

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

République du MALI

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



U.S.T.T-B



**FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

Année scolaire : 2012- 2013

N°.....

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
HISTOLOGIQUES DES TUMEURS DE LA PROSTATE
AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE
L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement 30 /05/ 2013 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de Bamako**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

M. Ibrahima Abraham KAMISSOKO

JURY

**Président : Pr. Zanafon OUATTARA
Membre : Dr. Bréhima SAMAKE
Co-directeur : Pr. Bakarou KAMATE
Directeur de thèse : Pr Cheick B TRAORE**

*DEDICACE
ET
REMERCIEMENTS*

DEDICACE

« Le Seigneur est ma lumière et mon salut ; de qui aurais-je crainte ? » Psaume 26,1.

A DIEU, Le tout Le Tout Puissant, le miséricordieux et à notre Seigneur et sauveur Jésus Christ. Salut, puissance et gloire à notre Dieu, qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant. DIEU, donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ; donne à mon cœur la compassion et la compréhension ; donne à mes mains l'habilité et la tendresse ; donne à mes oreilles la patience d'écouter ; donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ; donne à mon esprit le désir de partager ; donne – moi Seigneur, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. Amen !

A la mémoire de mon Père feu Raphael Kamissoko (paix à son âme) : Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurais tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement. Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts et la justesse de ton éducation, tu resteras pour moi un exemple à suivre. Grace à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma personne depuis le début de mon cycle. Les mots me manquent. Merci que Yahvé le tout puissant, le clément et miséricordieux, t'accorde son jardin béni (le Paradis). Amen

A ma maman Fatoumata Béatrice Sawadogo, Courageuse et dévouée, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions. Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices et le labeur que tu as endurés pour nous élever. Tu as toujours su nous inculquer les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu t'es toujours privée de tout pour que nous n'enviions à personne. Je ne saurai jamais te remercier assez. Ce travail est le fruit de tes efforts. Seul Dieu peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour nous.

Que Dieu le Tout Puissant t'accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur et qu'il puisse nous donner les moyens nécessaires que nous puissions toujours nous battre pour toi dans la vie.

A mon Tonton Modibo Kamissoko, les mots me manquent pour vous remercier car depuis que j'ai connu votre famille jusqu'à maintenant, vous avez pris les pas de mon Père. Vous êtes le soutien et le guide de la famille entière. Votre soutien moral et financier a été un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie. Egalement que votre femme et vos enfants ainsi que tous les membres de la famille Kamissoko reçoivent mes sincères remerciements. Je vous souhaite une très longue vie et une parfaite santé.

A mon beau-frère Isaïe Siané, ton soutien moral et financier a été un apport important dans la réalisation de ce document, je veux que tu reçoives ici toute ma gratitude. Merci.

A mes frères et sœurs : Delphine Kamissoko, Paul Kamissoko, Félicité Kamissoko, Emile Kamissoko, Ghislain Kamissoko, Félix Kamissoko. Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement

A ma fiancée Marie Jeanne Sidibé, tu es ma reine au sourire éclatant et au regard doux, tu es la lumière qui éclaire mon chemin dans l'obscurité et tu as semé la joie dans mon cœur en tristesse. Femme de foyer, femme brave, femme soumise, femme courageuse. Tendre épouse, mon amie, ma complice, ma confidente, tu as accepté de prendre le risque d'être la fiancée d'un étudiant malien. Forte de caractère, tu as surmonté toutes les épreuves sans tambour ni trompette. Tu as tout donné pour ma réussite. Ce travail est le tien. Ton soutien moral et tes encouragements ne m'ont pas manqué tout au long de ce travail. Que DIEU te donne des enfants respectueux et obéissants. Les mots me manquent car il n'y a pas de prix pour tout ce que tu as fait. Je te serai toujours reconnaissant et à vie.

REMERCIEMENTS

A mes amis Roger Traoré, Charles Sidibé, Mahamane Dorinthié, Pio Berthé, Sory Berthé, Robert Diarra, Toussaint Diarra, Antoine Coulibaly, Pierre D. D., Michel Samaké, Sinè Dembélé : je n'oublierai jamais les moments partagés et le long chemin qu'on a fait ensemble. Nous sommes plus que des amis. Je n'ai pas de mot pour vous remercier, ce travail est le vôtre.

A Dr Kéita Mahamoudou, Dr Koné S. I., Dr Beye S. A., Dr Samaké Alioune, Dr Berthé Modibo, Dr Traoré Abdoulaye, Dr Coulibaly M., Dr Diarra I., Dr Dembélé M., major Founè, major Almamy et tout le personnel du bloc opératoire et de l'unité chirurgicale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : je n'oublierai jamais les moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici ma sincère gratitude.

A Dr Koné Ousmane, tu as été pour moi plus qu'un frère mais aussi un ami. Merci infiniment de ton soutien et des conseils prodigués. Que tu en sois remercié par Dieu lui même. Je te serais toujours reconnaissant.

A mes collègues de la FMPOS : Ali Maiga, Mahamadou Koné, Hama Diall, Jean Pierre Dembélé, Issa Diarra, Sidi Mohamed Kéita, Moustaph Yattara, Bakary Barry, Mariam Doumbia, Alima Sacko, Seydou Sacko, Awa Sanogo, Moussa Dembélé, Awa Traoré, Jonas Dembélé.

Merci à vous et courage.

*HOMMAGES AUX
MEMBRES DE JURY*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY
Professeur zanafon Ouattara

- Chef du service d'urologie du CHU Gabriel Touré.**
- Chirurgien urologue-andrologue au CHU Gabriel Touré.**
- Maître de conférences en urologie à la FMOS.**

Cher Maître,

- **Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.**
- **Recevez ici cher maître nos sincères remerciements, et notre plus grand respect.**

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE
DOCTEUR BREHIMA SAMAKE**

- Spécialiste de chirurgie générale.**
- Diplômé universitaire de la fistule vésico-vaginale obstétricale.**
- Chef de service de la chirurgie générale de l'HNF de Ségou.**

Cher maître, votre ouverture, votre disponibilité et votre franchise font de vous, un exemple à suivre. En nous initiant en chirurgie, vous resterez à jamais, notre source d'inspiration.

La clarté de votre raisonnement scientifique, votre force de caractère, votre compétence technique, marqueront toute notre existence.

Cher maître, recevez ici nos remerciements, les plus sincères !

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
Professeur Bakarou KAMATE

- Spécialiste en anatomie et cytologie pathologiques au CHU du Point G.**
- Maitre de conférences à la FMOS.**
- Collaborateur du projet national de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**

Cher maître,

- **Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, apprécier l'homme rigoureux et travailleur que vous êtes.**
- **Merci pour vos enseignements et pour l'amour de la recherche que vous avez su nous inculquer.**

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE
Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Chef du service d'anatomie et de cytologie pathologiques au CHU du point G.**
- Maitre de conférences agrégé à la FMOS.**
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G.**
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali.**

Cher maître,

- **Vous nous avez accueillis à bras ouverts, confié ce travail en acceptant sa direction.**
- **Vous l'avez éclairé par votre savoir et votre rigueur scientifique.**
- **Permettez-nous de vous exprimer ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.**

ABBREVIATIONS

AP : Adénome de la Prostate
ATCD : Antécédent
BP : Biopsie Prostatique
DHT : Dihydrotestosterone
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
Cm : Centimètre
Cm³ : Centimètre cube
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
ECBU : Etude Cytobactériologique des Urines
G : Gramme
HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HNF : Hôpital Nianankoro Fomba
HP : Hypertrophie Prostatique
HTA : Hypertension Artérielle
IRM : Imagerie par résonance Magnétique
L : Litre
MI : Millilitre
Mm : Millimètre
Ng : Nano Gramme
OGE : Organes Génitaux Externes
OMI : Œdème des membres inférieurs
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAP : Phosphatase Acide de la Prostate
PSA : Antigène Spécifique de la Prostate
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
RAU : Rétention Aiguë d'Urine
TR : Toucher Rectal
UCR : Urétrocystographie Rétrograde
UCRM : Urétrocystographie Rétrograde Post Mictionnelle
UGD : Ulcère Gastro Duodéal
UIV : Urographie Intra Veineuse
μMOL : Micromole

SOMMAIRE

I-Introduction -----	13
II-Objectifs de l'étude -----	14
III-Généralités -----	16
IV-Matériel et méthodes -----	43
V- Résultats -----	45
VI- Commentaires et discussion -----	55
VII-Conclusion -----	58
VIII-Recommandations-----	59
IX-Références-----	61
X- Annexes -----	66

INTRODUCTION
ET
OBJECTIFS

I-INTRODUCTION

Les tumeurs de la prostate sont des proliférations excessives de cellules anormales aux dépens de la glande prostatique. On distingue deux(2) types : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes ou cancer. Ces tumeurs peuvent perturber la miction en obstruant plus ou moins complètement la lumière de l'urètre [1].

L'origine de ces tumeurs est inconnue mais leur fréquence augmente avec le vieillissement [2].

Au Mali, chez les patients après 50 ans, les motifs de consultation sur le plan urinaire ou urologique se résument par une symptomatologie du bas appareil urinaire.

Le diagnostic de cette symptomatologie aboutit le plus souvent à une hypertrophie de la prostate [3].

Toujours au Mali, dans le service d'urologie du C.H.U Gabriel TOURE une étude réalisée sur le cancer de la prostate a démontré des formes associatives notamment avec l'hypertrophie bénigne de la prostate (8,92%), tumeur de vessie, cancer du testicule [4].

Dans les pays développés de nombreuses études ont été réalisées au sujet de l'hypertrophie de la prostate [5].

Le pronostic de l'adénome de la prostate est en général favorable après un traitement chirurgical.

La radiothérapie, la chimiothérapie et la chirurgie ont modifié le pronostic du cancer de la prostate. L'hormonothérapie demeure la plus utilisée à cause de la diversité des techniques disponibles [6].

L'incidence de ces tumeurs augmente avec l'âge (à l'âge de 80 ans, 90% des hommes présentent histologiquement une hypertrophie de la prostate) [2].

A l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou dans le service de chirurgie générale, des études ont été menées sur les tumeurs de la prostate, notamment les tumeurs bénignes. A notre connaissance, aucune de ces études, n'a porté sur les aspects histologiques, d'où l'intérêt de notre étude.

II-LES OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Objectif général

Etudier les tumeurs de la prostate dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence du cancer de la prostate parmi les tumeurs de la prostate.
- Décrire les caractères socio- démographiques des patients présentant une tumeur de la prostate.
- Décrire les aspects cliniques, para cliniques, et diagnostiques des tumeurs de la prostate.
- Déterminer les différents types histologiques des tumeurs de la prostate.

GENERALITES

III-GENERALITES

1. La prostate :

1.1. Définition : La prostate est une glande sexuelle masculine entourant les premiers centimètres de l'urètre (urètre prostatique), située sous le col vésical, juste devant le rectum.

1.2. Rappels embryologiques [7, 8]

Le développement de la prostate humaine a fait, depuis le début du siècle, l'objet de nombreuses études tendant à trouver un substratum embryologique à la pathologie de l'adulte (LOWSLEY 1912, GIL-VERNET 1953, MC NEAL). Mais ce n'est que récemment, que certaines équipes se sont intéressées au développement précoce pendant la période embryofœtale.

Le tissu prostatique se différencie à partir de la cinquième semaine (embryon de 6mm). Le canal de Wolff s'ouvre à la face latérale du sinus urogénital ; il draine les tubes méso néphrotiques. IL donne le bourgeon urétral vers le blastème métanéphrogène.

A la septième semaine (embryon de 20 mm), la croissance du sinus urogénital entraîne l'incorporation progressive de la partie terminale du canal de WOLFF dans la paroi du sinus urogénital : les canaux de WOLFF s'ouvrent au dessous de l'abouchement de l'uretère au sommet du tubercule MÜLLERIEN future veru- Montanum, ils entourent les canaux de MÜLLER fusionnés.

A la dixième semaine (embryon de 68mm) : les bourgeons glandulaires prostatiques naissent de la circonférence de l'uretère autour de l'orifice des canaux de Wolff. Ils prédominent à la face postérieure ; l'arrivée des canaux mésonéphrotiques de Wolff déterminant deux étages au dessus et au dessous d'eux.

Au cours de la période fœtale vers le sixième mois, les tubes glandulaires à la face postérieure de l'urètre vont se développer.

Par contre ceux situés à la face antérieure vont régresser laissant place à un tissu fibro-musculaire.

