

Ministère de l'Éducation Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

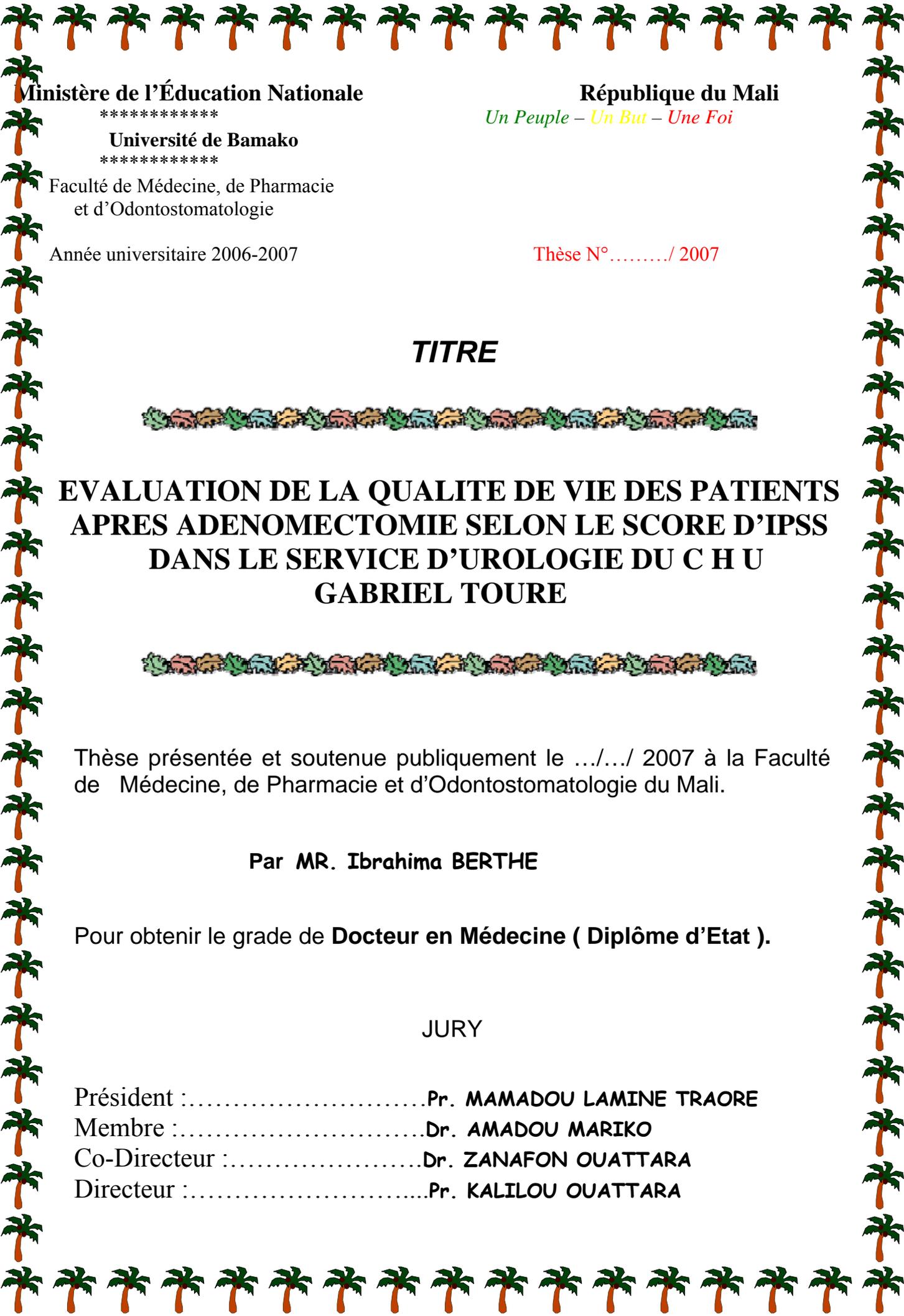
Année universitaire 2006-2007

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Thèse N°...../ 2007

TITRE



**EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS
APRES ADENOMECTOMIE SELON LE SCORE D'IPSS
DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU C H U
GABRIEL TOURE**



Thèse présentée et soutenue publiquement le .../.../ 2007 à la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Par **MR. Ibrahima BERTHE**

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

JURY

Président :.....Pr. **MAMADOU LAMINE TRAORE**

Membre :.....Dr. **AMADOU MARIKO**

Co-Directeur :.....Dr. **ZANAFON OUATTARA**

Directeur :.....Pr. **KALILOU OUATTARA**

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006 - 2007
ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR**
 1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES**
 2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES**
 SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR**
 AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES
1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Général

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Mouctar DIALLO
 Mr Boubacar TRAORE
 Mr Bokary Y. SACKO
 Mr Mamadou BA
 Mr Moussa FANE

Biologie Parasitologie
 Parasitologie Mycologie
 Biochimie
 Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
 Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie

Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R****2. MAITRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO

Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA

Botanique

Mr Bouba DIARRA

Bactériologie

Mr Salikou SANOGO

Physique

Mr Boubacar KANTE

Galénique

Mr Souleymane GUINDO

Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA

Mathématiques

Mr Modibo DIARRA

Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA

Hygiène du Milieu

Mr Mahamadou TRAORE

Génétique

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Lassine SIDIBE

Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA

Bromatologie

Pr. Babacar FAYE

Pharmacodynamie

Pr. Mounirou CISS

Hydrologie

Pr. Amadou Papa DIOP

Biochimie

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce travail à « ALLAH soubhanawatahala » le tout puissant, le miséricordieux pour m'avoir donné la vie, la force et le courage pour la réalisation de ce travail. Que ta gloire dure toujours !

Au Prophète MOHAMMAD Paix et salut sur Lui.
Pour tout le bien que Tu as fait pour l'humanité.

A mon père feu Amara Berthé aucun mot ne saurait traduire toute ma gratitude. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que ta volonté de nous voir réussir. Voici le résultat de tes efforts. Ma joie aurait été plus immense si tu avais pu assister à cette fête. Hélas ! Le seigneur en a décidé autrement. Que tes semblables me servent de miroir à travers lequel je continuerai à te voir me conseiller. Saches que tu as un fils Médecin qui te porte dans son cœur. Que ton âme repose en paix .Qu'Allah, le tout puissant t'accueille dans son paradis ! Amen !

A ma très chère mère Aichata Coulibaly : J'aurai toujours à l'esprit que je te dois tout. Tu as guidé mes premiers pas dans les études et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Je t'avais promis de devenir médecin. Ce travail est un témoignage de mon filial attachement, de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance. Que Dieu, notre seigneur t'accorde une longue vie, une excellente santé afin que nous puissions continuer de jouir de tes bénédictions.

A ma maman Korotoumou Konaté : Toi qui m'as toujours comblé de bénédictions et de conseils ; à travers ce travail je te remercie infiniment.

A ma maman feu Salimata Koné : Toi qui as suivi mes premiers pas et m'as donné tout ton amour jusqu'à ce que la mort t'arrache à notre affection. Ce travail est le tien et sois certaine que je ne t'oublierai jamais ! Dors en paix maman !

A ma grand-mère feu Moussokoro Koné : tu étais pour moi une mère. J'aurais tant voulu que tu sois à mes côtés pour partager cette étape importante de ma vie, hélas Dieu en a décidé autrement. Saches que, je ne t'oublierai jamais. Dors en paix ma très chère grande –mère. Qu'Allah t'accorde son paradis ! Amen !

A mes Oncles :

Labasse Berthé : tes sages conseils, ton soutien moral et matériel ne m'ont point fait défaut. Trouve ici l'expression de ma profonde affection et ma grande reconnaissance.

A feu Ousmane Berthé : tes bénédictions et encouragements ne m'ont jamais manqué. Ta présence aurait été un honneur pour nous. Trouve ici ma sincère reconnaissance.

Aly Berthé : tes bénédictions et conseils ne m'ont jamais fait défaut. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

Boubacar Berthé : ta générosité et ta grande gentillesse ne m'ont jamais manqué. C'est l'occasion pour moi de te dire merci infiniment.

Abou Coulibaly : je n'oublierai jamais ton affection pour moi.

Sékou Coulibaly : pour tes encouragements ; trouve ici ma profonde reconnaissance.

A mes tantes Korotoumou Sangaré, Ami Bah, Awa Bamba et autres: merci pour tous les sentiments d'affection que vous ne cessez de me témoigner. Ce travail est le vôtre.

A mon grand-frère Abou Berthé : je n'oublierais jamais que c'est toi qui m'as inscrit à l'école. Aucun mot ne pourrait suffire pour t'exprimer mon affection ; tu as été pour moi plus qu'un grand-frère et sache qu'aujourd'hui je te dois tout. Ton soutien moral, matériel et financier ne m'a jamais manqué. « Sacré grand-frère » sache que ce travail est le tien ; qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance pour toi. Qu'Allah t'accorde une longue vie afin que nous puissions jouir de tes conseils et bénédictions en tant qu'aîné de la famille.

A ma belle sœur Ata Touré : j'ai toujours été guidé par tes conseils, encouragements et sacrifices. Les mots me manquent pour traduire ce que tu as fait pour moi. Trouve ici l'expression de ma profonde affection et ma grande reconnaissance.

A mes aînés :

Feu Youssouf Berthé : ton sens de responsabilité familiale est toujours resté gravé dans notre esprit malgré ta disparition. Nous ne t'oublierons jamais cher frère. Qu'Allah le tout puissant t'accorde son paradis ! Amen !

Moussa Berthé : Les mots me manquent pour qualifier ton sacrifice pour la famille. Ta générosité, ton courage, ton esprit de solidarité familiale font de toi

un homme de haute estime. Tu as été et continue d'être pour nous un frère exemplaire. Ce travail est le tien. Qu'Allah te garde longtemps auprès de nous.

Dr Mohamed Berthé : Sans ton soutien moral, matériel et financier ce travail n'aurait pu être réalisé. Tu as été tout pour moi. Je ne sais comment te remercier. Ton esprit de sacrifice et de famille m'a toujours marqué. Ce travail est l'expression de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance pour toi. Que Dieu t'accorde une longue vie afin que nous bénéficions de tes conseils. Je te remercie infiniment.

Alassane Berthé : Tu as toujours voulu ma réussite. Je n'oublierai jamais tes conseils et ton effort pour moi. Sois en remercié.

Oumar Berthé : Pour tout le réconfort et la sollicitude que tu n'as cessés de m'apporter. Ce travail est aussi le tien.

Feu Alimamy Berthé : j'aurais voulu ta présence à cette cérémonie solennelle ; hélas personne ne peut contourner la volonté de Dieu. Je n'oublierai jamais ton affection pour moi ! Dors en paix cher frère.

Feu Ousmane Berthé dit Ousmane fô : j'aurai toujours à l'esprit que tu m'as toujours encouragé dans les études, je ne t'oublierai jamais. Que ce travail soit l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements. Dors en paix grand-frère.

Sidy Kalil, Salif, Abdoul : vos conseils et encouragements ne m'ont jamais manqué. Trouvez ici le sentiment de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs :

Djénéba , Kadidia , Assa , Fatoumata , Mariétou , Adiara , Ousmane, Asmaou , Aboubacar, Saran , Issa, Tenin Bintou , Aminatou et Sarata : Pour l'affection et la sympathie qui nous lient , trouvez ici toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A mon cousin Dr Sidiki Béréte et son épouse Habibata Fofana : votre soutien, estime, respect et encouragement m'ont été d'un apport inestimable. Les mots me manquent pour traduire les sentiments que je vous porte. Je vous suis reconnaissant et souhaite qu'Allah vous accorde une longue vie.

A mes belles sœurs :

Kady, Batogoma dite Tènin, Bata, Fanta, Chata, Aminata dite Mami, Aminata dite Touti, Ami Diabaté, Nana et les autres : merci pour votre soutien.

A mes cousins et cousines : Je me garde de vous citer nommément au risque d'en oublier ; trouvez ici toute ma reconnaissance et mon sincère attachement.

A mes neveux et nièces : Fati, Maman jolie, Oumou dili, Natogôma, Kadia, Ana, Modibo, Moussa, Bébé, Ina, Mami, Aicha, Bijou, et autres : Pour la marque sympathie et de respect que vous avez toujours. Puisse ce travail vous servir de guide et d'exemple.

A la famille Koné au Point G : trouvez ici l'expression de manifester à mon endroit ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A mes amis : Moussa S Dembélé, Bolitigui Coulibaly, Kassim Mallé, Sekouba Samaké, Salihoum Diakité, Souleymane Traoré, Lassana Ballo, Alfouseyni Doumbia, Alassane Doumbia, Abdoulaye Ouattara, Abdoulaye N'diaye, Dr Wahab, Hama Touré, Samba Sow, Wiri Souara, Oumar N'Dao, Mucalou : l'amitié est un sous bassement de la vie . Que se resserrent davantage les sentiments que nous nous portons.

A mes amies : Fatoumata Dao, Maimouna Sagara, Adèle Sidibé, Kadidia Dolo, Sadio Sissoko, Aichata Dembélé, Sira Sidibé, Djeneba Diarra, Djeneba Timbo, Awa Diarra, Ami, Dadi Tangara, Mariam Coulibaly, Fatim Konaté, Kadiatou Coulibaly.

J'ai été impressionné par tant d'amour, de compréhension et de dévouement. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tout le personnel du Service d'Urologie du CHU Gabriel Touré : Madame Camara Kadiatou Diarra et toute son équipe : Merci pour la collaboration et votre sens de l'humour.

A tous les internes du Service : Richard Dolo, Boucary Guindo, Mamadou Prosper Sanogo, Seydou Coulibaly, Amadou Berthé, Sadia Tangara, Moumine Zié Diarra, Modibo Sanogo, Amadou Kassogué, Mamadou Ballo, Mohamed Aly Samaké, Tidiani Bagayogo, Mamadou Ouattara, Amadou Diarra, Badian Togola, Mamadou Seyba Traoré, Moussa Fané : je n'oublierais jamais ce temps formidable de joie et de partage de connaissances scientifiques entre collègues. Courage !

A tous les externes du service : Sekou Kané, Aboubacar Coulibaly, Tora Fofana, Wapi Louzolo, Dramane Diarra : Soyez remerciés pour toute l'aide que vous m'avez apportée dans l'élaboration de ce travail. Je vous souhaite bon courage et merci pour tout.

A tout le personnel du PNLT : Dr Diallo Aminata Naco, Dr Berthé Mohamed, Dr Coulibaly aissata Cissé, Dr Berthé Rokiatou Koné, Kanouté, Yalcoi, Mme Ouologem Aminata Tall, Sabou Sidibé, Karim, Amidou : Soyez remerciés pour toutes votre disponibilité et votre collaboration tout au long de ce travail.

A tout le personnel du Centre de santé communautaire de N'tomikorobougou et d'Adeken : Pour votre soutien et vos encouragements. Trouvez ici mes sincères remerciements.

A tout le personnel du Cabinet médical Karodi : Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Au Dr Bassidy Sinayogo : Chirurgien Urologue, votre simplicité et votre esprit de collaboration nous ont beaucoup impressionné. Veuillez accepter le témoignage de notre profonde gratitude.

Au Dr Daffé : Nous avons été particulièrement fasciné par votre souci de formation, votre disponibilité et vos qualités humaines. Recevez ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Aux Dr Mamadou Samaké, Dr Adama Tounkara, Dr Adama Dembélé, Dr Yacouba Sangaré, Dr Moussa Zié Sanogo, Dr Kourbé Diarra :
Nous oublierons jamais tout votre soutien, votre disponibilité, et vos efforts pour notre réussite et notre formation. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Aux Dr Ibrahim Fall, Boubacar Fofana, Mamadou Konaté, Adama Kanté :
je ne sais comment vous remercier de votre générosité et surtout de votre collaboration très franche envers vos cadets. Merci pour tout, chers aînés.

Au Dr Abdoul Karim Simaga : je n'oublierai jamais votre générosité et surtout votre dévouement pour la réussite du prochain. Que Dieu vous bénisse. Merci pour tout cher maître.

A toute ma promotion :

Merci pour les bons moments partagés. La fraternité, la solidarité et l'entente qui nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour vous.

Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie qui commence ; courage !

A tous ceux dont je n'ai pu citer le nom : je vous porte tous dans mon cœur et personne ne sera oublié ; merci pour tout !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre **maître et président de jury,**

Professeur Mamadou Lamine TRAORE :

Agrégé de chirurgie générale

Ancien chef de Service de Chirurgie générale au CHU du point G.

Professeur honoraire de chirurgie générale à la FMPOS

Officier de l'Ordre National du Mali

Honorable maître,

Nous sommes très touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous vous exprimons notre vive gratitude pour ce grand honneur.

Cher maître soyez assuré de notre profonde admiration et sympathie.

Puisse ALLAH vous donner longue vie pour que nous bénéficions d'avantage de vos qualités intellectuelles.

A notre **maître et membre de jury,**

Docteur Amadou MARIKO :

Chirurgien Urologue du CHU Gabriel Touré

Chef du Service d'Urologie du CHU Gabriel Touré

Ancien Directeur Général Adjoint du CHU Gabriel Touré

Cher maître,

Votre désir profond de valoriser la profession ,votre souci du travail bien fait, votre compétence, votre rigueur scientifique, votre humanisme profond, votre simplicité et votre modestie font de vous un maître exemplaire. Puisse ce travail être le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre cher maître et co-directeur de thèse,
Docteur Zanafon OUATTARA :
Chirurgien-Urologue-Andrologue du CHU Gabriel Touré
Maître Assistant en Urologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Cher maître,

C'est avec une grande cordialité que vous nous avez accueilli dans votre service. Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique et la clarté de votre enseignement font de vous un chef et un maître très apprécié de tous. En nous acceptant dans votre service, vous nous avez donné l'occasion de découvrir un grand maître dévoué, serviable et modeste.

Nous vous serons toujours reconnaissant pour toutes les opportunités que vous nous avez offertes. Par ailleurs, nous vous prions d'accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à hauteur de mission.

Veillez croire cher maître en l'expression de notre admiration, de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre **maître et directeur de thèse,**

Professeur Kalilou OUATTARA :

Docteur Ph.D. de l'Institut d'Urologie de KIEV

Chef du Service d'Urologie du CHU du Point « G »

Professeur titulaire à la FMPOS

Coordinateur des chirurgiens du CHU du Point « G »

Président du comité médical d'établissement du CHU du Point « G »

Expert national et international en Chirurgie de la fistule vésico-vaginale

Cher maître,

Avec abnégation vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et, surtout votre détermination pour la formation des étudiants.

Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile, et votre disponibilité ont forcé en nous l'estime, l'admiration.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect.

