



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

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire 2021 - 2022

Mémoire N° :/.....

MEMOIRE

**Cancer de la prostate : modification clinique,
biologique et de qualité de vie après castration au
CHU Point-G**

Présenté et soutenu le 06/01/2023 devant la Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie par :

M. NIASAN NOGMIS Kevin Junior

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

JURY

Président : **Pr. Mamadou Lamine DIAKITE**
Membres : **Pr. DIARRA Alkadri**
Pr. COULIBALY Mamadou Tidiani
Pr. KASSOGUE Amadou
Pr. DIALLO Moussa Salif
Directeur : **Pr. BERTHE Honoré Jean Gabriel**

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

Au Dieu tout puissant, Seigneur Jésus tu as été avec moi depuis le début de cette formation et c'est par ta grâce que nous arrivons à la fin. Ta main me conduit et ta droite me saisit. Merci pour ta bonté et ton amour éternel

A mes parents NIASAN Moïse et NOGMIS Aline Aurèlie

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné durant ces longues années d'étude. J'espère être à la hauteur de vos attentes, que Dieu vous bénisse

À mes frères et sœurs, merci pour les encouragements, l'amour, l'entraide et la solidarité que vous avez toujours su cultiver au sein de la famille.

Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver tous ici l'expression de ma très profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres : Pr Aly D. TEMBELY, Pr Zanafon OUATTARA, Pr Mamadou L. DIAKITE, Pr Honoré J.G BERTHE, Pr Mamadou T. COULIBALY, Pr Amadou KASSOGUE, Pr Alkadri DIARRA, Pr Moussa S. DIALLO, Dr Aïssata SAMASSEKOU, Dr BADIAGA Cheihkna

Chers maîtres, nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements, vos conseils de tous les jours, votre constante disponibilité, votre facilité d'abord. En témoignage de mon respect et de ma grande affection. Que Dieu vous accorde longue vie pour l'intérêt de l'humanité.

A mes aînés Dr COULIBALY Lahassana, Dr GUISSSE Souleymane, Dr ADOUMADJI Kouldjim :
Cher aînés vous m'avez tenu la main alors que je n'avais jamais fait de service de chirurgie. Vous avez fait preuve d'amour, de patience et de bienveillance envers moi. Recevez ma reconnaissance

A mes aînés Dr ZIBI Francky, Dr OMAM Merlin, Dr MEUKE François : merci pour le soutien et l'encadrement.

Aux groupe 4 des DES (Dr TRAORE Mahamadou, Dr SISSOKO Bilaly, Dr KAMISSOKO Ichaka, Dr CISSE Drissa, Dr COULIBALY Seydou, Dr COULIBALY Mamadou) On a passé une formidable année ensemble. Merci pour vos conseils, votre humilité et votre sens de solidarité. Bonne suite à vous les gars. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Dr TSAYEM Aristo : merci pour ton aide et ton implication dans la réalisation de ce mémoire malgré la préparation des examens. Mille MERCI !

Aux Dr GAPINGSI SADO Christian et Dr NGASSOP Cédric : vous êtes des amis et grands frères qui me tiennent la main depuis 13 ans aujourd'hui. Merci pour votre franche amitié et vos précieux conseils, que y Dieu maintienne sa main.

A mes promotionnaires : Dr MARIKO Moulaye, Dr DOUMBIA Youssouf, Dr NIANGALY Laya, Dr TOURE Soya : merci pour la collaboration et j'espère qu'elle durera le plus longtemps possibles.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A tous les DES d'urologie pour la bonne collaboration dans le service au quotidien.

A tout le personnel des services d'urologie du CHU Point G et Gabriel TOURE, merci pour votre collaboration tout au long de cette formation.

A l'AEESCM et tous les camerounais au Mali

A tous les Urologues du Mali.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Pr DIAKITE Mamadou Lamine

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point-G ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS ;**
- **Responsable d'enseignement d'urologie à la FMOS**
- **Directeur d'études du DES d'Urologie ;**
- **Chef de service d'urologie du CHU du Point G**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU-MALI).**

Cher Maître.

Nous sommes très sensibles et reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaine et intellectuelle, votre générosité, votre disponibilité, votre humilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité et vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre.

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

.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A notre Maître et Juge

A notre maître et juge : Pr Alkadri DIARRA

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Mère-Enfant Le Luxembourg ;**
- **Maitre de conférences agrégé en Urologie à la FMOS ;**
- **Chef de service d’Urologie du CHU Mère-Enfant Le Luxembourg ;**
- **Vice-président de l’Ordre National des Médecins du Mali.**
- **Membre de l’Association Malienne d’Urologie (AMU-MALI).**

Cher maître,

Cher maître, nous sommes très sensibles à l’honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Votre rigueur scientifique, votre gout du travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l’urologie. Nous vous prions d’accepter l’expression de nos sincères remerciements.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A notre Maître et Juge

A notre maître et juge : Pr KASSOGUÉ Amadou

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Bocar Sidi Sall de Kati ;**
- **Maitre de conférences en Urologie à la FMOS ;**
- **Chef de service d’Urologie du CHU Bocar Sidi Sall de Kati ;**
- **Trésorier de l’Association Malienne d’Urologie (AMU-MALI).**

Cher maître,

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos énormes occupations. Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait et la clarté de votre enseignement.

Veillez accepter cher maître, l’expression de notre sincère admiration et de notre profonde reconnaissance.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A notre Maître et Juge

A notre maître et juge : Pr COULIBALY Mamadou Tidiani

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Maitre de conférences en Urologie à la FMOS ;**
- **Chef de service d’Urologie au CHU Gabriel TOURÉ ;**
- **Membre de l’Association Malienne d’Urologie (AMU-MALI).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos énormes occupations. Votre simplicité, votre disponibilité font de vous un homme aux qualités humaines exceptionnelles.

Veillez accepter cher maître, l’expression de notre sincère admiration et de notre profonde reconnaissance.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A notre Maître et Juge

Pr DIALLO Moussa Salif

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Bocar Sidi Sall de Kati ;**
- **Maître de conférences en Urologie à la FMOS ;**
- **Médecin Militaire et Ancien interne des Hôpitaux ;**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU-MALI).**

Cher maître,

Nous avons beaucoup apprécié votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait.

Nous vous prions d'accepter nos sincères reconnaissances et notre profond respect.

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

A notre Maître et Directeur de mémoire

Pr BERTHE Honore Jean Gabriel

- **Chirurgien Urologue ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point-G ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS ;**
- **Coordinateur du DES d'Urologie ;**
- **Secrétaire général de l'Association Malienne d'Urologie (AMU-MALI).**

Cher maitre,

Nous garderons de vous l'image d'un homme respectueux, courageux et modeste. Pendant notre séjour dans le service, nous avons été émerveillé par votre façon de travailler, vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. Nous sommes très sensibles et reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre ardent désir à transmettre aux autres vos larges connaissances et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

ASP	: Abdomen Sans Préparation
CHU	: Centre hospitalo-Universitaire
CIVD	: Coagulation Intra Veineuse Disséminée
CaP	: Cancer de la prostate
Cm	: Centimètre
DHT	: Dihydrotestostérone
DES	: Diplôme d'étude spécial
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
HBP	: Hypertrophie Bénigne Prostatique
ISUP	: International Society of Urological pathology
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
NFS	: Numération Formule Sanguine
Ng	: Nano gramme
TDM	: Tomodensitométrie
OMI	: Œdème des Membres Inférieurs
PAP	: Phosphatase Acide de la Prostate
PSA	: Prostatic-Spécific-Antigen
RAU	: Rétention Aiguë d'Urines
UCR	: Uréthro-Cystographie Rétrograde
UIV	: Urographie Intraveineuse
TR	: Touché rectale
TUBA	: Trouble Urinaire du Bas Appareil

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste de figure

Figure 1 : Courbe de survie globale.....	22
Figure 2 : Courbe de l'évolution moyenne du TPSA (ng/ml)	23
Figure 3 : Courbe de l'évolution moyenne de la testostéronémie (nmol/ml).....	23

Liste de tableaux

Tableau I : Répartition des patients.....	6
Tableau II : Répartition des patients selon les motifs de consultation	6
Tableau III : Répartition des patients selon la durée des troubles.....	7
Tableau IV : Répartition des patients selon leur antécédents.....	7
Tableau V : Répartition des patients aspect de la prostate au toucher rectal.....	8
Tableau VI : Répartition des patients Aspect échographique de la prostate.....	8
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du taux de PSA.....	8
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie	9
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé.....	9
Tableau X : Répartition des patients en fonction du score de Gleason	10
Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la classification TNM.....	10
Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la précision des métastases.....	11
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS.....	11
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'état physique.....	11
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie.	12
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 1 mois après castration.....	12
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de l'aspect de la prostate au toucher rectal à 1 mois après castration	13
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la créatinémie 1 mois après castration	13
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 1 mois après castration.....	13

