

## CONSERVATION DE L'EJACULATION AU COURS DE LA RESECTION TRANS URETHRALE DE PROSTATE

N. COULIBALY, H. ZAROOUR ET I.S. SANGARE  
*Service d'Urologie, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire*

**Objectifs** Montrer l'intérêt de la résection cunéiforme de la prostate dans la prise en charge des obstructions sous vésicales d'origine prostatique en précisant ses indications et les résultats sur la miction et sur la conservation de l'éjaculation antérograde.

**Patients et méthode** Soixante-neuf patients avec un âge moyen de 53 ans (extrêmes: 40 ans et 85 ans) traités par résection cunéiforme de prostate pour hypertrophie bénigne de la prostate ont été suivis de janvier 1997 à décembre 2002. L'appréciation de la qualité de la miction et de l'éjaculation s'est faite par interview téléphonique des patients après un recul de 6 mois au moins après l'intervention.

**Résultats** Nous avons obtenu sur la miction 75,36% (52/69) de bons résultats, 23,19% de résultats moyens et 1,45% de mauvais résultats. La conservation d'une éjaculation antérograde a été observée chez 97,10% des patients contre 2,9% de mauvais résultats.

**Conclusion** La résection cunéiforme de la prostate proposée par Hermabessière<sup>3</sup> est un artifice technique qui permet la conservation de l'éjaculation antérograde. Elle est particulièrement intéressante chez le sujet jeune mais elle peut l'être également pour le sujet âgé.

**Mots Clés:** hypertrophie bénigne de la prostate, résection trans uréthrale de prostate, conservation de l'éjaculation

### INTRODUCTION

La résection endoscopique est à l'heure actuelle le traitement de référence de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)<sup>1</sup> lorsque la chirurgie est indiquée. Elle a pour intérêt de réduire la morbidité du traitement chirurgical de l'HBP et peut cependant être à l'origine d'une éjaculation rétrograde<sup>2-5</sup>.

Notre travail vise à rapporter notre expérience de la résection endoscopique partielle de la prostate afin de conserver une éjaculation antérograde tout en améliorant le confort mictionnel. L'objectif était de montrer l'intérêt de la résection cunéiforme de la prostate dans la prise en charge des obstructions sous vésicales d'origine prostatique en précisant ses indications et les résultats sur la miction et sur la conservation de l'éjaculation antérograde.

### PATIENTS ET METHODES

De janvier 1997 à décembre 2002, 80 patients ayant bénéficiés d'une résection trans

urétrale de prostate (RTUP) pour hypertrophie bénigne de la prostate ont été recensés. Soixante-neuf patients ont finalement été inclus dans l'étude après exclusion des patients décédés<sup>3</sup>, ayant changé d'adresse, ou impossible à joindre.

L'appréciation de la qualité de la miction et de l'éjaculation s'est faite par interview téléphonique des patients après un recul de 6 mois au moins après l'intervention. La dysurie et la pollakiurie ont été évaluées par les questions du score international symptomatique de la prostate (IPSS).

Au plan mictionnel, le résultat était bon lorsque la miction était complète et ne nécessitait aucun effort après l'ablation de la sonde (score IPSS = 0). Le résultat moyen était défini par une dysurie (signes obstructifs = 1 à 6) ou une pollakiurie intermittente (signes irritatifs = 1 à 6). Le mauvais résultat était quant à lui caractérisé par une dysurie et / ou une pollakiurie permanente (signes obstructifs  $\geq 7$  et / ou signes irritatifs  $\geq 7$ ). Lorsque l'éjaculation était antérograde le résultat était jugé bon; par

