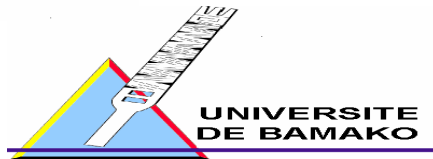


Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2009-2010

N°...../

Thèse

CANCER DE PROSTATE DE DECOUVERTE FORTUITE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU POINT G : ETUDE DE 147 PIECES D'ADENOMECTIONIE.

Présentée et soutenue publiquement le/ 2009
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'Odonto-Stomatologie

Par: Mr. Moumini POUDIOUGOU

**Pour l'obtention du Doctorat en Médecine
(Diplôme D'Etat)**

Jury

Président : Pr. Tiéman COULIBALY

Membre : Dr. Cheick B. TRAORÉ

Co-directeur : Dr. Aly TEMBELY

Directeur de thèse : Pr. Kalilou OUATTARA

DEDICACES

A Dieu tout puissant, le miséricordieux, le clément.

A ma mère AOUA TOLO

Chère Maman, l'éducation que tu nous as donnée a été exemplaire, tu nous as plus appris à pêcher du poisson par nous même.

Tes conseils ne nous ont jamais fait défaut, ton amour, ta modestie, ton humilité, ton courage, ton dévouement et surtout les sacrifices que tu as consentis afin que nous ne manquerons de rien seront à jamais gravés dans notre mémoire.

Tu as toujours été là pour nous à nos moments les plus difficiles, même quand ce n'était pas nécessaire, tu nous as plus appris à cacher nos peines derrière un sourire. Chère Maman tu as toujours été un ange pour nous.

Sois honorée en ce jour Maman, parce que ce travail t'est entièrement dédié.

Ce travail est ainsi l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as endurées pour nous.

Que DIEU te protège et te donne longue vie à nos côtés.

A mon Père SALAH AMBOUBOU POUDIOUGOU

Homme d'honneur, homme de droiture, tu as toujours été pour nous un modèle de vie. Ton courage, ta modestie, ton sens d'humilité nous marquent à jamais.

Tu nous as toujours comblé, et nous n'avons manqué de rien. L'éducation que tu nous as donnée a été très remarquable et nous sommes très fiers d'être un de tes fils.

Cher Papa l'amour que tu as toujours porté à tes enfants, la dignité et le sens de l'honneur, l'amour du travail bien fait nous serve aujourd'hui de repère. Tu es et tu resteras toujours pour nous un modèle et un exemple de vie.

Cet humble travail est le tien, puisse cela combler l'une de tes attentes.

Que DIEU te protège et te donne longue vie à nos côtés.

A mes feux grands frères : HAMADOUN POUDIOUGOU, et IBRAHIM
POUDIOUGOU

La mort nous a séparées quand je faisais respectivement la classe de 12^{ème}
terminale et 9^{ème} fondamental. Que DIEU le miséricordieux vous apporte sa
clémence, que la terre vous soit légère.

Que vos âmes reposent en paix.

A mes grandes sœurs : Mme KADIATOU POUDIOUGOU

Mme OUMOU POUDIOUGOU et Mme AÏSSATA POUDIOUGOU.

En nous rappelant notre cours de géographie, nos professeurs nous avaient fait
savoir que l'Égypte est un don du Nil. Vous avez été pour moi plus qu'un don.

Vous avez sur passer vos devoirs de grandes sœurs. Je vous dois tout

aujourd'hui, votre amour a été plus que sincère. Vous avez été là au moment où
j'ai eu plus besoin de vous. Vous avez toujours répondu à mon appel.

Chères grandes sœurs les mots me manquent pour qualifier et exprimer
effectivement ce que je ressens. Je dirai tout simplement sacrées grande- sœurs.

Ce travail est le vôtre,

Puisse Dieu me permette d'en faire autant sinon plus à vous et à vos
progénitures.

Puisse DIEU vous protégez et vous donne longue vie.

A tous mes grands frères : MOUSSA, MODIBO, MOCTAR, SOULEYMANE,
ABDOULAYE.

Vous avez été pour moi un model à suivre. Vous étiez toujours là pour moi, au
moment où j'ai eu plus besoin de vous. Vous avez toujours répondu à mon
appel, et vos soutient ne m'ont jamais fait défaut ainsi que vos conseils dès
l'élaboration de ce travail jusqu'à la fin. Ce travail est le vôtre. Puisse DIEU me
permette d'en faire autant sinon plus à vous et à vos progénitures.

Puisse DIEU vous protégez et vous donne longue vie.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

A mes belles sœurs : Mme POUDIOUGOU née TENIN SIMAGA, Mme POUDIOUGOU née AMINATA SIDIBE, Mme POUDIOUGOU née DJELIKA TOLO, Mme POUDIOUGOU née BINTOU SOUMARE.

Pour le respect et la considération, recevez ici ma profonde gratitude.

A mes beaux frères : je vous remercie pour le respect et la considération que vous avez toujours eu à mon égard.

A mes neveux : HAMIDOU, PAPIS, BASALA, MOHAMED SIDIDE, DEDE, OUSSOU, BATIN, FAH, mon homonyme MOUMINI, les deux MOHAMED POUDIOUGOU, JUNIOR, BOI.

Pour la marque de sympathie et de respect que vous aviez toujours eus à mon égard. Puisse ce travail vous servir de guide et d'exemple. Votre réussite dans les études sera pour moi une grande fierté. J'espère que vous ferez autant sinon mieux que votre oncle.

A mes nièces : AMI, les deux OUMOU, MAMY, TANTI, FATOU, KADI, DJENE, BATOMA, FATIM, NENE ;

Pour le respect et la sympathie que vous aviez toujours eus à mon égard. Puisse ce travail vous servent de guide et d'exemple. J'espère que vous ferez mieux sinon autant que votre oncle.

A mes meilleurs amis : DAVID BERTHE, ABDALLA HAIDARA, YOUSOUF TRAORE.

L'amitié pour moi est ce qu'il y a de plus chère au monde. Vous avez toujours été à mes côtés, et la promptitude avec laquelle vous avez toujours répondu à mes appels m'ont beaucoup marqué.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Puisse DIEU nous permettre de consolider d'avantage cette sincère amitié qui nous est chère.

Au Chirurgien BAKARY T DEMBELE : j'ai trouvé en vous un homme doté d'une gentillesse extrême, modeste, et disposer à aider son prochain. L'aide que vous m'avez apportée est inestimable. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

A tous les malades qui m'ont permis la réalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

A la famille SALAH AMBOUBOU POUDIOUGOU à Koutiala

A la famille Feu OUSMANE POUDIOUGOU à Koutiala

A la famille Feu TAMACALY TRAORE à Koutiala

A la famille SACKO à Koutiala

A la famille POUDIOUGOU à Sikasso

A la famille POUDIOUGOU à Banconi

A la famille SIDIBE à Banconi

A la famille POUDIOUGOU à Titibougou

A la famille POUDIOUGOU à Moribabougou

A La famille Feu AMION GUINDO à Bandiagara

Je vous prie chères tantes, cousins, oncles, cousines, de trouver ici le sentiment de ma profonde gratitude.

A la famille GUINDO à Hypodrome

A la famille GUINDO à Baco-Djikoroni,

A la famille GUINDO à Kalanbankoro

A mes promotionnaires : KADIDIA SACKO, MARO DRAME, BINTA TRAORE, ABDOUL SALAM DIARRA, YOUSOUF TRAORE, AWA DIAKITE, AÏSSATA dite SARAN KOÏTE, ABDOURAHAME SIDIBE, IDRISSE TRAORE, SERIBA KONATE, LASSINE CAMARA, KASSIM PARE, IBRAHIM DEMBELE, LUTHER TRAORE, MAMADOU ZAKARIA RAHILA. En témoignage des années passées ensemble, je vous remercie infiniment pour votre bonne et aimable collaboration

A mes amies FATOUMATA KONE, AÏSSATA KERE : trouvez ici le sentiment de ma profonde gratitude et mes sincères reconnaissances.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

A mes amis d'enfance : BOUBACAR T TRAORE, SEYDOU A KONE, AMIDOU SANOGO, MOUSSA COULIBALY, ACHIM WAGUE. En guide de souvenirs d'enfance, trouvez ici le sentiment de ma profonde gratitude et mes sincères reconnaissances.

Au Docteur CHEICK MOHAMED CHERIF CISSE. Chirurgien Urologue-Andrologue diplômé de lithotritie extracorporelle. Je reconnais en vous un encadreur passionné et précis dans la pratique chirurgicale. La rigueur de votre raisonnement, votre sens d'humanisme, votre qualité d'écoute et de compréhension font de vous un maître très respecté.

Vous nous avez réellement formés, et travailler auprès de vous a été pour nous un énorme plaisir, plutôt une joie.

Cher maître, nous vous devons beaucoup, et c'est l'occasion pour nous de vous faire savoir que vous êtes un exemple de formateur.

Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Docteur HONORE BERTHE. Chirurgien Urologue, vous avez exigé de nous un travail bien fait.

Vous avez réellement participé à notre formation, de part votre qualité de raisonnement scientifique. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Au Docteur MAMADOU LAMINE DIAKITE. Chirurgien Urologue
Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

A tous mes aînés internes du service d'Urologie.

A mes promotionnaires internes du service d'Urologie : NOUMOU MALLE, CHEICK DIARRA, WIRI SOUARA, FERNAND SANOU, OUSMANE SAMAKE, LADJI KANE, AÏSSATA DEMBELE, IVES DEMBELE, AMIDOU DEMBELE, DRISSA SANOGO, ISSA BAGAYOGO, MADY,

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

SOULEYMANE TRAORE, MOHAMED MAÏGA, ISAAC K. Merci pour votre sincère et aimable collaboration.

A tous mes cadets internes du service d'Urologie.

Au major du service d'urologie Mme MARIKO MARIAM DIARRA, votre gentillesse et votre très bonne collaboration nous ont beaucoup marqué.

A tout le personnel du service d'urologie.

A tout le personnel du service d'Anesthésie – Réanimation.

A tout le personnel du bloc opératoire d'Urologie.

Merci pour votre bonne collaboration et votre sens de l'humour.

Un grand Merci à mon informaticien Abdallah Hamadoune

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

AUX MEMBRES DU JURY

De bon cœur, vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail, vos critiques et suggestions seront les bienvenues et contribueront à enrichir cette œuvre dans l'intérêt de la science.

A notre Maître et Président du Jury : Professeur Tiéman COULIBALY

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue au CHU Gabriel Touré
Maître de conférences à la FMPOS
Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie
(SOMACOT)

Cher maître,

Vous avez accepté de présider ce jury de thèse avec spontanéité malgré vos multiples préoccupations.

Nous avons été séduits par l'élégance et la rigueur de votre raisonnement scientifique. Nous avons eu cette chance de bénéficier de votre enseignement théorique, si méthodique, précis, concis et très pratique.

Votre sens d'humour, mais surtout votre dévouement sans limite pour la progression de la médecine en général et la traumatologie en particulier alliés à votre générosité sont des qualités que nous efforcerons de garder.

Notre joie est immense d'être compté parmi vos élèves.

Trouvez dans ce travail cher maître les très humbles témoignages de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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 !

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

A notre Maître et co-directeur : Docteur Aly TEMBELY

Diplômé de la faculté de Tours

Ancien interne des hôpitaux de France

Diplômé en andrologie, et Endo urologie en Lithotripsie extra corporelle et en

Uro dynamique de l'université de Paris

Maître assistant en Urologie à la FMPOS

Secrétaire général des chirurgiens de la fistule obstétricale au Mali

Cher maître,

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

Votre égalité d'humeur, votre bon sens, votre esprit critique et la qualité de vos jugements nous ont permis de comprendre que vous portez un grand intérêt à notre formation.

Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher maître l'Eternel saura vous remercier, accepter cher maître nos sincères remerciements.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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 Point G.

Coordinateur des chirurgiens du C H U Point G.

Président des chirurgiens de la fistule obstétricale au Mali

Expert international en chirurgie de la fistule obstétricale.

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

.

Très cher maître vous nous avez fait honneur en nous acceptant dans votre service pendant l'élaboration de ce travail. Nous avons beaucoup apprécié votre simplicité, votre esprit d'ouverture et votre rigueur scientifique.

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 Dieu vous accorde une bonne santé et vous prête encore longue vie !

ABREVIATIONS

Anapath = Anatomo-pathologie

A.P = Adénome de la prostate

ASA = American Society of Anesthesiology

A.S.P = Abdomen sans préparation

BP = biopsies prostatiques

c.c = Centimètre cube

C.H = Charrière

C.H.U = Centre Hospitalier Universitaire

Cm = Centimètre

D.H.T = Dihydrotestostérone

E.C.B.U = Examen cyto bactériologique des urines

Fig = Figure

F.M.P.O.S = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

F.S.H = Folliculo-Stimulating hormon

g = Gramme

H.B.P = Hypertrophie bénigne prostatique

H.T.A = Hypertension artérielle

I.M = Intramusculaire

I.N.R.S.P = Institut National de Recherche en Santé publique

I.R = Insuffisance rénale

I.S.T=Infection sexuellement transmissible

I.V = Intraveineuse

L.H = Lituasing hormon

mbre-sup = Membre supérieur

m.g = milligramme

m.l = mllilitre

mm = millimètre

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

mn = minute

M.S.T = Maladies sexuellement transmissibles

N.F.S = Numération formule sanguine

n.g = nanogramme

N^o = numéro

OMI = Œdème des membres inférieurs

O.M.S = Organisation Mondiale de la Santé

P.A.P = Phosphatase acide prostatique

post-op = post- opératoire

p.p.e = pré-opératoire

P.S.A = Prostatic specific antigen

R.A.A = Rétention aiguë d'urine

Tn = Taux normal

T.R = Toucher rectal

U.C.R.M = Urétrocystographie rétrograde puis mictionnelle

U.G.D = Ulcère Gastro-duodéal

U.I.V = Urographie intra-veineuse

USA: United State of América

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

PLAN

I- INTRODUCTION

II-OBJECTIFS

III- GENERALITES

IV- METHODOLOGIE

V - RESULTATS

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Objectifs.....	2
I- Généralités.....	3
A- La glande prostatique.....	3
1- Rappels embryologique.....	3
2- Rappels anatomique.....	6
3- Rappels physiologiques.....	18
4- Rappels sur l'anatomie endoscopique.....	20
5- Rappel histologique.....	23
B- Cancer de la prostate.....	24
1-Définition.....	24
2- Epidémiologie.....	24
3-Physiopathologie.....	25
4- Etiopathogénie.....	26
5- Anato-mo-pathologie.....	27
6- Classification.....	31
7- Diagnostic.....	35
8- Dépistage du cancer de la prostate au stade précoce.....	38
9- Traitement.....	38
10- Facteurs pronostiques.....	40
11- Surveillance.....	41
II- Méthodologie.....	42
III- Résultats.....	46
IV- Commentaires et discussion.....	60
V- Conclusion et Recommandations.....	64
VI- Références.....	67

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Annexes.....74

INTRODUCTION

La symptomatologie urinaire après la cinquantaine d'année chez l'homme est le plus souvent due à un obstacle cervicoprostatique.

La recherche de cette symptomatologie aboutit le plus souvent au diagnostic d'adénome de la prostate.

La prise en charge thérapeutique de ces adénomes prostatiques conduit à l'adénomectomie trans vésicale de la prostate dont les pièces opératoires sont rendues à l'examen anatomo- pathologique.

Ainsi un certain nombre de patients opérés pour adénome de la prostate ont eu des résultats anatomopathologiques indiquant qu'il existe un cancer.

En effet la symptomatologie du cancer de la prostate n'est pas pathognomonique, elle est la même que la symptomatologie de l'adénome de la prostate au stade de début.

Dans son évolution sans traitement elle donne tardivement des métastases osseuses le plus souvent et des signes paranéoplasiques.

L'incidence du cancer de la prostate est en évolution progressive, à cause de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'amélioration des techniques de dépistage, et aussi par l'augmentation réelle de la fréquence [3].

Le traitement peut être chirurgical associé ou non à la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie qui reste la plus utilisée à cause de la diversité des techniques disponibles [36].

Au Mali la chirurgie prostatique chez les hommes âgés constitue la principale activité des différents services d'urologie. Le cancer de la prostate reste toujours peu étudié dans nos pays. C'est dans le but de combler ces insuffisances que nous avons décidé d'entreprendre ce travail qui vise les objectifs suivants :

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

OBJECTIFS :

Objectif général

Etudier le cancer de prostate de découverte fortuite après l'adénomectomie trans vésicale de la prostate.

Objectifs spécifiques

- Etudier les aspects cliniques, para cliniques, diagnostiques et thérapeutiques du cancer de la prostate de découverte fortuite.
- Décrire les caractères socio- démographiques des patients présentant une hypertrophie prostatique associée à un cancer de la prostate.
- Déterminer la fréquence du cancer de la prostate de découverte fortuite.
- Apprécier le score de Gleason du cancer de prostate de découverte fortuite.

I- GENERALITES

A- LA GLANDE PROSTATIQUE

1- Rappel embryologique

La prostate est une glande génitale entourant la partie initiale de l'urètre chez l'homme [45]. Se différenciant plutôt qu'il n'est classique de le dire, car dès la 5^e semaine, lorsque l'embryon a 6mm, le canal de WOLFF s'ouvre à la face latérale du sinus urogénital, et le mésenchyme entourant ce sinus est responsable du développement des sphincters périmétraux et de la glande crâniale [35,52].

Entre la 7^e et la 9^e semaine, il apparaît une différenciation stromique et épithéliale des deux mésenchymes (le WOLFFIEN et celui entourant le sinus urogénital). A cet instant, les canaux de MULLER s'ouvrent au dessus de l'abouchement de l'urètre, au sommet du tubercule mullerien qui est le futur véru-montanum [8,52].

A la 10^e semaine (l'embryon a 68mm), les bourgeons glandulaires naissent autour des canaux de WOLFF, et une nouvelle période de division et de croissance glandulaire apparaît à la 16^e semaine [38,52].

Vers le 6^e mois de la vie fœtale, les tubes glandulaires qui sont partis de la face postérieure de l'urètre vont se développer, alors que ceux situés à la face antérieure vont régresser et donner un tissu fibro-musculaire qui sera la future commissure antérieure de la prostate [38].

Ainsi la glande prostatique comme le décrit GIL-VERNET n'est pas embryologiquement homogène mais consiste plutôt en deux parties principales, la glande crâniale et la glande caudale [11,52].

