

## LA SCLEROSE SECONDAIRE DU COL VESICAL APRES TRAITEMENT CHIRURGICAL OU ENDOSCOPIQUE DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE : A PROPOS DE 40 CAS

Sallami Sataa, Nouira Yassine, Ali Horchani

Service d'urologie, CHU La Rabta, Tunis - Tunisie

S. Sataa, N. Yassine, A. Horchani

LA SCLEROSE SECONDAIRE DU COL VESICAL APRES TRAITEMENT CHIRURGICAL OU ENDOSCOPIQUE DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE : A propos de 40 cas

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°12) : 810 - 813

S. Sataa, N. Yassine, A. Horchani

BLADDER NECK SCLEROSIS AFTER SURGICAL OR TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE : A report of 40 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°12) : 810 - 813

### RÉSUMÉ

**But de l'étude:** Etudier les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette complication à travers une série de 40 cas.

**Méthodes :** sur une période d'activité de 14 ans, nous avons colligé 40 cas de sclérose secondaire du col vésical après un traitement chirurgical ou endoscopique de patients porteurs d'une HBP. L'âge moyen de nos patients était de 71.5 ans.

**Résultats :** Cette complication était secondaire à une adénomectomie transvésicale dans 52% des cas et à une résection transurethrale dans 48% des cas. Le délai moyen d'apparition de cette complication était de 46.5 mois.

Tous les patients ont présenté des troubles urinaires obstructifs objectivés par l'examen clinique et la débitométrie et compliqués chez 15 patients par une rétention vésicale complète. Le traitement a consisté en une résection du tissu scléreux chez 27 patients (67.5%) et une incision radiaire du col vésical par la lame froide chez 13 patients (32.5%). Avec un recul moyen de 32 mois, 11 patients (27%) ont présenté une récurrence de la sclérose du col vésical qui a été traitée endoscopiquement, trois patients dont la sclérose a récidivé et ont nécessité un ou plusieurs retraitements endoscopiques ont développé une incontinence urinaire.

**Conclusion :** La sclérose secondaire du col vésical est une complication rare et tardive de la chirurgie de l'HBP. Elle est gênante par son caractère récidivant. Le traitement reste endoscopique.

### MOTS - CLÉS

Sclérose, col vésical, complication, endoscopie, évolution, prostate

### SUMMARY

**Aim :** To describe diagnostic and therapeutic particularity of complication through a sample of 40 patients

**Methods :** We collected 40 cases of secondary bladder neck sclerosis after surgical or endoscopic treatment for patients with benign hypertrophic prostate. Mean age was 71.5 years.

**Results :** This complication followed a team bladder resection of prostate in 52% of a team Urethral resection in 48%. Mean follow up of to observe this complication was 46.5 months.

All patients had obstructive urinary signs by clinical examination and, With bladder distension in 15 patients. Treatment was based on resection of sclerosis lesions in 27 patients, and incision of sclerosis tissues in 13 patients. After man follow up of 32 months, 11 patients had recurrence of bladder neck sclerosis treated endoscopically . three patients waded several endoscopic treatment followed by urinary incontinence.

**Conclusion :** secondary sclerosis of bladder neck is a rare late complication of benign hypertrophic prostate surgery. It was very because of recurrence. Treatment is still by

### KEY - WORDS

sclerosis, bladder neck, complication, endoscopy, evolution, prostate

التصلب الثانوي لعنق المثانة بعد علاج جراحي أو منظارى للتضخم الحميد للموثة : دراسة حول 40 حالة.

الباحثون : س. سطاغ - ن. ياسين - أ. حرشاني.

**ملخص :** الهدف من هذه الدراسة هو استعراض الخصائص التشخيصية والعلاجية والتطورية للتصلب الثانوي لعنق المثانة وذلك بالإعتماد على مجموعة من 40 مريضا.

