

---

# Place actuelle de la chirurgie traditionnelle en France dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate

---

C. COULANGE

Service d'Urologie  
CHU Hôpital Salvador  
249 bd de Sainte Marguerite  
13274 Marseille cedex 09

Correspondance :  
Pr Christian COULANGE  
christian.coulange@wanadoo.fr

---

## Résumé

Le traitement chirurgical est « l'étalon or » du traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HPB), de loin le plus efficace mais aussi le plus invasif. Il est indiqué en cas de complications (rétention, calcul de vessie, dilatation du haut appareil, infection ou hématurie répétée) ou de symptômes gênants résistant au traitement médical. Longtemps opposées, l'intervention sanglante par taille hypogastrique et la résection endoscopique ne sont en fait que deux variantes d'une même intervention. Le choix entre résection endoscopique et chirurgie ouverte est fonction du poids de la glande. Quelle que soit la technique, les résultats sont identiques (90% de score symptomatique et 80% de débit normaux à 2 ans) mais sont réputés plus durables après chirurgie ouverte (5% de réintervention à 20 ans pour la chirurgie ouverte contre 40% pour la résection) au prix d'une morbidité acceptable (2% de sténose de l'urètre, 1% d'incontinence urinaire) en dehors de l'éjaculation rétrograde quasi constante (80% à 2 ans) dont le patient doit être informé. En France, en sachant que les hommes de plus de 60 ans sont 6 millions et que la prévalence de l'HPB symptomatique est de 20%, 1 200 000 hommes présentent une HPB symptomatique. Seuls 58% d'entre eux reçoivent un traitement médical ou chirurgical. La place de la chirurgie a considérablement diminué depuis le début des années 1990 avec l'apparition de nouveaux traitements médicaux : en France, comme dans la plupart des pays européens, la diminution de la chirurgie est de 35% (100 000 /an en 1990 et 66 000 /an en 1997) ; aux Etats-Unis, la diminution est de 50% (300 000 /an en 1990 et 150 000 /an en 1995). La proportion de patients traités par chirurgie est de 9%. Le pourcentage de résection endoscopique est de 81%. Ce pourcentage de résection varie selon les pays : 97% aux Etats-Unis et 70% seulement au Japon. Avec le vieillissement de la population, qui devrait entraîner un doublement du nombre des sujets de plus de 60 ans d'ici 5 ans, la place de l'HPB dans les considérations médico-économiques de santé publique va augmenter de façon importante. Avec une prévalence de 20%, le risque pour un homme de 50 ans d'avoir un jour une intervention pour une HPB symptomatique pourrait atteindre 40%. Le traitement médical, moins cher au début, a un coût équivalent à celui de la chirurgie à partir de la 8<sup>ème</sup> année. Les économistes considèrent que retarder le plus possible l'intervention, qui coûte le plus cher, aboutit à minimiser les coûts. On voit ainsi les limites du rapprochement entre raisonnement économique et médical : ni la survenue de complications, ni l'inconfort prolongé par le retard de l'intervention ne sont pris en compte.

**Mots clés :** Hyperplasie prostatique bénigne / Traitement chirurgical

---

## Abstract

### The present role of traditional surgery in the treatment of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Surgical treatment is the "gold standard" for the treatment of BPH, it is by far the most effective but also the most invasive.

This treatment is necessary when there are complications such as urinary retention, bladder stones, renal dilatation, infection or repeating hematuria or aggravated symptoms resistant to medical treatment.

Although open surgery and the transurethral resection were for a long time mistakenly opposed, they are in fact two variants of the same intervention.

The decision on which treatment the surgeon chooses depends on the weight of the gland.

Whatever the method chosen, the results are identical (90% of symptom score and 80% of urinary flow are normal after two years) but open surgery has proven to be more effective in the long term, as only 5% of the patients who received it needed post-operation treatment, whereas 40% of those who had a resection did. The complications which result from these treatments are relatively minor: 2% experience urethral stenosis, 1% experience urinary incontinence, but 80% experience retrograde ejaculation, and this is something of which they must be informed.

Of the 6 million men in France over the age of 60 approximately 1.2 million are known to have BPH symptoms, yet of this group only 58% of them have received medical or surgical treatment.

When new medical treatments were introduced in 1990, the need for surgery dropped considerably, and here France's figures are representative of Europe's: surgical intervention is necessary only 35% of the time (100 000 / year in 1990 and 66 000 / year in 1997); in America, there has been a 50% drop (300 000 / year in 1990 as opposed to 150 000 / year in 1995).

