

## ARTICLE ORIGINAL

### LA CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE DU BAS APPAREIL URINAIRE AU C.H.U. IGNACE DEEN A PROPOS DE 550 CAS

S. GUIRASSY

Service d'Urologie, CHU Ignace Deen, Conakry, République de Guinée

#### RESUME

**Objectif:** Analyser la fréquence, l'innocuité, et la morbidité de la chirurgie endoscopique du bas appareil urinaire dans notre service.

**Patients et Méthodes:** C'est une étude rétrospective de six ans (1er Janvier 1996 au 31 Décembre 2001). Cinq cent cinquante dossiers ont été colligés. L'analyse a porté sur les résultats de la chirurgie endoscopique du bas appareil urinaire.

**Résultats:** Sur 550 cas de chirurgie endoscopiques 272 ont été réalisés par résection trans-urétrale (RTU) soit 49,4%, 236 cas (42,9%) par urétrotomie interne endoscopique (UIE), 40 cas (7,3%) par incision cervico-prostatique (ICP) et deux

cas (0,37) par section de valves de l'urètre postérieur (VUP). Les complications des RTU n'ont été trouvées que dans deux cas (0,74%): syndrome de réabsorption dans un cas et perforation capsulaire dans un autre. Il y'a eu 9,32% de complications dans les UIE, dont l'infiltration des bourses était la plus dominante.

**Conclusion:** La chirurgie endoscopique du bas appareil urinaire reste une technique à maîtriser dans notre pays, car elle constitue un plus dans la gamme des prestations en urologie.

**Mots Clés:** chirurgie, endoscopie, résection transurétrale (RTU), urétrotomie interne endoscopique (UIE), fréquence, morbidité.

#### INTRODUCTION

L'endoscopie est une exploration visuelle qui permet d'examiner une cavité et éventuellement d'y effectuer des gestes thérapeutiques.

L'endoscopie au XIXème siècle a ouvert l'accès aux thérapeutiques uretroprostatiques et cervico-vésicales. Le perfectionnement des appareils s'est développé: le levier d'albaran a permis la réalisation du cathétérisme de l'urètre, point de départ de la chirurgie endoscopique du haut appareil urinaire. Ces progrès ont permis le développement de la spécialité urologique<sup>1</sup>.

Dans notre pays cette technique thérapeutique a vu le jour en 1987 avec l'équipe du Professeur Jean de Leval de l'Université d'Etat de Liège-Belgique.

Nous faisons le point de notre expérience en analysant 550 dossiers de chirurgie endoscopique réalisée de 1996 à 2001, avec pour objectif l'évaluation de la fréquence de cette technique, et la morbidité précoce qu'elle engendre.

#### PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, portant sur 550 patients traités par voie

endoscopique dans le service d'Urologie du C.H.U Ignace Deen du 1er janvier 1996 au 31 Décembre 2001.

Les supports de cette étude ont été les suivants: une fiche d'enquête, les registres d'hospitalisations et de comptes rendus opératoires et les dossiers individuels des malades.

L'anesthésie a été loco régionale (rachianesthésie ou péridurale) ou générale.

Le matériel utilisé est un résecteur Storz Ch 27 simple courant – passif avec un optique 30°.

L'eau utilisée est une eau minérale «coyah» dont la composition est la suivante: cations= calcium 26.5 mg, magnésium 1.2 mg, sodium 7.1 mg, potassium 0.8 mg. Anions= bicarbonate= 98.5 mg, chlorures= 5 mg, sulfates= 7.5 mg, nitrates= 1 mg fluor= 0.3 mg .

La mise au point préalable avant acte endoscopique a consisté en un examen cytbactériologique des urines (ECBU) et utilisation des antibiotiques, une échographie réno-vésico-prostatique, dans certains cas une urographie intraveineuse (UIV), une urétrocystographie rétrograde (UCR) ou une cysto-urétrographie mictionnelle (CUM).

Une antibioprofylaxie a été toujours réalisée. Les cas où l'ECBU était positive, une antibiothérapie suivant l'antibiogramme était mise en route.

## RESULTATS

Sur 550 cas de chirurgie endoscopiques 272 ont été réalisés par résection transurétrale (RTU) soit 49,4%, 236 cas (42,9%) par urétrotomie interne endoscopique (UIE), 40 cas par incision cervico-prostatique (ICP) et deux cas par section de valves de l'urètre postérieur (VUP) (tableau n° 1). Nous n'avons pas eu de cas de reconversion de la méthode.