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé (si anormal) à 1 mois après castration.....	14
Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 1 mois après castration.....	14
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 1 mois après castration.....	15
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 1 mois après castration.....	15
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 3 mois après castration.....	16
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'aspect échographique de la prostate à 3 mois après castration	16
Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de la PSA à 3 mois post-castration.....	17
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 3 mois post-castration.....	17
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 3 mois après castration. .	17
Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 3 mois après castration.....	18
Tableau XXX : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 3 mois après castration.....	18
Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 3 mois après castration.....	18
Tableau XXXII : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 6 mois après castration.....	19
Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction de l'échogénicité à 6 mois après castration.....	20
Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction de la PSA à 6 mois après castration...	20
Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 6 mois après castration.....	20
Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 6 mois après castration. .	21
Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 6 mois après castration.	21
Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 6 mois après castration.....	21

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction de la Qualité de vie à 6 mois après
castration..... 22

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	2
1. Objectif général :	2
2. Objectifs spécifiques :.....	2
METHODOLOGIE.....	3
1. Cadre d'étude.....	3
2. Type et période d'étude :.....	4
3. Population de l'étude.....	4
4. Paramètres étudiés	4
5. Saisie et l'exploitation des données :.....	5
6. Considérations éthiques.....	5
RESULTATS	6
1. Données socio démographiques	6
2. Données cliniques	6
3. Données paracliniques	8
4. Données cliniques 1 mois après castration :.....	12
5. Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 3 mois après castration	16
6. Données cliniques 6 mois après castration :.....	19
COMMENTAIRE ET DISCUSSION	24
1. Méthodologie.....	24
2. Résultats généraux.....	25
2.1. Données sociodémographiques.....	25
2.2. Données spécifiques	26
2.3. Données cliniques avant la castration :	27
2.4. Données paracliniques avant la castration :.....	28
2.5. Données cliniques et paracliniques après castration	30
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	34
Conclusion	34
Recommandations.....	35
RÉFÉRENCES	36
ANNEXES	38

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate (Cap) est une prolifération maligne primitive des cellules prostatiques, Il est dit métastatique lorsque les cellules tumorales atteignent d'autres organes à distance **[1,2]**. C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans avec 1,6 millions de cas par an dans le monde **[3]**, c'est la 3^{ème} cause de mortalité par cancer chez l'homme avec 366.000 décès par an **[4]**.

Au CHU du point G en 2014, 72% des cas étaient diagnostiqués tardivement **[5]**.

Le traitement de 1^{ère} ligne dans cette forme avancée est la suppression androgénique ou hormonothérapie de 1^{ère} génération, en d'autres termes la CASTRATION qui peut être chirurgicale ou chimique. Son objectif est de réduire la testostérone circulante afin de réduire le volume tumoral et/ou guérir le malade ou ralentir l'évolution de la maladie selon l'indication dans laquelle elle est utilisée **[2,6]**.

Elle a 3 indications principales : à but curatif lorsqu'elle est associée à la radiothérapie dans les Cap localisé (intermédiaire défavorable, haut risque et très haut risque) ; à but palliatif dans les Cap métastatiques et en cas de récurrence locale post HIFU (Ultrasons focalisés de haute intensité) ou RTE (radiothérapie externe) **[1,3,7]**. Malheureusement pour les patients qui subissent une castration, leur vie n'est plus la même. **[8]**.

Dans notre contexte nous rencontrons plusieurs freins à la prise en charge : Conceptions socio-familiales autour du cancer de prostate ; Difficulté d'accès aux nouvelles hormonothérapies ; La faible contribution de la radiothérapie prostatique. C'est l'absence d'étude sur le suivi de ses patients au Mali, qui a motivé la réalisation de ce travail qui s'intitule : Cancer de prostate : modification cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration.

Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les modifications cliniques, biologiques et la qualité de vie après castration.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les aspects cliniques et paracliniques du cancer de la prostate ;
- Evaluer l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie des patients ;
- Parler de la thérapeutique actuelle du cancer de la prostate, surtout la place de la castration ;
- Discuter des éléments de suivi après castration.

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Le service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G nous a servi de cadre d'étude.

Il est situé en plein centre du CHU, entre les services d'Anesthésie-Réanimation-bloc opératoire, Gynéco-Obstétrique, Cardiologie B, Oncologie-Hématologie et Anatomopathologie.

A ce jour le service dispose de 19 salles d'hospitalisations avec 40 lits d'hospitalisations. Son personnel est constitué de quatre urologues, d'un infirmier major, de deux infirmiers diplômés d'état, de deux assistants infirmiers et de deux aides-soignantes.

Les patients sont reçus en consultation quatre (4) jours par semaine (lundi, mardi, mercredi et jeudi).

Les soins à prodiguer aux malades hospitalisés sont décidés lors de la visite quotidienne tous les matins à partir de 9 heures ;

Les interventions chirurgicales sont réalisées quatre (4) jours par semaine (lundi, mardi, mercredi et jeudi) et le programme opératoire est élaboré après staff de programmation chaque jeudi.

Les patients à opérer sont hospitalisés la veille pour préparer le malade à l'intervention.

Les gardes sont effectuées par les urologues, les urologues en formation (DES), les thésards du service et les infirmiers.

2. Type et période d'étude :

Il s'est agi d'une étude prospective sur les patients vus en consultation externe dans ledit service sur une période de 12 mois allant du 01 janvier au 31 décembre 2020 dans le service d'urologie du CHU Point-G.

3. Population de l'étude

Notre population a été constituée de l'ensemble des patients vus en urologie au CHU du Point-G durant la période d'étude dont leur cancer a été confirmé par l'examen anatomopathologique et ayant un dossier médical exploitable.

Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les patients présentant un cancer de la prostate diagnostiqué dans le service avec un dossier médical

Critère de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les patients présentant un cancer de la prostate diagnostiqué, non pris en charge dans le service orientés et/ou transférés vers d'autres structures

4. Paramètres étudiés

- Aspects socio-démographiques
- Les aspects cliniques et biologiques.
- Les aspects thérapeutiques et la qualité de vie.
- Le suivi après castration (Deux types de castration ont été réalisés : la pulpectomie et l'utilisation des analogues de le LH-RH et avons considérés leur effet comme similaire)

Collecte de données

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête à partir :

- Des dossiers médicaux et du cahier de compte rendu opératoire

5. Saisie et l'exploitation des données :

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel SPSS version 22.0. La mise en tableaux a été faite à l'aide Microsoft Office Excel 2016. Le traitement de texte a été réalisé sur Microsoft Office Word 2016.

Pour ce faire, nous avons utilisé les supports ci-après : les fiches (dossiers) de consultation externe.

6. Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé des patients a été obtenu et les informations recueillis ont été confidentielle.

RESULTATS

1. Données socio démographiques

Tableau I : Répartition des patients selon les données socio démographiques

Données socio démographique		Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge en année	< 60	1	3,1
	60 – 69	10	31,3
	70 – 79	14	43,8
	> 79	7	21,9
Régime matrimonial	Monogame	15	46,9
	Polygame	17	53,1
Niveau d'éducation	Non scolarisé	16	50,0
	Primaire	3	9,4
	Secondaire	4	12,5
	Supérieur	9	28,1
Activité professionnelle	Fonctionnaire	11	34,4
	Secteur libéral	11	34,4
	Secteur rural	10	31,3

La moyenne d'âge de nos patients a été de $72 \pm 7,776$ ans avec des extrêmes de 56 et 89 ans. Tous nos patients avaient un statut marital de mariés pour 53,1% de polygame. Plus de la moitié d'entre eux n'avait pas été scolarisée.

2. Données cliniques

Tableau II : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
TUBA	17	53,1
Rétention aiguë d'urine	10	31,3
Douleurs	3	9,4
Hématurie	1	3,1
Autre	1	3,1
Total	32	100,0

La majorité de nos patients soit 53% ont présenté comme motif de consultation les troubles urinaires à type de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et de dysurie et 31% avaient vécu un épisode de rétention aiguë d'urines

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau III : Répartition des patients selon la durée des troubles

Durée des troubles en mois	Effectif	Pourcentage
2 – 8	13	40,6
9 – 15	13	40,6
16 – 22	1	3,1
23 – 29	4	12,6
30 – 36	1	3,1
Total	32	100,0

La durée des troubles a été de 2 à 15 mois dans 81,2% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon leur antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage	
Urologiques	Bilharziose urinaire	25	78,1
	IST	5	15,6
	Autres	2	6,3
Médicaux	HTA	7	21,9
	Diabète	5	15,6
	UGD	4	12,5
	Aucun	16	50,0
Chirurgicaux	Hernie inguinale	8	25,1
	ATVP	5	15,6
	RTUP	3	9,4
	Cataracte	1	3,1
	Non documenté	1	3,1
	Aucun	14	43,8

Les antécédents de bilharziose ont été retrouvés chez 78,1% et d'IST chez 15,6% des patients. Un antécédent chirurgical a été retrouvé chez 56,2% des patients.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau V : Répartition des patients selon « l'aspect de la prostate au toucher rectal »

Aspect de la prostate au toucher rectal	Effectif	Pourcentage
Suspect de cancer de la prostate	16	50,0
Normal	16	50,0
Total	32	100,0

Les signes typiques au toucher rectal en faveur d'un cancer de la prostate à savoir : la prostate nodulaire, de dureté pierreuse, de contours mal définis, douloureuse, ont été retrouvés chez la moitié des malades soit 50%.

