



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE DE REVUE

Sclérose de l'anastomose urétrovésicale après prostatectomie totale pour cancer

Anastomotic stricture after radical prostatectomy for prostate cancer

I. Ouzaid, T. Lebeau, F. Richard, E. Chartier-Kastler,
M.-O. Bitker, F. Thibault*

*Service d'urologie et de transplantation rénale, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
47–83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France*

Reçu le 24 mars 2009 ; accepté le 3 septembre 2009
Disponible sur Internet le 24 octobre 2009

MOTS CLÉS

Cancer prostate ;
Sclérose de
l'anastomose
urétrovésicale ;
Urétrotomie ;
Sphincter artificiel ;
Sténose urétrale

Résumé L'objectif de ce travail est d'exposer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la sclérose de l'anastomose urétrovésicale après prostatectomie totale pour un cancer de la prostate localisé. C'est dans la proximité anatomique entre le sphincter strié de l'urètre et la zone de sclérose que réside l'enjeu de cette complication qui peut altérer significativement la qualité de vie malgré un contrôle carcinologique de la maladie. La sclérose de l'anastomose peut se manifester par des troubles mictionnels : dysurie, urgenturie, mauvaise vidange vésicale. Elle peut être à l'origine d'une incontinence urinaire par sclérose du sphincter strié. Une débitmétrie, une fibroscopie et une cystographie rétrograde permettent le diagnostic. La gestion thérapeutique doit être gradée en fonction de la sévérité et des objectifs en termes de qualité de vie du patient. L'urétrotomie interne à la lame froide entretenue par des calibrages réguliers est le traitement habituellement retenu en première intention. Ce traitement peut être répété en cas de récurrence. La dilatation pneumatique représente une alternative mais le taux de récurrence est élevé. Le laser holmium-YAG donne de bons résultats sur la sclérose en seconde intention avec un faible taux de récurrence mais aux dépens d'un taux d'incontinence postopératoire élevé en cas d'incisions multiples. En cas de multiples récurrences, à un stade ultime, l'implantation d'un sphincter urinaire artificiel après la mise en place d'un stent transanastomotique ou la réalisation d'une dérivation urinaire, offrent une meilleure qualité de vie que le cathétérisme permanent.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.thibault@psl.aphp.fr (F. Thibault).

KEYWORDS

Prostate cancer;
Bladder-neck
contracture;
Artificial urinary
sphincter;
Urethral stricture

Summary The present paper intends to review diagnosis and treatment issues of bladder neck anastomosis stricture after radical prostatectomy for localised prostate cancer. Even though cancer control is not necessarily a concern, quality of life may be greatly altered. Patients may suffer from dysuria, urgency and the feeling of incomplete bladder emptying. Flowmetry, cystoscopy and cystography contribute to its diagnosis. Treatment should be graded according to the severity of the disease and the quality of life of the patient. Cold-Knife incisions and pneumatic dilatation are the first line treatments. Holmium laser shows good results on the stricture in a second line treatment. A two-stage strategy with an endoluminal stent followed by artificial urinary sphincter implant is the ultimate option to manage severe strictures, while maintaining acceptable quality of life. Continence sparing is the challenge of the treatment of this type of stricture.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La sclérose de l'anastomose urétrovésicale (SAUV) après prostatectomie totale (PT) pour un cancer de la prostate (CaP) localisé peut causer des troubles mictionnels et entraîner une gêne fonctionnelle importante affectant la qualité de vie du patient [1]. La SAUV après PT survient dans 0,5 % à 32 % des cas [2–6]. Elle est la conséquence du développement d'une fibrose de l'anastomose entre vessie et urètre [7]. La proximité anatomique entre cette zone de fibrose et le sphincter strié de l'urètre, le taux important de récurrence rendent difficile le traitement de cette complication qui peut évoluer vers une incontinence postopératoire.

L'objectif de ce travail est, à travers une revue de la littérature, de faire une mise au point sur le diagnostic et les possibilités thérapeutiques des SAUV après PT et d'évaluer pour chaque technique proposée le risque d'incontinence urinaire postopératoire.

Matériel et méthode

Une recherche bibliographique sur le moteur de recherche medline a été réalisée en utilisant les mots clés : cancer prostate, SAUV, urétrotomie, sphincter artificiel, sténose urétrale.

Les questions posées étaient : la stratégie diagnostique, les options thérapeutiques possibles. Le taux d'efficacité et d'incontinence urinaire pour chaque traitement étaient notés. Les références en français et en anglais qui rapportaient des séries de patients ou des revues de la littérature étaient retenues.

Résultats

Diagnostic

Le diagnostic est suspecté chez un patient présentant des troubles mictionnels après une PT. Les symptômes sont la conséquence d'une réduction du diamètre de la filière urinaire. Les troubles décrits sont variables : dysurie, pollakiurie, jet faible, urgenturie, sensation de mauvaise vidange vésicale et résidu postmictionnel. Une rétention aiguë

d'urine peut également survenir [7,8]. Giannarini et al. ont rapporté, sur une cohorte de 648 patients, un délai médian de survenue de la SAUV après PT de 3,8 mois [9].

La fibroscopie est le moyen le plus simple et le plus rapide pour le diagnostic. La débitmétrie objective une diminution du débit maximum et une courbe en plateau. La cystographie rétrograde et mictionnel met en évidence la sténose, son niveau et son étendue (Fig. 1) ainsi que le résidu postmictionnel [10].

Facteurs de risque

L'origine de la sténose de l'anastomose est probablement multifactorielle. Parmi les facteurs cités dans la littérature retenons :

- les antécédents de chirurgie prostatique, en particulier la résection de prostate par le biais d'une fibrose du col

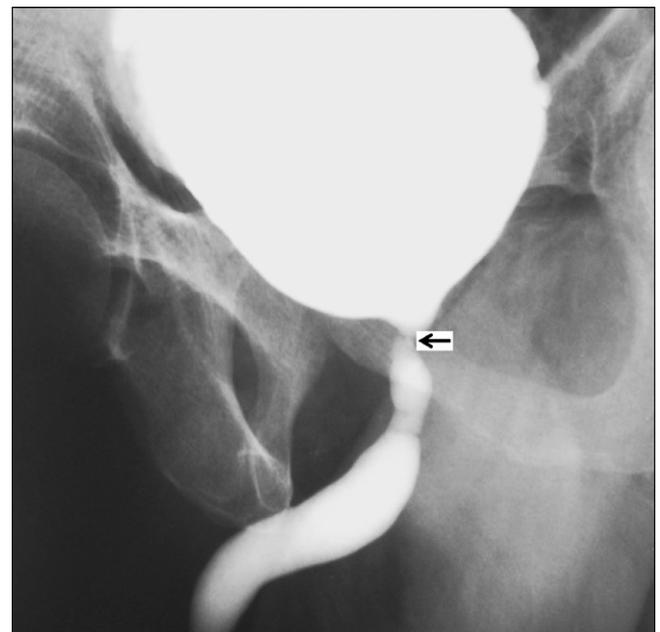


Figure 1. Cystographie rétrograde montrant une sténose limitée de l'anastomose urétrovésicale (flèche) chez un homme de 63 ans à quatre mois d'une PR se présentant en consultation pour une dysurie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827142>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827142>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)