN	YAO	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
16	DO REGO	ANICET	PEDIATRIE
17	FAL	ARAME	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

18	FAYE-KETE ACHI	YAOBLA HORTENSE	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
19	KACOU	AKA RIGOBERT	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
20	KOUAKOU	FIRMIN	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
21	KPLE-FAGET	PAUL	IMMUNIO ET HEMATOLOGIE
22	MALEOMBHO	JEAN-PIERRE	CHIRURGIE TRAUMATO-ORTHOPEDIQUE
23	MEITE	MORI	IMMUNO ET HEMATOLOGIE
24	N'DRI	N'GUESSAN	HEPATHO-GASTRO-ENTEROLOGIE
25	OUHON	JEAN	PARASITOLOGIE
26	PLO	KOUIE JEANNOT	PEDIATRIE
27	SANOGO	IBRAHIMA	IMMUNO ET HEMATOLOGIE
28	SEKA	SEKA JOSEPH	IMMUNOLOGIE
29	TANO	AMENAN LAURE	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
30	YANGNI-ANGATE	HERVE	CHIRURGIE CARDIAQUE
31	YAO	TOUTOUKPO	HEMATOLOGIE

#### V - MAITRES ASSISTANTS MONO APPARTENANTS

1	DOSSO	YOLANDE	PHYSIOLOGIE EXPLORATION FONCTIONNELLE
2	N'KO	MARCEL	BIOCHIMIE

#### VI - ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE CLINIQUES DES HOPITAUX

1	ADINGRA-GROGA BADA	NICOLE	MEDECINE INTERNE
2	ADJORLOLO-SANO	ADJOUA CHRISTIANNE	OPHTALMOLOGIE
3	AGOH	SERGE ANTOINE B. Y.	CHIRURGIE
4	AHNOUX	AHNSANOU ANTOINE	CANCEROLOGIE
5	AHNOUX-ZABSONRE	AHGBATOUHABEBA	OPHTALMOLOGIE
6	AJSSI	ALAIN GERMAIN	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
7	AKA	BOUSSOU ROMAIN	DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
8	AKA	GBLAN KASSY	STOMATOLOGIE
10	AKA - FOFFI	VIVIANE	O. R. L.
11	AKAFFOU-ADJA	EVELYNE	PEDIATRIE
12	AKANI	AYE FRANCOIS	NEUROLOGIE
13	AKE	EVELYNE LEONORE	CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE
14	AMANI	NGORAN	PSYCHIATRIE
15	ANKOTCHE	AMOS	MEDECINE INTERNE
16	ASSI	AMONCHYEPO ABLAN B.	NEUROLOGIE
17	ATTIA	KOFFI ALAIN	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
18	BAKASSA	TRAORE	CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE
19	BAMBA	INZA	CHIRURGIE
20	BINLIN-DADIE	AYAKAN RENEE H.	ANESTHESIE-REANIMATION
21	BOGUIFO	JOSEPH EVARISTE D.	O. R. L.
22	BOKOSSA-MAMBO	ERNESTINE	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
23	BONI	N'GUESSAN RAYMOND	NEUROCHIRURGIE
24	BROUH	YAPO	ANESTHESIE-REANIMATION
26	CASANELLI	D'ISTRIA J. M.	CHIRURGIE DIGESTIVE ET GENERALE
27	COULIBALY	ADAMA	URGENCES CHIRURGICALES
28	COULIBALY	BAKARY (ETRANGER)	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
29	COULIBALY	GAOUSSOU	PNEUMO-PHYSIOLOGIE
30	COULIBALY-CAMARA	RAMATA	PEDIATRIE
31	DAGNAN	N'CHO SIMPLICE	SANTE PUBLIQUE
32	DIETH	ATAFY GAUDENS	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
33	DIOMANDE	ABDOULAYE	STOMATO CHIR. MAXILO-FACIALE
34	DJE	KOFFI	CHIRURGIE
35	DOMOUA	KOUAO MEDARD SERGE	PNEUMOPHTISIOLOGIE
36	DRESSEN	ALICE JULIENNE	ANESTHESIE-REANIMATION
37	EBOULE-ABOA	ALLOUA CORINNE	CARDIOLOGIE MEDICALE

38	EHOUNOU	HYACINTHE	ANESTHESIE-REANIMATION
39	EHUA-AMANGOVA	EVELYNE SYLVIA	PEDIATRIE
40	ELOIFLIN	BANGA	ANESTHESIE-REANIMATION
41	ETI	EDMOND	RHUMATOLOGIE
42	ETTE-AKRE	EVELYNE ELIE	O. R. L.
43	ETTIEN	FELICIEN	NEUROLOGIE
44	FERRON-BOGUI	ANNE	CARDIOLOGIE
45	GBAZI	GOGOUA CASIMIR	RADIOLOGIE
46	GBERY	ILDEVERT PATRICE	DERMATO-VENEROLOGIE
47	GNEBEI	OYAO ROGER BENJAMIN	GYNECO. OBSTETRIQUE
48	GOGOUA	DALLO RAPHAËL	CHIRURGIE ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE
49	GUEDEGBE	FLEIX SERAPHIN	TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE
50	KACOUCHIA	NIAMKE BEFIANZAN	O. R. L.
51	KADIO	RICHARD MICHEL	CHIRURGIE GENERALE
52	KADJO	KOUAME	MEDECINE INTERNE
53	KAKOU	KONAN MEDARD	ANATOMIE-NEUROCHIRURGIE
54	KELI	ELIE	CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE
55	KODJO	RICHARD	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
56	KODO	MICHEL	TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE
57	KOFFI	ERIC MARTIN ALAIN S.	CHIRURGIE GENERALE
58	KOFFI	KONAN VIRGILE	OPHTALMOLOGIE
59	KOFFI	KOUAKOU	ANESTHESIE-REANIMATION
60	KOFFI	KOUAME	MEDECINE SOCIALE ET SANTE PUBLIQUE
61	KOFFI	N'GORAN BERNARD	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
62	KOFFI	N'GUESSAN MARCEL	MEDECINE SOCIALE ET SANTE PUBLIQUE
63	KOKOUA	ALEXANDRE	ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
64	KONAN	BLE REMY	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
65	KONAN	KOUAME PAUL GERARD	UROLOGIE
66	KONAN	YAO LUICIEN MAGLOIRE	CHIRURGIE GENERALE
67	KONAN-TOURE	AKJSSI M. L.	OPHTALMOLOGIE
68	KONE	BRAHIMA	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
69	KOSSOKO	HYPPOLITE	CHIRURGIE REPARATRICE
70	KOUADIO	KOFFI	CHIRURGIE DIGESTIVE ET GENERALE
71	KOUAME	KOUASSI RENE	ANATOMIE
72	KOUAME	YAO JULIEN	CHIRURGIE
73	KOUYATE	SALIF	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
74	KOUYATE	MARIE JEANNE D'ARC	MEDECINE INTERNE
75	LOHOUES-KOUACOU	OULD MOHAM. (étranger)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
76	MOUSTAPHA	EBAGNITCHI MELIANE M. L.	PNEUMOPHTISIOLOGIE
77	N'DHATZ	KOUADIO	RADIOLOGIE
78	N'DRI	ROGER DANIEL	RADIOLOGIE
79	N'GBESSO	ANNE-MARIE	RADIODIAGNOSTIC ET IMAGE
80	N'GOAN	ABDOULKARIM SEVERIN	PNEUMOPYSIOLOGIE
81	N'GOM	LEA ISABELLE	O. R. L.
82	N'GUESSAN-KOFFI	KOUASSI PAUL	IMAGERIE MEDICALE
83	N'ZI	MANSE BEATRICE	REEDUCATION
84	NANDJUI	N'DRI MARTINE	PEDIATRIE
85	NIANGUE-BEUGRE	BOUADOUA EMMA A.	ANESTHESIE-REANIMATION
86	NIROUPIN-BEUGRE	MARC EULOGIE DASSUS	PEDIATRIE
87	OREGA	DOIGNAN	MEDECINE INTERNE
88	OUATTARA	OSSENOU	CHIRURGIE PEDIATRIQUE
89	OUATTARA	ANGATE YOLANDE	MEDECINE INTERNE
90	OUEDRAOGO-YAGNI	BEDDI MOHAMED (Etranger)	RADIO ET IMAGERIE MEDICALE
91	OULD	AGBODJAN AJETE	PEDIATRIE
92	PRINCE	GUILLAUME DAVID C.	GYNECOLOGIE
93	QUENUM	SOULEYMANE JACQUES A.	ANESTHESIE -REANIMATION
94	SISSOKO	AFFOUNDAH THERESE A.	NEUROLOGIE
95	SONAN	MARIAM	PEDIATRIE
96	SORO-KONE	YVES RAYMOND	CHIRURGIE THORACIQUE
97	TANAUH	YAVO DENIS	ANESTHESIE-ERANIMATION
98	TETCHI		

99	TOTO	AMANI	MEDECINE INTERNE
100	TOURE	MANAGBE	PEDIATRIE
101	VARLET	GUY GERVAIS AKA	CHIRURGIE GENERALE
102	VILASCO	BRIGITTE EMMA	ANESTHESIE-REANIMATION
103	YAO	BLAISE	UROLOGIE
104	YAPI	CHIA PAULETTE	NEUROLOGIE
105	YAPO	PATRICE	CHIRURGIE GENERALE
106	YAPO-KOUASSI	FLORENCE	CARDIOLOGIE
107	YENON	KACOU SEBASTIEN	CHIRURGIE DIGESTIVE ET GENERALE
108	YOFFOU-LAMBIN	LILIANE	OPHTALMOLOGIE

*VII - ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE BIOCLINIQUE DES HOPITAUX*

1	ACHY	OSSEY BERTIN	BIOPHYSIQUE RADIOLOGIE
2	ADO-ADO-MENSAH	MARIE ISABELLE	HISTO-EMBRYO-CYTOGENETIQUE
3	ADOU-BRYN	KOFFI DAHO	PARASITOLOGIE
4	AKA	JOSEPH	BIostatistique ET INFORMATIQUE MEDICALE
5	AKOUA-KOFFI	GNAKOU	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
6	CISSE-CAMARA	MASSARA	BIOCHIMIE MEDICALE
7	DAUBREY-POTEY	MARIE-THERESE	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
8	DJESSOU	SOSSE PROSPER	BIOCHIMIE MEDICALE
9	ETTE-DIENG	ELISABETH	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
10	GOTTA	SERY FREJUS	ANATOMIE
11	KACOU-N'DOUBA	ADELE	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
12	KONE	MOUMINI	HEMATOLOGIE
13	KOUTOUAN-KODJOED	ANNICK	BIOPHYSIQUE
14	KOUASSI	AYA ALPHONSINE	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
15	OUATTARA	SOUHALIO	PHYSIOLOGIE
16	SAKHO	SIDI SAMBA	HISTO-EMBRYO-CYTOGENETIQUE
17	SYLLA-KOKO	FATOUMATA DJIM	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
18	TRE-YAVO	MIREILLE	HISTO-EMBRYO-CYTOGENETIQUE
19	TUO	NALOURGO	PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE
20	USHER-MALEOMBHO	MELANIE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
21	YAPO-ETTE	HELENE ABOUHEU	MEDECINE LEGALE
22	YAVO	JEAN CLAUDE	PHARMACOLOGIE MEDICALE

DEDICACES



Je dédie cette thèse ...

A mes parents,

Je leur suis reconnaissant.

A ma fiancée Viviane et à mon fils Boris,  
Que le Tout-Puissant veille sur nous.

A mes frères et soeurs,  
Restons toujours unis.

A la grande famille.

Aux Docteurs

YOU Zan

DJE K.

SERY F.

COULIBALY A.

BAMBA S.

ELELE E.

DOSSOU A.

IFUFU

Pour leurs conseils et leur amitié chaleureuse.

A mes Amis et Collègues

- BANDAMA Thérèse
- Mme BAH Meleine
- DOUMBIA Yacouba
- et tant d'autres

A tout le personnel des Services de Chirurgie  
Treichville et de Gynécologie de Cocody.

A nos Maîtres et Juges



A notre Maître et Président du Jury  
Monsieur le Professeur KEBE MEMEL Jean-Baptiste

Professeur titulaire d'anatomie - chirurgie.

Ancien Chef de service de Chirurgie au CHU de Treichville.

Ancien Chef de service d'anatomie à la Faculté de Médecine  
d'Abidjan.

Officier de l'Ordre National de Côte d'Ivoire.

Commandeur des Palmes académiques.

Chevalier de l'Ordre National du Mérite.

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Marseille (Prix Francine GARNIER).

Prix de la revue du praticien.

Membre de l'Association Française d'urologie (AFU)

Membre fondateur de l'ASSIVURO.

Président du Conseil d'Administration de l'ASSIVURO.

*Cher maître, c'est l'occasion pour nous de vous remercier pour  
la confiance que vous nous faites en acceptant de juger notre  
modeste travail.*

*Nous avons utilisé le sens de la rigueur que vous nous avez  
enseigné pour la confection de ce travail.*

*Infinie reconnaissance.*

A notre Maître et Directeur de Thèse  
Monsieur le Professeur GNAGNE Yadou Maurice

Maître de Conférence Agrégé d'anatomie  
Urologue, Diplômé d'andrologie et d'urodynamique des  
Universités de Paris XI et Paris VII.

Membre fondateur de l'Association Ivoirienne d'Urologie  
(ASSIVURO).

Secrétaire Général de l'ASSIVURO.

Lauréat du concours d'Agrégation (CAMES session 1990).

Membre de la Société Médicale de Côte d'Ivoire.

Membre de l'Association Française d'Urologie (AFU).

Membre de la Société des Andrologues de Langue Française  
(SALF).

Membre de la Société Internationale d'Urodynamique (SIFUD).

Membre de la Société d'Anatomie de Paris.

*Homme d'une ponctualité, d'une spontanéité, d'une  
disponibilité, d'une infatigabilité hors du commun.*

*Exemple indéniable d'efficacité professionnelle et  
pédagogique.*

*Que votre exemple puisse nous éclairer tout au long de notre  
carrière professionnelle.*

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur KONE Nouhou.

Professeur titulaire de Gynécologie et Obstétrique.

Chef de service des urgences et consultations de Gynécologie  
et Obstétrique au CHU de Cocody.

Maître impartial, calme, rigoureux, modeste, humble...

Vous m'avez inspiré dans le choix de ma carrière.

Je ne saurais vous remercier assez.

Notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur N'GUESSAN K. Gabriel

Professeur titulaire d'anatomie-urologie.

Chef de service de Chirurgie CHU de Treichville.

Chef du Laboratoire d'Anatomie à la Faculté de Médecine d'Abidjan.

Membre de la Société Médicale de Côte d'Ivoire.

Membre de la Société de Biologie Clinique de Côte d'Ivoire.

Vice-Président de l'ASSIVURO.

*Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements d'anatomie, discipline chère à votre personne.*

*Vos nombreuses connaissances, votre calme et votre gentillesse nous ont considérablement séduits.*

Notre Maître et Juge

A Monsieur le Professeur OUEGNIN G. A.

Maître de Conférence Agrégé d'Urologie.

Membre fondateur de l'Association Ivoirienne d'Urologie  
(ASSIVURO).

Président de l'ASSIVURO.

Membre du Conseil Economique et Social.

Membre de l'Association Française d'Urologie.

Membre de la Société des Andrologues des Langues  
Françaises.

Membre de la Société Médicale de Côte d'Ivoire.

Membre de la SARSAF.

*Votre intelligence et votre disponibilité ont fait de  
l'ASSIVURO une source indéniable du savoir de l'Urologie.*

A Monsieur le Ministre de la Défense de la  
République de Côte d'Ivoire

Monsieur Léon KONAN KOFFI

Toute mon infinie reconnaissance pour vos conseils  
et votre sollicitude à l'égard de toute la famille.

# PLAN

	Pages
INTRODUCTION	1
1ERE PARTIE : GENERALITES	
I - RAPPEL ANATOMIQUE	5
II - HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES RETRECISSEMENTS URETHRAUX	11
III - RAPPEL SUR LE PRINCIPE ET LES METHODES DES URETHROPLASTIES	15
IV - DESCRIPTION DU PRINCIPE PRINCIPES DE L'URETHROPLASTIE DE BLANDY	17

2EME PARTIE :

PATIENTS ET METHODES 30

A - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES 32

B - ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES 36

C - ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES 38

D - NOS OBSERVATIONS 40

3 EME PARTIE :

ETUDE ANALYTIQUE DE NOS RESULTATS

I - RESULTATS 66

II - INDICATIONS 77

II - CRITIQUES 78

CONCLUSION 80

BIBLIOGRAPHIE 83



## INTRODUCTION

L'évolution naturelle des traumatismes uréthraux, qu'ils soient d'origine inflammatoire, infectieuse ou mécanique, se fait vers une cicatrisation qui entraîne une diminution progressive du calibre urétral.

