

---

## *DEDICACES*

---

Je dédie cette thèse à :

Dieu Le Tout Puissant, Le Miséricordieux, Le Très Miséricordieux par sa grâce j'ai pu mener ce travail à terme.

Au Prophète Mohamed, Paix et Salut sur Lui.

A mon père feu Mamady THIERO

Tu as toujours voulu que je prenne mes responsabilités dans la vie. Je pense que je n'ai pas failli à ce devoir. Aujourd'hui, j'aurais aimé t'avoir à mes côtés, au moment où je m'apprête à vivre des heures intenses d'émotion.

Ce travail est le résultat de vos prières, de vos bénédictions et de l'amour que vous avez pour nous.

A ma mère feu Awa Traoré

Tu m'as toujours enseigné la patience, l'endurance et le courage dans le travail, car ce sont là les qualités d'un homme, aujourd'hui je pense que tes conseils ont porté leurs fruits par ce que j'ai pu me frayer un chemin pour aboutir à la fin de ce travail. Je te le dédie. Oh mère pour le futur car une nouvelle page de l'histoire se tourne dans ma vie, que Dieu, le tout puissant vous accueille dans son paradis et vos âmes reposent en paix

Ce travail est le résultat de vos prières, de vos bénédictions et de l'amour que vous avez pour nous.

A mes grands frères feu DR Mohamed THIERO, feu Abdallah THIERO, feu Saïd THIERO :

L'amour, le pardon, le travail bien fait, voici des souvenirs que je retenais de vous et qui restent vivaces dans mon esprit. Avec vous j'aurais aimé partager cet instant de joie, mais DIEU fait ce qui est bon pour l'homme, reposez en paix.

A ma grande sœur feu korotoumou THIERO dite mandjini ; voilà une des furies de ton encouragement, ta souvenir restera graver dans ma mémoire  
A ma Femme Mm THIERO Aichatou Dembélé grâce à tes bénédictions j'ai pu mener à terme ce travail

A mon tuteur Mohamed kourekama tu suis prendre un orphelin en charge pendant neuf ans d'études, merci infiniment que Dieu te récompense

A mes frères et sœurs : DR Alpha N THIERO ; Aboubacar, Awa, Moussa, Aminata sayouma

A mes neveux et nièces : Seko, Bakary, Aicha, David THIERO

A mes amis (es) : Amadi THIERO, Mamadou Kouba, Abdoulaye djiguiba, Adama D Coulibaly, DR DOUCOURE, merci

Aux infirmiers(ères) du service d'urologie de l'hôpital de Ségou : Seydou Doumbia, Assan Keita, Hawa teresse, youma yaye sall, Gaoussou simpara, fatim Koné

---

## REMERCIEMENTS

---

A Docteur Abdoulaye sanogo Directeur de l'hôpital de Ségou,  
Tes conseils et tes encouragements de tous les jours n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail je vous remercie infiniment pour votre constante apport dans la finition de ce travail.

Au Docteur Koné sory : Spécialiste en chirurgie générale, et spécialiste en urologie vous avez initié et suivi ce travail depuis son début .Votre qualité humaine votre franche collaboration, m'ont beaucoup impressionné.

Vous avez été pour moi un père, un frère, un ami, un confident. Votre soutien moral et matériel n'a jamais fait défaut vous n'avez ménagé aucun temps, aucune volonté pour la réalisation de ce travail. Votre souci constant pour ce travail l'atteste à suffisance soyez rassurer de toute ma reconnaissance.

A Dr Haidara kalifala, vous avez toujours été un homme plein de la modestie et de la rigueur, vos conseils ma permit de comprendre beaucoup de chose dans chirurgie et dans la pratique en urologie ,

Au personnel du service d'urologie du Point G, de l'hôpital Gabriel Toure : assuré de ma profonde gratitude, ce travail est le vôtre.

Aux maîtres et professeurs de la FMOS

La réussite de ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserais jamais de vous remercier.

---

***HOMMAGES***

***AUX MEMBRES***

***DU JURY***

---

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Pr Mamadou Lamine Diakité**

**Chirurgien urologue**

**Praticien Hospitalier au CHU du point G**

**Maitre de conférences à la FMOS**

Cher Maitre c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous sommes très touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçus. Votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait et surtout votre disponibilité fait de vous un maître exemplaire et admirable.

Veillez croire cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr Mamadou Tidiani COULIBALY**

**Chirurgien urologue au CHU Gabriel Touré.**

**Maitre-assistant à la FMOS**

J'ai découvert à l'occasion de ce travail un maître ouvert disponible qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

La clarté de votre raisonnement, votre caractère, votre compétence technique nous resterons en mémoire toujours. Trouver ici cher maître l'expression de notre profond respect et de nos remerciements.

**A notre Maître et co-directeur de thèse  
Dr KONE SORY IBRAHIM**

Chirurgien urologue.

Chef de service d'urologie à L'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou.

Chargé de recherche de l'enseignement supérieur.

Cher maître, vous vous êtes investi à fond pour me créer un cadre idéal pour la réalisation de ce travail. Lorsque nous venons à vous, nous étions crispés. Cette crispation a rapidement disparu avec votre accueil, votre approche méthodique, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre courtoisie font de vous un encadreur, un pédagogue.

Votre apport dans ce travail est immense.

Trouvez ici l'expression de notre très haute considération.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**PR ZANAFON OUATTARA**

**Chirurgien urologue, Andrologue.**

**Maitre de conférences en urologie à la FMOS.**

**Chef de service d'urologie au C.H.U Gabriel Touré.**

**Coordinateur du DES D'urologie du Mali.**

Nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous en nous confiant ce travail. Votre abord facile votre qualité humaine est des atouts qui nous ont fascinées et dont nous avons bénéficié durant notre formation.

Recevez ici cher maître notre reconnaissance et notre plus grand respect.



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASP : Abdomen Sans Préparation

DHT : Dihydro-Testosterone

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

HTA : Hypertension artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSA : Antigène Spécifique de la Prostate

RAU : Rétention Aigue d'Urine

SSP : Score des symptômes prostatiques

TeBG : Testostérone Binding Globuline

TR : Toucher Rectal

UCR : Uréthro Cystographie Rétrograde

UIV : Urographie Intra Veineuse

## Sommaire

I- Introduction .....	1
- Objectif général	
- Objectifs spécifiques	
II- Généralités .....	3
1- Définition	
2- Intérêt	
3- Rappels	
III- Diagnostic .....	12
1-Diagnostic positif	
2-Diagnostic différentiel	
IV- Traitement.....	19
1-But	
2-Moyens	
3-Indications	
V- Méthodologie.....	29
1-Type d'étude	
2-Période d'étude	
3-Lieu d'étude	
VI Résultats .....	31
VII – Commentaires et Discussions .....	44
VIII -Conclusion et Recommandations .....	51
IX –Références bibliographiques .....	53

## **I- Introduction**

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome de la prostate est une tumeur bénigne développée au dépend de la prostate.

Cette tumeur bénigne est très fréquente. Elle constitue la première cause d'obstruction cervico-urétrale chez l'homme âgé [1].

C'est une tumeur qui reste étroitement liée à l'âge, ayant des manifestations cliniques imprévisibles et variables dans le temps, et cela sans aucun parallélisme

Entre l'importance des signes fonctionnels et les lésions anatomiques.

Le diagnostic est essentiellement clinique par la réalisation du toucher rectal [2].

L'évolution peut entraîner un retentissement sur la vessie et le haut appareil urinaire et peut se compliquer ainsi en rétention vésicale, en infection urogénitale, insuffisance rénale, lithiase vésicale etc....

La prise en charge de l'HBP est médicale ou chirurgicale.

En Afrique, selon certaines études, l'adénomectomie prostatique vient au premier rang des activités chirurgicales des services d'urologie [3, 4]

C'est une pathologie qui a fait l'objet de nombreuses études à Bamako [5, 6,7,8]. Quelques études ont été faites sur cette pathologie au service d'urologie de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou [9] ; cependant aucune étude n'a été faite la concernant depuis la réouverture du service d'urologie en 2012 qui est le lieu de recrutement par excellence des patients souffrant de cette maladie, ceci explique notre choix. Nous avons fait initier ce travail pour faire le point sur l'HBP dans notre service d'urologie.

## **OBJECTIFS**

Les objectifs de cette étude sont :

### **Objectif général :**

Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para clinique et thérapeutiques de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans le service d'urologie à l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Sékou

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence hospitalière d'HBP.
- Décrire les aspects cliniques d'HBP.
- Décrire les aspects para cliniques d'HBP.
- Décrire les aspects thérapeutiques d'HBP.
- Analyser les suites immédiates du traitement chirurgical d'HBP.

## **II- GENERALITES**

### **1-Définition**

L'hypertrophie bénigne de la prostate ou adénome de la prostate est une tumeur bénigne développée au dépend de la prostate.

### **2-Intérêt** est :

#### **-Epidémiologique :**

L'HBP touche un grand nombre d'hommes au-delà de 50 ans. L'augmentation prévisible de cette population fera de cette maladie un véritable problème de santé publique dans les années à venir [10].

Il est responsable de la plupart des troubles urinaires de l'homme âgé

**-Clinique :** Le toucher rectal est fondamental pour le diagnostic de HBP.

**-Thérapeutique :** la prise en charge peut être médicale ou chirurgicale, dépend de l'évolution

### **3-Rappels :**

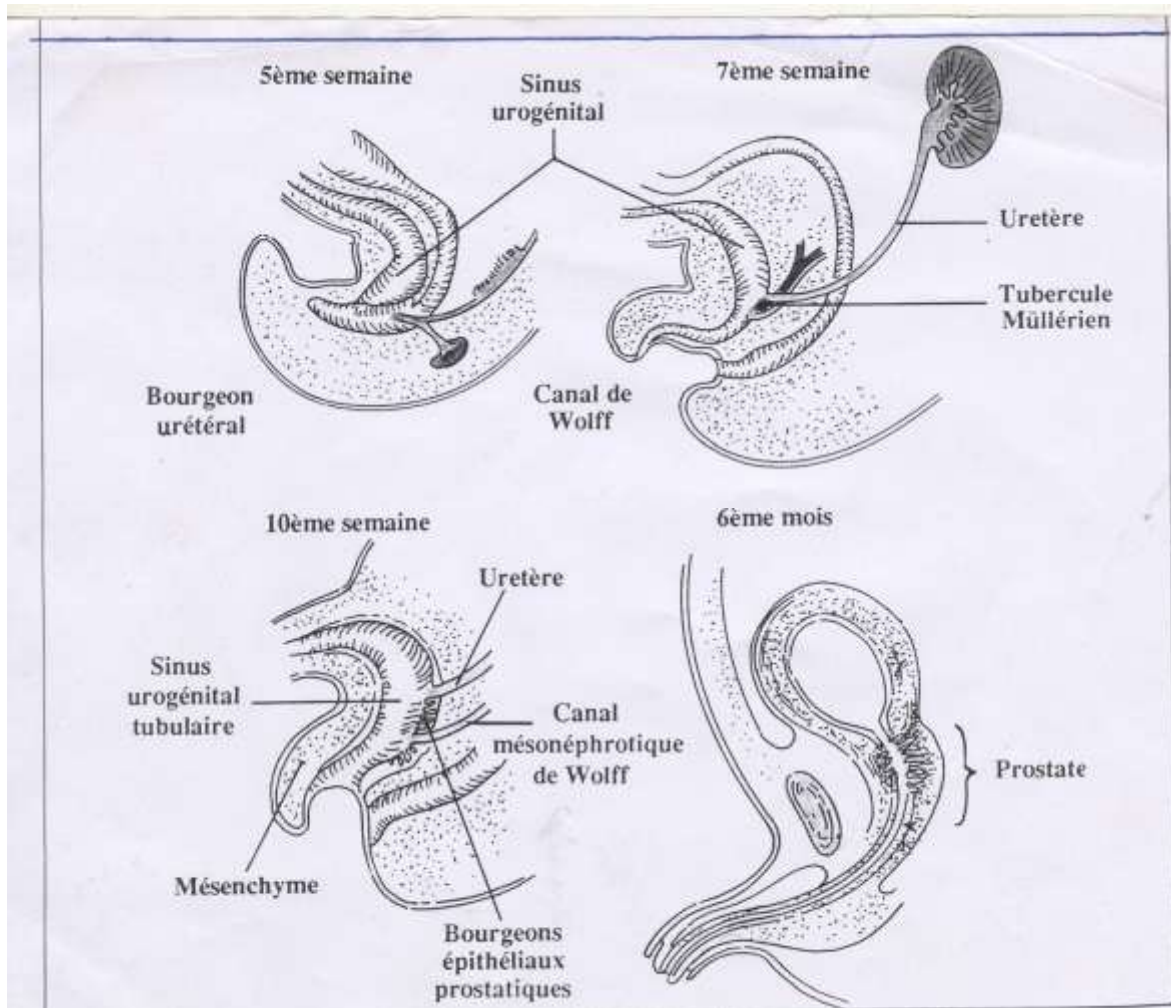
#### **3-1-Embryologie :**

La prostate est une glande génitale qui entoure la partie initiale de l'urètre chez l'homme [11]. La différenciation du tissu prostatique se fait à la 5e semaine (embryon de 6mm), le canal de Wolff s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital : il draine les tubes méso néphrotiques. Il donne le bourgeon urétéral vers le blastème métanéphrogène.

A la 7e semaine (embryon de 20mm) la croissance du sinus uro-génital entraîne l'incorporation progressive de la partie terminale du canal de Wolff dans la paroi du sinus uro-génital : les canaux de Wolff s'ouvrent au-dessous de l'abouchement de l'urètre, le sommet du tubercule Mullerien futur veru-

montanum. A la 10e semaine (embryon de 68mm) naissance des bourgeons glandulaires prostatiques.

Au cours de la période foetale, vers le 6e mois: développement des tubes glandulaires à la face postérieure de l'urètre, par contre ceux de la face antérieure vont régresser.



**Schéma 1** : Origine embryologique de prostate [12]

### 3-2 Anatomie :

La prostate est une petite glande génitale d'une quinzaine de grammes chez l'adulte jeune, ayant la forme d'une châtaigne, possède à la fois une anatomie interne (zonale) très complexe, et une anatomie topographique longtemps

restée inconnue, dans la mesure où elle est profondément située dans le petit bassin, fixe entre pubis en avant, vessie en haut, rectum en arrière et plancher pelvien en bas [13, 14].

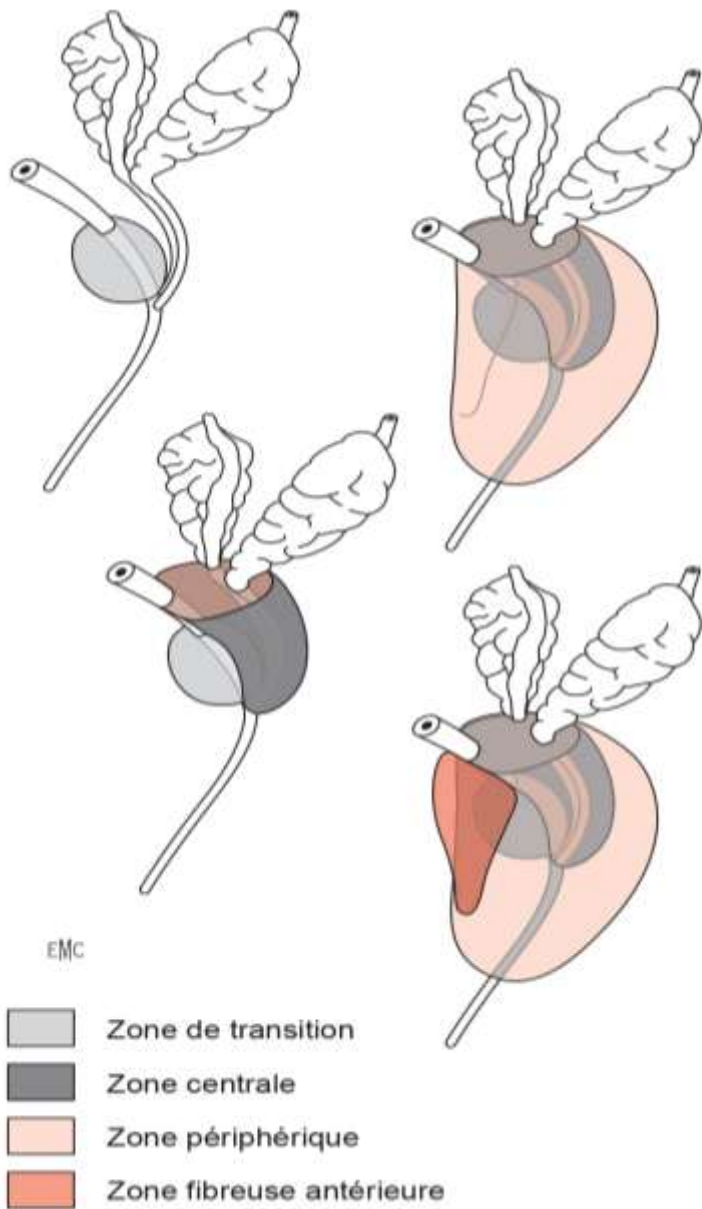
Dès 1912, LOWSLEY a décrit sur la prostate fœtale cinq lobes prostatiques : deux lobes latéraux, un lobe antérieur, un lobe postérieur et un lobe médian [15]. Cette description a été régulièrement modifiée. La description admise actuellement est la description zonale décrite par Mc Neal [16].

- Une zone antérieure constituée de stroma fibromusculaire et dépourvue de glandes. Elle est en continuité avec le sphincter lisse de l'urètre. Elle ne subit aucun processus pathologique ;
- Une zone périphérique entourant la quasi-totalité de l'urètre distal sauf en avant, et se prolongeant vers le haut et l'arrière. Elle constitue la majeure partie du poids prostatique (70 %) et de la « coque » prostatique laissée en place après énucléation d'une hypertrophie bénigne. Elle est le lieu privilégié de l'émergence des cancers ;
- Une zone centrale constituant 25 % du poids de la glande prostatique. Elle a une forme triangulaire et vient se caler en arrière de l'urètre proximal, dans l'angle dièdre qu'il forme avec la prostate périphérique. Elle est traversée par les canaux éjaculateurs. L'histologie de cette zone ressemble à celle des vésicules séminales, suggérant son origine wolffienne et donc mésoblastique. Elle est à l'origine des 10 % des cancers de la prostate ;
- Une zone « de transition » forme les 5 % de tissu prostatique restant. Elle est constituée de deux petits lobes situés autour de l'urètre juste au-dessus du veru-montanum. Cette zone donne toutefois naissance à 25 % des cancers de la prostate, ce qui explique la nécessité d'examiner les copeaux de résection endoscopique [17].

- la zone des glandes péri-urétrales se situe dans la paroi musculaire lisse de l'urètre.  
Elle représente moins de 1 % du tissu prostatique.



**1** Anatomie zonale de la prostate. La zone fibreuse est la « moins importante » car ne comportant pas de glandes prostatiques elle ne donne lieu à aucune pathologie.



Crânial



ANTERIEURE

**Schéma Zonal de la Prostate Mc. NEAL**

### **3-3 RAPPORTS :**

La prostate est un organe profondément situé dans le petit bassin, elle est en relation :

- En haut avec la vessie.

- 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

-En arrière le rectum par l'intermédiaire de l'aponévrose de DENONVILLIER.

### **3-4 Vascularisation artérielle :**

Trois branches proviennent de l'artère hypogastrique (L'artère vésicale différentielle, la vésicale inférieure et la prostatique).

Chaque portion de la glande possède une vascularisation propre.

