



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 - 2021

Mémoire N° :/.....

MEMOIRE

**Cancer de la prostate métastatique hormono
naïf : aspects épidémiologiques, diagnostiques et
thérapeutiques dans le service d'urologie CHU
Point G**

Présenté et soutenu le 24 /12 / 2021 devant la Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie par :

Dr. MBAMBA OMAM Franck Merlin

Pour obtention du Diplôme d'Etude Spécialisées en Urologie
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **Pr. Honoré JG BERTHE**
Membres : **Dr. Mamadou Tidiane COULIBALY**
Dr. Amadou KASSOGUE
Dr. Alkadri DIARRA
Dr. Moussa Salifou DIALLO
Directeur : **Pr. Mamadou Lamine DIAKITE**

DEDICACES

Je dédie ce travail

Au Père éternel, le bon Dieu

Merci papa de m'avoir accompagné et gardé durant tout mon parcours scolaire, je ne cesserai jamais de te dire merci. Car depuis les premiers jours de mes cris jusqu'à cet instant, tu as toujours été présent dans ma vie. Tu as guidé mes pas vers le chemin que tu as tracé pour moi. Aujourd'hui je te rends grâce pour tes biens faits. Dans la douleur, dans la tristesse, comme dans les moments de joie tu ne m'as jamais abandonné. Seigneur accepte ce travail que tu as façonné, renforce d'avantage ma foie, et permet moi de te louer, de te prier, et de chanter ton nom en tout lieu et en tout temps, durant mon séjour sur terre jusqu'au jugement dernier. **Je t'aime.**

A ceux de ma famille et mes amis qui nous ont quittés. Feu (mon grand-père Mahop jacques, ma mère Tina véronique, mon oncle Moutlen Jacques, mon fils Emmanuel, ma partenaire Ngan Raïssa jacqueline, mon mentor Dr Kenfack jean Samuel alias vieux père, Samy dolo, ceux que je n'ai pas cité et ceux que je n'ai pas connu)

J'élève ma voix en ce jour pour vous dire que j'ai toujours senti votre présence près de moi. Vous avez participé à ce que je suis actuellement et je vous serai à jamais reconnaissant. Trouver en ce travail le fruit de vos efforts consentis. Reposer en paix je vous aime.

A mon père OMAM JEAN

Merci papa pour l'amour et l'éducation que tu m'as donné, tu as toujours été présent dans ma vie, tu m'as inculqué le sens du travail et de la responsabilité pour moi tu as toujours été un modèle, une source d'inspiration. Cher père les

mots me manquent pour te témoigner toute ma gratitude. Merci pour tes conseils, ce travail n'est que le résultat de tes prières, de tes bénédictions et de l'amour que tu as pour nous. **Je t'aime très fort.**

A ma grande mère NGO OMAM Sara

Merci pour l'amour et l'affection que tu as toujours portée pour moi, je ne cesserai jamais de remercier le Seigneur car c'est un honneur pour moi de pouvoir partager ce moment de bonheur avec toi. Que le tout puissant t'accorde la santé et la longévité car nous avons toujours besoin de tes conseils.

Je t'aime très fort.

A mes oncles et papa

Papa Job, papa Eli, papa pays

Merci pour tous vos conseils, vos encouragements et pour le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter durant tous ces années. Ce travail n'est que le résultat de vos efforts et vos prières. Que le seigneur vous garde.

A mes tantes et mamans

Maman Louise, maman Rebecca, maman Véronique, maman Anna, tante Blanche

Merci pour l'affection et l'attention que vous avez toujours porté pour moi, vous avez toujours été présentes dans ma vie, et je serais toujours reconnaissant pour l'éducation que j'ai reçu de vous, vraiment les mots me manquent pour vous témoigner toutes ma reconnaissance . Que le tout puissant vous accorde la santé, la longévité et la réussite dans toutes vos activités.

A mes frères et sœurs, cousins et cousines

Letitia, Dr Ivan, Jean Emanuel, Irlande, Dodo, Dada, Teclaïre, Baby, Thomas, Belynda, Jacques, Ledoux, Martha, Montou, Sara, Jacques Tandy, Christian, Francois, André, maitre Thérèse, Suzanne, Solange, Samuel, Doumbe, Bibiche, Carelle

Merci pour tous ces moments que nous avons partagés ensemble, ce travail n'est que le fruit de vos encouragements et de vos prières. Que le seigneur vous accorde la santé, la prospérité et la réussite dans toutes vos activités.

A ma cousine et ami : Ngo Nguidjol Yvette Sara

La maman des mamans, tu es très spécial avec un cœur très immense, merci mbombo pour tous les conseils que tu m'as donné, sache que ce travail n'est que le résultat de tes prières. Que le tout puissant t'accorde la santé, la prospérité, et la réussite dans toutes tes activités.

A ma famille Bassa Ba Mali

Je vous dis merci pour tout le soutien que vous m'avez accordé.

A ma belle famille

Je ne cesserai jamais de vous dire merci pour tout le soutien et les encouragements que vous n'avez jamais cessé de m'apporter.

Au personnel du service d'urologie du CHU point G

Je vous remercie pour tout ce temps que nous avons passé ensemble que Dieu vous accorde la santé et longévité.