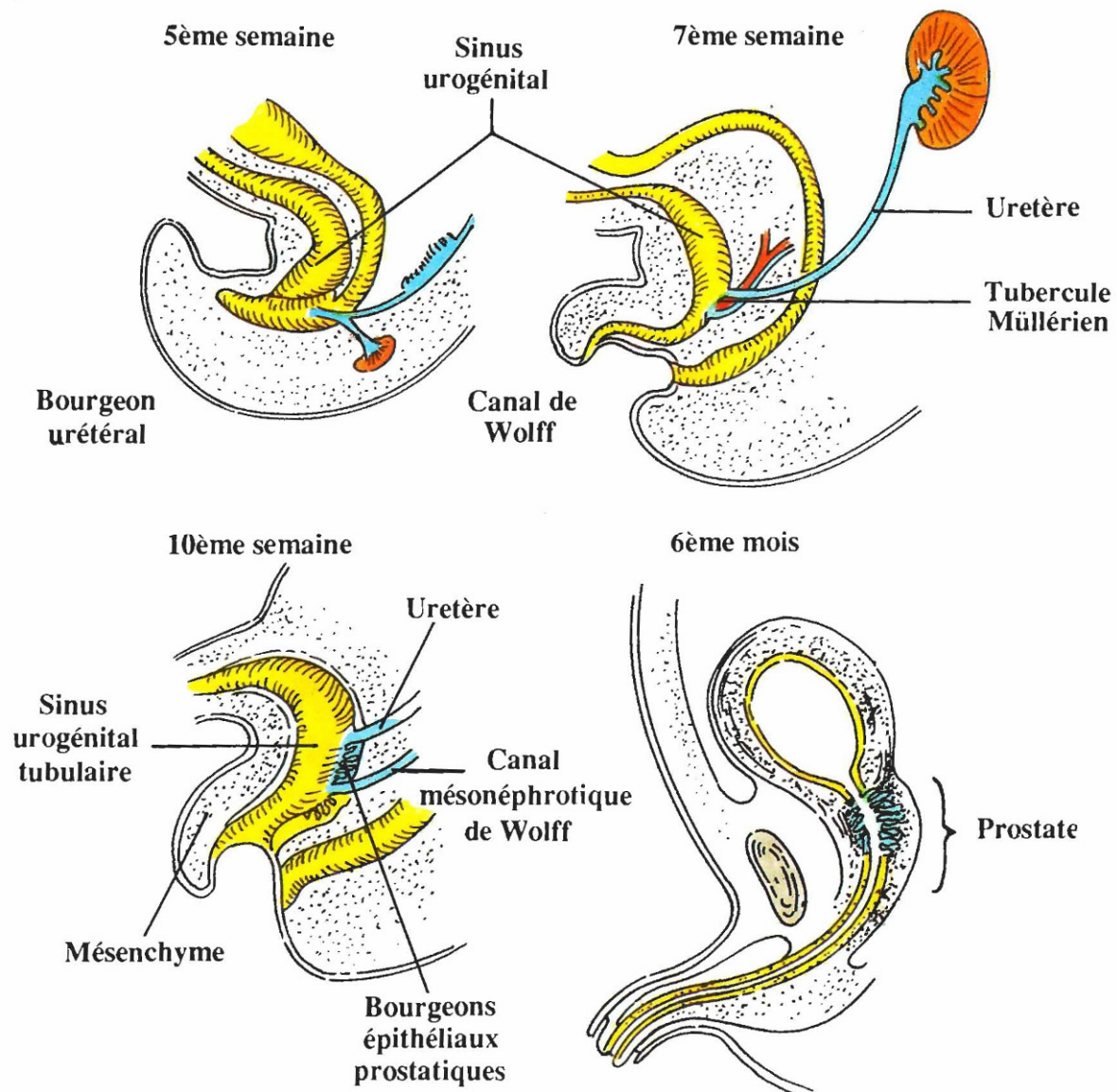


Figure 1: Origine embryologique de l'urètre prostatique et de la prostate [38]

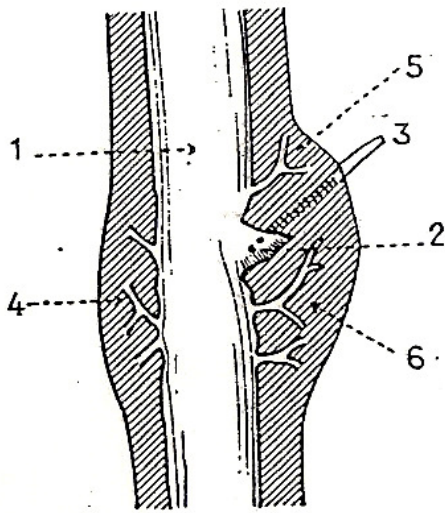


FIG. 2

1, sinus uro-génital; 2, utricule (canaux de Muller fusionnés); 3, canal éjaculateur (canal de Wolff); 4, ébauche antérieure; 5, ébauche craniale; 6, ébauche caudale.

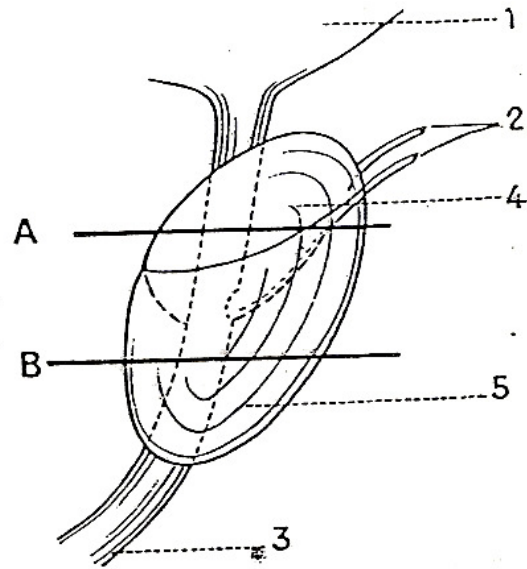


FIG. 3: — Coupe longitudinale.

1, vessie; 2, canaux éjaculateurs; 3, urèthre; 4, portion craniale; 5, portion caudale.

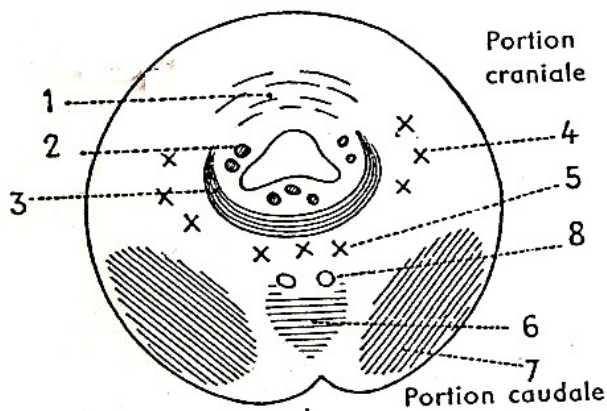


FIG. 4.

Coupe transversale supra-montane.
(Voir figure 3: coupe A.)

1, lobule antérieur; 2, glandes intrasphinctériennes; 3, sphincter lisse; 4, lobe sous-sphinctérien; 5, lobe médian préspermatique; 6, prostate intermédiaire; 7, lobe postéro-latéral; 8, canaux éjaculateurs.

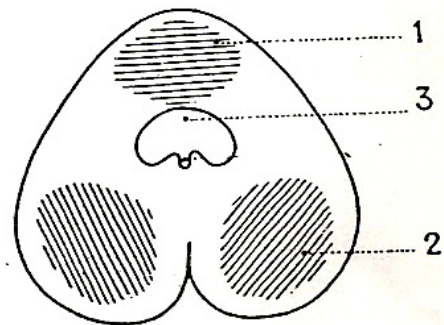


FIG. 5.

Coupe transversale infra-montane.
(Voir figure 3: coupe B.)

1, lobule antérieur; 2, lobe postéro-latéral; 3, urèthre.

Figure 2-5 : Développement de la prostate d'après FABRE [11]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Les constatations chirurgicales et cliniques prouvent cette dualité de structure et laissent croire que la prostate crâniale est le point de départ des tumeurs bénignes de la prostate (Adénome, Myome, Fibrome, Adénomyome, Fibromyome etc.),

Tandis que celle de la prostate caudale émane les tumeurs malignes et particulièrement le cancer de la prostate. La maladie se développerait donc uniquement sur la prostate crâniale : « C'est aux dépens de tissu glandulaire mésenchymateux des parties intra et extra sphinctériens de la prostate crâniale que la maladie adénome de la prostate se développerait. Elle repousse la portion caudale qui s'atrophie, et s'entoure d'une capsule qui permet l'énucléation ». [11]

2- RAPPEL ANATOMIQUE DE LA PROSTATE

2- 1 SITUATION

La prostate est située dans la partie antérieure de la zone viscérale du pelvis entre :
[45]

En haut la vessie

En bas le plancher périnéal

En arrière le rectum

En avant la symphyse pubienne à 2cm environ

2-2 DESCRIPTION MACROSCOPIQUE

De couleur blanchâtre et de consistance ferme, la prostate a la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant. [45] Sur le plan chirurgical, elle présente à décrire 5 lobes : [22]

Un lobe antérieur

Un lobe postérieur (représente la surface postérieure qu'on palpe au T.R)

Un lobe médian

Deux lobes latéraux droit et gauche

2-3 DIMENSIONS MOYENNES CHEZ L'ADULTE

La croissance prostatique n'est vraiment importante qu'à la puberté, et ses dimensions sont les suivantes : [45]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Hauteur : 2,5 – 3cm

Largeur à la base : 4cm

Epaisseur à la base : 4cm

Poids : 25g

2-4 RAPPORTS

2-4-1 FIXITE : 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, constitué par : [45]

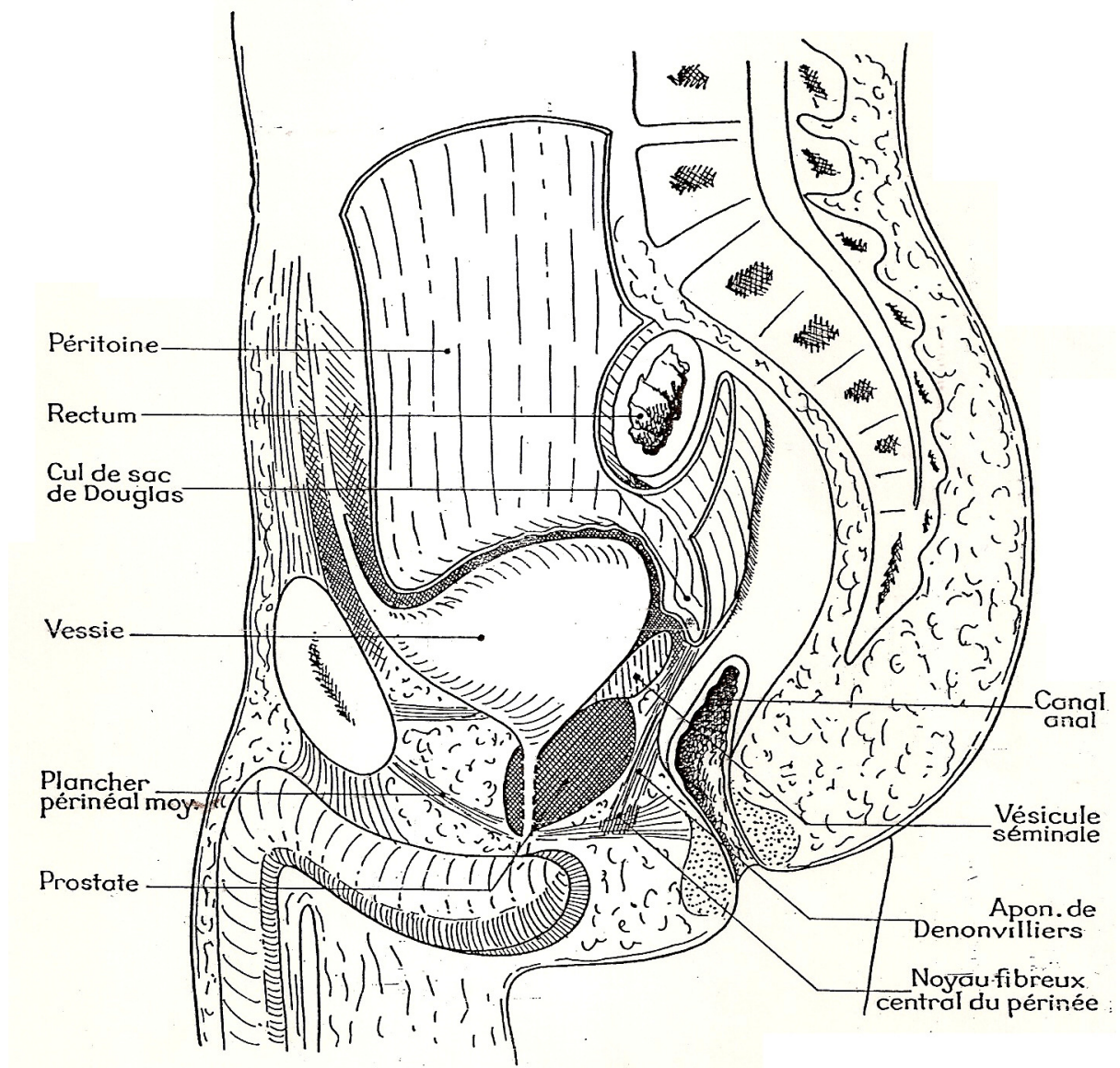
En avant : la lamelle pré prostatique

En arrière : l'aponévrose prostatopérinéale de DENONVILLIERS

Latéralement : les aponévroses latérales de la prostate

En bas : le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne du périnée : qui recouvre les muscles du plan périnéal moyen (transverse profond et sphincter strié), et va s'unir au feuillet inférieur au ligament de CARCASSONNE.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.



(Vue de profil gauche)

Figure 6 : Anatomie descriptive. Situation générale [45]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G : étude de 147 pièces d'adénomectomie.

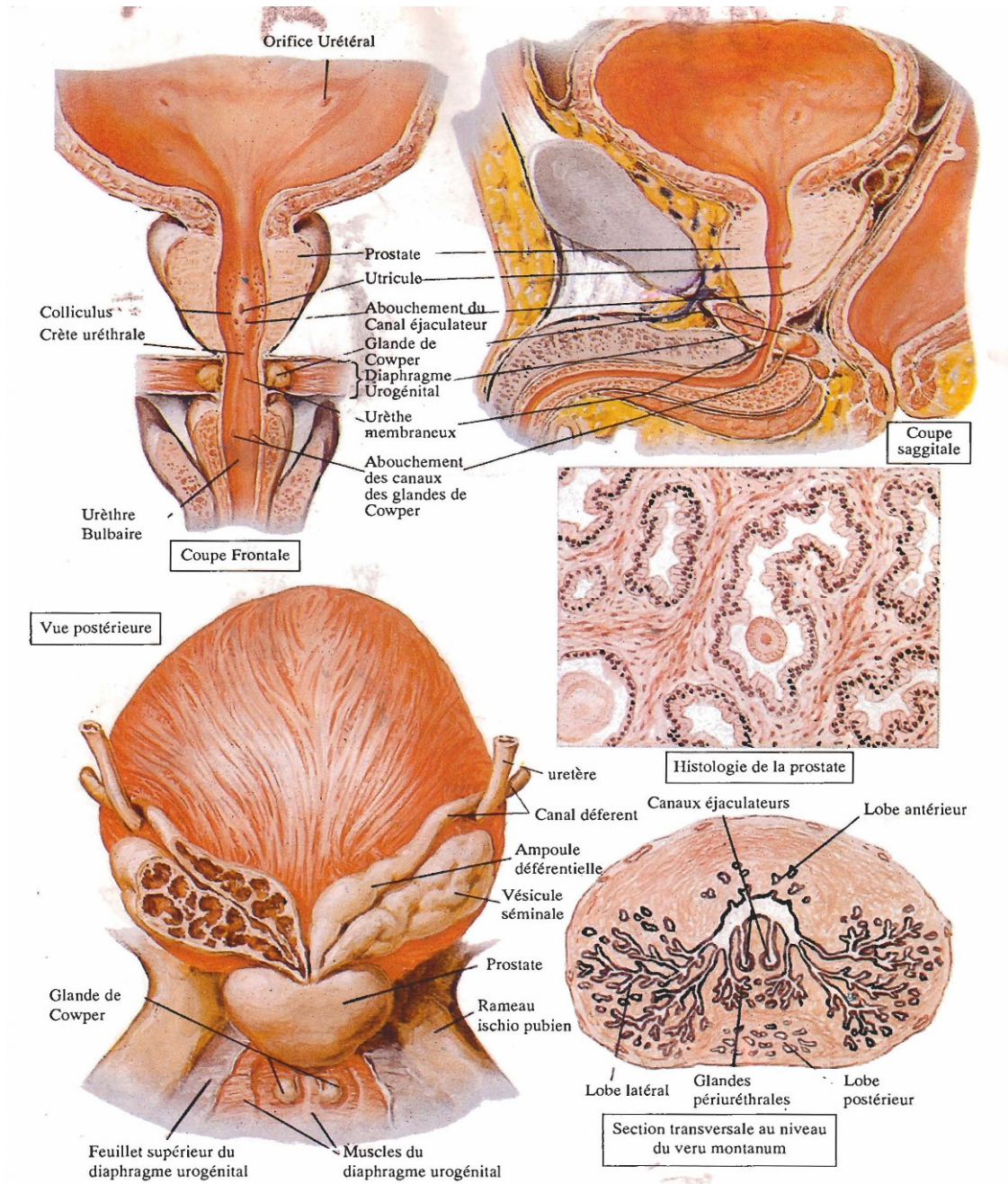
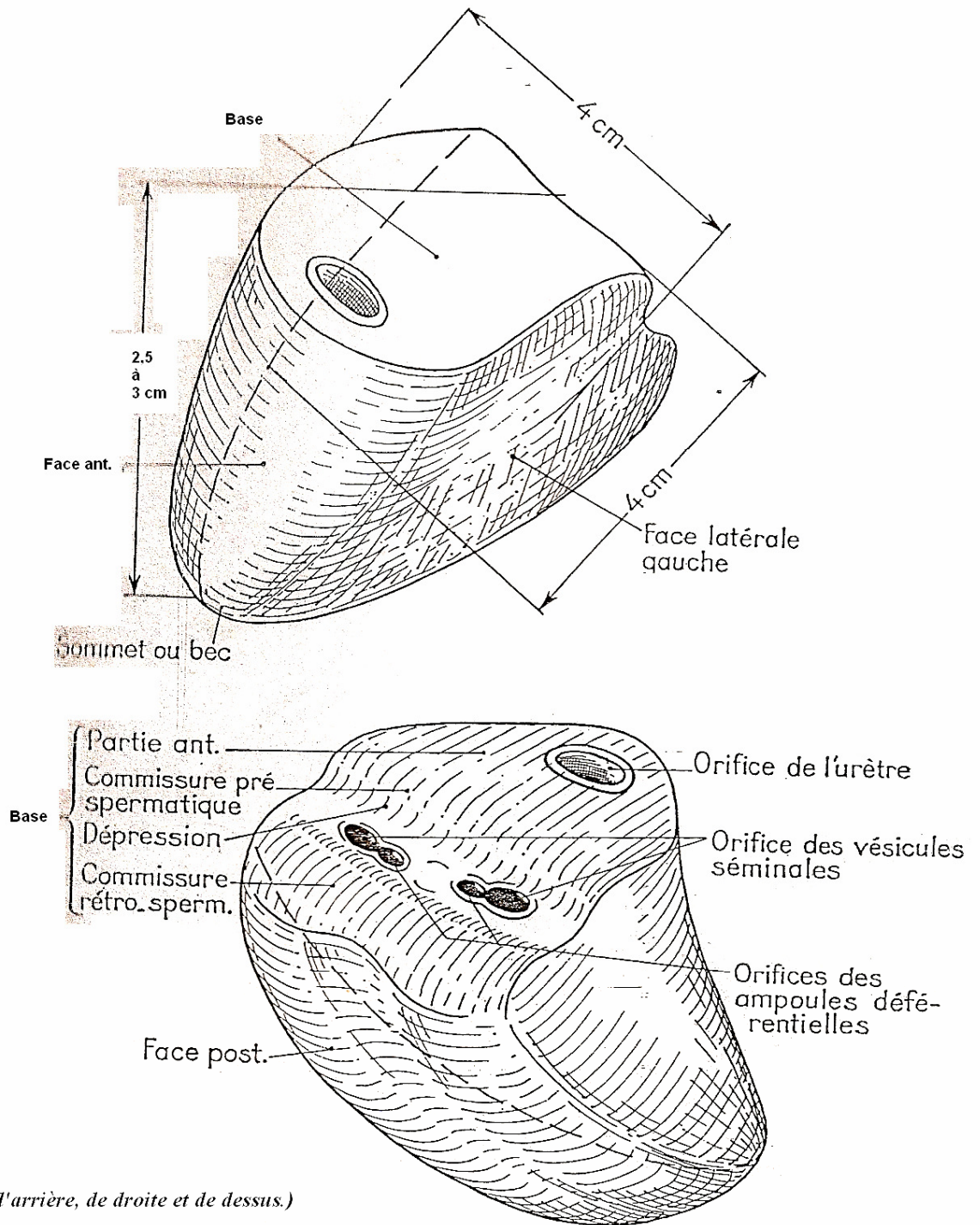


