

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 - 2021

Mémoire N° :

MEMOIRE

Chirurgie endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati. A propos de 70 cas

Présenté et soutenu le 24 /12 / 2021 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie par :

Dr BOUARE Alassane

Pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisés en Urologie
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Mamadou Lamine DIAKITE

Membres : Dr. Amadou KASSOGUE

Dr. Mamadou Tidiani COLULIBALY

Dr. Alkadri DIARRA

Dr. Moussa Salifou DIALLO

Directeur : Pr. Honoré Jean Gabriel BERTHE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail à mes parents

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien-être. J'espère réaliser ce jour un de vos rêves et être digne de votre éducation.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini.

Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez pour toujours les deux protecteurs qui ensoleillent ma vie.

Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver tous ici l'expression de ma très profonde gratitude.

REMERCIEMENTS :

A ALLAH Le tout miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que je suis et ce que je serai InchaAllah. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

A ma femme, celle qui me connaît le plus,

Je ne remercierai jamais Dieu assez pour ta présence dans ma vie.

Tu as été une source continue d'encouragement et d'amour pendant toutes les phases de réalisation de ce travail et ton soutien a été sans égal.

En témoignage de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

Que nos liens restent toujours solides et que Dieu nous apporte bonheur et nous aide à réaliser tous nos rêves ensemble.

A mes beaux-parents : vous m'avez soutenu et comblé tout au long de cette formation.

Votre aide et votre générosité ont été pour moi une source de courage, de motivation et de confiance.

Merci de m'avoir considéré comme votre propre fils.

Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Au Pr TEMBELY Ali, vous n'avez cessé de nous fasciner non seulement par l'étendue de vos connaissances scientifiques, mais aussi par vos conseils constructifs de tous les jours, au staff et dans toutes les activités du service. J'ai été émerveillé par votre soutien à vos élèves, votre combat pour la modernisation du service, et votre attachement à la publication scientifique.

Au Pr OUATTARA Zanafon, l'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

A Dr. KASSOGUE Amadou, chirurgien urologue, maître-assistant à la FMOS, chef de service d'urologie du CHU Bocar Sidi SALL de Kati. Merci pour l'enseignement reçu de vous, pour votre confiance et d'avoir accepté ce travail dans votre service.

Vos encouragements inlassables, votre modestie et votre gentillesse méritent toute admiration. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

A Dr SISSOKO Idrissa, chirurgien urologue, praticien hospitalier au CHU Bocar Sidi SALL de Kati, merci pour votre disponibilité, votre dévouement pour le développement de l'endourologie au Mali.

A mes Maîtres de l'Université des Antilles-Guyane :

Pr. Blanchet Pascal-Dr Brureau Laurent

Merci d'avoir ouvert la porte de l'urologie aux médecins Africains. Vous nous avez accueillis et considérés au même titre que vos internes, vous nous avez accordé ainsi tous les privilèges liés au titre d'interne.

Aux PH/Assistants du service d'urologie du CHU de Guadeloupe : Dr Sénéchal Cédric, Dr Gourtaud Gilles, Dr Roux Virginie, Dr Sadreux Yvonne, Dr Vesrtris Pierre Gilles.

Merci pour votre soutien spontané, votre disponibilité, votre patience pour nous acclimater aux technologies urologiques nouvelles.

À tous les urologues et urologues en formation du Mali mes sincères remerciements.

À tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce travail, et tous ceux qui m'ont soutenu durant cette formation merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Mamadou Lamine DIAKITÉ

- ✓ **Chirurgien Urologue, Andrologue ;**
- ✓ **Maître de conférences agrégé ;**
- ✓ **Chef de service d'urologie du CHU du Point-G ;**
- ✓ **Président de l'association Malienne d'Urologie.**

Cher maître,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité, vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre. Recevez ici cher maître notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Amadou KASSOGUE

- ✓ **Chirurgien Urologue au CHU Pr. Bocar Sidi SALL de Kati ;**
- ✓ **Maître -Assistant en Urologie à la FMOS ;**
- ✓ **Diplômé en Communication Médicale Scientifique et en Pédagogie des sciences de la santé de l'université de Bordeaux ;**
- ✓ **Chef de service d'Urologie du CHU Pr. Bocar Sidi SALL de Kati ;**
- ✓ **Membre de l'Association Malienne d'Urologie ;**

Cher maitre,

Merci pour l'enseignement reçu de vous , pour votre confiance et d'avoir accepté ce travail dans votre service.