ABBREVIATIONS

AG = Anesthésie Générale
ALR = Anesthésie loco-régionale
Anapath = Anatomo-pathologie
A.P = Adénome de la prostate
ASA = American Society of Anesthesiology
ATCD = Antécédents
BGN : Bacille Gram Négatif
BGP : Bacille Gram Positif
cm³ = Centimètre cube
cm = Centimètre
cp = Comprimé
CHU = Centre Hospitalo-universitaire
DHT = Dihydrotestosterone
dl = décilitre
ECBU = Examen cyto bactériologique des urines
E.coli = Escherichia coli
Fig. = Figure
FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
FSH = Folliculo stimulating hormon
g = gramme
H.B.P = Hypertrophie bénigne de la prostate
HTA = Hypertension artérielle
Hb = Hémoglobine
HIFU = High intensify focused ultrasonore
IR = insuffisance rénale
LH = Luteinizing hormon
mg = milligramme
mm = millimètre
mn = minute
MST = maladies sexuellement transmissibles
ng = nanogramme
NFS = Numération formule sanguine
OMS = Organisation mondiale de la santé
PAP = Phosphatase acide prostatique
PSA = Prostatic specific antigen
R.A.U = Rétention aigue d'urine
R.C.I = République de la côte d'ivoire
S.S.P.O.M.S = Score symptomatique prostatique de l'organisation mondiale de la santé
TR = Toucher rectal

TUNA = Onde radio de basse fréquence

UCRM = Urétrocystographie rétrograde puis mictionnelle

UGD = Ulcère gastro-duodénale

UIV = Urographie intraveineuse

t = temps

s = seconde

% = Pourcentage

TDM = Tomodensitométrie

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	5
CHAPITRE I : La prostate.....	16
A- Rappels anatomiques et embryologiques de la prostate	
1-Rappels embryologiques	
2-Rappels anatomiques	
B- Physiologie de la prostate	
C- Histologie normale de la prostate	
CHAPITRE II : Hypertrophie bénigne de la prostate.....	48
A- Etiopathogénie de l'adénome de la prostate	
B- Physiopathologie de l'H.B.P	
C- Anato-mo-pathologie	
D- Etude clinique et para-clinique	
1-Symptomatologie	
2-Quantification des symptômes fonctionnels : Score IPSS	
3-Diagnostic de l'HBP	
4-Evolution-complication	
5-Formes cliniques	
F- Traitement de l'H.B.P	
1-BUT	
2-Methodes	
3-Indications	
4-Resultats	
CHAPITREIII : Notre étude.....	104
A- Méthodologie	
B- Résultats	
C- Commentaires et discussions	
D- Conclusion et recommandations	
E- Références bibliographiques	
CHAPITREIV : Annexes	
A- Résumé de la thèse	
B- Fiche d'enquête	
C- Serment d'Hippocrate	

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Introduction :

L'adénome de la prostate, autrement appelé hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), est une tumeur bénigne associant hypertrophie des glandes prostatiques et du tissu fibreux (adéno-fibro-myome) [1]. Il s'agit d'une pathologie fréquemment rencontrée chez le sujet du troisième âge (sexe masculin après 50 ans). L'adénome prostatique a vu sa fréquence augmenter en même temps que l'espérance de vie et est devenu la troisième cause de dépenses de santé dans les pays industrialisés. Quatre-vingt pour cent des hommes sont traités pour adénome de la prostate au cours de leur existence [2].

Ces dernières années voient une augmentation de la proportion des personnes âgées. On assiste à un recul des pathologies infectieuses ; les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires et prostatiques prennent le devant de la scène [3].

Du point de vue étio-pathogénique de nombreuses études ont été menées mais n'ont abouti qu'à des hypothèses. Parmi ces hypothèses citons entre autres celle évoquée en 1958 par GODEMEL. B, selon laquelle l'adénome de la prostate est le privilège de la race blanche [4]. L'américain WILLIAM H, en 1968 dans une étude sur l'adénome de la prostate du Bantou a attiré l'attention sur l'universalité de l'affection [5].

L'hypertrophie bénigne de la prostate semble liée à :

- Une hyperplasie tissulaire due à l'action conjointe des androgènes et des facteurs de croissance [les androgènes semblent réguler la croissance prostatique par l'intermédiaire de facteurs de croissance : Epidermal growth factor (E.G.F) ; basis fibroblastic Growth factor (B.F.G.F), transforming Growth factor b (T.G.F.b)].
- Une inflammation chronique du tissu prostatique.

-On connaît son hormono-dépendance (androgène) ; l'HBP de la prostate ne s'observe pas chez les hommes castrés ; les hommes porteurs d'un déficit congénital en 5 alpha réductase ne développent pas l'adénome de la prostate [6].

Bien que potentiellement dangereuse, cette pathologie entraîne surtout une détérioration de la qualité de vie des patients. De par sa fréquence, elle représente également un coût économique important.

Depuis 1980 sont apparus des traitements médicaux qui freinent l'évolution d'H.B.P et en minimisent les symptômes cliniques. Aux traitements chirurgicaux classiques, adénomectomie ouverte et résection endoscopique, se sont ajoutés le traitement par laser, thermothérapie [2]. Cependant des zones d'ombres persistent. Elles concernent la définition de la maladie, l'évaluation de la symptomatologie, l'évaluation de la qualité de vie des malades, l'appréciation du stade clinique, l'indication de tel ou tel type de traitement chirurgical et de la durée du traitement médical.

Une mise au point était nécessaire, ce fut l'objectif « de la consultation internationale sur l'HBP » [7].

Lors des consultations précédentes le comité de consensus, sous l'égide de l'OMS, a recommandé l'utilisation du score international des symptômes de prostatisme (IPSS) et d'évaluation de la qualité de vie (QDV) comme l'échelle officielle mondiale pour l'évaluation des symptômes des hommes souffrant de troubles mictionnels (symptômes du bas appareil urinaire) et pour lesquels on évoque une obstruction à la vidange vésicale.

L'IPSS est fondé sur la réponse à sept (7) questions évaluant la sévérité des symptômes urinaires. Les réponses sont cotées de 0 à 5. Chaque question permet aux patients de choisir une des six réponses quantifiant de manière croissante la sévérité du symptôme. Le score total peut alors être additionné de 0 à 35 points (asymptomatique à très symptomatique). Le symbole du score symptomatique est : IPSS [0-35]

Le comité international de consensus recommande pour le moment l'utilisation d'une seule question pour connaître l'impact des symptômes sur la qualité de vie du patient. Les réponses à cette question vont de « satisfait » à « très ennuyé » cotée de 0 à 6 points [8]. Le symbole pour la réponse à la qualité de vie est QDV= [0-6]. L'état symptomatique du patient peut alors se résumer par IPSS= [0-35], QDV= [0-6].

L'adénome de la prostate a fait l'objet de plusieurs travaux en Afrique et au Mali. Très peu de ces travaux se sont intéressés à l'utilisation du score « IPSS » de l'OMS dans l'évaluation des symptômes urinaires et au devenir des patients après adénomectomie afin d'apprécier la réponse au traitement et l'évolution de la maladie.

Notre travail qui vient en complément des études précédentes sur la question se propose de :

Objectifs

1) Objectif général :

Evaluer la qualité de vie des patients souffrant d'adénome de la prostate selon le score d'IPSS.

2) Objectifs spécifiques :

- Evaluer la valeur du score d'IPSS avant et après adénomectomie ;
- Analyser les délais de consultation des patients ;
- Etablir une corrélation entre l'âge des patients et le score d'IPSS ;
- Etablir une corrélation entre les résultats de l'examen anatomopathologique et le score d'IPSS ;
- Evaluer la qualité de l'activité sexuelle après l'adénomectomie.

GENERALITES

CHAPITRE I : Prostate

A/ Rappels embryologiques et anatomiques de la prostate :

1- Rappels embryologiques :

La prostate est un des organes génitaux de l'homme. C'est une glande située sous la vessie, en avant de l'ampoule rectale ; elle est traversée par l'urètre. [9]

Elle est différenciée plus tôt qu'il n'était classique de le dire, car dès la 5^{ème} semaine, lorsque l'embryon a 6mm, le canal de WOLFF s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital, et le mésenchyme entourant ce sinus est responsable du développement des sphincters péri-urétraux et de la glande crâniale. [10,11] (Figure.1)

A la 7^{ème} semaine (embryon de 20mm) la croissance du sinus urogénital entraîne l'incorporation progressive de la partie terminale du canal de Wolff dans la paroi du sinus urogénital. Les canaux de Wolff s'ouvrent au dessous de l'abouchement de l'urètre au sommet du tubercule Müllérien, futur veru-montanum ; ils entourent les canaux de Müller fusionnés.[12,13]

A la 10^{ème} semaine (embryon de 68 mm), les bourgeons glandulaires naissent autour des canaux de WOLFF, et une nouvelle période de division et de croissance glandulaire apparaît à la 16^{ème} semaine. [12,11] (Figure.1)

Vers le 6^{ème} mois de la vie fœtale, les tubes glandulaires qui sont partis de la face postérieure de l'urètre vont se développer ; par contre ceux situés à la face antérieure vont régresser, laissant place à un tissu fibromusculaire : future commissure antérieure de la prostate. [12] (Figure.1)

Ainsi la glande prostatique comme la décrit GIL-VERNET n'est pas embryologiquement homogène, mais consiste plutôt en deux parties principales ; la glande crâniale et la glande caudale séparées par une région intermédiaire. [14,11]

Des études montrent que la prostate crâniale est le point de départ des tumeurs bénignes de la prostate (Adénome, myome, fibrome,

Adénomyome, Fibromyome etc.), tandis que de la prostate caudale émanent les tumeurs malignes.

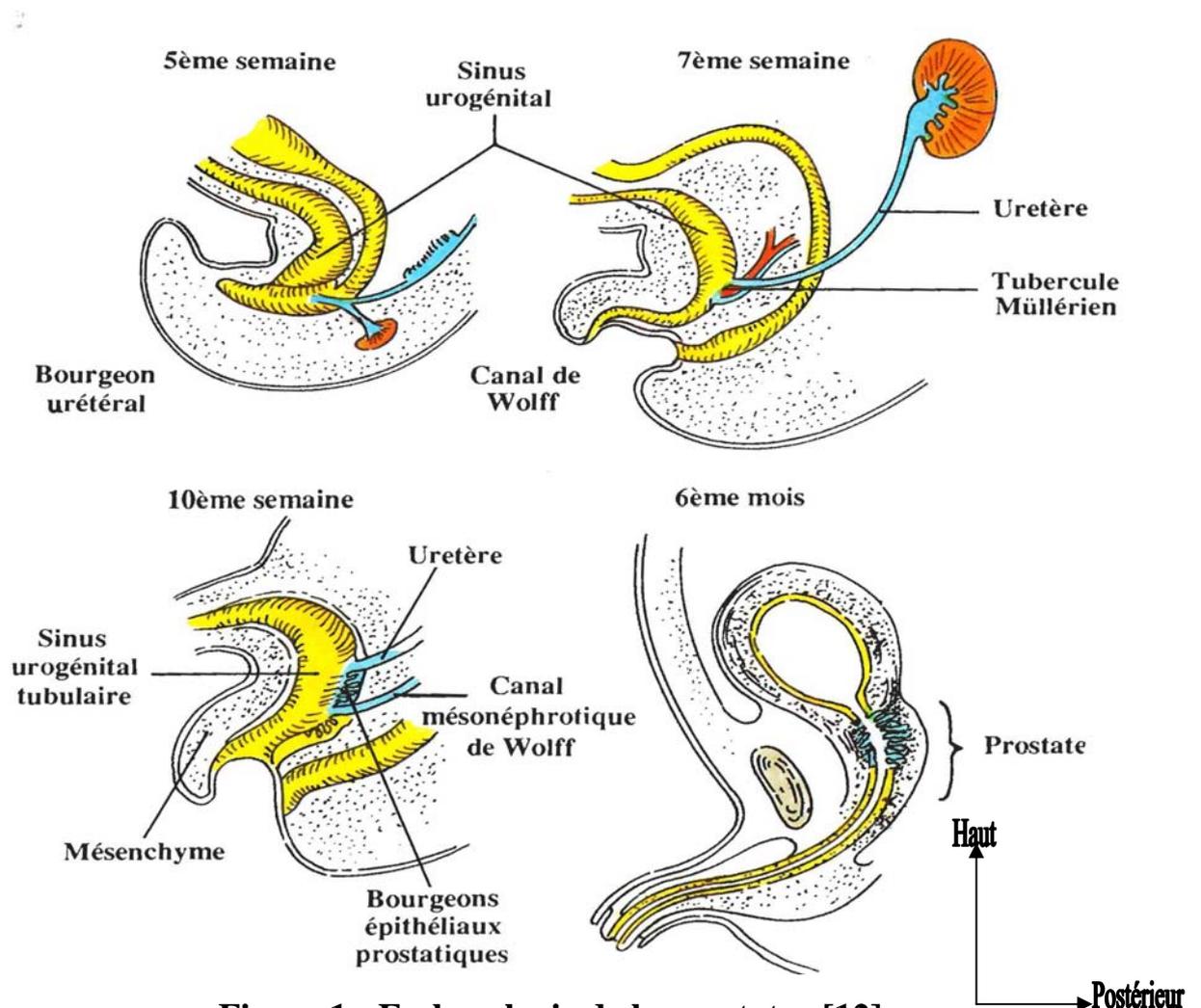


Figure 1 : Embryologie de la prostate. [12]

2- Anatomie normale de la prostate :

2.1- Situation : [16] (Figure 2)

La prostate est située dans la partie antérieure de la zone viscérale du pelvis entre :

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

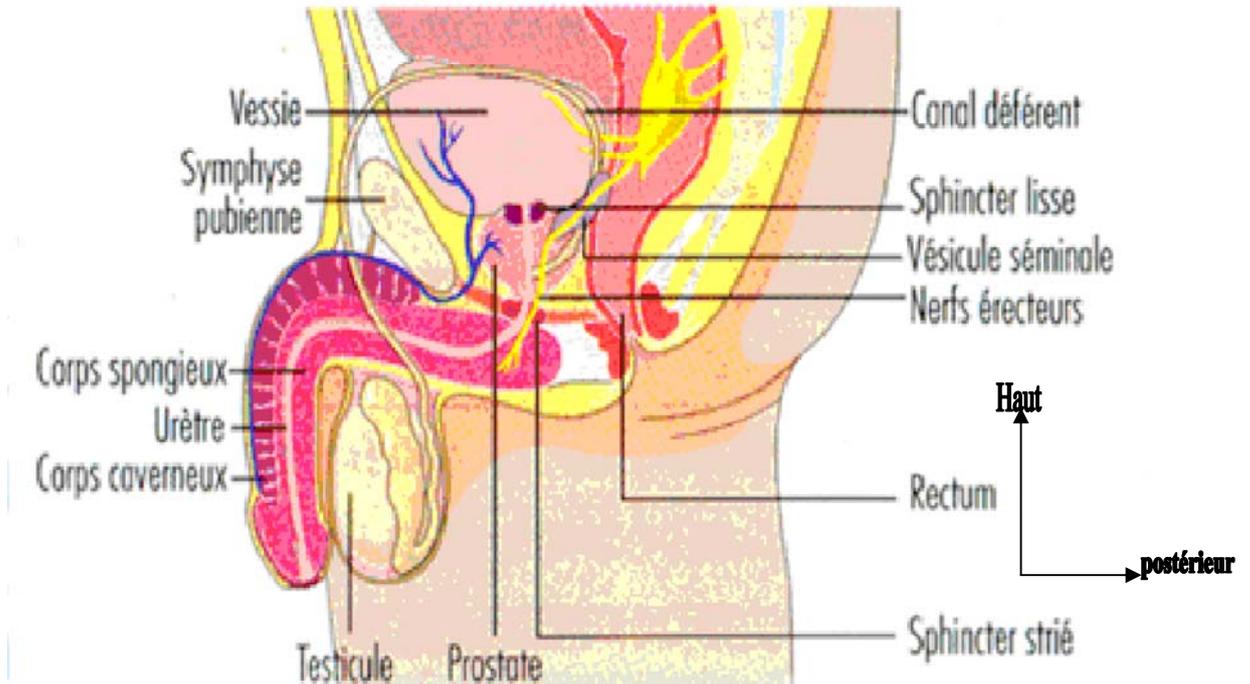


Fig. 2 : Prostate dans l'appareil urogénital [17]

2.2- Description macroscopique : [18,19] (Figure 3)

De couleur blanchâtre et de consistance ferme, la prostate a une forme comparable à celle d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant.

Sur le plan chirurgical on lui décrit 5 lobes :

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

2.3- Dimensions moyennes chez l'adulte : [18]

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

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

-Poids : 25g

2.4- Rapports [18] (Figure 4)

2.4.1- Fixité : la loge prostatique

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

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

2.4.2- Rapport à l'intérieur de la prostate : [19]

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

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

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

2.5- Constitution [20,18] (Figure 5)

La prostate est constituée par :

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

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

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

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

2.6- Vascularisation :

2.6.1- Artère : [13,19]

Les vaisseaux artériels de la prostate proviennent de l'artère prostatique, de la vésicale inférieure et de l'hémorroïdale moyenne (branche de l'iliaque interne). La distribution intrinsèque est faite de deux groupes de vaisseaux. Les vaisseaux capsulaires et les vaisseaux urétraux.

En cas d'hypertrophie prostatique bénigne, le groupe des artères urétrales se développe de façon importante pour irriguer l'ensemble de cette néoformation. (Figure 6)

2.6.2- Veines : [19-18]

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

2.6.3- Drainage lymphatique : [19-18]

Les lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau péri prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes, obturateurs ; et pré-sacrés [19] (Figure 7).

2.6.3- Innervation : [19-18]

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

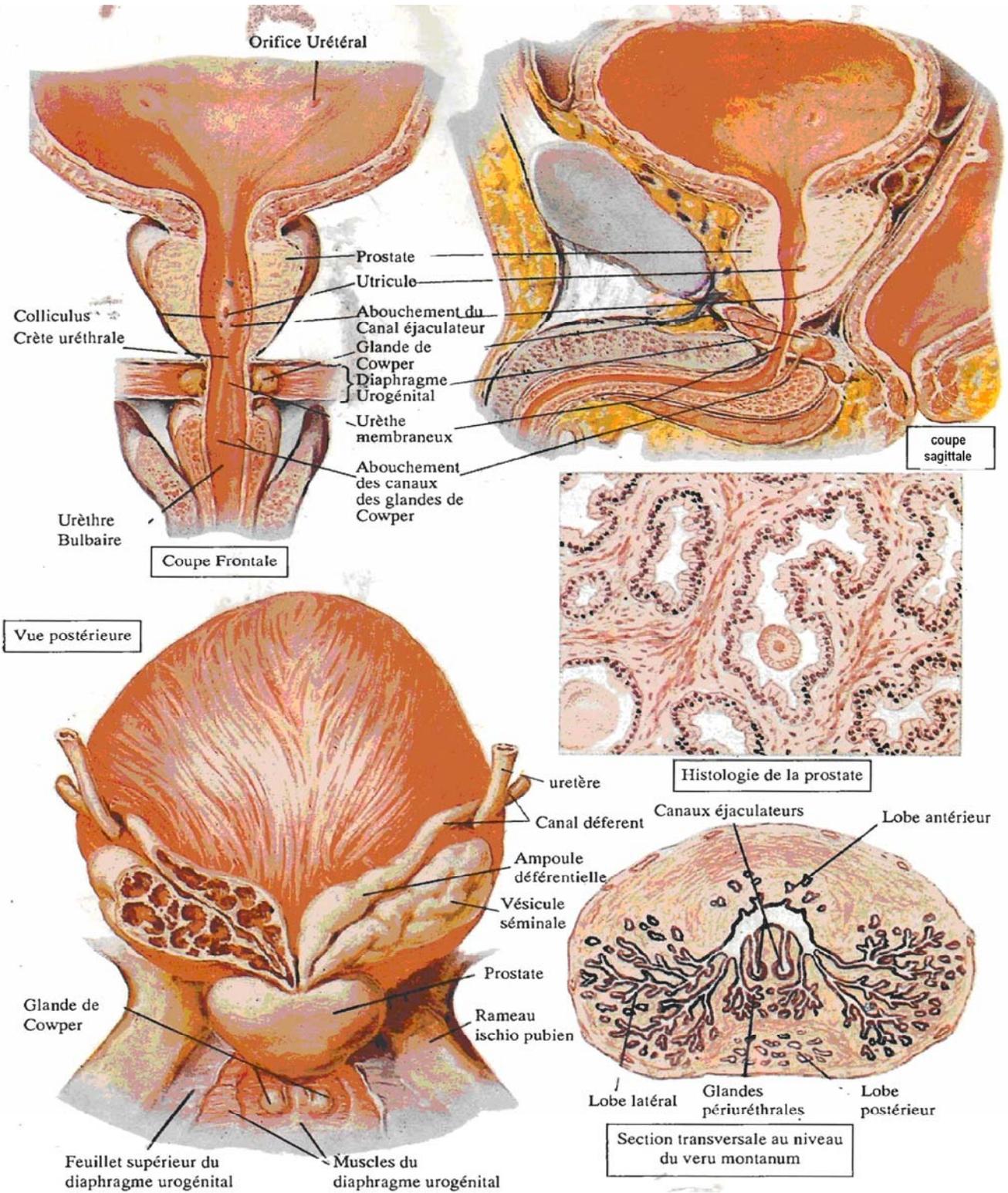


Fig.3: Prostate structure et localisation. [19]