Cette cicatrisation aboutit à court, moyen ou long terme, dans la grande majorité des cas, à un rétrécissement partiel ou total de la lumière urétrale.

Elle a des conséquences urodynamiques quelque fois dramatiques.

Cette évolution qui à terme peut engager le pronostic fonctionnel et vital du patient constitue un défi chirurgical que des techniques opératoires ont pu relever.

Ces techniques qui permettent le traitement de ces sténoses tiennent compte du siège, de l'étendue et de l'aspect anatomo-pathologique des lésions. L'âge et l'état de santé du patient sont à prendre en compte.

En plus des procédures chirurgicales à ciel ouvert, le développement de la fibre optique et son adaptation à l'urologie a mis à la disposition des

chirurgiens des moyens endoscopiques qui permettent de traiter avec bonheur les lésions de moindre étendue.

Cependant en zone intertropicale notamment dans les pays du tiers monde, où les sténoses sont plus le fait des uréthrites que d'autres causes (27), la chirurgie à ciel ouvert reste l'arme essentielle pour le traitement de ces rétrécissements de l'urèthre.

Dans cette optique le chirurgien dispose d'une gamme de techniques aussi efficaces les unes que les autres.

Celles-ci peuvent être classées en trois groupes selon leur principe, ce sont :

- les réséctions-sutures ou réséctions-anastomoses termino-terminales
- les uréthroplasties en deux temps
- les uréthroplasties en un temps, qui font l'objet de notre étude.

En effet, l'uréthroplastie en un temps de J . P. BLANDY consiste à reconstruire en un temps toute ou partie de l'urèthre sténosé par un lambeau périnéal pédiculé richement vascularisé.

Ainsi, sur une série prospective de 25 patients opérés dans les services d'urologie des CHU de TREICHVILLE (22 patients), de COCODY (2 patients), et à la clinique Sainte MELANIE de SAN PEDRO (1 patient), visions-nous les objectifs suivants :

- apprécier les avantages et inconvénients de cette technique,
- étudier les suites opératoires précoces et tardives,
- en préciser les différentes indications.

Pour ce faire, notre travail comportera deux parties. La première partie concerne les généralités :

- Le rappel anatomique
- L'historique des uréthroplasties
- Le rappel sur les principes et méthodes des uréthroplasties
- La description du principe princeps de l'uréthroplastie de BLANDY.

La deuxième parties concerne nos résultats; elle comprend :

- L'analyse des résultats
- La critique de la technique
- Les commentaires qui s'y dégagent.

PREMIERE PARTIE :  
GENERALITES

# **I - RAPPEL ANATOMIQUE :**

## **1 - DEFINITION**

L'urètre est le canal excréteur de la vessie. Il a chez l'homme, une double fonction : URINAIRE et GENITALE. En effet, l'urètre en aval de l'abouchement des canaux éjaculateurs , l'urètre sous-montanal, assure l'excrétion du SPERME au cours de l'EJACULATION ou des URINES au cours de la miction .

## **1-2- ANATOMIE DESCRIPTIVE**

On distingue à l'urètre 2 portions essentielles:

- \* L'URETRE POSTERIEUR
- \* L'URETRE ANTERIEUR

**1-2-1 L'URETRE POSTERIEUR** : il représente la portion fonctionnelle aussi bien au plan urinaire que génital (29). Il comprend 2 segments :

**1-2-1-1 L'URETRE POSTERIEUR** (3 cm de long) Il s'étend de l'OSTIUM URETRAL INTERNE ou col de la vessie jusqu'au BEC de la prostate. Il est engagé par le sphincter lisse qui contrôle son ouverture et sa fermeture au cours des phases de miction ou d'éjaculation.

Bien protégé par la masse prostatique et fixé à ses parois dans le grand axe antéro-postérieur par les fibres du " médiastin pelvien " (GOSSET) émanées des angles antérieurs de la capsule prostatique (30), l'urètre prostatique n'est guère le siège de sténose, et ne constitue pas par conséquent l'objet de notre étude.

#### *1-2-1-2 - L'URETRE MEMBRANEUX (1,5 cm de long)*

Encore appelé portion membranacée, il est intra-sphinctérien, engainé par le sphincter strié de l'urètre. Il est entouré par les éléments du plan musculo-aponévrotique moyen du périnée composé de la profondeur à la superficie :

- \* du feuillet profond de l'aponévrose moyenne du périnée
- \* du sphincter strié et du muscle transverse profond ou muscle de GUTHRIE.
- \* du feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale moyenne ou ligament de CARCASSONE, épais, résistant, adhérent à l'albuginée du bulbe. En avant du sphincter strié, il forme le ligament transverse du périnée et la bandelette sus-uretrale.

Ce plan musculo-aponévrotique forme le diaphragme uro-génital, traversé par un hiatus : la fente uro-génitale.

Il est vascularisé par un riche réseau vasculo-nerveux qui chemine dans l'épaisseur du diaphragme uro-génital :

- \* l'artère honteuse interne, née de l'artère hypogastrique, longe la face interne de la branche ischio-pubienne homologue. Elle donne des branches terminales aux corps caverneux (artère caverneuse) et à la verge (artère dorsale de la verge) dont la division s'effectue sous le pubis. Elle fournit en outre une branche collatérale au bulbe uretral (A. bulbo-urétrale) qui naît dans l'épaisseur du diaphragme uro-génital.

- \* la veine dorsale profonde de la verge traverse la lamelle sous-pubienne avant de se jeter dans le plexus de SANTORINI.

- \* Le nerf dorsal de la verge est en dehors de l'artère du même nom.

Au plan de l'anatomie chirurgicale, l'urètre membraneux présente plusieurs difficultés opératoires liées à son anatomie. Sa situation profonde par rapport au plan cutané périnéal rend sa dissection difficile et hémorragique. Dans la technique de BLANDY la réalisation du point de suture de l'angle postérieur urètre membraneux-lambeau de BLANDY est une étape laborieuse.

### 1-2-2- L'URETRE ANTERIEUR OU SPONGIEUX

Il mesure 16 cm de long. Il se subdivise en plusieurs portions :

- \* l'urètre périnéal : il comprend,
  - une portion bulbaire et
  - une portion bulbo-périnéale
- \* l'urètre pénien
- \* l'urètre balanique

Les deux dernières portions constituent l'urètre mobile.

### 1-2-2-1 L'URETRE PERINEALE

Il est oblique en haut et en avant jusqu'à la base d'implantation de la verge.

Il forme avec l'urètre postérieur une courbure postérieure. L'urètre après avoir traversé l'aponévrose moyenne du périnée rencontre la bulbe du corps spongieux et le pénètre très obliquement. A ce niveau l'urètre présente une dilatation qui est le cul-de-sac bulbaire au dépend de sa face inférieure. Ce cul-de-sac représente une zone critique de frottement maximal au cours des cathéterismes avec comme conséquence l'installation de lésions cicatricielles sténosantes. En outre il représente un véritable sinus au niveau duquel l'action des germes (gonococcie, etc ...) sur la muqueuse urothéliale est maximale. Ceci explique le taux important des sténoses bulbaires. Cette dilatation est suivie par la portion périnéo-bulbaire oblique en haut et en avant qui forme avec le cul-de-sac bulbaire



l'angle pénoscrotal ou sous-pubien. Cette portion représente la dernière partie de l'urètre fixe.

Au plan topographique cette portion initiale de l'urètre antérieur appartient à la loge péniennne qui contient :

\* les racines du corps caverneux : chaque racine naît au milieu de la branche ischio-pubienne correspondante qu'elle suit par en avant le long de la face interne de la branche descendante du pubis. Ces racines s'accolent sous la symphyse pubienne en canon de fusil à deux coups dont elles sont séparées par le ligament suspenseur de la verge (ligament arcuatum) en avant et le ligament arqué sous-pubien en arrière.

\* Le bulbe : c'est un renflement du corps spongieux dont le sommet se situe à l'angle de réunion des corps caverneux, il est traversé par les canaux excréteurs des glandes de COWPER.

\* Les muscles : ce sont,

- le transverse superficiel du périnée en arrière

- l'ischio-caverneux tapissant la branche ischio-pubienne, il recouvre la racine des corps caverneux et s'y termine en se confondant avec l'enveloppe fibreuse de ce corps érectil. La

lame fibreuse incurvée en gouttière constitue la lame sus-uretrale chère à MONSEUR.

*N. B. : Le remaniement du plancher musculo-aponévrotique par une fibrose évolue le plus souvent vers une fibro-sclérose ou callus qui engaine cette portion de l'urètre et empêche toute approche endoscopique des sténoses à ce niveau. Quelque soit la technique utilisée, ce callus doit être largement disséqué et réséqué pour permettre une meilleure cicatrisation de la plastie.*

*1-2-2-2 L'URETRE PENIEN : il forme avec le segment périnéal l'angle pré-pubien. Dans la portion pénienne l'urètre et le corps spongieux sont contenus dans la gouttière inférieure profonde que forment les corps caverneux. L'urètre engainé à moitié par ces corps érectils est recouvert par les enveloppes du penis.*

## II - HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES RETRECISSEMENTS URETHRAUX

Le traitement des malades porteurs de rétrécissement a toujours été un sujet de controverses passionnées. Les moyens les plus divers ont été proposés depuis les temps les plus reculés.

ATTWATER (6) a reconstitué "l'histoire du rétrécissement uréthral" dont nous nous inspirons ici.

L'usage des dilatations uréthrales semblent avoir été la première arme thérapeutique proposée puisqu'on retrouve la trace de cette technique dans les écrits Hindous datant de 600 ans avant J. C. Ces Hindous avaient déjà inventé les premières sondes uréthrales en bambou.

Les Chinois ponctionnaient déjà les vessies pleines à l'aide de fines aiguilles.

Au Xe siècle, il est fait état des premières urèthrectomies externes (Rhazes de Bagdad) authentiques " tailles périnéales " aussi bien utilisées pour traiter la maladie de la pierre que le rétrécissement uréthral.

L'époque médiévale voit l'apparition de l'urèthrectomie interne (de VEGA et DIAZ).

AMBROISE PARE utilisera un objet de sa fabrication dont il décrit l'usage " une tige en argent tranchante à son extrémité est introduite au-delà du rétrécissement; des mouvements de va-et-vient fréquents usent puis rompent les caroncules résistantes ".

Au XVII<sup>e</sup> siècle, on préconisera en association avec les dilatations, l'emploi des substances escharifiantes devant dissoudre le rétrécissement, il s'agit essentiellement de VITRIOL vert et gris, de SOUDE CAUSTIQUE, de NITRATE D'ARGENT. Cette idée a été reprise par les auteurs modernes, comme COLE et HUBERT, qui préconiseront l'emploi de corticoïdes locaux dans le traitement de certains rétrécissements.

Ces divers méthodes furent améliorées, remises au goût du jour.

Certains précurseurs restent célèbres. MAISONNEUVE (1848), FESSENDEN, OTIS (1875) pour l'urèthrostonie interne. Puis l'école française surtout avec CIVIALE, LEFORT, ALBARRAN, GUYON qui proposèrent les premières " audaces chirurgicales ". Car ce n'est en fait que vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que l'on commença à traiter les rétrécissements urèthraux.

En 1911, MARION et HEITZ-BOYER décrivent pour la première fois " l'urèthrorraphie " circulaire après urèthrectomie complétée par une urèthrostomie destinée à dériver les urines de façon temporaire.

L'originalité de la technique ne réside pas dans l'excision-suture de l'urèthre malade puisque DUGAS (1836) puis NOGUES (1892), ROCHER (1905), PASTEUR et ISELIN (1905) utilisaient ce type d'intervention; cette originalité reste dans la dérivation des urines. WEIR en (1897) puis LEGEUX et CABOT insistaient sur la nécessité d'une dérivation sus-jacente à la zone opérée soit par cystostomie, soit par urèthrostomie périnéale.

Ces auteurs dénommèrent leurs procédés : " procédé de CABOT " (de Philadelphie), procédé qui deviendra et sera connu universellement sous la dénomination de : " technique de MARION ". En 2 ans 42 malades bénéficieront de ce procédé de reconstruction.

En 1952, SWINNEY et surtout en 1953 BENGT-JOHANSON inauguraient le traitement chirurgical des rétrécissements par la méthode de l'urèthroplastie en deux temps. Cette technique fait état d'excellents résultats et surtout elle peut s'appliquer au traitement des rétrécissements étendus. On estime, à l'heure actuelle, à 1800 le nombre de cas publiés faisant état de cette méthode. Ceci témoigne de son immense succès.

Certaines modifications seront apportées à cette méthode d'autoplastie cutanée. LAPIDES, LEABETTER, TUNNER-WARWICK, MICHALOWSKY, GIL-VERNET, BLANDY et bien d'autres, proposeront des artifices techniques qui modifieront cette méthode.

En effet, en 1975 J. P. BLANDY décrit dans le " British Journal of Urology " sa procédure d'urèthroplastie en un temps par lambeau scrotal pédicule.

Ainsi, ferions-nous après le rappel des principes et méthodes des urèthroplasties, la description du principe princeps de la technique de J. P. BLANDY (9).

### **III - RAPPEL SUR LE PRINCIPE ET LES METHODES DES URETHROPLASTIES**

Malgré la multiplicité des techniques, les uréthroplasties, quelles soient en un temps ou en deux temps, reposent sur deux principes simples:

#### **PREMIER PRINCIPE**

1 - La reconstitution d'un canal, par tubilisation du greffon sur tuteur (sonde ou béniqué), que l'on intercale entre deux segments d'urètre sain d'amont et d'aval. Ce greffon intercalé peut être prélevé en peau libre (technique de DEVINE (4), ou pédiculé avec conservation de sa vascularisation (technique de QUARTEY, de BLANDY(9)).

Dans le premier cas le greffon peut être prélevé à distance (exemple face interne du bras, etc ...) tandis que dans le deuxième cas le greffon est un tissu de voisinage, périnéal, pénien ou scrotal etc ...

Il doit être prélevé avec beaucoup de précautions, notamment la mesure exacte de la longueur d'urètre à remplacer et une largeur suffisante pour permettre la confection d'un canal de calibre régulier et acceptable.

Il va s'en dire que l'interposition d'un greffon entre deux segments sains d'urèthre suppose l'excision de toute la longueur d'urèthre défectueuse, de sorte à avoir un lit urèthral libre dans lequel viendra reposer le greffon tubulé.

### DEUXIEME PRINCIPE

La réconstitution d'un canal sténosé par interposition en " patch ", d'un lambeau de peau libre ou pédiculé, dans le sens longitudinale. Ici le segment d'urèthre défectueux est conservé. Il est ensuite incisé longitudinalement au niveau de la face ventral pour accueillir le greffon qui lui sera suturé " berge à berge ".

Ce " greffon-pacth " est un lambeau d'agrandissement dont la confection exige des précautions particulières (largeur et longueur du prélèvement) pour éviter les poches ou diverticules sous-urétraux.

*N.B. : Les uréthroplasties en deux temps (ex. : BENGT-JOHANSON) sont des uréthroplasties qui utilisent du tissu cicatriciel, bordant le lit urèthral, après le premier temps de mise à plat des lésions (11, 12, 14, 35).*



## **IV - URETHROPLASTIE EN UN TEMPS PAR LAMBEAU PERINEAL PEDICULE DE J. BLANDY**

### **A - LES BASES ANATOMIQUES**

La technique de BLANDY repose sur la pastille de lambeau périnéal et son pédicule (9, 11, 22, 23).

#### **1 - LE LAMBEAU**

Il doit être fin, souple, extensible. Ces trois propriétés confèrent au lambeau une malléabilité notable. Il doit être mobile. La mobilité de la peau scrotale sur les plans sus-jacents permet un décollement aisé.

#### **2 - LE PEDICULE**

Le lambeau en conservant sa vascularisation préserve sa vitalité. Ce qui minimise les risques de nécroses qui sont les principales causes d'échec des plasties de peau libre.