Vos encouragements inlassables, votre modestié et votre gentillesse méritent toute admiration. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mes remerciements les plus sincères

Chirurgie endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU-BSS de Kati
À propos de 70 cas

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Moussa Salifou DIALLO

- ✓ **Chirurgien urologue des armées**
- ✓ **Maitre-assistant en urologie à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Pr. Bocar Sidi SALL de Kati**
- ✓ **Membre de l'association malienne d'urologie**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Soyez-en remercié.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Alkadri DIARRA

- ✓ **Chef de service d'urologie du CHU Luxembourg**
- ✓ **Pédagogue médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- ✓ **Communicateur médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- ✓ **Maitre-assistant d'Urologie du CAMES.**
- ✓ **Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali.**
- ✓ **Membre de l'association malienne d'urologie**

Cher maitre,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de contribuer à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Chirurgie endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU-BSS de Kati
À propos de 70 cas

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Mamadou Tidiani COULIBALY

- ✓ **Chef de service d'urologie du CHU Gabriel TOURE**

- ✓ **Maitre-assistant en urologie à la FMOS**

- ✓ **Membre de l'association malienne d'urologie**

Cher maitre,

Veillez accepter mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire parti de ce jury.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE :

Professeur Honoré Jean Gabriel BERTHÉ

- ✓ **Chirurgien urologue et Andrologue au service d'urologie du CHU du Point G ;**
- ✓ **Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du Point-G ;**
- ✓ **Membre de l'association malienne d'urologie.**

Cher Maître,

Je garderai de vous l'image d'un homme respectueux, courageux et modeste. Pendant tout mon séjour dans le service, j'ai été émerveillé par votre façon de travailler ; vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait, font de vous un espoir certain pour l'urologie au Mali. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

Abréviations :

AVH : Adénomectomie par voie haute

BSS : Bocar Sidi SALL

CHU : Centre hospitalier universitaire

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

HTA : Hypertension artérielle

PSA : Antigène spécifique de la prostate

PBP : Ponctions biopsies prostatiques

RAU : Rétention aigue d'urines

RTUP : Résection transurétrale de la prostate

RTUV : Résection transurétrale de la prostate

TURP syndrome: Syndrome de résection transurétrale de la prostate

UI : Urétrotomie interne

VBTUP : Vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate

SOMMAIRE

Sommaire

Introduction.....	18
Objectifs.....	21
Méthodologie.....	23
Résultats.....	26
Discussion.....	33
Conclusion.....	37
Recommandations.....	38
Bibliographies.....	40
Annexes.....	43

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

La résection endoscopique ou la résection transurétrale de la prostate (RTUP) est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever l'adénome par petits copeaux à l'aide d'un résecteur introduit dans le canal urétral. [1]

L'hypertrophie prostatique obstructive est l'une des principales causes de symptômes du bas appareil urinaire chez le sujet âgé et affecte plus de 200 millions d'hommes à travers le monde. Lorsque le traitement médical ne suffit plus et que le traitement chirurgical est proposé, l'endoscopie est privilégiée. [2]

Le traitement de référence de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est la résection transurétrale de la prostate (RTUP). [3]

Décrite pour la première fois en 1900 la RTUP monopolaire a dominé la prise en charge de l'HBP pendant plusieurs années, mais limité par le poids de la prostate qui devrait être inférieur ou égale à 60 g. Cette limite de 60 g est raisonnable, mais reste très théorique et doit être modulée en fonction des habitudes et des aptitudes opératoires de chacun. On peut réséquer des poids supérieurs notamment avec le recteur bipolaire, avec le sérum physiologique comme liquide d'irrigation. [4]

Malgré l'apparition de nouvelles techniques comme la vaporisation au laser ou l'énucléation de la prostate au laser holmium (HoLEP), la RTUP demeure le traitement chirurgical le plus employé dans le monde occidental ; elle est la deuxième intervention la plus pratiquée chez l'homme à partir de 60 ans après l'intervention de la cataracte. [5]

La RTUP bipolaire est la principale évolution technologique de la RTUP par coagulation électrique, concerne le développement de résecteurs délivrant un courant électrique bipolaire. Ces résecteurs ont été conçus pour être utilisés dans du sérum physiologique, l'objectif étant d'éliminer le risque de TURP-syndrome. [6]

La vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP) est une intervention qui est menée en courant d'irrigation-aspiration continu, sous pression contrôlée, de sérum physiologique. Les gestes usuels de la résection endoscopique à l'anse en commençant à 2 h et en cherchant à prendre contact avec la capsule, ce qui permet de libérer le lobe latéral gauche et de le vaporiser ; la même manœuvre est réalisée à droite. La vaporisation concerne également les parties postérieures et antérieures de la prostate. [7]

La mortalité de la résection transurétrale de prostate (RTUP) se situe entre 1 et 2,5 % suivant les séries.

