



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

[www.ees.elsevier.com/afju](http://www.ees.elsevier.com/afju)  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Original article

# LES URGENCES UROLOGIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE LOUGA, SENEGAL: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE



Ibrahima Diabaté<sup>a,b,1,\*</sup>, Cyril Zé Ondo<sup>a,2</sup>, Ibrahima Sow<sup>a,b,3</sup>,  
Aliou Ba<sup>a,b,4</sup>, Ciré MBoup<sup>b,5</sup>

<sup>a</sup> Service d'urologie du Centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga, Sénégal

<sup>b</sup> Service d'accueil des urgences CHR Amadou Sakhir Mbaye de Louga, Sénégal

Reçu le 15 mai 2014; reçu sous la forme révisée le 3 avril 2015; accepté le 21 avril 2015

## MOTS CLÉS

Urgences urologiques;  
Epidémiologie;  
Traitement

## Résumé

**But:** Rapporter les aspects épidémiologiques et évaluer la prise en charge des urgences urologiques dans un hôpital de province en Afrique au sud du Sahara.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur les urgences urologiques reçues et prises en charge entre le 1<sup>er</sup> juin 2010 et le 31 décembre 2013 (soit 43 mois) dans les services d'accueil des urgences et d'urologie du Centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga, Sénégal.

**Résultats:** Il a été enregistré 505 cas d'urgences urologiques, représentant 15,80% des consultations urologiques et 6,52% de toutes les urgences reçues au service d'accueil des urgences. Les hommes représentaient 97,62% (n = 493) des cas. La moyenne d'âge était de 59 ans ± 38 avec des extrêmes de 1 mois et 98 ans. Les patients de 61 ans et plus totalisaient 61,38% des cas. Les rétentions d'urine étaient les urgences les plus fréquentes avec 66,13%. Elles étaient essentiellement causées par les tumeurs prostatiques et les sténoses de l'urètre. Les urgences urologiques infectieuses et traumatiques ont été évaluées respectivement à 19,80% et 3,36%. Dix patients (n = 10) ont refusé les soins en urgence, les gestes et soins mis en route pour les autres (n = 495) étaient: une pose de sonde à demeure (n = 255), un décaillotage vésical (n = 06), un

\* Corresponding author. Ibrahima Diabaté, chirurgien urologue, médecin légiste au CHRASM de Louga, B.P. 586 Louga, Sénégal, Tel.: +221 77 640 91 49.

Adresse e-mail : [dibra5@yahoo.fr](mailto:dibra5@yahoo.fr) (I. Diabaté).

<sup>1</sup> chirurgien urologue, médecin légiste au Centre hospitalier régional A.S.M. de Louga.

<sup>2</sup> service d'urologie-andrologie du C.H.N. Aristide Le Dantec de Dakar.

<sup>3</sup> chirurgien au Centre hospitalier régional A.S.M. de Louga.

<sup>4</sup> chirurgien au Centre hospitalier régional A.S.M. de Louga.

<sup>5</sup> médecin urgentiste au Centre hospitalier régional de Louga.

traitement médical (n = 82) et un traitement chirurgical (n = 152). Ce dernier a comporté 170 actes chirurgicaux dont 54,70% de cathétérisme vésical sus-pubien. L'hospitalisation a concerné 25,54% des patients (n = 129). Des patients avaient besoin d'un traitement complémentaire à visée étiologique (n = 290), parmi eux deux patients ont été évacués (n = 2) vers d'autres centres, 97 patients ont été perdus de vue et 191 patients ont été revus et traités. Sur les 505 patients reçus pour urgence urologique, 396 patients ont été suivis jusqu'à terme dans notre institution.

*Conclusion:* Les urgences urologiques les plus fréquentes dans notre institution sont les rétentions d'urine. Elles sont l'apanage des hommes au-delà de la sixième décennie. Les gestes les plus couramment pratiqués au cours de la prise en charge sont le cathétérisme urétral et le cathétérisme vésical sus-pubien.

© 2015 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

## KEYWORDS

Urological emergencies;  
Epidemiology;  
Management

## UROLOGICAL EMERGENCIES AT THE HOSPITAL OF LOUGA, SENEGAL: EPIDEMIOLOGIC FEATURES AND EVALUATION OF THE MANAGEMENT

### Abstract

*Objectives:* To present the epidemiological features and to evaluate management of urological emergencies at a district hospital in African countries in the south of Sahara.

