

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

TITRE

N°/...../

SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DE LA
PROSTATE SOUS CHIMIOThERAPIE DANS LE SERVICE
D'ONCOLOGIE HEMATOLOGIE MEDICALE DU CHU
POINT-G

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 02/02/2024
A la Faculté de Médecine

Mme. FATOUMATA DIALLO

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

JURY

Président : M.Cheick Bougadari TRAORE , Professeur
Membre : M. Mamadou Lamine DIAKITE, Professeur
Co-Directeur : M. Abdramane Alou KONE, Oncologue
Directeur de Thèse : M. Bourama COULIBALY, Maitre de Conférences

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Amadou DOLO | Gynéco-Obstétrique |
| 21. Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Bréhima KOUMARE | Bactériologie - Virologie |



24. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Inteme
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne



54. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie - Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Inteme
68. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
69. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
70. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
71. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
72. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
73. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
74. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie – Réanimation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale



- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| 9. Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| 10. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 11. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |
| 12. Mr Mohamed KEITA | Anesthésie Réanimation |
| 13. Mr Niani MOUNKORO | Gynécologie/Obstétrique |
| 14. Mr Drissa TRAORE | Chirurgie Générale |
| 15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE | Anesthésie Réanimation |
| 16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE | Urologie |
| 17. Mme Kadidiatou SINGARE | ORL-Rhino-Laryngologie |
| 18. Mr Youssouf TRAORE | Gynécologie/Obstétrique |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Mr Nouhoum DIANI | Anesthésie-Réanimation |
| 2. Mr Lamine TRAORE | Ophtalmologie |
| 3. Mr Ibrahima TEGUETE | Gynécologie/Obstétrique |
| 4. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie |
| 5. Mr Dramane Nafou CISSE | Urologie |
| 6. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY | Urologie |
| 7. Mr Moussa Salifou DIALLO | Urologie |
| 8. Mr Alkadri DIARRA | Urologie |
| 9. Mr Amadou KASSOGUE | Urologie |
| 10. Mr Boubacar BA | Médecine et chirurgie buccale |
| 11. Mr Lassana KANTE | Chirurgie Générale |
| 12. Mr Bréhima COULIBALY | Chirurgie Générale |
| 13. Mr Birama TOGOLA | Chirurgie Générale |
| 14. Mr Soumaïla KEITA | Chirurgie Générale |
| 15. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 16. Mr Hamidou Baba SACKO | ORL |
| 17. Mr Seydou TOGO | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire |

18. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
19. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
20. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
21. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
22. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
23. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
24. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
25. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
26. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
27. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
28. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
29. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
30. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
31. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
32. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
33. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
34. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
35. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
36. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
37. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
38. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
39. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
40. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
41. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
42. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
43. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
44. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
45. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
46. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
47. Mr Bougadary Coulibaly	Prothèse Scellée
48. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale

49. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
50. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
51. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
52. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
53. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
54. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
55. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
56. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
57. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
63. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
13. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
14. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie



- | | |
|--------------------------|--|
| 15. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 16. Mr Alhousseiny TOURE | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 17. Mr Abdoulaye SISSOKO | Gynécologie/Obstétrique |
| 18. Mr Kalifa COULIBALY | Chirurgie orthopédique et traumatologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 2. Mr Bakarou KAMATE | Anatomie Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A. THERA | Parasitologie -Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 2. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 3. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie - Mycologie |
| 4. Mr Karim TRAORE | Parasitologie – Mycologie |
| 5. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie- Mycologie |
| 6. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé publique, Santé Environnement |
| 7. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie (Disponibilité) |
| 8. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 9. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie Virologie |
| 10. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 11. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 12. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Moléculaire |
| 13. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique/Génomique |
| 14. Mr Mamadou BA | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale |
| 15. Mr Bourama COULIBALY | Anatomie Pathologie |
| 16. Mr Sanou Kho COULIBALY | Toxicologie |
| 17. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique |

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 15. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 16. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophtalmologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mme Diénébou TRAORE | Médecine Interne |
| 3. Mr Djibril SY | Médecine Interne |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 5. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. Mr Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 7. Mr Mamadou DIAKITE | Cardiologie |
| 8. Mr Massama KONATE | Cardiologie |
| 9. Mr Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 10. Mr Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 11. Mme Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 12. Mr Mamadou TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie |
| 14. Mr Boubacar SONFO | Cardiologie |
| 15. Mme Mariam SAKO | Cardiologie |
| 16. Mr Anselme KONATE | Hépatogastro-entérologie |
| 17. Mme Kadiatou DOUMBIA | Hépatogastro-entérologie |
| 18. Mme Hourouma SOW | Hépatogastro-entérologie |
| 19. Mme Sanra Déborah SANOGO | Hépatogastro-entérologie |
| 20. Mr Adama Agoussa DTCKO | Dermatologie |



- | | |
|---|--|
| 21. Mr Yamoussa KARABINTA | Dermatologie |
| 22. Mr Mamadou GASSAMA | Dermatologie |
| 23. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 24. Mr Yacouba CISSOKO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 25. Mr Garan DABO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 27. Mr Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 29. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 30. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 31. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 32. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY | Psychiatrie |
| 34. Mr Seybou HASSANE | Neurologie |
| 35. Mr Guida LANDOURE | Neurologie |
| 36. Mr Thomas COULIBALY | Neurologie |
| 37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE | Pédiatrie |
| 38. Mr Belco MAIGA | Pédiatrie |
| 39. Mme Djénéba KONATE | Pédiatrie |
| 40. Mr Fousseyni TRAORE | Pédiatrie |
| 41. Mr Karamoko SACKO | Pédiatrie |
| 42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE | Pédiatrie |
| 43. Mme SOW Djénéba SYLLA | Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition |
| 44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE | Pneumologie |
| 45. Mme Khadidia OUATTARA | Pneumologie |
| 46. Mr Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 47. Mr Seydou SY | Néphrologie |
| 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE | |
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie
4. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
5. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé
6. Mr Oumar THIÉRO Biostatistique/ Bio-informatique

7. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ousmane LY Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
3. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
4. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
6. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
7. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
9. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
10. Mr Samba DIARRA Anthropologie de la Santé



8. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
5. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
6. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
7. Mr Ilo DICKO Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des malades
9. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie

2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
7. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo- Phtisiologie
8. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
9. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
10. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
11. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
12. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	OCE
13. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
14. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
15. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
16. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
17. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
18. Mr Mamadou WELE	Biochimie
19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
20. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
21. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
22. Mr Babou BAH	Anatomie
23. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique -Déontologie
24. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
25. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
26. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
27. Mr Madani LY	Oncologie
28. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
29. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
30. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
31. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
32. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique

- | | |
|--------------------------------|---|
| 33. Mr Madani MARICO | Chimie générale |
| 34. Mr Lamine TRAORE | PAP/ PC |
| 35. Mr Abdrahamane Salia MAIGA | Odontologie gériatrique |
| 36. Mr Mohamed Cheick HAIDARA | Droit médical appliqué à l'odontologie et
odontologie légale |
| 37. Mr Abdrahamane A. N. CISSE | ODF |
| 38. Mr Souleymane SISSOKO | PAP/ PC |

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le / / 2024

Le Secrétaire Principal


Dr Monzon TRAORE

The image shows a circular official stamp of the University of Sciences, Techniques, and Technologies of Bamako (USTTB). The stamp contains the text 'UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET TECHNOLOGIES DE BAMAKO' and 'F.M.T.S'. In the center of the stamp is a logo featuring a globe and a book. To the right of the stamp is a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Monzon Traore'.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail au bon **Dieu** maître de l'univers l'omniscient le miséricordieux le très miséricordieux. Grâce à Dieu que ce travail a pu être réalisé.

À mon **pays le Mali** grâce auquel j'ai pu avoir accès à la connaissance.

A ma **mère Adam Diallo** : je ne saurai comment t'exprimer ma gratitude, tu m'as aimé, chérie tu as guidé mes pas tout au long de mon existence. En ce jour spécial pour moi j'ai les larmes aux yeux en pensant à tous les sacrifices conjoints qu'on a dû faire. Si aujourd'hui je marche la tête haute c'est grâce à toi.

À **feu Moussa Diallo** : de là où tu es je sais que tu ne peux qu'être fier de moi. Repose en paix.

À **papa Mamadou Alimou Diallo** : je sais que tu ne pourras pas lire cette dédicace que je te fais car la maladie t'affecte. Mais je ne saurai faire ce document sans t'écrire quelques notes. Tu es le seul père que je m'attribue tu m'as toujours aimé et chérie. Tu m'as inculqué des valeurs qui m'ont hissé là où je suis aujourd'hui. En ce jour j'aurais aimé que tu sois à mes côtés hélas cela restera qu'un rêve. Je prie Dieu jour et nuit de t'accorder la santé. J'ai besoin du père autoritaire et remplie de principes que tu as toujours été. Je t'aime papa.

A mon **époux Mahamadou Moustapha Sissoko** : Je te remercie pour ta présence, ta détermination et aussi pour ton engagement à m'épauler dans tous mes projets merci infiniment je te dédie ce travail.

À ma **filie Assetou Bakou Sissoko** : je te dédie également ce travail car tu es la plus belle chose qui me soit arrivé. Tu es mon trésor à moi, tout ce travail acharné c'est pour toi.

REMERCIEMENTS

Dr Cheickna Badiaga

Cher Maitre.

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire nous des bons médecins.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

Merci infiniment

A ma belle-famille : je vous remercie infiniment pour tout le soutien que vous m'avez apporté à chaque étape de cette thèse.

A mes frère et sœurs : je vous remercie pour tout l'engouement et la contribution que vous m'avez apportée.

À tout le personnel d'oncologie : je vous remercie pour toute la patience et la disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et président du jury

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la
- F.M.O.S
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du
CHU du Point G
- Chef de département d'enseignement de recherche (DER) des Sciences
fondamentales à la F.M.O.S
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du
registre national des cancers au Mali
- Président de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P)

Cher maître

C'est un immense plaisir que vous nous aviez fait en nous confiant ce travail et en gardant un œil critique sur son évolution.

Nous vous remercions pour la gentillesse de votre accueil au sein de votre service ; pour la richesse de vos enseignements et vos qualités humaines.

Votre gentillesse et simplicité font de vous un maître respecté des étudiants.

Cher maître, permettez-nous de vous exprimer ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Juge

Professeur Mamadou Lamine DIAKITE

- Professeur titulaire en urologie à la FMOS
- Chargé de cours d'Urologie à la FMOS
- Chirurgien urologue andrologue
- Praticien hospitalier au CHU Point G
- Chef de service d'urologie du CHU point G
- Président de l'AMU-MALI
- Vice doyen de la faculté de médecine de d'odontostomatologie

Cher maître,

Ça été pour nous un grand plaisir de travailler avec vous pour l'élaboration de cette thèse. Vous avez été présent tout au long de ce travail, toujours à l'écoute et prêt à nous aider et à nous guider. Permettez-nous de vous adresser ici nos remerciements. Votre ponctualité dans toute chose, votre amour pour le travail bien fait et la qualité de vos enseignements ont été d'un grand apport pour nous.