Syndrome de résorption du liquide de lavage ou « TURP syndrome » et l'hémorragie per ou postopératoire sont les principales complications responsables de mortalité.

Chirurgie endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU-BSS de Kati
À propos de 70 cas

Ce syndrome per- ou post résection, favorisé par l'ouverture de larges lacs veineux ou de la capsule prostatique, est lié à la résorption de la solution de glycolle utilisée en peropérateur.

[8, 9]

Les avantages de la RTUP sont indiscutables pour le patient :

- ✓ Elle est moins délabrante que la laparotomie pratiquée à tout âge : absence d'incision, préjudice esthétique moindre ;
- ✓ Une durée d'hospitalisation plus courte ;
- ✓ Un confort postopératoire ;
- ✓ Une diminution du coût ;
- ✓ Une reprise rapide des activités ; ainsi le retour à domicile s'effectue dans les 5 à 6 jours maximum. **[9]**

Le service d'urologie du CHU Bocar Sidi SALL de Kati dispose d'un résecteur monopolaire, un résecteur bipolaire et une anse de vaporisation pour la VBTUP. La fréquence des pathologies prostatiques et celle de l'utilisation des trois techniques de résection nous ont motivé à faire cette étude dont les objectifs étaient les suivants :

OBJECTIFS

I - Objectifs :

1-Objectif général :

Etudier la place de l'endoscopie dans la prise en charge de l'hypertrophie prostatique au CHU Bocar Sidy SALL de Kati.

2- Objectifs spécifiques :

- Partager les résultats des différentes techniques utilisées au CHU BSS de Kati ;
- Evaluer les suites opératoires.

METHODOLOGIE

II - METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au service d'urologie du CHU BSS de Kati.

2- Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy de Kati :

Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1968. En 1992, il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement publique hospitalier en 2003. Il fut baptisé le 17/11/2016 sous le nom de CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundjata Keita » à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- A l'Est, par l'infirmerie de la garnison militaire,
- A l'ouest, par le logement des médecins du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati,
- Au nord, par le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire
- Au sud, par le Prytanée militaire et le quartier Sananfara.

Il comporte 17 services dont 13 services techniques et 5 services administratifs.

Le service d'urologie occupe l'aile EST du deuxième étage du pavillon « Abdoulaye Sissoko » dont le premier étage abrite la chirurgie générale et au rez-de-chaussée se trouvent la cardiologie et les bureaux de consultation des médecins. A l'aile Ouest du deuxième étage se trouve le service de médecine interne.

Le service dispose de quinze (16) lits répartis entre six (6) salles d'hospitalisation, deux (02) bureaux, trois (3) salles de Garde et une (1) salle de soins, deux (2) grandes toilettes. Le service d'urologie a été créé en Avril 2016 avec l'arrivée d'un chirurgien urologue qui est actuellement le chef de service.

Son personnel comprend : quatre (4) chirurgiens urologues dont deux (2) maîtres assistants, un (1) assistant médical et trois (3) techniciens de santé

3- Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et prospective allant du 1^{er} Juillet 2020 au 30 Novembre 2021 soit 17 mois, à propos de 70 cas d'hypertrophie bénigne de la prostate, réalisée dans le service d'urologie du CHU Pr Sidy Sall de Kati.

Trois techniques sont pratiquées au CHU Pr BSS à savoir :

- La RTUP monopolaire
- La RTUP bipolaire
- La vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP)

4- Critère d'inclusion :

Tous les patients ayant eu un traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate par voie endoscopique pendant la période d'étude.

5- Critères de non inclusion :

Patients ayant eu une adénomectomie par voie haute (AVH).

Patients ayant eu une résection palliative pour cancer de la prostate.

6- Collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, du registre de compte rendu opératoire, du registre de consultation. Elles ont été saisies et analysées sur les logiciels : Word 2019, Excel 2019 et SPSS version 25.0. Epi info version 3.53. Le test statistique de comparaison a été le Khi2 avec un risque $p < 0,05\%$ considéré comme statistiquement significatif.