1.3. Rappels anatomiques : [9, 10]

1.3.1. Anatomie descriptive :

1.3.1.1. Situation :

La prostate est un organe situé dans la partie antérieure du pelvis, elle entre en relation :

- En haut avec la vessie et l'aponévrose pelvienne.
- En bas avec l'aponévrose moyenne du périnée qui recouvre les muscles transverses profonds et le sphincter strié.
- En avant la symphyse pubienne par l'intermédiaire de l'espace pré-prostatique contenant le plexus veineux de santorini.
- Latéralement la partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes contenant les veines latéro-prostatiques et le plexus nerveux hypogastrique,
- En arrière le rectum par l'intermédiaire de l'aponévrose de DENONVILLIER.

1.3.1.2. Dimensions moyennes chez l'adulte [11, 12]

La prostate s'accroît et n'est vraiment développée qu'à la puberté.

Ses dimensions sont les suivantes :

-Hauteur 2,5 à 3cm.

-Largeur de la base 4cm.

-Epaisseur de la base 4cm.

-Poids : 15 à 25grammes.

1.3.2. Aspect macroscopique

Elle présente un aspect en châtaigne en Europe, et en noix de cola en Afrique dont la partie basse est en contact avec la vessie. L'apex pointe vers le diaphragme urogénital. De couleur blanchâtre, de consistance ferme, à la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant, elle présente chirurgicalement cinq lobes : Antérieur, médian, postérieur (accessible au TR), latéral droit et gauche.

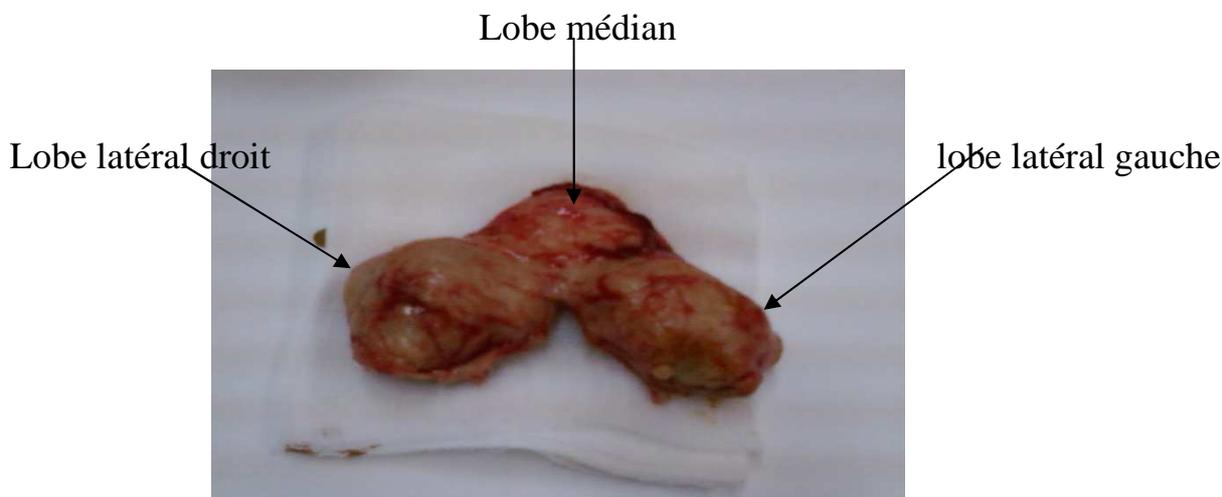


Figure 1 : Aspect Macroscopique d'une pièce d'adénomectomie à l'HNF Sékou.

1.3.3. Aspect microscopique

Histologiquement, la prostate est composée de 25% de tissu glandulaire, 25% d'acinus (lumière), 50% de stroma, plus particulièrement œstrogène-dépendant.

L'hyperplasie qui est à l'origine de la formation de cette tumeur bénigne peut toucher chacun des tissus constitutifs : le tissu glandulaire (adénome), le tissu musculaire (myome), le tissu conjonctif (fibrome). L'adénome de la prostate est donc en fait un adénomyofibrome. La proportion de chacun de ces éléments est variable : si le contingent fibreux est au premier plan, le volume de la glande reste modeste mais sa symptomatologie est bruyante ; si le contingent adénomateux est au premier plan, la tumeur peut prendre un volume considérable avant de devenir gênante. Ainsi, le poids de l'adénome peut-il varier de 10 à 300grammes.



Histologie de la prostate

Figure 1 : Histologie de la prostate.

1.3.4. Rapports [9]

La prostate est enveloppée par une lame cellulaire qui entoure la capsule propre. Elle est aussi entourée en :

- Avant par le ligament pubo-prostatique.
- Bas par le ligament prostatique.
- Arrière par le fascia recto-vésical de DENONVILLIER. La prostate répond à la face antérieure du rectum pelvien ; oblique en bas et en avant présentant un corps sous rétro-prostatique.

L'aponévrose de DENONVILLIER présente deux feuillets.

L'espace entre ces deux feuillets est appelé l'espace rétro-prostatique de PROUST qui présente un bon plan avasculaire du clivage.

Le plexus veineux péri-prostatique se trouve entre le fascia péri-prostatique et la capsule propre.

On peut enlever les lames qui contiennent les vaisseaux sanguins et les lymphatiques avec la prostate et les vésicules séminales.

1.4. Vascularisation

1.4.1. Artère

Elle est principalement irriguée par l'artère vésicale inférieure qui est une branche de l'artère iliaque interne.

La distribution vasculaire de la prostate est intrinsèque et est faite par deux groupes de vaisseaux : les vaisseaux capsulaires et les vaisseaux urétraux

A noter que le groupe urétral pénètre la capsule à la jonction vésico-prostatique postéro-latérale et irrigue le col de la vessie et la partie péri-urétrale de la glande.

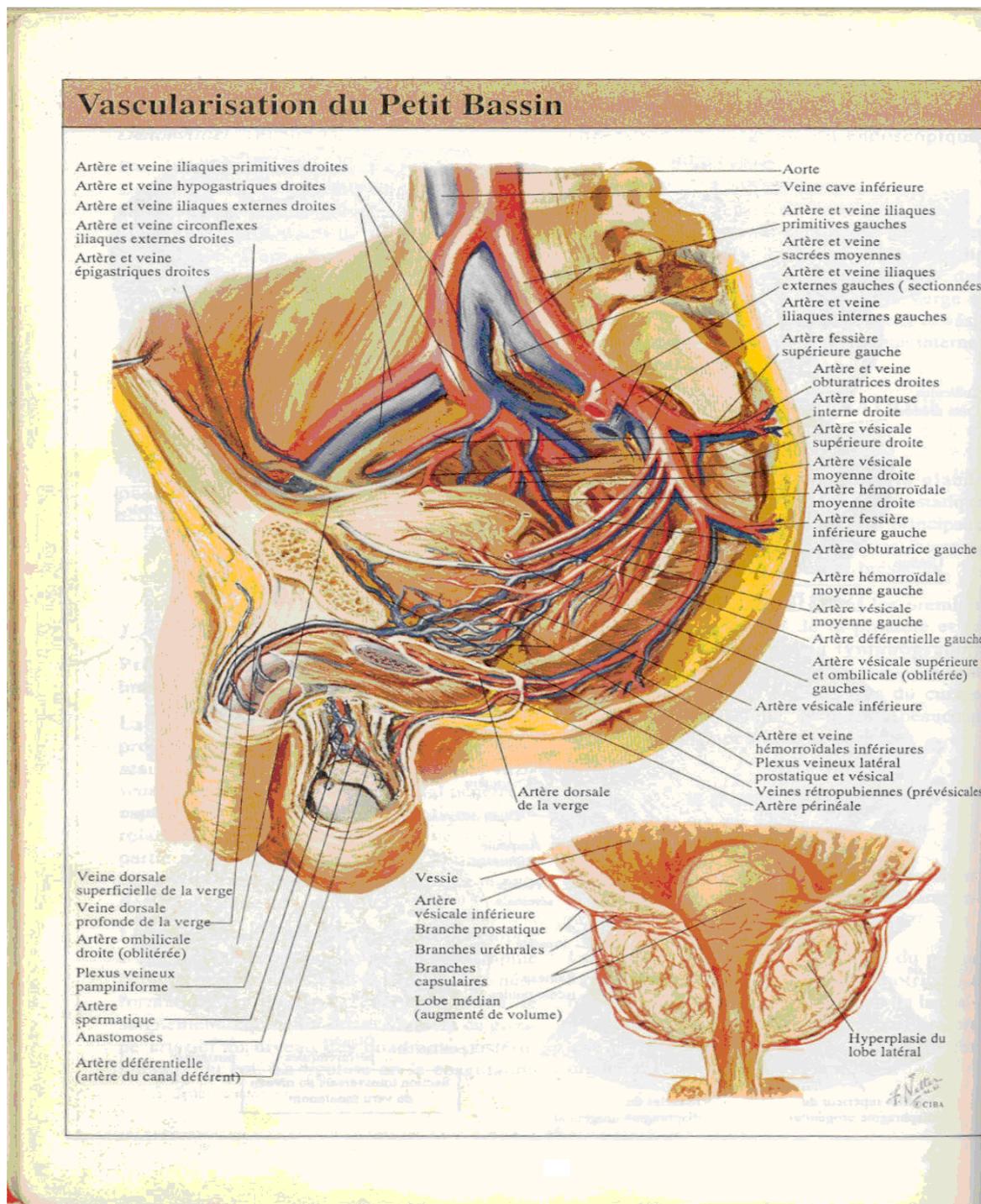
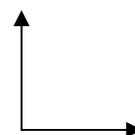


Figure 3 : Vascularisation du petit bassin [13]

Haut



Gauche

Le groupe des artères urétrales se développe de façon importante en cas de HBP pour irriguer l'ensemble de cette néoformation.

Au cours de l'adénomectomie le saignement le plus important vient de ce groupe artériel au niveau du quadrant postéro-latéral du col.

Sa ligature ou sa coagulation dans les premiers temps de l'opération permet de diminuer le saignement.

L'artère hémorroïdaire moyenne contribue à la vascularisation de la prostate.

1.4.2. Les Veines [9]

Les veines forment un plexus qui entoure les faces antérieures et latérales de la capsule prostatique.

Ces veines reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge et communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne.

1.4.3. Drainage Lymphatique [14]

Les lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau péri-prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, iliaques externes, obturateur et per sacrés.

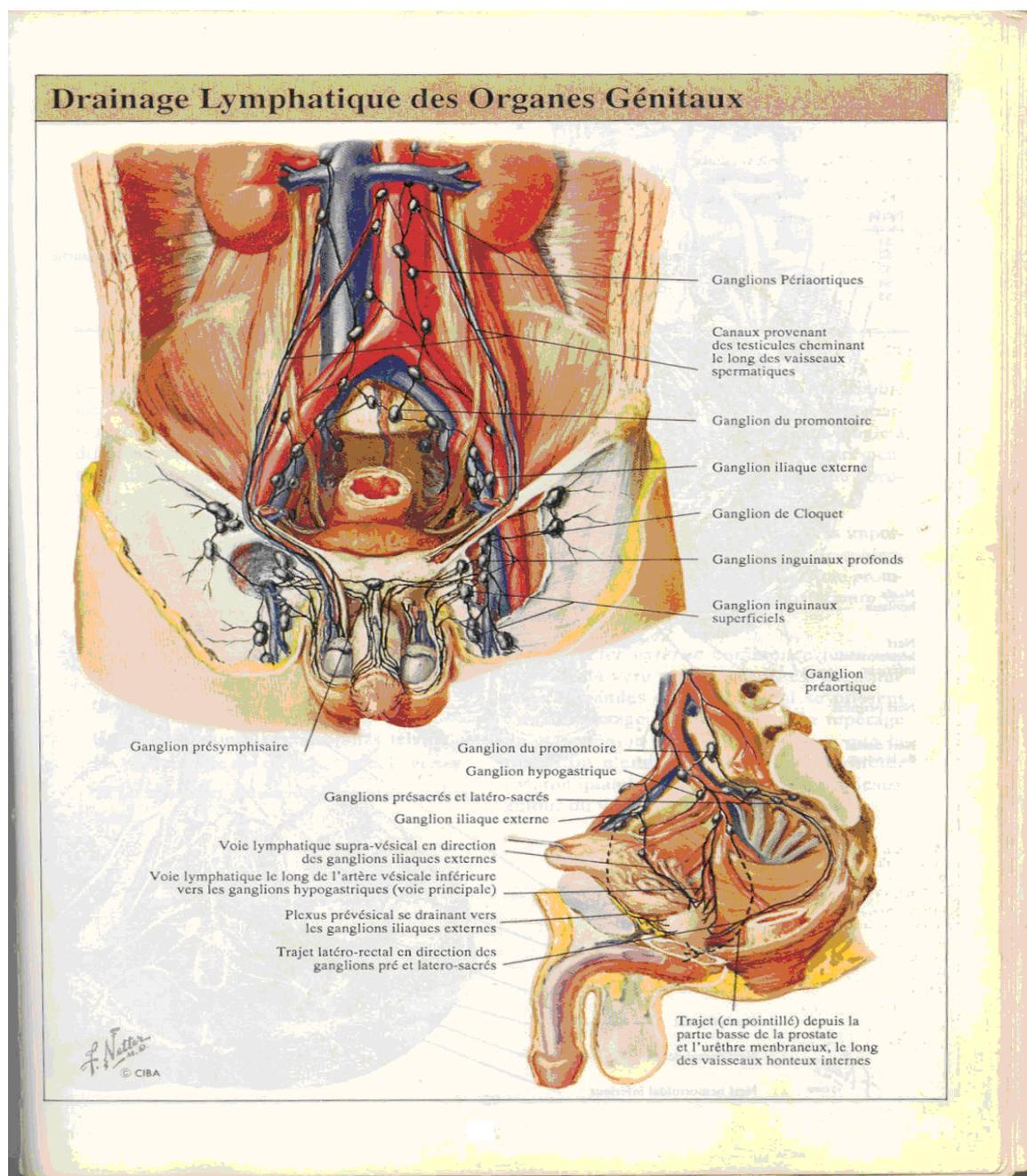


Figure 4 : Drainage lymphatique des organes génitaux externes [13]

Haut
Gauche

1.4.4. Innervation

La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte sympathique et parasympathique à partir des plexus pelviens.

