

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2019- 2020

Thèse N °

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS AVANT ET APRES ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL NIANKORO FOMBA DE SEGOU

Présentée et soutenue publiquement le / // / devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. YOUSOUF DJIRE

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

JURY :

Président : Pr MAMADOU LAMINE DIAKITE

Membre : Dr MAMADOU TIDIANI COULIBALY

Co-directeur: Dr SORY IBRAHIM KONE

Directeur : Pr HONORE JEAN GABRIEL BERTHE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

LOUANGE A ALLAH Le tout puissant, omniscient, clément et miséricordieux et à son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) pour m'avoir donné la santé, la force nécessaire et le courage pour mener à bien ce travail. Je dédie ce travail

A mon père Dramane Pour l'éducation que tu m'as donnée et les immenses sacrifices consentis en vue de mon épanouissement moral. Tu as été pour moi un exemple de dignité, de compréhension et de patience. Ces mots ici ne peuvent traduire la profondeur de mon amour filial ; je te renouvelle tout mon attachement.

A ma mère Maimouna Diarra Tu es le prototype même de la femme africaine ; celle qui accepte de tout donner dans son foyer pour le bonheur des enfants. Tes sacrifices pour nous sont inestimables et font de nous ce que tu as souhaité. Je ne saurai te remercier pour tant d'efforts consentis. Je prie le tout puissant pour qu'il te garde aussi longtemps que possible auprès de nous. Accepte ce modeste travail comme gage de mon profond amour filial.

A mes frères et Sœurs de Bamako, Niono et ailleurs Bourama, Karamoko, Nana, Badjiré, Sitan Founè, Lassana, et autres : Votre amour ardent, vos prières m'ont toujours donné le courage. Sachez que votre existence reste et demeure ma détermination dans la vie. Puise ce travail, produit de dur labeur, nous servir d'exemple et nous unir par la grâce de Dieu.

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer mais, sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes chefs de services : Dr Haidara K, Dr Traoré Tiémoko, merci pour votre bonne collaboration.

A mes aînés du service : Dr Sidi M Doucouré, Dr Thiéro.
Merci pour votre bonne collaboration.

A mes collègues et cadets de la faculté, merci pour votre bonne collaboration.

Au major du service : Seydou Doumbia, à tous les infirmiers (es):Binta Goro, Assan Keita, YayiSall, Hawa Kanté, Cheick O Coulibaly, AssanSanogo, j'adresse mes remerciements.

Au personnel du bloc opératoire : Dr Abdoulaye Traoré, Dr Dao, Sékou Kola, Din, Dr Bangouma Traoré, Malla, Yoroté. C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer mes considérations et mes vifs remerciements.

A mes Tontons et tantes, Konandji Diarra, Madina Dao, Yaya Diarra, Barou Diarra, Fatoumata Diarra. Rien ne saurait exprimer ma reconnaissance pour votre soutien tant moral que matériel, qui ne m'a jamais fait défaut.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et Président du jury :

Pr MAMADOU LAMINE DIAKITE

Professeur Titulaire à la FMOS

Maitre de conférences agrégé en urologie à la FMOS

Chef de service d'urologie au CHU du Point G

Praticien hospitalier au CHU du Point G

Président de l'AMU (Association Malienne d'Urologie)

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique, la qualité de l'enseignement reçu à vos côtés font de vous un modèle de maitre souhaité et respecté par tous.

Encadreur dévoué pour la cause de ses élèves, bien plus qu'un maitre vous êtes pour nous un exemple à imiter. Vous êtes une référence aujourd'hui en Urologie au Mali. C'est le lieu pour nous de vous témoigner toute notre gratitude.

A notre maitre et membre du jury :

Dr MAMADOU TIDIANI COULIBALY

Maitre-assistant à la FMOS

Chef de service d'urologie au CHU Gabriel Touré

Membre de l'AMU (Association Malienne d'Urologie)

Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré

Cher maitre,

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi ce jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez marqué dès notre premier contact par votre grande simplicité et votre gentillesse .Cher maitre recevez ici notre profonde reconnaissance.

**A notre Maitre et Co-directeur de thèse :
Docteur Sory Ibrahim KONE**

**Chirurgien généraliste,
Chirurgien urologue,
Chargé de recherche au compte du MESRS
Chef de service d’Urologie de l’Hôpital Nianankoro FOMBA de
Ségou**

Cher maitre,

Nous sommes profondément touchés par votre disponibilité, votre modestie et vos remarquables qualités humaines et professionnelles qui méritent toute notre admiration et notre respect.

Veillez accepter, l’expression de notre profonde reconnaissance

A notre Maitre et Directeur de thèse :

Pr HONORE JEAN GABRIEL BERTHE

Maitre de conférences en urologie

Coordinateur du DES d'urologie

Praticien hospitalier au CHU du Point G

Membre fondateur de l'AMU (Association Malienne d'Urologie)

En acceptant de diriger ce travail, en nous faisant profiter de votre expérience, de vos ambitions vous avez suscité en nous l'amour pour cette branche passionnante et complexe de la médecine qu'est l'urologie. Vos qualités intellectuelles et humaines forcent respect et admiration .Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement font de vous un grand maitre admiré de tous

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

AG = Anesthésie Générale

ALR = Anesthésie loco-régionale

Anapath = Anatomo-pathologie

A.P = Adénome de la prostate

ASA = American Society of Anesthesiology

ATCD = Antécédents

BGN : Bacille Gram

Négatif

BGP : Bacille Gram

Positif

cm³ = Centimètre cube

cm = Centimètre

Cp = Comprimé

HNFS = Hôpital Nianankoro

FOMBA de Ségou

DHT = Dihydrotestosterone

dl = décilitre

ECBU = Examen cyto bactériologique des urines

E.coli = Escherichia coli

Fig. = Figure

FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

FSH=

Folliculostimulatinghormon

g = gramme

H.B.P = Hypertrophie bénigne de la prostate

HTA = Hypertension artérielle

Hb = Hémoglobine

HIFU = High intensifyfocused ultrasonore

IR = insuffisance

rénale

LH = Luteinizing

hormon

mg = milligramme

mm = millimètre

mn = minute

MST = maladies sexuellement transmissibles

ng = nanogramme

NFS = Numération formule sanguine

OMS = Organisation mondiale de la santé

PAP = Phosphatase acide prostatique

PSA = Prostatic specific antigen

R.A.U = Rétention aigue d'urine

TUBA = Trouble urinaire du bas appareil

S.S.P.O.M.S = Score symptomatique prostatique de l'organisation mondiale de la santé

TR = Toucher rectal

TUNA = Onde radio de basse fréquence

UCRM = Urétrocystographie rétrograde puis mictionnelle

UGD = Ulcère gastro
duodénale

UIV = Urographie
intraveineuse

T =
temps

s =
secon

de

% = Pourcentage

TDM =

Tomodensitométrie

$\mu\text{mol/l}$ = micromol par litre

SOMMAIRE

SOMMAIRE:

I- Introduction.....14

II- Objectifs.....16

III- Généralités.....18

IV- Méthodologie.....67

V- Résultats.....71

VI- Commentaires et Discussion.....100

VII- Conclusion et Recommandations.....109

VIII- Bibliographie.....112

IX- Annexes.....122

I. INTRODUCTION

I. Introduction :

L'Hypertrophie bénigne de la prostate (appelée communément adénome de la prostate) est une pathologie bénigne définie sur le plan anatomique par une augmentation du volume de la prostate sans signe clinique de malignité, entraînant des degrés variables d'obstruction à la vidange vésicale. Il s'agit de la tumeur bénigne la plus fréquente chez l'homme [1]. Elle constitue chez les patients de plus de 50 ans la principale étiologie des troubles urinaires du bas appareil (TUBA). Ses symptômes varient fréquemment au cours du temps et conditionnent le risque de rétention aiguë d'urine [2]. En fin d'évaluer le retentissement fonctionnel de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) et les conséquences de sa prise en charge sur la qualité de vie du patient, différents scores ont été développés. L'international Prostate Symptoms Score (IPSS) demeure le plus reconnu d'entre eux. Il s'agit d'un auto-questionnaire international, validé en français [3], qui évalue le degré de gêne liée aux TUBA. En fonction du bilan initial et du degré de gêne objectivé par le score IPSS, divers traitements sont proposés allant de la simple surveillance, à l'instauration d'un traitement médical ou chirurgical. Ces dernières années, en plus des traitements endoscopiques et de la chirurgie ouverte, divers autres traitements chirurgicaux ont été développés visant à réduire la morbidité liée aux traitements chirurgicaux classiques : traitements endoscopiques utilisant le laser et la thermothérapie [4]. Ces traitements reposent sur des matériels souvent coûteux et ne sont donc pas disponibles dans tous les centres. En Afrique subsaharienne et particulièrement au Mali, la chirurgie par voie haute demeure le principal moyen thérapeutique pour la prise en charge des patients éligibles à un traitement chirurgical pour hypertrophie bénigne de la prostate. Au-delà de la morbidité propre à ce type de traitement, notre étude qui vient en complément des études précédentes sur la question se propose d'évaluer la qualité de vie des patients avant et après adénomectomie.

II. OBJECTIFS

II. Objectifs

1) Objectif général :

Evaluer la qualité de vie des patients souffrant d'adénome de la prostate avant et après adénomectomie trans-vésicale selon le score d'IPSS, dans le service d'urologie de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

2) Objectifs spécifiques :

- Décrire les aspects socio-démographiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques de l'HBP ;
- Evaluer la valeur du score d'IPSS avant et après adénomectomie;
- Analyser les délais de consultation des patients;
- Evaluer la qualité de l'activité sexuel avant et après adénomectomie ;
- Evaluer le résultat de l'examen anatomopathologique.

III.GENERALITES

III Généralités :

CHAPITRE I : Prostate

A/ Rappels embryologiques et anatomiques de la prostate :

1- Rappels embryologiques :

La prostate est un des organes génitaux de l'homme. C'est une glande située sous la vessie, en avant de l'ampoule rectale ; elle est traversée par l'urètre. [5]

Elle est différenciée plus tôt qu'il n'était classique de le dire, car dès la 5^{ème} semaine, lorsque l'embryon a 6mm, le canal de WOLFF s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital, et le mésenchyme entourant ce sinus est responsable du développement des sphincters péri-urétraux et de la glande crâniale. [6,7] (Figure.1)

A la 7^{ème} semaine (embryon de 20mm) la croissance du sinus urogénital entraîne l'incorporation progressive de la partie terminale du canal de Wolff dans la paroi du sinus urogénital. Les canaux de Wolff s'ouvrent en dessous de l'abouchement de l'urètre au sommet du tubercule Müllerien, futur veru-montanum ; ils entourent les canaux de Müller fusionnés. [8,9]

A la 10^{ème} semaine (embryon de 68 mm), les bourgeons glandulaires naissent autour des canaux de WOLFF, et une nouvelle période de division et de croissance glandulaire apparaît à la 16^{ème} semaine. [8,7]

(Figure.1)

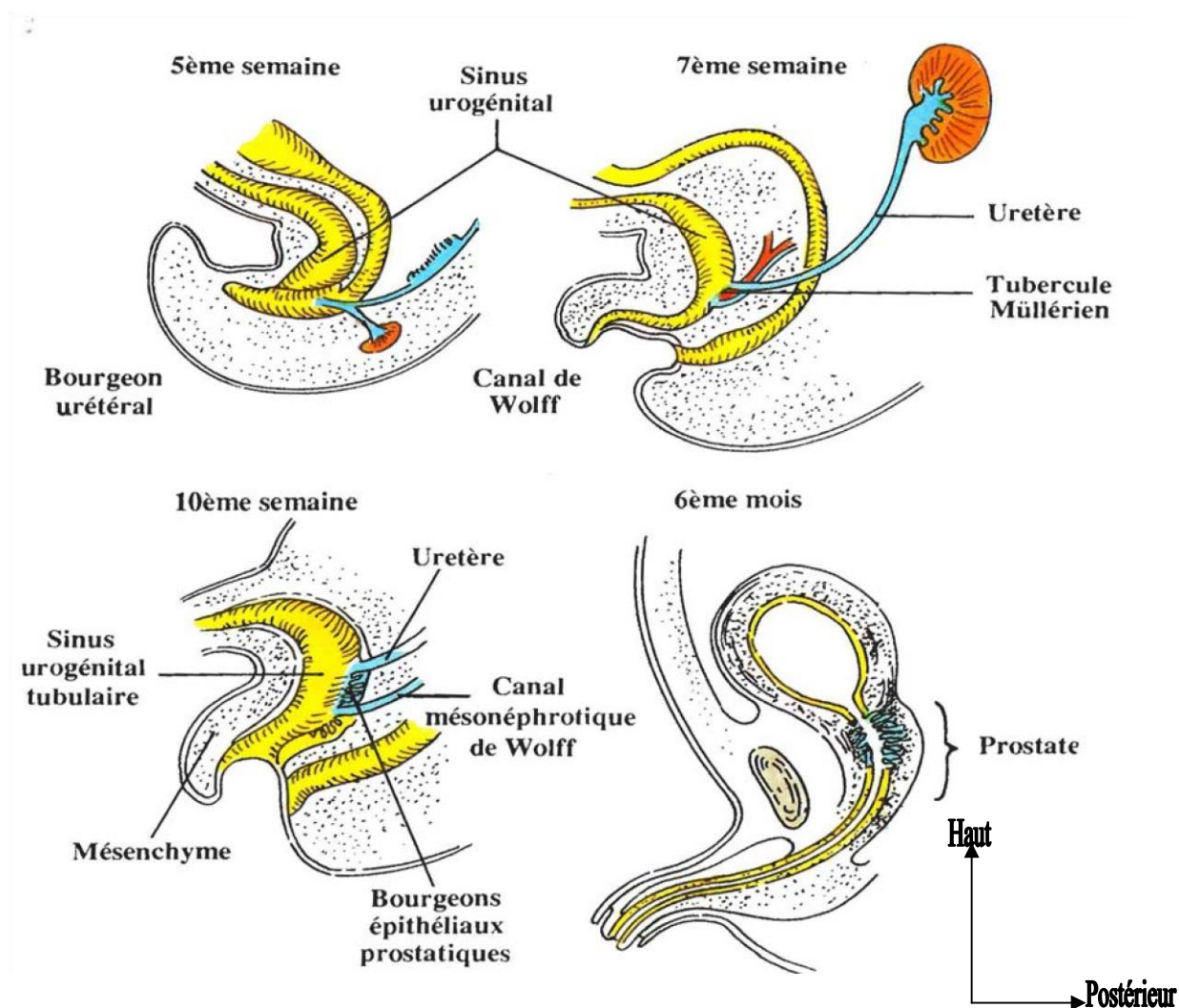


Figure 1 : Embryologie de la prostate.

Vers le 6^{ème} mois de la vie fœtale, les tubes glandulaires qui font partis de la face postérieure de l'urètre vont se développer ; par contre ceux situés à la face antérieure vont régresser, laissant place à un tissu fibromusculaire : future commissure antérieure de la prostate. [8]

(Figure.1)

Ainsi la glande prostatique comme la décrit GIL-VERNET n'est pas embryologiquement homogène, mais consiste plutôt en deux parties principales ; la glande crâniale et la glande caudale séparées par une région intermédiaire. [10,7]

Des études montrent que la prostate crâniale est le point de départ des tumeurs bénignes de la prostate (Adénome, myome, fibrome, Adénomyome, Fibromyome etc.), tandis que de la prostate caudale émanent les tumeurs malignes. Cette description a été régulièrement modifiée. Actuellement, la description admise est la description zonale décrite par Mc Neal [11] (1980), du fait qu'elle prend en compte la morphologie et les types histologiques cellulaires. On peut distinguer:

- La zone périphérique (ZP) ;
- La zone centrale (ZC) ;
- La zone de transition (ZT) ;
- Une zone des glandes péri-urétrales(ZPU) ;
- La zone fibroglandulaire antérieure (ZFGA) ;

La zone de transition est le site principal du développement de l'adénome.

L'adénocarcinome naît dans 75% des cas dans la zone périphérique (ZP), dans 20% des cas dans la zone de transition (ZT) et 5% des cas dans la zone centrale (ZC).

2- Anatomie normale de la prostate :

2.1- Situation :

La prostate est située dans la partie antérieure de la zone viscérale du pelvis entre (Figure 2) [12] :

- En haut la vessie,
- en bas le plancher périnéal,
- en arrière le rectum,
- en avant la symphyse pubienne à 2cm environ.

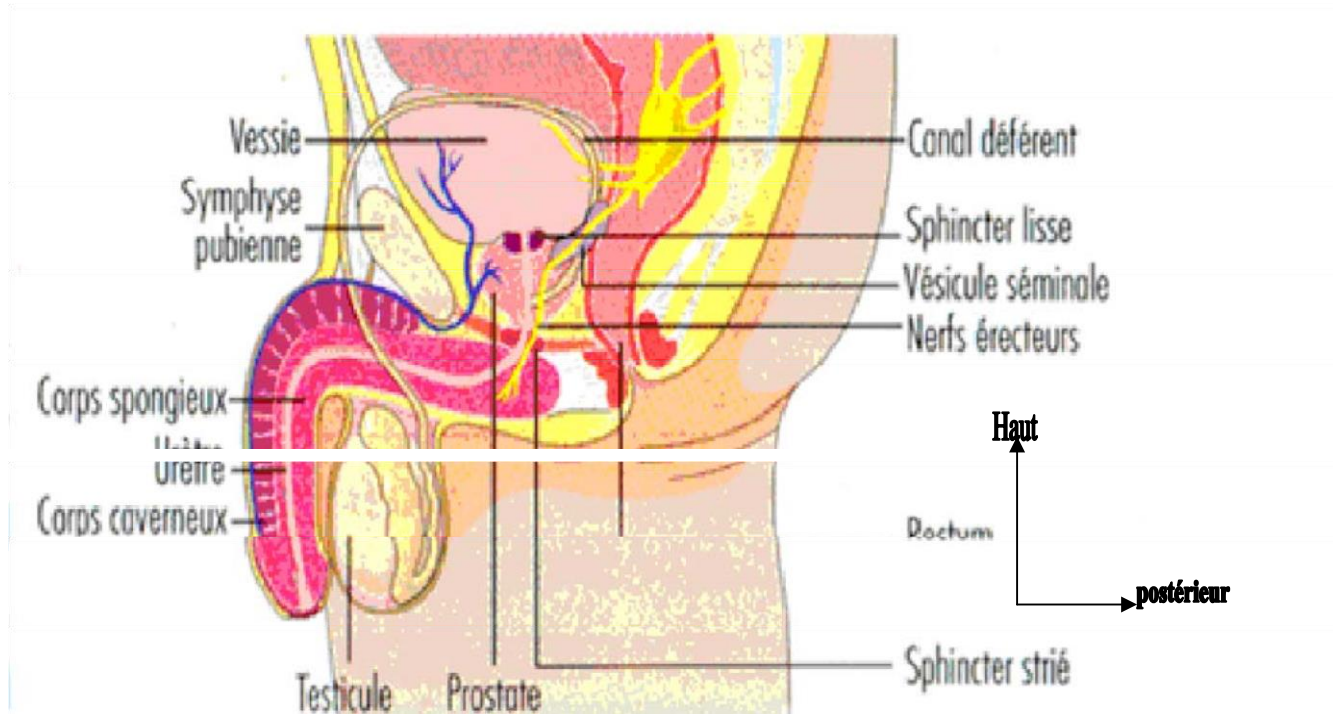


Fig. 2 : Prostate dans l'appareil urogénital

2.2- Description macroscopique:

De couleur blanchâtre et de consistance ferme, la prostate a une forme comparable à celle d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant (Figure 3) [13]

Sur le plan chirurgical on lui décrit 5 lobes :

- Un lobe antérieur,
- un lobe médian,
- un lobe postérieur (représente la surface postérieure qu'on palpe au TR),
- deux lobes latéraux : droit et gauche.

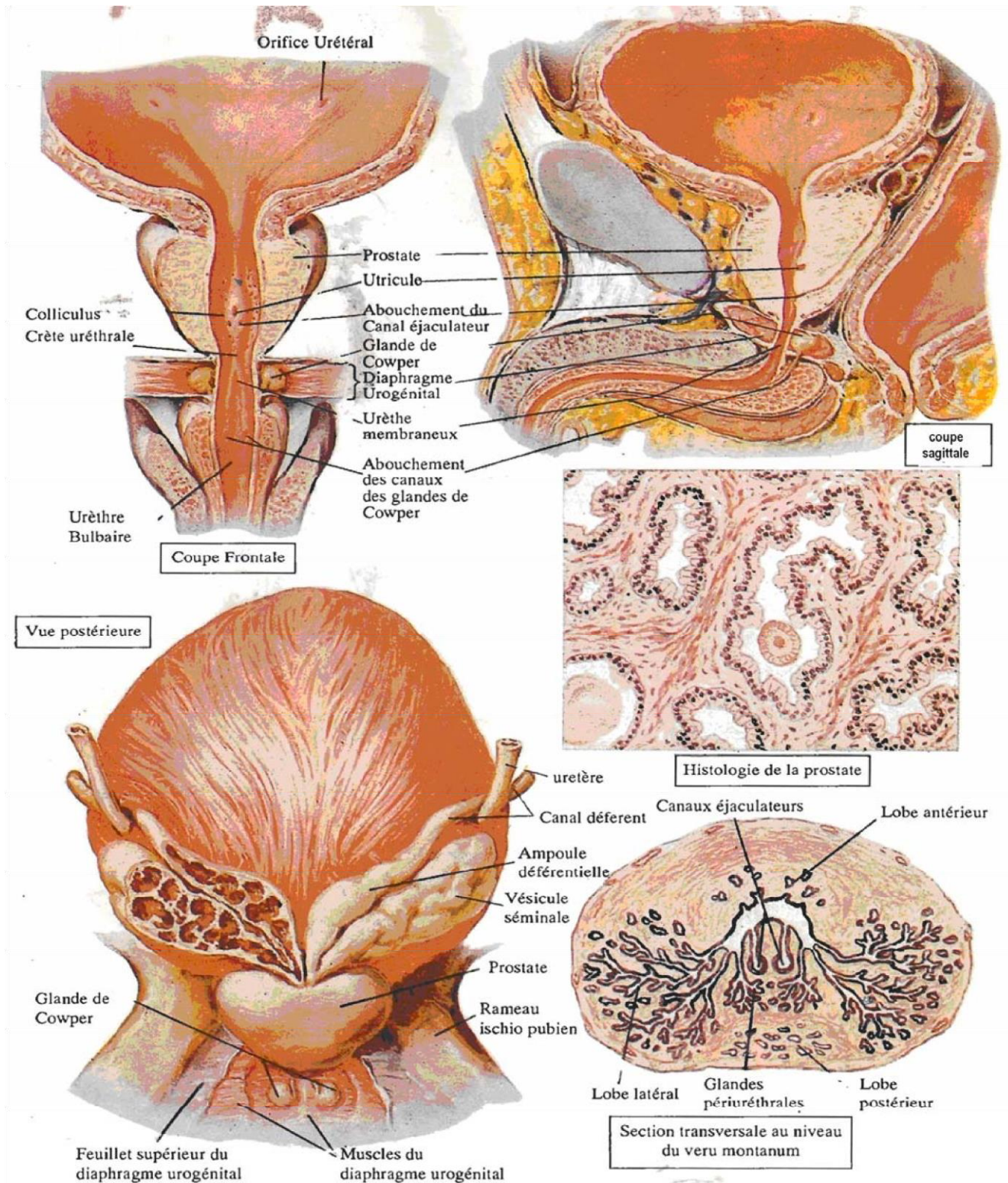


Fig.3: Prostate structure et localisation.

-Dimensions moyennes chez l'adulte :

La croissance prostatique n'est vraiment importante qu'à la puberté, et ses dimensions sont les suivantes [14]:

- Hauteur : 25-30 mm
- Largeur à la base : 40mm
- Epaisseur à la base : 40mm
- Poids : 25g

2.3-Rapports [14] (Figure 4)

2.3.1-Fixité : la loge prostatique

La prostate est un organe fixe qui adhère à l'urètre et à la vessie. Elle est contenue dans la loge prostatique qui est une loge cellule-fibreuse épaisse, constituée par :

- En avant : la lamelle pré prostatique,
- En arrière : l'aponévrose prostate-péritonéale de DENONVILLIERS,
- Latéralement : les aponévroses latérales de la prostate,
- En bas : le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne du périnée.

2.3.2-Rapport à l'intérieur de la prostate :

La prostate est enveloppée par une lame cellulaire qui entoure la capsule, elle aussi entourée [13] :

- En avant par le ligament pubo-prostatique
- ; -En bas par le ligament prostatique.
- En arrière par le fascia recto-vésical de DENONVILLIERS par l'intermédiaire duquel la prostate répond à la face antérieure du rectum pelvien.