RESULTATS

III - RESULTATS

1-Aspects épidémiologiques :

1-1-Fréquence :

Durant notre période d'étude soixante-dix-huit (78) ont été opérés pour Hypertrophie bénigne de la prostate, soixante-dix (70) patients ont bénéficié d'une chirurgie endoscopique soit 89,74%.

1-2-Age

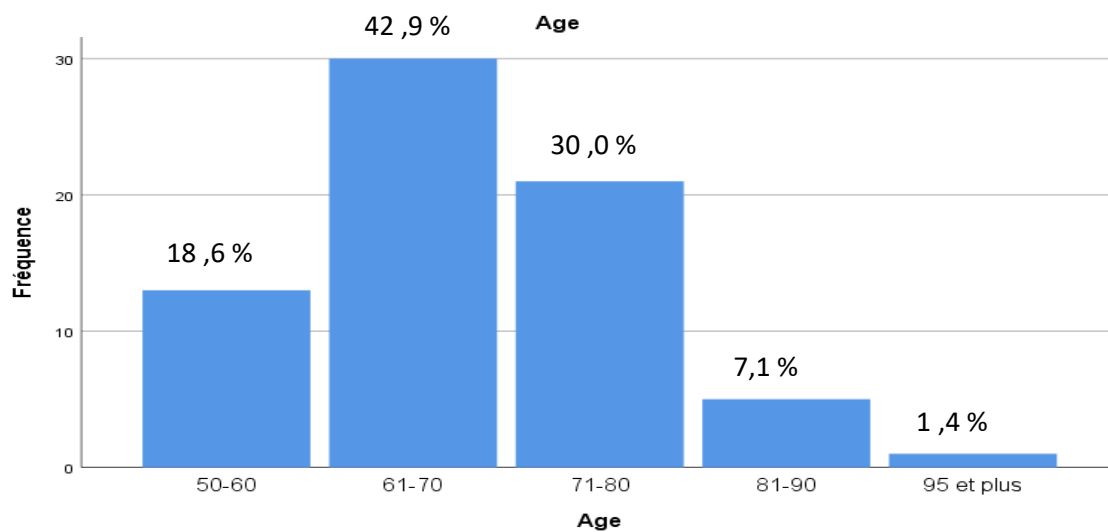


Figure I : Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge de 61-70 était la plus représentée avec 42,9%.

1-3- Profession :

Tableau I : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Cultivateur	33	47,1
Eleveur	8	11,4
Militaire	4	5,7
Autres	25	35,7
Total	70	100,0

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 47,1%.

1-4- Antécédent médical :

Répartition des patients selon l'antécédent médical :

Antécédent médical	Fréquence	Pourcentage
HTA	15	21,4
Diabète	3	4,3
Autres	3	4,3
Sans ATCD	49	70,0
Total	70	100,0

Quinze patients avaient une hypertension artérielle soit 21,4% des cas.

1-5- Antécédent chirurgical :

Répartition des patients selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Fréquence	Pourcentage
Hernie inguinale	12	17,1
Hydrocèle	1	1,4
Autres	8	11,4
Sans ATCD	49	70,0
Total	70	100,0

La hernie inguinale était l'antécédent chirurgical le plus retrouvé soit 17,1% des cas.

2- Motif de consultation :

Tableau II : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
TUBA	48	68,6
RAU	17	24,3
Hématurie + TUBA	4	5,7
Autres	1	1,4
Total	70	100,0

Soixante-huit virgule six pour cent (68,6) de nos patients ont consulté pour troubles urinaires du bas appareil.

3- Poids de la prostate à l'échographie :

Tableau III : Répartition des patients selon le poids de la prostate à l'échographie.

Poids de la prostate	Fréquence	Pourcentage
25-50g	38	54,3
50-75g	16	22,9
75-100g	8	11,4
Sup 100g	8	11,4
Total	70	100,0

La majorité de nos patients avaient un poids de la prostate compris entre 25-50 g soit 54,3%.

4- Valeur du PSA

Tableau IV : Répartition des patients selon la valeur du PSA

Valeur du PSA	Fréquence	Pourcentage
Inférieur ou = 4ng/ml	42	60,0
5-25ng/ml	18	25,7
26-50ng/ml	5	7,1
50-100ng/ml	5	7,1
Total	70	100,0

La valeur du PSA était inférieure ou égale à 4ng/ml dans 60% des cas.