3. Données paracliniques

Échographique

Tableau VI : Répartition des patients selon « Aspect échographique de la prostate »

Aspect de la prostate à l'échographie	Effectif	Pourcentage
Homogène	13	41,0
Hétérogène multinodulaires	17	53,0
Nodule sur un lobe	2	6,0
Total	32	100,0

La prostate était hétérogène multinodulaire chez 53% des patients

Biologie

La créatinémie a été normale chez 62 % des patients.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du taux de PSA

Taux de PSA en ng/ml	Effectif	Pourcentage (%)
< 50	2	6,0
50 - 100	10	31,0
100 - 500	9	28,0
500 - 1000	2	6,0
> 1000	9	28,0
Total	32	100,0

Le taux moyen a été de $729 \pm 1020,87$ ng/ml avec des extrêmes et 18,80 et 4655,98 ng/ml

Tous nos malades ont un taux de PSA supérieur à la norme – 4 ng/ml. La majorité 31%, a un taux compris entre 50 et 100 ng/ml. Les taux les plus élevés, supérieurs à 1000 ng/ml ont été observés chez 28% des malades.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie

Testostéronémie en nmol/ml	Effectif	Pourcentage (%)
< 0,5	8	25,0
0,5 - 1	0	00,0
1 - 4	5	15,6
4 - 10	3	9,4
> 10	16	50,0
Total	32	100,0

La testostéronémie moyenne a été de $7,52 \pm 6,01$ nmol/ml avec des extrêmes de 0,06 et 14,71 nmol/ml

La testostéronémie était supérieure à 1 nmol/ml chez la majorité des patients soit dans 75% des cas.

Examen cytobactériologique des urines (ECBU) :

Les examens d'urines ont été réalisés chez 25 patients soit 78%.

Des germes ont été retrouvés chez 14 patients soit 44%.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé

Germes	Effectif	Pourcentage
<i>Escherichia Coli</i>	9	36,0
<i>Klebsiella Oxytoca</i>	2	8,0
<i>Klebsiella Pneumoniae</i>	1	4,0
<i>Enterococcus</i>	1	4,0
<i>Staphylococcus Aureus</i>	1	4,0
Sans germe	11	44,0
Total	25	100,0

Avec 36% des cas, *E. Coli* a été le germe le plus retrouvé.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Histologie

L'adénocarcinome était retrouvé chez tous les patients.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du score de Gleason

Score de Gleason	Effectif	Pourcentage (%)
6(3+3)	4	12,5
7(3+4)	5	15,6
7(4+3)	11	34,4
8(4+4)	8	25,0
9(4+5)	1	3,1
9(5+4)	3	9,3
Total	32	99,9

Le score de Gleason, élément pronostique important était à 7(4+3) chez 11 malades soit 34% des patients.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la classification TNM 2016

TNM	Effectif	Pourcentage
T (4)	32	100,0
N	11	34,0
M (1)	21	66,0
	32	100,0

Le cancer a été classé T4 chez l'ensemble des malades.

L'atteinte ganglionnaire a été présente chez 66% des malades.

La métastase a été retrouvée chez tous les malades.

Légende :

- Tumeur (T)
- Node (N)
- Métastases (M)

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la précision des métastases.

Sites des métastases	Effectif	Pourcentage
Os	14	66,66
Poumons	5	23,8
Autres	2	9,52
Total	21	99,99

Les métastases ont été osseuses chez 14 malades soit 66,66% des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS.

Indice de performance OMS	Effectif	Pourcentage	Cumule
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	15	46,9	46,9
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	7	21,9	
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	2	6,3	53,1
3 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence	8	25,0	
Total	32	100,0	

Dans notre étude, 47% des patients ont été capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction. Et 53% avaient un handicap.

Qualité de vie selon les critères EORTC QLQ-C30

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'état physique.

Etat physique	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
1 Très mauvais	2	6,0	
2 Mauvais	6	19,0	63,0
3 Passable	4	19,0	
4 Assez bien	8	25,0	
5 Bien	7	22,0	
6 Très bien	3	9,0	37,0
7 Excellent	2	6,0	
Total	32	100,0	

Les données du tableau montrent que dès le départ les malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués (63% de mauvais état physique.)

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie.

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
1 Très mauvaise	2	6,0	
2 Mauvaise	1	3,0	56,0
3 Passable	9	28,0	
4 Assez bien	6	19,0	
5 Bonne	6	19,0	
6 Très bonne	6	19,0	44,0
7 Excellente	2	6,0	
Total	32	100,0	

L'étude de la qualité de vie est conforme à celle de l'état physique car 56% des malades déclarent avoir une mauvaise qualité de vie.

4. Données cliniques 1 mois après castration :

À 1 mois post-castration nous avons enregistré :

- Perdus de vue = 16
- Décédés = 4
- Effectif étudié = 12

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 1 mois après castration.

Plaintes	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement	2	16,7
Douleurs pelviennes	2	16,7
TUBA	2	16,7
Hématurie	1	8,3
Autres	1	8,3
Aucune	4	33,3
Total	12	100,0

Dans notre étude, 33,3% des patients n'avaient aucune plainte un mois après la castration. Deux malades soit 16,7% avaient un trouble du bas appareil urinaire.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 1 mois après castration

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de l'aspect de la prostate au toucher rectal à 1 mois après castration

Présence des nodules	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	7	58,0
Non	5	42,0
Total	12	100,0

La prostate était nodulaire chez 58% des patients

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du PSA 1 mois après castration

Taux de PSA en ng/ml	Effectif	Pourcentage (%)
< 50	4	33,0
50 - 100	2	17,0
100 - 500	4	33,0
500 - 1 000	1	8,0
> 1 000	1	8,0
Total	12	100,0

Le taux de PSA moyen a été de $334,9 \pm 658,80$ ng/ml avec des extrêmes de 1,00 et 2343,80ng/ml. Le PSA était supérieur à 100 ng/ml chez environ 49% des patients.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 1 mois après castration

Testostéronémie en nmol/ml	Effectif	Pourcentage
< 0,5	8	67,0
0,5 - 1	2	17,0
1 - 4	2	17,0
4 - 10	0	0,0
> 10	0	0,0
Total	12	100,0

La testostéronémie moyenne a été de $0,47 \pm 0,48$ nmol/ml avec des extrêmes de 0,02 et 1,40 nmol/ml. La testostéronémie était inférieure à 1 nmol/ml chez 83% des patients.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Examen cyto bactériologique des Urines (ECBU) :

Les examens d'urines ont été réalisés par 8 des patients soit 67%.

Des germes ont été retrouvés chez 2 patients soit 17%.

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé (si anormal) à 1 mois après castration.

Germe retrouvé (si anormal)	Effectif	Pourcentage
Escherichia Coli	1	50,0
Klebsiella Oxytoca	1	50,0
Total	2	100,0

Deux germes ont été retrouvés chez 2 patients dont E.Coli pour l'un et Klebsciella Oxytoca pour l'autre à 1 mois après la castration

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 1 mois après castration.

Indice de performance OMS	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	5	41,7	42,0
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	3	25,0	
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	3	25,0	58,0
3 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence	1	8,3	
Total	12	100,0	

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Qualité de vie selon les critères EORTC QLQ-C30

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 1 mois après castration.

Etat physique	Effectif	Pourcentage
1 Très mauvais	1	
2 Mauvais	1	50,0
3 Passable	2	
4 Assez bien	2	
5 Bien	2	
6 Très bien	3	50,0
7 Excellent	1	
Total	12	100,0

Les données du tableau montrent que dès le départ les malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués 50% de mauvais état physique.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 1 mois après castration.

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
2 Mauvais	1	8,0	
4 Assez bonne	4	33,0	49,0
5 Bonne	1	8,0	
6 Très bonne	4	33,0	51,0
7 Excellente	2	17,0	
Total	12	100,0	

L'étude de la qualité de vie est peu différente de celle de l'état physique car 49% des malades ont déclaré une mauvaise qualité de vie.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

5. Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 3 mois après castration (N = 6)

À 3 mois post-castration nous avons enregistré :

- Perdus de vue = 17
- Décédés = 9
- Effectif étudié = 6

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 3 mois après castration.