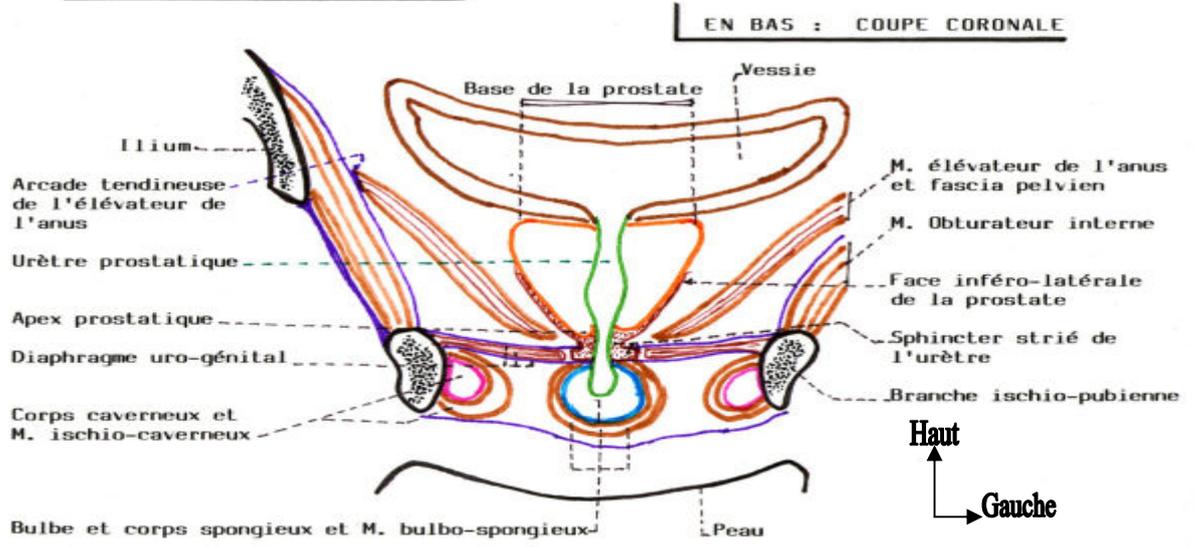
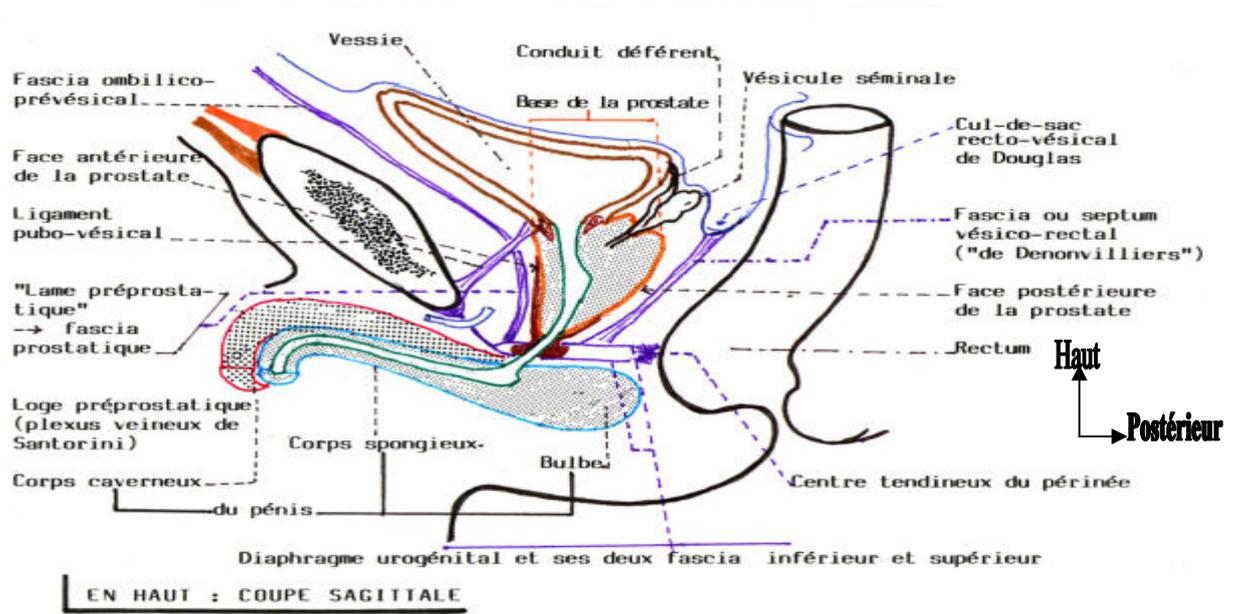


Fig. 4 : Rapports de la prostate « Loge prostatique » [21]

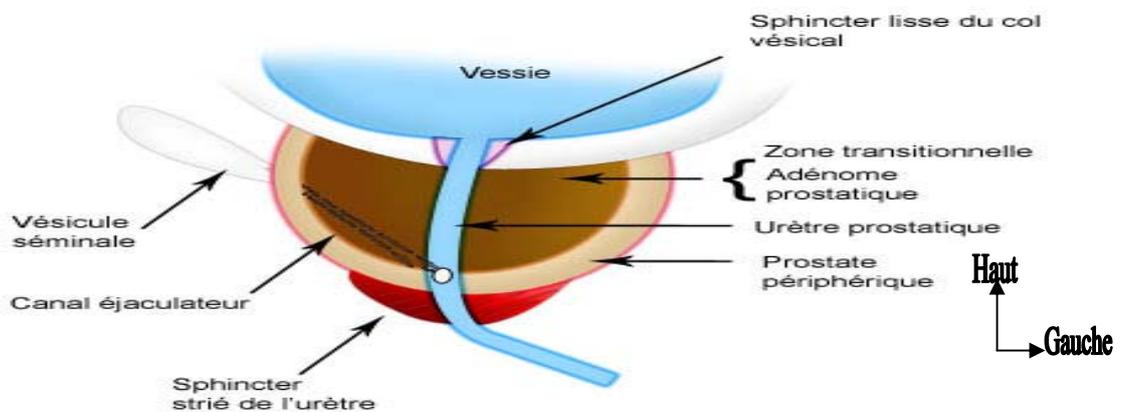


Fig. 5 : Coupe vertico-transversale de la prostate [15]

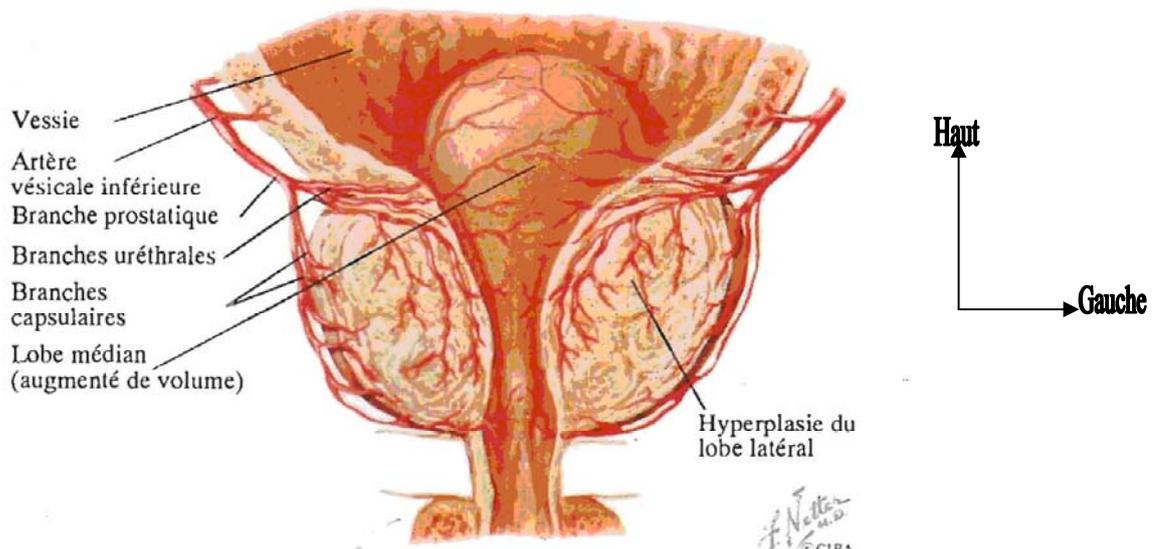


Fig.6 : Vascolarisation de la prostate [19]

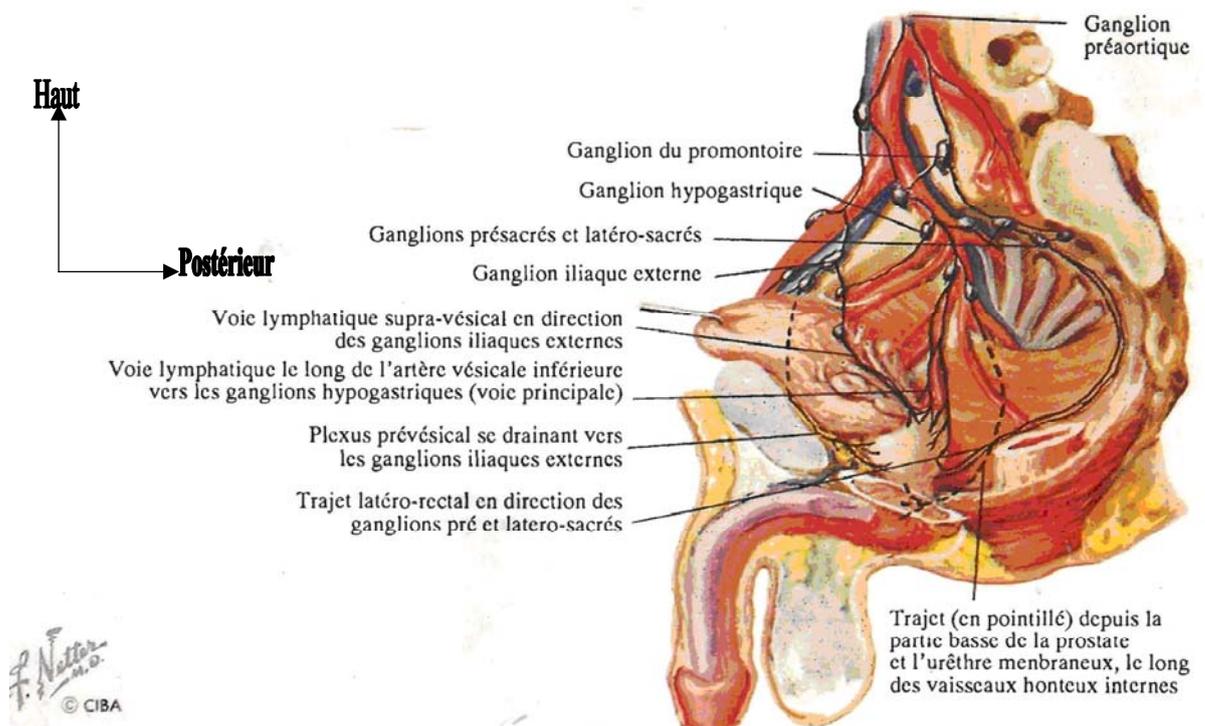


Fig. 7 : Drainage lymphatique des organes génitaux [19]

B/ Physiologie de la prostate :

1- Physiologie hormonale de la prostate : [22]

1.1- Androgènes :

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

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

Il s'agit essentiellement de la testostérone.

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

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

1.2- Les oestrogènes :

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

1.3- La prolactine :

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

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

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

2- Rôle physiologique de la prostate :

La prostate est une glande à sécrétion externe et son fluide représente environ 30% du volume d'un éjaculat. Il se présente sous la forme d'un fluide d'aspect laiteux et légèrement acide (pH=6,5), en raison des fortes concentrations de citrate (375mg /100ml) [23].

La sécrétion prostatique est continue, d'un débit de 0,5ml à 2ml/j d'un liquide intervenant dans la fertilité masculine. Elle participe à la formation

du plasma séminal, véhicule nutritif des spermatozoïdes dans le sperme. La composition de ce plasma séminal est représentée par l'ensemble des sécrétions de la voie spermatique, des vésicules séminales, de la prostate et des glandes para-uretrales (**COWPER, LITTRE**) [24] (Figure 8)

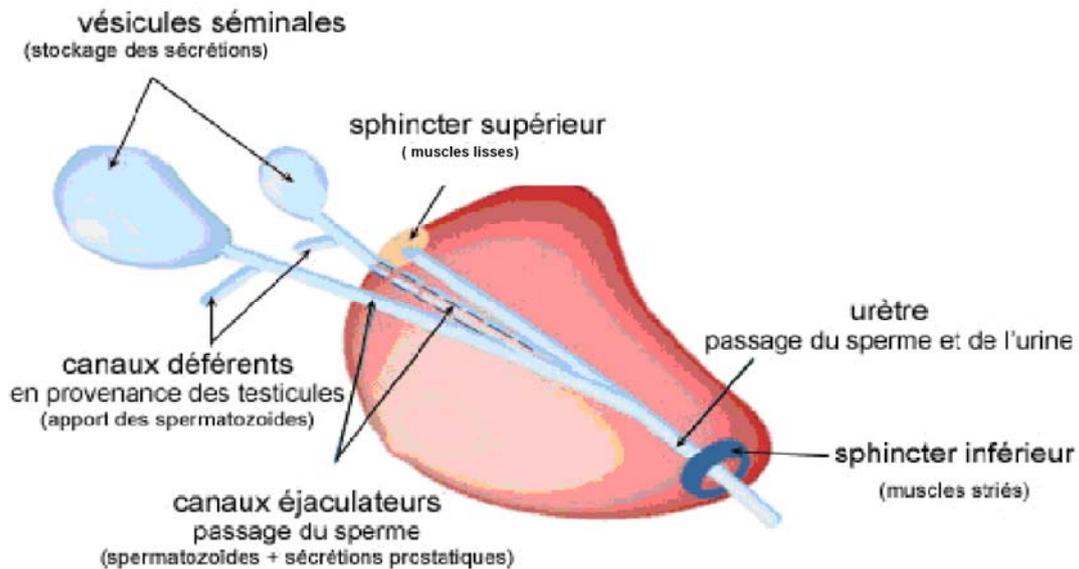


Fig.8 : Ensemble prostate, vésicules séminales, canaux éjaculateurs et déférents. [15]

2.1- Prostate et éjaculation : [25]

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

La prostate prend une part active à la première partie.

2.2- Prostate et miction : [23]

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

2.3- Les protéines de sécrétion prostatique : [26,27]

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

Initialement décrit sous le nom de gamma-sémino protéine par HARA en 1971, et isolé du tissu prostatique par WANG en 1979, c'est une glycoprotéine exclusivement produite chez l'homme dans les cellules épithéliales prostatiques. Son rôle physiologique est de réliquifier le

sperme, et sa sécrétion semble être quantitativement équivalente dans toutes les zones glandulaires.

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

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

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

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

2.3.4- Autres protéines du fluide prostatique :

Nous ne ferons que citer ces autres protéines qui sont :

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

C/ Histologie normale de la prostate : [28]

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

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

CHAPITRE II : HYERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE.

A/ Etiopathogenie de l'adénome de la prostate :

L'étiopathogenie de l'A.P a été l'objet de nombreuses études ; et le facteur racial a été longtemps incriminé [4].

A partir de l'âge de 40 ou 50 ans, le développement d'une hyperplasie du tissu prostatique est vraisemblablement sous l'influence hormonale mais son mécanisme d'action précis n'est pas encore bien établi. L'augmentation du volume de la prostate prend des années et évolue de façon très progressive (Figure 9). La quantité de dihydroxytestostérone (DHT) dans la prostate paraît être un élément primordial de la croissance prostatique. Par exemple, un déficit congénital en 5-alpha-réductase, l'enzyme qui transforme la testostérone en DHT, empêche le développement de la prostate. [9]

L'hypothèse hormonale paraissant la plus séduisante, on peut avec GILVERNET distinguer morphologiquement les deux portions de la prostate sur le plan biologique par leur réceptivité hormonale. Embryologiquement la portion caudale de la prostate répond aux stimuli testiculaires, alors que la portion crâniale répond à des stimuli plus complexes où interviennent l'hypophyse, la surrénale et le testicule. Sur le plan expérimental les acini crâniens répondent seuls à l'injection des oestrogènes, prenant un aspect pavimenteux stratifié. [14]

Les récepteurs des androgènes sont situés dans le stroma qui est précisément le tissu où naît l'H.B.P. Une autre théorie a alors fait intervenir un dérèglement des interactions entre stroma et épithélium et un facteur de croissance à l'origine des nodules microscopiques d'hyperplasie bénigne prostatique. [29,30]

Toutes ces théories ne sont restées qu'aux stades d'hypothèses sans confirmation ; en conclusion, l'étiologie réelle de l'A.P reste indéterminée. [31]

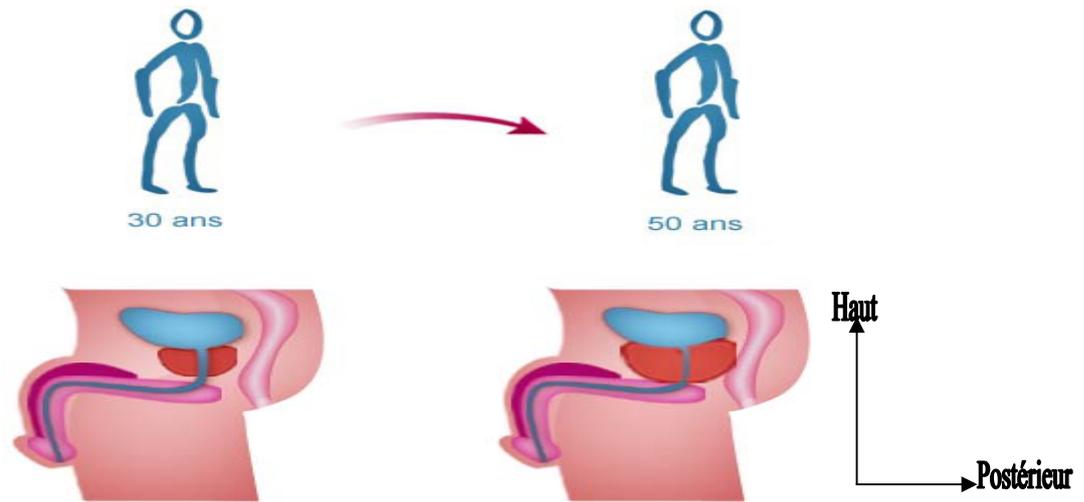


Fig.9 : évolution naturelle de l'HBP. [15]

B/ Physiopathologie de l'H.B.P : [32, 7, 31, 33]

Nous nous proposons d'étudier les trois mécanismes physiopathologiques suivants :

1- Hypertonie urétrale :

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

2- Modification géométrique de l'urètre :

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

3- Défaut d'infundibulation :

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

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

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

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

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

C/ Anatomo-pathologie :

1- Aspects macroscopiques :

L'adénome se présente habituellement sous la forme d'une tumeur régulière faite de deux lobes latéraux situés de part et d'autre de la portion initiale de l'urètre qu'ils aplatissent transversalement. Parfois il existe en arrière et en haut un troisième lobe qui bombe dans la vessie et obstrue plus ou moins le col vésical, c'est le lobe médian. Rarement le lobe médian peut exister seul ou associé à deux lobes latéraux de tout petit volume. [34]

Son volume est variable, petit au dessous de 25 g, moyen de 25-60 g, gros au dessus de 60 g ; il existe des adénomes géants qui dépassent 200g. [14]

2- Aspects histologiques : [31]

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

- Cellules conjonctives : Fibrome ;
- Cellules glandulaires : Adénome ;
- Cellule musculaires : Myome.

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

La coupe histologique affirme la nature bénigne de la tumeur. [14]

3- Le sens du développement : [34]

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

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

4- Les lésions secondaires :

4.1- Les lésions prostatiques : [31,35]

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

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

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

4.2- Retentissement des lésions sur le système urinaire :

4.2.1- L'urètre : [35] (Figure 10)

La prostate entoure l'urètre sous la vessie et, en augmentant de volume, va donc l'étirer et diminuer son calibre, gênant ainsi l'évacuation de l'urine.