A notre Maitre et Co-directeur de Thèse

Docteur Abdramane Alou KONE

- Chef du Service d'Oncologie Médicale au CHU Point G
- Praticien Hospitalier au CHU Point G
- Médecin oncologue au CHU point G

Cher Maître,

C'est une immense joie de vous avoir eu pour mener à bien ce travail. Votre gentillesse, votre simplicité ont forcé notre admiration et rendu cette expérience agréable. Nous saisissons cette occasion, cher maître pour vous exprimer notre profond respect et nos sincères remerciements. S'il y avait un mot plus grand que le Merci il ira à votre endroit.

ALLAH vous le rendra.

A notre Maitre et Directeur de Thèse

Professeur Bourama COULIBALY

- Maître-assistant en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS.
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako et de Kati.
- Collaborateur du registre national des cancers au Mali.
- Secrétaire Général adjoint de la Société Malienne de pathologie (S.M.P).

Cher maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de participer a ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et votre abord facile.

Votre humilité, votre esprit d'écoute et votre sens élevé du sacrifice de soi, font de vous un Maitre particulier.

Cher maitre, recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Liste des Abréviations

ABP: Androgen Binding Protein

ADT: Androgen Deprivation Therapy, Suppression androgénique

AFU : Association Française d'Urologie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMPc : Adénosine MonoPhosphate cyclique

APA : Activité Physique Adaptée

ARE : Androgen Response Element

AUA : American Urological Association

BRCA2 : Breast Cancer 2

CaP : Cancer de la prostate

CCAFU : Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie

DHEA : DéHydroEpiAndrostérone

DHEA-S : Ester de Sulfate de la DéHydroEpiAndrostérone

DHT : DiHydroTestostérone

DNID : diabète Non-Insulino Dépendant

ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group

EVA : échelle visuelle analogique

FKBP-4 : FK506 Binding Protein-4

GPU : Glandes Péri-Urétrales

HAS : Haute Autorité de la Santé

HOXB13 : Homeobox B13

HRE : Hormone Response Element

HSP : Heat Shock Protein

IIC : Injections Intra-Caverneuses

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMRT : RadioThérapie Modulée en Intensité

INCA : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRS : Inhibiteur de Recapture de Sérotonine

ISUP : International Society of Urological Pathology

LBD : Ligand Binding Domain

LH : Luteinizing Hormone

LHRH : Luteinizing Hormone Releasing Hormone

mini-GDS : mini Geriatric Depression Score

ml : millilitre

MMT : Mini Mental Test

NLS : Nuclear Localisation Signal

ng : nanogramme

PCA3 : Prostate Cancer Gene 3

PSA : Antigène Spécifique de la Prostate

RA : Récepteur aux Androgènes

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SAd : Suppression Androgénique

SEER : Surveillance Epidemiology and End Results Program

SFMA : Stroma Fibro Musculaire antérieur

SGTA : Small Glutamine-rich Tetratricopeptide repeat-containing protein Alpha

SHBG : Sex Hormon Binding Globulin, globuline liant les hormones sexuelles

TDM : Tomodensitométrie

WCRF : World Cancer Research Fund

ZC : Zone Centrale

ZP : Zone Périphérique

ZT : Zone de Transition

Liste des tableaux

Tableau I : Classification de d'Amico :.....	17
Tableau II : Modalités de castration pour suppression androgénique (SAd).	23
Tableau III : Répartition des patients selon la tranche d'âge	29
Tableau IV : Répartition des patients selon la profession	30
Tableau V : Répartition des patients selon l'éthnie.....	30
Tableau VI : Répartition des patients selon la durée des troubles	31
Tableau VII : Répartition des patients selon les localisations secondaires	31
Tableau VIII : Répartition des patients selon le score de Gleason.....	32
Tableau IX : Répartition des patients selon le type de traitement antérieur	33
Tableau X : Répartition des patients selon le mode de diagnostic.....	33
Tableau XI : Répartition des patients selon la TDM thoraco abdominale pelvienne à l'entrée	34
Tableau XII : Répartition des patients selon le PSA à l'entrée	34
Tableau XIII : Répartition des patients selon les effets secondaires des médicaments.....	35
Tableau XIV : Répartition des effets secondaires en fonctions des médicaments.	35
Tableau XV : Répartition des effets secondaires en fonctions du délai d'apparition.....	36
Tableau XVI : Répartition des patients selon le nombre de cure.....	36
Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évolution de l'état général.....	37
Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'évolution des paramètres	

biologiques 37

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'évolution des paramètres
radiologiques 38

Liste des figures

Figure 1 : Coupe sagittale de la Prostate	6
Figure 2 : Anatomie zonale de la Prostate selon Mac Neal (Coupe sagittale).....	7
Figure 3 : Coupe Histologique de la prostate.....	8
Figure 4 : Schéma pour établir le grade de Gleason.	14
Figure 5 : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	29
Figure 6 : Répartition des patients selon l'histologie.....	32

SOMMAIRE :

I- INTRODUCTION :	1
II- OBJECTIFS :	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III- GENERALITES :	6
IV- METHODOLOGIE	25
1. Cadre d'étude :	25
2. Type d'étude :	26
3. Période d'étude :	26
4. Population d'étude :	26
5. Critères d'inclusion :	26
6. Critères de non inclusion :	26
7. Méthode de recueil des données :	26
8. Saisie et analyse des données :	27
9. Considération éthique :	27
V- RESULTATS	29
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	40
VII-CONCLUSION :	46
VIII- RECOMMANDATIONS :	47
IX- REFERENCES :	49
X- ANNEXES	55

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

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

Le type histologique est le plus souvent un adénocarcinome hormono-dépendant [1].

Le cancer de la prostate constitue un problème de santé publique dans le monde ; il représente la cinquième cause de tumeur masculine tous les âges confondus et la 2^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme [2].

Le registre du cancer du Mali (2016 à 2020) a révélé que le cancer de la prostate (CaP) occupait la quatrième place des cancers chez l'homme (4,4%) après ceux du Foie (26,7%), de l'estomac (19,5%), et de la vessie (7,7%) [5].

En 2020, selon Globocan le taux de mortalité le plus élevé de cancer de la prostate s'observait dans les Caraïbes (28 par 100 000), suivi respectivement de l'Afrique centrale, du Sud et de l'Ouest (24,8, 22,0 et 20,2 par 100 000), puis de la Micronésie et de la Polynésie (18,8 par 100 000) [6].

Les facteurs de risque les plus importants ont été identifiés comme étant les antécédents familiaux, les syndromes héréditaires et la race [5,6].

Le cancer de la prostate se caractérise dans notre pays par un diagnostic le plus souvent tardif, à un stade localement avancé ou métastatique.

Le diagnostic précoce et par conséquent le traitement du cancer de la prostate, a connu un nouvel essor ces 20 dernières années.

Les principales modalités de prise en charge des cancers de la prostate sont la chirurgie, la radiothérapie, la surveillance active, l'hormonothérapie.

La chimiothérapie peut également être utilisée [7].

La place de la chimiothérapie dans le traitement du cancer de la prostate a évolué au fil du temps. Elle était principalement réservée aux patients présentant

une résistance à l'hormonothérapie mais est maintenant utilisée à des stades plus précoces chez les patients métastatiques au moment du diagnostic [8].

La chimiothérapie est un traitement dont l'action est dirigée notamment sur les mécanismes de la division cellulaire ; aussi appelé traitement systémique, qui agit dans l'ensemble du corps.

Aucune étude ne s'est intéressée à la surveillance des patients atteints de cancer de la prostate sous chimiothérapie d'où l'initiative et l'intérêt de notre étude.

Pour ce faire, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier le suivi des patients atteints du cancer de la prostate sous chimiothérapie au service d'oncologie-hématologie du CHU Point-G.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence de la chimiothérapie du cancer de la prostate dans le service,
- ✓ Déterminer les molécules de chimiothérapie utilisées contre ce cancer dans le service,
- ✓ Evaluer l'efficacité des différentes molécules utilisées au cours de cette chimiothérapie,
- ✓ Evaluer les effets secondaires de ces molécules.

GENERALITES

III- GENERALITES :

1. Rappels : Rappel anatomique et histologique :

1.1. Rappel anatomique :

Situation et description macroscopique de la prostate : La prostate est un organe immédiatement situé sous la vessie, en arrière de la symphyse pubienne et en avant du rectum. Elle entoure l'urètre sur 3 à 4 cm, canal par lequel les urines sont évacuées de la vessie. Elle a la forme d'une châtaigne et mesure 3 cm de haut, 4 cm de large et 2 cm d'épaisseur chez un adulte jeune. Elle pèse 20 à 25 grammes Sa face postérieure ou dorsale est parcourue par un sillon médian séparant 2 lobes, parfaitement palpables lors du toucher rectal (TR). Sa partie supérieure ou base est contre la vessie et sa partie inférieure ou apex est en bas et se continue avec l'urètre [9].

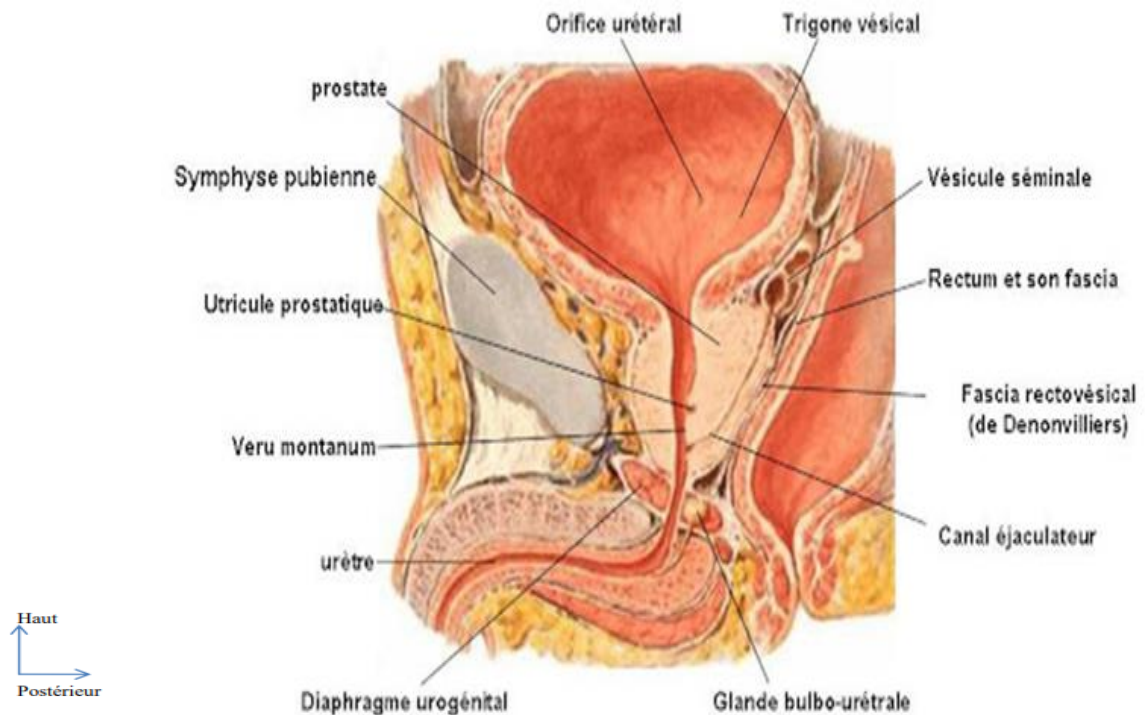


Figure 1 : Coupe sagittale de la Prostate

La division de la prostate selon Gil Vernet et Mac Neal :

A la notion classique de prostate crâniale et de prostate caudale, développée par Gil Vernet, est venue se substituer depuis les travaux de Mac Neal, une conception nouvelle permettant de distinguer quatre zones glandulaires et une zone distale au sein de la prostate : La zone périphérique (ZP), La zone centrale (ZC), La zone de transition (ZT), et La zone des glandes péri-urétrales (GPU). Le stroma fibromusculaire antérieur (SFMA).