## **B - BUTS ET AVANTAGES DE L'INTERVENTION**

Les problèmes particuliers que posent les rétrécissements uréthraux en milieu africain nous amènent à chercher une intervention qui satisfasse aux exigences suivantes :

### *1 - Un court délai d'hospitalisation*

En moyenne 14 jours, dans nos pays où la demande est importante, permet de satisfaire le maximum de patients, en général démunis, ne pouvant pas supporter les frais d'une longue hospitalisation (31, 36, 37).

2 - *Intérêt d'une intervention en un temps*, dont les résultats rapidement acquis et constants évitent au malade les contraignantes séances de béniqué d'entretien. Cette notion est intéressante car en pratique courante la majorité de nos malades sont perdus de vue dès la sortie de l'hôpital.

3 - *La solidité du montage* qui résiste aux aléas du sepsis post-opératoire fréquent dans nos milieux hospitaliers.

4 - *Cette technique opératoire* laisse à l'urèthre, dans le cas échéant, la possibilité d'utilisation d'autres ressources thérapeutiques.

## **C - PRINCIPES DE BASE**

1 - Réaliser le lambeau à des dimensions raisonnables et en respectant son pédicule.

2 - ouverture longitudinale de la lumière uréthrale jusqu'en urèthre sain de part et d'autre de la zone de sténose.

## **D - DETAILS TECHNIQUES**

Nous prendrons pour type de description, le cas de rétrécissement de l'urèthre bulbaire ou bulbo-pénien (11, 12, 13).

**INTERVENTION TYPE** : rétrécissement de l'urèthre bulbaire ou bulbo-pénien.

### *A - Préparation du malade*

Elle est morale et physique :

Le Chirurgien se doit d'expliquer les avantages et les inconvénients de l'intervention au malade. Le mettre en confiance. La veille un lavage périnéal à la Béthadine-savon est pratiqué après rasage.

Il est répété le matin de l'intervention.

### *B - Position du malade*

Position de la " taille vésicale ", les mollets reposant sur étriers. L'opérateur assis sur un tabouret. Un premier aide à droite et le second aide à gauche.

### *C - Le type d'anesthésie*

Péridural ou anesthésie générale.

### *D - Protocol*

#### *Temps 1 : Cathétérisme urétral*

Conjointement par béniqué rétrograde et béniqué antérograde au niveau de la cystostomie si elle existe.

Il permet de localiser la zone de rétrécissement.

*Temps 2 : Incision cutanée en " U renversé " et réalisation du lambeau.* Il est taillé au dépend de la moitié postérieure et inférieure du scrotum. La large base s'implante sur une ligne horizontale équidistante de la base du scrotum et de la marge de l'anus (11, 12).

*Temps 3 : Libération de l'urèthre, l'opérateur écarte d'abord le corps caverneux et son muscle.* L'urèthre est libéré sur ses faces latérales et sur sa face dorsale de la lame sus-uréthrale.

Cette portion de l'urèthre libérée est passée sous un lac qui l'attire vers l'opérateur.

*Temps 4 : Incision longitudinale de la face ventrale de l'urèthre sténosé en débordant de 0,5 cm en zone saine de part et d'autre.*

*Temps 5 : Plastie lambeau-urèthre.* Le béniqué uréthral est remplacé par une sonde de foley n° 20 ou 22 à ballonnet gonflable. Retournement du lambeau en patch : face endoluminale contre face épidermique du lambeau.

- \* Réalisation du point d'angle postérieur
- \* Hémisurget au vicryl 000 à gauche
- \* Réalisation du point d'angle antérieur
- \* Hémisurget au vicryl 000 à droite

*Temps 6 : Fermeture pariétale.* La réfection pariétale se fait plan par plan à l'aide de points larges. Double drainage en contre incision aux deux extrémités de l'incision par des lames de DELBET.

## LEGENDES

Fig 1 : Incision cutanée (IC) " en cloche ".

Fig 2 : Dissection du lambeau de BLANDY (L.B.).

Fig 3 : Dissection et mise sur lac de l'urètre (U.).

Fig 4 : Incision longitudinale (I.L.) de l'urètre (U.) sur sa face ventrale.

Fig 5 : Mise en place de la sonde urétrale (S.U.) tutrice.

Fig 6 : Exposition du lambeau de BLANDY (L.B.) fixé par un fil tracteur à son sommet (base anale, sommet scrotal).

Fig 7 : Incision cutanée transversale (I.C.T.) à la base du lambeau isolé : cette incision reste superficielle et respecte les téguments sous-cutanés (lame porte-vaisseau). Amorce du décollement du lambeau de BLANDY.

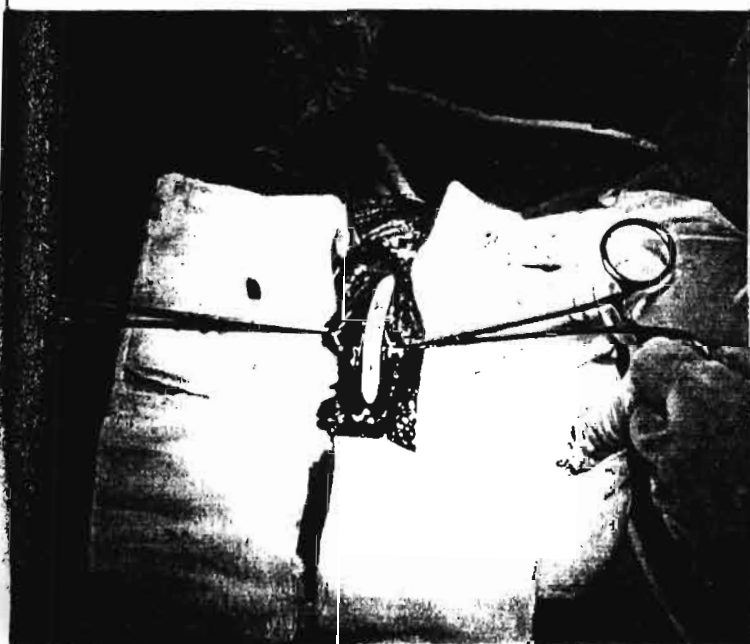
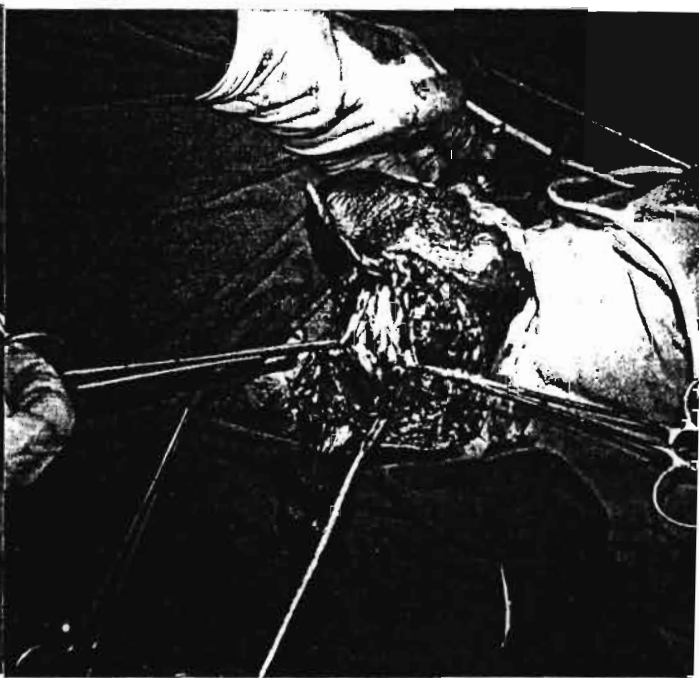
Fig 8 : Exposition du lambeau périnéal de BLANDY. (L.P. de BLANDY) sur deux pinces placées à chaque angle, retournement : base scrotale en haut, sommet anal en bas.

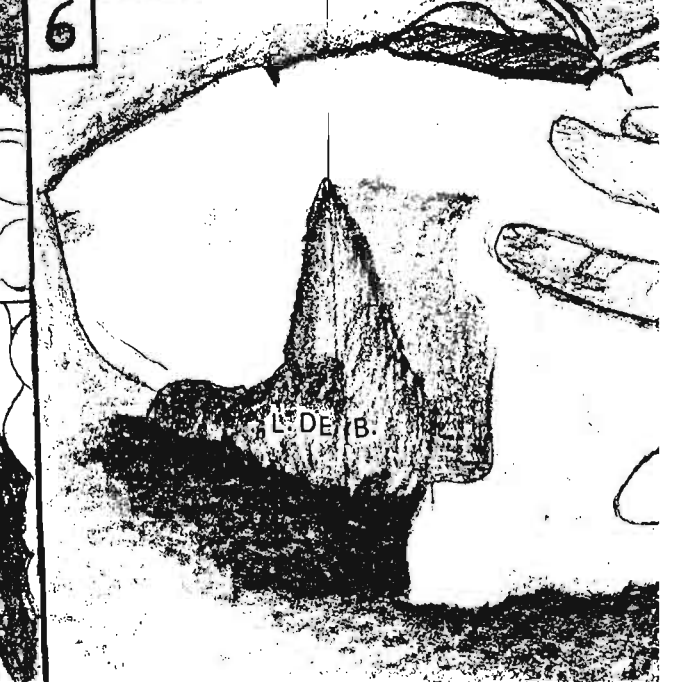
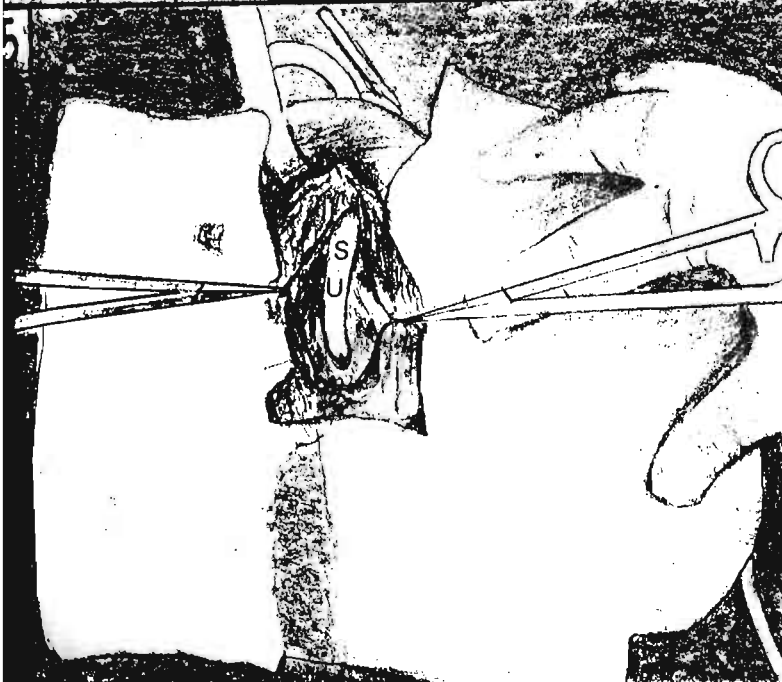
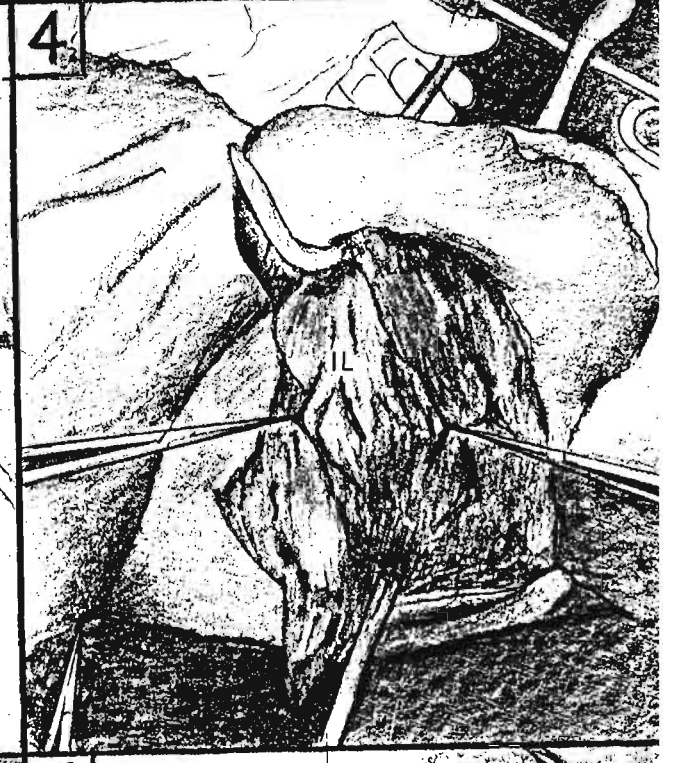
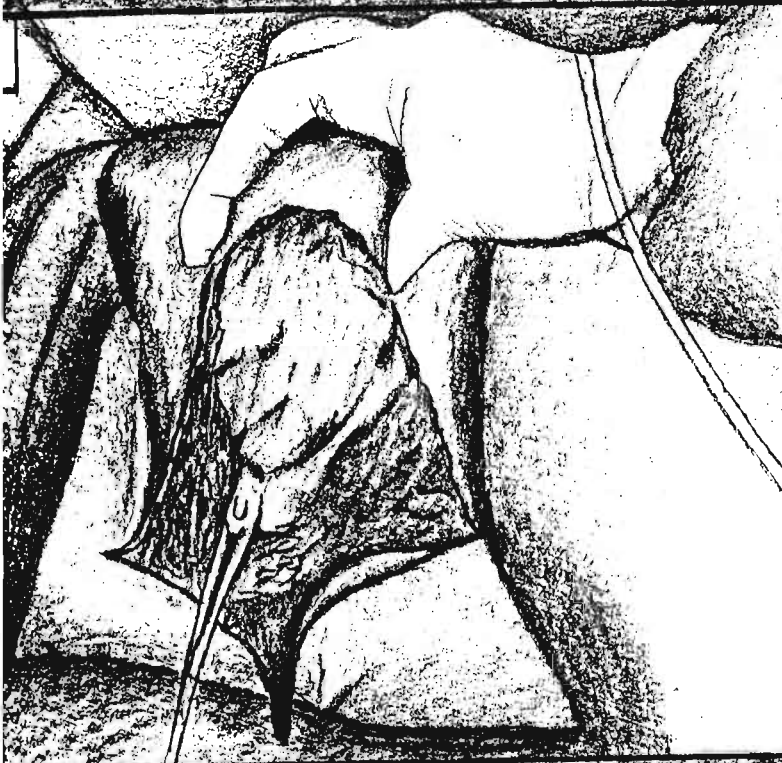
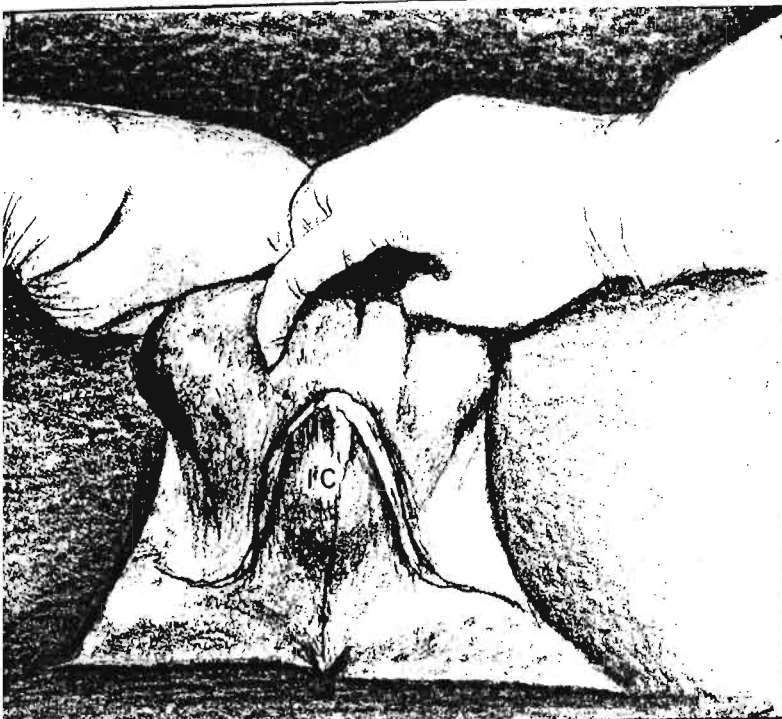
Fig 9 : Début de la " plastie en patch " (P. PATCH) par un hémi-surjet, le lambeau est tenu tendu par une pince.