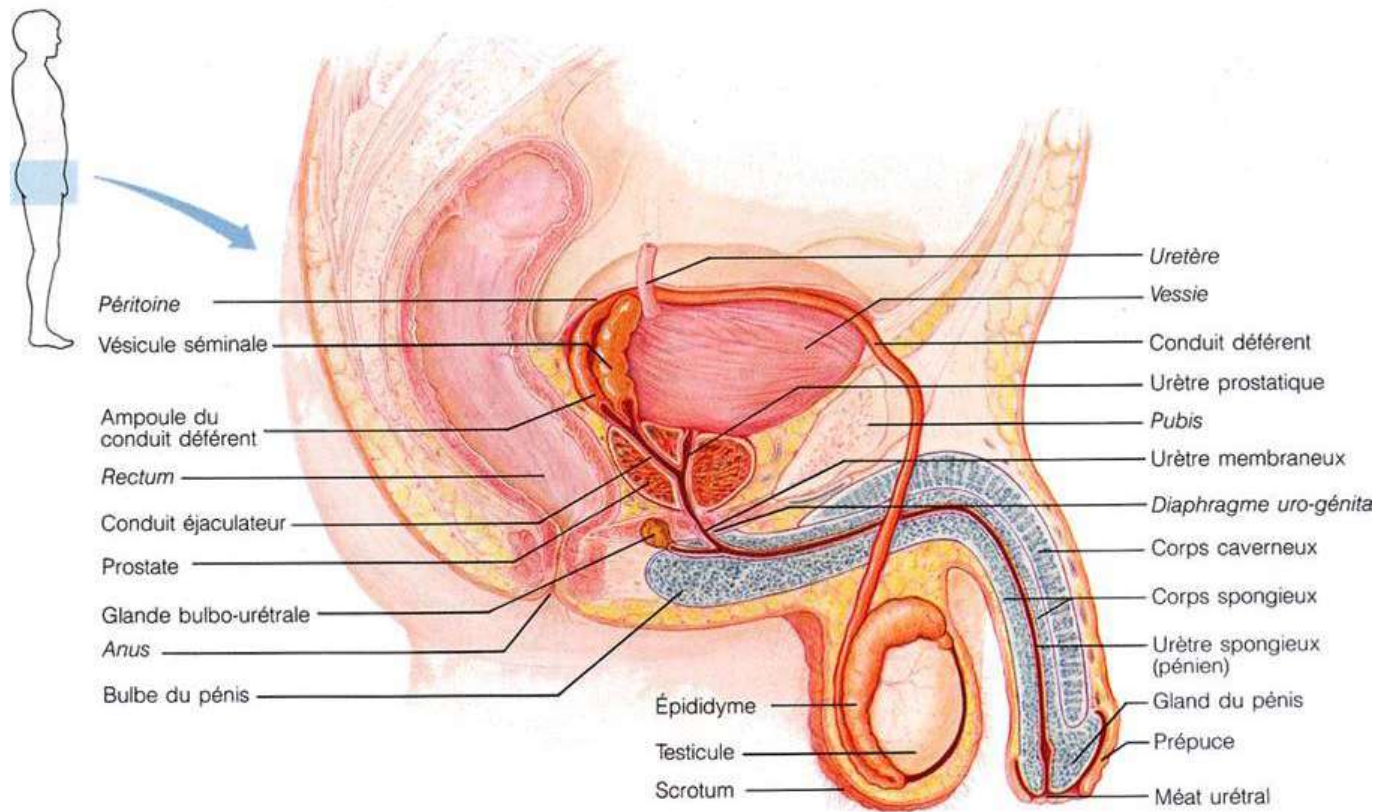
La portion crâniale est vascularisée par la branche vésico-prostatique qui irrigue en même temps le trigone vésical par ses branches ascendantes. La portion caudale est vascularisée par l'artère prostatique.

### **3-5 La vascularisation veineuse : [19]**

Les veines forment un plexus qui entoure les faces antérieure et latérale de la capsule prostatique. Ces Veines reçoivent des branches de la veine de la verge et communiquent avec le plexus honteux et se drainent dans la veine iliaque interne.

### 3-6 Drainage lymphatique :

Les lymphatiques forment un réseau péri-prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes obturateurs et pré-sacrés.



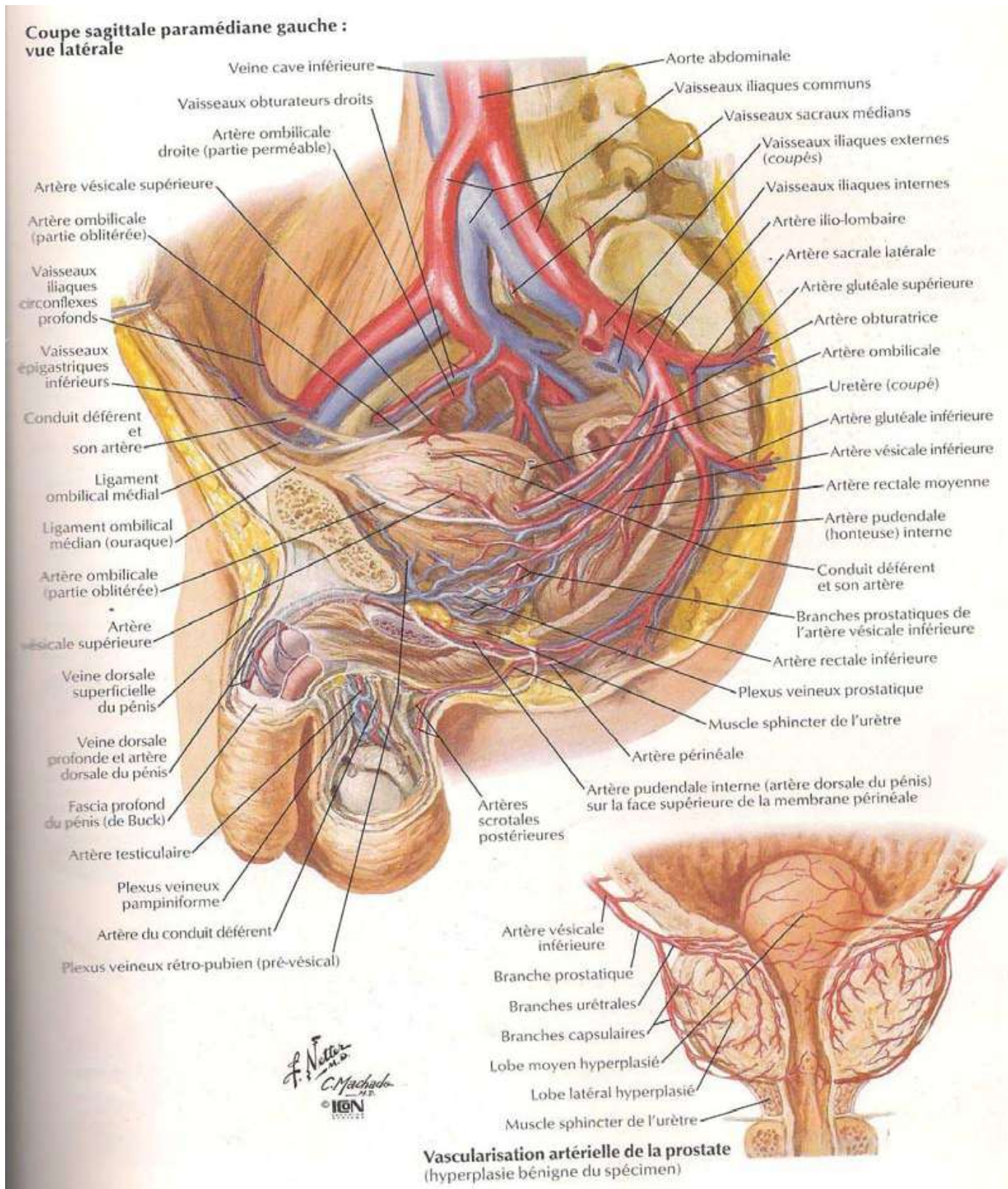
Crânial



Antérieur

**Schéma 3** : Rapport de la prostate (coupe sagittale)





↕ Crânial  
 ↙ Antérieur

**Schéma 4** : Artère et veine pelviennes chez l'homme. [18]

### **3-7-Physiologie**

La prostate, tout comme les vésicules séminales, est une glande exocrine.

Action de la testostérone : 95% de la testostérone et de la dihydro-testostérone plasmatique sont liées à une bétaglobuline plasmatique, la TeBG (testostérone binding globuline).

Le taux de TeBG est augmenté par les œstrogènes. Seule la partie libre non liée à la TeBG est physiologiquement active, car elle seule semble pouvoir traverser la membrane cytoplasmique.

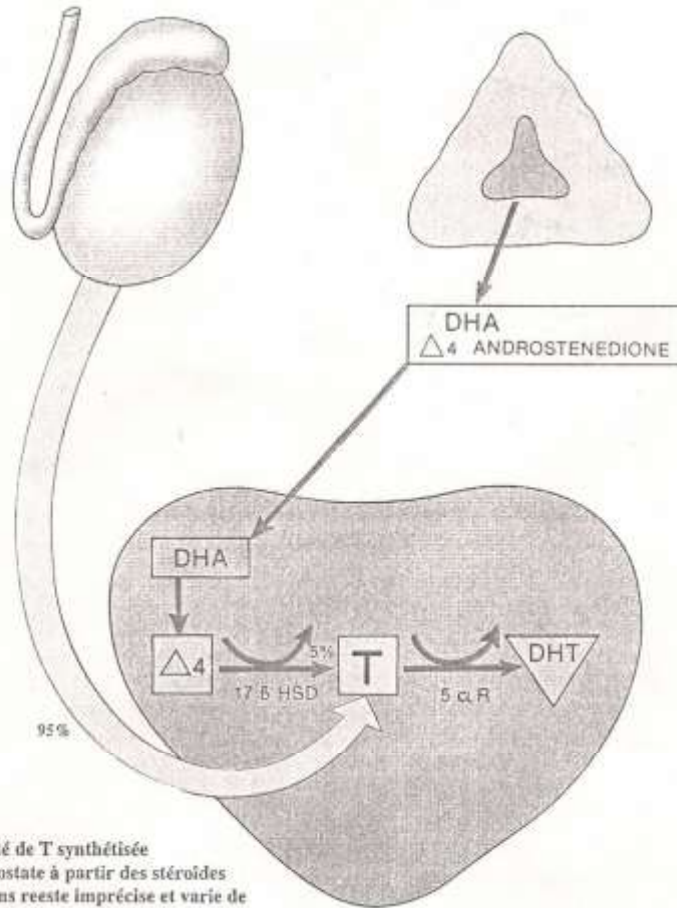
La testostérone ne peut agir au niveau de la cellule qu'après sa transformation en dihydro-testostérone (DHT) par une enzyme : la 5 alpha réductase. Cette transformation a lieu dans le cytoplasme des cellules cibles.

La DHT est l'hormone principale isolée dans les noyaux cellulaires après administration de la testostérone.

Les taux plasmatiques de la testostérone et de la DHT restent aux environs de 500+270ng /100ml de 20 à 60 ans. Après cet âge, les taux commencent à baisser de façon graduelle et constante.

Cette baisse s'accompagne d'une augmentation du taux d'œstradiol, parallèlement il se produit une augmentation de la TeBG qui se traduit par une baisse encore plus importante des taux de la testostérone libre circulante.

## METABOLISME DE LA TESTOSTERONE DANS LA PROSTATE



La quantité de T synthétisée dans la prostate à partir des stéroïdes surrénaliens reste imprécise et varie de 5-30% selon les publications.

La testostérone présente dans les cellules prostatiques vient de la testostérone circulante. Toutefois, les cellules prostatiques peuvent synthétiser une certaine quantité de testostérone à partir des *stéroïdes surrénaliens*. L'importance de cette synthèse locale de T. est controversée; elle est classiquement faible (5%), bien que certains travaux récents estiment que 30% de la T. prostatique est synthétisée dans la prostate.

**Schéma 5** : Métabolisme de la testostérone dans la prostate

### **Rôle des œstrogènes :**

Les œstrogènes sont présents en petite quantité chez l'homme (100ng/litre). Elles proviennent principalement de l'aromatase de la testostérone dans la prostate et d'autres cellules cibles. Elles augmentent le TeBG et diminuent la testostérone libre circulante.

Le rôle des œstrogènes a été 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'œstrogène augmente.

### **3-7 Physiopathologie**

L'HBP est due à une prolifération tant du stroma fibreux que des cellules épithéliales glandulaires. Cette hypertrophie résulte d'un déséquilibre entre prolifération cellulaire et apoptose. Deux facteurs jouent un rôle majeur dans la pathogénie de l'HBP : l'âge et la présence d'androgènes (bien que le développement de l'HBP se produise essentiellement à la période de déclin de la production de testostérone) [19]. L'hormone active au niveau prostatique est la DHT qui exerce un rôle majeur dans la régulation génétique des facteurs de croissance. Il est probable que les œstrogènes jouent aussi un rôle important [20]. Il existe de plus des interactions entre les diverses cellules à l'intérieur de la prostate grâce à des signaux de transduction (paracrine). L'action des androgènes n'apparaît toutefois pas uniquement liée à celle des facteurs de croissance. Après fixation sur un récepteur, les androgènes provoquent une polymérisation d'un élément-réponse hormonal [21]. La croissance prostatique dépend également d'un système local d'information intercellulaire qui a pour support des polypeptides synthétisés par les cellules prostatiques elles-mêmes. L'action de ces polypeptides s'exerce au sein de chacune des structures glandulaires ou stromales de la prostate, ou entre ces deux composantes

(paracrinie) [22]. La prostate possède une riche innervation, issue des systèmes sympathique et parasympathique. Les fibres nerveuses proviennent du plexus hypogastrique, où elles rejoignent la prostate accompagnée des vaisseaux prostatiques. Elles ont une action, tant sur les fibres musculaires que sur la sécrétion exocrine et paracrine prostatique.

### 3-8 Anatomie Pathologie :

L'adénome de la prostate est la tumeur la plus fréquente de l'homme âgé.

Elle commence dans la zone péri-urétrale ; son poids peut aller de quelques dizaines à quelques centaines de grammes. Il peut s'agir :

- D'un adénome pur
- De fibromyome
- D'adénomyome
- D'adénofibromyome

La lésion pathognomonique est donc l'hyperplasie de la glande et du stroma.

L'adénome entraîne au cours de son développement plusieurs changements :

#### • Au niveau de la prostate

Plusieurs types de lésions peuvent être observés :

- Les lésions vasculaires : Certains nodules au cours de leur développement peuvent comprimer les vaisseaux sanguins, ce qui aboutit à des zones d'infarctissement. Ceux-ci se manifestent par des hématuries ou par une obstruction partielle ou complète de l'urètre. Cet infarctissement joue un rôle important dans l'étiologie de la rétention aiguë d'urine.
- Les lésions obstructives : avec formation des kystes intra parenchymateux de différents volumes.
- Les lésions inflammatoires.



- Au niveau de l'urètre prostatique et du col de la vessie

La prostate hypertrophiée provoque l'étirement, la tortuosité, la compression de l'urètre postérieur et soulève le col de la vessie au-dessus du plancher vésical.

- Au niveau de la vessie

Dans les efforts à surmonter l'obstacle, la musculature vésicale subit une hypertrophie compensatrice, ce qui lui donne cet aspect bien connu en colonnes et en cellules.

La paroi vésicale peut doubler d'épaisseur. L'augmentation de la pression intra-vésicale nécessaire pour franchir l'obstacle force la musculature au niveau des points de faiblesse ; et la muqueuse fait alors hernie pour former des diverticules. Si l'obstacle n'est pas levé à ce stade, il s'ensuit une distension des fibres musculaires et ceci aboutit à une distension de la vessie et un amincissement de la paroi vésicale.

- Au niveau des uretères et des reins

L'hyperpression intra-vésicale force le système anti-reflux des uretères et entraîne un reflux des urines vers les reins. Les cavités intra rénales se dilatent à leur tour pour donner une urétero-hydronephrose généralement bilatérale.

Des lésions infectieuses de pyélonéphrites ne tardent pas à survenir ce qui peut conduire à la destruction du parenchyme rénal et à l'installation d'une insuffisance rénale.

### III -Diagnostics :

#### 1-Diagnostic positif :

1-1 Circonstances de découverte : L'adénome de la prostate peut être découvert devant :

-TBAU

-Les complications : Rétention aiguë d'urine, Rétention chronique d'urine.

- Fortuite par une échographie.

- Un toucher rectal anormal.

#### 1-2 Examen clinique :

- L'interrogatoire : Est l'élément majeur de la démarche diagnostique et thérapeutique. Les signes cliniques doivent être recherchés car le patient s'habitue progressivement à la symptomatologie, d'autant plus que la croyance qu'ils sont « un signe de vieillissement » est largement ancrée dans la population. Vingt pour cent des médecins généralistes ne recherchent pas de façon systématique les signes urinaires [23].

#### Pollakiurie

Émission trop fréquente de petites quantités d'urine, c'est le symptôme le plus souvent rapporté par les patients. En effet, il est celui qui entraîne, dans ses deux variantes diurne et nocturne, le maximum de gêne sociale et de détérioration de la qualité de vie.

– La pollakiurie nocturne, dès qu'elle dépasse trois occurrences, constitue une gêne véritable au sommeil, tant du patient que de sa partenaire.

- La pollakiurie diurne, avec impossibilité de contenir les urines plus de 2 heures durant le jour, rend difficile la pratique des activités sociales communes à cet âge : voyages, spectacles, parties de cartes, etc.

La pollakiurie est parfois difficile à différencier d'une polyurie liée, soit à une inversion du rythme nyctéméral de la diurèse, soit à une prise vespérale importante de boissons que le seul interrogatoire peine à quantifier. Au moindre doute, on demande au patient un « catalogue mictionnel » où il note l'horaire et la quantité de chaque miction. Enfin, la pollakiurie est souvent associée à des contractions vésicales désinhibées [24] qui ne disparaissent pas toujours avec le traitement de l'obstruction [25].

#### La dysurie :

Diminution de la force du jet, ce symptôme est généralement très progressif, souvent plus marqué le matin (congestion pelvienne ou distension vésicale par accumulation d'urine nocturne) et rarement ressenti comme gênant. Cette « absence de pression » est le plus souvent considérée normale à tort par le patient. IL y'a trois sorte de dysurie :

-Dysurie initiale : perçus par un retard au démarrage de la miction.

-Dysurie totale : le jet urinaire est faible.

-Dysurie terminale : sensation de miction incomplète, goutte retardataire.

La Sensation de miction incomplète se manifeste par la nécessité de retourner uriner quelques minutes après en avoir terminé ou par une sensation de pesanteur pelvienne post mictionnelle persistante.

### Les mictions impérieuses :

Elles sont particulièrement gênantes pour le patient car souvent responsables de fuites d'urine. Elles sont la conséquence d'un réservoir hypertonique avec une contraction vésicale non inhibée.

Le piétinement, le croisement des jambes ou le pincement de la verge en contrôlent l'urgence mictionnelle, créant un réflexe nociceptif qui relâche la contraction.

### La rétention aiguë d'urine :

Elle attire immédiatement l'attention sur le bas appareil urinaire. Elle se manifeste volontiers au cours d'une poussée inflammatoire de l'adénome où elle s'installe au cours d'un repas prolongé ou d'un besoin d'uriner longtemps contenu. L'envie est d'abord impérieuse et douloureuse, puis devant l'impossibilité à l'assouvir elle devient rapidement intolérable avec une douleur à l'origine d'un état d'agitation ou de prostration. Ces malades doivent être rapidement soulagés soit par sondage Trans urétral soit par cathétérisme sus-pubien.

### Hématurie :

Classiquement, elle est initiale, traduisant l'origine urétrale du saignement. Cependant elle peut se révéler totale lorsqu'elle est abondante. En effet les saignements d'origine prostatique sont dus à de gros lobe médian à développement endo-vésical. Toute fois l'hématurie n'est pas un symptôme habituel de l'adénome de prostate.

En outre l'interrogatoire recherchera les éléments du score des symptômes prostatiques de l'OMS (ssp OMS) basée sur la réponse de sept questions

Concernant les symptômes urinaires. A chaque question le patient peut choisir parmi les cinq réponses possibles.

