

MORTALITE ET MORBIDITE PRECOCES APRES ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE PAR VOIE TRANSVESICALE

P.A. FALL, S.M. GUEYE, A.K. NDOYE, B. DIAO, O.B.K. THIAM, M.O.C. ABDALLAHI, C. SYLLA, M. BA ET B.A. DIAGNE

Service d'Urologie – Andrologie, Hôpital A. Le Dantec, Dakar, Sénégal

Objectif Evaluer la mortalité et la morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie transvésicale.

Patients et Méthodes Nous avons réalisé une étude descriptive prospective de Mars à Juin 1997. Quatre-vingt quatorze patients ont été inclus. Tous les patients ont fait l'objet d'une évaluation clinique comportant un toucher rectal; ils ont également bénéficié d'une échographie prostatique sus-pubienne. Le bilan pré-opératoire a comporté un dosage de la créatininémie et un bilan complet de l'hémostase. L'adénomectomie prostatique selon la technique de Hrynstchack a été pratiquée chez tous les patients. Le suivi post-opératoire a consisté en un examen clinique quotidien; les patients ont ensuite été revus à 1 mois puis à 3 mois. Les incidents et accidents per-opératoires et post-opératoires ont été notés.

Résultats La moyenne d'âge de nos patients était de 70,5 ans avec des extrêmes de 53 et 93 ans. Le volume moyen de la prostate mesuré à l'échographie était de 95,5 cc avec des extrêmes de 33 et 324 cc. Avant l'intervention, 54% des patients étaient porteurs de sonde. Une cure simultanée de

hernie a été réalisée dans 19% des cas. La durée moyenne de l'intervention était inférieure à une heure dans 63% des cas. Aucun patient n'a été transfusé en per-opératoire. Le délai moyen de port de sonde en post opératoire était de huit jours avec des extrêmes de deux et 17 jours. La morbidité post-opératoire se résumait en un abcès de paroi dans 19% des cas, une fistule vésico-cutanée dans 15% des cas et une orchépididymite aiguë dans 5% des cas. Nous avons également noté une pollakiurie dans 18% des cas, une dysurie dans 8% des cas et une impériosité mictionnelle dans 3,2% des cas. La mortalité a été estimée à 2,14% des cas.

Conclusion Si la mortalité après adénomectomie prostatique est faible, la morbidité reste élevée. Cette dernière, dominée par les complications infectieuses, est due aux larges indications de la chirurgie ouverte dans un environnement opératoire parfois précaire. C'est dire la nécessité de développer la chirurgie par voie endoscopique.

Mots Clés hypertrophie prostatique, adénomectomie

INTRODUCTION

Le formidable développement du traitement endoscopique de l'hypertrophie prostatique a été rendu possible par une meilleure codification des indications et l'utilisation de matériel adapté. Cependant, dans nos régions, la résection endoscopique est peu pratiquée du fait de l'insuffisance du plateau technique mais également, essentiellement, du fait du gros volume des adénomes et de la fréquence des pathologies associées (hernie inguinale, lithiase vésicale, diverticule de vessie). Ainsi, l'adénomectomie prostatique par voie haute reste une intervention très largement pratiquée

en dépit de sa morbidité et de sa mortalité. Le but de notre étude était d'évaluer la morbidité et la mortalité précoces après adénomectomie prostatique par voie haute.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective à partir d'une série consécutive de 94 patients. Durant la période de l'étude (Mars à Juin 1997), nos patients ont bénéficié d'une adénomectomie prostatique par voie transvésicale selon la technique de Hrynstchak. Il s'agissait de patients reçus soit en consultation externe, soit

en urgence dans un tableau de rétention d'urines. La totalité des patients a bénéficié d'un interrogatoire, d'un examen clinique, d'une échographie prostatique sus-pubienne, d'un bilan complet de l'hémostase et de la fonction rénale. Le dosage du taux de PSA, essentiellement pour des raisons de coût, n'a été réalisé que chez 29 patients. Après une consultation pré-anesthésique réalisée le plus souvent en ambulatoire, les patients ont été hospitalisés, la veille de l'intervention. Le suivi post-opératoire a été quotidien jusqu'à la sortie. Les patients ont été revus à un mois puis à trois mois. Les paramètres suivants ont été étudiés: l'âge moyen, la durée moyenne du port de la sonde en pré-opératoire, le volume prostatique apprécié au toucher rectal et estimé à l'échographie, l'expérience du chirurgien, la durée de l'intervention, la durée moyenne d'hospitalisation. Les incidents per-opératoires ainsi que les incidents et accidents post-opératoires immédiats, à un mois et à trois mois ont été relevés.