Fig 10 : Régularisation du lambeau puis réalisation du patch (P.P.) par un hémi-surjet du côté opposé.

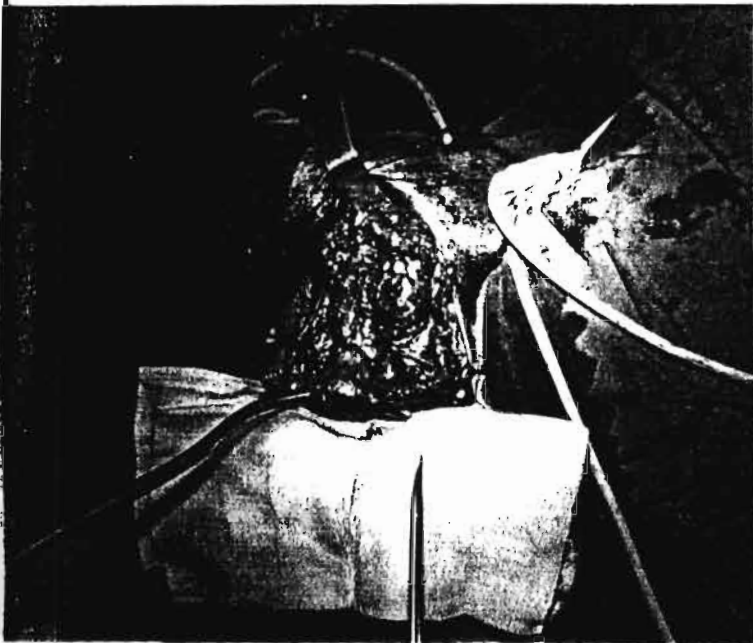
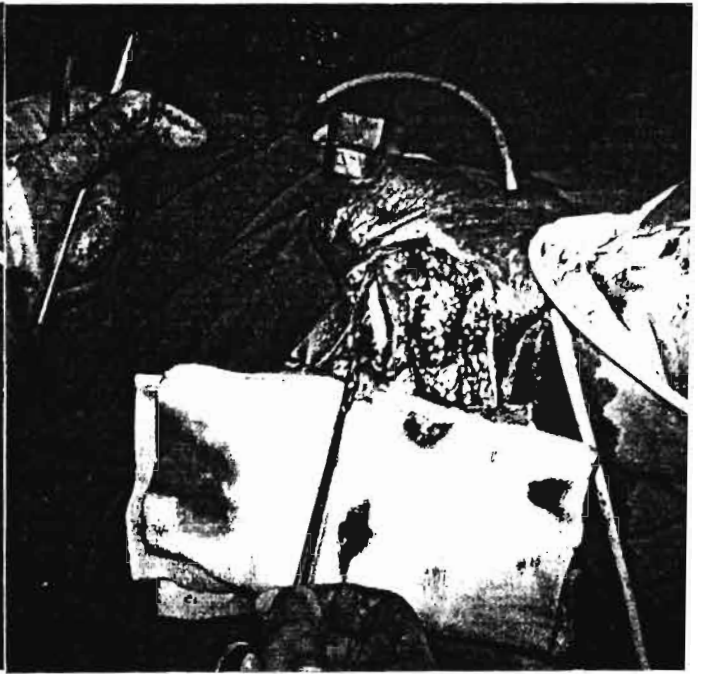
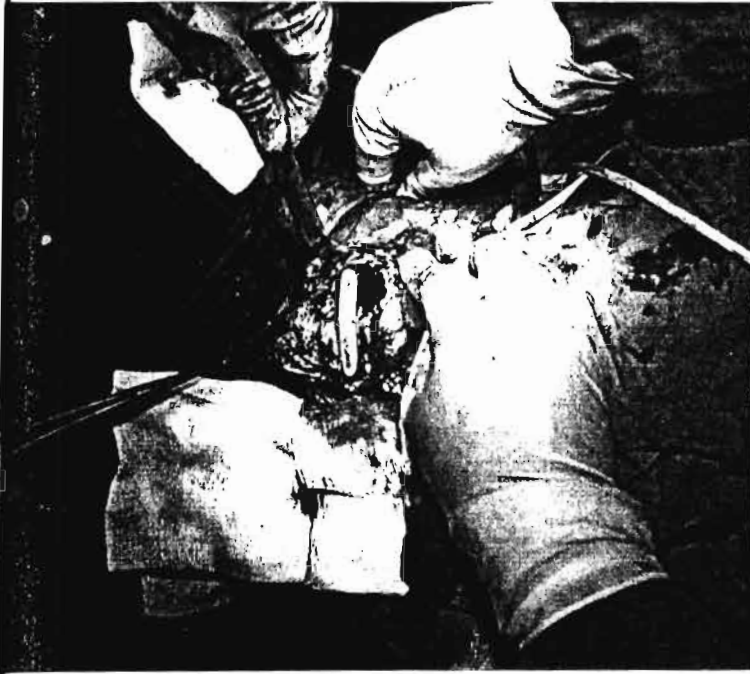
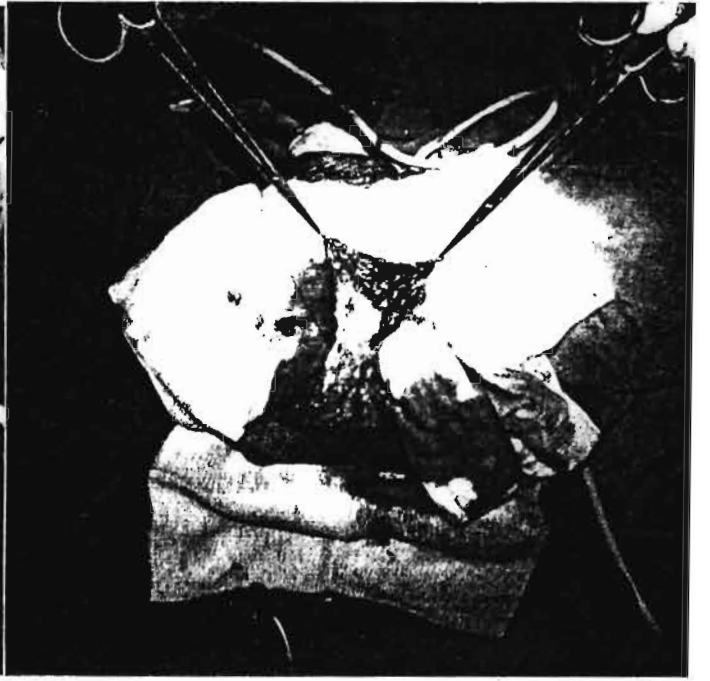
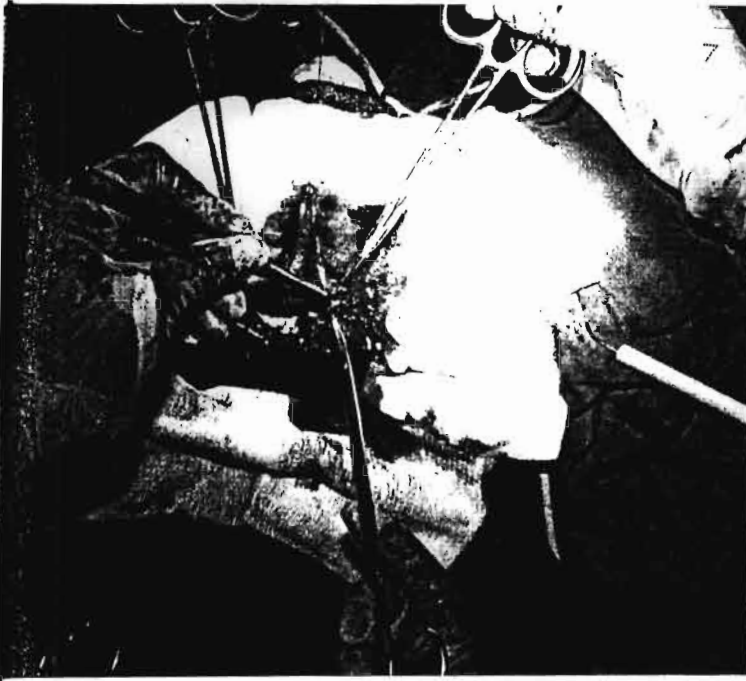
Fig 11 : Fin de la " plastie en patch " (P.P.), le pédicule est tendu par un béniqué.

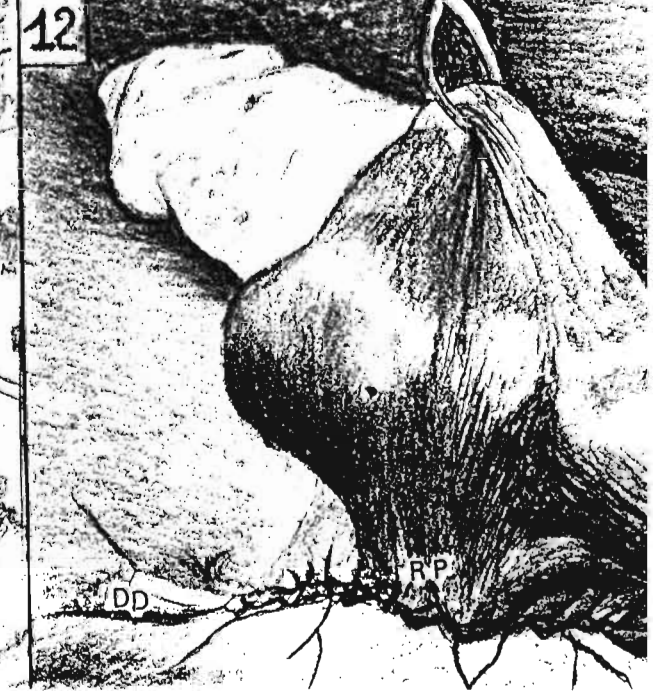
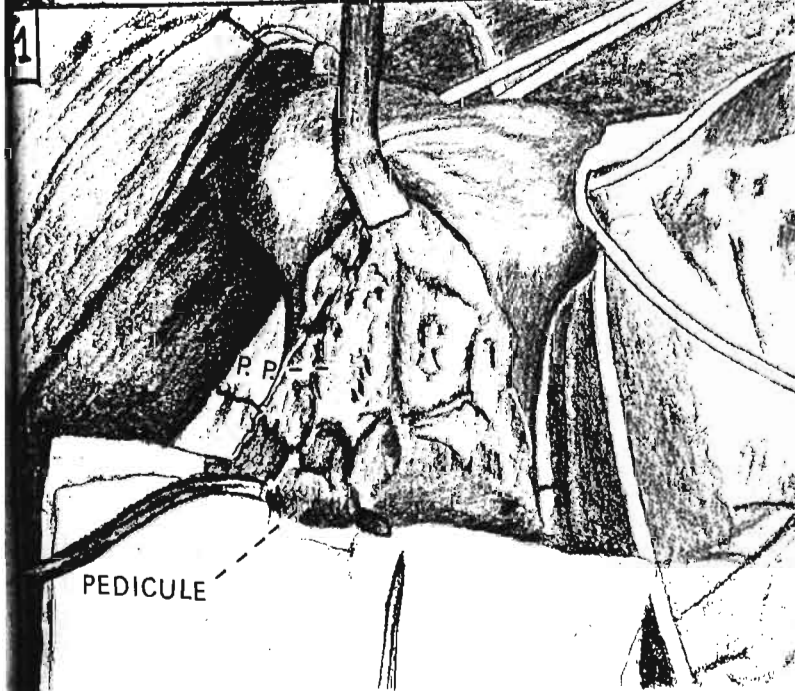
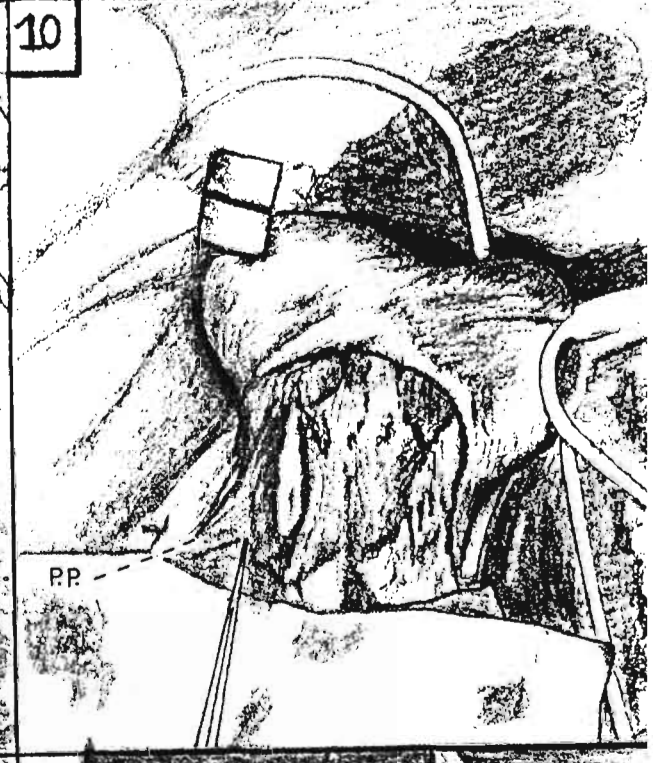
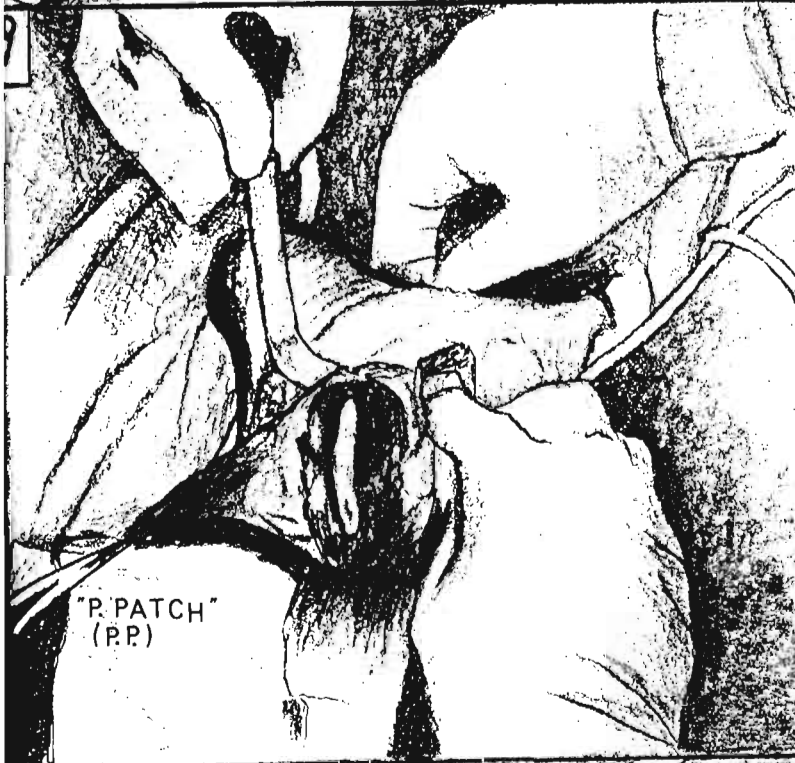
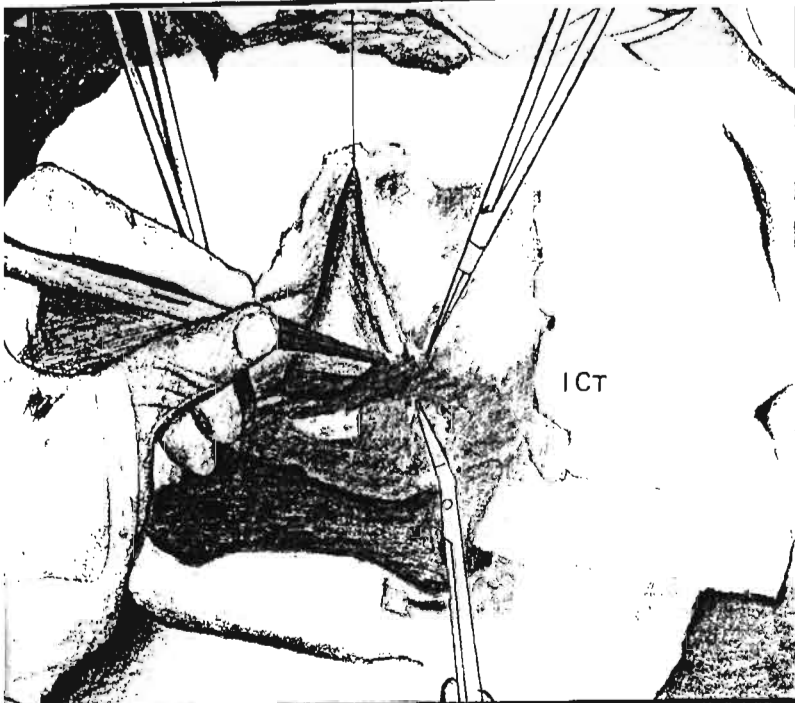
Fig 12 : Réfection pariétale. Drain de DELBET en place (D.D.)











