

MORTALITE ET MORBIDITE POSTOPERATOIRES DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL SANOU SOURO DE BOBO-DIOULASSO

T. KAMBOU *, S. HIEN *,
B. BONKOUNGOU *, T. OUATTARA *,
Y. ALAME *, A. SANOU **

RESUME

Les auteurs font le bilan de deux années de la Chirurgie de l'hypertrophie (adénome) de la prostate au centre Hospitalier national SANOU Sourô de Bobo-Dioulasso, dans un service de Chirurgie Générale avec, toutefois, quatre pôles d'activités distincts : Orthopédie-traumatologie, Chirurgie viscérale, Urologie, Chirurgie infantile.

Ils analysent les suites immédiates de cette chirurgie en les confrontant aux données de la littérature.

Le taux de mortalité est de 2,4% sur les 168 adénomectomies réalisées par voie chirurgicale trans-vésicale. Ce taux relativement élevé reste dans les normes acceptables eu égard aux conditions locales de travail.

La morbidité globale est de 30%, représentée essentiellement par les suppurations et les lâchages de paroi et/ou de la suture vésicale prolongeant ainsi anormalement la durée du séjour hospitalier. Elle demande à être réduite.

Pour ce faire, les auteurs suggèrent la sensibilisation du public cible en vue de l'amener à consulter plus tôt, l'amélioration des conditions d'hospitalisation et l'adoption d'une nouvelle technique opératoire pratiquée depuis déjà deux décennies de façon routinière en Europe et aux Etats Unis : la résection transurétrale de la prostate par voie endoscopique.

Mots-clés : *hypertrophie bénigne de la prostate - mortalité - morbidité - adénomectomie.*

* Service d'Urologie du Centre Hospitalier National SANOU Sourô, Bobo-Dioulasso, BURKINA FASO

** Service de Chirurgie Générale et Urologique du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou, BURKINA FASO

POSTOPERATIONAL MORTALITY AND OF BENIGN HYPERTROPHY OF THE PROSTATE IN THE SANOU SOUROU NATIONAL HOSPITAL CENTER OF BOBO-DIOULASSO

ABSTRACT

The authors make an evaluation of two years of benign prostatic hypertrophy surgery at the hospital center Sanou Sourô in Bobo Dioulasso, in a general surgery department with however four separated centers of activity : orthopedics traumatology, visceral surgery, urology, infant surgery.

They analyse the immediate effects of this surgery by Comparing them with the data from literature.

The death rate is 2,4 % over 168 Adenomectomies made by trans-rectal surgery. This rate which is relatively high remains acceptable when we consider the local conditions of working.

The total morbidity is 30 % and is essentially represented by the suppuration and the breaking of the wall and for the vesical suture which unexpectedly cause the stay of the patient to be extended in the hospital it needs to be reduced.

For that, the authors suggest that we sensitise the target public in order to get them see a doctor as early as possible, they also suggest that the conditions of hospitalisation be improved, and that a new surgical technique be carried out that is to say the one which has already been put in practice regularly for two decades in Europe and in the united states. The transurethral resection of the prostate by endoscopic means

Key-words : *benign hypertrophy of the prostate - mortality - morbidity - adenomectomy.*

INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne ou adénome de la prostate est une tumeur bénigne de la glande prostatique touchant l'homme âgé à partir de la cinquantaine. Son traitement est essentiellement chirurgical (BACCON - GIBO, 1990) donnant de très bons résultats avec une mortalité faible en Europe et aux Etats Unis (STEG, 1978 ; MEBUST et HOLTEGREWE, 1989). Cette tendance est également notée par KEBE et al. (1989) à Abidjan.

Chez nous, il y a quelques années, cette chirurgie était redoutée par nos malades à cause des suites opératoires souvent défavorables. Aujourd'hui, l'adénomectomie est de pratique courante et de plus en plus facilement acceptée. Ceci est probablement dû à de meilleurs résultats postopératoires obtenus grâce à la création d'un service d'anesthésie-réanimation fonctionnel et performant et peut être à une meilleure maîtrise de la technique opératoire.