L'aponévrose de DENONVILLIERS présente deux feuillets, l'espace entre ces deux feuillets est appelé espace recto prostatique de PROUST qui représente un bon plan a vasculaire de clivage.

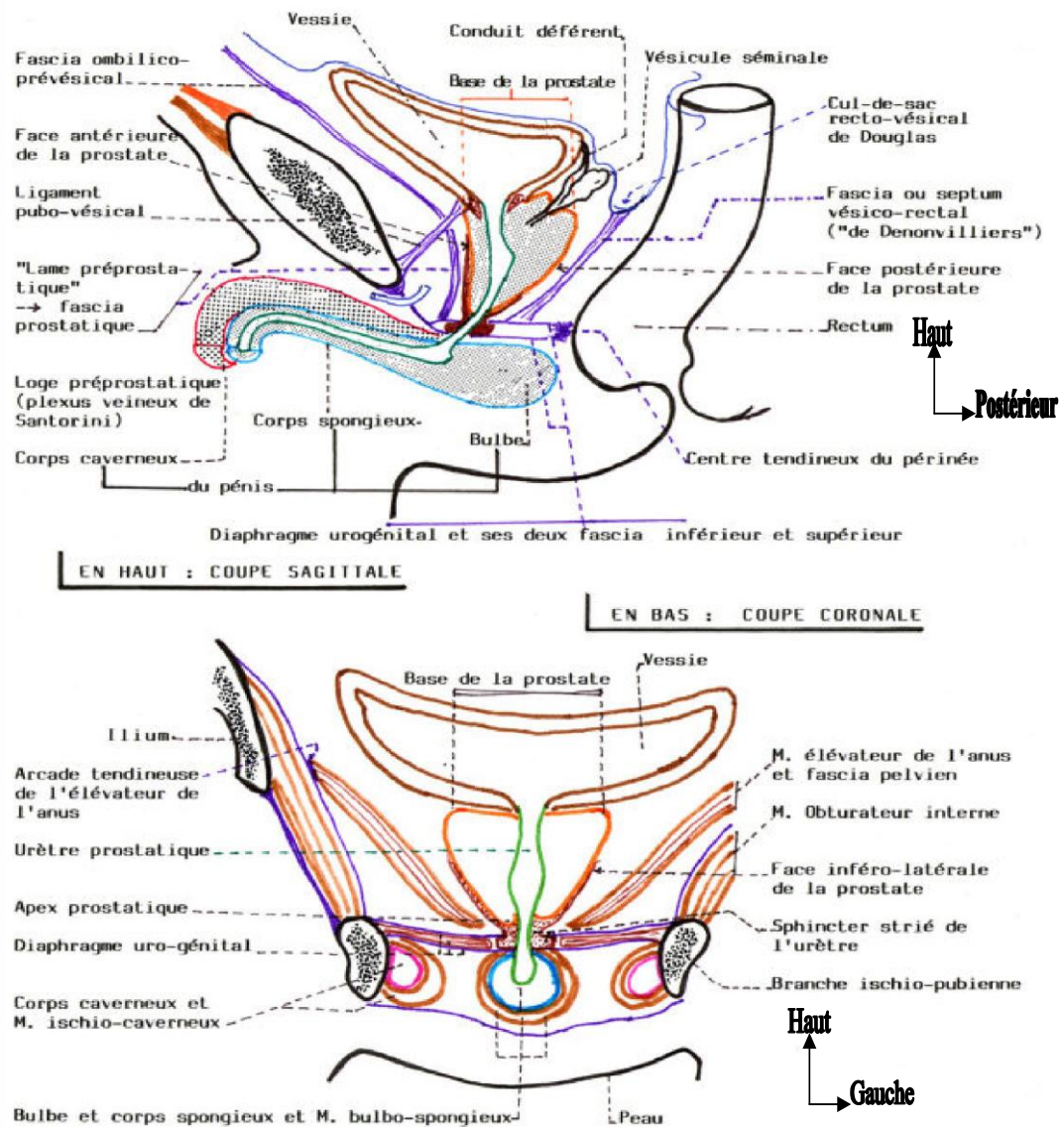


Fig. 4 : Rapports de la prostate « Loge prostatique »

2-4- Constitution

La prostate est constituée par [75,14] (Figure 5) :

-L'urètre prostatique qui fait suite au col vésical, traverse la glande verticalement de sa base au sommet.

On note en son sein le sinus urogénital qui présente intérieurement le verumontanum qui est une saillie médiane et longitudinale de la paroi urétrale, le sphincter lisse à contraction involontaire en continuité avec le détrusor.

-L'utricule prostatique qui est un petit conduit médian et postérieur de l'urètre.

-Les voies spermatiques formées par les ampoules des canaux déférents et les vésicules séminales s'unissent dans la prostate pour former les canaux éjaculateurs.

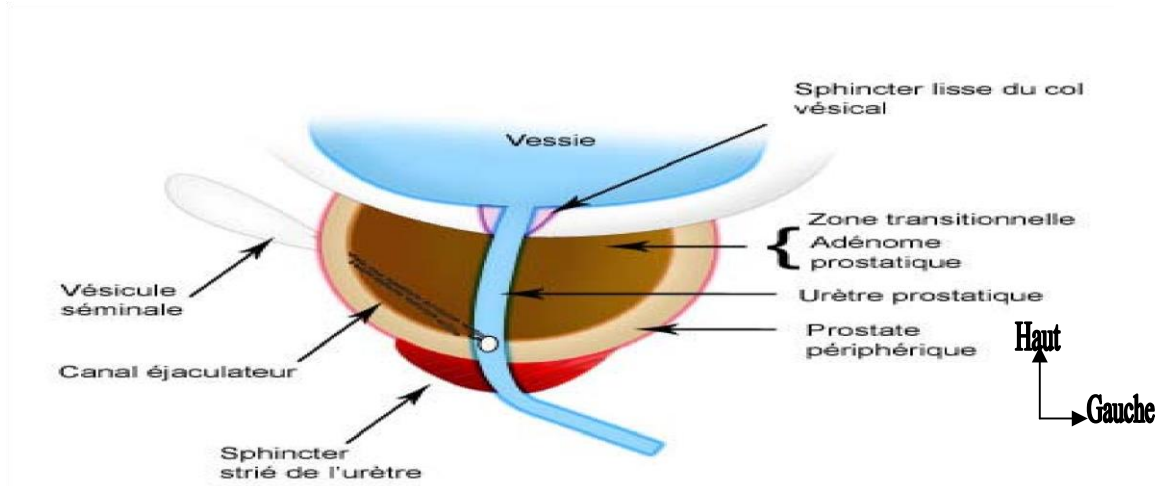


Fig. 5 : Coupe vertico-transversale de la prostate

2.5- Vascularisation :

2.5.1- Artères : [9,13]

Les vaisseaux artériels de la prostate proviennent de l'artère prostatique, de la vésicale inférieure et de l'hémorroïdale moyenne (branche de l'iliaque interne). La distribution intrinsèque est faite de deux groupes de vaisseaux. Les vaisseaux capsulaires et les vaisseaux urétraux. En cas d'hypertrophie prostatique bénigne, le groupe des artères urétrales se développe de façon importante pour irriguer l'ensemble de cette néoformation. (Figure 6)

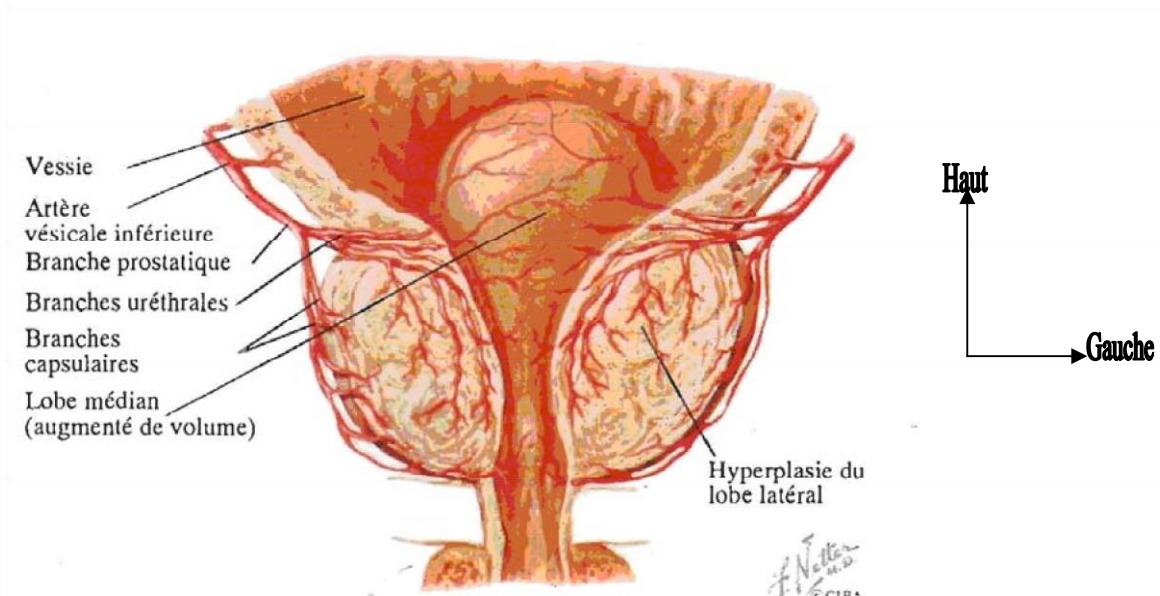


Fig.6 : Vascularisation de la prostate

2.5.2- Veines : Elles forment un plexus entourant les faces antérieures et latérales de la capsule prostatique; et reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge. Ces veines communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne (Figure 6)

2.5.3- Innervation :

La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte sympathique et parasympathique à partir des plexus pelviens [13-14].

2.5.4- Drainage lymphatique : Les lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau péri prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes, obturateurs ; et pré-sacrés [13] (Figure 7).

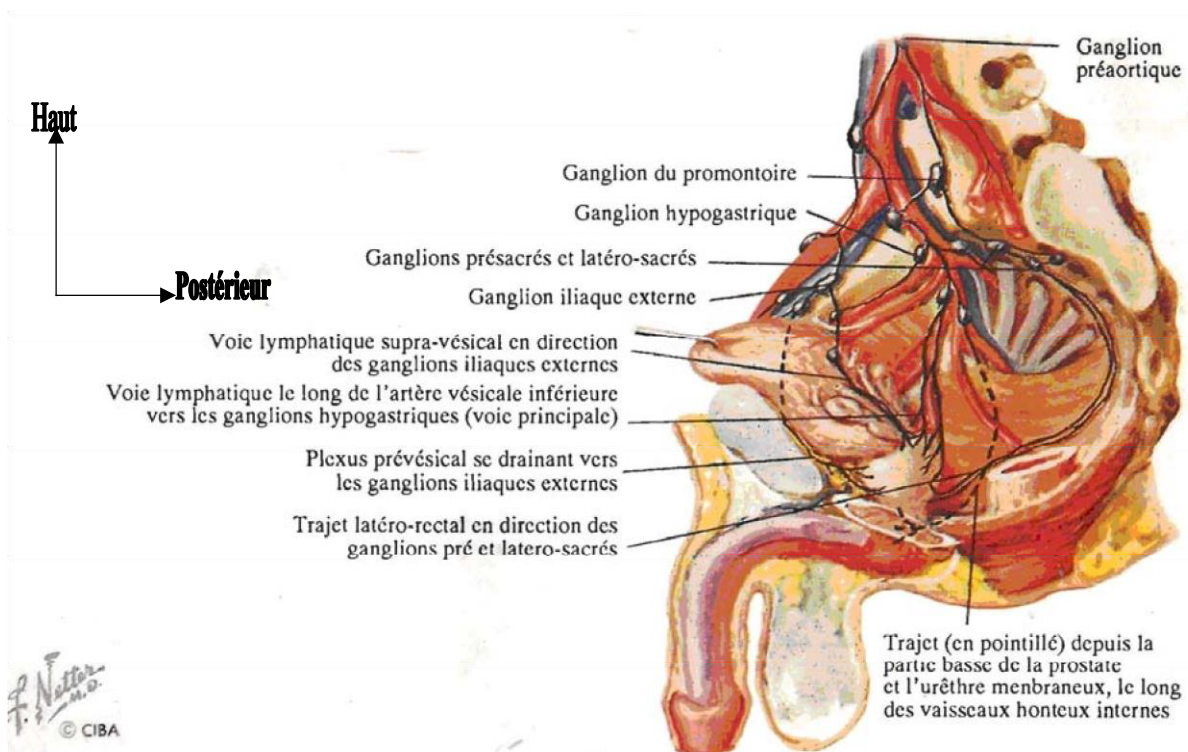


Fig. 7 : Drainage lymphatique des organes génitaux

B/ Physiologie de la prostate :

1- Physiologie hormonale de la prostate :

1.1- Androgènes :

Le développement et le fonctionnement de la glande prostatique sont sous la dépendance des androgènes qui ont une double origine :

- Testiculaire (92% à 95% de sécrétion),
- surrénalienne (3% à 7% de sécrétion).

Il s'agit essentiellement de la testostérone.

Le testicule sécrète principalement la testostérone, l'androsténédione et des quantités minuscules de DHT.

Les surrénales secrètent principalement l'androsténédione $\Delta 4$ et le sulfate de déhydroépiandrostérone (SDHA).

1.2- Les œstrogènes :

Présents chez l'homme en petite quantité (100mg/l). Elles proviennent principalement de l'aromatisation de la testostérone dans la prostate et d'autres cellules cibles.

1.3- La prolactine :

Hormone hypophysaire, elle agit sur la prostate de deux façons :

Soit indirectement, en stimulant la formation de testostérone et d'androgène par les testicules et les surrénales.

Soit directement, en potentialisant l'action de la testostérone sur le tissu prostatique.

2- Rôle physiologique de la prostate :

La prostate est une glande à sécrétion externe et son fluide représente environ 30% du volume d'un éjaculat. Il se présente sous la forme d'un fluide d'aspect laiteux et légèrement acide (pH=6,5), en raison des fortes concentrations de citrate (375mg /100ml) [17]. La sécrétion prostatique est continue, d'un débit de 0,5ml à 2ml/j d'un liquide intervenant dans la fertilité masculine. Elle participe à la formation du plasma séminal, véhicule nutritif des spermatozoïdes

dans le sperme. La composition de ce plasma séminal est représentée par l'ensemble des sécrétions de la voie spermatique, des vésicules séminales, de la prostate et des glandes para-urétrales (**COWPER, LITTRE**) [18] (Figure 8)

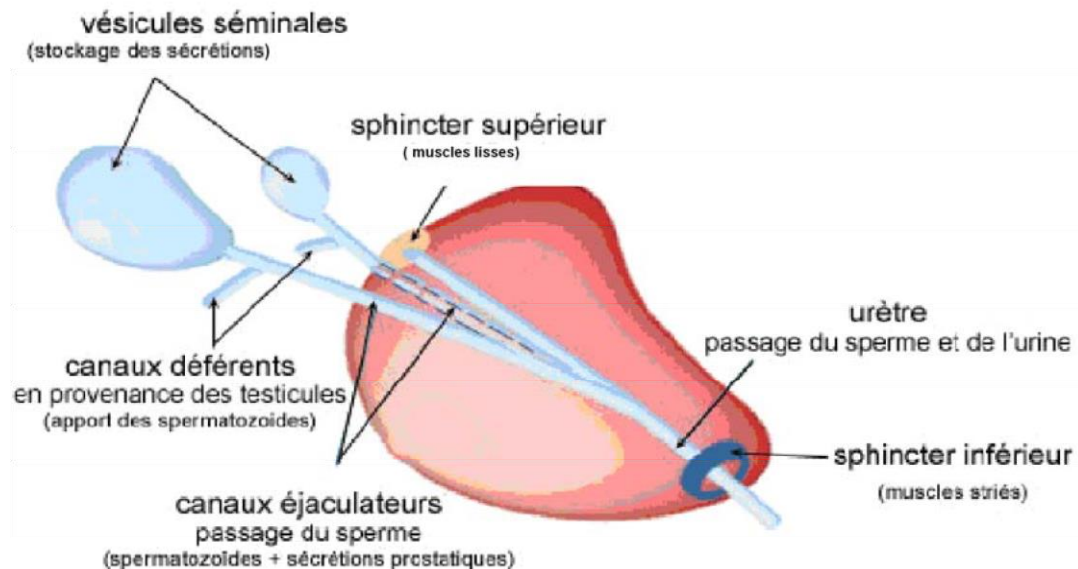


Fig.8 : Ensemble prostate, vésicules séminales, canaux éjaculateurs et déférents.

2.1- Prostate et éjaculation :

L'éjaculation se fait en deux (2) temps : l'émission et l'expulsion.

La prostate prend une part active à la première partie [19].

2.2- Prostate et miction :

Le rôle de la prostate dans la miction a pu être considéré comme accessoire, elle a une participation relative aux facteurs de résistance urétrale [17].

2.3- Les protéines de sécrétion prostatique :

2.3.1-Prostatic specific antigen (P.S.A):

Initialement décrit sous le nom de gamma-sémino protéine par HARA en 1971, et isolé du tissu prostatique par WANG en 1979, c'est une glycoprotéine exclusivement produite chez l'homme dans

les cellules épithéliales prostatiques. Son rôle physiologique est de réliquéfier le sperme, et sa sécrétion semble être quantitativement équivalente dans toutes les zones glandulaires.

2.3.2- Phosphatase acide prostatique (P.A.P) :

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

2.3.3- Protéine de sécrétion prostatique (P.S.P) :

Elle pourrait jouer un rôle dans les phénomènes de capacitation ou de reconnaissance antigénique.

2.3.4- Autres protéines du fluide prostatique :

Nous ne ferons que citer ces autres protéines qui sont :

Albumine, Alpha-1 acide glycoprotéine, Zn-alpha-2 glycoprotéines. Ainsi, la capacité sécrétoire de la glande prostatique diminue avec l'âge ; ceci semble pouvoir être corrélé à la diminution de la testostérone libre circulante [20,21].

C/ Histologie normale de la prostate :

C'est une glande tubulo-alvéolaire réalisant grossièrement un aspect en « fougère ». Les cavités glandulaires sont revêtues d'un épithélium cylindrique ou cubique. Au niveau de ces cellules on trouve des enzymes oxydo-réductrices et des phosphatases. Dans les cavités, se rencontrent le sable prostatique et les sympexions de ROBIN.

Les formations glandulaires sont groupées en lobules séparés les uns des autres par du tissu conjonctif riche en fibres musculaires lisses et en fibres élastiques. Il existe d'autre part, des glandes dites péri urétrales qui seraient surtout responsables des adénomes [22].

CHAPITRE II : HYERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE.

A/Etiopathogenie de l'adénome de la prostate :

L'étiopathogenie de l'A.P a été l'objet de nombreuses études ; et le facteur racial a été longtemps incriminé [74].

A partir de l'âge de 40 ou 50 ans, le développement d'une hyperplasie du tissu prostatique est vraisemblablement sous l'influence hormonale mais son mécanisme d'action précis n'est pas encore bien établi.

L'augmentation du volume de la prostate prend des années et évolue de façon très progressive (Figure 9)

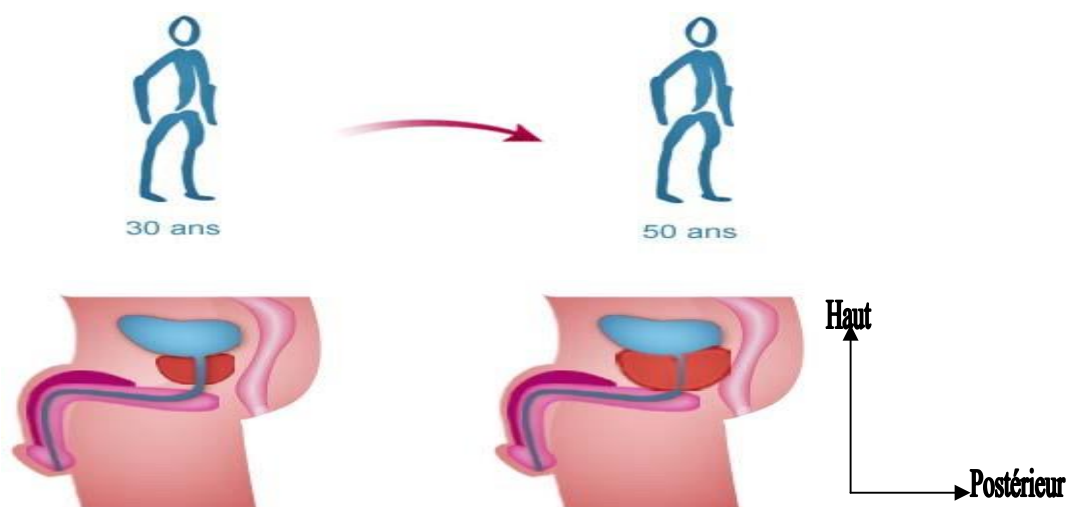


Fig.9 : évolution naturelle de l'HBP [16].

La quantité de dihydroxytestostérone (DHT) dans la prostate paraît être un élément primordial de la croissance prostatique. Par exemple, un déficit congénital en 5-alpha-réductase, l'enzyme qui transforme la testostérone en DHT, empêche le développement de la prostate. [5]

L'hypothèse hormonale paraissant la plus séduisante, on peut avec GILVERNET distinguer morphologiquement les deux portions de la prostate sur le plan biologique par leur réceptivité hormonale. Embryologiquement la portion caudale de la prostate répond aux stimuli testiculaires, alors que la portion crâniale répond à des stimuli plus complexes où interviennent l'hypophyse, la surrénale et le

testicule. Sur le plan expérimental les acini crâniens répondent seuls à l'injection des œstrogènes, prenant un aspect pavimenteux stratifié [10]. Les récepteurs des androgènes sont situés dans le stroma qui est précisément le tissu où naît l'H.B.P. Une autre théorie a alors fait intervenir un dérèglement des interactions entre stroma et épithélium et un facteur de croissance à l'origine des nodules microscopiques d'hyperplasie bénigne prostatique. [24,25]

Toutes ces théories ne sont restées qu'aux stades d'hypothèses sans confirmation ; en conclusion, l'étiologie réelle de l'A.P reste indéterminée. [36]

B/ Physiopathologie de l'H.B.P :

Nous nous proposons d'étudier les trois mécanismes physiopathologiques suivants [27, 28, 26, 29] :

1- Hypertonie urétrale :

Elle représente la forme de début avec une hyperstimulation de la muqueuse urétrale surtout au niveau du col vésical et une augmentation des alphas récepteurs trigonaux, urétraux et prostatiques.

2- Modification géométrique de l'urètre :

Lorsque l'A.P entraîne un rétrécissement de l'urètre prostatique, le jet le plus puissant frappe les parois de l'urètre bulbaire et entraîne ainsi sa dilatation.

3- Défaut d'infundibulation :

C'est le mécanisme le plus marqué de l'obstruction par l'H.B.P.

L'adénomyofibrome repousse l'assiette basale trigonale, empêchant ainsi l'entonnoir mictionnel de se former normalement.

Ainsi les forces d'expulsion de l'urine au lieu d'être centrées sur cet entonnoir, sont plutôt dispersées latéralement.

Cette physiopathologie peut se résumer selon les deux facteurs suivants avec un intérêt clinique majeur :

- l'obstacle dynamique : La dyssectasie cervicale, étymologiquement mauvaise ouverture du col vésical.
- l'obstacle mécanique : qui représente la compression de l'urètre par la tumeur.

C/ Anatomo-pathologie :

1- Aspects macroscopiques :

L'adénome se présente habituellement sous la forme d'une tumeur régulière faite de deux lobes latéraux situés de part et d'autre de la portion initiale de l'urètre qu'ils aplatissent transversalement. Parfois il existe en arrière et en haut un troisième lobe qui bombe dans la vessie et obstrue plus ou moins le col vésical, c'est le lobe médian. Rarement le lobe médian peut exister seul ou associé à deux lobes latéraux de tout petit volume. [30] Son volume est variable, petit en dessous de 25 g, moyen de 25-60 g, gros au-dessus de 60 g ; il existe des adénomes géants qui dépassent 200g. [10]

2- Aspects histologiques :

Appelé abusivement « Adénome de la prostate », il est en fait une hypertrophie bénigne prostatique constituée par les différents tissus de la prostate [26] :

-Cellules conjonctives :

Fibrome ;

- Cellules glandulaires :

Adénome ;

-Cellule musculaires :

Myome.