5- Valeur de la créatininémie

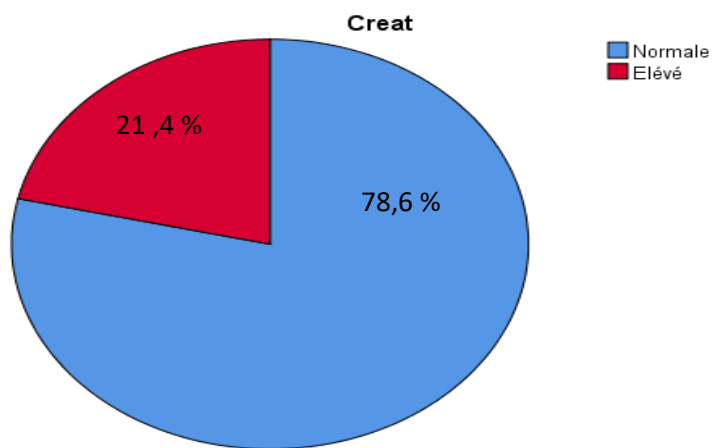


Figure II : Répartition des patients selon l'élévation de la créatininémie

Vingt un virgule quatre pour cent (21,4%) de nos patients avait une insuffisance rénale en préopératoire.

6- Diagnostic préopératoire :

Tableau V : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Fréquence	Pourcentage
HBP	61	87,1
HBP + Sténose de l'urètre	2	2,9
HBP + Tumeur de vessie	5	7,1
HBP + Autre	2	2,9
Total	70	100,0

La tumeur de vessie était la pathologie associée la plus fréquente avec 7,1% des cas.

7- Type de résection :

Tableau VI : Répartition des patients selon le type de chirurgie endoscopique

Type de chirurgie endoscopique	Fréquence	Pourcentage
RTUP Monopolaire	21	30,0
RTUP Bipolaire	39	55,7
Vaporisation bipolaire	10	14,3
Total	70	100,0

Nous avons utilisé le résecteur bipolaire chez 39 patients soit 55,7% des cas.

8- Geste associé à la RTUP :

Tableau VII : Répartition des patients selon le geste associé

Geste associé	Fréquence	Pourcentage
RTUP + PBP	8	11,4
RTUP + UI	2	2,9
RTUP + RTUV	5	7,1
RTUP + Autre	1	1,4
Aucun	53	75,7
RTUP+ Autre	1	1,4
Total	70	100,0

La PBP était le geste le plus associé à la RTUP soit 11,4% des cas.

Aucun geste chirurgical n'a été associé au cas de vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP).

9- Suites opératoires :

Tableau VIII : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites opératoires	Fréquence	Pourcentage
Simple	65	92,9
Anémie	3	4,3
Insuffisance rénale	2	2,9
Total	70	100,0

Les suites opératoires étaient simples dans 92,9% des cas.

10- Durée d'hospitalisation :

Tableau IX : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
J1-J3	45	64,3
J4-J7	19	27,1
J7-J10	2	2,9
Sup J10	4	5,7
Total	70	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.

11- Durée de la sonde :

Tableau X : Répartition des patients selon le délai d'ablation de la sonde transurétrale.

Délai d'ablation	Fréquence	Pourcentage
J1-J3	44	62,9
J4-J7	20	28,6
J7-J10	5	7,1
Sup J10	1	1,4
Total	70	100,0

La sonde a été enlevée entre J1 et J3 dans 62,9% des cas

DISCUSSION

IV - DISCUSSION

1-Age

Dans notre étude, la tranche d'âge de 61 à 70 était la plus représentée 42,9%, ce résultat est comparable à ceux de Malé M à Mopti et Mouad EL MOUHTADI au Maroc tous en 2018 avaient trouvé respectivement 41% et 59% pour une tranche d'âge de 60-70 ans. [10,12]

Abdoulaye Ndiath et al à l'hôpital Aristide Le Dantec (HALD) à Dakar (Sénégal) avait trouvé une tranche d'âge 60-69 ans dans 46% des cas.

Ces résultats s'expliquent par la fréquence des pathologies prostatiques dans cette tranche d'âge.

2- Motif de consultation

Les troubles urinaires du bas appareil constituaient le premier motif de consultation dans notre série soit 68,6% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Banou P au Point G qui avait trouvé 65,21% ($p=0,7$), mais statistiquement différent de celui de Camara IS au CHU mère et enfant Le Luxembourg 42,7% ($p=0,0003$). [10,13]

Dans notre étude la RAU était le deuxième motif de consultation 24,3%, Mouad EL MOUHTADI au Maroc avait trouvé 26,7% de RAU, par contre c'était le premier motif de consultation dans l'étude de Malé M à Mopti soit 52% des cas. [10,12]

3- Echographie :

Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie réno-vésico-prostatique, elle a permis le diagnostic de l'état de la vessie et le haut appareil, d'avoir le poids de la prostate.