Le but de notre travail était de faire une évaluation de notre pratique en la matière par l'analyse des suites opératoires des adénomectomies réalisées dans notre service durant les deux dernières années; Nous avons relevé quelques caractéristiques épidémiocliniques de nos patients avant d'en arriver à l'analyse et à l'appréciation des causes et conséquences des implications postopératoires rencontrées.

I - MATERIELS ET METHODES

Notre étude est retrospective et porte sur 168 dossiers de patients opérés pour hypertrophie bénigne de la prostate dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier National SANOU Sourô de Bobo-Dioulasso, entre le 1er janvier 1993 et le 31 décembre 1994. Pendant cette période, 183 adénomectomies avaient été réalisées mais nous avons éliminé quinze dossiers inexploitable. Notre service est un service de chirurgie générale avec, cependant, quatre pôles d'activités distincts : Orthopédie-traumatologie, Chirurgie viscérale, Urologie et Chirurgie pédiatrique.

Tous nos malades avaient été opérés par voie suspubienne et transvésicale avec quelques variantes en ce qui concerne la technique d'hémostase de la loge prostatique (Hryntshak, cerclage du col, compression par ballonnet...). L'antibiothérapie a été systématique compte tenu du manque d'hygiène dans les salles d'hospitalisation et de soins postopératoires.

Pour chaque dossier la recherche concernait :

- L'âge du patient
- La profession
- Le mode d'admission du malade (urgence/consultation)
- Le motif d'admission
- La pathologie associée éventuelle
- L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
- Les complications immédiates mentionnées (générales, locales)
- Le mode de sortie (décès/guérison)
- La durée du séjour hospitalier

II - RESULTATS

1. Fréquence des adénomectomies

En deux ans, 2686 interventions avaient été réalisées dans le service dont 455 urologiques. Pendant ce même temps, 168 adénomectomies avaient été faites représentant respectivement 6,25% de toutes les interventions et 37% des interventions urologiques dont elles occupent la première place.

2. Mode de recrutement

Nos malades étaient recrutés par deux voies :

- La consultation externe : 69 malades soit 41,1% avaient été admis par cette voie
- L'admission en urgence : 99 malades soit 58,9% avaient été amenés en urgence à l'occasion d'une complication.

3. Aspects épidémiocliniques

a/- Age

L'âge de 165 patients avait été noté. La répartition par tranche d'âge était la suivante :

Tableau I : Répartition des patients par tranche d'âge.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
50 à 59	30	18,2%
60 à 69	65	39,4%
70 à 79	56	35%
80 à 89	12	7,2%
90 et plus	2	1,2%
Total	165	100%

Par ailleurs l'âge moyen de nos patients était de 66 ans avec des extrêmes de 50 et 93 ans.

b/- Niveau socio-économique

134 patients soit 79,8% étaient d'origine rurale et en majorité des cultivateurs. Les autres résidaient dans une ville et étaient composés de quelques fonctionnaires retraités et des travailleurs du secteur dit informel (artisan, chauffeur, petit commerçant, etc.)

c/- Symptomatologie

La rétention aigue d'urines (RAU) a constitué le principal motif de consultation de nos malades (96 cas soit 57,7%). Les autres motifs d'admission sont regroupés dans le tableau II.