C'est pourquoi le terme d'H.B.P correspond au terme d'adénofibromyome.

La coupe histologique affirme la nature bénigne de la tumeur. [10]

3- Le sens du développement :

Bloqué vers le bas par la prostate caudale, l'adénome se développe vers les zones de moindre résistance, c'est -à- dire essentiellement vers le haut et l'arrière.

Dans tous les cas, il refoule et tasse le reste de la prostate, mais il reste toujours séparé de cette glande caudale laminée par un plan de clivage dont l'existence constante sert de guide à la chirurgie d'exérèse [30].

4- Les lésions secondaires :

4.1- Les lésions prostatiques :

Au cours de l'évolution de l'A.P, on retrouve des lésions vasculaires à type d'infarctus dans 25% des cas environ.

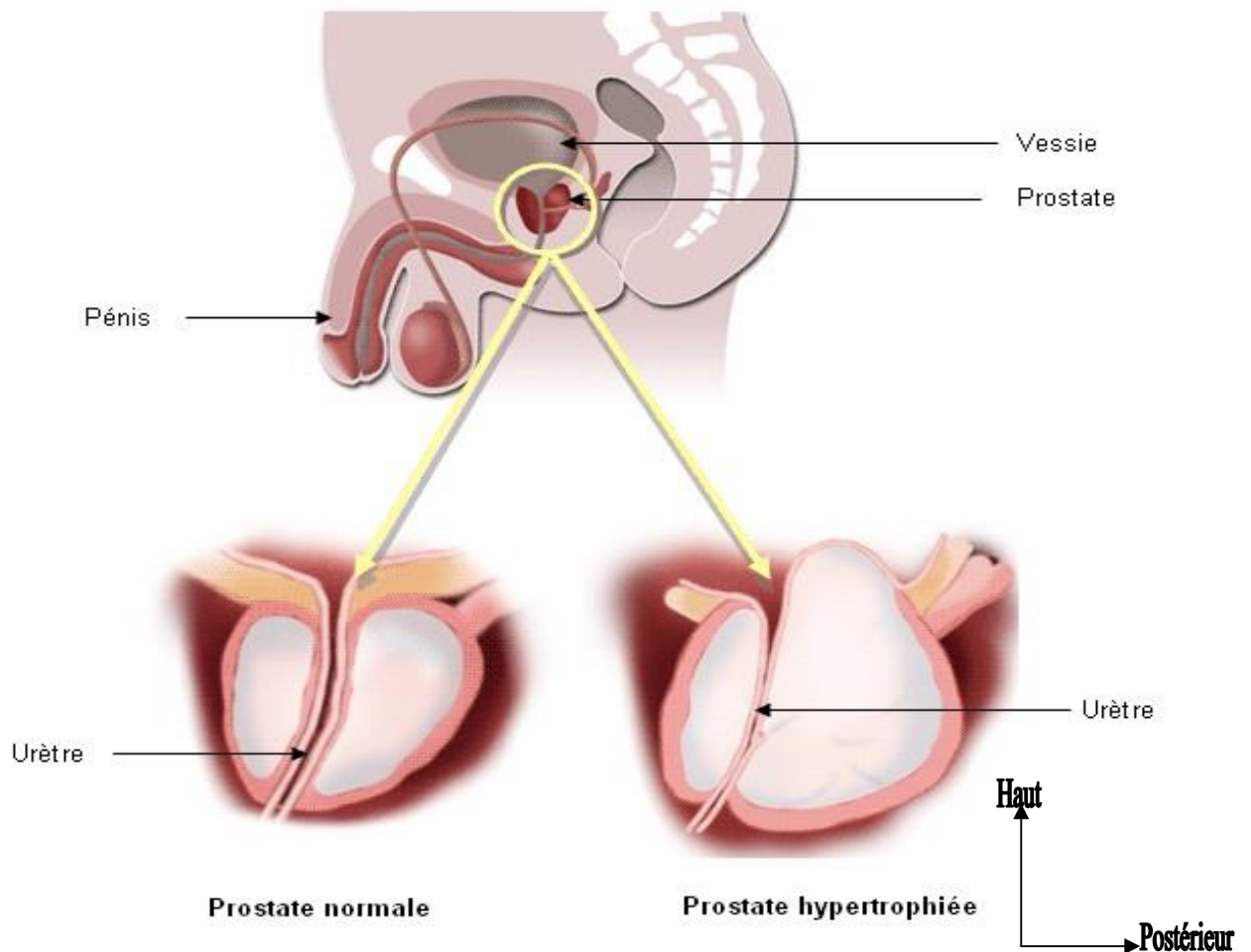
L'obstruction des canaux prostatiques par des nodules de l'HBP peut être à l'origine des formations kystiques intra parenchymateuses de différents volumes.

Ce sont alors les lésions inflammatoires et congestives avec infiltration des lymphocytes et monocytes en amas qui sont très souvent associées à l'A.P [26,31].

4.2- Retentissement des lésions sur le système urinaire :

4.2.1- L'urètre :

La prostate entoure l'urètre sous la vessie et, en augmentant de volume, va donc l'étirer et diminuer son calibre, gênant ainsi l'évacuation de l'urine [31] (Figure 10).



On comprend bien sur ce schéma que si la prostate augmente de volume, elle entraînera un rétrécissement de la lumière de l'urètre et expliquera les troubles urinaires.

Fig.10 : Retentissement de l'HBP sur l'urètre.

4.2.2- Le col vésical :

Soulevé par la prostate hypertrophiée au-dessus du plancher vésical, le col vésical perd sa forme circulaire, et sa lèvre postérieure est transformée en une étoile à trois branches [10,32].

Lorsque le col est scléreux, le doigt n'y pénètre qu'en forçant et en l'éclatant. Ces orifices rigides obligent à une

résection de la
lèvre postérieure.

4.2.3- La Vessie :

-Vessie de lutte :

La vessie n'est pas un sac à urine mais un muscle creux destiné à recueillir l'urine secrétée continuellement par les reins et à l'évacuer volontairement à intervalle régulier. L'urètre est plus fin, l'effort à fournir pour évacuer l'urine va donc être plus grand, et comme tout muscle qui travaille contre une résistance accrue, la vessie va s'épaissir ; de 3 à 4 mm en temps normal, elle peut s'épaissir jusqu'à 1 cm ou plus. C'est une vessie musclée, une vessie de lutte. Les faisceaux musculaires sont hypertrophiés et dessinent sous la muqueuse des colonnes délimitant entre elles des cellules (Vessie à cellules et colonnes) (Figure.11). [31]

- Les diverticules de vessie :

La vessie ne peut lutter indéfiniment ; entre les faisceaux musculaires au niveau des cellules plus faibles, la muqueuse vésicale va venir faire hernie, faisant saillie hors de la vessie : c'est un diverticule (Figure. 12). [31]

Ces diverticules sont de taille variable et, si leur collet est étroit, une fois remplis d'urine, ils peuvent avoir du mal à s'évacuer puisque aucun muscle ne les entoure.

Ils gênent donc l'évacuation de la vessie et peuvent être la source d'infection urinaire récidivante ou d'abcès.

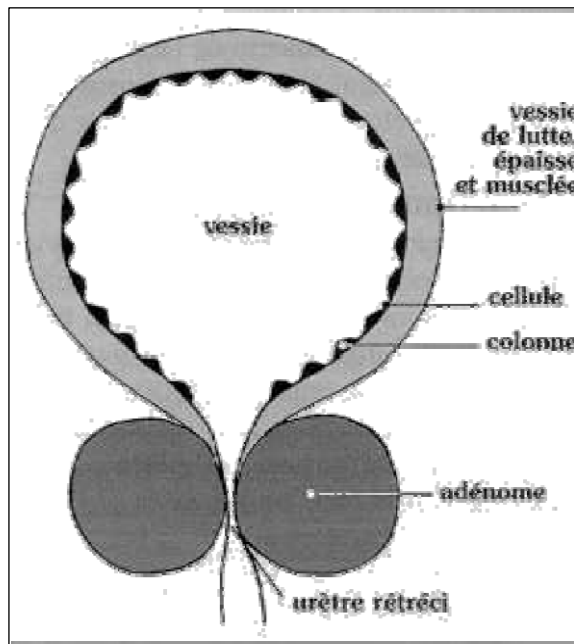


Fig.11: Retentissement sur l'urètre et la vessie

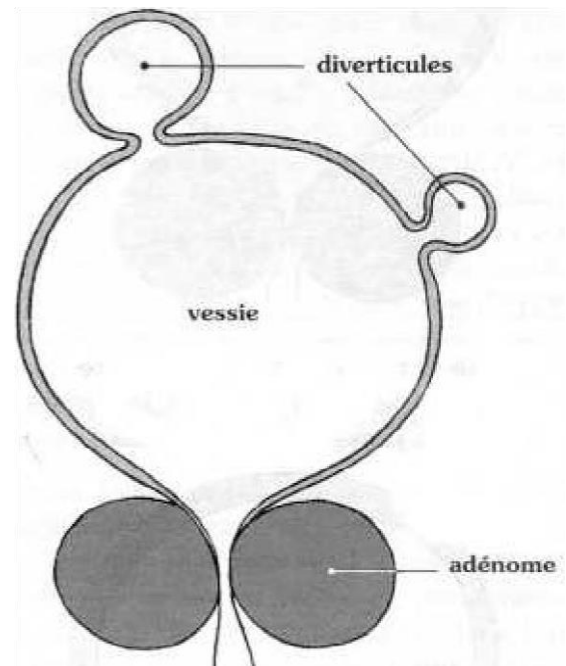


Fig.12 : Retentissement sur la vessie : diverticules

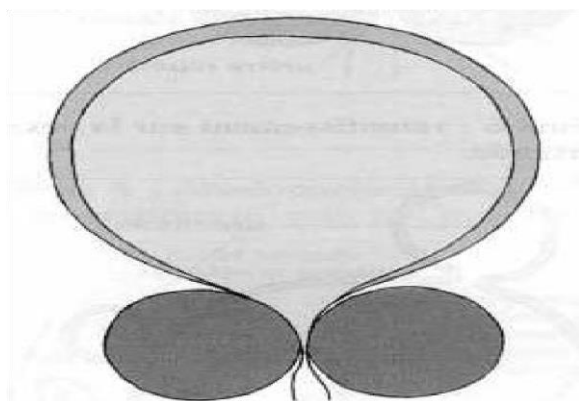
- La rétention complète d'urine:

L'urètre, à l'occasion d'une poussée inflammatoire de l'adénome ou de son augmentation de volume, peut se trouver totalement obstrué ; alors la vessie ne peut plus se vider. C'est la rétention complète d'urine qui est souvent la circonstance de découverte de l'adénome prostatique (Figure.13). [31]

- La rétention incomplète d'urine:

Elle est la plus sournoise. La vessie se vide, mais incomplètement ; la résistance urétrale a dépassé la force de la vessie, et à la fin de la miction, il restera en permanence un volume plus ou moins important

(300 CC, 1litre, et parfois plus). (Figure. 14). [31]



- **Fig.13 : Rétention complète d'urine**

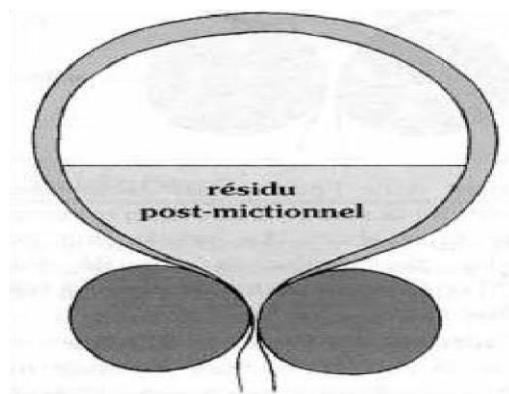


Fig.14 : Rétention incomplète

- **La Lithiase vésicale :**

La stase d'urine dans la vessie peut favoriser la formation de calculs vésicaux.

4.2.4- Les Voies urinaires supérieures :

Les uretères se trouvent gênés dans leur évacuation lorsque le muscle s'hypertrophie ou que la vessie reste en rétention ; ils ne tardent pas alors à se distendre ; l'urine peut refluer de la vessie vers les reins.

Les reins vont alors souffrir par gêne à l'évacuation de l'urine, avec risque d'infection du rein par reflux d'une urine infectée (souvent par des sondages intempestifs). A ce stade, l'insuffisance rénale s'installe peu à peu (Figure.15). [31]

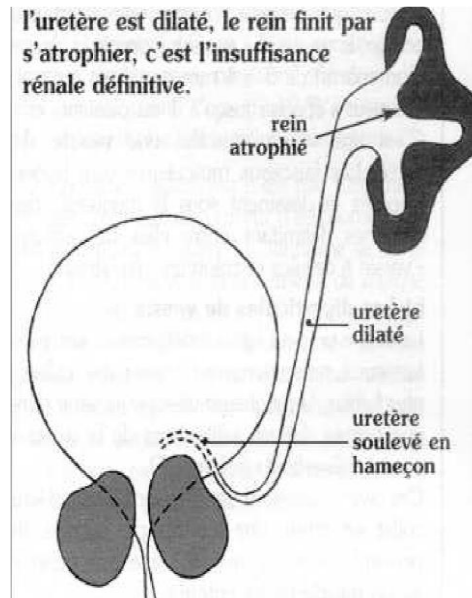


Fig.15: Retentissement rénal

D/ ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE L'H.B.P.:

1- Symptomatologie :

Les signes cliniques qu'entraîne l'adénome de la prostate sont très variables d'un patient à l'autre. Ils surviennent chez un homme à partir de la soixantaine (presque jamais avant 50 ans). Les signes se sont installés peu à peu, au fil des années, ce qui explique que, souvent, le malade s'est habitué à ses difficultés pour uriner spontanément, il ne s'en plaindra pas ; il faudra savoir rechercher ces signes par un interrogatoire très précis [30,31].

2- Quantification des symptômes fonctionnels :

2.1-Le score international des symptômes prostatiques de l'OMS (IPSS) :

La diversité des symptômes liés à l'HBP, leur subjectivité, comme l'absence de parallélisme entre gêne symptomatique et volume prostatique, ainsi que l'avènement de nouvelles méthodes thérapeutiques médicales ou instrumentales ont mis en lumière le besoin de méthodes fiables, reproductibles et internationales [33, 34,35, 10, 36,37].

Afin de tenter de rendre « objectifs » les symptômes « subjectifs », sont nés divers « scores de symptômes » auxquels sont rattachés les noms de BOYARSKI MIDSEN : (tableau I) et le sigle IPSS (tableau II). Ces différents « scores » permettent la quantification des symptômes fonctionnels. Ainsi le système retenu par le comité de consensus de l’OMS a été le score IPSS (tableau II)

Tableau I : Score de MIDSEN.

Score Symptômes	0	1	2	3	4
Puissances du jet	Normale	Variable		Faible	Goutte à goutte
Evacuation	Sans		Poussée		

Score Symptômes	0	1	2	3	4
vésicale	efforts		abdominale		
Impériosité	Normale	Minime	Modérée	Sévère	
Fuites urinaires	Non		Oui incluant gouttes terminales		Garnitures
Jet retardé	Non			Oui	
Sensation de résidu	Non	Variable	Oui permanent	Une rétention	Rétention à répétition
Mictions nocturnes	0 à 1	2	3 à 4	> 4	
Intervalle entre mictions diurnes	> 3 h	2 à 3 h	1 à 2 h	< 1 h	
Jet en plusieurs fois	Non			Oui	

Tableau II : Sigle IPSS et QDV

I.P.S.S. : International Prostate Score Symptom

Comporte 7 questions dont les réponses sont cotées de 0 à 5 :

- 0..... Jamais
- 1..... Environ 1 fois sur 5
- 2..... Environ 1 fois sur 3
- 3..... 1 fois sur 2
- 4..... 2 fois sur 3
- 5..... Presque toujours

QUESTIONNAIRE

Au cours du dernier mois avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après une miction ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir votre miction ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille et de la force du jet ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois avec quelle fréquence avez-vous du forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	<input type="text"/>
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin) ?	<input type="text"/>
Score IPSS total : S =	0 à 35 <input type="text"/>

RESULTATS IPSS

Total des 7 items

0 - 7 Peu symptomatique
8 - 19 Modérément
symptomatique 20 - 35.....
Symptômes sévères

SCORE DE QUALITE DE VIE : QDV

**Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière
d'uriner, diriez-vous que vous en seriez :**

Réjoui = 0

Satisfait = 2

Heureux = 1

Insatisfait = 3

Très insatisfait = 4

Très éprouvé = 6

Très ennuyé = 5

La réponse à cette question peut aller de très heureux à très malheureux,
soit **L = [0-6]**

2.1.1- Score de l'intensité des symptômes :

Il est basé sur sept questions ; à chaque question le patient peut choisir une réponse cotée de 0 à 5 qui indique l'intensité des symptômes. L'ensemble du score va de 0 à 35 points. Les patients sont alors classés en trois groupes :

Patients peu symptomatiques [0-7].

Patients modérément symptomatiques [8-19].

Patients avec symptômes sévères [20-35].

Les signes retenus par le comité de consensus sont divisés en deux (2) grands groupes :

Les symptômes irritatifs :

Pollakiurie nocturne (nycturie), pollakiurie diurne (moins de deux heures entre les mictions), impériosité mictionnelle.

• **Pollakiurie** : est définie comme des mictions trop fréquentes de petites quantités d'urine. Elle entraîne le maximum de gêne sociale aussi bien dans sa composante nocturne que diurne.

- **La nycturie** : entraîne un trouble du sommeil des patients du fait des levées fréquentes (3, 4, voire plus de 5 fois) au cours d'une nuit. Cela constitue une altération de la qualité de vie du patient.

- **Pollakiurie diurne**: entraîne une perturbation des activités sociales communes à cet âge (prières, voyages, réunions, cérémonies de baptême, de mariages etc...).

- **Impériosité mictionnelle**: l'envie pressante d'uriner constitue une gêne sociale majeure pour les patients qui sont obligés de se précipiter pour aller à la toilette chaque fois qu'ils ont envie d'uriner au risque de perdre les urines.

Les symptômes obstructifs :

- **Faible jet** : constitue l'un des premiers signes de l'obstruction sous vésicale, néanmoins il est sous-estimé par les patients qui le considèrent normal à cet âge.

- **Dysurie** : Nécessité de fournir des efforts pour initier la miction. Elle est plus corrélée avec les habitudes mictionnelles qu'avec le degré de l'obstruction.

- **Mictions intermittentes** : gouttes d'urines qui s'écoulent après avoir fini d'uriner. Elles tâchent les habits et dégagent souvent une odeur nauséabonde autour du patient et obligent certains à une utilisation abusive de déodorant.

- **Vidange incomplète** : c'est la sensation de reste d'urine dans la vessie alors que le patient a fini d'uriner. Elle traduit le résidu post-mictionnel et est la conséquence des autres signes obstructifs.

2.1.2- Score qualité de vie :

Il est basé sur la réponse à sept (7) questions : (voire sigle IPSS et QDV) L'impact des mêmes symptômes sur la qualité de vie est très variable d'un malade à un autre.

Les troubles de la qualité de vie liés aux symptômes d'H.B.P peuvent être influencés par la profession, la résidence, le statut social, les

pathologies associées (diabète, HTA, troubles de la marche). C'est pourquoi la qualité de vie du patient est un élément essentiel dans la prise de décision sur les types et les protocoles thérapeutiques ainsi que l'évaluation des résultats de ceux-ci.

L'OMS recommande expressément à tous les praticiens qui traitent les patients souffrant de symptôme de prostatisme de documenter la situation symptomatique de chaque patient en utilisant le système SL durant le 1^{er} examen ainsi que pendant et après le traitement afin d'évaluer la réponse à ce traitement.

Il serait souhaitable que ce questionnaire fasse partie de l'examen de routine des malades.

3- Autres questions pouvant avoir un intérêt :

3.1- Questions se rapportant à l'anamnèse :

- a.) Rechercher le mode d'installation des symptômes ;
- b.) Rechercher les antécédents d'interventions ou de traumatisme sur le bassin ;
- c.) Rechercher les antécédents de maladies vénériennes, surtout gonorrhée (risque plus important de sténose) ;
- d.) Rechercher une pathologie associée pouvant donner des manifestations urinaires à type de prostatisme (diabète, maladies neurologiques) ;
- e.) Faire préciser les médicaments que prend le malade, en particulier ceux qui peuvent influencer l'urodynamique vésico-sphinctérienne : sympathicomimétiques, ganglioplégiques, antidépresseurs anticholinergiques [10].

3.2- Recherche des complications et signes de gravité :

Elles peuvent survenir à n'importe quel stade de la maladie [10,38]. Il s'agit :

- des épisodes de rétention aiguë d'urine,
- des hématuries,

- de lithiase vésicale ou des voies supérieures,
- des infections urinaires.

3.3- Questions en rapport avec l'activité sexuelle :

La connaissance du niveau d'activité sexuelle du patient a une importance dans les choix de certaines thérapeutiques.

4- Diagnostic de l'hypertrophie bénigne de la prostate :

4.1- Diagnostic positif :

Il est basé essentiellement sur l'interrogatoire et le TR.

4.1.1- Interrogatoire :

Il cherche à mettre en évidence des signes fonctionnels évocateurs de la présence d'un adénome de la prostate [12]. Il permet :

- D'apprécier les signes fonctionnels (irritatifs, obstructifs) de la maladie et de les quantifier afin d'établir une base de comparaison ;
- De rechercher une complication : RAU, une infection (cystite, une orchépididymite, adénomite, une hématurie) ;
- De rechercher une neuropathie, un diabète, qui peut avoir des manifestations urologiques sous forme de prostatisme.
- De connaître l'état de la vie sexuelle du malade.

Il faudra insister sur l'interrogatoire à la recherche de ces troubles mictionnels, car la plupart des patients estiment ces troubles mictionnels normaux à cet âge.

4.1.2- Examen physique :

a- Le toucher rectal :

Le Toucher rectal est l'élément essentiel du diagnostic d'HBP et doit être pratiqué après vidange vésicale et rectale [38,39] (Figure 17). Il admet plusieurs positions (gynécologique, debout penché en avant, genou-cubitale, latérale). Le TR permet de palper la prostate et d'évaluer sa forme, sa consistance, son volume, sa régularité.

Il devrait être réalisé annuellement à titre de dépistage de l'adénome ou du cancer de la prostate chez l'homme à partir de 50 ans.

Technique du toucher Rectal :

Le malade est en décubitus dorsal, cuisses fléchies, ou en position genupectorale ; l'index muni d'un doigtier lubrifié permet, l'exploration de l'anus, de la partie basse du rectum, du bas fond de la cavité périméale (cul de sac de Douglas) et de la prostate [39].

Il donne des indications diagnostiques en cas de tumeur bénigne ou maligne de la prostate.

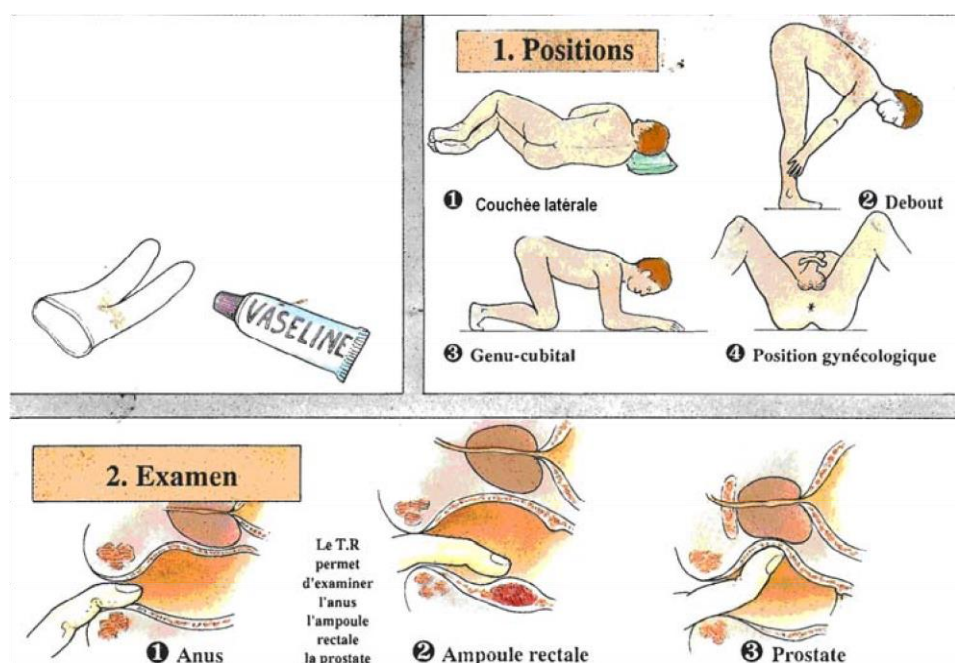


Fig. 17 : Toucher rectal, position et technique

Résultats :

En cas d'adénome de la prostate le TR retrouve :

- Une tumeur régulière de consistance souple, ferme et élastique ;
- généralement hypertrophie des deux lobes ;
- symétrie anatomique avec des limites nettes de la glande qui est indolore avec disparition plus ou moins du sillon médian.

