

Incision transurétrale de la prostate. Cinq années de recul. A propos de 57 patients

Luc RICHARD, Guy DEVOLDERE, Gérard TOURNEUR, Farivar HAKAMI,
Fathy DAHMANI, Henri ABOURACHID

Service d'Urologie, Hôpital Sud, 80054 Amiens

RESUME

57 incisions cervico-prostatiques sont étudiées avec un recul supérieur à 5 ans. Les résultats, publiés après un an étaient très bons. Il devient décevant à 5 ans, avec 38, 7% de réinterventions nécessaires.

Le poids de la prostate semble déterminant. Les indications, il y a 5 ans étaient très larges avec des poids de prostate allant jusqu'à 45 g au toucher rectal. Actuellement ce type d'intervention doit être réservé au sujet jeune voulant conserver une éjaculation antérograde et dont la prostate n'excède pas 20 à 30 g ainsi que les sujets fragiles ne pouvant supporter une résection transurétrale.

Mots clés : Adénome, incision transurétrale.

Progrès en Urologie (1994), 4, 541-546

INTRODUCTION

La résection transurétrale de la prostate est actuellement la méthode de choix dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Néanmoins dans les années 70, l'incision cervico-prostatique connue depuis GUTHRIE [8] en 1834 a été remise au goût du jour, tout d'abord par TURNER- WARWICK [20] puis par ORANDI [16]. Par la suite de nombreux auteurs proposaient cette technique pour les adénomes de petit volume [6, 11, 13, 14, 21].

En 1987 nous rapportions dans une publication notre expérience sur cette technique à propos de 57 observations avec un recul de 1 an [1].

Au fil des années, nous nous sommes aperçus que certains patients présentaient une dégradation de leur symptomatologie mictionnelle, et pour cette raison, il nous paraît intéressant avec ce travail de faire une mise au point.

MATERIEL ET METHODE

Entre juillet 1983 et octobre 1986, 57 patients ont bénéficié d'une incision prostatique. Dans 56 cas, l'indication opératoire fut posée devant la présence d'une hypertrophie prostatique estimée inférieure à 45 g au vu du toucher rectal, de la cystographie et de l'échographie sus-pubienne. Dans un cas l'intervention a été proposée chez un patient dysurique avec résistances urétrales élevées lors de l'instantané mictionnel.

Sur 57 observations, 8 présentaient une rétention avec une capacité vésicale moyenne de 600 cc (groupe 1) et 49 patients avaient une symptomatologie à type de dysurie et ou de pollakiurie (groupe 2). Néanmoins, parmi ces patients du deuxième groupe, un résidu post-mictionnel a été noté dans 19 cas. Enfin, 7 patients avaient un ECBU positif avant l'intervention. On notait la notion d'une éjaculation subjectivement normale dans 20 cas.

L'intervention s'est toujours déroulée sous anesthésie générale ou loco-régionale (l'anesthésie locale n'a jamais été utilisée).

La technique consiste en une ou deux incisions à

Manuscrit reçu le 24 novembre 1993.

Adresse pour correspondance : Dr. G. Devoldère, Service d'Urologie, Hôpital Sud, Avenue René Laënnec, Salouel, 80054 Amiens Cedex 1.

Tableau 1. Résumé des suites opératoires.

	Résultats	Remarques
Durée du sondage	1,5 jour	dont 8 supérieurs à 24 h
Transfusion	1	
A.V.C.	1	
Fièvre	6	dont 2 avec ECBU pré-op. +
Rétention vésicale chronique	4	Reprise des mictions à J15

Tableau 2. Questionnaire envoyé aux malades.

QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous subi une autre intervention sur la prostate? (1)
OUI NON
2. Si oui,
 - Combien de temps après la première?
 - Quel type d'intervention?
3. Si non à l'heure actuelle (vous n'avez donc été opéré qu'une seule fois)
 - Combien de fois urinez-vous la nuit?
 - Combien de fois urinez-vous le jour?
 - Dans la journée, quel est l'intervalle moyen entre deux mictions?
 - Est-il nécessaire de pousser pour uriner? (1)
OUI NON
 - Le jet est-il aussi bon qu'après l'intervention? (1)
OUI NON
 - Perdez-vous les urines? (1)
OUI NON
 - Avez-vous eu une ou des infections urinaires? (1)
OUI NON

(1) Barrer la mention inutile.