Tableau II : Symptomatologie à l'admission

Symptômes	Nombre	Pourcentage
RAU	96	57,4%
Hématurie	07	4,2%
Dysurie	31	18,4%
Symptômes	04	2,4%
Dysu/pollak	26	15,2%
Cystite	01	0,6%
Incontinence	03	1,8%
Total	168	100%

d/- Pathologie associée

Quarante trois patients soit 25,6% présentaient une pathologie associée. On trouve, par ordre de fréquence décroissante : les hernies de la paroi abdominale (12 cas soit 7,2%), l'hypertension artérielle (9 cas soit 3,6%), les rétrécissements de l'urètre (4 cas soit 2,4%)

e/- Examen cytbactériologique des urines (ECBU)

Tous nos malades avaient bénéficié d'un ECBU. Il était positif chez 132 malades (78%) et négatif chez 36 autres (22%). Un germe avait pu être identifié 164 fois soit seul (144 fois), soit en association avec 2 ou 3 germes (20 fois).

Les germes les plus fréquemment rencontrés étaient :

- Pseudomonas aëroginosa = 39
- Klebsiella pneumoniae = 33

-
- Echerichia coli = 23
 - Staphylococcus aureus = 10
 - Entérobacter = 13

4. Les suites opératoires

Cent dix sept patients (69,6%) avaient des suites opératoires simples tandis que cinquante et un (30,4%) avaient eu des suites compliquées parmi lesquels quatre étaient décédés soit 2,4%.

a/- Mortalité

Les quatre malades décédés étaient âgés respectivement de 60, 61, 62, 70 ans soit un âge moyen de 63 ans.

Les causes étaient les suivantes :

- Une poussée hypertensive postopératoire avec accident vasculaire cérébral (AVC), coma et décès au premier jour postopératoire.
- Une hémorragie postopératoire importante avec décès dans un tableau de troubles du rythme au 2^e jour.
- Les deux autres étaient décédés dans un tableau de septicémie à *Klebsiella pneumoniae* respectivement aux 5^e et 9^e jours postopératoires.

b/- Morbidité

Nous avons noté, dans les suites opératoires, les complications suivantes :

- L'hémorragie postopératoire : trois cas dont un a nécessité une reprise au bloc opératoire.
- Les infections dont :
 - * Quatre cas de septicémies,
 - * Trente-huit cas de suppurations de la plaie opératoire avec lâchage pariétale (31 fois)
 - * Douze cas d'orchites ou épидидymite.
- Les fuites d'urines par la plaie opératoire

Chez 25 patients, on avait noté une fuite d'urines par la plaie alors qu'ils portaient encore la sonde urinaire. Cette fuite due à un lâchage de la suture vésicale par drainage défectueux avait toujours tari spontanément dès qu'un système efficace était mis en place.

Chez 7 autres, s'était constituée une fistule vésico-cutanée après ablation de la sonde.

Cinq d'entre elles avaient fermé spontanément après mise en place d'une nouvelle sonde et avivement du trajet fistuleux ; alors que nous avons pratiqué une cystorraphie secondaire chez les 2 restants.

- L'incontinence d'urines

Nous avons noté 19 cas d'incontinence immédiate transitoire à l'ablation de la sonde urinaire. Par contre aucune incontinence définitive n'avait été enregistrée.

c/- Durée du séjour hospitalier

La durée moyenne du séjour hospitalier était de 43 jours ; tandis que le séjour postopératoire moyen était de 17 jours avec des extrêmes de 6 et 40 jours.

III - COMMENTAIRES

Nos commentaires porteront sur la mortalité et la morbidité.

a - La mortalité

Le taux de mortalité de 2,4% que nous avons enregistré dans notre travail est supérieur aux taux de certains travaux récents que nous avons pu lire :

* 0,2% aux Etats Unis selon MEBUST et HOLTEGREWE (1989) sur une revue de 3885 cas. Mais il s'agissait de cas traités par résection trans-urétrale.

* 0,5 à 1,5% selon WALIGORA (1981) en Europe.

* Dans la sous région Ouest-Africaine, KEBE et al., (1989) a noté un taux de 1,98% sur une série de 202 cas en dix ans.