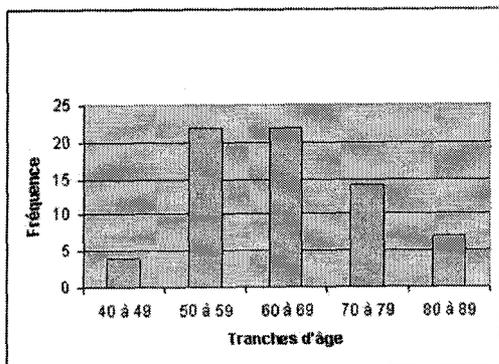


Fig. 1: Répartition en fréquence par tranches d'âge de 10 ans

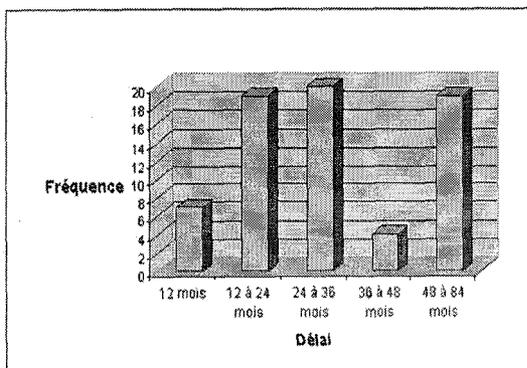


Fig. 2: Répartition en fréquence selon le délai de surveillance

contre, il était mauvais si elle se faisait de manière rétrograde. Les informations recueillies ont été traitées à l'aide de la version 2000 du logiciel EPI-INFO du CDC d'Atlanta.

#### Matériel et technique opératoires

Nous avons eu recours à un résectoscope de calibre Ch 24 (Karl Storz).

Le premier temps était exploratoire et avait pour but de rechercher des pathologies associées (tumeur vésicale, diverticule, ou lithiase), de repérer les méats urétéraux, d'apprécier l'aspect de l'adénome (importance des lobes latéraux, présence ou non d'un lobe médian), et de préciser la distance col vésical-veru montanum. Lorsque l'exploration ne décelait aucune contre indication à la résection endoscopique, l'intervention pouvait alors être effectuée.

La résection cunéiforme (RCP) proprement dite était initiée par deux tranchées creusées par l'anse du résecteur (l'une à 5h et l'autre à 7h) partant de la lèvre postérieure du col et s'arrêtant au dessus du veru-montanum. Le tissu prostatique était incisé jusqu'à la capsule sans la traverser. La progression se poursuivait ensuite en procédant à l'ablation de la portion de tissu située entre les deux incisions précédentes. Le tiers postérieur des joues prostatiques a dû être réséqué pour permettre une miction satisfaisante. Il faut cependant veiller à ce que les joues prostatiques se referment lorsque le résectoscope est immobilisé juste au dessus du veru-montanum; ceci est la garantie de la conservation de l'éjaculation antérograde. Avant le retrait du résectoscope

l'hémostase était vérifiée et complétée si nécessaire. La qualité de la miction était appréciée par pression sur l'hypogastre après remplissage vésical par le liquide d'irrigation. Une sonde trans urétrale d'irrigation était mise en place avec le ballonnet gonflé dans la vessie.

#### RESULTATS

L'âge moyen était de 53 ans avec un écart-type de 10,7 ans. Les extrêmes étaient de 40 ans et de 85 ans. Les tranches d'âge les plus touchées dans notre série étaient celles de la 5<sup>e</sup> et de la 6<sup>e</sup> décennie avec 63,76% des effectifs. (Fig. 1)

Les indications opératoires tenaient compte des plaintes du malade et de la taille de la prostate. La plupart des cas ont consulté pour des signes irritatifs avec 77,44% des effectifs contre 22,56% pour la dysurie. Le volume échographique moyen était de 35,5 cc avec des extrêmes de 23 cc et 52 cc.

La résection cunéiforme seule représente la majorité des actes pratiqués avec 88,41% des effectifs; dans le reste des cas, elle est associée à une résection d'un lobe médian prostatique.

Le délai de surveillance moyen est de 30,98 mois (Fig. 2), avec un minimum de 4 mois et un maximum de 72 mois. La plupart des patients ont un délai de surveillance variant entre 12 et 36 mois (45,43%). Il y a également une importante proportion de patients suivis au-delà de 48 mois (22,62%).

