

Complications post-opératoires de l'adénomectomie prostatique transvésicale dans un service de chirurgie générale au Bénin

A propos de 124 cas

R. TORE SANNI¹, E. MENSAH², P.P. HOUNNASSO¹, J. AVAKOUDJO¹, A. ALLODE², I.D.M. YEVI¹, G. NATCHAGANDÉ¹, M.M. AGOUNKPÉ¹, A. VODOUNOU¹, R. HODONOU¹

Résumé

But : Peu d'études se sont intéressées à l'adénomectomie prostatique transvésicale au Bénin. Le but de ce travail était de rapporter sa morbidité post-opératoire dans un service de chirurgie générale.

Patients et méthode d'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier départemental du Borgou. Au total, 124 patients étaient retenus. L'analyse des données était faible avec Epi info version 3.5.4.

Résultats : L'adénomectomie prostatique par voie transvésicale représente 1,1% de l'activité opératoire du service. La moyenne d'âge des patients était de 68,4 ans. La rétention d'urines (44 cas), la pollakiurie et la dysurie (31 cas) étaient les principaux motifs de consultation. Le volume prostatique échographique moyen était de 137,6 ml. Le taux de PSA total était normal chez 87,5% avec une valeur moyenne de 3,7 ng/ml. La principale indication opératoire était la présence de complications (69,3%). La rachianesthésie (59%) était le type d'anesthésie le plus pratiqué suivi de l'anesthésie générale (41%). La durée moyenne de l'irrigation était de 2,5 jours. La durée moyenne du port de sonde vésicale était de 9 jours. Le séjour hospitalier moyen était de 14,6 jours. La morbidité post-opératoire était de 36,3%. Les complications étaient locales (17 cas), loco-régionales (6 cas) et générales (22 cas). La transfusion sanguine était réalisée chez 13,7% des patients. Le taux de mortalité post-opératoire était de 2,4%.

Conclusion : L'adénomectomie prostatique transvésicale reste la seule méthode opératoire de l'hypertrophie bénigne de la prostate. La morbidité et la mortalité post-opératoires sont relativement faibles.

Abstract

Postoperative complications of the suprapubic prostatectomy in a service of general surgery in Benin. About 124 cases

Purpose: Few studies have focused in the suprapubic prostatectomy in Benin. The purpose of this study was to report the post-operative morbidity in a general surgery service.

Patients and methods: This was a retrospective descriptive study in the Department of general surgery of Borgou regional hospital center. In total, 124 patients were included. Data analysis was low with Epi Info 3.5.4.

Results: Transvesical prostatectomy represents 1,1% of the operative activity of the service. The ave-

1. Clinique universitaire d'urologie-andrologie, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU / HKM), Cotonou, Bénin.
2. Sce chirurgie générale, centre hospitalier départemental du Borgou, Parakou, Bénin

Mots-clés :
Adénome,
Chirurgie,
Complications,
Prostate

Keywords:
Adenoma,
Complications,
Prostate,
Surgery

rage age of patients was 68.4 years. Retention of urine (44 cases), urinary frequency and dysuria (31 cases) were the main reasons for consultation. The average ultrasound prostate volume was 137.6 ml. The total PSA rate was normal in 87.5% with a mean value of 3.7 ng/ml. The main operative indication was the presence of complications (69.3%). Spinal anesthesia was the most practiced anesthesia in 59% of the cases followed by general anesthesia in 41%. The average duration of irrigation was 2.5 days. The mean duration of bladder port was 9 days. The average hospital stay was 14.6 days. Post-operative morbidity was 36.3%. Complications were local (17 cases), loco-regional (6 cases) and general (22 cases). Blood transfusion was performed in 13.7% of patients. The post-operative mortality rate was 2.4%.

Conclusion: The suprapubic prostatectomy remains the only operating method of benign prostatic hyperplasia. Postoperative morbidity and mortality are relatively low.

Introduction

L'avènement des nouvelles méthodes endoscopiques en particulier de la Résection Transurétrale de la Prostate (RTUP) a révolutionné le traitement chirurgical de l'Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP).