RESULTATS

La moyenne d'âge de nos patients était de 70 ans avec des extrêmes de 53 et 93 ans. Le volume moyen de la prostate à l'échographie était de 95 cc avec des extrêmes de 33 et 324 cc. Plus d'un patient sur deux était porteur de sonde avant l'intervention. La durée moyenne du port de la sonde était de quatre semaines.

L'intervention a été réalisée par un chirurgien ayant une expérience de plus de 4 ans dans 2/3 des cas. A l'issue de l'intervention, le poids moyen de la pièce opératoire était de 82 grammes avec des extrêmes de 15 et 165 grammes. Une cure simultanée de hernie a été réalisée dans 19 cas ce qui a eu pour conséquences un allongement de la durée de l'intervention; cependant, globalement, cette durée est restée inférieure à une heure dans 63% des cas. La sonde à double courant, placée en début d'intervention, a été laissée en place, en moyenne, pendant huit jours avec des extrêmes de deux et 17 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec également des extrêmes de deux et 17 jours.

Dans 5% des cas, des incidents per-opératoires ont été notés; brèches péritonéales réparées immédiatement et hémorragie n'ayant pas nécessité de transfusion. Les incidents post-opératoires immédiats étaient do-

minés par les abcès de paroi retrouvés dans 19% des cas. Ces abcès de paroi étaient associés à une fistule vésico-cutanée dans 15% des cas. Il existait une orchite-épididymite aiguë dans 5% des cas.

A trois mois, 18% de nos patients présentaient une pollakiurie, 8% avaient une dysurie et 3,2% avaient des pertes d'urines.

Dans l'intervalle de notre étude, deux décès ont été notés. Le premier est survenu deux jours après l'intervention dans un tableau d'occlusion intestinale, le second est survenu à deux mois à domicile et dans des circonstances inconnues. Le taux de mortalité était estimé à 2,14%.

DISCUSSION

Dans nos régions nous avons surtout recours au traitement par voie haute soit parce que nos patients consultant avec des adénomes de gros volume, soit parce que nous ne disposons pas de l'équipement nécessaire à la réalisation d'une résection endoscopique¹.

La moyenne d'âge de nos patients, 70 ans, est superposable à celle de 68,9 ans retrouvée par Fourcade². Notre pratique de l'échographie endorectale et de la biopsie prostatique étant récente, le diagnostic et l'indication opératoire, comme pour Anyanwu¹, ont été posés sur des critères essentiellement cliniques. Les résultats approximatifs de l'échographie sus-pubienne sur le volume prostatique sont à l'origine de la discordance retrouvée entre le volume moyen prostatique estimé avant l'intervention et le volume moyen retrouvé après mesure de la pièce opératoire. L'importance du volume prostatique justifie, en dehors des considérations techniques déjà évoquées, la pratique de la chirurgie ouverte. En effet, Fourcade² révèle que ce type de chirurgie a été réalisé pour des adénomes de poids moyen 66,94 grammes.

La durée moyenne de séjour retrouvée dans notre série est plus faible que celle rapportée par Fourcade². Pour lui, la durée moyenne de séjour était de 12,1 jours en cas de chirurgie par voie haute.

Plus d'un patient sur deux de notre série était porteur de sonde depuis, en moyenne, quatre semaines avant l'intervention. Anyanwu au Nigéria¹ déplore également la longue durée du port de la sonde en préopératoire car, elle

serait pourvoyeuse d'infection urinaire. Cette infection urinaire est également signalée par Borboroglu³ qui, bien qu'étudiant des patients non infectés en pré-opératoire ou dont les urines ont été stérilisées avant l'intervention, retrouve en post-opératoire un taux d'infection urinaire de 2,1%; le germe le plus fréquemment retrouvé étant *Escherichia coli*. Les 19% d'abcès de paroi retrouvés dans notre série pourraient être en rapport avec le port prolongé de la sonde à l'origine d'une infection des urines. Cependant, d'autres facteurs pourraient intervenir tels que le manque d'asepsie lors des pansements ou le manque d'hygiène des patients. 5% de nos patients ont présenté une orchio-épididymite aiguë. Pour Fourcade², cette orchio-épididymite concerne 3,4% des patients revus entre la sortie et le premier mois. L'avènement des antibiotiques a permis de restreindre l'indication de la vasectomie pré-opératoire préventive.