**Tableau 1:** Résultat mictionnel selon le délai de surveillance

Délai de surveillance	Résultat sur la miction			Total
	bon	moyen	mauvais	
≤ 3 ans	38	10	1	49
> 3 ans	14	6	0	20
Total	52	16	1	69

Khi-deux = 1,08; degré de liberté = 2; p = 0.58

**Tableau 2:** Résultat sur l'éjaculation selon le délai de surveillance

Délai de surveillance	Résultat sur l'éjaculation		Total
	bon	mauvais	
≤ 3 ans	48	1	49
> 3 ans	19	1	20
Total	67	2	69

Khi-deux = 0,44; degré de liberté = 2; p = 0,50

A l'ablation de la sonde, tous les patients avaient une miction de bonne qualité. A moyen et long terme, 69 patients ont pu être contactés pour apprécier la qualité de la miction et de l'éjaculation. Quant à la miction, les résultats ont été jugés bons pour 52 patients (75,36%), moyens pour 16 patients (23,19%) et mauvais dans un cas (1,45%). Le délai de surveillance ne semble pas avoir d'influence sur les résultats (p = 0,58) (Tableau 1).

Quant à l'éjaculation, nous avons observé 97,10% de bons résultats contre 2,9% de mauvais résultats. Les résultats de la RCP sur l'éjaculation sont bons de manière globale quel que soit le délai de surveillance. Ils ne sont cependant pas statistiquement significatifs. (Tableau 2).

### COMMENTAIRES

Nos patients sont relativement jeunes (l'âge moyen est de 53,07 ans). La dysectasie cervicale est chez ces sujets essentiellement

d'origine infectieuse<sup>6</sup>. Cela explique notre tentative de conservation de l'éjaculation antérograde tout en assurant un confort mictionnel. Pour d'autres auteurs la moyenne d'âge est plus élevée<sup>7</sup>.

L'une des conséquences du traitement chirurgical de l'HBP est l'éjaculation rétrograde<sup>8,3,4</sup>. Le traitement endoscopique a quelques avantages par rapport à l'adénomectomie transvésicale (raccourcissement du temps d'intervention, réduction du séjour hospitalier, absence de complications pariétales). Elle peut néanmoins occasionner une éjaculation rétrograde<sup>3,4</sup> car la résection endoscopique classique de prostate emporte tout le tissu prostatique en arrière et de chaque côté du veru montanum qui représente la limite inférieure à ne pas franchir<sup>9,2</sup>.

La découverte d'une hypertrophie prostatique chez un sujet relativement jeune pose donc le problème du choix d'une méthode thérapeutique garantissant la conservation de l'éjaculation antérograde et de la possibilité de

procréer. S'il est vrai qu'un traitement médical peut être instauré, force est cependant de constater que l'existence d'un lobe médian ne peut être corrigée par un traitement non invasif. De plus le coût du traitement médical à long terme (au-delà de 18 mois), dans nos conditions d'exercice, est plus élevé que celui de l'intervention chirurgicale notamment endoscopique.

Les indications thérapeutiques dépendent des auteurs. Ainsi, Richard et al.<sup>7</sup> proposent son incision cervico-prostatique pour le sujet âgé, en mauvais état général et porteur d'un petit adénome de prostate ou chez l'homme jeune présentant un adénome de faible volume (inférieur à 40 g). Le sujet présentant une sclérose ou maladie du col vésical peut également en bénéficier. Cette méthode consiste en une ou deux incisions à l'électrode de Collins à 5 et/ou 7 heures selon l'axe méat urétéral - veru montanum. Elle débute 5 mm en avant du méat urétéral et est prolongée jusqu'au pôle supérieur du veru montanum. Elle doit atteindre la graisse péri-vésicale au niveau du col et la capsule au niveau de la prostate, mais sans la franchir<sup>7</sup>.