L'adénocarcinome naît dans 75% des cas dans la ZP, dans 20% des cas dans la ZT et dans 5% des cas dans la ZC.

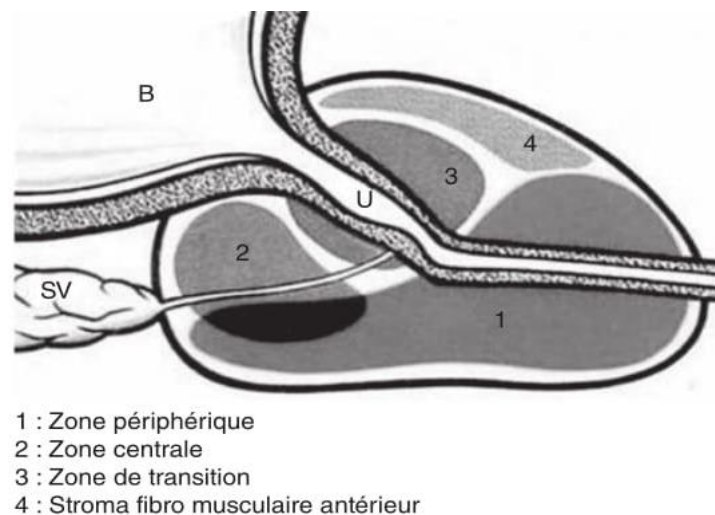


Figure 2 : Anatomie zonale de la Prostate selon Mac Neal (Coupe sagittale)

Vascularisation :

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

Les veines suivent les artères. Ils forment un plexus qui entoure la face antérieure et les faces latérales de la capsule prostatique. Ces veines reçoivent les branches de la veine dorsale de la verge et communiquent avec le plexus honteux et se drainent dans la veine iliaque interne.

Drainage lymphatique :

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

1.2. Rappel histologique :

Le tissu prostatique est composé de 2 contingents : un contingent épithélial formé de glandes à contour festonné, et des gros canaux, comportant tous deux assises cellulaires. Une assise interne glandulaire cubo cylindrique et une assise externe myoépithéliale constituée des cellules allongées ou fusiformes. La disparition de cette couche externe s'observe dans les adénocarcinomes. Un contingent mésenchymateux fait de tissu musculaire lisse [10].

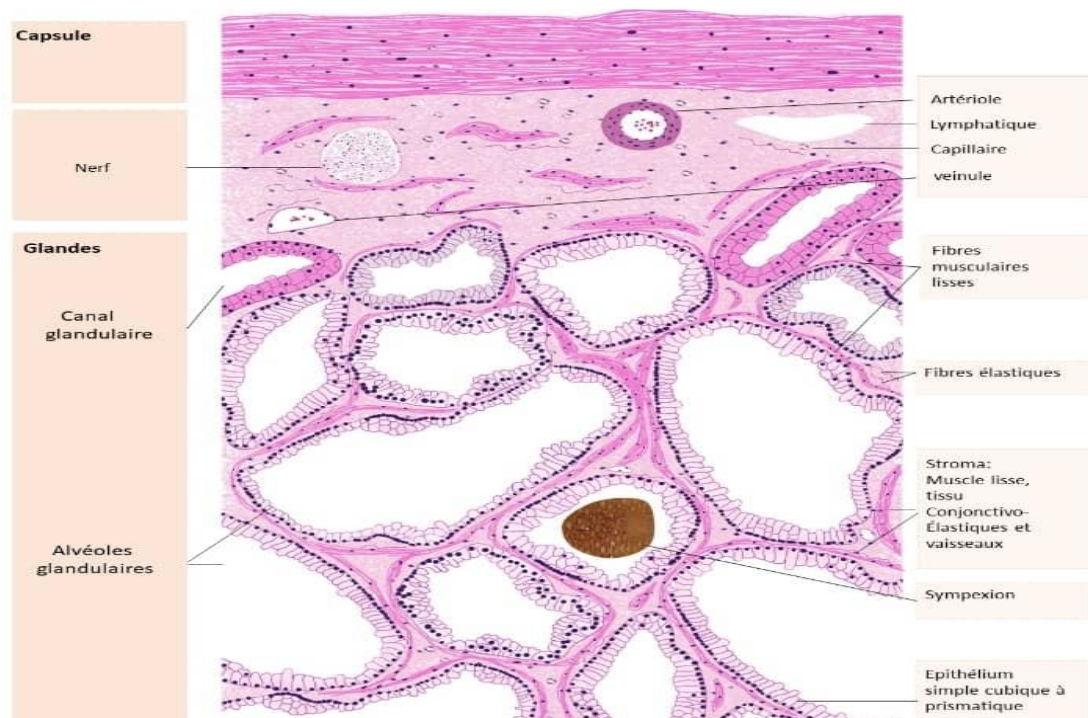


Figure 3 : Coupe Histologique de la prostate.

2. Épidémiologie :

Le cancer de la prostate est l'un des cancers masculins les plus fréquents. Il se manifeste exceptionnellement avant 50 ans. Avec plus de 1.400.000 nouveaux cas dans le monde en 2020, le cancer de la prostate est le cancer masculin le plus fréquent dans le monde, excepté en Asie (Globocan 2020).

En France, l'incidence a presque triplée entre 1990 et 2015, plus de 65.000 nouveaux cas (1er cancer masculin) et 9.000 décès (3ème cause de mortalité par cancer) ont été estimés en 2020, et 1 homme sur 8 est aujourd'hui concerné par ce cancer, en faisant ainsi un enjeu majeur de santé publique.

Malgré une morbidité et une mortalité importante, seuls l'âge, l'origine ethnique et les antécédents familiaux de cancer de la prostate, facteurs non modifiables, sont reconnus comme facteurs de risque de ce cancer.

Ainsi, les priorités de recherche sont d'identifier des facteurs de risque modifiables de ce cancer avec un intérêt particulier pour les cancers agressifs, qui représentent environ 20% des cas, souvent chez des hommes plus jeunes.

De façon intéressante, des études de migrants ont montré que les taux d'incidence du cancer de la prostate de populations chinoises ou japonaises vivant aux Etats-Unis étaient beaucoup plus élevés que ceux observés dans leur pays d'origine suggérant un rôle possible de facteurs environnementaux (au sens large du terme) et/ou liés au mode de vie dans la survenue de ce cancer [3,11].

➤ **Incidence et Mortalité :**

L'incidence correspond au nombre total de nouveaux cas de cancer.

La mortalité correspond au nombre de décès causés par le cancer.

On estime qu'en 2023 :

25 900 hommes canadiens recevront un diagnostic de cancer de la prostate, ce qui représente 21 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les hommes en 2023 ;

4 900 hommes canadiens mourront d'un cancer de la prostate, ce qui représente 10 % de tous les décès par cancer chez les hommes en 2023 ;

En moyenne, chaque jour, 71 hommes canadiens recevront un diagnostic de cancer de la prostate et chaque jour, 13 hommes canadiens mourront d'un cancer de la prostate [12,13].

➤ **Age de survenue :**

L'âge est le principal facteur de risque identifié pour le cancer de la prostate. Ce risque est de 1% à 7% entre 50 et 64 ans, il monte de 14% à 26% entre 65 ans et 74 ans et enfin, les risques augmentent de 40% entre 75 ans et 79 ans jusqu'à atteindre 50% à partir de 80 ans [14].

➤ **La grande taille à l'âge adulte :**

La taille élevée des hommes serait aussi associée à une augmentation du risque de tumeur de la prostate, mais ce n'est probablement pas la taille elle-même qui est en cause (WCRF, 2018).

En effet, il est probable que ce soit les facteurs (vitesse de croissance durant l'enfance, génétique) conduisant à une croissance élevée qui soient en réalité responsables d'une augmentation du risque de cancer de la prostate [15].

➤ **Génétique et Antécédents familiaux**

Deux mutations génétiques, HOXB13 et BRCA2, sont associées au cancer de la prostate. Les mutations germinales du BRCA2 sont liées à un mauvais pronostic du cancer prostatique (Nombela, 2019). La mutation génétique BRCA2 est également impliquée dans l'augmentation du risque de cancer du sein ou de l'ovaire chez la femme. Des chercheurs étudient d'autres mutations génétiques susceptibles d'affecter le risque de cancer de la prostate [16].

➤ **Les antécédents familiaux de cancer de la prostate :**

Les antécédents familiaux de cancer de la prostate sont également un facteur de risque reconnu. Les hommes ayant des parents du premier ou deuxième degré atteints de cancer de la prostate ont un risque augmenté d'être également touchés par cette pathologie.

Plus le nombre de parents est important, et plus l'âge de leur diagnostic est précoce, plus le risque de cancer de la prostate augmente (Cussenot, 2004) [17].

➤ **Origine ethnique :**

L'origine ethnique est également un facteur de risque reconnu de cancer de la prostate : l'Afrique subsaharienne et les Antilles ont des incidences supérieures à la moyenne mondiale (Crawford, 2003).

Aux États-Unis, les hommes afro-américains ont 1,6 fois plus de risques de développer un cancer de la prostate que les hommes blancs. Ces tumeurs sont généralement découvertes à un stade plus avancé et un grade plus élevé [18].

3. Diagnostic :

3.1. Toucher rectal :

Le toucher rectal est indispensable dans la démarche de diagnostic préalablement à la prescription du dosage du PSA total [19]. **Un toucher rectal suspect est une indication de biopsies prostatiques même en cas de PSA « normal »** (< 4 ng/mL) puisqu'il a été montré qu'on pouvait observer près de 15 % de cancer de la prostate dont une proportion significative de lésions à haut risque [19].