l'électrode de Collins à 5 et/ou 7 heures selon l'axe méat urétéral-veru montanum (36 patients ont bénéficié d'une mono-incision et 21 d'une bi-incision prostatique). L'incision débute à 5 mm en avant du méat urétéral et se prolonge jusqu'au pôle supérieur du veru montanum. Elle doit être profonde jusqu'à atteindre la graisse péri-vésicale au

niveau du col et la capsule au niveau de la prostate, mais sans la franchir. Le drainage est assuré par deux cathéters sus-pubiens de cystostomie et par une sonde de Dufour 18 CH simple courant introduite à l'aide d'un mandrin de Freudenberg afin d'éviter le risque de fausse route sous-trigonale.

La durée moyenne de l'intervention fut de 10 mn. La sonde vésicale est retirée à J1. Les cathéters permettent une irrigation et le drainage vésical, ils sont clampés à J3. Une mesure du résidu post-mictionnel est réalisé par les cathéters (le Tableau 1 résume les suites opératoires). En post-opératoire, nous avons revu les malades à 3 mois et à 1 an. Par la suite, certains d'entre eux ont reconsulté spontanément pour aggravation de leur symptomatologie. Récemment, nous avons voulu revoir ces patients en consultation. Pour ceux qui ne pouvaient s'y rendre, un questionnaire était joint à la convocation (Tableau 2).

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients est de 63 ans (extrême de 43 à 90 ans). La durée moyenne d'hospitalisation fut de 6,6 jours (le premier jour étant la veille de l'intervention). Lors du premier contrôle post-opératoire à trois mois, nous avons une disparition de la dysurie clinique dans 93,5% des cas et une amélioration de la pollakiurie dans 91% des cas. Nos critères d'appréciation étaient cliniques et débitométriques lorsque celle-ci était interprétable. Une débitmétrie comparative a pu être réalisée chez 10 patients avec une amélioration significative dans 80% des cas. Un seul patient garde un résidu supérieur à 50ml (150ml pour un résidu de 800 ml avant l'intervention).

A un an, 29 malades avaient été revus en consultation (28 avaient été perdus de vue) et on notait une conservation d'un bon résultat clinique et débitométrique dans 92% des cas (2 patients ont eu une REP complémentaire). A noter qu'une éjaculation antérograde avait été retrouvée chez 17 patients, soit dans 85% des cas [1].

Actuellement, nous avons un recul supérieur à 5 ans pour 31 patients. 5 sont décédés et 21 ont été perdus de vue. Parmi ces 31 patients revus, 12 (38,7%) ont eu une réintervention dans un délai moyen de 31 mois (extrême de 4 mois à 5 ans). Les

Tableau 3. Principaux résultats.

Hospitalisation	57 incisions
Age des patients	63,9 ans
Durée de séjour	6,6 jours
Technique	Mono = 36 Bi = 21
Durée intervention	10 minutes
Suivi supérieur à 5 ans	31 malades
Réinterventions	38,7%
Délai de réintervention	31 mois
Maintien de l'efficacité de l'incision	61,3%
Recul des patients non ré-opérés	6 ans et 4 mois

deux patients réopérés lors de la première année sont inclus dans ces 12.

Onze fois la technique fut une REP. Une adénomectomie ramenant 110 g de tissu prostatique fut réalisée 5 ans après le premier geste. Ces réinterventions ont été justifiées par la survenue chez ces 12 patients de 4 rétentions aiguës d'urines, de 5 aggravations de la dysurie et de la pollakiurie et d'une aggravation de la dysurie seule. Deux malades ont été opérés ailleurs pour une cause inconnue. L'âge moyen des patients réopérés est de 62 ans 3 mois (extrême de 50 ans à 85 ans). En fait, au moment de l'incision cervico-prostatique, ces patients étaient âgés en moyenne de 59 ans et 9 mois. Le poids moyen de tissu prostatique ramené lors de cette deuxième intervention est de 28,3 g (extrême de 2 à 110 g). On note en reprenant les comptes rendus opératoires des réinterventions qu'une seule fois il existait une symphyse des deux berges de l'incision.