## **E - LES COMPLICATIONS PER OPERATOIRES**

2 complications retiennent notre attention : (20, 31, 36, 43)

1 - La perforation accidentelle du lambeau lors de la destruction des glandes pilocébacées. Réparable au vicryl 000.

### 2 - Rupture du pédicule

Cet accident est à éviter car l'on exposerait le lambeau à un risque de nécrose. Par bonheur nous n'avons déploré aucun incident de ce type.

3 - L'hémorragie du bulbo-caverneux, le décollement de l'urèthre doit être minutieux. Les cicatrices fibreuses de ce muscle peuvent entraîner des troubles sexuels (43, 45).

## **F - LES SOINS POST-OPERATOIRES**

Comportent :

- une antibiothérapie systématique en dehors de toute suppuration, elle est justifiée par l'existence d'un microbisme latent.
- un antiseptique urinaire.
- des pansements locaux soigneux quotidiens.
- le drain est enlevé au deuxième jour et la sonde au 21ème jour.

## **G - LA SURVEILLANCE POST-OP**

- Hémorragie post-opératoire locale.
  - \* hémostatique par voie générale
  - \* pansement compressif
- Tension artérielle.
- Pouls.
- Température.

2 EME PARTIE :  
PATIENTS ET METHODES

## **A - PATIENTS**

Notre travail concerne 25 patients opérés au cours de la période allant de 1991 à 1994 dans les services d'urologie des CHU de Treichville (22 patients), de Cocody (2 patients), et à la Clinique Sainte MELANIE de San Pedro (1 patient).

5 patients subissaient pour la 2ème fois une intervention chirurgicale dont 4 resection-suture bout à bout et 1 uretrotomie interne endoscopique, tandis que les 20 autres subissaient leur première urethroplastie.

17 patients proviennent de l'intérieur du pays, 7 résident à Abidjan et seulement 1 patient est transféré d'un pays frontalier.

La majorité des patients est non salariée, 5 patients sur 25 exercent une profession mensuellement et régulièrement rémunérée.

## **B - METHODES**

Notre étude est prospective. Nous avons successivement examiné l'aspect épidémiologique et clinique de ces sténoses uréthrales et enfin les résultats du traitement.

Les résultats ont été appréciés par rapport à cinq critères établis au moins deux mois après la sortie de l'hôpital. Ce sont des critères :

- \* Clinique : La persistance ou non de la dysurie.
- \* Radiologique : Le contrôle des lésions anatomo-radiologiques à l'uréthrocystographie ascendante et mictionnelle (UCAM).
- \* Urodynamique : Apprécie le jet mictionnel (28).
- \* Bactériologique : L'examen cyto-bactériologique des urines pour apprécier la capacité de la vessie à la vidange des urines.
- \* Génitales : Apprécie le niveau d'atteinte des structures érectiles.

Nous avons enfin rapporté tous ces résultats au facteur temps, facteur essentiel qui permet une appréciation de l'efficacité de cette technique.

## **A- APSECTS EPIDEMIOLOGIQUES DANS LES RETRECISSEMENTS URETHRAUX TROPICAUX**

### **1 - L'AGE**

L'âge moyen des patients est de 43 ans avec les extrêmes allant de 20 à 72 ans.

Le schéma 1 nous montre que la tranche d'âge la plus concernée est celle qui se situe entre 30 - 40 ans.

### **2 - ETIOLOGIE**

Nous avons dénombré essentiellement deux causes.

#### *a - Les infections*

20 patients affirment avoir fait au moins une fois une uréthrite dans leur vie sans toutefois avoir fait une confirmation biologique d'identification du germe.

Pour la plupart, le traitement a été mal suivi.

L'anamnèse nous oriente la plupart du temps vers une uréthrite gonococcique.



*b - Les séquelles des traumatismes*

Trois patients ont un antécédent de traumatisme du bassin. Le délai entre la survenue du traumatisme et l'apparition des premiers symptômes est en moyenne de deux mois.

Ce délai rend compte de la sévérité de l'obstruction.

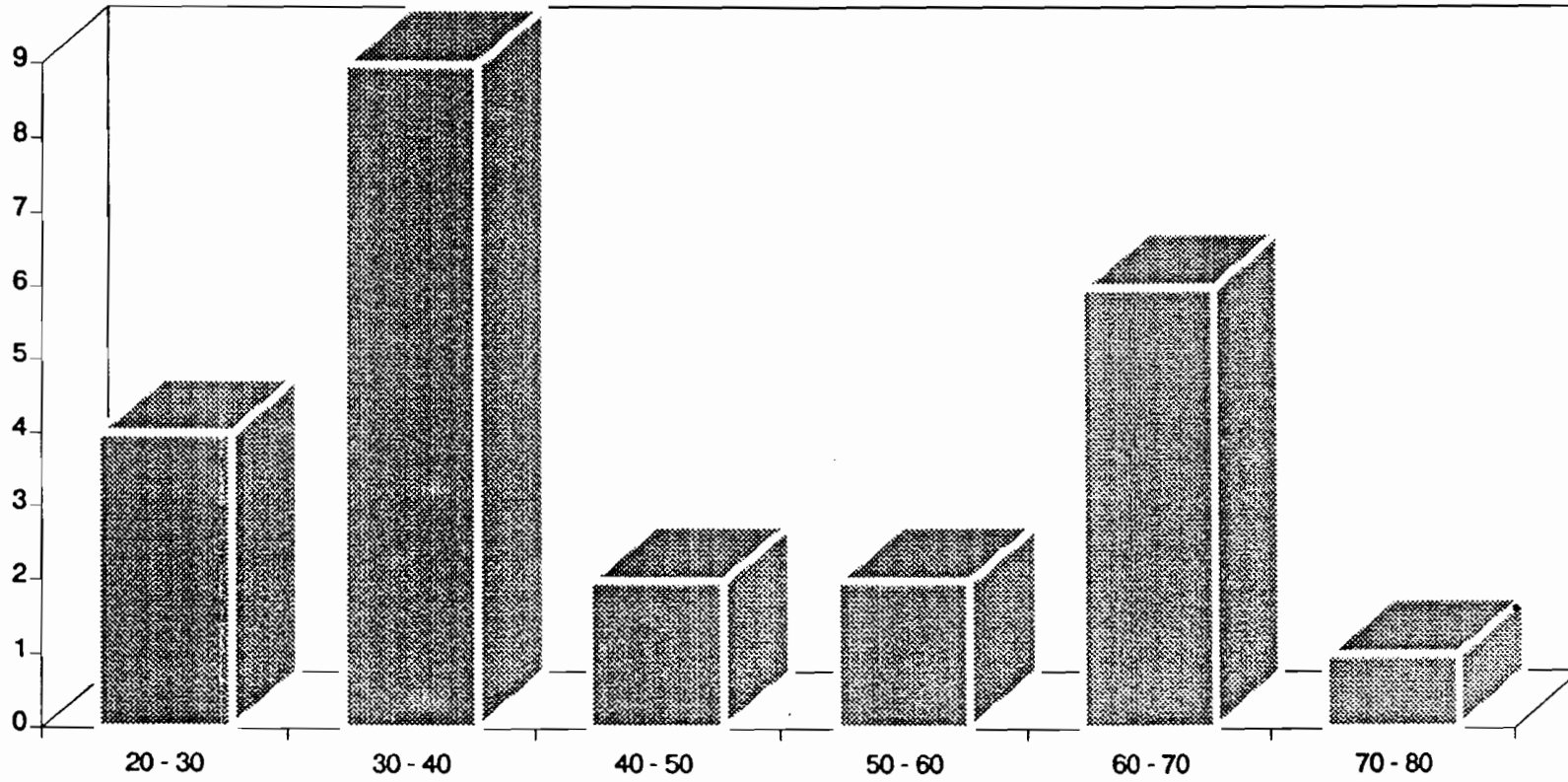
*c - Les causes indéterminées*

1 patient ne se souvient pas avoir fait une infection urinaire parlante ni de traumatisme du bassin.

S'agit-il de causes infectieuses non avouées ou méconnues ou tout simplement d'une nouvelle entité nosologique, c'est-à-dire des rétrécissements cryptogéniques (28) ?

Nous penchons sans aucun doute pour la première hypothèse. Au total les causes infectieuses semblent être les plus fréquentes dans cette série.

Histogramme indiquant le nombre de patients en fonction de l'âge



<i>Etiologie des lésions</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Infection	20	80 %
Traumatisme	3	12 %
Non identifiée	2	8 %
Total	25	100 %

*TABLEAU N° 1*

## **B - ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES RETRECISSEMENTS URETHRAUX**

### **A - SIEGE**

23 patients ont un rétrécissement siégeant à la portion bulbaire de l'urètre. Un rétrécissement de la portion péno-bulbaire et un rétrécissement de la portion bulbo-membraneux.

### **B - ETENDU**

La longueur moyenne de l'étendu est de 2,5 cm avec des extrêmes allant de 0,5 cm à 5 cm.

### **C - CALIBRE**

Il s'agit dans la quasi totalité des cas de rétrécissements très serrés avec impossibilité de sondage.

### **D - LA FIBROSE PERIURETHRALE**

4 patients ont présenté un callus.

**SIEGE DES LESIONS**

<i>Siège des lésions</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Bulbaire	23	92 %
Bulbo-membraneux	1	4 %
Péno-bulbaire	1	4 %
Total	25	100 %

*TABLEAU N° 2*

## **C - ASPECTS CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES**

### **C - 1 - ASPECTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES**

#### **1 - LA DYSURIE**

La quasi totalité de nos patients ont signalé une difficulté à émettre les urines. Elle a évolué en moyenne pendant une période de un an pour aboutir à la dysurie sévère et aux accidents de rétention d'urine qui ont motivé la consultation (3, 4, 8).

#### **2 - LA POLLAKIURIE**

Dans la majorité des cas, elle inaugure le tableau clinique et est contemporaine de la dysurie. Elle est souvent nocturne. Le patient émet fréquemment les urines en petites quantités.

#### **3 - LA RETENTION AIGUË D'URINE (R.A.U.)**

Elle est complète. Les patients évacués de l'intérieur du pays avaient bénéficié pour la moitié des cas d'une dérivation par cystostomie.

#### 4 - L'EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)

A été réalisé chez 21 patients avec seulement un examen positif. Le germe responsable est " *ESCHERICHIA COLI* " sensible à la NORFLOXACINE.

#### C - 2 - DIAGNOSTIC

Le diagnostic est basé essentiellement sur l'imagerie médicale notamment l'uréthrocystographie ascendante et mictionnelle (UCAM). La totalité de nos patients ont subi cet examen classiquement dénommé uréthrocystographie retrograde (UCR). Elle représente le principal examen du bilan diagnostic des rétrécissements urétraux (33, 46, 47, 48).

En effet, la phase ascendante, cystographique, permet d'apprécier la sévérité de l'obstruction uréthrale. Elle est en relation avec l'importance de la pression exercée au cours de l'injection du produit de contraste. La phase mictionnelle physiologique apprécie la dynamique du col pour détecter une lésion associée (maladie du col ou Adenome de la prostate) et une importante dilatation sus-lésionnelle qui signe la topographie de la sténose. En revanche, l'urèthre sous lésionnel reste fin, proportionnellement à la sévérité de l'obstruction.

## **D - NOS OBSERVATIONS**

Nous présentons à titre d'exemple les 25 observations sous la forme de tableau synoptique.



**OBSERVATIONS**

	<i>IDENTITE</i>	<i>ATCD</i>	<i>Motifs d'hospitalisation</i>	<i>Lésions Rétrécissements</i>	<i>Date de l'opération</i>	<i>Date ablation de sonde</i>	<i>Date de sortie</i>	<i>Suite opératoire</i>	<i>Contrôle UCAM Clinique Bon résultat</i>
1	F. L. 50 ans Mauritanien Docker	- Uréthrite Gonococcique	Dysurie Pollakiurie Janvier 1992 RAU (10-01-94) Cystostomie	Bulbaire 4 cm	24 - 02 - 94	15 - 03 - 94	17 - 03 - 94	Bonne	Clinique RAS UCAM Bonne Béniqué 3 séances Bon résultat
2	I. Z. 41 ans Nigérien Koumassi Manoeuvre	- Uréthrite Gonococcique - Résection- suture (1991) début	- Dysurie - RAU (01 - 11 - 93) - Cystostomie	Bulbaire 1,5 cm	27 - 12 - 93	15 - 01 - 93	17 - 01 - 93	Bonne	Clinique RAS UCAM Bonne Béniqué 3 séances Bon résultat
3	K. Y. 61 ans Ivoirienne Abidjan Tapissier	- Gonococcie mal traitée - HBP - ECBU positif	- Dysurie 1987 - RAU (11-07-93)	Bulbaire 2 cm	22 - 07 - 93	05 - 08 - 93	10 - 08 - 93	Bonne	Clinique RAS UCAM Bonne Béniqué 3 séances Résultat anapath : Adenome de la prostate Bon résultat

	<b>IDENTITE</b>	<b>ATCD</b>	<b>Motifs d'hospitalisation</b>	<b>Lésions Rétrécissements</b>	<b>Date de l'opération</b>	<b>Date ablation de sonde</b>	<b>Date de sortie</b>	<b>Suite opératoire</b>	<b>Contrôle UCAM Clinique Bon résultat</b>
4	B. A. 40 ans Ivoirien Enseignant Bouaké	- Urétrite à répétition depuis dix ans	- Dysurie	- Penobulbaire - 5 cm serrée	18 - 05 - 93	09 - 06 - 93	12 - 06 - 93	Bonne	UCAM Bonne Clinique RAS 2 béniqué Bon résultat
5	O. S. 32 ans Mauritanien Commerçant	- Résection- suture en 1993 (janvier)	- Pollakiurie - Dysurie après 6 mois - RAU - Cystostomie	- Bulbaire - 0,5 cm	28 - 02 - 94	15 - 03 - 94	20 - 03 - 94	- Suppuration pendant 5 jours - Cicatrisation	Bonne UCAM Clinique RAS 3 séances béniqué Bon résultat
6	D. N. 42 ans Ivoirien Commerçant Treichville	- Non relevé	- Pollakiurie - Dysurie depuis 90	- Bulbaire - 2 cm	12 - 03 - 91	10 - 04 - 91	12 - 04 - 91	Simple	UCAM Bonne Clinique RAS 3 séances béniqué Bon résultat
7	B. T. 72 ans Ivoirien Ouvrier Retraité Man	- Urétrite à répétition	- Pollakiurie - Dysurie depuis 89	- Bulbaire - 1 cm	30 - 05 - 91	28 - 06 - 91	29 - 06 - 91	Simple	UCAM Bonne Clinique RAS Bon résultat
8	S. K. 23 ans Ivoirien Sans emploi M'batto	- Urétrite gonococcique	- Dysurie 1992 - RAU 20 - 10 - 92 - Cystostomie	- Bulbaire - 0,5 cm	20 - 12 - 92	01 - 01 - 93	02 - 01 - 93	Simple	UCAM Bonne Clinique RAS Bon résultat