Figure 7 : Structure et localisation de la prostate [22]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

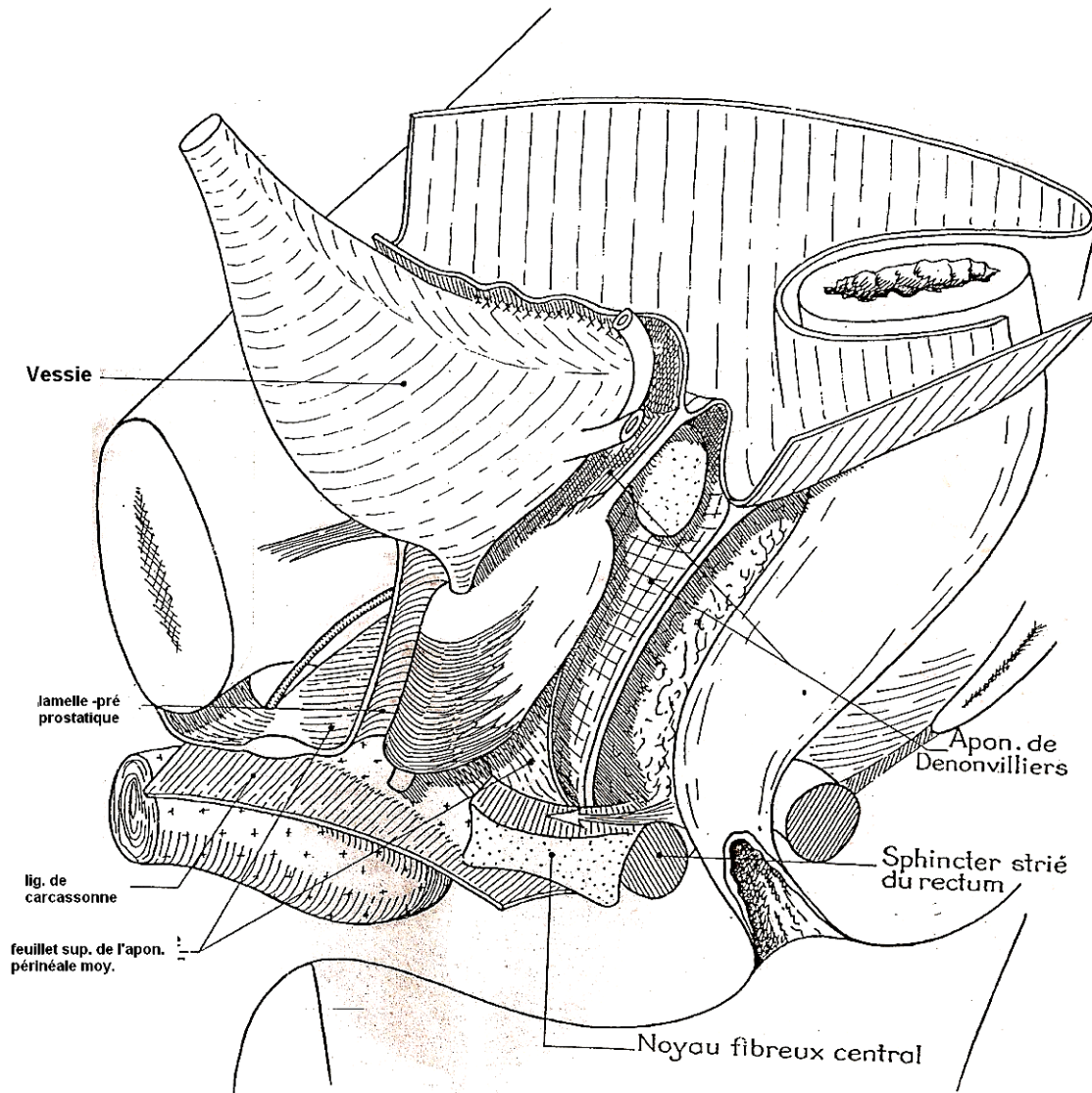


Poids : 25 g.

Figure 8 : Anatomie descriptive. Forme, dimensions.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

La loge prostatique est ouverte en haut au niveau de la vessie : la prostate repose ainsi sur le plan musculo-aponévrotique moyen du périnée ou diaphragme uro-génital qui forme autour de l'urètre la fente uro-génitale comprise entre les bords internes des releveurs de l'anus.



(Vue de profil gauche)

Figure 9 : Fixité. La loge prostatique [45]

2-4-2 RAPPORTS A L'INTERIEUR DE LA PROSTATE

La prostate est enveloppée par une lame cellulaire qui entoure la capsule, elle est aussi entourée en avant par le ligament pubo-prostatique, en bas par le ligament prostatique, et en arrière par le fascia recto-vésical de DENONVILLIERS.

Par l'intermédiaire de l'aponévrose de DENONVILLIERS, la prostate répond à la face antérieure du rectum pelvien, et cette aponévrose présente deux feuillets. L'espace entre ces deux feuillets est appelé espace rétro-prostatique de PROUST qui présente un bon plan a vasculaire de clivage. [15]

2-4-2-1 La prostate contient : [45,52]

- L'urètre prostatique qui fait suite au col vésical, traverse la prostate verticalement de sa base au sommet. On note en son sein le sinus prostatique qui présente intérieurement le veru montanum qui est une saillie médiane et longitudinale de la paroi urétrale postérieure.

- 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.

[50]

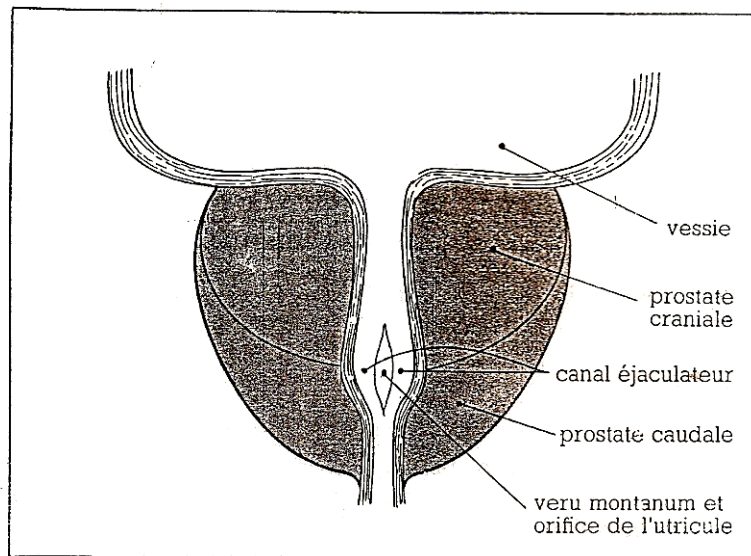


Figure 10 : Coupe vertico-transversale de la prostate [50]

2-4-2-2 A l'extérieur de sa loge

La prostate répond au sphincter strié (à commande volontaire) de l'urètre qui entoure complètement le bec de la glande et s'étale sur sa face antérieure sans atteindre la vessie. [45]

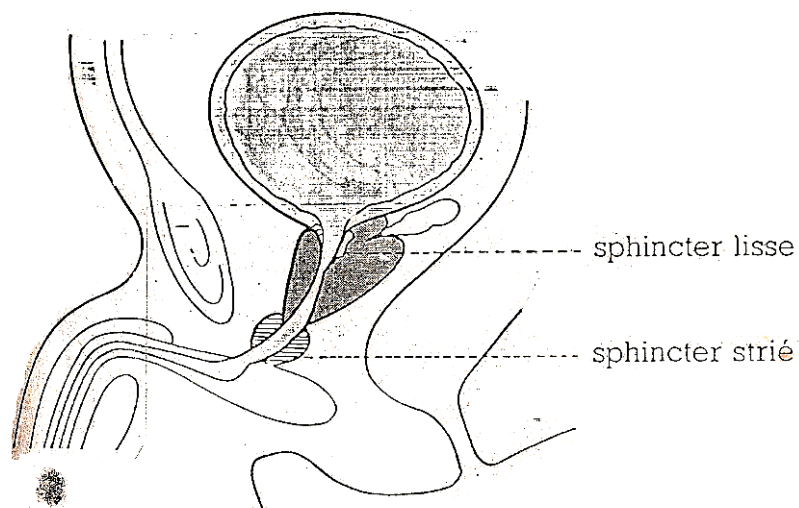


Figure 11 : Rappel Anatomique. Les sphincters urétraux sont indiqués en pointillés [14]

2-5 VASCULARISATION

2-5-1 ARTERES : [22,45]

La prostate est irriguée principalement par l'artère vésicale inférieure, qui est une branche de l'iliaque interne. Elle a une distribution intrinsèque :

- Les artères capsulaires irriguent la partie périphérique de la prostate.
- Les artères urétrales irriguent le col vésical et la partie péri-urétrale.

En cas d'H.B.P, le groupe urétral se développe de façon importante pour l'ensemble de la néoformation. Ainsi, au cours de l'adénomectomie, le saignement le plus important provient du groupe urétral au niveau des cadrants postéro-latéraux du col. [22] Il y a aussi l'artère prostatique qui naît souvent de l'artère vésicale inférieure, et irrigue la face latérale de la prostate ; et l'artère hémorroïdale moyenne.

2-5-2 VEINES

Elles forment un plexus entourant les 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. [22]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

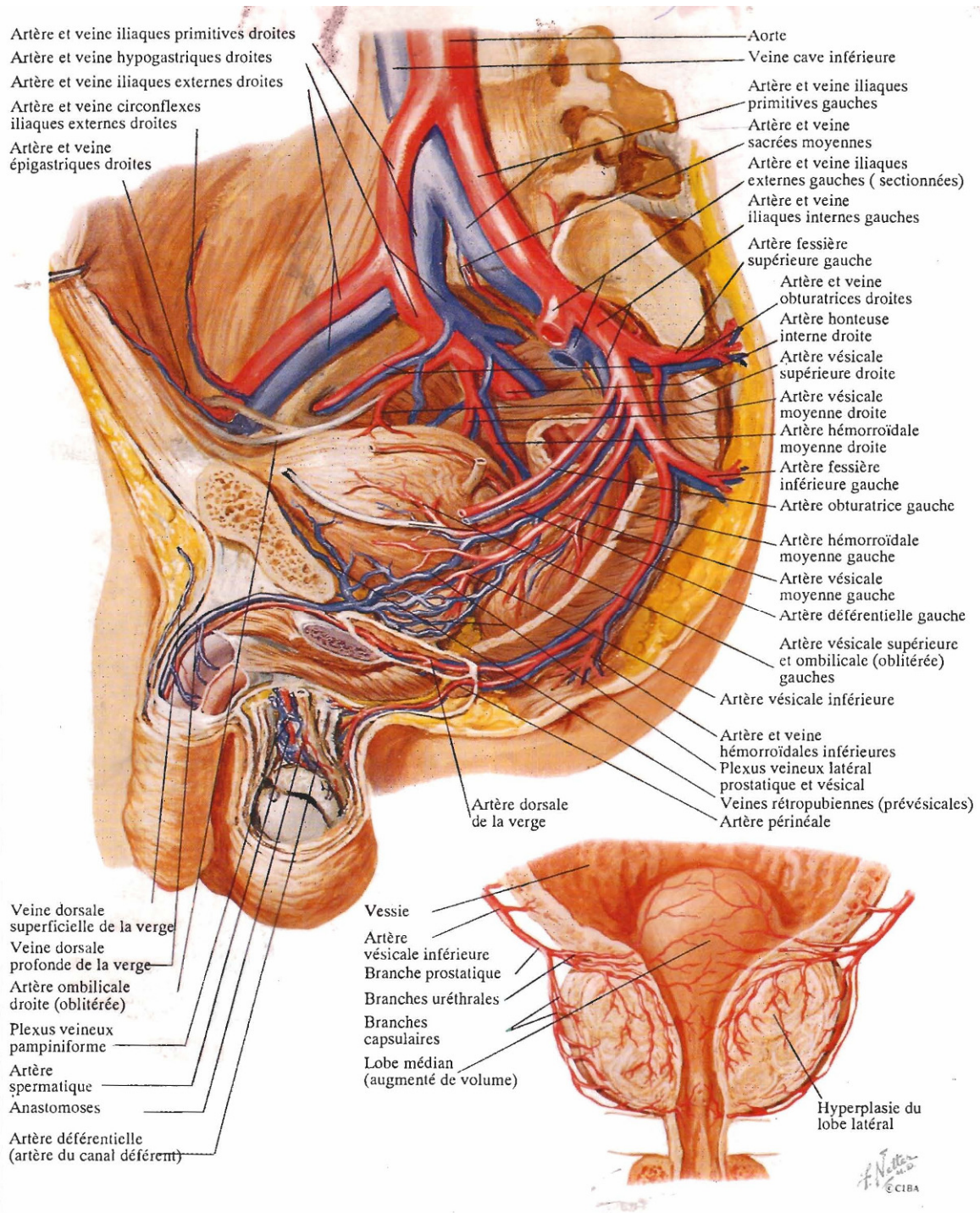


Figure 12 : Vascularisation du petit bassin [22]

2-5-3 DRAINAGE LYMPHATIQUE

Les lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau péri-prostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes, obturateurs, et pré-sacrés. [22]

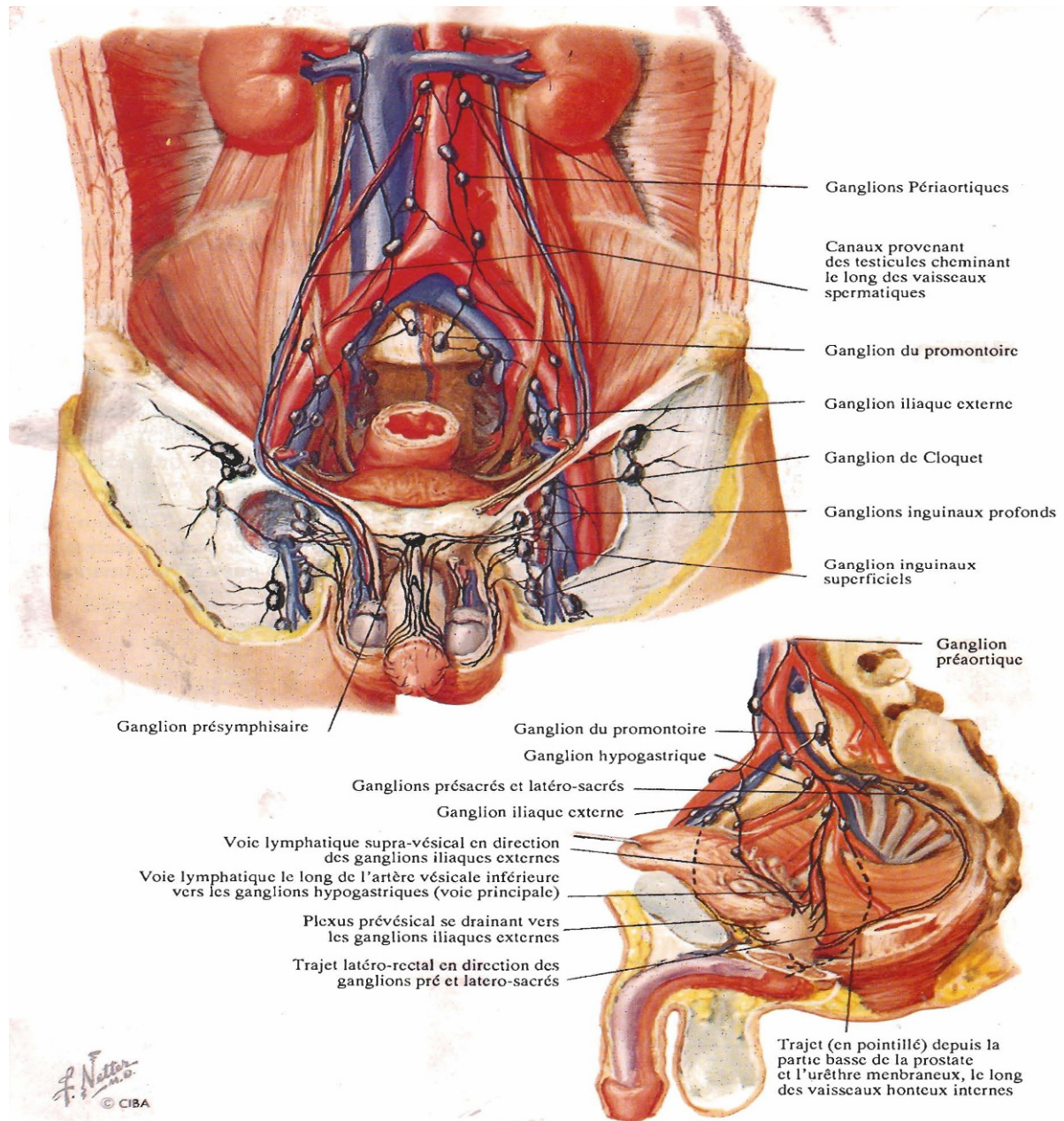


Figure 13 : Drainage lymphatique des organes génitaux [22]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G : étude de 147 pièces d'adénomectomie.