Une variante de l'incision cervico-prostatique est proposée pour les prostates de moins de 30 grammes<sup>8</sup>. Il s'agit ici de creuser un sillon profond à l'aide du crochet du résecteur. L'incision qui part d'un orifice urétéral et s'arrête 5 mm au-dessus du veru montanum, rompt toute l'épaisseur du détrusor et de l'urètre prostatique jusqu'à la graisse rétro-cervicale. Un anneau musculaire urétral sus-montanum est ainsi préservé; sa contraction lors de l'orgasme s'opposerait à l'éjaculation rétrograde du sperme. Cette incision serait idéale chez des patients fragiles comme une alternative aux prothèses d'écartement des lobes prostatiques<sup>8</sup>. Il est possible de proposer une résection cunéiforme de la prostate pour ces patients. Il suffit dans cette optique de conserver 1 cm d'urètre prostatique au dessus du veru-montanum pour garantir une éjaculation normale<sup>4</sup>. Cette notion est capitale car les pressions au niveau du col vésical au cours de l'éjaculation normale peuvent atteindre 500 cm H<sub>2</sub>O<sup>5</sup>. Dans notre pratique il a suffi que les joues prostatiques se referment au dessus du veru montanum lors du retrait du résecteur pour assurer une éjaculation satisfaisante.

Les résultats globaux du traitement chirurgical de l'HBP sont bons<sup>10</sup>, cependant, à long terme il y a 9 à 12% de réinterventions et 15%

de patients insatisfaits<sup>10,2</sup>. Nos patients ont été suivis pendant environ 2 ans et demi (30,98 mois). Ce délai est sensiblement le même que celui de Hoepffner et al.<sup>8</sup> (recul moyen de 2,4 ans; extrêmes de 4 et 84 mois). Il est relativement court comparativement à Coeurdacier et al.<sup>10</sup> qui ont suivi une cohorte de 618 patients pendant 10 ans; néanmoins cela nous paraît suffisant pour présenter des résultats préliminaires, faire le point de la situation et éventuellement réorienter nos indications.

Une semaine après l'intervention, la sonde était enlevée lors de la première visite de contrôle post opératoire. La miction était appréciée de visu en regardant le patient uriner. Tous les patients avaient une miction de bonne qualité. A moyen et long terme, les résultats de l'incision cervico-prostatique semblent se détériorer avec le temps. C'est le constat de Richard et coll.<sup>7</sup> qui à trois mois obtiennent des résultats satisfaisants dans l'ensemble avec une disparition de la dysurie clinique (93,5%) et une amélioration de la pollakiurie (91%). A un an sur 29 patients revus en consultation une éjaculation antérograde a été retrouvée chez 17 patients (soit dans 85% des cas). Avec un recul de 5 ans il observe 38,7% de réintervention dans un délai moyen de 31 mois (extrême de 4 mois à 5 ans). Pour Hoepffner et al.<sup>8</sup> 91,5% des patients ont vu leur dysurie s'améliorer avec conservation d'une éjaculation antérograde.

Le risque de survenue d'une éjaculation rétrograde serait de 20% après incision cervico-prostatique<sup>7</sup>. Cela a amené d'autres auteurs tel Hermabessière et col.<sup>3,4</sup> à proposer la résection endoscopique de prostate modifiée pour le traitement des hypertrophies prostatiques avec conservation de l'éjaculation antérograde. Il obtient 77 à 85% de bons résultats sur la miction et l'éjaculation avec une série de 16 patients. Les résultats à long terme ne sont pas connus.

Notre série nous a permis de noter 97% de bons résultats sur l'éjaculation et 75,36 % pour la miction. Notre délai maximum de surveillance est d'environ 6 ans. Les résultats sur l'éjaculation sont satisfaisants dans l'ensemble tout au long de la période d'étude. La qualité de la miction semble se dégrader avec le temps, (probablement en rapport avec une croissance de la glande prostatique puisque partiellement réséquée). Cette appréciation reste subjective puisque ne disposant pas de l'équipement nécessaire pour le bilan urody-

namique nous avons dû nous contenter de l'appréciation des patients.

Nous concluons que lorsque la chirurgie s'impose, bien que de nombreuses autres techniques soient ou aient été annoncées équivalentes ou supérieures, la résection endoscopique de la prostate reste le traitement de référence de l'hypertrophie prostatique. Aucune évaluation de ces techniques n'a permis de mettre en évidence, jusqu'à maintenant, une supériorité significative quant aux résultats mictionnels<sup>11</sup>.