Effets secondaires :

Le TR est normalement indolore ou peu douloureux.

Toute douleur provoquée par le toucher peut constituer un élément important de diagnostic.

b- Examen physique général :

En matière d'hyperplasie bénigne de la prostate, il est beaucoup plus axé sur l'examen des organes génitaux externes, et du méat urétral à la recherche d'une sténose. La palpation et la percussion de la région suspubienne se font à la recherche d'une rétention vésicale, la palpation des fosses lombaires à la recherche d'un gros rein. Les orifices inguinaux doivent être palpés, car les efforts de poussée favorisent la survenue des hernies.

L'examen neurologique du périnée (recherche du réflexe bulbo-anal) éliminera une pathologie neurologique.

L'interrogatoire et le toucher rectal permettent de faire le diagnostic dans la majorité des cas. Mais si l'adénome ne s'est développé qu'au niveau du « lobe médian », le toucher rectal peut être normal [26, 39, 25,31]

.

4.1.3- Bilan para clinique :

Il précise le diagnostic et apprécie le retentissement de l'H.B.P sur le reste de l'appareil urinaire [5,40].

a- Biologie :

- Examen cyto bactériologique des urines

Cet examen est demandé pour rechercher l'existence d'une infection surajoutée. Le germe le plus fréquemment rencontré est l'Escherichia Coli avec un taux de 80%. L'ECBU est considéré comme un bilan systématique par le consensus international [31, 41,42, 43].

- La créatininémie

C'est le dosage de la créatinine dans le sang et est nécessaire pour rechercher une répercussion de l'H.B.P sur la fonction rénale. Son élévation traduit l'insuffisance rénale qui peut parfois être réversible. Sa valeur normale varie entre 60-120 μ mol/l et n'est vraiment perturbée que dans environ 5% des cas [5, 31, 42,44].

- Dosage du PSA (Prostatic-SpecificAntigen)

Le dosage du PSA n'est pas un élément du diagnostic d'H.B.P mais peut permettre de guider la détection précoce d'un foyer cancéreux.

Le taux normal de PSA étant de 0-2,5 ng/ml selon le dosage Pro-check, il est habituel d'observer un taux entre 5-10ng/ml en cas de volumineux A.P [5, 45].

b- Imagerie médicale :

- Echographie

L'échographie occupe une place de choix dans l'exploration de la prostate et des vésicules séminales aussi bien dans le cadre de la pathologie tumorale que celui de l'infertilité [46,5].

Les voies d'exploration sont : La voie endorectale (constitue la technique la plus performante), la voie abdominale et sus-pubienne, la voie externe périnéale, la voie endo-urétrale.

L'échographie permet de déterminer :

- . Le volume de la prostate,
- . La présence éventuelle de calculs vésicaux, de diverticules, d'un résidu post-mictionnel, voire un retentissement sur les voies urinaires hautes qui présenteraient alors une dilatation.

- Urographie intraveineuse (UIV)

Cette radiographie permet d'opacifier les voies urinaires ; elle montre l'adénome et son éventuel retentissement [31].

- **Urétro-cystographie-rétrograde (UCR):**

Il s'agit d'une opacification radiographique de l'urètre en y injectant directement un produit de contraste [31].

- **Autres examens radiographiques rarement utilisés :**

. **Tomodensitométrie (TDM) :**

Donne peu de renseignement supplémentaire dans le cadre de l'H.B.P [47] .

. **Urétro-cystoscopie** qui, grâce à un appareil optique, permet de voir directement l'urètre et la vessie. [31]

c- Bilan urodynamique :

Non encore disponible dans notre pratique, il objective le degré de sévérité des troubles mictionnels: débit de la miction, volume de la miction ; cet examen est fortement indiqué dans des cas particuliers comme la suspicion d'une atteinte neurologique associée de la vessie [5, 30, 48, 26, 27, 49,25].

- **La débitmètrie :**

Cet examen permet de chiffrer le débit mictionnel. Il ne présente aucun intérêt dans le diagnostic de l'adénome. Il est évident que plus la dysurie est importante, plus le débit sera faible. Il permet de contrôler les effets des traitements, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, de manière objective. Les valeurs normales sont des données statistiques et l'on considère qu'un débit maximal supérieur ou égal à 20-25 ml/s permet d'éliminer pratiquement une obstruction sous vésicale.

$$\text{Débit} = \frac{\text{Volume (ml)}}{\text{Temps (s)}}$$

- **Autres examens urodynamiques :**

. **La cysto-manométrie :**

C'est la mesure du rapport pression / volume dans la vessie permettant d'apprécier le travail vésical contre l'obstacle, de montrer parfois une instabilité vésicale. Elle a pour intérêt d'apprécier le stade évolutif de l'A.P

. **L'urétro-manométrie :**

C'est la mesure de la pression de l'urètre grâce à une sonde introduite dans la vessie enregistrant, lors de la miction, les pressions à chaque point de l'urètre.

. **L'électro manométrie :**

Elle n'a pas un grand intérêt en préopératoire.

4.2- Diagnostic différentiel :

Il inclut les autres causes d'obstruction ou d'irritation vésicale. Ces principales pathologies sont [50, 30, 10, 51,52] :

4.2.1- **Sténoses urétrales :** L'anamnèse peut montrer que les symptômes remontent à la trentaine, et sont devenus véritablement gênants à la cinquantaine.

Il faudra de ce fait rechercher les antécédents de MST, surtout la gonococcie mal traitée ou des antécédents de traumatismes périnéaux.

4.2.2- **Cancer de la prostate :** Il est souvent associé à l'A.P, et peut être suspecté au TR avec les caractéristiques suivantes : consistance dure, ligneuse, douloureuse au toucher, les bords mal limités dans les stades avancés.

4.2.3- **Prostatite chronique :** Le TR montre la présence de noyaux uniques ou multiples, irréguliers, durs.

4.2.4- **Tumeurs de vessie :** L'existence d'une hématurie aide au diagnostic, l'impériosité et/ou la pollakiurie isolée sont exceptionnelles.

4.2.5- **Troubles de la contractilité vésicale** : Ils peuvent être de diverses origines à savoir myopathie, neuropathie ou psychopathie.

4.2.6- **Abcès prostatiques** : C'est une collection liquidienne dans la prostate consécutive soit à une prostatite aiguë ou chronique, soit à des sondages urétraux intempestifs.

4.2.7- **Kyste prostatique** : C'est une cavité pathologique située dans le parenchyme prostatique, contenant une substance liquide limitée par une paroi qui lui est propre. Le kyste prostatique n'entraîne aucun symptôme, sauf s'il est très volumineux.

5- Evolution et Complications :

5.1- Evolution :

L'évolution de l'HBP est capricieuse, elle ne sera pas systématiquement traitée mais elle doit être régulièrement surveillée. Il faut éviter les complications en particulier la rétention aiguë d'urine ainsi que l'apparition d'une insuffisance rénale par la suite. Cette dernière complication est devenue plus rare avec les traitements modernes médico-chirurgicaux.

L'évolution est très variable d'un malade à l'autre :

-Certains adénomes ne donneront lieu à aucune gêne pour uriner ni aucun retentissement ;

-D'autres entraîneront une dysurie plus ou moins importante sans retentir sur la vessie et les uretères ;

-Certains peuvent s'infecter passagèrement (adénomite) et majorer la dysurie quelques jours ou même provoquer une rétention d'urine. Une fois cette poussée inflammatoire guérie, tout peut rentrer dans l'ordre ;

-D'autres retentiront progressivement sur la vessie et les uretères jusqu'à provoquer l'insuffisance rénale ;

-Cancer et adénome de la prostate peuvent s'associer, mais un adénome ne dégénère pas en cancer [5, 31, 30, 53, 10,25]

5.2- Complications :

Un certain nombre de complications peuvent être rencontrées au cours de l'évolution [30,31] :

5.2.1- L'infection :

Elle est très fréquente. L'adénomite entraîne une brutale augmentation de volume de la glande qui dévient douloureuse. Les troubles mictionnels sont souvent très intenses et peuvent aller jusqu'à la rétention.

5.2.2- L'hématurie :

La présence de sang dans les urines peut être due à un adénome prostatique. Mais, avant d'accuser l'adénome, il faut rechercher une autre cause d'hématurie (bilharziose, calcul, tumeur...), car l'adénome saigne rarement et peut être associé à d'autres maladies urinaires.

5.2.3- La lithiase vésicale :

C'est une lithiase de stase. Elle est fréquemment radio-transparente donc faite d'acide urique.

5.2.4- Les autres complications :

Citons la pyélonéphrite qui traduit habituellement une distension du haut appareil avec stagnation des urines, ce qui favorise l'infection.

E/TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE :

L'hypertrophie bénigne de la prostate est une maladie bénigne mais qui peut affecter sévèrement la qualité de vie du patient. En dehors des complications sévères, ce n'est pas une maladie mortelle. La gêne fonctionnelle causée par les symptômes est l'élément fondamental qui pousse le patient à consulter en vue d'un diagnostic (de bénignité) et d'un traitement. Les traitements seront prescrits dans le but de soulager les symptômes et de réduire le risque de complications. Les recommandations récentes sur l'H.B.P proposent que le patient participe activement avec son médecin au choix thérapeutique. Il devra ainsi être informé des options thérapeutiques envisageables selon son état clinique et sa gêne, et des bénéfices, risques et coûts de

chaque possibilité de traitement. Plusieurs types de traitement sont habituellement proposés selon la forme clinique de l'H.B.P :

- simple surveillance,
- un traitement médicamenteux,
- ou un geste chirurgical voire instrumental (non chirurgical) [5].

1- But :

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

2- Méthodes :

2.1- L'abstention thérapeutique :

Lorsque la gêne symptomatique est légère (score IPSS <7), c'est à dire si les signes cliniques urinaires sont compatibles avec une qualité de vie correcte, une simple surveillance régulière de l'HBP est proposée [54].

2.2- Médicales :

Nous pouvons regrouper les agents pharmacologiques en deux grands groupes :

- Médicaments agissant par réduction du volume prostatique.
- Médicaments agissant sur la composante fonctionnelle dans l'HBP. [26]

2.2.1- Phytothérapie : (décongestionnants) [54, 49]

Ils ont une action anti-œdémateuse et anti-inflammatoire.

Exemple de produits :

- TADENAN®** : L'extrait d'écorce de *Pygeum africanum*
- **PERMIXON®** : L'extrait lipidostérolique de *serenoa repent*

2.2.2- Alpha bloquants : Les alpha bloquants agissent par blocage de récepteur alpha 1-adrénérgique, c'est à dire qu'ils diminuent le tonus de la musculature lisse de la prostate. Ceci entraîne une dilatation de la partie de l'urètre qui passe dans la prostate et facilite ainsi les mictions. Ils agissent donc sur la composante fonctionnelle.

Les effets secondaires se résument à l'hypotension orthostatique, les vertiges, l'éjaculation rétrograde [54,55].

Exemple de produits :

-Terazosine = **DYSALFAO®**, **HYTRINE®**.

-Alfuzosine = **XATRAL®**, **URION®**.

2.2.3- Hormonothérapie :

- Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (5-ARI):

Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (5-ARI) entraînent une réduction du volume prostatique et une baisse de la résistance urétrale. Il faut noter que les 5-ARI entraînent une baisse des taux de PSA (Prostatic Specific Antigen) d'environ 50%.

- Castration chirurgicale ou médicale :

Les agonistes de la LH-RH inhibent la sécrétion testiculaire androgénique en bloquant la sécrétion de l'axe hypothalamo-hypogonadique. La régression du volume prostatique varie de 24,2 à 75%. La baisse de la libido, l'impuissance sexuelle et la gynécomastie en limitent l'utilisation.

- Les progestatifs anti-androgéniques :

L'efficacité de la cyprotérone acétate n'a pas donné les résultats escomptés. Le volume de la prostate diminue de 30% après 12 semaines de traitement, mais l'amélioration clinique reste minime.

-Androgènes non stéroïdiens :

Ils présentent une action anti-gonadotrope avec suppression partielle de la LH et de la FSH. Leur utilisation ne peut se justifier dans le traitement de l'AP en raison de l'impuissance sexuelle, de la baisse de libido, des troubles digestifs et de la gynécomastie qu'ils entraînent [54, 56,26].

2.3- Traitement chirurgical : Les différentes techniques chirurgicales d'adénomectomie prostatique sont

2.3.1- La résection endoscopique :

La chirurgie endoscopique tend depuis une vingtaine d'années à remplacer la chirurgie à ciel ouvert qui a pour indication le gros

adénome supérieur à 60 grammes [54, 57, 16, 58]. On distingue alors :

La résection trans-urétrale de la prostate : RTUP

L'intervention de référence la plus utilisée ; elle consiste à enlever du tissu prostatique à travers l'urètre avec un résecteur grâce à un endoscope (Camera) introduit dans l'urètre et qui permet de voir le geste chirurgical sur un écran. On débite à l'anse électrique l'adénome en petits copeaux jusqu'à ce que toute la loge prostatique soit évidée. (Figure 18) [16]

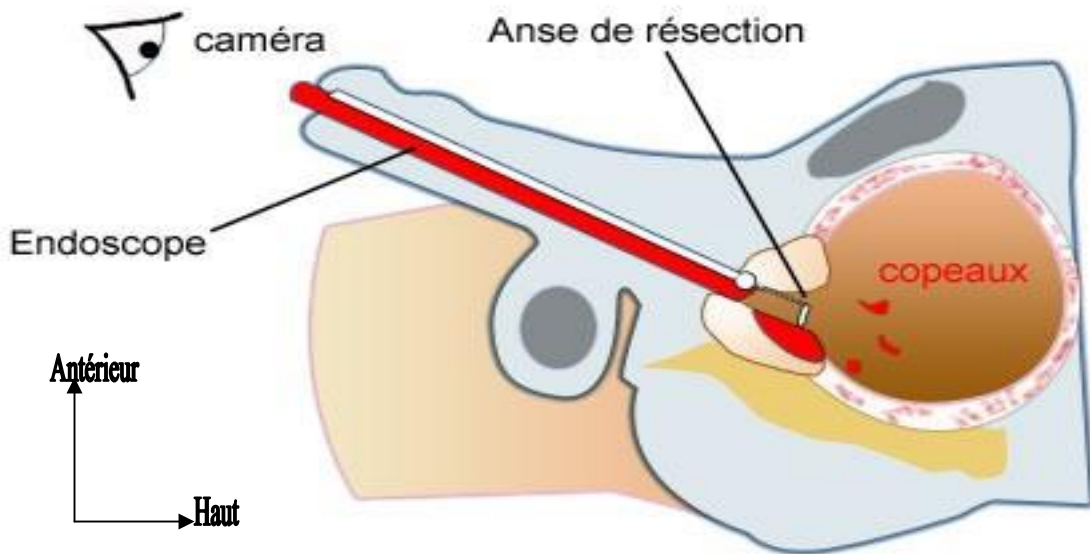


Fig.18 : Résection trans-urétrale

On distingue deux (2) types de résection à savoir : la résection avec une lame froide et l'électro résection (la technique la plus utilisée).

- L'incision cervico-prostatique :

C'est une intervention rarement pratiquée et réservée aux très petits adénomes (néanmoins gênants et en cas d'échec du traitement médical). Elle consiste à inciser par voie trans-urétrale le col de la vessie, ce qui permet, en ouvrant la prostate comme un livre, une augmentation du flux d'urine (Figure 19) [16].

A l'inverse des autres techniques, elle permet de conserver une éjaculation normale dans 80% des cas, mais ne permet pas d'avoir des prélèvements de la glande pour vérifier l'absence de cancer associé.

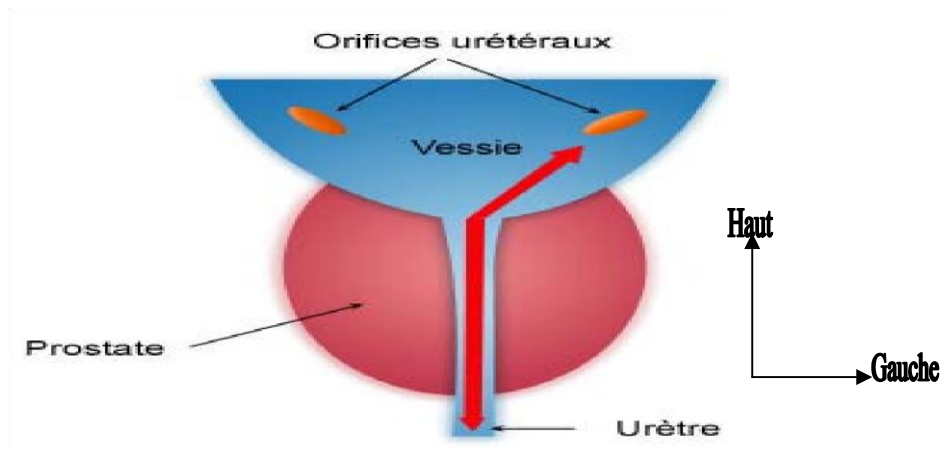


Fig. 19: Incision cervico-prostatique

2.3.2- Adénomectomie par voie trans-vésicale :

-La méthode de FREYER HRYNTSCHAK :

Méthode découverte par FULLER (1901) et vulgarisée par FREYER (1986). Cette technique a évolué dans le temps, elle se distingue par la simplicité de l'acte et la valeur des résultats. [58, 59, 57,60, 61, 10,62]

Description de la technique :

- . Malade en décubitus dorsal à plat ou en Trendelenburg léger (si obèse).
- . Incision sus-pubienne de 10-12cm. (Figure 20a)
- . Abord de la portion la plus haute de la partie antérieure de la vessie.

. Ouverture de la vessie selon une incision trans-vésicale de 5cm environ. (Figure 20a) [60]

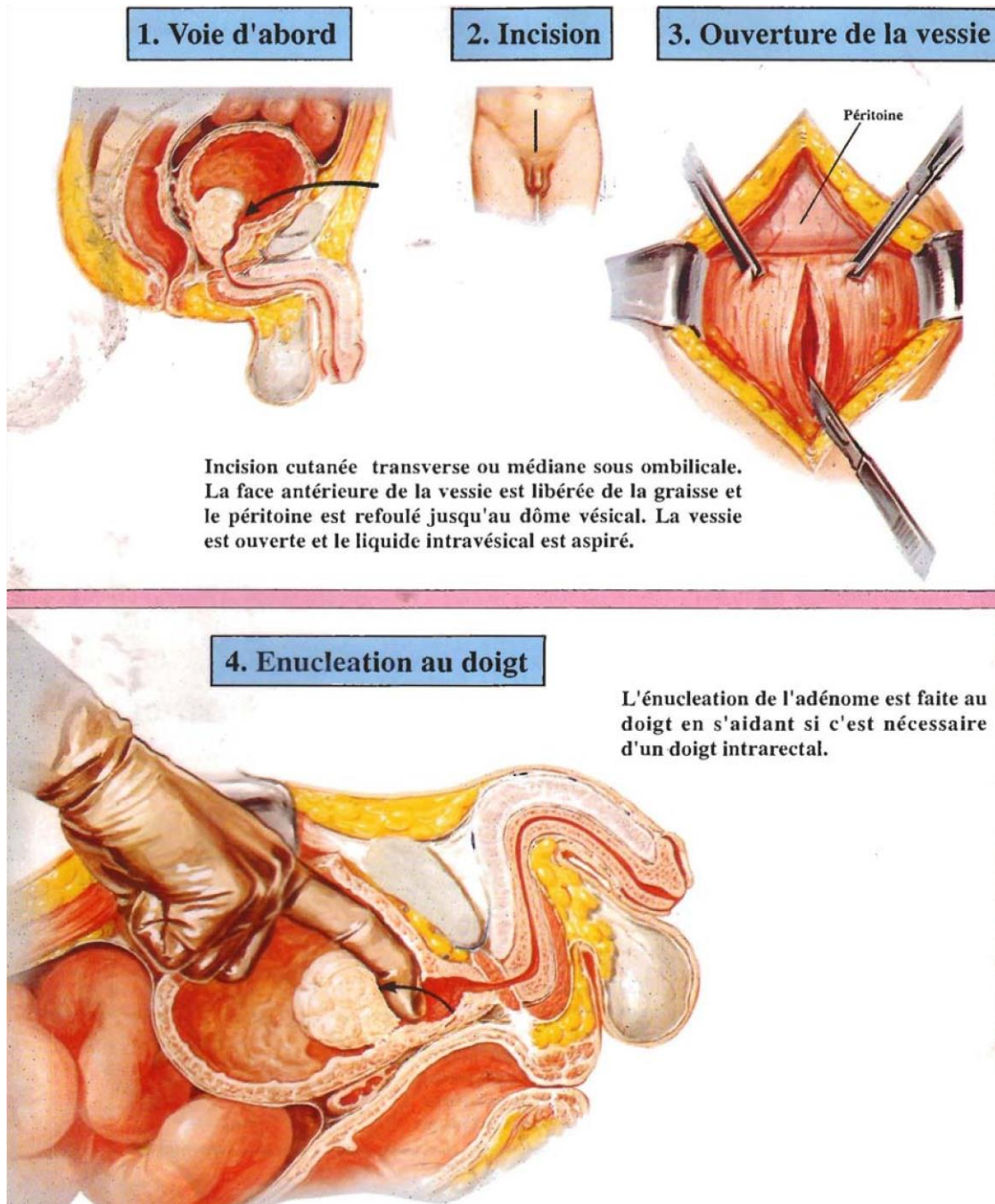


Fig.20a : Adenomectomietrans-vésicale

- . Mise en place des écarteurs (Hryntschak) après suspension des bords latéraux de l'incision par des lacs de fil non résorbable.
- . Repérage des méats urétéraux.
- . Trique circulaire tout autour du col ; la coagulation sera accentuée vers 5 heures et 7 heures correspondant à la zone vasculaire.

. Ensuite section au bistouri électrique selon la ligne précédemment décrite de la muqueuse assez profondément jusqu'au moment où l'on aperçoit la masse brillante nacrée de l'adénome. A ce niveau, l'adénome est harponné avec une pince de Museux et on recherche avec les ciseaux courbes le plan de clivage idéal.

. Une fois, le clivage terminé, l'adénome ne tient plus que par sa continuité avec l'urètre qui est alors sectionné aux ciseaux.

. L'adénome enlevé, il reste une loge de volume variable que l'on examine à la recherche d'un reliquat de nodule adénomateux (œil + index). . Parage de la loge, mise en place d'une sonde urétrale tissée avec quelques éponges résorbables dites spongel, ou alors sonde-balon de Foley (Figure 20b).

. Fermeture de la brèche musculo-aponévrotique sans drainage au fil lentement résorbable.

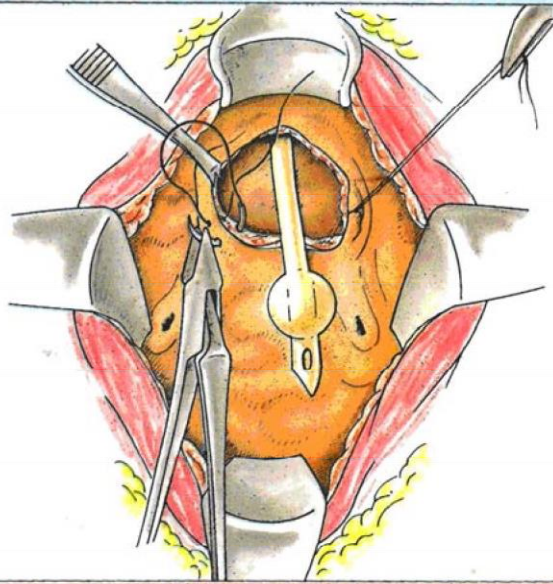
. Fermeture de la peau au crin ou au nylon.

(Figure 20b) [60].La section des déférents est pratiquée indifféremment.

. La sonde urétrale préférée est celle de Couvelaire en matière plastique,

. Lavage très discret.