	<i>IDENTITE</i>	<i>ATCD</i>	<i>Motifs d'hospitalisation</i>	<i>Lésions Rétrécissements</i>	<i>Date de l'opération</i>	<i>Date ablation de sonde</i>	<i>Date de sortie</i>	<i>Suite opératoire</i>	<i>Contrôle UCAM Clinique Bon résultat</i>
9	D. L. 27 ans Ivoirien Ouvrier Port-Bouët	- Fracture accidentelle du bassin en 1990	- Hématurie - Dysurie - RAU le 12 - 12 - 94 - Cystostomie	- Bulbo- membraneux - 2,5 cm	02 - 03 - 94	30 - 03 - 94	30 - 04 - 94	- Suppuration pendant 10 jours - Dakin	UCAM Bonne Clinique RAS Résultat satisfaisant
10	O. K. 23 ans Ivoirien Sans emploi Abidjan	- Gonococcie mal traitée	- Dysurie - RAU février 1994 - Cystostomie	- Bulbaire - 2 cm serré	25 - 13 - 94	15 - 04 - 94	20 - 04 - 94	Bonne	UCAM Bonne Clinique RAS Revu régulièrement Résultat satisfaisant
11	A. N. 66 ans Ivoirien Planteur Abengourou	- Uréthrite à répétition - Traitement traditionnel	- RAU en février 1994 - Cystostomie	- Bulbaire sur 3 cm	23 - 02 - 94	09 - 03 - 94	10 - 03 - 94	Simple	UCAM Bonne Clinique RAS Revu régulièrement Résultat satisfaisant
12	K. C. 20 ans Ivoirien Sans emploi Treichville	- Traumatisme du bassin	- RAU mars 1992 - Cystostomie d'urgence	- Bulbaire - 0,5 cm	02 - 03 - 92	-	14 - 04 - 92	Simple	UCAM Bonne Clinique RAS Perdu de vue Résultat bon

	<i>IDENTITE</i>	<i>ATCD</i>	<i>Motifs d'hospitalisation</i>	<i>Lésions Rétrécissements</i>	<i>Date de l'opération</i>	<i>Date ablation de sonde</i>	<i>Date de sortie</i>	<i>Suite opératoire</i>	<i>Contrôle UCAM Clinique Bon résultat</i>
13	A-A-E-54 ans ivoirien planteur Dabou	-Résection suture en 1991 récidive trois ans après	Dysurie ++	-Bulbaire 0,5 cm -Pénien 0,5 cm	18-03-94	01-05-94	02-05-94	Suppuration 10 jours guéri	UCAM bonne clinique RAS bon résultat
14	D-A -60 ans planteur sans emploi Bassam	diabétique 10ans sous insuline uréthrite à répétition - phlegmon urinaire 1992 traité	dysurie depuis 1992-RAU 12-01-92 CALLUS	-bulbaire 2cm	15-03-94	14-04-94	16-04-94	Suppuration E.coli lâchage de paroi, traité, guéri	Clinique légère dysurie UCAM non fait malade revu régulièrement au CHU Résultat moyen
15	A-A-34ans Abengourou cultivateur	Uréthrite HIV1+ HIV2+ dermatose	dysurie++ RAU 03-12-93	bulbaire 1,5 cm serré	01-12-94	Problème social-suppuration pariétale et lâchage évadé à J5 post op avec dossier .Malade perdu de vue.Le Médecin d'Abengourou est prevenu.			
16	S.A.37 ans ivoirien comptable Issia	Maladie de fourmier Traitée en 1992	-dysurie depuis 1992	Bulbaire 2 cm -Fistule urinaire	23-09-93	15-10-93	22-10-93	légère suppuration jugulée en 5 jours	UCAM non réalisée - clinique bonne Béniqué satisfaisant résultat jugé bon

17	L.S.E 34 ans Ivoirien Militaire San Pédro	Traumatisme du bassin en 1988	Brûlure M. Hématurie Dysurie Pollakiurie 15 jours après AVP	Bulbaire sur 2cm serré	19-01-94	05 - 02 - 94	25 - 02 - 94	Simple	UCAM pas fait Clinique RAS Résultat jugé excellent
18	G.T 42ans Ivoirien Agent commercial Bouaké	Urétrite à répétition en 1981 Guéri en 1983	Dysurie pollakiurie en 1983	Bulbopénien sur 4cm serré	12-01-91	28-02-91	01-03-91	suppuration 10 jours E.Colis. Traité par Fluoroquinolone Guéri	UCAM contrôle Fait égarée Beniqué satisfaisant Clinique bonne Excellent résultat
19	T.A 67 ans Cultivateur Man	Urethrite à répétition mal traité	- Brûlure Mictionnelle - Dysurie pollakiurie RAU	Bulbaire sur 3 cm serré	11-01-91	16-02-91	18-02-91	Simple	UCAM contrôle non fait Malade révu Clinique satisfaisante Résultat jugé bon
20	G. M. 31ans Ivoirien sans emploi Marcory	- Polyarthrite - Dysurie - Pollakiurie - RAV 04 - 06 - 93		- Bulbaire - 4,5 cm serré	24 - 06 - 93	07 - 07 - 93	08 - 07 - 93	Simple	UCAM fait Clinique Bonne qualite Malade perdu de vue Résultat bon
21	G. E. 67 ans Ivoirien Cultivateur Sassandra	- Infection urinaire - UIE 92 3 - 01 - 92	- Dysurie - Pollakiurie début 93	- Bulbaire - 5 cm étagé	01 - 09 - 92	02 - 10 - 92	03 - 10 - 92	Simple	- UCR non fait - Clinique Bonne - Résultat jugé bon

	<i>IDENTITE</i>	<i>ATCD</i>	<i>Motifs d'hospitalisation</i>	<i>Lésions Rétrécissements</i>	<i>Date de l'opération</i>	<i>Date ablation de sonde</i>	<i>Date de sortie</i>	<i>Suite opératoire</i>	<i>Contrôle UCAM Clinique Bon résultat</i>
22	J. B. 31 ans Ivoirien Planteur à Gagnoa	- Urétrite à répétition traitée	- Dysurie - Pollakiurie - Callus + juin 91	- Bulbaire - 3 cm serré	02 - 07 - 91	30 - 07 - 91	30 Juillet 1991	Simple	- UCAM Contrôle non fait Clinique satisfaisant Malade revu un an après sortie Résultat jugé bon
23	N. F. 36 ans Ivoirien Manoeuvre Abengourou	- Traumatisme de l'urètre - Résection-suture en 92	- RAU 30 - 01 - 92 - Callus +	- Bulbaire court serré - 0,5 cm	24 - 03 - 92	02 - 05 - 92	03 - 05 - 92	- Suppuration pendant 12 jours - Guéri	UCR réalisée Clinique satisfaisante Bon résultat
24	K. K. 40 ans Ivoirien Cultivateur Bocanda	- Urétrite mal traitée en 1991	- Dysurie ++ - RAU 02 juillet 1991	- Bulbaire - 2,5 cm	30 - 07 - 91	28 - 08 - 92	28 - 08 - 92	Simple	UCAM non réalisée Clinique Bonne Résultat satisfaisant
25	70 ans Ivoirien Sans emploi Issia	- Urétrite chronique - HBP	- Dysurie - RAU	- Penobulbaire - 6 cm	01 - 01 - 93 BLANDY + Adénomectomie	30 - 02 - 93	30 - 02 - 93	Suppurations jugulée - Lâchage - fistule urinaire à j 30 - Malade repris	UCAM réalisée Dysurie + résultat jugé mauvais - Anaph. confirme Adenome prostatique

## ANALYSE DE NOS OBSERVATIONS

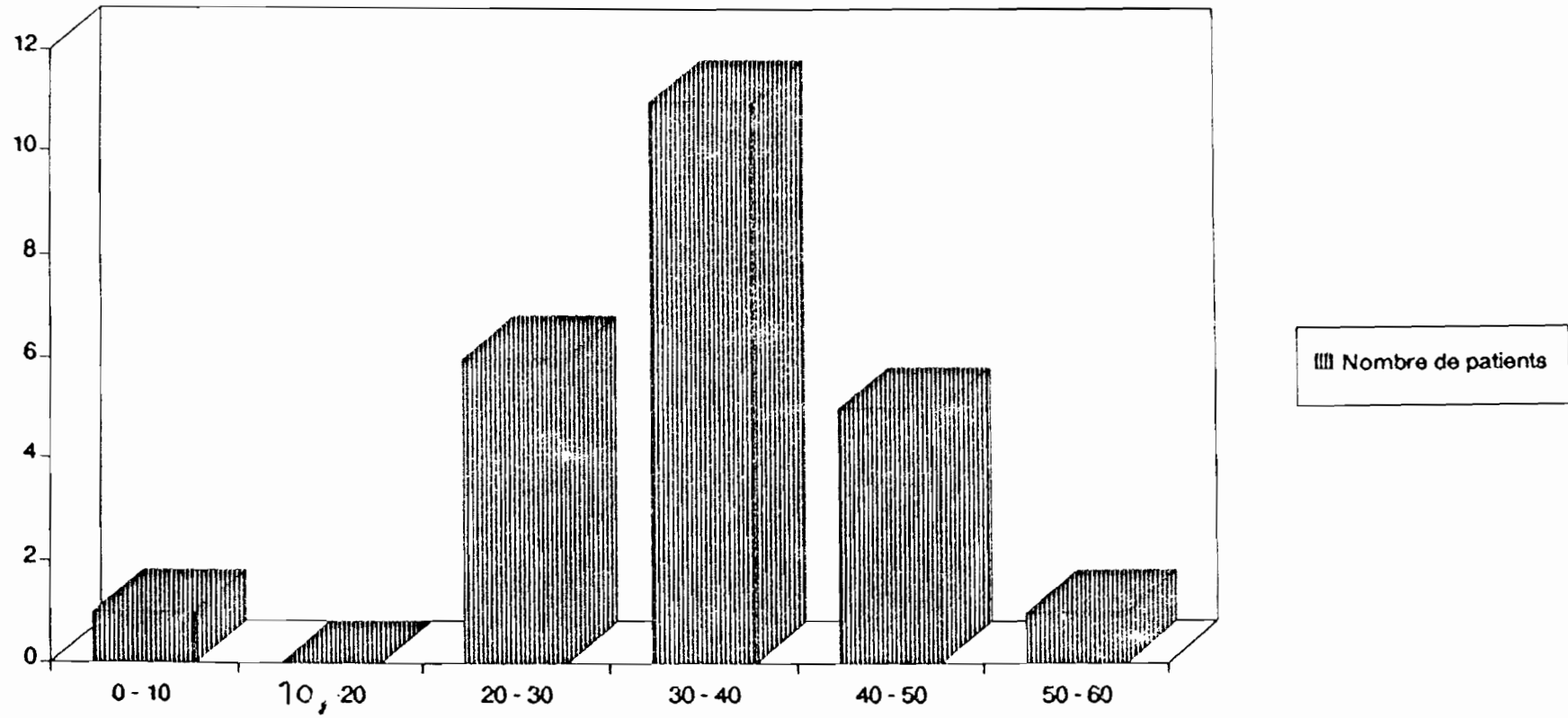
### 1 - La durée d'hospitalisation

Malade	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durée d'hospitalisation	30 j	27 j	25 j	31 j	29 j	37 j	36 j	29 j	30 j

Malade	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Durée d'hospitalisation	32 j	26 j	40 j	52 j	48 j	évadé à j 5	36 j	7 j	43 j

Malade	19	20	21	22	23	24	25
Durée d'hospitalisation	44 j	21 j	39 j	37 j	46 j	35 j	37 j

Nombre de patients en fonction de la durée d'hospitalisation





La durée de l'hospitalisation avant l'intervention est prise en compte, il est d'une semaine en moyenne dans nos services. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 23 jours, l'hospitalisation la plus courte est de 21 jours, la plus longue étant de 52 jours.

Un patient s'est évadé contre avis médical à j 5.

Un patient a été opéré en clinique privée, son délai d'hospitalisation a été de 7 jours.

## **2 - PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS EVOLUTIVES**

L'existence d'une complication ou d'une affection associée, sans oublier les tares préexistantes, revêtent un caractère péjoratif. Leur recherche doit être acharnée car elle permet d'adapter le traitement de la sténose. Ainsi, avons-nous noté que dans notre série (5) :

<i>Pathologies et complications</i>	<i>Nombre de cas</i>
Vessie diverticulaire	6
Prostatite chronique	3
Maladie du col	-
Uréthérohydronéphrose	1
Adénome de la prostate	2
Diabète	1
Complications locales (- Phlegmon - Callus - Fistule)	2
SIDA	1
TOTAL	16

TABLEAU 3

- 2 patients présentaient des tares : Diabète et SIDA (observations n° 14 et 15).
- 2 patients présentaient une hypertrophie bénigne de la prostate, dont un a subi une adénomectomie dans le même temps opératoire.
- 6 patients présentaient à l'UCAM une vessie diverticulaire qui signe la sévérité et l'ancienneté de l'obstruction.

### **3 - LE TEMPS D'ABLATION DE LA SONDE URETHRALE**

Dans notre série, l'ablation de la sonde s'est faite à cicatrisation complète de l'incision cutanée, c'est-à-dire 21 jours en moyenne après l'intervention.

Elle est faite deux jours avant la sortie du patient ce qui nous laisse une marge d'observation de la qualité du jet mictionnel.

Un seul patient est sorti avec la sonde.

Le long port de la sonde est une source d'infection urinaire voire de re-sténose. (48)

### **4 - LE CONTROLE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE**

Il est aléatoire car souvent les patients sont perdus de vue dès la constatation de leur guérison après ablation de la sonde.

Les séances de calibrage au bényqué au nombre de quatre, une séance par semaine, épreuves difficiles et contraignantes sont rapidement abandonnées par la moitié de notre effectif (49, 50, 51).

Ainsi 13 patients ont-ils suivi correctement ces séances de calibrage et un contrôle radiologique (UCAM).

### **5 - URETHROPLASTIE ET INTERVENTIONS ASSOCIEES**

5 de nos patients subissaient l'uréthroplastie de type BLANDY en 2<sup>e</sup> intention. On notait 4 résections-sutures et une uréthrotomie interne endoscopique (U.I.E.) Ces patients ont récidivé pour la majorité dans un délai inférieur ou égal à 3 mois.

<i>Patients</i>	<i>Intervention de 1ère intention</i>	<i>Délai de récurrence</i>
Observation N ° 2	Résection-suture Février 1991	3 mois
Observation N ° 5	Résection-suture Janvier 1991	3 mois
Observation N ° 13	Résection-suture 1991	3 mois
Observation N ° 23	Résection-suture 1992	1 mois
Observation N ° 21	UIE Janvier 1992	1 an

TABLEAU N° 4

Ce tableau montre bien que les résections-anastomoses ne constituent pas une indication sage et adéquate des rétrécissements uréthraux tropicaux d'origine infectieuse avec une importante participation des dystrophies sclérofibreuses qui ne permettent pas de faire le point de la longueur de l'urèthre abîmé (9, 10, 12).

Ceci explique les récurrences à court terme c'est-à-dire dans le premier trimestre.

### PROBLEMES SOCIO-ECONOMIQUES

<i>Conditions sociales des patients</i>	<i>Nombre de patients</i>
Inactifs - Retraités	1
Sans emploi	5
Avec revenu mensuel fixe	4
Ouvrier contractuel	6
Cultivateur	9
TOTAL	25

TABLEAU N° 5

4 de nos patients ont un revenu fixe, ce qui ne facilite pas l'achat des médicaments pour le traitement post-opératoire.

1 patient (observation n° 15) a été abandonné par sa famille, situation qui est à l'origine de son évasion.

### **7 - LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES**

<i>COMPLICATIONS</i>	<i>NOMBRE DE CAS</i>
LACHAGE PARIETAL	3
FISTULE URINAIRE	9
SUPPURATIONS	1
TOTAL	13

*TABLEAU N° 6*

Elles sont essentiellement constituées de :

- suppurations avec lâchages des sutures pariétales (9 patients) qui ont tari et cicatrisé après prélèvement de pus et antibiogramme, suivie d'antibiothérapie.
- fistule urinaire (1 cas) qui a tari par la pose d'une sonde uréthrale maintenue jusqu'à l'assèchement de cette fistule.

Nous présentons à titre économographique quelques clichés d'UCAM et leur contrôle.