3.2. PSA :

Le PSA est caractéristique de l'épithélium prostatique et non du cancer de la prostate.

Les méthodes de mesure du PSA n'amènent plus aujourd'hui à des variations importantes entre laboratoires.

En revanche, la mesure du PSA peut avoir des variations intra-individuelles significatives, ce qui justifie, avant de retenir une valeur de PSA, de confirmer la valeur après un délai d'une à deux (2) semaines minimums.

Le risque de cancer de la prostate augmente avec la valeur du PSA total.

Le PSA libre (le plus souvent utilisé sous la forme d'un ratio PSA libre/PSA total) n'a plus d'intérêt diagnostique au vu des modifications de la démarche diagnostique apportées par l'utilisation de l'IRM.

3.3. Imagerie :

a. Échographie :

L'échographie est peu sensible et peu spécifique pour la détection du cancer de la prostate. Elle n'a aucune place pour la détection et le bilan d'extension. Elle est utilisée pour l'évaluation du volume prostatique, l'évaluation du résidu post-mictionnel et pour le guidage des biopsies.

b. TDM :

En cas de maladie localisée, le scanner est actuellement supplanté par l'IRM dont les performances sont identiques pour l'extension ganglionnaire, mais reste indiqué en cas de contre-indication à l'IRM. En cas de maladie localement avancée ou de métastases ganglionnaires ou osseuses, le scanner reste utile pour détecter des métastases viscérales.

c. IRM :

Interprétation : Le compte rendu doit être détaillé avec :

- la mesure du volume prostatique et le calcul de la densité de PSA associée ;
- la description de chacune des zones suspectes (ou cibles) identifiées et analysées avec la dernière version du score PI-RADS disponible ;
- le bilan d'extension locorégional ;
- un schéma standardisé reprenant les cibles avec leur localisation et leur score de suspicion ;
- une planche résumée avec les images clefs nécessaire pour les biopsies ciblées.

d. Biopsies :

Réalisation des biopsies : Par voie transrectale, une anesthésie locale par bloc périprostatique à la lidocaïne à 1 % est recommandée.

Antiseptie cutanéomuqueuse : Une préparation rectale à la povidone iodée a est nécessaire lors de la réalisation de biopsies par voie transrectale pour réduire le risque infectieux. La préparation cutanée du périnée est aussi recommandée.

e. Anatomopathologie :

Données cliniques minimales : Les prélèvements (biopsies et pièces opératoires) doivent être adressés avec le taux de PSA sérique, les résultats de l'IRM, les traitements antérieurs (radiothérapie, traitement focal, traitement hormonal, inhibiteurs de la 5 alpha réductase), ainsi que :

- **pour les biopsies :** les données du toucher rectal, la notion de biopsies antérieures et leurs résultats, la cartographie des zones biopsiées ;
- **pour les pièces de prostatectomies :** les résultats des biopsies, la présence d'artéfacts chirurgicaux (incisions capsulaires).

Score de Gleason modifié :

La classification définie par Gleason en 1966 comportait 5 grades architecturaux allant de 1 à 5, dont la somme définissait 9 scores de 2 à 10. Ce système a été revu lors des conférences de consensus de l'International Society of Urological Pathology (ISUP), en 2005 puis en 2014, avec certaines précisions apportées récemment [5].

Grades de Gleason : Il existe 5 grades décrits (grade 1 à 5). En pratique, on n'utilise que les grades 3, 4 et 5.

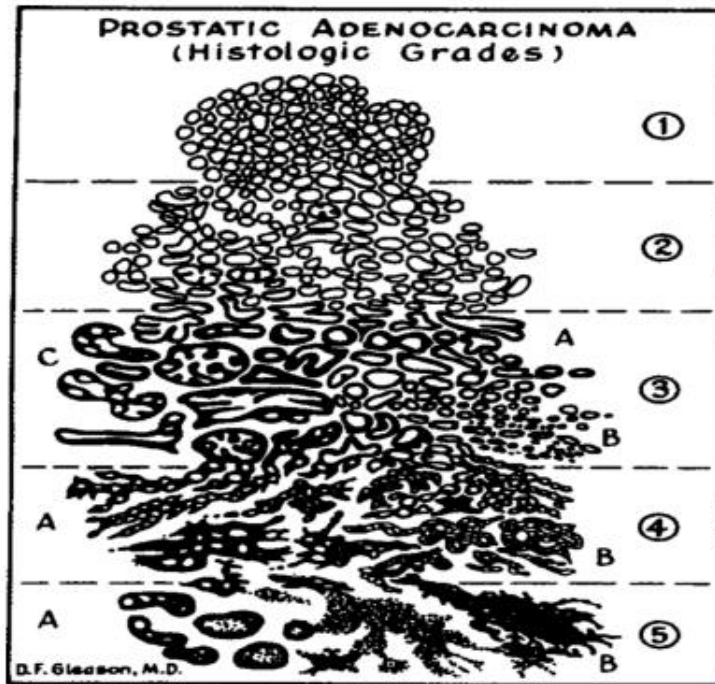


Figure 4 : schéma pour établir le grade de Gleason.

Grade 3 : Glandes séparées, bien formées de taille variable, irrégulièrement distribuées dans un stroma fibreux souvent abondant. Cellules amphophiles, ou claires avec un noyau augmenté de volume, un nucléole proéminent. Un cytoplasme spumeux ne fait pas augmenter le grade.

En pratique, si la plupart de la lésion est de grade 3, mais que de rares glandes mal formées entre GG3 peuvent être ignorés, en cas de doute entre GG3 et GG4 grade inférieur doit être favorisé et quelques glandes fusionnées peuvent être GG3.

Grade 4 : Foyer infiltrant de massifs cribriformes (petits ou grands) ou de glandes fusionnées mal formées aux lumières mal visibles ou trabéculaires. Ou aspect gloméruloïde. Cellules amphophiles ou claires avec un noyau augmenté de volume, un nucléole proéminent éosinophile.

En pratique, il est recommandé depuis l'Édition OMS 2016 de rapporter le pourcentage de grade 4. Il est conseillé de rapporter la présence de foyers cribriformes. Les aspects mucineux ne doivent pas être considérés comme grade

3 ou 4 de façon automatique, ils sont à grader selon leur architecture, mais semblent être moins agressifs que prévu.

En cas de lésion « borderline » (score de Gleason 3+3/3+4 ou 3+4/4+3) il est recommandé d'évaluer le pourcentage pour être plus précis, sur biopsie et pièce. Il n'y a pas de recommandation sur la façon d'évaluer.

Grade 5 : Le foyer infiltrant de nappes de cellules indépendantes, de massifs centrés de nécrose (comédocarcinoma) ou d'aspect en pseudo-rosettes. Cellules basophiles, ou noyau volumineux, parfois hyperchromatique avec un nucléole bien visible. Des mitoses peuvent être présentes.

➤ **Grade ISUP** : Le grade ISUP (International Society of Urological

Pathology) est, comme le score de Gleason, recommandé sur biopsie [20].

Meilleur reflet de la biologie du cancer de la prostate. Plus facile pour le patient.

Grade ISUP 1 : Excellent pronostic, pas de métastases ;

Grade ISUP 2 : Peu de risque métastatique ;

Grade ISUP 3 et 4 : Meilleure distinction entre les deux (2) groupes de score de Gleason 7 ;

Grade ISUP 4 : Meilleur pronostic que le grade ISUP 5 ; **Grade ISUP 5** : Pas besoin de distinguer les scores de Gleason 9 et 10.

NB : Le grade ISUP a été validé pour les biopsies, mais pas pour les prostatectomies.

f. Stadification :

Classifications :

-Classification TNM 2016 du cancer de la prostate [21].

- **T : Tumeur primitive**
 - **T0** : Tumeur primitive non retrouvée

- **T1** : Tumeur ni palpable au (TR) ou non visible en imagerie
- **T1a** : tumeur occupant moins de 5 % du tissu réséqué avec un score ISUP 1 ou absence de grade 4 ou 5.
- **T1b** tumeur occupant plus de 5 % du tissu réséqué ou un score ISUP > ou égal à 2 ou présence de grade 4 ou 5.
- **T1c** : Tumeur découverte par élévation du PSA et réalisation de biopsies.
- **T2 : Tumeur limitée à la prostate**
 - **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 prostate**
 - **T3a** : Extension extra-capsulaire uni- ou bilatérale.
 - **T3b** : Extension aux vésicules séminales uni- ou bilatérale.
- **T4 : Extension aux organes adjacents (sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée.**
- **N : Ganglions régionaux**
- **Nx** : Ganglions régionaux non évalués
- **N0** : Absence de métastase ganglionnaire régionale
- **N1** : Atteinte ganglionnaire régionale
- **N1mi** : Métastase ganglionnaire < ou égal à 0,2 cm (optionnel)
- **M : Métastases à distance**
 - **MX** : Métastases à distance non évaluées
 - **M0** : Absence de métastases à distance
- **M1 : Métastases à distance**
 - **M1a** : Atteinte des ganglions non régionaux

- **M1b** : Atteinte osseuse
- **M1c** : Autres sites avec ou dans atteinte osseuse

Tableau I : Classification de d'Amico :

Faible risque	PSA \leq 10 ng/ml, et score de gleason \leq 6, et stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20 ng/ml, ou score de gleason à 7, ou stade clinique T2b
Risque élevé	PSA > 20 ng/ml, ou score de gleason > 7 (8, 9 ou 10), ou stade clinique T2c

4. Traitement :

4.1. Les différentes modalités thérapeutiques :

Aujourd'hui on définit plusieurs programmes pour la prise en charge des CaP, les principaux sont la chirurgie (prostatectomie totale), la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie), la surveillance active (qui permet de différer la mise en route d'un traitement), l'hormonothérapie et la chimiothérapie dans de rares cas. Les traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres [22].

Selon l'état du patient, le type du cancer, son stade ou sa localisation, les traitements peuvent avoir pour but :

- De traiter la tumeur ou les métastases.
- De réduire le risque de récurrence après un traitement radical.
- De contrôler le développement de la tumeur ou des métastases.
- De traiter les symptômes engendrés par la maladie pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

a. Abstention - surveillance Attente vigilante :

L'attente vigilante est un moyen de surveiller le CaP qui ne cause aucun symptôme ou problème. Le but est de garder un œil sur le cancer à long terme et d'éviter le traitement sauf en cas de symptômes.

b. Prostatectomie totale (PT) :

La chirurgie du CaP (appelée prostatectomie radicale ou totale) vise à retirer toute la prostate ainsi que les vésicules séminales. Dans certains cas, les ganglions lymphatiques voisins sont également enlevés, on parle alors de curage ganglionnaire.