Au personnel du service d'urologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Je vous remercie pour l'encadrement et l'accueil que vous m'aviez apporté durant mon stage rural.

A mes deux nations le Mali pays d'accueil et le Cameroun pays d'origine

Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi. C'est grâce à vous que je suis devenu ce que je suis aujourd'hui. Je vous serai à jamais reconnaissant. Merci mille fois.

A mes collègues et cadets

Je vous dis Merci pour votre collaboration, que le Seigneur vous accorde la santé la prospérité, la longévité et le succès dans vos différentes activités.

A mes amis et partenaires : Etienne Biboum, Dr Terence, Dr Gutembert, Dr Franky, Dr Meuke alias Jef Botolobango, Dr Adjoumadji Kouldjim, Dr Wilson

Je vous dis merci pour vos encouragements, que le Seigneur vous accorde la santé, le succès, la prospérité dans toutes vos activités.

A mes maitres : Pr Tembely, Pr Ouattara, Pr Diakité, Pr Berthé, Dr Samassekou, Dr Koné Sory, Dr Coulibaby

Je vous dis merci pour l'encadrement reçu de vous, que le seigneur vous accorde la santé, le succès, la prospérité dans toutes vos activités

A mes enfants : Imane Kyle et Sara Jaylane

Je remercie le Seigneur parce que vous avez apporté la joie dans ma vie je vous aime très fort.

A ma femme Antoinette Grace

Je ne cesserai jamais de te dire merci, tu as un cœur d'ange que le Seigneur continue à bénir notre union. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude envers toi tu m'as donné deux magnifiques enfants je t'aime très fort.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury : Pr Honoré Jean Gabriel BERTHE

- Chirurgien urologue, Andrologue au service d'urologie CHU point G
- Maitre de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie
- Praticien hospitalier au CHU point G
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Je garderai de vous l'image d'un homme respectueux, courageux et modeste. Pendant mon séjour dans le service, j'ai été émerveillé par votre façon de travailler ; vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre gout pour le travail bien fait, font de vous un espoir certain pour l'urologie au Mali.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maitre et juge : Dr Mamadou Tidiane COULIBALY

- Chirurgien Urologue et Andrologue dans le service d'urologie CHU Gabriel Touré
- Chef de service d'urologie au CHU Gabriel Touré
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Maitre- assistant d'urologie à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et juge : Dr Amadou KASSOGUE

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati
- Diplômé en communication Médicale Scientifique et en Pédagogie des sciences de la santé de l'université de Bordeaux
- Maitre-assistant en urologie à la FMOS
- Membre fondateur de l'association malienne d'urologie
- Trésorier général du bureau de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Votre rigueur scientifique, votre goût pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l'urologie malienne.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Permettez-nous cher maitre de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

A notre maitre et juge : Dr Alkadri DIARRA

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie du CHU Luxembourg
- Maitre-assistant d'urologie à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie
- Pédagogue médical diplômé de l'université de Bordeaux 2/ France
- Communicateur médical diplômé de l'université de Bordeaux 2/ France
- Vice-président du Conseil National de l'ordre des médecins

Cher maitre,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir pour l'urologie malienne.

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et juge : Moussa Salifou DIALLO

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Praticien hospitalier au CHU de Kati
- Urologue des forces armées maliennes
- Maître-assistant d'urologie à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l'urologie.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

A notre maitre et directeur de mémoire : Pr Mamadou Lamine DIAKITE

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie du CHU point G
- Praticien hospitalier au CHU point G
- Maitre de conférences agrégé à la FMOS
- Président de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité, vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre, nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- Hb : Hémoglobine
ECBU : Examen cytobactériologique des urines
Créat. : Créatininémie
TDM : Tomodensitométrie
TAP : Thoraco abdomino-pelvienne
RTUP : Résection trans urétrale de la prostate
ECP : Evidement cervico prostatique
AEG : Altération de l'état général
OMI : OEdème des membres inférieurs
TR : Toucher rectal
HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate
CaP : Cancer de la prostate
HTA : Hypertension artérielle
ATCD : Antécédent
PSA : Antigène spécifique de la prostate
IRM : Imagerie par résonance magnétique
CHU : Centre hospitalier universitaire
Anapath: Anathomopathologie
ISUP : International society of urological pathology
HTNG : Hormonothérapie de nouvelle génération

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

<u>Tableau I</u> : Répartition des patients selon le motif de consultation	8
<u>Tableau II</u> : Répartition des patients selon les troubles mictionnels	8
<u>Tableau III</u> : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	8
<u>Tableau IV</u> : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux	9
<u>Tableau V</u> : Répartition des patients selon les signes physiques	9
<u>Tableau VI</u> : Répartition des patients selon le taux d'Hb	9
<u>Tableau VII</u> : Répartition des patients selon l'ECBU.....	10
<u>Tableau VIII</u> : Répartition des patients selon le taux PSA total	10
<u>Tableau IX</u> : Répartition des patients en fonction de l'échographie réalisée	10
<u>Tableau X</u> : Répartition des patients selon l'aspect de la prostate à l'échographie.....	11
<u>Tableau XI</u> : Répartition des patients selon le site de métastases retrouvées à la TDM	11
<u>Tableau XII</u> : Répartition des patients selon le type de prélèvement pour anatomopathologie	11
<u>Tableau XIII</u> : Répartition des patients selon le groupe pronostic ISUP.....	12
<u>Tableau XIV</u> : Répartition des patients selon le traitement palliatif	12
<u>Tableau XV</u> : Répartition des patients selon le type de blocage androgénique	12
<u>Tableau XVI</u> : Répartition des patients en fonctions des molécules anti androgéniques	13
<u>Tableau XVII</u> : Répartition des patients selon le traitement chirurgical	13
<u>Tableau XVIII</u> : Répartition des patients selon le traitement médical adjuvant	13