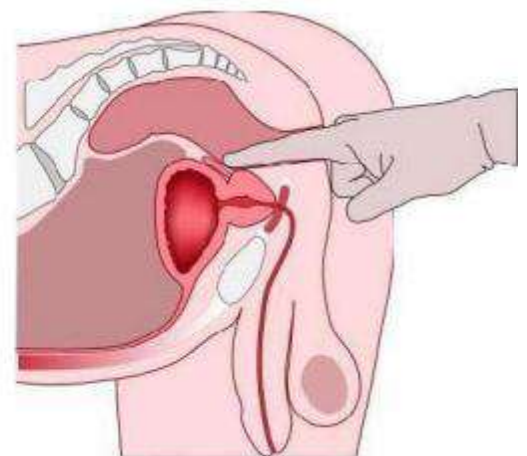
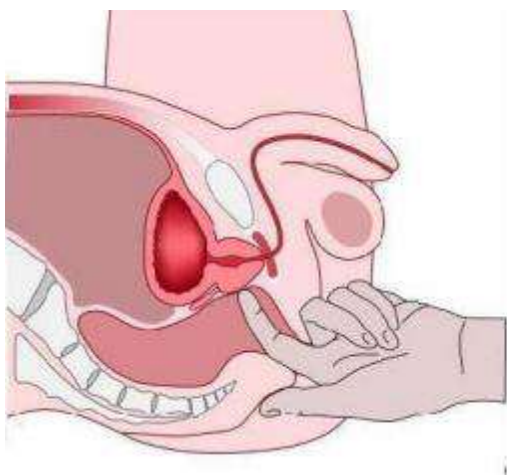
Score des symptômes prostatiques de l'OMS							
	Pas du tout	Moins de 1 fois sur 5	Moins de 1 fois sur 2	A peu près 1 fois sur 2	Plus de 1 fois sur 2	Presque toujours	
1. Durant le mois passé combien de fois avez-vous eu l'impression de ne pas vider complètement votre vessie après fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
2. Durant le mois passé combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner.	0	1	2	3	4	5	
3. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous eu l'impression qu'il était nécessaire d'uriner en plusieurs temps ?	0	1	2	3	4	5	
4. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous trouvé difficulté d'attendre pour uriner ?	0	1	2	3	4	5	
5. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous eu un jet urinaire faible ?	0	1	2	3	4	5	
6. Durant le mois passé avez-vous eu à pousser pour faire un effort pour commencer une miction ?	0	1	2	3	4	5	
	Pas du tout	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois ou plus	
7. Durant le mois passé combien de fois au cours d'une nuit habituelle avez-vous eu à vous réveiller pour uriner entre le moment de votre couché le soir et celui de votre levé le matin ?	0	1	2	3	4	5	
Score SSPOMS total S =							
<b>QUALITE DE VIE LIEE AUX SYMPTOMES URINAIRES</b>							
	Réjouis	Heureux	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Malheureux	Très éprouvé
1. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos symptômes urinaires actuels, qu'en penseriez-vous.	0	1	2	3	4	5	
<b>Évaluation de la qualité de vie L =</b>							

Ce score sert à la cotation des symptômes et varie de 0 à 35

- 0-7 : peu symptomatique
- 8-19 : modérément symptomatique
- 20-35 : très symptomatique

**-Examen physique :**

Le toucher rectal est l'élément fondamental du diagnostic d'HBP, pratiqué après vidange vésicale et rectale. La découverte d'une prostate ferme, lisse, régulière, ayant perdu son sillon médian, bombant dans le rectum, affirme à elle seule le diagnostic d'HBP. La seule cause d'erreur du toucher rectal pour le diagnostic d'HBP est la présence d'un globe vésical : en effet, celui-ci repousse les lobes prostatiques vers le bas et, de consistance identique, il ne permet pas d'en apprécier les limites. Le reste de l'examen physique consiste en une palpation abdominale à la recherche d'un globe vésical (tuméfaction mate, rénitente, à convexité supérieure), une palpation rénale à la recherche de gros reins dilatés et un examen neurologique sommaire.



↑ Haut  
: ↙ Antérieur

**Schéma 5** : Pratique du toucher rectal

### 1-3 Examens complémentaires

#### 1-3-1 Echographie

Elle trouve de nombreuses indications chez le malade porteur d'un adénome de la prostate.

#### Echographie abdominale et sus pubienne :

Elle permet d'explorer un éventuel retentissement d'un obstacle prostatique sur les reins, les uretères, la vessie ou une pathologie associée.

Après miction elle permet de calculer un éventuel résidu post-mictionnel simplement et rapidement. Le volume global de la prostate est mesuré. L'avantage de cette technique est sa facilité sa rapidité d'exécution et son innocuité.

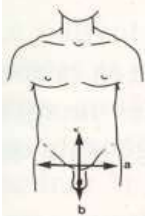
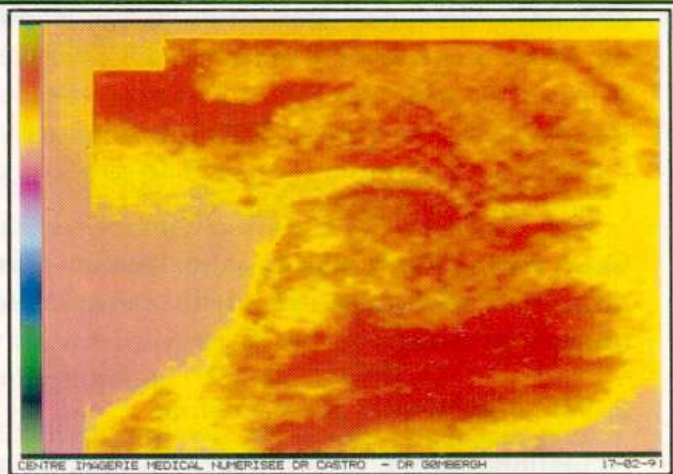
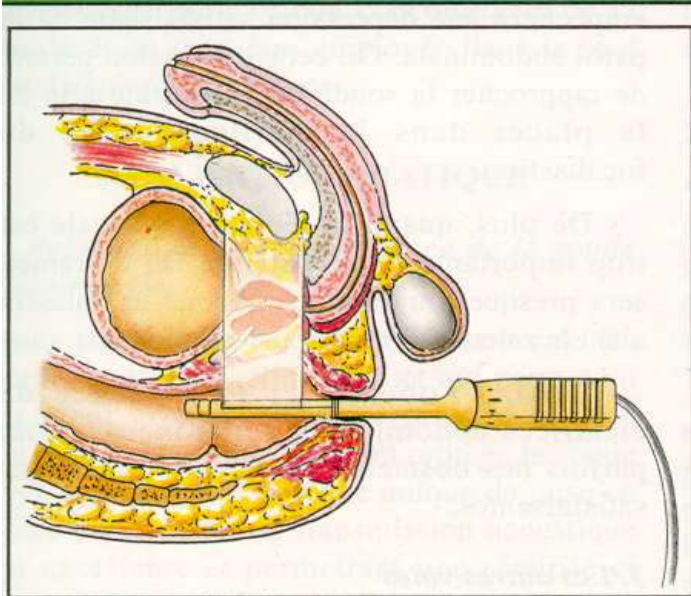
#### Echographie endo-rectale de la prostate :

Indiscutablement, il s'agit de la voie d'exploration échographique de la prostate la plus performante. Cette technique permet une analyse fine des différentes zones composant la prostate.

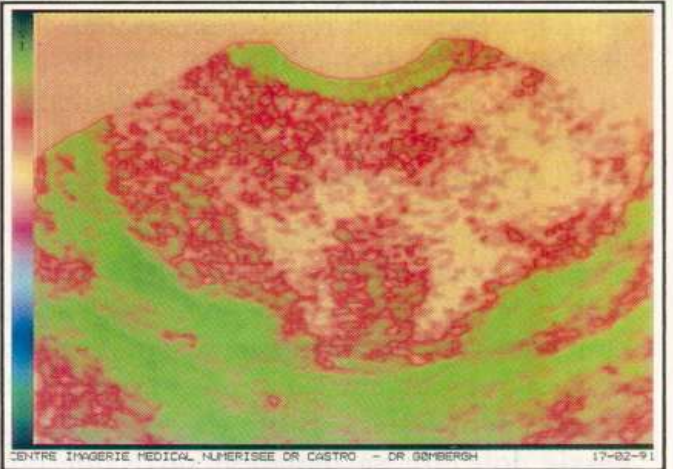
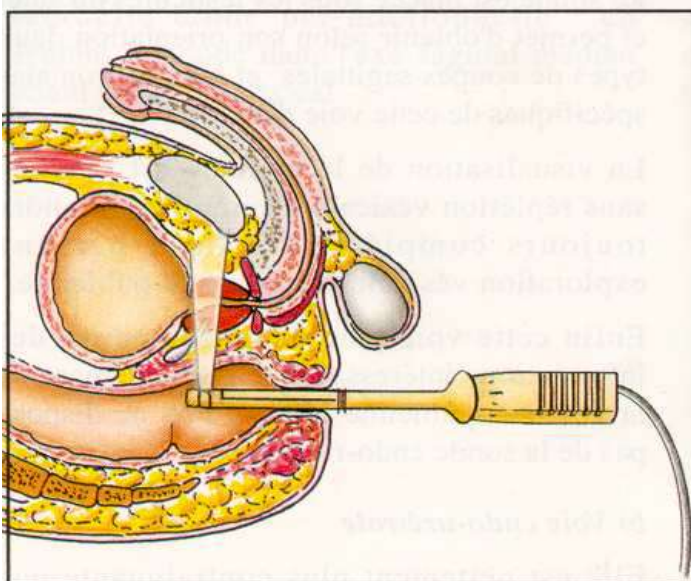
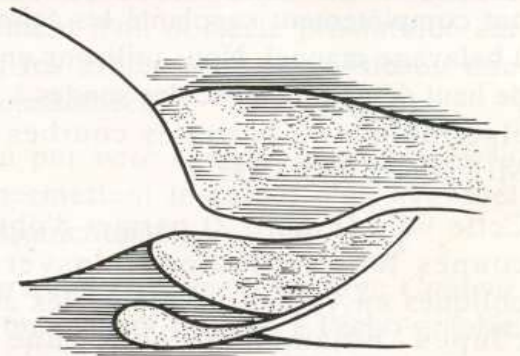
Elle permet d'attirer l'attention sur une pathologie débutante asymptomatique. Un cancer de petit volume peut apparaître comme une image hypo-échogène. C'est une technique qui visualise les lésions d'adénome de la prostate et de démontrer les remaniements tissulaires (kyste, abcès, calcification).

Au niveau des zones périphériques et centrales : une calcification d'image hypo échogène ou syndrome de masse évoquant une tumeur, nécessitent une biopsie.

Au niveau des canaux éjaculateurs : dilatation, calcification.



**Coupe longitudinale**



**Coupe transversale**

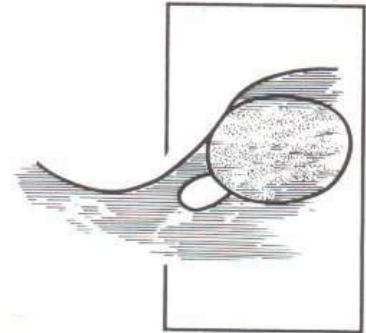
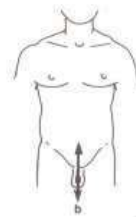
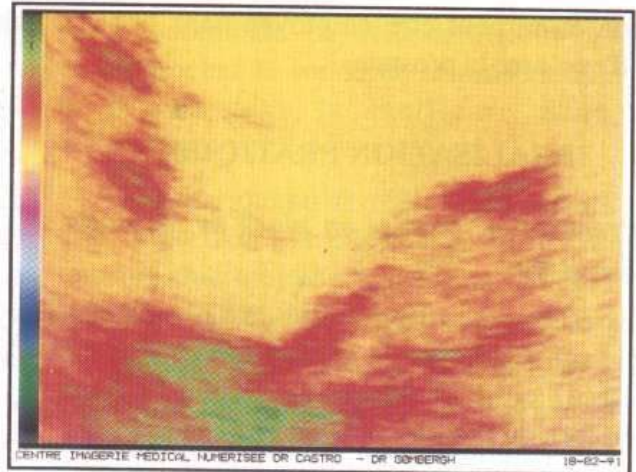
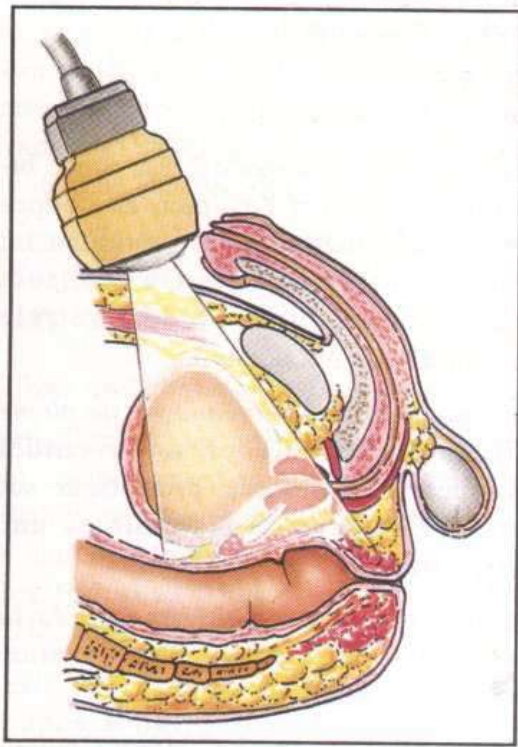


Haut -antérieur

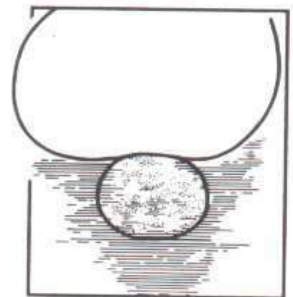
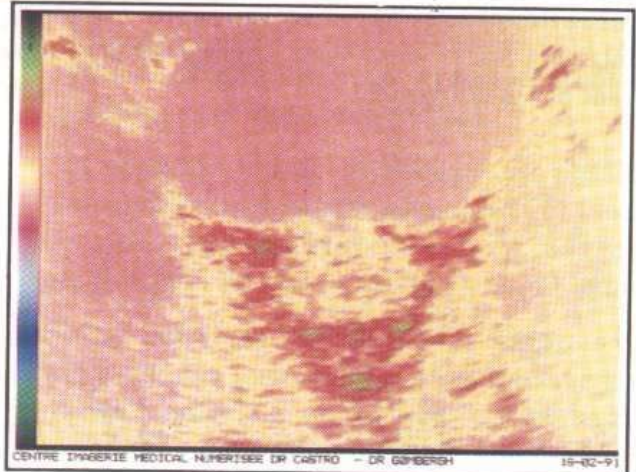
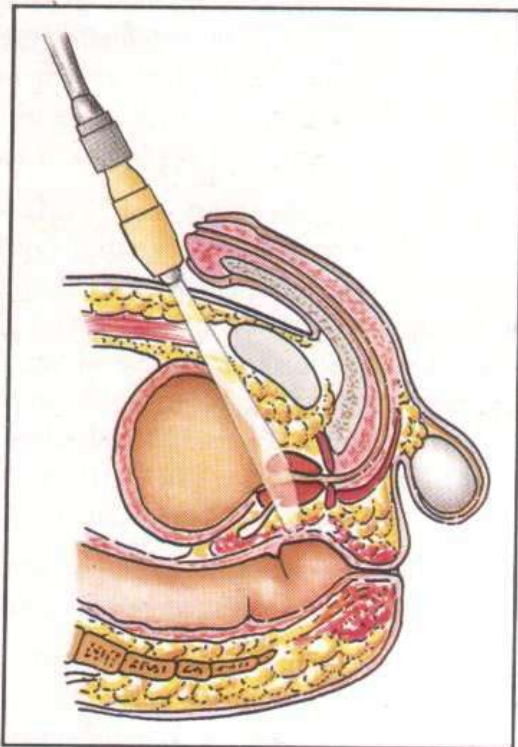
**Schéma7** : Echographie endo rectale







**Coupe longitudinale**



**Coupe transversale**

**Schéma 8** : Echographie sus pubienne

1-3-2 Les explorations urodynamiques :

### La débitimétrie :

C'est la mesure du débit mictionnel : c'est à dire de la quantité d'urine émise (en ml) par seconde.

Débit = Volume (ml) / Temps (seconde)

La débitimétrie n'est pas spécifique de l'obstruction ni de l'HBP (une mauvaise contraction de la vessie diminue le débit, même sans obstacle).

Elle quantifie la dysurie (si les conditions de l'examen sont bonnes).

Elle est utilisée dans l'HBP pour :

- Quantification de la dysurie lors d'un bilan initial,
- La surveillance des malades,
- Le contrôle de l'efficacité des traitements

### 1-3-3 Examens biologiques :

Dominés par.

- La numération formule sanguine ; vitesse de sédimentation
- La créatininémie
- La glycémie

Ces examens permettent d'apprécier la qualité de l'appareil urinaire, de déceler d'autres pathologies associées et infections

- L'antigène spécifique de la prostate (PSA) : est un marqueur tumoral spécifique de la prostate. Son taux normal est inférieur à 4ng/ml. Devant un taux de (PSA) inférieur à 4ng/ml, plus un toucher rectal normal on parle d'adénome de la prostate. Plus le taux de -PSA est élevé plus le risque de cancer de la prostate est grand.

Rapport PSA libre /PSA total : grâce à son origine exclusivement prostatique et sa sensibilité, le PSA total constitue un excellent marqueur ; il manque toutefois de spécificité en tant que marqueur tumoral ; en effet l'HBP même que les maladies inflammatoires peuvent s'accompagner d'une élévation du PSA total, la spécificité peut cependant être améliorée en dosant le PSA libre afin de calculer le rapport, (supérieur à 25% cancer prostatique peu probable).

Densité du PSA : est un facteur prédictif de la tumeur agressive après prostatectomie radicale chez les patients initialement en surveillance active

Villosité du PSA : mesure la variation du PSA avec le temps, les taux de PSA augmentent beaucoup plus rapidement chez les patients ayant un cancer de la prostate que chez les autres patients présentant une HBP ou sans pathologie prostatique, au même moment il doit être mesuré sur une période d'environ 2 ans au moins à 3 reprises.

- ECBU : examen cytobactériologique des urines :

L'ECBU est demandé à la recherche d'une infection urinaire ;

Elle est couplée de façon systématique à un antibiogramme.

#### **1-4 Évolution, complications :**

L'évolution naturelle de l'HBP se fait vers l'augmentation de volume [26]. Mais cette augmentation se fait de manière non linéaire, par poussées. De plus, il n'existe qu'une corrélation faible entre volume et symptômes [27]. Toutefois, 25 % des patients observés vont s'améliorer [28]. La survenue de complications est probablement liée au retentissement vésical avec accumulation progressive de collagène [29] aboutissant à deux formes cliniques particulières :

- La vessie épaisse, hypertrophique, « myocarde », de petite capacité, où l'épaisseur même du détrusor provoque la distension rénale par obstacle urétéral lors de la traversée vésicale ;
- La grande vessie hypotonique, parfois herniée par des diverticules, avec résidu et dilatation rénale par hyperpression vésicale, voire reflux. C'est dans ce cas qu'apparaissent des lithiases vésicales ajoutant à la sémiologie irritative. La rétention complète est parfois inaugurale, parfois considérée comme une complication évolutive de l'HBP qui augmente son risque de survenue. Sa fréquence générale est estimée à 5 pour mille après 40 ans. Ce risque augmente si les patients sont symptomatiques : pour un homme de 45 ans avec un score IPSS à 7, le risque annuel est de 0,4 à 3,3 pour mille, passant de 7,9 à 11,3 pour mille au-delà de 70 ans [30, 31, 32]. De plus, le risque de récurrence de ce type d'épisode est élevé, estimé à 60 % dans l'année [33], ce qui explique que la rétention aiguë aboutisse souvent à une indication chirurgicale [34]. Il semble en outre que le taux du PSA soit un excellent prédicteur de la possibilité de rétention aiguë d'urines [35].