La résection cunéiforme de la prostate proposée par Hermabessière<sup>3,4</sup> permet la conservation de l'éjaculation antérograde. Elle est particulièrement intéressante chez le sujet jeune mais elle peut l'être également pour le sujet âgé. L'incision cervico-prostatique qui était jusqu'alors le meilleur procédé donne des résultats décevants à 5 ans avec un taux de réintervention de l'ordre de 38,7%<sup>7</sup>. Ce procédé de résection partielle de la prostate hypertrophiée initié par Hermabessière<sup>3,4</sup> donne des résultats initiaux encourageants. L'évaluation des résultats de cette technique nécessite une étude à grande échelle, multicentrique afin de la comparer à l'incision cervico-prostatique (en ce qui concerne la préservation de l'éjaculation) et à la RTUP (classique pour ce qui est de la levée de l'obstacle sous vésical).

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Paulhac P, Desgrandchamps F, Teillac P, Le Duc A. Traitement endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Encycl Méd Chir (Techniques chirurgicales, Urologie)*, 41-273, Paris: Elsevier, 13 p., 1998.
2. Fourcade RO, Lanson Y, Teillac P. Les conséquences sexuelles du traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique bénigne. Etude prospective de l'Association Française d'Urologie. *Andrologie* 1995, 5:196.
3. Hermabessière J. Les désordres de l'éjaculation. *Prog Urol FMC* 2001, 4:33.
4. Hermabessière J, Guy L, Boiteux JP. Ejaculation chez l'homme: Physiologie, conservation chirurgicale de l'éjaculation. *Prog Urol* 1999, 9:305.
5. Hugonnet CL, Böhlen D, Schmid HP. Le profil éjaculatoire: une pression de 5 mètre H<sub>2</sub>O au niveau du col vésical lors de l'éjaculation. *Prog Urol* 2002, 12:1240.
6. Kouyaté D. La dysectasie du col vésical: aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 92 observations colligées à la PISAM. Thèse Médecine Abidjan, No. 2350, 1999.
7. Richard L, Devoldere G, Tourneur G, Hakami F, Dahmani F, Abourachid H. Incision transurétrale de la prostate. Cinq années de recul. A propos de 57 patients. *Prog Urol* 1994, 4:541.
8. Hoepffner JL, Fontaine E, Benfadel S et al. Technique modifiée du sillon cervico-prostatique dans les adénomes dysectasiants du sujet jeune désirant conserver des éjaculations. *Prog Urol* 1994, 4:371.
9. Cukier J. *Chirurgie de la prostate*. Dans: Cukier J, Dubernard JM. *Atlas de Chirurgie Urologique*, Tome II (Organes Génitaux, Urètre), Paris: Editions Masson, pp. 1-65, 1994.
10. Coeurdacier P, Staerman F, Corbel L, Cipolla B, Guille F, Lobel B. Peut-on mieux faire que la chirurgie dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate? Les résultats à 10 ans de la résection endoscopique et de l'adénomectomie sur les troubles mictionnels et la sexualité. *Prog Urol* 1993, 3:1016.
11. Gattegno B. Comment je fais une résection endoscopique de la prostate: technique – critères de qualité. *Prog Urol* 1999, 9:156.

#### ABSTRACT

##### Preservation of Ejaculation during Transurethral Resection of the Prostate

**Objective:** To evaluate the role of partial prostatectomy in the management of bladder outlet obstruction due to benign prostatic hyperplasia (BPH) and to illustrate the indications and results with regard to micturition and preservation of antegrade ejaculation. **Patients and Methods:** Sixty-nine patients with a mean age of 53 years (range: 40 – 85 years) who had undergone partial prostatectomy for BPH were followed up between January 1997 and December 2002. Details on the quality of micturition and ejaculation of each patient were obtained via telephone calls after a period of at least 6 months following surgery. **Results:** As for micturition, good results were reported by 75,36% (52/69) of the patients, while 23,19% (16/69) and 1,45% (1/69) of the patients reported satisfactory and unsatisfactory results, respectively. Antegrade ejaculation could be achieved in 97,1% (67/69) patients. **Conclusion:** We

conclude that partial prostatectomy as suggested by Hermabessière<sup>3</sup> is a technique which allows for the preservation of antegrade ejaculation. It is of special interest in the young patient, but can also be applied in the elder man.