Le tableau n° 2 indique les indications des RTU par pathologie et par année, avec 103 cas (37,9%) de cancer de la prostate et 163 cas (59,9%) d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

Les complications des RTU ont été trouvées dans deux cas (0,74%) sous forme de syndrome de réabsorption dans un cas et perforation capsulaire dans l'autre.

Nous avons enregistré avec des variations en dents de scie de 1996 à 2001, 236 cas d'UIE (tableau n° 3).

La durée moyenne de séjour a varié selon les pathologies traitées avec une moyenne de 7,2 jours. La plus longue hospitalisation était nécessaire dans les cas de RTU des cancers de la prostate avec une moyenne de 8,4 jours (tableau n° 4).

Parmi les complications immédiates après l'UIE on a trouvé 22 cas (9,32%) de complications opératoires, dont l'infiltration des bourses reste la plus dominante.

La conduite à tenir a été l'arrêt de la procédure, une cysto à minima anti-inflammatoire en plus de l'antibiothérapie en cours. Une UCR et une CUM seront réalisées au contrôle après 3 semaines.

Il n'y avait pas de mortalité liée à l'acte opératoire au cours de notre étude

## DISCUSSION

Le développement de la chirurgie endoscopique permet une réduction des complications pariétales. Il ressort de notre série, que sur 550 cas de traitements endoscopiques en six ans, 272 ont été réalisés par RTU soit une fréquence de 49,4%.

Nous n'avons réalisé que 2 cas (0,4%) de section endoscopique de valves de l'urètre postérieur avec des suites simples.

**Tableau 1:** Répartition des méthodes du traitement endoscopique

Méthodes	Nombre	Pourcentage
Résection transurétrale (RTU)	272	49,4%
Urétrotomie interne endoscopique (UIE)	236	42,9%
Incision cervico-prostatique (ICP)	40	7,3%
Section de valves de l'urètre postérieur (VUP)	2	0,4%
<b>Total</b>	<b>550</b>	<b>100%</b>

**Tableau 2:** Indications des RTU par pathologie et par année

Année	Tumeur Vésicale	Pathologie		Total
		T. Prostatique HBP*	Cancer	
1996	--	36	19	55
1997	2	22	21	45
1998	3	25	25	53
1999	1	28	14	43
2000	--	35	12	47
2001	--	17	12	29
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>163</b>	<b>103</b>	<b>272</b>

\* HBP = hypertrophie bénigne de prostate

**Tableau 3:** Répartition des cas d'UIE par année

Année	Nombre	Pourcentage
1996	39	16,50
1997	46	19,50
1998	40	17,00
1999	37	15,70
2000	35	14,80
2001	39	16,50
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100,00</b>

**Tableau 4:** Répartition de la durée moyenne de séjour par méthode

Méthode	Durée
RTU – hypertrophie bénigne de prostate	7,20
RTU – cancers de la prostate	8,40
RTU – tumeurs de la vessie	6,00
Incision cervico-prostatique	6,40
Section de valves de l'urètre postérieur	8,00
UIE	5,00

\* RTU = résection transurétrale

A notre service, entre le 1<sup>er</sup> Janvier 1996 et le 31 Décembre 2001, 1437 interventions ont été réalisées sur la prostate, dont 272 ont été des RTU – soit 18,9%. Il en découle que la pratique de la résection endoscopique de prostate n'est pas encore systématique, car la chirurgie ouverte reste encore prédominante avec 81,1% des cas.

Sur le plan endoscopique la résection transurétrale de la prostate est la plus fréquente avec 49,4% pendant que la résection des tumeurs de vessie ne représente que 2,2%.

Les complications des RTU dans notre série ont été un cas de syndrome de réabsorption et un cas de perforation capsulaire, tandis que Zango et coll.<sup>2</sup> indiquent que 62,5% des complications ont été des perforations de vessie ou de capsule prostatique. Quant aux complications hémorragiques, elles sont survenues dans 4,41% des cas dans notre étude, pendant que Zango et coll.<sup>2</sup> n'ont pas enregistré de syndrome de réabsorption, ni d'hémolyse.

Dans notre série 22 cas de complication soit 9,32% ont concerné l'UIE et l'année 1997 a enregistré le taux le plus élevé des complications (7 cas soit 15,2%). Notre taux est inférieur à celui trouvé par Giannakopoulos et Kammenos<sup>3</sup> (21 cas soit 30%).

