

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°...../

Thèse

**PATHOLOGIE TUMORALE ET LE CANCER DE LA
PROSTATE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL
TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le .. / /2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par M. Moussa FANE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président :

Pr. Saharé FONGORO

Membre :

Dr. Chieck Bougadari TRAORE

Co-Directeur :

Dr. Zanafon OUATTARA

Directeur de thèse

Pr Kalilou OUATTARA

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Je dédie cette thèse

A ALLAH : Le tout puissant, le miséricordieux créateur des terres et des cieux,
merci de m'avoir accordé la santé.

Au prophète Mohamed : paix et salut sur lui.

A mon défunt père : Mamadou FANE

Grâce à toi j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté.
Que ton âme repose en paix. Amen !

A ma défunte mère : Mastan dite Batenin TRAORE

Femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociale, attentionnée, croyante et naturelle. Toute ta vie a été un combat pour tes enfants. Tu as été au centre de ma vie, vie à laquelle tu as donné un sens, celui dont tu as toujours rêvé. Madame Habibatou KONATE Tes câlins, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Mère merci pour tes longues prières nocturnes, ton soutien moral, affectif et matériel. Dors en paix, que la clémence et la miséricorde d'ALLAH t'accompagnent. Amen !

A ma tante : Fatoumata dite Ténin TRAORE

Merci N'nah

N'nah parce que tu as été une seconde mère pour moi, une vraie mère. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mon jeune âge. Tes sages conseils guideront mes pas jusqu'à la fin de mes jours.

Puisse Dieu le tout puissant t'accorder la santé et une vie meilleure. Ce travail est le résultat de tes efforts.

A mon défunt tonton : Kalilou TRAORE

Je te suis reconnaissant pour ta confiance que tu as placée à ma modeste personne. Je resterai toujours un enfant digne de toi et me souviendrai toujours de tes sages conseils.

Dors en paix papa. Amen !

REMERCIEMENTS

A mon grand frère Lamine DIARRA

Tu m'as chaleureusement accueilli dans la famille .
Tes conseils, les encouragements, ton soutien moral, et matériel ne m'ont jamais fait défaut.
Puisse le tout puissant t'accorder la santé et une longue vie ! Amen !

Au Docteur DIARRA Yaye DIARRA

Pour votre disponibilité, pour m'avoir donné sans compter.
Grâce à vous je ne me suis jamais senti seul.
Merci pour votre solidarité, votre sens élevé d'humanisme et de partage.
Je vous suis reconnaissant pour votre soutien pendant les moments les plus difficiles.
Grâce à vous j'ai appris les premiers gestes de la médecine.
Puisse l'Eternel vous accorder une longue vie, une vie pleine de succès et surtout la bonne santé ! Amen !
Merci Grand-sœur. Courage !

A mes frères et sœurs: trouvez ici chers frères et sœurs, le fruit de votre amour et de vos bénédictions envers ma modeste personne.

A mes amis

Par souci de n'oublier personne je ne citerai pas de noms.
Merci pour votre concours pendant les moments difficiles. Ce travail est le vôtre.

Aux familles Fané de Bamako, Koutiala et de Somasso

Merci pour vos efforts consentis.

Aux familles TRAORE de Niono, Markala, Ségou

Merci pour ce que vous avez fait pour moi.

A la famille DOUMBIA à Bamako

Vos sages conseils n'ont pas été vains.

A la famille SANGARE de Bamako

Merci pour votre soutien pendant les moments de peine.

Au corps Professoral de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Merci pour la qualité de la formation que j'ai reçue.

A mes aînés du service d'Urologie du CHU Gabriel Touré :

Dr SANGARE Yacouba, Dr SANOGO Moussa Zié, Dr DIARRA Kourbé, Dr SANOGO Modibo, Dr BALLO Mamadou, Dr SANOGO Mamadou Prospère, Dr DOLO Richard, Dr TANGARA Sadia, Dr BERTHE Ibrahima, Dr BERTHE Amadou, Dr TOGOLA Badjan, Dr COULIBALY Seydou S , Dr GUINDO Boukary, Dr DIARRA Moumini Zié ,Dr OUATTARA Mamadou, Dr BAGAYOGO Tidiane, Dr KASSOGUE Amadou, Dr DEMBELE Adama, Mohamed A SAMAKE ,Dr Amadou H BAH .

Merci de m'avoir initié.

A tous les internes du Service d'Urologie du CHU Gabriel Touré

Votre collaboration a été parfaite.

A tout le Personnel du Servie d'Urologie du CHU Gabriel Touré

Sincères remerciements.

A tout le Personnel de l'INRSP

Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury : Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférences de néphrologie

Praticien hospitalier

Chevalier de l'ordre national de mérite de la santé

Cher maître,

Nous sommes très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

C'est ici l'occasion de vous dire combien nous avons été séduits par vos qualités scientifiques, votre amour pour le travail bien fait et votre dévouement aux patients.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge: Docteur Cheick Bougadari TRAORE

Spécialiste en anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie pathologique de

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Collaborateur du registre du cancer au Mali

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux et travailleur, vous exigez toujours de vos internes le meilleur d'eux – mêmes en faisant toujours preuve d'une grande disponibilité et cela dans la bonne humeur.

Nous vous prions de croire en la sincérité de nos sentiments respectueux et de toute notre reconnaissance. Que Dieu vous bénisse !

A notre Maître et Co-directeur : Docteur Zanafon OUATTARA

Chirurgien Urologue-Andrologue au C H U GABRIEL TOURE

Maître assistant en urologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Cher Maître,

Votre éloquence et vos qualités pédagogiques ont marqué notre esprit tout au long de notre formation.

Votre simplicité, votre abord facile et votre disponibilité ont fait régner une parfaite ambiance de travail entre nous.

Efficace et infatigable vous êtes de ceux qui luttent contre le cancer de la prostate. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Puisse DIEU le Tout Puissant vous accorder une longue et belle carrière et plus d'énergie pour l'encadrement des étudiants ! Amen !

A notre Maître et Directeur : Professeur Kalilou OUATTARA

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

Chef du service d'urologie du C H U du Point G.

Coordinateur des chirurgiens du C H U du Point G.

Président du comité médical d'établissement du C H U du Point G.

Expert national et international en fistule obstétricale.

Professeur d'urologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Toutes vos qualités ne sont plus à citer.

C'est l'occasion ici pour nous de vous témoigner notre grande admiration.

Soyez assuré de toute notre estime et de notre infinie gratitude.

Que le Très Haut vous accorde une bonne santé et vous prête encore longue vie !

Amen !

ABREVIATIONS

C H U : Centre Hospitalier Universitaire

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

NFS : Numération Formule Sanguine

PSA : Prostatic Spécific Antigen

PAP : Phosphatase Acide de la Prostate

HP : Hypertrophie Prostatique

RAU : Rétention Aiguë d'Urine

IST : infection sexuellement transmissible

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OMI : Œdème des Membres Inférieurs

UIV : Urographie Intraveineuse

ASP : Abdomen Sans Préparation

USA : United State of América

CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer

CNPI : Centre National de la Promotion des Investissements

ORFED : Organisation pour la Réflexion, la Formation et l'Éducation à la Démocratie et au Développement.

SOMMAIRE

I Introduction	1
II Objectifs.....	4
III Généralités.....	5
1- Rappels embryologiques 1	6
2- Rappels anatomiques 1.....	6
3- Rappels physiologiques.....	10
Cancer de la prostate.....	12
1- Epidémiologie.....	12
2-Physiopathologie.....	13
3- Etiopathogénie.....	13
4- Anatomopathologie.....	15
5- Classification.....	17
6- Diagnostic.....	20
7- Dépistage du cancer de la prostate au stade précoce.....	24
8- Traitement.....	24
9- Facteurs pronostiques	26
10- Surveillance.....	27
IV Méthodologie	28
V Résultats.....	31
VI Commentaires et discussions.....	47
VII Conclusion et Recommandations.....	52
VIII Références.....	56

Introduction & Objectifs

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est une tumeur maligne qui se développe aux dépens du tissu prostatique

Il est le plus fréquent des cancers de l'homme de plus de 50 ans. Le type histologique fréquemment rencontré est l'adénocarcinome. L'amélioration des conditions de vie, l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration des techniques de dépistage ont montré que l'incidence du cancer de la prostate est en évolution progressive. [1]

La répartition de ce cancer est inégale dans le monde. Les taux les plus élevés ont été observés chez les noirs aux Etats-Unis d'Amérique avec 100 sur 100.000 habitants et les taux les plus bas chez les asiatiques avec 3-4 sur 100.000 habitants.

Au Mali dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré une étude a montré que le cancer de la prostate est souvent associé à l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) avec 3,5 pour 100 (ou cancer de découverte fortuite). C'est également la 2eme cause de décès par cancer chez l'homme âgé dans les pays développés.[2]

Plusieurs facteurs ont été incriminés dans la genèse de ce cancer. L'âge, la race et la prédisposition familiale constituent des facteurs de risques sûrs. Seul le rôle de l'âge est unanimement retenu. [3]

La symptomatologie est très pauvre et varie selon le stade évolutif de la maladie. Les manifestations métastatiques sont les plus fréquentes (troubles neurologiques, anémies, douleurs pelviennes, fractures pathologiques) avec les signes urinaires au premier plan. Dans la majorité des cas, elles constituent les circonstances de découverte de la maladie. [4]

Responsable d'une grande mortalité, son pronostic a été amélioré au cours des dernières années grâce à la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie et l'hormonothérapie.[5]

Le cancer de la prostate reste toujours peu étudié dans nos pays.

La plupart des études sur ce cancer présente des insuffisances. C'est dans le but de contribuer à combler ces insuffisances que nous avons entrepris ce travail ; pour ce faire, nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la fréquence du cancer de la prostate de découverte fortuite après l'adénomectomie .

Objectifs Spécifiques

- Décrire les caractères socio- démographiques des patients présentant un cancer de la prostate associé à une hypertrophie de la prostate.
- Etudier les aspects cliniques, para cliniques diagnostiques et thérapeutiques du cancer de la prostate de découverte fortuite dans notre service.
- Déterminer l'age moyen de survenu du cancer de la prostate.

Généralités

I- GENERALITES

1- Rappel embryologique :

Le développement de la prostate pendant la période embryofœtale a fait l'objet de plusieurs études. La prostate provient de cellules du mésenchyme du sinus urogénital et son développement s'étend de la 5ème semaine au 6ème mois [6].

2- Rappel anatomique

2.1- Dimension de la prostate :

2.1.1-La dimension selon Gil Vernet et Mac Neal [11]:

A la notion classique de prostate crâniale et de prostate caudale, développée par Gil Vernet, est venue se substituer depuis les travaux de Mac Neal, une conception nouvelle permettant de distinguer quatre zones glandulaires au sein de la prostate : (Figure 1)

La zone périphérique (ZP)

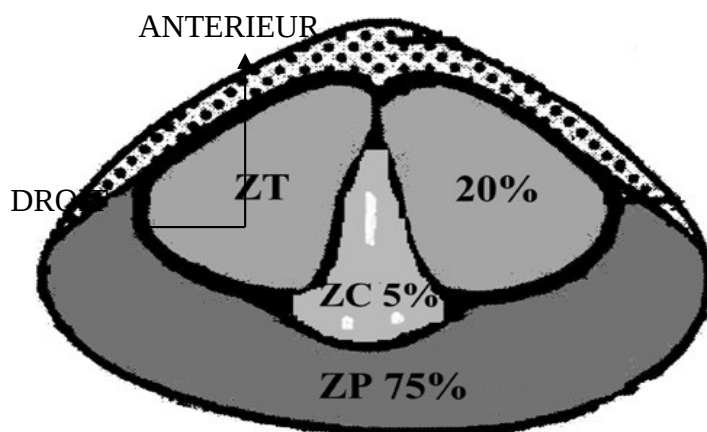
La zone centrale (ZC)

La zone de transition (ZT)

La zone des glandes péri-urétrales (GPU)

On parle d'anatomie zonale de la prostate. L'adénocarcinome naît dans 75 % des cas dans la ZP, dans 20 % des cas dans la ZT et dans 5 % des cas dans la ZC

Figure 1: Coupe axiale prostatique (Mc NEAL) [11].



