

Module 15 – Pathologie de l'appareil urinaire

Thèmes : 315 - 341

## STENOSES DE L'URETHRE

**OBJECTIFS :** A l'issue de ce cours l'étudiant devra être capable :

- d'évoquer le diagnostic
- de demander les examens pour en faire le diagnostic
- de connaître les principes de traitement.

## STENOSE DE L'URETRE

### I) DEFINITION :

L'urètre est un canal musculaire dont la lumière est virtuelle et ne s'élargit qu'au passage du jet mictionnel. Le calibre urétral n'est pas constant et deux zones sont normalement un peu moins larges que le reste de l'urètre. Ce sont l'urètre membraneux au niveau du sphincter strié et la fossette naeviculaire.

Une sténose de l'urètre consiste en un rétrécissement du calibre normal de l'urètre.

### II) PATHOGENIE :

Les sténoses de l'urètre ont trois origines : congénitale, infectieuse ou cicatricielle.

#### A) Origine congénitale :

Ce sont essentiellement les valves de l'urètre postérieur qui touchent le nouveau-né masculin.

Le diagnostic sera suspecté à l'échographie abdomino pelvienne qui montre une dilatation de l'appareil urinaire. Le nouveau-né n'émettra pas d'urine et sera en rétention aiguë.

Une dérivation suspubienne sera installée dans un premier temps puis dès que cela sera possible on réalisera une mise à plat des valves urétrales par voie endoscopique.

## **B) Origine infectieuse :**

Les infections en cause sont les urétrites dont les agents infectieux peuvent être ceux des maladies sexuellement transmissibles (MST), à savoir les chlamydiae, uréaplasmes, gonocoques, etc..., ou les germes banaux de l'infection urinaire (colibacilles, proteus, klebsiellae), voire la tuberculose (bK).

La portion de l'urètre qui est atteinte est le plus souvent l'urètre antérieur.

Ces sténoses post infectieuses sont souvent longues et multiples.

### 1) Sténoses iatrogènes :

Survenant après sondage ou endoscopie, elles représentent la cause la plus fréquente. Elles intéressent surtout les zones les plus étroites et fines (méat urétral, fossette naeviculaire, urètre bulbaire).

### 2) Sténoses post-traumatiques :

Ne jamais sonder un patient ayant un traumatisme ou une suspicion de traumatisme du bassin avant d'avoir éliminé une rupture de l'urètre (cf. chapitre sur les traumatismes urétéraux).

## **III) LA CLINIQUE :**

### **A) Les signes cliniques sont ceux du prostatisme :**

- pollakiurie, impériosités
- dysurie, jet fin.

**B) Assez souvent les sténoses sont peu symptomatiques ou mêmes asymptomatiques** et seront découvertes à l'occasion d'un sondage impossible.

### **C) Complications possibles :**

- rétention aiguë d'urines (RAU)
- infections aiguës ou chroniques (prostatite, épидидymite, ...).

## **IV) LE BILAN :**

**A)** L'examen permettant de suspecter une sténose de l'urètre est **la débitmétrie** qui montre un débit maximal faible avec un aspect de plafonnement de la courbe.

**B) Les examens qui confirment la sténose sont :**

- 1°) L'UCR ou UIV avec clichés mictionnels. La sténose sera localisée avec précision et sa longueur sera appréciée.
- 2°) L'endoscopie urétrale par urétroscopie rigide ou mieux par fibroscopie va buter sur une sténose plus ou moins serrée dont on pourra apprécier le siège par rapport au méat urétral mais pas la longueur. Cet examen est souvent le premier temps du traitement endoscopique des sténoses. La conduite de l'examen doit être prudente pour éviter les fausses routes.

**V) LE TRAITEMENT :**

Quelle que soit la méthode utilisée, il est essentiel de vérifier la stérilité des urines avant tout geste urétral.

Le traitement sera souvent différent selon le siège de la sténose.

**A) Pour les sténoses de l'urètre postérieur**, on dispose de différentes méthodes :

- 1°) L'urétrotomie interne endoscopique permet de mettre à plat la sténose et d'installer une sonde urétrale. La durée de sondage varie selon les auteurs et l'importance de la sténose mais la tendance est de raccourcir au maximum la durée de sondage.
- 2°) L'urétroplastie chirurgicale consiste à aborder chirurgicalement la sténose par voie périnéale, de réséquer la portion urétrale rétrécie et de réanastomoser les deux segments obtenus sur une sonde urétrale. Parfois une plastie d'élargissement de l'urètre est nécessaire dans les sténoses longues. On se servira de peau pénienne ou de muqueuse préputiale, vésicale ou labiale.
- 3°) Les prothèses endourétrales sont parfois proposées lors de récurrences nombreuses et fréquentes. Elles n'évitent pas forcément les récurrences notamment aux extrémités de la prothèse et sont parfois source d'inconfort mictionnel ou lors de l'érection. Elles seront de ce fait évitées chez le sujet jeune.

4°) L'autodilatation avec une sonde urétrale autolubrifiée est souvent la technique retenue en cas de récurrence. Elle nécessite d'abord une mise à plat endoscopique. Le rythme des sondages sera d'une fois par jour pendant 15 jours puis deux fois par semaine pendant 15 jours et enfin une fois par semaine pendant 5 mois pour finalement passer à une autodilatation par mois pendant 6 mois supplémentaires. La durée totale de ces autodilatations devra toujours être d'au moins un an sous peine de récurrences plus fréquentes. Ces autodilatations peuvent être proposées en compléments des mises à plat endoscopiques ou des uréthroplasties chirurgicales.

**B) Pour les sténoses de l'urètre antérieur**, les techniques se résument à une mise à plat endoscopique associée à des autodilatations suivant le même schéma que décrit plus haut. Dans certains cas la mise à plat n'est pas nécessaire.

#### **VI) L'EVOLUTION :**

Elle sera marquée par des **récurrences** qui si elles sont fréquentes nécessiteront de recourir aux autodilatations. Pour certains il y a une place pour les prothèses urétrales lorsque les récurrences concernent l'urètre postérieur.

Le suivi sera assuré essentiellement par la débitmétrie. Dans les cas de doute, une fibroscopie voire une UCR peuvent être réalisées.