2-5-4 INNERVATION

La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte sympathique et parasympathique à partir des plexus pelviens. [22]

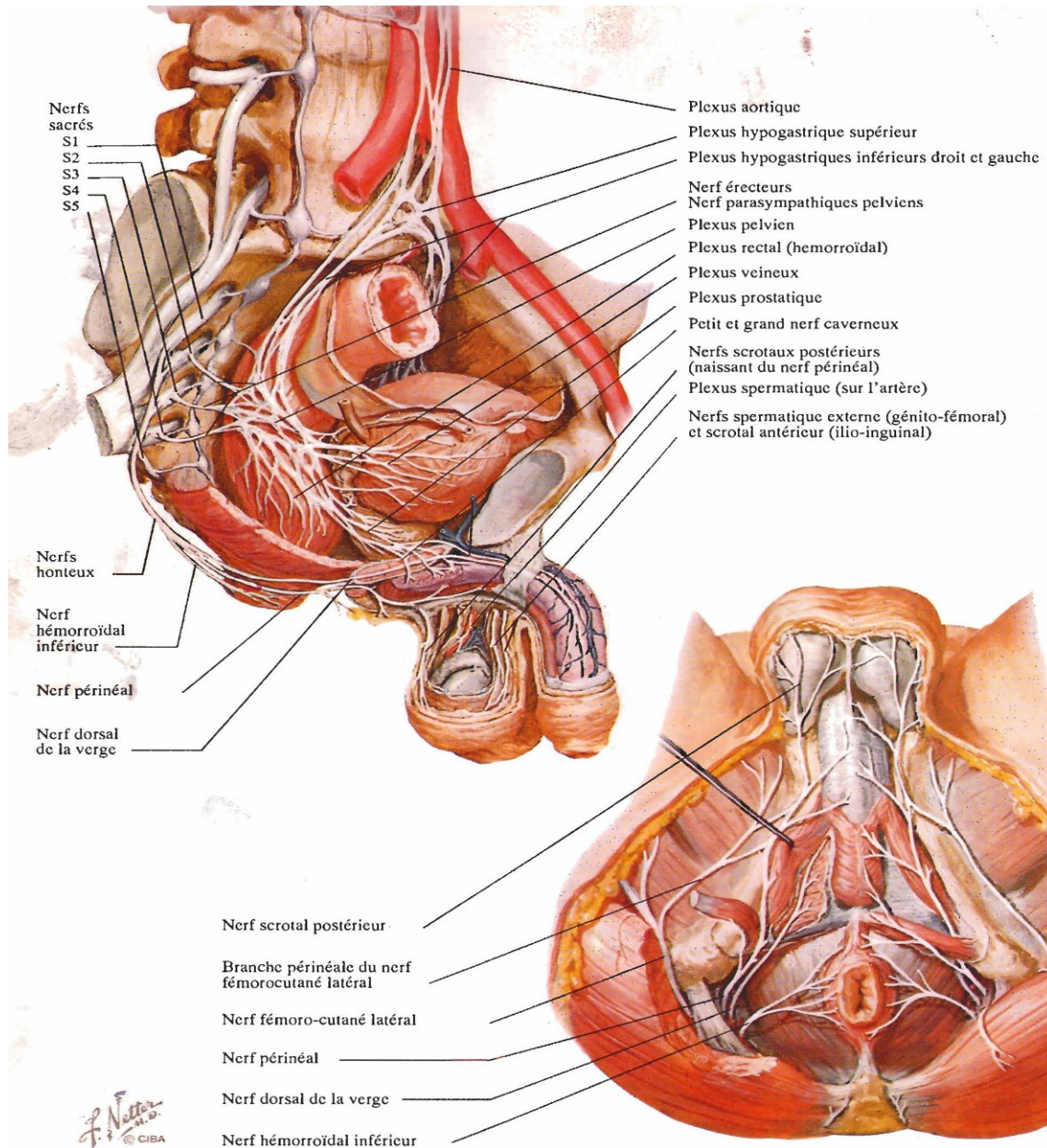


Figure 14 : Innervation des organes génitaux [22]

3- RAPPEL 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 (375 mg/100ml). [18]

[33]

La sécrétion prostatique est continue, d'un débit de 0,5 ml à 2ml/j d'un liquide intervenant dans la fertilité masculine. Elle contribue à la formation du plasma séminal, véhicule nutritif des spermatozoïdes dans le sperme. La composition de ce plasma séminal est représentée par l'ensemble des sécrétions de la voie spermatique, des vésicules séminales, de la prostate et des glandes para-urétrales (COWPER, LITTRE). [53]

La composition du liquide prostatique physiologique [53] :

- EAU (97%)
- Electrolytes et sels minéraux (10mg) : Magnésium, Zinc, Citrate.
- Hydrate de carbone (4mg) : Fructose, Sorbitol, Glucose, Acide ascorbique ...
- Composés azotés (40mg) : Spermine, Putrécine, Spermidine, Phosphorycholine, Antigène prostatique.
- Lipides (2mg) : Cholestérol, Phospholipides, Prostaglandines.
- Enzymes : Phosphatase acide, Alpha-amylase, Lacto-déshydrogénase, Leucine-aminopeptidase, Facteurs de liquéfaction.
- Eléments figurés : Cellules prostatiques, leucocytes Corps amylicés, Corpuscules lipidiques.

1. Vésicule séminale
2. Zone centrale
3. Conduit éjaculateur
4. Zone périphérique
5. Urètre
6. Sphincter pré-prostatique
7. Zone de transition
8. Colliculus séminal
9. Stroma fibromusculaire antérieur
10. Sphincter strié

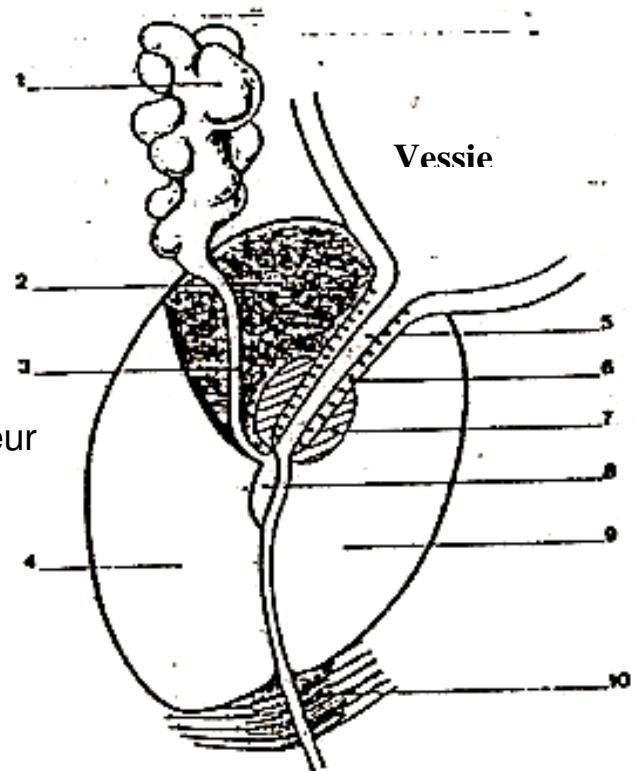


Figure 15 : Anatomie zonale de la prostate (modèle de Mc NEAL) [33]

LES PROTEINES DE SECRETION PROSTATIQUE SONT : [15,34]

3-1 Antigène spécifique de la prostate (P.S.A)

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 importance physiologique est la reliquéfaction du sperme, et sa sécrétion semble être quantitativement équivalente dans toutes les zones glandulaires. Le taux normal de P.S.A étant de 0 – 2,5ng/ml, il n'est pas rare d'observer un taux entre 5 – 10ng/ml en faveur d'un A.P. Par ailleurs, un taux au dessus de 50 ng/ml voire même 30 ng/ml de P.S.A fait soupçonner un cancer associé qui pourra être confirmé soit par la biopsie prostatique, soit par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire d'adénomectomie prostatique ou les copeaux de résection prostatiques. Il est naturel de respecter certaines conditions de dosage qui peuvent aboutir à une variation de P.S.A, tels que le toucher rectal, la cystoscopie, les biopsies endorectales prostatiques et la rétention urinaire.

3-2 Phosphatase acide prostatique (P.A.P)

Protéine la plus majoritaire du fluide prostatique (25%).

La PAP a été proposée comme marqueur biologique du cancer de la prostate il y a 5 décennies. Son rôle physiologique demeure méconnu, mais il semblerait qu'elle pourrait intervenir dans la capacitation.

3-3 Protéine de sécrétion prostatique (P.S.P)

Elle intervient dans les phénomènes de capacitation ou de reconnaissance antigénique. Ces protéines ci-dessus citées représentent les trois principales protéines de sécrétion prostatique.

3-4 Autres protéines du fluide prostatique

Nous ne ferons qu'énumérer ces autres protéines qui sont : Albumine, Alpha-1 acide glycoprotéine, Zn-alpha-2 glycoprotéine.

De ce fait, la capacité sécrétoire de la glande prostatique diminue avec l'âge ; ceci semble pouvoir être corrélé à la diminution de la testostérone libre circulaire.

4- RAPPEL SUR L'ANATOMIE ENDOSCOPIQUE

Bien que la résection de l'A.P soit faisable de nos jours au Mali depuis 2008, il nous est alors paru tout de même important de connaître les repères endoscopiques dans l'A.P et le Cancer de la prostate.

Les repères les plus importants tels qu'ils apparaissent avec une optique forobolique se présentent de la façon suivante :

Trigones et orifices urétéraux

Lobe médian intra vésical

Lobes latéraux

Lobes latéraux hypertrophiés tels qu'on voit entre le col de la vessie et le veru.

Sphincter externe et urètre membraneux.

Lorsqu'il existe une importante hypertrophie prostatique avec protrusion intra vésicale marquée, il se crée en arrière une zone aveugle à la cystoscopie, avec possibilité de non visibilité des orifices urétéraux à l'optique forobolique. [23]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Le veru montanum est le repère le plus important, et constitue la limite de sécurité pour le sphincter externe. Il apparaît sous forme d'une protubérance au niveau de la face postérieure de l'urètre prostatique. [22]

Le sphincter externe est situé au pôle inférieur de la prostate et entoure complètement l'urètre, formant un épais manchon musculaire. Il est constitué par des bandes circulaires qui se plissent lors du passage du cystoscope. [14,23]

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

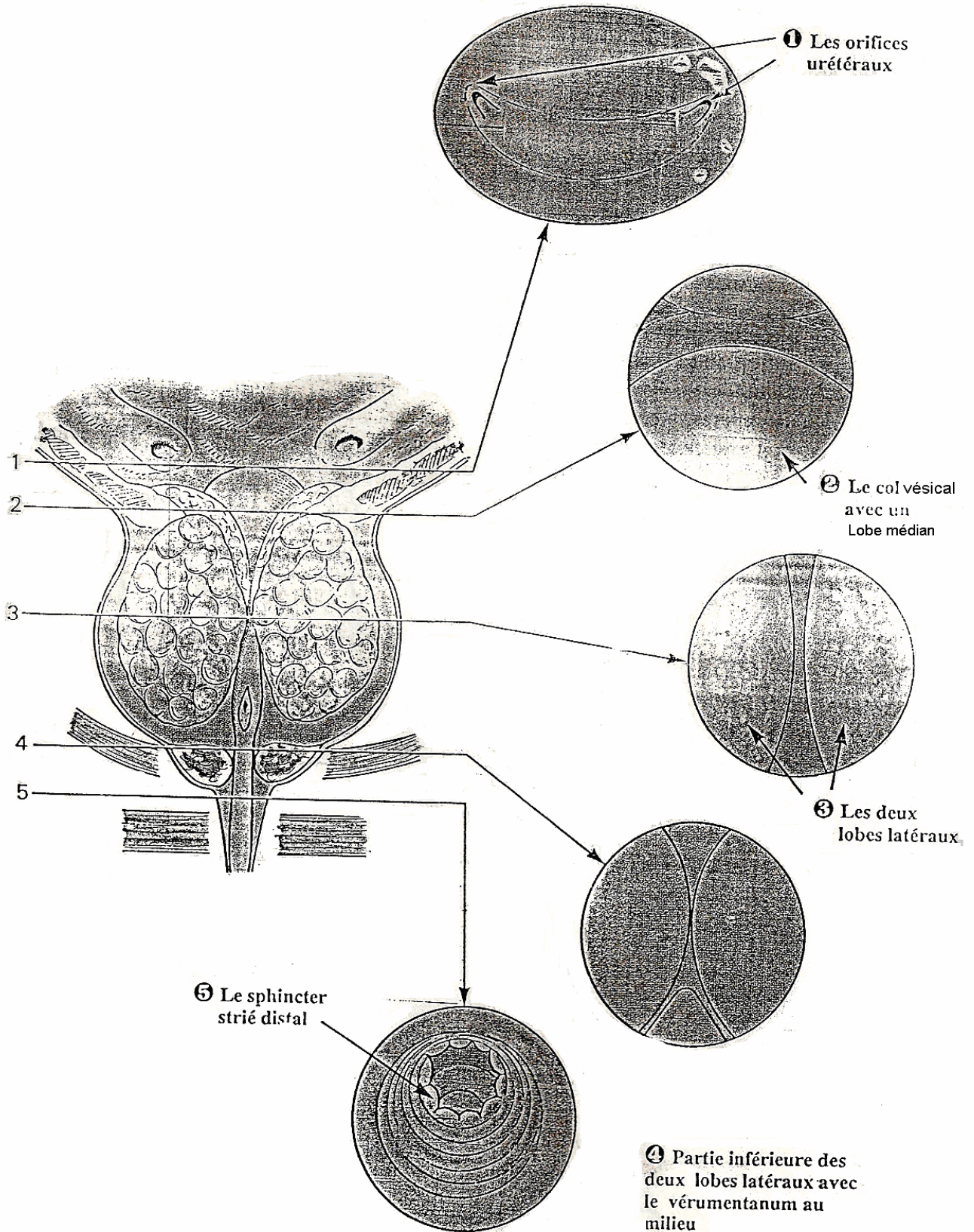


Figure 16 : Repères endoscopiques dans l'H.B.P [53]

5- RAPPEL HISTOLOGIQUE

La prostate est constituée par un système de canaux ramifié terminé par des acini. Ces acini renferment des sympexions de ROBBIN et les canaux sont séparés par le stroma fibromusculaire. L'épithélium glandulaire comprend 2 variétés de cellules :

- Les cellules cylindriques sécrétoires et ;
- Les cellules basales.

Les cellules basales sont très aplaties avec un noyau dense et petit ; et un cytoplasme mal limité. Elle s'interpose entre la membrane basale et les cellules sécrétrices.

B- LE CANCER DE LA PROSTATE

1- Définition :

Un cancer est une maladie de la cellule, la cellule étant l'unité de base de la vie. Il existe dans le corps plus de deux cents types de cellules différentes (musculaires, immunitaires, nerveuses, etc....) chacune avec un rôle précis. Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée en se reproduisant. Habituellement, les modifications subies sont réparées par l'organisme. Mais une cellule devenue cancéreuse (on dit aussi maligne) a perdu ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier dans un organe ou un tissu du corps humain.

Un cancer de la prostate correspond au développement de cellules cancéreuses dans la prostate. Le plus souvent, ces cellules se développent essentiellement dans la zone périphérique de la prostate, un peu moins dans la zone centrale.

2- 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 [41].

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.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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, de l'estomac et du pancréas.

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 [35; 5 ; 29].

En Afrique il y a eu quelques études qui rapportent 4,5 / 100.000 au Sénégal contre 11,5 / 100.000 au Liberia [35].

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 [35 ; 17].

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.

Au Mali le cancer de la prostate reste une pathologie du sujet âgé avec une fréquence de survenue relativement plus élevée entre 60-79 ans dont l'âge constitue le facteur de risque sûr jusqu'ici.

3- Physiopathologie :

La division cellulaire est nécessaire pour l'équilibre et la survie de l'organisme ; mais malheureusement les mécanismes du déclenchement de cette division cellulaire restent mystérieux [28].

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 (androgène, œstrogène, facteur de croissance oncogène) est coordonnée afin que la réponse ne dépasse les besoins de l'homéostasie, ainsi donc l'équilibre entre la différenciation d'une prostate normale.

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

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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 [24].

4- 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 [5].

4.1- Facteurs liés à l'hôte :

4.1.1- Facteurs génétiques :

Une incidence élevée a été constatée chez les parents des patients porteurs de cancer de prostate, [24; 5].

4.1.2- Facteurs hormonaux :

Le rôle supposé d'imprégnation oncogénique est la stimulation et l'activation de l'épithélium prostatique vers une transformation maligne chez l'homme âgé [5].

4.1.3- Facteurs immunologiques :

L'âge avancé et le liquide séminal ont un effet dépressif 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 (YATANI et OL) [24].

4.1.4- 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 [24].

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

4.1.5- Age :

La prévalence clinique correspond au risque de souffrir d'un cancer de prostate, ce risque cumulé pour un homme est de 9% [41].

4.2- Facteurs alimentaires et environnementaux :

4.2.1- 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.

4.2.2- Cadmium :

Le cadmium augmenterait le risque de cancer de la prostate.

5- Anatomopathologie :

5.1- 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, le léiomyosarcome, le lymphosarcome diffus et le carcinome épidermoïde [29].

5.2- Examens anatomo-pathologiques :

5.2.1- Les différents types de prélèvements [28]:

Biopsies prostatiques :

Copeaux de résection trans-urétrale et les pièces d'adénomectomie :

La prostatectomie totale :

Le cytodagnostic

5.2.2- Examen histologique :

Aspects microscopiques : (Figure 17 ; Figure 18)

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 [12].

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 intra capillaires doit être systématique [12].

