



Article original

La résection trans-urétrale de la prostate : première expérience au centre hospitalo-universitaire de Tengandogo

Transurethral resection of the prostate: first experience at the Tengandogo university hospital

B Ouédraogo*¹, H Karama¹, MT Traoré², T Hafing¹, O Traoré¹, SJ Bengo, P Sama¹, FA kaboré³,
B Ouedraogo¹, A Sanou¹

Résumé

Introduction : La résection transurétrale de la prostate (RTUP) est le traitement de référence de l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'objectif de notre étude était d'évaluer les résultats des premiers cas de RTUP au centre hospitalo-universitaire de Tengandogo (CHU T).

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective réalisée au CHUT sur une période de 30 mois du 1er Janvier 2016 au 30 Juin 2018. Nous avons inclus tous les patients qui avaient eu une RTUP pour une hypertrophie bénigne de la prostate. Les paramètres étudiés étaient cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : Nous avons inclus 131 sur 197 patients opérés de la prostate soit une fréquence de 66,49 %. L'âge moyen de nos patients était de 70,18 ± 7,4 ans. Le motif de consultation était dominé par la rétention d'urine chez 66,1% des patients. La durée d'intervention moyenne était de 72,13 +/- 14,5 min. Neuf patients ont présenté des complications en per-opératoires. La durée moyenne de sondage vésical trans-urétral était de 2,85 +/- 0,7 jours et la durée moyenne d'hospitalisation était de 2,91 +/- 0,6 jours. Trente-sept patients (9,16%) ont eu une complication

post-opératoire. Cent un patients avaient un score IPSS léger à un mois et une qualité de vie très satisfaisante.

Conclusion : La RTUP est la technique chirurgicale la plus pratiquée dans la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Elle réduit la durée d'hospitalisation et de sondage vésical. Les complications sont dominées par les complications hémorragiques

Mots-clés : hyperplasie, résection, prostate.

Abstract

Introduction: Transurethral resection of the prostate (TURP) is the standard treatment for benign prostatic hyperplasia. The objective of our study was to evaluate the results of the first cases of TURP at the Tengandogo University Hospital Center (CHU T).

Methodology: This was a retrospective study performed at CHUT over a 30-month period from January 1, 2016 to June 30, 2018. We included all patients who had had TURP for benign prostatic hypertrophy. The parameters studied were clinical, paraclinical, therapeutic and progressive.

Results: We included 131 out of 197 patients operated on for the prostate, ie a frequency of 66.49%. The mean age of our patients was 70.18 ± 7.4 years.

The reason for consultation was dominated by urine retention in 66.1% of patients. The mean intervention time was 72.13 +/- 14.5 min. Nine patients presented intraoperative complications. The mean duration of transurethral bladder catheterization was 2.85 +/- 0.7 days and the mean hospital stay was 2.91 +/- 0.6 days. Thirty-seven patients (9.16 %) had a postoperative complication. One hundred and one patients had a mild IPSS score at one month and a very satisfactory quality of life.

Conclusion: TURP is the most widely used surgical technique for the management of benign prostatic hyperplasia. It reduces the length of hospital stay and bladder catheterization. Complications are dominated by bleeding complications

Keywords: hyperplasia, resection, prostate.

Introduction

La prise en charge chirurgicale de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) s'est considérablement modifiée au cours des quinze dernières années. La chirurgie ouverte, qui représentait un standard thérapeutique pour les prostates de gros volume, a progressivement laissé sa place à des techniques endoscopiques moins morbides dont la résection transurétrale de la prostate (RTUP). Elle consiste à une ablation endoscopique de tissu prostatique avec un résecteur au travers du conduit urétral, c'est le traitement chirurgical de référence de HBP [1]. Malgré les évolutions technologiques de chirurgie mini-invasive, la RTUP demeure une référence en pratique quotidienne en raison du nombre de procédures réalisées, de l'expérience accumulée par les urologues, et de la durée du suivi clinique disponible. Elle est la technique chirurgicale évaluée avec le plus long recul [2].

En Afrique subsaharienne la prise en charge chirurgicale des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) liés à l'HBP reste dominée par la chirurgie ouverte [3].

Au Burkina elle est pratiquée depuis 2002 et

représentait 8,11% de la chirurgie prostatique au centre hospitalier universitaire Sorou Sanou [4]. Au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (CHUT), la RTUP est pratiquée depuis 2016 et aucune étude n'a évalué les résultats de la RTUP au CHUT.

Le but de notre travail était d'évaluer les résultats des premiers cas de RTUP au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective réalisée au CHUT sur une période de 30 mois du 1er Janvier 2016 au 30 Juin 2018.