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Répartition des patients selon l'âge.....	7
<u>Figure 2</u> : Répartition des patients selon la profession.....	7

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS	3
3. METHODOLOGIE.....	4
4. RESULTATS.....	6
4.1. Fréquence du cancer de la prostate métastatique hormono naïf	6
4.2. Aspects sociodémographiques	7
4.3. Examen clinique.....	8
4.4. Examens para cliniques	9
4.5. Anatomopathologie.....	11
4.6. Traitement	12
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	14
5.1. Prévalence	14
5.2. Ages	14
5.3. Motifs de consultation.....	14
5.4. Signes physiques.....	15
5.5. PSA total	15
5.6. Type de prélèvement pour anatomopathologie	16
5.7. Groupe pronostic de la classification ISUP	16
5.8. Bilan d'extension	16
5.9. Traitements.....	17
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	18
Conclusion	18
Recommandations.....	18
7. REFERENCES.....	19
ANNEXES	21
Fiche d'enquête :.....	21
Fiche signalétique	24

1. INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est défini comme étant une prolifération anormale des cellules plus ou moins différenciées de la prostate [1]. On lui décrit plusieurs stades évolutifs : cancer localisé, localement avancé et métastatique [2].

Le cancer métastatique de la prostate correspond à une tumeur qui s'est propagée au-delà des tissus entourant la prostate pour atteindre des ganglions lymphatiques éloignés ou d'autres parties du corps à distance de la prostate comme les poumons, le foie ou les os. On lui distingue deux entités à savoir : le cancer de la prostate métastatique hormono naïf et le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration [2].

Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf est un cancer qui est sensible à la castration qu'elle soit chimique ou chirurgicale.

C'est un cancer dont les cellules tumorales sont stimulées par les androgènes, essentiellement la testostérone produite par les testicules sous la dépendance de l'axe hypothalamo-hypophysaire. La testostérone est le principal androgène circulant, 5 à 10% sont produites par les surrénales. Elle est ensuite convertie dans les cellules prostatiques par les 5 alpha-réductase en dihydrotestostérone [3].

Il constitue un problème de santé publique dans les pays développés, et représente la cinquième cause de tumeur masculine tous âges confondus dans le monde, et la troisième cause de décès par cancer chez l'homme [4].

Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf a une fréquence estimée à 10% en Europe [3], en Afrique : 68,23% en Côte d'Ivoire [5], et 45,9% [6] au Sénégal.

Son diagnostic est évoqué devant un touché rectal suspect, une élévation de l'antigène spécifique de la prostate qui peut prédire son extension (PSA >100 ng/ml). Il est confirmé à l'examen anatomopathologie qui établit le type et le grade histologique. Plus, de 95% des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes [5].

C'est un cancer à fort potentiel métastatique tant au plan local, locorégional qu'à distance. Les métastases les plus fréquentes sont ganglionnaires et osseuses atteignant déjà 40% des patients au diagnostic et 86% au stade terminal. Les localisations secondaires viscérales et cérébrales sont rares et terminales [7].

Son traitement actuel repose sur une suppression androgénique associée à une Hormonothérapie de nouvelle génération ou une chimiothérapie [2].

En Afrique sud saharien et au Mali en particulier, le diagnostic du cancer de la prostate demeure tardif et est fait le plus souvent au stade de métastases.

Vu qu'aucune étude récente n'a été réalisée sur cette pathologie dans notre service d'urologie, nous voulons mener ce travail afin d'améliorer la prise en charge du cancer de la prostate métastatique hormono naïf dans notre contexte. Pour mener à bien notre étude nous nous sommes fixés des objectifs.

2. OBJECTIFS

- ❖ Déterminer les aspects épidémiologiques du cancer métastatique de la prostate hormono naïf
- ❖ Décrire les aspects diagnostiques du cancer de la prostate métastatique hormono naïf
- ❖ Décrire les aspects thérapeutiques du cancer de la prostate métastatique hormono naïf

3. METHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude

Service d'urologie du CHU du point G.

3.2. Type d'étude, période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, qui s'est déroulée sur 4 ans allant du 01 janvier 2017 au 31 Décembre 2020.

3.3. Critères d'inclusion

Tout patient admis dans le service d'urologie pour cancer de la prostate métastatique hormono naïf.