## 2- Diagnostic différentiel [36 ,37] :

Il se fait avec :

### -Prostatite Chronique :

Antécédents infectieux (urétrites, prostatite aiguë), aspect régulier multi nodulaire, assez ferme presque dur au TR, l'injection de la glande à l'ASP.

### -Cancer prostatique :

Souvent associé à l'HBP, quelques caractères les diffèrent : douloureux au TR consistance de dureté pierreuse souvent, surface irrégulière. En cas de doute biopsie anatomopathologie de la prostate.

### Devant une dysurie avec TR normal [38]

#### -Sténose Urétrale :

On recherche les antécédents :

- Infectieux du bas appareil urinaire (urétrite, maladies vénériennes en particulier gonococcies) ;
- Traumatisme de l'urètre par fracture du bassin ;
- Sondage, même unique, bref ou simple.

Les examens comme l'UIV avec clichés per mictionnels, l'UCRM et l'uretroscopie font le diagnostic.

#### Maladie ou Sclérose du Col Vésical

Rarement révélée à cet âge, mais il faut y penser devant un col s'ouvrant mal sur un cliché mictionnel de l'UIV. L'urétroscopie peut être utile.

#### Contexte Neurologique [39]

Donnant ainsi une place importante à l'examen neurologique surtout devant une paraplégie flasque ou spastique, spina bifida, sclérose en plaque, maladie de Parkinson.

Le bilan urodynamique (radiographie dynamique, cystomanométrie et profilométrie urétrale) est utile.

-Tumeur de Vessie :

L'hématurie et la masse hypogastrique ferme aident au diagnostic. L'échographie et la cystoscopie seront utiles.

#### **IV- Traitement :**

##### 1- Buts :

Ce traitement a deux buts fondamentaux :

- Améliorer la qualité de la miction.
- Protéger la fonction rénale.

##### 2- Moyens :

###### 2-1 Traitement médical :

###### \*Inhibiteurs de la 5 alpha réductase :

Actuellement ces substances font l'objet d'importante étude clinique. L'objectif est d'agir sur l'DHT qui représente l'androgène actif au niveau cellulaire.

L'administration d'un inhibiteur de la 5 alpha réductase chez un chien présentant une hypertrophie prostatique entraîne une régression de la glande.

Leur avantage est qu'ils n'ont aucune toxicité et surtout des effets limités sur la libido car le taux circulant de testostérone reste inchangé

L'inhibiteur de la 5 alpha réductase disponible dans notre milieu est le Fenasteride (chibro-proscar).

Cependant les données préliminaires suggèrent une amélioration clinique significative avec ce produit.

###### \*Les Alpha bloquants :

La base physiologique de l'utilisation des alphas bloquants (antagonistes des récepteurs alpha) est la présence de cellules musculaires lisses dans la capsule prostatique et le col vésical. Ces cellules contribuent à augmenter la résistance à la vidange vésicale, sous l'action des récepteurs alpha 1 adrénérgique situé au niveau du trigone vésical, de l'urètre et de la prostate.

Le blocage de ces récepteurs entraîne une relaxation du col vésical, les fibres musculaires lisses intra-prostatiques et pourrait donc entraîner une diminution

de la tension prostatique. Les alpha bloquants entraînent une amélioration objective : augmentation du débit maximum, réduction de la fréquence des mictions, diminution du résidu post-mictionnel.

Ils peuvent être considérés comme une approche thérapeutique intéressante de l'adénome de la prostate mais les effets secondaires ne sont pas négligeables : anéjaculation ; éjaculation rétrograde par paralysie de la voie génitale ; risque d'hypotension orthostatique. Ils sont indiqués chez les malades ne désirant pas être opérés, chez qui la chirurgie est contre indiquée

L'individu jeune représente donc une excellente indication d'essais thérapeutiques. Les alpha bloquants sont contre indiqués chez les insuffisants rénaux, sur les grosses distensions vésicales, en cas hypotension orthostatique ;

#### Exemples :

- Terazosine : Dysalfat<sup>®</sup> 5 mg 1 fois par jour
- Alfuzosine : Xatral<sup>®</sup> 2,5mg 3foi par jour  
Xatral Lp<sup>®</sup> 5mg 2 fois par jour

#### Extraits de plantes

Le mécanisme d'action de ces produits reste imprécis bien que des travaux aient été récemment conduits dans ce sens, de nombreux mécanismes suggérés sont :

- Action anti-inflammatoire
- Action sur l'élasticité vésicale
- Action sur hyper contractilité du detrusor
- Régénération de l'épithélium prostatique
- Action anti- androgène



- Action sur les prostaglandines.

#### Exemples :

- Carcurbitapepo : Ecinaceapurpuna
- Serenoa repens : permixon<sup>®</sup> 1 CP x 2/j
- Pygeum- africanum : Tadenan 25mg ; 50mg 1 comprimé matin et soir.

Pygeum-africanum améliore à la fois les signes fonctionnels, cliniques et Urodynamiques il semble.

#### 2-2- Traitement chirurgical

On n'estime qu'un homme de 50 ans à un risque d'environ 15% d'avoir une intervention chirurgicale pour l'HBP avant l'âge de 80 ans. [40]

##### 2-2-1 Adénomectomie à ciel ouvert :

Elle comporte trois voies d'abord :

- Adénomectomie Trans-vésicale ;
- Adénomectomie retro- pubienne ;
- Adénomectomie Trans-périnéale.

##### Adénomectomie Trans-vésicale :

Méthode découverte par Amussat, J. 1834 fut développée par Freyer 1896.

C'est une technique qui a évolué dans le temps ; elle se distingue par la simplicité de l'acte et la valeur des résultats [41].

Dans cette technique la glande est abordée par sa partie la plus haute.

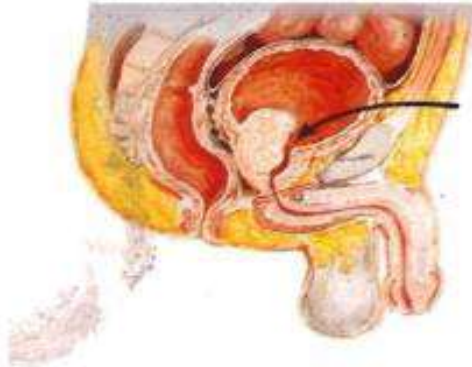
##### Technique :

L'intervention est réalisée sous anesthésie locorégionale ou plus volontiers générale. L'incision est médiane sous ombilicale ou Pfannenstiel. L'espace pré vésical est dégagé en refoulant le péritoine pour exposer la face antérieure et le col de la vessie ainsi que la face antérieure de la capsule prostatique. La vessie est ouverte et le liquide intra vésical est aspiré. La vessie, ainsi attirée vers le

haut est alors suspendue par deux prises de fil résorbable à l'aiguille sertie. Après exploration de la cavité vésicale et repérage des méats urétéraux ; l'adénomectomie est entamée par l'incision de collerette muqueuse péri cervicale au bistouri électrique.

L'énucléation utilisant le plan de clivage entre l'adénome et le reste de la glande prostatique est ensuite effectuée au doigt en s'aidant si c'est nécessaire d'un doigt intra rectal. Des points d'hémostase sont exécutés en X dans le pourtour cervical à 5 heures et 7 heures au fil résorbable polyglactine. Une sonde type Dufour ou Couvelaire (20ch) est introduite puis le ballonnet est gonflé dans la loge environ 10 à 20 ml de moins que le poids de l'adénome. Certains proposaient de laisser une cystostomie à minima avec une sonde de Foley pour assurer une irrigation continue. Fermeture de la vessie en deux plans. Dès la fermeture vésicale achevée l'irrigation est mise en route. Mise en place d'un drain Jost-Redon dans l'espace de Retzius. Fermeture pariétale faite habituellement par deux points de rapprochement des muscles droits et par un surjet de fil résorbable 2XO sur l'aponévrose. Si l'hémostase a été difficile lors du décollement du Pfannnstiel un deuxième drain de Jost-Redon peut être ajouté.

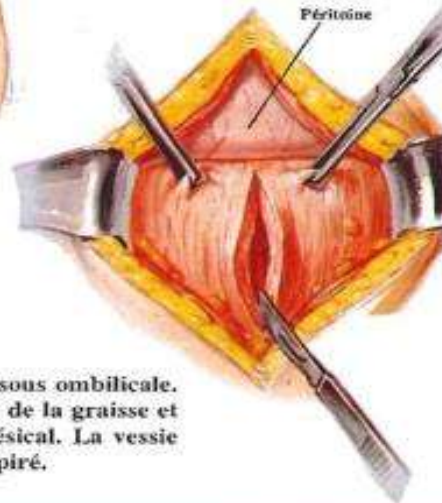
### 1. Voie d'abord



### 2. Incision

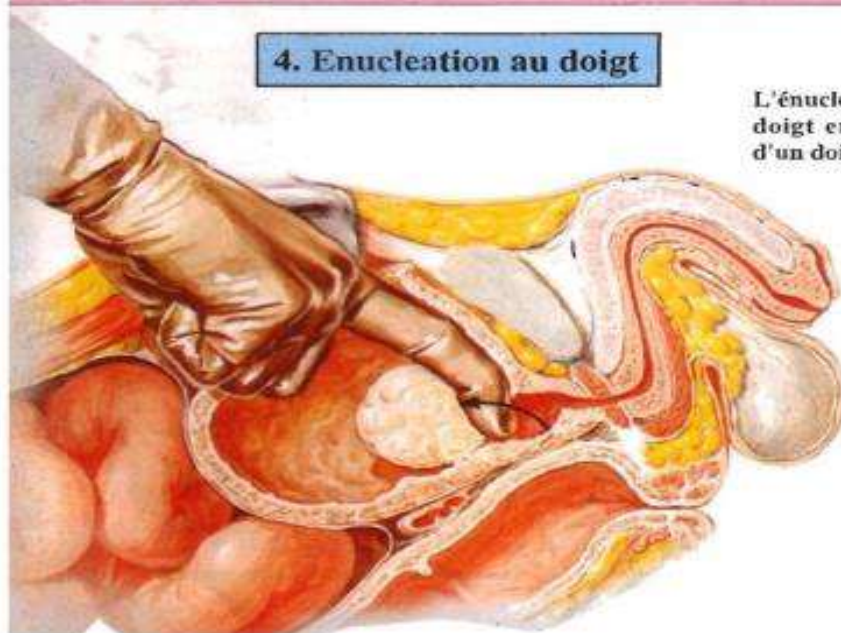


### 3. Ouverture de la vessie



Incision cutanée transverse ou médiane sous ombilicale. La face antérieure de la vessie est libérée de la graisse et le péritoine est refoulé jusqu'au dôme vésical. La vessie est ouverte et le liquide intravésical est aspiré.

### 4. Enucleation au doigt



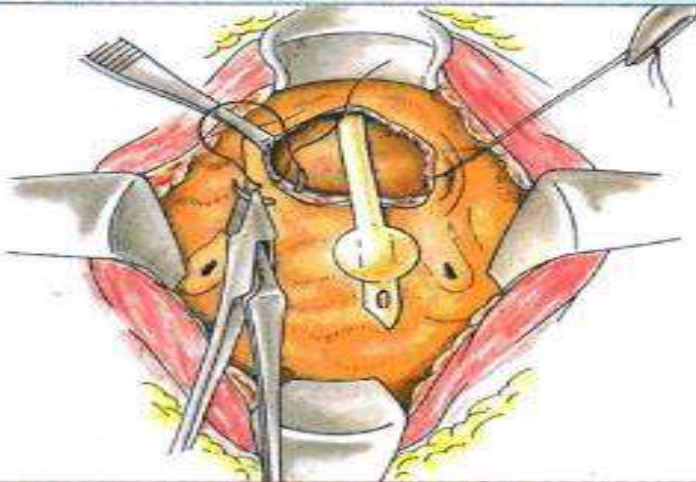
L'enucleation de l'adénome est faite au doigt en s'aidant si c'est nécessaire d'un doigt intrarectal.

Crânial

↙ Antérieur

**Schéma 9** : Adenomectomie Trans-vésicale

### 5. Hémostase de la loge et mise en place de la sonde

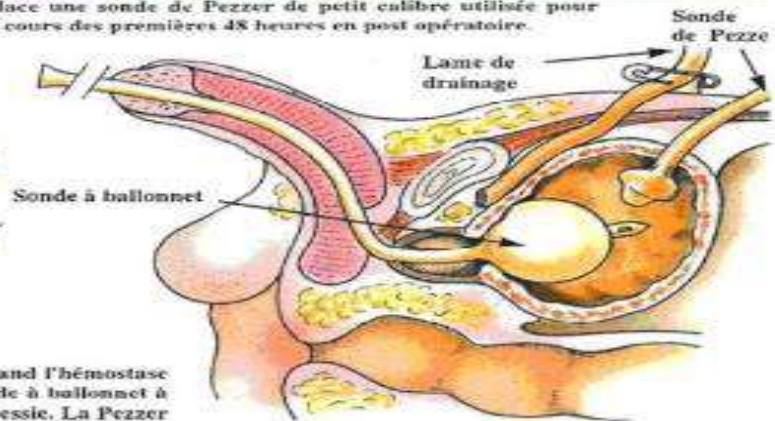
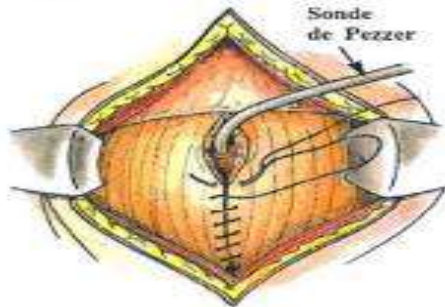


L'hémostase est faite à vue avec du fil à resorption lente monté sur une aiguille fine. Il faut éviter d'utiliser autant que possible la coagulation source de chute d'escarres en post-opératoire. Une sonde à ballonnet est intridute et le ballonnet est gonflé.

### 6. Fermeture de la vessie

### 6. Fermeture de la paroi

La vessie est fermée après avoir laissé en place une sonde de Pezzer de petit calibre utilisée pour irriguer la vessie avec un liquide isotonique au cours des premières 48 heures en post opératoire.



Certains ne mettent pas de Pezzer surtout quand l'hémostase semble très bonne et se contentent d'une sonde à ballonnet à double courant permettant l'irrigation de la vessie. La Pezzer est enlevée au 3ème jour et la sonde ballonnet vers le 7ème jour.

Crânial

↙ Antérieur

**Schéma 10** : Adenomectomie Trans-vésicale

### - Adénomectomie rétro- pubienne (Millin)

La capsule prostatique est incisée permettant un abord direct de la prostate par sa face antérieure.

La vessie n'est donc pas ouverte et permet un contrôle direct des pédicules vasculaires.

#### **Technique :**

Elle est initialement la même que celle de la voie Trans-vésicale. La face antérieure de la capsule et la loge prostatique sont exposées en déprimant la face antérieure de la vessie. La dissociation de la graisse recouvrant la glande est prudemment effectuée de manière à bien dégager la capsule. La ligature des éléments veineux de l'espace Retzius permet une hémostase préventive. L'incision capsulaire est effectuée transversalement près du col vésical. Elle est profonde et courte pour éviter tout risque de déchirure durant l'énucléation qui est effectuée aux ciseaux ou plus souvent au doigt et utilisant le plan de clivage naturel.

### - Complications post-opératoires précoces :

On observe généralement des complications telles que :

#### -Complications hémorragiques :

Elles sont dues soit à un défaut d'hémostase qui nécessite souvent une reprise chirurgicale ; soit à des troubles de la crasse sanguine, à type de coagulation intra vasculaire disséminée due au passage de thromboplastine dans la circulation sanguine avec chute des plaquettes et du fibrinogène plasmatique.

#### -Complications infectieuses :

Il peut s'agir d'une simple infection urinaire post opératoire favorisée par la présence d'une sonde urétrale, d'une septicémie plus fréquente chez les patients ayant des antécédents infectieux de prostatite ou opérés avec des

urines non stériles ; d'une orchi-épididymite sur sonde. Une infection pariétale due à l'association urine infectée, fuite sur la suture de la cystotomie.

Les fistules vésico-cutanées : Peuvent s'observer après chirurgie à ciel ouvert. Elles sont la conséquence d'un défaut de fermeture vésicale associé à un problème infectieux local.

Un simple drainage prolongé de la vessie par sonde urétrale permet souvent d'obtenir la fermeture de la fistule.

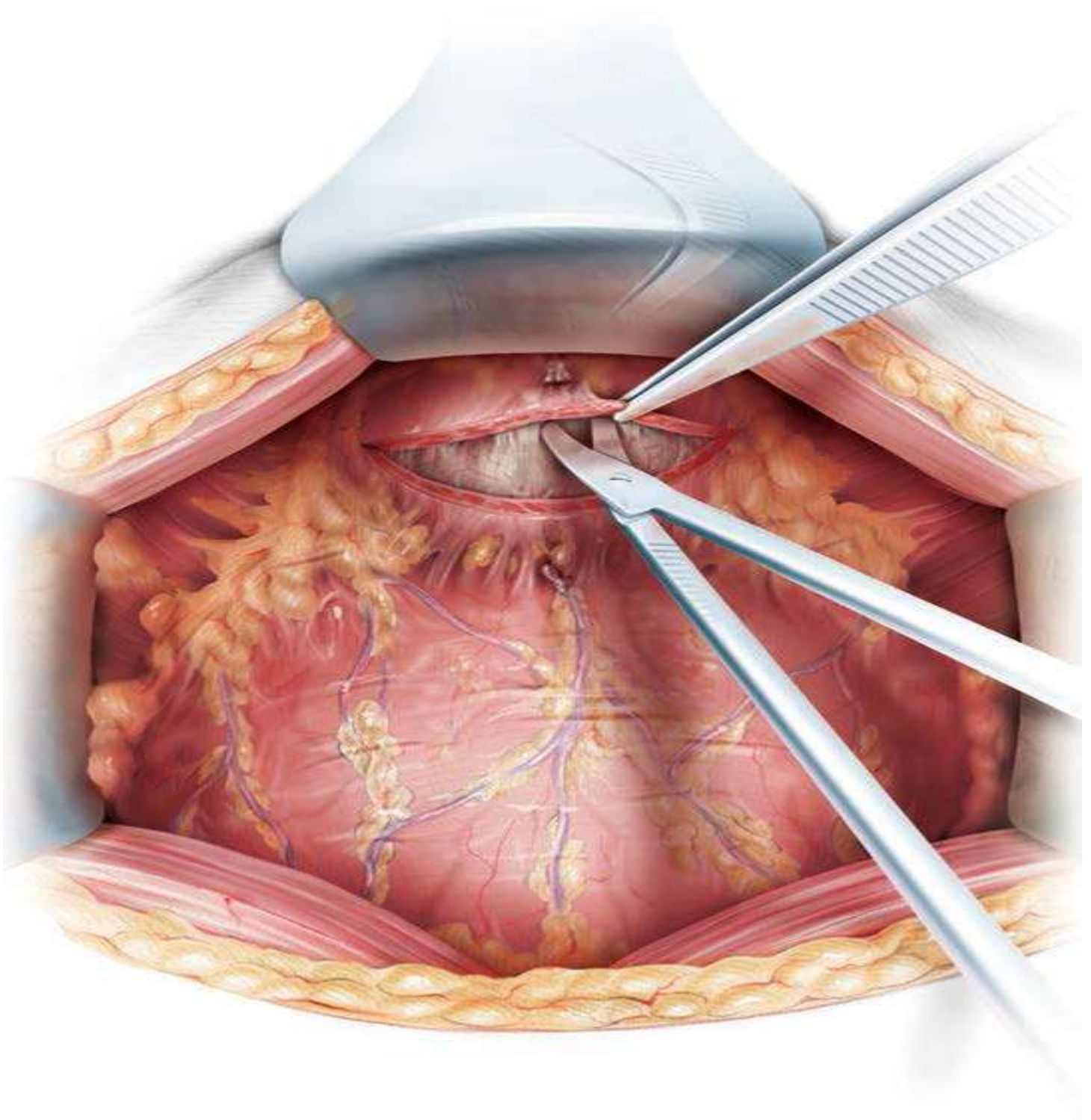
Dans certains cas ces fistules sont la conséquence d'un obstacle à l'évacuation des urines par la voie naturelle. Leur traitement passe par celui des causes d'obstruction.