2.1.2- La dimension de la prostate sur le plan chirurgical :

Sur le plan chirurgical la prostate a 5 lobes :

- Un lobe médian,
- Deux lobes latéraux,
- Un lobe postérieur qui est presque confondu avec les lobes latéraux,
- Un lobe antérieur rudimentaire, peut cependant permettre le développement d'un nodule néoplasique de découverte précoce difficile parce que non accessible par les moyens de diagnostic actuellement disponibles.

L'adénome de la prostate peut se développer aux dépens des 4 premiers lobes contrairement au cancer qui de façon préférentielle se développe aux dépens des lobes latéraux et postérieurs [2 ; 8].

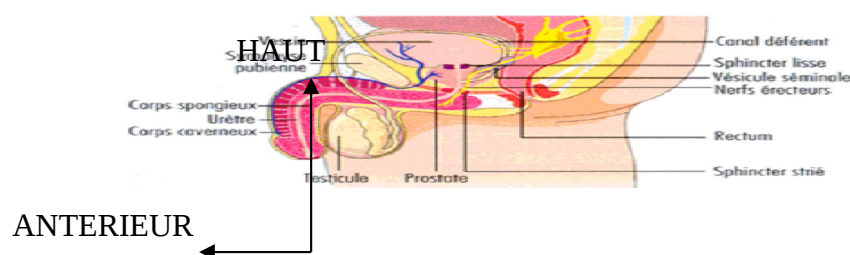
2.2- Situation et description macroscopique de la prostate : (Figure 2)

La prostate est un organe immédiatement situé sous la vessie, en arrière de la symphyse pubienne et en avant du rectum. Elle entoure l'urètre sur 3 à 4 cm, canal par lequel les urines sont évacuées de la vessie. Elle a la forme d'une châtaigne et mesure 3cm de haut, 4 cm de large et 2 cm de profondeur chez un adulte jeune.

Elle pèse 20 à 25 grammes. Sa face postérieure ou dorsale est parcourue par un sillon médian séparant 2 lobes, parfaitement palpables lors du toucher rectal (TR).

Sa partie supérieure ou base est contre la vessie et sa partie inférieure ou apex est en bas et se continue avec l'urètre [7].

Figure 2: Prostate dans l'appareil urogénital [8].



2.3- Rapport prostate et loge prostatique :

2.3.1- Fixité de la prostate :

La prostate est un organe fixe adhérent à l'urètre et à la vessie contenue dans une loge cellulo-fibreuse épaisse constituée par :

- En avant une lamelle pré prostatique,
- En arrière par l'aponévrose prostatopéritonéale de DENONVILLIERS,
- Latéralement par l'aponévrose latérale de la prostate,
 - En bas le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne du périnée ou diaphragme-urogénital sur lequel repose la prostate
- En haut par la vessie [2].

2.3.2- Rapport interne de la prostate :

La prostate entre en rapport à l'intérieur avec :

- L'urètre prostatique qui la traverse de haut en bas de façon verticale.
- Le veru montanum qui est une saillie longitudinale dans la paroi urétrale. Il présente au sommet l'ouverture de l'utricule prostatique et les canaux éjaculateurs.
- Le sphincter lisse qui est en continuité avec le détrusor
 - l'utricule prostatique qui est un conduit médian postérieur à l'urètre.
 - Les voies spermatiques qui sont formées par les ampoules des canaux déférents et les vésicules séminales qui s'unissent dans la prostate pour former les canaux éjaculateurs [2].

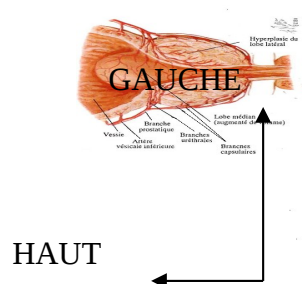
2.4- Vascularisation de la prostate :

2.4.1- Vascularisation artérielle et veineuse : (Figure 3)

La vascularisation artérielle est assurée principalement par l'artère vésicale inférieure qui est une branche de l'iliaque interne.

Les veines forment un plexus qui entoure les faces antérieures et latérales de la capsule prostatique. Ces veines reçoivent les branches de la veine dorsale de la verge et communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne [7].

Figure 3: Vascularisation artérielle et veineuse de la prostate [7].



2.4.2- Drainage lymphatique:

Le drainage lymphatique de la glande prostatique forme un réseau péri-prostatique et s'unit à plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, iliaques externes, obturateurs et pré-sacrés [7].

2.4.3- Innervation :

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

3- Rappels physiologiques :

3.1- Le développement de la prostate :

La prostate reste l'une des glandes les moins connues du corps humain. Elle sécrète un liquide alcalin qui neutralise la sécrétion acide du vagin, elle assure aussi le déclenchement de la coagulation grâce à laquelle le sperme reste dans le vagin après le retrait du pénis [8].

Les principales hormones qui interviennent sont : les androgènes et les oestrogènes ainsi que les hormones hypothalamo-hypophysaires (la prolactine, et la L.H.)

3.1.1- Les androgènes :

Il est admis aujourd'hui que la testostérone par le biais de son métabolite intercellulaire, la dihydro-testostérone (DHT) joue un rôle essentiel dans le métabolisme prostatique. Sans cette hormone, la prostate est incapable de maintenir son développement, sa différenciation, son volume normal et sa fonction [9].

3.1.2 Les oestrogènes :

Les oestrogènes endogènes semblent jouer un rôle synergique vis-à-vis des androgènes sur la prostate [9] .

3.2- Rôle de la prostate :

3.2.1- Rôle exocrine :

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 (375 mg / 100 ml). Elle sert de véhicule nutritif aux spermatozoïdes dans le sperme [10].

3.2.2- Les protéines de sécrétion prostatique :

Antigène spécifique de la prostate :

Décrite en 1971 pour la 1ère fois sous le nom de gamma – sémino – protéine par HARA et isolée du tissu prostatique en 1979 par WANG.

Glycoprotéine produite par les glandes prostatiques, le PSA est excrété dans la lumière des glandes prostatiques et se retrouve dans le liquide séminal où il intervient dans la liquéfaction du sperme [11].

La phosphatase acide prostatique PAP :

Elle représente (25%) de la sécrétion prostatique [12 ; 13].

Les autres protéines de sécrétion prostatique : Il s'agit de l'albumine, α -1 acide glycoprotéine, Zn α -2 glucoprotéine.

II- CANCER DE LA PROSTATE

1- Epidémiologie :

Le cancer de la prostate est l'un des cancers masculins les plus fréquents. Il se manifeste exceptionnellement avant 50 ans.

Il est néanmoins variable selon les continents et les ethnies . Une forte incidence est retrouvée dans les populations des Etats – Unis en particulier dans la population noire américaine mais également en Europe de l'Ouest. Elle est beaucoup plus faible en Asie et en Europe de l'Est.

En France, elle est de 36,5 pour 100000 ; 95% des cas sont compris entre 57 et 88 ans. L'âge médian est de 73 ans [5].

Environ 20% des autopsies réalisées chez les personnes de plus de 45 ans de sexe masculin retrouvent des lésions cancéreuses prostatiques (80% chez les hommes de plus de 80 ans).

La prévalence du cancer de la prostate est élevée avec une lenteur d'évolution responsable de la latence clinique ce qui rend difficile le diagnostic avant les premières manifestations cliniques.

En effet le cancer de la prostate reste la deuxième cause de mortalité chez l'homme par cancer et est la première cause après 70 ans.

Le risque de décès par cancer de prostate est de 3% (seul 30% des hommes atteints d'un cancer à un stade clinique décèdent de leur cancer), ce qui le place au cinquième rang dans l'ordre de gravité des cancers après celui du poumon, du sein, du colon – rectum, et de l'estomac.

Il existe probablement une prédisposition génétique à développer ce cancer. Le risque est deux à trois fois plus élevé chez les sujets avec un antécédent familial (apparenté au premier degré) de cancer de la prostate [4 ; 16 ; 17].

En Afrique il y a eu quelques études qui rapportent 4,5 / 100.000 au Sénégal contre 11,5 / 1000.00 au Liberia [15].

Il n'y a pas de facteurs favorisants connus de son association avec l'H.B.P. mais il est probable qu'il existe un phénomène d'occidentalisation de comportement de vie.

Le facteur de risque principal connu aujourd'hui reste donc l'âge [15 ;18].

L'introduction dans cette dernière décennie de nouveaux moyens de diagnostic (PSA, Echographie endorectale) dans le bilan du cancer de la prostate fait que sa découverte au stade précoce (qui est curable) est assez fréquente.

2- Physiopathologie :

La division cellulaire est nécessaire pour l'équilibre et la survie de l'organisme ; mais les mécanismes du déclenchement de cette division cellulaire restent mystérieux [19].

L'hypothèse suivante permet d'expliquer la survenue du cancer de la prostate :

Lorsque les mécanismes régulateurs de la division cellulaire sont intacts, l'interaction entre les différents facteurs de la division (androgènes, œstrogène, facteur de croissance oncogène) est coordonnée afin que la réponse ne dépasse les besoins de l'homéostasie.

Mais lorsqu'il y a une atteinte des mécanismes de division cellulaire, la prolifération cellulaire dépasse les besoins. Ainsi, lorsque les mécanismes de la différenciation ne sont pas atteints, on a une tumeur bénigne, dans le cas contraire on obtiendra un cancer de la prostate.

L'étiologie de l'atteinte de ce mécanisme est inconnue, toutefois, il semblerait que l'oncogène ras 21p (de transmission génétique) soit incriminé [3].

3- Etiopathogenie :

Les travaux de CATALONA et SCOTE (1986) énoncent les causes majeures du cancer de la prostate, en particulier les facteurs génétiques, hormonaux, environnementaux et infectieux [16].

3.1- Facteurs liés à l'hôte :

3.1.1- Facteurs génétiques :

Une incidence élevée a été constatée chez les parents des patients porteurs de cancer de prostate, [3;16].

Facteurs hormonaux :

Le rôle supposé d'imprégnation onchogénique est la stimulation et l'activation de l'épithélium prostatique vers une transformation maligne chez l'homme âgé [16].

Facteurs immunologiques :

L'âge avancé et le liquide séminal ont un effet déprimeur sur l'immunité humorale. Les stimuli immunologiques "Catalyseurs" et inhibiteurs sont alors à la base du développement et de la prolifération tumorale. Ainsi la réaction de blocage immunitaire et l'action possible de Ras p 21 de cellules normales en cellules tumorales pourraient expliquer la croissance rapide et la prolifération des cellules résistantes. [3]

3.1.4- Espérance de vie :

WITMORE (1984) souligne dans son travail, que l'augmentation de l'espérance de vie chez l'homme de plus de 50 ans, conduit à une augmentation de ses risques à développer le cancer. [3]

3.1.5- Age :

La prévalence clinique correspond au risque de souffrir d'un cancer de prostate, ce risque cumulé pour un homme est de 9% .[14]

3.2- Facteurs alimentaires et environnementaux :

3.2.1- L'incidence du cancer de la prostate :

L'incidence du cancer de la prostate augmenterait chez les patients qui auraient une alimentation riche en graisse.