3.4. Critère de non inclusion

Tout patient admis dans le service d'urologie pour cancer de la prostate métastatique hormono naïf sans bilan d'extension

3.5. Paramètres étudiés

- Aspects sociodémographiques : âge, profession
- Examen clinique : motifs de consultation, ATCD, signes physiques
- Examens para cliniques : biologie (PSA, ECBU, Hb), imagerie (échographie arbre urinaire, TDM TAP)
- Anatomopathologie : groupe pronostic de la classification ISUP
- Traitement : blocage androgénique

3.6. Supports

Nous avons exploité le registre d'admission des patients, les dossiers des malades.

3.7. Saisie et analyse des données

La saisie a été faite sur Microsoft Word 2010, les tableaux et graphiques sur EXCEL2010. L'analyse des données réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 7, les tests statistiques utilisés étaient : le test exact de Fisher et celui de Student avec un seuil de signification pour $P < 0,05$.

4. RESULTATS

4.1. Fréquence du cancer de la prostate métastatique hormono naïf

Patients admis au service d'urologie
CHU PT G **N= 1776 patients**



Cancer de la prostate
N= 76 patients



Cancer de la prostate métastatique
hormono naïf
N=33 patients soit 43,42%

4.2. Aspects sociodémographiques

↳ Âges

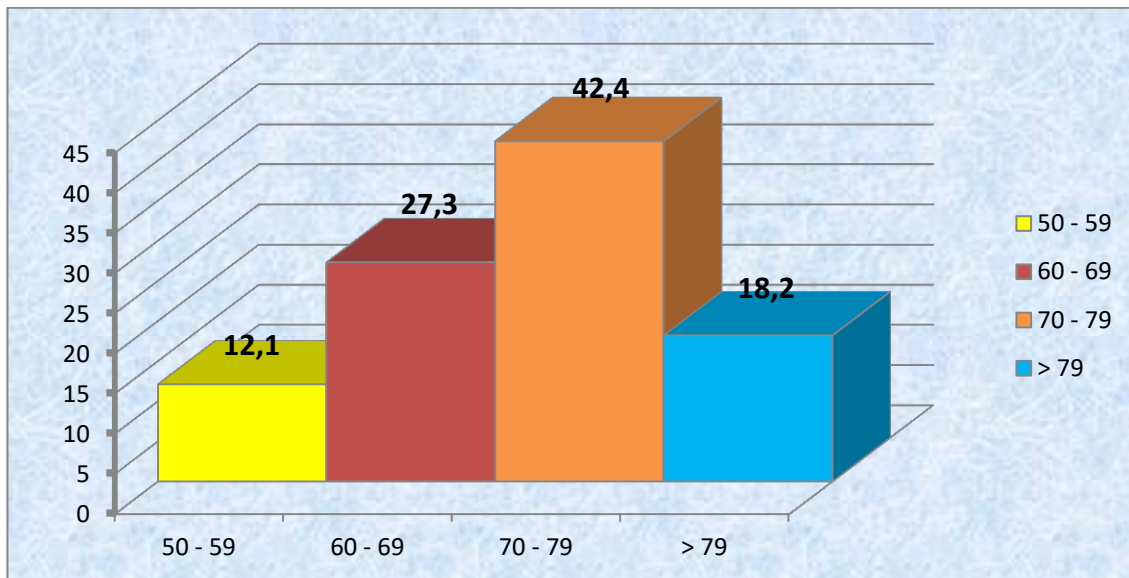


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge [70- 79[était la plus représentée soit 42,4%. L'âge moyen de nos patients était de 71,15 avec des extrêmes allant de 54 et 87 ans avec un écart type de 9,311 ans.

↳ Profession

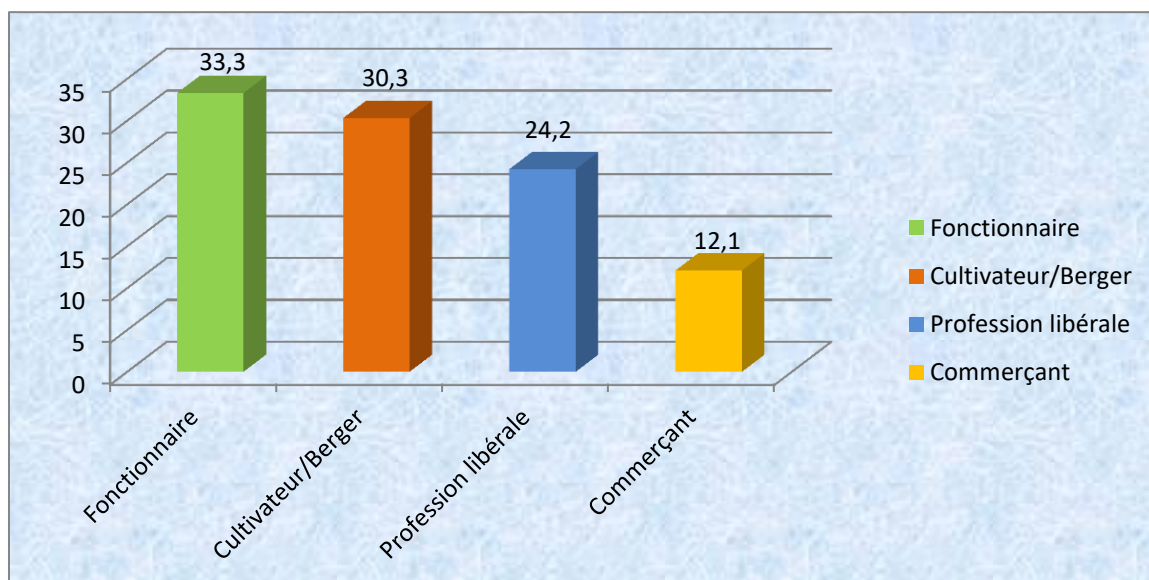


Figure 2 : Répartition des patients selon la profession

Les fonctionnaires étaient la profession la plus représentée soit 33,3%.