Dans le groupe des patients qui n'ont pas été réopérés (19 malades soit 61,3%), le recul moyen est de 6 ans et 4 mois. Douze ont été revus en consultation et 7 ont répondu au questionnaire. L'âge moyen est de 60 ans 5 mois. En fait dans ce groupe, l'amélioration des troubles mictionnels après l'incision de la prostate a réellement persisté chez 16 patients. Deux ont noté une petite détérioration de leur pollakiurie et de leur dysurie (patients de 81 et 77 ans avec respectivement 8 ans et 6 ans de recul) et un se plaint à nouveau d'une

Tableau 4. Deux groupes très comparables en terme de variabilité propre (même type de distribution). Différence des moyennes très significative, malgré le faible effectif.

	Poids de prostate (gr)	
	Groupe A	Groupe B
	25	20
	30	20
	30	20
	30	20
	30	25
	30	25
	30	25
	30	25
	40	25
	40	25
	40	25
	45	25
		26
		30
		30
		45
Moyenne	32,92	25,69
Variance	33,90	36,23
Ecart-type	5,82	6,02
Max.	45	45
Min.	25	20
Effectif	12	19

dysurie (patient de 61 ans avec recul de 5 ans 8 mois).

Les principaux résultats sont rapportés dans le Tableau 3.

Pour tenter de découvrir un éventuel facteur pronostique, nous avons comparé les deux groupes de patients. Dans le groupe des 19 patients gardant un résultat stable, il y avait 3 lobes médians, 5 rétentions pré-opératoires. Par ailleurs le poids moyen de la prostate estimée à l'échographie sus-pubienne est de 26 g avec des extrêmes de 20 à 45 g. Le débit maximum moyen est de 10,9 ml/s. Par contre, parmi les 12 patients réopérés, on note un seul lobe médian, 4 patients en rétention pré-opératoire. Le poids moyen de la prostate est de 33,75 g. Quant au débit maximum moyen il est de 7,3 ml/s. Après avoir comparé les deux groupes de patients par des tests statistiques (test de Student(t) - hypothèse de variances égales), il existe une différence significative à 2 pour mille ($p < 0,002$) en ce qui concerne le poids de la prostate (Tableau 4).

DISCUSSION

L'incision cervico-prostatique est aujourd'hui utilisée par de nombreux auteurs [2, 8, 13]. Les partisans de la technique cherchent à diminuer les complications de la résection endoscopique. En terme de morbidité, mortalité, incontinence post-opératoire et éjaculation rétrograde, l'incision a prouvé sa supériorité par rapport à la résection. De nombreuses publications comparant les deux techniques en témoignent [5, 6, 9, 10]. On estime le risque d'apparition d'une éjaculation rétrograde à environ 20% après incision cervico-prostatique. Pour certains auteurs [4, 15], l'incision uni ou bilatérale influence peu le risque d'éjaculation rétrograde.

Sur le plan mictionnel, cette technique en redonnant au col sa forme d'entonnoir au cours de la miction est efficace sur la dysurie en post-opératoire et à moyen terme. La pollakiurie est aussi améliorée (dans 91% des cas à 3 mois dans notre service) mais la littérature donne peu de chiffres exactes sur cette amélioration [13].

A long terme, on peut se demander si cette technique préservant la quantité de tissu prostatique qui continue de croître avec l'âge du patient reste efficace. EDWARDS [6] sur 312 patients a un pourcentage de réintervention de 1,6% avec un recul allant de 3 mois à 7 ans. KATZ [12] sur 66 observations avec un suivi moyen de 2, 24 ans réintervient dans 7, 6% des cas. L'étude de PEDERSEN [18] a montré que 10,8% des 46 patients ont nécessité un geste complémentaire (incision ou REP) alors que le recul moyen était de 4 ans.

Dans notre série, le taux de reprise chirurgicale est de 38, 7% pour un suivi supérieur à 5 ans. Ce chiffre peut paraître élevé mais tous les patients opérés avaient une hypertrophie bénigne de la prostate estimée au toucher rectal inférieure ou égale à 45 g (aucun malade n'est porteur de sclérose).

Dans la littérature, la plupart des observations portent sur des prostates de plus petit volume. EDWARDS [6], KELLY [15], LE DUC [14], ZERBIB [21] mettent la limite respectivement à 35 g, 30 g, 25 g et 20 g. Pour ORANDI [17], dans une étude comparant l'incision et la résection transurétrale à volume prostatique égal, 76% des patients de sa série ont un adénome inférieur à 20 g et dans 24%

des cas, il est compris entre 20 et 40 g. On note d'ailleurs que 7 de ses 66 mono-incisions ont nécessité une prise en charge complémentaire pour persistance des troubles mictionnels. Dans le même temps, 9 des 66 patients ayant été réréséqués ont développé une sclérose du col ou ont vu réapparaître leurs symptômes dans un délai de 3 ans.