La chirurgie du CaP est une option pour certains patients avec un CaP localisé ou si la maladie s'est propagée dans la zone située juste à l'extérieur de la prostate « cancer localement avancé de la prostate ». La chirurgie peut parfois être indiquée pour traiter un cancer qui est réapparu après la radiothérapie (CaP récidivant).

La prostatectomie totale n'est pas très courante car cela peut augmenter le risque d'effets secondaires.

Les effets secondaires les plus courants de la chirurgie sont les troubles urinaires (incontinence urinaire) et les dysfonctions érectiles. Le risque de contracter ces effets secondaires dépend de l'état de santé général et de l'âge du patient. L'incontinence est fréquente tout de suite après l'opération et elle s'améliore généralement avec le temps (un à six mois après la chirurgie).

Les troubles de l'érection sont plus fréquents, notamment chez les sujets les plus âgés ou ayant une tumeur volumineuse.

c. Radiothérapie externe :

La radiothérapie vise à détruire les cellules cancéreuses de la prostate sans causer trop de dommages aux cellules saines. La radiothérapie par faisceau

externe est un traitement qui utilise un faisceau de rayons X à haute énergie dirigé vers la prostate depuis l'extérieur du corps.

Ces rayons X endommagent les cellules cancéreuses et les empêchent de se développer et de se propager à d'autres parties du corps. La radiothérapie endommage et tue les cellules cancéreuses, mais les cellules saines peuvent se réparer et récupérer plus facilement.

Indications :

La radiothérapie par faisceau externe est indiquée à tous les stades de la maladie, seule ou en association avec un traitement hormonal.

-Le **CaP localisé à risque faible.**

-Pour les formes localisées à risque intermédiaire, une hormonothérapie de courte durée (jusqu'à 6 mois) peut être associée à la radiothérapie.

-Le **CaP localement avancé à haut risque.**

-Le **CaP récidivant.**

-Une radiothérapie externe peut parfois compléter un traitement chirurgical et dans certains cas de cancers à haut risque.

-Une radiothérapie peut aussi être utilisée pour traiter des métastases osseuses.

Les effets secondaires :

La radiothérapie peut entraîner une incontinence, une impuissance, des problèmes urinaires et intestinaux, une fatigue, un rétrécissement de l'urètre, une obstruction lymphatique et une rétention d'eau, et par conséquent, des œdèmes [23].

d. Curiethérapie :

La curiethérapie est une forme de radiothérapie qui consiste à placer une substance radioactive (radio-isotope) directement dans la tumeur ou tout près, ce

qu'on appelle implant. Elle peut être proposer comme traitement d'une récurrence si le premier traitement utilisé pour traiter la tumeur à la prostate était la radiothérapie externe et si le cancer ne s'est pas propagé à d'autres parties du corps.

Indications :

La curiethérapie en monothérapie est réservée aux patients porteurs d'un cancer localisé de prostate de bon pronostic, c'est-à-dire lorsque les caractéristiques suivantes sont réunies :

- localisation intra-prostatique, tumeur classée au maximum au stade T2a (tumeur limitée à un lobe) - taux de PSA inférieur à 10 ng/ml - volume tumoral faible - cancer bien différencié (score de Gleason inférieur à 7) - volume de la glande prostatique inférieur à 50 cm³. - absence de troubles mictionnels francs qui pourraient se décompenser après implantation [24].

Les effets secondaires :

Des ecchymoses (bleus) au niveau des testicules et du pénis avec une sensibilité à la région du périnée, La présence de sang dans les urines, Une augmentation de la fréquence urinaire avec ou sans brûlures. Ces symptômes peuvent aussi être présents la nuit, Une irritation anale avec des selles molles ou du sang dans les selles [25].

e. Hormonothérapie :

Aussi appelée traitement par privation androgénique, pour traiter le cancer de la prostate qui récidive après une chirurgie ou une radiothérapie. C'est le traitement principal du cancer de la prostate qui récidive hors de la région de la prostate. Elle réduit les taux d'hormones ou bloque certaines hormones dans le but de ralentir la croissance et la propagation des cellules cancéreuses. On peut administrer seulement une hormonothérapie ou l'associer à une radiothérapie. Si un type d'hormonothérapie n'est pas efficace, on peut alors en essayer un autre.

On peut administrer une seule hormonothérapie ou en associer dont celles-ci :

- analogue de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LHRH);
- antagoniste de la LHRH;
- antiandrogène;
- inhibiteur de la synthèse des androgènes;
- orchidectomie (chirurgie pour enlever les testicules) [26].

Effets secondaires :

Les principaux effets indésirables des traitements hormonaux sont une perte de libido, une impuissance, des bouffées de chaleur, des changements d'humeur, une ostéoporose, une faiblesse musculaire, un développement excessif des seins (gynécomastie), une résistance à l'insuline, une augmentation de la tension artérielle et une dyslipidémie

De façon plus rare : une chute de cheveux, une baisse de la production de cellules sanguines et une diminution des fonctions cognitives [26].

f. Chimiothérapie :

La chimiothérapie peut être une option pour le cancer de la prostate qui récidive hors de cet organe. On a recours à des médicaments anticancéreux pour détruire les cellules cancéreuses.

Le Docetaxel et la prednisone sont les médicaments les plus souvent administrés. On les associe à l'hormonothérapie.

On administre la chimiothérapie dans une veine (perfusion) et c'est une forme de traitement systémique. Cela signifie que les médicaments circulent dans le sang pour atteindre et détruire les cellules cancéreuses dans tout le corps, dont celles qui auraient pu se détacher de la tumeur primitive de la prostate.

La chimiothérapie est administrée par cycles. Chaque période de traitement est suivie d'une période de repos pour donner au corps le temps de se rétablir. Un cycle dure souvent 3 semaines, avec une perfusion aux 3 semaines [26].

Comme dit plus haut, **la chimiothérapie n'est pas le traitement de première intention dans le cancer de la prostate** ; elle est cependant toutefois effectuée lorsque le cancer a atteint un stade métastatique avancé, lorsque l'hormonothérapie n'est pas suffisante pour contrôler la maladie.

Indications :

Une chimiothérapie peut être indiquée pour traiter le CaP métastatique ; dans certaines situations cliniques, elle peut parfois être associée à une hormonothérapie.

En effet, après un premier traitement de longue durée par hormonothérapie standard, la tumeur s'adapte progressivement et échappe au blocage hormonal. Après plusieurs mois à quelques années, ce traitement devient totalement inefficace. On parle alors de CaP résistant à la castration et de nouvelles molécules, notamment de chimiothérapie, peuvent être prescrites pour traiter la maladie.

Chimiothérapies disponibles :

Il existe deux principaux médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter le CaP : le Docetaxel (Taxotere ®) et le Cabazitaxel (Jevtana ®).

• Docétaxel (Taxotere ®) :

Le Docetaxel est la chimiothérapie la plus couramment utilisée chez les patients atteints d'un **CaP métastatique résistant à la castration**. [26].

• Cabazitaxel (Jevtana ®) :

Il est indiqué pour le **CaP avancé** qui a cessé de répondre à l'hormonothérapie standard et si le patient a déjà reçu du Docetaxel. Il s'agit d'un traitement de deuxième intention, car il est utilisé si le malade a subi déjà une chimiothérapie auparavant.

Effets secondaires :

Les effets secondaires de la chimiothérapie dépendent surtout du type de médicament, de la dose, de la façon de l'administrer et de votre état de santé global. Voici certains effets secondaires courants des agents chimiothérapeutiques administrés pour le cancer de la prostate : nausées et vomissements; diarrhée; nombre peu élevé de cellules sanguines (aplasie médullaire); fatigue; perte de poils et de cheveux; douleur dans la bouche et maux de gorge; perte d'appétit.

La plupart d'entre eux sont temporaires et disparaîtront progressivement après la fin du traitement [39].

g. Suppression androgénique (SAd) :

Tableau II : Modalités de castration pour suppression androgénique (SAd).

Modalités	Castration	Limitations
Orchidectomie Pulpectomie	En 12 Heures	Irréversible
Agoniste LHRH Gosereline Leuprorelina Triptoreline	2-4 semaines	10-15 % de résistance primaire Flambée par pic initial de testostérone exceptionnellement symptomatique (Fortes masses tumorales, symptômes préexistants)
Antagoniste LHRH Degarelix Relugolix	En 48-72 heures	Injections mensuelles Oral non disponible

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service d'oncologie hématologie au CHU du POINT-G

Description du service d'Hématologie-Oncologie Médicale du CHU point-G :

- Le service dispose de :
 - 06 chambres doubles : 12 lits ;
 - 03 chambres simples : 3 lits ;
 - Des salles pour hospitalisation du jour :17 fauteuils et 05 lits ;
 - 02 salles de consultation médicale ;
 - 02 salles de consultation de chimiothérapie ;
 - 01 salle de réunion ;
 - 01 salle de consultation psychologique ;
 - 01 salle de pansement ;
 - 01 salle de préparation de chimiothérapie ;
 - 01 salle de consultation soins palliatifs ;
 - 01 salle infirmière ;
 - Des bureaux de médecins ;
 - Le bureau du major ;
 - Une salle d'accueil ;
 - Une salle d'archive ;
 - Une salle d'interne ;
- Le personnel comprend :
 - Un Médecin hématologue (chef de service d'hématologie)
 - Quatre (4) Médecins Oncologues (dont le chef de service d'oncologie médicale)

- Deux médecins généralistes contractuels
- Cinq (5) infirmiers dont le major du service ;
- Cinq (5) aides-soignants ;
- Cinq (5) manœuvres ;
- A ceux-ci s'ajoute les médecins en cours de spécialisation en Hématologie Clinique, les étudiants, les stagiaires des différentes écoles de formation sanitaire.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur le suivi des patients atteints du cancer de la prostate sous chimiothérapie.

3. Période d'étude :

L'étude s'est étendue sur période de 5 ans allant du 2 février 2018 au 2 février 2023.

4. Population d'étude :

La population d'étude était les patients atteints de cancer de la prostate sous chimiothérapie venus pour leur rendez-vous au service d'Oncologie - Hématologie au CHU POINT-G

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude

Tous les cas de cancer prostatique sous chimiothérapie pendant la période d'étude ayant donné leur consentement

6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les cas du cancer prostatique suivant un traitement autre que la chimiothérapie
- Tous dossiers médicaux incomplets

7. Méthode de recueil des données : Les données ont été recueillies sur la base

d'un questionnaire préétabli, Les dossiers médicaux des patients et les registres de chimiothérapie.

8. Saisie et analyse des données :

Nous avons saisi des textes et des tableaux sur le logiciel Microsoft Office 2016. Les données ont été collectées et analysées sur le logiciel SPSS 29.0

9. Considération éthique :

Les principes fondamentaux de la recherche médicale ont été respecté :

- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche.
- Le principe de l'innocuité de la recherche.
- La confidentialité.

RESULTATS

V- RESULTATS

1. Prévalence :

Durant notre étude, nous avons collecté **50 dossiers de patients** atteints de cancer de la prostate ayant réalisés au total **277** chimiothérapies sur un total de **8982** soit une prévalence de **3,08%**.