4.3. Examen clinique

↳ Motifs de consultation

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur osseuse	18	54,5
Troubles mictionnels	13	39,4
Altération état général	12	36,4
Elévation PSA	06	18,2
Hématurie	04	12,1
Œdème de compression	04	12,1
Insuffisance rénale obstructive	03	9,1

La douleur osseuse était le motif de consultation le plus représenté soit 54,5%

↳ Troubles mictionnels

Tableau II : Répartition des patients selon les troubles mictionnels

Troubles mictionnels	Effectif (n=18)	Pourcentage
Signes obstructifs	13	72,22
Signes irritatifs	05	27,77

Les signes obstructifs étaient les troubles mictionnels les plus représentés soit 72,22 %

↳ Antécédents

ATCD médicaux

Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Type d'antécédents médicaux	Effectif (n=11)	Pourcentage
HTA	08	72,8
Diabète	05	45,5

HTA était l'ATCD médical le plus représenté soit 72,8%.

ATCD chirurgicaux

Tableau IV : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux

Type d'antécédents chirurgicaux	Effectif (n=10)	Pourcentage
ATVP	02	20,0
Chirurgie de la cataracte	02	20,0
Evidement cervicoprostatique	02	20,0
Autres*	06	60,0

Les autres ATCD chirurgicaux étaient les plus représentés soit 60%.

Autres* : prostatectomie radicale (1), RTUP (1), pulpectomie (1), urétrotomie interne endoscopique (1), Cure hydrocele (1), Cure de hernie inguinal (1),

↳ Signes physiques

Tableau V : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif (n=33)	Pourcentage
Prostate augmentée de taille, dure, nodulaire	28	84,8
Prostate augmentée de taille, consistance ferme, surface lissée, contour régulier	05	15,2
Œdème de compression	04	12,1
Adénopathie	03	9,1

La prostate suspecte était le signe physique le plus représenté soit 84,8%.

4.4. Examens para cliniques

↳ Biologie

Taux d'hémoglobine

Tableau VI : Répartition des patients selon le taux d'Hb

Taux d'Hb	Effectif	Pourcentage
[3 - 7]	11	33,3
[8 - 10]	14	42,4
> 10	08	24,2
Total	33	100,0

42,4% des patients avaient un taux d'Hb compris entre [8-10].

Examen cyto bactériologique des urines

Tableau VII : Répartition des patients selon l'ECBU

ECBU	Effectif	Pourcentage
Infection urinaire	09	27,3
Stérile	24	72,7
Total	33	100,0

L'ECBU était stérile chez 72,7%.

Antigène spécifique de la prostate

Tableau VIII : Répartition des patients selon le taux PSA total

Taux de PSA total en ng/ml	Effectif	Pourcentage
[1- 50[01	3,03
[50- 100[01	3,03
[100-200[31	93,9
Total	33	100,0

La tranche [100-200[était la plus représentée soit 93,9%.

↳ Imagerie

Echographie

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de l'échographie réalisée

Echographie arbre urinaire	Effectif	Pourcentage
Oui	31	93,9
Non	02	6,1
Total	33	100,0

L'échographie de l'arbre urinaire avait été réalisée chez 93,9%.

Aspect de la prostate à l'échographie

Tableau X : Répartition des patients selon l'aspect de la prostate à l'échographie

Aspect échographique	Effectif(31)	Pourcentage
Parenchyme hétérogène	26	83,9
Parenchyme homogène	05	16,1

Parenchyme prostatique hétérogène était le plus représenté soit 83,9%.

TDM

Tous les patients avaient réalisé une TDM thoraco- abdomino-pelvienne.

Métastases retrouvées à la TDM

Tableau XI : Répartition des patients selon le site de métastases retrouvées à la TDM

Métastases retrouvées à la TDM thoraco-abdomino-pelvienne	Effectif (n=33)	Pourcentage
Métastases osseuses	20	60,06
Métastases pulmonaires	11	33,3
Métastases ganglionnaires pelviennes	02	6,06

Les métastases osseuses étaient les plus représentées soit 60,06%.

4.5. Anatomopathologie

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de prélèvement pour anatomopathologie

Type prélèvement pour anapath	Effectifs	Pourcentages
Pièces d'adénomectomie	17	51,51
Biopsie prostatique	11	33,33
Copeaux de résection Prostatique	05	15,15
Total	33	100,0

Les pièces d'adénomectomie étaient les plus représentées soit 51,51%

Groupe pronostic de la classification ISUP

Tableau XIII : Répartition des patients selon le groupe pronostic ISUP

Groupe pronostic ISUP	Effectif	Pourcentage
Groupe 1 Score de Gleason 6 (3+3)	03	9,1
Groupe 2 Score de Gleason 7 (3+4)	06	18,2
Groupe 3 Score de Gleason 7 (4+3)	17	51,5
Groupe 4 Score de Gleason 8 (4+4, 3+5 ou 5+3)	04	12,1
Groupe 5 Score de Gleason 9 ou 10	03	9,1
Total	33	100,0

Le groupe 3 était le plus représenté soit 51,5%.

