

LA RESECTION TRANSURETRALE DE LA PROSTATE A L'HOPITAL SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO: A PROPOS DE 68 CAS

B. ZANGO, T. KAMBOU ET A. SANOU

Service d'Urologie, Centre Hospitalier National Sanou Sourò de Bobo-Dioulasso et Service de Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso

Objectif Analyser la faisabilité et l'innocuité des résections transurétrales des prostates (RTUP) dans notre hôpital.

Patients et Méthodes Une étude rétrospective a été faite couvrant la période du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 2000. Soixante-huit dossiers ont été retenus. L'analyse portait sur les résultats peropératoires et postopératoires immédiats des résections.

Résultats Le succès de la technique était de 88,20%. Il y avait 11,80% de complications

peropératoires. Le taux de conversion était de 11,80%. La durée moyenne de séjour hospitalier postopératoire a été de 6,7 jours. La mortalité opératoire a été de 4,41%.

Conclusion La RTUP reste une technique à faire passer dans la routine car elle constitue un plus dans la gamme de nos prestations chirurgicales en urologie.

Mots Clés prostate, résection endoscopique, Burkina Faso

INTRODUCTION

La résection transurétrale de la prostate est aujourd'hui le traitement standard de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Au Canada sur 8528 prostatectomies, la RTUP a été réalisée dans 92,6% des cas¹. En France sur 80 000 interventions annuelles sur la prostate 64 000 sont des RTUP². C'est une pratique très ancienne car déjà au XVI^{ème} siècle Ambroise Paré faisait des résections endocavitaires aveugles, tandis que les premières vraies résections endoscopiques datent des années 1930³.

Dans notre hôpital cette pratique est récente. Elle date de 1994. C'est cependant le seul hôpital de notre pays où cela est possible jusqu'aujourd'hui en 2001. De janvier 1994 à décembre 2000 cela nous fait une expérience de sept ans et nous avons pour objectif ici d'analyser les résultats de cette pratique au plan de la faisabilité et de l'innocuité de l'acte.

PATIENTS AND METHODES

Pour cette étude rétrospective descriptive nous avons recensé le nombre de prostatectomies réalisées entre le 1^{er} janvier 1994 et la 31 décembre 2000. De ce volume nous

avons dégagé les résections transurétrales de prostate puis retenu les dossiers exploitables. Les dossiers exploitables étaient les dossiers complets. Les données ont été recueillies à partir des dossiers individuels des patients. Tous les malades ont eu un bilan préopératoire comprenant au minimum une échographie vésico-prostatique et rénale, une numération formule sanguine et un bilan d'hémostase. Étaient recueillis d'une part les éléments épidémiocliniques: l'âge, l'année de l'intervention, l'aspect clinique de la tumeur au toucher rectal, et d'autre part le déroulement de l'acte opératoire. Par déroulement de l'acte opératoire on entendait le type d'anesthésie appliquée, la réussite ou non de la technique de résection de la prostate, la conversion de l'acte, les complications peropératoires, la durée de l'acte, la morbidité postopératoire et la mortalité opératoire.

Le matériel disponible permettait une résection avec vision directe sans système de caméra. Il comprenait la source de lumière froide, la source électrique, le système d'aspiration et le système d'irrigation. Le liquide d'irrigation était de l'eau distillée. Les résections se faisaient avec un résecteur Storz charrière 27 muni d'une optique de 30°. Le mode d'anesthésie était soit l'anesthésie locorégionale soit l'anesthésie générale selon les résultats de la

Tableau 1: Répartition des 68 RTUP par Année et par Pathologie

Année	No. de RTUP par Année	Pathologie Prostatique	
		HBP	Cancer de Prostate
1994	7	7	-
1995	12	10	2
1996	7	4	3
1997	14	11	3
1998	3	3	-
1999	10	8	2
2000	15	14	1
Total	68	57	11

RTUP = résection transurétrale de prostate; HBP = hypertrophie bénigne de la prostate

consultation préanesthésique. Dans les suites opératoires immédiates une irrigation continue était assurée avec de l'eau bouillie à laquelle on ajoutait de la polyvidone iodée. Cette irrigation était arrêtée dès que les urines devenaient claires. L'ablation de la sonde se faisait vers le 5^{ème} ou le 6^{ème} jour post-opératoire.