Nous avons inclus tous les patients qui avaient eu une RTUP pour HBP, ceux qui ont eu un geste associé n'ont pas été inclus. Tous les patients ont eu une résection bipolaire.

Nous avons recueilli à partir des dossiers électroniques des patients les données suivantes :

- âge,
- données cliniques : le motif de consultation, durée d'évolution, le toucher rectal, l'indication opératoire,
- données paracliniques : PSA total, volume prostatique, la créatininémie, le taux d'hémoglobine, ECBU,
- données thérapeutiques : type d'anesthésie, quantité de liquide d'irrigation, durée d'intervention, incident per-opératoire
- données d'évolutions : durée d'irrigation, durée du sondage urinaire, complications, durée d'hospitalisation, les résultats fonctionnels (score IPSS et débitmétrie post opératoires).

L'évaluation fonctionnelle se faisait à 1, 3, 6, 9 et 12 mois après l'intervention. Deux paramètres étaient utilisés : le score IPSS et la débitmétrie.

Le critère de jugement : le résultat était jugé bon si le débit maximal (Qmax) était supérieur à 15 ml/s, et/ou le score IPSS inférieur à 7.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS version 23.0

Résultats

Nous avons inclus 131 sur 197 patients opérés de la prostate soit une fréquence de 66,49 %. L'âge moyen de nos patients était de $70,18 \pm 7,4$ ans avec des extrêmes de 50 ans et 93 ans. Le motif de consultation était dominé par la rétention d'urine chez 66,1% des patients. La durée d'évolution des symptômes était de $11 \pm 4,5$ mois avec des extrêmes d'un mois et 25 mois. Au toucher rectal la prostate était augmentée de volume d'allure bénigne chez 125 patients et d'allure suspecte chez six patients. Le taux moyen de PSA était de $3,15 \pm 1,54$ ng/ml avec des extrêmes de 0,01 ng/ml et 35,11 ng/ml. Le taux d'hémoglobine était de $11,58 \pm 0,32$ g/dl avec des extrêmes de 9,1 g/dl et 15,4 g/dl. Tous les patients avaient bénéficié d'une échographie de l'appareil urinaire. Soixante-deux patients avaient réalisé une échographie par voie endorectale. Le volume prostatique moyen à l'échographie était de $64,12 \pm 8,15$ ml avec des extrêmes de 30 et 150 ml (tableau I). La créatininémie était normale chez 91,6 % des patients. Trente-deux patients (24,42%) avaient une infection urinaire. Le germe le plus fréquemment isolé était *Escherichia Coli*. Les indications opératoires étaient dominées par les retentions d'urine chez 87,79% des patients. La quantité moyenne du liquide d'irrigation était de 22,7 litres avec des extrêmes de 12 litres et 36 litres. La durée d'intervention moyenne était de $72,13 \pm 14,5$ min avec des extrêmes de 42 min et 117 min (figure 1). Neuf patients ont présenté des complications en per-opératoires. Sept patients ont eu une hémorragie et deux une désinsertion cervico-urétrale. La baisse moyenne du taux d'hémoglobine en post-opératoire était de 0,69 g/dl. Deux patients ont eu une transfusion sanguine. La durée moyenne d'irrigation était de $1,65 \pm 0,4$ jours avec des extrêmes de 1 et 6 jours. La durée moyenne de sondage urinaire était de $2,85 \pm 0,7$ jours avec des extrêmes de 2 et 7 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de $2,91 \pm 0,6$ jours avec des extrêmes de 2 et 7 jours. Trente-sept patients (9,16%) ont eu une complication post-opératoire (tableau I). Un patient était décédé 3 jours après

l'intervention. Le score IPSS a été évalué chez sept patients pré-opératoire et chez tous les patients en post-opératoire. Après un recul de 12 mois Le score IPSS moyen en préopératoire était de $19 \pm 4,5$ et en post-opératoire $6 \pm 1,2$, la différence était significative ($P=0,01$). Cent un patients (77,1%) avaient un score IPSS inférieur à 7. La débitmétrie a été évalué chez trois patients en pré-opératoire et chez 37 patients en post-opératoire. Le débit moyen en préopératoire était de $8 \pm 3,4$ et en post-opératoire $16,5 \pm 5$ ml/s, avec des extrêmes de 8 et 28 ml/s. La différence était significative ($P=0,04$).