3.2.2- Cadmium :

Le cadmium augmenterait le risque de cancer de la prostate.

4- Anatomopathologie :

4.1- Les variétés histologiques :

L'adénocarcinome de la prostate représente près de 90% des cancers de la prostate. C'est une tumeur plus ou moins différenciée. Elle a un point de départ acineux et se développe dans les parties postérieures et périphériques, (ou lobes latéraux) de la prostate.

Toutefois il existe d'autres variétés de cancer de la prostate en dehors de l'adénocarcinome. Il s'agit du carcinoïde ,du carcinome épidermoïde [17].

4.2- Examens anatomo-pathologiques :

4.2.1- Les différents types de prélèvements [20]:

Biopsies prostatiques :

Copeaux de resection trans-urétrale et les pièces d'adenomectomies :

La prostatectomie totale :

le cytodiagnostics

4.2.2- Examen histologique :

Aspects microscopiques : (Figure 4 ; Figure 5)

Le diagnostic de l'adénocarcinome repose sur des critères cytologiques et structuraux en se référant au tissu prostatique sain.

Sur le plan structural le tissu prostatique normal est fait d'acini régulièrement regroupés en lobules tributaires d'un canal excréteur, au sein d'un tissu conjonctif riche en cellules musculaires lisses. Cette structure est conservée dans l'adénomyome prostatique (dystrophie).

Au contraire, le cancer de la prostate infiltre le tissu prostatique préexistant en nappe non structurée, ce qui aboutit à la perte de la structure lobulaire normale.

On parle alors de tumeur différenciée ou indifférenciée, selon que sur le plan morphologique et fonctionnel elle se rapproche plus ou moins ou s'éloigne du tissu normal de référence [21].

C'est une cellule à cytoplasme cellulaire et à noyau petit, rond et régulier.

Les atypies cytonucléaires des cellules tumorales sont fréquemment discrètes, mais elles peuvent être très évidentes avec un cytoplasme basophile ou éosinophile, parfois mucosécrétant ou vésiculeux et un noyau gros, parfois en mitose.

Ces atypies nucléaires des cellules sont appelées "anaplasie", par les auteurs anglo-saxons, ce qui signifie "indifférenciation extrême par les anatomopathologistes français".

Le stroma des structures tumorales est un tissu conjonctivo – vasculaire formant la charpente et le tissu nourricier de la prolifération. Il peut être très scléreux, provoquant une induration de la tumeur.

L'adénocarcinome peut être polymorphe c'est à dire que de multiples aspects histologiques et structuraux peuvent s'associer dans une même tumeur. La recherche d'emboles néoplasiques intracapillaires doit être systématique [22].

Figure 4: coupe d'une prostate normale [44]

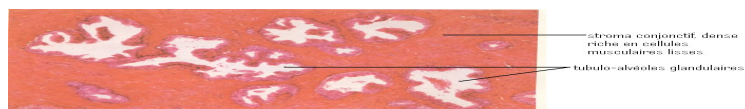
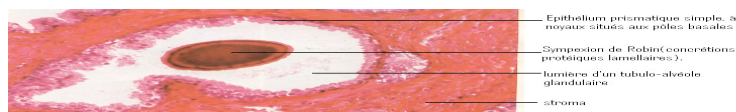


Figure 5: coupe d'une glande tubulo-alvéolaire normale [44]



4.2.3- Examen cytologique :

La ponction aspiration cytologique à l'aiguille de FRANZEN par voie transrectale est simple et pratiquée en ambulatoire [4 ; 22].

Les aspects cytologiques suivants sont retrouvés par cette cyto-aspiration :

Glandes normales, Glandes et structures tumorales

5- Classification :

5.1- Classification anatomo-clinique :

5.1.1- Classification TNM 2002 du cancer de la prostate :

T : Tumeur primitive

T0 : Absence de tumeur

T1 : Tumeur non palpable ou non visible en imagerie

- T1a < 5 % du tissu réséqué*

- T1b > 5 % du tissu réséqué*

- T1c : découverte par élévation du PSA et réalisation de BP

T2 : Tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)

- T2a : Atteinte de la moitié d'un lobe ou moins

- T2b : Atteinte de plus de la moitié d'un lobe sans atteinte de l'autre lobe

- T2c : Atteinte des deux lobes

T3 : Extension au-delà de la capsule

- T3a : Extension extra-capsulaire
- T3b : Extension aux vésicules séminales
- T4** : Extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée
- N** : Ganglions régionaux
 - N0** : Absence de métastases ganglionnaires
 - N1** : Atteinte ganglionnaire(s) régionale(s)
- M** : Métastases à distance
 - M0** : Absence de métastases à distance
 - M1** : Métastases à distance
 - M1a : Ganglions non régionaux
 - M1b : Os
 - M1c : Autres sites
- R** : Reliquat tumoral post-opératoire
 - Les marges après prostatectomie sont codées comme suit :
 - **Rx** : non évalué
 - **R0** : Absence de reliquat tumoral macroscopique ou microscopique
 - **R1** : Reliquat microscopique (focal ou étendu à préciser)
 - **R2** : reliquat macroscopique

5.1.2- Classification en stade :

Elle dérive de celle proposée par COLLE et comporte 4 grands stades. [23]

Stade A (To) = tumeur non palpable, de découverte fortuite en général sur pièce d'adénomectomie.

A1 : tumeur focale et de grade faible ; l'espérance de vie des malades est identique à celle de la population normale (HANASH 1972) [24 ; 30].

A2 : tumeur diffuse, elle reste confinée à la prostate. Le taux de mortalité est de 20% entre 5 et 15 ans (CORREA 1974) [18 ; 23].

Stade B (T1. T2. Mo) = La tumeur est intra capsulaire.

B1 : petits modules, localisés à un lobe, elles peuvent évoluer vers les stades C et D, 20% des patients en décèdent entre 5 à 10 ans.

B2 : gros ou multiples nodules infiltrant toute la glande, présence des métastases dans les 5 ans qui suivent [18].

Stade C (T3. T4. Mo) = extension extra capsulaire.

C1 : sans atteinte des vésicules séminales, volume tumoral inférieur à 70g.

C2 : volume tumoral supérieur à 70g. l'envahissement local au-delà de la capsule touche principalement les vésicules séminales et le col de la vessie. Le taux de survie à 5 – 10 ans est de 15 à 5% pour les tumeurs peu différenciées et 58 – 37% pour les tumeurs différenciées [19 ; 23].

Stade D (T4.) = possibilité de métastase de tous ordres, le taux de survie à 5 ans est très bas.

D1 : métastases aux ganglions pelviens ou obstruction urétérale provoquant une hydronéphrose.

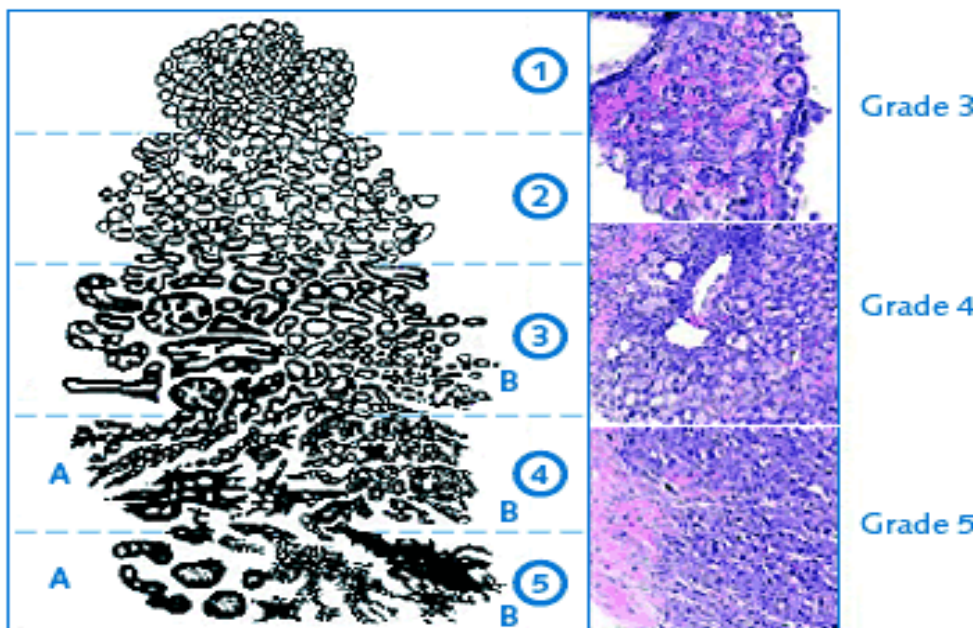
D2 : métastases ganglionnaires à distance, osseuses ou d'un autre organe ou encore du tissu mou [18 ; 23].

5.2- Les Classifications histologiques :

Les classifications de Gleason et de Mostofi sont purement histologiques, et sont les plus connues pour la prostate.

2.1- La classification de Gleason :

Figure 6: schéma pour établir le grade de Gleason [44].



5.2.2-La classification de Mostofi : [3 ; 24]

Grade 1 : tumeur composée de glandes bien différenciées bordées par un épithélium présentant des signes d'anaplasie nucléaire discrète ;

Grade 2 : tumeur composée de glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie modérée ;

Grade 3 : tumeur composée de glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie sévère ou tumeur indifférenciée sans formation de glande.

6- Diagnostic :

6.1- Diagnostic clinique :

6.1.1- Circonstances de découverte : [4 ; 25].

La découverte se fait en général devant :

-Symptômes urinaires :dysurie, pollakiurie, impériosité mictionnelle, rétention aiguë d'urine (RAU), hématurie macroscopique typiquement initiale, hémospemie.

-Douleurs : osseuses en rapport avec les métastases révélatrices.

-Autres : compression médullaire ou radiculaire et/ou épidurite métastatique, altération de l'état général, asthénie, amaigrissement, œdème des membres inférieurs (OMI) [21].

6.1.2- Examen physique :

Inspection : On appréciera les conjonctives, les extrémités et l'état général des patients [26].

Palpation : On recherchera les adénopathies externes au niveau des aires ganglionnaires, les OMI, les globes vésicaux en cas de RAU et le contact lombaire à la recherche de retentissements rénaux [4 ; 26].

Examen neurologique : On recherchera les lésions neurologiques : telles que paralysie des membres inférieurs et des nerfs crâniens, paraplégie, troubles sphinctériens anaux.

Toucher rectal (T.R.):

Le toucher rectal est encore aujourd'hui le moins cher et le moins invasif, le meilleur et le premier moyen de détecter un cancer de la prostate ou du rectum.

Le malade est soit en position couchée latérale, en genu-cubital, debout, ou en position gynécologique (Figure 7).

Sa pratique combinée au palper hypogastrique permet d'apprécier le degré d'infiltration de la paroi vésicale par une tumeur avancée (Figure 8) [27].

Au toucher rectal le cancer a une consistance pierreuse ; il peut se présenter comme une induration localisée entourée par un tissu prostatique normal ; il peut aussi apparaître sous l'aspect d'une glande uniformément indurée et irrégulière.

Le toucher rectal permet également de connaître l'extension locale de la tumeur.