RESULTATS

Résultats Globaux

Sur 998 prostatectomies réalisées durant les sept ans, 81 RTUP ont été réalisées soit 8,11% du volume total. Le reste 91,90% ayant été réalisé par voie transvésicale. Des 81 cas de RTUP, 68 dossiers ont été retrouvés et retenus. Les 13 autres cas de RTUP figuraient dans les registres mais les dossiers individuels étaient introuvables; ces 13 cas ont donc été écartés. Les patients étaient âgés de 49 à 80 ans avec une moyenne d'âge de 65,80 ans. Le tableau 1 indique les pathologies prostatiques concernées par l'étude et la répartition des actes par an. De ce tableau il ressort que 83,82% des résections (57 cas), ont concerné l'hypertrophie bénigne de la prostate et que l'année 1998 a enregistré trois cas de résection prostatique endoscopique contre un minimum de sept cas pour les autres années.

Les Résultats Analytiques

La technique a réussi dans 88,20% des cas. Le taux de conversion a été de 11,80% soit huit cas. Il ya eu également huit complications (11,80% des cas). Le type de complications et les indications de conversion sont indiqués sur le tableau 2. Ce tableau montre que 62,50% des complications ont été des perforations de vessie ou de capsule prostatique. Ce type de complication est survenu dans 7,35% des cas, et elles ont été l'indication essentielle des conversions. Dans deux cas, soit 25% des conversions, l'indication de la conversion était une difficulté d'exécution de la technique: la prostate était volumineuse rendant l'exécution de la résection difficile. Quant aux complications hémorragiques elles sont survenues dans 4,41% des cas. Le mode d'anesthésie dans ces cas d'hémorragie était l'anesthésie loco-régionale.

Nous n'avons pas enregistré de cas de syndrome de résorption de liquide d'irrigation ni de cas d'hémolyse.

La durée moyenne des interventions non compliquées était de 68,70 minutes avec des extrêmes de 30 et 140 minutes. Toutes les interventions sauf trois ont été faites sous rachianesthésie; soit 95,60% des cas. Trois complications postopératoires ont été rencontrées. Il s'agissait dans les trois cas, de ré-

Tableau 2: Répartition des Complications et des Indications de Conversion

	No.	%
Type de complication:		
* Perforation de vessie	3	37,5%
* Perforation de capsule	2	25,0%
* Hémorragie	3	37,5%
Indications de conversion:		
* Complication du geste (perforations)	5	62,5%
* Difficulté d'exécution du geste	2	25,0%
* Défaut de matériel (bris de résecteur)	1	12,5%

tention aiguë d'urines à l'ablation de la sonde urétrovésicale ayant conduit à replacer la sonde urétrovésicale. La durée moyenne de séjour postopératoire était de 6,7 jours avec des extrêmes de 1 et 23 jours et une médiane de six jours chez 34 patients chez qui cette durée était notée.

La mortalité opératoire était de 4,41% soit trois patients. Les cas de décès étaient les suivants: un patient âgé de 70 ans est décédé au cinquième jour postopératoire d'hémorragie; cette hémorragie persistait depuis le temps peropératoire. Un deuxième patient âgé de 65 ans est décédé brutalement au premier jour postopératoire. La cause du décès n'était pas connue. Un troisième patient âgé de 70 ans est décédé au quatrième jour postopératoire après avoir été repris au troisième jour postopératoire pour perforation vésicale; le décès est survenu dans un tableau d'hyperthermie.

DISCUSSION

Faisabilité

La résection transurétrale de la prostate était le plus souvent réalisable avec le matériel dont nous disposions. Cependant le taux de succès de la technique de 88,20% est parfait. Le taux de conversion a été de 11,80%. Elle a concerné essentiellement les cas de perforation. Quant au volume d'actes, une moyenne de 10 actes par an est de loin très insuffisante en comparaison à la moyenne

d'actes à ciel ouvert (131 résections transvésicales par an). Pendant que nous enregistrons 8,11% de RTUP parmi toutes nos résections prostatiques, ailleurs ils en sont à plus de 90%^{1,2}. C'est dire que l'opération type est toujours chez nous la voie transvésicale au lieu d'être la voie transurétrale. Cette situation est liée à des problèmes de maintenance du matériel de travail: rupture de stock d'anses de résection, de liquide de décontamination et de désinfection, de liquide d'irrigation, de câble de lumière froide de bocal pour l'irrigation, de seringue pour l'évacuation des copeaux de résection. Il est lié aussi à l'absence de formation du personnel paramédical à la manipulation de ce matériel conduisant à leur détérioration.