تأتي هذه المضاعفة بعد علاج جراحي لتضخم حميد في الموثة في 52% من الحالات وبعد علاج منظارى لنفس السبب في 48% من الحالات. بعد مرور 32 شهرا على العملية 11 مريضا (27%) أصيبوا بتصلب في عنق المثانة. وقعت معالجه منظاريا. نستنتج أن هذه الإصابة هي مضاعفة نادرة وتظهر بصفة متأخرة وهي مقلقة بسبب نزعتها الانتكاسية أما علاجها فهو منظارى بالأساس.

**الكلمات الأساسية :** تصلب، عنق المثانة، مضاعفة جراحة المنظار، تطور، موثة

La sclérose secondaire du col vésical est une complication tardive du traitement endoscopique ou chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Elle est définie comme un bloc fibreux cicatriciel du col vésical [1]. Elle a été décrite pour la première fois en 1918 par Danslow [2] mais sa physiopathologie reste encore obscure. C'est une complication rare mais grave par son caractère obstructif, récidivant et évolutif. Son traitement est essentiellement endoscopique mais souvent difficile.

L'objectif de notre étude est de déterminer les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette complication.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sur une période d'activité de 14 ans, de Janvier 1990 à Décembre 2004, nous avons traité chirurgicalement 3506 patients porteurs d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), dont 1275 adénomectomies transvésicales (ATV) et 2231 résections transurétrales de la prostate (RTUP). Parmi ces patients, 40 (%) ont développé secondairement une sclérose secondaire du col vésical.

L'âge moyen de nos patients était de 71.5 ans avec des extrêmes allant de 46 à 89 ans. Le diagnostic de cette complication s'est basé sur les données cliniques, radiologiques et débitométriques. Nous avons utilisé le test  $\chi^2$  pour comparer le risque de cette complication et son délai d'apparition entre le groupe d'ATV et le groupe de RTUP.

## RÉSULTATS

La sclérose du col vésical était secondaire à une ATV chez 21 patients (52 %) et à une RTUP chez 19 patients (48%).

Le risque de développer une sclérose du col vésical après ATV était de 1.64% contre 0.85% après RTUP. Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0.01$ ).

Le délai moyen d'apparition des signes cliniques variait de 4 à 240 mois avec une moyenne de 46.5 mois. Ce délais était significativement ( $p < 0.05$ ) plus précoce dans le groupe de RTUP (29 mois) que dans le groupe d'ATV (58 mois). La symptomatologie clinique était dominée par les signes obstructifs : une dysurie objectivée par la débitométrie chez 25 patients ( $Q_{max} < 10\text{ml/s}$ , courbe plate ou polyphasique) et une rétention vésicale complète chez 15 patients. L'étude cyto bactériologique des urines a révélé une infection urinaire chez 5 de nos patients.

Le bilan radiologique, basé sur l'urétrocystographie rétrograde (UCR) chez 33 patients et la cystographie mictionnelle par le cathéter sus-pubien chez 7 patients, a permis de confirmer le diagnostic. Il a montré un rétrécissement du col vésical avec l'image classique en jet de vapeur dans 16 cas et une sténose serrée du col vésical dans 24 cas. Dans tous les cas le cystogramme a montré une vessie de lutte avec un résidu post-mictionnel dépassant 200 ml à chaque fois.

Le traitement de cette complication a consisté en une résection du tissu scléreux chez 27 patients (67.5%), et une incision radiaire endoscopique du col vésical par la lame froide de l'urétrorotome chez 13 patients (32.5%). Le drainage urinaire

post-opératoire a été assuré par une sonde transurétrale en latex pendant 24 heures chez tous les patients.

Avec un recul moyen de 32 mois et des extrêmes allant de 13 à 51 mois, l'évolution a été favorable chez 29 patients et marquée par l'apparition d'une récurrence de la sclérose du col vésical dans 11 cas. Le délai moyen d'apparition des récurrences était de 9 mois avec des extrêmes allant de 3 à 15 mois. Dans le groupe de patients qui ont présenté une récurrence le traitement initial de l'HBP était une ATV chez 7 patients et une RTUP chez 4 patients. Cette récurrence était secondaire à une résection endoscopique du tissu scléreux chez 6 patients, et à une incision radiaire du col vésical chez 5 patients.