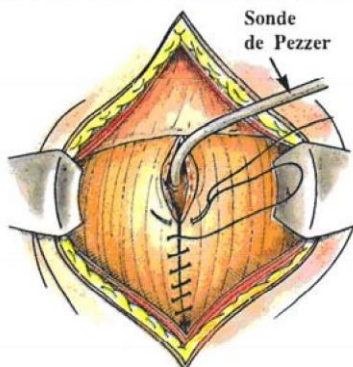
5. Hémostase de la loge et mise en place de la sonde



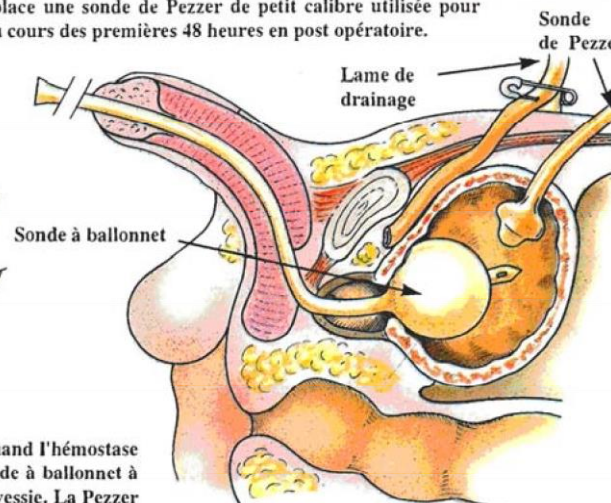
L'hémostase est faite à vue avec du fil à resorption lente monté sur une aiguille fine. Il faut éviter d'utiliser autant que possible la coagulation source de chute d'escarres en post-opératoire. Une sonde à ballonnet est introude et le ballonnet est gonflé.

6. Fermeture de la vessie

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.



6. Fermeture de la paroi



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.

Fig. 20b : Adénomectomietrans-vésicale

2.3.3-Adénomectomieretro pubienne (Millin) :

Au cours de cette opération on n'ouvre pas la vessie. On énuclée l'adénome immédiatement en arrière de la symphyse pubienne après avoir ouvert la capsule prostatique.

Cette méthode a bénéficié de la chimiothérapie moderne du fait de la facilité des infections de l'espace retro pubien. Elle offre l'avantage d'une meilleure visualisation et d'une hémostase précise.

2.3.4- Adénomectomie périnéale :

Technique difficile mais mieux tolérée que les autres techniques.

La prostate séparant le sphincter anal et la base du pénis, il est habituellement impossible d'éviter une lésion des nerfs honteux internes, ce qui entraîne une impuissance sexuelle dans 50% des cas ; peu pratiquée maintenant.

2.4- Les traitements instrumentaux non chirurgicaux :

Ils ne sont pas entrés dans la pratique courante car ils demandent des études complémentaires pour valider leur utilité. Ce sont les lasers par exemple ou la thérapie par micro-ondes trans-urétrales (TMTU) dont l'intérêt est qu'elle se pratique sous anesthésie locale ou encore l'utilisation d'ondes radio de basse fréquence (TUNA) ou d'ultrasons à haute énergie (HIFU). De nombreuses études sont en cours pour définir la place de ces traitements vis - à - vis de la résection endoscopique [54,63].

2.5- Les autres moyens thérapeutiques :

2.5.1- La cryochirurgie :

Il s'agit d'utilisation de froid au cours d'une intervention chirurgicale, elle est utilisée dans les contre-indications de la chirurgie [64].

2.5.2- Le laser trans-urétral :

L'application du laser dans le traitement de l'A.P est très limitée. Son utilisation repose sur l'effet thermique qui entraîne une nécrose tissulaire [26].

2.5.3- Dilatation au ballon de l'urètre prostatique :

Développée dans les années 1980, elle représente une technique simple, saine, mais nécessite souvent une anesthésie locorégionale ou même générale. Cette technique consiste à gonfler un ballonnet à haute pression dans l'urètre prostatique pour rompre la commissure antérieure de la prostate, la jonction entre les deux lobes latéraux et à élargir le canal. Cette méthode a été abandonnée [26-55].

2.5.4- Prothèses endo-urétrales :

Il s'agit de segments de tubes plastiques ou métalliques placés au milieu de l'urètre prostatique, maintenus en place par la pression de la glande et qui maintiennent perméable la lumière urétrale [55]

2.5.5- Hyperthermie et thermothérapie prostatique :

Cette technique remonte à 1985 et repose sur deux types d'effets :

- modification probable des échanges ioniques à travers la membrane cellulaire,
- coagulation des protéines cytoplasmiques avec modification histologique. La première modalité thérapeutique fait appel à la voie transrectale utilisant plusieurs protocoles ; soit une séance unique de 3 heures, soit une séance d'une heure par semaine pendant 6-8 semaines avec une température entre 41-44°C.

L'autre modalité est basée sur l'émission des micro-ondes à 45°C par voie trans-urétrale, avec un circuit de refroidissement associé permettant de protéger l'urètre des brûlures. Elle consiste en une séance d'une heure, permettant d'avoir une nécrose tissulaire prostatique tout en respectant la muqueuse urétrale et la périphérie de la glande [26].

2.5.6- Ultrason avec aspiration prostatique Trans urétrale :

Il s'agit d'une technique moderne qui est en cours de développement [26].

3-Indications :

En dehors des indications formelles de la chirurgie, les indications dépendent surtout de la gêne fonctionnelle due aux symptômes

(Voire score international symptomatique de la prostate OMS 1991)

Pour une symptomatologie identique, cette gêne est variable selon les patients. Si les symptômes sont ressentis comme gênants par le patient, un traitement est indiqué [65].

3.1- Les adénomes médicaux :

Ils sont de loin les plus nombreux, car un peu plus de 90% des adénomes ne sont pas opérés. Ce sont des adénomes dont le retentissement clinique se traduit par une pollakiurie acceptable, une dysurie sans résidu post mictionnel important (inférieur à 150ml) et dont l'U.I.V et/ou l'échographie montre une vessie et un haut appareil indemnes [66, 67, 68,69].

3.2- Les adénomes chirurgicaux :

Environ 8% des malades présentant des troubles mictionnels dû à l'A.P sont opérés. Le traitement curatif des adénomes est chirurgical mais il ne doit s'appliquer qu'aux adénomes mal tolérés. C'est- à – dire :

-ceux entraînant un grand inconfort pour le malade : dysurie importante, pollakiurie nocturne fréquente. C'est le malade lui-même qui demande à être soulagé et, même en l'absence de retentissement rénal, l'opération est alors justifiée ;

-l'existence d'un retentissement vésical important (résidu post-mictionnel important, incontinence par regorgement, rétention complète d'urine ne régressant pas), à fortiori un retentissement rénal, une insuffisance rénale, imposent l'opération. Si l'adénome est vu assez tôt, l'insuffisance rénale peut régresser [62, 31].

4- Résultats :

4.1- Guérison :

L'adénomectomie procure en deux (2) semaines une guérison excellente. L'antibiothérapie est nécessaire tant que les malades portent la sonde urétrale dont l'ablation est soumise à la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Le contrôle de la guérison s'impose dans les mois qui suivent l'adénomectomie. La valeur du score IPSS, de la qualité de vie, l'aisance de la miction, l'absence de résidu post-mictionnel et la

continence sont autant d'éléments permettant de juger les résultats [62,31].

4.2- Complications :

Elles peuvent apparaître dans les suites immédiates ou précoces ou tardives.

4.2.1- Hémorragie post-opératoire :

L'hémorragie post-opératoire immédiate est rare aujourd'hui du fait de l'amélioration des techniques d'hémostase peropératoire.

Cependant il faut parfois réopérer précocement un malade pour tenter de parfaire une hémostase qui s'avère insuffisante.

L'hémorragie retardée, qui survient dans les dix (10) à vingt (20) jours qui suivent l'intervention est en règle générale due à une chute d'escarre au niveau d'une hémostase de la loge prostatique. Elle est souvent peu importante et tarit seule. Quelquefois elle est plus grave et nécessite la mise en place d'une sonde vésicale qui permet d'extirper les caillots de la vessie et autorise à nouveau la libre circulation des urines [30].

4.2.2- L'infection post-opératoire :

L'infection de la plaie cervicoprostatique est banale et rapidement jugulée par l'antibiothérapie que l'on peut associer aux anti-inflammatoires. L'infection épидидymo-déférentielle est plus rare, parfois immédiate ; elle est bruyante s'accompagnant de fièvre et de douleurs. Il faut toujours y penser en cas de fièvre post-opératoire [30].

4.2.3- Complications urinaires :

-L'incontinence :

Des troubles de la continence sont fréquents dans les jours, voire les semaines qui suivent une intervention sur la prostate. On ne pourra parler véritablement d'incontinence qu'après plusieurs mois, si les symptômes ne semblent plus régresser. Cette incontinence traduit la

destruction chirurgicale du sphincter. Son traitement s'avère très aléatoire. Heureusement, cette dramatique infirmité est rare (< à 1% des malades) [30].

-Les fistules vésico-cutanées :

Elles 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 d'obtenir la fermeture de la fistule. Dans certains cas ces fistules sont la conséquence de la persistance d'un obstacle à l'évacuation des urines par les voies naturelles après l'ablation de la sonde. Le traitement de ces fistules passe par celui des causes de l'obstruction [70].

-La réapparition d'une dysurie :

Elle traduit le plus souvent une sténose urétrale (du méat généralement) après résection endoscopique. Si cette dysurie survient à distance de l'intervention (environ 10 ans), il peut s'agir d'une récurrence de l'adénome à partir d'un nodule laissé en place [71,69].

-La persistance des troubles mictionnels :

Il peut s'agir des patients qui présentent en effet un dysfonctionnement vésical dû à une hyperactivité du détrusor se traduisant par une pollakiurie, des urgences mictionnelles ou une incontinence [72].

4.2.4- Complications sexuelles :

La complication sexuelle la plus fréquente et constante est l'éjaculation rétrograde. Elle est due à l'exérèse du sphincter proximal lisse qui ferme le col de la vessie au moment de l'éjaculation. Après l'opération le col est béant et la majeure partie de l'éjaculât reflue dans la vessie.

L'éjaculation rétrograde complète se retrouve chez 75% des malades opérés à ciel ouvert et de résection endoscopique et chez 30% dans l'incision cervicoprostatique.

Les autres éléments de la sexualité (la libido, l'érection) restent intacts dans la plupart des cas.

La prévention de ces troubles sexuels post-opératoires passe par une bonne information [73].

IV. METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude:

Le cadre retenu pour cette étude a été le Service d'Urologie de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

La région de Ségou : Ségou est la 4ème région administrative du Mali avec une superficie de 64821 KM² soit environ 5% de l'étendue du territoire national. La Région de Ségou est une collectivité territoriale créée par la Loi N°99-035 du 10 Août 1999 et située dans la partie centrale du pays entre les 12°30 et 15°30 de latitude Nord et 4° et 7° de longitude Ouest.

Elle se compose de 7 Cercles: Barouéli, Bla, Macina, Niono, San, Ségou et Tominian; 118 Communes dont trois urbaines qui sont Ségou, San et Niono; et 2166 villages.



Fig21 : Région de Ségou

Elle est limitée au sud par la région de Sikasso, à l'est par la région de Tombouctou et de Mopti, au sud-est par le Burkina Faso, à l'ouest par la région de Koulikoro et au nord par la république islamique de Mauritanie.

La Région est occupée par la zone sahélienne dans une proportion de deux tiers (2/3) environ 43 298 km². En effet trois zones climatiques distinguent la Région de Ségou : le Soudanien Nord (31% de la superficie Régionale), le Sahélien Sud (45%) et le Sahélien Nord (24%). La prédominance de la zone sahélienne 69% du territoire régional fait de Ségou une zone semi-aride. Cette donnée climatique est cependant influencée par l'abondance des eaux de surface (fleuve Niger et le Bani) permettant une agriculture irriguée. Le fleuve Niger traverse la Région sur 292 km. En outre trois rivières alimentées par le Bani (un affluent du fleuve Niger) desservent respectivement les zones de Falo, Yangasso et San. Le barrage de Markala ; Situé à environ 35 Km de Ségou, ce barrage est un des plus importants du monde; Il distribue l'eau dans les canaux de l'Office du Niger; Le barrage seuil de TALO pour irriguer tout le chapelet de plaines du moyen Bani. Les activités économiques sont dominées par le secteur primaire. Le système de production agropastorale est dominant. La Région produit 30% de la production céréalière nationale sur environ 760 000 hectares, soit 31% des terres arables de la Région évaluées à 2 750 000 hectares. Elle détient un avantage comparatif certain dans le domaine de la riziculture irriguée en zone Office du Niger, et aussi en zone Office riz Ségou sous le système de submersion contrôlé. La zone office du Niger dispose d'une superficie rizicultrice de près de 1 050 000 hectares dont 61 000 hectares seulement sont aménagés (culture de canne à sucre, de riz,...).

Brève présentation du service :

Il s'agit d'un service jeune avec une capacité d'hospitalisation de 20 lits répartis comme suit :

- 2 salles VIP 1 ère catégorie à un seul lit chacune
- 1 salle de 2ème catégorie
- 4 salles d'hospitalisation 3ème catégorie à 4 lits chacune.

A la tête, un chirurgien urologue et un urologue du service durant la période d'étude avec un surveillant de service, et 4 techniciens de santé.

Le lundi est la journée opératoire officielle avec une possibilité d'intervention à chaque fois que le besoin se présentait.

Le mardi, jeudi et vendredi sont les jours de consultations.

La programmation des malades à opérer du service ont lieu les vendredis. Le staff du service tout le mercredi.

1.2- Type d'étude : IL s'agissait d'une étude longitudinale prospective.

1.3- Type d'échantillonnage : Le recrutement des malades a été fait à partir de la consultation.

1.4- Collecte des données : faite à partir d'une fiche d'enquête, des dossiers des malades et du protocole du bloc opératoire.

1.5- Saisie et analyse des données : la saisie a été faite sur Windows 2013 et l'analyse sur EPI INFO version 6.

Le traitement de texte et les graphiques ont été réalisés sur les logiciels Microsoft Word 2013 et Excel 2013

2- Patients :

2.1- Population d'étude : L'enquête s'est déroulée sur tous les patients admis pour hypertrophie bénigne prostatique.

2.2- Critères d'inclusion :

-Patients atteints d'adénome de la prostate, ayant été opéré.

2.3- Critères de non inclusion :

-adénome de la prostate associé à un rétrécissement urétral

-adénome de la prostate sur diabète,

-patients ayant un bilan préopératoire incomplet,

-patients ne pouvant répondre aux questionnaires.

3. Le paramètre des données :

- Age
- Ethnie
- Profession;
- Examen clinique
- Examen complémentaires
- Diagnostic

- Traitements
- Complications.

4. Ethique:

La vie privée de chaque patient a été respectée par l'anonymat des questionnaires.

Les patients ont été évalués à 1 mois, 2 mois, 3 mois post-opératoires.

NB : -Le débitmètre qui permet d'objectiver le résultat du traitement n'a pas été utilisé, car nous ne disposons pas de dispositif pour sa réalisation.

-Tous les patients ont été informés de la survenue de l'éjaculation rétrograde en post-opératoire.

V. RESULTATS

IV. RESULTATS:

A- Données socio-démographiques

A1-Age

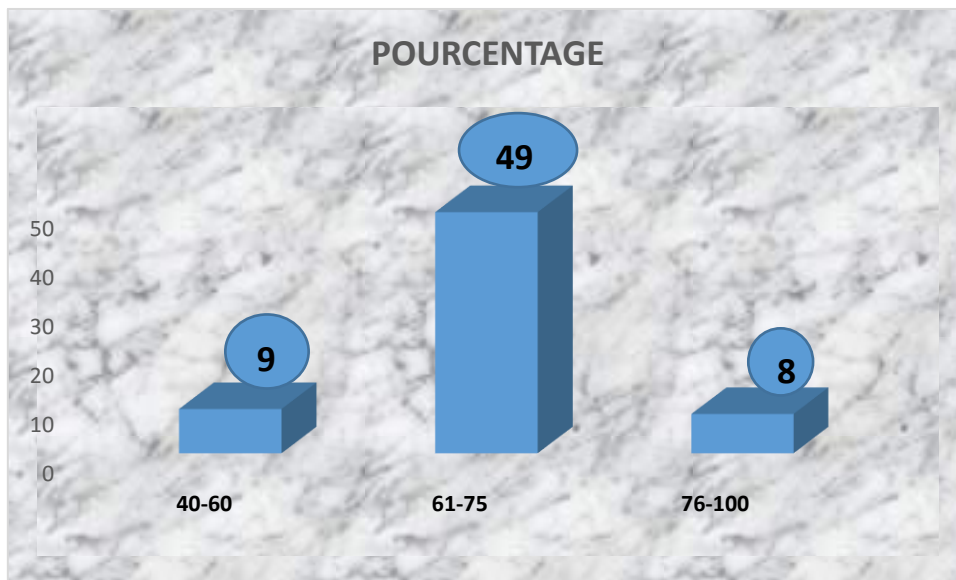


Figure 22 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était 61-75 ans soit 74.2%

La moyenne d'âge est 68.15 avec une médiane 69.50 ; les extrêmes d'âge allant de 45.00-99.00

A2-Instruction

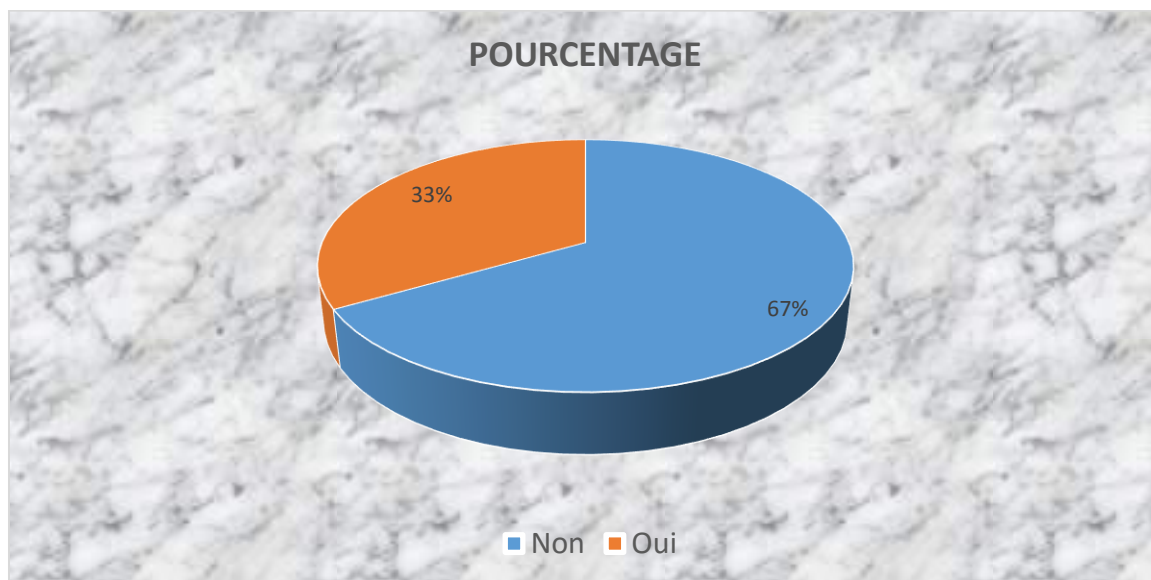


Figure 23 : Répartition des patients selon l’instruction

La majorité de nos patients n’était pas instruite, soit 66.7%.

A3-Résidence

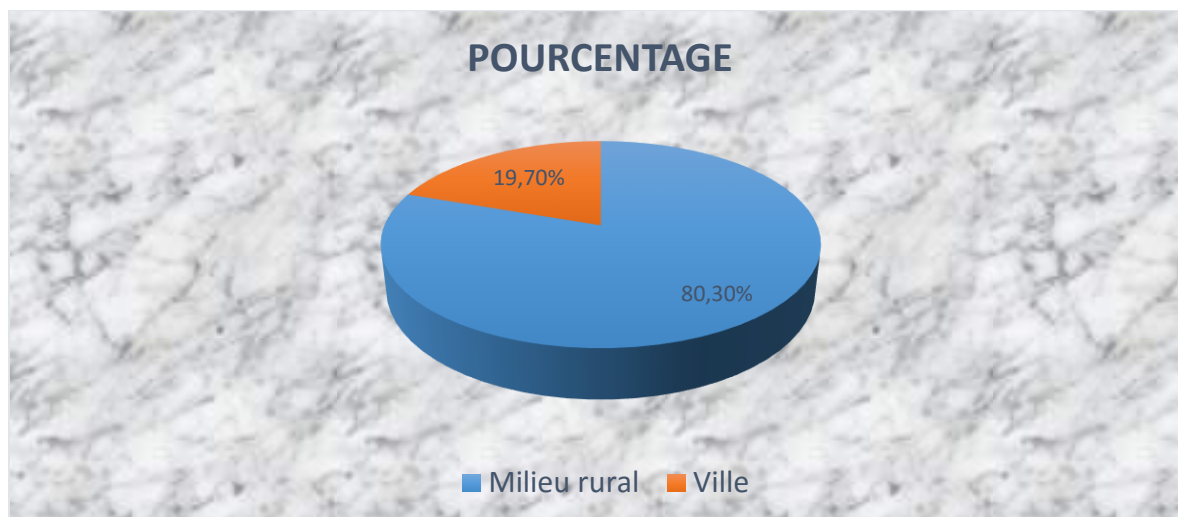


Figure 24 : Répartition des patients selon la résidence

La majorité de nos patients résidait dans le milieu rural, soit 80.3%

A4-Ethnie

Tableau 1 : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence%
Autre à préciser	10	1.15
Bambara	29	43.93
Dogon	3	4.54
Malinké	1	1.51
Mianka	2	3.03
Peulh	11	16.66
Sénoufo	1	1.51
Soninké	6	9.09
Sonrhäi	3	4.54
Total	66	100

Autre à préciser : BOZO(3), DAFING(1), SOMONO(5), MAURE(1)

La majorité de nos patients était des Bambara soit 43.93%

A5-Profession

Tableau 2 : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence%
Enseignant	12	18.2
Commerçant	8	12.1
Ouvrier	9	13.6
Cultivateur	25	37.9
Eleveur	8	12.1
Fonctionnaire	1	1.5
Marabout	3	4.5
Total	66	100

La majorité de nos patients était des cultivateurs soit 37.9%

A6-Provenance

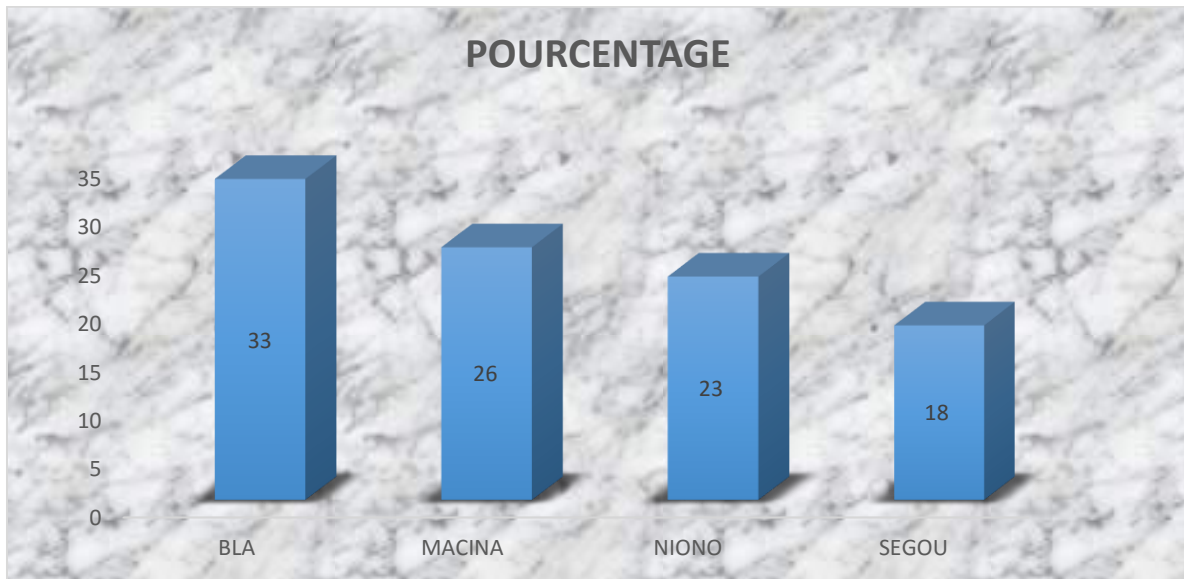


Figure 25: Répartition des patients selon la provenance

La majorité de nos patients venait du cercle de Bla, soit 33%

B-Données cliniques

B1-Motif de consultation

Tableau 3 : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Fréquence%
Brulure - mictionnelle	1	1.5
Dysurie	6	9.1
Pollakiurie	15	22.7
Rétention aigue - d'urine	44	66.7
Total	66	100