*Patients and methods:* This retrospective study included all urological emergencies admitted between June 1<sup>st</sup>, 2010 and December 31, 2013 at the emergency department and the department of urology of the regional hospital of Louga, Senegal.

*Results:* There were 505 cases of urological emergencies. They represented 15.80% of the urological consultations and 6.52% of all emergencies admitted at the department of the emergencies. Men represented 97.62% of all the cases. The mean age of patients was  $59 \pm 38$  years (range one month and 98 years). Patients of 61 years old and more added up 61.38% of the cases. The urinary retentions were the most frequent emergencies (66.13%). They were primarily caused by prostatic tumors and urethral stenosis. Infectious and traumatic urological emergencies were estimated respectively at 19,80% and 3,36%. In emergency, ten patients refused the treatment, 495 patients accepted. The managements were: installation of a urethral catheter (n = 255), extraction of urinary bladder clot (n = 06), medical treatment (n = 82) and surgical treatment (n = 152). During surgery, 170 procedures were performed and 54,70% were a supra-pubic catheter installation. The hospitalization rate of emergencies was 25.54%. There were patients who needed a secondary treatment after the emergency (n = 290). Two of them were evacuated elsewhere, ninety seven (n = 97) were dropout and 191 patients were treated in our institution. A total of 396 patients were completely followed in our institution.

*Conclusion:* The most frequent urological emergencies in our institution were the urinary retention. They concern men of 61 years old and more. The most frequent procedures performed in emergency room were urethral and supra-pubic catheterization.

© 2015 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

## INTRODUCTION

Les urgences en urologie tout comme dans d'autres spécialités, évoquent une souffrance ou une situation critique pour la santé, à laquelle doit s'appliquer une prise en charge appropriée. Ces urgences sont nombreuses et diverses [1–4], allant des rétentions d'urine vésicale jusqu'aux infections uro-génitales en passant par les grosses bourses aiguës (GBA), les traumatismes uro-génitaux etc. Elles peuvent différer d'un centre à l'autre sur le plan épidémiologique, mais également dans la prise en charge. En France, Mondet et al. [3] avaient noté cinq consultations urologiques en urgence par jour et ajoutaient que 8% des hospitalisations en urologie étaient le fait des urgences dominées dans 25% des cas par des lombalgies. En Guinée [1] et au Sénégal [2], dans des hôpitaux universitaires, les urgences urologiques plutôt dominées par les rétentions d'urine représentaient respectivement 22% des admissions en urologie (en

Guinée) et en moyenne 64,94 urgences urologiques par mois (au Sénégal).

L'objectif de ce travail était de rapporter les aspects épidémiologiques et d'évaluer la prise en charge des urgences urologiques dans un hôpital de province en Afrique au sud du Sahara.

## PATIENS ET METHODES

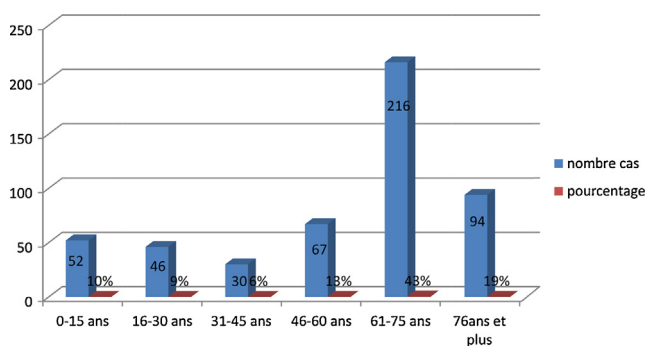
Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur les urgences urologiques reçues et prises en charge entre le 1<sup>er</sup> juin 2010 et le 31 décembre 2013 (soit 43 mois) dans les services d'accueil des urgences (service prenant en charge toutes les urgences, exceptées les urgences gynéco-obstétricales) et d'urologie du Centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye (CHRASM) de Louga,

Sénégal. Ces urgences étaient reçues aux heures de travail soit au service d'accueil des urgences tenu par un médecin urgentiste et des infirmiers, puis référées à l'urologue, soit directement reçues en consultation urologique. En dehors des heures de service, la prise en charge des urgences était assurée par une équipe composée de deux infirmiers de garde, du médecin urgentiste et de l'urologue ou du chirurgien généraliste en astreinte. Ont été incluses dans cette étude, toutes les urgences urologiques reçues et prises en charge ou non (pour refus de soins) dans les services d'urgence et d'urologie ou par l'équipe de garde et d'astreinte. Tous les patients qui nous ont été référés et dont l'urgence urologique avait été levée dans un autre centre de soins ont été exclus de cette étude. L'ensemble de ces critères nous a permis de comptabiliser 505 urgences urologiques. Le délai moyen de suivi était de 7mois ± 5 et les patients réellement suivis étaient au nombre de 396 (soit 78,41%).