4.2.2- Le col vésical : [14,36]

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

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

4.2.3- La Vessie : [35]

- La Vessie de lutte :

La vessie n'est pas un sac à urine mais un muscle creux destiné à recueillir l'urine secrétée continuellement par les reins et à l'évacuer volontairement à intervalle régulier. L'urètre est plus fin, l'effort à fournir pour évacuer l'urine va donc être plus grand, et comme tout muscle qui travaille contre

une résistance accrue, la vessie va s'épaissir ; de 3 à 4 mm en temps normal, elle peut s'épaissir jusqu'à 1 cm ou plus. C'est une vessie musclée, une vessie de lutte. Les faisceaux musculaires sont hypertrophiés et dessinent sous la muqueuse des colonnes délimitant entre elles des cellules (vessie à cellules et colonnes) (Figure.11).

- Les diverticules de vessie :

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

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

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

- La rétention complète d'urine :

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

- La rétention incomplète d'urine :

Elle est la plus sournoise. La vessie se vide, mais incomplètement ; la résistance urétrale a dépassé la force de la vessie, et à la fin de la miction, il restera en permanence un volume plus ou moins important (300 CC, 1litre, et parfois plus). (Figure. 14).

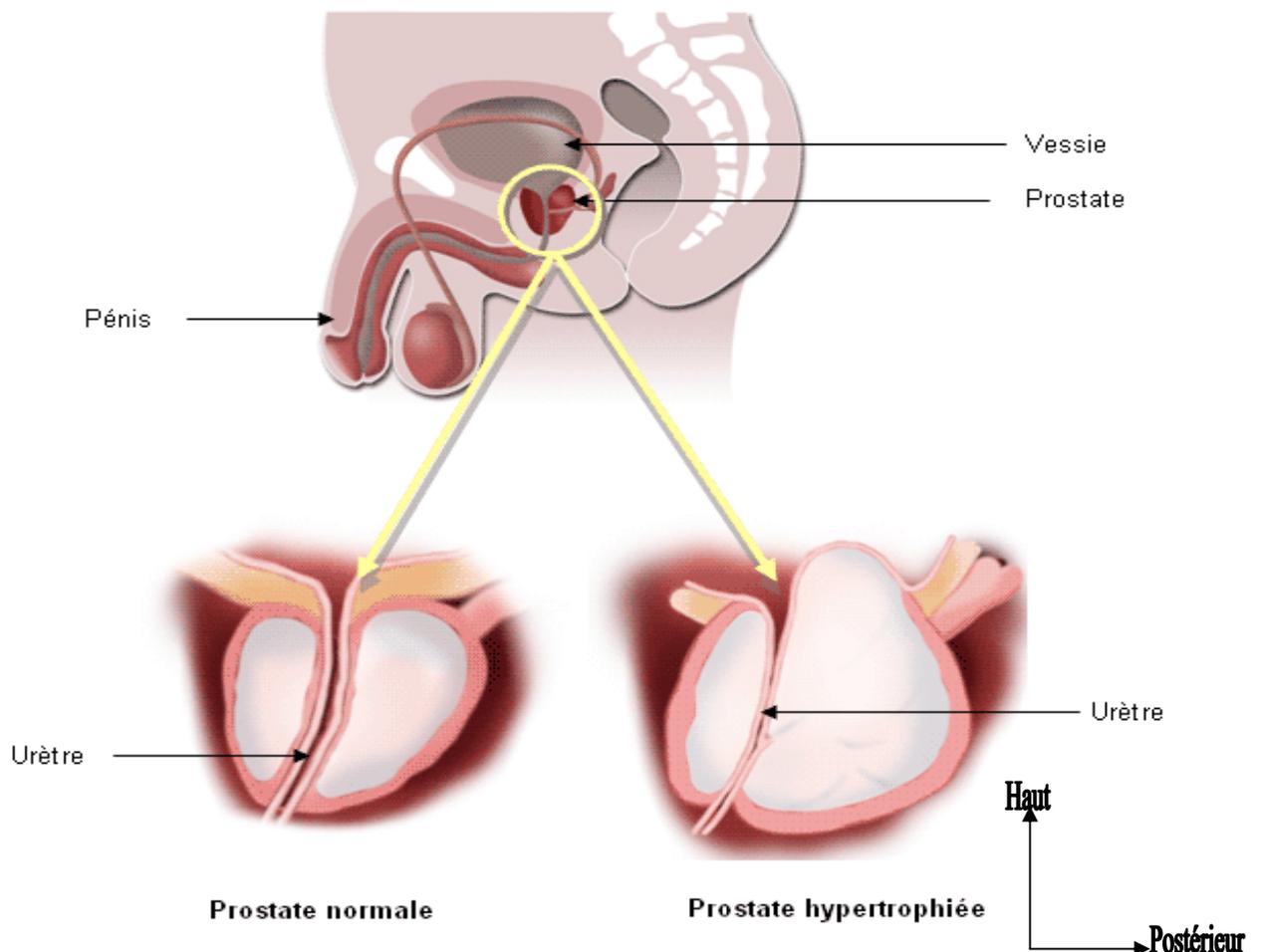
- La Lithiase vésicale :

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

4.2.4- Les Voies urinaires supérieures : [35]

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

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



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

Fig.10 : Retentissement de l'HBP sur l'urètre. [35]

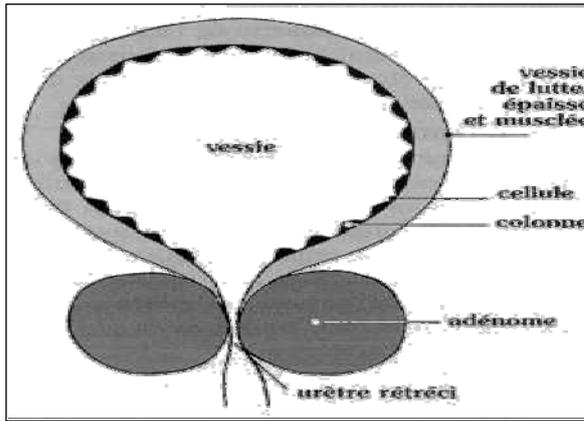


Fig.11: Retentissement sur l'urètre et la vessie [35]

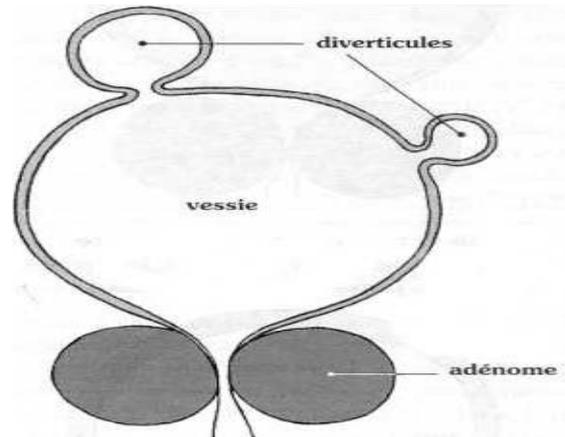


Fig.12 : Retentissement sur la vessie : diverticules [35]

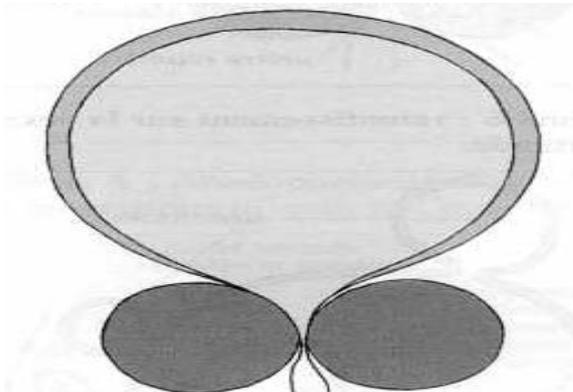


Fig.13 : Rétention complète d'urine [35]

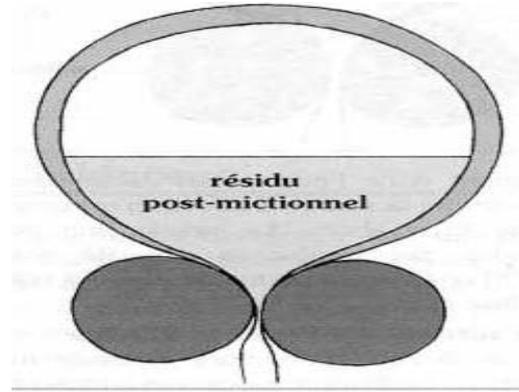


Fig.14 : Rétention incomplète [35]

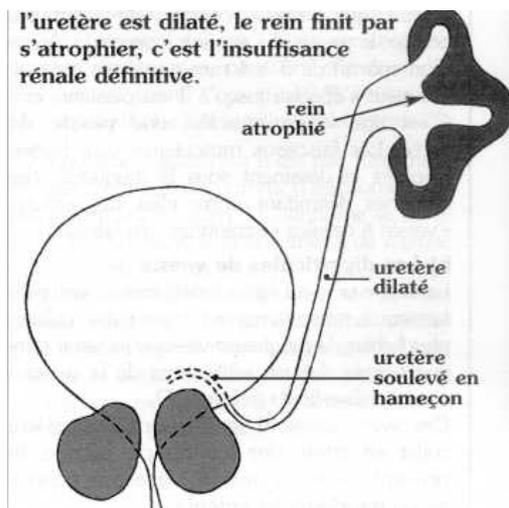


Fig.15: Retentissement rénal [35]

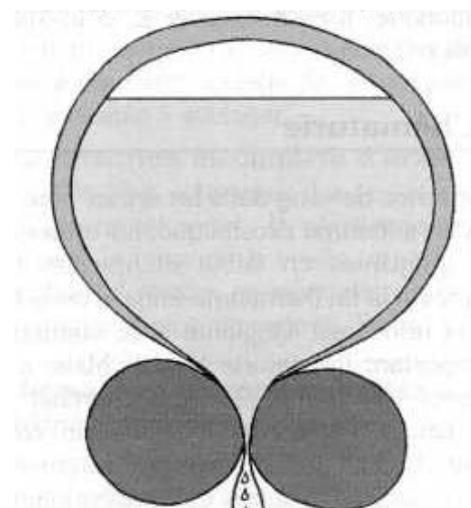


Fig.16 : Rétention complète avec miction par regorgement [35]

D/ ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE L'H.B.P. :**1- Symptomatologie :** [34,35]

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

2- Quantification des symptômes fonctionnels :**2.1-Le score international des symptômes prostatiques de l'OMS (IPSS) :** [37, 38,39, 14, 40,41]

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

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

Tableau I : score de MIDSEN.

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

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

Tableau II : Sigle IPSS et QDV

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

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

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

QUESTIONNAIRE

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

RESULTATS IPSS

Total des 7 items

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

SCORE DE QUALITE DE VIE : QDV

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

- | | |
|----------------------|------------------|
| Réjoui = 0 | Satisfait = 2 |
| Heureux = 1 | Insatisfait = 3 |
| Très insatisfait = 4 | Très éprouvé = 6 |

Très ennuyé = 5

La réponse à cette question peut aller de très heureux à très malheureux, soit

$$L = [0-6]$$

2.1.1- Score de l'intensité des symptômes :

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

Patients peu symptomatiques [0-7].

Patients modérément symptomatiques [8-19].

Patients avec symptômes sévères [20-35].

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

Les symptômes irritatifs :

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

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

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

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

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

Les symptômes obstructifs :

- **Faible jet** : constitue l'un des premiers signes de l'obstruction sous vésicale, néanmoins il est sous-estimé par les patients qui le considèrent normal à cet âge.
- **Dysurie** : Nécessité de fournir des efforts pour initier la miction. Elle est plus corrélée avec les habitudes mictionnelles qu'avec le degré de l'obstruction.
- **Mictions intermittentes** : gouttes d'urines qui s'écoulent après avoir fini d'uriner. Elles tâchent les habits et dégagent souvent une odeur nauséabonde autour du patient et obligent certains à une utilisation abusive de déodorant.
- **Vidange incomplète** : c'est la sensation de reste d'urine dans la vessie alors que le patient a fini d'uriner. Elle traduit le résidu post-mictionnel et est la conséquence des autres signes obstructifs.

2.1.2- Score qualité de vie :

Il est basé sur la réponse à sept (7) questions : (voire sigle IPSS et QDV)

L'impact des mêmes symptômes sur la qualité de vie est très variable d'un malade à un autre.

Les troubles de la qualité de vie liés aux symptômes d'H.B.P peuvent être influencés par la profession, la résidence, le statut social, les pathologies associées (diabète, HTA, troubles de la marche). C'est pourquoi la qualité de vie du patient est un élément essentiel dans la prise de décision sur les types et les protocoles thérapeutiques ainsi que l'évaluation des résultats de ceux-ci.

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

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

3- Autres questions pouvant avoir un intérêt :

3.1- Questions se rapportant à l'anamnèse : [14]

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

3.2- Recherche des complications et signes de gravité : [14,42].

Elles peuvent survenir à n'importe quel stade de la maladie. Il s'agit :

- des épisodes de rétention aiguë d'urine,
- des hématuries,
- de lithiase vésicale ou des voies supérieures,
- des infections urinaires.

3.3- Questions en rapport avec l'activité sexuelle :

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

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

4.1- Diagnostic positif :

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

4.1.1- Interrogatoire : [17]

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

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

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

4.1.2- Examen physique :

a- Le toucher rectal : [40,44] (Figure 17)

Le Toucher rectal est l'élément essentiel du diagnostic d'HBP et doit être pratiqué après vidange vésicale et rectale. Il admet plusieurs positions (gynécologique, debout penché en avant, genu-cubitale, latérale).

Le TR permet de palper la prostate et d'évaluer sa forme, sa consistance, son volume, sa régularité.

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

Technique du toucher Rectal :

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

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

Résultats :

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

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

Effets secondaires :

Le TR est normalement indolore ou peu douloureux.

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

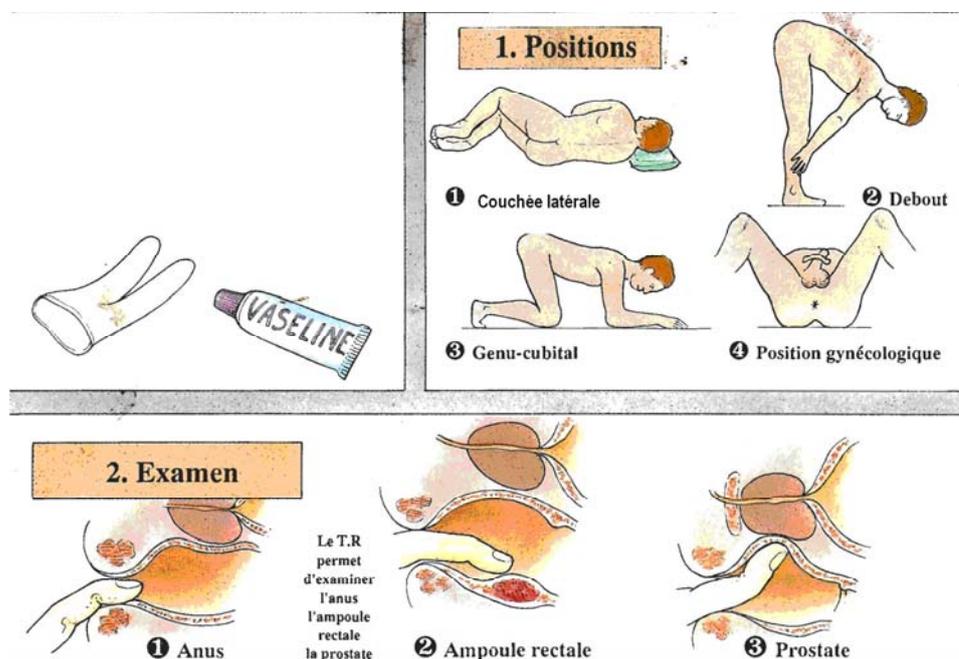


Fig. 17 : Toucher rectal, position et technique [44]

b- Examen physique général : [31, 44, 30,35]

En matière d'hyperplasie bénigne de la prostate, il est beaucoup plus axé sur l'examen des organes génitaux externes, et du méat urétral à la recherche d'une sténose. La palpation et la percussion de la région sus-pubienne se font à la recherche d'une rétention vésicale, la palpation des fosses lombaires à la recherche d'un gros rein. Les orifices inguinaux

doivent être palpés, car les efforts de poussée favorisent la survenue des hernies.

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

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

4.1.3- Bilan para clinique : [9,45]

Il précise le diagnostic et apprécie le retentissement de l'H.B.P sur le reste de l'appareil urinaire.

a- Biologie :

- Examen cyto bactériologique des urines [35, 46,47, 48]

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

- La créatininémie [9, 35, 47,49]

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

- Dosage du PSA (Prostatic-Specific Antigen) [9, 50]

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

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

b- Imagerie médicale :

- Echographie [51,9]

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

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

L'échographie permet de déterminer :

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

- Urographie intraveineuse (UIV) [35]

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

- Uréthro-cystographie-rétrograde (UCR) [35] :

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

- Autres examens radiographiques rarement utilisés :

. Tomodensitométrie (TDM) : [52]

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

- . **Uréthro-cystoscopie** qui, grâce à un appareil optique, permet de voir directement l'urètre et la vessie. [35]

c- Bilan urodynamique : [9, 34, 53, 31, 32, 54,30]

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

- La débitmétrie :

Cet examen permet de chiffrer le débit mictionnel. Il ne présente aucun intérêt dans le diagnostic de l'adénome. Il est évident que plus la dysurie est importante, plus le débit sera faible. Il permet de contrôler les effets des traitements, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, de manière objective.

Les valeurs normales sont des données statistiques et l'on considère qu'un débit maximal supérieur ou égal à 15ml/s permet d'éliminer pratiquement une obstruction sous vésicale.

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

- Autres examens urodynamiques :

. La cystomanométrie :

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

. L'urétromanométrie :

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

. L'électromanométrie :

Elle n'a pas un grand intérêt en pré-opératoire.

4.2- Diagnostic différentiel : [55, 34, 14, 56,57]

Il inclut les autres causes d'obstruction ou d'irritation vésicale. Ces principales pathologies sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

5- Evolution et Complications :

5.1- Evolution : [9, 35, 34, 58, 14,30]

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

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

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

- D'autres entraîneront une dysurie plus ou moins importante sans retentir sur la vessie et les uretères ;
- Certains peuvent s'infecter passagèrement (adénomite) et majorer la dysurie quelques jours ou même provoquer une rétention d'urine. Une fois cette poussée inflammatoire guérie, tout peut rentrer dans l'ordre ;
- D'autres retentiront progressivement sur la vessie et les uretères jusqu'à provoquer l'insuffisance rénale ;
- Cancer et adénome de la prostate peuvent s'associer, mais un adénome ne dégénère pas en cancer.

5.2- Complications : [34,35]

Un certain nombre de complications peuvent être rencontrées au cours de l'évolution :

5.2.1- L'infection :

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

5.2.2- L'hématurie :

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

5.2.3- La lithiase vésicale :

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

5.2.4- Les autres complications :

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

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

L'hypertrophie bénigne de la prostate est une maladie bénigne mais qui peut affecter sévèrement la qualité de vie du patient. En dehors des complications sévères, ce n'est pas une maladie mortelle. La gêne fonctionnelle causée par les symptômes est l'élément fondamental qui pousse le patient à consulter en vue d'un diagnostic (de bénignité) et d'un traitement.

Les traitements seront prescrits dans le but de soulager les symptômes et de réduire le risque de complications. Les recommandations récentes sur l'H.B.P proposent que le patient participe activement avec son médecin au choix thérapeutique. Il devra ainsi être informé des options thérapeutiques envisageables selon son état clinique et sa gêne, et des bénéfices, risques et coûts de chaque possibilité de traitement.

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

- simple surveillance,
- un traitement médicamenteux,
- ou un geste chirurgical voire instrumental (non chirurgical) [9].

1- But :

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

2- Méthodes :

2.1- L'abstention thérapeutique : [59]

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

2.2- Médicales :

Nous pouvons regrouper les agents pharmacologiques en deux grands groupes :

-Médicaments agissant par réduction du volume prostatique.