Le traitement de la récurrence est resté endoscopique dans tous cas. L'évolution après ce deuxième traitement de la sclérose était marquée par l'apparition d'une incontinence urinaire permanente chez un patient et une deuxième récurrence dans 7 cas dont 2 patients ont développé une incontinence urinaire après un troisième traitement de la sclérose.

## DISCUSSION

La sclérose secondaire du col vésical est une complication rare de la chirurgie prostatique, sa fréquence varie dans la littérature de 0.78 % selon Moudouni [3] à 2.8 % pour Herrando [4]. Elle est de 0.85 % dans notre série (tableau I).

**Tableau 1** : fréquence de la sclérose du col vésical après chirurgie prostatique

Auteur	ATV	RTUP	Risque (%)
Moudouni (1999)	549	731	0.78
Gomez Areces (1998)	-	400	1.75
Herrando (1994)	-	623	2.8
Notre série	1275	2231	0.85

Elle résulte d'une anomalie d'évolution post-opératoire, après une adénomectomie ou une résection transurétrale de la prostate [1,3,6].

Dans notre étude, le risque de survenue de cette complication était significativement plus élevé dans le groupe d'ATV. Cette différence est due très probablement :

- à la durée de cathétérisme trans-urétrale qui est plus prolongée dans le groupe d'ATV (10 jours en moyenne contre 2.7 jours pour la RTUP).

- au risque d'ischémie des tissus prostatique car on gonfle le ballonnet de la sonde dans la loge prostatique pour le groupe d'ATV. Les différentes séries publiées dans la littérature n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre l'ATV et la RTUP [3] ainsi que pour la taille de la glande [3]. La fréquence après ATV est estimée à 3.4% selon Al-Singary [1] et à 3.3% après résection endoscopique selon Varkarakis [6].

Al-Singary [1] incrimine la RE d'une petite prostate comme un facteur étiologique et propose une incision trigono-cervico-prostatique dans ces cas.

Cette complication survient en moyenne après 10 mois de l'acte chirurgical [1,6] et quelque soit le type de cet acte a cil ouvert ou endoscopique. Elle survient à un délai plus important dans notre série et serait plus tardive après une ATV (29 versus 58 mois).

Aucun facteur étiologique n'a été rapporté dans la littérature, cependant certaines hypothèses étio-pathogéniques ont été avancées :

- Cicatrisation fibreuse excessive de la loge prostatique la transformant en un bloc fibreux sténosant [7].
- Traumatismes des fibres circulaires du col lors d'une taille vésicale pour une petite hypertrophie prostatique [3].
- Formation d'escarres cicatricielles suite à une électrocoagulation excessive lors d'une RTUP [3].

Cette sclérose s'apparente beaucoup aux sténoses traumatiques de l'urètre postérieur, en effet comme le soulignait Ponthieu [2] dans sa thèse, à première vue le siège est différent mais en fait les lésions se ressemblent :

- par leur pathogénie : c'est un urohématome qui va s'organiser et être la source principale de la fibrose.
- Par leur type anatomique : la sclérose atteint à la fois le conduit urétral et les tissus péri-urétraux.
- enfin, du fait de leur siège sur l'urètre postérieur, le traitement chirurgical de ces lésions se heurte aux mêmes difficultés.

Les méthodes thérapeutiques proposées dans le traitement de la sclérose de la loge prostatique sont multiples, mais n'apportent souvent qu'une amélioration temporaire.

Le traitement est essentiellement endoscopique, mais il doit être réalisé avec prudence car le risque de lésion sphinctérienne et par conséquent une incontinence urinaire est ici majorée. L'essentiel est de bien repérer le veru-montanum, ce qui n'est pas toujours évident, car il aura été parfois réséqué précédemment ou englobé dans une sclérose de la loge prostatique. Ce traitement endoscopique consiste à réaliser une incision cervico-prostatique sous courant de section ou à la lame froide à 6 heures ou d'une façon radiaire, ou à une résection endoscopique du tissu fibreux [8,9]. Le taux de succès de chaque type de traitement est diversement apprécié dans la littérature, il varie de 54 à 100% pour la résection endoscopique du tissu scléreux contre 85 à 100 % pour l'incision cervico-prostatique alors que ce taux est nul pour la dilatation (Tableau II). Gomez Veiga [5] a proposé une incision cervico-prostatique bilatérale et l'injection d'un anti-inflammatoire local dans le lit de chaque incision. Il a noté un taux de succès de 85 % à propos d'une étude de 23 patients.