Figure 17: coupe d'une prostate normale [46]

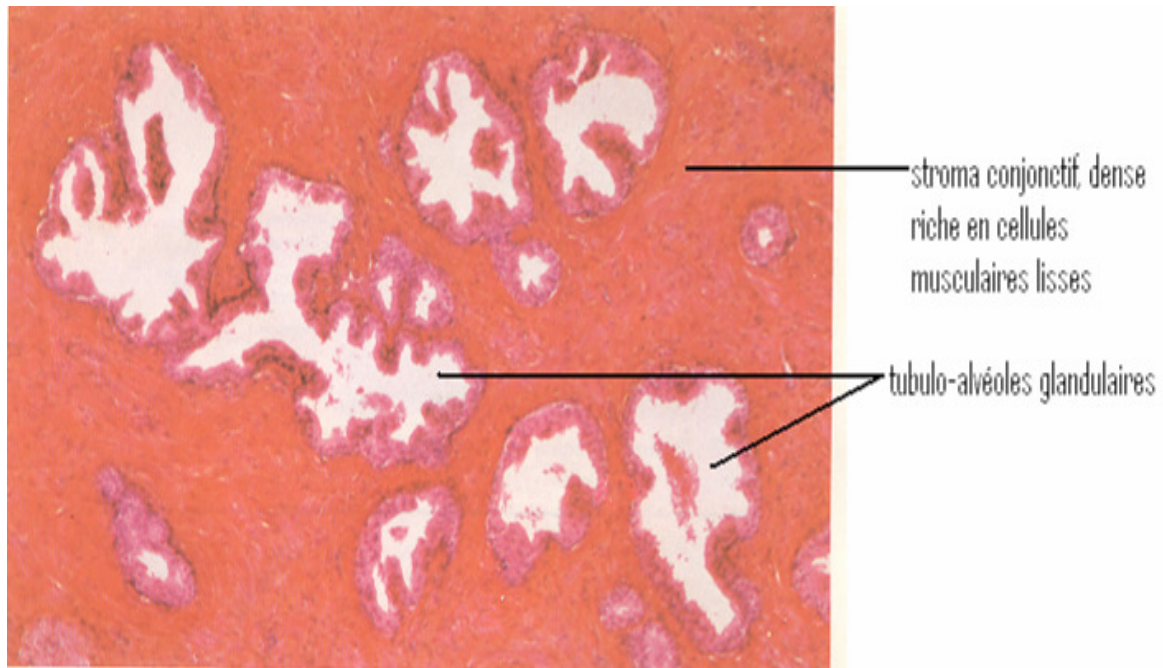


Figure 18: coupe d'une glande tubulo-alvéolaire normale [46]

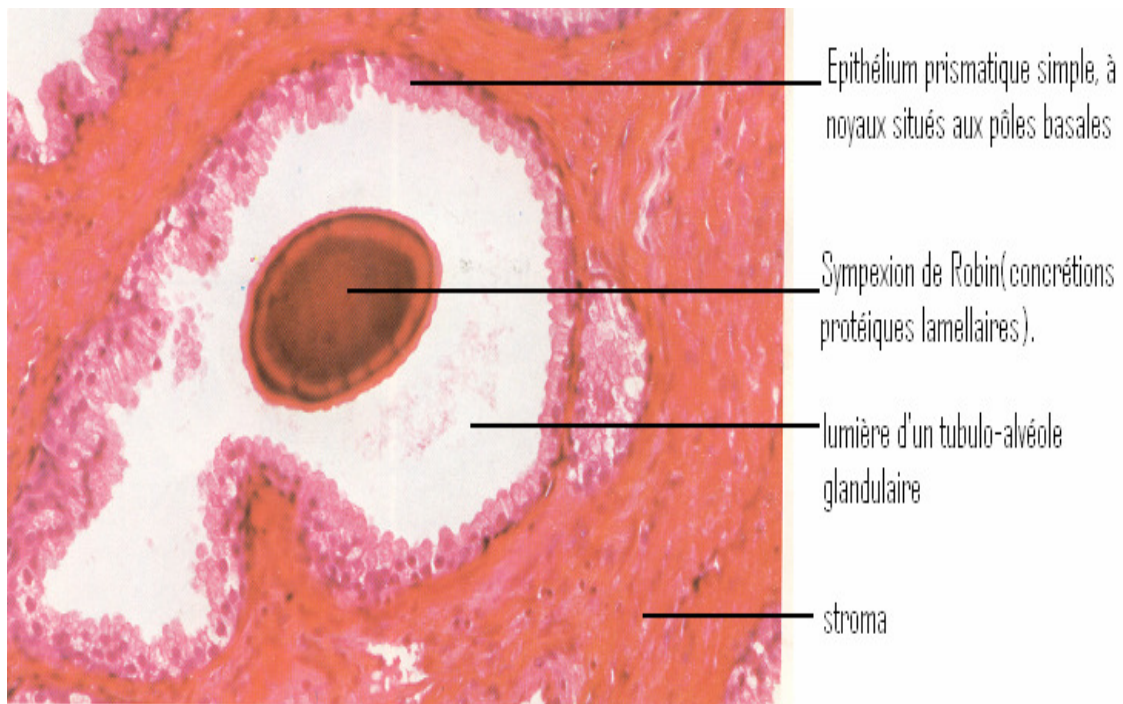


Figure 19: Coloration à Hématéine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome score de Gleason 3+2=5

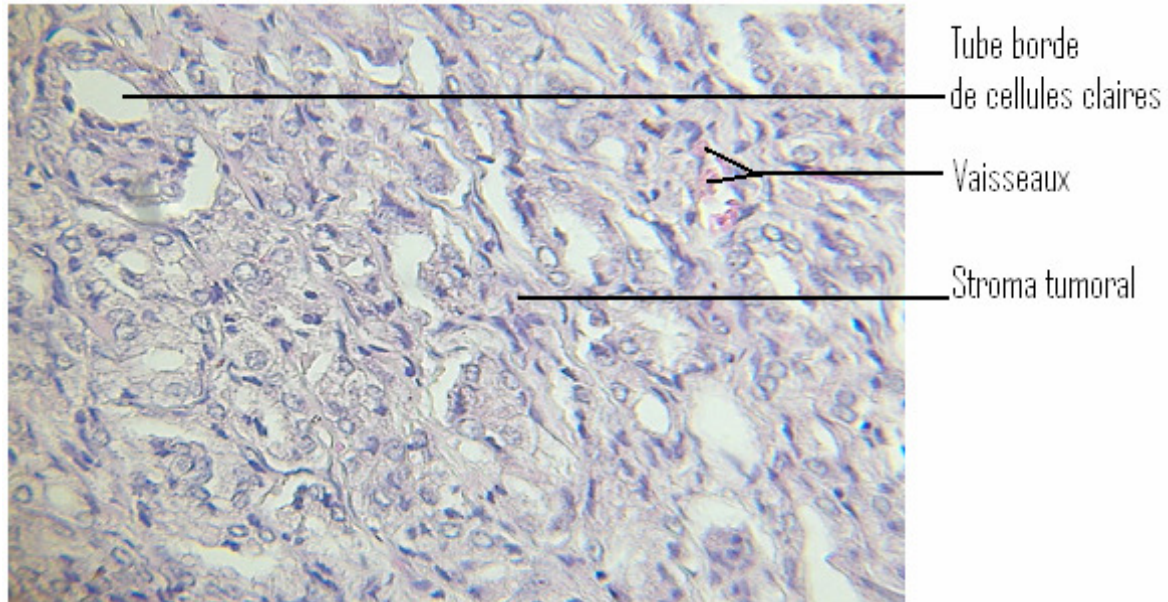
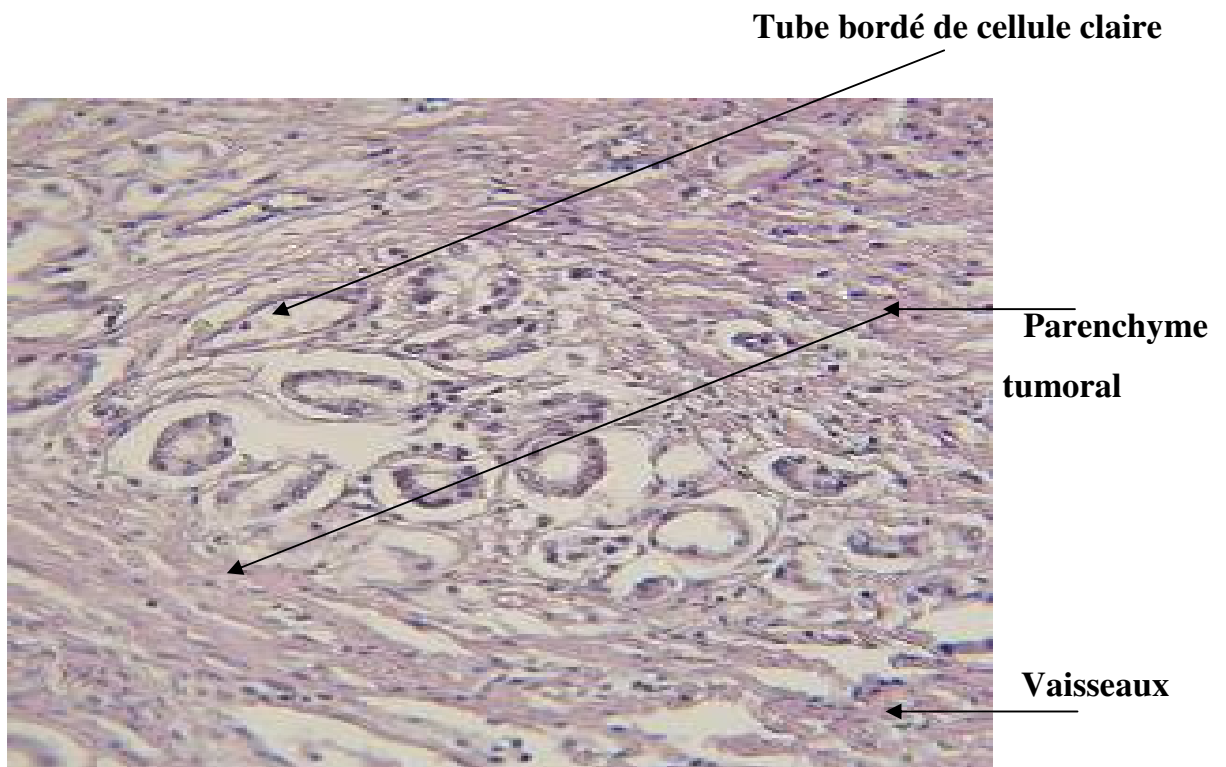


Figure 20: Coloration à Hématéine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome micro invasif score de Gleason 2+1=3



5.2.3- Examen cytologique :

La ponction aspiration cytologique à l'aiguille de FRANZEN par voie transrectale est simple et pratiquée en ambulatoire [9; 12].

Les aspects cytologiques suivants sont retrouvés par cette cyto-aspiration :
glandes normales, glandes et structures tumorales

6- Classification :

6.1- Classification anatomo-clinique :

6.1.1- 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

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

- 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

6.1.2- Classification en stade :

Elle dérive de celle proposée par WITH MORE et comporte 4 grands stades [27].

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) [31 ; 13].

A2 : tumeur diffuse, elle reste confinée à la prostate. Le taux de mortalité est de 20% entre 5 et 15 ans (CORREA 1974) [13 ; 27].

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

B1 : petits nodules, 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 [17].

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 [17 ; 27].

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 urétrale provoquant une hydronéphrose.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

D2 : métastases ganglionnaires à distance, osseuses ou d'un autre organe ou encore du tissu mou [17 ; 27].

6.2- Les Classifications histologiques :

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

6.2.1- La classification de Gleason :

Elle est utilisée pour déterminer l'agressivité tumorale, classer les adénocarcinomes et établir le pronostic. Pour établir le score de Gleason, trois paramètres sont utilisés : la différenciation architecturale, les rapports de la tumeur et du stroma, le mode d'invasion en périphérie. La classification de Gleason distingue cinq degrés de malignité allant de la structure très différenciée à une structure indifférenciée.

Grade 1 : les glandes sont uniformes, rondes ou peu ovalaires, étroitement accolées mais séparées. La marge tumorale est bien définie.

Grade 2 : les glandes sont moins uniformes, rondes, séparées par un stroma de dimension supérieure au diamètre d'une glande. Les petites glandes s'échappent en périphérie entraînant un aspect d'infiltration débutante. La marge tumorale est moins nette.

Grade 3 : les glandes sont irrégulières, dysmorphiques, séparées, de taille variable avec un aspect cribriforme ou papillaire. Le stroma est infiltré et fibreux.

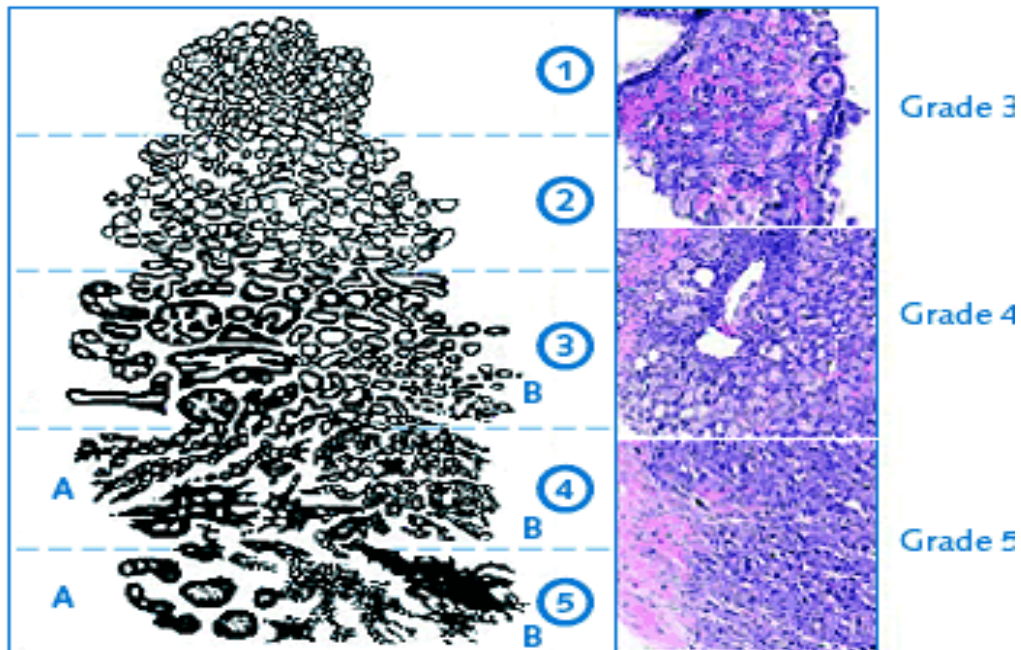
Grade 4 : les glandes sont fusionnées avec les cordons irréguliers. Les cavités sont irrégulières, creusées dans un massif cellulaire et dépourvu de toute membrane basale. Le caractère de la prolifération est infiltrant.

Grade 5 : amas de cellules arrondies, bien limitées creusées de rares lumières avec nécrose centrale réalisant un aspect de comédocarciôme. Les cordons sont irréguliers et infiltrant. Les mitoses sont nombreuses.

Le score histologique est obtenu en faisant la somme des deux grades prédominants allant de 1 à 5. Le score varie de 2 à 10. Par exemple, un grade de 3 et un de 4, donne un score de 7.

Le cancer est d'autant plus agressif que le score de Gleason est élevé.

Figure 21: schéma pour établir le grade de Gleason [31].



Le cancer de prostate est habituellement une tumeur aux aspects polymorphes dans lequel on rencontre plusieurs familles (clones) de cellules tumorales de différenciation diverses. Il faut considérer le grade respectif des deux clones de tissus cancéreux les plus représentés dans l'échantillon de tumeur étudiée et additionner ces deux grades. On obtient ainsi un chiffre de 2 à 10 qui représente le score de Gleason de ce cancer. Les tumeurs de score 2 à 4 sont des cancers de bas grade de malignité, ceux de 5 à 7 des cancers de grade intermédiaire et les scores 8 à 10 correspondent aux cancers de prostate de haut grade les plus agressifs et évolutifs.

6.2.2-La classification de Mostofi : [13 ; 31]

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

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

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

7- Diagnostic :

7.1- Diagnostic clinique :

7.1.1- Circonstances de découverte : [9 ; 52].

La découverte se fait en général devant :

- Symptômes urinaires : dysurie, pollakiurie, impériosité mictionnelle, rétention aiguë d'urine (RAU), hématurie macroscopique typiquement initiale, hemospermie.
- Douleurs : osseuses en rapport avec les métastases révélatrices.
- Autres : compression médullaire ou radiculaire et/ou épi durite métastatique, altération de l'état général, asthénie, amaigrissement, œdème des membres inférieurs (OMI) [19].

7.1.2- Examen physique :

Inspection : On appréciera les conjonctives, les extrémités, l'hypogastre, l'abdomen et l'état général des patients [16].

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 [51 ; 16].

Examen neurologique : On recherchera les lésions neurologiques : 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 22).

Sa pratique combinée au palper hypogastrique permet d'apprécier le degré d'infiltration de la paroi vésicale par une tumeur avancée (Figure 23) [42].

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

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G : étude de 147 pièces d'adénomectomie.

normalement ne sont pas palpables peuvent augmenter de volume et devenir alors fixes et fermes [18 ; 42].

Figure 22: La position du patient au cours du toucher rectal [1].

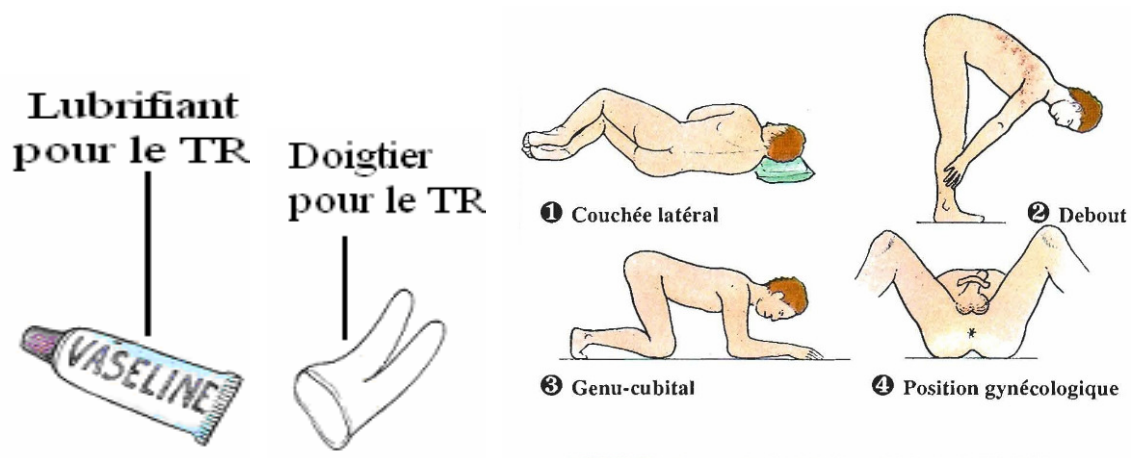
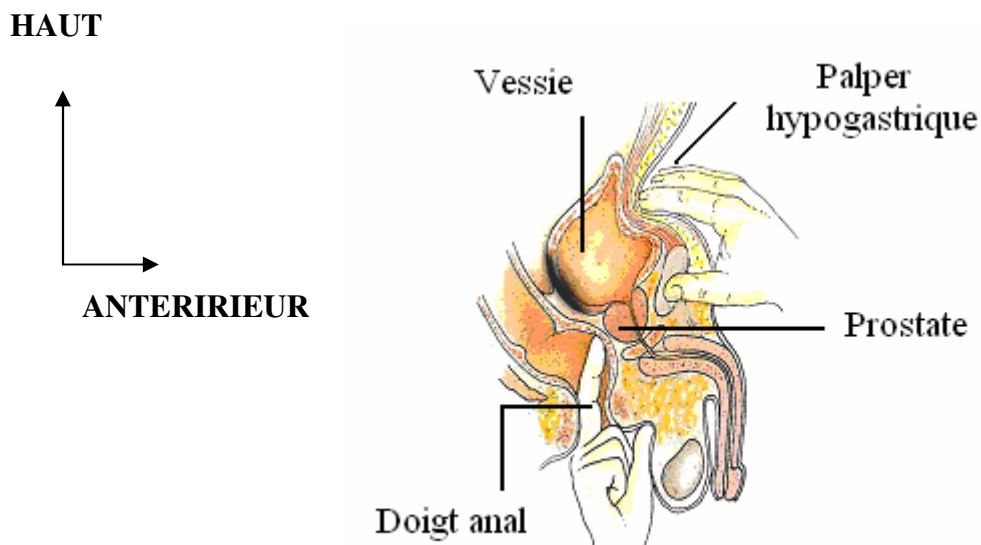


Figure 23: le toucher rectal combiné au palper hypogastrique [42].