- Incontinence : Peut s'observer en post-opératoire immédiat dès l'ablation de la sonde urétrale.

Il s'agit le plus souvent d'une incontinence partielle avec pollakiurie, miction impérieuse.

L'incontinence définitive est rare ; elle est due à une lésion du sphincter strié qui assure la continence après l'adenomectomie. Elle est de l'ordre de 1%.





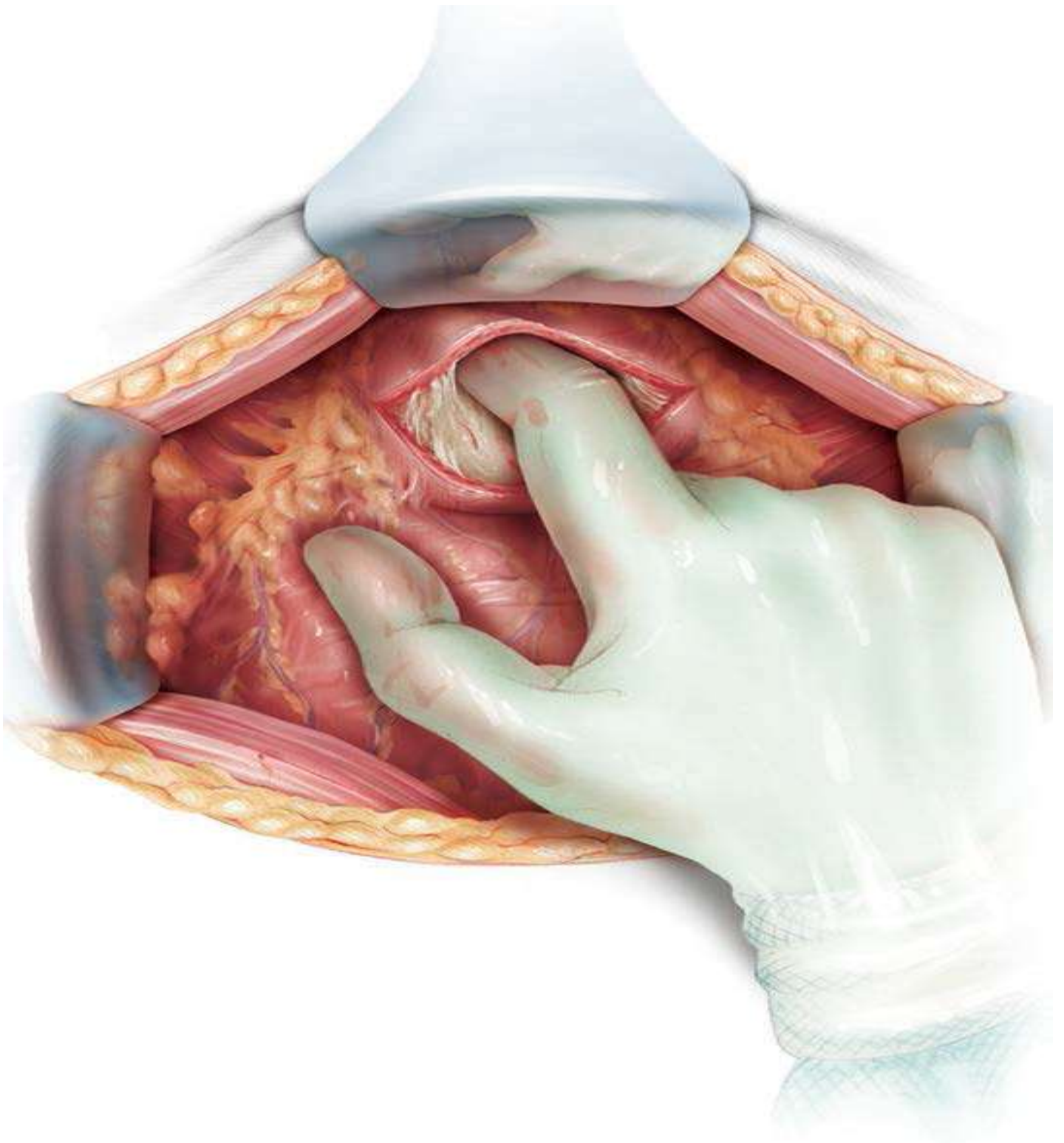
Crânial

**Schéma 11** : Adenomectomie retro pubienne (MILLIN)



Antérieur

Exposition de l'adénome, repérage du plan de clivage



Crânial



**Schéma 12** : Adenomectomie retro pubienne (MILLIN)

Enucléation par l'index qui dégage la face antérieure de l'adénome et ses latérales (84)



### 2-2-2 La chirurgie endoscopique

C'est actuellement la technique chirurgicale la plus utilisée pour le traitement de l'HBP.

L'intervention enlève l'adénome, laissant en place la capsule prostatique et permet de traiter les prostates jusqu'à 60 à 70 grammes. Cette technique repose sur la résection Trans-urétrale.

Elle fut initiée par GUTHRIE en 1934 et développée par Mc CARTY en 1941 [42] \*

#### La résection Trans-urétrale

C'est l'intervention la plus fréquemment réalisée sur la prostate et reste la technique de référence dans le traitement endoscopique de l'adénome de la prostate dans les pays industrialisés.

Une anesthésie péridurale ou la rachianesthésie est habituellement préconisée. L'anesthésie générale est pratiquée en fonction des contre-indications locales et parfois à la demande du patient.

L'opéré est installé en décubitus dorsal, cuisses fléchies, jambes horizontales. L'écartement des jambes doit être suffisant pour que l'opérateur puisse se placer entre les jambes du malade. L'appareil est introduit par le canal urétral jusqu'à la vessie.

L'intervention débute par l'exploration de la vessie pour éliminer une tumeur vésicale, un diverticule ou une lithiase associée. Il faut repérer les orifices urétéraux, visualiser l'aspect de l'adénome, noter l'importance des lobes latéraux et la présence ou non d'un lobe médian, l'emplacement du veru-

montanum (gardien de la continence) et apprécier la distance col- veru-montanum.

Au terme de cette exploration on décidera de débiter la résection ou de changer la technique chirurgicale si les possibilités de l'endoscopie semblent dépassées.

La résection se fait sous irrigation continue par un soluté isotonique.

La résection est commencée par la face postérieure du col vésical, siège du lobe médian car sa saillie vient faire un contre appui et gêne les libres mouvements de la résection. Les lobes latéraux sont ensuite réséqués. Elle se fait de haut en bas, un lobe après l'autre.

La résection une fois terminée il reste à enlever une petite quantité de tissu qui se trouve généralement autour du veru-montanum et de l'apex prostatique. C'est la partie la plus délicate de l'opération à cause de la proximité du sphincter distal qui assure la continence après l'opération. L'hémostase est faite au fur et à mesure de la résection.

Une fois terminé on fait une dernière inspection pour s'assurer de l'intégrité des orifices urétéraux et du veru-montanum. On remplit la vessie avant de retirer le résecteur. Cela permet de vérifier la bonne qualité de la résection en appuyant sur l'hypogastre de l'opéré, ce qui doit provoquer un bon jet par le méat urétral. On peut alors mettre en place une sonde vésicale à double courant. Le ballonnet de la sonde est gonflé à 20 – 30 CC, puis on branche le liquide d'irrigation avec un débit rapide pour éviter un caillotage

L'irrigation est arrêtée dès que les urines deviennent claires (24 – 48 heures) la sonde est enlevée vers le 5<sup>ème</sup> jour.

## - Incision cervicoprostatique

### **Technique :**

Les patients reçoivent une antibioprofylaxie lors de l'induction anesthésique à large spectre ou en fonction d'un antibiogramme fait lors du bilan préopératoire. En cas d'anesthésie locale celle-ci est réalisée par infiltration péri- prostatique par voie périnéale et intra- prostatique de xylocaïne<sup>®</sup> 1%.

Le matériel nécessaire comporte un résecteur de petit calibre (24ch) muni d'une électrode de Colin (en forme de pointe). L'intervention commence par l'exploration de la vessie.

L'incision est unilatérale et le choix du côté est indifférent sauf en cas de lithiase prostatique où il faut mieux inciser du côté de la lithiase dans l'espoir de la mettre à jour.

Elle est profonde et le tissu prostatique est creusé jusqu'à la capsule.

Le saignement est minime au niveau des berges de l'incision.

L'intervention se termine par la mise place à vessie pleine d'une sonde vésicale à double courant rigide pour éviter que la sonde ne s'engage dans l'incision et passe sous le trigone.

La sonde est retirée à la 48<sup>ième</sup> heure et le patient est autorisé à sortir de l'hôpital au 3<sup>ième</sup> ou 4<sup>ième</sup> jour post-opératoire.

Dans la littérature [43] l'incision cervico-prostatique entraîne une amélioration spectaculaire des scores symptomatiques.

L'éjaculation antérograde est conservée dans 82 – 95 % des cas [44,45].

### Complications post opératoires précoces :

Les complications hémorragiques et l'incontinence sont identiques à celles de la chirurgie à ciel ouvert.

Au cours de la résection endoscopique il peut y avoir une complication appelée syndrome de résorption du liquide de lavage ou << TURP –syndrome >>.

Ce syndrome per ou post-résection est favorisé par l'ouverture de la loge de lacs veineux ou de la capsule prostatique. IL survient surtout si la résection a trop duré plus d'une heure et a été hémorragique obligeant à utiliser une grande quantité du liquide de lavage.

Dépisté par la dyspnée ; douleur thoracique ; HTA ; bradycardie, les troubles de comportement (agitation ; obnubilation ; bâillement) ; les troubles circulatoires périphériques (cyanose, lividité) et les troubles circulatoires ressentis par le malade (troubles visuels, céphalées, encombrement respiratoire) ; un état de choc peut s'installer très rapidement. Ce tableau est dû à l'hémodilution et à l'hyponatrémie. La prise en charge repose sur la lutte contre l'hyperhydratation : restriction hydrique rapide (Furosémide) ; il faut essentiellement l'apport de sérum salé. Une oxygénothérapie vise à corriger une éventuelle hypoxie. Ce TURP Syndrome évolue généralement favorablement en quelques heures. Il est donc important surtout de savoir assurer sa prise en charge rapide.

### Complications tardives

\* Complications fréquentes :

- Rétrécissements du méat urétral, de l'urètre ou du col vésical
- Infections urinaires ou épидидymaires
- Incontinence mineure limitée à quelques gouttes terminales

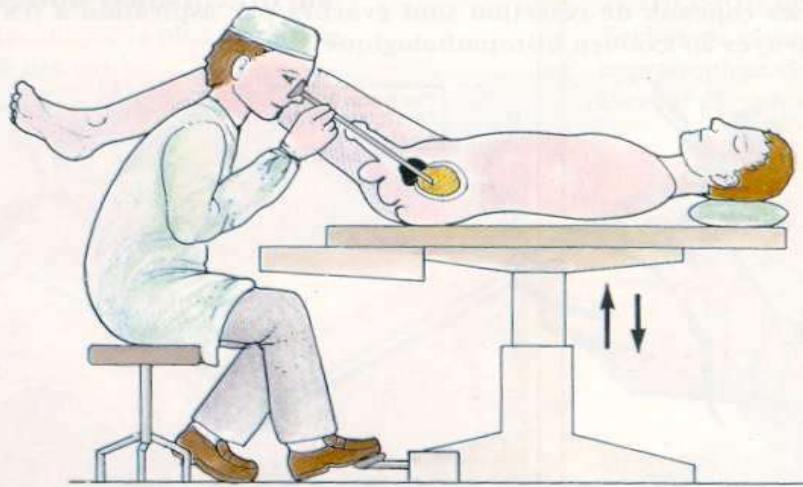
- Nécessité d'un retraitement : après cette opération le risque de ré-opération du même type pour la réapparition de troubles urinaires est environ de 5% dans les 10 ans

\* Complications occasionnelles :

- Incontinence nécessitant le port de protection urinaire
- Impuissance érectile : sa survenue est dépendante de l'âge et de l'état préopératoire

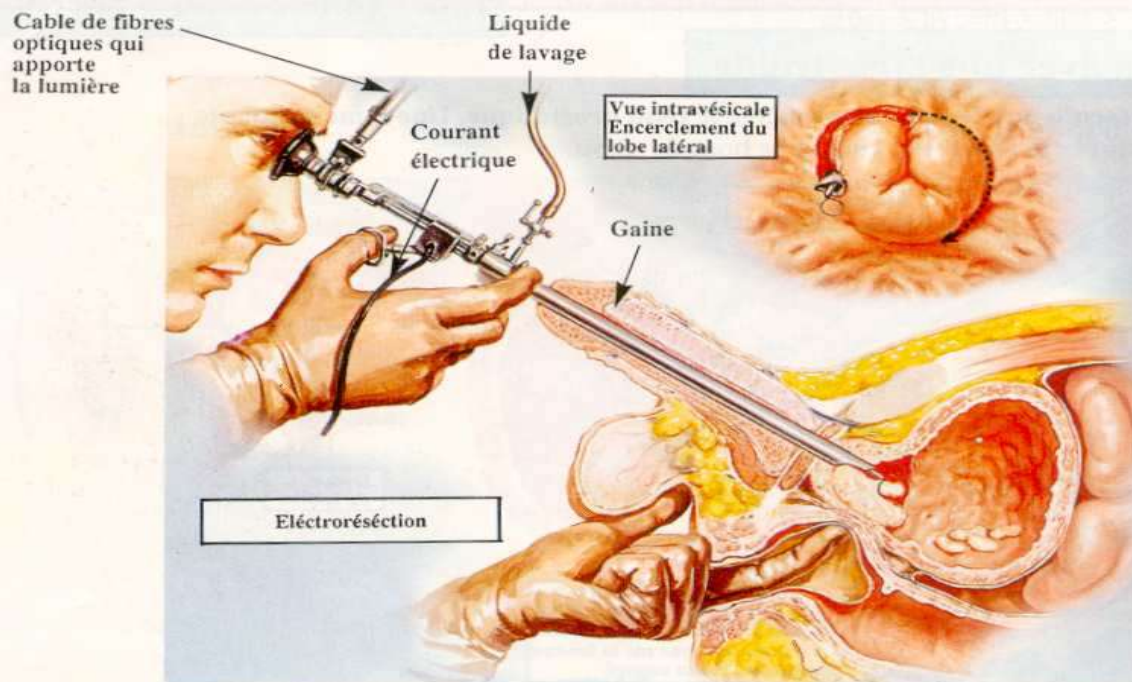
Le temps qu'on peut passer à faire une résection endoscopique est limité, c'est pourquoi cette opération doit suivre une stratégie bien ordonnée.

## 1. Installation du malade



## 2. Introduction du résecteur

La gaine du résecteur est introduite, la lumière et le liquide de résection (solution isotonique) sont raccordés. Le résecteur est introduit dans la gaine.



**Schéma 13** : schéma de la résection Trans urétrale de vessie

Haut



Antérieure

### 2-2-3 Traitement par le laser :

C'est en 1992 que Roth [46] pour la première fois proposa d'utiliser l'énergie laser pour traiter un adénome de la prostate

Les applications du laser dans le traitement de l'HBP restent très limitées et doivent être sélectionnées. L'utilisation du laser repose sur l'effet thermique de son rayonnement qui produit une destruction tissulaire par nécrose de coagulation et de volatilisation.

Il est bien connu que sous l'influence de l'effet thermique, les modifications suivantes sont observées :

- Vers 80 – 100 degrés : nécrose de coagulation, secondairement la dissection et élimination de la zone nécrosée et cicatrisation tissulaire ;
- Vers 100 degrés : apparaît une volatilisation des constituants cellulaires avec perte de substances entourées d'une nécrose de coagulation.
- Au-delà de 100 : degrés survient une carbonisation gênante car elle absorbe le rayonnement lumineux et constitue un écran entre ce rayonnement et la zone traitée.

### 2- 2- 4- Traitement << THERMIQUE >>

L'hyperthermie et la thermothérapie sont des méthodes qui consistent à élever la température du tissu prostatique.

- Hyperthermie correspond à une température intra-prostatique comprise entre 42° C et 45° C, abandonnée car n'a montré aucune efficacité clinique.
- Thermothérapie : consiste à élever la température du tissu prostatique à plus de 50° C pour créer une nécrose tissulaire définitive. Cette nécrose est théoriquement remplacée par du tissu conjonctif qui se rétracte

secondairement aboutissant à une diminution du volume prostatique. Une amélioration des symptômes est obtenue.

Il existe d'autres traitements :

- Radiofréquence -Cryothérapie.
- Prothèses intra prostatiques

#### **2-2-5- Suites post-opératoires :**

Certains malades ne sont pas satisfaits généralement après une adénomectomie.

Il peut s'agir :

- De la persistance d'une pollakiurie généralement due à une vessie désinhibée
- La reprise de la dysurie due à une sténose du col ; une sténose de l'urètre ou du méat, une opération incomplète, récurrence de l'adénome ; apparition d'un cancer.

#### **2 – 2 - 6-Troubles sexuels :**

L'érection, la libido, et l'orgasme ne sont pas affectés par l'intervention.

Après une adénomectomie quelques malades se plaindront d'anéjaculation.

Après cette chirurgie le col reste béant et l'éjaculation se fait par voie rétrograde. Il est impératif d'informer le malade sur la possibilité d'éjaculation rétrograde en post opératoire.



### **3- INDICATIONS :**

Cette grande variété de moyens rend ardu le choix d'une indication individuelle, dans laquelle l'avis du patient joue de plus en plus un rôle majeur [46]. Néanmoins, certains schémas semblent admis par tous.

– La présence de complications, dilatation du haut appareil avec insuffisance rénale chronique, vessie de lutte majeure avec diverticules, lithiase vésicale, constitue une indication opératoire. Il n'est pas de même pour les patients souffrant d'infections ou d'hématurie à répétition sans autre cause que l'HBP.

– La rétention d'urines aiguë ou chronique pose des problèmes plus difficiles :

Un résidu permanent de moyenne importance représente une indication opératoire, car la détérioration vésicale ou rénale est probable, à court ou moyen terme ;

– Un résidu permanent de 1 L avec vessie distendue est une indication plus discutable, et l'on peut drainer la vessie et n'opérer qu'en cas de bilan urodynamique confirmant l'obstruction. Si l'on opère d'emblée, il est probable qu'un sondage prolongé soit nécessaire (plusieurs semaines à plusieurs mois) ;

– La rétention aiguë est souvent l'occasion d'une indication opératoire en raison du risque élevé de récurrence. Toutefois, en cas de rétention inaugurale sans symptômes préalables, la simple évacuation vésicale associée à un traitement alpha bloqueur constitue une alternative acceptable, permettant parfois un confort prolongé.

– En l'absence de complication, la gêne symptomatique et les désirs du patient sont le guide de la thérapeutique [47]

Enfin, une résection endoscopique a un coût équivalent à 7 ans de traitement médical : si une décision chirurgicale apparaît probable, il n'y a sans doute pas d'intérêt à la différer trop longtemps.

## **V- METHODOLOGIE**

1-Type d'étude : IL s'agit d'une étude prospective.

2- Période d'étude : Juin 2016 à JUIN 2017.

3-Lieu d'étude : Service d'urologie de l'hôpital de Ségou.

### 3-1 Présentation géographique et organisation administrative

Ségou est la 4<sup>ème</sup> région du Mali. Elle a une superficie de 62000 Km<sup>2</sup> et est composée de sept (7) préfectures dont : Baraoueli, Bla, Macina, Niono, San, Ségou, Tominian.