2. Age :

Tableau III : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 50 ans	4	8
50 à 60 ans	8	16
61 à 70 ans	16	32
71 ans et plus	22	44
Total	50	100

La tranche d'âge de 71 ans et plus était la plus représentée avec 44%.

L'âge moyen était de 67,50 +/- 9,89 ans avec des extrêmes de 42 et 87 ans.

3. Statut matrimonial :



Figure 5 : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Dans notre étude, 98% des patients étaient mariés.

4. Profession :

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	18	36
Ouvrier	11	22
Informaticien	2	4
Enseignant	4	8
Retraité	6	12
Autres	9	4
Total	50	100

Les cultivateurs représentaient 36% de nos patients.

5. Provenance :

Dans notre étude, 32 patients étaient domiciliés à Bamako soit 64% et 36% résidaient dans les régions.

6. Ethnie :

Tableau V : Répartition des patients selon l'éthnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	18	36
Sarakolé	9	18
Malinké	7	14
Peulh	4	8
Sénoufo	4	8
Bobo	1	2
Autres	6	12
Total	50	100

L'éthnie bambara était majoritaire dans 36% des cas

7. Mode d'admission :

Seulement 3 patients sont venus d'eux-mêmes. Le reste était référé par un médecin.

8. Durée de la maladie :

Tableau VI : Répartition des patients selon la durée de la maladie

Durée de la maladie	Effectif	Pourcentage (%)
< 1 an	8	16
Entre 1 et 2 ans	35	70
> 3 ans	7	14
Total	50	100

Dans 70 % des cas, la maladie avait durée entre un et deux ans.

9. Antécédents :

Antécédents familiaux :

Les antécédents Familiaux de cancers ont été retrouvé chez seulement 5 patients.

10. Organes atteints :

Tableau VII : Répartition des patients selon les localisations secondaires

Localisations secondaires	Effectif (n=123)	Pourcentage (%)
Os	28	22,7
Foie	25	20,3
Poumons	20	16,2
Vessie	15	12,1
Os + Foie	12	9,7
Rectum	10	8,1
Poumons + Foie	8	6,5
Os + Vessie	5	4,4

L'os était l'organe majoritairement atteint dans 22,7% des cas

11. Histologie :

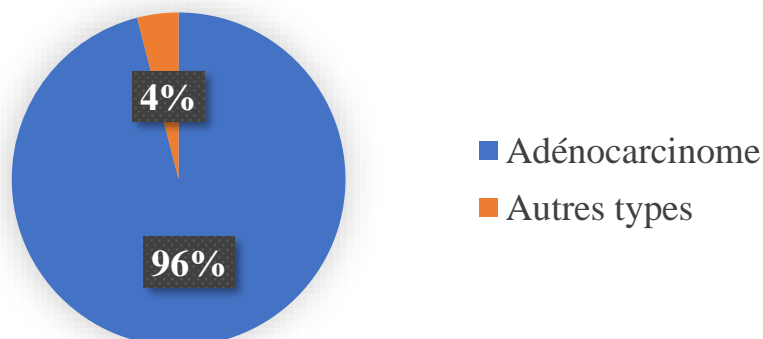


Figure 6 : Répartition des patients selon l'histologie

Le résultat de l'histologie était en faveur de l'adénocarcinome dans 96% des cas.

Autres types : Léiomyosarcome, rhabdomyosarcome.

12. Score de Gleason :

Tableau VIII : Répartition des patients selon le score de Gleason

Score de Gleason	Effectif	Pourcentage (%)
6	10	20
7	18	36
8	15	30
9	5	10
10	2	4
Total	50	100

Les scores de Gleason 7 et 8 étaient majoritaires dans 66% des cas.

13.Type de traitement antérieur :

Tableau IX : Répartition des patients selon le type de traitement antérieur

Type de traitement antérieur	Effectif (n=111)	Pourcentage (%)
Hormonothérapie	32	29
Adénomectomie	30	27
Castration chirurgicale	15	13,4
Radiothérapie	9	8,1
Hormonothérapie+ Castration chirurgicale	7	6,3
Aucun traitement	6	5,4
Chimiothérapie	3	2,7
Prostatectomie	3	2,7
Hémorroïde opéré	2	1,8
Prostatectomie+ Radiothérapie	2	1,8
Hormonothérapie+ Prostatectomie	1	0,9
Radiothérapie+ Chimiothérapie	1	0,9

Près de 29% des patients avait subi une hormonothérapie. La totalité des patients étaient non satisfait des traitements antérieurs soit 100% (44/44)

14. Mode de diagnostic :

Tableau X : Répartition des patients selon le mode de diagnostic

Mode de diagnostic	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Pièces d'adénomectomie	30	60
Pièces de Biopsie	17	34
Pièces de Prostatectomie	3	6
Total	50	100

La pièce d'adénectomie était le mode de diagnostic prédominant dans 60% des cas.

15. Bilan d'extension :

Tableau XI : Répartition des patients selon la TDM thoraco abdominale pelvienne à l'entrée

TDM thoraco abdominale pelvienne à l'entrée	Effectif	Pourcentage (%)
Localisation à distance	43	86
Atteinte loco-régionale	7	14
Total	50	100

La TDM thoraco abdominal pelvienne était anormale à l'entrée dans 86% des cas.

16. Classification TNM des patients à l'admission :

Tous les patients étaient vus à un stade tardif T4M1 Parfois N0

17. PSA à l'entrée :

Tableau XII : Répartition des patients selon le PSA à l'entrée

PSA a l'entrée	Effectif	Pourcentage (%)
Entre 5 - 100	17	34
PSA > 100	33	66
Total	50	100,0

A l'entrée la PSA compris entre 5 et 100 dans 66% des cas.

18. Médicament de la chimiothérapie :

Docetaxel et le Paclitaxel étaient les médicaments les plus utilisés. Avec parfois une association Docetaxel + Acide Zoledronique.

19. Effets secondaires :

Tableau XIII : Répartition des patients selon les effets secondaires des médicaments.

Effet secondaire	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Troubles digestifs	32	64
Asthénie	21	42
Alopécie	11	22
Neutropénie	9	18
Neuropathie périphérique	7	14

Les troubles digestifs étaient les effets secondaires majoritairement signalés dans 64% des cas.

NB : Certains patients ont présenté plus de deux effets secondaires.

20. Effets secondaires en fonction des médicaments

Tableau XIV : Répartition des effets secondaires en fonctions des médicaments.

Effets secondaires	Médicaments			
	Docetaxel	Paclitaxel	Effectif	%
Troubles digestifs	20	12	32	64
Asthénie	11	10	21	42
Alopécie	4	7	11	22
Neutropénie	7	2	9	18
Neuropathie périphérique	2	5	7	14

Nous avons observé les signes digestifs sont plus fréquent avec l'utilisation de Docetaxel.

21. Effets secondaires en fonction du délai d'apparition

Tableau XV : Répartition des effets secondaires en fonctions du délai d'apparition

Effet secondaires	Délai d'apparition			Effectif
	3 mois	6 mois	12 mois	
Signes digestifs	20	0	12	32
Asthénie	11	4	6	21
Alopécie	2	5	4	11
Neutropénie	4	1	4	9
Neuropathie périphérique	2	1	4	7

Nous avons observé que la majorité des patients ont eu des effets secondaires dès la 1^{ère} cure. (39/50)

22. Gestion des effets secondaires :

Les effets secondaires ont été gérés par les antidotes classiques.

23. Nombre de cure :

Tableau XVI : Répartition des patients selon le nombre de cure

Nombre de cure	Effectif	Pourcentage (%)
0 à 5	11	22
6 à 10	36	72
11 et plus	3	6
Total	50	100

Le nombre de cure était compris entre 6 et 10 dans 72% des cas.

22. Evolution clinique sur 12 mois :

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'évolution de l'état général

Etat général	Durée		
	03 mois	06 mois	12 mois
Bon	7	8	16
Passable	13	20	25
Mauvais	30	21	8
Décès	0	1	1

Au cours d'une année de suivi, nous n'avons observé une nette amélioration de l'état général des patients.

23. Evolution Biologique sur 12 mois :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon l'évolution des paramètres biologiques

Paramètre	Durée		
	03 mois	06 mois	12 mois
PSA > 100	22	18	11
PSA : 5-100	23	20	9
PSA < 5	5	12	30
Testostéronémie :			
élevée	5	6	6
Normale	30	29	29
Presque Nulle	15	15	15

On observe une nette régression du PSA dans le temps (Soit un taux de PSA < 5 chez 30 patients à 12 mois de surveillance)

La testostéronémie au fil du temps n'a pas réellement évolué.

24. Evolution Radiologique sur 12 mois :

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'évolution des paramètres radiologiques

TDM-TAP	Durée		
	03 mois	06 mois	12 mois
Progression lésionnelle	22	13	11
Régression lésionnelle	23	25	30
Stationnaire	5	12	9

On observe une bonne régression lésionnelle au fil du temps

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Limites et difficultés :

Nous avons mené une étude descriptive, analytique à caractère rétrospectif du 2 février 2018 au 2 février 2023, soit 05 ans. L'étude a porté sur le suivi des patients atteints du cancer de la prostate sous chimiothérapie dans le service d'oncologie hématologie du CHU point G.

Nos difficultés rencontrées sont :

- Le manque d'information dans les dossiers des patients.
- Nous n'avons pu suivre la chimiothérapie que chez les 50 patients sur une (1) année dans les dossiers.

2- Fréquence :

Durant notre étude, nous avons colligé 50 dossiers de patients atteints de cancer de la prostate ayant réalisés 277 chimiothérapies sur un total de 8982 soit une prévalence de 3,08%.

Cette prévalence peut s'expliquer par le fait que, la chimiothérapie n'intervient pas en première intention dans le traitement du cancer de la prostate.

3- Caractéristiques socio-démographiques :

➤ L'âge :

Durant notre étude, la tranche d'âge de 71 ans et plus était la plus représentée avec 44%. L'âge moyen était de $67,50 \pm 9,89$ ans avec des extrêmes allant de 42 et 87 ans. Ce résultat est similaire à ceux de Gueye SM au Sénégal en 2013 et de Ambroise à Douala au Cameroun en 2023 qui ont retrouvé respectivement un âge moyen de 71 ans et 68 ans [27, 28]. Ce qui confirme que la moyenne d'âge de survenu de ce cancer n'a pas évolué depuis une décennie.

Le cancer de la prostate est associé au vieillissement. En général, il affecte les hommes de plus de 50 ans et sa prévalence augmente avec l'âge.

Il est extrêmement rare qu'il survienne avant l'âge de 40 ans ; lorsque cela arrive, c'est habituellement en raison des facteurs génétiques [5,6].

➤ **Statut matrimonial :**

Nos patients étaient mariés dans 96 des cas. Dans une analyse des données du registre du cancer SEER, Aizer et al ont examiné la relation entre l'état matrimonial et la survie au cancer de la prostate [29].

Ils ont observé que, par rapport aux hommes non-mariés, les hommes mariés étaient moins susceptibles de présenter une maladie à un état métastatique et de mourir des suites d'un cancer de la prostate, tandis qu'ils étaient plus susceptibles de recevoir une thérapie pour soigner ce cancer.

Une méta-analyse de Guo et al. Suggérait que le fait de ne pas être marié était globalement associé à un plus mauvais pronostic concernant la mortalité et la survie, toutes-causes ou spécifique, chez les patients diagnostiqués avec un cancer de la prostate [30].

➤ **Profession :**

Dans notre étude, 36% des patients étaient des cultivateurs.

Plusieurs études documentent également un risque accru de cancer de la prostate chez les fermiers. Ceci pourrait être attribuable à l'exposition à certains pesticides [31].

4- Données spécifiques :

Les antécédents Familiaux de cancers ont été retrouvé chez seulement 5 patients, soit 10%.

Le fait d'avoir des antécédents familiaux de cancer de la prostate a également été associé au risque de cancer de la prostate [32]. Ce risque est d'autant plus élevé si le parent atteint d'un cancer de la prostate est un parent au premier ou deuxième degré, particulièrement un père ou un frère.

Hormonothérapie était le **traitement antérieur** le plus représenté dans 29 % des cas. Notre résultat est supérieur à celui de Niasan K. qui a trouvé un antécédent d'adénomectomie chez 25,1% des patients [33].

5- Données paracliniques :

➤ Histologie :

Dans 96 % des cas, l'histologie a ramené un adénocarcinome. Ce résultat vient affirmer les données de la littérature qui trouve que dans 90 % des cas, l'histologie du cancer de la prostate est un adénocarcinome. Celui-ci se développe préférentiellement dans la partie périphérique de la prostate par opposition à la zone de transition où se développe l'hyperplasie bénigne. Le carcinome neuroendocrine est très rare, et la forme de sarcome prostatique est exceptionnelle [34].

➤ Score de Gleason :

Les scores de Gleason 7 et 8 étaient majoritaires dans 66% des cas avec spécifiquement 15 patients Gleason 8 soit 30%.

Ainsi, les tumeurs sont traditionnellement catégorisées en deux groupes : le groupe dit « **de bas-grade** » ou non-agressif qui correspond aux tumeurs ayant un score de Gleason inférieur ou égal à 7 avec un grade primaire de 3 et un grade secondaire de 4 (7 [3+4]), tandis que le groupe « **de haut-grade** » ou agressif, identifie les tumeurs ayant un score supérieur à 7 ou égal à 7 [4+3]. [35, 36].

Néanmoins, dans le but premier de faciliter la comparaison des résultats entre différentes études, et en cas d'absence d'informations concernant les grades primaires et secondaires, des chercheurs ont récemment recommandé l'utilisation d'un score de Gleason supérieur ou égal à 8 pour définir un cancer de la prostate agressif [37].

➤ PSA :

A l'entrée la PSA était anormale chez tous les patients.

Après chimiothérapie, nous observons une nette régression du PSA dans le temps avec un taux < 5 ng/ml chez 30 patients (60%) à 12 mois de surveillance.

Le dosage sanguin du PSA est le deuxième élément fondamental du diagnostic. La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le PSA se situe en dessous de 4 nano-grammes par ml (ng/ml). Ce taux peut être influencé par le toucher rectal, l'activité sexuelle (abstinence sexuelle 48 H avant le dosage), une course en vélo.

Le suivi du dosage du PSA sera utile pour évaluer l'efficacité du traitement. Aussi, après traitement, la remontée du taux sanguin de PSA détecte la rechute du cancer.

6- Données thérapeutiques :

Docetaxel et le Paclitaxel étaient les médicaments utilisés dans le service ; avec parfois une association Docetaxel + Acide Zoledronique ou Paclitaxel + Acide Zoledronique.

L'acide Zoledronique était utilisé contre les métastases osseuses.

Dans la littérature, la chimiothérapie du cancer de la prostate est administrée par voie intraveineuse. Les deux molécules utilisées sont le Docetaxel et en cas d'échec, le Cabazitaxel [38].

Les effets secondaires de la chimiothérapie dépendent surtout du type de médicament, de la dose, de la façon de l'administrer et de l'état de santé global du patient. Ainsi dans notre étude, les signes digestifs étaient les effets secondaires majoritairement signalés dans 64% des cas. Ce résultat est confirmé par la littérature [39].

Les principales séries ont montré que les effets secondaires sont modérés. Il faut toutefois les resituer dans leur contexte. Il peut être difficile de faire accepter à

un patient, dont l'espérance de vie est très réduite et qui ne sera pas guéri par le traitement, de supporter des troubles sensitifs, des nausées, des diarrhées, des vomissements ainsi qu'une chute de cheveux ou une anorexie qui surviennent dans 15 à 65 % des cas [39, 40].

D'autant plus que les effets sur l'amélioration des douleurs ne sont pas évidents. Par ailleurs, la surveillance régulière d'une neutropénie, qui survient dans plus de 40 % des cas, impose des prises de sang itératives qui entravent probablement la qualité de vie [39, 40].

Enfin, il faut justement réévaluer les impacts de ce traitement sur cette qualité de vie. Les auteurs ont rapporté que dans deux tiers des cas la qualité de vie est stable voire améliorée sous Docetaxel [39].

Evolution :

Au cours d'une année de suivi, nous n'avons observé :

- une bonne amélioration de l'état général chez 32% des patients à 12 mois.
- une nette régression du PSA dans le temps (Soit un taux de PSA < 5) chez 30 patients (60%) à 12 mois de surveillance.
- une bonne régression lésionnelle à l'imagerie au fil du temps chez 30 patients soit 60%.

Par ailleurs, la testostéronémie n'a pas réellement évolué et nous avons déploré deux (02) cas décès au cours du traitement.

La chimiothérapie par Docetaxel a montré un bénéfice sur la qualité vie de nos patients.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION :

Au terme de notre étude, il ressort le cancer de la prostate est un cancer peu fréquent dans le service d'oncologie-hématologie médicale au CHU Point-G.

Le traitement de ce cancer a connu une avancée majeure avec l'avènement du Docetaxel. C'est le premier traitement ayant fait preuve d'efficacité sur la survie globale de nos patients.

C'est un cancer touchant en majorité les hommes du troisième âge. L'adénocarcinome était le type histologique prédominant.

Docetaxel était le médicament le plus utilisé et les signes digestifs étaient les principaux effets secondaires rencontrés. On observe une diminution du taux de PSA et une régression lésionnelle à l'imagerie.

Ainsi, la chimiothérapie doit être préconisée dans les cancers métastatiques symptomatiques vu qu'elle a prouvé son efficacité dans notre série.

VIII- RECOMMANDATIONS :

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

Au ministère en charge de la santé :

- Créer une unité de dépistage, et du traitement du cancer de la prostate.
- Mettre à la disposition du service d'oncologie Point-G des locaux et des moyens matériels permettant une meilleure prise en charge des patients.
- Faciliter l'accès aux différentes molécules utilisées en chimiothérapie.

A l'administration du Point-G :

- Doter le service d'oncologie en matériels adéquats.

A la population :

- Consulter dès l'apparition des premiers signes (pollakiurie nocturne, dysurie, faiblesse du jet urinaire).
- Ne plus considérer la pathologie urogénitale comme un sujet tabou.

Aux praticiens Urologues et oncologues :

- Informer les accompagnants du patient de la nécessité et de l'utilité de la chimiothérapie.
- Encourager la collaboration entre urologues et oncologues.
- Sensibiliser les patients sur les effets secondaires de la chimiothérapie.

Aux étudiants faisant fonction d'internes :

- Rédiger avec le maximum de soins les dossiers des patients en tenant compte de la surveillance.

REFERENCES

IX- REFERENCES :

1. Ouattara R. Cancer de la prostate : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, et pronostiques au CHU YALGADO OUEDRAOGO à propos de 53 cas [Thèse méd. N°191]. OUAGADOUGOU; 2011. P165
2. Mistry S, Mayer W, Khavari R, Ayala G et Milles B : Who's too old to screen? Prostate Cancer in elderlymen. Canadian Urological Association Journal 2009; 3(3): 205-210.
3. Globocan 2020 : Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site, The Global Cancer Observatory - All Rights Reserved - March, 2021.
4. International Association of Cancer Registries. c/o International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2018 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. Internal agency for research on cancer; 2018.
5. Bangbayaola BE. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la prostate au Mali de 2016 à 2020 : Données du registre des cancers Thèse de Médecine. Bamako Mali USTTB, 2022, 82p.
6. Giorgio Gandaglia et al. Epidemiology and Prevention of Prostate Cancer ; Source Eur Urol Oncol. 2021 Dec;4(6):877-892.doi: 10.1016/j.euo.2021.09.006. Epub 2021 Oct 26.
7. HAS-INCa. Les traitements du cancer de la prostate, collection Guides patients Cancer info. Novembre, 2010. P78.
8. Pr Alexandre de la Taille. Cancers de la prostate : les traitements du cancer métastatique. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer édition : février 2023.
9. Atlas d'anatomie Humaine 6^{ème} Edition, 2015 Frank H. Netter. Elsevier-Masson.
10. Histologie et Pathologie des organes. Université de Montpellier <https://doc-pedagogie.umontpellier.fr> › histologie LV

11. Melissa Sawaya. Inflammation chronique et cancer de la prostate : rôle des infections, des maladies de l'appareil urinaire et rénal et influence des gènes de l'inflammation ou de réponse aux infections dans ces associations ? Projet de thèse en Epidémiologie sous la direction de Florence Menegaux université Paris-Saclay <https://www.theses.fr>
12. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. Canadian Cancer Statistics 2021. Canadian Cancer Society ; 2021.
13. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. Canadian Cancer Statistics 2023. Canadian Cancer Society ; 2023 : <https://cancer.ca/en/research/cancer-statistics>.
14. Dr Aude FLECHON, Département Prévention Cancer Environnement, Centre Léon Bérard Lyon. Mise à jour le 18 juil. 2022
15. Ariella R Korn 1, Jill Reedy 2 et al. The 2018 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Score and Cancer Risk: A Longitudinal Analysis in the NIH-AARP Diet and Health Study ; Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2022 Oct 4; 31(10):1983-1992. Doi : 10.1158/1055-9965.EPI-22-0044.
16. Nombela P, Lozano R, Aytes A, Mateo J, Olmos D, Castro E, et al. BRCA2 and Other DDR Genes in Prostate Cancer. Cancers (Basel). 2019 ; 11(3) : e352.
17. Olivier Cussenot et Géraldine Cancel-Tassin. Facteurs de risque génétiques pour le cancer de la prostate Med Sci (Paris) Volume 20, Number 5, Mai 2004 P. 562 - 568
18. Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. Urology. 2003 Dec 22;62(6 Suppl 1):3-12. doi: 10.1016/j.urology.2003.10.013. PMID: 14706503.

19. Digital Rectal Examination Remains an Important Screening Tool for Prostate Cancer European Urology, Volume 54, Issue 3, September 2008, Pages 483-484
20. Epstein JI, Egevad L, Amin MB, Delahunt B, Srigley JR, Humphrey PA, et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: definition of grading patterns and proposal for a new grading system. Am J Surg Pathol 2016;40(2):244—52.
21. G. Ploussard, G. Fiard, E. Barret et al. Recommandations du comité de cancérologie de l'Association Française d'Urologie - actualisation 2022-2024 : cancer de la prostate - diagnostic et prise en charge de la maladie localisée Progrès en Urologie Volume 32, Issue 15, November 2022, Pages 1275-1372
22. Denmeade SR, Isaacs JT. A history of prostate cancer treatment. Nature Reviews Cancer. 2002 May ; 2(5) : 389–96.
23. Cancer de la prostate : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de European Society of Medical Oncology (ESMO) - v.2014.1 P.58 : www.esmo.org
24. Lee WR et al., Cancer, 2003, 98(9), 1987-94.
25. La curiethérapie à haut débit de dose pour traiter votre cancer de la prostate, Projet d'éducation à la santé du CHUM, mai 2013, 4 005 078. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2018 santeestrie.qc.ca Juin 2019 – 1-6-70530
26. Adult Treatment Editorial Board. Prostate Cancer Treatment National Cancer Institute ; 2020: <https://www.cancer.gov/>
27. Gueye SM, Ouattara A, Niang L, Ndoye M, Jalloh M, Labou M et al. Cancer de la prostate : quelle prise en charge au Sénégal ? Progrès en urologie. 2013 ; 23(1) : 36-41

28. Ambroise, N., Flora, S. A. J., Florent, T. M. J. G., Sabine, E. M. B., Etienne, A. O., Esther, D. B. M., Paul, E. J. Epidemiology and diagnosis of prostate cancer : a study in the city of Douala (Cameroon). *health sciences and disease*, 2023 ; 24 (7)
29. Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., ... & Nguyen, P. L. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31), 3869.
30. Guo Z, Gu C, Li S, Gan S, Li Y, Xiang S, Gong L, Wang S (2020) Association between Marital Status and Prognosis in Patients with Prostate Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Urol J* 10.22037/uj.v16i7.6197.
31. Pardo, L. A., Beane Freeman, L. E., Lerro, C. C., Andreotti, G., Hofmann, J. N., Parks, C. G., ... & Koutros, S. (2020). Pesticide exposure and risk of aggressive prostate cancer among private pesticide applicators. *Environmental Health*, 19(1), 1-12.
32. Schottenfeld, D., & Fraumeni Jr, J. F. (Eds.). (2006). *Cancer epidemiology and prevention*. Oxford University Press.
33. Niasan N K. Cancer de la prostate : modifications cliniques, biologiques et qualité de vie après castration au service d'urologie du CHU Point-G. [Mémoire de médecine]. Bamako, Mali : USTTB, 2023.
34. Item 307 (Item 156) – Cancer de la prostate Collège Français des Urologues UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone 2014.
35. Chan, June M., et al. "Plasma selenium, manganese superoxide dismutase, and intermediate-or high-risk prostate cancer." *Journal of clinical oncology* 27.22 (2009): 3577.
36. Wright, J. L., Salinas, C. A., Lin, D. W., Kolb, S., Koopmeiners, J., Feng, Z., & Stanford, J. L. (2009). Prostate cancer specific mortality and Gleason 7 disease differences in prostate cancer outcomes between cases with Gleason 4+ 3 and Gleason 3+ 4 tumors in a population based cohort. *The Journal of urology*, 182(6), 2702-2707.

37. Hurwitz, L. M., Freeman, L. E. B., Andreotti, G., Hofmann, J. N., Parks, C. G., Sandler, D. P., ... & Koutros, S. (2023). Joint associations between established genetic susceptibility loci, pesticide exposures, and risk of prostate cancer. *Environmental Research*, 237, 117063.
38. S. J. Drouin, M. Rouprêt et al. Chimiothérapie du cancer de la prostate ; La Presse Médicale. Volume 37, Issue 5, Part 2, May 2008, Pages 814-820
39. Chimiothérapie en phase précoce d'hormonorésistance des cancers de prostate métastatiques : quelles indications ? Progrès en urologie (2010) 20 Suppl. 3, S192-S197
40. Timsit MO, Lebret T, Mejean A. [Chemotherapy of hormonorefractory and hormone-resistant metastatic prostate cancer]. *Prog Urol* 2008;18 (Suppl 7):S365-75.

ANNEXES

X- ANNEXES

1. FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Diallo

Prénom : Fatoumata

Email : fatoumatad440@gmail.com

Titre de la Thèse : Suivi des patients atteints de cancer de la prostate sous Chimiothérapie dans le service d'oncologie Hématologie Médicale du CHU POINT-G

Année de soutenance : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Hémato-Oncologie Médicale ; Uro-Oncologie

Résumé :

Le cancer de la prostate est une maladie qui touche les hommes du 3^e âge. Son traitement passe par le volet médical mais également par la chimiothérapie. Le but de notre étude était d'étudier le suivi des patients atteints du cancer de la prostate sous chimiothérapie au service d'oncologie-hématologie du CHU Point-G Il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période 05 ans.

Nous avons recensé 50 patients, 36% étaient des cultivateurs ; l'histologie a ramené un adénocarcinome dans 96% des cas, Le résultat du score de Gleason situait cet indicateur entre 7 et 8 dans 36% et 30% des cas respectivement, Docetaxel et le Paclitaxel étaient les seuls médicaments les plus utilisés. Avec parfois une association Docetaxel + Acide Zoledronique ou Paclitaxel + Acide Zoledronique. A l'entrée la PSA était anormale dans 100% des cas et après chimiothérapie, la PSA se normalisait progressivement.

Nous avons observé une nette amélioration de l'état général ainsi qu'une régression lésionnelle dans certains cas.

Mots clés : Cancer de prostate, chimiothérapie, surveillance

Name: Diallo

First name: Fatoumata Email: fatoumatad440@gmail.com

Thesis title: Monitoring of patients with prostate cancer undergoing chemotherapy in the medical hematology oncology department of POINT-G CHU

Year of defense: 2023-2024

City of defense: Bamako Country of origin: Mali

Place of deposit: FMOS Library of the University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako.

Sector of interest: Medical Hemato-Oncology; Uro-Oncology

Summary :

Prostate cancer is a disease that affects older men. Its treatment involves the medical aspect but also chemotherapy. The aim of our study was to study the follow-up of patients with prostate cancer undergoing chemotherapy at the oncology-hematology department of Point-G University Hospital. This was a retrospective study over a period of 05 years.

We identified 50 patients, 36% were farmers; histology revealed adenocarcinoma in 96% of cases. The result of the Gleason score placed this indicator between 7 and 8 in 36% and 30% of cases respectively. Docetaxel and Paclitaxel were the only drugs most used. Sometimes with a combination of Docetaxel + Zoledronic Acid or Paclitaxel + Zoledronic Acid. At entry, PSA was abnormal in 100% of cases and after chemotherapy, PSA gradually returned to normal.

We observed a clear improvement in general condition as well as lesion regression in certain cases.

Keywords: Prostate cancer, chemotherapy, surveillance

2. FICHE D'ENQUETE

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

I- IDENTITE :

A- Renseignements démographiques

Nom : _____ Prénom : _____ Age :

Statut matrimonial : Célibataire /___/ Marié (1) /___/ veuf /___/ Divorcé
/___/ Régime matrimonial:

1) Monogame /___/ 2) Polygame /___/

B- renseignements professionnels :

1) Secteur fonctionnaire /___/ 2) Secteur rural /___/ 3) Secteur libéral/___/ 4)
retraité

C - Provenance :

a) Kayes /___/ b) Koulikoro /___/ c) Sikasso /___/ d) Ségou /___/

e) Mopti /___/

f) Tombouctou /___/ g) Gao /___/ h) Kidal /___/ i) Bamako /___/ j)

Autres/___/

D- Nationalité :

A) Malienne /___/ b) Etrangère/___/

E Ethnie :

1) Bamanan /___/ 2) Peulh /___/ 3) Bobo /___/ 4) Sarakolé /___/ 5)

Bozo /___/

6) Sénoufo /___/ 7) Minianka /___/ 8) Dogon /___/ 9) Malinké /___/

10) Autres /___/

F - Référé par :

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

4) Clinique privée /___/ 5) C.S.Ref. /___/ 6) chu/___/ 7 autres

II- CLINIQUE :

B- Durée des troubles en Année [___]

E- Antécédents Chirurgicaux

Oui /___/(1) Non /___/

Type d'intervention :.....

F- Organes Atteints Par Métastases

1) Vessie () 2) Poumon () 3) Os ()

4)Rectum () foie ()

G- Score de Gleason.....

H- Traitements déjà effectués

Oui /___/(1) Non /___/

Nature du traitement : hormonothérapie /___/ Radiothérapie /___/ Autres
/___/

I-Résultats du traitement

Satisfaisant /___/ Non satisfaisant /___/

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A- IMAGERIE

TDM thoraco _Abdomino_ pelvienne à l'entrée

1) Normal () 2) anormale ().

TDM Thoraco Abdomino pelvienne _ après la
chimiothérapie .

Résultat à 3 mois

Résultat à 6 mois.....

Résultat à 12 mois.....

1) progression lésionnelle () 2) Régression lésionnelle ()
3) stabilité () 4) normal

B- BIOLOGIE :

a) P.S.A à l'entrée : 1) Normale /___/ 2) Anormale /___/ 3) Pas fait /___/

b) P.S.A après Chimiothérapie :

A 3 mois

A 6 mois.....

A 12 mois.....

1) Normal () 2) Anormale () 3) pas fait

C) testostéronémie

A 3 mois

A 6 mois.....

A 12 mois.....

V- TRAITEMENT :

a) Chimiothérapie

1 zometa (acide zoledromique

2 paclitaxel

3 Docetaxel (taxotere)

B -Effets secondaires de la chimiothérapie

1) signes digestifs () 2) Neutropenie ()

3) fatigue () 4) syndrome de Lyell (). 5) neuropathie périphérique () 6)
alopécie () 7) Autres

C-Nombre de cure réalisé.....

VII -L'évolution clinique

1- Bon. 2- Passable. 3- Mauvais

a- L'évolution clinique au 3^e mois

1- Bon. 2- Passable. 3- Mauvais

b- L'évolution clinique au 6^e mois

1- Bon. 2- Passable. 3- Mauvais

c- L'évolution clinique au 12^e mois

1- Bon. 2- Passable. 3- Mauvais

3. SERMENT D'HYPPORCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, 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 je 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 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

JE LE JURE