En effet, le palper latéral permet de délimiter l'extension à la graisse péri – prostatique voire jusqu'au releveur de l'anus. A un stade encore plus évolué les vésicules séminales, qui normalement ne sont pas palpables peuvent augmenter de volume et devenir alors fixes et fermes [12 ; 27].

Figure 7: La position du patient au cours du toucher rectal [29].

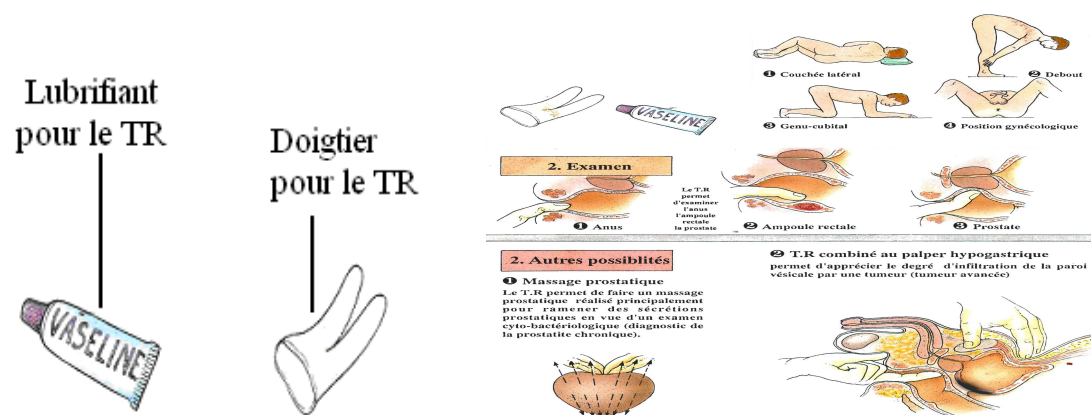
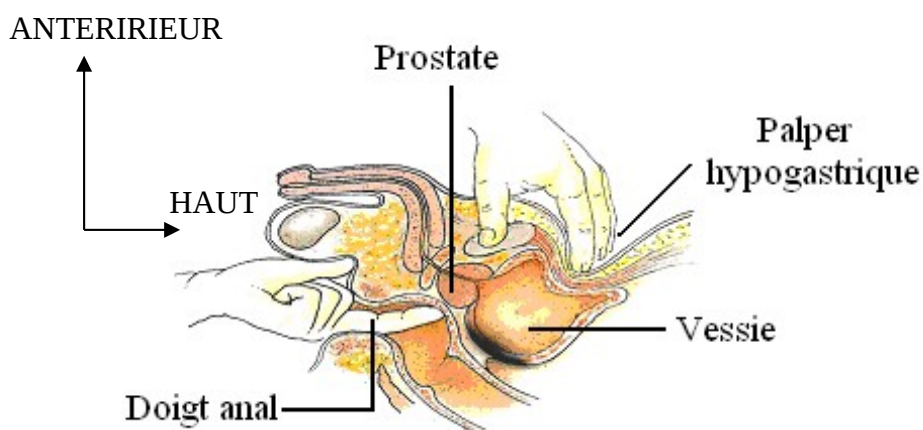


Figure 8: le toucher rectal combiné au palper hypogastrique[27].



6.2- Diagnostic para clinique :

6.2.1- Biologie :

Marqueurs tumoraux :

Dans la pratique courante on utilise deux types de marqueurs qui sont : la PAP ou phosphatase acide de la prostate et le PSA ou Prostatic Spécific Antigen [28 ; 29].

Examens cyto bactériologiques des urines (ECBU) :

Le dosage de la créatininémie :

La numération formule sanguine et le bilan de l'hémostase.

6.2.2- Imagerie médicale

L'ultrasonographie

De tous les systèmes d'imageries utilisés aujourd'hui, l'échographie est celle qui apporte le plus d'aide à l'examen clinique [27].

La radiographie conventionnelle dans le cancer de la prostate

Le cliché sans préparation

L'urographie intraveineuse (U.I.V.)

La Pyélographie en cas de rein à cavité et à fonction réduite.

La cystographie sus-pubienne

L'urétrocystographie rétrograde

La Scintigraphie

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

La Tomodensimétrie

La Lymphographie pédieuse

L'Endoscopie dans le cancer de la prostate

La biopsie prostatique

Le cliché thoracique garde une place importante dans la recherche d'envahissement pulmonaire [5 ; 28].

6.3- Diagnostic positif :

Seule l'analyse histologique permet d'affirmer le diagnostic d'un cancer de la prostate [21].

6.4- Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel du cancer de la prostate se fait avec :

Hypertrophie bénigne de la prostate,

Prostatite aiguë et chronique,

Les lésions d'envahissement secondaires de la prostate .

7- Le dépistage du cancer de la prostate au stade précoce :

Le dépistage du cancer de la prostate s'impose alors dans la population des hommes entre 50 – 70 ans, afin qu'ils puissent bénéficier d'un traitement curatif pour en diminuer la mortalité [14 ; 33].

8-Traitement du cancer de la prostate :

8.2- Méthodes :

8.2.1- Chirurgie :

-La prostatectomie radicale :

Cette intervention a pour but de réaliser l'exérèse de l'ensemble de la prostate, des vésicules séminales et d'une partie des déférents [34 ; 35].

-Chirurgie endoscopique :

Elle permet une stadification de la tumeur ainsi que la désobstruction urinaire au cours des envahissements vésicaux et urétraux [36].

-Autres techniques :

La surrénalectomie bilatérale, l'hypophysectomie ont pu être indiquées pour des métastases osseuses douloureuses [36].

8.2.2- L'hormonothérapie :

L'hormonothérapie semble améliorer l'état de santé mais ne prolonge pas la vie des patients ;elle peut être réalisée par plusieurs procédés :

La pulpectomie

Les oestrogènes

Les anti-androgènes

Les progestatifs

Castration chimique : analogues de la LH-RH [34 ; 35].

8.2.3- LA Radiothérapie [34 ; 35]:

8.2.4- La chimiothérapie :

Elle est actuellement réservée aux formes oestrogénoresistantes. Les médicaments utilisés sont :

L'ESTRAMUSTINE(ESTRACYT*)

La DOXORUBICINE

La CISPLATINE

Le FLUORO-CERACILE

La tolérance est bonne mais l'efficacité reste controversée [18 ; 33].

8.3- Les indications thérapeutiques :

8.3.1- Les cancers infra-cliniques, stade T1 :

La prostatectomie ou la radiothérapie externe peut se justifier chez les patients en bon état général.

8.3.2- Les cancers limités à la glande, stade T2 :

La prostatectomie totale est sans doute la meilleure méthode mais elle se doit pour être vraiment efficace d'être appliquée à une tumeur intra-prostatique. Dès qu'il existe une suspicion d'extension régionale plus importante, la radiothérapie semble être parfois préférable. Plus le patient est jeune, plus la prostatectomie radicale sera proposée, alors que pour les patients au-delà de 70 ans la radiothérapie sera discutée [38].

8.3.3- Le stade T3-T4 :

En effet l'exérèse de la prostate n'est plus suffisante pour contrôler la maladie néoplasique. Les associations les plus souvent proposées sont :

-La prostatectomie radicale suivie d'une irradiation externe.

-L'hormonothérapie pré-opératoire associée à une prostatectomie radicale.

A ce stade il est toujours possible de réaliser également une simple surveillance. Celle-ci sera proposée aux patients âgés pour lesquels un traitement hormonal pourra être débuté après une période de surveillance [38].

8.3.4- Le stade T4 (Métastase) :

La maladie est devenue systémique, il faut avoir recours au traitement hormonal [38].

8.4- Traitement des complications organiques :

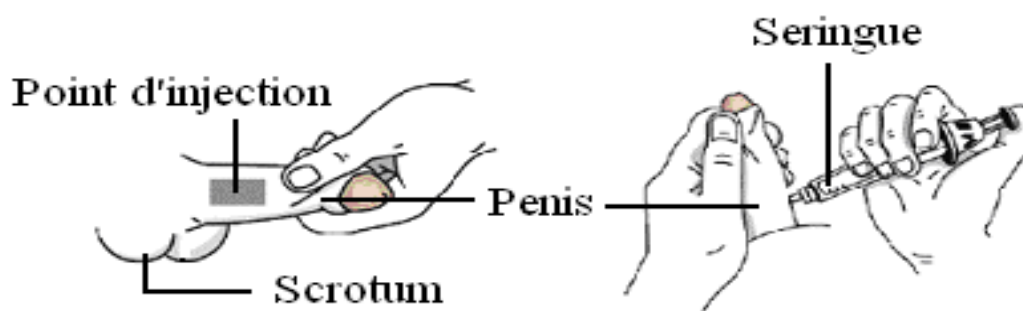
8.4.1- Le traitement de la douleur :

Le traitement par des antalgiques simples puis par des antalgiques morphiniques n'apporte que des solutions temporaires [38].

8.4.2- Traitement de l'impuissance après prostatectomie ou radiothérapie :

La prostatectomie radicale comme la radiothérapie externe engendre par la lésion des bandelettes des nerfs érecteurs entre 70 et 100 % d'impuissance post-opératoire. L'utilisation des injections intra-caverneuses a permis une révolution de la prise en charge thérapeutique. La Papavérine, les alpha-bloqueurs et dernièrement la Prostaglandine peuvent être utilisés par le patient en auto-injections (Figure 9). Le risque de priapisme doit être connu du patient. Il pourra utiliser ces injections avant chaque rapport sexuel [38].

Figure 9: Dysfonctionnements Erectiles, les solutions d'Owen Mumford [38].



9- Les facteurs pronostiques :[39] .

Les facteurs pronostiques les plus importants sont :

Le grade tumoral.

Le stade de la tumeur.

Et l'âge des malades.

9.1- Le grade tumoral :

Le grade 1 : Il correspond aux tumeurs bien différenciées : le pronostic est bon.

Le grade 2 : Tumeurs moyennement différenciées : le pronostic est moins bon.

Le grade 3 : Tumeurs indifférenciées, en général le pronostic est mauvais.

9.2- Le stade tumoral :

Au stade intra-capsulaire (A et B) les tumeurs sont d'un bon pronostic.

Au stade extra-capsulaire (C), seulement, le traitement palliatif est possible, le pronostic n'est donc pas bon.

Au stade généralisé (D), le pronostic est mauvais [39].

9.3- L'âge :

Le sujet jeune a le risque de développer tous les stades cliniques de son cancer avant son décès, la découverte précoce garde alors toute sa place chez lui [39].

10- La surveillance :

La surveillance du patient porteur de cancer de la prostate est indispensable.

Elle est réalisée à partir du toucher rectal qui reste incontournable. Le toucher rectal est complété par des examens complémentaires (PSA et Echographie prostatique) qui renforcent ainsi sa sensibilité. Au cours de la surveillance la palpation des aires ganglionnaires est indispensable à la recherche d'adénopathies métastatiques. Les clichés thoraciques et osseux doivent être réalisés à la recherche des métastases pulmonaires et osseuses.

Ces examens doivent être répétés tous les trois mois au cours du traitement et tous les six mois après en cas de rémission complète [17 ; 33].

Méthodologie

III- METHODOLOGIE

1- Cadre de l'étude :

1.1- Le service d'urologie du CHU Gabriel Touré :

Précédemment rattaché au service de chirurgie générale avec 4 lits d'hospitalisation, le service d'urologie à été érigé en service à part entière avec 12 lits en 1984.