Plaintes fonctionnelles	Effectif	Pourcentage
TUBA	2	33,3
Douleur pelvienne	1	16,7
Autres	2	33,3
Aucune	1	16,7
Total	6	100,0

Parmi les patients 33 % présentaient les troubles urinaires du bas appareil et 17% de douleur pelvienne.

Données paracliniques à 3 mois après castration

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'aspect échographique de la prostate à 3 mois après castration

Échographique de la prostate à 3 mois	Effectif	Pourcentage
Homogène	5	83,3
Hétérogène multinodulaires	1	16,7
Total	6	100,0

La prostate était hétérogène et multinodulaire chez 16,7% des patients

La prostate est restée hétérogène et multi- nodulaire à l'échographie chez 17% des patients. Environ 83% des malades examinés soit 5 malades ne présentaient plus de nodules prostatiques à l'échographie.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de la PSA à 3 mois post-castration.

Taux de PSA en ng/ml	Effectif	Pourcentage
< 50	3	50,0
50 - 100	0	0,0
100 - 500	2	33,3
500 - 1000	1	16,7
> 1000	0	0,0
Total	6	100,0

Le taux de PSA moyen a été de $209,99 \pm 353,36$ ng/ml avec des extrêmes de 1,66 et 912,68 ng/ml. Le PSA a été ≤ 50 ng /ml chez 50% des patients

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 3 mois post-castration.

Testostéronémie en nmol/ml	Effectif	Pourcentage
< 0,5	4	67,0
0,5 - 1	0	0,0
1 - 4	2	33,0
4 - 10	0	0,0
> 10	0	0,0
Total	6	100,0

La testostéronémie moyenne a été de $0,69 \pm 0,84$ nmol/ml avec des extrêmes de 0,12 et 1,86 nmol/ml. La testostéronémie était < 1 nmol/l chez 67% des patients.

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 3 mois après castration.

ECBU	Effectif	Pourcentage
Non fait	3	50,0
Normale	3	50,0
Total	6	100,0

La moitié des malades soit 3 ont réalisé un examen d'urine qui est revenu normal.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Indicateurs de la qualité de vie de nos patients à 3 mois après castration

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 3 mois après castration.

Indice de performance OMS		Effectif	Pourcentage	Cumule
0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	2	33,3	33,3
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	2	33,3	66,6
2	Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	2	33,3	
Total		6	99,9	

Tableau XXX : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 3 mois après castration.

Etat physique		Effectif	Pourcentage
3	Passable	1	50,0
4	Assez bien	2	
6	Très bien	2	50,0
7	Excellent	1	
Total		6	100,0

Les données du tableau montrent qu'à 3 mois la moitié des malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués (50% de mauvais état physique.)

Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 3 mois après castration.

Qualité de vie		Effectif	Pourcentage
2	Mauvaise	1	33,3
4	Assez bonne	1	
5	Bonne	2	66,7
6	Très bonne	1	
7	Excellente	1	
Total		6	100,0

L'étude de la qualité de vie est peu différente de celle de l'état physique car 34% des malades ont déclaré avoir une mauvaise qualité de vie.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

6. Données cliniques 6 mois après castration :

À 6 mois post-castration nous avons enregistré :

Perdus de vue = 15

Décédés = 14

Effectif étudié = 3

Tableau XXXII : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 6 mois après castration.

Plaintes	Effectif	Pourcentage
TUBA	1	33,3
Amaigrissement	1	33,3
AEG	1	33,3
Total	3	99,9

Dans notre étude, 33,3% des patients présentaient un amaigrissement et 33,3% un trouble du bas appareil urinaire.

A 6 mois après castration seuls 3 malades ont survécu. Bien que nous ayons élaboré des Figures et Tableaux. Concernant tous les indicateurs nous estimons que nos résultats auraient été plus fiables si nos 32 malades avaient survécu. Néanmoins nous nous intéresserons à quelques indicateurs parmi lesquels ne serait-ce que : le taux de PSA, le Taux de testostéronémie. Force est de constater que le taux de PSA s'est effondré à 60 ng/ml chez tous les 3 malades qui ont survécu à 6 mois. Le taux de testostéronémie est resté aussi bas chez les 3 survivants inférieur 1,8 ng/ml. S'agissant des plaintes fonctionnelles 1 malade sur 3 présentait des troubles urinaires, 1 autre un amaigrissement notoire et le troisième autre signe.

Parmi les 3 malades, 1 était Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction, 1 autre répondait à la mention << Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail >> ; le dernier à la mention << Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps >> un taux de 33% pour chaque malade.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Données paracliniques à 6 mois après castration

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction de l'échogénicité à 6 mois après castration.

Aspect échographique de la prostate	Effectif	Pourcentage
Homogène	2	66,7
Hétérogène multinodulaires	1	33,3
Total	3	100,0

La prostate était homogène chez 67% des patients.

Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction de la PSA à 6 mois après castration.

Taux de PSA en ng/ml	Effectif	Pourcentage
< 50	3	100,0
50 - 100	0	0,0
100 - 500	0	0,0
500 - 1000	0	0,0
> 1000	0	0,0
Total	3	100,0

Le taux de PSA moyen a été $2,52 \pm 3,36$ ng/ml avec des extrêmes de 0,44 et 6,40 ng/ml. Le taux de PSA était normal chez tous les patients.

Tableau XXXV : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 6 mois après castration.

Testostéronémie en nmol/ml	Effectif	Pourcentage
< 0,5	3	100,0
0,5 - 1	0	0,0
1 - 4	0	0,0
4 - 10	0	0,0
> 10	0	0,0
Total	3	100,0

La testostéronémie moyenne a été de $0,09 \pm 0,71$ nmol/ml avec des extrêmes de 0,03 et 0,17 nmol/ml.

La testostéronémie était normale chez tous les patients (n=3).

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 6 mois après castration.

ECBU	Effectif	Pourcentage
Non fait	1	33,3
Normale	2	66,7
Total	3	100,0

ECBU a été réalisé et était revenu normal chez 67% des patients

Indicateurs de la qualité de vie de nos patients à 6 mois après castration

Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 6 mois après castration.

Indice de performance OMS	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	1	33,3	33,3
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	1	33,3	66,7
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	1	33,3	
Total	3	99,9	

Dans notre étude, à 6 mois 33% des patients ont été capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction. Et 66% avaient un handicap.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 6 mois après castration.

Etat physique	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
4 Assez bien	1	33,3	33,3
5 Bien	1	33,3	66,6
7 Excellent	1	33,3	
Total	3	99,9	

Les données du tableau montrent qu'à 6 mois un des malades souffrant du cancer de la prostate est fatigué soit 33% de mauvais état physique.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Qualité de vie

Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction de la Qualité de vie à 6 mois après castration.

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage	Cumule (%)
3 Passable	1	33,3	33,3
5 Bonne	1	33,3	66,6
7 Excellente	1	33,3	
Total	3	99,9	

L'étude de la qualité de vie est conforme à celle de l'état physique car 33% des malades ont déclaré une mauvaise qualité de vie.