En France comme aux Etats-Unis, la RTUP est devenue la 2ème intervention chirurgicale la plus pratiquée après celle de la cataracte [1, 2]. En dépit de ses résultats probants, elle demeure un luxe dans les pays en développement à plateau technique limité où la chirurgie ouverte garde toute sa place et reste de pratique courante [3]. A l'instar des autres pays d'Afrique Noire subsaharienne, le Bénin dispose d'un faible nombre de chirurgiens urologues à l'échelle nationale en particulier dans sa partie septentrionale où la plupart des patients présentant des pathologies uro-génitales continuent d'être pris en charge par des chirurgiens généralistes. Les auteurs rapportent les résultats d'un travail ayant porté sur les complications post-opératoires de l'adénomectomie prostatique transvésicale dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier départemental du Borgou (CHD-B).

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier départemental

du Borgou (CHD-B) entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2009. La population d'étude concerne tous les cas d'hypertrophie bénigne de la prostate admis dans le service dans la même période.

Etaient exclus, les dossiers médicaux jugés inexploitable, les patients n'ayant bénéficié que d'un traitement médical ainsi que ceux qui étaient perdus de vue avant 6 mois.

Les sources de données étaient le registre d'hospitalisation, les dossiers médicaux et le cahier de compte-rendu opératoire.

Au total, 124 patients opérés d'une adénomectomie prostatique par voie transvésicale avaient été retenus. Les interventions chirurgicales étaient réalisées par quatre chirurgiens généralistes. L'incision cutanée était médiane sous-ombilicale ou transversale de type Pfannenstiel. L'hémostase du col vésical était réalisée par des points en X à 5h et 7h avec surjet sur la lèvre postérieure. Une sonde vésicale à 3 voies Ch 22 ou 24 était laissée en place, le ballonnet de la sonde étant gonflé dans la loge prostatique. La cystorraphie était faite par un surjet simple ou un double surjet aller-retour.

La mise en place d'un drain dans l'espace de Retzius n'était pas systématique. L'irrigation était maintenue jusqu'à l'éclaircissement des urines. Le recul moyen était de 12 mois.

Les variables étudiées étaient : la fréquence de réalisation de l'acte opératoire, l'âge du patient, les motifs de consultation, le volume prostatique moyen, le taux moyen de PSA total, l'indication opératoire, le type d'anesthésie, la transfusion sanguine, la durée de l'irrigation vésicale, la durée du port de sonde, la durée d'hospitalisation, la morbidité et la mortalité post-opératoires. Ces variables ont été traitées avec Epi info version 3.5.4.

Résultats

Fréquence

Sur 11.520 patients opérés dans le service au cours de la période d'étude, 124 ont bénéficié d'une adénomectomie prostatique transvésicale, soit 1,1% des activités opératoires du service.

Age

L'âge moyen des patients était de 68,4 ans (extrêmes 48-88 ans).

Motifs de consultation

Les principaux motifs de consultation étaient la rétention d'urines (44 cas), la pollakiurie (35 cas) et la dysurie (31 cas).

Volume prostatique échographique

Le volume prostatique moyen à l'échographie était de 137,6 ml avec des extrêmes de 30 ml et 355 ml.

PSA total

Le taux moyen de PSA total était de 3,7 ng/ml (extrêmes : 0,5 ng/ml et 8,3 ng/ml). La valeur était normale soit inférieure à 4 ng/ml chez 87,5% des patients.

Indications opératoires

Les indications opératoires se présentent comme suit :

- Incapacité financière à honorer le traitement médical : 10 cas (8,1%),
- Echech du traitement médical : 28 cas (22,6%),
- HBP compliquée : 86 cas (69,3%).

Type d'anesthésie

La rachianesthésie (59%) était le type d'anesthésie le plus pratiqué suivi de l'anesthésie générale (41%).

Transfusion sanguine

Dix-sept patients soit 13,7% avaient bénéficié d'une transfusion sanguine per ou post-opératoire. La quantité de sang administré varie d'une poche à quatre (4) poches.

Durée de l'irrigation vésicale

La durée moyenne de l'irrigation était de 2,5 jours (extrêmes : 1 jour et 8 jours).