Son personnel est constitué de 2 urologues, 1 technicien supérieur de santé, 4 techniciens de santé, 3 aides soignantes, 2 garçons de salle. Les activités du service sont entre autres les consultations, les actes chirurgicaux, les endoscopies urinaires. En plus de la prise en charge des affections urologiques, le service d'urologie contribue à la formation des étudiants des différentes écoles socio-sanitaires publiques (FMPOS, INFSS) et privées et à la formation continue du personnel sanitaire.

2- Nature de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

3- Période d'étude:

Notre étude a couvert une période de 12 mois, allant de décembre 2007 à novembre 2008.

4- Population d'étude :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré pendant la période d'étude.

5-Echantillonnage :

5.1- Critères d'inclusion :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré de décembre 2007 à novembre 2008.

Patients ayant un dossier médical complet.

5.2- Critères de non-inclusion :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique en dehors de la période d'étude.

Patients opérés pour autres causes urologiques.

Au total 159 patients ont été inclus dans notre étude.

6- Collecte des données:

Une fiche d'enquête individuelle a permis de recueillir les données sociodémographiques de l'interrogatoire, de l'examen physique et de l'examen anatomie pathologique des patients.

7- Techniques anatomopathologiques :

Les pièces ont été fixées au formol à 10%, incluses en paraffine. La coloration a été faite à l'hématéine éosine et la lecture faite à l'aide du microscope optique au faible puis au fort grossissement. Le diagnostic histologique de cancer de la prostate a été retenu chez tout patient ayant des cellules avec des atypies cytonucléaires (anisocaryose ,hyper chromatisme ,nucléole proéminent ,mytoses anormales) et des anomalies de structure.

8- Analyse des données :

Les données ont été analysées sur le logiciel Epi info version 2000.

Résultats

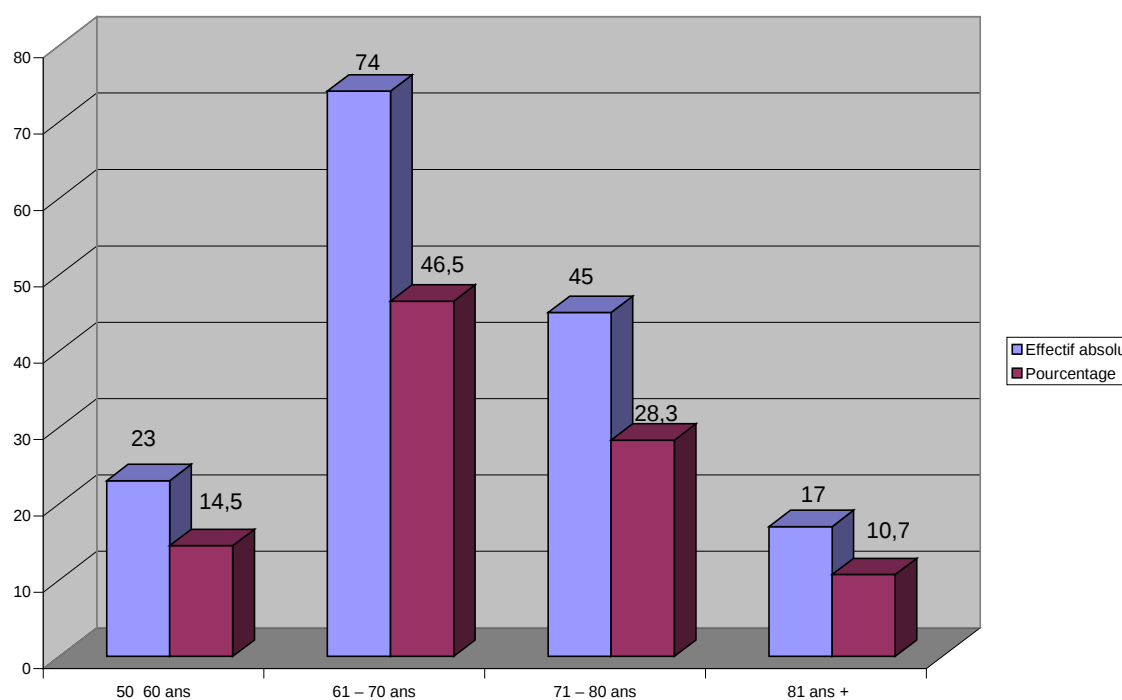
IV- RESULTATS

1- Caractéristiques socio-démographiques :

Tableau I: Répartition des patients selon les classes l'âge.

Classes d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
50 60 ans	23	14,5
61 – 70 ans	74	46,5
71 – 80 ans	45	28,3
81 ans +	17	10,7
Total	159	100

Figure 10: Répartition des patients selon les classes d'âge.



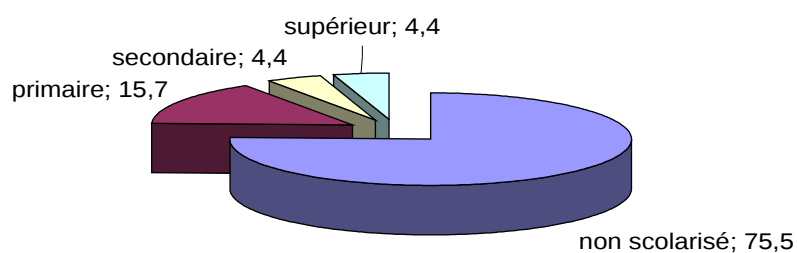
La plupart de nos patients avait un age supérieur à 60 ans soit 85.5% des cas.
Les extrêmes sont 50 ans et 90 ans.

Tableau II : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	142	89,9
Veuf	16	10,1
Célibataire	1	0,6
Divorcé	1	0,6
Total	159	100

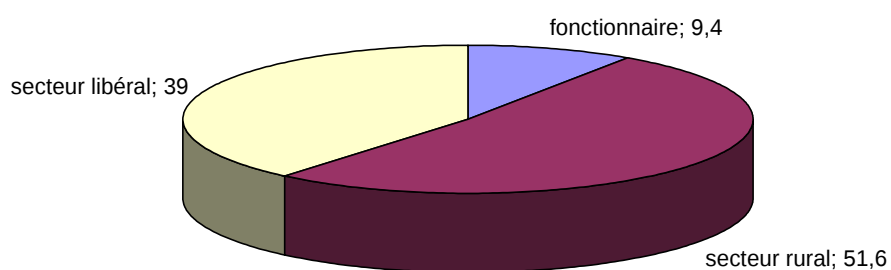
Les mariés étaient les plus nombrés avec 89,9%.

Figure 11: Répartition des patients selon le niveau d'alphabétisation en français.



Les non scolarisés étaient les plus nombrés nombreux, soit 75,5%.

Figure 12: Répartition des patients selon le secteur d'activité principale.



Environ la moitié des patients travaillait avec 51,6%.

Tableau III: Répartition des patients selon la nationalité.

Nationalité	Effectif absolu	Pourcentage
Malienne	156	98,1
Guinéenne	3	1,9
Total	159	100

Les maliens étaient les plus nombreux avec 98,1%.

Tableau IV: Répartition des patients selon la provenance.

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Bamako	48	30,2
Koulikoro	24	15,5
Kayes	23	15,1
Sikasso	23	15,1
Ségou	21	13,1
Tombouctou	9	5,7
Gao	4	2,5
Mopti	3	1,9
Kidal	1	0,6
Autres	3	1,9
Total	159	100

La plupart de nos patients provenait de Bamako soit 30,2% .

Autre : La Guinée (3)

Tableau V: Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bamanan	50	31,4
Peulh	27	17
Soninké	18	11,3
Malinké	11	6,9
Sénoufo	10	6,3
Soräi	9	5,7
Minianka	7	4,4
Kassonké	7	4,4
Autres	20	12,6
Total	159	100

L'ethnie bamanan a été la plus touchée avec un taux de 31,4%.

Autres :Dogon (5), Tamacheck (3)Bobo(2)Bozo(1)

, Maure(2), Mossi(1) , Diawando(1) , Kakolo(4) , Sosso(1).

2- Caractéristiques cliniques :

Tableau VI : Répartition des patients selon l'origine de la référence.

Référence	Effectif absolu	Pourcentage
Lui-même	101	63,5
Personnel de santé	31	19,5
C.S.Ref	20	12,6
Hôpital régional	5	3,1
Clinique privée	2	1,3
Total	159	100

La plupart de nos patients était venu d'eux-mêmes soit 63,5%.

Tableau VII: Répartition des patients selon la durée des troubles mictionnels.

Durée des troubles	Effectif absolu	Pourcentage
0 – 1 an	54	34
2 – 3 ans	64	40,3
4 – 5 ans	15	9,4
6 – 7 ans	10	6,3
8 – 9 ans	12	7,5
10 ans +	4	2,5
Total	159	100

La durée d'évolution des troubles a varié de moins de 1an à plus de 10 ans avec une fréquence élevée entre 2 et 3 ans.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Pollakiurie	92	59,9
Rétention aigue	71	44,7
Dysurie	32	20,1
Impériosité mictionnelle	23	14,5
Brûlure mictionnelle	17	10,7
Hématurie	8	5
Douleur pelvienne	8	5
Fièvre	4	2,5
Pyurie	2	1,5
Amaigrissement	2	1,5
Total	159	100

Le signe clinique le plus fréquemment rencontré était la pollakiurie avec 59,6 % des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents urologiques.

Antécédents urologiques	Effectif absolu	Pourcentage
Bilharziose urinaire	57	35,3
M.S.T	4	2,5
Aucun antécédent	98	61,6
Total	159	100

La bilharziose urinaire a été le principal antécédent urologique soit 35,8% des cas.

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Hernie inguinale	26	16,4
Appendicite	3	1,9
Hydrocèle	1	0,6
Non précisé	3	1,9
Aucun antécédent	126	79,6
Total	159	100

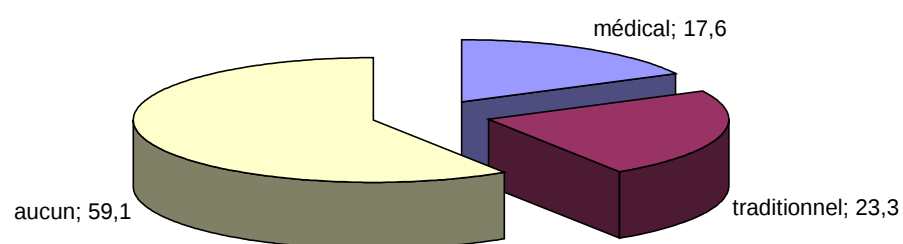
La cure de hernie était le principal antécédent chirurgical avec 16,4 % des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
H.T.A.	43	27
Diabète	3	1,9
Aucun antécédent	113	71,1
Total	159	100

L'H.T.A. était le principal antécédent médical soit 27% des cas .

Figure 13: Répartition des patients selon le traitement antérieur.



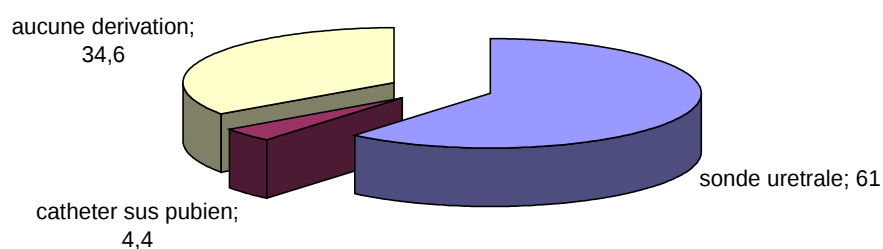
40,9% des patients avaient reçu un traitement avant l'admission.