Considérée comme la principale complication immédiate de la chirurgie prostatique à une époque où l'adénomectomie ne comportait aucune hémostasie, l'hémorragie péri-opératoire semble actuellement mieux maîtrisée. Selon Fourcade², elle concernerait 9% des patients, 3% d'entre eux ayant dû bénéficier d'une transfusion sanguine après adénomectomie prostatique par voie haute. Cependant, il s'agissait d'auto-transfusions sanguines; le sang prélevé étant retransfusé même en l'absence d'une indication formelle. Pour Kirolos⁴, la transfusion sanguine doit être réduite et rationalisée. Ainsi, il apparaît que l'indication d'une transfusion sanguine après adénomectomie prostatique par voie haute dépend de nombreux paramètres, très variables selon les équipes. Méarini⁵, dans son étude portant sur plusieurs unités urologiques italiennes, estime ce taux d'hémorragie à 6%. Dans notre série, aucun de nos patients n'a été transfusé.

Une incontinence urinaire a été retrouvée chez 3,2% de nos patients alors que Méarini⁵ ne la retrouve que dans 1% des cas. La définition de cette incontinence est variable suivant les auteurs. S'agit-il de fuites urinaires qui persistent six mois après l'intervention, ou de fuites urinaires qui s'amendent au bout de quelques mois? Ainsi Anyanwu¹ signale un taux d'incontinence de 7% avec normalisation des signes après deux mois. Pour Doll⁶, 38% des patients sont gênés par une incontinence pendant les trois premiers mois, ce chiffre chute à 12% à six et 12 mois. Pour Ishii⁷, il

existerait plus d'incontinences après résection endoscopique qu'après chirurgie ouverte sans qu'il n'y ait d'incidence du poids de la pièce opératoire. Pour lui, chez ces patients incontinents, des pathologies pouvant entraîner des désordres au niveau du système nerveux sont souvent retrouvées. Salinas⁸ corrobore cette constatation en relevant 75% de dysfonctionnements vésicaux chez ses patients incontinents après adénomectomie prostatique. Selon lui, un examen urodynamique, réalisé avant l'intervention, permettrait d'établir un pronostic.

Le taux de mortalité de 2% de notre série est comparable aux taux de mortalité des principales séries européennes. Pour Fourcade², ce taux de mortalité ne dépasse pas 5%. Les raisons de cette mortalité sont à rechercher plus dans le terrain que dans les conséquences directes de l'intervention. D'où l'importance de l'étude de la comorbidité chez ces patients âgés. Pour Sydney⁹, il existe 1,6 fois plus de risque d'enregistrer un décès après résection endoscopique qu'après chirurgie ouverte; ce risque étant maximal dans les cinq années qui suivent l'adénomectomie. Il ne trouve cependant aucune explication à cet état de fait. Concato¹⁰, retrouve également un taux de mortalité plus important après résection qu'après chirurgie par voie haute. Cependant pour lui, cela tient au fait que les patients proposés à la résection endoscopique étaient plus âgés et en moins bon état général que les patients proposés à la chirurgie ouverte.

Cependant, la résection endoscopique permet une réduction de la durée moyenne de séjour laquelle, pour Fourcade², passe à 5,9 jours. Une étude plus récente réalisée par Borboroglu³, note une réduction considérable de la durée moyenne de séjour qui passe à 2,4 jours et même à 1,1 jour pour les résections réalisées entre 1997 et 1998. Pour lui, ce gain a été rendu possible par une meilleure maîtrise technique, à l'utilisation de la vidéo-endoscopie, à la maîtrise de la composition des liquides d'irrigation et aux progrès de l'anesthésie.