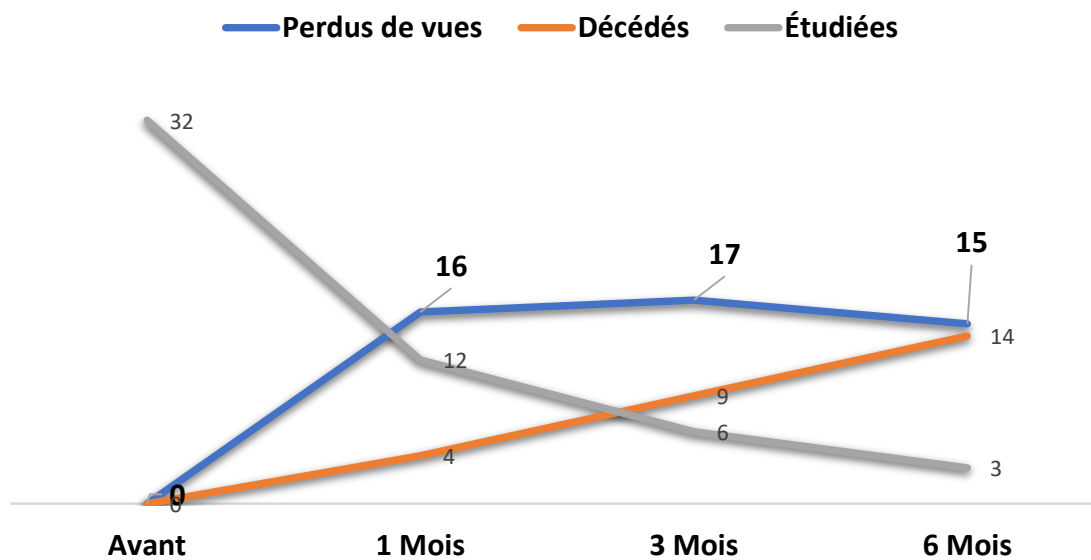


Figure 1 : Courbe de survie globale

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

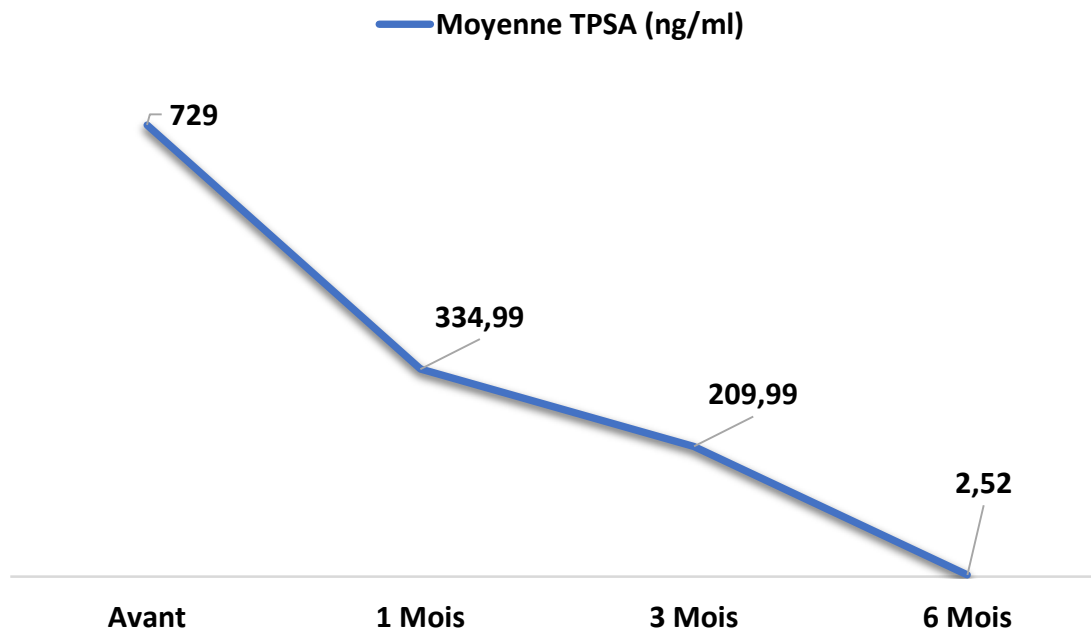


Figure 2 : Courbe de l'évolution moyenne du TPSA (ng/ml)

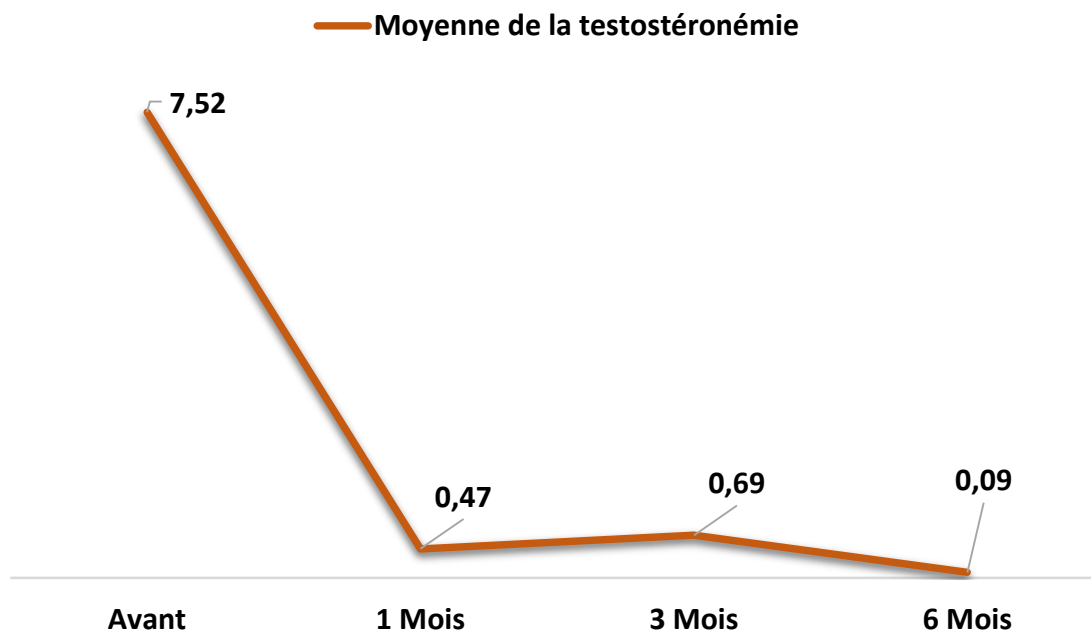


Figure 3 : Courbe de l'évolution moyenne de la testostéronémie (nmol/ml)

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Méthodologie

Nous avons effectué une étude prospective de 12 mois (1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2020) sur le cancer de la prostate à propos de 32 patients qui ont subi une castration au service d'Urologie du CHU du Point-G.

La collecte des données a été effectuée de manière prospective sur les dossiers de consultation et les fiches d'enquêtes.

Tous les patients ont fait l'objet d'une évaluation clinique comportant un toucher rectal ; ils ont également bénéficié d'une échographie rénale et vésico-prostatique, un dosage de la créatininémie, la glycémie à jeun, la numération formule sanguine (NFS), le groupage sanguin (ABO), un bilan lipidique, un dosage du taux de PSA, de la testostéronémie mais aussi l'ECBU.

Les difficultés rencontrées au cours de notre études étaient :

- L'incapacité pour certains patients de réaliser les bilans de contrôles après la castration.
- La perte de vue des patients après la castration.
- La non coopération de certains patients durant l'étude
- Le taux de mortalité élevé qui s'explique beaucoup plus par la présence de comorbidités (syndrome métabolique ++) que par le décès par cancer. Ce qui a fait qu'à 6 mois nous sommes retrouvés avec 3 malades sur les 32 au départ.

A partir de ces constats, nous pouvons déduire que le suivi post-castration de nos patients est difficile parce que la plupart vivent dans les régions du Mali, la sous-région et les conceptions sociales du cancer qui favorisent le repli sur soi.

2. Résultats généraux

2.1. Données sociodémographiques

Tous nos malades ont été du 3^{ème} âge. L'âge moyen a été de $72 \pm 7,776$ ans avec des extrêmes allant de 56 à 89 ans. Ce constat ne diffère pas significativement de ceux de Berthé I [8] et Maïga A [9] au Mali qui ont rapporté respectivement $70,9 \pm 8$ ans et 72,25 ans. Gueye S et al [10] au Sénégal qui ont trouvé 71 ± 9 ans. Ouattara R [11] au Burkina Faso qui a trouvé 70 ans avec comme extrêmes 48 et 90ans.

Les malades de la série de Terrier JE [12] en France étaient relativement jeunes à 58 ± 7 ans. Cette différence d'âge peut s'expliquer par deux facteurs : Les campagnes de sensibilisation du système sanitaire français et le niveau d'instruction de leur pays.

Nos observations confirment que le cancer de la prostate reste une maladie de la personne âgée.

Tous nos malades par ailleurs étaient mariés, avec un régime polygame dans 53,1% des cas et un régime monogame dans 46,9%. Le statut matrimonial n'est peut-être pas en cause. Cependant les maladies de la prostate relevant de la sphère génitale et considérées de ce fait comme des maladies honteuses, d'aucun dans notre contexte aurait tendance à incriminer le degré de l'activité sexuelle dans la genèse des pathologie prostatiques.

En effet il est rapporté dans le 4^{ème} recensement général de la population malienne en 2012 que 50,8% des hommes de 12 ans et plus sont mariés, et que ceci croît avec l'âge. Quant à la polygamie, elle a été observée chez 26,7% des hommes.

2.2. Données spécifiques

Antécédents des malades

La majorité de nos patients (88%) n'avaient pas d'antécédent familial de cancer. Cependant un antécédent familial de cancer de la prostate a été retrouvé chez 6% de nos malades et un antécédent de cancer du sein dans 3% des cas. À ce sujet, l'AFU [13] affirme qu'il existe deux groupes à risque :

- Les patients afro-antillais ;
- Les patients ayant un antécédent familial de cancer de la prostate (le cancer du sein est recherché).

Un antécédent de bilharziose a été observé chez 78,1%. Berthé I [8] a rapporté un taux relativement bas soit 25,2% pour la bilharziose.

Si on sait que le cancer de la prostate et la cystite bilharzienne peuvent partager le même symptôme, à savoir l'hématurie on comprend qu'un cancer de la prostate a pu être pris pour une bilharziose urinaire induisant non seulement une sous-évaluation de la gravité de la situation mais aussi un retard de la prise en charge du cancer de la prostate.

Un antécédent d'adénomectomie transvésicale de la prostate a été retrouvé chez 25,1% des patients et 9,4% ont subi une résection trans-urétrale, soit au total un antécédent d'intervention sur la prostate dans 51,1% des cas.