Innocuité

La durée moyenne d'intervention de 68,70 minutes est élevée. Shokeir⁴ a enregistré une durée opératoire moyenne de 39,7 ± 8,8 minutes, Kupeli⁵ 42,7 minutes et Abdalla⁶ 39 minutes. Cette opération n'étant pas encore la routine chez nous, il va de soi que notre durée d'intervention soit encore longue. Par ailleurs il est probable que si nous disposions d'un système de caméra le confort opératoire du chirurgien et la durée opératoire auraient été améliorés.

Les complications peropératoires sont importantes (11,8%) et sont liées à l'inexpérience surtout les cas de perforation de la vessie ou de la capsule prostatique. Abdalla⁶ an enregistré une seule perforation vésicale sur 1180 opérations. Les complications hémorragiques sont selon la littérature associées au poids de la prostate⁷, au poids de tissu prostatique réséqué⁷⁻⁹, à la durée de l'opération^{7,8} et au mode d'anesthésie; l'anesthésie loco-régionale exposant moins aux hémorragies⁹. Nos complications hémorragiques sont survenues avec un taux (4,41%) comparable à celles d'Abdalla⁶ (4,2%). Nous n'avons pas de renseignement sur le poids des tissus que nous avons réséqués. Quant à la durée du temps opératoire, elle est longue (moyenne de 68,70 minutes) et peut expliquer en partie les complications hémorragiques. Nous ne pouvons pas imputer les complications hémorragiques à l'anesthésie puisque dans les trois cas de complications hémorragiques l'anesthésie était loco-régionale.

Les complications postopératoires précoces liées à l'acte lui-même sont réduites. Il y a eu

trois cas de rétention aiguë d'urines (RAU) soit 4,41%. Olapade-Olaopa⁸ a enregistré 6,32% de RAU postopératoires. Nos cas de RAU sont probablement liés à des résections incomplètes et ou à l'irregularité des loges prostatiques.

Le séjour postopératoire de 6,7 jours est à peu près le double de certains: Shokeir⁴ (2,5 ± 1 jours), Schatzl¹⁰ (3,7 ± 1,2 jours). Cependant il n'existait pas de protocole précis concernant la décision de sortie de l'hôpital. Pour une meilleure appréciation de ce facteur (durée de séjour postopératoire) un protocole est indispensable. Il faut noter que cette durée de séjour postopératoire est nettement inférieure au séjour postopératoire des prostatectomies transvésicales réalisées dans le même hôpital. En effet Kambou¹¹ a trouvé un séjour postopératoire moyen de 17 jours pour les adénomectomies transvésicales réalisées entre le 1^{er} janvier 1993 et le 31 décembre 1994. La mortalité opératoire reste élevée (4,41%). Paquin¹² sur 1000 cas a enregistré six décès soit 0,6% de mortalité; Mebust¹³ sur 3885 a enregistré 0,2% de mortalité. Dans notre série, deux des trois décès étaient des cas compliqués. Cependant le décès au cinquième jour par hémorragie aurait pu être évité si une conversion ou une reprise rapide pour hémostase par endoscopie avait été faite.

En conclusion la REP est une technique qui améliore le confort postopératoire du patient et raccourcit le séjour hospitalier par rapport à la chirurgie à ciel ouvert. L'introduction de cette technique nous permet d'offrir un choix thérapeutique aux patients devant être opérés de la prostate. Avec l'expérience nous pensons que les complications peropératoires et par conséquent la mortalité opératoire seront minimisées. Pour l'instant nous ne devons pas hésiter à convertir devant les complications surtout hémorragiques en attendant de conforter notre expérience. Un équipement plus complet en matériel, accompagné d'une formation du personnel paramédical à son entretien permettra de pérenniser cette activité qui constitue un plus pour notre service.