La région de Ségou compte 118 communes dont 3 urbaines (Ségou, San, Niono) et 2166 villages.

Elle est limitée : Au Nord par la Région de Tombouctou et la république islamique de Mauritanie, à l'ouest par la région de Koulikoro, au sud par Sikasso et la république du Burkina-Faso, à l'Est par les régions de Tombouctou et Mopti.

Elle a une vocation agropastorale et sa population est essentiellement rurale, la région de Ségou comptait 3038000 habitant en 2017.

La population se compose de : bambara en majorité ; Bozo, Somono, peulh, Minianka, Bobo, Dogon, Mossi.

D'un point de vue climatique elle est divisée en 2 zones : Nord de type sahélien et le sud de type soudanien, avec une pluviométrie annuelle de 200 à 400mm à l'extrême nord du Niger et 600 à 800 au sud.

### 3-2 Les différentes phases de l'étude :

#### 3-2-1 Elaboration de la fiche d'enquête

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs.

Elle comprend quatre parties :

- Données socio - démographiques
- Données cliniques
- Données para cliniques
- Données sur le coût de la prise en charge.

#### 3-2-2 Période d'étude : Juin 2016 au juin 2017

#### 3-2-3 Echantillonnage

Les malades venaient d'eux même ou étaient adressés par d'autres formations sanitaires de la région de Ségou.

#### 3-2-4 Critères d'inclusion :

Tous les patients présentant une HBP pendant la période d'étude reçus au service d'urologie de l'HNFS

#### 3-2-5 Critères de non inclusion : n'ont pas été retenus :

-Tous les patients présentant de troubles mictionnels en rapport avec d'autres pathologies urologiques telles que cancer de la prostate, rétrécissement urétral, prostatite, abcès de la prostate, etc.

#### 3-2- 6 Gestion des données

La saisie et l'analyse des données étaient faites à l'aide du logiciel Microsoft Word 2007 et Excel 2013.

### 3-2-7 Les variables étudiés :

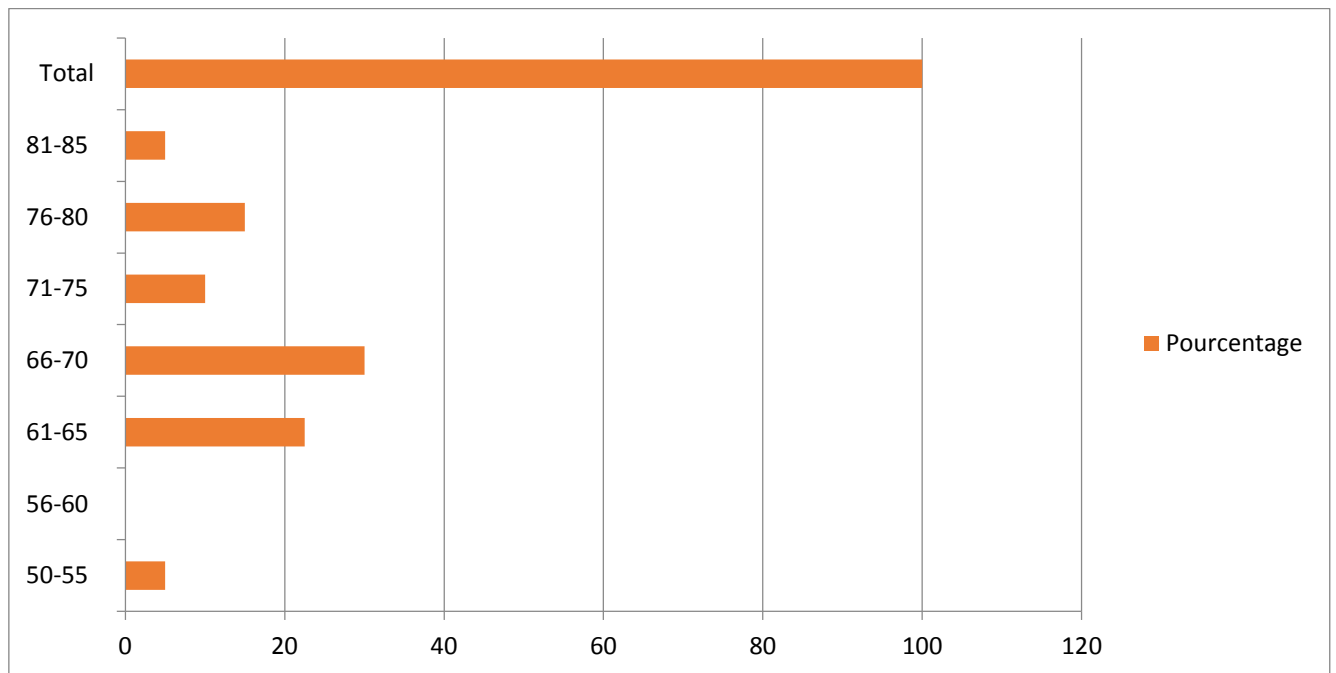
Les variables étudiées sont les données socio démographique (Age, profession, résidence), des données cliniques, paracliniques, les complications, le traitement et

L'évolution des traitements. (Voir fiche d'enquête en annexe)

## **VI-RESULTATS**

### A- Données sociodémographiques :

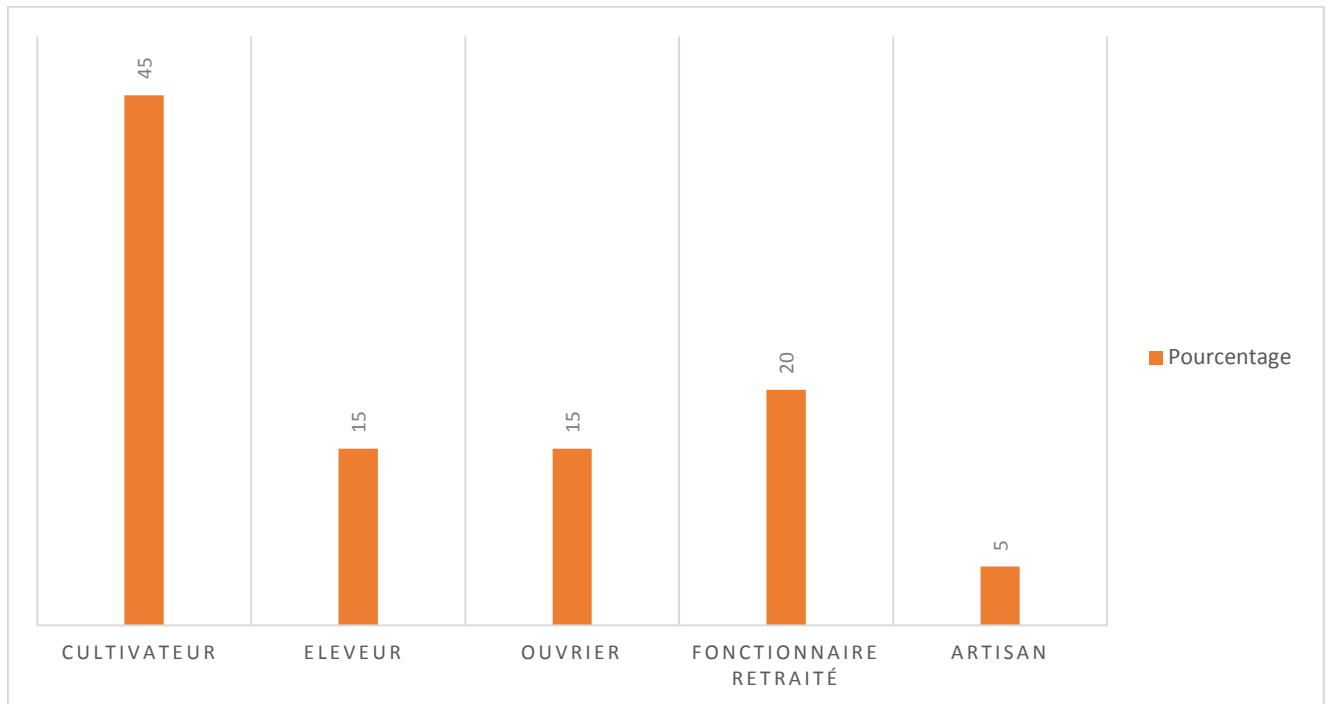
#### **1-Age** :



**Figure1** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 66-70 ans était la plus touchée avec un taux de 30 %.

## 2-Profession :



**Figure 2 :** Répartition des patients selon la profession.  
Dans notre étude 45% de nos patients étaient des cultivateurs.

### 3-Provenance :

**Tableau 2** : Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
<b>Ségou</b>	<b>10</b>	<b>25</b>
San	6	15
Niono	5	12,5
BLA	6	15
Baraouli	2	5
Tominian	2	5
Macina	4	10
Autre région	5	12,5
Total	40	100

Dans notre étude 25% des patients venaient du cercle de Ségou.

### 4-Mode de recrutement :

**Tableau 3** : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Consultation ordinaire	8	20
Référence par un agent de santé	12	30
<b>Admission en Urgence</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
Total	40	100

Au cours de notre étude 50% de nos patients sont venus du service d'accueil des urgences.



## **5-Antecedants chirurgicaux :**

**Tableau 6** : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Herniorraphie	4	10
Appendicectomie	1	2,5
Cure d'hydrocèle	2	5
Laparotomie	1	2,5
<b>Sans antécédent</b>	<b>32</b>	<b>80</b>
Total	40	100,0

Les antécédents chirurgicaux étaient dominés par la Herniorraphie (10%).

## **B-Fréquence Hospitalière :**

### **1-Frequence de l'HBP parmi les pathologies urologiques chirurgical**

**Tableau 4** : Fréquence de l'adénome de la prostate parmi les pathologies urologiques chirurgicales couramment rencontrées.

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Hernies inguinales	15	14,70
<b>HBP</b>	<b>40</b>	<b>39,21</b>
Cystocèle	2	1,96
Hydrocèle	10	9,80
Lithiase vésicale	10	9,80
Pyonérose	4	3,92
Sténose urétérale	6	5,88
Lithiase rénale	4	3,92
Lithiase urétérale	5	4,90
Sclérose du col vésical	6	5,88
Total	102	100

Dans notre étude HBP vient en 1er rang parmi les pathologies couramment rencontrées avec un taux de 39,21%.

## 2-Frequence de l'HBP parmi les pathologies urologiques

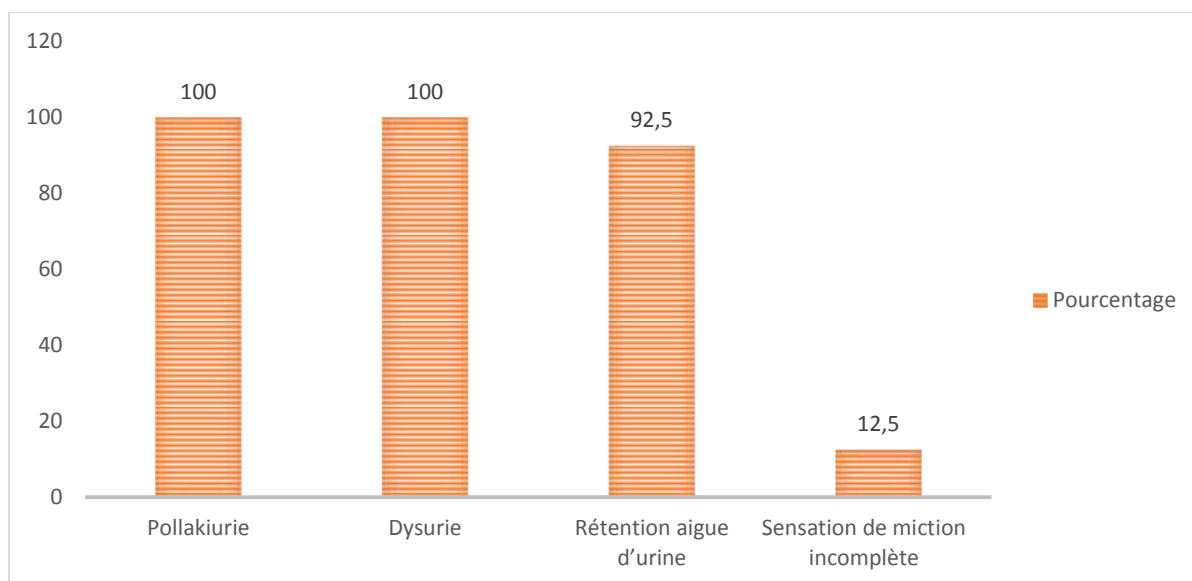
**Tableau 5** : Place de l'HBP parmi les pathologies urologiques

Pathologies urologiques	Effectif	Pourcentage
<b>HBP</b>	<b>40</b>	<b>21,50</b>
Lithiase vésicale	10	5,37
Rétrécissement urétral	6	3,22
Infection urogénitale	56	30,10
Tumeur de vessie	30	16,12
Gangrène de fournier	9	4,83
Cancer de la prostate	10	5,37
Valve de l'urètre postérieur	4	2,15
Fistule vésico vaginale post traumatique	2	1,07
Dysfonction érectile	15	8,06
Priapisme	4	2,15
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

L'HBP vient en 2eme place après les infections uro-génitales avec un taux de 21,50 % parmi les pathologies urologiques.

## **C-Données cliniques :**

### **1- symptôme clinique :**



**Figure 3 :** Répartition des malades selon les symptômes cliniques rapportés par les patients.

La pollakiurie et la dysurie étaient présentes chez tous nos patients, 100% des cas

## **C-1 EXAMEN PHYSIQUE :**

### **C-1-1Aspect de la prostate au toucher rectal**

**Tableau 7 :** Répartition des patients selon aspect d'hypertrophie prostatique au TR

<b>caractéristique de la prostate</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Régulière, homogène</b>	<b>36</b>	<b>90</b>
Irrégulière, hétérogène	4	10
Total	40	100,0

Au cour de cette étude 90% des patients avaient un aspect régulier et homogène de la prostate au Toucher rectal .

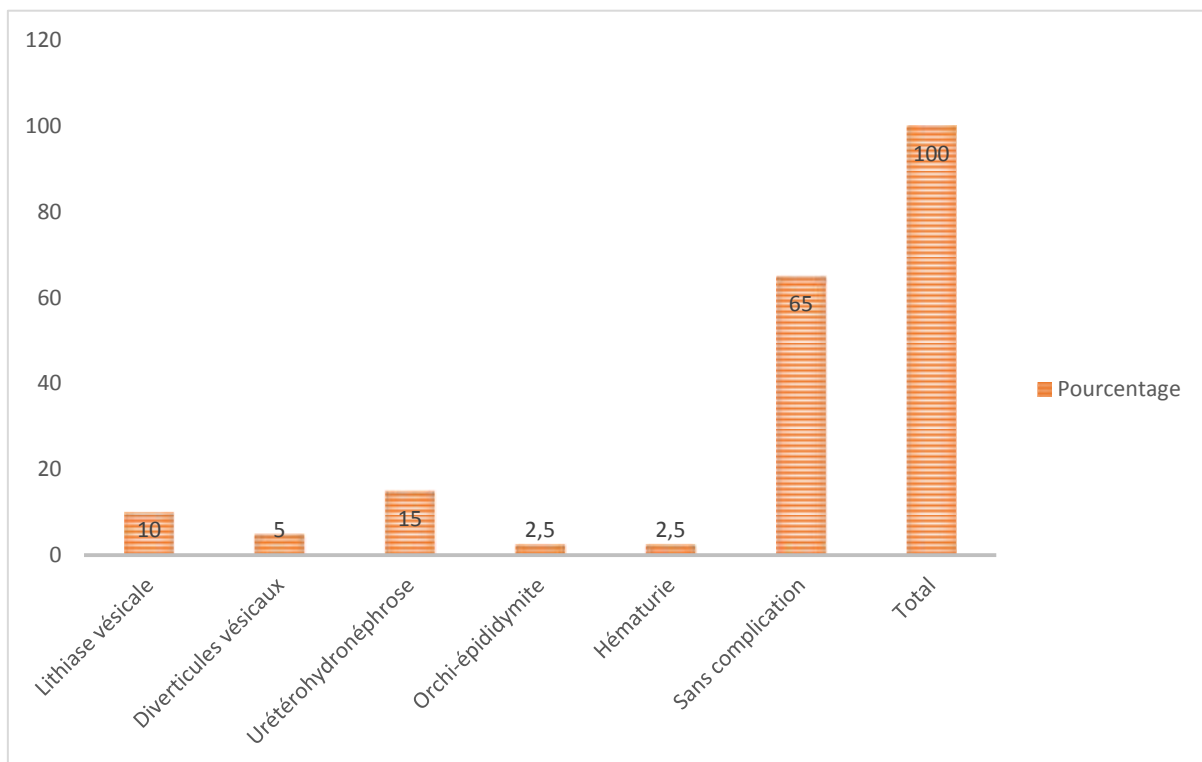
### C-1-2 Poids prostatique au TR

**Tableau 8** : Répartition des patients selon le poids prostatique au TR

poids prostatique au TR	Effectif	Pourcentage
Inf 50 g	7	17,5
50-80 g	20	50
Sup 80g	13	32,5
Total	40	100,0

Pendant cette étude 50% des patient avait un poids prostatique estimé entre 50 à 80g au TR

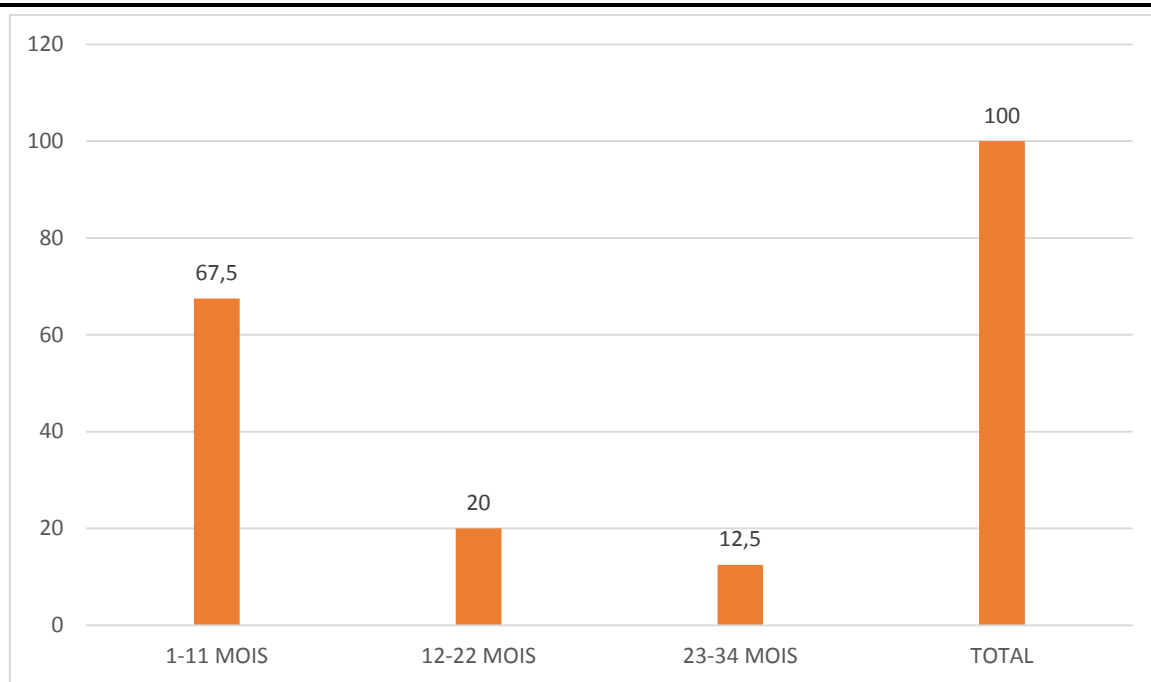
### C-1-2 les complications dues à l'HBP



**Figure 4** : Répartition des patients selon les complications dues à L'HBP

Urétéro-hydrosnéphroses est la complication la plus fréquente avec un taux de 15%

### **C-1-3 durée de la symptomatologie**



**Figure 5 :** Répartition des patients selon la durée de la symptomatologie.

La majorité de nos patients avaient consulté entre 1-11mois.

