



Sténose de l'anastomose urétrovésicale après prostatectomie totale

Idir Ouzaid, Laurent Salomon

Service d'urologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, université Paris-XII, 94010 Créteil.

Anastomotic stricture after radical prostatectomy

Résumé

La sténose de l'anastomose urétrovésicale après prostatectomie totale est une complication qui peut altérer la qualité de vie. Dans la majorité des cas, elle est diagnostiquée, lors des troubles de la vidange vésicale, dans l'année qui suit la prostatectomie. Elle a plusieurs facteurs de risque endogènes (liés au patient) et exogènes (liés à l'intervention). Ces derniers peuvent être limités lors de la prostatectomie totale. L'urétrotomie à la lame froide est le traitement de première ligne. Les patients doivent être informés du risque de récurrence, et de la nécessité de recourir à plus d'une intervention pour obtenir un résultat satisfaisant.

Mots clés : Cancer de la prostate, Prostatectomie totale, Sténose urétrale.

Abstract

Anastomotic stricture is a quality of life threatening complication after radical prostatectomy. The diagnosis is usually set because of voiding dysfunction during the first year after the prostatectomy. Various endogenous (related to the patient) and exogenous (related to the procedure) risk factors have been reported. Some of them can be prevented. Cold-knife urethrotomy is the first line treatment. Patients should be informed that recurrence is common and they may need more than one procedure to achieve a satisfying result.

Keywords: Prostate cancer, Radical prostatectomy, Urethral stricture.

Introduction

Un tiers des patients chez lesquels un cancer de la prostate (CaP) est diagnostiqué auront une prostatectomie totale (PT) [1]. La survie globale et spécifique à dix ans varie respectivement de 73,4 à 83,6 % et de 93,7 à 98,2 % [2]. En raison de ce bon pronostic, minimiser les complications au long cours de la chirurgie est capital pour préserver la qualité de vie (QdV) de ces patients. La sténose de l'anastomose urétrovésicale (SAUV) après PT est une complication qui peut altérer la QdV. Son incidence varie de 0,5 à 31 % [3-7]. Elle est associée à une augmentation de l'incontinence urinaire et à de nombreuses interventions chirurgicales [8,9].

L'objectif de cet article est de préciser les circonstances diagnostiques, les facteurs de risque de survenue de la SAUV ainsi que les traitements habituellement proposés.

Diagnostic

Les symptômes de la SAUV sont la conséquence d'une réduction du diamètre de la filière urinaire. Les troubles décrits sont variables : dysurie, pollakiurie, jet faible, urgenturie, sensation de mauvaise vidange vésicale et résidu post-mictionnel. Une rétention aiguë d'urine peut également survenir [10,11]. Giannarini et al. ont rapporté, sur une cohorte de

Correspondance

Idir Ouzaid

Service d'urologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, université Paris-XII, 51, avenue du Maréchal-Delattre-de-Tassigny, 94010 Créteil.
idir.ouzaid@free.fr

© 2011 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

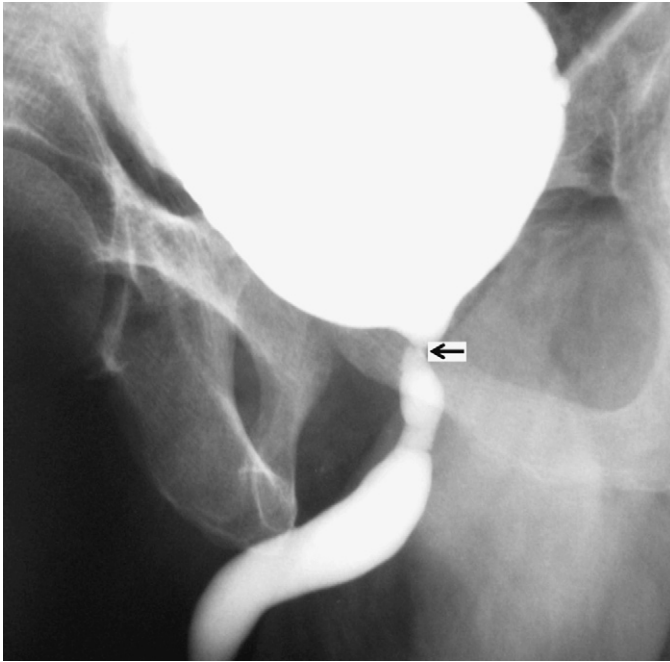


Figure 1 : Cystographie rétrograde montrant une sténose limitée de l'anastomose urétero-vésicale (flèche) chez un homme de 63 ans à 4 mois d'une PT se présentant en consultation pour une dysurie.