Pour Fall et coll.<sup>4</sup> la résection endoscopique permet une réduction de la durée moyenne de séjour, laquelle passe pour Mangin et coll.<sup>1</sup> à 5,9 jours pendant que la moyenne dans notre série a été de 7,2 jours. Selon Richard et coll.<sup>6</sup> la durée moyenne d'hospitalisation d'une ICP fut de 6,6 jours, contre 6,4 dans notre étude.

Les résections réalisées entre 1997 et 1998 par Borboroglu et coll.<sup>6</sup> révèlent une réduction considérable de la durée moyenne de séjour (2,4 voire même 1,1 jours) ; pour lui ce gain a été rendu possible par une meilleure maîtrise de la technique, l'utilisation de la vidéo endoscopie, une meilleure composition du liquide d'irrigation, et aux progrès de l'anesthésie réanimation.

En conclusion, la chirurgie endoscopique a beaucoup progressé ces 30 dernières années du fait des progrès énormes liés à l'antibiothérapie, à l'anesthésie et au perfectionnement sans cesse croissant du matériel optique.

Il n'est pas possible de comparer les résultats des techniques de traitement endoscopique et chirurgical des affections prostatiques dans nos régions, étant donné qu'elles s'adressent à des groupes de malades différents. Avec une bonne anesthésie (rachidienne ou épidurale), des soins post opératoires bien conduits, la résection endoscopique permet de soulager de nombreux patients antérieurement condamnés à la sonde à demeure en raison de la fragilité du terrain.

La pratique de la résection endoscopique n'est pas encore courante dans notre service, où la voie haute reste prédominante.

La faible morbidité, et l'économie des ressources qui en découle nous imposent d'acquérir des compétences en chirurgie endoscopique, dans l'intérêt de nos malades et de nos services.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Mangin P, Beurton D, Cukier J. Résection transurétrale de l'adénome prostatique. [Transurethral resection of the prostate (author's transl)]. J.Urol.(Paris) 1982;88(2):117-123.
2. Zango B, Kambou T, Sanou A. La résection transurétrale de la prostate à l'hôpital Sanou Souro de Bobo Dioulasso: A propos de 68 cas. Afr.J.Urol. 2002;8(1):1-5.
3. Giannakopoulos X, Kammenos A. Le traitement des sténoses de l'urètre masculin par urétrotomie interne. [Treatment of strictures of the male urethra by internal urethrotomy]. J.Urol.(Paris) 1992;98(4):203-205.
4. Fall PA, Gueye SM, Ndoeye AK, Diao B, Thiam OBK, Abdallahi MOC, et al. Mortalité et morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie transvésicale. Afr.J.Urol. 2002;8(1):20-23.
5. 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. [Transurethral incision of the prostate. 5 years of follow-up. A propos of 57 patients]. Prog. Urol. 1994 Aug-Sep;4(4):541-546.

6. Borboroglu PG, Kane CJ, Ward JF, Roberts JL, Sands JP. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. J.Urol. 1999 Oct;162(4):1307-1310.

## ABSTRACT

### Endoscopic Surgery of the Lower Urinary Tract at the Ignace Deen University Hospital. Report on 550 Cases.

**Objective:** This study was carried out to analyze the frequency, feasibility and morbidity of endoscopic surgery of the lower urinary tract in our department

**Patients and Methods:** In a retrospective study covering a period of six years (January 1, 1996 to December 31, 2001), 550 patient files were analyzed with respect to the results of endoscopic surgery of the lower urinary tract.

**Results:** Out of 550 endoscopic interventions, transurethral resection was performed in 272 (49.4%), endoscopic internal urethrotomy in 236 (42.9%), bladder neck incision in 40

(7.3%) and ablation of posterior urethral valves in 2 (0.37%) patients. Complications of transurethral resection were found in two patients only (0.74%) in the form of reabsorption syndrome in one and capsular perforation in the other. The complication rate of endoscopic internal urethrotomy was 9.32%, most commonly extravasation of irrigation fluid into the scrotum.

**Conclusion:** Endoscopic surgery of the lower urinary tract is a technique yet to be mastered in our country as it is a valuable and important addition to the armamentarium of the urologist.

#### Tirés-à-part:

Dr. Guirassy Sékou

B.P. 4620

Conakry

République de Guinée

guirassys@yahoo.fr