Ces résultats diffèrent de ceux de Berthé I qui a rapporté que 66,1% des cas n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux et de surcroît, que la cure herniaire occupait la première place ; la hernie inguinale a représenté 22% des cas. Cela dit, avoir subi au paravent une adénomectomie et développer plus tard un cancer de la prostate confirme la dualité de structure de la prostate – l'existence d'une zone transitionnelle, point de part des tumeurs bénignes de la prostate, et

d'une zone périphérique point de départ des tumeurs malignes de la prostate et que par ailleurs adénomectomie n'est pas synonyme de prostatectomie.

2.3. Données cliniques avant la castration :

L'étude des données cliniques nous a montré que le cancer de la prostate dans notre contexte est vu à un stade symptomatique. La symptomatologie clinique est dominée en première position par les troubles au niveau du bas appareil urinaire à savoir les anomalies de la miction (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle, impériosité mictionnelle, incontinence urinaire) dans 53%. Des épisodes de rétention d'urine ont été dénombrés chez 31% des malades. La douleur (osseuse) curieusement n'est présente que chez 9% des malades. L'hématurie était le motif de consultation dans 3% des cas. Ces résultats sont semblables à ceux de Berthé I [8] au mali, Ouattara R [11] au Burkina Faso.

Selon l'HAS, en milieu médical développé (Europe, France par exemple) le cancer de la prostate est généralement asymptomatique et de découverte fortuite [14]. Ceci s'explique par le système de dépistage individuel précoce mis en place dans ces pays. La prévalence de cancer prostatique avancé et symptomatique dans notre contexte s'explique par le fait que les maladies de la sphère génital sont encore considérées comme honteuses d'où la consultation tardive.

Quand bien même l'examen physique reste pauvre en résultats, révélant quelques maladies chroniques (cardio-vasculaires, digestives, pulmonaires, neurologiques), le toucher rectal a permis de retrouver chez la moitié les malades les signes typiques en faveur d'un cancer de la prostate à savoir : la prostate nodulaire, bosselée, de dureté pierreuse, de contours mal définis, douloureuse, parfois à la limite d'un blindage pelvien.

2.4. Données paracliniques avant la castration :

- **Données Biologiques**

Au plan des examens biologiques, la créatinémie était normale chez 62% des patients. Mais ce qui était intéressant était de savoir comment les taux de PSA et testostéronémie se comportaient. Chez tous les malades le taux de PSA dépasse de loin la norme (< 4 ng/ml). Dans la majorité des cas (31%), le taux de PSA oscillait entre 50 et 100 ng/ml, avec des extrêmes compris entre 18,80 et 4655,98 ng/ml. C'est dire que le cancer de la prostate est caractérisé par un taux élevé de PSA.

La testostéronémie n'a été inférieure à 1 nmol/ml que chez 25% des patients avec des extrêmes 0.06 et 14,71 nmol/ml. C'est dire qu'un taux de testostéronémie élevé caractérise le cancer de la prostate dans notre contexte. Cela dit dans la littérature qui nous est accessible nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant conjointement les taux de PSA et de testostéronémie, d'où impossibilité de discuter nos données.

Tous nos malades n'ont pas fait l'ECBU. Raisons invoquées fautes de moyens financiers. Parmi les 78% qui ont réalisé cet examen les urines étaient infectées à *E. Coli* dans 36% des cas.

- **Données radio-échographiques :**

L'aspect échographique de la prostate confirmait les données du toucher rectal— prostate de structure anormale (nodulaire et hétérogène) chez plus de la moitié (59%) les patients aux contours mal définis, l'état de la capsule n'étant pas toujours appréciable envahie, débordée par la tumeur. L'augmentation de la taille et l'hétérogénéité de structure des ganglions témoignaient de leur envahissement chez tous les malades. Les remaniements dus à l'adénectomie

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

rendaient la tâche plus difficile. Quant au poids de la prostate il n'était pas excessif (inférieur à 60 g chez 80%) des malades.

L'examen radiologique a révélé des métastases osseuses chez 66,66% des malades et pulmonaires dans 23,6% des cas.

- **Résultats des examens anatomo-pathologiques**

Le score de Gleason 7(4+3) a été la plus grande échelle observée chez 34 % des malades de notre série. Cela témoigne d'un cancer de la prostate moyennement différencié et agressif. Dans l'étude de Gueye SM et al [10] le score de Gleason est dans la majorité des cas très élevé entre 7 et 10.

- **Stade évolutif du cancer de la prostate**

Dans notre étude, Classification TNM, le stade évolutif de la maladie a été estimé à T4 dans tous les cas ; Cela sous-entend un envahissement des organes adjacents (sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou d'une tumeur fixée. L'atteinte ganglionnaire loco-régionale est N1 chez 66% des malades. Les métastases à distance ont été retrouvées chez l'ensemble des patients.

Au total dans notre contexte la physionomie du cancer de la prostate est un cancer majoritairement avancé ou métastatique.

- **Qualité de vie de nos malades**

L'évaluation de l'indice de performance l'OMS (score IPSS) a révélé que 47% de nos patients avaient conservé une activité identique à celle antérieure à la maladie. Alors que, un handicap a été observé dans 53% des cas, avec 25% de perte de cette capacité. Et diminuée chez 22% des malades.

2.5. Données cliniques et paracliniques après castration

A titre de rappel elles ont été étudiées 1, 3 et 6 mois après castration. Le but était d'évaluer l'impact de la castration sur ces données et voir comment cela se traduirait en termes de qualité de vie. Nous avons connu des contraintes et des handicaps dans cet exercice à savoir :

- À 1 mois nous avons perdu de vue 20 malades si bien que les évaluations ont été réalisées sur 12 malades contre 32 au départ soit 37, %.
- À 3 mois il ne restait que 6 malades
- À 6 mois 3 malades. Néanmoins nous avons su tirer quelques conclusions après l'étude des plaintes fonctionnelles, des changements biologiques, de l'évaluation de l'indice de Performance de l'OMS.

- **Plaintes fonctionnelles**

A juger selon la comparaison des données avant et 1 mois après castration. À un mois, la castration a eu un impact sur les données cliniques puisque seul deux malades soient 16,7% présentent des troubles urinaires contre 53% avant castration.

Seul un malade soit (8,3%) a connu une rétention aigue d'urine un mois après la castration contre 31% avant castration. Le taux des malades ne présentant aucun signe est passé de 3% avant castration à 33 % un mois après ce geste chirurgical. Cependant certaines contre-performances sont à relever un mois après la castration : la présence de douleur, élément fondamental est passée de 9,5% avant la castration à 16,7% après celle-ci. Par ailleurs un nouveau signe est apparu, l'amaigrissement observé chez 2 malades soit 16,7% du total. L'hématurie a perduré.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

En somme :

Les troubles urinaires du bas appareil qui avaient représenté 53% des plaintes, ont diminué à 16,7% des cas du premier mois puis à 33,3% des cas du 3^{ème} mois (2 cas sur 6), ainsi que 33,3% du 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

La rétention aigue d'urine qui a représenté 31% des signes fonctionnels avant castration, n'a été retrouvée par la suite dans la surveillance post-interventionnelle.

D'autres troubles fonctionnels comme la douleur, l'hématurie et amaigrissement ont été moyennement représentés et n'avaient persisté que chez peu de patients parmi ceux qui ont pu être suivis.

Ces observations montrent une amélioration des paramètres cliniques après castration chose qui a été salutaire. Cela s'explique par l'effet castration rendisant l'action néfaste des androgenèses au niveau prostatique.

Cela dit l'aspect de la prostate au toucher rectal a fondamentalement changé un mois après la castration. Les caractéristiques de la prostate (dureté pierreuse, présence de nodules, contours diffus, douleur au TR) ont été mieux mis en exergue, elles n'étaient plus apparentes chez la majorité des malades 58%.

- **Biologie**

Le taux de PSA a été au départ inférieur ou égal à 50 ng/ml chez 6% des patients. On a observé une augmentation de ce taux au 1er mois soit ≤ 50 ng/ml chez 33% des patients, puis au 3ème mois 50% (3 cas sur 6) et 100% ≤ 50 ng/ml au 6ème mois. Nul doute que le taux très élevé de PSA est un indicateur fiable en faveur d'une dégénérescence cancéreuse au niveau de la prostate puisque seule la cellule épithéliale secrète ce marqueur.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

La testostéronémie était inférieure à 1 nmol/ml chez environ 83% des malades ayant pu être suivi au 1^{er} mois, puis 67% des malades au 3^{ème} mois. Elle avait été inférieure à 1 nmol/ml chez tous les malades suivis au 6^{ème} mois.

L'ECBU a été réalisé par 67,3% des malades suivis au 1^{er} mois et au 6^{ème} mois. Par ailleurs, elle l'a été par 50% des suivis du 3^{ème} mois. Cependant, un germe (*E. coli*) n'a été isolé que dans 16,7% des prélèvements du 1^{er} mois.