-Médicaments agissant sur la composante fonctionnelle dans l'HBP. [31]

2.2.1- Phytothérapie : (décongestionnants) [59, 54]

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

Exemple de produits :

-**TADENAN®** : L'extrait d'écorce de *Pygeum africanum*

- **PERMIXON®** : L'extrait lipidostérolique de *serenoa repens*

2.2.2- Alpha bloquants : [59,60]

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

Ils agissent donc sur la composante fonctionnelle.

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

Exemple de produits :

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

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

2.2.3- Hormonothérapie : [59, 61,31]

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

Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (5-ARI) entraînent une réduction du volume prostatique et une baisse de la résistance urétrale.

Il faut noter que les 5-ARI entraînent une baisse des taux de PSA (Prostatic Specific Antigen) d'environ 50%.

- Castration chirurgicale ou médicale :

Les agonistes de la LH-RH inhibent la sécrétion testiculaire androgénique en bloquant la sécrétion de l'axe hypothalamo-hypogonadique. La régression du volume prostatique varie de 24,2 à 75%.

La baisse de la libido, l'impuissance sexuelle et la gynécomastie en limitent l'utilisation.

- Les progestatifs anti-androgéniques :

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

-Androgènes non stéroïdiens :

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

2.3- Traitement chirurgical :

Les différentes techniques chirurgicales d'adénomectomie prostatique sont :

2.3.1- La résection endoscopique : [59, 62, 15, 63]

La chirurgie endoscopique tend depuis une vingtaine d'années à remplacer la chirurgie à ciel ouvert qui a pour indication le gros adénome supérieur à 60 grammes. On distingue alors :

- La résection trans-urétrale de la prostate : RTUP

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

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

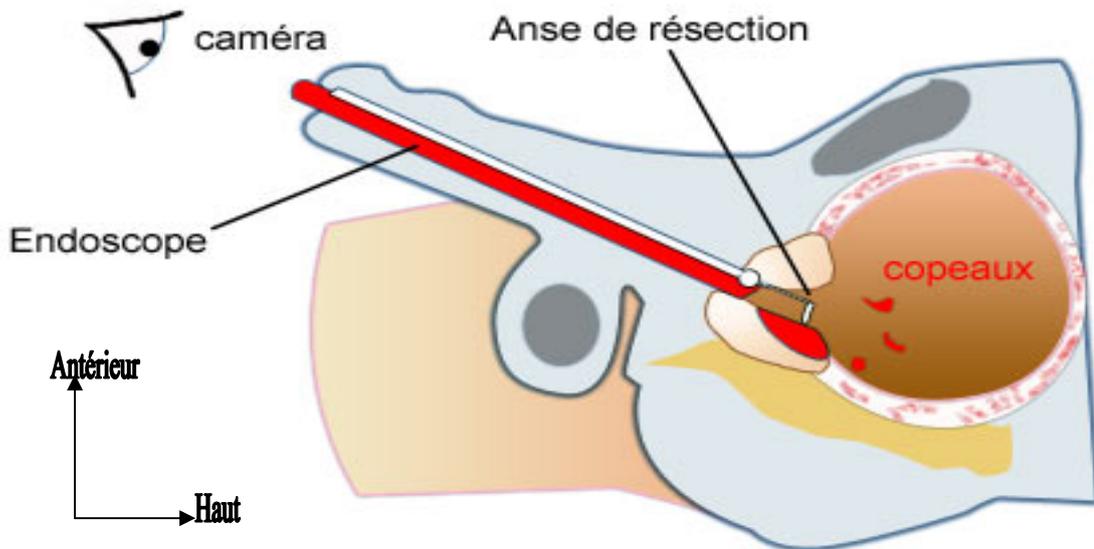


Fig.18 : Résection trans-urétrale [15]

- L'incision cervico-prostatique :

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

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

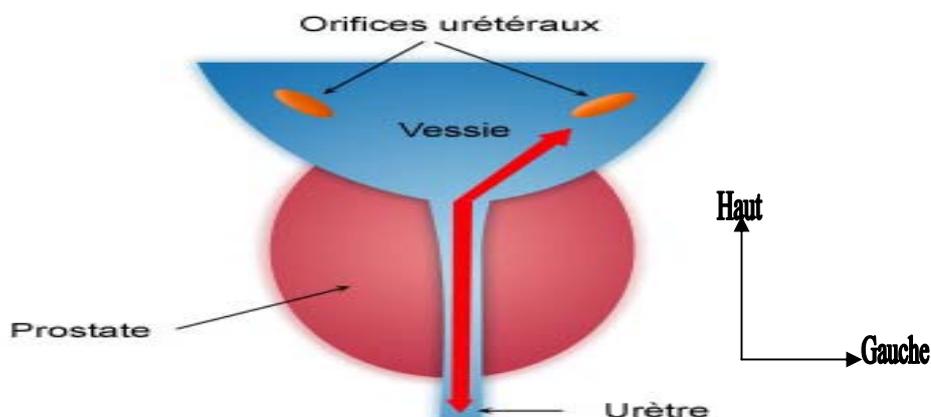


Fig. 19: Incision cervico-prostatique [15]

2.3.2- Adénomectomie par voie trans-vésicale : [63, 64, 62,65, 66, 14,67]**-La méthode de FREYER HRYNTSCHAK :**

Méthode découverte par FULLER (1901) et vulgarisée par FREYER (1986).

Cette technique a évolué dans le temps, elle se distingue par la simplicité de l'acte et la valeur des résultats.

Description de la technique :

- . Malade en décubitus dorsal à plat ou en trendelenbourg léger (si obèse).
- . Incision sus-pubienne de 10-12cm. (Figure 20a)
- . Abord de la portion la plus haute de la partie antérieure de la vessie.
- . Ouverture de la vessie selon une incision trans-vésicale de 5cm environ. (Figure 20a)
- . Mise en place des écarteurs (Hryntschak) après suspension des bords latéraux de l'incision par des lacs de fil non résorbable.
- . Repérage des méats urétéraux.
- . Trique circulaire tout autour du col ; la coagulation sera accentuée vers 5 heures et 7 heures correspondant à la zone vasculaire.
- . Ensuite section au bistouri électrique selon la ligne précédemment décrite de la muqueuse assez profondément jusqu'au moment où l'on aperçoit la masse brillante nacrée de l'adénome. A ce niveau, l'adénome est harponné avec une pince de Museux et on recherche avec les ciseaux courbes le plan de clivage idéal.
- . Une fois, le clivage terminé, l'adénome ne tient plus que par sa continuité avec l'urètre qui est alors sectionné aux ciseaux.
- . L'adénome enlevé, il reste une loge de volume variable que l'on examine à la recherche d'un reliquat de nodule adénomateux (œil + index).
- . Parage de la loge, mise en place d'une sonde urétrale tissée avec quelques éponges résorbables dites spongel, ou alors sonde-balon de Foley (Figure 20b).

- . Fermeture de la brèche musculo-aponévrotique sans drainage au fil lentement résorbable.
- . Fermeture de la peau au crin ou au nylon. (Figure 20b)
- . La section des déférents est pratiquée indifféremment.
- . La sonde urétrale préférée est celle de Couvelaire en matière plastique,
- . Lavage très discret.

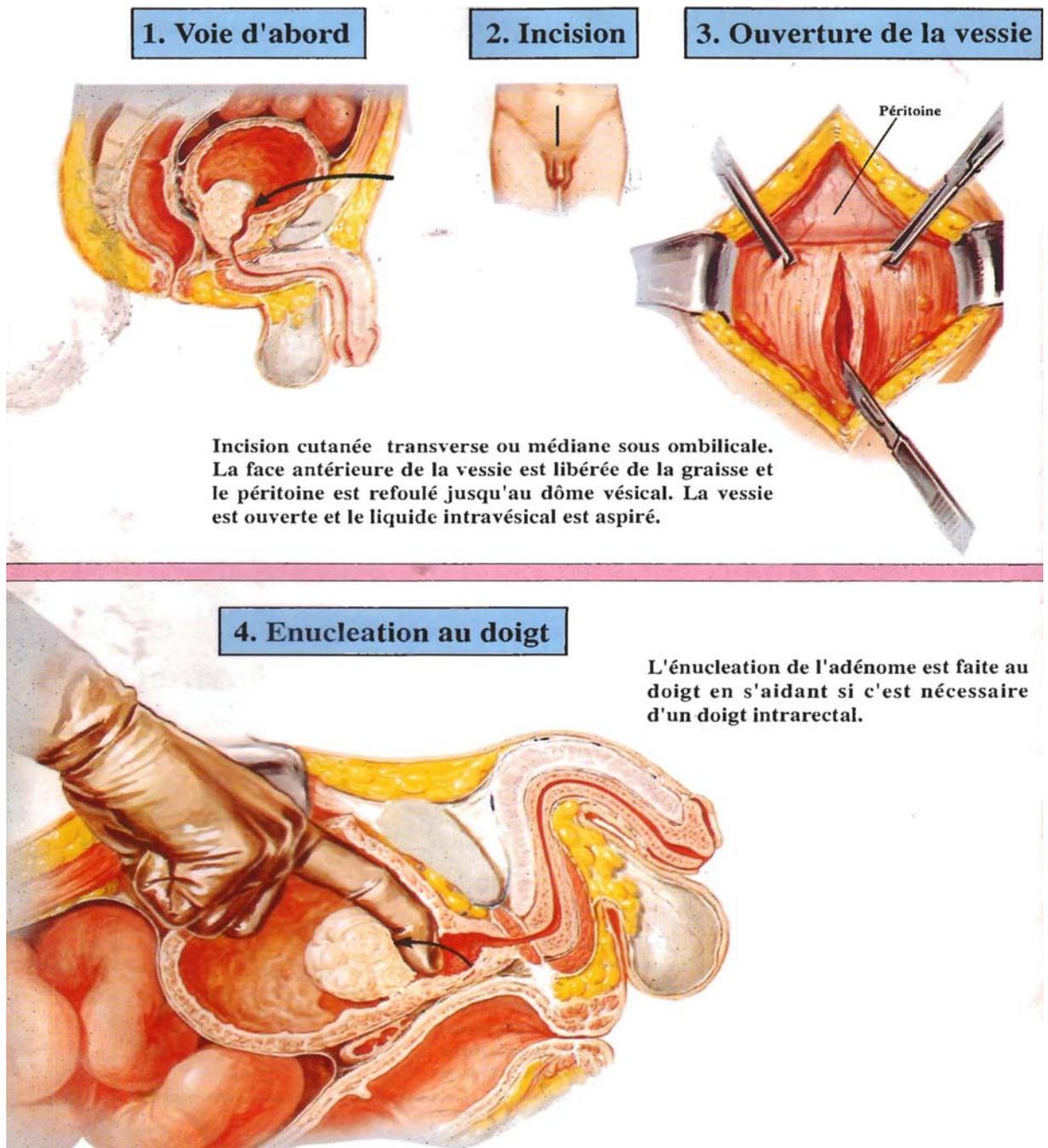
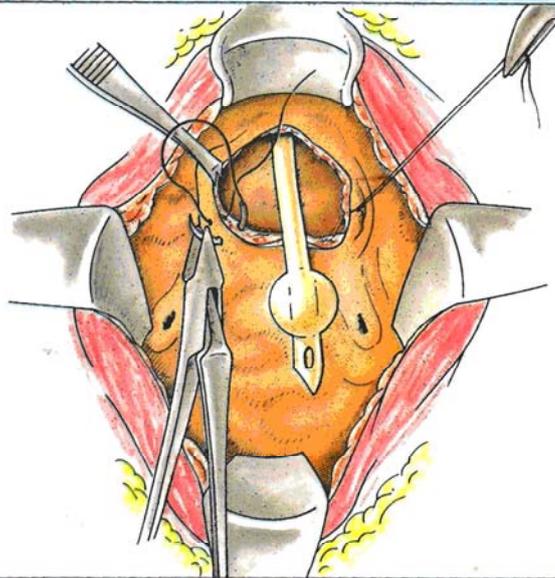


Fig.20a : Adenomectomie trans-vésicale [66]

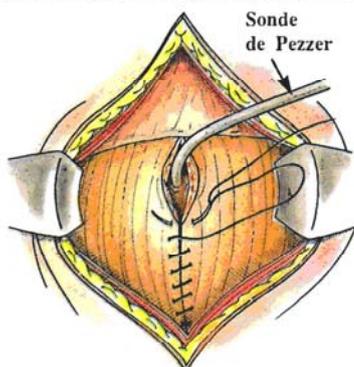
5. Hémostase de la loge et mise en place de la sonde



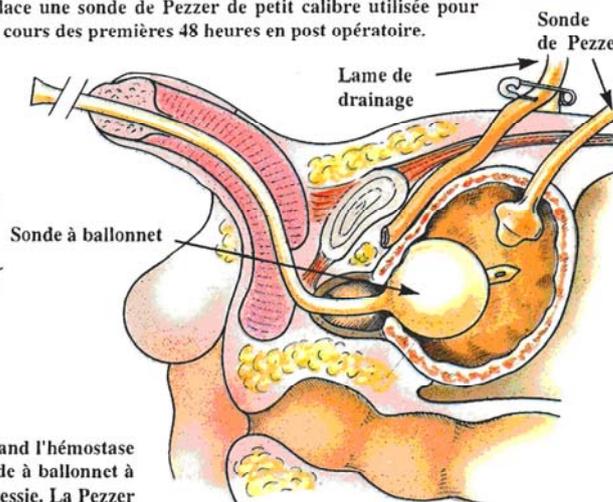
L'hémostase est faite à vue avec du fil à resorption lente monté sur une aiguille fine. Il faut éviter d'utiliser autant que possible la coagulation source de chute d'escarres en post-opératoire. Une sonde à ballonnet est intruite et le ballonnet est gonflé.

6. Fermeture de la vessie

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



6. Fermeture de la paroi



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

Fig. 20b : Adénomectomie trans-vésicale [66]

2.3.3- Adénomectomie retropubienne (Millin) :

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

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

2.3.4- Adénomectomie périnéale :

Technique difficile mais mieux tolérée que les autres techniques.

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

2.4- Les traitements instrumentaux non chirurgicaux : [59,68]

Ils ne sont pas entrés dans la pratique courante car ils demandent des études complémentaires pour valider leur utilité. Ce sont les lasers par exemple ou la thermothérapie par micro-ondes trans-urétrales (TMTU) dont l'intérêt est qu'elle se pratique sous anesthésie locale ou encore l'utilisation d'ondes radio de basse fréquence (TUNA) ou d'ultrasons à haute énergie (HIFU).

De nombreuses études sont en cours pour définir la place de ces traitements vis - à - vis de la résection endoscopique.

2.5- Les autres moyens thérapeutiques :

2.5.1- La cryochirurgie : [69]

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

2.5.2- Le laser trans-urétral : [31]

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

2.5.3- Dilatation au ballon de l'urètre prostatique : [31-60]

Développée dans les années 1980, elle représente une technique simple, saine, mais nécessite souvent une anesthésie loco-régionale ou même générale. Cette technique consiste à gonfler un ballonnet à haute pression dans l'urètre prostatique pour rompre la commissure antérieure de la

prostate, la jonction entre les deux lobes latéraux et à élargir le canal. Cette méthode a été abandonnée.

2.5.4- Prothèses endo-urétrales : [60]

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

2.5.5- Hyperthermie et thermothérapie prostatique : [31]

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

- modification probable des échanges ioniques à travers la membrane cellulaire,
- coagulation des protéines cytoplasmiques avec modification histologique.

La première modalité thérapeutique fait appel à la voie transrectale utilisant plusieurs protocoles ; soit une séance unique de 3 heures, soit une séance d'une heure par semaine pendant 6-8 semaines avec une température entre 41-44°C.

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

2.5.6- Ultrason avec aspiration prostatique transurétrale : [31]

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

3-Indications : [70]

En dehors des indications formelles de la chirurgie, les indications dépendent surtout de la gêne fonctionnelle due aux symptômes (voir score international symptomatique de la prostate OMS 1991)

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

3.1- Les adénomes médicaux : [71, 72, 73,74]

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

3.2- Les adénomes chirurgicaux : [67, 35]

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

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

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

4- Résultats :

4.1- Guérison : [67,35]

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

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

4.2- Complications :

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

4.2.1- Hémorragie post-opératoire : [34]

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

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

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

4.2.2- L'infection post-opératoire : [34]

L'infection de la plaie cervico-prostatique est banale et rapidement jugulée par l'antibiothérapie que l'on peut associer aux anti-inflammatoires.

L'infection épидidymo-déférentielle est plus rare, parfois immédiate ; elle est bruyante s'accompagnant de fièvre et de douleurs. Il faut toujours y penser en cas de fièvre post-opératoire.

4.2.3- Complications urinaires :

-L'incontinence : [34]

Des troubles de la continence sont fréquents dans les jours, voire les semaines qui suivent une intervention sur la prostate. On ne pourra parler véritablement d'incontinence qu'après plusieurs mois, si les symptômes ne semblent plus régresser. Cette incontinence traduit la destruction chirurgicale du sphincter. Son traitement s'avère très aléatoire. Heureusement, cette dramatique infirmité est rare (< à 1% des malades).

-Les fistules vésico-cutanées : [75]

Elles peuvent s'observer après chirurgie à ciel ouvert. Elles sont la conséquence d'un défaut de fermeture vésicale associé à un problème infectieux local.

Un simple drainage prolongé de la vessie par sonde urétrale permet d'obtenir la fermeture de la fistule. Dans certains cas ces fistules sont la conséquence de la persistance d'un obstacle à l'évacuation des urines par les voies naturelles après l'ablation de la sonde. Le traitement de ces fistules passe par celui des causes de l'obstruction.

-La réapparition d'une dysurie : [76,74]

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

-La persistance des troubles mictionnels : [77]

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

4.2.4- Complications sexuelles : [78]

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

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

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

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

NOTRE ETUDE

A /METHODOLOGIE :

1- Méthode et matériels :

1.1- Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'Urologie du Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré.

-Situation géographique du CHU.GT :

Le CHU.GT est situé en plein centre ville dans la commune III précisément au centre commercial du district de Bamako, capitale administrative et politique du MALI.

-Situation du service d'urologie au sein du CHU.GT:

Le service d'urologie se trouve à l'ouest du rez de chaussée du pavillon Benitieni Fofana

1.2- Période d'étude :

Notre étude s'est étendue sur 12 mois (du 1^{er} décembre 2005 au 30 novembre 2006) sur des malades opérés pour adénome de la prostate dans le Service d'Urologie du CHU.GT.

1.3- Type d'étude :

IL s'agissait d'une étude longitudinale prospective.

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

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

1.6- Saisie et analyse des données : la saisie a été faite sur Windows 2000 et l'analyse sur EPI INFO version 6 et SPSS.

2- Patients :

2.1- Population d'étude :

L'enquête s'est déroulée sur tous les patients admis pour hypertrophie prostatique.

B/ RESULTATS:**I- RESULTATS GLOBAUX:****1-DONNEES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES****Tableau I : Fréquence de l'adénomectomie prostatique**

Chirurgie	Effectif	Pourcentage (%)
Adénomectomie prostatique	187	58,1
Cystolithotomie	21	6,5
Néphrolithotomie	15	4,6
Dilatation urétrale au béniqué	15	4,6
Réimplantation urétéro-vésicale	12	3,7
Urétérolithotomie	12	3,7
Cure de cystocèle	10	3,1
Urétroplastie	9	2,8
Résection anastomose termino terminale de l'urètre	9	2,8
Ponction des corps caverneux (priapisme)	5	1,5
Néphrectomie	5	1,5
Cure d'hydrocèle	4	1,2
Cure séquelle d'excision	4	1,2
Autres	14	4,3
Total	322	100

L'adénomectomie prostatique occupe la 1^{ère} place avec une fréquence de 58,1% suivi de la lithotomie (14,8%).

Autres : Méatotomie (1), Cure valve de l'urètre postérieur (2), Kystectomie : cordon spermatique (1), Cure torsion testiculaire (1), Cure FVV (1), Cure d'hypospadias (3), Cure ectopie testiculaire (3), Pulpectomie (2).

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge en Année	Effectif	Pourcentage (%)
50 à 59	15	11,8
60 à 69	50	39,4
70 à 79	48	37,8
80 à 89	13	10,2
90 ans et plus	1	0,8
Total	127	100

La moyenne d'âge est de **70,90 ans ± 8,38 ans** avec une médiane de **70 ans**.