Ainsi, tout comme la durée moyenne de séjour, la durée moyenne du port de la sonde placée en début d'intervention a été réduite. Cette durée était de huit jours dans notre série. Dans la série de Borboroglu³ portant sur 320 patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique, la durée moyenne du port de la sonde était 3,2 jours et même de 1,4 jours

pour les deux dernières années. Depuis les années 1970, le développement du traitement endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) a graduellement diminué l'indication de la chirurgie ouverte. Pour Duncan¹¹, en 1989, 94% des patients opérés pour hypertrophie prostatique avaient bénéficié d'une résection endoscopique; alors qu'en 1971, 32% d'entre eux seulement en avaient bénéficié. De même, Sydney⁹ retrouve 94,5% de résection de prostate chez 8219 patients opérés de 1976 à 1987. Cette quasi généralisation de la pratique de la résection endoscopique n'est pas observée dans nos régions où l'utilisation de la voie haute reste prédominante. Ainsi, il apparaît que l'adénomectomie à ciel ouvert reste un excellent moyen de traitement de l'HBP et qu'elle donne des résultats satisfaisants et durables. Les complications précoces que nous avons rencontrées sont surtout infectieuses. Cependant, le développement de la chirurgie endoscopique permet une réduction des complications pariétales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anyanwu SNC. Open prostatectomy in a district mission hospital: results of treatment. *African Journal of Urology* 1999, 5:24-28.
2. Fourcade RO, Landon Y, Teillac P. Les résultats du traitement chirurgical de l'Hypertrophie Bénigne de la Prostate. Rapport du 87ème Congrès de l'Association Française d'Urologie. *Progrès en Urol* 1993, 3:823-906.
3. Borboroglu PG, Kane CJ, Ward JF, Roberts JL, Sands JP. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. *J Urol* 1999, 162:1307-1310.
4. Kirolos MM, Campbell N. Factors influencing blood loss in transurethral resection of the prostate (TURP): auditing TURP. *BJU* 1997, 80:111-115.
5. Mearini E, Marzi M, Mearini L, Zucchi A, Porena M. Open prostatectomy in benign prostatic hyperplasia: 10-year experience in Italy. *Eur Urol* 1998, 34:480-485.
6. Doll H, Black NA, McPherson K, Flood AB, Williams GB, Smith JC. Mortality, morbidity and complications following transurethral resection of the prostate for BPH. *J Urol* 1992, 147:1566-1573.
7. Ishii T, Takamura C, Esa A et al. A study of urinary incontinence after prostatectomy. *Japan J Urol* , 80:1474-1480.
8. Salinas J, Vega A, Tobon F, Silmi A, Tiraboschi R, Uson A. Participacion de la disfuncion vesical en la incontinencia urinaria postprostatectomia. *Archivos Espanoles de Urologia* 1989, 42:679-682.
9. Sydney S, Quesenberry CP Jr, Sadler MC, Cattolica EV, Lydick EG, Guess HA. Reoperation and mortality after surgical treatment of benign prostatic hypertrophy in a large prepaid medical care program. *Medical Care* 1992, 30:117-125.
10. Concato J, Horwitz RI, Feinstein AR, Elmore JG, Schiff SF. Problems of comorbidity in mortality after prostatectomy. *JAMA* 1992, 267:1077-1082.
11. Duncan BM, Garraway WM. Prostatic surgery for benign prostatic hyperplasia: meeting the expanding demand. *Br J Urol* 1993, 72:761-765.

ABSTRACT

Objective: To assess early mortality and morbidity after open prostatectomy for BPH. **Patients and Methods:** We performed a prospective and descriptive study covering the period of March to June 1997. 94 documented cases were studied. Intraoperative evaluation included assessment of serum creatinine and haemostasis. All patients underwent transvesical prostatectomy. Patients were followed up on a daily basis until they were discharged from the hospital; after that they were followed up at one month and three months. **Results:** Mean patient age was 70,5 years (range 53 – 93 years). The mean volume of the prostate as measured by suprapubic ultrasonography was 93,5 cc (range: 32 – 324 cc). A simultaneous repair of inguinal hernia was done in 19% of the cases. Postoperative complication included wound infection (19%), vesico-cutaneous fistula (15%) and acute orchiepididymitis (5%). The overall mortality rate was 2,14%. **Conclusion:** The morbidity rate after open prostatectomy for BPH is still high. The complications are dominated by infection due to the wide-spread indication of open surgery in precarious surgical environments. There is a need for the development of transurethral resection of the prostate.

All correspondence to be sent to:

Dr. S.M. Gueye, B.P. 6039 Dakar-Etoile, Sénégal – email: smgueye@sentoo.sn