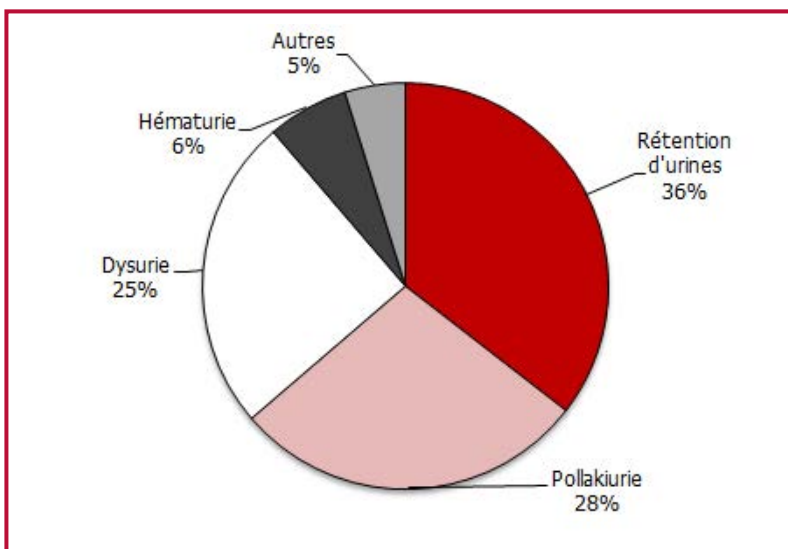
Durée du port de la sonde vésicale

La durée moyenne du port de la sonde vésicale était de 9 jours avec des extrêmes de 8 jours et de 22 jours (figure 3).

Durée du séjour hospitalier

La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,6 jours avec des extrêmes de 4 jours et de 51 jours. 67,8% des patients avaient une durée de séjour de 15 jours.