Les fibres sympathiques provenant du plexus hypogastrique ont une fonction motrice.

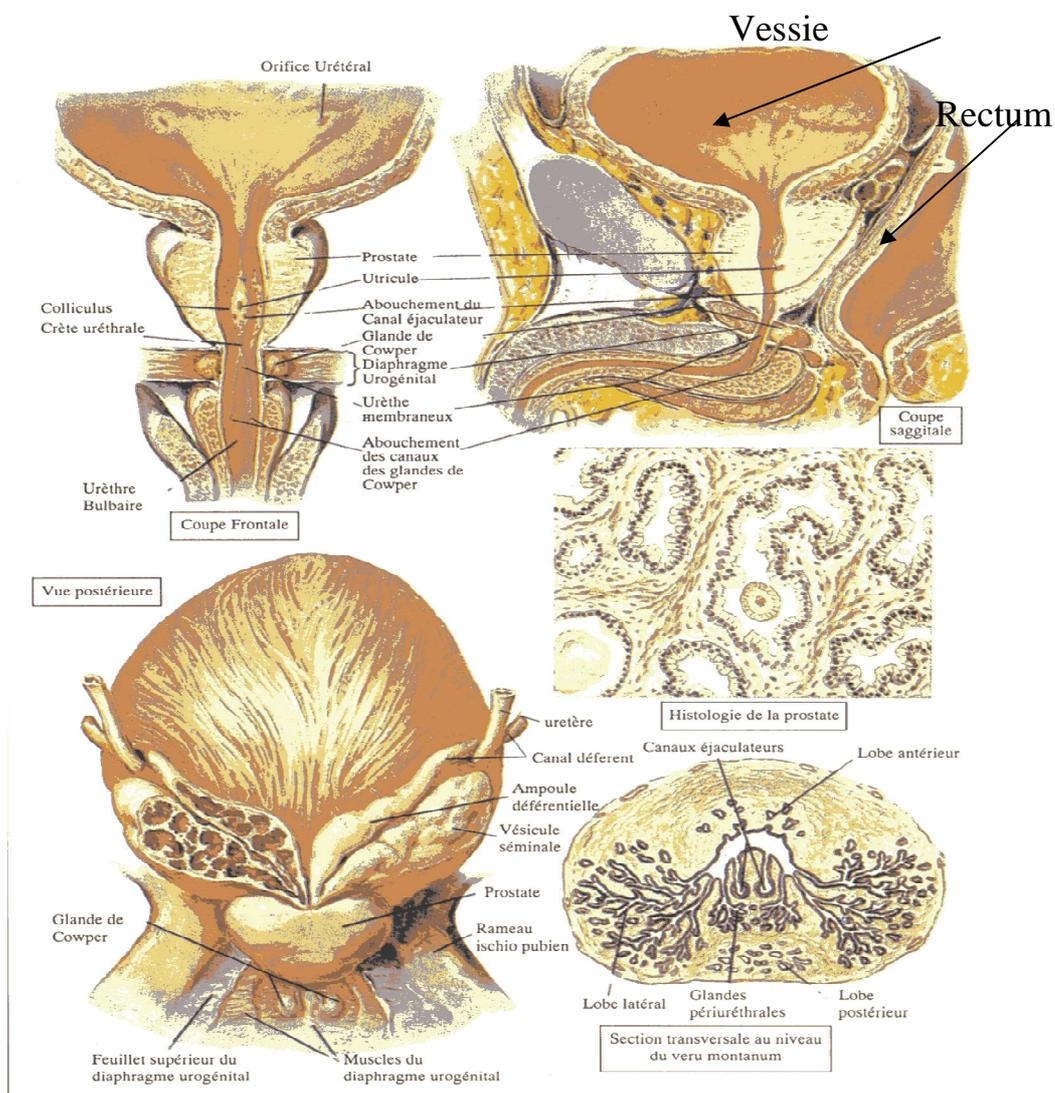
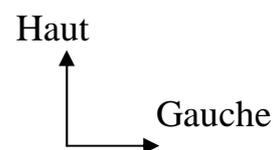


Figure 5 : Innervation des organes génitaux [13]



1.5 Physiologie de la prostate

1.5.1. Physiologie hormonale de la prostate [15]

La prostate et les vésicules séminales sont des glandes à sécrétion externe. Leur rôle principal semble être la sécrétion du liquide séminal. La connaissance de leur physiologie est intéressante à cause du rôle que ces organes jouent dans la fertilisation. Elles servent à véhiculer, nourrir, augmenter les chances de survie des spermatozoïdes.

1.5.2. Composition de l'éjaculat [16]

Le volume de l'éjaculat humain varie de 2 à 6cc. Il est formé de deux composantes principales : les spermatozoïdes, le liquide séminal.

Le liquide séminal est formé en grande majorité par la sécrétion des organes sexuels secondaires, tels les épидидymes, les déférents, les vésicules séminales, la prostate, les glandes de COWPER et les glandes de Littré.

La contribution la plus importante en volume vient de la vésicule séminale (2 - 2,5cc) suivie de la prostate (0,5 – 1cc).

1.5.3. Protéines de sécrétion prostatique

Elles semblent jouer un rôle dans les phénomènes de capacitation et de reconnaissance antigénique.

1.5.4. Antigène spécifique de la prostate (PSA)

Initialement décrit sous le nom de gamma-sémio-protéine par HARA en 1971 et isolé du tissu prostatique par Wang en 1979, c'est une glycoprotéine exclusivement produite chez l'homme dans les cellules épithéliales prostatiques. Son rôle physiologique est de reliquéfier le sperme et sa sécrétion semble être quantitativement équivalente dans toutes les zones de la glande.

1.5.5. Phosphatase Acide de la prostate (PAP)

Elle représente la protéine la plus abondante du fluide prostatique (25%). Mise en évidence dans le tissu prostatique dès 1935, la PAP a été proposée comme marqueur biologique du cancer de la prostate il y a 50 ans. Même si son rôle physiologique est méconnu, il semblerait qu'elle pourrait intervenir dans la capacitation.

1.5.6. Autres protéines prostatiques [17]

Albumine, Alpha 01 acide glycoprotéine, Zn-alpha-2glycoprotéine.

2. Tumeurs malignes de la prostate ou cancer

2.1. Définition

Le cancer de la prostate est une tumeur maligne développée aux dépens de la glande prostatique.

2.2. Epidémiologie

Le cancer de la prostate est l'un des cancers masculins les plus fréquents. Il se manifeste exceptionnellement avant 50 ans.

Il est néanmoins variable selon les continents et les ethnies. Une forte incidence est retrouvée dans les populations des Etats – Unis en particulier dans la population noire américaine mais également en Europe de l'Ouest. Elle est beaucoup plus faible en Asie et en Europe de l'Est.

En France, elle est de 36,5 pour 100000 ; 95% des cas sont compris entre 57 et 88 ans. L'âge médian est de 73 ans [18].

Environ 20% des autopsies réalisées chez les personnes de plus de 45 ans de sexe masculin retrouvent des lésions cancéreuses prostatiques (80% chez les hommes de plus de 80 ans).

La prévalence du cancer de la prostate est élevée avec une lenteur d'évolution responsable de la latence clinique ; ce qui rend difficile le diagnostic avant les premières manifestations cliniques.

En effet le cancer de la prostate reste la deuxième cause de mortalité chez l'homme par cancer et est la première cause après 70 ans.

Le risque de décès par cancer de prostate est de 3% (seul 30% des hommes atteints d'un cancer à un stade clinique décèdent de leur cancer) ; ce qui le place au cinquième rang dans l'ordre de gravité des cancers après celui du poumon, du sein, du colon – rectum, de l'estomac et du pancréas.

Il existe probablement une prédisposition génétique à développer ce cancer. Le risque est deux à trois fois plus élevé chez les sujets avec un antécédent familial (apparenté au premier degré) de cancer de la prostate [19 ; 20].

En Afrique il y a eu quelques études qui rapportent 4,5 / 100.000 au Sénégal contre 11,5 / 1000.00 au Liberia [19].

Il n'y a pas de facteurs favorisants connus de son association avec l'H.B.P. mais il est probable qu'il existe un phénomène d'occidentalisation de comportement de vie.

Le facteur de risque principal connu aujourd'hui reste donc l'âge [19 ; 21].

L'introduction dans cette dernière décennie de nouveaux moyens de diagnostic (PSA, Echographie endorectale) dans le bilan du cancer de la prostate fait que sa découverte au stade précoce (qui est curable) est assez fréquente.

2.3. Physiopathologie

La division cellulaire est nécessaire pour l'équilibre et la survie de l'organisme ; mais malheureusement les mécanismes du déclenchement de cette division cellulaire restent complexes [22].

L'hypothèse suivante permet d'expliquer la survenue du cancer de la prostate : Lorsque les mécanismes régulateurs de la division cellulaire sont intacts, l'interaction entre les différents facteurs de la division (androgène, œstrogène, facteur de croissance oncogène) est coordonnée afin que la réponse ne dépasse les besoins de l'homéostasie, ainsi donc l'équilibre entre la différenciation d'une prostate normale.

Mais lorsqu'il y a une atteinte des mécanismes de division cellulaire, la prolifération cellulaire dépasse les besoins. Ainsi, lorsque les mécanismes de la différenciation ne sont pas atteints, on a une tumeur bénigne, dans le cas contraire, on obtiendra un cancer de la prostate.

L'étiologie de l'atteinte de ce mécanisme est inconnue, toutefois, il semblerait que l'oncogène ras 21p (de transmission génétique) soit incriminé [4].

2.4. Etiopathogénie

Les travaux de CATALONA et SCOTE (1986) énoncent les causes majeures du cancer de la prostate, en particulier les facteurs génétiques, hormonaux, environnementaux et infectieux [20]

2.5. Facteurs liés à l'hôte

2.5.1. Facteurs génétiques

Une incidence élevée a été constatée chez les parents des patients porteurs de cancer de prostate [4;20].

2.5.2. Facteurs hormonaux

Le rôle supposé d'imprégnation oncogénique est la stimulation et l'activation de l'épithélium prostatique vers une transformation maligne chez l'homme âgé [20].

2.5.3. Facteurs immunologiques

L'âge avancé et le liquide séminal ont un effet dépressif sur l'immunité humorale. Les stimuli immunologiques "Catalyseurs" et inhibiteurs sont alors à la base du développement et de la prolifération tumorale. Ainsi la réaction de blocage immunitaire et l'action possible de Ras p 21 de cellules normales en cellules tumorales pourraient expliquer la croissance rapide et la prolifération des cellules résistantes (YATANI et OL) [4].

2.5.5. Espérance de vie

WITMORE (1984) souligne dans son travail, que l'augmentation de l'espérance de vie chez l'homme de plus de 50 ans, conduit à une augmentation de ses risques à développer le cancer [4].

2.5.6. Age

La prévalence clinique correspond au risque de souffrir d'un cancer de prostate, ce risque cumulé pour un homme est de 9% [18].

2.6. Facteurs alimentaires et environnementaux

2.6.1 L'incidence du cancer de la prostate

L'incidence du cancer de la prostate augmenterait chez les patients qui auraient une alimentation riche en graisse.

2.6.2. Cadmium

Le cadmium augmenterait le risque de cancer de la prostate.