Les âges extrêmes sont **50 ans** et **91ans**.

Les tranches d'âge les plus représentées étaient **60 -79 ans** avec une fréquence de **77,2 %**.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	76	59,8
Commerçant	17	13,4
Fonctionnaire	7	5,5
Marabout	5	3,9
Eleveur	4	3,1
Chauffeur	4	3,1
Maçon	4	3,1
Autres	10	7,9
Total	127	100

Dans notre étude 76/127 patients soit **59,8%** étaient des cultivateurs, suivis des commerçants (**13,4%**) et des fonctionnaires (**5,5%**).

Autres : Tailleur (3), Menuisier (1), pêcheur (2), Boucher (1), Ouvrier (3).

Tableau IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Koulikoro	30	23,6
Kayes	24	18,9
Bamako	20	15,7
Sikasso	21	16,5
Ségou	14	11
Mopti	11	8,7
Tombouctou	5	3,9
Gao	1	0,8
Bouaké (RCI)	1	0,8
Total	127	100

La majorité de nos patients venait de Koulikoro, soit **23,6%** suivie de Kayes (**18,9%**), de Sikasso (**16,5%**) et de Bamako (15,7%).

2-DONNEES CLINIQUES :**Tableau V : Répartition des patients selon le type d'antécédents chirurgicaux**

43/127 de nos patients soit **33,9%** avaient des antécédents chirurgicaux avant leur adénomectomie prostatique.

Types d'antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Hernie inguinale	28	22
Hydrocèle	7	5,5
Cataracte	2	1,6
Lithiase urinaire	2	1,6
Sans Antécédents	84	66,1
Autres	4	3,1
Total	127	100%

La cure de hernie inguinale a constitué le type d'intervention chirurgicale le plus effectuée à nos malades soit **22%**, suivie de la cure d'hydrocèle (**5,5%**).

Autres : représentés par les cures de hernie ombilicale (1), d'hémorroïde (1), d'appendicite (1) et d'ATCD de laparotomie (1).

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

56/127 de nos patients soit **44%** avaient des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Bilharziose urinaire	32	25,2
HTA	10	7,9
UGD ou Epigastralgie	8	6,3
Cardiopathie	2	1,6
Asthme	2	1,6
Sans Antécédents	71	56
Autres	2	0,8
Total	127	100

La bilharziose urinaire était l'antécédent médical le plus fréquent soit **25,2%**, suivie de l'HTA (**7,9%**) et d'UGD ou épigastralgie (**6,3%**).

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Rétention aigue d'urine	100	78,7
Pollakiurie	12	9,4
Dysurie	8	6,3
Incontinence d'urine	3	2,4
Retard de miction	3	2,4
Faiblesse de jet d'urine	1	0,8
Total	127	100

La rétention aigue d'urine a été le motif de consultation le plus fréquent **100/127** soit **78,7%**, suivie de la pollakiurie (**9,4%**) et de la dysurie (**6,3%**).

Tableau VIII : Répartition des patients selon la fréquence des symptômes mictionnels

Symptômes mictionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Pollakiurie nocturne	109	85,8
Rétention aiguë d'urine	100	78,7
Faiblesse du jet urinaire	87	68,5
Dysurie	68	53,5
Incontinence d'urine	51	40,2
Retard de miction	3	2,4

La pollakiurie et la rétention d'urine étaient les maîtres symptômes avec respectivement **85,8%** et **78,7%**.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'aspect des urines

Aspect des urines	Effectif	Pourcentage (%)
Normal	113	89,0
Hématurique	11	8,7
Purulent	3	2,4
Total	127	100

113/127 de nos patients soit **89%** avaient des urines d'aspect normal avec une fréquence de **8,7%** d'hématurie et **2,4%** de pyurie.

Tableau X : Délai de consultation

Temps en année	Effectif	Pourcentage (%)
< 1 an	61	48
[1-2[	36	28,3
[2-3[	9	7,1
[3-4[	10	7,9
[4-5[	8	6,3
≥ 5 ans	3	2,4
Total	127	100

61/127 de nos patients, soit **48%** ont consulté pendant la première année d'évolution des symptômes.

Les durées extrêmes ont été **2 mois** et **81 mois** (9ans), la moyenne est de **19 mois** avec une médiane de **24 mois** (2ans).

Tableau XI : sensation de vidange vésicale incomplètement vidée

Vidange incomplète	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	25	19,7
1 fois sur 5	3	2,4
1 fois sur 3	10	7,9
1 fois sur 2	44	34,6
2 fois sur 3	11	8,7
Presque toujours	34	26,8
Total	127	100

44/127 patients, soit **34,6%** vidaient incomplètement leur vessie 1 fois sur 2 mictions contre **26,8%** qui avaient une sensation de vessie incomplètement vidée.

Tableau XII : Fréquence de pollakiurie diurne

Pollakiurie diurne	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	25	19,7
1 fois sur 5	1	0,8
1 fois sur 3	14	11
1 fois sur 2	38	29,9
2 fois sur 3	10	7,9
Presque toujours	39	30,7
Total	127	100

39/127 patients, soit **30,7%** avaient une pollakiurie diurne.

Tableau XIII : Interruption du jet urinaire

Miction intermittente	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	17	13,4
1 fois sur 5	2	1,6
1 fois sur 3	3	2,4
1 fois sur 2	15	11,8
2 fois sur 3	1	0,8
Presque toujours	89	70,1
Total	127	100

89/127 patients, soit **70,1%** avaient une interruption du jet urinaire.

Tableau XIV : Difficulté à retenir l'envie d'uriner.

Impériosité mictionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	57	44,9
1 fois sur 5	00	00
1 fois sur 3	6	4,7
1 fois sur 2	11	8,7
2 fois sur 3	2	1,6
Presque toujours	51	40,2
Total	127	100

51 patients avaient une impériosité mictionnelle, soit **40,2%**.

Tableau XV : Faiblesse du jet urinaire

Faible jet	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	7	5,5
1 fois sur 5	00	00
1 fois sur 3	3	2,4
1 fois sur 2	22	17,3
2 fois sur 3	8	6,3
Presque toujours	87	68,5
Total	127	100

87/127 patients, soit **68,5%** avaient un jet urinaire faible.

Tableau XVI : Nécessité de faire un effort pour commencer à uriner

Dysurie	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	36	28,3
1 fois sur 5	2	1,6
1 fois sur 3	2	1,6
1 fois sur 2	17	13,4
2 fois sur 3	2	1,6
Presque toujours	68	53,5
Total	127	100

68/127 patients, soit **53,5%** sont obligés de se contracter pour initier et maintenir le jet urinaire.

Tableau XVII : Nombres de levées nocturnes

Nycturie	Effectif	Pourcentage (%)
Jamais	1	0,8
1 fois	3	2,4
2 fois	11	8,7
3 fois	31	24,4
4 fois	20	15,7
Presque toujours	61	48
Total	127	100

Dans notre étude 61 patients, soit **48%** se levaient plus de 5 fois par nuit pour uriner.

Tableau XVIII : Score d'IPSS total en pré-opératoire

Score d'IPSS total	Effectif	Pourcentage (%)
Patient peu symptomatique [0-7]	2	1,6
Patient modérément Symptomatique [8-19]	33	26
Patient avec symptômes sévères [20-35]	92	72,4
Total	127	100

La majorité des patients, soit **72,4%** avaient des symptômes sévères compris entre 20-35 points.

Tableau XIX : Valeur de la qualité de vie liée aux symptômes en pré-opératoire

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Patient réjoui	00	00
Patient heureux	00	00
Patient satisfait	00	00
Patient insatisfait	15	11,8
Patient très insatisfait	42	33,1
Patient très ennuyé	70	55,1
Total	127	100

Dans notre étude aucun des patients n'était satisfait de sa qualité de vie ; 70 d'entre eux, soit **55,1%** étaient très ennuyés par leur symptomatologie.

Tableau XX : Trouble de la sexualité en pré-opératoire

Trouble de la sexualité	Effectif	Pourcentage (%)
Trouble de l'érection	64	50,4
Absence de trouble	35	27,6
Trouble de la libido	28	22
Total	127	100

64/127 patients, soit **50,4%** ont affirmé avoir un trouble de l'érection et 22% avaient un trouble de la libido ; 35 patients, soit 27,6% n'avaient pas de trouble de la sexualité.

Tableau XXI : répartition des patients selon leur situation urologique à l'examen physique

Situation urologique	Effectif	Pourcentage (%)
Port de sonde vésicale	96	75,6
Absence de sonde vésicale	31	24,4
Total	127	100

75,6% de nos patients avaient une sonde vésicale à l'entrée.

3- DONNEES BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES :

Tableau XXII : Répartition des patients selon la réalisation des examens complémentaires

Type d'examen	Non pratiqué		Pratiqué	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
ECBU	48	37,8	79	62,2
Glycémie	0	0	127	100
Créatininémie	0	0	127	100
NFS	0	0	127	100
Groupe sanguin et rhésus	0	0	127	100
PSA	115	90,6	12	9,4
Echographie rénale	0	0	127	100
Echographie vésicale	0	0	127	100
Echographie prostatique	0	0	127	100

100% des patients ont réalisé la glycémie, la créatininémie, la numération formule sanguine, le groupe sanguin rhésus et l'échographie vésico-réno-prostatique.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon les résultats de l'ECBU.
(N = 79)

Résultats de l'ECBU	Effectif	Pourcentage (%)
ECBU stérile	49	62
E.coli	11	13,9
BGN	5	6,3
BGP	4	5,1
Staphylocoque	2	2,5
Pseudomonas aëroginosa	2	2,5
Diplocoque gram négatif	2	2,5
Klebsiella pneumonie	1	1,3
Candida albicans	1	1,3
Levure	1	1,3
Aéromonas hydrophile	1	1,3
Total	79	100

L'Escherichia Coli était le germe le plus rencontré avec une fréquence de 13,9%.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la créatininémie

Créatininémie ($\mu\text{mol/L}$)	Effectif	Pourcentage (%)
60 – 120	113	89
> 120	14	11
Total	127	100

113/127 de nos patients avaient une créatininémie normale soit **89%** contre **11%** cas d'insuffisance rénale.

Tableau XXV : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectif	Pourcentage (%)
≥ 12	101	79,5
10,1-11,9	11	8,66
≤ 10	15	11,81
Total	127	100

15 patients, soit **11,8%** avaient un taux Hb $\leq 10\text{g/dl}$.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie rénale

Résultats	Effectif	Pourcentage (%)
Normale	120	94,5
Hydronéphrose bilatérale	3	2,4
Hydronéphrose droite	1	0,8
Hypotonie rénale gauche	1	0,8
Kyste rénal	1	0,8
Lithiase pyélique gauche	1	0,8
Total	127	100

94,5% des malades avaient une échographie rénale normale.

L'anomalie la plus prédominante était l'hydronéphrose avec une fréquence de **3,2%**.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie vésicale

Résultats	Effectif	Pourcentage (%)
Normale	111	87,4
Vessie de lutte	15	11,8
Masse vésicale	1	0,8
Total	127	100

87,4% des malades avaient une échographie vésicale normale. L'anomalie la plus prédominante était la vessie de lutte avec une fréquence de **11,8%**.

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

Poids échographique de la prostate (g)	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 30	1	0,8
31-60	33	26
61-90	50	39,4
91-120	23	18,1
121-150	9	7,1
151-180	4	3,1
> 180	7	5,5
Total	127	100

La tranche **61-90** g était la plus représentée avec une fréquence de 39,4%.

Le poids moyen est de **89,81g** avec une médiane de **80g**. Les extrêmes sont **30g** et **340g**.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la classification ASA

Classification ASA	Effectif	Pourcentage (%)
ASA I	25	19,7
ASA II	99	77,9
ASA III	3	2,4
Total	127	100

Dans notre étude la plupart de nos patients soit **77,9%** étaient classés ASA II.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
Rachi-anesthésie	123	96,9
Péridurale	3	2,4
Anesthésie générale	1	0,8
Total	127	100

La Rachi-anesthésie a été le type d'anesthésie le plus pratiqué soit **96,9%** des patients.

4-SUIVI POST-OPERATOIRE :

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le délai d'ablation de la sonde sus-pubienne + transfert du ballonnet dans la vessie

Ablation de la sonde + Transfert du ballonnet (J)	Effectif	Pourcentage (%)
[1-4[	121	95,3
[4-7[	4	3,1
[7-10[	1	0,8
10 jours et plus	1	0,8
Total	127	100

121/127 de nos patients, soit **95,3%** avaient subi l'ablation de la sonde sus-pubienne entre **1-3 jours**.

Le délai minimum était **2 jours**, le délai maximum était **31 jours**.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon l'évolution immédiate

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Evolution favorable	85	66,9
Evolution avec complications locales	37	29,1
Décès	5	4
Total	127	100

85/127 de nos patients, soit **66,9%** ont évolué favorablement vers la guérison.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon les complications locales

Complications locales	Effectif	Pourcentage (%)
Sans complication	85	66,9
Orchite	13	10,2
Suppuration	10	7,9
Fistule vésico-cutanée	6	4,7
Hémorragie	4	3,1
Retard de cicatrisation	1	0,8
Décès	5	4
Autres	3	2,4
Total	127	100

Autres : Lâchage de fil avec suture secondaire (2), Fistule vésico-cutanée + orchite (1)

Dans notre étude **37 cas** de complications locales ont été enregistrés soit **29,1%**. L'orchite occupe la 1^{ère} place avec une fréquence de **10,2%**, suivie de la suppuration locale (**7,9%**).

Tableau XXXIV : Répartition des patients décédés selon la cause du décès

Décès par suite de	Effectif	Pourcentage (%)
Septicémie	1	20
Collapsus cardio-vasculaire	2	40
Indéterminée	2	40
Total	5	100

Le taux de mortalité est de **4%**.

Le collapsus cardio-vasculaire était la cause de décès la plus fréquente avec un taux de **1,6%**.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Temps en jours	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 7	111	87,4
8-14	9	7
15-21	5	4
21-28	1	0,8
> 28	1	0,8
Total	127	100

La durée moyenne d'hospitalisation était **7,6 jours** avec une médiane de **7 jours**. Le délai minimum était **5 jours**, le délai maximum était **31 jours**.

La majorité des patients soit **87,4%** avaient séjourné entre **1-7 jours** à l'hospitalisation.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon la durée de port de sonde en post-opératoire

Durée de port de sonde (Jour)	Effectif	Pourcentage (%)
< à J10	00	00
J10-J20	9	7,1
Plus de J20	113	89
Décès	5	4
Total	127	100

113/127 de nos patients, soit **89%** ont porté la sonde pendant **plus de 20 jours** en post-opératoire.

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les complications survenues après l'ablation de la sonde urétrale

Complications après ablation de la sonde	Effectif	Pourcentage (%)
Absence de complication	96	75,6
Dysurie	13	10,2
Incontinence urinaire	5	3,9
RAU	3	2,4
Brûlure mictionnelle	3	2,4
Fistule vésico-cutanée	2	1,6
Décès	5	4
Total	127	100

Dans notre étude 96 patients, soit **75,6%** étaient sans complication après ablation de la sonde urétrale. **La dysurie** était la complication la plus fréquente avec un taux de **10,2%**.

Tableau XXXVIII: Répartition des patients selon la valeur du score une semaine après l'ablation de la sonde urétrale.(N = 122)

Score d'IPSS	Effectif	Pourcentage (%)
0-7	106	86,9
8-19	16	13,1
20-35	00	00
Total	122	100

106/122 de nos patients, soit **86,9%** avaient un score inférieur à 7 points une semaine après l'ablation de la sonde contre 1,6% en pré-opératoire.

Tableau XXXIX: Répartition des patients selon la valeur de la qualité de vie une semaine après l'ablation de la sonde urétrale. (N = 122)

Valeur qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Patient très réjoui	80	65,6
Patient heureux	25	20,5
Patient satisfait	11	9
Patient insatisfait	05	4
Patient très insatisfait	01	0,8
Patient très ennuyé	00	00
Total	122	100

La majorité des patients, soit 65,6% ont affirmé être très réjouis de l'amélioration des symptômes urinaires contre 5 patients, soit 4% qui ont indiqué être insatisfaits.

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

Mode de suivi	Effectif	Pourcentage (%)
Patients revus	95	74,8
Patients non revus	27	21,3
Patients décédés	5	4
Total	127	100

Dans notre étude **95 patients**, soit **74,8%** ont été vus 1 mois après l'ablation de la sonde urétrale.

Tableau XLI : Répartition des patients selon la valeur du score 1 mois après ablation de la sonde urétrale.(N = 95)

Score d'IPSS	Effectif	Pourcentage (%)
0-7	94	99
8-19	01	1
20-35	00	00
Total	95	100

94 patients, soit **99%** avaient un score inférieur à **7 points**.

Tableau XLII : Répartition des patients selon la valeur de la qualité de vie 1 mois après l'ablation de la sonde urétrale. N = 95

Valeur de la qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Patient très réjoui	90	94,7
Patient heureux	02	2,1
Patient satisfait	02	2,1
Patient insatisfait	01	1
Patient très insatisfait	00	00
Patient très ennuyé	00	00
Total	95	100

La majorité des patients, soit **94,7%** ont affirmé être très réjouis de l'amélioration des symptômes urinaires.

Tableau XLIII : Répartition des patients selon le mode de suivi 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale.

Mode de suivi	Effectif	Pourcentage (%)
Patients revus	31	24,4
Patients non revus	91	71 ;6
Décédés	5	4
Total	127	100

Dans notre étude **31 patients**, soit **24,4%** ont été revus 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale.

Tableau XLIV : Répartition des patients selon la provenance 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale.

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	17	55
Koulikoro	6	19,3
Kayes	3	9,6
Sikasso	3	9,6
Ségou	2	6,5
Total	31	100

La majorité des patients, soit 55% venaient de Bamako 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale.

Tableau XLV : Répartition des patients selon la valeur du score 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale. (N = 31)

Score d'IPSS	Effectif	Pourcentage (%)
0-7	30	96,8
8-19	01	3,2
20-35	00	00
Total	31	100

Dans notre étude **30 patients**, soit **96,8%** avaient un score inférieur à 7.

Tableau XLVI : Répartition des patients selon la valeur de la qualité de vie 2 mois après l'ablation de la sonde urétrale.(N = 31)

Valeur de la qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Patient très réjoui	30	96,8
Patient heureux	00	00
Patient satisfait	00	00
Patient insatisfait	01	3,2
Patient très insatisfait	00	00
Patient très ennuyé	00	00
Total	31	100

Parmi les 31 patients revus à 2mois de l'ablation de la sonde urétrale, **30 patients**, soit **96,4%** ont répondu être très réjouis.

Tableau XLVII : Résultats subjectifs (IPSS) en fonction des classes de réponses

Délai de suivi Réponse IPSS	7 jours de l'ablation de la sonde urétrale	1 mois de l'ablation de la sonde urétrale	2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale
Excellent	104/122 (85,2%)	94/95 (98,9%)	30/31 (96,8%)
Bon	16/122 (13,1%)	1/95 (1,1%)	1/31 (3,2%)
Moyen	–	–	–
Mauvais	2/122 (1,6%)	–	–

Sur les 122 patients évalués à 7 jours de l'ablation de la sonde urétrale **85,2%** des patients avaient un résultat **excellent** c'est-à-dire IPSS < 7 et amélioration de plus de 50% ; **1,6%** avaient un résultat **bon** avec IPSS < 7 et amélioration de plus de 30%, et 11,5% avaient également un résultat **bon** avec IPSS entre 7-14 et amélioration de plus de 50%. 1,6% des patients avaient un résultat mauvais.

95 patients ont été évalués à 1 mois de l'ablation de la sonde urétrale avec **94** résultats **excellents** et **1** résultat **bon**.

A 2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale c'est-à-dire 3 mois et plus après l'intervention, nous n'avons pu évaluer que **31** patients avec 96,8% de résultat excellent et 3,2% de résultat bon.

Tableau XLVIII : Trouble de la sexualité en post-opératoire (à 1 mois d'ablation de la sonde).