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat du toucher.

Résultat du toucher rectal	Effectif absolu	Pourcentage
Prostate hypertrophiée	151	94,4
Prostate de consistance souple et ferme	104	65,6
Prostate de consistance dure	3	1,9
Douleur au toucher rectal	113	71,1

Le TR a retrouvé une prostate hypertrophiée dans 94,4%.

Figure 14: Répartition des patients selon la dérivation temporaire des urines.



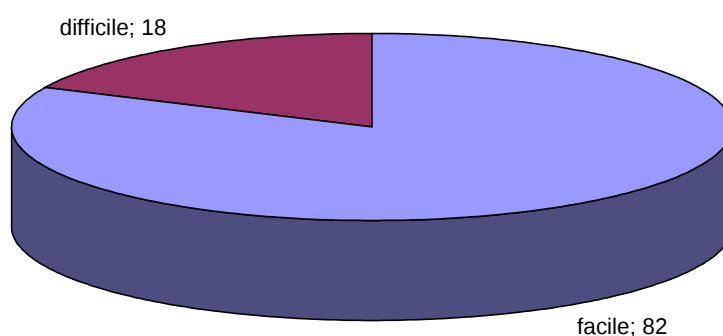
65,4% des patients ont eu recours à une dérivation urinaire.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les complications de l'hypertrophie prostatique.

Complications	Effectif absolu	Pourcentage
Incontinence Urinaire	22	13,8
Infection urinaire	12	7,6
Insuffisance rénale	5	3,1
Lithiase vésicale	1	0,6
Sans complications	119	74,8

L' hypertrophie prostatique a causé une complication chez 25,1% de nos patients.

Figure 15: Répartition des patients selon l'énucléation.



L'énucléation a été difficile dans 18% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'évolution en post-opératoire.

Evolution	Effectif absolu	Pourcentage
Evolution favorable	154	96,8
Décès dans le service	3	1,9
Transfert en réanimation	2	1,3
Total	159	100

L'évolution post-opératoire était favorable chez 154 patients.

3- Caractéristiques para cliniques

Tableau XV : Répartition des patients selon les types examens sanguins effectués.

résultats Types d'examens Sanguins	Effectifs / Normal		Anormal	
	Effectif absolu	pourcentage	Effectif absolu	pourcentage
N F S	140	88,1	14	11,9
Glycémie	156	98,1	3	1,9
Créatininémie	154	96,9	5	3,1
Dosage de P S A	18	11,3	26	16,4

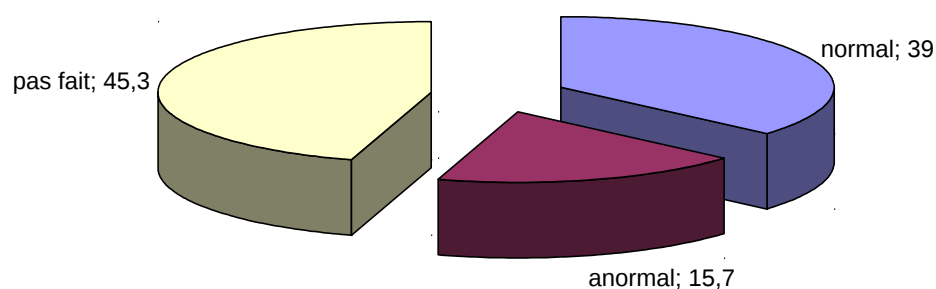
115 patients soit 72,3% des cas n'ont pas effectué le dosage de PSA .

Tableau XVI : Répartition des patients selon le groupe sanguin .

Groupe sanguin	Effectif absolu	Pourcentage
A-	2	1,3
A+	26	16,4
AB+	5	3,1
B+	52	32,7
O-	2	1,3
O+	69	43,4
Total	159	100

La plupart de nos patients soit 43 ,4% étaient du groupe sanguin O+.

Figure 16: Répartition des patients selon le résultat de l'ECBU.



45 ,3% des patients n'ont pas fait d'ECBU

Tableau XVII : Répartition des patients selon le germe retrouvé à l' E.C.B.U.

Germe retrouvé	Effectif absolu	Pourcentage
Escherichia coli	8	5
BACILLES GRAM-	5	3,1
Candida albican	3	1,9
Pseudomonas	3	1,9
Klebsiella pneumoniae	2	1,3
Acinetobacter	1	0,6
Citrobacter	1	0,6
ECBU normal	64	40,3
ECBU non fait	72	42,3
Total	159	100

Le germe le plus retrouvé était Escherichia coli .

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les types d'imageries et leurs résultats.

Effectifs / résultats Types d'imageries	Normal		Anormal	
	Effectif absolu	pourcentage	Effectif absolu	Pourcentage
Echographie	3	1,9	156	98,1
Radiographie Thoracique	139	87,4	20	12,6

L'échographie a retrouvé une prostate hypertrophiée chez 98,1% des patients.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le type histologique de la tumeur

Type histologique	Effectif absolu	Pourcentage
Adénomyome	148	93,1
Adénocarcinome	11	6,9
Total	159	100

L'histologie a retrouvé **11** cas d'adénocarcinomes soit 6,9%.

Tableau XX : Répartition des patients selon le type histologique de la tumeur et l'ethnie.

Type histologique	Adénomyome		Adénocarcinome	
	Effectif absolu	Pourcentage	Effectif absolu	Pourcentage
Ethnie				
Bamanan	46	29,9	5	3,1
Peulh	26	16,4	1	0,6
Soninké	13	8,2	2	1,6
Malinké	10	6,3	1	0,6
Sénofo	8	5	2	1,6
Dogon	5	3,1	0	0
Bobo	2	1,3	0	0
Bozo	1	0,6	0	0

L'ethnie bamanan a été la plus touchée par l'adénocarcinome avec 3,1% des cas .

Tableau XXI : Répartition des patients selon le type histologique de la tumeur et la tranche d'âge.

Type histologique	Adénomyome		Adénocarcinome	
	Effectif absolu	Pourcentage	Effectif absolu	Pourcentage
Tranche d'âge				
50-60 ans	23	14,5	1	0,6
61-70 ans	67	42,1	6	3,8
71-80 ans	42	26,4	3	1,9
81ans +	15	9,4	2	1,6

Le plus grand nombre d'adénocarcinomes a été observé dans la tranche d'âge 61-70 ans avec 3,8%.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée de la pièce opératoire à l'anatomopathologie.

Durée	Effectif absolu	Pourcentage
1 mois	96	60,4
2 mois	59	37,1
3 mois	4	2,5
Total	159	100

La pièce opératoire a duré entre un et trois mois avant d'être lue.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le poids de la pièce opératoire.

pièce opératoire	Effectif absolu	Pourcentage
<20 g	17	10,7
20-80g	95	59,7
>80g	47	29,6

Le poids de la pièce a varié entre 10g et 400g.

Commentaires & Discussion

IV- Commentaires et discussion

1-Sur la methodologie:

Nous avons effectué une étude prospective allant de décembre 2007 à novembre 2008 sur le cancer de la prostate de découverte fortuite à partir de 159 pièces d'adénomectomie au service d'urologie du C H U Gabriel Touré.

Tous les patients ont fait l'objet d'une évaluation clinique comportant un T.R. ; ils ont également bénéficié d'une échographie prostatique sus-pubienne. Le bilan pré-opératoire a comporté un dosage de la créatininémie, la glycémie, la numération formule sanguine (NFS) , le groupage sanguin et un bilan complet de l'hémostase, mais aussi l'ECBU, un bilan cardiaque complet et une consultation pré-anesthésique.

Les difficultés rencontrées au cours de notre étude ont été :

- La pénurie de matériels (insuffisants, surannés)
- La limitation du pouvoir d'intervention à cause de l'étroitesse du service (12lits) et le nombre limité de jours de bloc opératoire (2jours par semaine).
- La non coopération du personnel soignant et des accompagnateurs pour la réalisation de l'examen anatomie pathologique des pièces d'adénomectomie.
- La perte de vue des patients après intervention chirurgicale.

A partir de ces constats, nous pouvons déduire que le suivi post-opératoire de nos patients n'est pas aisé parce que la plupart d'entre eux sortent de l'hôpital sans qu'on ne détermine le caractère histologique de la pièce opératoire. Ils ne réapparaissent qu'en cas de complications (dysurie par sclérose du col, sténose urétrale ou même apparition d'un adénocarcinome sur la partie périphérique).

2- Caractéristiques socio-démographiques :

2.1- Fréquence :

Sur 159 pièces d'adénomectomie l'examen anatomie pathologique a confirmé **11** cas de cancer soit une fréquence de 6,9 % ; cette fréquence élevée s'explique par la recherche systématique de cancer de la prostate par les médecins urologues . Ce résultat est supérieur à celui de Richard. A. Dolo qui a colligé sur 116 pièces d'adénomectomie pour découvrir 4 cas de cancer soit 3 ,5 %[45].

2.2- Tranches d'âge :

Les tumeurs prostatiques restent une pathologie du sujet âgé, la plupart de nos patients avaient un âge compris entre 61-70 ans avec des extrêmes de 50 et 90 ans. Ce qui est similaire aux résultats de kambou T et coll [38] qui ont trouvé une fréquence de 68,34 ans. L'étude de MBAKOP réalisée au Cameroun a trouvé un âge moyen de 66,82 ans.

Au Mali, TOURE [39] a rapporté un maximum de cas dans les tranches d'âge de 60-69 et de 70-79ans.

Le cancer est rare avant l'age de 50 ans.

3-Characteristiques cliniques

3.1- Référence :

Dans notre étude 89 patients soit 56% sont venus en consultation d'eux-mêmes, 70 patients, soit 36, % ont été référés par d'autres structures de santé ; cela s'explique par l'existence du service d'urologie à Bamako.

Dans l'étude de Traoré 200 patients soit 62,7% sont venus d'eux-mêmes, 108 soit 33,8% ont été référés par d'autres structures de santé [40].

3.2- Antécédents :

L' HTA a été l'antécédent médical le plus rencontré avec 27 %. La bilharziose urinaire avec un taux de 35,8 %, a été l'antécédent urologique le plus représenté. Cela se comprend car au Mali il existe beaucoup de zones d'endémie bilharzienne comme à l'office du Niger et les zones de barrages tout comme dans la série de Richard. A. Dolo [45] où elle a aussi occupé le 1er rang avec un taux de 30,2 %.

La cure de hernie inguinale dominait les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de 16,4% ; cette hernie est favorisée dans nos milieux par les travaux physiques exécutés par les patients souvent après 50 ans et hypertrophie prostatique ; ce qui est également le cas dans l'étude de Noutacdie [41] où elle vaut 20,57 % d'où la nécessité de chercher une hypertrophie prostatique devant toute hernie inguinale chez le sujet de plus de 50 ans.

3.3- Délai :

Le délai écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation varie de moins de 1 mois à 10 ans ; ce qui montre le caractère insidieux et parfois tardif de la pathologie.

3.4- Le toucher rectal :

Le toucher rectal a été essentiel au cours de l'examen physique de nos patients, mais sa sensibilité dépend du volume et du siège de la tumeur car il ne permet pas d'explorer les faces latérales et les parties antérieures de la glande prostatique ; raison pour laquelle un certain nombre de petites tumeurs restent ignorées jusqu'au stade de métastase. Dans notre étude sa sensibilité était de 93,1 % d'où l'intérêt de réaliser l'échographie prostatique ou même le scanner abdominal.