Figure 1 : Répartition selon les principaux motifs de consultation des patients



• Complications... •

Figure 2 :
Répartition
selon la durée
d'irrigation vésicale

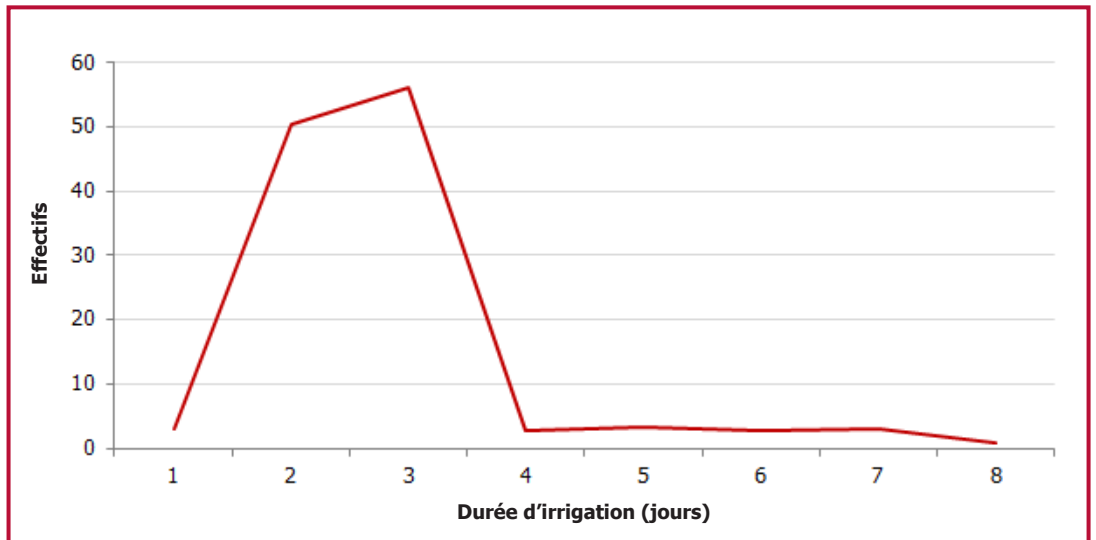


Figure 3 :
Répartition selon
la durée de port de
sonde vésicale

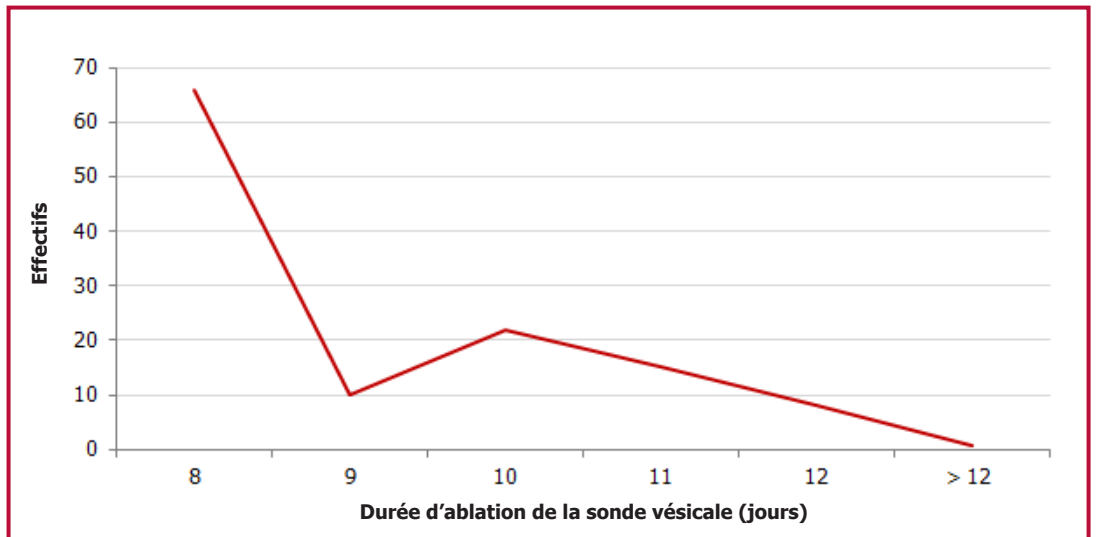


Figure 4 :
Répartition selon
la durée de séjour
hospitalier des patients

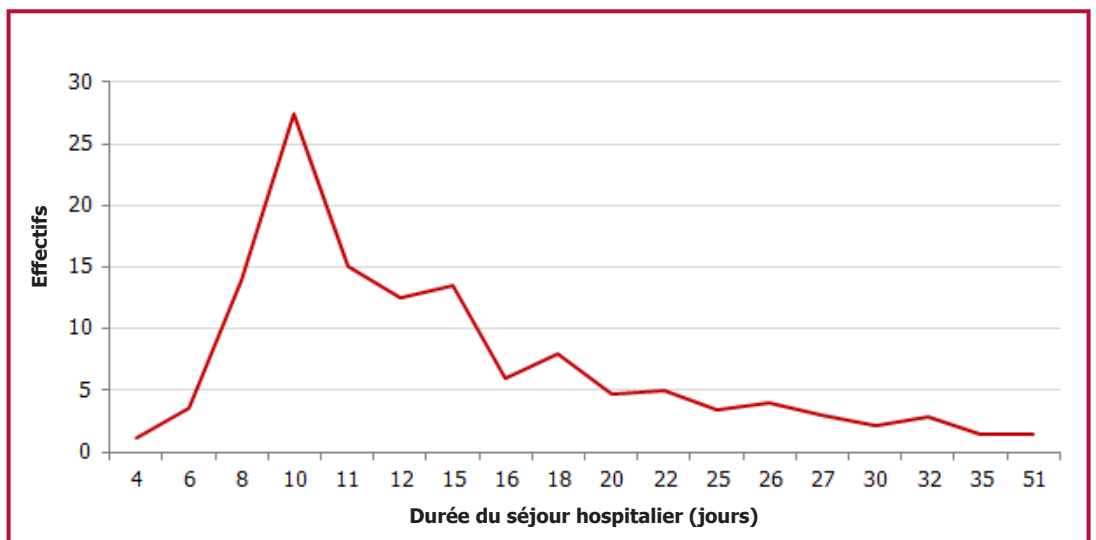


Tableau I :
Répartition
selon les
complications
post-
opératoires

Complications post-opératoires	Effectif	%
Locales (n = 17)		
Suppurations pariétales	10	8,1
Fistules vésico-cutanées	7	5,6
Loco-régionales (n = 6 cas)		
Infections urinaires	5	4
Uropéritoine	1	0,8
Générales (n = 22)		
Hémorragies avec ou sans caillottage	22	17,7

Morbidité post-opératoire

La morbidité post-opératoire était de 36,3% (45 cas).

Mortalité post-opératoire

Trois décès étaient déplorés soit une mortalité post-opératoire de 2,4% ; les causes des décès étaient l'anémie (1 cas), l'insuffisance rénale (1 cas) et un problème anesthésique (1 cas). Il s'agit d'un cas de bronchospasme pendant l'intubation oro-trachéale (durée non-précisée) et qui a présenté une encéphalopathie anoxique dans les suites opératoires.

Discussion

L'adénomectomie prostatique transvésicale reste un moyen thérapeutique largement utilisé dans la prise en charge chirurgicale de l'HBP en Afrique Noire [3]. Elle était utilisée chez tous les patients de notre série contre 75,3% dans celle de KANE [3] à Dakar, 81,1% dans l'étude de GUIRASSY [4] à Conakry et 90% dans celle de KAMBOU [5] à Bobo-Dioulasso. Ce constat s'explique par le manque de matériels endoscopiques dans notre service et même au plan national. A ce jour, peu de services d'urologie des hôpitaux publics au Bénin réalisent la résection trans-urétrale de la prostate.