Les données de cette étude ont été obtenues à partir des registres du service d'accueil des urgences, des registres de consultations et des urgences urologiques, des registres d'hospitalisation et de compte-rendu opératoire, des dossiers du malade. Les variables étudiées étaient: l'âge et le sexe des patients, la fréquence et le type d'urgence, la prise en charge (traitement, hospitalisation) et le devenir des patients.

**RESULTATS**

Au cours de cette période d'étude de 43 mois, 505 urgences urologiques ont été enregistrées. Elles représentaient d'une part 15,80% des consultations urologiques (n = 3195) et d'autre part 6,52% des urgences admises au service d'accueil des urgences (n = 7745). Le sex ratio était en faveur des hommes avec 97,62% (n = 493) contre 2,37% de femmes (n = 12). La moyenne d'âge était de 59 ans ± 38 avec des extrêmes de 1 mois et 98 ans. Les patients de plus de 61 ans représentaient plus de la moitié des urgences urologiques soit 61,38% (Figure 1). Le tableau I répertorie toutes les urgences urologiques admises. Les retentions d'urine occupaient de loin la première place avec 66,13% des cas puis suivaient les infections uro-génitales dont les différentes présentations cliniques sont énumérées au tableau II. Les principaux facteurs étiologiques de ces retentions d'urine étaient les tumeurs prostatiques (n = 258) et les sténoses de l'urètre (n = 51) comme indiqué dans la Figure 2. Dix patients (n = 10) sur l'effectif total (n = 505) ont refusé les soins qui leur ont été proposés en urgence. Il s'agissait de 05 cas d'infections uro-génitales, de 03 cas de traumatisme des bourses et de 02 cas de torsion du cordon spermatique (TCS). Les tableaux II et III présentent les différentes conduites tenues pour chaque type d'urgence.



**Figure 1** Répartition des patients selon les tranches d'âge. Distribution of patients according to age brackets

**Tableau 1** Répartition des urgences urologiques.

Types d'urgence	Nombre (%)
Rétention d'urine <sup>1</sup>	334 (66,13%)
Infections uro-génitales	100 (19,80%)
Traumatismes uro-génitaux	017 (03,36%)
Torsion du cordon spermatique <sup>2</sup>	014 (02,77%)
Pathologies du prépuce <sup>3</sup>	016 (03,16%)
Hématurie totale	006 (01,18%)
Priapisme	006 (01,18%)
HISE	006 (01,18%)
Colique néphrétique	002 (00,39%)
Complications de circoncision	004 (00,79%)
<b>Total</b>	<b>505 (100%)</b>

Distribution of urological emergencies.

1: Rétention aiguë d'urine (234 cas); Rétention chronique d'urine (100 cas)

2: Il s'agissait de suspicion de torsion du cordon spermatique

3: Phimosi, paraphimosi et balano-posthites

**Tableau 2** Répartition des urgences selon la conduite tenue en urgence (en dehors des traumatismes uro-génitaux, des pathologies du prépuce et des complications de circoncision).

Urgences urologiques	Conduites tenues	Nombre
<b>Rétention d'urine</b>	Sonde urétrale à demeure	255
	Cathéter vésical sus-pubien	079
<b>Infections uro-génitales</b>	- OEA <sup>1</sup>	Traitement médical 066
	- BA abcédées	Débridement, drainage 016*
		Orchidectomie 002
	- Phlégmon péri-néphrétique	Incision-drainage 001
	- Cystite aiguë	Traitement médical 010
<b>Hématurie totale</b>	Décaillotage et lavage vésical	006
<b>TCS<sup>2</sup></b>	Pexie bilatérale	005
	Orchidectomie et pexie controlatérale	005
	Résection d'hydrotidite de Morgagni	001
	Scrototomie sans geste <sup>3</sup>	001
	<b>Priapisme</b>	Traitement médical 001
	Dérivation caverno-spongieuse 005	
<b>Colique néphrétique</b>	Traitement médical et transfert	002
<b>HISE<sup>4</sup> (n = 6)</b>	Levée de l'étranglement et cure	006
	Orchidectomie (geste associé)	001