2.7. Anatomopathologie

2.7.1. Les variétés histologiques

L'adénocarcinome de la prostate représente près de 90% des cancers de la prostate. C'est une tumeur plus ou moins différenciée. Elle a un point de départ acineux et se développe dans les parties postérieures et périphériques, (ou lobes latéraux) de la prostate.

Toutefois il existe d'autres variétés de cancer de la prostate en dehors de l'adénocarcinome. Il s'agit du carcinoïde et le carcinome épidermoïde [3].

2.7.2. Examens anatomo-pathologiques

2.7.2.1. Les différents types de prélèvements [22]

- Biopsies prostatiques
- Copeaux de résection trans-urétrale et les pièces d'adénomectomie
- La prostatectomie totale : le cytodiagnostic

2.7.2.2. Examen histologique

Aspects microscopiques : (Figure 4 ; Figure 5)

Le diagnostic de l'adénocarcinome repose sur des critères cytologiques et structuraux en se référant au tissu prostatique sain.

Sur le plan structural le tissu prostatique normal est fait d'acini régulièrement regroupés en lobules tributaires d'un canal excréteur, au sein d'un tissu conjonctif riche en cellules musculaires lisses. Cette structure est conservée dans l'adénomyome prostatique (dystrophie).

Au contraire, le cancer de la prostate infiltre le tissu prostatique préexistant en nappe non structurée, ce qui aboutit à la perte de la structure lobulaire normale. On parle alors de tumeur différenciée ou indifférenciée, selon que sur le plan morphologique et fonctionnel elle se rapproche plus ou moins ou s'éloigne du tissu normal de référence [23].

C'est une cellule à cytoplasme cellulaire et à noyau petit, rond et régulier.

Les atypies cytonucléaires des cellules tumorales sont fréquemment discrètes, mais elles peuvent être très évidentes avec un cytoplasme basophile ou éosinophile, parfois mucosécrétant ou vésiculeux et un noyau gros, parfois en mitose.

Ces atypies nucléaires des cellules sont appelées "anaplasie", par les auteurs anglo-saxons, ce qui signifie "indifférenciation extrême par les anatomopathologistes français".

Le stroma des structures tumorales est un tissu conjonctivo – vasculaire formant la charpente et le tissu nourricier de la prolifération. Il peut être très scléreux, provoquant une induration de la tumeur.

L'adénocarcinome peut être polymorphe c'est à dire que de multiples aspects histologiques et structuraux peuvent s'associer dans une même tumeur. La recherche d'embolies néoplasiques intra capillaires doit être systématique [23].

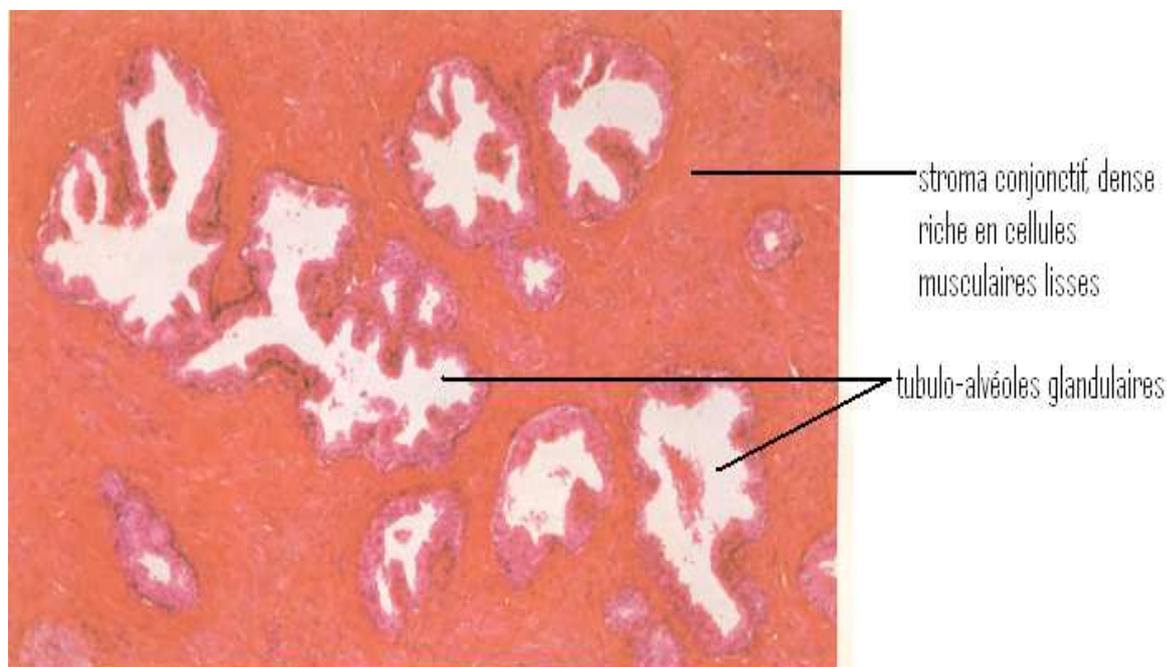


Figure 6: coupe d'une prostate normale

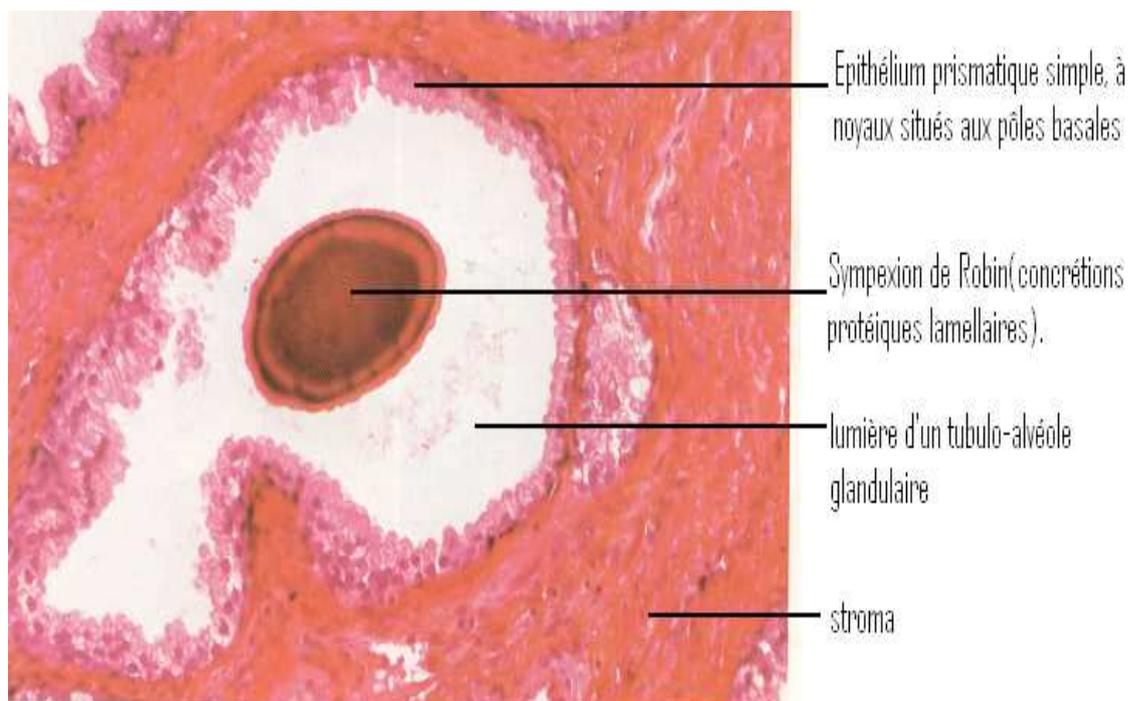


Figure 7: coupe d'une glande tubulo-alvéolaire normale

2.7.2.3. Examen cytologique

La ponction aspiration cytologique à l'aiguille de FRANZEN par voie transrectale est simple et pratiquée en ambulatoire [4 ; 23].

Les aspects cytologiques suivants sont retrouvés par cette cyto-aspiration :
Glandes normales, glandes et structures tumorales.

3. Les tumeurs bénignes de la prostate : [10, 24, 25]

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) représente la tumeur bénigne la plus fréquente de l'homme. Elle commence dans la zone péri-urétrale sous forme d'hyperplasie fibromusculaire, des éléments glandulaires vont s'ajouter pour former un fibro-adénomyome. Elle progresse en multipliant en nombre et en volume les éléments normaux de la glande. Cette hypertrophie aboutit à la formation de nodule de tailles différentes qui siègent dans les lobes latéraux, le lobe médian et parfois dans le lobe postérieur. Le développement ultérieur se fait plus par la croissance de ces nodules que par l'apparition de nodules nouveaux.

Les éléments glandulaires et fibromusculaires ne sont pas représentés d'une façon homogène. Dans certains cas, ce sont les éléments glandulaires qui prédominent (nodules à prédominance épithéliale), dans d'autres cas ce sont les éléments fibro-musculaire qui sont les plus abondants (nodules peu épithéliaux).

3.1 Epidémiologie et facteurs favorisants : [26]

3.1.1 Épidémiologie :

L'adénome de la prostate est la maladie de l'homme de la soixantaine, certes 10% des adénomes peuvent se révéler chez des sujets jeunes .Mais en règle générale, on peut affirmer qu'au sein de la race blanche, un homme sur deux de plus de soixante ans est atteint de l'adénome de la prostate.

Deux points sont à noter chez les patients souffrants d'adénome de la prostate : L'âge (sa fréquence augmente progressivement avec l'âge)

Le testicule fonctionnel (il semble ne pas y avoir de pathologie adénomyomateuse chez l'homme castré)

La prostate étant un organe ciblé par les hormones testiculaires telles que la dihydro-testostérone qui est un métabolite actif des testostérones beaucoup plus élevé dans le tissu adénomateux qu'au sein de tissu prostatique normal. A noter que l'adénome de la prostate n'est pas un facteur de risque pour le cancer de la prostate.

3.1.2. Facteurs favorisants :

Les facteurs comme la race l'environnement, l'alimentation, des habitudes sexuelles, le statu matrimonial et ainsi le tabac n'étaient que des hypothèses.

3.2. Physiopathologie de l'hypertrophie bénigne de la Prostate

3.2.1 Testostérone : [27]

Il n'est admis aujourd'hui que la testostérone, par le biais de son métabolite intracellulaire, la dihydrotestostérone (DHT) essentielle pour le métabolisme prostatique. Sans cette hormone, la prostate est incapable de maintenir son développement, sa différenciation, son volume normal et sa fonction.

Une fois que le volume normal adulte de prostate est atteint sous l'effet des androgènes, il n'augmente plus par de nouvelles administrations, mêmes importantes, d'androgènes exogènes. Les androgènes semblent agir principalement dans le maintien de l'équilibre entre le renouvellement et la mort cellulaire.

3.2.2. Autres facteurs :

Les recherches se sont orientées vers les œstrogènes, les facteurs de croissances et oncogènes.

-Œstrogènes : [28]

Son rôle a été longtemps suspecté sur le fait que l'HBP se développe à une époque de la vie de l'homme où la fonction testiculaire commence à décliner et où la production d'œstrogènes augmente. Par leur effet synergique sur l'action des androgènes.

-Les facteurs de croissances :

Le FGF (Fibroblaste Growth Factor) ou l'EGF (Epidermal Growth Factor)

-Les proto oncogènes :

Ils sont impliqués dans la régulation, la division et la différenciation cellulaire.

4. Les classifications histologiques

Les classifications de Gleason et de Mostofi sont purement histologiques, et sont les plus connues pour la prostate.

4.1. La classification de Gleason

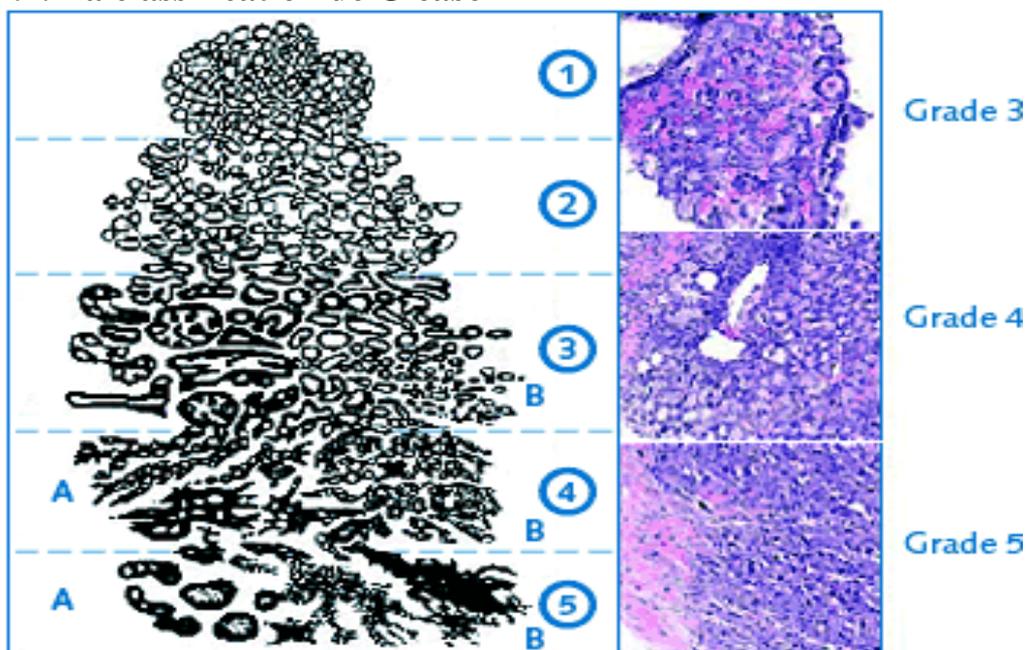


Figure 8: schéma pour établir le grade de Gleason.