Dans cette étude, la rachianesthésie était le type d'anesthésie le plus utilisé. Ceci est lié aux

avantages qu'offre l'anesthésie loco-régionale par rapport à l'anesthésie générale dans la pratique de la chirurgie du petit bassin : réduction des pertes sanguines, bon contrôle de la douleur post-opératoire, reprise rapide du transit intestinal [6].

La durée moyenne de l'irrigation vésicale était de 2,5 jours. Notre résultat est proche des 2 jours rapportés par HILL et al. [7] mais en deçà des 5,4 jours mentionnés en Italie par TUBARO et al. [8]. Par ailleurs, cette durée d'irrigation serait de 3 jours après adénomectomie prostatique rétropubienne et de 4 jours en ce qui concerne la voie laparoscopique [9, 10].

Comme toute chirurgie, l'adénomectomie prostatique transvésicale peut être émaillée de complications à court, moyen et long terme. Dans cette étude, les hémorragies (17,7%) occupent la première place au rang des complications post-opératoires rencontrées avec un taux de transfusion sanguine de 13,7%.

En effet, la transfusion sanguine est un geste qui doit être réalisé de façon rationnelle après toute chirurgie prostatique [11]. Ce taux était de 3% dans la série de FOURCADE et al. [12]. En revanche, dans l'étude de NDEMANGA KAMOUNE et al. [13], tous les patients opérés avaient été systématiquement transfusés. Cela souligne l'intérêt d'une hémostase minutieuse de la loge prostatique.

Les complications infectieuses (urétrites sur sonde urinaire, suppurations pariétales) étaient présentes chez 12,1% des patients opérés. Ce résultat est largement au-delà des 4,7% signalés au Kenya par HILL et al. [7].

Dans notre contexte, plusieurs facteurs sous-tendent ce constat. Primo, même en l'absence d'un flux laminaire, la tenue correcte et les entrées-sorties du bloc opératoire doivent être réglementées. Secundo, le service étant un service de chirurgie générale, il n'était pas rare de voir des patients opérés d'une chirurgie prostatique, partager la même salle d'hospita-

lisation que certains malades porteurs de pathologies à haut risque infectieux telles les gangrènes de membres, les pieds diabétiques, les fasciites nécrosantes, les ostéomyélites chroniques etc.

La fistule vésico-cutanée est une complication rare mais possible après une chirurgie prostatique par voie haute. Son évolution est favorable sous un drainage vésical continu. Dans ce travail, elle était rencontrée chez 5,6% des patients. Ce résultat est inférieur aux 15% notés au Sénégal par GUEYE et al. [14].

Le délai d'ablation de la sonde vésicale après une chirurgie prostatique est fonction de la technique utilisée mais surtout des suites opératoires.

L'ablation du cathéter vésical des patients était faite en moyenne au bout de 9 jours après l'acte opératoire. Ce résultat est supérieur aux 6 jours rapportés par GUEYE et al. [14]. Cette différence est due à la nécessité de prolonger le port de sonde pour cause de fistule vésico-cutanée. Ce délai est plus court après une RTUP, l'ablation du cathéter urétral étant réalisée entre 1,8 jour et 4 jours [3, 15].

Le séjour hospitalier moyen était de 14,6 jours. Ce chiffre est supérieur aux 6 jours rapportés par SERRATTA et al. [16] qui a eu recours à la même technique.

Après RTUP, KANE [3] avait rapporté une durée moyenne de 5 jours alors que CHUNXIAO

[15] avait mentionné 5,3 jours. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette longue durée d'hospitalisation notée dans notre étude. En effet, certains patients indigents avaient séjourné dans le service plusieurs jours après leur exéat en raison de leur incapacité financière à honorer la facture de sortie.

De plus, les patients référés ou venus de très loin étaient hospitalisés, jusqu'à leur admission au bloc opératoire pour l'intervention chirurgicale.

Le taux de mortalité qui était de 2,4% dans notre série est inférieur aux 6,2% rapportés à Cotonou par HODONOU [17] qui avait eu recours à la même technique opératoire. Ce taux est de 2,4% après résection trans-urétrale de la prostate [3].

Conclusion

L'adénomectomie prostatique par voie haute reste la principale méthode opératoire de prise en charge de l'HBP en milieu hospitalier béninois avec une morbidité et une mortalité post-opératoires relativement faibles.