BIBLIOGRAPHIE

1. D'Hoore W, Sicotte C, Tilquin C. L'approche épidémiologique de l'évaluation des soins hospitaliers. Etude de la mortalité et des complications consécutives à la prostatectomie. *Informatique et Santé* 1993, 6:235.
2. Descotes JL, Stéfani B, Payen E, Boillot B, Rambeaud JJ. Alternatives chirurgicales pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Lyon Chir* 1996, 92:261.
3. Mathieu F. Les premières résections endoscopiques. *Rev Prat (Paris)* 1994, 44:235.
4. Shokeir AA, Al-Sisi H, Farag YM, El-Maaboud MA, Saeed M, Mutabagani H. Transurethral prostatectomy: a prospective randomized study of conventional resection and electrovaporization in benign prostatic hyperplasia. *Br J Urol* 1997, 80:570.
5. Kupeli S, Yilmaz E, Soygur T, Budak M. Randomized study of transurethral resection of the prostate and combined transurethral resection and vaporization of the prostate as a therapeutic alternative in men with benign prostatic hyperplasia. *J Endourol* 2001, 15:317.
6. Abdalla M, Davin JL, Granier B, Levallois M. Complications de la résection transurétrale dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. A propos d'une série de 1180 cas - 1976 - 1986. *J Urol (Paris)* 1989, 95:15.
7. El Malik EMA, Ibrahim AIA, Ghaly AM, Bahar YM, Saad MSM. Bleeding factors in transurethral prostatectomy. *African Journal of Urology* 1999, 5:29.
8. Olapade-Olaopa EO, Sololon LZ, Carter CJ, Ahiaku EJ, Chiverton SG. Haematuria and clot retention after transurethral resection of the prostate: a pilot study. *BJU Int* 1999, 83:6.
9. Kirolos MM, Campbell N. Factors influencing blood loss in transurethral resection of the prostate (TURP): auditing TURP. *Br J Urol* 1997, 80:111.
10. Schatzl G, Madersbacher S, Lang T, Marberger M. The early postoperative morbidity of transurethral resection of the prostate and of four minimally invasive treatment alternatives. *J Urol* 1997, 158:105.
11. Kambou T, Hien S, Bonkougou B, Ouattara T, Alame Y, Sanou A. Mortalité et morbidité postopératoires de l'hypertrophie bénigne de la prostate au Centre Hospitalier National Sanou Sourô de Bobo-Dioulasso. *Sci et Tech* 1994/1995, 21:37.
12. Paquin JM, Perreault JP, Faucher R, Mauffette F, Valiquette L, Lapointe S. Complications immédiates de la résection transurétrale de prostate. Etude sur 1000 cas consécutifs. *Can J Surg* 1988, 31:438.
13. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett AT, Peter PC. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients. *J Urol* 1989, 141:243.

Editorial Comment:

This is indeed an interesting manuscript pertaining to the initiation of the technique of TURP in sub-Saharan Africa. It is a very honest report of the technique and its results. The authors are to be commended respect for the quality of their clinical research.

L. Boccon-Gibod
Clinique Urologique de l'Hôpital Bichat, Paris

ABSTRACT

Objective To analyze the feasibility and safety of TURP at our hospital. **Patients and Methods** A retrospective study was done on all TURP procedures carried out at our hospital between 01/01/1994 and 31/12/2000. Sixty-eight cases were included and the pre- and postoperative results were analyzed. **Results** TURP was successful in 88,20% of our cases. The intraoperative complication rate amounted to 11,80%. Conversion rate was 11,80%. Mean hospital stay was 6,7 days and operative mortality was encountered in 4,41%. **Conclusion** TURP should be done routinely, because it is a valuable tool in the practice of urologic surgery. **Keywords** prostate, TURP, Burkina Faso

All correspondence to be sent to:

Dr. Barnabé Zango
Centre Hospitalier National Sanou Sourô
Bobo-Dioulasso
B.P. 676
Burkina Faso

Phone: ++226-970044
Fax: ++226-972693
Email: zango_barnabe@yahoo.fr