Ce taux peut néanmoins être considéré comme acceptable compte tenu de nos conditions de travail.

b - La morbidité

le taux de morbidité global était de 30% dans notre étude. WALIGORA (1981) l'estime entre 15 et 20%

Les principales complications notées étaient dues à l'infection : suppurations pariétales avec souvent lâchage de la paroi ou de la suture vésicale à l'origine des hospitalisations prolongées.

Cette prédominance des complications infectieuses pourrait s'expliquer par la fréquence élevée d'infections urinaires avant l'intervention (78%) de bactériurie chez nous, alors que ce taux serait de 6 à 13% selon RICHARD (1988). Cette infection urinaire serait, en grande partie, due au port prolongé de la sonde urinaire par nos malades en préopératoire. On sait en effet que le risque de développer une bactériurie, en cas de drainage vésical continu est évalué à 10-15% par jour (GOLDWASSER, 1983).

La nature des germes rencontrés plaide en faveur d'infections hospitalières. En effet, *Echerichia coli*, germe urinaire par excellence, ne vient qu'en 3^e position après le *pseudomonas* et le *Klebsiella pneumoniae*. Les manipulations intempestives de décaillotage et le manque d'hygiène notoire dans les pavillons d'hospitalisation constitueraient également un facteur non négligeable.

IV - CONCLUSION

Le principal problème rencontré en postopératoire dans notre contexte reste celui de l'infection. En effet, deux de nos malades étaient décédés dans un tableau septicémique, tandis que la quasi totalité des états morbides était le fait des suppurations avec souvent lâchage de la paroi et/ou de la suture vésicale à l'origine de longs séjours hospitaliers.

De la maîtrise de ce problème dépendra donc l'amélioration des résultats de nos adénomectomies. Ceci passe par :

- La sensibilisation du public cible afin d'amener les patients à consulter plus tôt, dès les premiers signes de la maladie, sans attendre la survenue d'une complication.

- La réduction du temps d'attente avant l'intervention, par l'obtention dans des délais plus courts des examens complémentaires.

- l'introduction progressive des nouvelles techniques qui ont fait leurs preuves ailleurs, en particulier la résection transurétrale.

REFERENCES

BOCCON-GIBOD L.- *Hypertrophie bénigne de la prostate. Traitement médical ou chirurgical. Comment choisir ? Ann. Urol.* 1990, 24, n°3, 177-180

STEGA A.- *Adénome de la prostate. Pathologie chirurgicale, 3^e éd. Paris, Masson, 1978, chap. 15, pp 946-950*

MEBUST W. K. ; HOLTEGREWE H. L. *Transurethral prostatectomy : immediat and postoperative complications. A cooperative study of participating institutions evaluating 3885 patients*
The journal of Urology, february 1989, vol.141, pp 243-247

KEBE M. ; COWPLI-BONY PH. ; N'GUESSAN G. ; SANGARE I.S. ; BASSIT A. ; ROLAND G. ; GNAGNE Y.M. ; KODJO R. ; KOLANI P. ; RAMON J.J.- *Adénomectomie prostatique, notre expérience en dix ans. Inter fac Afrique, 1989, n°8, pp 19-21*

WALIGORA J.- Tumeurs bénignes de la prostate. *Encycl. Méd. Chir. : Rein - Appareil uro-génital 1855 A 10, 6, 1981*

RICHARD F.- L'adénome prostatique : *Questions - Réponses - Documentation - Recherche Paris, P. FABRE, 1988*

GOLDWASSER B. *et al.*- prophylactic antimicrobial treatment in transurethral surgery *Urology, 1983, 2, 43-53*

KABAHIN J.M, M.D, F.A.C.S. N.D YAG Laser coagulation prostatectomy for benign Prostatic hyperplasia, *African journal of urology, Vol. 1 n° 2 1995*

A.F. Abdelrahin and J.M.Duber The use of physical agents in the treatment of BPH and cancer prostate facts and illusions. *Reard Lyon - France - African journal of urology Vol 1 n° 3 1995.*