Toutefois, les pouvoirs publics ont l'impératif de doter les hôpitaux en équipements endoscopiques afin de permettre aux praticiens hospitaliers de prendre en charge les patients en tenant compte des recommandations des sociétés savantes internationales.

Références

- MAMOULAKIS C., TROMPETTER M., DE LA ROSETTE J.** Bipolar transurethral resection of the prostate: the golden standard reclaims its leading position. *Curr Opin Urol* 2009; 19 (1) : 26-32.
- REICH O., GRATZKE C., BACHMANN A., SEITZ M., SCHLENKER B., HERMANEK P., LACK N., STIEF G.** Christian for the urology section of the Bavaria group for quality assurance. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multi-center evaluation of 10,654 patients. *J Urol* 2008; 180 : 246-9.
- KANE R., NDIAYE A., OGOUGBEMY M.** Résection transurétrale de prostate. Expérience de l'hôpital principal de Dakar, Sénégal. *Méd Afr Noire* 2013 ; 60 (3) : 110-4.
- GUIRRASSY S.** La chirurgie endoscopique du bas appareil urinaire au CHU Ignace Deen à propos de 550 cas. *Afr J Urol* 2006 ; 12 (2) : 96-100.
- KAMBOU T, OUATTARA B, EKOUE F, TRAORE AC, BONKOUYOU B, OUATTARA T, SANO D.** Traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU Sanou Soro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Résultats à court et moyen terme. A propos de 190 cas. *Med Afr Noire* 2006 ; 53 (11) : 605-12.
- SALONIA A., CRESCENTI A., SUARDI N., et al.** General versus spinal anesthesia in patients undergoing radical retropubic prostatectomy: results of a prospective, randomized study. *Urology* 2004 ; 64 : 95-100.
- HILL AG., NJOROGI P.** Suprapubic transvesical prostatectomy in a rural Kenyan hospital. *East Afr Med J* 2002 ; 79 : 65-7.
- TUBARO A., CARTER S., HIND A., et al.** A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2001 ; 166 : 172-6.

• Complications... •

9. DALL'OGGIO MF, SROUGI M, ANTUNES A., CRIPPA A., CURY J.

An improved technique for controlling bleeding during simple retropubic prostatectomy: a randomized controlled study. *Br J Urol* 2006 ; 98 : 384-7.

10. BAUMERT H., BALLARO A., DUGARDIN F., KAISARY AV. Laparoscopic versus open simple prostatectomy: a comparative study. *J Urol* 2006 ; 175 : 1691-4.

11. KRILLOS M., CAMPBELL N. Factors influencing blood loss in transurethral resection of the prostate (TURP) auditing Turp. *Br J Urol* 1997 ; 80 : 111-5.

12. FOURCADE RO., LAWDON Y., TEILLAC P. Les résultats du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Rapport du 87^e congrès de l'association française d'Urologie. Masson Edit, Paris 1993 ; (3) : 823-906.*

13. NDEMANGA KAMOUNE J., GAUDEUILLE A., DOUI DOUNGBA. Prise en charge des sujets porteurs d'hypertrophie bénigne de la prostate compliquée de RAU (A propos de 65 cas) service d'urologie de l'hôpital

Amitié Bangui. *Le Bénin médical, Cotonou 2002 ; (21) : 37-9.*

14. GUEYE SM., NDOYE AK., DIAO B., THIAM OBK., ABDALLAHI MOC., SYLLA C. et al. Mortalité et morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie transvésicale. *Afr J Urol* 2002 ; 8 : 20-3.

15. CHUNXIAO L., SHAOBO Z., HULIN L. Transurethral enucleation and resection of prostate in patients with benign prostatic hyperplasia by plasma kinetics. *J Urol A.* 2010 ; 184 (6) : 2440-5.

16. SERRATTA V., MORGIA G., FONDACARO L., CURTO G., LO BIANCO A., Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in Southern Europe in the late 1990 : a contemporary series of 1800 interventions. *Urology* 2002 ; 60 : 623-7.

17. HODONOU R., YETCHENOU J-J., AKPO CE., AGUEMON R., PADONOU N. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'adénome de la prostate au CNHU de Cotonou (A propos de 149 cas). *Le Bénin Médical Cotonou 1998 ; 9 : 8-14.*

Retrouvez

« Médecine du Maghreb »

version électronique intégrale sur

www.santemaghreb.com