648 patients avec un suivi de 69 mois, que 95 % des SAUV sont diagnostiquées dans la première année après la PT avec une médiane à 3,8 mois [12]. La fibroscopie est le moyen le plus simple et le plus rapide de diagnostic. La débitmétrie objective une diminution du débit maximum et une courbe en plateau. La cystographie rétrograde et mictionnel (**figure 1**) met en évidence la sténose, son niveau et son étendue ainsi que l'importance du résidu post-mictionnel [13]. La biopsie de la SAUV n'est pas nécessaire.

Facteurs de risque

Les facteurs de risques identifiés sont : une RTUP antérieure à la PT, une fistule anastomotique, l'obésité et la présence de facteurs de risques cardiovasculaires, des pertes sanguines importantes en peropératoire ainsi que l'hématome péri-anastomotique. La radiothérapie adjuvante est

également clairement identifiée comme facteur de risque [14]. Certaines études rapportent que l'expérience du chirurgien est un facteur protecteur [15]. Aucune voie d'abord chirurgicale n'est supérieure aux autres [16]. L'anastomose selon la technique du surjet continu (type Van Velthoven) semble donner moins de SAUV probablement liée à une meilleure étanchéité [17].

Traitement

Le traitement des SAUV fait l'objet de débats depuis plusieurs années. Plusieurs traitements ont été décrits : urétrotomie à la lame froide ou laser, dilatation à la bougie ou au ballon, résection transurétrale de la SAUV, voire même des dérivations urinaires.

Urétrotomie à lame froide

L'urétrotomie à la lame froide est le traitement de première intention des SAUV

après PT [12]. Une incision à la lame froide à « 12 heures » est suffisante. D'autres incisions complémentaires peuvent être réalisées à « quatre heures » et « huit heures ». Une sonde transurétrale de 20–22Ch est laissée en place quelques jours. La SAUV est située au dessus du sphincter [5]. Celui-ci n'est donc pas réséqué lors de cette intervention. Les deux risques principaux sont : une lésion rectale en cas d'incision postérieure et la lésion du sphincter exposant au risque d'incontinence urinaire [18]. Le taux de succès est variable allant de 62 à 100 % [14]. Les récurrences sont très fréquentes et nécessitent des interventions itératives. Les récurrences apparaissent dans les 24 mois suivant le traitement initial dans la majorité des cas [12]. La plupart des séries n'ont pas rapporté une aggravation de l'incontinence urinaire après l'urétrotomie [14].

Dilatation pneumatique

Cette technique est supérieure aux dilata-tions à la bougie car elle exerce uniquement des forces radiaires contrairement aux

Points essentiels

- Il faut être attentif aux symptômes urinaires après PT qui peuvent révéler une SAUV.
- La majorité des diagnostics sont faits dans l'année qui suit la PT.
- Les pertes sanguines pendant l'intervention, les fuites anastomotiques sont des facteurs de risque que le chirurgien peut limiter pour réduire l'incidence de la SAUV.
- Une SAUV modérée peut être dilatée en consultation. Pour les SAUV infranchissables, l'urétrotomie est le traitement de première ligne.
- L'information du patient sur le risque de récurrence et la nécessité de recourir à plusieurs interventions pour un résultat satisfaisant est capitale pour une bonne prise en charge.



dilatations par les bougies qui exercent des forces parallèles à l'axe de l'urètre exposant ainsi à plus de lésion de la muqueuse et augmentant la probabilité de récurrence [19]. Le patient réalise des autosondages pour entretenir la dilation. Aucune incontinence urinaire d'effort de novo n'était rapportée chez les répondants et les non répondants [11]. Peu morbide, elle peut être répétée sans aucun préjudice sur l'incontinence. Le facteur limitant est la difficulté à obtenir une forme cylindrique à l'expansion du ballon quand la fibrose est importante.

Urétrotomie au laser

Le laser Holmium-YAG offre une alternative thérapeutique en deuxième ligne. L'incision est faite à « trois heures », « neuf heures » ou à « 12 heures » et est poursuivie jusqu'à la graisse périvésicale [3,20]. Le taux de succès peut atteindre 83 % des cas [20]. Le taux d'incontinence urinaire d'effort de novo rapporté est important quand deux ou trois incisions sont faites [20,21]. Il semble plus prudent de procéder à une seule incision dans un premier temps pour limiter l'exposition à une incontinence urinaire.

Autres traitements

Dans les cas extrêmes, un stent transanastomotique peut être mis en place suivi d'un sphincter urinaire artificiel après l'épithéliation du stent. Par ailleurs, des cystectomies suivies de Bricker ont été décrites dans cette indication [22,23]. D'autres ont décrit la résection et la réfection de l'anastomose par voie périnéale [24].

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

[1] Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007;57:43–66.
 [2] Lai S, Lai H, Krongrad A, Roos BA. Overall and disease-specific survival after radical pros-

tatectomy: geographic uniformity. *Urology* 2001;57:504–9.

[3] Dalkin BL. Endoscopic evaluation and treatment of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1996;155:206–8.