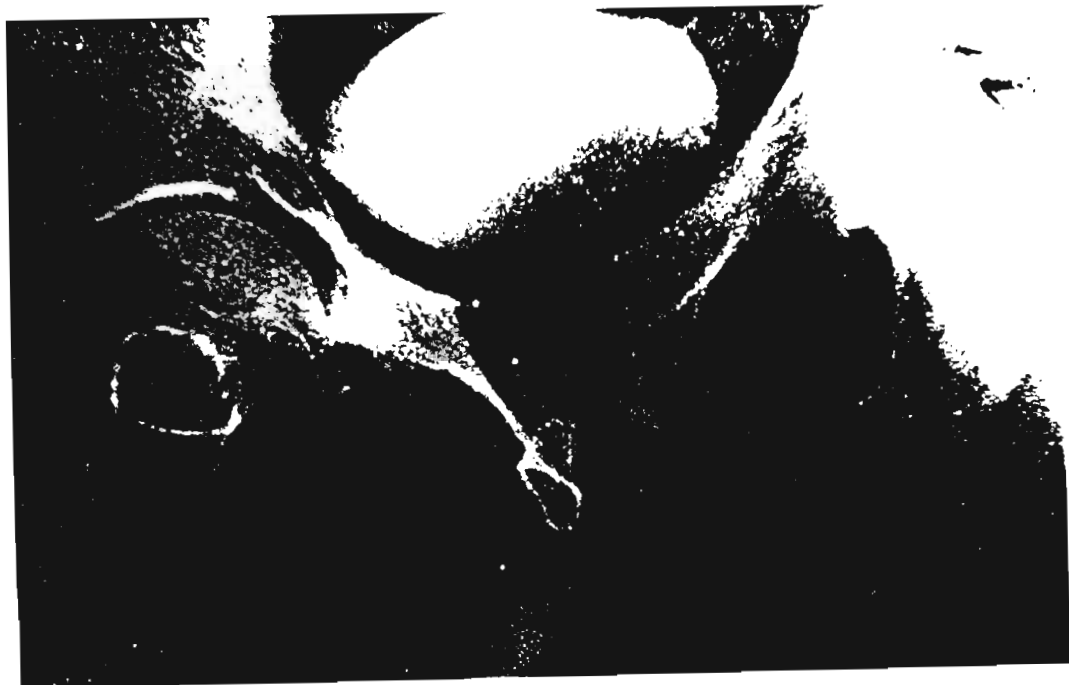


1

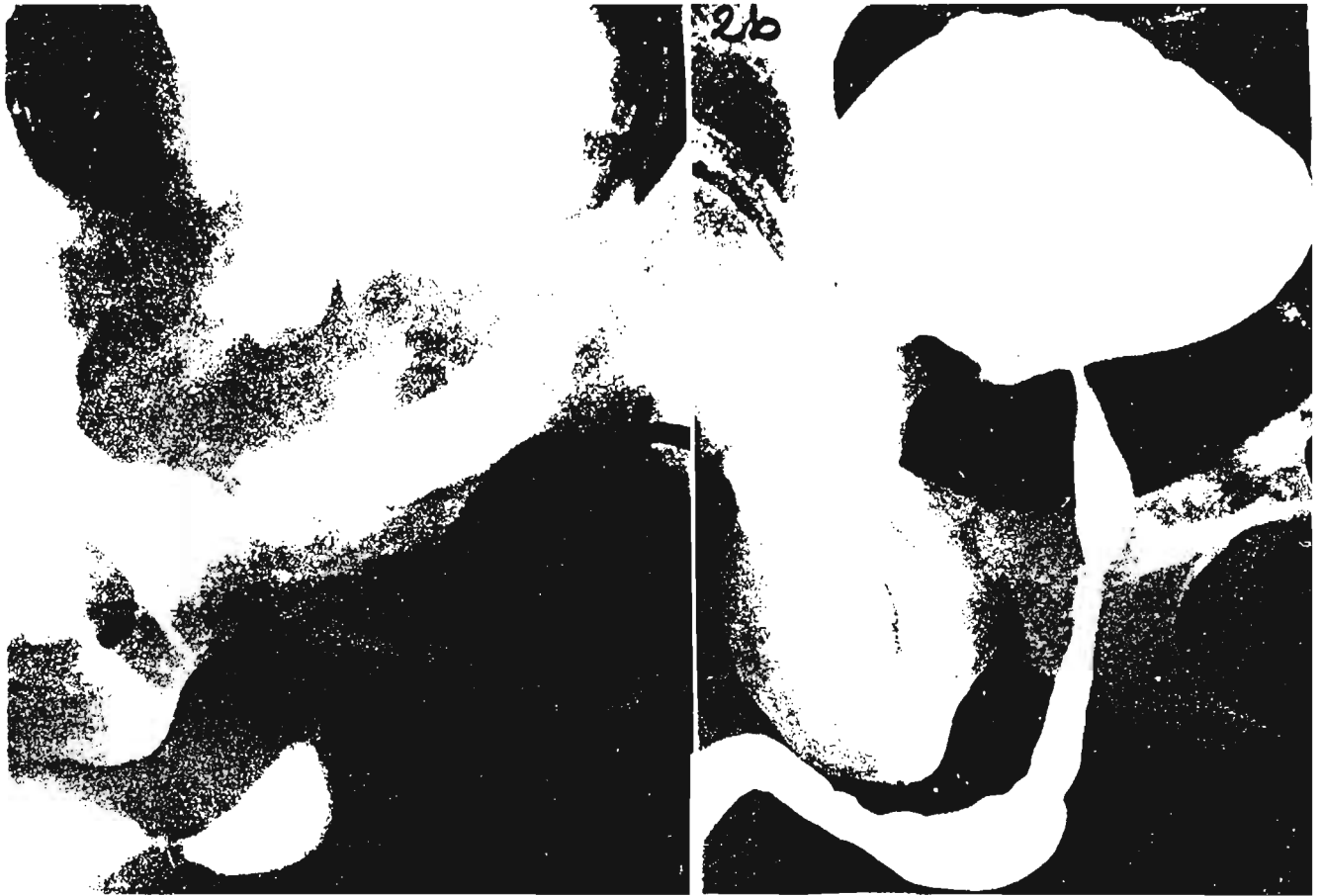


Observation N° 1

UCAN initiale



contrôle



UCAM initiale

contrôle

Observation N° 1



UCAM

initiale



contrôle

Observation N° 3



UCAM initiale



contrôle

Observation N° 4



UCAM iniziale



control -

5



contrôle



FCM initiale

Observation n° 7



UCAM

initiale



contrôle

Observation n° 3



UCAM      initiale



contrôle

Observation 22.9



3 EME PARTIE :  
ETUDE ANALYTIQUE  
DE NOS RESULTATS  
COMMENTAIRES  
ET CRITIQUES

# **I - RESULTATS ET ANALYSES**

## **1 - CRITERES DE GUERISON**

Les critères d'appréciation de nos résultats sont :

- \* clinique
- \* radiologique
- \* urodynamique
- \* bactériologique
- \* génital

### **a - Critères cliniques**

Ces critères sont objectifs et subjectifs.

Le patient apprécie par lui-même son état urinaire présent :

- la normalisation de la miction
- la disparition de la dysurie
- l'absence de brûlures mictionnelles
- la récupération d'un meilleur confort; le patient mène désormais une vie normale sans recours aux séances de dilatation.

Les avis recueillis auprès des 25 patients permettent d'individualiser 2 groupes de patients :

- d'une part 21 patients sont satisfaits dès l'ablation de la sonde.
- d'autre part 4 patients se sont plaints de troubles urinaires à type de dysurie et incontinence.

<i>Résultats cliniques</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Satisfaisants	21	84 %
Non satisfaisants	4	16 %
Total	25	100 %

*TABLEAU N° 7*

Nous avons regroupé dans un tableau les différents troubles mictionnels évoqués par les 4 patients et leur durée.

<i>Complications post-opératoires</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Durée</i>
Dysurie	3	15 jours
Incontinence	1	2 jours

*TABLEAU N° 8*

La dysurie a disparu dès la première séance de calibrage au béniqué. En revanche, l'incontinence s'est amendée de façon spontanée. Nous n'avons pas observé de cas de rétention aiguë d'urine après ablation de sonde.

### **b - Les critères radiologiques**

Ils constituent une preuve de succès relatif de la plastie que seule la qualité mictionnelle viendra confirmer. Le contrôle radiologique (UCAM) est effectué dès l'ablation de la sonde. Cet examen est répété un mois après l'arrêt des séances de calibrage. C'est donc un examen essentiel (40).

Le souci de ne pas traumatiser un urèthre déjà fragilisé par l'intervention, nous amène à conseiller l'attitude suivante pour le premier contrôle (c'est-à-dire avant l'ablation de la sonde et la sortie) :

Dans un premier temps, le produit de contraste est injecté par la sonde uréthrale en place, secondairement la sonde est retirée avant la prise des clichés per mictionnels.

Le deuxième contrôle est effectué un mois plus tard.

La plupart des différents contrôles radiologiques est effectué un mois plus tard. L'inventaire des différents contrôles radiologiques a permis de regrouper deux types d'images dans le tableau.

<i>Aspects radiologiques</i>	<i>Nombre de cas</i>
Reconstitution parfaite	14
Aspect cicatriciel	2
Non parvenu	9
Total	25

*TABLEAU N° 9*

**c - Critère urodynamique**

Il rend compte de la qualité mictionnelle. A défaut d'infrastructure d'exploration urodynamique (débitmétrie), nous demandons au patient de boire une certaine quantité d'eau de manière à ce qu'il ait envie d'uriner.

Au cours de la miction, nous apprécions la qualité du jet, le temps approximatif de miction et l'effort entrepris par le patient pour vider sa vessie.

### **d - Critère bactériologique**

La stérilité des urines est un élément d'appréciation de la vidange vésicale et de l'absence de résidu post mictionnel. Le tableau suivant résume l'état infectieux de nos patients avant l'hospitalisation et après l'intervention.

<i>Nombre d'ECBU positif avant l'hospitalisation</i>	<i>Nombre d'ECBU positif après l'intervention</i>
3	Néant

*TABLEAU N° 10*

Ces chiffres s'expliquent du fait que dès la consultation ou la réception en urgence, les patients sont mis systématiquement sous antibiotique à forte concentration urinaire tel que la Norfloxacin (Noroxine 400) à raison de 1 cp x 2 / jour pendant au moins une semaine

### **e - Critère génital**

L'atteinte des structures érectiles qui engainent l'urèthre reste le souci majeur dans toute intervention sur le périnée.

Dans notre série, aucun cas de trouble de l'érection n'a été observé.

## **II - RESULTATS GLOBAUX : SYNTHESE**

On définit 3 groupes de résultats faisant intervenir les critères précédemment décrits :

### **a - Les bons résultats se définissent par les critères suivants :**

- confort mictionnel sans dysurie
- stérilisation des urines
- jet mictionnel vigoureux
- contrôle radiologique
  - \* reconstitution parfaite
  - \* ou aspect cicatriciel sans retentissement sur la qualité mictionnelle

### **b - les résultats moyens ou intermédiaires**

Régroupent des patients associant à des degrés divers les troubles suivants :

- confort mictionnel imparfait
- aspect cicatriciel à UCAM de contrôle
- jet mictionnel faible
- trouble de la fonction génitale

Ce sont des patients à surveiller, justiciable le cas échéant d'une reprise opératoire ou d'une dilatation espacée.

**c - Les échecs**

Ils s'opposent point par point aux résultats jugés bons.

Globalement nos résultats sont les suivants :

<i>Résultats</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Bons	22	88 %
Moyens	1	4 %
Echecs	1	4 %
Evadé	1	4 %
Total	25	100 %

*TABLEAU N° 11 : Nos résultats*



## ANALYSE ET COMMENTAIRE DE NOS RESULTATS

### 1 - LES CAUSES D'ECHEC

La principale cause incriminée est :

#### a - Le contexte infectieux

9 de nos patients ont présenté en post opératoire une suppuration pariétale et un lachage traités par antibiothérapie. La cicatrisation a été obtenue au prix de pansement quotidien et d'une couverture antibiotique per os.

Le sepsis post opératoire constant dans nos hopitaux, nous a amené à adopter l'attitude suivante :

- dès l'admission du patient en retention d'urine généralement avec un sepsis périnéal patent ou latent, on pratique une cystostomie. La dérivation haute des urines assèchent le périné et diminue la péri-urétrite.
- l'uréthroplastie est pratiquée après que l'infection périnéale ait été jugulée.
- le badigeonnage répété de la plaie opératoire à l'hexomédine au cours de différents temps de l'intervention minimise la suppuration en post-opératoire.

Malgré ces précautions, la suppuration périnéale est monnaie courante.

Seule la solidité du lambeau pédiculé de BLANDY offre l'avantage de résister au sepsis post opératoire et permet de passer cette phase critique sans trop d'angoisse.

### **b - Les tares**

L'existence de tares (diabète, SIDA) ou une atteinte sus-jacente revêt un caractère péjoratif quant à la durée de la cicatrisation.

Dans 2 cas nos patients présentaient des tares.

## **2 - LES RESULTATS INTERMEDIAIRES**

Nous incriminons le facteur infectieux et les biais dans la réalisation de la technique par des mains non expertes, car le tissu fibreux doit être disséqué et libéré au maximum voire en totalité. Une fibrose résiduelle infiltre de proche en proche le tissu sain et ainsi la lésion se reconstitue.

### **3 - LES BONS RESULTATS**

Ils sont le fruit :

- d'une lutte acharnée quotidienne contre l'infection.
- d'un respect minutieux des détails techniques.

Ces résultats sont acquis dès l'ablation de la sonde et demeurent stables; aucun cas de dégradation n'a été observé chez nos 22 patients.

### **4 - ETUDE COMPARATIVE**

Ces résultats doivent être comparés avec ceux de la littérature (16, 21, 22, 23).

### **5 - RECU**

Le recul moyen observé est de 21 mois, le temps d'observation le plus court est de deux mois, le recul le plus long est de 54 mois.

<i>Technique</i>	<i>Auteurs</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Bon</i>	<i>Résultats moyens</i>	<i>Mauvais</i>
Uréthrotomie Interne Endoscopique (UIE)	Chatelain (1975)	41	27 (66 %)	8 (20 %)	3 (7 %) 3 malades perdus de vue)
	Gnagne (Cochin)	132	63 %	-	37 %
Uréthroplastie en 2 temps Benght Johanson	Marshall (1965)	25	19 (76 %)	52 (20 %)	6 (14 %)
	Wilkie (1960)	51	41 (80 %)		10 (20 %)
	Naberger (1966)	258	193 (71 %)		13 (5 %)
Leadbetter	Fernandes (1969)	81	68 (86 %)		13 (14 %)
	Bogash (1969)	30	25 (83 %)		5 (17 %)
Turner-Warwick	Asken (1974)				
	Brendler (1971)				
Gil - Vernet	Gil - Vernet (1966)	24	20 (83 %)		4 (17 %)
	Falandry (1993)	25	21 (84 %)	1 (4 %)	3 (12 %)
Monseur	Monseur (1968)	26	23 (82 %)	2 (12 %)	2 (6 %)
Augou Motto Camille	Devine 1994	25	72 %	20 %	8 %
Blandy	Nos résultats (1994)	25	22 (88 %)	1 (4 %)	1 (4 %)

Nos résultats sont assez proches de ceux de FALANDRY (22, 23, 24), qui sont les chiffres africains retrouvés dans notre bibliographie.

## **II - LES INDICATIONS**

### **1 - L'AGE**

La technique de BLANDY se fait à tous les âges.

### **2 - LE SIEGE**

Elle se réalise essentiellement au niveau de l'urèthre postérieur.

### **3 - L'ETENDU**

Les rétrécissements de plus de 0,5 cm doivent bénéficier d'une uréthroplastie notamment le BLANDY.

### **4 - TYPE ANATOMOPATHOLOGIQUE**

Les sténoses sclérofibreuses avec un callus perceptible au toucher constituent une bonne indication de BLANDY.

## **5 - LES RECIDIVES DE RESECTION - SUTURES**

L'indication d'un BLANDY s'impose devant une récurrence fréquente après une résection-suture.

### **III - CRITIQUES**

L'uréthoplastie de J. BLANDY respecte les principes fondamentaux des réparations des rétrécissements de l'urètre. En effet, elle utilise le tissu de proximité cutané richement vascularisé, ce qui minimise ou annule les risques de nécrose. Ce lambeau pédiculé offre des propriétés de mobilité, d'élasticité et de compliance, tous caractères qui sont nécessaires pour la nouvelle fonction qui lui est assignée (9, 12, 32).

Ainsi ce lambeau peut-il être utilisé soit en patch d'agrandissement, soit tubulaire de remplacement avec le risque de sténoses des extrémités anastomosées dans le dernier cas.

Nous avons toujours utilisé le lambeau de BLANDY en patch et par conséquent nous n'avons observé aucune sténose des extrémités.

Il se pose néanmoins le problème des complications en rapport avec la présence de poils sur le lambeau. Pour éviter cet inconvénient qui ne

nous paraît pas outre mesure important, nous procédons par l'artifice qui consiste à détruire les glandes cébacées par une cauthérisation de celles-ci à l'électrode de coagulation.