Distribution of emergencies according to the management (except the uro-genital trauma, the foreskin pathologies and the circumcision complications)

OEA<sup>1</sup>: Orchi-épididymite aiguë

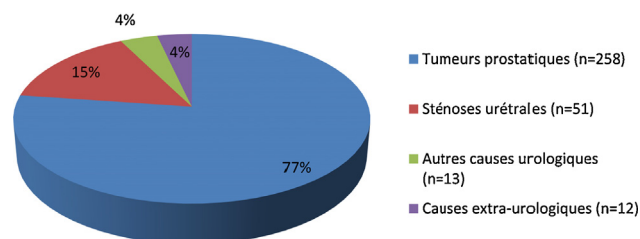
TCS<sup>2</sup>: Torsion du cordon spermatique

Scrototomie sans geste<sup>3</sup>: Il s'agissait d'un œdème aigu idiopathique des bourses

HISE<sup>4</sup>: Hernie inguino-scrotale étranglée

\* 7 cas ont eu un cathétérisme vésical sus-pubien comme acte complémentaire

## Etiologies des rétentions d'urine



**Figure 2** Etiologies des rétentions d'urine.  
Aetiologies of urinary retentions

En résumé de ces deux tableaux, 495 patients ont réellement reçu des soins en urgence. Parmi eux, 255 patients (51,51%) ont eu une pose de sonde urétrale à demeure, un décaillotage vésical a été effectué chez 06 patients (01,21%), un traitement médical a été instauré chez 82 patients (16,56%) et enfin, un traitement chirurgical pour 152 patients (30,70%); lesquels ont reçu un ensemble de 170 actes chirurgicaux (certains patients ont bénéficié de deux actes chirurgicaux dans le même temps opératoire) dont 54,70% étaient des cathétérismes vésicaux sus-pubiens (n = 93).

De toutes les urgences, seules 25,54% (n = 129) ont été hospitalisées pendant 24 heures au moins. Aucun décès n'a été enregistré au cours de la prise en charge en urgence. En revanche, 6 cas de décès à domicile nous ont été rapportés sans autre précision. En ce qui concerne la suite de la prise en charge, 290 patients (58,58%) nécessitaient dans les jours et semaines qui suivaient un traitement complémentaires à visée étiologique. Il s'agissait de 2 cas de lithiase urétérale obstructive que nous avons référé vers un autre centre de soins (en raison du manque d'équipement) et de 288 patients que nous comptons traiter et avons convoqués. Ne se sont présentés que 191 patients (66,31%) contre 97 patients perdus de vue (33,68%). Ces 191 patients ont bénéficié de 164 interventions chirurgicales (chirurgie prostatique par taille vésicale et uréthroplasties) et de huit (n = 8) dilatations urétrales aux béliques. Les 19 patients restant ont eu un traitement médical.

## DISCUSSION

La prise en charge des urgences urologiques représente une part importante des activités d'un service d'urologie en Afrique au sud du Sahara. Cela avait été évoqué dans des travaux antérieurs [1,2] puis confirmé par la présente étude. Cette dernière, réalisée dans un hôpital de province a révélé que les urgences urologiques constituaient 15,80% de nos consultations en urologie soit 11,74 urgences par mois; alors qu'en Guinée [1] et au Sénégal [2], dans des hôpitaux universitaires, elles représentaient 22% des admissions avec une moyenne de 21,02 urgences par mois pour le premier (Guinée) et une moyenne de 64,94 urgences par mois pour le second (Sénégal). Cette différence entre hôpitaux de province et hôpitaux universitaires dans la fréquentation est liée au fait que dans nos régions, en plus de l'explosion démographique des capitales [1,2], les patients des provinces affluent plutôt vers les hôpitaux universitaires situés à la capitale. Ces établissements hospitaliers sont classés au sommet de la pyramide sanitaire, disposant de plus de médecins spécialistes, de plus d'équipements et les soins y sont considérés comme étant de meilleure qualité [1,2].

De nombreuses études [1–3,5–7] y compris la nôtre confirment la nette prédominance masculine au sein des urgences urologiques, en raison de la grande fréquence des urgences causées par les pathologies uréthro-prostatiques (Figure 2). L'âge moyen varie selon les séries entre 53 ans et 58 ans [1–4,7]. Dans notre série, il était de 59 ans  $\pm$  38 avec des extrêmes de 1 mois et 98 ans. Maintes études [1–3,6–8] ont révélé que les pathologies en cause dans les urgences urologiques surviennent au-delà de la cinquième décennie et que leur fréquence augmente avec l'âge. C'est ainsi que dans notre étude, 61,38% des patients avaient plus de 61 ans. Au Sénégal [2] et en Guinée [1] les patients de 60 ans et plus représentaient respectivement 50,7% et 58% des cas.

Le tableau I indique bien que nos urgences dans leur grande majorité portent sur le bas appareil uro-génital. Une des explications serait la fréquence croissante des pathologies uréthro-prostatiques au fur et à mesure que l'âge avance. Il faut également ajouter, de notre point de vue, que la rareté des urgences liées au haut appareil urinaire peut avoir pour explication le manque de moyens diagnostiques. La rétention d'urine vésicale était l'urgence urologique la plus fréquente de notre série avec 66,13% des cas, mais également dans d'autres séries [1,2]. Ailleurs, en France [3], elle viendrait en deuxième place après les lombalgies. En effet, les rétentions aiguës et chroniques d'urine constituent les principales circonstances de découverte des tumeurs prostatiques et des sténoses urétrales [1,2,6] chez des patients qui consultent seulement après une longue évolution, pour des raisons socio-économiques et culturelles. Le constat était également le même dans notre étude, dans des proportions étiologiques à peu près identiques à celles rapportées par de précédents auteurs [1,2]. Toutefois, dans la présente étude, il a été constaté un certain nombre de pathologies urgentes du prépuce. Diallo et al. [1] avaient rapporté dans leur publication des cas de phimosis de l'ordre de 0,7% (n = 4 sur 757 urgences) tandis que nous avons nous rapporté en plus des phimosis, des cas de paraphimosis et de balanoposthites évalués à 3,16% de nos urgences. Bréaud et al. [9] soutenaient que ces différentes pathologies du prépuce pouvaient être à l'origine d'une prise en charge en urgence.

Les infections uro-génitales occupaient la deuxième place dans notre série. Elles sont diverses et variées dans toutes les études [1,2,4] mais restent dominées dans notre série par les orchidépithidymites aiguës (OEA). Cependant, les GBA abcédées étaient des présentations cliniques non moins rares. Nous avons enregistré des cas de cystite aiguë (n = 10), alors que d'autres travaux [1,2] n'ont rapporté aucun cas. La triade (pollakiurie, brûlure mictionnelle et pyurie) était constante associée à des douleurs pelviennes et dans quelques cas à une hématurie terminale. Le traitement de ces infections uro-génitales a été soit médical, soit chirurgical. Ce dernier se résumant au drainage, au débridement, voire une orchidectomie (n = 2) avec parfois un cathétérisme vésical sus-pubien comme geste associé. Ces modalités de traitement ont été les mêmes pratiquées par d'autres auteurs [1,2].

Pour Diallo et al. [1] la majorité des traumatismes uro-génitaux (62,2%) était des traumatismes de l'urètre. Dans une série occidentale [8], les reins et les testicules étaient les organes les plus touchés au cours des traumatismes uro-génitaux. Par contre, dans la série de Fall et al. [2] et la nôtre, ces traumatismes portaient essentiellement sur les organes génitaux externes (Tableau III). Nous avons rapporté des cas d'amputation pénienne (n = 2) traités l'un par une réimplantation réussie et l'autre par une méatoplastie; nous avons rapporté également une rupture testiculaire qui a

**Tableau 3** Répartition des traumatismes uro-génitaux, des pathologies du prépuce et des complications de la circoncision selon les conduites tenues en urgence.

Urgences	Conduites tenues	Nombre
<b>TRAUMATISMES URO-GENITAUX</b>		
- Rupture de l'urètre (n=2)	Cathéter vésical sus-pubien	2
- Verge (n=5)		
Amputation du gland (morsure de cheval)	Parage-méatoplastie	1
Amputation de verge (CBV)	Réimplantation pénienne	1
Plaie du fourreau de la verge	Parage-suture	2
Fracture de corps caverneux	Suture de l'albuginée	1
- Bourses et contenus (n=10)*		
Plaies scrotales	Parage-suture	4
Hématomes des bourses	Drainage chirurgical	2
Rupture testiculaire	Orchidectomie	1
<b>PATHOLOGIES DU PREPUCE</b>		
- Balano-posthite	Traitement médical	3
- Phimosis	Circoncision	5
- Paraphimosis	Incision de l'anneau préputial	8
<b>COMPLICATIONS DE CIRCONCISION</b>		
- Hémorragie	Exploration-hémostase	3
- Infection-nécrose	Débridement	1

Distribution of uro-genital trauma, the foreskin pathologies and the circumcision complications according to the management.

\* Trois cas (n=3) ont refusé l'exploration chirurgicale.

CBV: Coups et blessures volontaires.

nécessité une orchidectomie. Tous les autres cas de traumatisme de notre série étaient des plaies ou des hématomes traités par parage, drainage et suture.

Les TCS, les hernies inguino-scrotales étranglées (HISE), les OEA et les GBA abcédées ont été vues dans le cadre des grosses bourses aiguës non traumatiques. Elles constituent des urgences courantes en urologie avec la nécessité de diagnostics différentiels que cela impose [10]. Concernant les TCS, seuls 02 cas de notre série ont été infirmés en per-opératoire et les 10 cas confirmés ont nécessités une orchidectomie dans la moitié des cas pour nécrose ischémique du testicule. La prise en charge chirurgicale des HISE n'a révélé aucune nécrose intestinale, toutefois une orchidectomie a été pratiquée en raison d'une nécrose testiculaire à la suite d'une compression prolongée du cordon spermatique.

Les cas d'hématurie que nous avons rencontrée étaient de l'ordre de 1,18% (n=6). Ils étaient dus à des tumeurs prostatiques et vésicales. Leur prise en charge a nécessité un décaillotage vésical en urgence puis une irrigation vésicale par sonde à double courant. Ce faible taux d'hématurie par rapport à d'autres séries [1,2] où il oscille entre 7,1% et 9,6% s'explique par le fait que dans notre pratique, nous n'enregistrons pas en tant qu'urgence les hématuries intermittentes, minimales, sans caillot vésical. Dans la littérature, les hématuries sont dues aux tumeurs de prostate et de vessie, puis suivent les lithiases urinaires, les infections urinaires spécifiques [1].

Seul un cas de priapisme drépanocytaire chez un enfant, vu dans les quatre premières heures parce que hospitalisé en pédiatrie a été traité médicalement avec succès. Tous les autres cas ont été reçus au moins 48 heures après le début de la symptomatologie, en raison des croyances erronées sur cette maladie. Ils ont tous subi une anastomose caverno-spongieuse distale ou proximale après échec des séries de ponctions évacuatrices des corps caverneux selon Winter. La série de Moby Mpa et al. [4] a fait état des mêmes traitements avec une nette prédominance pour les ponctions des corps caverneux.

Les complications observées au décours de la circoncision étaient des cas d'hémorragie (n=3) et d'infection avec nécrose cutanée (n=1) ce qui a conduit respectivement à une reprise de l'hémostase et à un débridement de tous les tissus nécrotiques. Toutes les études sur les complications de la circoncision [11,12] ont montré que l'hémorragie et l'infection sont au premier plan, suivies par d'autres complications parfois plus graves.

Les coliques néphrétiques d'origine lithiasique avec distension en amont nous ont toujours posé des problèmes parce que nous ne disposons d'aucun équipement approprié pour la prise en charge thérapeutique. Dans ces cas, nous avons toujours mis en route un traitement médical puis référé les patients vers les hôpitaux à Dakar pour une meilleure prise en charge.

Globalement dans la présente série, sur les 505 urgences urologiques admises, 495 patients ont effectivement été pris en charge, 50,49% (n=255) ont eu un cathétérisme urétral évacuateur et 30,70% (n=152) ont subi au total 170 actes chirurgicaux dont plus de la moitié était un cathétérisme vésical sus-pubien (n=93). Ces chiffres sont peu différents de ceux notés ailleurs [1,2]. Dans l'étude de Diallo et al. [1], le cathétérisme urétral a été pratiqué dans 55,2% des cas et le cathétérisme vésical sus-pubien dans 24,14% des cas. Si dans notre série, la dérivation urinaire sus-pubienne a représenté 54,70% des interventions, elle est de l'ordre de 59,8% pour Fall et al. [2], ce qui range ce geste à la première place des interventions chirurgicales pratiquées pour des urgences urologiques en Afrique au sud du Sahara [1,2].