Le poids de la prostate était compris entre 25 et 50g dans 54,3% des cas. Il y a une différence significative entre ces résultats et ceux de Abdoulaye Ndiath et al qui avaient trouvé un volume prostatique inférieur à 60g chez 86% des patients ($p= 0,000002$) et Mouad EL MOUHTADI avait trouvé un poids prostatique compris entre 40 et 50 g dans 30% des cas ($p=0,0006$). [14,16]

Cette différence pourrait s'expliquer par le nombre de patients inclus dans chaque étude.

Dans notre série huit (08) patients avaient un volume prostatique supérieur à 100 ml.

4- Valeur du PSA :

Le PSA doit être interprété en fonction de la technique du dosage et les données du toucher rectal.

Les facteurs favorisant l'augmentation du taux de PSA sont multiples : l'hypertrophie de la prostate, le cancer, une prostatite, l'âge et les manipulations : Toucher rectal, biopsie prostatique.

Nous avons demandé le dosage du PSA chez tous nos patients. Le taux de PSA total était inférieur ou égal à 4 ng/ml chez 42 patients soit 60% des cas. Malé M à Mopti, Camara I S à

Bamako, avaient trouvé un PSA inférieur à 4 ng/ml dans respectivement 54,29% ($p= 0,47$), 63,3% ($p= 0,77$). [10,12]

Dans notre série 18 patients avaient un taux de PSA compris entre 5 et 25ng/ml, Mouad EL MOUHTADI avait trouvé un PSA compris entre 5-10 chez 40 patients soit 66,7% des cas.[12]

5- La Fonction rénale :

Le dosage de l'urée et de la créatinine sanguine a été réalisé de façon systématique chez tous nos patients. Ainsi la fonction rénale était normale chez 55 patients soit 78,6% des cas et altérée chez 15 patients soit 21,4% des cas témoignant d'une insuffisance rénale fonctionnelle associée; cette dernière étant corrigée après l'acte chirurgical. Il y'a une différence significative entre ces résultats et ceux de Camara IS et Malé M avaient trouvé une fonction rénale normale dans respectivement 53,3% et 58,6% des cas ($p=0,0002$) et ($p=0,002$), et altérée dans respectivement 46,6% et 41,14% ($p=0,0001$) et ($p=0,002$). [10,13]

Mouad EL MOUHTADI au Maroc avait trouvé seulement 3% de cas d'altération de la fonction rénale.

Ceci pourrait s'expliquer par le retard de consultation dans notre contexte.

6- Type de chirurgie endoscopique :

Nous avons utilisé :

- ✓ La RTUP monopolaire chez 21 patients soit dans 30% des cas ;
- ✓ La RTUP bipolaire chez 39 patients soit dans 55,7% ;
- ✓ La vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP) chez 10 patients soit dans 14,3% des cas.

L'acquisition du résecteur bipolaire nous a permis de faire des résections de volumineuses prostatites supérieures ou égales à 80 ml.

Abdoulaye Ndiath à Dakar sur 50 cas de résection bipolaire avait trouvé des résultats jugés bon dans 96% des cas. [16]

7- Suites opératoires

Dans notre série les suites opératoires étaient simples dans 92,9% des cas. Nous avons enregistré trois (03) cas d'anémie postopératoire soit 3,4% et deux (02) cas d'insuffisance rénale postopératoire soit 2,9%.

Les suites opératoires étaient simples aussi dans les séries de Banou P 86,95% des cas et de Sember A 88,9%. $p= 0,25$ et $p= 0,88$ [11,14]

Les cas d'anémie ont nécessité une transfusion sanguine.

Les cas d'insuffisance rénale ont nécessité un prolongement du délai d'ablation de la sonde. La fonction rénale s'est normalisée pendant l'hospitalisation.

Nous n'avons pas enregistré de cas d'hémorragie peropératoire ni de décès. Ceci s'explique par la qualité de l'hémostase du résecteur bipolaire qui était le plus utilisé, et aussi par le fait que la RTUP a une faible mortalité.