## CONCLUSION

La plastie de l'urètre par lambeau pédiculé semble répondre aux préoccupations propres à nos milieux.

Les avantages qu'elle présente sont les suivantes :

1 - Une intervention en un temps avec une courte durée d'hospitalisation post-opératoire, en moyenne 23 jours, est un gain de temps pour le praticien et d'argent pour le malade, ce qui est très important dans nos pays sous-développés où le manque de lits se fait énormément sentir.

2 - Ce tissu de plastie par ses qualités propres, confère au montage solidité et résistance à la suppuration.

3 - Le respect du muscle bulbo-caverneux est indispensable pour la conservation de l'érection. //

4 - La possibilité d'utilisation d'autres techniques ou la reprise de la technique de BLANDY en cas d'échec.

Notre travail est un travail préliminaire sur en moyenne 21 mois, la guérison définitive devant être jugé au bout de 3 ans.



Nous avons obtenu 88 % de bon résultat et 4 % de mauvais résultat et 4 % moyen, un patient s'est évadé et n'a jamais été expertisé. Cependant l'échec et le résultat incomplet restent une réalité que le praticien rencontre quelle que soit la technique utilisée.

Les facteurs défavorables à un bon résultat reconnaissent essentiellement :

- l'infection redoutable dans nos milieux hospitaliers.
- l'existence de complications évolutives.
- l'association du rétrécissement à d'autres affections de l'arbre urinaire tel l'adenome et la maladie du col, est bien connue et leur recherche doit être systématique.

Ces complications doivent bénéficier d'un traitement approprié au cours du même temps opératoire.

- l'existence de tares (diabète, SIDA) sont des réalités à prendre impérativement en compte.

- la technique de BLANDY est simple, perfectible. Elle s'adapte le mieux aux réalités socio-économiques de nos milieux.

Ses résultats pourraient être améliorés moyennant.

- des Chirurgiens exerçant et maîtrisant la technique.
- une information du personnel médical et paramédical afin qu'ils s'abstiennent de pratiquer des soins et gestes inadaptés et qu'ils orientent le malade vers le spécialiste.

- la création et le développement d'unités urologiques performantes : ces unités doivent être pourvues en matériels adéquats, animées par des compétences que l'ASSIVURO et le département d'urologie devraient promouvoir et adapter à nos possibilités socio-économiques.

- une éducation sanitaire de nos malades, qui insiste sur l'importance de la précocité de la consultation et la régularité de leur suivi post-opératoire.

Nul doute que l'amélioration de ces paramètres va influencer de façon bénéfique les résultats globaux déjà acceptables.

# BIBLIOGRAPHIE

**1 - ~~A~~BOULKER P.**

Reconstitution de l'urèthre par uréthoplastie selon la technique de Monseur.

J. Urolo-Nephrol, 1970 - 76 - 132 - 133.

**2 - A. LE GUERRIER, O. CHEVRAUT BRETON**

" Le périnée chez l'homme ".

Nouveaux dossiers d'anatomie : Petit Bassin Ed. Scient. et Jurid.

P. 25-34

**3 - ALNOL SORET J. Y., LAVANET F., ROGNON L. M.**

Les rétrécissements de l'urèthre après sondages intempestifs.

Clin 1981 - 107 9 679 - 676.

**4 - OGOU MOTTO CAMILLE**

L'uréthoplastie en un temps de type devine à propos de 25 cas.

Thèse Abidjan, 1994.

**5 - ATTAH - C - A.**

Complications of treatment of urethral stricture in our practice.

INT - Urolo - Nephrol, 1986, vol. 18 (3)

P. 307 - 13 ISSN : 0301 - 1623.

**6 - ATTWATTER**

The history of urethral stricture.

British Journal Urology 15 : 39 1943.

**7 - BADENOCH A - W -**

Rétrécissement traumatique de l'urèthre.

British Journal Urol, 1968, 40, 6, 67 - 67.

**8 - BAUCHARD J., LOBEL B., SACHOT J. C.**

L'uréthrotomie interne sous contrôle endoscopique dans les sténoses de l'urèthre.

J. Urol - Nephrol, 1978, 84 (1 - 2), 86 - 89.

**9 - BLANDY J.**

Two stage scrotal flap urethroplasty.

ANN - Urol 1993, 27 n° 4, 213 - 219.

**10 - BOCCON GIBOD L.**

L'uréthrotomie endoscopique tient-elle ses promesses ?

Communication aux XIVe journée d'urologie de Cochin 20 Juin 1980.

**11 - BOCCON GIBOD L, ABULKER**

Tactique et technique opératoires dans les rétrécissements de l'urèthre masculin.

Encyclopedie Med. Clin. Paris - Techniques chirurgicales Uro - Gyneco 4 / 1 / 07, 41320.

**12 - BOCCON GIBOD L., A.**

Indications et résultats du traitement chirurgical des sténoses uréthrales. A propos de 162 cas observés à la clinique urologique de l'hopital Cochin de 1971 à 1977.

J. Urol. Nephrol, 1978, 84 (1 - 2), 79 - 83.

**13 - CAMEY M.**

Technique simplifiée d'uréthroplastie.

J. Urol. Néphrol. 1967, 73, 6, 492 - 503.

**14 - CAMEY M., LE DUC A., HERONDART**

Résultats partagés des uréthroplasties en un temps et en deux temps.

J. Urol. Néphrol., 1978, 84, (1 - 2), 65 - 70.

**15 - CAMEY M., TREISSEIRE J., PETIT J., BERTRAND G.**

Les résultats de l'uréthroplastie simplifiée à propos de 40 cas.

J. Urol. Néphol., 1970, 75, (6), 439 - 66.

**16 - CHATELAIN C., M. LE GUELLOU, J. BARREAU**

Rétrécissement scléro-inflammatoire de l'urèthre.

Encycl. Med. Chir., paris, 7, 1977, 18370, A - 10.

**17 - DIARD (F), CARDIER (L)**

Les obstacles sur l'urèthre.

Feuillet radio., 1981, 21, (3), 221 - 225.

**18 - COURT B., YERRI A., AUVERT J.**

Remplacement de l'urèthre chez l'homme par une prothèse en élastomère de silicone, 3 cas résultats préliminaires.

J. Urol. Néphol., 1973, 79, (12 bis), 643 - 647.

**19 - COUVELAIRE R., BARAUGER P.**

L'incidence cervico-prostatique dans le traitement des rétrécissements scléro-inflammatoires de l'urèthre masculin.

J. Urol., 1963, 69, (4 - 5), 209 - 222.

**20 - DUFOUR A., JANET SCHEK G.**

Résultats de la chirurgie de l'urèthre en un et deux temps.

J. Urol., néphol., 1978, 84, (1 - 2), 107 - 111.

**21 - EL - KASABY - A - W, AGOUR - A - W.**

Monseur one-stage urethroplasty in the correction of anterior urethral stenoses of the made urethra.

ANN - Urol. (Paris) 1985, vol : 19 (2), P : 108 - 110.

**22 - FALANDRY - L.**

Mobile pedicled skin flap in one-stage repair of stenoses of the made urethra.

Med. Trop. (mars) 1993 oct-déc., Vol. 53 (4), P : 531 - 535.

**23 - FALANDRY - L.**

Single - stage urethroplasty using a mobile pedicled cutaneous flap.  
Value of the extension patch and the tubular flap.

J. Urol. (Paris) 1992, Vol. 92 (3), P : 129 - 135.

**24 - FALANDRY - L.**

One stage surgical correction of complex urthral stenoses with a pledicled skin graft.

ANN. Urol. (Paris) 1991, vol : 25 (5), P : 227 - 235.



**25 - FERRIERE - J - M., BRUCHER - P.**

Urethroplasty using a free full thickness skin graft for stenosis of the  
Bulbar or bulbo-membranous urethra.

ANN. Urol. (Paris), 1990, vol : 24 (3), P : 236 - 238.

**26- FORET J.**

Refection de l'urètre par un tube de polythème.

J. Urol, Nephrol, 1950, 56, 675- 681

**27 - Forum sur le traitement des rétrécissements scléro-  
inflammatoire de l'urèthre.**

51e congrès de l'A.F. d'urologie,

Paris , oct.1957 Doc. éd.,Paris 1957

**28 - GNAGNE Y. M.**

Place de l'urethrotomie endoscopique dans le traitement des  
sténoses de l'urèthre masculin.

Service d'Urologie ALBARRAN - COCHIN Paris 1988.

**29 - GNAGNE Y. M.**

" Anatomie et physiologie de la coordination vésico-sphinctérienne "

Mémoire pour le diplôme d'Université d'urodynamique. Université

Paris VII-Faculté de Médecine XAVIER BICHAT, 1989, PP. 26-27.

**30 - GNAGNE Y. M.**

" Contribution à l'étude anatomique de la vascularisation artérielle et veineuse de la prostate chez le noir africain "

Thèse pour le Doctorat en Médecine, 1983, n° 495, PP. 16-17.

**31 - GIL-VERNET J.M**

Traitement des sténoses traumatiques et inflammatoires de l'urèthre postérieur.

Nouvelle méthode d'urethroplastie .

J. Urol., Nephrol., 1966, 72, (1), 97-108, n° 1-2

**32 - GRASS et D.,GUTTER J.? NARATILH.**

Traitement chirurgical des sténoses de l'urèthre chez l'homme.  
Sténoses méatiques exclus.

J.Urol., Nephrol., 1978, 84, (1-2), 63- 65

**33 - HANS J.P**

Etude Radiologique des conséquences Tardives des rétrécissement de l'urethre.

**34 - JESSEN C.**

Resection of urethral stricture and to end anastomosis.

Scand., Urol., Néphrol., 1970, 4, (2), 87 - 91.

**35 - JOHANSON B.**

Reconstitution of the male urethra in stricture : application of the buried intact epithelium technique.

Act. Chir. Scand., 1953, suppl., 176, 3.

**36 - KOUAME AKISSI**

Contribution à l'étude des affections obstructives du bas appareil urinaire à propos de 125 cas colligés dans le service d'urologie du CHU de Cocody de 1975- 1981.

Thèse Med., Abidjan. 1983, 476.

**37 - KOUAME YAO JULIEN**

Contribution à l'étude des rétrécissements scléro-inflammatoires de l'urèthre masculin en milieu africain à propos de 100 cas colligés dans le service d'urologie du CHU de Cocody.

Thèse Med. Abidjan, 1984, 614.

**38 - KUSS R., CHATELAIN C.**

La voie transymphisaire ou transpubienne dans la cure des lésions traumatiques anciennes de l'urèthre postérieur.

Chirurgie, 1974, 100, (10), 693-698.

**39 - KUSS R., BRISSET J. M.**

Rupture traumatique de l'urèthre postérieur.

Discussion du rapport.

J. Urol., Néphol., 1965, 71, (12 bis), 105 - 108.

**40 - LAPIDES J., STONE T. E.**

Utilité de l'uréthrographie rétrograde dans le diagnostic des rétrécissements de l'urèthre antérieur.

J. Urol., 1968, 100, (6), 747 - 750.

**41 - LASSAU (J. P.), CHICHE B.**

Anatomie de l'urèthre masculin.

AMC. REI 300 B 10.

**42 - LAVENET F., SORET J. Y., LAVRANS J. Y.**

Le traitement des rétrécissements uréthraux par urethrectomie suivie d'uréthrorraphie termino-terminale.

J. Urol., Néphol., 1978, 84, (1 - 2), 55 - 59.

**43 - LOBEL B.**

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'uréthroplastie simplifiée.

Thèse Paris 1972.

**44 - MARION, HEITZ - BOYER**

Réparation de l'urèthre par suture bout à bout avec dérivation immédiate temporaire des urines par uréthrostomie.

XIVe session de l'Association Franç. Urol., 1910, Paris 310.

**45 - MARSHALL A.**

The complication of urethral stricture.

Brit. J. Urol., 1958, 30, 348 - 355.

**46 - MATHIEU (F)**

Exploration clinique et endoscopique de la vessie et de l'urèthre.

EMC REIN 204 A 10.

**47 - MENSAH (A.), BARBAUD (P.), SOUMARE, TOSSOU (H.)**

Notre expérience du rétrécissement de l'urèthre masculin.

Bull. Soc. Med. Afr. Noire Langue Franç.

1977, 32, (3), 335 - 339.

**48 - N'GUESSAN K. G.**

Etude anatomo-radiologique de l'urèthre masculin chez l'Africain.

Thèse Med. Abidjan 1977, 139.

**49 - QUARTEY J. K.**

One stage penile preputial cutaneous Island Flap uréthroplastie for urethral stricture : a preliminary report.

U.S.A. J. Urol., 1982, 120, 284 - 287.

**50 - QUARTEY J. K.**

One stage transverse distale penile/preputial Island Flap uréthroplastie for urethral stricture.

ANN - Urol. (Paris) 1993, vol : 27 (4), P : 228 - 232.

**51 - QUARTEY J. K.**

A modified perineal approach to reconstitution of membranous urethra for stricture.

J. Urol., 1988 Apr, vol : 139 (4), P : 780 - 783.

**52 - RICH M., BROCK W - A.**

Flexible cystoscopy in surgical repair of traumatic urethral strictures in children.

Urology 1988, Feb, vol : 31 (2), P : 129 - 131.

**53 - SOMEERVILLE J. J.**

Long-term results of two - stage urethroplasty.

Br. J. UroloL., 1985 Dec, vol : 57 (6), P : 742 - 745.

**54 - VERBRUGGE - G - P., CARTER L.**

One stage urethroplasty for stricture.

Trop. Doct. 1987 Jul, vol : 17 (3), P : 117 - 120.

**55 - WANG L - L.**

One stage urethroplasty using an Island skin tube from the perineum and scrotum in the treatment of complex stricture of the posterior urethra.

Trop. Doc. 1988 Jul, vol. : 20 (2), P. : 220 - 210.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l' être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine; je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé des mes confrères si j'y manque.



## RESUME

Le traitement des sténoses de l'urètre constitue une préoccupation majeure pour l'Urologue. Dans nos régions la principale cause de ces rétrécissements est représentée par l'INFECTION, notamment l'infection gonococcique. L'évolution des lésions au plan anatomopathologique, se fait dans la quasi totalité des cas vers une DYSTROPHIE SCLERO-FIBREUSE communément appelée CALLUS.

Deux mécanismes conjuguent leurs effets et expliquent l'étendue et la sévérité des dommages : d'une part la PERJURETRITE EXTRINSEQUE qui précède la fibrose et qui entraîne une STENOSE par STRANGULATION EXTRINSEQUE du canal excréteur, et d'autre part l'HYPERPLASIE ENDOLUMINALE de l'UROTHELIUM qui obstrue la lumière, fragilise les parois et entraîne des fausses-routes lors des tentatives de sondage.

De ce fait une simple image radiologique ne peut donner une appréciation précise de la longueur de l'urètre abîmé.

Dans notre expérience la longueur réelle de l'étendue des dommages uretraux appréciée en per-opératoire, est dans la quasi totalité des cas au moins deux fois la longueur de l'image radiologique. Devant ces rétrécissements étendus, aux parois urétrales extrêmement abîmées, l'URETROPLASTIE en un temps selon la technique de J. BLANDY représente une bouée de sauvetage pour l'Urologue.

Nous l'avons utilisé chez 25 patients dont l'âge moyen est de 43 ans avec des extrêmes allant de 20 à 72 ans.

Les résultats ont été appréciés selon des critères objectifs radiologiques et cliniques notamment le confort mictionnel ressenti par le patient.

Ainsi 88 % de ceux-ci estiment-ils leur confort mictionnel franchement amélioré, tandis que 4 % notent un échec. Nous n'avons déploré aucune complication séquellaire lointaine (impuissance érectile notamment) en dehors des suppurations post-opératoires que l'on peut prévenir par une bonne hygiène pré-opératoire et une antibiothérapie prophylactique.

Moyennant une maîtrise de cette technique et une discipline rigoureuse dans le respect des différents temps qui la compose, la technique de l'URETHROPLASTIE en un temps par LAMBEAU PERINEAL PEDICULE de J. BLANDY représente une alternative intéressante dans l'approche thérapeutique des STENOSES URETRALES TROPICALES.

**MOTS CLES :** - **STENOSES URETRALES**  
- **URETHROPLASTIE EN UN TEMPS**  
- **J. BLANDY**