- **Indice de performance OMS :**

L'évaluation de l'indice de performance de l'OMS a permis de retrouver des changements à différentes périodes après la castration. Ainsi le taux de malades capables d'une activité identique à celle précédant la maladie soit 46,9% des cas avant intervention, est revenu à 41,7% au 1^{er} mois (5 cas sur 12), puis 33,3% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et 33% au 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

Le Taux des malades qui ont une activité physique diminuée mais ambulatoire et capables de mener un travail, (Indice 1) est passé de 21,9% avant castration à 25% au 1^{er} mois après castration (3 cas sur 12), pour devenir 33,3% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et de même au 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

Le taux des malades répondant à l'indice 2 de l'OMS (Ambulatoire et capables de prendre soin de soi, incapables de travailler, alités), qui était de 25% avant castration a stagné à 25% au 1^{er} mois après castration pour monter à 33,3% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et de même (33%) au 6^{ème} mois soit 1 cas sur les 3 malades survivant.

Le dernier Indice (3) « Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise » 50% du temps », vu le petit nombre de malades (n = 3) n'a pas été pris en compte.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Cela dit le fait que le nombre de malades à différents délais varie, situation qui peut influencer la véracité de l'interprétation des résultats, force est de constater que dans l'ensemble les indicateurs de l'indice de performance de l'OMS ont varié après castration certain très positivement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Le cancer de la prostate est une maladie du sujet âgé et le diagnostic est généralement fait tardivement dans notre contexte. La castration permet une amélioration franche de la qualité de vie des malades par le ralentissement de la progression du cancer. Les indicateurs de suivi comme la testostéronémie, le taux de PSA et l'indice de performance de l'OMS sont nécessaires pour une surveillance post castration. La phobie du cancer, le manque de structures d'accompagnement psychologique et la dramatisation sociale autour de ces patients d'un certain âge sont des facteurs qui favorisent le repli sur soi et la perte de vue. La conséquence directe est l'altération de la qualité de vie et l'assombrissement du pronostic vital.

Sur le ring du traitement palliatif, le cancer fini toujours pas gagner mais notre objectif est de faire durer le combat le plus possible et dans dans les meilleures conditions possibles

Recommandations

A la population

- Faire un examen de routine à partir de 50 ans.
- Consulter dès l'apparition des premiers signes (pollakiurie nocturne, dysurie, faiblesse du jet urinaire).
- Ne plus considérer la pathologie urogénitale comme un sujet tabou.

Aux médecins généralistes.

- Sensibiliser les patients à consulter dès l'apparition des premiers signes
- Faire systématiquement le toucher rectal chez tout patient âgé de plus de 50 ans.
- Référer les cas suspects en urologie.

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.

Aux autorités administratives

- Améliorer les conditions d'hygiène surtout au bloc opératoire afin de limiter les infections post-opératoires.
- Former des médecins urologues pour une meilleure couverture sanitaire.
- Faire des campagnes nationales sur le cancer de la prostate.
- Subventionner la prise en charge des cancers
- Redynamiser le registre du cancer.
- Créer des structures de soutien et d'échanges avec les patients en soins palliatifs pour cancer

RÉFÉRENCES

1. **Brassart C, Basson L, Olivier J, Latorzeff I, De Crevoisier R, Lartigau E, Pasquier D.** L'oncologue radiothérapeute, un des acteurs du parcours du patient après cancer. Surveillance après cancer de la prostate. 23(6-7), p565-571.
2. **Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA.** The Epidemiology of Prostate Cancer. Cold Spring Harb Perspect Med. 2018 ; 8(12) : a030361. doi: 10.1101/cshperspect.a030361. PMID: 29311132; PMCID: PMC6280714. p18.
3. **Dolo RA.** Cancer de prostate de découverte fortuite sur 116 pièces d'adénomectomie au CHU Gabriel touré. Thèse Méd Bamako, 2007, M201.
4. Gravis G, Salem N, Walz J : Prise en charge des cancers de la prostate métastatiques hormonosensibles (CPMHS) [Metastatic hormone-sensitive prostate cancer]. Bull Cancer. 2015 Jan;102(1):57-64. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2014.12.003. Epub 2015 Jan 8. PMID: 25609491.
5. **Diakité ML, Traoré CB, Kamaté B, Coulibaly B, Malla B, Tembely A, Kéita M, Samaké MS, Ouattara K.** Prostate cancer in Mali: what about ? CHU Point G. Carcinol Clin Afrique 2014 ; 13 (1) : p1 – 6.
6. **Khoury S.** Anatomie chirurgicale de la prostate. In : l'HBP en question. SCI Ed 1991, PP 23-28.
7. **Rouviere H.** Anatomie humaine descriptive et topographique, P10181071, 1975.
8. **Berthé I.** Evaluation de la qualité de vie des patients après adénomectomie selon le score d'IPSS. Thèse de med Bamako ; 2007, 07M194, p140.
9. **Maïga A.** Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers de la prostate. Thèse de med Bamako ; 2013, 13M254, p83.
10. **Gueye SM, Ouattara A, Niang L, Ndoye M, Jalloh M, Labou M et al.** Cancer de la prostate : quelle prise en charge au Sénégal ? Progrès en urologie. 2013;23(1):36-41.
11. **Ouattara R.** Cancer de la prostate : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques au CHU YO à propos de 53 cas. Thèse de med Ouagadougou ; 2011, N°191, p165.
12. **Terrier JE.** Altération de la qualité de vie sexuelle des patients atteints d'un cancer de la prostate : de la reconnaissance aux actions pour améliorer leur sexualité. Thèse de med Lyon ; 2019LYSES031, p117.

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

13. **Association Française d'Urologie.** Chapitre 16 - Tumeurs de la prostate [Internet]. 2016 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et- formations/ formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
14. **Haute Autorité de Santé.** ALD n° 30 - Cancer de la prostate. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012, p52. https://www.has-sante.fr/jcms/c_725257/fr/ald-n-30-cancer-de-la-prostate [consulté le : 2021-06-21 12:54:55].

**Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après
castration au CHU Point-G**

ANNEXES

Fiche d'enquête :

Q1 : N° de la fiche : /_____/ N° de tel : /___/___/___/

Identité :

Renseignements démographiques :

Q2 : Nom : _____

Q3 : Prénom : _____

Q4 : Age : _____

Q5 : Statut matrimonial : /___/ 1 : Célibataire 2 : Marié 3 : veuf 4 : Divorcé

Q6 : Régime matrimonial : /___/ 1 : Monogame 2 : Polygame

Q7 : Niveau d'éducation : /___/ 0 : Non scolarisé 1 : Primaire 2 : Secondaire 3 : Supérieur

Q8 : Activité professionnelle : /___/ 1 : Fonctionnaire 2 : Secteur rural 3 : Secteur libéral
4 : Autres

Q9 : Résidence : /___/

1 : Kayes 2 : Kkoro 3 : Sikasso 4 : Ségou 5 : Mopti 6 : Tombouctou 7 : Gao 8 : Kidal

9 : Taoudéni 10 : Ménaka 11 : Bamako 12 : Autres

Q10 : Nationalité : /___/ 1 : Malienne 2 : Etrangère

Q11 : Groupe ethnique : /___/

1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Bobo 4 : Sarakolé 5 : Bozo 6 : Sénoufo 7 : Minianka 8 : Dogon

9 : Malinké 10 : Autres

Q12 : Mode de référence : /___/

1 : Lui-même 2 : Hôpital régional 3 : Personnel de santé 4 : Clinique privée 5 : CSRef.

6 : Autres

Clinique avant la castration :

Q13 : Motifs de consultation /___/

1 : Rétention aiguë d'urine 2 : TUBA 3 : Hématurie 4 : Pyurie 5 : Douleurs 6 : Amaigrissement 7 :
Fièvre 8 : Autre

Q14 : Durée des troubles /___/ mois

Q15 : Antécédents Urologiques /___/

1 : IST 2 : Bilharziose urinaire 3 : Traumatisme 4 : Autres

Q16 : Antécédents Médicaux /___/ 1 : UGD 2 : HTA 3 : tnbète 4 : Insuffisance Rénale 5 : Autre

Q17 : Antécédent Familiale de cancer /___/ 1 : Cancer de la prostate 2 : Cancer du sein
3 : Autre cancer /___/

Q18 : Antécédents Chirurgicaux : /___/ Oui, Non

Q19 : Si oui Type d'intervention.....