4.6. Traitement

↳ Traitement palliatif

Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement palliatif

Traitement palliatif	Effectif	Pourcentage
Oui	32	97,0
Non	01	3,0
Total	33	100,0

La majorité des patients avait reçu un traitement palliatif soit 97%.

Blocage androgénique

Tableau XV : Répartition des patients selon le type de blocage androgénique

Traitement	Effectif (n=32)	Pourcentage
Castration chirurgicale seule	08	25
Castration chirurgicale + Anti androgène	17	53,12
Castration chimique + Anti androgène	06	18,75
Castration chimique (Agonistes LH-Rh) seule	01	3,12

La castration chirurgicale associée à l'anti androgène était le plus représentée soit 53,12%.

Molécules anti androgéniques

Tableau XVI : Répartition des patients en fonctions des molécules anti androgéniques

Molécules anti androgène	Effectif(23)	Pourcentage
Bicalutamide	17	73,91
Acétate de cyprotérone	06	26,08

Le bicalutamide était la molécule la plus représentée soit 73,91%.

Traitement chirurgical palliatif

Tableau XVII : Répartition des patients selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical palliatif	Effectif (n=14)	Pourcentage
RTUP	06	42,9
Dérivation urinaire	05	35,7
ECP	03	21,4

La RTUP était le traitement chirurgical le plus représenté soit 42,9%.

Traitements médicaux adjuvant

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le traitement médical adjuvant

Traitement médical adjuvant	Effectif (n=33)	Pourcentage
Antalgique	33	100,0
Antibiotique	30	90,9
Antianémique	25	75,8
Corticoïdes	10	30,3
Anti- inflammatoire non stéroïdien	08	24,2
Hémostatique	01	3,0

L'antalgique était le traitement médical adjuvant le plus représenté soit 100%.

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Prévalence

Pendant la période de notre étude, nous avons recruté 33 cas de cancer de la prostate métastatique hormono naïf sur 76 cas de cancer de la prostate, soit un pourcentage de 43,42%.

Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par **Konan PG et al. 68,23%** [5] Cette différence serait liée à notre échantillon qui ne prenait pas en compte les patients qui n'avaient pas de bilan d'extension.

5.2. Ages

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était 71,15 ans avec des extrêmes allant de 54 à 84 ans.

Cette moyenne d'âge est supérieure à celle retrouvée dans l'étude de **Konan PG et al. 67,44 ans** [5] et inférieurs à celle d'**Abdessamad 72 ans** [8]. Donc l'âge est reconnu comme un facteur favorisant du cancer de la prostate.

5.3. Motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était dominé par les douleurs osseuses 54%.

Ce résultat est légèrement inférieur à celui retrouvé par **Abdessamad 61,5%** [8].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, les patients consultent le plus souvent à un stade tardif.

5.4. Signes physiques

La valeur prédictive positive du TR est évaluée entre 21 et 53% et dépend du degré de suspicion du cancer et l'expérience de l'examineur, le TR anormal est une indication formelle de biopsie même si le taux de PSA est normal. [9]

L'hypertrophie prostatique d'allure maligne a été le signe physique le plus fréquent 84,8%, conforme avec certains auteurs dans la littérature : **CHTOOK 82,8% [4]**, et **ABDESSAMAD 79% [8]**.

Au TR la prostate n'était pas suspecte chez 15,2%, la même observation a été faite par **KONAN PG et al. 7,69% [5]** et **CHTOOK 6% [4]**.

Ceci est dû au développement zonal du cancer de la prostate.

Certains de nos malades 12,2% avaient des OMI, ce résultat est supérieur à celui de **CHTOOK 4% [4]**.

Les adénopathies inguinales ont été retrouvées chez 9,1% de nos patients, ce qui est inférieur à **CHTOOK 11 % [4]**.

Les adénopathies inguinales et les OMI retrouvés chez certains de nos patients sont simplement l'expression du stade métastatique de la maladie.

5.5. PSA total

Le PSA est organique (caractéristique de l'épithélium prostatique et non du CaP), par conséquent il peut être élevé dans l'HBP, la prostatite aigue et dans d'autres affections non malignes C'est pourquoi un délai de 8 à 10 jours est recommandé après chaque acte susceptible de modifier le taux. Néanmoins beaucoup d'hommes peuvent héberger CaP en dépit d'un faible taux de PSA sérique [10].

Dans notre série, 93,9% de nos patients avaient un taux de PSA total ≥ 100 ng/ml, nettement supérieur à ceux retrouvés respectivement par **CHTOOK 52% [4]** et **Tengue et al. 90,5% [11]**.

Nous pouvons dire qu'un PSA total ≥ 100 ng \ml est fortement pourvoyeur de métastases.

5.6. Type de prélèvement pour anatomopathologie

Dans notre étude le type de prélèvement anatomopathologie était les pièces d'adénomectomie 51,5% inférieur à celui de **Diakité ML et al. 71,6% [14]**.