### **C-1-4 Mode de drainage des urines**

**Tableau 9 :** Répartition des patients selon le mode de drainage des urines avant l'intervention.

Mode de drainage des urines	Effectif	Pourcentage
<b>Sonde à demeure</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>
Cathéter sus-pubien	3	7,5
Sans dispositif de drainage	4	10
Total	40	100,0

Pendant la période d'étude 82, 5% de nos patients avaient une sonde à demeure avant l'intervention.

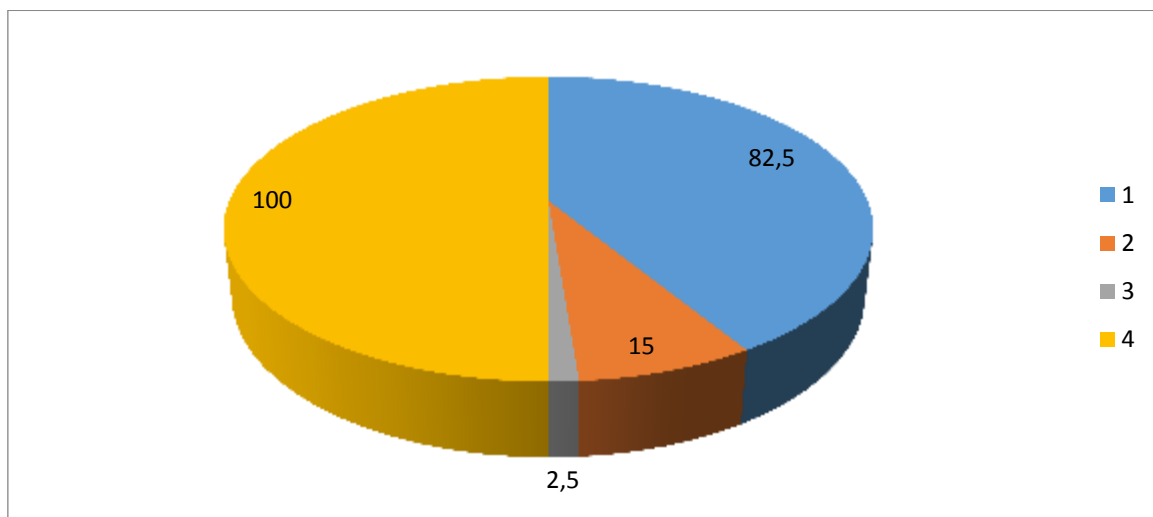
### C-1-5 Association de l'HBP à d'autre pathologie médicales

**Tableau 10:** Répartition des patients selon l'association de L'HBP à d'autres pathologies médicales.

Pathologies médicales associées à l'adénome	Effectif	Pourcentage
Sans pathologie médicale	27	67,5
<b>HTA</b>	<b>10</b>	<b>25</b>
Insuffisance rénale	1	2,5
Diabète	2	5
TOTAL	40	100,0

L'HBP était associé à l'HTA dans 25 % des cas.

### C-1-6 Association de l'HBP à d'autres pathologies chirurgicales.



1-Sans pathologies chirurgicales, 2-Hernie inguinale, 3-Hémorroïdes, 4-Total

**Figure 6:** Répartition des patients selon l'association de HBP à d'autre pathologie chirurgicale. Dans 15% des cas l'HBP était associé à une Hernie.

Données biologiques :

Dans notre étude 27,5% des cas les patients avaient un taux d'Hb à 12g/dl.

**1-ECBU :**

**Tableau 11:** Repartitions des patients selon selon le résultat de l'ECBU

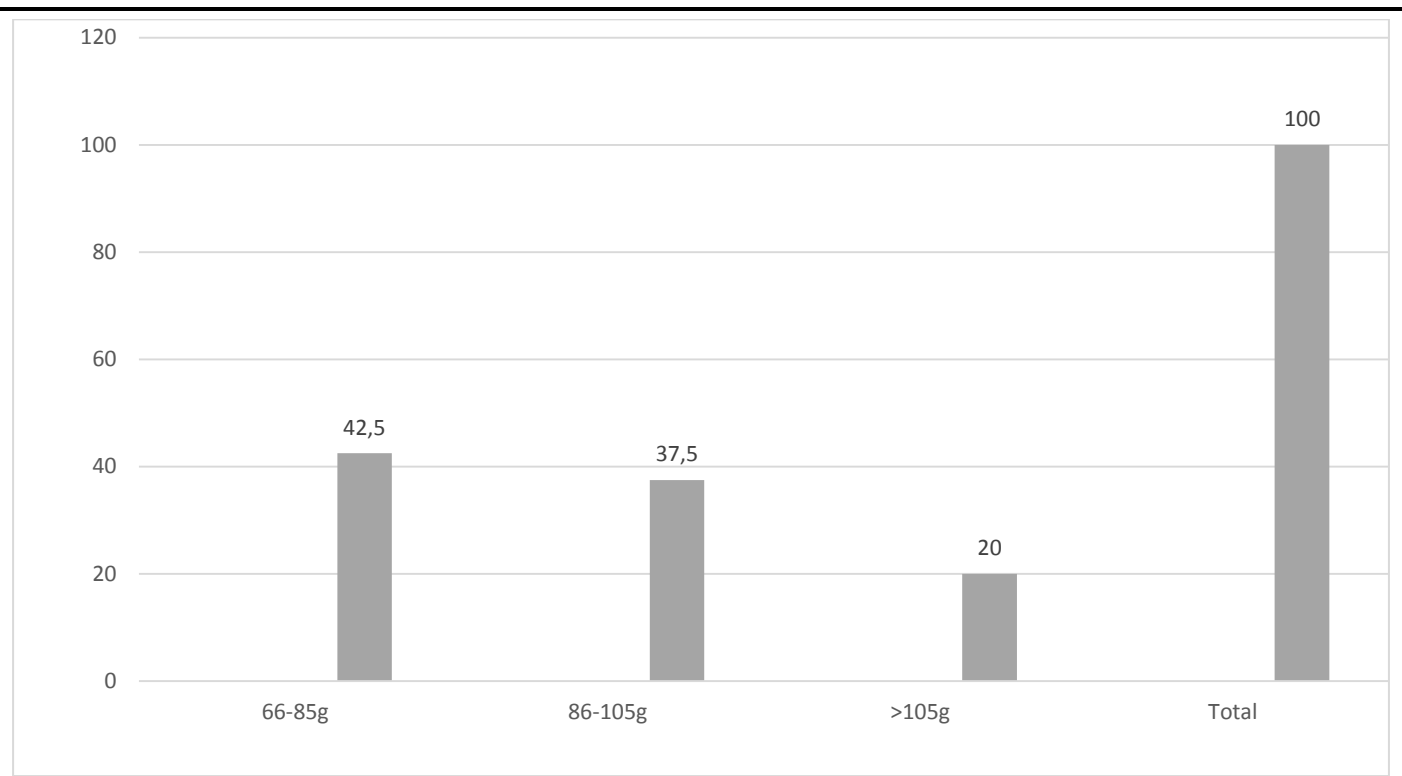
Germe selon le résultat de l'ECBU	Effectif	Pourcentage
Escherichia coli	12	30
Klebsiela	2	5
Streptocoque	2	5
Neisseria gonorrhoe	2	5
Staphylocoque aureus	2	5
Urine stériles	20	50
Total	40	100

Escherichia coli était le germe le plus fréquent avec un taux de 30%



## E-Données de l'imagerie

### 1-Donnée échographique :

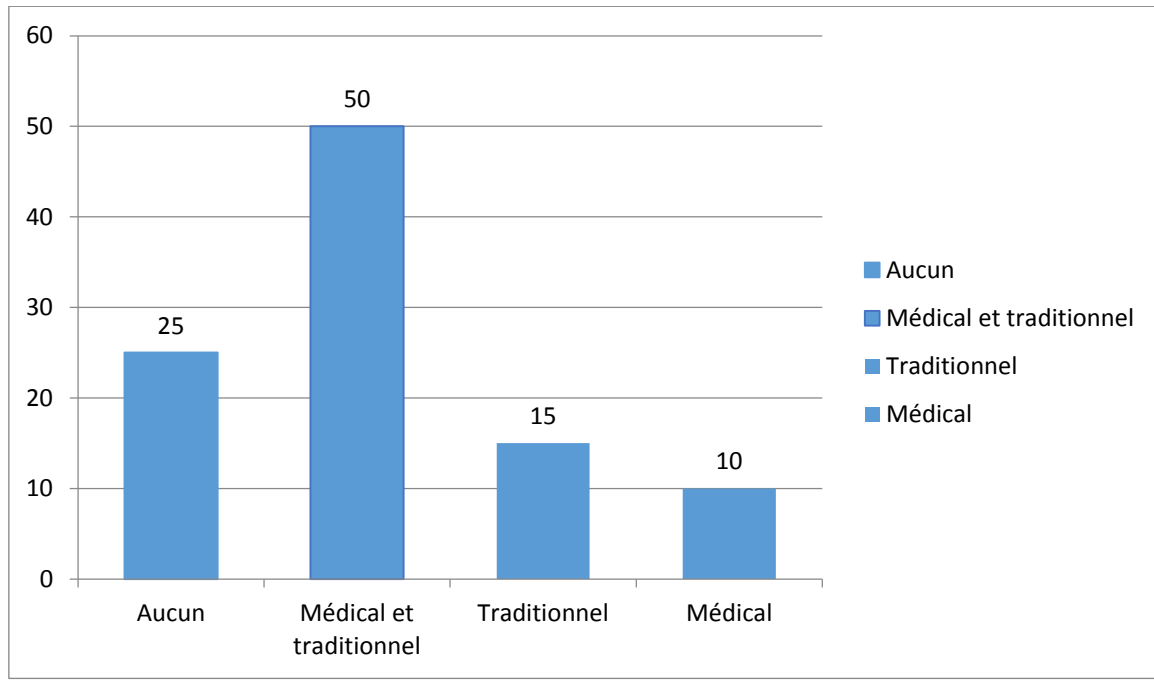


**Figure7** : Répartition des patients selon le poids échographique de la prostate

Dans notre cas 42,5% patients avaient un poids d'adénome entre 66-85g l'échographie.

## D- TRAITEMENT :

### 1- Antécédents des traitements déjà reçus pour l'HBP.



**Figure 8:** Répartition des patients selon le type de traitement reçu pour l'HBP avant la chirurgie

Dans notre étude 50% des Patients avaient fait des traitements combinés (médical et traditionnel)

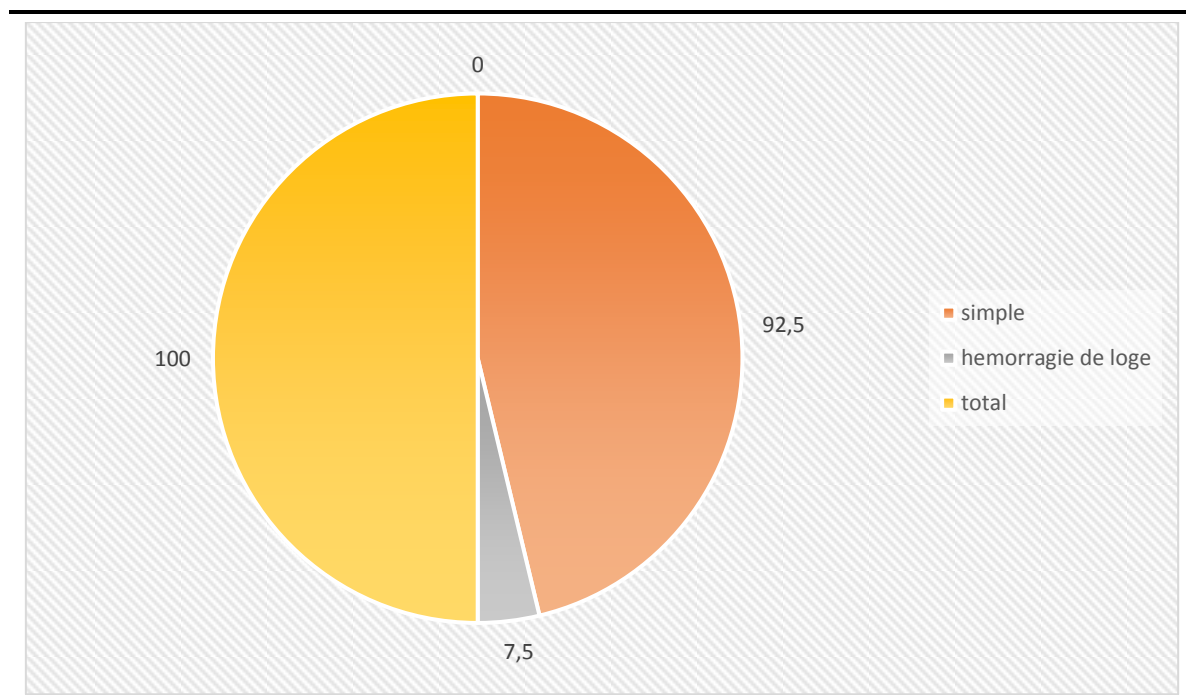
## 2-Le type d'anesthésie :

**Tableau 12** : Répartition des patients selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
<b>Rachianesthésie</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Anesthésie générale	0	00
Total	40	100,0

La rachianesthésie a été pratiquée chez tous les patients (100%).

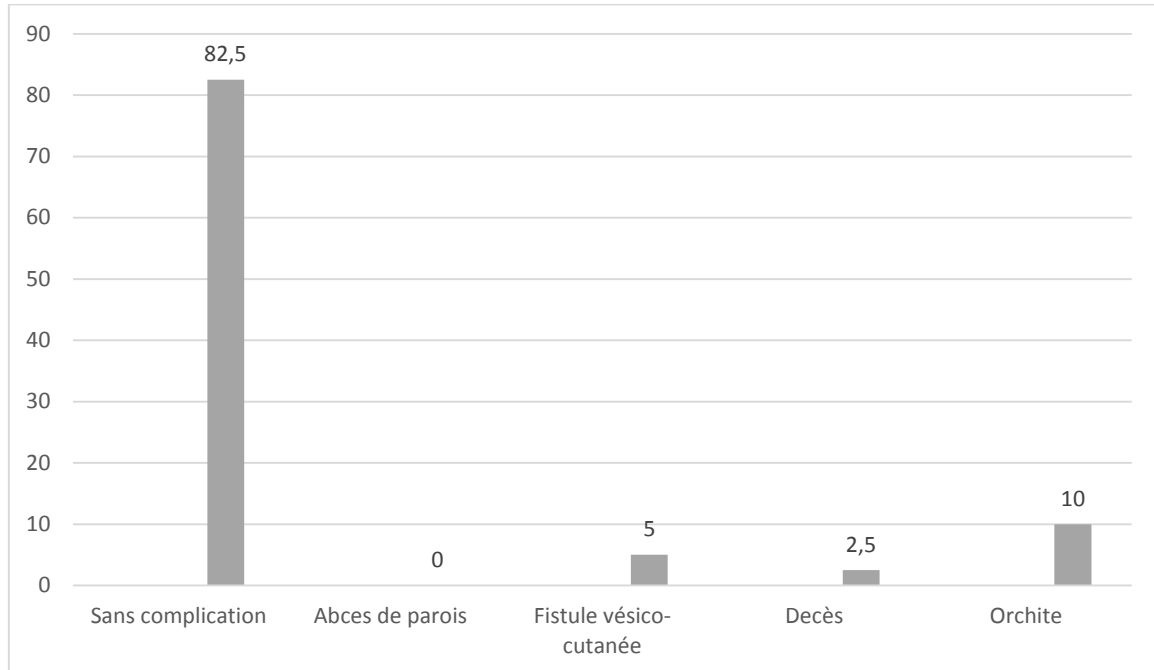
## 3- Suites opératoires immédiates.



**Figure 9** : répartition des patients selon les suites opératoires immédiates

Les suites étaient simples dans 92,5% des cas.

#### **4-Suites opératoires à moyen terme :**



Dans 82,5% des cas nous n'avons enregistré aucune complication.

**Figure10** : Répartition des patients selon les complications à moyen terme

## **5-Durée d'hospitalisation :**

**Tableau 13** : répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage
<b>&lt;10</b>	<b>16</b>	<b>40</b>
10 -15	18	45
15 -21	4	10
>21	2	5
Total	40	100,0

Dans nos cas 40% avaient une durée d'hospitalisation inférieure à 10 jours.

## **E-EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :**

### **1-Donnée de l'examen anapath**

**Tableau 14** : Répartition des patients selon l'examen anapath

Résultats	Effectif	Pourcentage
<b>Adénome</b>	<b>9</b>	<b>22,5</b>
Adénocarcinome	1	2,5
Non examiné	30	75
Total	40	100,0

Sur les 10 pièces opératoires examinées un cas d'adénocarcinome a été décelé soit 2,5%.

## **VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1-Aspects sociodémographiques :**

L'adénomectomie prostatique représente 39,21% des maladies urologiques chirurgicales.

**1-1 AGE :** L'âge moyen des patients était de 68 ans. La tranche d'Age de 66-70 ans était la plus représentée avec 12 cas soit un taux de 30 %, ce résultat est comparable avec la série d'A. DIAKITE [48], et Y. TOURE [57] avec la tranche d'âge de 50-70 ans soit 57,6%, et 61-70 ans soit 26,8%.

Les extrêmes d'âge dans notre étude étaient de 50 ans et 84 ans.

Cela explique que l'HBP reste la pathologie du sujet âgé avec une fréquence qui augmente avec l'âge.

### **1-2 Mode d'admission :**

Dans notre étude 30% de nos patients ont été référés par manque de ressources humaines spécialisées.

### **2- Aspects cliniques :**

#### **2-1 Antécédents chirurgicaux :**

Les hernies inguinales (droite, gauche, bilatérale, inguino-scrotale) dominaient les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de 10 % ; ce résultat est comparable à celui de MARICO M. [49] portant sur 110 hommes atteints d'HBP dont 60 d'entre eux avaient un antécédent de hernie.

Une étude française faite par HENRI S. [50] donne un résultat similaire, la fréquence élevée de la hernie serait liée à la faiblesse pariétale consécutive au vieillissement, aux efforts de pousser pour uriner favorisant la survenue des hernies, d'où la recherche systématique d'une HBP devant toute hernie inguinale chez un homme de plus de 50 ans

2-2 Motif de consultation :

-SBAU :

La RAU ET dysurie étaient les symptômes les plus fréquents avec 92,5% et 40%. Nos résultats sont comparables à ceux de S. COULIBALY, [52] qui avaient trouvé une fréquence de 62,50% pour la dysurie et 75% pour la RAU, et ceux de M. K. COULIBALY [53] avec 21,53% et 58,46% Force est de constater que nos malades ont consulté tardivement.

Tableau 15 : Comparaison de la fréquence des RAU selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
S.COULIBALY [52]	16	75
M.K COULIBALY [53]	38	58,46
Notre étude	37	92,5

Notre taux de 92,5% est supérieur à ceux de S. COULIBALY [52] 75 % et de M.K COULIBALY [53] 58,46%.

## 2-3 EXAMEMEN PHYSIQUE :

### 2-3-1 Le toucher rectal :

Le toucher rectal permet d'apprécier le volume de la glande, les contours, la surface

Et la consistance, pratiquée chez tous nos malades était en faveur d'une HBP :

Prostate augmentée de volume, élastique, homogène, indolore et régulière.

Le TR a permis d'évoquer le diagnostic d'HBP dans 90% des cas, résultat conforme à celui d'**A. DIALLO** [51] avec 85% et le poids prostatique était estimé à 50% entre 50 à 80g environ au TR, ce résultat est comparable à celui de Y. TOURE [57] avec 45%.