7.2- Examens para cliniques :

7.2.1- 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

[1 ; 2]. :

Examens cyto bactériologiques des urines (ECBU) :

Le dosage de la créatininémie :

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

7.2.2- 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 [13].

La radiographie conventionnelle dans le cancer de la prostate

Le cliché sans préparation

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

La Scintigraphie

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

La Tomodensitométrie

L'Endoscopie dans le cancer de la prostate

La biopsie prostatique

Le cliché thoracique garde une place importante dans la recherche d'envahissement pulmonaire [50 ; 37].

7.3- Diagnostic positif :

Seule l'analyse histologique permet d'affirmer le diagnostic d'un cancer de la prostate [19].

7.4- 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

8- 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 [53 ; 30].

9-Traitement du cancer de la prostate :

9.1 But :

L'ambiguïté du comportement biologique et clinique du cancer de la prostate fait que son traitement est très controversée.

La stratégie thérapeutique est donc essentiellement orientée vers le palliatif, les malades étant difficilement guérissables. Il existe néanmoins des patients dont le nombre continu à croître, qui relèvent d'un traitement à visée curative.

Le but principal de la thérapeutique consiste à prolonger l'espérance de vie et ou à améliorer le confort des malades. Les méthodes les plus utilisées sont : la chirurgie, la radiothérapie et l'hormonothérapie.

9.2- Méthodes :

9.2.1- 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 [7 ; 32].

-Chirurgie endoscopique :

Elle permet une stadification de la tumeur ainsi que la désobstruction urinaire au cours des envahissements vésicaux et urétraux [25].

-Autres techniques :

La surrénalectomie bilatérale, l'hypophysectomie ont pu être indiquées pour des métastases osseuses douloureuses [25].

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

9.2.2- 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 [7 ; 32].

9.2.3- LA Radiothérapie [7 ; 32]:

9.2.4- La chimiothérapie :

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

- L'ESTRAMUSTINE (ESTRACYT*)
- La DOXORUBICINE
- Le CISPTATINE
- LE FLUORO-CERACILE

La tolérance est bonne mais l'efficacité est très controversée [29 ; 30].

9.3- Les indications thérapeutiques :

9.3.1- Les cancers infra cliniques, stadeT1 :

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

9.3.2- Les cancers limités à la glande, stadeT2 :

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 [55].

9.3.3- 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 préopératoire 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 [55].

9.3.4- Le stade T4 (Métastase) :

La maladie est devenue systémique, il faut avoir recours au traitement hormonal [55].

9.4- Traitement des complications organiques :

- Le traitement de la douleur :

Le traitement par des antalgiques simples puis par des antalgiques morphiniques n'apporte que des solutions temporaires. [55].

10- Les facteurs pronostiques : [21] .

Les facteurs pronostiques les plus importants sont :

Le grade tumoral.

Le stade de la tumeur.

Et l'âge des malades.

10.1- 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 : le pronostic est en général mauvais.

10.2- 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.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Au stade généralisé (D), le pronostic est mauvais [21].

10.3- 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 [21].

11- 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 [29 ; 30].

II - METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Le service d'urologie du CHU Point.G

➤ Aperçu sur le service d'urologie

Il constitue de ce fait le service de référence au Mali.

Construit en étage de deux niveaux.

Niveau I :

- Salles d'hospitalisation :

Elles comportent 39 lits repartis dans 19 salles comprenant :

- 7 salles d'hospitalisation commune dites catégorie 3 avec 3 lits et un ventilateur,
Et 3 salles d'hospitalisation commune dites catégorie 3 avec 2 lits et un ventilateur.
 - 3 salles d'hospitalisation commune dites de catégorie 2 avec 2 lits un climatiseur et un ventilateur,
Et 1 salle d'hospitalisation commune dite de catégorie 2 avec 1 lit un climatiseur et un ventilateur.
 - 5 salles d'hospitalisation individuelle dites de catégorie 1 avec 1 lit, une douche intérieure, un climatiseur, un ventilateur, un téléviseur.
- Le bureau du major,
 - Un bureau pour consultations externes,
 - Une salle d'endoscopie exploratrice,
 - Une salle des infirmiers,
 - une salle des étudiants,
 - Une salle pour l'aide de bloc,
 - Une salle pour les garçons de salles (G.S),
 - Deux salles de soins,
 - Des toilettes,
 - Un magasin,

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Niveau II :

- Le bureau du chef du service,
- 4 bureaux pour les assistants,
- 1 bureau pour les internes,
- 1 bureau pour les CES,
- 1 bureau pour la secrétaire,
- Des magasins, et des toilettes,



Photo 1 : service d'urologie CHU Point G

➤ **Le personnel comprend :**

- Un professeur titulaire qui est le chef de service.
- 4 assistants

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

- Les médecins stagiaires en spécialisation chirurgie générale
- Des internes
- Des étudiants faisant fonction d'internes
- Des infirmiers dont un major qui est le responsable des infirmiers
- Des étudiants stagiaires
- Des garçons de salles
- Les élèves infirmiers stagiaires et aides soignants stagiaires

➤ **Les activités menées dans le service sont :**

- Consultations externes
- Hospitalisations
- Interventions chirurgicales.

2- Nature de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective.

3- Période d'étude:

Notre étude a couvert une période de 12 mois, allant de Janvier 2007 à Décembre 2007.

4- Population d'étude :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique dans le service d'urologie du CHU Point-G pendant la période d'étude et ayant le résultat anatomopathologique de la pièce d'adénomectomie.

5- Echantillonnage :

5.1- Critères d'inclusion :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique dans le service d'urologie du CHU Point-G de Janvier 2007 à Décembre 2007 ayant eu une histologie.

Patients ayant un dossier médical complet.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

5.2- Critères de non inclusion :

Patients opérés pour hypertrophie prostatique mais ne disposant pas de dossiers médicaux complets. Patients opérés pour hypertrophie prostatique en dehors de la période d'étude.

Au total 147 patients sont inclus dans notre étude sur 273 patients opérés pour hypertrophie prostatique dans le service.

6- Collecte des données:

Les données ont été recueillies à partir :

Des fiches individuelles d'enquête ;

Des dossiers médicaux des patients ;

Du cahier de compte rendu opératoire ;

Des registres de consultation du service.

Des registres de l'I.N.R.S.P.

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.

8- Saisie et analyse des données :

Nous avons effectué la saisie et l'analyse des données sur l'ordinateur de marque hp pavilion zv 5419 EA et sur logiciel SPSS 12 for windows.

III - RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I: Répartition des patients selon les classes d'âge

Classes d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
50-59 ans	8	5,5
60 – 69 ans	60	40,8
70 – 79 ans	45	30,6
80 – 89 ans	23	15,6
> 90 ans	11	7,5
Total	147	100

Les tranches d'âges les plus représentées étaient 60-79 avec une fréquence de 71,4%.

Tableau II : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	143	97,2
Célibataire	1	0,7
Veuf	2	1,4
Divorcé	1	0,7
Total	147	100

La majorité des patients étaient mariés soit 97,2%.

Tableau III: Répartition des patients selon la scolarisation

Scolarisation	Effectif absolu	Pourcentage
Non Scolarisé	99	67,4
Scolarisé	48	32,6
Total	147	100

67,4% des patients étaient non scolarisés.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Marabout	3	2,1
Tailleur	4	2,7
Indéterminé	5	3,4
Eleveur	6	4,1
Ouvrier	9	6,1
Enseignant	9	6,1
Commerçant	15	10,2
Fonctionnaire retraité	27	18,4
Cultivateur	69	46,9
Total	147	100

La profession la plus représentée a été les cultivateurs avec une fréquence de 46,9%.

Tableau V : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif absolu	Pourcentage
Maliennne	144	97,9
Etrangère	3	2,1
Total	147	100

On a observé une fréquence de 97,9% de nationalité maliennne contre 2,1% autres (Sénégal, Guinée, Ghana)

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau VI : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage
Bamako	60	40,8
Kayes	40	27,2
Mopti	12	8,1
Koulikoro	9	6,1
Sikasso	9	6,1
Gao	6	4,1
Ségou	4	2,7
Tombouctou	3	2,1
Autres	3	2,1
Kidal	1	0,7
Total	147	100

40,8% des patients résidaient à Bamako, autres: le Sénégal, la Guinée, le Ghana

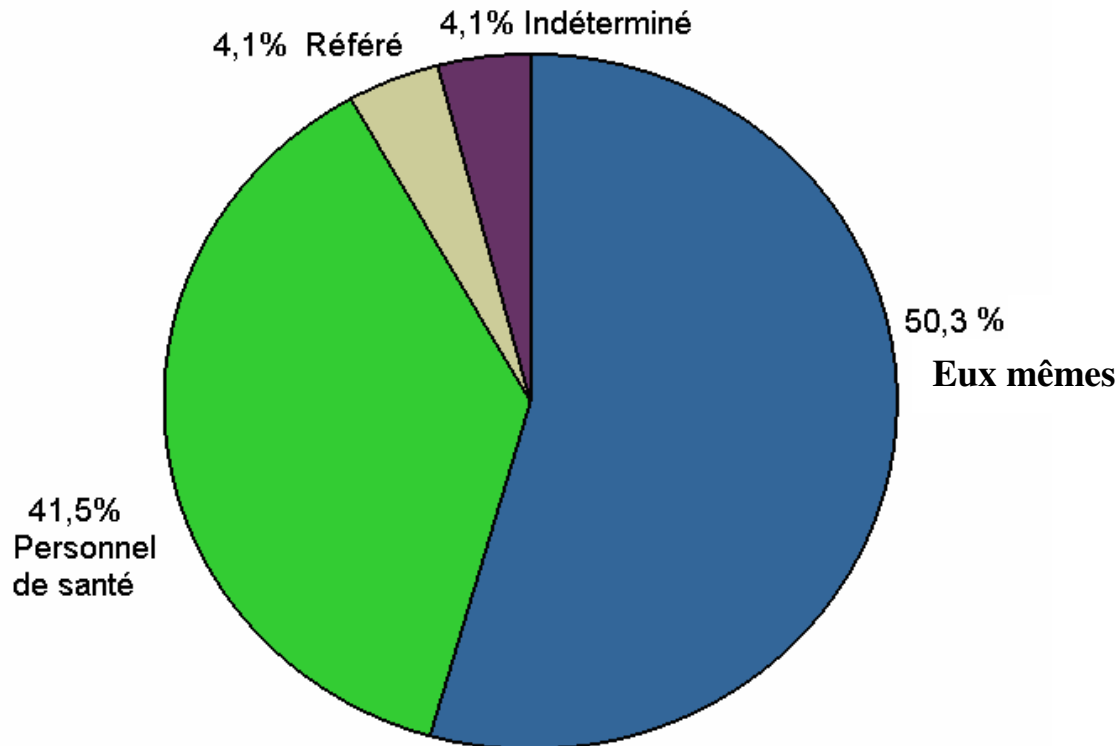
Tableau VII: Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	35	23,8
Sarakolé	32	21,7
Malinké	23	15,6
Peulh	18	12,2
Dogon	13	8,8
Sonrhäi	12	8,2
Bozo	4	2,7
Sénoufo	3	2,1
Etrangères	3	2,1
Bobo	2	1,4
Tamacheick	2	1,4
Total	147	100

L'ethnie Bambara a été plus touchée avec 23,8%, autres: Guinée, Ghana, Sénégal.

2- Caractéristiques cliniques :

Figure 24: Répartition des patients selon l'origine de la référence



50,3% des patients sont venus d'eux-mêmes.

Tableau VIII: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Rétention aiguë d'urine	48	32,7
Pollakiurie	21	14,3
Dysurie	15	10,3
Impériosité mictionnelle	2	1,4
Dysurie + Pollakiurie	35	23,8
Pollakiurie + Impériosité mictionnelle	10	6,8

32,7% des patients ont été reçu en urgence pour rétention aigue.

Tableau IX: Répartition des patients selon la durée des troubles mictionnels

Durée des troubles	Effectif absolu	Pourcentage
0 – 1 an	11	7,4
1 – 2 ans	18	12,3
2 – 3 ans	78	53
3 – 4 ans	9	6,1
4 – 5 ans	1	0,7
5 – 6 ans	3	2,1
> 6 ans	27	18,4
Total	147	100

La tranche 2-3 ans a été la plus touchée avec une fréquence de 53 % des cas.

Tableau X: Répartition des patients selon les signes accompagnateurs

Signes accompagnateurs	Effectif absolu	Pourcentage
Rétention aiguë d'urine	48	32,7
Pollakiurie	66	44,9
Dysurie	50	34,1
Impériosité mictionnelle	12	8,16
A.E.G	4	2,7
Hématurie	2	1,4
Douleur Pelvienne	2	1,4
Brûlure Mictionnelle	2	1,4

Le signe accompagnateur fréquemment rencontré était la pollakiurie avec une fréquence de 44,9% suivi de la dysurie (34,1%) et la rétention aiguë d'urine (32,7%).

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau XI: Répartition des patients selon les antécédents urologiques

Antécédents urologiques	Effectif absolu	Pourcentage
I.S.T.	3	2,04
Bilharziose urinaire	27	18,36
Aucun	117	79,6
Total	147	100

La bilharziose a été l'antécédent urologique plus représenté avec une fréquence de 18,36%.

Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
Traumatisme mbre sup	1	0,7
Hémorroïde	1	0,7
Hernie inguinale	12	8,2
Hernie inguino- scrotale	2	1,4
Aucun antécédent	131	89
Total	147	100

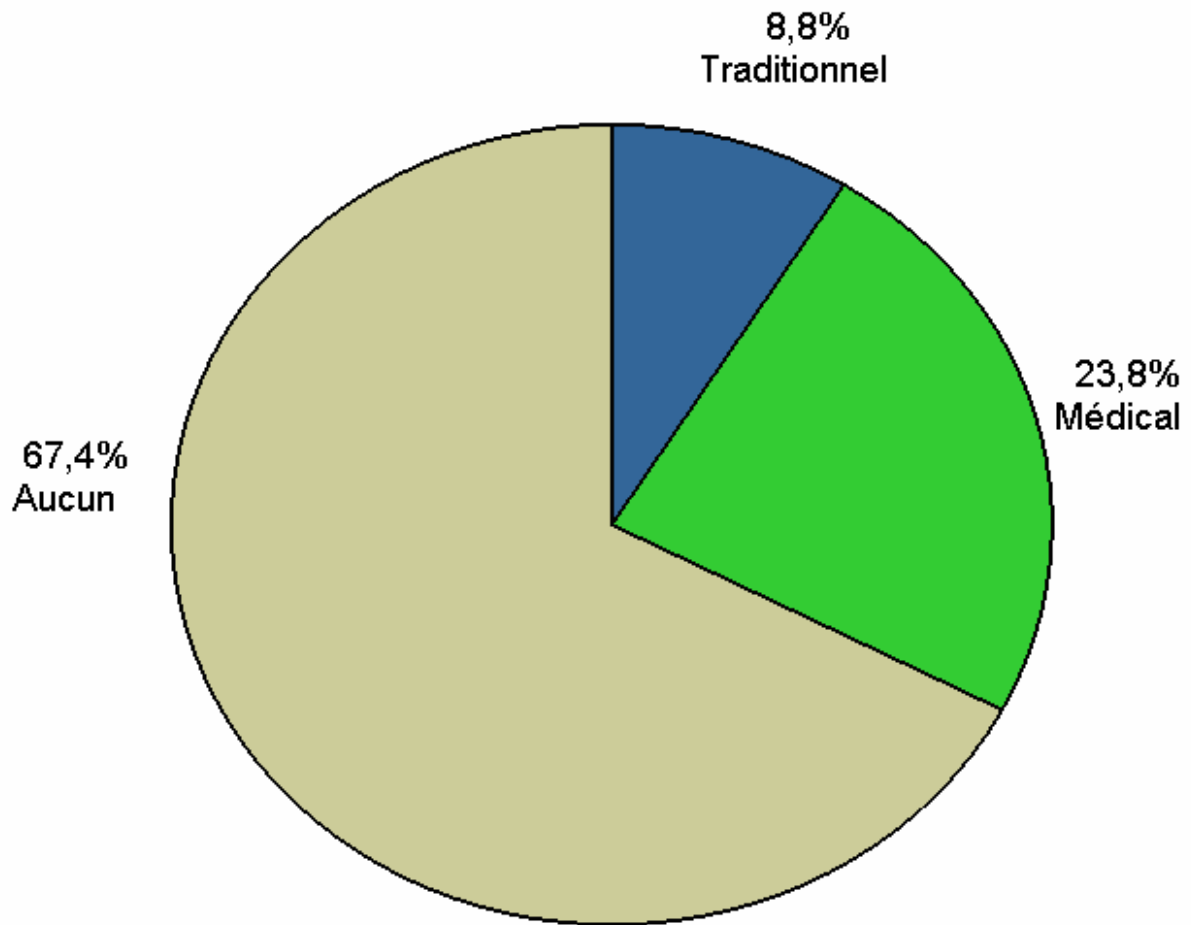
Les hernies prédominaient l'antécédent chirurgical avec 9,6% des cas.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
H.T.A.	16	10,8
Diabète	2	1,4
H.T.A + Diabète	3	2,1
U.G.D	3	2,1
Aucun antécédent	123	83,6
Total	147	100

L'H.T.A a été l'antécédent médical dominant avec 10,8%.

Figure 25: Répartition des patients selon les traitements reçus avant l'admission.