Le motif de consultation le plus fréquent était la rétention aigue d'urine soit 66.7%

B2-Délai de consultation

Tableau 4 : Répartition des patients selon le délai de consultation en année

Délai de consultation en année	Effectif	Fréquence%
>1	41	62.1
(1-2)	10	15.2
(2,1-3)	5	7.6
(3,1-4)	1	1.5
(4,1-5)	1	1.5
< 5	8	12.1
Total	66	100

La majorité de nos patients avait consulté pendant la première année soit 62.1%

B3-Antécédents

Tableau 5 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Fréquence%
Sans ATCD chirurgicaux	49	74.2
Hernie inguinale	11	16.7
Hydrocèle	2	3.0
Autre à préciser	2	3.0
Lithiase urinaire	1	1.5
Laparotomie	1	1.5
Total	66	100

Autre à préciser : Hernie de la ligne blanche, Appendicectomie

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent chirurgical soit 74.2%

-Antécédents médicaux

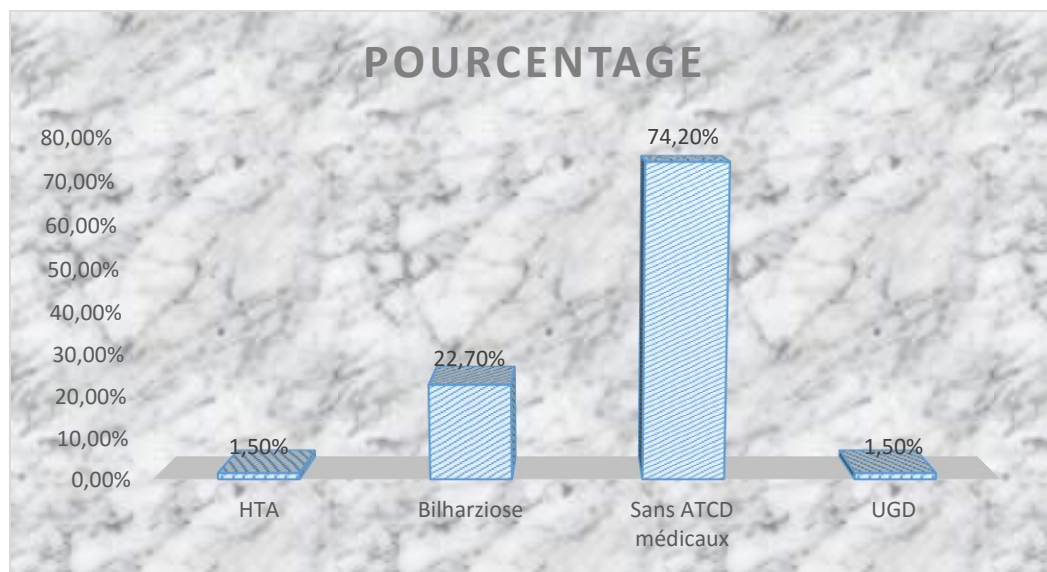


Figure 26 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux
La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent médical soit 74.2%

B4-Aspect de l'urine

Tableau 6 : Répartition des patients selon l'aspect de l'urine à l'étude de la miction

Aspect de l'urine	Effectif	Fréquence%
Normal	49	74.2
Hématurie	11	16.7
Hématurie et Pyurie	4	6.1
Pyurie	2	3.0
Total	66	100

La majorité de nos patients avait des urines d'aspect normal soit 74.2%

B5-Pollakiurie diurne

Tableau 7 : Répartition des patients selon la pollakiurie diurne

Pollakiurie diurne	Effectif	Fréquence%
1/2	2	3.0
1/3	3	4.5
1/5	4	6.1
2/3	6	9.1
Jamais	3	4.5
Presque toujours	48	72.7
Total	66	100

La majorité de nos patients avait une pollakiurie diurne presque toujours soit 72.7%

B6-Interruption du jet

Tableau 8 : Répartition des patients selon l'interruption du jet urinaire

Interruption du jet urinaire	Effectif	Fréquence%
1/ 2	3	4.5
1/3	2	3.0
1/ 5	2	3.0
2 /3	4	6.1
Jamais	6	9.1
Presque toujours	49	74.2
Total	66	100

La majorité de nos patients avait une interruption du jet presque toujours soit 74.2%

B7-Impériosité mictionnelle

Tableau 9 : Répartition des patients selon la difficulté à retenir l'envie d'uriner

Difficulté à retenir l'envie d'uriner	Effectif	Fréquence%
1/3	3	4.5
1/5	3	4.5
2/3	2	3.0
Jamais	4	6.1
Presque toujours	54	81.8
Total	66	100

La majorité de nos patients avait une difficulté à retenir l'envie d'uriner soit 81.8%

B8-Jet faible

Tableau 10 : Répartition des patients selon la faiblesse du jet urinaire

Faiblesse du jet urinaire	Effectif	Fréquence%
1/2	1	1.5
1/3	3	4.5
1/5	2	3.0
2/3	6	9.1
Jamais	5	7.6
Presque toujours	49	74.2
Total	66	100

La majorité de nos patients avait un jet urinaire faible presque toujours soit 74.2%

B9-Nécessité de faire un effort pour commencer à uriner

Tableau 11 : Répartition des patients selon la nécessité de faire un effort pour commencer à uriner

Nécessité de faire un effort pour commencer à uriner	Effectif	Fréquence%
1/2	1	1.5
1/3	4	6.1
1/5	2	3.0
2/3	3	4.5
Jamais	3	4.5
Presque toujours	53	80.3
Total	66	100

La plus part de nos patients avait la nécessité de faire un effort pour commencer à uriner presque toujours, soit 80.3%.

B10-Levées nocturnes

Tableau 12 : Répartition des patients selon le nombre de levées nocturnes

Nombre de levées nocturnes	Effectif	Fréquence%
1	3	4.5
2	3	4.5
3	6	9.1
4	13	19.7
Presque toujours	41	62.1
Total	66	100

La majorité de nos patients se levait presque toujours la nuit, soit 62.1%.

B11-Sensation de vidange incomplète

Tableau 13: Répartition des patients selon la Sensation de vidange vésicale incomplète

Sensation de vidange vésicale incomplète	Effectif	Fréquence%
1/ 2	1	1.5
1/3	4	6.1
1/5	5	7.6
2/3	4	6.1
Jamais	3	4.5
Presque toujours	49	74.2
Total	66	100

La majorité de nos patients avait une sensation de vidange vésicale incomplète presque toujours soit 74.2%

B12-IPSS total en préopératoire

Tableau14: Répartition des patients selon le score d'IPSS total en préopératoire

Score d'IPSS total en préopératoire	Effectif	Fréquence%
(0-7)	5	7.6
(8-19)	5	7.6
(20-35)	56	84.8
Total	66	100

En préopératoire la majorité de nos patients avait un score d'IPSS total entre (20-35), soit 84.8%

B13-Qualité de vie en préopératoire

Tableau 15 : Répartition des patients selon la qualité de vie liée aux symptômes en préopératoire

Qualité de vie liée aux symptômes en préopératoire	Effectif	Fréquence%
Plutôt ennuyé	47	71.2
Insatisfait	9	13.6
Très insatisfait	9	13.6
Très réjoui	1	1.5
Total	66	100

La majorité de nos patients était plutôt ennuyée des symptômes qu'ils présentaient en préopératoire soit 71.2%

B14- Trouble de la sexualité en préopératoire

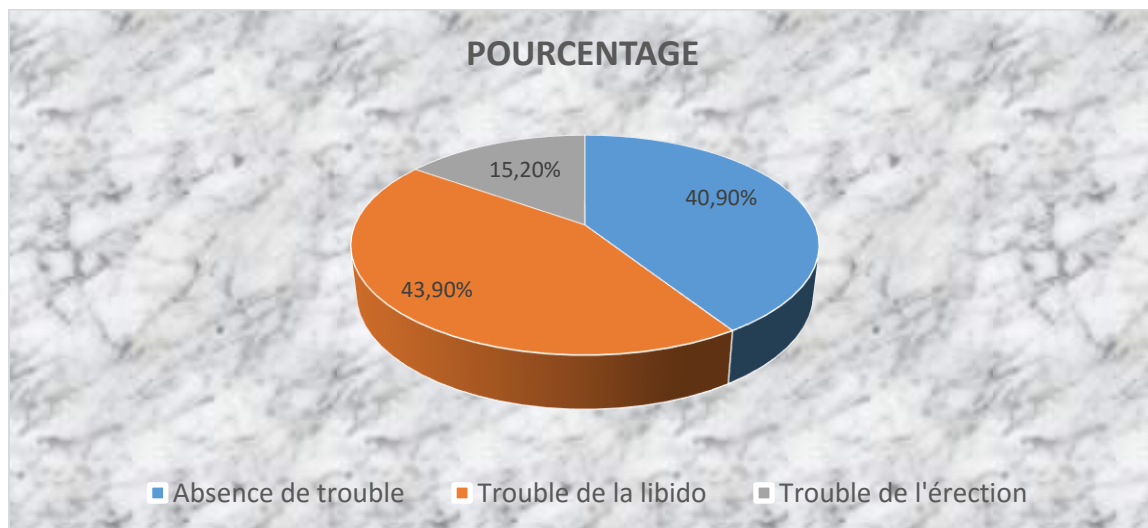


Figure 27 : Répartition des patients selon le trouble de la sexualité en préopératoire

La majorité de nos patients avait un trouble de la libido en préopératoire soit 43.9%.

B15-Situation urologique à l'examen physique

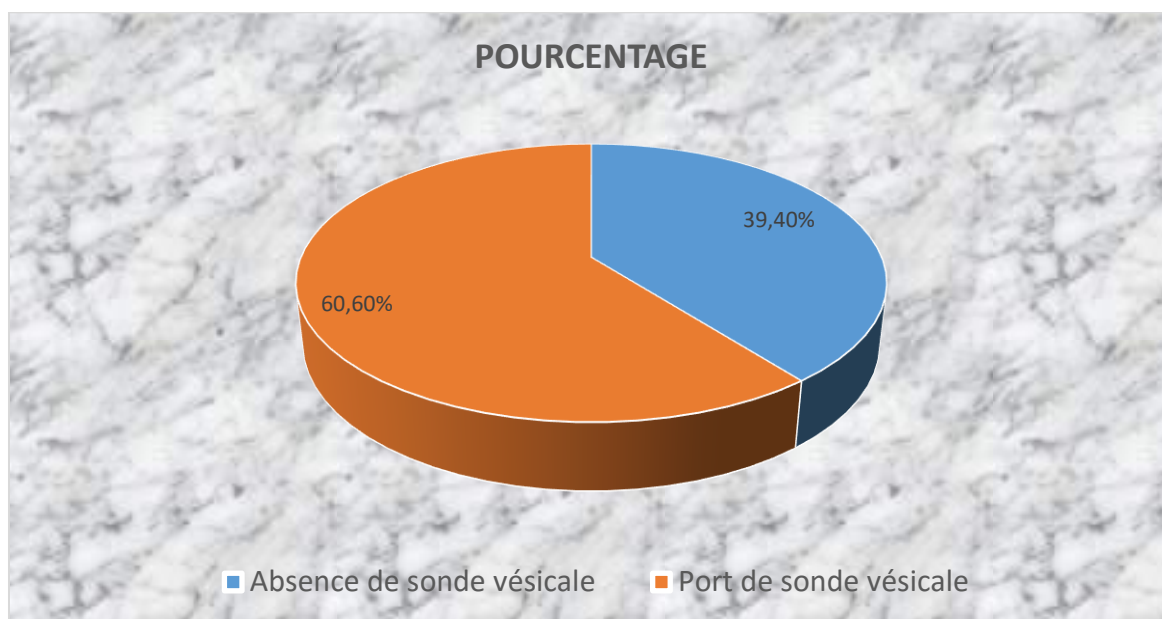


Figure 28 : Répartition des patients selon la situation urologique à l'examen physique

La plus part de nos patients avait une sonde vésicale à l'examen physique, soit 60.6%.

B16-Classification ASA

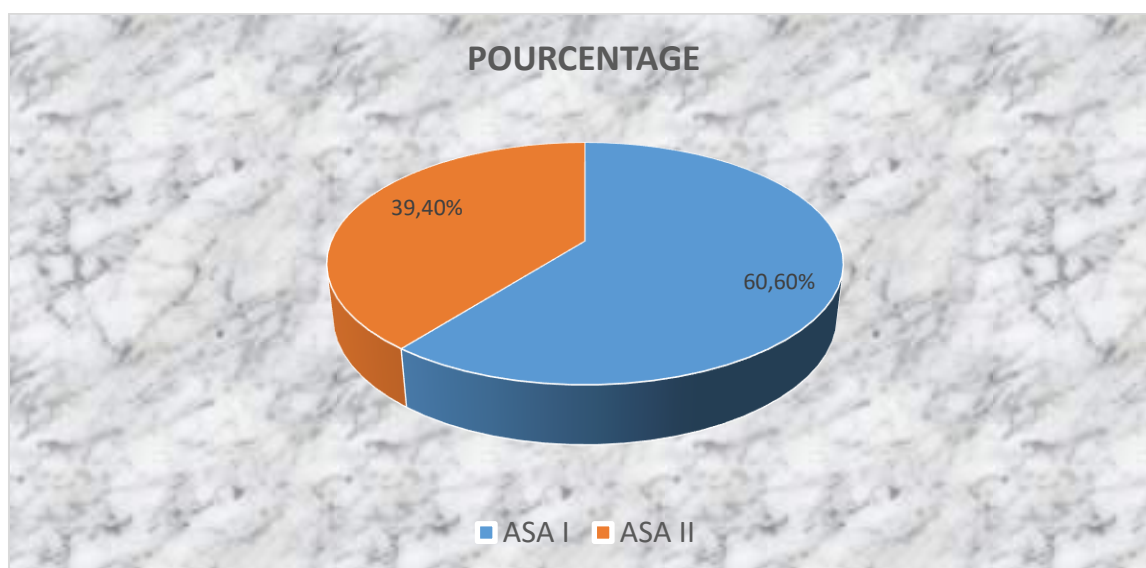


Figure 29 : Répartition des patients selon la classification ASA

Dans notre étude 60.6% de nos patients étaient classés ASA I.

C-Données paracliniques

C1-Réalisation de PSA

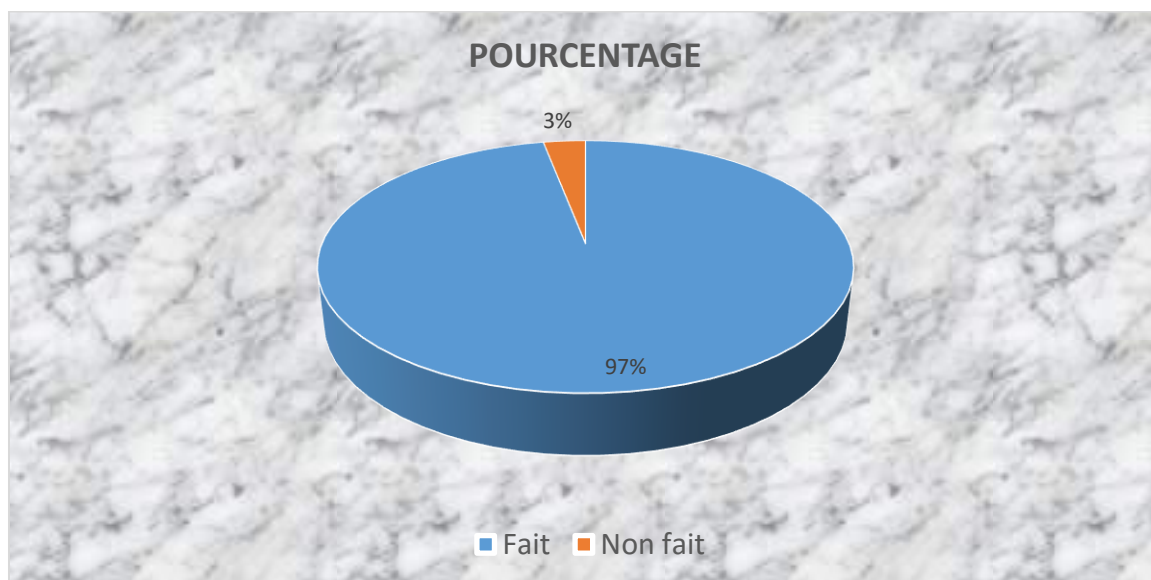


Figure 30 : Répartition des patients selon la réalisation de PSA

Le PSA a été réalisé à 97.0%.

C2-Résultat de l'ECBU

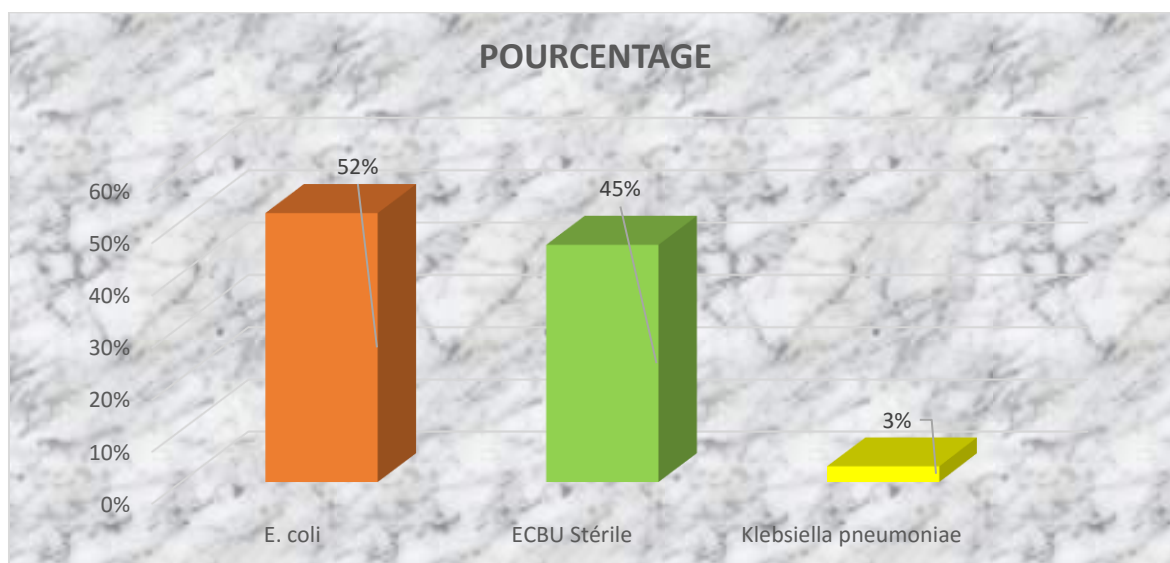


Figure 31 : Répartition des patients selon le résultat de l'ECBU

Dans notre étude l'Escherichia coli a été le germe le plus fréquent soit 52%.

C3-Résultat de la créatinine

Tableau 16: Répartition des patients selon le résultat de la créatinine

Résultat de la créatinine	Effectif	Fréquence%
>60	5	7.6
60-120	46	69.7
<120	15	22.7
Total	66	100

Dans notre étude la majorité de nos patients avait une créatinine normale soit 69.7%.

C4-Résultat du taux d'hémoglobine

Tableau 17: Répartition des patients selon le résultat du taux d'hémoglobine g/dl

Taux d'hémoglobine	Effectif	Fréquence%
≥ 10	7	10.6
10.1-11.9	26	39.4
<12	33	50.0
Total	66	100

La majorité de nos patients avait un taux d'hémoglobine supérieur à 12g/dl, soit 50%.

C5-Résultat de l'échographie rénale

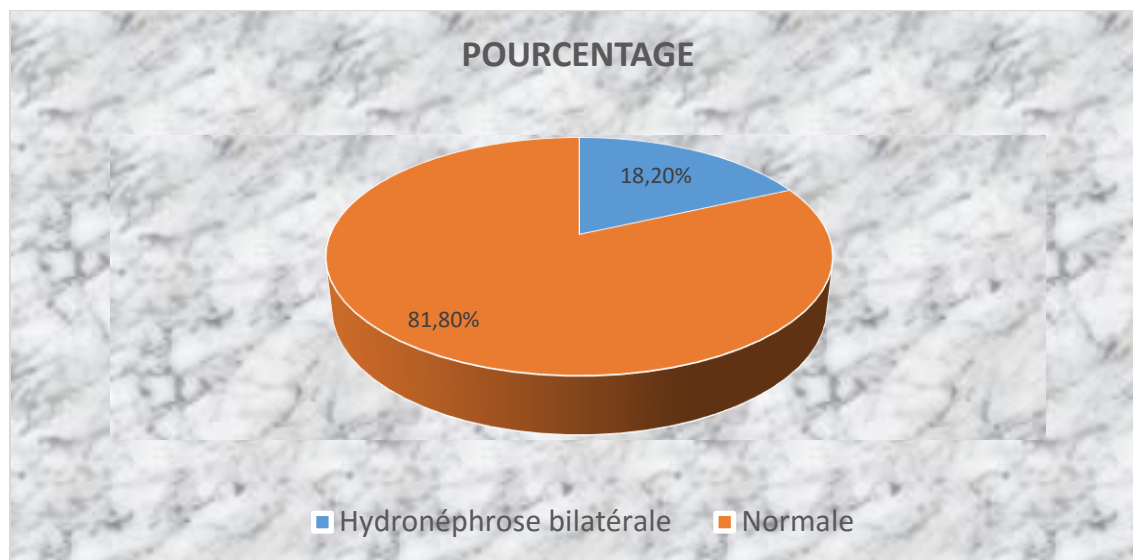


Figure 32 : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie rénale

La majorité de nos patients avait une échographie rénale normale soit 81,8%.

C6-Résultat de l'échographie vésicale

Tableau 18 : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie vésicale

Echographie vésicale	Effectif	Fréquence%
Normale	38	57.6
Vessie de lutte	17	25.8
Autre à préciser	11	16.7
Total	66	100

Autre à préciser : Masse vésicale (2), Résidu post mictionnel important (9)

La majorité de nos patients avait une échographie vésicale normale soit 57.6%.

C7-Poids de la prostate échographique

Tableau 19 : Répartition des patients selon le poids de la prostate en gramme

Poids de la prostate en gramme	Effectif	Fréquence%
31-60	23	34.8
61-90	29	43.9
91-120	6	9.1
121-150	3	4.5
151-180	4	6.1
<180	1	1.5
Total	66	100

La tranche 61-90 était la plus représentée, soit 43.9%. Le poids moyen est de 80.30g avec une médiane de 75g.

Les extrêmes sont : 31g et 324g.

E- Observation

E1-Evolution immédiate

Tableau 20 : Répartition des patients selon l'évolution immédiate

Evolution immédiate	Effectif	Fréquence
Evolution avec complication locale	13	19.7
Evolution favorable	53	80.3
Total	66	100

L'évolution a été favorable dans la plus part des cas, soit 80.3%.

E2-Complications locales

Tableau 21 : Répartition des patients selon les complications locales

Complications locales	Effectif	Fréquence%
Hémorragie	2	3.0
Lâchage de fil avec suture secondaire	1	1.5
Orchite	4	6.1
Retard de cicatrisation	2	3.0
Sans complication	51	77.3
Suppuration	6	9.1
Total	66	100

Dans notre étude 77.3% de nos patients n'ont pas présenté de complication.

E3-Cause du décès

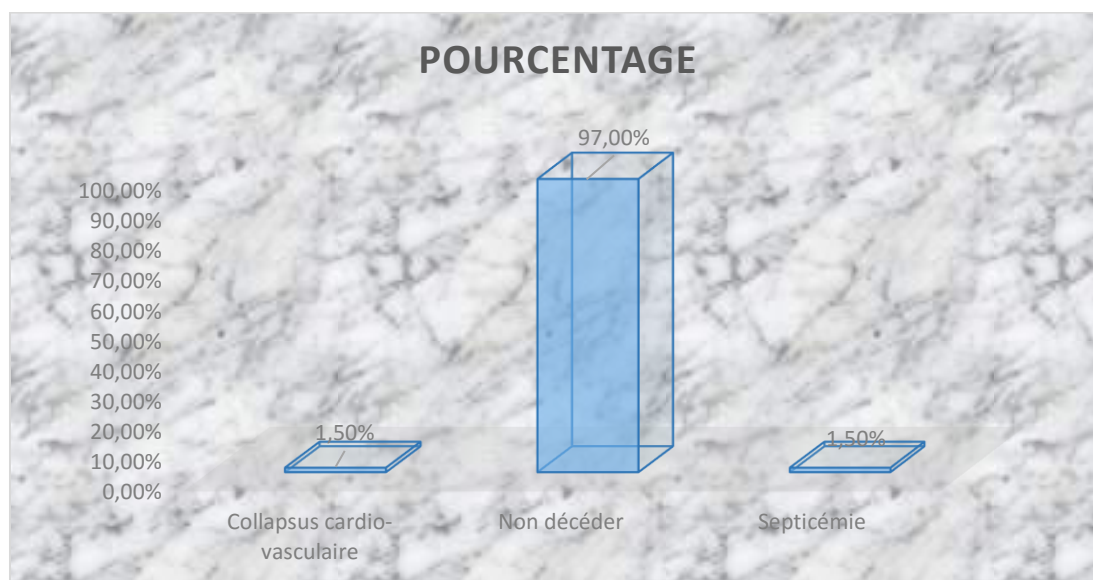


Figure 33 : Répartition des patients selon la cause du décès

Dans notre étude, 1.5% de nos patients sont décédés de collapsus cardio vasculaire et de septicémie.