Les résultats de notre série ont d'autre part été analysés en considérant quelques facteurs de risque potentiel comme l'âge, l'uni ou la bilatéralité de l'incision, la présence ou non d'une infection pré-opératoire et enfin l'existence d'un résidu pré-opératoire. Ces facteurs n'ont pas une influence significative sur le résultat à distance de l'incision.

Comme nous l'avions expliqué dans notre précédent article [1], le problème majeur de cette technique est que l'on ne dispose pas de tissu prostatique analysable. Un certain nombre de lésions cancéreuses peuvent de ce fait ne pas être découvertes. Si un stade A1 ne modifie pas la conduite thérapeutique, la présence d'un stade A2 réclame un traitement plus agressif. Pour cette raison, certaines équipes [17] effectuent des biopsies systématiques lors de chaque incision. Pour d'autres [3, 14], la biopsie n'est réalisée qu'en cas de doute.

Cette incision peut être pratiquée sous anesthésie locale par injection prostatique trans-périnéale ou transurétrale de xylocaïne [2, 7]. GAVERSEN [7] rapporte dans une étude récente que 26 de ses 27 patients opérés sous anesthésie locale jugent la tolérance comme bonne ou très bonne. Aucun autre type d'anesthésie n'a été nécessaire. Cet avantage permet d'opérer certains malades très fragiles chez qui l'anesthésie générale, voire même loco-régionale, est contre-indiquée.

L'indication opératoire est portée chez le sujet âgé, en mauvais état général et porteur d'un petit adénome de prostate. L'homme jeune présentant un adénome de faible volume (inférieur à 30, 40 g) voulant encore conserver une éjaculation antérograde, rentre aussi dans ce cadre. Enfin, certains auteurs [3, 17, 21] élargissent les indications aux scléroses ou maladies du col vésical.

Néanmoins, cette technique relativement facile à pratiquer et à enseigner demande la même rigueur d'indication que les autres méthodes de traitement. RICHAUD [19] rapporte que sur 600 malades consultant pour prostatisme sur une période de deux ans, la mono-incision n'a été effectuée que

dans 2, 6% des cas (en comparaison des 25% de résection endoscopique). Pour cet auteur, l'indication reste donc encore rare.

Bien que notre étude montre près de 40% de réinterventions pour réapparition des symptômes, l'incision cervico-prostatique peut dans certaines indications bien précises faire gagner quelques années de confort mictionnel et sexuel tout en évitant au patient une prise quotidienne médicamenteuse.

CONCLUSION

L'incision cervico-prostatique qui pouvait apparaître il y a 5 ans une alternative aussi efficace que la résection transurétrale dans les adénomes de prostate semble décevoir. En effet, 38% des patients ont subi un geste complémentaire devant la réapparition de la dysurie et de la pollakiurie. Le poids de la prostate est déterminant dans l'indication.

Cette technique facile à réaliser et à enseigner garde cependant des indications bien précises. L'adénome doit être inférieur à 20-25 g à l'échographie. Elle sera intéressante chez le sujet jeune voulant garder des éjaculations antérogrades ou chez le sujet âgé ne pouvant supporter une résection. La mono-incision semble également très efficace sur la sclérose du col mais d'autres études s'imposent.

Test de Student (t) - hypothèse de variances égales.

	Groupe A	Groupe B
Moyennes	32.9166667	25.6875
Variances	33.9015152	36.2291667
Observations	12	16
Variance totale	35.244391	
Hypothèse de différence entre les moyennes	0	
dl	26	
t	3.18870858	
P (T<=t) unilatéral	0.00185248	significatif
t limite unilatéral	1.70561634	
P (T<=t) bilatéral	0.00370495	significatif
t limite bilatéral	2.05553079	
Différence significative à 2 pour mille		
p < 0.002		