4.2. La classification de Mostofi [29]

Grade 1 : tumeur composée de glandes bien différenciées bordées par un épithélium présentant des signes d'anaplasie nucléaire discrète.

Grade 2 : tumeur composée des glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie modérée.

Grade 3 : tumeur composée des glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie sévère ou tumeur indifférenciées sans formation de glande.

5. Etude clinique et para clinique :

5.1. Étude clinique :

5.1.1. Type de description : HBP chez un patient de 60ans

5.1.1.1. Circonstances de découvertes

Les signes cliniques qu'entraîne l'adénome de la prostate sont très variables d'un patient à l'autre.

Beaucoup de malades ne s'inquiètent pas tant ils sont habitués à entendre dire qu'à partir d'un certain âge les hommes n'urinent plus comme à 20 ans. C'est pourquoi, lors de la première consultation on peut se trouver en présence de 1 tableaux très différents, d'où l'importance du score international des symptômes fonctionnels adopté par l'OMS qui tient compte de l'intensité des symptômes symbolisées par la lettre S et notée de [0-35] (S=0-35) ainsi que de l'impact de ces symptômes sur la qualité de la vie du malade symbolisée par la lettre L et notée de (0-6) ([L = 0-6]. Ces signes cliniques sont classés en symptômes obstructifs ou irritatifs.

5.1.1.2 Signes fonctionnels :

-Les symptômes obstructifs sont constitués (par la faiblesse du jet urinaire, retard du jet, dysurie, gouttes retardataires, sensation de vidange incomplète).

A noter que la dysurie est souvent très bien tolérée au dessous d'un seuil de 10ml /s que la plus part des patients prennent vraiment conscience de la gêne mictionnelle.

-Les symptômes irritatifs sont constitués par la pollakiurie diurne ou nocturne, impériosité.

5.1.1.3. Signes généraux :

Ces signes sont liés à l'intoxication urémique avec insuffisance rénale : anémie, altération de l'état général, élévation de la créatinémie et parfois des troubles cardio-respiratoires.

Les complications peuvent survenir à n'importe quel stade.

5.1.2. Période d'état [13]

Son diagnostic est avant tout clinique et repose sur une anamnèse bien conduite et le toucher rectal ; le reste sera confirmé par les examens complémentaires.

5.1.2.1. Interrogatoire :

Il est très important, car il permet de mettre en évidence les signes évocateurs de l'adénome de la prostate qui se répartissent comme suit :

-Troubles mictionnels : la pollakiurie (nocturne et /ou diurne), faiblesse du jet, dysurie.

-Parfois une miction par regorgement, une miction impérieuse, la distension vésicale incomplète puis la rétention aigue d'urine, une infection (cystite, orchépididymite, adénomite) une hématurie ; tous ces troubles mictionnels seront révélés par le patient que jusque là pensais normaux et cela grâce à un interrogatoire bien dirigé.

5.1.2.2. Examen Physique : [29]

-Toucher rectal :

Le TR reste l'examen fondamental, à condition d'être effectué systématiquement et selon une technique rigoureuse. Il se pratique chez un patient à vessie vide selon les positions :

- Position couchée latérale,
- Patient debout, penché en avant
- Position genu-cubital sur une table d'examen, procure de meilleurs renseignements
- Position gynécologique, la plus employée, très confortable chez les patients âgés.

Le TR apprécie le volume de l'HBP, son indolence à la pression, son homogénéité, ses limites, sa régularité, sa fermeté et son élasticité comme une balle de tennis. Cependant il n'étudie que la partie postérieure de la prostate et ne doit avoir aucune valeur dans le diagnostic du degré d'obstruction.

Il existe des cas où le TR est pris à défaut : il s'agit d'un adénome développé sur le lobe médian ou à développement urétral qui ne peut être perçu par le TR.

La palpation abdominale combinée avec le TR et la percussion peut apprécier un éventuel résidu d'urine ou un globe vésical. En matière d'HBP, il est beaucoup plus axé sur l'examen des OGE et du méat à la recherche d'une sténose. La palpation de la région sous-pubienne se font à la recherche d'une rétention vésicale, la palpation des fosses lombaires à la recherche d'un gros rein. Les orifices inguinaux doivent être palpés, car les efforts de poussées favorisent la survenue des hernies. L'examen neurologique ciblé, l'examen du périnée et du réflexe bulbo anal élimineront une pathologie. En somme, le TR constituant le temps essentiel de l'examen physique, même normal n'exclut pas un AP (lobe médian) et doit être complété par les examens paracliniques.

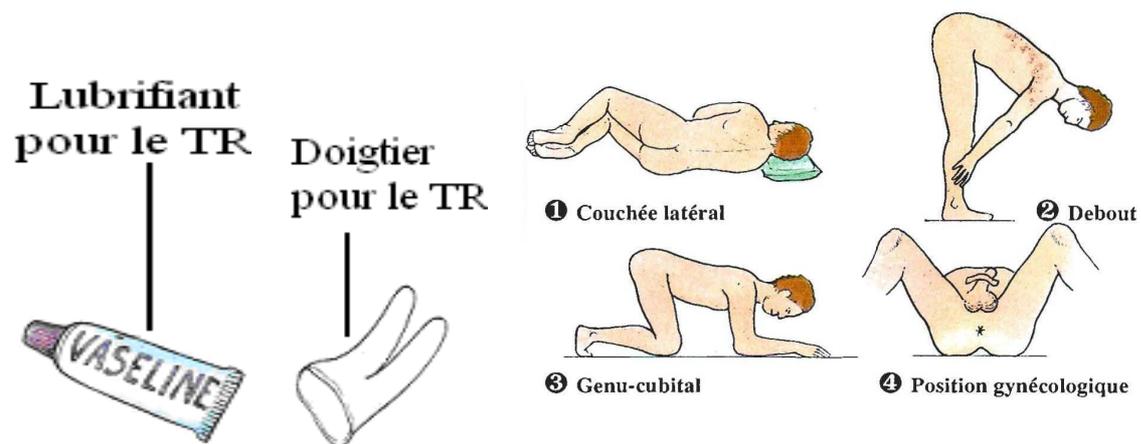


Figure 9: La position du patient au cours du toucher rectal [30].

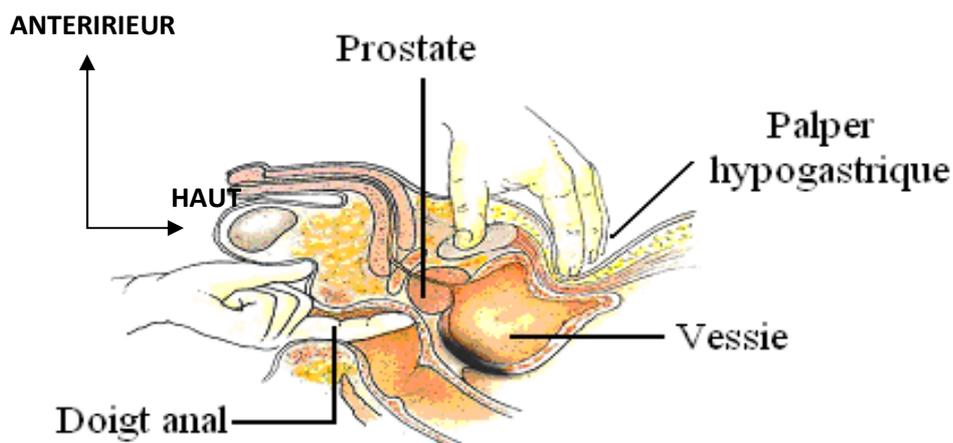


Figure 10: le toucher rectal combiné au palper hypogastrique [31].

5.2. Examens para cliniques : [15, 7, 32]

- La débimétrie
- La créatinémie
- Le PSA
- ECBU
- Echographie
- UIV
- Urétrocystographie rétrograde postmictionnelle (ucrm)
- Endoscopie
- Bilan Urodynamique
- La cystomanometrie
- Le profil de pression urétrale
- Le Scanner

5.3. Évolution : [33, 34]

Il est habituel de décrire l'évolution des symptômes de l'AP en trois périodes successives nous utiliserons pour ce faire la classification de GUYON.

- Prostatisme : Stade I

Le prostatisme représente le stade de début, mais ne présume en rien du volume de l'adénome qui peut être déjà important. Il est caractérisé essentiellement par deux signes fonctionnels à savoir la dysurie et la pollakiurie nocturne. Cette pollakiurie traduit l'hyper contractilité d'une vessie qui lutte afin d'expulser l'urine.

-Rétention chronique sans distension : stade II

Les symptômes décrits dans le stade I (dysurie, pollakiurie) deviennent diurnes du fait de la réduction de la capacité fonctionnelle vésicale. Il apparaît alors un résidu post-mictionnel de plus de 100CC qui constitue le symptôme essentiel de ce stade et peut être mis en évidence par un examen clinique soigneux. Il devient alors important de rechercher le signe physique du résidu. Ceci se fera par un TR combiné au palper hypogastrique mais difficile chez les malades obèses.

La manière la plus scientifique d'apprécier un résidu serait de faire un sondage explorateur après miction, mais les auteurs tels que Cibert et Couvelaire le déconseillent formellement.

Leurs raisons sont tout à fait fondamentales, car il peut être source d'infection et être à l'origine de cystite avec même des poussées de pyélonéphrites. L'UIV à ce stade a toute son indication et vient lever les doutes.

A ce stade, la pollakiurie s'accompagne souvent d'impériosité.

- Rétention chronique avec distension : stade III

La distension représente le stade ultime de la stagnation. Le résidu post-mictionnel devient alors supérieur à la capacité vésicale physiologique (300cc), ainsi la vessie se distend.

Sur le plan clinique, on distinguera des symptômes urinaires des signes généraux.

-Symptômes urinaires :

La pollakiurie est accentuée et c'est l'incontinence due à la miction par regorgement qui est un symptôme propre à la distension :

5.4. Complications : [33]

Un certain nombre de complications peuvent émailler et accider l'évolution de l'AP.

- Rétention aigue d'urine
- Complications infectieuses:Infection urinaire épididymite aigue, pyélonéphrite aigue et septicémie.
- Hématurie
- Lithiase vésicale

5.5. Formes cliniques : [13]

5.5.1. Symptomatiques :

Elles sont nombreuses et variées. On distingue :

- Formes avec dysurie et Pollakiurie nocturnes
- Formes avec pollakiurie diurne et impériosités diurnes.
- Formes avec miction par regorgement.

5.5.2. Selon le terrain :

L'AP peut se manifester sur un terrain :

- Cardio-vasculaire avec œdèmes des membres inférieurs, élévation de la tension artérielle, cardiomégalie, dyspnée.
- Diabétique
- Cirrhose hépatique.

5.5.3. Selon l'âge :

L'âge est un facteur favorisant d'apparition de l'AP.

5.5.4. L'HBP microscopique :

Dès l'âge de 30 ans, 8% des hommes présentent des lésions histologiques d'HBP, puis 50% durant la cinquantaine et 80% durant la huitième décennie.

En résumé, 75 à 80% des hommes de plus de 40 ans développent ou vont développer une HBP microscopique et un homme sur deux ayant une HBP microscopique évoluera vers une HBP macroscopique.

Sur un sondage effectué auprès de 913 hommes âges de 50 à 70 ans 8% subiront une intervention chirurgicale.

5.5.5. Formes compliquées :

- Forme avec rétention aigue d'urine
- Forme avec hématurie
- Forme avec lithiase vésicale
- Forme avec infection urinaire
- Forme avec insuffisance rénale.

5.6. Diagnostic positif

Il repose sur l'interrogatoire et le TR qui font le plus souvent le diagnostic de tumeur de la prostate.