Tableau 22 : Répartition des patients selon la durée de port de sonde en postopératoire en jour

Durée de port de sonde en post opératoire en jour	Effectif	Fréquence%
J10-J20	54	81.8
<J20	9	13.6
Non revus	2	3.1
Indéterminée	1	1.5
Total	66	100

Dans notre étude 81.8% de nos patients portaient la sonde en postopératoire entre J10-J20.

Tableau 23 : Répartition des patients selon les complications survenues une semaine après ablation de la sonde urétrale

Complications survenues une semaine après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Absence de complication	50	75.7
Incontinence urinaire	7	10.6
Brulure mictionnelle	5	7.6
Non revus	2	3.1
Dysurie	1	1.5
RAU	1	1.5
Total	66	100

Dans notre étude 75.7% de nos patients n'ont pas présenté de complication une semaine après ablation de la sonde urétrale.

Tableau 24 : Répartition des patients selon le score d'IPSS total une semaine après ablation de la sonde urétrale

Score d'IPSS total une semaine après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
(0-7)	54	81.8
(8-19)	9	13.6
(20-35)	1	1.5
Non revus	2	3.1
Total	66	100

Dans notre étude 81.8% de nos patients avaient un score d'IPSS entre (0-7) une semaine après ablation de la sonde urétrale.

Tableau 25 : Répartition des patients selon la qualité de vie une semaine après ablation de la sonde urétrale

Qualité de vie une semaine après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Heureux	9	13.6
Insatisfait	1	1.5
Satisfait	15	22.7
Très réjoui	39	59.1
Non revus	2	3.1
Total	66	100

Dans notre étude 59.1% de nos patients ont affirmé être très réjoui une semaine après ablation de la sonde urétrale.

Tableau 26: Répartition des patients selon le mode de suivi 1mois après ablation de la sonde urétrale

Mode de suivi 1mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Patients revus	64	96.9
Patients non revus	2	3.1
Total	66	100

La plus part de nos patients a été revus un mois après ablation de la sonde urétrale, 96.9%.

Mode de suivi 2mois après ablation de la sonde urétrale

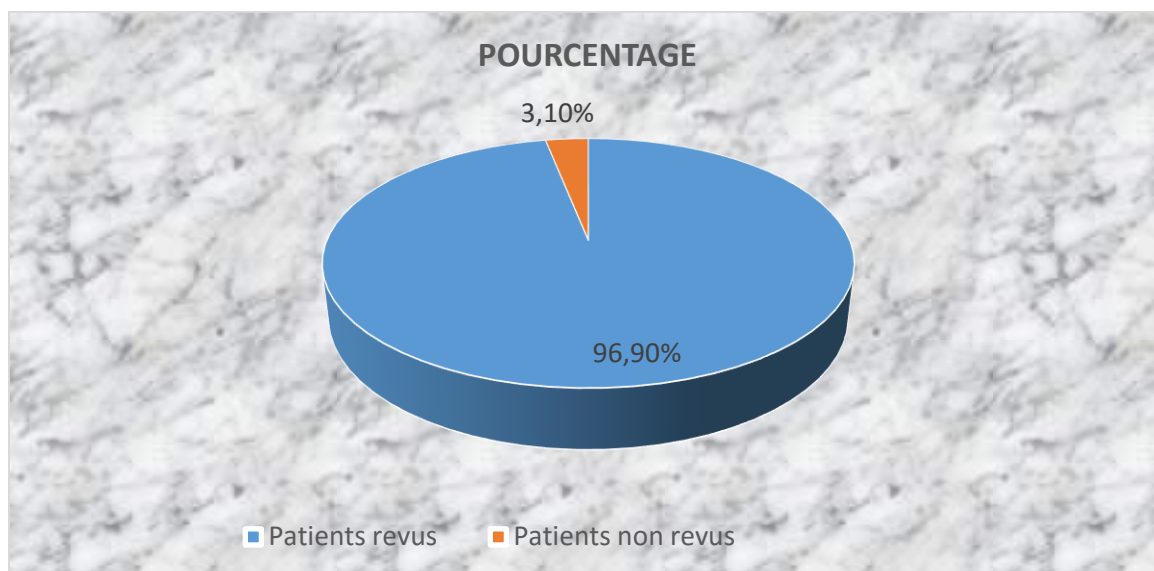


Figure 34 : Répartition des patients selon le mode de suivi 2mois après ablation de la sonde urétrale

La majorité de nos patients a été revu deux mois après ablation de la sonde urétrale, soit 92.4%.

Tableau 27 : Répartition des patients selon la provenance des patients 2mois après ablation de la sonde urétrale

Provenance des patients 2mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Hors Ségou	37	56.1
Ségou ville	24	36.3
Non revus	5	7.6
Total	66	100

Dans notre étude 56.1% de nos patients venaient hors Ségou.

Tableau 28 : Répartition des patients selon le score d'IPSS 1mois après ablation de la sonde urétrale

Score d'IPSS 1mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
0-7	64	96.9
Non revus	2	3.1
Total	66	100

Dans notre étude, 96.9% de nos patients avaient un score d'IPSS entre 0-7 un mois après ablation de la sonde urétrale.

Tableau 29 : Répartition des patients selon la qualité de vie 2mois après ablation de la sonde urétrale

Qualité de vie 2mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Heureux	10	15.2
Satisfait	4	6.1
Très réjoui	47	71.2
Non revus	5	7.6
Total	66	100

Dans notre étude, 71.2% de nos patients ont affirmé être très réjoui deux mois après ablation de la sonde urétrale.

Tableau 30 : Répartition des patients selon la qualité de vie 1mois après ablation de la sonde urétrale

Qualité de vie 1mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Heureux	8	12.1
Satisfait	7	10.6
Très réjoui	47	71.2
Non revus	2	3.1
Insatisfait	2	3.1
Total	66	100

La majorité de nos patients a affirmé être très réjoui un mois après ablation de la sonde urétrale, soit 71.2%.

Tableau 31 : Répartition des patients selon le score d'IPSS total 2mois après ablation de la sonde urétrale

Score d'IPSS total 2mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
0-7	61	92.4
Non revus	5	7.6
Total	66	100

La plus part de nos patients avait un score d'IPSS total entre 0-7 deux mois après ablation de la sonde urétrale, soit 92.4%.

Tableau 32 : Répartition des patients selon le trouble de la sexualité 1mois après ablation de la sonde urétrale

Trouble de la sexualité 1mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Absence de trouble	45	68.2
Trouble de l'érection	10	15.1
Trouble de la libido	9	13.6
Non revus	2	3.1
Total	66	100

La majorité de nos patients n'a pas présenté de trouble sexuel un mois après ablation de la sonde urétrale, soit 68.2%.

Tableau33: Répartition des patients selon les complications survenues 1mois après ablation de la sonde urétrale.

Complications survenues 1mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Absence de complication	61	92.4
Dysurie	3	4.5
Non revus	2	3.1
Total	66	100

Dans notre étude la majorité de nos patients n'a pas eu de complication un mois après ablation de la sonde urétrale, soit 92.4%.

Tableau 34 : Répartition des patients selon le trouble de la sexualité 2mois après ablation de la sonde urétrale

Trouble de la sexualité 2mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Absence de trouble	45	68.2
Trouble de la libido	15	22.7
Non revus	5	7.6
Trouble de l'érection	1	1.5
Total	66	100

Dans notre étude, deux (2) mois après ablation de la sonde urétrale, 68.2% de nos patients n'ont pas présentée trouble sexuel.

Tableau35: Répartition des patients selon les complications survenues 2mois après ablation de la sonde urétrale

Complications survenues 2mois après ablation de la sonde urétrale	Effectif	Fréquence%
Absence de complication	48	72.7
Brulure mictionnelle	7	10.6
Non revus	5	7.6
Dysurie	5	7.6
RAU	1	1.5
Total	66	100

La plus part de nos patients n'a pas eu de complication 2mois après ablation de la sonde urétrale, soit 72.7%.

Tableau 36: Répartition des patients selon l'examen d'anatomo-pathologique de la pièce opératoire

Examen d'anatomo- pathologique de la pièce opératoire	Effectif	Fréquence%
Adénomyome	65	98.5
Non fait	1	1.5
Total	66	100

Adénomyome a été le seul type histologique retrouvé soit 98.5%.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Au Mali comme partout dans le monde l'adénome de la prostate est responsable des troubles mictionnels chez 50% des hommes de plus de 50 ans, 20-40% des hommes de plus de 60 ans subiront une intervention chirurgicale.

Notre étude menée sur l'évaluation de la qualité de vie des patients avant et après adénomectomie trans-vésicale selon le score d'IPSS dans le service d'urologie de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou concernait tous les patients admis en hospitalisation pour H.B.P du 1^{er} Décembre 2019 au 30 Novembre 2020.

1-ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

Age :

La tranche d'âge de 61-75 ans était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de 75,2%.

Ce taux est équivalent à celui de Noutacdié [77] qui avait trouvé 75,43%. M.Colombel et C.Abbou [78] dans une étude à Créteil (Centre hospitalo-universitaire Henri Mondor) ont trouvé une fréquence de 53,3%.

L'âge médian des patients était de 70 ans ; cet âge est proche de ceux de M. Colombel et de C. Abbou [78] et de Noutacdié [77] qui avaient trouvé respectivement 71,5 ans et 72,5 ans.

Ces constats nous amènent à dire que l'A.P reste la pathologie du sujet âgé.

Profession et provenance :

La majorité des patients était des cultivateurs avec une fréquence de 37.9%. La majorité de nos patients, soit 33% venait du cercle de Bla. Ces résultats pourraient s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital.

2-ASPECTS CLINIQUES :

Motif de consultation :

Le principal motif de consultation était la R.A.U suivie de la pollakiurie soit respectivement 66.7% et 22.7%.

Noutacdié [77] et Bolezogola [80] avaient trouvé respectivement 57.71% et 41.57% de R.A.U comme premier motif de consultation.

Ces résultats s'expliquent par le fait que :

-Les affections urogénitales constituent un sujet tabou dans notre population,

- les 1^{ers} signes (pollakiurie,...) de l'H.B.P sont mis au compte de d'autres pathologies tel que diabète, dans le vécu quotidien de nos populations. M. Colombel et ses collaborateurs dans leur étude prospective à Créteil [78] ont trouvé 3 cas de R .A.U sur 15 patients.

La pollakiurie, la R.A.U, et la dysurie étaient les symptômes les plus fréquents dans notre étude, soit respectivement 22.7%, 66.7% et 3.0%.

En ce qui concerne l'aspect des urines de nos patients, nous avons observé 11 cas d'hématurie, soit 16.7% supérieur à celui de Noutacdié [77] qui avait trouvé 12 cas (6,86%).

Ces taux sont proches de celui de la littérature qui l'estime entre 10 et 20% [81].

Délai de consultation :

Dans notre étude 62.1% des patients ont consulté pendant la première année d'apparition des symptômes urinaires, ce résultat est proche de celui observé dans l'étude de Bagayoko S. [79] qui trouve 58,8%.

Les patients de notre série ont consulté moins tardivement par rapport à ceux des séries de Noutacdié [77] et de Bolezogola [80], les patients avaient consulté très tardivement, soit 3 ans et plus avec une fréquence respective de 66,86 et 61,97%.

Il est important de signaler que les questions taboues et d'incompréhension de la pathologie demeurent toujours des facteurs influençant négativement le délai de consultation.

Antécédents chirurgicaux :

Dans notre étude la hernie inguinale dominait les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de 16.7% comparable à celui de Noutacdié [77] qui avait enregistré 20,57%.

Ces résultats peuvent être expliqués par :

- le fait que la majorité de nos patients venait du milieu rural (80.3%) et soumis à l'effort physique cité parmi les facteurs favorisant de la hernie inguinale,
- l'effort de poussée pour uriner secondaire à l'évolution de l'H.B.P.

Antécédents médicaux :

La majorité de nos patients avaient des antécédents de bilharziose urinaire avec une fréquence de 22.7%, inférieure à celle de Noutacdié [77] qui avait trouvé 34.28%. Cette différence pourrait être expliquée par les zones de résidence de nos patients.

La fréquence de la bilharziose dans nos régions explique ces résultats..

Evaluation du score d'IPSS et de la QDV :

Selon les recommandations de l'OMS, tous nos patients ont reçu une série de questionnaire basée sur les symptômes fonctionnels afin d'évaluer leur score IPSS total.

Dans notre étude 56 de nos patients, soit 84.8% se sont présentés avec des symptômes sévères; et 71.2% de nos patients ont répondu être très ennuyés par les symptômes. Ces résultats indiquent que nos patients ont été consultés moins tardivement.

Notons que la compréhension des questionnaires d'IPSS demeure difficile pour nos patients d'où la nécessité de l'adapter à leur niveau de compréhension.

3- ASPECTS PARA-CLINIQUES

Nos patients ont réalisé l'ECBU dans 100% des cas, ce qui a objectivé 54.5% d'infection urinaire. Ce taux est supérieur à celui de Nouri M et Coll [82] à Rabat qui ont enregistré 25% dans leur étude.

A Bamako Bolezogola [80] a trouvé respectivement 45,39%.

Ces résultats diffèrent de la littérature qui estime le taux entre 6-13% [44]. Cela s'explique par le fait que la majorité de nos patients n'ont consulté qu'au stade des complications.

Dans notre étude E. coli était le germe le plus fréquent ; ce fait est rapporté par Bolezogola [80].

Nous avons enregistré 22.7% d'insuffisance rénale, ceci est supérieur au résultat de Noutacdié qui a trouvé 13,71% [77].

Dans notre étude 10.6% de nos patients étaient anémiés avec un taux d'Hb inférieur à 10g/dl.

L'échographie réno-vésico-prostatique considérée comme l'examen de référence pour établir le diagnostic préopératoire de l'H.B.P dans notre service avait été réalisé sur tous les patients soit 100% ; ni l'UIV, ni l'UCR n'ont été réalisées et cela du fait du coût élevé de ces examens par rapport à celui de l'échographie.

Suite à l'échographie, nous avons enregistré certaines anomalies secondaires à l'évolution de l'H.B.P. Il s'agit de l'hydronéphrose (18.2%), de la vessie de lutte (25.8%).

Le poids médian échographique de la glande prostatique était estimé à 75g.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a été réalisé sur 65 patients soit 98.5%. Il a été objectivé 65 cas d'adénomyome. Ce résultat d'anatomo-pathologie pareil à ceux de Noutacdié [77] où l'adénomyome prédominait avec 95,42%, nous amènent à dire que l'adénomyome reste la forme la plus fréquente dans notre population. La prostatite était la pathologie la plus associée avec 98.5% expliquant ainsi la fréquence de l'infection urogénitale dans cette tranche d'âge de la population.

4- ASPECTS THERAPEUTIQUES

Vu la consultation tardive, le degré de gêne fonctionnelle et la présence de complications, tous les patients ont subi l'adénomectomietrans-vésicale selon la technique de Hryntchack.

L'anesthésie locorégionale dominait avec une fréquence de 100% contre 94,5% à celle de Nouri M et de Coll [82].

Nous pouvons expliquer ce choix par une certaine expertise de nos anesthésistes réanimateurs dans ce domaine et surtout par son coût moindre.

En général, le traitement était pratiqué sous rachianesthésie soit 100%. Cependant, il est important de signaler que d'autres méthodes d'ALR peuvent être utilisées lorsque l'anesthésiste estime qu'elles conviennent à un patient déterminé.

5- SUIVI POST-OPERATOIRE

Le suivi post-opératoire a porté sur 64 patients qui ont été vus à 1 mois après l'opération, 61 patients à 2 mois et 15 à 3 mois. Ces patients ont été évalués à chaque visite grâce au questionnaire.

La durée de la sonde sus-pubienne et de la compression de la loge prostatique par le ballonnet variait en général entre 1-3jours.

Nous avons observé 13 cas de complications locales en post-opératoire immédiat, soit 19.7%. L'orchite représentait 6.1% des complications contre 9.1% pour la suppuration pariétale, et 3.0% d'hématurie. Les suppurations pariétales peuvent être expliquées par une insuffisance d'asepsie, en rapport avec les mauvaises conditions de travail et le manque de matériel. Ainsi il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail, de renforcer la stérilisation du matériel chirurgical ainsi que la désinfection du bloc opératoire. Nous avons enregistré deux (2) cas de décès soit 3% observés en cours d'hospitalisation dans les tableaux de collapsus cardiovasculaire et de septicémie.

La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours avec une durée de sondage de 20 jours chez 84.8% des patients. Les patients ont été convoqués pour 3 visites de suivi à 7 jours, 2 mois et 3 mois après l'ablation de la sonde vésicale.

Pendant la période d'étude 64 patients ont été revus à J7 du retrait de la sonde urétrale. Nous avons observé 1 cas de dysurie, 7 cas d'incontinence urinaire, 5 cas de brûlure mictionnelle, 1 cas de R.A.U, soit 21.2% de complications expliquant une fréquence élevée du taux de morbidité en post-adénomectomie. 81.8% des patients avaient un score d'IPSS inférieur à 7. La majorité des patients soit 59.1% ont répondu être très réjouis (13.6%), heureux (22.7%) satisfaits et 1.5% insatisfait. Il apparaît qu'il existe un effet important du traitement sur les symptômes fonctionnels et aussi sur la qualité de vie des patients.

Sur 66 patients initialement inclus dans l'étude et ayant bénéficié d'une adénomectomie, 64 (soit 96.9%) étaient présents dans l'étude à 1 mois après l'ablation de la sonde urétrale et avaient un score IPSS inférieur à 7 avec une moyenne de 0,819 (médiane =1) et ont affirmé être très réjouis (71.2%), heureux (12.1%) et satisfaits (10.6%) contre 2 patients insatisfait. Il s'agit de patients qui se plaignaient de dysurie.

Ces résultats montrent une efficacité de l'adénomectomie trans-vésicale et son effet démonstratif sur la qualité de vie de nos patients. Seulement 61 patients ont été évalués à 2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale avec 92.4% de score d'IPSS inférieur à 7. La majorité des patients vus à 2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale venaient hors Ségou et avaient des troubles sexuels.

En ce qui concerne la qualité de l'activité sexuelle, notons que les pathologies prostatiques et leurs traitements interagissent de façon complexe avec la sexualité [83].

Sur les 66 patients inclus initialement 59.1% n'avaient pas de rapports sexuels normaux (15.2% de troubles de l'érection et 43.9% de trouble de la libido). 27 patients (40.9%) avaient des rapports sexuels normaux.

Cette fréquence élevée des troubles sexuels en pré-op peut être expliquée soit par l'âge qui semble être un facteur influençant la qualité de la vie sexuelle, soit par la sévérité des troubles mictionnels, soit par la fréquence des adénomes objectivés chez 98.5% des patients par les résultats anatomo-pathologiques.

Parmi nos patients 29 avaient des troubles de la libido contre 9 après l'intervention, ce qui dénote que les symptômes urinaires ont un effet néfaste sur la libido, effet qui diminue en général après le traitement.

10/66 patients avaient des troubles de l'érection contre 1/61 en postadénomectomie confirmant une relation entre l'adénomectomie et la vie sexuelle. Nous avons enregistré également une amélioration de l'activité sexuelle chez certains patients qui n'avaient pas de rapport avant l'intervention. Ces résultats illustrent d'emblée la complexité des liens unissant l'H.B.P et sa chirurgie, à la sexualité.

Notons qu'il s'agit d'une population qui peut présenter une dysfonction érectile indépendamment de toute pathologie prostatique

et pour laquelle il est possible, dans l'immense majorité des cas, de suppléer une fonction défaillante.

Après l'intervention 16 de nos patients présentaient un rapport sexuel normal. Nous n'avons pas eu d'information sur la qualité de vie sexuelle des patients non revus qui étaient au nombre de 5 au deuxième rendez-vous. L'éjaculation rétrograde n'a pas été considérée car tous nos patients avaient été informés sur ce trouble avant l'intervention.

À la 3^{ème} visite de suivi, la majorité de nos patients soit 10 patients n'avaient pas des troubles de l'érection.

6- REPONSE AU TRAITEMENT

Les résultats obtenus dans notre étude montrent l'efficacité de l'adénomectomie prostatique. Dans notre expérience, 22.7% des patients évalués à 3 mois et plus de l'intervention avaient respectivement un résultat subjectif excellent et bon.

VII.CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

Le score IPSS et le score de la qualité de vie sont des standards validés dans l'évaluation des troubles urinaires liés à l'HBP. Dans un contexte de ressources limitées, ces outils d'évaluations simples et peu coûteux permettent de juger la place des traitements classiques face à l'émergence des nouvelles techniques. Ainsi, dans notre étude, l'adénomectomie transvésicale permet une amélioration du score IPSS et du score de qualité de vie des patients avec une importante satisfaction des patients.

2- RECOMMANDATIONS :

Aux patients :

- Faire un examen de routine à partir de 50 ans.
- Consulter dès l'apparition de pollakiurie nocturne, de dysurie qui constitue les premiers signes de la pathologie.
- Ne pas cacher les pathologies urogénitales.

Aux personnels soignants :

- Sensibiliser les patients à consulter dès l'apparition des premiers signes.
- Référer les patients vers les structures spécialisées en cas de suspicion de la pathologie.
- Rechercher systématiquement l'hypertrophie bénigne de la prostate à la consultation de tout homme âgé de 50 ans et plus quel que soit le motif.

Aux Urologues africains :

- Revoir le score IPSS de l'OMS afin de l'adapter à notre contexte dans le but d'évaluer les traitements médical et chirurgical.
- Bien évaluer les patients avant l'intervention.
- Améliorer les conditions d'hygiène surtout au bloc opératoire afin de limiter les infections post-opératoires.
- Instaurer l'héparinothérapie en post-adénomectomie chez les patients à risque d'embolie pulmonaire.

Aux autorités administratives :

- Former des médecins urologues répondant aux attentes de la population.
- Equiper le Service d'Urologie de l'HNFS en matériel de chirurgie à ciel ouvert et endoscopique.
- Augmenter la capacité d'accueil du Service d'Urologie de l' HNFS du fait de l'attente souvent trop longue de nos patients par défaut de place.
- Equiper l'HNFS d'un Service d'Anatomo-pathologie afin d'analyser sur place les pièces opératoires d'adénomectomie prostatique.
- Planifier des débats radiotélévisés sur l'hypertrophie bénigne de la prostate.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. Bibliographie:

1- Lahlaïdi k., Ariane MM., Fontaine E. Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment? Rev Med Int., 35 (2014) 189-195.

2-Melgs J.B., Barry M.J., Giovannucci E., Rimm E.B. et al: Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the health professional's follow-up study. J. Urol., 1999; 162: 376-382.

3- Sagnier P.P., Richard F., Botto H., Teillac P., Dreyfus J.P., Boyle P. : Adaptation et validation en langue française du score international des symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog. Urol., (1994) ; 4 : 532-538

4-Briant P-E., Ruffion A. Traitements chirurgicaux de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog. Urol. (2009) 19, 274-278

5-ANAES. Recommandations et références médicales. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Mars 2003 : pages 1-104

6-LUGANE P.M : CAT devant rétention complète d'urine. In : l'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP.157-158

7-VILLIER SA, DEVONEC M : Anatomie de la prostate. Ed. Techniques Encycl. Méd. Chir. Paris France. Néphrol.Urol.18-500-A 1p, 1993, 7p.

8-DELMAS V, DAUGE M.C: Embryologie de la prostate: Etat actuel des connaissances. In l'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP13-15

9-ROUVIERE H : Anatomie humaine descriptive et topographique, P1018-1071, 1975.

10-CIBERT J, PERRIN J. : Tumeurs de la prostate. Urol. Chirurgical. Ed

Méd. Flammarion. Paris, 1958, PP501-52032.

11- Mc Neal JE. The prostate and prostaticurethra: amorphologic

Synthesis. J Urol 1972; 107:1008- 16.