Only 9% of the patients received surgical treatment. Whereas 81% of the patients received transurethral resection; in America the figure is 97%, in Japan 70%.

Demographics, however, are not on our side. In just 5 years there should be twice as many men over the age of 60 as there are today, which means that the importance of BPH in medico-economic considerations is going to increase in a very dramatic fashion.

With a 20% prevalence, for a 50-year-old man there is 40% chance that in the near future, he will need an operation for BPH.

Medical treatment, at least less expensive in the beginning, has in

fact the same cost as surgery by the 8<sup>th</sup> year. Economists therefore erroneously believe that opting for non-surgical treatment will necessarily minimize the costs.

We see here the futility of weighing economic factors against medical necessity, as economists omit from their calculations not just the all-important question of the health risks that often arise from delaying surgery, but also the greater long term costs of the non-surgical treatment of BPH.

In conclusion, it is my firm belief that surgery is not only in the best interests of the patient, but is also the more cost-effective method overall.

**Key words :** Benign Prostatic Hyperplasia / Surgical treatment

La responsabilité de la prostate dans la genèse des troubles urinaires de l'homme âgé n'a été découverte que tardivement, tandis que depuis l'Antiquité les urologues ou leurs précurseurs s'acharnaient à traiter sa plus douloureuse complication : le calcul de la vessie. En effet, la première "adénomectomie" date de 1885, bien après les grandes interventions d'exérèse (néphrectomie, gastrectomie, hystérectomie), toutes initiées entre 1850 et 1870.

La première endoscopie interventionnelle, la résection endoscopique de la prostate, est réalisée au début des années 1930. Cette opération confidentielle contribuera au mystère de la chirurgie urologique aux yeux des non-urologues et ce, jusqu'à l'avènement des caméras interventionnelles vers le milieu des années 1980.

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une affection commune chez l'homme, et sa prévalence augmente avec l'âge. Avec le vieillissement de la population, qui devrait entraîner un doublement du nombre des sujets de plus de 60 ans d'ici cinq ans, la place de l'HBP dans les considérations médico-économiques de santé publique va augmenter de façon importante. Une étude épidémiologique menée en France en 1998 (1) a montré que 15 à 20 % des patients consultant en urologie présentent une HBP symptomatique et le risque pour un homme de 50 ans d'avoir un jour une intervention pour une HBP symptomatique pourrait atteindre 40 % (2).

## **Objectifs du traitement chirurgical**

L'objectif du traitement chirurgical vise trois buts :

**Traiter les complications :** calcul de vessie, rétention chronique avec ou sans insuffisance rénale, rétention aiguë, infection urinaire ou hématurie répétées.

**Restaurer le confort mictionnel :** l'appréciation exacte de cet inconfort reste l'un des problèmes cliniques les plus difficiles à résoudre. C'est pourtant la pierre angulaire de l'indication thérapeutique permettant de choisir le meilleur compromis individuel entre mesures efficaces et invasives, et mesures plus anodines mais moins efficaces.

**Restaurer les paramètres objectifs de la miction,** avec débit élevé et pression mictionnelle basse. Il s'agit d'un objectif fondamental, parce que physiologique. Il passe le plus souvent au second plan, la baisse du débit, et donc le désir d'y remédier en recherchant un avis médical, ne constituant qu'exceptionnellement une pré-

occupation pour le patient.

Nous envisageons successivement les techniques chirurgicales avec leurs avantages et leurs inconvénients, les indications et la place actuelle de la chirurgie traditionnelle dans l'HBP symptomatique.

## **Traitement chirurgical**

C'est l'« étalon or » du traitement de l'HBP, de loin le plus efficace mais aussi le plus invasif. Longtemps opposées, l'intervention sanglante par taille hypogastrique et la résection endoscopique ne sont en fait que deux variantes d'une même intervention. En effet, seule la voie d'abord varie, tandis que le but unique reste l'ablation de la totalité du tissu hypertrophique à l'intérieur du plan de clivage.

### **Technique de la résection endoscopique :**

L'instrument de base est le résecteur composé d'une gaine isolante, à travers laquelle passent un liquide de lavage, une optique et une anse électrique mobilisée par le mouvement d'un chariot dont elle est solidaire. Chaque mouvement de va-et-vient de l'anse découpe un copeau semi-cylindrique de 9 mm de diamètre et de 3 cm de long pesant 1 gramme.

L'intervention consiste à évacuer l'hypertrophie prostatique par l'intérieur, les copeaux prostatiques migrant dans la vessie sont secondairement évacués par aspiration à travers la gaine. L'hémostase est réalisée par coagulation des vaisseaux repérés.