Trouble de la sexualité	Effectif	Pourcentage (%)
Trouble de l'érection	60	47,2
Absence de trouble	35	27,5
Perdus de vue	27	21,3
Décédés	5	4
Trouble de la libido	00	00
Total	127	100

Dans notre étude 60 patients soit **47,2%** ont affirmé avoir un trouble de l'érection contre **50,4%** en pré-opératoire, suivis de **27,5%** qui était sans trouble.

Tableau XLIX : Répartition des patients selon les résultats de l'examen anatomo-pathologie

Résultats	Effectif	Pourcentage (%)
Adénomyome de la prostate avec adénomite chronique non spécifique	82	64,6
Adénomyome de la prostate	8	6,3
Adénomyome de la prostate avec adénomite subaiguë	12	9,4
Adénomyome de la prostate avec adénomite aigue non spécifique	6	4,7
Adénocarcinome de la prostate	4	3,1
Adénofibrome de la prostate	2	1,6
Adénomyome de la prostate avec adénomite aigue suppurée	1	0,8
Adénomyome de la prostate avec adénomite d'origine parasitaire	2	1,6
Non fait	10	7,9
Total	127	100

Dans notre étude l'adénomyome de la prostate avec adénomite chronique non spécifique prédominaient avec une fréquence de **64,6%**.

II- RESULTATS ANALYTIQUES :**Tableau L : Tranche d'âge et Score IPSS total**

Score IPSS Total Tranche d'âge (an)	Patient peu Symptomatique [0-7]	Patient modérément symptomatique [8-19]	Patient avec des symptômes Sévères [20-35]	Total
50-59	1	1	4	6
60-64	0	3	21	24
65-69	1	6	17	24
> 70	0	23	50	73
Total	2	33	92	127

$$\text{Khi}^2 = 222,58$$

$$P = 0,021$$

$$\text{ddl} = 6$$

Cette différence est statistiquement significative, donc l'âge est un facteur influençant le score d'IPSS

Tableau LI : Délai de consultation et score IPSS Total

Score IPSS Total Temps En année	Patient peu symptomatique	Patient modérément symptomatique	Patient avec des symptômes sévères	Total
< 1an	2	23	37	62
[1-2[	0	6	28	34
[2-3[	0	1	11	12
[3-4[	0	1	9	10
[4-5[	0	1	5	6
≥ 5ans	0	1	2	3
Total	2	33	92	127

$$\mathbf{Khi^2 = 135,56}$$

$$\mathbf{ddl = 10}$$

$$\mathbf{P = 0,310}$$

Statistiquement cette différence n'est pas significative, donc le délai de consultation n'a pas d'impact sur le score IPSS.

Tableau LII : Poids échographique de la prostate et Score IPSS Total

Score IPSS Total Poids (g)	Patient peu symptomatique [0-7]	Patient modérément symptomatique [8-19]	Patient avec des symptômes Sévères [20-35]	Total
0-30	0	0	1	1
31-60	1	9	23	33
61-120	1	18	54	73
120 et plus	0	6	14	20
Total	2	33	92	127

$$\mathbf{K\chi^2 = 2,04}$$

$$\mathbf{ddl = 6}$$

$$\mathbf{P = 0,964}$$

Statistiquement cette différence n'est pas significative, donc il n'y a pas de rapport entre le poids de l'adénome et le score d'IPSS

Tableau LIII : Créatininémie et Score IPSS total

Score IPSS Total	Patient peu Symptomatique [0-7]	Patient modérément symptomatique [8-19]	Patient avec des symptômes sévères [20-35]	Total
Créatininémie				
Normale (60-120 μ mol/L)	2	27	84	113
Anormale (>120 μ mol/L)	0	6	8	14
Total	2	33	92	127

$$\mathbf{Khi^2 = 6,15}$$

$$\mathbf{ddl = 2}$$

$$\mathbf{P = 0,289}$$

Cette différence n'est pas statistiquement significative, donc la valeur du score IPSS ne joue pas sur la créatininémie.

Tableau LIV : Résultats Anapath et score IPSS total

Score IPSS total Résultats Anapath	Patient peu Symptomatique [0-7]	Patient modérément symptomatique [8-19]	Patient avec des symptômes sévères [20-35]	Total
Adénomyome de la prostate	1 (0,9%)	29 (26,1%)	81 (73%)	111
Adénofibrome de la prostate	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2
Adénocarcinome de la prostate	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	4
Non fait	0	3	7	10
Total	2	33	92	127

$$\text{Khi}^2 = 260,79$$

$$\text{ddl} = 6$$

$$\text{P} = 0,013$$

Cette différence est significative statistiquement, donc la nature histologique de l'hypertrophie influence le score d'IPSS.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

C-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

La mauvaise santé de la prostate commence entre autres par l'hypertrophie bénigne de la prostate qui entraîne des troubles mictionnels chez 50% des hommes de plus 50 ans. 20-40% des hommes de plus de 60 ans subiront une intervention chirurgicale.

Notre étude menée sur l'évaluation de la qualité de vie des patients après adénomectomie trans-vésicale selon le score d'IPSS dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré concernait tous les patients admis en hospitalisation pour H.B.P du 1^{er} Décembre 2005 au 30 Novembre 2006.

1-ASPECTS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

Age :

La tranche d'âge de 60-79 ans était la plus représentée dans notre étude avec une fréquence de 77,2%.

Ce taux est équivalent à celui de Noutacdié [80] qui avait trouvé 75,43%. M.Colombel et C.Abbou [81] dans une étude à Créteil (Centre hospitalo-universitaire Henri Mondor) ont trouvé une fréquence de 53,3%.

L'âge médian des patients était de 70 ans ; cet âge est proche de ceux de M. Colombel et de C. Abbou [81] et de Noutacdié [80] qui avaient trouvé respectivement 71,5 ans et 72,5 ans.

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

Profession et provenance :

La majorité des patients était des cultivateurs avec une fréquence de 59,8%. Ce taux est comparable à celui de Konaté S. [82] qui trouve 58,50%.

Nos patients venaient de toutes les régions du Mali avec une prédominance de la région de Koulikoro (25,6%) suivie de Bamako (18,9%).

Simaga [83] dans son étude avait trouvé 37,4% de patients provenant de Koulikoro et 25,2% de Bamako.

Ces résultats peuvent être expliqués par la proximité de Koulikoro des centres spécialisés, mais ne peut représenter une répartition géographique de l'A.P au Mali.

Nous avons trouvé 3,9% dans la région de Tombouctou et 0,8% dans la région de Gao.

Ces faibles taux s'expliquent par la distance qui sépare ces régions du CHU Gabriel Touré.

2-ASPECTS CLINIQUES

Place de l'adénomectomie prostatique dans le Service d'Urologie de l'H.G.T :

Dans notre étude l'adénomectomie a occupé 58,1% de l'activité chirurgicale, tandis que Noutacdié [80] rapportait 30,70%. Ces résultats peuvent être expliqués par une sensibilisation de la population atteinte vis-à-vis de la chirurgie prostatique. L'H.B.P reste le 1^{er} motif de consultation en Urologie suivie des lithiases vésicales.

Antécédents chirurgicaux :

Dans notre étude la hernie inguinale dominait les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de 22% comparable à celui de Noutacdié [80] qui avait enregistré 20,57%.

Ces résultats peuvent être expliqués par :

- le fait que la majorité de nos patients venaient du milieu rural (57,5%) et soumis à l'effort physique cité parmi les facteurs favorisant de l'hernie inguinale,
- l'effort de poussée pour uriner secondaire à l'évolution de l'H.B.P.

Antécédents médicaux :

La majorité de nos patients avaient des antécédents de bilharziose urinaire avec une fréquence de 25,2%, inférieure à celle de Noutacdié [80] qui avait

trouvé 34,28%. Cette différence pourrait être expliquée par les zones de résidence de nos patients.

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

Motif de consultation :

Le principal motif de consultation était la R.A.U suivie de la pollakiurie soit respectivement 78,7% et 9,4%.

Noutacdié [80] et Bolezogola [84] avaient trouvé respectivement 57,71% et 41,57% de R.A.U comme premier motif de consultation.

Ces résultats s'expliquent par le fait que :

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

- les 1^{ers} signes (pollakiurie,...) de l'H.B.P sont mis au compte de d'autres pathologies tel que diabète, dans le vécu quotidien de nos populations.

Dr M. Colombel et ses collaborateurs dans leur étude prospective à Créteil [81] ont trouvé 3 cas de R .A.U sur 15 patients.

La pollakiurie, la R.A.U, et la dysurie étaient les symptômes les plus fréquents dans notre étude, soit respectivement 85,8%, 78,7% et 53,5%.

En ce qui concerne l'aspect des urines de nos patients, nous avons observé 11 cas d'hématurie, soit 8,66% comparable à celui de Noutacdié [80] qui avait trouvé 12 cas (6,86%).

Ces taux sont proches à celui de la littérature qui l'estime entre 10 et 20% [85].

Délai de consultation :

48% des patients ont consulté pendant la première année d'apparition des symptômes urinaires, tout comme dans l'étude de Konaté S. [82] qui trouve 50,10% en 2004.

Ces résultats sont encourageants car dans les séries de Noutacdié [80] et de Bolezogola [84] les patients avaient consulté très tardivement, soit 3 ans et plus avec une fréquence respective de 66,86 et 61,97%.

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

Evaluation du score d'IPSS et de la QDV :

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

92 patients, soit 72,4% se sont présentés avec des symptômes sévères; Konaté S. [82] en trouvait 78,50%.

55,1% de nos patients ont répondu être très ennuyés par les symptômes contre 82% dans l'étude de Konaté S. [82].

Ces résultats indiquent que nos patients ont été consultés un peu plus précocement par rapport à ceux de Konaté S. [82]

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

3- ASPECTS PARA-CLINIQUES

Seulement 79 patients soit 62,2% ont pu réaliser l'ECBU qui objective 30% d'infection urinaire comparable à celui de Nouri M et Coll [86] à Rabat qui ont enregistré 25% dans leur étude.

A Bamako Bolezogola [84] et Konaté S. [82] ont trouvé respectivement 45,39% et 48,50%.

Ces résultats diffèrent de la littérature qui estime le taux entre 6-13% [48].

Cela s'explique par le fait que la majorité de nos patients n'ont consulté qu'au stade des complications.

Dans notre étude E.coli était le germe le plus fréquent ; ce fait est rapporté par Bolezogola [84] et de Konaté S. [82].

Nous avons enregistré 11% d'insuffisance rénale, ceci est pareil au résultat de Noutacdié qui a trouvé 13,71%.

11,81% de nos patients étaient anémiés avec un taux d'Hb inférieur ou égal à 10g/dl.

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

Suite à l'échographie, nous avons enregistré certaines anomalies secondaires à l'évolution de l'H.B.P. Il s'agit de l'hydronéphrose (3,2%), de la vessie de lutte (11,8%).

Le poids médian échographique de la glande prostatique était estimé à 80g. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a été réalisé sur 117 patients soit 92,1%. Il a été objectivé 111 cas d'adénomyome, 4 cas d'adénocarcinome, 2 cas d'adénofibrome de la prostate. Ces résultats d'anatomo-pathologie pareils à ceux de Noutacdié [80] où l'adénomyome prédominait avec 95,42%, nous amènent à dire que l'adénomyome reste la forme la plus fréquente dans notre population. La prostatite était la pathologie la plus associée avec 81,1% expliquant ainsi la fréquence de l'infection urogénitale dans cette tranche d'âge de la population.

4- ASPECTS THERAPEUTIQUES

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

L'anesthésie loco-régionale dominait avec une fréquence de 99,2% contre 99% dans la série de Konaté S. [82] et 94,5% à celle de Nouri M et de Coll [86].

Nous pouvons expliquer ce choix par une certaine expertise de nos anesthésistes réanimateurs dans ce domaine et surtout par son coût moindre. Notons que 3 patients avaient un risque opératoire très élevé (ASA3). En général, le traitement était pratiqué sous rachi-anesthésie soit 96,9%. Cependant, il est important de signaler que d'autres méthodes d'ALR peuvent être utilisées lorsque l'anesthésiste estime qu'elles conviennent à un patient déterminé.

5- SUIVI POST-OPERATOIRE

Le suivi post-opératoire a porté sur 122 patients qui ont été vus à 1 mois après l'opération, 95 patients à 2 mois et 31 à 3 mois. Ces patients ont été évalués à chaque visite grâce au questionnaire.

Nous n'avons pas observé d'hématurie post-opératoire immédiate ; la durée de la sonde sus-pubienne et de la compression de la loge prostatique par le ballonnet variait en général entre 1-3jours (voir tableau XXXI).

Nous avons observé 37 cas de complications locales en post-opératoire immédiat, soit 29,1%. L'orchite représentait 10,2% des complications contre 7,9% pour la suppuration pariétale. Les suppurations pariétales peuvent être expliquées par une insuffisance d'asepsie, en rapport avec les mauvaises conditions de travail et le manque de matériel. Ainsi il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail, de renforcer la stérilisation du matériel chirurgical ainsi que la désinfection du bloc opératoire.

Nous avons enregistré cinq (5) cas de décès soit 4% dont trois (3) cas observés en cours d'hospitalisation dans les tableaux de collapsus cardiovasculaire et de septicémie ; et deux cas à domicile à J20 et à J31 dont les causes sont indéterminées.

La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours avec une durée de sondage de plus de 20 jours chez 89% des patients. Les patients ont été

convoqués pour 3 visites de suivi à 7 jours, 2 mois et 3 mois après l'ablation de la sonde vésicale.

122 patients ont été revus à J7 du retrait de la sonde urétrale. Nous avons observé 13 cas de dysurie, 5 cas d'incontinence urinaire, 3 cas de brûlure mictionnelle, 3 cas de R.A.U, 2 cas de fistule vésico-cutanée, soit 20,5% de complications expliquant une fréquence élevée du taux de morbidité en post-adénomectomie. 86,9% des patients avaient un score d'IPSS inférieur à 7. La majorité des patients soit 95,1% ont répondu être très réjouis (65,6%), heureux (20,5%) et satisfaits (9%). Il apparaît qu'il existe un effet important du traitement sur les symptômes fonctionnels et aussi sur la qualité de vie des patients. Ces données sont en accord avec celles de Konaté S. [82] dont 81,5% des patients avaient un score inférieur à 7 (18,5% étaient des cas indéterminés) et 73,5% des patients affirmaient être très satisfaits, (18,5% étaient sans réponse).

Sur 127 patients initialement inclus dans l'étude et ayant bénéficié d'une adénomectomie, 95 (soit 74,8%) étaient présents dans l'étude à 1 mois après l'ablation de la sonde urétrale (27 ont été perdus de vue, 5 sont décédés) ; 94 patients, soit 99% avaient un score IPSS inférieur à 7 avec une moyenne de 0,819 (médiane =1) et ont affirmé être très réjouis (94,7%), heureux (2,1%) et satisfaits (2,1%) contre 1 patient qui affirmait être insatisfait. Il s'agit d'un patient qui se plaignait de dysurie et de pollakiurie.

Ces résultats montrent une efficacité de l'adénomectomie trans-vésicale et son effet démonstratif sur la qualité de vie de nos patients.

Seulement 31 patients ont été évalués à 2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale avec 96,8% de score d'IPSS inférieur à 7 et 3,2% entre 8-19. La majorité des patients vus à 2 mois et plus de l'ablation de la sonde urétrale venaient de Bamako et avaient des troubles sexuels.

En ce qui concerne la qualité de l'activité sexuelle, notons que les pathologies prostatiques et leurs traitements interagissent de façon complexe avec la sexualité [87].

Sur les 127 patients inclus initialement 72,4% n'avaient pas de rapports sexuels (50,4% de troubles de l'érection et 22% de trouble de la libido). 35 patients (27,5%) avaient des rapports sexuels normaux.

Cette fréquence élevée des troubles sexuels en pré-op peut être expliquée soit par l'âge qui semble être un facteur influençant la qualité de la vie sexuelle, soit par la sévérité des troubles mictionnels, soit par la fréquence des adénomites objectivées chez 81,1% des patients par les résultats anatomo-pathologiques.

28 patients avaient des troubles de la libido contre 0 après l'intervention, ce qui dénote que les symptômes urinaires ont un effet néfaste sur la libido, effet qui disparaît en général après le traitement.

64/127 patients avaient des troubles de l'érection contre 60/95 en post-adénomectomie confirmant une relation entre l'adénomectomie et la vie sexuelle. Nous avons enregistré également une amélioration de l'activité sexuelle chez certains patients qui n'avaient pas de rapport avant l'intervention. Ces résultats illustrent d'emblée la complexité des liens unissant l'H.B.P et sa chirurgie, à la sexualité.

Notons qu'il s'agit d'une population qui peut présenter une dysfonction érectile indépendamment de toute pathologie prostatique et pour laquelle il est possible, dans l'immense majorité des cas, de suppléer une fonction défaillante.

35 patients présentaient un rapport sexuel normal après l'intervention. Nous n'avons pas eu d'information sur la qualité de vie sexuelle des patients non revus qui étaient au nombre de 27 au deuxième rendez-vous. L'éjaculation rétrograde n'a pas été considérée car tous nos patients avaient été informés sur ce trouble avant l'intervention.

Au 3^{ème} visite de suivi, tous nos patients soit 31 avaient des troubles de l'érection.

5- REPOSE AU TRAITEMENT

Les résultats obtenus dans notre étude montrent l'efficacité de l'adénomectomie prostatique.

Dans notre expérience, 96,8% et 3,2% des patients évalués à 3 mois et plus de l'intervention avaient respectivement un résultat subjectif excellent et bon.

6- ASPECTS ANALYTIQUES

Dans notre étude des rapports entre le score d'IPSS et certains facteurs ont été recherchés. Il existe une relation entre le score et l'âge comme l'a trouvé Konaté S. [82] qui a objectivé l'impact de l'âge sur le score. De même une corrélation a été également trouvée entre le score et la nature histologique de l'hypertrophie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

D-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

Au terme de notre étude qui a porté sur 127 cas d'adénome de la prostate, du 1^{er} Décembre 2005 au 30 Novembre 2006 dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré, nous avons noté les faits suivants :

L'âge de nos patients était en accord avec la littérature, soit supérieur à 50 ans avec une fréquence plus élevée dans la tranche d'âge de 60-79ans (72,2%).

L'adénomectomie trans-vésicale reste le traitement de choix de l'H.B.P eu égard au retard de consultation (48% des patients consultent pendant la première année d'évolution des symptômes), au volume de l'adénome (le poids médian = 80g) et aux complications qui l'accompagnent (R.A.U constitue le principal motif de consultation).

A l'admission tous les patients avaient une qualité de vie dégradée due aux retentissements des symptômes qui étaient généralement sévères (IPSS entre 20-35).

L'adénomectomie trans-vésicale fait partie des traitements de l'H.B.P et son effet sur les symptômes reste significatif et durable malgré l'apparition de nouveaux traitements chirurgicaux. Son taux de mortalité est de 4% dans notre étude et peut être réduit par l'amélioration de l'état général de nos patients et un bon suivi post-opératoire.

La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours et la majorité des patients portaient la sonde urétrale pendant plus de 20 jours.

Après le traitement certaines complications ont été recensées à court terme (orchite au 1^{er} plan), et à moyen terme (dysurie au 1^{er} plan) mais l'amélioration des symptômes reste spectaculaire.

La majorité des patients avaient un score IPSS < 7 en post-op et ont répondu être satisfaits du traitement.

A J7 de l'ablation de la sonde urétrale 104/122 patients avaient un score inférieur à 7 (patients peu symptomatiques) avec un minimum de 50% d'amélioration témoignant d'un résultat subjectif excellent.

A 1 mois de l'ablation de la sonde urétrale 94/95 patients avaient un résultat subjectif excellent, puis à 2 mois 30/31 patients présentaient un résultat excellent.

Les résultats symptomatiques n'étaient pas différents pour les patients qui ont consulté aux stades de dysurie et de pollakiurie.

Grâce à l'adénomectomie trans-vésicale la majorité de nos patients ont acquis une qualité de vie satisfaisante malgré la non récupération d'une sexualité satisfaisante après l'intervention.