5.7. Groupe pronostic de la classification ISUP

L'adénocarcinome est le type histologique retrouvé dans notre étude. Ce résultat est similaire à ceux de la littérature où on note une nette prédominance de l'adénocarcinome dans le cancer de la prostate.

Dans notre série 51,5% des patients présentaient un ISUP 3 (score de Gleason 7 (4 majoritaires)) supérieur à celui observé par **Konan PG et al. 48,58% [5]** et inférieur à celui retrouvé par **ABDESSAMAD 75% [8]**.

5.8. Bilan d'extension

Dans notre étude, la TDM TAP a été le seul bilan d'extension réalisé par nos patients soit 100%.

Ce résultat est supérieur à **Tengue K et al. 95% [11]** et **Belkhama 16% [12]**.

La fréquence élevée de la TDM TAP s'explique par l'inaccessibilité, et le coût élevé de certain bilan tel que l'IRM et la scintigraphie osseuse.

5.9. Traitements

Dans notre étude le traitement était basé sur le blocage androgénique. Celui-ci représentait le traitement de référence du cancer de la prostate métastatique jusqu'à ce qu'une combinaison avec HTNG ou la chimiothérapie apparaissent maintenant indiquée dans la plupart des cas [2]. Il est à noter qu'un malade avait refusé le traitement.

Si l'hormonothérapie seule ne prolonge pas la survie, il a été prouvé qu'elle diminue rapidement les symptômes douloureux d'origine osseuse et réduit le risque immédiat de complications sévères (compression médullaire, fracture, obstruction urétérale) [13].

Dans notre série 53,12 % de nos patients ont subi une castration chirurgicale associée à un anti androgène, 25% des patients ont subi une castration chirurgicale seule, 18,75% des malades ont reçu une castration chimique associée à un anti androgène, 3,125% des patients ont reçu une castration chimique seule.

Ces résultats nettement supérieurs à ceux de **Tengue K et al. [11]** : 46,1% de ces patients avaient subi une pulpectomie associée à un anti androgène, 34,5% une pulpectomie seule, 3% une castration chimique associée à un anti androgène.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que : les populations africaines surtout celles du tiers monde ont un pouvoir d'achat bas, et les malades optent le plus souvent pour un traitement à coût moins élevé (castration chirurgicale).

Le traitement chirurgical palliatif était constitué majoritairement d'une RTUP soit 42,95%, supérieur à celui de **Konan PG et al.16% [5]**, et d'un évidement cervico prostatique 21,4% inférieur toujours à **Konan PG et al. 84% [5]**.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Le cancer de la prostate est un problème de santé publique dans les pays développés, chez nous au Mali et plus particulièrement dans le service d'urologie du CHU point G il était de découverte tardive et au stade métastatique. La localisation secondaire prédominante était essentiellement osseuse, le traitement était essentiellement basé sur le blocage androgénique. Le dépistage et la consultation précoce pourraient constituer les meilleurs moyens permettant d'améliorer la survie devant celui-ci.

Recommandations

❖ Aux autorités

- Améliorer les conditions socioéconomiques des populations
- Doter les hôpitaux des plateaux techniques adéquats
- Rendre disponible et accessible certains examens complémentaires comme l'IRM, scintigraphie osseuse et l'échographie + sonde à biopsie
- Subventionner les médicaments

❖ Aux médecins traitants

- Sensibiliser la population vis-à-vis de cette pathologie
- Dépistage précoce de la maladie chez tous les hommes à partir de 50 ans
- Référer les patients à temps vers les spécialistes
- Appliquer les recommandations des sociétés savantes

❖ A la population

- Consulter à temps dès l'apparition des symptômes du bas appareil urinaire.
- Eviter les traitements traditionnels

7. REFERENCES

- 1- **Sylla M.** Cancer de la prostate au service d'urologie du CHU Gabriel Touré : Etude de 1380 pièces d'adénomectomie. Université de Bamako 2020 ; thèse de médecine N 161.
- 2- **Rozet F, Mongiat P, Hennequin C et al.** Recommandations françaises du comité de cancérologie de l'AFU actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate. Progrès urologie 2020 ; 30(12) : 136-251.
- 3- **Oudard S, Velev M, Belhaj Y et al.** Traitement des cancers de la prostate métastatique, des avancées significatives. RevPrat 2018 ; 68(7) :707-12.
- 4- **CHTOUK M.** Prise en charge du cancer de la prostate localement avancé et métastatique. Université CADI AYYAD Marrakech 2016 ; thèse de médecine N 120.
- 5- **Konan PG, Gowe EE, Dekou AH et al.** Cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie du CHU de Cocody. Uro Andro 2015 ; 1(4) : 172-176.
- 6- **Ndiaye M, Ousmane S, Thiam A Et al.** Cancer de la prostate au centre hospitalier universitaire Aristide le Dantec de Dakar: aspects épidémiologiques sur les cinq dernières. Ann Afr Med 2020 ; 14(1) : 4004-4006.
- 7- **Ameur A, Touiti D, Mostarchid B et al.** Métastases cérébrales d'un cancer de la prostate : régression sous traitement hormonal. Prog Urol 2001 ;11 :1298-1301.
- 8- **Abdessamad A.** Caractéristiques cliniques et pronostic du cancer métastatique de la prostate (à propos de 52 cas). Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Fès 2017 ; thèse de médecine N 172.
- 9- **Poirier J.** L'hypertrophie bénigne de la prostate et son traitement médicamenteux. 2009 [cité 11 juillet 2014]. Disponible sur [nancy.fr/doc/num/SCDPHA – t – 2009 – Poirier – Josephine.PDF](http://nancy.fr/doc/num/SCDPHA-t-2009-Poirier-Josephine.PDF).
- 10- **Mistry K, Cable G.** Meta- analysis of prostate specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. The Journal of the American Family Practice 2003; 16(2): 95-101.
- 11- **Tengue K, Kpatcha M, Botcho G et al.** Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. African journal of urology 2016 ; 22(2) : 76 – 82.