32,6% des patients ont reçu des traitements avant l'admission.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le résultat du toucher rectal

Résultat du toucher rectal	Effectif absolu	Pourcentage
Prostate hypertrophiée	134	91,1
Prostate de consistance souple et ferme	126	85,7
Prostate de consistance dure	18	12,2
Douleur au toucher rectal	31	21,1

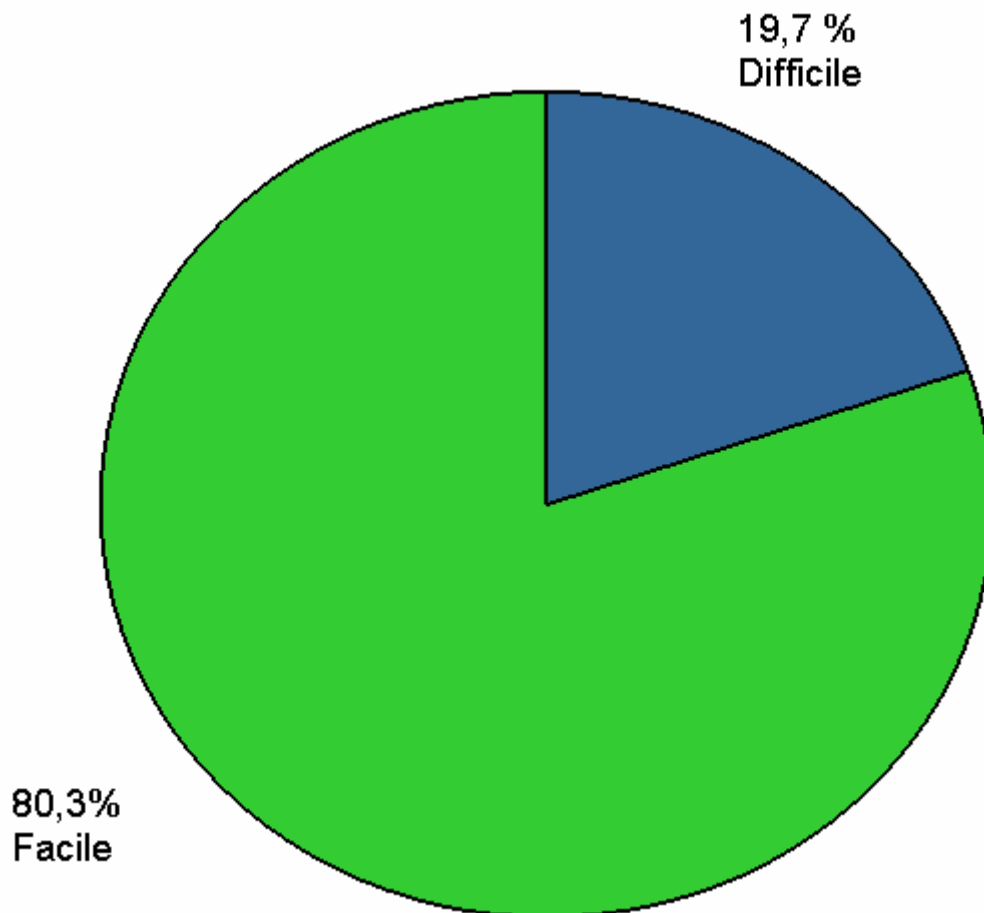
On a retrouvé une prostate hypertrophiée dans 91,1% des cas.

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

Complications	Effectif absolu	Pourcentage
Incontinence urinaire	1	0,7
Lithiase Vésicale	2	1,4
Infection Urinaire	7	4,7
Créatininémie élevée	5	3,4
Sans complications	132	89,8
Total	147	100

10,2% des patients ont présenté une complication à l'hypertrophie prostatique.

Figure 26: Répartition des patients selon l'énucléation



L'énucléation a été difficile dans 19,7%.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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

Evolution	Effectif absolu	Pourcentage
Evolution favorable	144	97,9
Transfert en réanimation	1	0,7
Décès dans le service	2	1,4
Total	147	100

L'évolution en postopératoire a été favorable dans 97,9% des cas.

3- Caractéristiques para cliniques

Tableau XVII : Répartition des patients selon les types d'examens sanguins effectués et leurs résultats

Effectifs / résultats Types d'examens Sanguins	Normal		Anormal	
	Effectif absolu	pourcentage	Effectif absolu	pourcentage
N F S	132	89,8	15	10,2
Glycémie	127	86,4	20	13,6
E.C.B.U	130	88,4	7	4,76
Créatininémie	142	96,6	5	3,4
Dosage de P S A	12	8,2	16	10,9

Le P.S.A était normal dans 8,2% des cas, et anormal dans 10,9% des cas.

119 patients n'ont pas effectués le P.S.A soit 80,9%.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le germe retrouvé à
L'ECBU avant l'intervention

Germe retrouvé	Effectif absolu	Pourcentage
Escherichia coli	3	2,1
BACILLES GRAM -	2	1,4
Cocci gram+ en chaînette	1	0,7
Klebsiella pneumoniae	1	0,7
ECBU indéterminé	10	6,8
ECBU Stérile	130	88,3
Total	147	100

Escherichia coli a été le germe plus retrouvé.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le groupe sanguin

Groupe sanguin	Effectif absolu	Pourcentage
A+	47	31,9
AB+	3	2,1
B-	3	2,1
B+	29	19,7
O-	4	2,7
O+	61	41,5
Total	147	100

La plupart de nos patients soit 41,5% étaient du groupe sanguin O+

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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

Effectifs / résultats Types d'imageries	Non Réalisés		Réalisés	
	Effectif absolu	pourcentage	Effectif absolu	pourcentage
Echographie	0	0	100	100
U.C.R	144	97,9	3	2,1
Cystoscopie	145	98,6	2	1,4
A.S.P	142	96,6	5	3,4

L'échographie a été réalisée dans 100% des cas.

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

Type histologique	Effectif absolu	Pourcentage
Adénomyome avec prostatite chronique non spécifique	69	46,9
Adénomyome	55	37,4
Adénomyome avec métaplasie malpighienne et surinfection	6	4,1
Adénocarcinome	17	11,6
Total	147	100

L'histologie a retrouvé 17 cas d'adénocarcinomes soit 11,6%.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le score de Gleason (Adénocarcinome)

Score de Gleason	Effectif absolu	Pourcentage
Mauvaise fixation	1	5,9
4	3	17,6
5	3	17,6
6	8	47,1
7	1	5,9
9	1	5,9
Total	17	100

Le score de Gleason 6 prédominait avec une fréquence de 47,1%.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Tableau XXIII : Résultats du tableau des activités opératoires du service pendant la période d'étude :

ACTIVITES OPERATOIRES DU SERVICE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Adénomectomie prostatique	273	39,22
Cure de F.V.V	130	18,67
Cure de F.R.V.V	3	0,43
Néphrectomie	17	2,44
Cystectomie totale ou partielle	30	4,31
Néphrolitotomie	26	3,74
Pyélolithotomie	6	0,86
Ré-implantation urétérale	21	3,02
Urétérolyse	2	0,28
Urétérolithotomie	13	1,86
Cystolithotomie	18	2,58
Urétrolithotomie	3	0,43
Urétroplastie en 1 temps	24	3,44
Urétroplastie en 2 temps	8	1,14
Urétéroraphie termino-terminale	1	0,14
Dilatation urétrale au béniqué	19	2,73
Cure d'extrophie vésicale	3	0,43
Orchidectomie	3	0,43
Cure d'hydrocèle	12	1,72
Cure de varicocèle	3	0,43
Pulpectomie	8	1,14
Kystectomie (cordon spermatique)	2	0,28
Cures d'épispadias et d'hypospadias	4	0,57
Ponction des corps caverneux(Priaprisme)	2	0,28
Biopsie testiculaire	1	0,14
Autres	64	9,19
Total	696	100

L'adénomectomie trans vésical prostatique prédominait avec 39,22%.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

Autres : Hernie inguinales(droite :10, gauche :12, bilatérale :3,
scrotale :5), Appendicite aiguë :2, Hernie ombilicale :1, Hernie de la ligne
blanche :2,Cystocèle :6, Cure d'ectopie testiculaire :3, Cure d'éviscération :2,
Duplicité urétérale (urétérectomie) :1, Kystectomie(épididyme , testicule, vagin) :4,
Prolapsus génital :2, Traumatisme du prépuce(plastie du prépuce) :1, Diverticule de
l'urètre :2, Ablation du drain urétérale :4, Gangrène de fournier(nécrosectomie) :1,
Lipome abdominal :1, Bilharziome vésicale(tumorectomie) :1,Cystoscopie :2,
Omphalocèle :1.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Sur la méthodologie:

Nous avons effectué une étude prospective de 12mois (Janvier 2007 à Décembre 2007) sur les cancers de prostate de découverte fortuite à propos de 147 pièces d'adénomectomie au service d'urologie du CHU Point-G.

Tous les patients ont fait l'objet d'une évaluation clinique comportant un toucher rectal(T.R) ; ils ont également bénéficié d'une échographie réno-vésico prostatique. Le bilan préopératoire 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 lenteur dans l'obtention des résultats de l'examen anatomo-pathologique des pièces d'adénomectomie (1 à 4 mois).
- La non coopération du personnel soignant et des accompagnateurs pour la réalisation de l'examen anatomo-pathologique des pièces d'adénomectomie.
- La perte de vue des patients après intervention chirurgicale.

A partir de ces résultats, 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 sociodémographiques :

2.1- Fréquence :

Sur 147 pièces d'adénomectomie on a dénombré 17 cas de cancer soit une fréquence de 11,6 %. Cette fréquence élevée s'explique par la recherche systématique de cancer par les médecins urologues cela grâce à l'apport des techniques para cliniques. Nos résultats se rapprochent à ceux de Christelle.B [49] qui trouve 12,9% sur 184 cas de prélèvements prostatiques. Ce résultat est supérieur à celui de KONATE S.M [24] qui

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

trouve 8,92% sur 112 cas de prélèvements prostatiques. Ce résultat est inférieur à ceux de Peko et collaborateurs à Brazzaville qui ont trouvé 65 cas de cancer sur 185 prélèvements prostatiques soit 35,13 % de leurs séries [44].

2.2- Tranches d'âge :

L'âge moyen de nos patients est de 72,09 avec une fréquence de survenue relativement plus élevée entre 60-79 et des extrêmes de 56 et 99, ce qui est similaire aux résultats de KONATE S.M [24] et de TOURE [48] qui rapportent également le maximum de cas dans les tranches d'âge de 60-79 ans.

Dans notre étude on constate vivement que le cancer de la prostate reste une pathologie du sujet âgé avec une fréquence de survenue relativement plus élevée entre 60-79. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que non seulement l'espérance de vie de la population malienne est en hausse mais aussi par le fait que la recherche des foyers néoplasiques est devenue systématique sur tout prélèvement de prostate dans les différents hôpitaux de la capitale.

Comme MBAKOP [43], nous pensons que le cancer de la prostate est rare avant 50 ans. Ceci est certainement dû au fait que les déséquilibres hormonaux affectant la prolifération des cellules prostatiques sont moins prononcés en deçà de 50 ans.

3-Characteristiques cliniques

3.1- Référence :

Dans notre étude 80 patients soit 54,4% sont venus en consultation d'eux-mêmes, 55 patients, soit 37,8 % ont été adressés à des personnels de santé et 4,1% 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 Richard A. Dolo 70 patients soit 60,3% sont venus en consultation d'eux-mêmes, 44 patients soit 38 % ont été référés par d'autres structures de santé [40].

3.2- Antécédents :

L'HTA a été l'antécédent médical le plus représenté avec 10,8 %.

La bilharziose urinaire a marqué l'antécédent urologique avec 18,36 % des cas, cela s'explique par l'existence de plusieurs zones d'endémies bilharziennes au Mali comme à l'office du Niger et les zones de barrages tout comme dans la série de Noutacdie [39] où elle occupe le 1er rang avec un taux de 34,2 %.

Les hernies dominaient les antécédents chirurgicaux avec une fréquence de 9,6%.

Cette hernie est favorisée dans nos milieux par les travaux de force exécutés par les patients souvent après 50 ans ; ce qui est également le cas dans l'étude de Noutacdie [39] où elle vaut 20,57 % d'où la nécessité de rechercher une hypertrophie prostatique devant toute hernie inguinale chez le sujet de plus de 50 ans.

3.3- Durée des troubles mictionnels:

Le délai écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation varie de 1 an à plus de 6 ans ce qui montre le caractère insidieux et parfois tardif de la pathologie.

3.4- Motifs de consultation:

La pollakiurie nocturne et la dysurie étaient les maîtres symptômes avec, respectivement 44,9% et 34,1%.

32,7% ont été reçus en urgence dans notre service pour rétention aiguë d'urine. Force est de reconnaître et constater que nos malades consultent un peu tardivement puisque la rétention aiguë d'urine a été enregistrée comme motif de consultation avec une fréquence de 32,7%. Le même constat a été prouvé par Richard A. Dolo [40] qui a également trouvé la pollakiurie comme motif de consultation plus reçu.

3.5- 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 91,1 % d'où l'intérêt de réaliser l'échographie prostatique ou même le scanner abdominal.

4- Caractéristiques para cliniques:

4.1- PSA:

Le PSA n'a été dosé que chez 38 de nos patients dont 16 l'avaient élevé, soit 10,9 % ; l'élévation constatée du PSA chez les patients qui ont effectué cet examen oriente vers la recherche systématique d'un processus cancéreux. Cependant Traoré [49] 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 anatomopathologique de la pièce opératoire. Rappelons que le PSA est un examen d'orientation.

4. 2- Examen anatomopathologique :

Le cancer de la prostate est presque toujours un adénocarcinome soit 100% de nos malades. La variété d'adénome avec prostatite chronique non spécifique dominait les tumeurs bénignes soit 46,9%. Le score de Gleason obtenu en cas d'adénocarcinome, le score 6 prédominait avec 47,1% des cas. Un résultat de score n'a pas été noté à cause de mauvaise fixation. Nous pouvons donc déduire que le score de Gleason ne semble pas être influencé par l'âge. Nos résultats se rapprochent de ceux de MBAKOP [43] qui n'ont trouvé aucune corrélation entre le score de Gleason et l'âge.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A- CONCLUSION :

Au terme de notre étude qui a porté sur 147 patients opérés pour hypertrophie prostatique au service d'urologie du CHU Point-G sur une période allant de janvier 2007 à décembre 2007, soit une durée de 12 mois, nous pouvons conclure que :

- ✓ L'adénomectomie prostatique selon la technique de FREYER HRYNTCHAK occupe la 1^{ère} place dans les activités Chirurgicales du service.
- ✓ L'ethnie Bambara était la plus représentée suivie des Sarakolés.
- ✓ La plupart de nos patients évoluaient dans le secteur rural.
- ✓ Le signe accompagnateur fréquemment rencontré était la pollakiurie suivie de la dysurie et la rétention aiguë d'urine.
- ✓ La plupart des patients résidaient à Bamako.
- ✓ Les hernies dominaient les antécédents chirurgicaux (pouvant être cités parmi les facteurs de découverte de l'hypertrophie prostatique).
- ✓ Le cancer de la prostate est parfois associé à l'adénome de la prostate et n'est découvert que par l'examen histologique.
- ✓ L'anesthésie loco-régionale a été la plus pratiquée facilitant du même coup la chirurgie du petit bassin.

B- RECOMMANDATIONS :

➤ Aux malades :

- Consulter précocement dès l'apparition des signes d'alarmes tels que dysurie, pollakiurie nocturne.
- Ne plus vraiment considérer comme tabou la pathologie uro-génitale.

➤ A la population :

- Informer les hommes âgés et l'ensemble de la population, à travers un programme d'IEC (information, éducation, communication) :
- De l'importance de se faire consulter ou leurs parents, devant toute trouble urinaire.
- De la nécessité de faire un bilan médical chez les hommes âgés 1 ou 2 fois par an en dehors de toute symptomatologie ;
- De respecter ou de faire respecter par leurs parents le suivi post opératoire après adénomectomie.
- D'informer les accompagnants des malades de l'importance de l'examen anatomopathologique des pièces de biopsie prostatique et d'adénomectomie ou de copeaux de résection. Le résultat de ces examens est indispensable pour le suivi post opératoire des patients.

➤ Aux médecins internistes ou généralistes :

- Afin d'allonger de façon significative l'espérance de vie des malades,
- Il faut, devant toute symptomatologie, ou pendant un bilan médical, effectuer systématiquement le toucher rectal au cours de l'examen clinique des hommes âgés de plus de 50 ans. Pour favoriser sa découverte fortuite dont la prise en charge est facile.
- Il faut doser le P.S.A et demander l'échographie chez ces sujets devant les troubles urinaires ou tout autre symptôme dont une étiologie prostatique peut être évoquée.
- Il faut référer les patients vers un service spécialisé devant toute suspicion de lésion néoplasique.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

➤ **Aux chirurgiens urologues et autres :**

- Il faut rechercher une origine néoplasique de la prostate devant, les fractures non traumatiques surtout pelvienne ou autres affections quelconques des hommes de plus de 50 ans.
- Il faut biopsier tout nodule suspect retrouvé au cours de l'examen clinique d'un patient.
- Demander un examen histologique pour chaque pièce de biopsie ou d'adénomectomie, ou mieux pour toutes les pièces opératoires d'origine prostatique (copeaux de résection prostatiques).
- Il faut informer les patients de l'évolutivité de leur cancer vers un stade avancé après l'adénomectomie dont ils ont bénéficié.
- Il faut s'abstenir de toute agression thérapeutique chez les patients porteurs de cancer au stade A, à cause de l'ambiguïté de son comportement.
- Surveiller de façon efficiente l'évolution de ces lésions primaires, afin de traiter de façon radicale toute récurrence ou de manière à améliorer l'espérance de vie des patients.

➤ **Aux autorités :**

- 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 Point-G des locaux et des moyens matériels permettant plus d'interventions chirurgicales et un meilleur suivi des patients.
- Equiper d'avantages les services d'urologie en matériel d'endo-urologie.
- D'encourager les études de recherches sur le cancer de la prostate.

➤ **Aux étudiants faisant fonctions d'internes :**

- Remplir avec le maximum de soins les dossiers des malades.

VI - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - ABOU. HAILLOT C RAVERY V.

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

2 - 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.

3- BERGER N.

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

4- BERLIE 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.

5- BOUFFIOUX CH.

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

6- CABANE F, BONNENFANT J.L. Anatomie pathologique : principes de
pathologie générale, de pathologie spéciale et d'oetopathologie. Les presses
Universitaires Laval. Québec. Maloine S.A Editeur Paris, 1087 – 1088.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

7 - Chodak g w et Al.

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

8- CHOPIN D, KHOURY S. Interrogatoire du malade. In : L'HBP en questions.
SCI, éd. 1991, pp. 69 – 71.

9- Christelle Boyom : Thèse Méd, Bamako 2005, 75p

Cancer de la prostate Etude épidémiologique et anatomopathologique à propos de 184
cas diagnostiqués à l'INRSP de Bamako- Mali

10- CIBERT J, PERRIN J. Tumeurs de la prostate. Urol. Chirurgicale. Ed Méd.
Flammarion. Paris, 1958, pp 501 – 520.

11- DELMAS V, DAUGE M.C. : Embryologie de la prostate. Etat actuel des
connaissances. In : L'HBP en questions, SCI éd. 1991, pp 13 – 14.