De nombreuses urgences urologiques nécessitent une hospitalisation en raison de la sévérité du tableau clinique. C'est le cas des GBA abcédées, des rétentions chroniques d'urine avec distension vésicale, des insuffisances rénales obstructives etc. De toutes les urgences que nous avons enregistrées, seules 25,54% ont été hospitalisées alors que d'autres [2] avaient un taux plus élevé, de l'ordre de 30%. Une fois l'urgence levée, certains patients peuvent valablement être libérés pour être de nouveau pris en charge à froid dans le but d'un traitement étiologique. Dans ce travail, 78,41% des patients ont été réellement suivis jusqu'à terme, seuls 02 patients ont été évacués. Le nombre élevé de perdus de vue, de l'ordre de 97 patients (33,68%) peut s'expliquer par le faible niveau socio-économique ou le choix des patients eux-mêmes avec l'aide de leur famille d'aller se faire soigner ailleurs, particulièrement à Dakar où une longue période d'attente est parfois la règle dans les hôpitaux universitaires [2].

## CONCLUSION

La prise en charge des urgences urologiques représente une activité courante dans notre pratique. Ces urgences sont l'apanage du sujet âgé de sexe masculin et sont essentiellement dominées par



les rétentions d'urine avec pour principales causes: les tumeurs prostatiques et les sténoses urétrales. Le cathétérisme urétral et le cathétérisme vésical sus-pubien sont les gestes les plus couramment pratiqués. Le nombre important de patients perdus de vue dans le cadre d'une prise en charge à froid est lié au cliché dont souffrent les hôpitaux de province en matière d'insuffisance de spécialistes et d'équipements.

Conflit d'intérêt: aucun

## Références

- [1] Diallo AB, Bah I, Diallo TMO, Bah OR, Amougou B, Bah MD, et al. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. *Prog Urol* 2010;20:214–8.
- [2] Fall B, Diao B, Fall PA, Diallo Y, Sow Y, Ondongo AAM, et al. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Prog Urol* 2008;18:650–3.
- [3] Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, Bohin D, Barrou B, Richard F. Epidémiologie des urgences urologiques en Centre hospitalier universitaire. *Prog Urol* 2002;12:437–42.
- [4] Moby Mpa EH, Fouda PJ, Sala-Beyenne T, Eboumbou Moukoko E.C, Njifou Njimah A, Tsiagadigui J.C, et al. Les urgences andrologiques en milieu urbain au Cameroun: aspects cliniques et thérapeutiques. *Andrologie* 2012;22:223–6.
- [5] Danuser H, Ackerman DK, Studer EU. Urological emergencies. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123:749–55.
- [6] Ikuerowo SO, Ogunade AA, Ogunlowo TO, Uzodimma CC, Esho JO. The burden of prolonged indwelling catheter after acute urinary retention in Ikeja-Lagos, Nigeria. *BMJ* 2007;7:16.
- [7] Para M.L, Lopez Pacios J.C, Pineiro F.M.C, Sanchez M.J.M, Menedez C.M.J, Astorgano de la Puente C, et al. Urologic disease emergency: clinico-epidemiologic analysis at a district hospital. *Arch Esp Urol* 201; 54: 411-5.
- [8] Paparel P, Ndiaye A, Laumon B, Caillot JL, Perrin P, Ruffon A. The epidemiology of trauma of the genitor-urinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. *BJU Int* 2006;97:338–41.
- [9] Bréaud J, Montoro J, Lecompte J-F, Bensaïd R, Lauron J, Colomb F. Phimosis et pathologie préputiale: quelle attitude adopter en 2009? *mt pédiatrie* 2009;12(1):19–24.
- [10] Tajchner L, Larkin JO, Bourke MG, Waldron R, Barry K, and Eustace P.W. Management of acute scrotum in a district general hospital: 10-year experience. *TheScientificWorldJOURNAL* 2009;9: 281–6.
- [11] Chaim JB, Livne PM, Binyamini J, Hardak B, Ben-Meir D, and Mor Y. Complications of circumcision in Israel: a one year multicenter survey. *IMAJ* 2005;7:368–70.
- [12] Diabaté I, Kouka SCN. Amputation du gland au cours de la circoncision et réimplantation: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Andrologie* 2011;21:269–73.