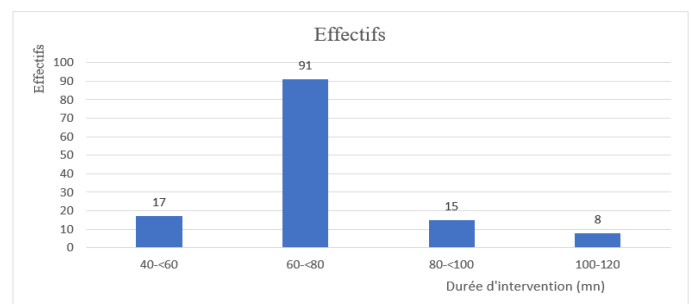


Figure 1 : répartition des patients selon la durée d'intervention

Tableau I : Répartition selon les complications post-opératoires selon la classification de Clavien-Dindo

Grade	Nombre de patient
Grade I	
Hématurie (irrigation)	8
Urgenturie	4
SBAU	2
Grade II	
Infection urinaire	5
Incontinence urinaire	4
Hématurie (transfusion sanguine)	1
Rétention d'urine	4
Dysfonction érectile	1
Sténose de l'urètre	2
Grade III	
Sténose de l'urètre	1
IIIb : hématurie	1
Grade IV	
Grade V	
Décès	1

Discussion

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est considérée comme la principale cause des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) chez les hommes âgés de plus de 40 ans [5]. La résection transurétrale de prostate (RTUP) représente le traitement de référence de la prise en charge chirurgicale des SBAU liés à l'HBP [6]. Cette étude évalue pour la première fois les résultats de la RTUP au CHU-T. La technique chirurgicale la plus utilisée pour la prise en charge chirurgicale de l'HBP est La RTUP qui représente 66,22 % des interventions. Nous notons une amélioration de la pratique de la RTUP au Burkina comparativement à l'étude précédente réalisée par Zango et al. [4] où la RTUP représentait 8,11% des interventions. Cette différence pourrait s'expliquer par la disponibilité du liquide d'irrigation et des anses de résections, par la formation du personnel médical et paramédical à la manipulation du matériel. En plus nous constatons que les patients sont de plus en plus intéressés par la RTUP que la chirurgie ouverte. Nous avons également adopté une politique en proposant la RTUP comme premier choix chez tout patient qui a une indication chirurgicale de l'HBP. Nos résultats sont supérieurs à ceux des études en Afrique subsaharienne notamment Kane et al [3] au Sénégal, Guirassy et al. [7] en Guinée et Diakité et al [8] au Mali qui notent respectivement des taux de 20,5%, 10% et 57,7%. Dans ces différentes études l'indication de la RTUP était conditionnée par le volume prostatique. Pour les patients avec un volume prostatique supérieur à 80 cc la première indication était la chirurgie ouverte.

Le motif de consultation est dominé par la rétention d'urine, Plusieurs études de l'Afrique subsaharienne note une prédominance de la rétention d'urine sur les SBAU. Elle représente 54% dans la série de Kane et al. [3], au Sénégal, 67,9% dans celle de Zango et al au Burkina [4]. Ces taux élevés de rétention d'urine vésicale dans ces différentes études s'expliqueraient par des consultations tardives au stade de complications.

Il faut noter que la durée de l'intervention est fonction

de l'expérience de l'urologue, du volume de prostate réséquée et le type de générateur de bistouri utilisé. En effet, la durée retenue pour une RTUP monopolaire est de 60 minutes pour éviter le TURP syndrome [9]. Pour la résection bipolaire il n'y a pas de risque de TURP syndrome parce que le liquide d'irrigation utilisé est le sérum salé.

L'hémorragie nécessitant une transfusion est la plus connue des complications péri-opératoires sévères. Dans les séries contemporaines elle est inférieure à 1 % [10]. Dans notre étude deux patients ont eu une transfusion sanguine en per-opératoire. Parmi ces deux patients un était sous traitement anticoagulant. Les conditions favorisant l'hémorragie sont la durée d'intervention trop longue et le volume élevé de la prostate [10]

La rétention d'urine à l'ablation de la sonde survient dans 3 à 9 % des cas [11], la cause la plus fréquente étant l'hypoactivité détrusorienne. Un sondage vésical prolongé de deux à quatre semaines peut alors permettre une reprise mictionnelle et une seconde RTUP ne doit pas s'envisager à court terme ce d'autant que la probabilité de reprise mictionnelle après une seconde procédure reste faible [11]. Ce qui explique l'intérêt d'un bilan urodynamique pour la prise charge des SBAU avant une intervention. Dans notre étude 4 patients soit 3,05% ont présenté une rétention d'urine à l'ablation de la sonde. Le taux de rétention d'urine dans notre étude est proche de celle de Kane et al [3] qui avait un taux de 5,9%. Parmi les 4 patients, la rétention est due à la présence de copeaux prostatiques dans la vessie chez 2 patients, pour les deux autres la cause n'a pas été retrouvée. Aucune reprise chirurgicale n'a été réalisée.