L'apparition de la lumière froide, permettant d'éclairer par une ampoule de 200 watts l'intérieur de la vessie, a permis de généraliser la technique ; et, l'utilisation d'une caméra endoscopique permet une intervention plus précise par la magnification de l'image (x30) sur l'écran de contrôle.

L'intervention est terminée par la mise en place d'une sonde pour lavage de vessie pendant les 24 premières heures, cette sonde sera retirée entre le 2<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour.

Les complications per-opératoires sont :

l'hémorragie, prévenue par une coagulation soigneuse, le "syndrome de résection endoscopique", dû à l'utilisation de liquide non ionique, causé par l'irruption intravasculaire de ce liquide et à l'hémolyse et l'hyponatrémie de dilution que cette irruption provoque. Il est évité par la rapidité de la résection qui doit durer moins d'une heure et le maintien d'une basse pression de lavage par l'intermédiaire d'un résecteur à courant continu.

Les complications postopératoires immédiates sont :

le caillotage vésical : lavage à la seringue et éventuel changement de sonde,

l'infection urinaire, proportionnelle à la durée du sondage et à la nécessité de rompre le "système clos" que constitue l'ensemble sonde-poche de vidange.

Les complications plus tardives sont :

la rétention due le plus souvent à un caillotage par "chute d'escarre" de coagulation,

l'infection fébrile, qui traduit une prostatite ou une épидидymite, cède à une antibiothérapie adaptée,

la sténose de l'urètre survient dans 3 % des cas, la plupart de siège rétro-méatique,

l'incontinence d'urines est rare : 1,7 % des patients portera une ou plusieurs protections à 1 an alors que 30 % des patients avaient des "fuites" en préopératoire (enquête AFU),

l'éjaculation rétrograde est la complication sexuelle des interventions pour HBP : 80 % à 2 ans. Le patient doit en être informé en préopératoire.

Les résultats de ce type de traitement sont les suivants :

le débit mictionnel est amélioré de 10 ml/seconde avec 80 % de débits normaux (15 ml/seconde) à 2 ans,

le score de symptômes chute de 80 % pour atteindre une valeur de 4/36 à 2 ans. L'amélioration des symptômes est très précoce (3<sup>ème</sup> mois) et le pourcentage de score IPSS normal à 2 ans est de 90 %.

### **Technique de l'incision cervico-prostatique**

L'incision profonde du col et de la prostate jusqu'à 5 mm du veru montanum aboutit à de bons résultats fonctionnels avec une morbidité réduite si le poids de la glande n'excède pas 30 grammes. Cette technique permet de conserver une éjaculation antérograde dans 80 % des cas.

### **Technique de la chirurgie ouverte**

L'intervention chirurgicale ouverte comporte deux techniques différentes :

la technique transvésicale : l'énucléation au doigt emporte la totalité de l'hypertrophie, elle entraîne une perte sanguine brutale parfois mal tolérée chez les patients âgés. Les procédés d'hémostase sont variables, mais aboutissent toujours à la mise en place d'une sonde en fin d'intervention pendant 5 à 8 jours. La complication spécifique de cette technique est la fistule vésicocutanée, qui se ferme spontanément au prix d'un sondage prolongé.

la technique rétropubienne (Millin) n'ouvre pas la vessie mais la coque prostatique, diminuant ainsi le risque de fistule.

Quelle que soit la technique, les résultats sont identiques à ceux de la résection endoscopique, mais sont réputés plus durables, le taux de réintervention est de 5 % à 20 ans contre 40 % à 20 ans pour la résection (2 % par an).

La durée de séjour est en revanche nettement plus longue, atteignant 12 jours et augmentant ainsi les coûts.

### **Indications chirurgicales**

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de complication (rétention aiguë ou chronique, calcul de vessie, dilatation du haut appareil, infection ou hématurie répétée) ou de symptômes gênants résistants au traitement médical.

Le choix entre résection endoscopique et chirurgie ouverte est fonction du poids de la glande. On réserve la résection pour les prostatites inférieures à 50 grammes.

### **Place actuelle de la chirurgie traditionnelle**

En France, la prévalence de l'HBP symptomatique est de 20 % pour une population d'hommes de plus de 60 ans de 6 millions, ce qui équivaut à 1,2 million d'hommes qui présente une HBP symptomatique. Seule la moitié de ces hommes qui présente une HBP symptomatique est traitée (706 400).

La proportion de patients traités chirurgicalement est de 9 % (66 400). Le pourcentage de résection endoscopique est de 81 % pour 14 % de chirurgie ouverte. Cette proportion varie selon les pays : 97 % de résection aux Etats-Unis et 70 % seulement au Japon.