4- Caractéristiques para cliniques:

4.1-PSA:

Le PSA a été dosé chez 46 de nos patients ; 26 patients avaient un taux élevé, soit 16,4 % ; l'élévation constatée du PSA chez les patients qui ont effectué cet examen oriente vers la recherche systématique d'un processus cancéreux ; cela est conforme à la littérature, cependant Traoré [40] a retrouvé un PSA élevé chez 16 malades sur 17, soit 94,11%. Ceci pourrait présager d'un adénocarcinome de la prostate dont la confirmation n'est faite que par l'examen anatomie pathologique de la pièce opératoire. Rappelons que le taux élevé de PSA n'est pas synonyme de cancer mais un signe d'orientation.

4.2 – Score de Gleason :

Nos résultats ont montré que le score de Gleason 6(3+3) traduisant une sévère agressivité et un mauvais pronostic est présent aussi bien chez les plus jeunes que chez les plus âgés. Nous pouvons donc dire que le score de Gleason ne semble pas être influencé par l'âge.

Nos résultats se rapprochent de ceux Christelle BOYON[46] qui n'a trouvé aucune corrélation entre le score et l'âge.

4.3-La durée à anatomo-pathologie

La pièce opératoire a mis entre un et trois mois avant d'être lue. Ceci s'explique par l'insuffisance numérique du personnel au laboratoire d'anatomie pathologie de l'I .N. R. S .P.

Conclusion & Recommandations

V- CONCLUSION

Au terme de notre étude qui a porté sur 159 patients opérés pour hypertrophie prostatique au service d'urologie du CHU Gabriel Touré sur une période allant de décembre 2007 à novembre 2008, soit une durée de 12 mois, nous pouvons conclure que :

L'adénomectomie prostatique selon la technique de FREYER HRYNTCHAK occupe la 1ère place dans les activités Chirurgicales du service (56,2 % des actes opératoires du service).

L'ethnie bamanan était la plus représentée suivie des peulh avec respectivement 31,4 % et 17 %

La plupart de nos patients évoluaient dans le secteur rural soit 51,6 %.

Les motifs de consultation fréquemment rencontrés étaient la pollakiurie suivie de la rétention aiguë d'urine avec respectivement 59,9 % et 44,7 %.

La cure de hernie inguinale a occupé 16,4% des antécédents chirurgicaux (pouvant être cités parmi les facteurs de découverte de l'hypertrophie de la prostate).

Le T.R . et l'échographie ont beaucoup contribué à poser le diagnostic.

L'anesthésie loco-régionale a été la plus pratiquée facilitant du même coup la chirurgie du petit bassin.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement :

Au Ministère de la santé

Équiper les principales structures hospitalières nationales d'un service d'anatomie pathologique.

Promouvoir la formation des médecins aux spécialités d'anatomie pathologique, d'urologie et d'imagerie médicale par l'attribution de bourses d'études.

Mettre à la disposition du service d'urologie du CHU GABRIEL TOURE des locaux et des moyens matériels permettant plus d'interventions chirurgicales et un meilleur suivi des patients.

Equiper les services d'urologie en matériel d'endo-urologie.

Au Directeur du CHU Gabriel Touré

Rendre possible la réalisation de l'échographie pendant les gardes et les jours fériés.

Doter le service d'urologie en matériels adéquats.

Augmenter le nombre de lits d'hospitalisation du service d'urologie du C H U Gabriel Touré.

A la Population

Consulter précocement dès l'apparition des premiers signes d'alarme (pollakiurie nocturne, dysurie, faiblesse du jet urinaire).

Ne plus considérer la pathologie urogénitale comme un sujet tabou.

Aux Médecins spécialistes en urologie

Demander le PSA et l'échographie devant tout trouble urinaire ou devant tout autre symptôme pouvant faire évoquer une pathologie prostatique.

Informers les accompagnateurs de la nécessité et de l'utilité de l'examen anatomo-pathologique des pièces d'adénomectomie.

Utiliser un fixateur approprié (formol à 10%) pour le transport des pièces opératoires.

Envoyer toutes les pièces opératoires à l'examen anatomo-pathologique dans le but de poser un diagnostic histologique.

Introduire l'héparinothérapie dans le protocole thérapeutique de la chirurgie du petit bassin.

Aux Médecins généralistes

Faire systématiquement le toucher rectal chez tout patient âgé de plus de 50 ans .
Référer aux services spécialisés chaque fois qu'il y a des doutes cliniques

Aux Etudiants faisant fonction d'internes

Rédiger avec le maximum de soins les dossiers des patients.

Références Bibliographiques

1- BERGER N.

Epidémiologie du cancer de la prostate .Bulletin Division Française AIP
N°14 DECEMBRE. 91 pathologie prostatique. Pseudo sarcome . ISBN0989.

2- KONATÉ S.M.

Découverte fortuite du cancer de la prostate.
Thèse Med Bamako, 2000 ; N°55 .

3-LARA F.

Cancer de la prostate épidémiologie ;données anatomopathologique, bilan
thérapeutique pronostic et surveillance manuel de cancérologie . 1989 , 27040-
0600-8 :22 /-299.

4-WALKER .A.R.P.

« prostate cancer –some aspects of epidemiology risk-factor,.
Traitement and survuvol – S.AFR,) ; 1986;69 : P 44-7.

5-KOURY S.

Diagnostic cancer de la prostate in Koury S, CHATELAIN. Urologie cancer de
la prostate. FIIS.1988 ;179-183.

6-MAHLER C.

Dénis L. e traitement du cancer prostatique In : M TOUBOL – cancer de la
prostate -cours supérieur Francophone de cancérologie ESO (European
school of oncology / I CI – PARAMA, France N°15230 : p .119-122.

7-DELMAS V., DAUGE MC.

Embryologie de la prostate, état actuel des connaissances . In : Koury
S,CHATELAIN C-urologie- cancer de la prostate . FIIS-1988 : 65-69 .

8-KOURY S.

Anatomie chirurgicale de la prostate . In :KOURY S, CHATELAIN C ,Denis
L, Debruyne, MERPAYG.
L'hypertrophie bénigne de la prostate en question . Sci .1991 .ISBN : 23-24.

9-LAUREAT S.

Physiologie de la reproduction masculine, physiologie humaine 1° édition .10-
KOURY S , WRYGHT F .

10-KOURY S ,WRYGHT F.

Physiologie hormonale de la prostate . In : Koury S, CHATELAIN C, Denis L , F.Debruyne , Murphy G . – L'hypertrophie bénigne de la prostate en question. Sci 1991 ISBN : 37 , 39 ,42 , 41 .

11-KOURY S .

– Physiologie exocrine de la prostate . In Koury S, CHATELAIN C, Denis L, Debruyne Murphy. L'hypertrophie bénigne de la prostate en question . Sci 1991 ISBN 33-36 .

12-BOTTO A .

Attitude pratique devant une élévation du PSA après prostatectomie radicale . Séminaire d'Uro-néphrologie Masson Edition . 1993 : 79-83 .

13-ALLAIN Y M .

Les marqueurs biologiques . In : Mamer –M., Troubol – cancer de la prostate – cours supérieur francophone de cancérologie . ESO (European School of Oncology ,ICR pharma , france , N° 15230 : 50-50.

14- RICHARD F .

Epidémiologie du cancer de la prostate et ses implications en santé publique. Rev . prat. (Paris) 1994 ; 44 ; 5 :575 –579 .

15-BERLIR J .

Bilan épidémiologique . In NAMER-M, Troubol – cancer de la prostate – cours supérieur francophone de cancérologie. ESO (European ,School ,oncology , ici pharma , france ,N° 15230 : 7-10.

16- BOUFFIOUX CH.

L'étiologie du cancer de la prostate . In Koury CHATELAIN C – Urologie cancer de la prostate FLLS 1988 138 – 147 .

17- HANASHKA.

Histoire naturelle du cancer de la prostate . In ; Koury S CHATELAIN C – Urologie ; cancer de la prostate . FLLS. 1988 : 287 –299.

20- KOURY S.

Physiopathologie de l'hypertrophie bénigne de la prostate en question . Sci 1991 ISBN : 55-59 .

21 - HERVE J.M. ; BOTTO H. ; BARRE PH. ; BUTREAU M.

Aspects chirurgicaux de la prostatectomie radicale. 87e Congrès d'Urologie, Paris 17-19 novembre 1993. C.L. 28 Prog. Urol. nov. 1993, p 92.

22 - DESLIGNERES S.

Anatomie pathologique, cancer de la prostate cours supérieur francophone de cancérologie. 1988, 15230 :25-29.

23- LE BOURGEOIS JP, ABBOU C.

Cancer de la prostate. Stratégies thérapeutiques en cancérologie. Dron éditeur, Paris, 1986,7040-0501-X chapitre 31 :203-214

24 – FRETIN.

Cancer de la prostate. Les étapes du diagnostic. CHRI , IPSEN. BIOTECH . P20

25 - ABBOU. HAILLOT C RAVERY V.

Le cancer de la prostate. Faut-il dépister ? –ANN UROL,1996. 30 ; N°6-7 ; 283-293.

26 - ALLAIN Y M.

Les marqueurs biologiques, In : Namer-M . Troubol.Cancer de la prostate -Cours supérieur francophone de cancérologie . ESO (European school of oncology, ICI pharma France, N°15230 : 50-51.

27 - DEVONEC M., VALANCIEN G.

Echographie et cancer de la prostate ,
In : Namer M .Troubol .Cancer de la prostate cours supérieur francophone de cancérologie , ESO : european school of oncology ici pharma France Na15230 :25 29

28 - MICHEL J , R.

La radiographie conventionnelle dans le cancer de la prostate ,In Koury S Châtelain C . Urologie cancer de la prostate, FLLS, 1988 189 196

29- Koutani A, Lechevallier E, Coulange.C.

Antigène spécifique prostatique-annale d'urologie ;1996 ,30 :257-261

30- Chodak g w et Al.

Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. M Engl. Z. Med. 1994,27: 242-248

31-LEBRET T. ET KHOURY S.

Veterans Administration cooperative urological Research group. Carcinoma of the prostate: a continuing cooperative study. J. Urol.1964 ; 91: 590-996.

32 - KOURY S.

Comment je traite un cancer localement avancé et métastatique non encore traité ? – Progrès en Urologie,1996 ,6 : Suppl. 2, 42-46.

33 – CHATELAIN C.

Ressource thérapeutique actuelle dans le cancer de prostate PROG. Urol. 1994. 651 – 670.

34 – Walsh P.c.

Radical prostatectomy: preservation of sexual function, cancer control. The controversy. Urol. Clin. Nth. Amer - 1987;14: 663 – 669.

35 – JAVODPOUR N.

Cancer de la prostate : Facteurs de pronostique .In :Koury S. Chatelain C : - Urologie – cancer de la prostate. FLLS – 1988 :172 – 177.

36-KAMBOU T ,ZANGO B, EKOUE F, TRAORE AC, BONKOUNGO B,OUATTARA T,SANO D.

Traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU de Sanou Souro de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) résultat à cours terme et moyen terme à propos de 190 cas.

Med. Afr. Noire, N° 5311, 2006 – pages 605 – 612.

37- PEKO JF., BOUYA P., KOKDO J., NGOLET A.

Cancer de la prostate au CHU de Brazzaville épidémiologie et histo-pronostic.
Med. Afr. Noire – 2003, vol. 50, n° 8-9, pages 317 – 372.