[4] Litwin MS, Melmed GY, Nakazon T. Life after radical prostatectomy: a longitudinal study. *J Urol* 2001;166:587–92.

[5] Popken G, Sommerkamp H, Schultze-Seeemann W, Wetterauer U, Katzenwadel A. Anastomotic stricture after radical prostatectomy. Incidence, findings and treatment. *Eur Urol* 1998;33:382–6.

[6] Surya BV, Provet J, Johanson KE, Brown J. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: risk factors and management. *J Urol* 1990;143:755–8.

[7] Tomschi W, Suster G, Holtl W. Bladder neck strictures after radical retropubic prostatectomy: still an unsolved problem. *Br J Urol* 1998;81:823–6.

[8] Park R, Martin S, Goldberg JD, Lepor H. Anastomotic strictures following radical prostatectomy: insights into incidence, effectiveness of intervention, effect on continence, and factors predisposing to occurrence. *Urology* 2001;57:742–6.

[9] Anger JT, Raj GV, Delvecchio FC, Webster GD. Anastomotic contracture and incontinence after radical prostatectomy: a graded approach to management. *J Urol* 2005;173:1143–6.

[10] Besarani D, Amoroso P, Kirby R. Bladder neck contracture after radical retropubic prostatectomy. *BJU Int* 2004;94:1245–7.

[11] Ramchandani P, Banner MP, Berlin JW, Dannenbaum MS, Wein AJ. Vesicourethral anastomotic strictures after radical prostatectomy: efficacy of transurethral balloon dilation. *Radiology* 1994;193:345–9.

[12] Giannarini G, Manassero F, Mogorovich A, Valent F, De Maria M, Pistoletti D, et al. Cold-knife incision of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy with bladder neck preservation: efficacy and impact on urinary continence status. *Eur Urol* 2008;54:647–56.

[13] Berlin JW, Ramchandani P, Banner MP, Pollack HM, Nodine CF, et al. Voiding cystourethrography after radical prostatectomy: normal findings and correlation between contrast extravasation and anastomotic strictures. *AJR Am J Roentgenol* 1994;162:87–91.

[14] Ouzaid I, Lebeau T, Richard F, Chartier-Kastler E, Bitker MO, Thibault F. Sclérose de l'anastomose urétrovésicale après prostatectomie totale pour cancer. *Prog Urol* 2010;20:327–31.

[15] Borboroglu PG, Sands JP, Roberts JL, Amling CL. Risk factors for vesicourethral anastomotic stricture after radical prostatectomy. *Urology* 2000;56(1):96–100.

[16] Ficarra V, Cavalleri S, Novara G, Aragona M, Artibani W. Evidence from robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a systematic review. *Eur Urol* 2007;51:45–55.

[17] Garg T, See WA. Bladder neck contracture after radical retropubic prostatectomy using an intussuscepted vesico-urethral anastomosis: incidence with long-term follow-up. *BJU Int* 2009;104:925–8.

[18] Yurkanin JP, Dalkin BL, Cui H. Evaluation of cold knife urethrotomy for the treatment of anastomotic stricture after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 2001;165:1545–8.

[19] Abele JE. Balloon catheters and transluminal dilatation: technical considerations. *AJR Am J Roentgenol* 1980;135:901–6.

[20] Eltahawy E, Gur U, Virasoro R, Schlossberg SM, Jordan GH. Management of recurrent anastomotic stenosis following radical prostatectomy using holmium laser and steroid injection. *BJU Int* 2008;102:796–8.

[21] Hayashi T, Yoshinaga A, Ohno R, Ishii N, Watanabe T, Yamada T, et al. Successful treatment of recurrent vesicourethral stricture after radical prostatectomy with holmium laser: report of three cases. *Int J Urol* 2005;12:414–6.

[22] Magera Jr. JS, Inman BA, Elliott DS. Outcome analysis of urethral wall stent insertion with artificial urinary sphincter placement for severe recurrent bladder neck contracture following radical prostatectomy. *J Urol* 2009;181:1236–41.

[23] Elliott DS, Boone TB. Combined stent and artificial urinary sphincter for management of severe recurrent bladder neck contracture and stress incontinence after prostatectomy: a long-term evaluation. *J Urol* 2001;165:413–5.

[24] Theodoros C, Katsifotis C, Stournaras P, Moutzouris G, Katsoulis A, Floratos D. Abdomino-perineal repair of recurrent and complex bladder neck-prostatic urethra contractures. *Eur Urol* 2000;38:734–40.

Conclusion

La SAUV après PT est une complication qui peut altérer la QdV du patient par les symptômes engendrés, le caractère récidivant et les interventions qui en résultent. Le patient doit en être informé dès le diagnostic. Une application particulière lors de la confection de l'anastomose, dernier temps d'une intervention souvent longue et parfois laborieuse, permet de réduire son incidence.