L'échographie de la prostate transrectale définit la topographie et l'échogénicité de la tumeur. L'arrière-pensée de l'adénocarcinome de la prostate ne doit en effet jamais quitter l'esprit de l'urologue. Au moindre doute, en particulier lorsqu'existe une zone hyperechogène au niveau de la prostate périphérique, une ponction biopsie de la prostate et ou une ponction-aspiration cytologique, sous contrôle échographique seront réalisées.

Le caractère compensé ou décompensé de l'obstacle prostatique est défini par la notion de résidu à échographie post-mictionnelle.

5.7. Diagnostic étiologique :

Basé sur les résultats de l'interrogatoire, de l'examen physique et des examens complémentaires.

5.8. Diagnostic différentiel :

Se fait avec beaucoup de pathologies urologiques :

- Cancer de la prostate
- Prostatites aiguës et prostatites chroniques
- Calcifications Prostatiques
- Abscessus Prostatique
- Sténose primitive du col vésical
- Sténoses urétrales
- Cystites
- Hypocontractibilité vésicale
- Troubles de la contractilité vésicale

5.9. Traitement :

5.9.1. Préventif :

Basé sur les conseils hygiéno-diététiques à savoir l'éviction des épices et les alcools qui sont des congestifs pelviens, les longs voyages en voiture.

5.9.2. But :

Le but du traitement est la levée de l'obstacle que représente la tumeur bénigne.

5.9.3. Moyens

- Médicaux: [34]

-Médicaments agissant par la réduction du volume prostatique.

-Médicaments agissant sur la composante fonctionnelle de l'HBP.

- Décongestionnants pelviens :

✓ L'extrait d'écorce de pygeum africanum (Tadenan®)

✓ L'extrait lipidostérolique de Serenoa repens (Permixon®) et l'extrait de prostate désalbuminée (Postavéron®),

✓ Composés magnésiens (Pelvomagnésium®)

- Alpha- bloquants

-Chirurgicaux: [13]

C'est le traitement le plus efficace pour supprimer l'obstruction due à l'HBP, il doit toujours être réalisé après stérilisation des urines. Il existe plusieurs méthodes mais elles consistent toutes à enlever le tissu adénomateux (pas la prostate elle-même).

Parmi ces méthodes nous pouvons retenir :

-Adénomectomie transvésicale :

-Voie périnéale

-Chirurgie Endoscopique

-La résection transurétrale : RTU

-Incision cervicoprostatique

-Autres Méthodes : La cryochirurgie, dilatation de l'urètre prostatique, prothèses endo urétrales, le laser transurétral, thérapie prostatique ultrasons avec aspiration prostatique transurétrale.

5.10. Indications :

Dépendent de l'importance de la gêne fonctionnelle, du degré de retentissement sur l'appareil urinaire, de l'état général du patient, du volume de l'adénome et des habitudes de l'urologue.

5.10.1. Traitements médicaux : [36]

Proposés dans un certain nombre de cas:

- Patient ayant un petit adénome à symptomatologie peu gênante
- Contre indication à la chirurgie
- Sujet parkinsonien pour lequel l'indication chirurgicale est particulièrement risquée du fait de la qualité de son sphincter strié.
- Sujet en très mauvais état général, en particulier s'il présente une insuffisance cardiaque ou respiratoire majeure.

5.10.2. Traitements Chirurgicaux : [37]

Proposés dans un certain nombre de cas:

- Gros adénomes à répercussion sur les voies urinaires supérieures (urétéro-hydronéphrose, diverticules vésicaux, important résidu post-mictionnel, vessie de lutte)
- Insuffisance rénale liée à l'HPB
- Infections urinaires récidivantes
- Adénomes avec rétention urinaire complète persistante après ablation de la sonde
- Adénome avec saignement important (par blessure de l'urètre ou de la vessie après un sondage).

5.11. Complications Postopératoires :

5.11.1. Complications postopératoires précoces : [38]

5.11.1.1. Chirurgie à ciel ouvert :

-Hémorragie :

Elle est due, soit à un défaut d'hémostase qui nécessite parfois une reprise chirurgicale, soit à des troubles de la crasse sanguine type C.I.V.D due au passage de thromboplastine dans la circulation sanguine avec chute des Plaquettes et du fibrinogène plasmatique et ensuite une élévation des produits de dégradation de la fibrine due à une fibrinolyse souvent associée.

-Infections :

Il peut s'agir d'une simple infection urinaire postopératoire favorisée par la présence de sonde urétrale, d'une septicémie plus fréquemment observée chez le patient ayant un antécédent de prostatite ou opéré avec des urines non stériles, d'une orchépididymite sur sonde, d'une infection pariétale due à une fuite d'urine sur la suture de cystostomie.

-Fistules Vésico-cutanées :

Sont les conséquences d'un défaut de fermeture vésicale associé à un problème infectieux local ou à l'ablation trop rapide de la sonde sus-pubienne endo-vésicale, souvent corrigées par la mise en place d'une sonde urétrale à bon œillet de drainage.

-Incontinence immédiate :

Due à l'ablation trop rapide de la sonde. Il peut s'agir le plus souvent d'une incontinence partielle avec pollakiurie, miction impérieuse et éréthisme vésical, pouvant être corrigée par la stérilisation des urines, les anticholinergiques, la rééducation sphinctérienne et des muscles du périnée.

-Accidents cardio-vasculaires :

En particulier les désordres vasculaires cérébraux, représentant une raison de mort d'autant plus fréquente que le sujet est âgé.

-Embolie pulmonaire :

Témoin d'une phlébite pelvienne précédant une phlébite d'un membre. L'utilisation d'injections en sous cutanée d'héparinate de calcium à faible dose (0,2 à 0,3 UI) deux fois par jours dès la veille de l'intervention a presque totalement supprimé le risque d'embolie pulmonaire. L'embolie peut être majorée par les saignements pariétaux, source d'hématome ou d'abcès.

5.11.1.2. Résection transurétrale : [28]

-Hémorragie, infection, trouble de la continence sont les mêmes que celles de la chirurgie à ciel ouvert.

-Syndrome de résection endoscopique:

Actuellement l'utilisation d'un liquide d'irrigation non isotonique lors de la procédure est de moins en moins utilisée au profit du sérum physiologique (salé isotonique) qui a moins de complications.

-Coagulopathie de dilution :

La surcharge due au liquide d'irrigation entraîne une baisse des facteurs de la coagulation et une thrombocytopénie relative.

5.11.2.2. Les Séquelles :

5.11.2.2.1. Troubles Sexuels: [39]

Ils sont directement liés à l'inquiétude du patient, majorée par une information négligée et à l'importance attribuée à la sexualité généralement par les sujets jeunes, mais non exclusivement.

Le défaut d'éjaculation survient dans 96% des cas après voie haute et cerclage et 98% des cas après résection.

L'impuissance évaluée à travers des simples interrogatoires toucherait 6% des malades opérés. Cette dernière est liée à 2 facteurs: le profil psychologique du sujet et l'apparition de l'absence d'éjaculation génératrice d'impuissance psychologique.

5.11.2.2.2. Rétention et Dysurie : [28]

Elles seraient le plus souvent dues soit :

- à une adénomectomie incomplète
- à la présence d'un grand diverticule vésical méconnu ou abandonné
- à la sclérose de la loge prostatique ou de l'urètre membraneux
- à un rétrécissement secondaire au sondage urétral
- à la présence d'une urétrocèle.

5.11.2.2.3 - Incontinence Urinaire Persistante : [28]

Au-delà d'un an, séquelles heureusement exceptionnelles mais dramatique pour le patient, dû soit à une destruction du sphincter strié, soit à une sclérose péri-urétrale empêchant les sphincters de se fermer hermétiquement, soit une instabilité vésicale (détrusor hyperactif), associée à une insuffisance du sphincter strié. Pour cela des traitements ont été proposés.

✓ Traitement classique : décevant [11]

- Interventions plastiques visant à reconstruire le col vésical à partir des lambeaux vésicaux, sont complexes et le résultat est aléatoire
- Prothèse assurant une compression permanente de l'urètre se soldant par des échecs.

Ces résultats médiocres expliquent que bien souvent le malade porteur d'une incontinence grave persistante, se contentait de traitement palliatif: protection par couches, pince à verge, voire sonde à demeure.

✓ Sphincter artificiel : [11]

Grâce aux travaux de mise au point de ce sphincter artificiel hydraulique en 1970, de **SCOTT, BRADLEY**, et **TIMM**, beaucoup de malades ont eu leur incontinence traitée (90% environ).

Matériel et méthodes

IV- MATERIEL ET METHODES

1. Période et type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale allant du 1^{er} août 2011 au 31 juillet 2012, soit une période de 12 mois.

2. Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

3. Population d'étude

Tout patient opéré pour tumeur de la prostate dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

3.1. Critères d'inclusion

Tout patient opéré pour tumeur de la prostate chez qui une confirmation histologique a été effectuée.

3.2. Critères de non inclusion

Tout patient opéré pour tumeur de la prostate non confirmée par l'histologie.

4. Technique anatomopathologique

Les pièces ont été fixées au formol à 10% incluses en paraffine après les techniques standard. La coloration a été faite à l'hématéine éosine et la lecture à l'aide du microscope optique au faible puis au fort grossissement.

5. Méthodes

5.1. Collecte des données

Pour la collecte des données les supports suivants ont été utilisés :

- ✓ Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire.
- ✓ Les dossiers médicaux des patients.
- ✓ Le registre du protocole opératoire.
- ✓ Le registre d'hospitalisation.
- ✓ Le compte rendu histopathologique.

5.2. Gestion des données

Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Microsoft Word 2007.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel EPI-INFO 3.3.2.

6. Support éthique

Nous avons demandé le consentement des patients en utilisant une fiche individuelle, tout en gardant l'anonymat.

RESULTATS

V-RESULTATS

Nous avons obtenu 42 cas répondant aux critères d'inclusion de notre étude. L'analyse des données a abouti à des résultats qui seront présentés ci-dessous.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : répartition des patients selon la tranche d'âge

Age (année)	Effectif	Fréquence(%)
50-59	6	14,3%
60-69	9	21,4%
70-79	19	45,2%
≥ 80	8	19,1%
Total	42	100,0%

La tranche d'âge la plus représentée était de 70-79ans avec 45,2%. La moyenne d'âge des patients était de $72,45 \pm 23,80$ ans. Les extrêmes étaient de 55 ans et 95 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le lieu de provenance.

Résidence	Effectif	Fréquence(%)
Hors de la ville de Ségou	33	78,6%
Pélengana	3	7,0%
Sébougou	1	2,4%
Ségou	5	12%
Total	42	100,0%

La majorité de nos patients résidait en dehors de la ville de Ségou avec 78,6%.

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'alphabétisation.

Niveau d'alphabétisation	Effectif	Fréquence(%)
Non scolarisé	38	90,5%
Scolarisé	4	9,5%
Total	42	100,0%

90,5% de nos patients étaient non scolarisés.

2. Caractéristiques cliniques :

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Mode de recrutement	Effectif	Fréquence(%)
Auto référé	17	40,5%
Référé	25	59,5%
Total	42	100,0%

La majorité de nos patients a été référée : 59,5%.

Tableau V : Répartition des patients selon le début de la symptomatologie et la date de la première consultation.

Délai de consultation	Effectif	Fréquence(%)
0-6 mois	4	9,5%
7-12 mois	13	31,0%
13-18 mois	1	2,4%
19-24 mois	9	21,4%
24 mois et plus	15	35,7%
Total	42	100,0%

La majorité des patients a consulté après 2 ans de l'apparition des symptômes ; 35,7%.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Fréquence(%)
Dysurie	4	9,5%
Incontinence urinaire	1	2,4%
Pollakiurie	9	21,4%
RAU	28	66,7%
Total	42	100,0%

Le motif de consultation le plus fréquent a été la RAU ; 66,7%.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents Médicaux	Effectif	Fréquence(%)
Asthme	2	4,8%
HTA	5	11,9%
Bilharziose Urinaire	6	14,3%
Diabète	2	4,8%
Sans ATCD médicaux	27	64,2%
Total	42	100,0%

Les ATCD urologiques et médicaux ont été respectivement dominés par la bilharziose urinaire et l'HTA.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence(%)
Appendicite	1	2,4%
Hernie	4	9,5%
Lithiase vésicale	1	2,4%
Sans ATCD chirurgicaux	36	85,7%
Total	42	100,0%

La plus part de nos patients était sans ATCD chirurgicaux mais parmi ceux retrouvés la hernie en a dominé avec 9,5%.

Tableau IX : Répartition des patients selon la surface de la prostate au TR.