**38 - FALL P.A., GUEYE SM., N'DOYE A.K., DIAO B., TIAM O.B.K.,
ABDALLAHI M.O.C., SYLLA C, B ET M, DIAGNE B.A.**

Mortalité et Morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie
transvésicale
African journal of urology; vol 8 (1) 2002 : 20-23.

39 - TOURE M. L.

Etude épidémiologique et aspect anatomo- clinique de l'adénome de la prostate
au Mali.
Thèse Med, Bamako 2005, n° 84.

40 - TRAORE D.

Etude des complications pré-opératoires et post-opératoires de l'adénome de la
prostate dans le service d'urologie de l'hôpital Point G.
Thèse Med, Bamako 2003, n° 71.

41- NOUTACDIE K. R.

Evaluation de l'adenomectomie prostatique dans le service d'urologie de
l'hôpital national du Point G.
Thèse Med, Bamako 2000, n° 4.

42 - SIMAGA A.K

Eude clinique de l'adenome de prostate à propos de 115 cas colligés dans le
service d'urologie de l'hôpital national du Point G.
Thèse Med Bamako,1990 ;90 M 11.

**43- VIEILLEFOND A., SIBONY M., MOLINE V., COMPARO
P.,COLLECTION DIRIGEE PAR JACQUES DIEBOLD,**

Description macroscopique de la pièce :pathologie tumorale de la prostate.

44- POIRIER J.L. DUMAS R.

Atlas d'histologie Travaux Pratiques Masson III Paris 1988 page 82-83.

45-R A- DOLO

Cancer de la prostate découverte fortuite au service d'urologie du CHU Gabriel Touré :une étude de 116 pièces d' adénomectomie.
Thèse Méd , Bamako 2007 p206

46ChristelleBOYOM

Cancer de la prostate : étude épidémiologique et anatomopathologique à propos de 184cas diagnostiqués à l'INRSP de Bamako-Mali
Thèse Méd Bamako 2006 p 52

Annexes

Annexe 1 :

Le service d'anatomie pathologique de l'INRSP

C'est à ce service qu'est adressée toutes les biopsies, les pièces opératoires, et les cyto-ponctions réalisées dans le pays.

Dans les archives on peut retrouver les comptes rendus anatomopathologiques soigneusement conservés et remontant à plusieurs dizaines d'années.

Le personnel est composé d'un professeur titulaire, de deux spécialistes en anatomie pathologique, trois C E S , cinq techniciens et d'un manœuvre.

En plus de ces activités de diagnostic, le service est partie intégrante du projet de recherche sur le cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC).

Annexe 2 :

Figure 17 : Pièce d'adénomectomie



Annexe 3 :

Figure 17 :Coloration à Hémateine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome score de gleason 3+2=5

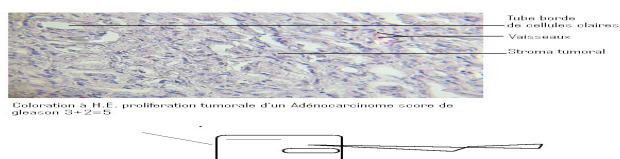
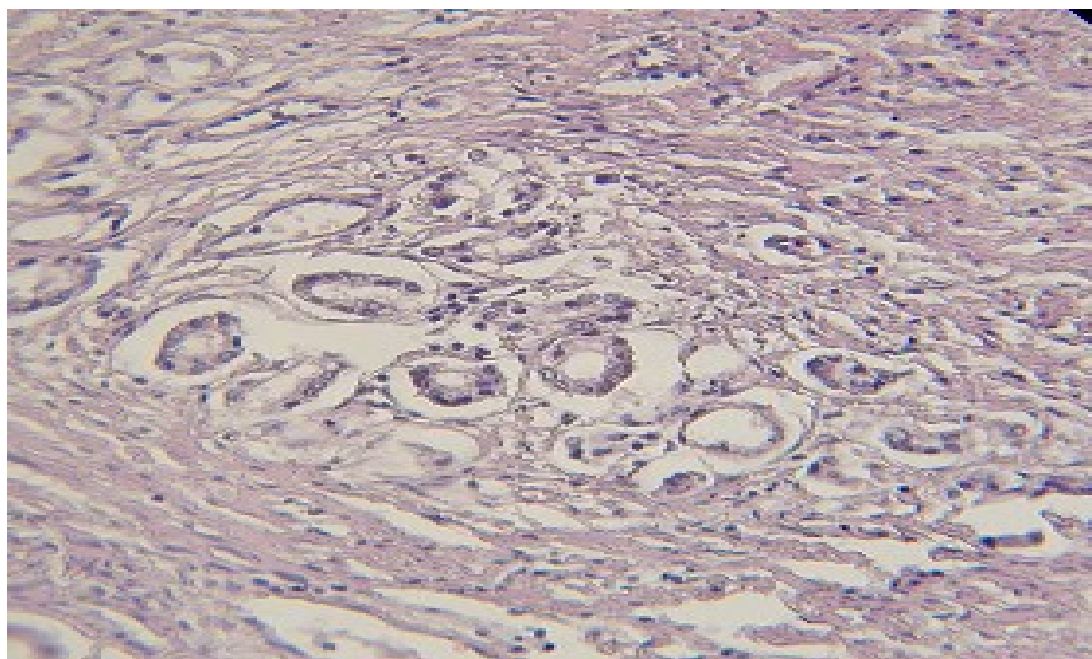


Figure 19: Coloration à Hémateine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome micro invasif score de gleason 2+1=3



FICHE D'ENQUETE :

Adénocarcinome de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du
CHU Gabriel Touré: Etude de 116 pièces d'adénomectomie.

N° de la fiche : /_____/ N°de tel /_____/_____/_____
/_____/_____/____/

1- Identité :

A- Renseignements démographiques

Nom : _____

Prénom : _____

Age : _____

Statut matrimonial Célibataire /____/ Marié (1) /____/ veuf /____/ Divorcé /____/

Régime matrimonial:

1) Monogame /____/ 2) Polygame /____/

B- Niveau d'alphabétisation

1) Non scolarisé /____/ 2) Primaire /____/ 3) Secondaire /____/ 4) Supérieur /____/

C- Renseignements professionnels :

1) Secteur fonctionnaire /____/ 2) Secteur rural /____/ 3) Secteur libéral /____/

D- Provenance :

a) Kayes /____/ b) Koulikoro /____/ c) Sikasso /____/ d) Ségou /____/ e) Mopti /____/

f) Tombouctou /____/ g) Gao /____/ h) Kidal /____/ i) Bamako /____/ j) Autres /____/

E- Nationalité :

a) Malienne /____/ b) Etrangère /____/

F- Ethnie :

1) Bamana /____/ 2) Peulh /____/ 3) Bobo /____/ 4) Sarakolé /____/ 5) Bozo /____/

6) Sénoufo /____/ 7) Minianka /____/ 8) Dogon /____/ 9) Malinké /____/ 10) Autres /____/

G- Référé par :

1) Lui même /____/ 2) Hôpital régional /____/ 3) Personnel de santé /____/

4) Clinique privée /____/ 5) C.S.Ref. /____/ 6) Autres /____/

2- Clinique

A- Motifs de consultation

1) Rétention aiguë d'urine /____/ 2) Pollakiurie /____/ 3) Dysurie /____/

4) Impériosité mictionnelle /____/ 5) Hématurie /____/ 6) Pyurie /____/

- 7) Brûlure mictionnelle /___/ 8) Douleurs pelviennes /___/
9) Amaigrissement /___/ 10) Fièvre /___/ 11) Autres /___/

B- Durée des troubles en année []

C- Antécédent Urologiques

- 1) I.S.T. /___/ 2) Bilharziose urinaire /___/ 3)Traumatisme /___/4Autres /___/

D- Antécédent Médicaux

- 1) U.G.D /___/ 2) H.T.A. /___/ 3) Diabète /___/ 4) Insuffisance rénale /___/
5)Autres /___/

E- Antécédent Chirurgicaux

Oui /___/(1) Non /___/

Type d'intervention

.....

F- Traitements déjà effectués

Oui /___/(1) Non /___/

Nature du traitement

Médical /___/ Traditionnel /___/ Autres /___/

G-Résultats du traitement

Satisfaisant /___/ Non satisfaisant /___/

H- Complication

- 1) Infection urinaire /___/ 2) Lithiase vésicale /___/
3) Diverticules vésicaux /___/ 4) Hématurie /___/ 5) Pyurie /___/
6) Incontinence urinaire /___/

I- Examens physiques

1) Pâleur : Oui /___/ Non /___/

2) Globe vésical : Oui /___/ Non /___/

3)Prostate au toucher rectal :

a)Hypertrophier : Oui /___/ Non /___/

b) Nodulaire : Oui /___/ Non /___/

c) Consistance : Dure /___/ Souple /___/ Ferme /___/

d) douleur au toucher rectal

4) Globe vésical : Oui /___/ Non /___/

5) Port de sonde : Oui /___/ Non /___/

6) Cathéter sus pubienne : Oui /___/ Non /___/

3- Examens complémentaires

A- Imagerie

Echographie rénale et vesico-prostatique

1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

Radiographie thorax face

1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

B- Biologie :

N.F.S: 1) Anémie /___/ 2) Normale /___/ 3) Pas fait /___/

Glycémie : 1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

Créatininémie : 1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

Groupe Sanguin Rhésus : 1) /___/ /___/ 2) Pas fait /___/

P.S.A. : 1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

E.C.B.U. : 1) Normale /___/ 2) Anormale(1) /___/ 3) Pas fait /___/

Germe retrouvé

.....

C- Examens anatomo-pathologies

Type histologique retenu

Adénome /___/ 2) Adénofibrome /___/ 3) Adénomyome /___/

4) Adénomyofibrome /___/ 5) Léiomyome /___/ 6) Adénocarcinome /___/

7) Pas fait /___/

4- Traitement

A- Nature de l'intervention

Adénomectomie (énucléation) Facile /___/ Difficile /___/

B- Le temps d'examens complémentaires

1) Date d'envoi de la pièce /___/___/___/ 2) Date du résultat
/___/___/___/

3) Le temps /___/jours

CDosage de P.S.A. à J 30 post opératoire

Normale /___/ Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : FANE

Prénom : Moussa

Date de naissance : 14 juin 1981

Lieu de naissance : Niono

Titre de la thèse

Pathologie tumorale et le cancer de la prostate au service
d'urologie du CHU Gabriel Touré.

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Urologie, Anatomopathologie, Santé publique.

RESUME : Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence du cancer de prostate de découverte fortuite au cours de l'adénomectomie au service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Il s'agissait d'une étude prospective allant de Décembre 2007 à Novembre 2008 soit une période de 12 mois au cours de laquelle 159 patients ont été opérés pour hypertrophie prostatique.

Au terme de notre étude il apparaît 6,9 % de cancer fortuitement découvert. L'âge moyen de nos patients était de 69 ans avec une prédominance dans la tranche d'âge 61 –70 ans. A part l'âge, aucun élément n'a été retenu comme facteur favorisant dans la survenue de l'affection. Les motifs de consultation fréquemment rencontrés étaient la pollakiurie suivie de la rétention aiguë d'urine avec respectivement 59,9 % et 44,7 %.

Malgré les multiples moyens de diagnostic pré-opératoire force est de reconnaître que quelques cas de cancer nous échappent et le diagnostic n'est posé que par l'histologique.

Mots clés : Adénomectomie, Adénocarcinome, Urologie, Hypertrophie
prostatique

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

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

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 !