12 - DESLIGNERES S.

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

13 - DEVONEC M., VALANCEN 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

14- DEWITT T, TUNER M.D. : Musculature of the prostate gland. Br. J. Urol. 1968,
40 no 3,278-287.

15- DUBE J.Y : Les protéines majeures de la sécrétion prostatique. Androl. 1991,
1,56 – 58.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

16- FRETIN.

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

17- HANASH K A. – Histoire naturelle du cancer de prostate. In : KOURY S,
CHATELAIN C. –Urologie, Cancer de la prostate. FIIS. 1988 : 207-299

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

19 - 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.

20- [http:// WWW.uropage.com/ART_malpros2a.htm](http://WWW.uropage.com/ART_malpros2a.htm)

21 – JAVODPOUR N.

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

22- KHOURY S. : Anatomie chirurgicale de la prostate. In : L'H.B.P en questions.
SCI éd. 1991, pp. 29 – 30.

23- KHOURY S. : Anatomie endoscopique de l'H.B.P. In : L'H.B.P en
questions.SCI éd. 1991, pp.29 – 30.

24- KONATÉ S.M.

Découverte fortuite du cancer de la prostate.

Thèse Med Bamako, 2000; N°55.

25 - KOURY S.

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

26- KOURY S.

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

27- KOURY S.

Les stades du cancer de la prostate In KOURY S, CHATLAIN C :
Urologie cancer de la prostate. FILS. 1988 :167-171

28- KOURY S.

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

29- LARA F.

Cancer de la prostate. Epidémiologie données anatomopathologiques diagnostic Bilan thérapeutique, pronostic et surveillance. Manuel de cancérologie 1989, 2, 7040-0600-8 : 221-229.

30 - Lara F.

Diagnostic, évolution pronostic, principe de traitement et de surveillance-Manuel de cancérologie, Dion éditeur, paris, 1984 ,2 :191-197

31- LE BOURGEOIS JP, ABBOU C.

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

32 - 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.

33- LERICHE A, FERRIERE A, OMAR. : Tumeurs bénignes de la prostate. Eds. Techniques. Encycl. Méd. Chir. Paris, France. Néphrol. Urol. 18555 – a10, 1992.

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

34- LILJA H, ABRAHAMSSON P.A : Three predominant proteins secreted by the human prostate gland. Prostate 1988 ; 12 :29 – 38.

35- LUGAGNE P.M : C.A.T devant une rétention complète. In : L'H.B.P en questions. SCI éd. 1991, pp.157 – 158.

36- 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 .119-12

37 - 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

38- MOSTOFI F.K. : Anatomie pathologique. In : L'H.B.P en questions SCI éd 1991, pp. 19 – 22.

39- 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

40- Richard A Dolo :

Thèse Méd., 07 M 201

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU GABRIEL TOURE : étude de 116 pièces d'adénomectomie

41- RICHARD F.

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

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

42 - SARAMON J.P.

Le toucher rectal ; technique et intérêt in : KOURY. CHATELAIN DENIS L,
Debruyne , MERPHY G.

L'hypertrophie bénigne de la prostate en question. SCI, 1991 ISBN : 74-77

43- Sow M, Essane A, NKegoum B, Mbakop A.

Biopsie de la prostate: Indications, technique et résultats.

Médecine d'Afrique Noire. 2004 ; 48 (4) : 159-62

44- 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.

45- PERLEMUTER L, WALIGORA J. : Prostate, anatomie descriptive et rapports
cahier d'anatomie, 3ème éd.

46- POIRIER J.L. DUMAS R.

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

47- TEMBELY A : - Evolution et survie des cancers de prostate : stades T1a et T1b
A propos de 163 cas. (recul à 50 ans : 90 cas en 10 ans : 63cas en 15 ans : 10 cas en 10
ans) – Faculté de médecine de TOURS., Mémoire pour le D.I.S d'urologie, 1996.

48- TOURE M.L.

Etude épidémiologique et aspect anatomo-clinique de l'adénome de la prostate au
Mali.

Thèse Med, Bamako 2003, n°84

49- TRAORE D.

Etude des complications préopératoires et post-opératoires de l'adénome de la prostate
dans le service d'urologie de l'hôpital Point G.

Thèse Med, Bamako 2003, n°

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

50- VERNET S.G. : Anatomie et physiologie de la prostate. Encycl. Méd. Chir.
Paris, Rein, 3,18, 09,18500, A10.

51- VIEILFOND A., SIBONY M., MOLINE V., COMPARO P.,
COLLECTION DIRIGEE PAR JACQUES DIEBOLD,
Description macroscopique de la pièce : pathologie tumorale de la prostate.

52- VILLIERS A, DEVONCE M. : Anatomie de la prostate. Ed. Techniques Encycl.
Méd. Chir. Paris – France. Néphrol. Urol. 18 – 500 – A 1p, 1993, 7p.

53- WALIGORA J. : Physiologie de la prostate. Encycl. Méd. Chir. Paris. Rein
Organes génito-urinaires. 18 – 500 – B 10,2 – 1993.

54- WALKER .A.R.P.

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

55- Walsh P .c.

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

FICHE D'ENQUETE:

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Point G :
Etude de 147 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) Scolarisé /___/

C- Renseignements professionnels :

1) Cultivateur /___/ 2) Eleveur /___/ 3) Commerçant 4) Tailleur/___/ 5)

Ouvrier/___/ 6) Enseignant /___/ 7) / Marabout 8) Indéterminé /___/ 9) Personnel
de la santé 10) Fonctionnaire retraité /___/

D- Provenance :

a) Kayes /___/ b) Koulikoro /___/ c) Sikasso /___/ d) Ségou /___/ e) Mopti /___/
f) Tombouctou /___/ g) Gao /___/ h) Kidal /___/ i) Bamako /___/ j) Indéterminé
/___/

E- Nationalité :

a) Malienne /___/ b) Etrangère /___/

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

F- Ethnie :

- 1) Bambara /___/ 2) Peulh /___/ 3) Bobo /___/ 4) Sarakolé /___/ 5) Bozo /___/
6) Sénoufo /___/ 7) Tamacheick /___/ 8) Dogon /___/ 9) Malinké /___/ 10)
Indéterminé/___/

G- Adressé par :

- 1) Lui même /___/ 2) Personnel de santé /___/ 3) Référé 4) Indéterminé /___/

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) A.E.G /___/ 12) Indéterminé
/___/

B- Durée des troubles en année []

C- Antécédent Urologiques

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

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

.....

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

F- Traitements déjà effectués

Oui /___/(1) Non /___/

Nature du traitement

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

G-Résultats du traitement

Satisfaisant /___/ Non satisfaisant /___/

H- Complications

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) Hypertrophiée : Oui /___/ Non /___/

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

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

d) douleur au toucher rectal: Oui /___/ Non /___/

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

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

3- Examens complémentaires

A- Imagerie

Echographie rénale et vesico-prostatique

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

Radiographie Abdomen sans préparation

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

Urétro - cystographie - rétrograde

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

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

Cystoscopie

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 /___/

Groupage Sanguin Rhésus : 1) Fait/___/ 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-pathologiques

Type histologique retenu

Adénomyome avec métaplasie malpighienne et surinfection /___/ 2) Adénomyome
avec prostatite chronique non spécifique /___/ 3) Adénomyome /___/

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

7) Pas fait /___/

4- Traitement

A- Nature de l'intervention

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

B- Le résultat du score de Gleason

C- Dosage de P.S.A. à J 30 post opératoire

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

5- Résumé sur les activités opératoires du service

ANNEXES

Annexe 1 :

Le service d'anatomie pathologique de l'INRSP

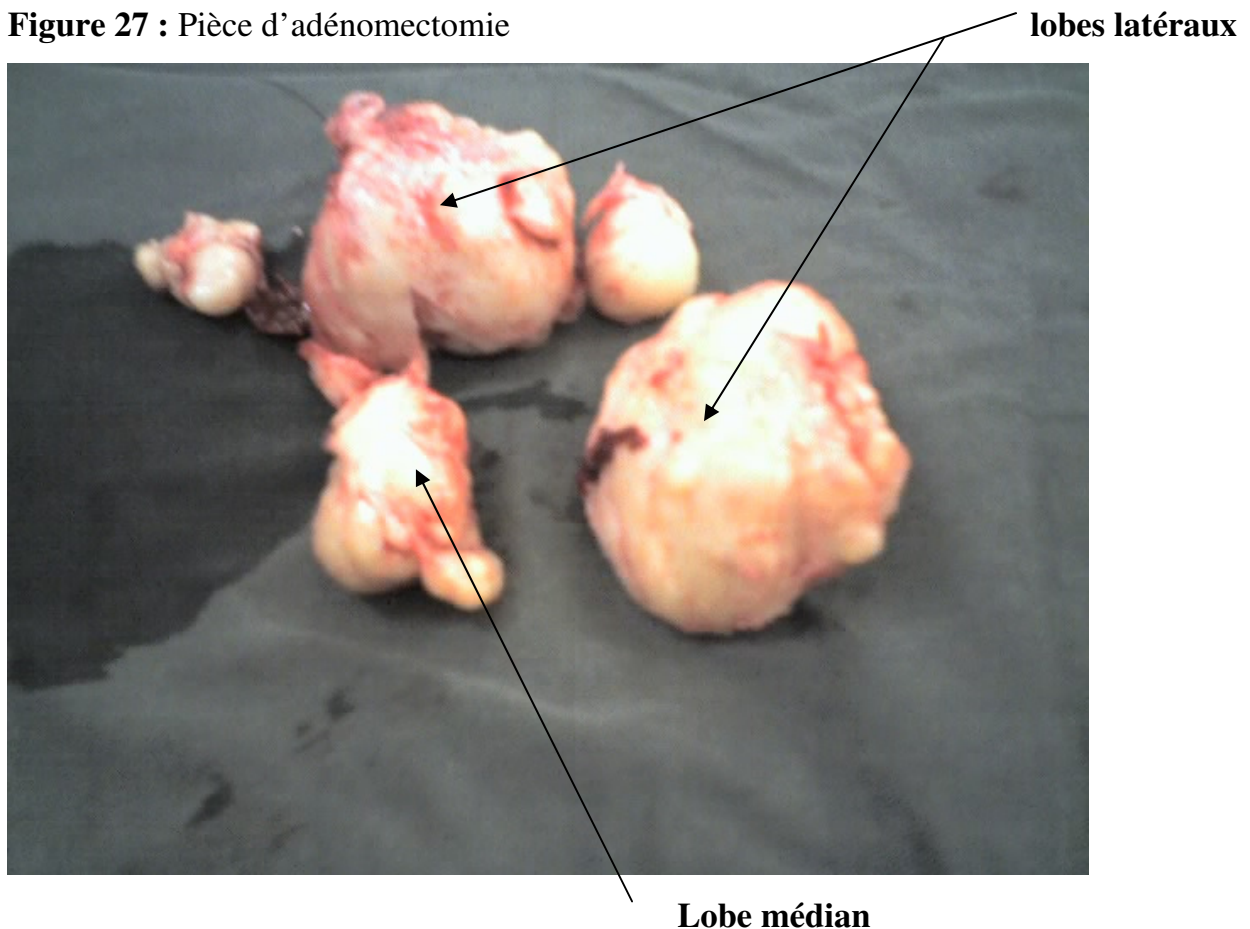
C'est à ce service que sont adressées la plupart des biopsies, les pièces opératoires, et les cyto-ponctions réalisées dans le pays.

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

En plus de ces activités de diagnostic, le service est parti 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 27 : Pièce d'adénomectomie



Annexe 3 :

Figure 19 : Coloration à Hématéine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome score de Gleason 3+2=5

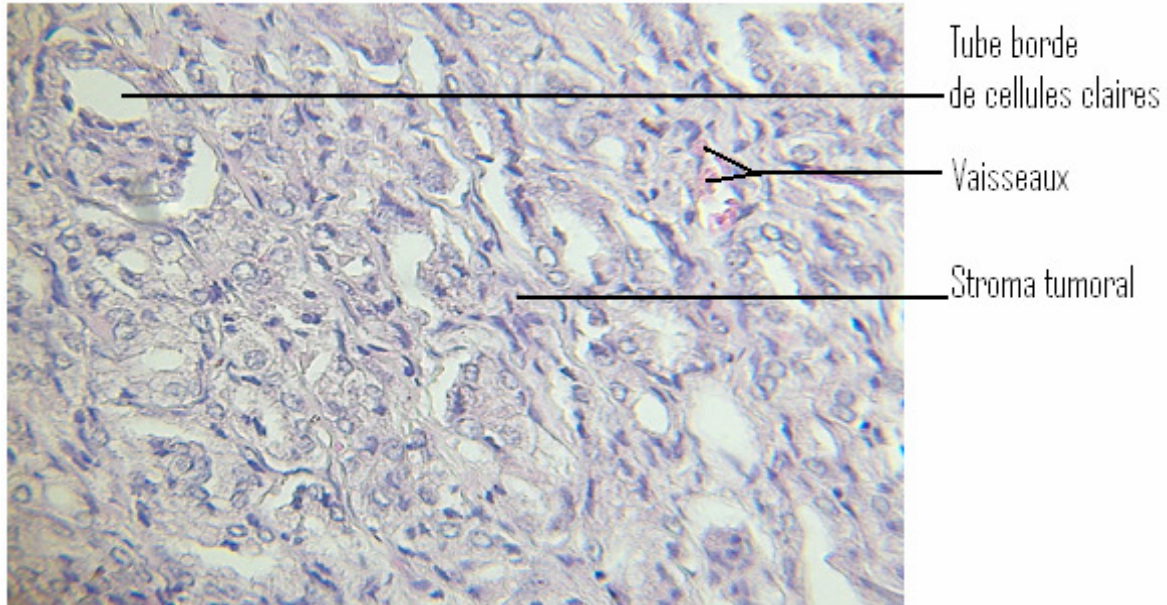
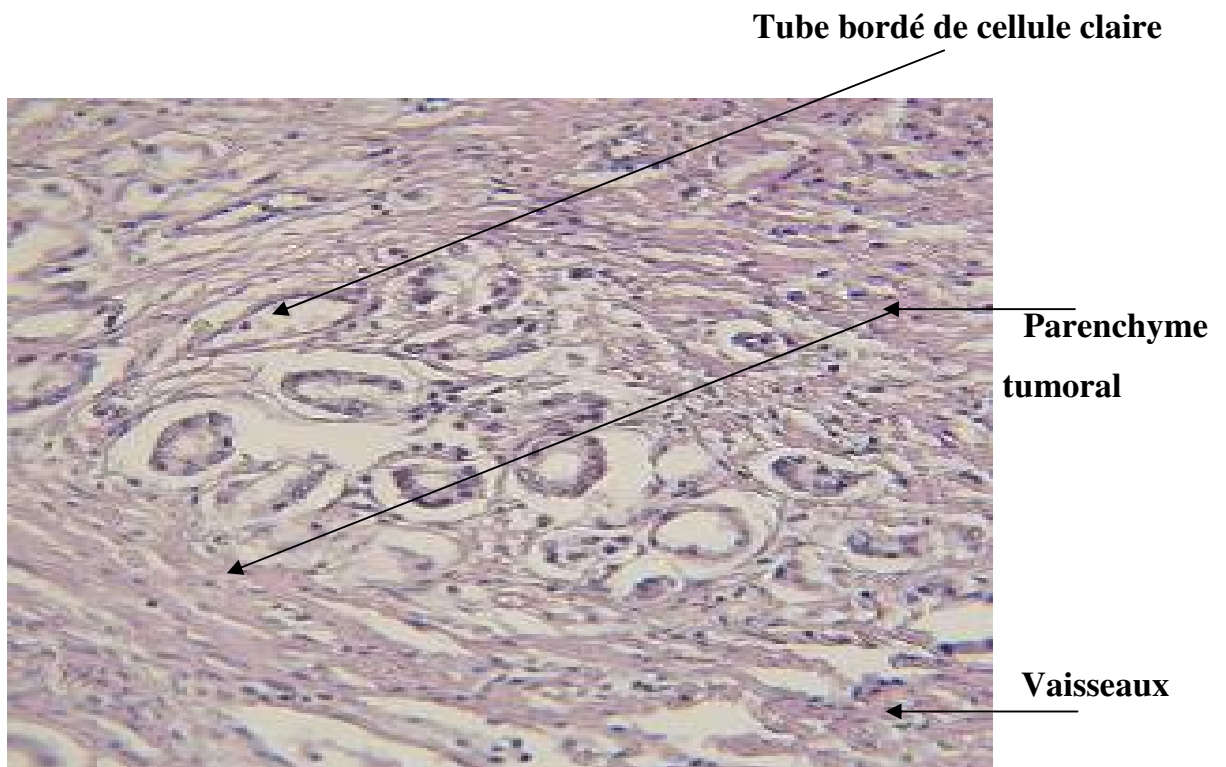


Figure 20: Coloration à Hématéine éosine, prolifération tumorale d'un adénocarcinome micro invasif score de Gleason 2+1=3



Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : POUDIOUGOU

Prénom : MOUMINI

Titre : Cancer de prostate de découverte fortuite dans le service d'Urologie du
C.H.U Point. G : Etude de 147 pièces d'adénomectomie.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, Pharmacie, et Odonto-
Stomatologie du Mali.

Secteurs d'intérêt : Urologie, Anatomico-pathologie, Santé Publique

Résumé :

Notre étude avait pour objectif de déterminer la fréquence du cancer de la prostate de découverte fortuite au cours de l'adénomectomie au service d'urologie du C.H.U Point-G. Il s'agissait d'une étude prospective de 12 mois allant de Janvier 2007 à Décembre 2007 au cours de laquelle 147 patients ont été opérés pour hypertrophie prostatique. Les critères d'inclusions ont été les patients opérés pour hypertrophie prostatique et ayant un dossier médical complet.

Au terme de notre étude il apparaît 11, 6% de cancer fortuitement découvert. L'âge moyen de nos patients était de 72,09 ans avec des limites d'âges de 56 et 99 ans. La tranche d'âge la plus représentative était 60-79 ans. A part l'âge, aucun élément n'a été retenu comme facteur favorisant dans la survenue de

Cancer de prostate de découverte fortuite au service d'urologie du CHU Pont G :
étude de 147 pièces d'adénomectomie.

l'affection. La profession la plus touchée a été les cultivateurs avec une fréquence de 46,9%.

La majorité des patients résidaient à Bamako (capitale du Mali). Les signes accompagnateurs fréquemment rencontrés étaient la pollakiurie, dysurie suivie de la rétention aiguë d'urine avec respectivement 44,9% ; 34,1% ; 32,7%.

L'adénocarcinome (100%) a été le type histologique dominant. Malgré les multiples moyens de diagnostic préopératoire force est de reconnaître que quelques cas de cancer nous échappent et le diagnostic n'est posé que par l'histologie.

Mots clés : Hypertrophie prostatique – Anatomie pathologie – Adénocarcinome
- Urologie.

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.