Les paramètres objectifs les plus utilisés pour évaluer l'efficacité clinique sont le débit urinaire maximal et la mesure du résidu post mictionnel, une évaluation basée sur l'absence de SBAU pourrait être subjectif. L'amélioration du débit maximal était de 8.5 ml/s soit une augmentation moyenne de 106,25 %. L'étude de Lorento et al notaient une amélioration moyenne de 71 % des SBAU et de 120 % du débit urinaire maximum [11].

Le score IPSS a été utilisé chez tous les patients et le résultat était bon chez 77,1% des patients. Nos résultats sont comparables à ceux de Diakité et al [8] et de Kane et al [3]. Il faut signaler que ces auteurs n'utilisent pas les outils recommandés pour évaluation les SBAU, ce qui pose un problème d'objectivité sur leur résultat.

Conclusion

La RTUP est la technique chirurgicale la plus pratiquée dans la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Elle réduit la durée d'hospitalisation et de sondage vésical. Les complications sont dominées par celles hémorragiques

*Correspondance

Boureima Ouédraogo

boureims@gmail.com

Disponible en ligne : 4 Janvier 2022

- 1 : Service de chirurgies et spécialités chirurgicales du CHU de Tengandogo
- 2 : Service d'urologie du CHU régional de Ouahigouya
- 3 : Service d'urologie du CHU Yalgado Ouédraogo,.

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ghozzi S GJ Ben Ali M, Dridi M, Maarouf J, Khiari R, Ben Rais N. Résection transurétrale de la prostate bipolaire versus monopolaire : étude prospective randomisée. Prog Urol 2014;24 : 121-126
- [2] Cornu JN AS Bachmann AJ, et al. A systematic review and meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic obstruction: An update. Eur Urol 2015;67:1066-96. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.06.017>.

- [3] Kane R NA Niang L, Barry M, Labou I, Jalloh M, Gueye SM. Résection transurétrale pour hypertrophie bénigne de la prostate au Sénégal. Rev Afr Chir Spéc 2011;3 : 8-12.
- [4] Zango B KT Sanou A. La résection transurétrale de la prostate à l'Hôpital Sanou Souro de Bobo Dioulasso : à propos de 68 cas. Afr J Urol.2002;8 (1) : 1-5.
- [5] Descazeaud A, Coloby P, De La Taille A.,Kouri G., Mallet R., Rossi D., Rozet F., Zerbib M., Carrois F. Intérêt d'une évaluation systématique du traitement des symptômes du bas appareil urinaire dans la prise en charge d'une hypertrophie bénigne de la prostate en médecine générale (1380 patients) -Étude EVALURO. Prog urol .2019 ;29 :116-126
- [6] Lebdai S, Chevrot A, Doizi S, Pradère B, Barry Delongchamps N, Baumert H, et al. Surgical and interventional management of benign prostatic obstruction: guidelines from the Committee for Male Voiding Disorders of the French Urology Association. Prog Urol 2021;31:249-65.
- [7] Guirassy S. La résection endoscopique du bas appareil urinaire au CHU Ignace Deen : à propos de 550 cas. Afr J Urol 2006 ;12(2): 96-100
- [8] Diakité M.L BHJG Diallo M S, Kambou D, Banou P, Diakité A S, Sangaré D, Sissoko I, Tembely A. La Résection endoscopique bipolaire : Expérience du service d'urologie CHU du Point G. Uro'Andro. CHU du Point G, 2016. 9. Tauzin-Fin P. Les complications d'irrigation à base de glyco-colle : le syndrome de résorption. Thérapie 2002 ; 57 :48-54.
- [9] Reich O, Gratzke C, Bachmann A , Seltz M, Schlenker B, Hermanek P, et al. Morbidity , mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J Urol 2008;180 :246-9
- [10] Lourenko T, N. Armstrong, J. N'Dow, G. Nabi, M. Deverill, R. Pickard, L. Vale et al. Systematic review and economic modelling of effectiveness and cost utility of surgical treatments for men with benign prostatic enlargement. Health Technol Assess. 2008;12(35):iii, ix-x, 1-146, 169-515.

Pour citer cet article :

B Ouédraogo, H Karama, MT Traoré, T Hafing, O Traoré, SJ Bengo et al. La résection trans-urétrale de la prostate : première expérience au centre hospitalo-universitaire de Tengandogo .Jaccr Africa 2022; 6(1): 43-47