### **Conclusion**

La grande incidence de l'HBP, sa probable augmentation avec le vieillissement de la population, la grande variété des traitements qu'on peut leur opposer en font un enjeu économique pour la décennie à venir.

Force est de constater :

une grande variabilité du nombre d'interventions pour HBP, à population égale, en fonction des pays,

l'apparition de nouveaux traitements médicaux,

la comparaison des coûts montre que le traitement médical a un coût équivalent à celui de la chirurgie à partir de la 8<sup>ème</sup> année,

les économistes auront tendance à considérer que retarder l'intervention aboutit à minimiser les coûts,

les limites du rapprochement entre raisonnements économique et médical : ni la survenue de complications, ni l'inconfort prolongé par le retard de l'intervention ne sont pris en compte.

### **Références**

1. LUKACS B. Management of symptomatic BPH in France : who is treated and how ? Eur. Urol. 1999, 36 (suppl.3) : 14-20.
2. SAGNIER P.P., MC FARLANE G., RICHARD F., BOTTO H., TEILLAC P., BOYLE P. Results of an epidemiological survey using a modified American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia in France. J. Urol. 1994, 151 : 1266-70.
3. MAY F., HARTUNG R. Surgical treatment of BPH : technique and results. EAU 2004, Update Series 2 : 15-23.

## **Discussion**

### **Intervention de M Malafosse**

- 1) Existe-t-il des récidives après chirurgie prostatique ouverte et endoscopique pour lésion bénigne ?
- 2) L'adénomectomie transvésicale se fait-elle toujours au doigt ou l'utilisation des ciseaux s'est-elle imposée ?

### **Réponse de C Coulange**

- 1) Le taux de réintervention après chirurgie prostatique ouverte est de 5% à 20 ans contre 40% pour la résection endoscopique.

Les résultats sont réputés plus durables après chirurgie ouverte.

- 2) L'énucléation transvésicale se fait aux ciseaux, mais il est parfois souhaitable d'utiliser le doigt lorsque le plan de clivage n'est pas parfait.

### **Intervention de B Launois**

Quel est le taux d'incontinence et d'impériosité postopératoires après chirurgie pour lésion bénigne de la prostate (ouverte et endoscopique) ?

### **Réponse de C Coulange**

Le risque d'incontinence d'urine post opératoire après chirurgie pour hyperplasie bénigne de la prostate est faible (inférieur à 2%) quelle que soit la technique

### **Intervention de B Desgrandchamps**

Il semble que la chirurgie ouverte connaisse un regain d'intérêt en termes de fréquence, les prostates à opérer étant de plus en plus grosses. Est-ce également votre sentiment et peut-on considérer que l'extension du traitement médical puisse l'expliquer lorsqu'il retarde le traitement chirurgical, laissant le temps à la prostate de grossir ?

### **Réponse de C Coulange**

Effectivement, la proportion actuelle de chirurgie ouverte est voisine de 40% contrairement aux données classiques (20% de chirurgie ouverte).

L'utilisation prolongée de traitements médicamenteux peut favoriser l'augmentation du volume prostatique et ainsi expliquer la fréquence actuelle de la chirurgie ouverte.

### **Intervention de C Chatelain**

- 1) L'ablation chirurgicale d'un adénome prostatique comporte, outre la voie d'abord, plusieurs temps successifs : la dissection urétrale la section urétrale et l'hémostase. Chaque temps peut être réalisé par un grand nombre de techniques différentes, dont la combinaison diverse explique la multitude des techniques d'adénomectomie proposées. La « combinaison » la plus souhaitable selon moi pour l'adénomectomie transvésicale associe l'incision de la muqueuse péri adénomateuse au bistouri électrique, le clivage de l'adénome au doigt, la section urétrale aux ciseaux (permettant une section nette, sans traction sur le veru montanum, et la zone sphinctérienne sous jacents), et l'hémostase par dépression (technique de Denis)

- 2) La récurrence adénomateuse vraie est une réalité mais une éventualité rare. J'ai constaté 5 à 6 cas de récurrences adénomateuses volumineuses (certaines à répétition), quelques années après ablation chirurgicale certainement complète d'un premier adénome lui-même volumineux. La cause en est probablement l'état hormonal local, ce qui explique l'efficacité d'un traitement préventif par les inhibiteurs de la 5 $\alpha$  réductase.

### **Réponse de C Coulange**

Je ne peux que partager l'avis d'un Maître de l'Urologie.

Je n'ai pas l'expérience du traitement préventif par les inhibiteurs de la 5 alpha réductase d'une récurrence adénomateuse.