REFERENCES

1. ABOURACHID H., LOCQUET Ph., LEVAN L., DAHMANI F. L'incision de la prostate. A propos de cinquante sept observations. Ann. Urol., 1987, 21, 205-207.
2. BARON JC. Incision trans-urétrale de la prostate dans le traitement des obstructions cervico-prostatiques. Encycl. Med. Chir., Paris, Techniques chirurgicales, Urologie-Gynécologie, 41273, 6-1983.
3. CORTESSE A., LOTTMANN H., TELLAC P., CARIU G., LEDUC A. L'incision cervicoprostatique unilatérale: traitement endoscopique de l'obstruction cervicoprostatique. Résultats sur 100 malades. Ann. Urol, 1987, 21, 317-320.
4. DELEARE K.R.J., DEBRUYNE M.J., MOONEN W.A. Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients. Br. J. Urol., 1983, 55, 225-227.
5. DORFLINGER T., OSTER M., LARSEN JF, WALTER S., KRARUP T. Transurethral prostatectomy or incision of the prostate in the treatment of prostatism caused by small benign prostates. Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl. 1987, 104, 77-81.
6. EDWARDS L.E., BUCKNALL T.E., PITTAM M.R., RICHARDSON D.R., STANEK J. Transurethral resection of the prostate and bladder neck incision; a review of 700 cases. Br. J. Urol., 1985, 57, 168-171.
7. GRAVERSEN PH., GASSER T.C., LARSEN E.H., DORFLINGER T., BRUSKEWITZ R.C. Transurethral incisions of the prostate under local anesthesia in high risk patients: a pilot study. Scand. J. Urol Nephrol., suppl, 1987, 104, 87-90.
8. GUTHRIE G.J. On the anatomy and disease of the neck of the bladder and the urethra. London, Burgess and Hall Publ., 1934, 192-193.
9. HART R.D. Jr. Transurethral incision of prostate. J. Am. Osteopath. Association, 1982, 82, 267-271. 1982, 82, 267.
10. HEDLUND H. EK. A. Ejaculation and sexual function after endoscopic bladder neck incision. Br. J. Urol., 1984, 57, 164-167.
11. JONAS U. Indication and value of bladder neck incision. Urologia Int., 1979, 34, 260-265.
12. KATZ PG., GREENSTEIN A., RATLIFF J.E., MARKS S., GUICE J. Transurethral incision of the bladder neck and prostate. J. Urol., 1990, 144, 694-696.
13. KELLY M.J., ROSKAMP D., LEACH GE. Transurethral incision of the prostate: a pre-operative and post-operative analysis of symptoms on urodynamic findings. J. Urol., 1989, 142, 1507-1509.
14. LE DUC A. Incision cervico-prostatique unilatérale. Ann. Urol., 1985, 19, 401-402.
15. MOISEY C.V., STEPHENSON T.R., EVANS C. A subjective and urodynamic assessment of unilateral bladder neck incision for bladder neck contractures in male patients. Br.J.Urol., 1982, 54, 114-117.

16. ORANDI A. Transurethral incision of the prostate. J. Urol, 1973, 110, 229-231.
17. ORANDI A. Transurethral incision of prostate compared with transurethral resection of prostate in 132 matching cases. J. Urol., 1987, 138, 810-815.
18. PEDERSEN T., ASMUSSEN C.F., NIELSEN H.V. Prostatotomy long term results. Ugeskr. Laeger., 1990., 152, 1008-1010.
19. RICHAUD C., JEAN P., TAIB E. L'incision cervico-prostatique unilatérale par voie endoscopique. Etude préliminaire sur 16 patients. J. Urol., 1986, 92, 134-136.
20. TURNER-WARWICK R., WHITESIDE C.G., WORTH P.H.L. A urodynamic view of the clinical problems associated with bladder neck dysfunction and its treatment by endoscopic incision and transdysfunction and its treatment by endoscopic incision and trans-trigonal posterior prostatectomy. Br. J. Urol., 1973, 45, 44-49.
21. ZERBIB M., ANTIPHON P., BOCCON-GIBOD L. Traitement de l'obstruction cervico-prostatique par incision endoscopique de prostate. A propos de 16 malades. Ann. Urol., 1986, 20, 345-348.

SUMMARY

Transurethral incision of the prostate.

Fifty-seven bladder neck incisions were studied with a minimum follow-up of 5 years. The results published after one year were very satisfactory, but became more disappointing after 5 years, with a 38.7 reoperation rate. The weight of the prostate appears to be the determining factor. The indications, 5 years ago, were much wider than they are today, with prostate weights of up to 45 g on digital rectal examination. This type of operation should now be reserved for young subjects wishing to retain antegrade ejaculation with a prostate not exceeding 20 to 30 g and in high surgical risk patients unsuitable for transurethral resection.

Key words : Benign prostatic hypertrophy, transurethral incision.