Coulange [2] a été jusqu'à proposer une prostatectomie radicale et une anastomose cervico-urétrale comme une alternative

thérapeutique pour les scléroses de la loge prostatiques récidivantes et invalidantes.

## CONCLUSION

La sclérose du col vésical secondaire à une chirurgie prostatique est une complication rare et tardive mais grave par son caractère obstructif et récidivant. Le traitement est essentiellement endoscopique mais doit être entrepris avec prudence afin d'éviter une lésion sphinctérienne. Une bonne indication thérapeutique devant une hypertrophie bénigne de la prostate permet de diminuer la fréquence de cette complication.

**Tableau 2 :** résultats du traitement endoscopique de la sclérose secondaire du col vésical selon la littérature

	Nombre	Type du traitement et taux de Succès	Recul
<b>Gomez Veiga (5)</b>	23	Incision du col vésical: 85%	-
<b>Herrando (4)</b>	18	Incision du col vésical: 90% Résection du col : 75%	9 mois
<b>Sikafi (in 1)</b>	49	Incision du col vésical: 91% Résection du col: 54% Dilatation du col : 0%	-
<b>Moudouni (3)</b>	10	Résection / Résection du col: 100% Dilatation : 0%	12 mois
<b>Notre série</b>	40	Incision du col vésical: 61% Résection du col : 78%	32 mois

## R É F É R E N C E S

1. Al-Singary W, Arya M, Patel HR. Bladder neck stenosis after transurethral resection of prostate: does size matter? Urol Int. 2004;73 :262-5.
2. Coulange C., Albert P., Lereboure H., Vaillant J.L., Hernandez F., Rampal M. Sclérose récidivante de la loge prostatique après résection transurétrale. J. Urol. (Paris) 1987 ; 94 : 372-373.
3. Moudouni S.M., Nouri M., Chorfi M.H., Koutani A., Iben Attya Andaloussi A., Hachimi M., Lakrissa A. Sclérose secondaire de la

- loge prostatique après traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Ann. Urol.* 1999; 33: 252-255.
4. Herrando C., Batista J.E., Chechile G., Lopez Duesa M.L., Vicente J. Bladder neck sclerosis after transurethral resection of the prostate. "Study group of the Puigvert Foundation". *Actas Urol. Esp.* 1994; 18: 85-89.
  5. Gomez Veiga F., Gonzamez Martin M., Sanchez Rodriguez J., Chantada Abal V., Busto Castanon L., Soussa Ascandon A. Endoscopic cervicotomy in post-prostatectomy sclerosis of the bladder neck. *Arch. Esp Urol.* 1991; 44: 727-732.
  6. Varkarakis I, Kyriakakis Z, Delis A, Protogerou V, Deliveliotis C. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. *Urology.* 2004; 64(2): 306-10.
  7. Perez Arbej J.A., Cameo Rico M.I., Valdivia Uria J.G., Espuela Orgaz R. Postoperative sclerosis of the bladder neck : pathogenic mechanisms. *Arch. Esp. Urol.* 1991; 44: 1167-1176.
  8. Martin-Laborda y Bergasa F., Vallejo Herrador J., Sanchez de la Muela Naverac P.L. Endoscopic cervicotomy: elective treatment in bladder neck sclerosis. *Arch. Esp. Urol.* 1995 ; 48 : 36-41.
  9. Perez Arbej J.A., Cameo Rico M.I., Valdivia Uria J.G., Espuela Orgaz R. Postoperative sclerosis of the bladder neck : surgical treatment. *ARCH. Esp. Urol.* 1991; 44: 1177-1184.