Q20 : Traitements déjà effectués : /___/ Oui, Non

Q21 : si oui, Nature du traitement : /___/ 1 : Médical 2 : Traditionnel 3 : Autres

Q23 : Résultats du traitement : /___/ 1 : Satisfaisant 2 : Non satisfaisant

Q24 : **Etat général** : Indice de performance OMS /___/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune
Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du

Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q25: Poids : /___/ Kg

Q26 : IMC /___/

Q27 : Périmètre abdominal /___/ cm

Q28 : Tension artérielle : /___/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 : Hypertension

Q29 : Pâleur : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q30 : Globe vésical : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q31 Prostate au toucher rectal :

Q31a : Hypertrophie : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q31b : Nodulaire : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q31c : Consistance : /___/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q31d : Douleur au toucher rectal : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q32 : Globe vésical : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q33 : Port de sonde trans-urétrale : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q34 : Cathéter sus pubienne : /___/ 1 : Oui 2 : Non

Examens complémentaires :

Q35 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q35a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /___/ 1 : Oui 2 : Non

Q35b : Résidu post mictionnel /___/ ml

Q35c : Volume de la prostate /___/ CC

Q35d : Echogénicité /___/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie avant traitement :

Q36 : Tx Hb : _____ g/dl

Q37 : Glycémie : _____ g/l

Q38 : Créatininémie : _____ mg/l

Q39 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q40 : TPSA : _____ ng/ml

Q41 : Testostéronémie : _____ ng/dl

Q42 : Bilan lipidique

Q42a triglycérides /___/ g/l

Q42b: cholestérol total /___/ g/l

Q42c: HDL /___/ g/l

Q42d: LDL /___/ g/l

Q43 : ECBU : /___/ 1 : Normale 2 : Anormal 3 : Non fait

Q43a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Examens anatomo-pathologies

Q44 : Type de prélèvement pour anatomopathologie : /___/

1 : Pièce adénomectomie ou ECP, 2 : Pièce RTUP, 3 : Biopsie échoguidée, 4 : Biopsie non-échoguidée

Q45 : Type histologique retenu : /___/ 1 : Adénocarcinome /___/ 2 : Sarcome /___/ 3 : Autre

/___/

Q46 : Score de Gleason : /___/ Ex : x= a+b ou x= b+a

Classification TNM

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Q47 : T (Tumeur) / ____ / 1, 2, 3, 4

Q48 : N (Nodes) / ____ / NX, N0, N1

Q49 : M (Métastases) / ____ / MX, M0, M1, M1c

Q49a : Préciser les métastases / ____ / 1 : Os, 2 : Poumons, 3 : Autres (NB : Associations possibles. Ex : 1+2, 2+3...)

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q50 Etat physique / ____ /

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

Q51 : Qualité de vie / ____ /

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

Traitement :

Q52 : **Type de blocage androgénique** : / ____ /

1 : Agoniste LH-RH 2 : Analogue LH-RH 3 : Pulpectomie

Q53 **Association Anti-androgène** / ____ / Oui, Non

Q53a : Si oui, préciser / _____ /

Clinique après castration :

M1 (J30 post castration)

Q54 : Plaintes fonctionnelles : / ____ /

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes

7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q55 : **Etat général** : Indice de performance OMS / ____ /

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q56: Poids :Kg

Q57: IMC :.....

Q58 : Périmètre abdominal / ____ / cm

Q59 : Tension artérielle : / ____ / 1 : Normale 2 : Hypotension 3 : Hypertension

Q60 : Pâleur : / ____ / Oui, Non

Q61 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q62 : Hypertrophiée : / ____ / Oui, Non

Q63 : Nodulaire : / ____ / Oui, Non

Q64 : Consistance : / ____ / 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Q65 : Douleur au toucher rectal : /_____/ Oui, Non

Q66 : Globe vésical : /_____/ Oui, Non

Q67 : Port de sonde : /_____/ Oui, Non

Q68 : Cathéter sus pubienne : /_____/ Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q69 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q69a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /_/ (Oui ou non)

Q69b : Résidu post mictionnel /___/ en ml

Q69c : Volume de la prostate /_____/ en CC

Q69d : Echogénicité /___/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q70 : Tx Hb : _____ g/dl

Q71 : Glycémie : _____ g/l

Q72 : Créatininémie : _____ mg/l

Q73 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q74 : TPSA : _____ ng/ml

Q75 : Testostéronémie : _____

Q76 : ECBU : /_____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q76a : Germe retrouvé (si anormal): /_____ /

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q77 : Etat physique /_____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

Q78 : Qualité de vie

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

M3 (J90 post castration)

Plaintes fonctionnelles :

Q79 : Plaintes fonctionnelles : /_____/

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes

7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q80 : **Etat général** : Indice de performance OMS /_____/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du Temps

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q81: Poids :Kg

Q82: IMC :.....

Q83 : Périmètre abdominal /_____/ cm

Q84 : Tension artérielle : /_____/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 : Hypertension Q77 : Pâleur : /_____/ Oui, Non

Q85 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q86 : Hypertrophiée : /_____/ Oui, Non

Q87 : Nodulaire : /_____/ Oui, Non

Q88 : Consistance : /_____/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q89 : Douleur au toucher rectal : /_____/ Oui, Non

Q90 : Globe vésical : /_____/ Oui, Non

Q91 : Port de sonde : /_____/ Oui, Non

Q92 : Cathéter sus pubienne : /_____/ Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q93 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q93a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /_/ (Oui ou non)

Q93b : Résidu post mictionnel /___/ en ml

Q93c : Volume de la prostate /___/ en CC

Q93d : Echogénicité /___/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q94 : Tx Hb : _____ g/dl

Q95 : Glycémie : _____ g/l

Q96 : Créatininémie : _____ mg/l

Q97 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q98 : TPSA : _____ ng/ml

Q99 : Testostéronémie : _____

Q100: Bilan lipidique

Q100a triglycérides /_____/ g/l

Q100b: cholestérol total /_____/ g/l

Q100c: HDL /_____/ g/l

Q100d: LDL /_____/ g/l

Q101 : ECBU : /_____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q101a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q102 : Etat physique /_____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

Q102 : Qualité de vie

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

M6 (J360 post castration)

Q103 : Plaintes fonctionnelles : / ____ /

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes
7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q104 : **Etat général** : Indice de performance OMS / ____ /

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q105: Poids :Kg

Q106: IMC :.....

Q107 : Périmètre abdominal / ____ / cm

Q108 : Tension artérielle : / ____ / 1 : Normale 2 : Hypotension 3 : Hypertension Q100 : Pâleur : / ____ / Oui, Non

Q109 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q110 : Hypertrophiée : / ____ / Oui, Non

Q111 : Nodulaire : / ____ / Oui, Non

Q112 : Consistance : / ____ / 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q113 : Douleur au toucher rectal : / ____ / Oui, Non

Q114 : Globe vésical : / ____ / Oui, Non

Q115 : Port de sonde : / ____ / Oui, Non

Q116 : Cathéter sus pubienne : / ____ / Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q117 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q117a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) / ____ / (Oui ou non)

Q117b : Résidu post mictionnel / ____ / en ml

Q117c : Volume de la prostate / ____ / en CC

Q117d : Echogénicité / ____ /

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q118 : Tx Hb : _____ g/dl

Q119 : Glycémie : _____ g/l

Q120 : Créatininémie : _____ mg/l

Q121 : Groupe Sanguin Rhésus : _____

Q122 : TPSA : _____ ng/ml

Q123 : Testostéronémie : _____

Cancer de la prostate : modification clinique, biologique et de qualité de vie après castration au CHU Point-G

Q124 : Bilan lipidique

Q124a triglycérides /____/ g/l

Q124b: cholestérol total /____/ g/l

Q124c: HDL /____/ g/l

Q124d: LDL /____/ g/l

Q125: ECBU : /____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q125a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q126 : Etat physique /____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

Q127 : Qualité de vie

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais excellent

FICHE DE SIGNALISATION

Nom : NIASAN NOGMIS

Prénom : Kévin Junior

Email : kevinniasan@gmail.com

Titre du mémoire : Cancer de la prostate : modifications cliniques, biologiques et qualité de vie après castration au service d'urologie du CHU point G

Année de soutenance : 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAHP de l'université des sciences des techniques et des technologies de Bamako.

Secteur d'activité : Service d'urologie du CHU du point G

Résumé

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans. Au Mali, le diagnostic est fait le plus souvent tardivement à des formes localement avancées ou métastatiques. Le traitement de 1^{ère} ligne dans ces formes est la castration. C'est dans le but d'étudier les modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie de ces patients que nous avons initié cette étude.

Il s'est agi d'une étude prospective, descriptive et analytique allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 au service d'urologie du CHU point G. Nous avons recensé 32 patients. 66% des patients étaient métastatiques au diagnostic. Le PSA moyen au départ était de 729 ng/ml. La castration entraînait à 3 mois une chute significative du PSA inférieur à 50 ng/ml chez 50% des patients. La testostéronémie était inférieure à 0,5 nmol/ml chez 67% des patients à 3 mois. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la castration et la qualité de vie et de l'état physique. A 6 mois nous n'avons que 3 patients restants (14 décès et 15 perdus de vue).

Mots clés : Cancer de prostate, qualité de vie, suivi biologique