- 12- **Belkhaima M.** Profil épidémiologique clinique et thérapeutique du cancer de la prostate au CHU Mohamed VI (étude rétrospective à propos de 159 cas). Université Cadi AYYAD Marrakech 2007 ; thèse de médecine N 27.
- 13- **Souille M, Benzeboc P, Cornud F et al.** Cancer de la prostate. Prog Urol 2007 ; 17(1) : 1159 – 1230.
- 14- **Diakité M, Kasougué A, Coulibaly B et al.** Taux de PSA et Pathologies Prostatiques : une Analyse Histopathologique de 250 pièces. The Journal of Medicine and Health Sciences 2019 ;20 (5) :23-26.

ANNEXES

Fiche d'enquête :

IDENTITE

Nom.....Prénom.....

.....

Age..... Situation matrimoniale : Marié célibataire

Divorcé Veuf Nombre d'enfant :..... Profession :.....

Adresse :

II) MOTIF DE CONSULTATION

II.1 TROUBLES MICTIONNELS :

Non

Oui

II. 1.1 Signes obstructifs :

non

Oui

RAUV ou RCUV

Dysurie

II.1.2 Signes irritatifs :

non

Oui

Pollakiurie

Brulures mictionnelles

II.2 SYNDROME DOULOUREUX :

non

Oui

II.3 TROUBLES DES URINES :

non

Oui

II.3.1 Hématurie :

non

Oui

II.4 ALTERATION ETAT GENERAL :

non

Oui

II.5 Œdème de compression :

non

Oui

II.6 Insuffisance rénal obstructive :

non

Oui

II.7 ELEVATION PSA :

non

Oui

III ATCD

III.1 ATCD personnels : HTA

diabète

prostatectomie radicale

III.2 ATCD familiaux

Nombre d'enfant :

ATCD familiaux de cancer :

non

Oui

IV SIGNES GENERAUX

Etat général :

Bon

assez bon

mauvais

Autres

V SIGNES PHYSIQUES

Prostate augmentée de taille, dure, nodulaire

oui

Non

Prostate augmentée de taille, consistance ferme, surface lisse contour, régulier indolore

Fiche signalétique

NOM : MBAMBA OMAM

PRENOM : FRANCK MERLIN

E-MAIL : MBAMBAOMAMFRANCK@gmail.com

TEL : (+223)74335169

TITRE : Cancer métastatique de la prostate hormono naïf : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans le service d'urologie du CHU point G.

Année universitaire : 2020-2021

Pays d'origine : Cameroun

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Urologie Point G Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'odontostomatologie du Mali B.P 1805

Résumé :

Notre étude a porté sur : Etude rétrospective

Elle a permis d'établir :

- La prévalence du cancer de la prostate métastatique dans le service d'urologie CHU point G était 43,42%
- L'âge moyen de nos patients était de 71,15% ans avec des extrêmes allant de 54 à 87 ans
- La profession la plus représentée était les fonctionnaires soit 33,3%
- Le motif de consultation le plus représenté était la douleur osseuse soit 54,5%
- L'HTA était l'ATCD médical le plus représenté soit 72,8%
- Le signe physique le plus représenté était : prostate augmentée de volume, dure, nodulaire et indolore soit 84,8%
- Un taux d'Hb compris entre 8 et 10 était le plus représenté soit 42,4%
- L'ECBU était stérile chez 72,7% des patients
- L'échographie de l'arbre urinaire avait été réalisée chez 93,9% des patients
- La prostate à l'échographie de l'arbre urinaire avait un parenchyme hétérogène soit 83,9%
- La TDM thoraco abdominopelvienne avait été réalisée chez tous les malades
- Les métastases osseuses étaient les plus représentées à la TDM soit 60,06%
- Le groupe pronostic de la classification ISUP le plus représenté était le groupe 3 soit 51,5%
- Le traitement palliatif avait été fait chez 97% des patients
- La suppression androgénique la plus représentée était la castration chirurgicale associée à un anti androgène soit 53,1%
- Le Bicalutamide était la molécule anti androgène la plus représentée soit 73,91%
- Le traitement chirurgical palliatif le plus représenté était RTUP soit 42,9%
- Le traitement médical adjuvant le plus représenté était les antalgiques soit 100%

Mots clés : cancer, prostate, adénocarcinome, métastatique.