

Registre autrichien sur la chirurgie de l'HBP

Référence de la publication de l'étude

Madersbacher S, Lackner J, Brössner C, et al. Prostate Study Group of the Austrian Society of Urology. Reoperation, myocardial infarction and mortality after transurethral and open prostatectomy: a nation-wide, long-term analysis of 23,123 cases. Eur Urol. 2005;47(4):499-504.

Objectif principal

Analyser sur une base de donnée nationale les taux à long terme de ré-opération, d'infarctus du myocarde et de mortalité après résection trans-urétrale de prostate (RTUP) et adénomectomie voie haute (AVH)

Population de l'étude

Population autrichienne traitée soit par RTUP (N=20671) soit par AVH (N=2452) entre 1992 et 1996.

Méthodologie

Décrire la méthode de recueil des données qui est basée sur un registre national

Les incidences cumulées actuarielles de ré-opération endoscopique (RTUP, urérotomie ou incision cervico-prostatique), d'infarctus du myocarde et de mortalité à 1, 5 et 8 ans de suivi post-opératoire.

Principaux résultats

	RTUP (N=20671)	AVH (N=2452)
Age moyen des patients	70,8 ans	71,4ans
Taux de comorbidités	25,2%	21,2%
Taux de ré-intervention endoscopique		
1 an post-opératoire	5,8%	3,8%
5 ans post-opératoires	12,3%	8,5%
8 ans post-opératoires	14,7%	9,5%
Taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde		
1 an post-opératoire	0,7%	0,9%
5 ans post-opératoires	3,3%	3,8%
8 ans post-opératoires	4,8%	4,9%
Taux de décès		
90 jours post-opératoires	0,7%	0,9%
1 an post-opératoire	2,8%	2,7%
5 ans post-opératoires	12,7%	11,8%
8 ans post-opératoires	20%	20,9%

Enseignements pour la pratique clinique

Deux informations importantes nous sont fournies par cet article :

- le taux de ré-intervention endoscopique est supérieur après RTUP qu'après AVH. Cette constatation est une incitation à proposer à nos patients un geste de désobstruction le plus complet possible.
- les taux de mortalité et d'infarctus du myocarde ne sont pas significativement différents après RTUP et AVH, bien que les taux de comorbidités soient différents entre les 2 groupes.

Pour approfondir

(1) Roos NP, Wennberg JE, Malenka DJ, Fisher ES, McPherson K, Andersen TF, et al. Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 1989;320:1120-4

(2) Semmens JB, Wisniewski ZS, Bass AJ, Holman CDJ, Rouse IL. Trends in repeat prostatectomy after surgery for benign prostate disease: application of record linkage to healthcare outcome. BJU Int 1999;84:972-5.

Commentaires du CTMH

Dans cette étude rétrospective, trois biais sont signalés par les auteurs eux-mêmes: 1/ la tendance à inclure dans le groupe RTUP des patients plus morbides, 2/ les hommes décédés à domicile ne sont pas inclus dans cette étude, et 3/ les patients opérés dans des structures privées ne le sont pas non plus (5% environ). Ces deux derniers biais de sélection ne doivent à priori pas modifier l'interprétation des résultats. Un dernier biais mérite en revanche d'être signalé, c'est l'ancienneté des cas traités qui rend difficilement transposable les résultats aux séries actuelles de chirurgie de l'HBP.

Le principal résultat de cette étude est le taux plus élevé de ré-opération après RTUP qu'après AVH. L'AVH s'impose donc comme la référence en terme de résultat à long terme. D'autres études du même type avaient tiré une conclusion similaire : Roos et al (1) ont publié les taux de ré-opération sur plus de 50000 cas opérés au Canada Danemark et Angleterre. Ils étaient de 12-15% après RTUP, et 1,8-4,5% après AVH. Dans une étude australienne portant sur 18 464 cas de RTUP et 1134 cas d'AVH réalisées entre 1980 and 1995, le taux de ré-opération était 2,3 fois plus élevé après RTUP qu'après AVH (2).

Il est précisé dans la discussion de l'article que le taux d'infarctus était plus élevé après chirurgie de l'HBP que dans la population générale du même âge. Ce résultat est à interpréter avec précaution. D'une part car il n'a pas été confirmé par l'ensemble des études sur le sujet ; d'autre part car la cause n'en est pas claire : peut-être est-ce lié aux comorbidités associées à l'HBP et non aux conséquences directes de la chirurgie.

Les taux de mortalité n'étaient pas significativement différents selon la technique utilisée, ce qui est concordant avec la plupart des études sur le sujet. Notons enfin que le taux de mortalité ne peut ici pas être comparé à celui de la population générale.