Aucun décès n'a été enregistré également dans la série de Mouad EL MOUHTADI au Maroc. Camara I S au CHU mère et enfant le Luxembourg avait enregistré 15 cas de transfusion peropératoire.[13]

Abdoulaye Ndiath et al dans leur série avait eu trois (03) cas d'hémorragie massive (6%) et un (01) cas de décès suite à une reprise au bloc opératoire.[12]

Nous n'avons pas eu également de cas de TURP syndrome, ceci pourrait s'expliquer par le faible taux de patients ayant bénéficié d'une résection monopolaire, seulement 21 patients soit 30% des cas.

8- Délai d'ablation de la sonde :

La sonde a été enlevée entre J1 et J3 dans 62,9% des cas. Ce résultat est comparable à ceux de Abdoulaye Ndiath et al où la sonde a été enlevée entre J1 à J3 dans 80% des cas ($p=0,05$) et de Malé M pour un délai d'ablation de 3 jours 46,86% ($p=0,025$). [12,15]

Dans la série de R. Rabii et coll au Maroc, sur 504 cas de vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP) la sonde a été enlevée le même jour dans 100 cas pour les prostates de moins de 40g et le lendemain postopératoire dans 404 cas.[16]

9- Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,5 jours avec des extrêmes de 1 et 15 jours.

Plus de la moitié de nos patients sont sortis entre J1 et J3 soit 64,3%.

Dans la série de Ndiath Abdoulaye à Dakar, chez 90% des patients, l'hospitalisation durait entre 1 et 3 jours.[12]

Camara I S au CHU mère et enfant le Luxembourg avait trouvé 56% pour une durée d'hospitalisation de trois (03) jours.

Par contre Malé M et Banou P avait trouvé respectivement 45,29% pour une durée d'hospitalisation de quatre (4) jours et 86,96% pour une durée d'hospitalisation comprise entre 3 et 5 jours. [10, 11]

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

La RTUP demeure le traitement de référence dans la prise en charge chirurgicale de l'HBP. C'est une technique qui a prouvé son efficacité ; elle est moins invasive et moins pourvoyeuse de morbidité que la chirurgie ouverte. Elle permet un délai d'ablation et un séjour hospitalier court.

La VBTUP est une technique simple, reproductible qui permet d'adapter facilement la gestuelle de la classique RTUP. Nous avons effectué une phase d'essai chez seulement dix (10) patients. La chirurgie endoscopique de l'HBP est une pratique courante au CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati. Nous ne sommes plus limités par le poids de la prostate.

Cette étude nous a permis de savoir que la morbi mortalité lors de la chirurgie endoscopique pour HBP n'est pas importante dans notre pratique. Ces résultats sont très encourageants et doivent nous pousser à développer l'usage de cette technique dans la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate au plus grand bonheur des patients.

RECOMMANDATIONS :

A la fin de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives :

Doter tous les services d'urologie de matériels d'endoscopie du bas appareil urinaire (résecteurs, urétrotome etc...);

Assurer le suivi et la maintenance du matériel d'endoscopie pour éviter l'arrêt des activités chirurgicales ;

Formation de tous les urologues en endoscopie du bas appareil urinaire.

Au personnel soignant :

Adressé tout cas d'hypertrophie bénigne de la prostate à un urologue ;

Proposé aux patients la chirurgie endoscopique si indication opératoire ;

Privilégier la RTUP devant une indication opératoire d'hypertrophie bénigne de la prostate.