#### Editorial Comment:

La conservation de l'éjaculation au cours du traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate est un problème quotidien car la plus grande partie des patients jeunes réclament la possibilité de conserver une éjaculation antégrade. Par contre, le problème de la stérilité n'apparaît pas comme primordial tout du moins parmi les patients européens.

La quasi totalité des traitements de l'hypertrophie bénigne de la prostate peut entraîner, à des degrés divers, une éjaculation rétrograde :

- Les traitements médicamenteux, à base d'alpha bloquant, peuvent entraîner une relaxation et une ouverture du col vésical, provoquant dans environ 5 à 10 % des cas une éjaculation rétrograde mais qui est naturellement réversible lors de l'arrêt du traitement.
- La thérapie prostatique ne permet pas aussi de garantir l'absence de survenue d'éjaculation rétrograde en particulier lorsque la zone prostatique nécrosée est mal contrôlée lors du traitement, entraînant une destruction du col vésical.
- Naturellement, l'adénomectomie prostatique trans-vésicale, comme la résection endoscopique cervico-prostatique complète classique, entraîne un taux d'éjaculation rétrograde qui avoisine 100 %. Ces techniques opératoires provoquant une béance cervicale vésicale permanente et définitive.

Il a donc été mis au point des techniques opératoires visant à diminuer ce risque d'éjaculation rétrograde: La technique la plus utilisée est l'incision cervico-prostatique qui entraîne dans 80 à 90 % des cas un excellent résultat sur les troubles mictionnels en particulier la dysurie, mais ce résultat peut se dégrader dans le temps car le tissu adénomateux laissé en place continue à s'hypertrophier lentement et redevient irritant et obstructif à moyen terme. L'éjaculation antegrade est conservée dans environ 90% des cas. Le facteur limitant principal de cette technique est le volume prostatique. En effet, les hypertrophies de la prostate dont le poids est supérieur à 30 grammes ou dont la dysectasie cervicale n'est pas prédominante, sont une mauvaise indication de cette technique qui donne alors un résultat mictionnel imparfait.

Deux autres techniques peuvent être utilisées lorsque la simple incision cervico-prostatique risque de donner de mauvais résultats :

- La résection endoscopique isolée d'un lobe médian prostatique lorsque celui-ci est obstructif entraînant des troubles mictionnels. Cette technique est d'une grande simplicité et permet d'obtenir une amélioration significative des troubles mictionnels avec un faible risque d'éjaculation rétrograde. Cette résection limitée expose aux mêmes risques de récurrence que la simple incision cervico-prostatique.
- La résection cunéiforme prostatique telle qu'elle est décrite dans cet article, a comme avantage de pouvoir être réalisée dans quasiment toutes les situations et en particulier chez les patients présentant une hypertrophie prédominant sur les lobes latéraux sans obstruction cervicale importante. Elle peut aussi être utilisée lorsque l'hypertrophie prostatique est volumineuse, supérieure à 30 grammes. Les résultats décrits dans cet article semblent excellents. La résection cunéiforme prostatique expose, comme toutes les autres techniques permettant de préserver l'éjaculation antegrade, au risque de récurrence par l'hypertrophie progressive du tissu adénomateux laissé en place.

Prof. Bernard Gattegno  
Hôpital Tenon, Paris, France

Tirés-à-part:

Dr. Noel Coulibaly, 01 BP 6970, Abidjan 01, Côte d'Ivoire

[ncoulibaly63@yahoo.fr](mailto:ncoulibaly63@yahoo.fr) / [ncoulibaly@voila.fr](mailto:ncoulibaly@voila.fr)