Nous pouvons dire que le toucher rectal est un élément fondamental dans le diagnostic et la prise en charge de l'HBP.

### 2-3-2 Association de l'HBP à d'autres pathologies.

L'HBP était associée dans 25 % des cas à une HTA et d'autres pathologies chirurgicales : 10% d'Hydrocèle, 15% de Hernie, 20% de lithiase de vessie et 2,5% de rétrécissement de l'urètre, 15% sténose du col vésical.

Notons que 20 % de nos patients sont des ruraux soumis à des efforts physiques considérés comme facteur favorisant dans l'apparition d'une Hernie inguinale. Les signes urinaires de l'adénome de la prostate sont de type obstructif entraînant l'effort de pousser.

Ces deux phénomènes associés augmentent les risques d'apparition de la hernie. L'adénome de la prostate était associé dans 32,5% des cas à d'autres pathologies médicales. Ces malades ont été opérés avec la collaboration du service de la médecine interne.



### 3-Données biologiques :

- L'insuffisance rénale a été enregistrée chez 2,5% des cas, en rapport avec la rétention chronique d'urine. M B Diallo et al [54] avaient enregistré aussi 1 cas d'insuffisance rénale, soit 1%.

-Au cour de cette étude 50% de cas d'infection ont été enregistrés à l'ECBU, Escherichia coli était prédominant avec une fréquence de 30%

.

### 5-Imagerie Médicale :

L'échographie sus pubienne a été réalisée chez 100 % de nos patients. Dans la série d'A. DIALLO, 2009 [55] elle fut réalisée dans 100% des cas. C'est un examen non coûteux, rapide, et non invasif. L'Echographie endorectale est devenue l'examen de référence dans le diagnostic de l'HBP, elle n'était pas disponible pendant notre étude.

Dans notre étude le poids moyen de la prostate était 75,5 grammes à l'échographie.

## 6- Traitement :

Dans notre étude 75 % de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical (Alfuzosine), traditionnel de l'adénome de la prostate avant le traitement chirurgical, ce résultat est comparable à celui de M.K. COULIBALY [57] avec une fréquence de 58,5%

### Traitement chirurgical :

#### -Type d'anesthésie :

La rachianesthésie a été notre type d'anesthésie dans 100 % des cas.

Certains auteurs comme Traore D. [31] ; BA M. [22] ont apporté respectivement 98,1% et 99,1% dans leurs séries.

Au vu de ces deux résultats nous pouvons dire que la rachi anesthésie a été la préférence de l'équipe ; elle occupe aujourd'hui une place importante dans l'anesthésie du petit bassin, installation est rapide, ça entraîne un relâchement des muscles sous ombilicale et permet d'éviter les complications liées à Anesthésie général.

#### -Technique chirurgicale :

L'hypertrophie bénigne de la prostate est une pathologie très répandue, requérant fréquemment l'intervention de l'urologue (33). Celui-ci dispose d'une Panoplie thérapeutique importante, amélioré encore par évolutions récentes (34). D'après CIBERT (35), la meilleure technique est pour chaque chirurgien celle qu'il sait Faire et dont il a des années d'habitudes.

Tous nos malades ont été opérés par la voie Trans-vésicale selon la technique de FREYER HRYNTCHAK.

L'hémostase utilisant une sonde 3voies avec ballonnet gonflé dans la loge prostatique en plus d'un point au fil absorbable à 5,7, et 10h sur les deux

commissures postérieures a été effectuée chez tous nos malades 100% contre 49,5% pour TRAORE.D [31]

Après vérification de l'hémostase la mise en place d'un fil non résorbable appelé " **Fil témoin** " au bout de la sonde, a permis de faciliter le transfert du ballonnet de la Loge prostatique à la vessie 24 heures après l'intervention.

### **6-complication Immédiat et secondaire**

Trois malades ont présenté des obstructions de la sonde par des caillots sanguins en post-opératoire ; une désobstruction a été effectuée dans l'immédiat.

Tableau 16 : Comparaison du taux d'hémorragie post-opératoire selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
M B Diallo et al [54]	6	6,3
GUISSE S.[60]	11	11
Notre étude	4	10

Notre taux de 10% d'hémorragie est comparable à celui de M B Diallo [54] et al avec un taux de 6,3% et 11% pour GUISSE S. [60].

Dans notre étude quatre (4) malades ont été transfusés avant l'intervention et un patient a été transfusé en post opératoire.

Tableau 17 : Comparaison des complications locales selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
M B Diallo et al [54]	60	62,5
Diallo AY [41]	6	17,6
Notre étude	6	15

Notre taux de 15% de complications locales est inférieur à celui de M B Diallo et al [54] avec un taux de 62,5% ; comparable à celui de Diallo AY [41] avec un taux de 17,6

Nous avons enregistré 7,5 % de fistule vésico-cutanée qui ont été traitées par drainage vésical plus un pansement quotidien.

Une suture secondaire de la plaie opératoire a été réalisée chez deux patients. Nous avons déploré un cas de décès par suite d'embolie pulmonaire survenue dans les 10 premiers jours soit un taux de 2,5%.

Tableau 18 : Comparaison du taux de mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage
GUISSE.S [60]	7	7
M B Diallo [54]	7	7,3
Notre étude	1	2,5

Notre taux de 2,5 % de mortalité est inférieur à ceux de M B Diallo [54] et de GUISSE. S [60] avec respectivement 7,3% et 6,25%.

La durée moyenne d'hospitalisation était d'environ dix jours avec des extrêmes de 7 à 30 jours.

L'ablation de la sonde vésicale a été faite chez 70,1 % de nos malades entre le 12 et le 18<sup>ème</sup> jour post-opératoire.

Après la sortie de l'hôpital 51,3 % des patients ont répondu présents au rendez-vous de 3 mois.

### **Complication tardives :**

L'échec du traitement se définit comme un critère combiné associant, une rétention urinaire aiguë, un résidu post mictionnel important et incontinence permanente qui font partie des risques du traitement chirurgical (66)

Dans notre série, l'incontinence urinaire ainsi que la persistance de la pollakiurie n'ont été retrouvées que chez deux patients avec une fréquence de 2,5% chacune, contre la série de M.K COULIBALY [53] avec 2% chacune.

#### **4-EXAMEN ANAPATH :**

Toutes les pièces opératoires de notre service n'ont pas été examinées à l'anapath à cause de non disponibilité de cet examen à proximité ; cependant l'examen anatomopathologique réalisé sur 10 pièces opératoires a décelé 1 cas d'adénocarcinome soit 10%. Dans la série de M. B DIALLO et al [54] l'examen anatomopathologique a décelé 14 tumeurs malignes soit 8,3%. Ainsi, même si le toucher rectal garde toute son importance dans le diagnostic d'une tumeur prostatique, il doit être associé au dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA), à l'échographie et surtout à l'examen anatomopathologique, qui seul permet de poser le diagnostic définitif.

## **VIII- CONCLUSION :**

Au terme cette étude nous avons constaté que HBP est une pathologie fréquente à l'hôpital de Ségou.

La rétention aiguë d'urine vient en tête des motifs de consultations.

L'échographie est devenue l'examen de référence du diagnostic de cette pathologie. Elle fut réalisée chez tous nos patients.

Tous nos malades ont été opérés par la voie Trans-vésicale selon la technique de TYPE (FREYER HRYNTCHAK).

## IX RECOMMANDATIONS :

### \*Aux Patients :

- Consulter dès l'apparition des symptômes révélateurs de la pathologie urinaire (pollakiurie, dysurie).
- Ne plus considérer la pathologie uro-génitale comme tabou.
- Reconnaître la limite du traitement traditionnel qui est responsable dans la majorité des cas du retard de consultation préjudiciable à la prise en charge adéquate.

### \*Au personnel soignant :

- Pratiquer un TR chez tous les patients de 50 ans et plus, reçus en consultation pour hernie même s'ils n'ont pas de manifestation urologique.
- Améliorer les conditions d'hospitalisation des patients dans le service d'urologie afin de réduire les infections post opératoires.
- Recyclage périodique du personnel soignant.
- Introduire systématiquement l'héparinothérapie en post-opératoire après adénomectomie prostatique chez tous les patients afin de minimiser la mortalité liée à l'embolie pulmonaire.

### \*Aux autorités politiques :

- Promouvoir la formation des spécialistes en urologie pour une couverture sanitaire satisfaisante.
- Encourager le système d'évacuation, référence vers les centres spécialisés.



## **x- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. ABOUBACAR DIAKITE**

Rapport de l'imagerie dans l'évaluation du résidu post mictionnel au cours de  
L'hypertrophie bénigne de la prostate. Thèse de médecine, 2014, BAMAKO, M48

### **2. MERCK FROSST -CONSEIL CANADIEN SUR LES MALADIES DE LA PROSTATE :**

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

### **3. PFEISER P.**

L'hypertrophie bénigne de la prostate. Dans : Docteur, c'est la prostate ? ALPEN ;  
2006 ; P 30-2. 1<sup>ère</sup> Edition.

**4. ASK DR WEIL, POLARIS HEALTH - Is Beta-sitosterol good for Benign Prostate  
Problems?-(Ed). Q & A Library - Dr Weil.com-2003 ;14:230-242**

### **5. 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

### **6. PERRIN .P, RUFFIONA.A, AUGES.M, CABANAC.F, TAIEB.C**

Quantification de la variation de L'IPSS significative chez les patients souffrant de  
symptômes du bas appareil urinaire associés à une hypertrophie bénigne de la  
prostate, Prog.Urol. (2012)22,815-818

### **7. ASSOCIATION MEDICALE DU CANADA**

(Ed). Grand public, Maladies - Augmentation du volume prostatique, Amc.ca.  
[Consulté le 27 janvier 2017]. [www.cma.ca](http://www.cma.ca)

#### **8. COUVELAIRE R., CUKIER J.**

Adénomectomie prostatique Nouveau traité de techniques chirurgicales. Tome XV.

Uro. Ed Masson et Cie. P593- 663.

#### **9. TRAORE D.**

Étude des complications préopératoires et post opératoires de l'AP au service d'urologie de l'HPG. Thèse Med. BKO ,2003,124P,N°7

#### **10. MARICO Z.M.**

Adénome de la prostate à propos de 110 dans l'hôpital régional de Sikasso. Thèse MED, 2006.M47

#### **11. TOURE Y.**

Apport de l'imagerie dans la pathologie urologique à propos de 108 patients dans le service d'urologie de HPG.These Med. Bamako, 2007.97P, N°57

#### **12. ABDRAHAMANE.Y .D**

Aspects épidémio cliniques et thérapeutique de l'adénome de la prostate à l'hôpital de Tombouctou Thèse Med, Bamako, 2009

#### **13. GUISSÉ S.**

Adénome de la prostate à propos de 100 cas dans le service de chirurgie général de l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou 2008(P38, 49, 50,51,) M87

#### **14. NOUTACDIE K.R.**

Evaluation de l'adénomectomie prostatique dans le service d'Urologie de l'H.P.G. Thèse, Méd. Bamako ; 2000 ; 128p. M4.

**15-MOUSSA.F**

Pathologie tumorale de la prostate au service d'urologie HGT, Thèse  
Med.BAMAKO2009.M295

**16. MAMADOU KEOU COULIBALY.**

Etude épidémiologique, clinique et thérapeutique de l'adénome de la prostate dans  
service d'urologie au csref de Markala,2017 ,Thèse de Med,N°53

## **FICHE D'ENQUETE**

### **I - IDENTIFICATION DU PATIENT**

Q1 : Nom et prénom :

Q2 - Age :

Q3 –Profession : 1-cultivateur ; ; 2-commerçant : ; 3-fonctionnaire :

4-marabout : ; 5-ouvrier : ; 6-éleveur : 7-autres à préciser :

Q4 : Lettré : 1-oui : 2-non :

Q5 : Nationalité : 1-malienne : 2-autres à préciser :

Q6 - Provenance :

Q7 -Situation matrimoniale : 1-marie monogame :

2-Marie polygame :

3-célibataire : 4-divorce : 5-veuf :

Q8 – Ethnie :

Q9 : Adresse à Ségou

### **II - MODE DE RECRUTEMENT**

Q10 : mode de recrutement : 1-en urgence : 2-venue de lui-même :

3-réfééré par un agent de santé :

### **III- MOTIF DE CONSULTATION**

Q11 : Les troubles mictionnels : 1-Dysurie : 2-Pollakiurie :  
3-Polyurie : 4-miction impérieuse : 5-brûlures mictionnelles :  
6-hématurie : 7-rétention aigue d'urine : 8- autres à préciser :

Q12 –Infection : 1-pyurie : 2-urétrite : 3-tuméfaction testiculaire :

4-autres à préciser :

### **IV-ANTECEDENTS :**

Q13 : antécédents médicaux personnels :

1-Diabète : 2-HTA : 3-UGD : 4-Insuffisance rénale :

5-Bilharziose urinaire :

Q14 : antécédents familiaux :

1-Diabète :                    2-HTA :                    3-UGD :                    4-Bilharziose urinaire :

Q15 : Antécédents chirurgicaux :

1-Hernie inguinale ou inguino-scrotale :                    2-Appendicite :                    3-Hydrocele :

4-Occlusion intestinale :                    5-Peritonite :                    6-Autre :

### **V-ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE**

Q16-Duree de la maladie :

Q17-Couleur des urines :

1-touble :                    2-Purulente                    3-Hematique :                    4 -Jaune :                    5-Autre :

Q18-Pyurie :

1-Oui :                    2-Non

Q19-Pollakiurie :

1-Oui :                    2-Non :

Q20-Dysurie :

1-Oui :                    2-Non :

Q21-Rétention aigue d'urine :

1-Oui :                    2-Non :

Q22-Brulure mictionnelles :

1-Oui :                    2-Non :

Q23-Asthénie

1-Oui :                    2-NON :

Q24-Existence du globe vésical :

1-Oui :                    2-Non :

Q25-Amaigrissement :

16Oui :                    2-Non :

## V-ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

### DIAGNOSTIC POSITIF

Le TR

Q26 : Dououreux :

1-Oui :

2-Non :

Q27-Contour de la prostate :

1-Régulier :

3-Irrégulier :

Q28-Surface de la prostate :

1-Bien limitée :

2-Mal limitée :

Q29-Consistance de la prostate :

1-Souple, ferme et élastique :

2-Dure :

3-Nodulaire :

### BIOLOGIE ET BIOCHIMIE

Q30 - ECBU+antibiogramme :

1-Stérile :

2-Non stérile

3-Indéterminé :

Q31-Glycémie préopératoire :

1-Elevée :

2-Normale :

3-Basse :

Q32- Créatininémie :

1-Elevée :

2-Normale :

3-Basse :

Q33-Taux d'hémoglobine :

1-Elevée :

2-Basse :

Q34-Groupage sanguin :

1-Fait :

2-Non fait :

3-Précision :

Q 35-TP :

Q36-TCA :

Q37-Taux de globule rouge :

1-Elevé :

2-Normal :

3-Bas :

Q38-Taux de globule blanc :

1-Elevé :

2-Normal :

3-Bas :

## IMAGERIE MEDICALE

Q40 : Echographie rénale : 1-faite :            2-non faite :            3-si oui résultat :  
Q41 : Echographie vésical : 1-faite :            2- non faite :            3-si oui résultat :  
Q42 : Echographie prostatique : 1-faite :    2- non faite :            3-si oui résultat :  
Q43 : ECG :                                            1-fait :    2=non fait3-si oui résultat :

## **VII-TRAITEMENT**

Traitement reçu avant l'hospitalisation

Q50 : Traitement reçu pour l'adénome de la prostate :

1-traditionnel            2-médical :            3-traditionnel+médical :

Q51 –Résultat :            1-satisfait :            2-non satisfait ;            3-indéterminé :

**-Traitement avant le traitement chirurgical :**

Q52 : Traitement médical :    1-antibiotique :            2-antibiotique+AINS :

3-antibiotique+alphanbloquant :    4=antibiotique+alphanbloquant+hémostatique

**-Traitement chirurgical :**

Q53: Type d'anesthésie :            1-Rachianesthésie :            2-Anesthésie générale :

3-Anesthésie péridurale :

Q54 - Voie d'abord :    1-incision médiane sous ombilicale :            2-Pfannenstiel :

Q55 -Révision vésicale :    1-Adénome :            2-Sclérose du col

Q56 :

Hémostase : 1-ballonnet de la sonde gonflé dans la loge prostatique :  
électrocoagulation (au bistouri électrique) :

2-ballonnet de la sonde gonflé dans la loge prostatique surjet autour de la loge  
prostatique :

3-ballonnet de la sonde gonflé dans la loge prostatique point d'angle en X :

4-ballonnet de la sonde gonflé dans la vessie point d'angle en X :

Q57 : EVOLUTION :            1-favorable :            2-Défavorable :

**VIII-SUIVI POST OPERATOIRE :**

Q59 : Traitement médical :    1-antibiotique+antalgique :

2-antibiotique+antalgique+anticoagulant :

3-antibiotique+antalgique+autres à préciser :

Q62 : Ablation de lame de RETZIUS :

Q60 : Durée de l'irrigation vésicale :

Q61 : Ablation de la sonde sus pubienne :

Q62 : Ablation\_ fils cutanés :

Q63 : Durée d'hospitalisation :

Q64 : Ablation de la sonde vésicale :

Q65 : Complications post opératoires : 1-hémorragie : 2-AVC :  
3=accident Thromboembolique :

4-Suppuration pariétale : 5-fistule vésicale et cutanée :

6- lâchage de la vessie : 7-incontinence urinaire :

8-chute de la sonde urinaire : 9-Orchite : 10-Sclérose du col  
vésical : 11=Décès : 12-autres à préciser :

### **IX-COUT DELA PPRISE EN CHARGE**

Q66 : Frais de soins/\_\_\_\_\_

Q67 : Frais d'hospitalisation/\_\_\_\_\_ /

Q68 : Frais d'ordonnance/\_\_\_\_\_/

Q69 : Frais des examens complémentaires/\_\_\_\_\_/

Q70 : Fais d'intervention/\_\_\_\_\_/

Q71 : Coût de la prise en charge/\_\_\_\_\_/

### **X-SUIVI APRES 1MOIS**

Q72 : créatininémie de contrôle : 1-élevée : 2-normale 3-basse :

Q73 : Examen de l'appareil urogénital : 1-Sans particularité :

2-anomalie à préciser :



## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

Nom : THIÉRO

Prénom : SAIDINA HOUSSOUMANA

### **TITRE DE LA THESE :**

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE AU SERVICE D'UROLOGIE A L'HOPITAL DE SEGOU.

### **RESUME :**

#### Objectif général :

Etudier l'HBP dans le service d'urologie à l'hôpital de Ségou.

#### Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'HBP
- Décrire les aspects cliniques de l'HBP.
- Décrire les aspects para cliniques de l'HBP.
- Analyser les suites immédiates du traitement chirurgical de l'HBP.
- Evaluer le coût de la prise en charge de l'HBP.

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin 2016 au 30 Juin 2017 dans le service d'urologie de l'hôpital de Ségou.

Elle a porté sur 40 malades opérés pour adénome de la prostate.

Sur 102 uropathies opérées au cours de notre étude ; l'adénectomie prostatique occupait la première place avec une fréquence de 39,2%. L'âge moyen était de 68ans avec des extrêmes de 50ans et 84ans.

La pollakiurie et la dysurie étaient les maîtres symptômes. La rétention aigue d'urine a été enregistrée chez 92,5% de nos malades.

L'échographie vésico-prostatique et rénale a été enregistrée chez tous nos patients.

La seule technique opératoire que nous avons utilisée a été l'adénomectomie classique Trans vésicale selon Freyer Hryntchak.

Les suites opératoires ont été simples chez 92,5% de nos malades. La mortalité a été de 2,5%.

### Mots clés :

Rétention urinaire

Prostate ; Pollakiurie ; Dysurie ; Echographie ; Adénomectomie.

## 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 donnerai 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'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la 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 leur père.

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

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

**JE LE JURE !!!**