BIBLIOGRAPHIES

BIBLIOGRAPHIES

- [1] R-Natal. Place de l'endoscopie chirurgicale en urologie. Acta endoscopia. Tome V-N°34-1975.
- [2] Lin YH, Hou CP et al. Transurethral resection of the prostate provides more favorable clinical outcomes compared with conservative medical treatment in patients with urinary retention caused by benign prostatic obstruction. BMC Geriatrics. 2018; 18:15.
- [3] Paulhac P, Desgrandchamps F, Teillac P, Le Duc A. Traitement endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Encycl Méd Chir (Techniques chirurgicalesurologiques) 1998;13: 41-273. Paris. 1re éd Elsevier
- [4] Barry Delongchamps N, Robert G, Descazeaud A, Cornu JN, Rahmene Azzouzi A, Haillet O, et al. Surgical management of BPH by laser therapies: a review of the literature by the LUTS committee of the French urological association. Prog Urol 2012;22:80-6
- [5] Reich O, Gratzke C and Stief Cg. Techniques and long-term results of surgical procedures for BPH. Eur Urol 2006; 49: 970.
- [6] Delongchamps B, Robert G, Descazeaud A, Cornue JN, Azzouzif AR, Haillet O, Devonech M, Fourmarier M, Ballereauj C et al. Traitement de l'HBP par techniques endoscopiques électriques et adénomectomie par voie haute. Revue de littérature du CTMH de l'AFU. s.l. Progrès en urologie, 2012. 22,73-79.
- [7] Film du traitement d'une volumineuse HBP de 110 cm³ chez un homme de 61 ans sous anticoagulant et en rétention complète depuis 5 mois. Vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate. 103e congrès français d'urologie Nov 2021
- [8] Zerbib M, Teyssier P, Peyret C. Chirurgie endoscopique de la prostate. Chirurgie endoscopique et coelioscopique en urologie. Paris : Maloine, 1994 : 41-79
- [9] Fourcade RO, Lanson Y, Teillac P. Rapport du 87e congrès de l'Association française d'Urologie 1993. Les résultats du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog Urol 1993; 3 : 823-916
- [10] Malé M Résection transurétrale de la prostate dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. Thèse de médecine 2018. N°18M165. 131p
- [11] Banou Paul La résection transurétrale de la prostate en milieu salin au service d'urologie du CHU du Point G. Thèse de médecine 2013 N°13M12. 103p
- [12] Mouad EL MOUHTADI Devenir des patients à long terme après résection trans-urétrale de la prostate. M. Thèse N° 136. Année 2018. 162p
- [13] Camara Ibrahim Salif Résultats fonctionnels de la résection transurétrale de la prostate au CHU-ME le Luxembourg. Thèse de Med 2021 N° 21M216. 13p

[14] Sember Albacaye. La résection trans-urétrale de la prostate au service d'urologie du CHU Pr BSS de Kati. Thèse de médecine, Bamako, 2021 ; N°195. 92p.

[15]. Abdoulaye Ndiath, Alioune Sarr, El Hadji Malick Diaw, Ousmane Sow, Modou Ndiaye, Babacar Sine, Aboubacar Traoré, Ousmane Dabo, Djeynaba Aboubakry Diop, Ndiaga Seck Ndour, Cyrille Ze Ondo, Yaya Sow, Boubacr Fall, Babacar Diao, Alain Khassim Ndoye. Morbi-mortalité de la résection trans-urétrale bipolaire de la prostate au Service d'Urologie - Andrologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Clinical Medecine 2021 ;5 :75.

[16] R. Rabii A. Heddat, A. Doumer, A. Seffar. Chirurgie ambulatoire de la prostate par photo-vaporisation bipolaire turis : première expérience en afrique pour 504 patients - 04/11/18 Doi : 10.1016/j.purol.2018.07.226. Université Mohammed 6 des sciences de la santé Um6ss, Casablanca, Maroc

ANNEXES

ANNEXES

Résumé :

La résection trans-urétrale de la prostate est le gold standard de la chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Elle permet une réduction de la morbi-mortalité par rapport à la chirurgie ouverte.

Les objectifs étaient d'étudier la place de l'endoscopie dans la prise en charge de l'HBP, évaluer les suites opératoires.

Nous avons colligé 70 cas d'HBP en 17 mois.

Tous les patients ayant eu une RTUP monopolaire, bipolaire, vaporisation transurétrale de la prostate, pendant la période d'étude ont été inclus dans l'étude.

La tranche d'âge de 60-70 était la plus représentée avec 42,9% des cas.

Les troubles urinaires du bas appareil étaient le motif de consultation le plus fréquent soit 68,6%.

La tumeur de vessie était la pathologie associée à l'HBP la plus fréquente avec 7,1% des cas.

Nous avons utilisé :

- ✓ La RTUP monopolaire chez 21 patients soit dans 30% des cas ;
- ✓ La RTUP bipolaire chez 39 patients soit dans 55,7% ;
- ✓ La vaporisation bipolaire transurétrale de la prostate (VBTUP) chez 10 patients soit dans 14,3% des cas.

Les suites opératoires étaient simples dans 92,9% des cas. Nous avons enregistré trois (03) cas d'anémie postopératoire soit 3,4% et deux (02) cas d'insuffisance rénale postopératoire soit 2,9%.

Nous n'avons pas enregistré de cas de décès.

La sonde a été enlevée entre J1 et J3 dans 62,9% des cas.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,5 jours avec des extrêmes de 1 et 15 jours.

Cette étude nous a permis de savoir que la morbi-mortalité lors de la RTUP n'est pas importante dans notre pratique au CHU Bocar Sidi SALL de Kati.