12- PERLAMUTER, WALIGOR.J : Prostate, anatomie descriptive :
[http// WWW. Anamacap.fr/index-php](http://WWW.Anamacap.fr/index-php), 2003. 18.

13-KHOURY S : Anatomie chirurgicale de la prostate.In : l'H.B.P en questions. SCI Ed 1991, PP 23-28.

14-PERLAMUTER.L, WALIGOR.J : Prostate, anatomie descriptive et rapports. Cahier d'anatomie 3è Ed, Tome IV, 1975.

15- Pr. NGUYEN HUU. Site éditeur université de Bretagne occidentale (UBO); Système nerveux central, Nerfs crâniens, tête et cou, thorax, tube digestif, appareil urinaire et génitaux, os du crâne et de la face, colonne vertébrale et cage thoracique, squelette des membres ; Pays : France, Langue : Français, Format : 2004.

16- Pr JACQUES IRANI : Hypertrophie bénigne de la prostate :
[WWW .prostate.fr](http://WWW.prostate.fr) ; Service d'Urologie, CHU la Melétrie, Poitiers.

Octobre 2006.

17-HERMABESSIERE J, TAILLANDER J : Physiologie de la prostate.
Ed.techn.Chir.Encycl.Méd.Chir.Paris, France.Néphrol.Urol.18500.B-10,
1993,5p.

18-WALIGORA J. : physiologie de la prostate.
Encycl.Méd.Chir.Paris.Rein organes génito-urinaires.18-500-B10, 2-1993.

19- KOURY S : physiologie exocrine de la prostate.In : Koury S,
Chatelain C, Denis L, Debruyne, Murphy.G. HBP en question. SCI 1991
ISBN 33-36.

20-DUBE J.V : les protéines majeurs de la sécrétions prostatique.
Androl.1991, 1, 56-58

21-LILJA H, ABRAHAMSSOM P.A: threepredominantproteinssecreted
by the human prostate gland. Prostate 1988; 12:29-38.

22-ATLER J L RIBADEAU DUMAS: atlas anatomie pathologie
collection spéciale p.83

- 24-KHOURY S** : Physiopathologie de l'H.B.P. In : l'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP 23-28.
- 25-YVES I, HAILLOTO** : Adénome de la prostate, Néphrol. Urol. La rev du praticien (PARIS) 1995,45
- 26-LERICHE A. FERRIERE A. OMAR**: tumeurs bénignes de la prostate. Eds. Techniques. Encycl. Méd. Chir. Paris, France. Néphrol.Urol.18-555-A10, 1992.
- 27-BLADOU F, ROSSI M et SERMENT G**: quel est l'intérêt du bilan urodynamique dans l'hypertrophie bénigne de la prostate ? L'H.B.P en question. SCI éd 1991, 130 –133.
- 28-BUZELAIN J.M** : Urodynamique du bas appareil urinaire. Masson, éd- PARIS 1983, 200P.
- 29-LERICHE A** : le dysfonctionnement chez l'homme. Méd. Et Hyg. 43,3605 - 3610,1985
- 30-B.DEBRE, P. TEYSSIER avec la participation de P. ATTIGNAC, P.E VRARD, M.ZERBIB, T.FLAM, M.GERAUD, J.P.JABLONSKI**: Adénome de la prostate, Traité d'urologie, Editions Médicales Pierre Fabre P.73-80
- 31-FRANCOIS PERNIN**, chirurgien urologue, centre hospitalier-Ajaccio -France : Développement et santé, n°165, juin 2003
- 32-MOSTOFI F. K** : Anatomie pathologique. In l'H.B.P en questions Scid éd 1991, PP19-22
- 33-EKMAN P: BPH**: Epidemiology and Riskfactors. The prostate supplement, 1989, 2, PP22-23.
- 34- KHOURY S, CHATELAIN C, DENIS L, DEBRUYNE F, MURPHY G**: Introduction à l'étude de l'adénome de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991.
- 35-Recommandation du comité de consensus l'OMS concernant l'évolution diagnostique de l'hyperplasie bénigne prostatique.** Progr. Urol. 1991, I, 957-959
- 36-FOURCADE R.O, TAHAN. H** : Hypertrophie bénigne de la prostate.

- Ency-Méd. (édition scientifiques et médicales). Néphrologie urologie 18-550A.10.200, 13P.
- 37-HBP** : Nouvelles Recommandations, 97^{ème} congrès français d'urologie, Paris 12 /2003, (Bilan initial) : <http://www.urofrance.org/congrès>. Php ?
op = 2004_11_20_01.
- 38-MOSTOFI F. K** : évolution habituelle des complications de l'hypertrophie bénigne de la prostate. IFSI 1984,39-58
- 39-SARAMON J P** : le toucher rectal technique et intérêt IN : **KHOURY S, CLOSTELERIN C DENIS L, DEBRUYNE, MERPHY G**, hypertrophie bénigne de la prostate en question - SCI 1991 ISBN : 72-77.
- 40-BEURTON P**. Quel est l'intérêt des examens complémentaires dans le bilan de l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI, éd -1991, P.128
- 41-ABRAHAMS PH, FENELY RCI**: the signifiante of symptoms associated with bladder out flow obstruction. Urol – Int.33-171-174, 1978
- 42-DIDIER S, THIERRY G**: les examens biologiques. Dictionnaire des examens médicaux. Ed Larousse 1996.348
- 43-LOBEL B, MILON D** : infections urinaires dans l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, 162-168.
- 44-RICHARD F** : Adénomes prostatiques. Questions réponses.
Ed PIL 1988
- 45-SALOMON L, COLOMBEL M, PATARD J.J, CHOPIN D et ABOU C.C** : Le PSA en pratique en 1997. Ann. Urol. 1998,32, n°2, 60 –72.
- 46-GOMBERGH R, CASTRO A**: Echographie de la prostate et des vésicules séminales. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991,84 –87.
- 47-MICHEL F** : Aspects radiologiques de l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991,78-83.

- 48-AUBERT F, GUITARD P.** L'épididymite aiguë. L'essentiel médical de poche. Ed. Marketing/Ellipse, 1995. PP 591 – 593.
- 49-KHOURYS.** Bases du traitement médical de l'adénome de la prostate. In : l'HBP en questions. SCI éd. 1991.P.171.
- 50-RICHARD F.** La prostate vue au scanner. Hypertrophie bénigne prostatique. I.F.S.I. 1984,70-76.
- 51-Larousse médicale (encyclopédie) édition 1998.**
- 52-Annale d'urologie :** 2001, P 35, 124 : Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2001.
- 53-CHATELAIN C :** quels sont les signes d'appel de L'HBP ? IFSI.PARIS, 1984,92-93
- 54-FOUCARDE RO-La prostate -John Libbeytext Ed. 1997, Paris :** 162pages (pages85-91 et 101-26).
- 55-THIERRY F, DELPHINE A, EMMANUEL H :** L'hypertrophie bénigne de la prostate.Mémento d'urologie. Ed 1998, 76-78.
- 56-KHOURY S :** Existe-t-il un traitement hormonal de l'H.B.P ? Prostate sauf cancer. IFSI, 1984, 2, PP.35-38.
- 57-KHOURY S :** Les différentes techniques chirurgicales de l'adénome prostatique. L'HBP en questions, SCI éd 1991, 203-225.
- 58-Progrès en urologie (1996), 6,236-239.**
- 59-D.BERGE :** La prostatectomie trans-vésicale chez l'Obèse, journal et urologie 1963, 63,787.
- DENIS L, KHOURY S, ANIEL J Cancer ET HBT. In: KHOURY S, CHATELAIN C, DENIS, DEBRUYNE, and MURPHY G.**
L'hypertrophie bénigne de la prostate en question mise au point, France, SCI 1991, ISBN:143 – 145.
- 60-KHOURY S, MURPHY G, CHATELAIN D, DEBRUYNE F, DENIS S:** Traitement chirurgicales de l'H.B.P. In: L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP 203-216.
- 61-ALKEN C E, SOKELAND J :** Abrégé d'urologie. Masson, Paris 1983,131-143

62-COUVELAIRE R, CUKIER J : Adénectomie prostatique. Nouveau traité de technique chirurgicale. Tome XV Urol.Ed. Masson et Cie PP 584 – 609.

63-KAPLAN S.A., TE A.E Trans urethral électro vaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign with prostatic hyperplasia. Urology. 1995, 45,566-572.

64-RIGONDET G, SALE J.M, CLAUDE R: cryochirurgie de l'hypertrophie prostatique. L' H.B.P en questions. SCI éd 1991,255-258.

65-Mc CONNEL et AL. The long – termeffects of medicaltherapy on the progression of BPH: Résultats from the MTOPS trial. Présenté au congrès de l'American Urological Association. Orlando Juin 2002

66-BOTTO H : Le chlorhydrate de moxisylyte dans le traitement de l'H.B.P. L'H.B.P en questions SCI, éd 1991, PP178 – 184.

67-MAZEMAN E : Existe-t-il un traitement médical non hormonal de l'H.B.P ? Hypertrophie prostatique bénigne. IFSI, 1984, 182 – 184

68-JARDIN A, FOUCARDE R : Adénome prostatique. Encycl. Méd. Chir. Paris, thérapeutique 25 375, A10, 10,1979.

69-KHOURY S : Traitement autre que les hormones et les α bloquants. SCI éd.1991, PP 189 – 190

70-JACQMIN. D, SAUSSINE .CH : Complications post-opératoire précoces dans la chirurgie de l'adénome prostatique. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, P221.

71-CAMEY M : Troubles mictionnels après l'adénomectomie prostatique. Rev. Prat. 1980,1957

72-Congrès de l'association française d'Urologie. Forum sur les séquelles de la prostatectomie à ciel ouvert. Masson éd. Paris, 59è congrès, octobre 1985.

73-ZERBIB M, STEG A, CONQUY S, DEBRE B : Conséquences sexuelles de la chirurgie de l'adénome prostatique. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, 234-238.

74-GODEMEL. BERNARD : Prostate – adénome – Recherches physiologiques et cliniques concernant l’adénome de la prostate (corrélations prostatogonadiques). Thèse méd. Clermont. Ferrand. 1958; n°10.

75-KAHLE W, LEONARD H, PLAZER W: Anatomie-Viscères-Tomes 2,276.1996

76- Traitement de l’hyperplasie bénigne de prostate (HBP) par thermocoagulation au moyen d’aiguille par voie trans-urétrale (TUNA) et suivi à un taux de retraitement : www.urofrance.org/Base_urofrance/UR-2001-00570524/UR-200100570524.XML

77-NOUTACDIE KEMBOU ROMAIN : Evaluation de l’adénomectomie dans le service d’urologie de l’hôpital du « point G ».Thèse méd., N°4, 1999.

78-SAGNIER P.P., Mc FARLANE G., RICHARD F., BOTTO H., TEILLAC P., BOYLE P.Results of an epidemiological survey using a modified American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia in France. Urol., 1994, 151, 1266-1270

79-BAGAYOGO .S : Etude comparative du poids de l’adénome de la prostate avant et après une adénomectomie THESE.MEDBAMAKO.2010

80- BOLEZOGOLA. F : Adénome de la prostate à propos de 760 cas d’adénomectomie à l’Hôpital Gabriel Toure .Thèse de Médecine Bamako No 110-02

81-RIOJOSANZ L.A, RODRIGUEZ L. VELA, SAN Z, RIOJA C ; CANORT P : Hématurie et hypertrophie bénigne de la prostate. L’H.BP en questions. SCI éd 1999, 159-161.

82-MOUAD NOURI, KHALID EI KHADIR, JAMAL EI FASSI, ABDELLATIF KOUTANI, AHMED IBN ATTAYA, MOHAMED

HACHIMI, AHMED LAKRISSA : Hypertrophie de la prostate, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 1280 cas opérés : Annales d’urologie 1999, vol 33, N°4, P 243-255.

83-Maladies prostatiques et sexualité : <http://www.sfscsexo.com/bref/bref2002.htm>.

84-KHOURY S, WRIGHT F : physiologie hormonale de la prostate. In :
KHOURY S, CHATELAIN C, DENIS, DEBRUYNE, MURPHY G.
L'hypertrophie bénigne de la prostate en question. SCI 1991 ISBN 37-42.

85-CHOPIN O, KHOURY S : Interrogatoire du malade. L'H.B.P en questions SCI éd 1991, 69-715 – Collection Méd. -line : urologie Eric Chartier : adénomectomie prostatique. Nouveau traité de techniques chirurgicales -Tome XV. URO. Ed. Masson et Cie - P593- 663.

86-FLAM T, DEBRE : hypertrophie prostatique beningne. Symptômes qui motivent la consultation. In : L'H.B.P en questions.
SCI éd 1991 PP 127 – 129

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-IDENTITE

Q1.Numero de fiche d'enquête...../.../.../...

Q2.Age :

Q3.Ethnie :

1-Bambara/.../ 2-Peulh/.../ 3-Dogon/.../ 4-Malinké/.../ 5-Senoufo/.../

6 Soninké/.../ 7-Sonrhai/.../ 8-Minianka/.../

9-Autre à préciser/.../.....

Q4.Instruction :

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Q5.Profession :

1-Fonctionnaire/.../ 2-Cultivateur/.../ 3-Eleveur/.../ 4-Tailleur/.../

5-Commerçant/.../ 6-Marabout/.../ 7-Autre à préciser/.../.....

Q6.Provenance:

1-Bla/.../ 2-Ségou/.../ 3-Macina /.../ 4-Niono /.../ 5- San /.../ 6- Baraoulé /.../ 7-

Autre à préciser /.../

Q7.Etat matrimonial :

1-Marié/.../ 2-Veuf/.../ 3-Divorcé/.../ 4-Celibateur/.../

Q8.Nationalité :

1-Malienne/.../ 2-Etrangère/.../

Q9.Résidence :

1-Ville 2-Milieu rural/.../

II- ANTECEDENTS

Q10.ATCD chirurgicaux :

1-Sans ATCD chirurgicaux/.../ 2-Hernie inguinale/.../ 3-Hydrocèle/.../

4-Lithiase urinaire/.../ 5-Laparotomie/.../ 6-Autre à préciser/.../.....

Q11.ATCD médicaux :

1-Sans ATCD médicaux/.../ 2-HTA/.../ 3 -UGD ou Epigastralgie/.../

4-Bilharziose/.../ 5-Cardiopathie/.../ 6-Asthme/.../ 7-Autre à préciser/.../.....

III-CLINIQUE

Q12.Motif de consultation

Q13. Trouble de la miction :

1-Pollakiurie/.../ 2-Dysurie/.../ 3-Retard de miction/.../ 4-Brûlure mictionnelle/.../

5-Rétention aigue d'urine/.../ 6-Faiblesse de jet d'urine/.../ 7-Incontinence urinaire/.../
8-Autre à préciser/.../.....

Q14. Anomalie de l'aspect de l'urine :

1-Aspect normal/.../ 2-Hématurie/.../
3-Pyurie/.../ 4-Hématurie+Pyurie/.../

Q15.Delai de consultation :

1=[0-1[/.../ 2=[1-2[/.../ 3=[2-3[/.../ 4=[3-4[5-[4-5[6=>5ans

Q16.Histoire de la maladie :

1) Sensation de vessie incomplètement vidée après avoir uriné au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../ -1fois sur 2=3/.../
-2fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

2) Fréquence d'envie d'uriner moins de 2 heures après avoir uriné au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../ -1fois sur 2=3/.../
-2fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

3) Fréquence d'interruption du jet urinaire au cours du dernier mois écoulé
Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../ -1fois sur 2=3/.../ -2fois sur
3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

4) Fréquence de difficulté à retenir l'envie d'uriner après avoir senti le besoin au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../
-1fois sur 2=3/.../ -2fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

5) Fréquence d'affaiblissement du jet urinaire au cours du dernier mois écoulé
Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../ -1fois sur 2=3/.../ -2fois
sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

6) Fréquence de faire un effort pour commencer à uriner au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1fois sur 5=1/.../ -1fois sur 3=2/.../ -1fois sur 2=3/.../ -2fois
sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../

7) Fréquence de lever nocturne au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1fois=1/.../ -2fois=2/.../
-3fois=3/.../ -4fois=4/.../ -presque toujours=5/.../

Q17.Score d'IPSS total :

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../ 2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../
3-Patient avec symptômes sévères (20-35) /.../

Q18.Valeur de la qualité de vie liée aux symptômes :

1-Patient très réjoui = 0/.../ 2-Patient heureux =1/.../
3-Patient satisfait = 2/.../ 4-Patient insatisfait = 3/.../
5-Patient très insatisfait = 4/.../ 6-Patient plutôt ennuyé = 5/.../

- Q19.Score qualité de vie :.....
- Q20.Trouble de la sexualité :
- 1-Absence de trouble/.../ 2-Trouble de l'érection/.../ 3-Trouble de la libido/.../ 4-
Autre à préciser/.../.....
- Q21.Examen général :
- 1-TA :
- 2-Etat général :
- a- Bon/.../ b- Mauvais/.../
- 3-Conjonctives bien colorées :
- a-Oui/.../ b-Non/.../
- Q22.Examen de la prostate :
- Q22a.Prostate hypertrophiée :
- 1-Oui/.../ 2-Non/.../
- Q22b.Aspect :
- 1-Régulier/.../ 2-Irrégulier/.../
- Q22c.Consistance :
- 1-Ferme/.../ 2-Dure/.../
- Q22d.Douleur prostatique :
- 1-Oui/.../ 2-Non/.../
- Q23-Examen de la vessie :
- 1-Normal/.../ 2-Douleur/.../ 3-Globe vésical/.../ 4-Port de sonde/.../
- Q24-Examen de la bourse :
- 1-Normale/.../ 2-Anormale/.../.
- Q25.Autre particularité de l'examen clinique :.....

IV-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Q26.Biologie :
- Q26a.ECBU :
- 1-Normal/.../ 2-Anormal/.../ 3-Germes isolés :..... 4-Non
fait/.../
- Q26b.Créatininémie :
- 1-Normale/.../ 2-Eléevée/.../ 3-Basse/.../
- Q26c.Glycémie :
- 1-Normale/.../ 2-Anormale/.../ Q26d.HB
:.....
- Q26e.HT :

Q26f.TP :

Q26g.TCK :

Q27.Imagerie médicale :

Q27a.Echographie :

-Reins :

1-Normaux/.../ 2-Anormaux/.../

-Uretère :

1-Normaux/.../ 2-Anormaux/.../

-Prostate :

1-Normale/.../ 2-Anormale/.../ 3-Poids.....

-Vessie :

1-Normale/.../ 2-Anormale/.../

Q27b.UCR :

1-Non fait/.../ 2-Adénome/.../ 3-Rétrécissement/.../

4 Diverticules/.../ 5-Lithiase/.../

Q28.Diagnostic Préopératoire :

Q29.diagnostic postopératoire :

Q30.Classification ASA :

1-ASA I/.../ 2-ASA II/.../ 3-ASA III/.../

Q31.Type d'anesthésie :

1-RA/.../ 2-PD/.../ 3-AG/.../

V-SUIVI POST-OPERATOIRE

Q 32.Evolution :

1-Arrêt irrigation = J /.../ 2-Arrêt perfusion = J /.../ 3-Ablation sus-pubienne = J /.../

Q33.Complications locales :

1-Suppuration/.../ 2-Hémorragie/.../ 3-Retard de cicatrisation/.../

4-Lachage de fil avec suture secondaire/.../ 5-Orchite/.../ 6-Autre à préciser/.../.....

Q34.Complications générales :

1-Occlusion/.../ 2-Phlébite/.../ 3-Céphalée 4-Autre à préciser/.../.....

Q35.Traitement médical en post-opératoire :

Q35a.Antibiothérapie :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35b.Antalgique :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35c.Hémostatique :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35d.Anticoagulant :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35e.Transfusion :

1-OUI/.../ 2-NON/.../

Q36.Decès par suite de :

1-IDM/.../ 2-Embolie pulmonaire/.../ 3-Septicémie/.../ 4-

Collapsus cardio-vasculaire/.../ 5-Autre à préciser/.../.....

Q37.Date d'entrée /.../.../.../.../.../

Q38.Date de sortie /.../.../.../.../.../

Q39.Durée d'hospitalisation :.....

Q40.Delais d'ablation de la sonde urétrale :

1-< J10/.../ 2-J10-J20/.../ 3-> J20/.../ 4-Indéterminée/.../

Q41.Complication après ablation de la sonde urétrale :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q42.Score d'IPSS total après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../ 2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../

3-Patient avec symptômes sévères (20-35) /.../

Q42. Valeur qualité de vie liée aux symptômes après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient très réjoui = 0/.../ 2-Patient heureux =1/.../ 3-Patient satisfait =
2/.../ 4-Patient insatisfait = 3/.../ 5-Patient très insatisfait = 4/.../

6-Pateint plutôt ennuyé = 5/.../

Q43.Score qualité de vie.....

Q44.Score d'IPSS total 1 mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../ 2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../

3-Patient avec symptômes sévères (20-35) /.../

Q45.Valeur qualité de vie liée aux symptômes 1mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient très réjoui = 0/.../ 2-Patient heureux =1/.../ 3-Patient satisfait =
2/.../ 4-Patient insatisfait = 3/.../ 5-Patient très insatisfait = 4/.../

6-Pateint plutôt ennuyé = 5/.../

Q46.Score qualité de vie :.....

Q47.Trouble de la sexualité 1mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Absence de trouble/.../ 2-Trouble de l'érection /.../

3-Trouble de la Libido /.../

4-Autre à préciser /.../.....

Q48.Complications 1mois après ablation de la sonde urétrale :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON /.../

Q49.Score d'IPSS total 2 mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../ 2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../

3-Patient avec symptômes sévères (20-35) /.../

Q50.Valeur qualité de vie liée aux symptômes 2 mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Patient très réjoui = 0/.../

2-Patient heureux =1/.../

3-Patient satisfait =

2/.../

4-Patient insatisfait = 3/.../

5-Patient très insatisfait = 4/.../

6-Pateint plutôt ennuyé = 5/.../

Q51.Score qualité de vie :.....

Q52.Trouble de la sexualité 2 mois après ablation de la sonde urétrale :

1-Absence de trouble/.../

2-Trouble de l'érection /.../

3-Trouble de la Libido /.../

4-Autre à préciser /.../.....

Q53.Complications 2 mois après ablation de la sonde urétrale :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON /.../

Q54.Examen d'anatomo-pathologie de la pièce opératoire :

1-Non fait/.../ 2-Adénome/.../ 3-Myome/.../ 4-Fibrome/.../ 5-Adénomyome/.../

6-Fibromyome/.../ 7-Adénofibrome/.../ 8-Adénomyofibrome/.../ 9-Indéterminé/.../

FICHE ANALYTIQUE

Nom : DJIRE

Prénom : YOUSOUF

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité de vie des patients avant et après adénomectomie selon le score d'IPSS.

Année : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Urologie

RESUME :

Dans notre étude 66 patients souffrant d'H.B.P et gênés par ses symptômes ont bénéficié d'un traitement par l'adénomectomietrans-vésicale.

La qualité de vie des patients a été évaluée avant et durant les 3 premiers mois suivant l'intervention à l'aide du score d'IPSS (International Prostate Score Symptom). L'évaluation de l'efficacité du traitement et de la fonction sexuelle a été également prise en compte.

Avant l'intervention, 84,8% des patients avaient des symptômes sévères et 13,6% ; 13,6% ; 71,2% ont répondu respectivement être insatisfaits, très insatisfaits et très ennuyés par les symptômes.

A l'hospitalisation 19,7% de complications locales ont été enregistrées avec une prédominance de suppuration pariétale, soit 9,1%. La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours et la durée de port de sonde en post-opératoire était inférieur à 20 jours chez la majorité des patients.

Le taux de mortalité était de 3%, soit 2 patients.

Des complications ont été recensées après l'ablation de la sonde urétrale et étaient dominées par la dysurie.

15 patients ont été revus au 3^{ème} rendez-vous qui était fixé à 3 mois et plus après l'intervention. Sur 15 patients la majorité vivait hors Ségou et 14,

soit 93,3% avait un score < 7 . Un patient n'était pas satisfait de son traitement.

Selon notre étude il existe une relation entre l'H.B.P et la sexualité tant dans sa symptomatologie que dans son traitement chirurgical (adénomectomiectransvésicale).

Ainsi cette étude met en évidence l'amélioration significative des symptômes de l'H.B.P et de la qualité de vie des patients après adénomectomiectrans-vésicale. Mais la question de la sexualité liée à la pathologie et à son traitement reste toujours complexe et constituait le principal motif de consultation de nos patients 3 mois après l'intervention.

Mots clés : HBP, Score d'IPSS, Adénomectomiectrans-vésicale.

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'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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 sa 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 leur 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!