Surface de la prostate au TR	Effectif	Fréquence(%)
Bien limitée	41	97,6%
Mal limitée	1	2,4%
Total	42	100,0%

Au TR la surface de la prostate était mal limitée chez un patient soit 2,4%.

Tableau X : Répartition des patients selon le contour de la prostate au TR.

Contour de la prostate au TR	Effectif	Fréquence(%)
Régulier	41	97,6%
Irrégulier	1	2,4%
Total	42	100,0%

Le contour de la prostate était irrégulier chez un patient soit 2,4%.

Tableau XI : Répartition des patients selon la consistance de la prostate au TR.

Consistance de la prostate au TR	Effectif	Fréquence
Dure	1	2,4%
Ferme	41	97,6%
Total	42	100,0%

Le TR a retrouvé une prostate de consistance dure chez un patient ; 2,4%.

4. Caractéristiques para-cliniques

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de la Glycémie.

Glycémie	Effectif	Fréquence(%)
Elevée	3	7,70%
Normale	36	92,30%
Total	39	100,0%

La glycémie était normale à 92,30% dans notre étude.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le résultat de la créatininémie.

Créatininémie	Effectif	Fréquence(%)
Elevée	2	5,12%
Normale	37	94,88%
Total	39	100,0%

La créatininémie était élevée à 5,12% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le poids échographique de la prostate.

Poids échographique de la prostate(g)	Effectif	Fréquence(%)
30-60	25	61,0%
61-90	13	31,70%
91-120	3	7,30%
Total	42	100,0%

Le poids moyen de la prostate à l'échographie était compris entre 30 et 60 dans 61% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon la structure échographique de la prostate.

Structure échographique de la prostate	Effectif	Fréquence(%)
Hétérogène	2	4,8%
Homogène	39	92,8%
Inconnu	1	2,4%
Total	42	100,0%

Dans 4,8% seulement des cas la structure échographique de la prostate était hétérogène.

Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat de l'examen anatomopathologique.

Résultat anatomopathologique	Effectif	Fréquence(%)
Adénocarcinome	4	9,5%
Adénomyome	38	90,5%
Total	42	100,0%

L'histologie a retrouvé 4 cas d'adénocarcinome soit 9,5%.

5. Traitement

Tableau XVII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation.

traitement reçu avant l'hospitalisation	Effectif	Fréquence
Aucun	7	16,7%
Médical	17	40,5%
Mixte	13	31,0%
Traditionnel	5	11,8%
Total	42	100,0%

40,5% de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical avant leur hospitalisation.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence(%)
AG	1	2,4%
Rachi	41	97,6%
Total	42	100,0%

La quasi-totalité de nos a été opérée sous anesthésie locorégionale soit 97,6%.

5- Suites opératoires

Tableau XIX : Répartition des patients selon le délai de la reprise du transit.

Délai de reprise du transit	Effectif	Fréquence
J1	40	95,2%
J2	2	4,8%
Total	42	100,0%

A J1 postopératoire chez 95,2% de nos patients le transit avait repris.

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

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Fréquence(%)
5-10 jours	20	48,8%
11-15 jours	8	19,5%
16-20 jours	2	4,9%
21-25jours	6	14,6%
26 jours et plus	5	12,2%
Total	41	100,0%

La durée moyenne d'hospitalisation était comprise entre 11 et 15 jours ; 19% des cas.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la durée d'ablation totale des fils.

Durée d'ablation totale des fils (jours)	Effectif	Fréquence(%)
5-10	33	82,5%
10-15	7	17,5%
Total	40	100,0%

L'ablation totale des fils était effective entre J5-J10 postopératoire ; 82,5% des cas.

*COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION*

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1- Limite:

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Nous avons colligé **42** pièces opératoires dont **4** cas d'adénocarcinome et **38** cas d'adenomyome sur une période de 1 an. Nous avons rencontré quelques difficultés qui sont : la non coopération du personnel soignant et des accompagnateurs pour la réalisation de l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires et la perte de vue des patients après leurs sorties de l'hôpital.

2- Fréquence :

Sur 42 pièces opératoires nous avons dénombré quatre cas de cancer soit une fréquence de 9,5%. Cette fréquence élevée s'explique par la recherche systématique de cancer par les médecins urologues et les chirurgiens généralistes, et cela grâce à l'apport des techniques para cliniques. Ce résultat est inférieur à celui de **Peko et al** à Brazzaville qui ont colligé sur **185** prélèvements prostatiques **65** cas de cancer soit **35,13 % [21]**.

3- Tranche d'âge :

La plupart de nos patients avait un âge compris entre 70 et 79 ans avec des extrêmes allant de 55 à 95 ans. Ceci réaffirme que la pathologie tumorale prostatique reste celle du sujet âgé. Ce résultat est similaire à celui de **Fall et coll. [42]** qui ont trouvé au Sénégal une fréquence plus élevée à 70,5 ans avec des extrêmes de 53 et 90 ans. Au Mali, **TOURE [41]** a rapporté un maximum de cas dans les tranches d'âge de 60-69 et de 70-79ans.

4- Caractéristiques cliniques :

4-1 Mode de recrutement :

Au cours de notre étude, la majorité des patients soit **59,5%**, a été référée par des structures de santé, contre **17** malades, soit **40,5%** admis en consultation. Cela pourrait être dû au fait que la pathologie prostatique nécessite une prise en charge en milieu spécialisé.

4-2- Motif de consultation :

La RAU a été le motif le plus fréquent avec **66,7%**. Ce résultat est inférieur à celui de **MARICO M [35]** qui a colligé **85,5%** de RAU.

Il s'agit d'une situation d'urgence médicale qui s'explique par des troubles de vidange de la vessie en raison de la compression complète de l'urètre.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que ces patients consultent tardivement.

4-3- Délai de consultation :

Le délai de consultation est très variable; 4 malades ont consulté entre 0 et 6 mois après le début des troubles mictionnels, 13 patients entre 7 et 12 mois, 1 seul malade entre 13 et 18 mois, 9 entre 19 et 24. **Quinze (15) patients ont supporté les troubles durant plus de 24 mois.**

Les motivations de ce retard résident à la fois dans la gêne qu'ils éprouvent à aborder ce sujet avec les médecins, et dans une grande passivité vis-à-vis des symptômes qu'ils finissent par considérer comme une fatalité, comme une manifestation inéluctable et normale de la vieillesse.

4-4- Antécédents :

L'HTA a été l'antécédent médical le plus rencontré avec **11,9%**. La bilharziose urinaire a marqué l'antécédent urologique avec **14,3%**. Cela pourrait s'expliquer par le fait que Ségou est une zone d'endémie bilharzienne comme à l'office du Niger et les zones de barrages. De même dans la série de **Noutacdie** [42], elle a aussi occupé le 1^{er} rang avec un taux de **34,2 %**.

La hernie inguinale dominait les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de **9,5%**. Cette hernie est favorisée dans nos milieux par les travaux de force exécutés par les patients souvent après 50 ans. C'est également le cas dans l'étude de **Noutacdie** [42] où elle représente **20,57 %**; d'où la nécessité de chercher une hypertrophie prostatique devant toute hernie inguinale chez le sujet de plus de 50 ans.

5- Caractéristiques para cliniques :

5-1-Glycémie :

La glycémie était normale chez **36 malades**, soit **85,7 %** de nos malades. Dans **7,1%** des cas on notait un diabète révélé par un état d'hyperglycémie, qui prédispose à des complications infectieuses en postopératoire.

5-2- Créatininémie :

Son dosage effectué chez nos 39 malades a révélé un taux élevé chez **2 malades soit 4,8%**. Ceci est dû le plus souvent à une déshydratation, ou à une intoxication du rein par reflux Vésico-urétéral consécutive à la rétention chronique d'urine. L'absence de contrôle de la créatinémie en post opératoire ne nous a pas permis de confirmer l'origine urologique de cette insuffisance rénale chez ces malades.

5-4-Echographie :

L'échographie était demandée pour évaluer le poids de la glande et étudier sa structure. L'échographie Reno-vésico-prostatique a été réalisée chez la quasi-totalité des malades. L'échographie, technique non invasive, moins honoraire, est devenue l'examen de référence dans le diagnostic de l'HP.

Dans notre étude nous avons retrouvé **92,5%** de cas d'HP à structure homogène contre **4,8%** d'hypertrophie prostatique à structure hétérogène. Nos résultats sont superposables à ceux **D'UTZMANN O. et coll. [43]** qui retrouvent tous ces caractères.

Dans tous les cas, le rôle de l'échographie comme celui du TR est d'évoquer le diagnostic. Les autres examens complémentaires comme l'UIV, l'UCR, la cystoscopie n'étaient pas réalisables pendant la période d'étude à Ségou.

5-5- Examen anatomo-pathologique :

A l'histologie, nous avons colligé **4 cas d'adénocarcinome de la prostate soit 9,5% et 38 cas d'adénomyome**. Ce résultat est proche de ceux de **AKINDES O.L.C [44]**, de **KONATE S.M. [4]** et de **BOLOZOGOLA [45]** qui trouvèrent respectivement **10,9% ; 8,92% et 5,5% d'adénocarcinome**.

*CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS*

VII- CONCLUSION :

En somme, 4 cas de cancer et 38 cas de tumeur bénigne de la prostate ont été diagnostiqués par la technique d'histologie classique.

Tous les cas retrouvés étaient des adénocarcinomes pour les tumeurs malignes et des adénomyomes pour les bénignes.

L'âge moyen de survenue était de $72,45 \pm 23,80$ ans. L'âge minimum était de 55 ans et l'âge maximum était de 95 ans.

Les non scolarisés étaient les plus affectées ce qui amène à envisager la recherche des facteurs de risque pour cette population.

La plupart de nos patients évoluaient dans le secteur rural soit **78,6 %**.

Le mode d'expression clinique était la rétention aiguë d'urine suivie de la pollakiurie avec respectivement **66,7 %** et **21,4 %**.

L'HTA a occupé **11,9%** des antécédents médicaux, la bilharziose **14,3%** des ATCD urologiques et les hernies 9,5% des ATCD chirurgicaux.

Le T.R. et l'échographie ont beaucoup contribué à poser le diagnostic.

L'histologie reste le premier élément fondamental du diagnostic

L'anesthésie locorégionale a été la plus pratiquée facilitant du coup la chirurgie du petit bassin.

VIII- RECOMMANDATIONS :

1- Aux Malades :

La consultation systématique dès l'apparition des signes révélateurs de la pathologie urinaire en particulier prostatique (pollakiurie dysurie).

2- Aux Agents Socio Sanitaires :

- La référence des malades dès suspicion d'HP vers un centre spécialisé.
- Informer et sensibiliser la population sur les limites du traitement traditionnel qui est responsable dans la majorité des cas du retard de consultation.
- Amélioration des conditions de travail du bloc opératoire en mettant un accent sur le respect strict des conditions d'asepsie.
- La réalisation systématiquement d'un examen histologique de toutes pièces d'adénomectomie.
- La sensibilisation et la recherche systématique d'une hypertrophie prostatique devant toute hernie inguinale chez un vieillard par un toucher rectal.

3-Aux Autorités Politiques :

- L'Amélioration des conditions d'hospitalisation dans le service
- Equipement de nos services (urologie et chirurgie) en matériel de chirurgie endoscopique
- La formation et le recyclage des chirurgiens en chirurgie endoscopique
- L'amélioration des moyens matériels diagnostiques et thérapeutiques des hôpitaux régionaux.
- La formation des médecins spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques.

REFERENCES

IX- REFERENCES

1. PERRIN P, MOURIQUAND P, ZECH P, LAVILLE M.

Adénome de la prostate in : Encyclopédie de l'étudiant en médecine : Néphrologie urologie 1990 ; **50** : 368-73.

2. WOLTERS RI, SPIGT MG, VAN REEDT DORTLAND PF et al

NHG-Standaard Bemoelijkte mictie bij oudere mannen.

Huisarts Wet ; 2004; **47**:571-86.N°173

3. Merck Frosst :

CONSEIL CANADIEN SUR LES MALADIES DE LA PROSTATE :

Hypertrophie bénigne de la prostate – Guide du patient ; mai 2001.

4- KONATÉ S.M.

Découverte fortuite du cancer de la prostate.

Thèse Med Bamako, 2000 ; N°55.

5. CHUTEC G., PANSER L.A., GIRMAN C., OESTERLING J.E.,

GUESS H.A., JACOBSEN S.J., LIEBER M.M.

The prevalence of prostatism: a population-based survey of urinary symptoms.

J.Urol, 1993 ; P 85-9.N°150

6. BEUTRON P.

Quel est l'intérêt des examens complémentaires dans le bilan de l'hypertrophie bénigne de la prostate. 3eme édition ;1991 ; p128

7. DUBE J. Y.

Les problèmes majeurs de la sécrétion prostatique. Androl ; 1991, p56-58.N°27.