Notons également que le score est influencé par l'âge et la nature histologique de l'hypertrophie dans notre étude.

2- **RECOMMANDATIONS** :

Aux patients :

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

Aux personnels soignants :

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

Aux Urologues africains :

- Revoir le score IPSS de l'OMS afin de l'adapter à notre contexte dans le but d'évaluer les traitements médical et chirurgical.
- Bien évaluer les patients avant l'intervention.

- Améliorer les conditions d'hygiène surtout au bloc opératoire afin de limiter les infections post-opératoires.
- Instaurer l'héparinothérapie en post-adénomectomie chez les patients à risque d'embolie pulmonaire.

Aux autorités administratives :

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

BIBLIOGRAPHIE

E/Bibliographie:

1-Internat médecine édition vernezobres-corego 74BD de l'hôpital 75013 Paris.

2-Approche actuelle de la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Discussion (current approach to the management of benign prostatic hyperplasia. Discussion):

Auteurs/authors : **ABBOU C C. SALOMON L. CHOPIN D. RAVEY V ; HAILLOT O.** Affiliation(s) du ou des auteurs/authors : Service d'urologie, hôpital Henri- Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 créteil FRANCE, 1996.

3-MICHEL : vieillissement de la population et santé pour tous.

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

5-WILLIAM. HOUSTON: the Bantou prostate. A study of prostate disease in central Africa.j.urol .99; 316 -320.March 1968.

6- ERIC CHARTIER: Collection Méd. Line : urologie Adénome de la prostate.Ed.2000

7-BUZELAIN J.M : Urodynamique du bas appareil urinaire. Masson, éd-PARIS 1983, 200P.

8-Recommandation concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate ; Monaco, 1996 : [http : // WWW.chez .com /uromasters /htm](http://WWW.chez.com/uromasters/htm)

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

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

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

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

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

14-CIBERT J, PERRIN J. : Tumeurs de la prostate. Urol. Chirurgical. Ed Méd. Flammarion. Paris, 1958, PP501-52032.

15- Pr JACQUES IRANI : Hypertrophie bénigne de la prostate : WWW .prostate.fr ; Service d'Urologie, CHU la Melétrie, Poitiers. Octobre 2006.

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

17-Anatomie descriptive : [http// WWW. Anamacap.fr/index-php](http://WWW.Anamacap.fr/index-php), 2003.

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

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

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

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

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

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

- 24-WALIGORA J.** : physiologie de la prostate. Encycl.Méd.Chir.Paris.Rein organes génito-urinaires.18-500-B10, 2-1993.
- 25- KOURY S** : physiologie exocrine de la prostate.In : Koury S, Chatelain C, Denis L, Debruyne, Murphy.G. HBP en question. SCI 1991 ISBN 33-36.
- 26-DUBE J.V** : les protéines majeurs de la sécrétions prostatique. Androl.1991, 1, 56-58
- 27-LILJA H, ABRAHAMSSOM P.A.**: three predominant proteins secreted by the human prostate gland. Prostate 1988; 12:29-38.
- 28-ATLER J L RIBADEAU DUMAS:** atlas anatomie pathologie collection spéciale p.83
- 29-KHOURY S** : Physiopathologie de l'H.B.P. In : l'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP 23-28.
- 30-YVES I, HAILLOTO** : Adénome de la prostate, Néphrol. Urol. La rev du praticien (PARIS) 1995,45
- 31-LERICHE A. FERRIERE A. OMAR:** tumeurs bénignes de la prostate. Eds. Techniques. Encycl. Méd. Chir. Paris, France. Néphrol.Urol.18-555-A10, 1992.
- 32-BLADOU F, ROSSI M et SERMENT G:** quel est l'intérêt du bilan urodynamique dans l'hypertrophie bénigne de la prostate ? L'H.B.P en question. SCI éd 1991, 130 –133.
- 33-LERICHE A** : le dysfonctionnement chez l'homme. Méd. Et Hyg. 43,3605 - 3610,1985
- 34-B.DEBRE, P. TEYSSIER** avec la participation de **P. ATTIGNAC, P.E VRARD, M.ZERBIB, T.FLAM, M.GERAUD, J.P.JABLONSKI:**Adénome de la prostate, Traité d'urologie, Editions Médicales Pierre Fabre P.73-80
- 35- FRANCOIS PERNIN,** chirurgien urologue, centre hospitalier-Ajaccio - France : Développement et santé, n°165, juin 2003
- 36-MOSTOFI F. K** : Anatomie pathologique. In l'H.B.P en questions Scid éd 1991, PP19-22

37-EKMAN P: BPH: Epidemiology and Risk factors. The prostate supplement, 1989, 2, PP22-23.

38- KHOURY S, CHATELAIN C, DENIS L, DEBRUYNE F, MURPHY G: Introduction à l'étude de l'adénome de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991.

39-Recommandation du comité de consensus l'OMS concernant l'évolution diagnostique de l'hyperplasie bénigne prostatique. Progr. Urol. 1991, I, 957-959

40-FOURCADE R.O, TAHAN. H : Hypertrophie bénigne de la prostate. Ency-Méd. (édition scientifiques et médicales). Néphrologie urologie 18-550-A.10.200, 13P.

41-HBP : Nouvelles Recommandations, 97^{ème} congrès français d'urologie, Paris 12 /2003, (Bilan initial) : http://www.urofrance.org/congrès.Php?op=2004_11_20_01.

42-MOSTOFI F. K : évolution habituelle des complications de l'hypertrophie bénigne de la prostate. IFSI 1984,39-58

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

44-SARAMON J P : le toucher rectal technique et intérêt IN : **KHOURY S, CLOSTELERIN C DENIS L, DEBRUYNE, MERPHY G,** hypertrophie bénigne de la prostate en question - SCI 1991 ISBN : 72-77.

45-BEURTON P. Quel est l'intérêt des examens complémentaires dans le bilan de l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI, éd –1991, P.128

46-ABRAHAMS PH, FENELY RCI: the signifiante of symptoms associated with bladder out flow obstruction. Urol – Int.33-171-174, 1978

47-DIDIER S, THIERRY G: les examens biologiques. Dictionnaire des examens médicaux. Ed Larousse 1996.348

- 48-LOBEL B, MILON D** : infections urinaires dans l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, 162-168.
- 49- RICHARD F** : Adénomes prostatiques. Questions réponses. Ed PIL 1988
- 50- SALOMON L, COLOMBEL M, PATARD J.J, CHOPIN D** et **ABBOU C.C** : Le PSA en pratique en 1997. Ann. Urol. 1998,32, n°2, 60 –72.
- 51-GOMBERGH R, CASTRO A**: Echographie de la prostate et des vésicules séminales. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991,84 –87.
- 52-MICHEL F** : Aspects radiologiques de l'hypertrophie bénigne de la prostate. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991,78-83.
- 53-AUBERT F, GUITARD P.** L'épididymite aiguë. L'essentiel médical de poche. Ed. Marketing/Ellipse, 1995. PP 591 – 593.
- 54-KHOURYS.** Bases du traitement médical de l'adénome de la prostate. In : l'HBP en questions. SCI éd. 1991.P.171.
- 55-RICHARD F.** La prostate vue au scanner. Hypertrophie bénigne prostatique. I.F.S.I. 1984,70-76.
- 56-Larousse médicale** (encyclopédie) édition 1998.
- 57-Annale d'urologie** : 2001, P 35, 124 : Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2001.
- 58-CHATELAIN C** : quels sont les signes d'appel de L'HBP ? IFSI.PARIS, 1984,92-93
- 59-FOUCARDE RO**-La prostate -John Libbey eurotext Ed. 1997, Paris : 162pages (pages85-91 et 101-26).
- 60-THIERRY F, DELPHINE A, EMMANUEL H** : L'hypertrophie bénigne de la prostate.Mémento d'urologie. Ed 1998, 76-78.
- 61-KHOURY S** : Existe-t-il un traitement hormonal de l'H.B.P ? Prostate sauf cancer. IFSI, 1984, 2, PP.35-38.
- 62-KHOURY S** : Les différents techniques chirurgicales de l'adénome prostatique. L'HBP en questions, SCI éd 1991, 203-225.
- 63-** Progrès en urologie (1996), 6,236-239.

64-D.BERGE : La prostatectomie trans-vésicale chez l'Obèse, journal et urologie 1963, 63,787.

DENIS L, KHOURY S, ANIEL J Cancer ET HBT. In: **KHOURY S, CHATELAIN C, DENIS, DEBRUYNE, MURPHY G.**

L'hypertrophie bénigne de la prostate en question mise au point, France, SCI 1991, ISBN:143 – 145.

65-KHOURY S, MURPHY G, CHATELAIN D, DEBRUYNE F, DENIS S: Traitement chirurgicales de l'H.B.P. In: L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, PP 203-216.

66-ALKEN C E, SOKELAND J: Abrégé d'urologie. Masson, Paris 1983,131-143

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

68-KAPLAN S.A., TE A.E Transurethral électrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign with prostatic hyperplasia. Urology. 1995, 45,566-572.

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

70-Mc CONNEL et AL. The long – term effects of medical therapy on the progression of BPH: Résultats from the MTOPS trial. Présenté au congrès de l'American Urological Association. Orlando Juin 2002

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

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

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

- 74-KHOURY S** : Traitement autre que les hormones et les α bloquants. SCI éd.1991, PP 189 – 190
- 75-JACQMIN. D, SAUSSINE .CH** : Complications post-opératoire précoces dans la chirurgie de l'adénome prostatique. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, P221.
- 76-CAMEY M** : Troubles mictionnels après l'adénomectomie prostatique. Rev. Prat. 1980,1957
- 77-Congrès de l'association française d'Urologie. Forum sur les séquelles de la prostatectomie à ciel ouvert.** Masson éd. Paris, 59^e congrès, octobre 1985.
- 78-ZERBIB M, STEG A, CONQUY S, DEBRE B** : Conséquences sexuelles de la chirurgie de l'adénome prostatique. L'H.B.P en questions. SCI éd 1991, 234-238.
- 79-Traitement de l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) par thermocoagulation au moyen d'aiguille par voie trans-urétrale (TUNA) et suivi à un taux de retraitement :** www.urofrance.org/Base_urofrance/UR-2001-00570524/UR-200100570524.XML.
- 80- NOUTACDIE KEMBOU ROMAIN** : Evaluation de l'adénomectomie dans le service d'urologie de l'hôpital du « point G ».Thèse méd., N°4, 1999.
- 81- SAGNIER P.P., Mc FARLANE G., RICHARD F., BOTTO H., TEILLAC P., BOYLE P.** Results of an epidemiological survey using a modified American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia in France. Urol., 1994, 151, 1266-1270
- 82- SIAKA KONATE** : Utilisation des scores dans l'évaluation clinique de l'adénome de la prostate au service d'urologie de l'hôpital du « point G ».Thèse méd., N°48, 2004
- 83- SIMAGA A.K** : Etude clinique de l'adénome de la prostate à propos de 115 cas colligés dans le service d'urologie de L'H.N.P.G. Thèse. Méd. Bamako, 1990 ; 90 M11.

84-BOLEZOGOLA F : Adénome de la prostate à propos de 760 cas d'adénomectomie à l'hôpital Gabriel Touré de BAMAKO. Thèse Med. N°110-02.

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

86-MOUAD NOURI, KHALID EI KHADIR, JAMAL EI FASSI, ABDELLATIF KOUTANI, AHMED IBN ATTAYA, MOHAMED HACHIMI, AHMED LAKRISSA : Hypertrophie de la prostate, aspects cliniques et thérapeutiques à propos de 1280 cas opérés : Annales d'urologie 1999, vol 33, N°4, P 243-255.

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

ANNEXES

RESUME DE LA THESE

Nom : BERTHE

Prénom : Ibrahima

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

Année : 2006-2007

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Urologie

RESUME :

Dans notre étude 127 patients souffrant d'H.B.P et gênés par ses symptômes ont bénéficié d'un traitement par l'adénomectomie trans-vésicale.

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

Avant l'intervention, 72,4% des patients avaient des symptômes sévères et 11,8% ; 33,1% ; 55,1% ont répondu respectivement être insatisfaits, très insatisfaits et très ennuyés par les symptômes.

A l'hospitalisation 29,1% de complications locales ont été enregistrées avec une prédominance des orchites, soit 10,2%. La durée médiane d'hospitalisation était de 7 jours et la durée de port de sonde en post-opératoire était supérieure à 20 jours chez la majorité des patients. Le taux de mortalité était de 4%, soit 5 patients.

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

31 patients ont été revus au 3^{ème} rendez-vous qui était fixé à 3 mois et plus après l'intervention. Sur 31 patients la majorité vivait à Bamako et 30, soit 96,8% avait un score < 7. Un patient n'était pas satisfait de son traitement.

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

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

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

SUMMARY OF THE THESIS

Family name: BERTHE

Surname: Ibrahima

Title of the thesis: Evaluation of life quality of the patients after adenomectomy according to the application of IPSS.

Year: 2006-2007

City of oral examination: Bamako

Country of origin: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology

Interest Sector: Urology

Summary:

In our study, one hundred and twenty seven (127) patients suffering from H.B.P and disturbed by its symptoms have benefitted of a treatment by trans-bladder adenomectomy.

The patients' life quality has been evaluated before and during the first three (3) by surgery using IPSS application (International Prostate Score Symptom). The evaluation of the efficiency of the treatment and of the sexual function has also been taken into consideration.

Before the surgery, 72,4% of the patients had severe symptoms and 11,8%; 33,1%; 55,1% answered respectively by not being satisfied, very satisfied and very disturbed by the symptoms.

During the hospitalization period, local complications were registered with a predominance of orchites, 10,2%. The average hospitalization period was seven (7) days and the duration for probe use after surgery was superior to twenty days for most of the patients. The death rate was 4%, which are 5 patients.

Complications were numbered after the removal of the urethra sound and were dominated by dysury.

Thirty one (31) patients were seen back at the third appointment which was fixed of three months and more after surgery. Most of the thirty one patients were living in Bamako and thirty (30) which is 96,8% had an IPSS < 7. One patient was not satisfied of the treatment he received.

According to our study, there is a relation between the H.B.P and sexuality not only in its symptom logy but also in its surgical treatment (trans bladder adenomectomy).

So, this study brings to evidence the significative amelioration of the H.B.P and the life quality of the patients after trans-bladder adenomectomy. However the problem of sexuality lied to the pathology and to its treatment remains complex and constituted the main reason of the consultation of our patients three (3) months after the surgery.

Mots clés: Benign prostatic hyperplasia (H.B.P), Score IPSS, trans bladder adenomectomy.

FICHE D'ENQUETE

I-IDENTITE

- Q1. Numero de fiche d'enquête...../.../.../.../
- Q2. Age :
- Q3. Ethnie : 1-Bambara/.../ 2-Peulh/.../ 3-Dogon/.../ 4-Malinké/.../
5-Senoufo/.../ 6-Soninké/.../ 7-Sonrhai/.../ 8-Minianka/.../
9-Autre à préciser/.../.....
- Q4. Lettre : 1-Oui/.../ 2-Non/.../
- Q5. Profession : 1-Fonctionnaire/.../ 2-Cultivateur/.../ 3-Eleveur/.../ 4-Tailleur/.../
5-Commerçant/.../ 6-Marabout/.../ 7-Autre à préciser/.../.....
- Q6. Provenance: 1-Bamako/.../ 2-Kayes/.../ 3-Koulikoro/.../ 4-Sikasso/.../
5-Segou/.../ 6-Mopti/.../ 7-Tombouctou/.../ 8-Gao/.../
9-Kidal/.../ 10-Autre à préciser/.../.....
- Q7. Etat matrimonial : 1-Marié/.../ 2-Veuf/.../ 3-Divorcé/.../ 4-Celibataire/.../
- Q8. Nationalité : 1-Malienne/.../ 2-Etrangère/.../
- Q9. Résidence : 1-Ville 2-Milieu rural/.../

II- ANTECEDENTS

- Q10. ATCD chirurgicaux :
1-Sans ATCD chirurgicaux/.../ 2-Hernie inguinale/.../ 3-Hydrocèle/.../
4-Lithiase urinaire/.../ 5-Laparotomie/.../ 6-Autre à préciser/.../.....
- Q11. ATCD médicaux :
1-Sans ATCD médicaux/.../ 2-HTA/.../ 3-UGD ou Epigastralgie/.../
4-Bilharziose/.../ 5-Cardiopathie/.../ 6-Asthme/.../ 7-Autre à préciser/.../.....

III-CLINIQUE

- Q12. Motif de consultation
- Q13.a Trouble de la miction : 1-Pollakiurie/.../ 2-Dysurie/.../ 3-Retard de miction/.../
4-Brûlure mictionnelle/.../ 5-Rétention aigue d'urine/.../
6-Faiblesse de jet d'urine/.../ 7-Incontinence urinaire/.../
8-Autre à préciser/.../.....
- Q14.b Anomalie de l'aspect de l'urine : 1-Aspect normal/.../ 2-Hématurie/.../
3-Pyurie/.../ 4-Hématurie+Pyurie/.../
- Q15. Delai de consultation : 1=[0-1[/.../ 2=[1-2[/.../ 3=[2-3[/.../ 4=[3-4[5=[4-5[6=>5ans
- Q16. Histoire de la maladie :
- 1) Sensation de vessie incomplètement vidée après avoir uriné au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1 fois sur 5=1/.../ -1 fois sur 3=2/.../
-1 fois sur 2=3/.../ -2 fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../
- 2) Fréquence d'envie d'uriner moins de 2 heures après avoir uriné au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1 fois sur 5=1/.../ -1 fois sur 3=2/.../
-1 fois sur 2=3/.../ -2 fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../
- 3) Fréquence d'interruption du jet urinaire au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1 fois sur 5=1/.../ -1 fois sur 3=2/.../
-1 fois sur 2=3/.../ -2 fois sur 3=4/.../ -Presque toujours=5/.../
- 4) Fréquence de difficulté à retenir l'envie d'uriner après avoir senti le besoin au cours du dernier mois écoulé
-Jamais=0/.../ -1 fois sur 5=1/.../ -1 fois sur 3=2/.../

-Vessie : 1-Normale/.../ 2-Anormale/.../
 Q27b.UCR : 1-Non fait/.../ 2-Adénome/.../ 3-Rétrécissement/.../
 4-Diverticules/.../ 6-Lithiase/.../

Q28.Diagnostic Préopératoire :

Q29.diagnostic postopératoire :

Q30.Classification ASA : 1-ASA I/.../ 2-ASA II/.../ 3-ASA III/.../

Q31.Type d'anesthésie : 1-RA/.../ 2-PD/.../ 3-AG/.../

V-SUIVI POST-OPERATOIRE

Q 32.Evolution :

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

Q33.Complications locales :

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

4-Léchage de fil avec suture secondaire/.../ 5-Orchite/.../

6-Autre à préciser/.../.....

Q34.Complications générales :

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

Q35.Traitement médical en post-opératoire :

Q35a.Antibiothérapie : 1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35b.Antalgique : 1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35c.Hémostatique : 1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35d.Anticoagulant : 1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

Q35e.Transfusion : 1-OUI/.../ 2-NON/.../

Q36.Decès par suite de :

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

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

Q37.Date d'entrée /.../...../

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

Q39.Durée d'hospitalisation :

Q40.Delais d'ablation de la sonde urétrale :

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

Q41.Complication après ablation de la sonde urétrale :

1-OUI/.../ à préciser.....2-NON/.../

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

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../

2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../

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

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

1-Patient très réjoui = 0/.../ 2-Patient heureux =1/.../

3-Patient satisfait = 2/.../ 4-Patient insatisfait = 3/.../

5-Patient très insatisfait = 4/.../ 6-Pateint plutôt ennuyé = 5/.../

Q43.Score qualité de vie.....

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

1-Patient peu symptomatique :(0-7) /.../

2-Patient modérément symptomatique :(8-19) /.../

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

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

1-Patient très réjoui = 0/.../ 2-Patient heureux =1/.../

3-Patient satisfait = 2/.../ 4-Patient insatisfait = 3/.../

5-Patient très insatisfait = 4/.../ 6-Pateint plutôt ennuyé = 5/.../

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure!