Médecine d'Afrique Noire
1ère Revue Médicale Internationale Panafricaine Juin 2015

Apport de la cystoscopie rigide dans le diagnostic des anomalies et pathologies du bas appareil urinaire à Cotonou

A. OUATTARA, J. AVAKOUDJO, P.P. HOUNNASSO, Z.B.M. YEVI, M. HALIDOU, D. CISSE, F. DJM HODONOU, I. GANDAHO, A.K. PARE, T.T. MAMADOU, S. OUEDRAOGO, R. HODONOU, C.E. AKPO

Sce urologie-andrologie, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou, Bénin

Résumé

But : Rapporter les anomalies et pathologies diagnostiquées au cours de l'ensemble des cystoscopies réalisées dans la clinique universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou.

Matériel et méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui a eu pour cadre le service d'urologie-Andrologie du CHNU-HKM de Cotonou. L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2010 au 31 juillet 2013, au cours de laquelle nous avons colligé les résultats de toutes les cystoscopies à partir des comptes rendus opératoires et des dossiers cliniques des patients ayant subi une cystoscopie dans la période de l'étude. Les informations suivantes ont été collectées : âge, sexe, lieu de résidence, les indications, les résultats et les complications éventuelles de l'examen.

Résultats : Au cours de la période de l'étude, 165 cystoscopies ont été réalisées. L'âge moyen des patients était de 47,29 ans ± 16,80. Les sujets de sexe masculin constituaient 54,5% des patients. Les patients venaient du milieu urbain (90%) en majorité. Le mode anesthésique utilisé était l'anesthésie locale par l'instillation intra urétrale de la xylocaïne gel 2% pour tous les patients. L'hématurie macroscopique, les syndromes obstructifs du bas appareil urinaire, le bilan d'extension des cancers gynécologiques, les syndromes irritatifs du bas appareil urinaire, les cystites à répétition ont constitué les principales indications des endoscopies dans notre contexte. Ces endoscopies ont contribué à porter le diagnostic de 54 vessie de lutte, de 41 tumeurs de vessie, de 32 lésions de cystites spécifiques et non-spécifiques, 10 anomalies des méats urétéraux et 2 urétérocèles pour les lésions endo-vésicales. Au niveau urétral, ont été diagnostiqués 19 sténoses de l'urètre, 6 lésions inflammatoires de l'urètre, 2 valves de l'urètre postérieur et un diverticule urétral. Les complications ont été rares et les cystoscopies avaient une bonne tolérance.

Conclusion : L'endoscopie du bas appareil urinaire a été d'un apport inestimable dans le diagnostic des affections et anomalies urologiques dans notre contexte. Son utilisation doit être promue et encouragée et envisagée dans un bref avenir pour notre service l'introduction de l'endoscopie du haut appareil à savoir l'urétéroscopie.

Mots-clés : Anomalies, appareil urinaire, cystoscopie rigide, pathologies

Abstract

Contribution of rigid cystoscopy in the diagnosis of pathologies and abnormalities of lower urinary tract at Cotonou University Teaching Hospital

Objective: To report anomalies and diseases diagnosed during rigid cystoscopies performed in the University teaching hospital of Cotonou (Benin Republic).

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés

Material and methods: It was a descriptive and cross-sectional study realized in the University Teaching Hospital of Cotonou. The study was conducted from January, 1st 2010 to July 31st, 2013, period during which we collected the results of all cystoscopies from the operative reports and clinical records of patients who underwent cystoscopy. The following information was collected: age, sex, place of residence, indications, results and complications.
Results: During the study period, 165 endoscopic procedures were performed. The mean age of patients was 47.29 years ± 16,80. The males constituted 54.5 % of patients. The patients came from urban areas (90%) in the majority. The anesthetic method used was local one by intra-urethral instillation of xylocaïne jelly 2% for all patients. Gross hematuria, obstructive syndromes of the lower urinary tract, the staging of gynecological cancers, irritative syndromes of the lower urinary tract and the recurrent cystitis were the main indications for endoscopy in our context. These endoscopies have contributed to the diagnosis of 54 cases of trabecular or diverticular bladder, 41 cases of bladder cancer, 32 lesions of specific and non-specific cystitis, 10 abnormalities of the ureteral meatus and 2 intravesical ureterocele lesions. We found in urethra, 19 cases of urethral stricture, 6 inflammatories lesions, 2 valves of the posterior urethra and 1 urethral diverticulum. Complications were rare and procedures were well tolerated.
Conclusion: The lower urinary tract endoscopy has been very contributory in the diagnosis of urological diseases and anomalies in our context. Its use should be promoted and encouraged. In the near future the introduction of the upper urinary tract endoscopy in our clinic must be considered.

Keywords: Abnormalities, pathologies, urinary tract, rigid cystoscopy

Introduction

L'urologie a bénéficié ces dernières décennies des progrès de l'endoscopie et les moyens endo-urologiques contribuent dans une large mesure au diagnostic et à la prise en charge de nombreuses pathologies urologiques [1].

Si ces moyens diagnostiques et thérapeutiques endo-urologiques dominent la pratique de l'urologie moderne dans les pays du Nord, leur utilisation dans les pays du Sud reste encore limitée [2].
Le service d'urologie-andrologie du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, à l'instar d'autres services d'Afrique au Sud du Sahara a introduit dans son arsenal de prise en charge, les interventions endo-urologiques.

L'objectif de cette étude rétrospective était d'évaluer l'apport de la cystoscopie rigide dans le diagnostic des affections et anomalies du bas appareil urinaire.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui a eu pour cadre le service d'urologie-Andrologie du CHNU-HKM de Cotonou.
L'étude s'est déroulée sur une période de 4 ans et 7 mois, allant du 1er janvier 2009 au 31 juillet 2013, au cours de laquelle nous avons colligé tous les actes endoscopiques du bas appareil urinaire. Les sources de données étaient les dossiers cliniques des patients, les comptes rendu opératoire (CRO) des patients vus dans la période de l'étude dans le service d'urologie et andrologie ayant bénéficié d'au moins d'un examen endoscopique.
Une fiche de collecte a été élaborée et remplie avec des informations portant sur : l'âge, le sexe, le lieu de résidence, les indications, les résultats et les complications éventuelles. La saisie des données a été réalisée sur micro-ordinateur et l'analyse à l'aide du logiciel Epi info version 6.0.Le calcul des fréquences a été l'ou-

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés

til essentiel utilisé. Tous nos actes endoscopiques ont été réalisés sur urines stériles, sous anesthésie locale par instillation intra urétrale de xylocaïne gel à l'aide d'une colonne de vidéo-endoscopie Karl Storz, composée d'un moniteur, d'une caméra, de cystoscopes rigides (CH 18, 20, 22), des optiques 0°, 30° ; d'une source de lumière froide et un courant continu d'irrigation au sérum salé isotonique.

Résultats

Fréquence de l'examen

Un total de 165 urétro-cystoscopies a été réalisé sur la période de 4 années et 7 mois soit une moyenne de 3 cystoscopies par mois.

Age des patients

L'âge moyen des patients était de 47,29 ans ± 16,80. Il est présenté dans la figure 1 la répartition des patients en fonction des tranches d'âge.

Sexe

Les patients étaient inégalement répartis : 91 patients de sexe masculin (55%) et 74 patients de sexe féminin (45%).

Résidence

Les patients venaient du milieu urbain (90%) en majorité avec 10% qui vivaient en milieu rural.

Mode de recrutement

Les patients ayant subi une cystoscopie provenaient de la consultation externe d'urologie dans 80,6% des cas, 15,2% étaient référés et 4,2% étaient hospitalisés.

Indications

Dans le tableau I sont présentées les principales indications de l'endoscopie. Pour un certain nombre de cas, ces indications étaient associées.

Figure 1 : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge

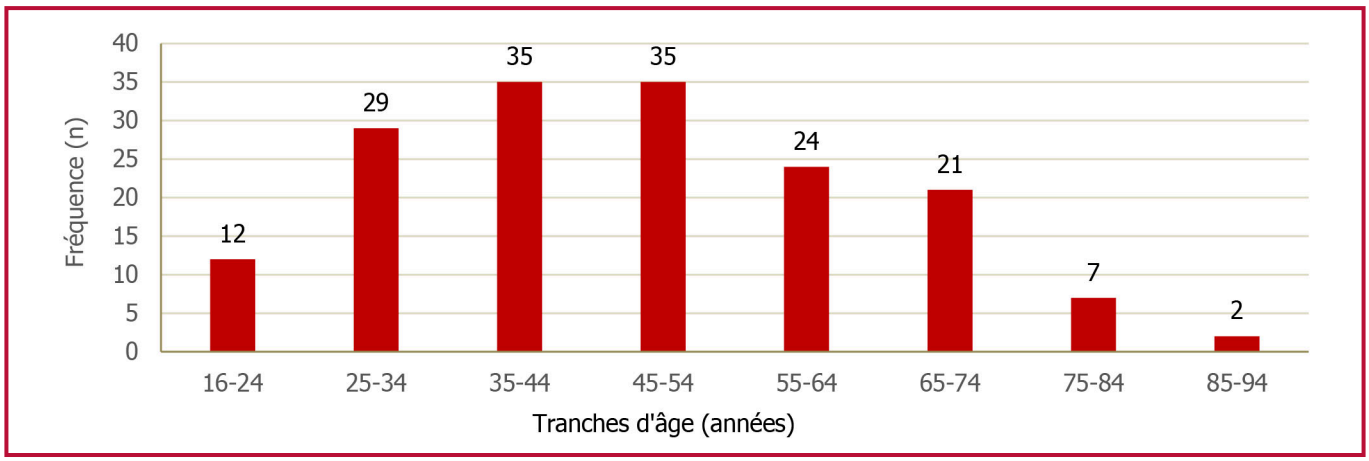

Tableau I : Principales indications de l'urétro-cystoscopie

Indications	Fréquence (n)	%
Troubles urinaires du bas appareil urinaire (TUBA)	73	44,24
Hématurie macroscopique	64	38,78
Bilan d'extension d'une tumeur pelvienne	23	13,93
Infections urinaires à répétition	18	10,9
Suivi et surveillance d'une tumeur connue	13	7,87
Recherche étiologique d'une urétéro-hydronéphrose	5	3,03
Suspicion de corps étrangers	3	1,81

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés

Résultats de l'urétro-cystoscopie

Au cours de l'urétro-cystoscopie, l'urètre était normal chez 125 patients (75,75%) ; une sténose de l'urètre était retrouvée chez 19 patients (11,50%), 2 cas de valves de l'urètre postérieur ont été diagnostiqués et 1 cas d'hypospasdias a été découvert de façon fortuite comme présenté dans le tableau II.

Le tableau III résume les principales pathologies et anomalies de siège vésical retrouvées au cours de la cystoscopie. Ainsi la vessie était normale chez 21 patients (12,72%), 54 patients présentaient une vessie de lutte (32,72%), 41 patients présentaient une tumeur de vessie (24,84%).

Les anomalies du méat urétéral étaient retrouvées chez 10 patients (6,06%) et 9 patients (5,45%) présentaient des lésions évocatrices de cystite bilharzienne.

Tableau II : Répartition des anomalies et pathologies de siège cervico-urétral à l'urétroscopie

Résultats	Fréquence (n)	%
Urètre normal	125	75,75
Sténose du méat urétral*	7	4,24
Sténose de l'urètre pénien	7	4,24
Sténose de l'urètre bulbaire	5	3,03
Urètre inflammatoire	6	3,63
Hypertrophie du Veru montanum	5	3,03
Valves de l'urètre postérieur	2	1,21
Hypertrophie prostatique	1	0,6
Diverticule de l'urètre	1	0,6
Hypospasdias*	1	0,6
Total	**165**	**100**

**Découverte fortuite lors de la cystoscopie*

Tableau III : Répartition des anomalies et pathologies de siège vésical à la cystoscopie

Résultats	Fréquence (n)	%
Vessie normale	21	12,72
Vessie de lutte	54	32,72
Tumeurs de vessie	41	24,84
Cystites non-spécifiques	23	13,93
Anomalies des méats urétéraux	10	6,06
Cystites bilharziennes (lésions évocatrices)	9	5,45
Vessie variqueuse	4	2,42
Caillots intra-vésicaux	2	1,21
Urétérocèle bilatérale	2	1,21
Hématome trigonal post-traumatique	1	0,6
Total	**165**	**100**

Complications

Des complications mineures considérées comme effets secondaires des examens cystoscopiques ont été observées. Pour l'essentiel, il s'agissait de 5 cas d'hématurie minime, 2 cas d'urétrorragies. Toutes ces plaintes ont été prises en charge avec des suites simples.

Discussion

En 4 années et demi d'activités endo-urologiques dans le service, nous avons réalisé 165 actes soit une moyenne 3 actes par mois. Ces chiffres montraient clairement que la cystoscopie était en phase d'introduction dans notre arsenal de prise en charge et sont très inférieurs aux différentes séries publiées notamment par EZIYI et al. au Nigéria et de JAMES LEE en Grande-Bretagne [3, 4].

KANE et al. dans une étude portant sur les cancers avancés de vessie au Sénégal n'avaient réalisé la cystoscopie que chez 64,94% des patients.

WAIHENYA et al. au Kenya avaient recouru à la cystoscopie dans le cadre de la prise en charge des tumeurs de vessie chez 71,2% de leurs patients [5, 6].

Néanmoins, malgré le faible volume de nos activités dédiées à l'endoscopie du bas appareil urinaire, nous constatons une tendance à la hausse du nombre de cystoscopies réalisées depuis 2009.

L'âge moyen de nos patients était de 47,29 ans pour l'ensemble des procédures réalisées, ils

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés

étaient essentiellement des adultes jeunes. JAMES et al. [4] avaient relevé dans leur série des patientes plus âgées avec une moyenne d'âge de 56.4 ans. L'absence de notre échantillon de sujets très jeunes et surtout des enfants est liée au fait que nous ne disposons pas de matériel d'endo-urologie pédiatrique rendant difficile le diagnostic et la prise en charge de certaines uropathies, qui ne sont pas exceptionnelles dans le contexte africain comme l'ont montré SALAKO et al. avec 4% de valves de l'urètre postérieur lors des urétro-cystoscopies réalisées au Nigéria [7]. Nous avons relevé une légère prédominance masculine dans notre série (54,5%).

Cette prédominance masculine avait été retrouvée par SALAKO et al. dans leur étude où la majorité des patients était des hommes avec 90% [7]. L'anesthésie locale à la xylocaïne gel a été utilisée pour tous nos patients. Aucun de nos patients n'a subi la procédure sous anesthésie générale ou la rachianesthésie, qui restent rarement utilisées lors de la cystoscopie ; mises à part les situations où elles sont réalisées à la demande des patients craignant des douleurs importantes. LEE et al. dans une série prospective de 131 cystoscopies réalisées exclusivement chez des patientes, ont réalisé 6,9% de leurs interventions sous anesthésie générale [4]. Ils ont par ailleurs relevé une bonne acceptabilité et une bonne tolérance de la xylocaïne gel chez leurs patientes, qui recevaient un counseling pré cystoscopie [4].

A contrario, GOLDFISHER et coll. dans une étude randomisée en double aveugle ne retrouvaient pas de différence significative dans la perception douloureuse en utilisant ou non la xylocaïne gel chez les femmes lors de la cystoscopie rigide [8]. L'adjonction de la kétamine par instillation intra-urétrale améliorerait le confort des patients selon MOHARARI et al. [9]. Pour QUIROZ et al., la cystoscopie flexible était mieux tolérée que la cystoscopie rigide chez la femme [10]. YERLIKAYA et al. dans une étude de cohorte non-randomisée ont conclu que la cystoscopie rigide était plus douloureuse que la réalisation de l'examen urodynamique [11]. Aussi KIM et al. ont eu recours à une sédation modérée au cours de la cystoscopie rigide afin de minimiser la perception douloureuse [12]. L'endoscopie du bas appareil urinaire est un acte courant en pratique urologique. Elle est le premier examen à être réalisé dans la recherche étiologique d'une hématurie et est l'examen de choix dans le bilan d'une hématurie macroscopique quand l'échographie ne retrouve pas d'étiologie au niveau du haut appareil [13]. Cet examen qui idéalement devrait se réaliser au cours des consultations, ne l'est pas encore pour nous, elle est réalisée dans le cadre de programme opératoire mais en ambulatoire pour les patients non hospitalisés.

Nos indications ont été dominées par les Troubles du Bas Appareil Urinaire (TUBA) dans 44,24% des cas, l'hématurie macroscopique (38,78%), le bilan d'extension de tumeurs du col ou du corps utérin (13,93%) soit 96,95% de l'ensemble des indications. YOMI et al. à Yaoundé ont eu recours à la cystoscopie seulement chez 9% des patientes dans le cadre du bilan d'extension des patientes présentant un cancer du col utérin [14].

Pour SALAKO et al., les syndromes obstructifs du bas appareil urinaire constituaient l'essentiel de leurs indications avec 69% et l'hématurie ne représentait que 4% [7].

Pour SHARFI et al. à Khartoum au Soudan, l'hématurie constituait 26% des indications [15]. L'utilisation de la cystoscopie a été assez contributive lors de nos interventions, elle nous a permis de diagnostiquer 54 vessies de lutte, 41 tumeurs de vessie, 32 lésions de cystites spécifiques et non spécifiques, 10 anomalies des méats urétéraux et 2 urétérocèles pour les lésions endo-vésicales. La présence de lésions inflammatoires de la muqueuse vésicale nous a souvent posé de difficultés diagnos-

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés

tiques et indubitablement certaines lésions potentiellement non-bénignes n'ont pas pu être visualisées à la cystoscopie à la lumière blanche et qui pouvaient être dépistées si nous disposions de la cystoscopie à fluorescence à la lumière bleue. Au niveau urétral, ont été diagnostiqués 19 sténoses de l'urètre, 6 lésions inflammatoires, et un diverticule urétral mais aussi des uropathies découvertes tardivement chez des sujets adultes notamment 2 valves de l'urètre postérieur. Néanmoins nous avons noté 12,72% de vessie normale sans lésions identifiables et 75,75% d'urètre normal. Peu de complications ont été notées lors de nos interventions (7,4%), constituées essentiellement d'hématurie minime et de douleurs post endoscopie. La relative bonne tolérance et acceptabilité de la cystoscopie est connue et notre constat est conforme aux données de la littérature. Ainsi EZIYI et al. dans une série de 204 procédures rapportèrent trois complications soit 1,47% [3]. Dans des mains entraînées, la conduite des activités endoscopiques présentent peu de morbidité si les techniques sont bien maîtrisées de l'opérateur [16, 17] et la cystoscopie contribue grandement à diagnostiquer de nombreuses pathologies et anomalies du bas appareil urinaire.

Conclusion

Les activités endoscopiques initiées depuis peu par notre service d'urologie n'ont pas encore atteint un niveau satisfaisant en termes de volume d'activités. Nos résultats en début d'expérience sont fort encourageants et sont à la hauteur de notre plateau endoscopique.

L'endoscopie du bas appareil urinaire est d'un apport inestimable dans le diagnostic des affections et anomalies urologiques du bas appareil urinaire dans notre contexte.

Son utilisation doit être promue et encouragée et il est donc souhaitable que soit envisagé dans un bref avenir l'introduction dans notre service de l'endoscopie du haut appareil urinaire à savoir l'urétéroscopie.

Références

1. NATAF R. Place de l'endoscopie chirurgicale en urologie. *Acta Endoscopica et Radiocinematographica 1975 ; 34 : 187-89*

2. KLOTZ F. L'endoscopie dans les pays en voie de développement. *Acta Endoscopica 2003 ; 33 : 756-57*

3. EZIYI AK, EZIYI JAE, SALAKO AA, ADEROUNMU AOA. Early experience with endo-urology at Ladoke Akintola University of Technology Teaching Hospital, Osogbo. *Niger J Clin Pract 2010 ; 13 : 1-8*

4. LEE JW, DOUMOUCHTSIS SK, JEFFERY S, FYNES M. Evaluation of outpatient cystoscopy in urogynaecology. *Arch Gynecol Obstet 2009 ; 279 : 631-35*

5. KANE R, NIANG L, DIALLO Y, JALLOH M, NDIAYE A, GUEYE SM. Advanced bladder cancer in Senegal: Epidemiological and clinical aspects. *Open Journal of urology, 2014, 4, 127-31*

6. WAIHENYA CG, MUNGAI PN. Management of transitional cell carcinoma of the urinary bladder at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Afr Med J 2006;83(12):679-83*

7. SALAKO AA, BADMUS TA, SOWANDE OA, ADEYEMI BA, NASIR AA, ADEJUYIGBE O. Endourology in a Nigerian Tertiary Hospital current level of practice and challenges. *Niger J Res 2005 ; 3-4 : 268-70*

8. GOLDFISCHER ER, CROMIE WJ, KARRISON TG, NASZKIEWICZ L, GERBER GS Randomized, prospective, double-blind study of the effects on pain perception of lidocaine jelly versus plain lubricant during outpatient rigid cystoscopy. *J Urol 1997 ; 157 (1) : 90-94*

9. MOHARARI RS, NAJAFI A, KJAJAVI MR, MOHARARI GS, NIKOOBAKHT MR. Intraurethral instillation of ketamine for male rigid cystoscopy. *J Endourol. 2010 ; 24 (12) : 2033-6*

10. QUIROZ LH, SHOBEIRI SA, NIHIRA MA, BRADY J, WILD RA. Randomized trial comparing office flexible to rigid cystoscopy in women. *Int Urogynecol J 2012 ; 23 (11) : 1625-30*

11. YERLIKAYA G, LAML T, ELENSKAIA K, HANZAL E, KOLBL H, UMEK W. Pain perception during outpatient cystoscopy : a propective controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014 ; 173 : 101-5*

12. KIM JH, PARK SY, KIM MG, CHOI H, SONG D, CHO SW, SONG YS. Pain and satisfaction during rigid cystoscopy ureteral stent removal: a preliminary study. *BMC Urol 2014 ; 14 : 90*

13. BOIVIN D, GREGOIRE M. Place de la cystoscopie dans le bilan d'extension du cancer du col utérin, *Prog Urol 2003 ; 13 : 1351-53*

14. YOMI J, TAGNI D, MONKAM G, DOH AS. Le bilan d'extension dans le cancer du col de l'utérus. Une étape décisive pour le succès thérapeutique : A propos de 111 cas colligés à l'hôpital général de Yaoundé. *Med Afr Noire 1997, 44 (8/9) : 446-9*

15. SHARFI AR, HASSAN Q. Evaluation of haematuria in Khartoum. *East Afri. Med J. 1994 ; 71 : 29-31*

16. COULANGE C. Cystoscopie. *Prog Urol 2010 ; 20 : 822-26*

17. GATTEGNO B. Comment je fais une résection endoscopique de la prostate : technique-critères de qualité. *Prog Urol 1999 ; 9 : 156-61*

Copyright © 2015 APIDPM Santé Tropicale. Tous droits réservés