8. MALLE D.

Contribution à l'étude de l'adénome prostatique au Mali (à propos de 120 cas)

thèse Med, Bamako 1983.P19.

9. DEBRE B. et TEYSSIER P.

L'adénome de la prostate : épidémiologie, anatomie pathologie,

Symptômes et traitement. In : Traité d'urologie.

Paris 2eme Edition : Pierre Fabre ; 1988. p 73-81.

10. PAULHAC J.B., WATTEAU J.P.

Cancer de la prostate. Impact-Internat Août ; 1990 p 119-130.

11. RICHARD F., BITKER M.O.

Incontinence urinaire après chirurgie de l'HBP.

L'HBP en questions. SCI éd. ; 1991 ; p226-31.N°76.

12. ROMEHLA

Adénomectomie trans-vésicale en un temps avec sonde ballon, essai de fermeture secondaire de la vessie. J- d'urol 1ere Edition 1957 (64) : 755-88.

13. COMITE SCIENTIFIQUE

Hypertrophie bénigne de la prostate en questions .Ed 1991.page 270.

14. WALIGORA J.

Tumeurs bénignes de la prostate. Encycl. Méd. Chir.Paris-Reins,

Appareil uro-génital 1981 ; Page10- 6 .2^{ième} Edition.

15. OESTERLING J.E.

Benign prostatic hyperplasia: a review of its histogenesis and natural history. Prostate; 1996; 6: 67-73.

16. ASK DR WEIL, POLARIS HEALTH

(Ed). Q & A Library - Is Beta-sitosterol good for Benign Prostate Problems? <<www.drweil.com/app/cda/drw_cda.>>.

17. BOYLE P., ROBERTON C. et al.

Meta-analysis of clinical trials of permixon in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia.

Urology ; 2000; n°55 (4) : 533-9.

18- RICHARD F.

Epidémiologie du cancer de la prostate et ses implications en santé publique. Rev. prat. (Paris) 1994 ; 44 ; 5 :575 –579 .

19-BERLIER J

Bilan épidémiologique. In NAMER-M, Troubol – cancer de la prostate – cours supérieur francophone de cancérologie. ESO (European, School, oncology, ici pharma, France, N° 15230 : 7-10.

20- BOUFFIOUX CH.

L'étiologie du cancer de la prostate. In Koury CHATELAIN C – Urologie cancer de la prostate FLLS 1988 138 – 147.

21- PEKO JF., BOUYA P., KOKDO J., NGOLET A.

Cancer de la prostate au CHU de Brazzaville épidémiologie et histo-pronostic. Med. Afr. Noire – 2003, vol. 50, n° 8-9, pages 317 – 372.

22- HANASHKA.

Histoire naturelle du cancer de la prostate. In ; Koury S CHATELAIN C – Urologie ; cancer de la prostate. FLLS. 1988 : 287 –299.

23 - HERVE J.M.; BOTTO H. ; BARRE PH. ; BUTREAU M.

Aspects chirurgicaux de la prostatectomie radicale. 87e Congrès d'Urologie, Paris 17-19 novembre 1993.C.L. 28 Prog. Urol. Nov. 1993, p 92.

24. BLUMENTHAL M., GOLDBERG A., BRINCKMANN J.

(Ed). Expanded Commission E Monographs, American Botanical Council, publié en collaboration avec Intégrative Médecine Communications, 4^{ième} Edition ; États-Unis, 2000.

25. SALONN HENRI

Prostate : Adénoïdectomie complication observée dans les suites de l'adénoïdectomie prostatique (pour énucléation à vessie ouverte) sur 100cas opérés par la même technique 24ans 33ans (thèse Méd. Paris 1961)

26. ASSOCIATION MEDICALE DU CANADA

(Ed). Grand public, Maladies - Augmentation du volume prostatique, Amc.ca. [Consulté le 27 janvier 2003]. www.cma.ca

27. BA M.

Étude des rétentions urinaires d'origines prostatiques à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes thèse de médecine Bamako, 2002 ; 02 M 11

28. HAILLOT O.

Epidémiologie de l'HBP et les facteurs favorisants.

L'HBP en questions. SCI éd ; 1991.p63-68.

29- KOURY S.

Les stades du cancer de la prostate In KOURY S, CHATLAIN C :

Urologie cancer de la prostate. FILS. 1988 :167-171.

25 - DESLIGNERES S.

Anatomie pathologique, cancer de la prostate cour supérieur francophone de cancérologie. 1988, 15230 :25-29.

27- LE BOURGEOIS JP, ABOU C.

Cancer de la prostate. Stratégies thérapeutiques en cancérologie. Dron éditeur, Paris, 1986,7040-0501-X chapitre 31 :203-214.

28- LARA F.

Diagnostic, évolution pronostic, principe de traitement et surveillance

Manuel de cancérologie, Dion éditeur, paris, 1982,2 :191-197.

29 – FRETIN.

Cancer de la prostate. Les étapes du diagnostic. CHRI, IPSEN. BIOTECH. P20

30 - MICHEL J , R,

La radiographie conventionnelle dans le cancer de la prostate, In Koury S

Châtelain C. Urologie cancer de la prostate, FLLS, 1988 189 196.

31 - ABOU. HAILLOT RAVERY V.

Le cancer de la prostate. Faut-il dépister ? –ANN UROL, 1996. 30 ; N°6-7 ; 283-293.

32. KHOURY S., RICHARD F., BUZELAIN J. M.

Bilan Urodynamique de l'HBP In : L'HBP en question.

SCI éd ; 1991, p144.

33. MOTTET N.

Adénome de la prostate. Impact-Internat.Aout ; 1990 ; p103-118.

34. TRAORE D.

Étude des complications préopératoires et post opératoires de l'AP au service d'urologie de l'HPG. Thèse Med. BKO ; 2003.

35. MARICO Z.M.

Adénome de la prostate à propos de 110 dans l'hôpital régional de Sikasso.

Thèse med 2006.M47

36. MICHEL F.

Aspects Radiologiques de l'HBP. L'HBP en questions.

SCI éd 1991; p78-83.

37. KHOURY S.

Indications de la chirurgie. L'HBP en questions.

SCI éd 1991 ; p217-220.

38. COUVELAIRE R., CUKIER J.

Adénomectomie prostatique

Nouveau traité de techniques chirurgicales. Tome XV.

Uro. Ed Masson et Cie. P593- 663.

39. LE GUILLOU M., PARIENTE J.L., GUEYE S.M.

Le laser dans l'HBP en questions. SCI éd 1991 ; p267-268.

40- FALL P.A., GUEYE SM., N'DOYE A.K., DIAO B., TIAM O.B.K., ABDALLAHI M.O.C., SYLLA C, B ET M, DIAGNE B.A.

Mortalité et Morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie transvésicale. African journal of urology; vol 8 (1) 2002: 20-23.

41 - TOURE M.L.

Etude épidémiologique et aspect anatomo- clinique de l'adénome de la prostate au Mali. Thèse Med, Bamako 2005, n° 84.

42- NOUTACDIE K. R.

Evaluation de l'adénomectomie prostatique dans le service d'urologie de l'hôpital national du Point G. Thèse Med, Bamako 2000, n° 4.

43- UTZMANN O., ABBOU C.C., AUVEFRT J.

Apport de l'échographie par voie sus pubienne dans les hypertrophies prostatiques. Ann. Urol., 1995, 19, (1):28-36.

44- AKINDES O.L.C.

La pathologie des organes génitaux en pratique chirurgicale au CNHU de Cotonou, place de l'hypertrophie prostatique.

Thèse Med. COTONOU ; 1977, 002, 141p.

45 BOLEZOGOLA F.

Adénome de la prostate à propos de 760 cas au CHU Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2002M 26.

ANNEXES

X- Annexes :

FICHE D'ENQUETE

I. Aspects socio - démographiques

Q1. Numéro d'enregistrement :	/_____/
Q2. NOM et Prénoms	/_____/
Q3. Age 1. [50-59] 2. [60-69] 3. [70-79] 4. [80-89] 5. [90-99]	/_____/
Q4. Provenance 1. Ségou 2. Sébougou 3. Pélangana 4. Hors de la ville de Ségou	/_____/
Q5. Profession 1. lettré 2. illettré	/_____/
Q6. Statut matrimonial 1. Marié 2. Célibataire 3. Divorcé 4. Veuf	/_____/

II. Aspects cliniques

Q7. Mode de recrutement 1. Référé 2. Auto-référé	/_____/
Q8. Motif de consultation RAU 2. Pollakiurie 3. Incontinence urinaire 4. Dysurie 5. Brûlure Mictionnelle 6. Faiblesse du jet urinaire 7. Hématurie 8. Impériosité mictionnelle	/_____/
Q9. Antécédents médicaux 1. Bilharziose urinaire 2. Diabetes 3. HTA 4. Asthme 5. Cystite 6. Orchiépididymite 7. Indéterminé 8. Autres	/_____/
Q10. Antécédents chirurgicaux 1. Hernie 2. Appendicite 3. Lithiase Vésicale 4. Hydrocèle 5. Contracture du col vésical 6. Autres	/_____/
Q11. Délai de consultation 1. [0-6 mois] 2. [7-12 mois] 3. [13-18 mois] 4. [19-24 mois] 5. [plus de 24mois]	/_____/
Q12. Surface de la prostate au TR 1. Bien limitée 2. Mal limitée	/_____/
Q13. Contour de la prostate au TR	/_____/

1. Régulier 2. Irrégulier	
Q14. Consistance de la prostate au TR 1. Ferme 2. Elastique 3. Modulaire 4. Souple 5. Dur	/_____/
Q15. Diagnostic évoqué au TR 1. HBP 2. Cancer	/_____/

III. Aspects para cliniques

Q16. Glycémie 1. Normale 2. Elevée 3. Basse	/_____/
Q17. Créatininémie 1. Normale 2. Elevée 3. Basse	/_____/
Q18. Poids échographique de la prostate 1. [30-60] 2. [61-90] 3. [91-120] 4. [121-150] 5. [151-180]	/_____/
Q19. Structure échographique de la prostate 1. Homogène 2. Hétérogène	/_____/
Q20. Résultats Anatomopathologiques 1. Adénomyomes 2. Adénocarcinomes	/_____/
Q21. Durée des résultats Anatomopathologiques 1. Un mois 2. Deux mois 3. Trois mois	/_____/

IV. Traitement

Q22. Traitement reçu avant l'hospitalisation 1. Médical 2. Traditionnel 3. Mixte 4. Aucun	/_____/
Q23. Type d'anesthésie 1. Rachi 2. Péridurale 3. AG	/_____/

V. Suites opératoires

- Suivis postopératoires

Q24. Délai de reprise du transit 1. [J0] 2. [J1] 3. [J2] 4. [J3]	/_____/
Q25. Durée d'hospitalisation 1. [5-10 jours] 2. [11-15 jours] 3. [16-20 jours] 4. [21-25 jours]	/_____/
Q26. Durée d'ablation totale des fils 1. [5-10 jours] 2. [11-15 jours]	/_____/

- Complications postopératoires

Q27. Immédiates 1. Hémorragie 2. Embolie Pulmonaire 3. Aucun 4. Décès	/____/
Q28. Secondaires 1. Infections 2. Fistules Vésico-cutanées 3. Aucune	/____/
Q29. Tardives Incontinence urinaire 2. Asthénie sexuelle 3. Persistance de la pollakiurie 5. Autres	/____/

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KAMISSOKO
PRENOM : Ibrahima Abraham
E-MAIL : abraham.kamissoko23@yahoo.fr
TEL : 69767456/ 79326642
TITRE : Aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques des tumeurs de la prostate au service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.
Année : 2011-2012
Pays d'origine : Mali
Ville de soutenance : Bamako
Secteur d'intérêt : Urologie
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali. B.P 1805

RESUME

Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence du cancer de la prostate parmi les tumeurs de la prostate au service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale allant d'Août 2011 à Juillet 2012 soit une période de 12 mois au cours de laquelle 42 patients ont été retenus.

Au terme de notre étude il apparaît 9,5 % de cancer. Nous avons noté une prédominance dans la tranche d'âge 70 –79 ans. En dehors de l'âge, aucun élément n'a été retenu comme facteur favorisant dans la survenue de l'affection. Les signes accompagnateurs fréquemment rencontrés étaient la rétention aiguë d'urine suivie de la pollakiurie avec respectivement 66,7 % et 21,4%. Malgré les multiples moyens de diagnostic préopératoire force est de reconnaître que quelques cas de cancer nous échappent et le diagnostic n'est posé que par l'histologie.

Mots clés : tumeurs de la prostate, chirurgie, HNF.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

JE LE JURE

