

Ministère de l'enseignement supérieur
Et de la recherche scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T.B

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

F.M.O.S



U.S.T.T.B

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

TITRE :

**Prise en charge du cancer de la prostate
métastatique dans le service d'urologie
CHU Point "G"**

MEMOIRE

Présentée et soutenue publiquement le 19/07/2024 devant la
faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par :

Dr Bourahima CAMARA

Pour obtention du Diplôme d'Etude Spécialisées en Urologie

JURY

Président : M. Mamadou L DIAKITE (*Professeur titulaire*)

Membres : M. Mamadou T COULIBALY (*Maitre de conférences*)

Directeur : M. Amadou KASSOGUE (*Maitre de conférences*)

DEDICACES

Je ne saurais commencer sans rendre grâce à l'Allah au créateur des créateurs, l'alpha et l'Omega. Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

A ma mère

Maman, ce travail est entièrement pour toi ! Puisse-t-il être un rayon de sourire dans cette vallée de larmes qu'est le cancer car « il y a plus de joie à donner qu'à recevoir » !

A mon père

Parmi tes nombreux neveux ; je suis celui qui t'a posé et te pose beaucoup de problèmes ; mais en aucun moment tu n'as cessé de me soutenir et de m'inviter à m'exprimer comme je suis. Malgré les difficultés du chemin, malgré le doute de l'orientation, tu m'as appris qu'aucune qualification n'est un préalable à aimer, et qu'avec l'amour et la foi, on peut tout.

A mon épouse et mes Enfants

La femme exceptionnelle tu es pour moi une femme de rêve, tes conseils et ton engagement auprès de moi n'ont pas fait défaut je ne saurai te remercier assez pour tout ton soutien et les conseils que tu n'as cessé de me donner ; que le bon Dieu te donnez longue vie pour ta bonté Amin...

A mes frères et sœur

L'heure de la responsabilisation a sonné depuis longtemps, demain nous appartient mais il se construit dès à présent dans l'unité. Le mérite de ce travail vous revient, qu'il soit un ciment qui resserre d'avantage notre fraternité.

A mes oncles et tantes

Vous m'avez guidé les pas dans cette vie ici-bas, et avez été toujours un refuge et un conseil pour moi. Cette œuvre est la vôtre car elle n'aurait pas été sans vos présences et votre soutien. Trouvez à travers elle, l'expression de ma profonde gratitude.

A mes amis et collègues :

Notre amitié est une histoire sacrée, elle est plus qu'une fraternité ! Que serions-nous les uns sans les autres ? De l'école maternelle à nos qualifications respectives, que de chemin parcouru, que de « conseils de guerres » tenus ? Si je suis aujourd'hui « docteur » c'est vous qui l'êtes.

Merci pour la vie, ALLAh K'an to nyongon ye !!!



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou Lamine Diakité

- **Premier Professeur titulaire d'urologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Président de l'AMU-MALI**
- **Chef de service d'urologie du CHU du Point G**

Cher Maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

La disponibilité, la simplicité et la rigueur sont quelques-unes de vos qualités et font de vous un homme admirable.

L'enseignement et la formation de qualité dont vous nous avez fait bénéficier, nous servons de tremplin dans notre future vie professionnelle.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE JUGE

Professeur Honoré Jean Gabriel BERTHE

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

Cher Maître

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger ce jury.

Nous sommes très touchés par votre gentillesse, votre accueil très aimable et de votre aide précieuse. Veuillez croire en nos sentiments respectueux.

Puisse ce travail être pour nous, l'occasion de vous exprimer notre profond respect et notre gratitude la plus sincère.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE JUGE

Professeur Alkadri DIARRA

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

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Vos critiques et suggestions ne feront qu'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE JUGE

Professeur Mamadou Tidiani COULIBALY

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

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité permanente et vos qualités scientifiques ont forcé notre admiration. Veuillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.



A NOTRE MAITRE ET MEMBRE JUGE

Professeur Moussa Salif DIALLO

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

Cher maître,

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

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

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE JUGE

Professeur Dramane CISSE

- **Chirurgien Urologue Andrologue ;**
- **Praticien Hospitalier à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti ;**
- **Maître de conférences en Urologie à la FMOS ;**

Cher maître,

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

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE :

Professeur KASSOGUE Amadou

- **Chef de service d'urologie au CHU Pr BSS de Kati**
- **Maître de conférences en urologie à la FMOS,**
- **Chirurgien Urologue au CHU Pr BSS de Kati,**
- **Diplômé en communication Médicale Scientifique et en Pédagogie des sciences de la santé de l'université de Bordeaux,**
- **Membre fondateur de l'association malienne d'urologie (AMU-MALI),**
- **Trésorier général du bureau de l'association malienne d'urologie.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre grande pédagogie (à transmettre votre connaissance) et votre qualité de chercheur font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la faculté.

Veillez accepter cher maître, nos sentiments d'estimes, de respect et de reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'état général

Anapath : Anatomie cytopathologique

ATCD : Antécédent

CaP : Cancer de la prostate

CHU : Centre hospitalier universitaire

Créat. : Créatininémie

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

ECP : Evidement cervico prostatique

Hb : Hémoglobine

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

IRM : Imagerie par résonance magnétique

HTA : Hypertension artérielle

ISUP : International society of urological pathology

OMI : Œdème des membres inférieurs

PSA : Antigène spécifique de la prostate

RTUP : Résection trans urétrale de la prostate

TAP : Thoraco abdomino-pelvienne

TDM : Tomodensitométrie

TR : Toucher rectal

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.	6
Tableau II : Répartition des patients selon la profession.	6
Tableau III : Répartition des patients selon l'adresse.	7
Tableau IV : Répartition des patients selon les signes obstructifs.	7
Tableau V : Répartition des patients selon les signes irritatifs.	8
Tableau VI : Répartition des patients selon les ATCD.	10
Tableau VII : Répartition des patients selon l'état des reins.	10
Tableau VIII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.	11
Tableau IX : Répartition des patients selon la créatininémie.	11
Tableau X : Répartition des patients selon l'infection retrouvée à l'ECBU.	12
Tableau XI : Répartition des patients selon le taux de PSA.	12
Tableau XII : Répartition des patients selon les métastases à distance.	13
Tableau XIV : Répartition des patients selon le traitement chirurgical.	13

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon l'hématurie. 8
Figure 2 : Répartition des patients selon l'œdème compression..... 9
Figure 3 : Répartition des patients selon le syndrome dx de la prostate. 9

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS	3
III. METHODOLOGIE	4
IV. RESULTATS.....	6
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	14
5.1. Ages.....	14
5.2. Motifs de consultation.....	14
5.3. PSA total.....	15
5.4. Type histologique	15
5.5. Bilan d'extension	16
5.6. Traitements	16
5.7. Suivis et surveillance	17
VI. CONCLUSION	18
VII. RECOMMANDATIONS.....	19
VIII. REFERENCES	20
ANNEXES	22
Fiche signalétique	26



I. INTRODUCTION

Le cancer de la prostate prend naissance dans les cellules de la prostate. La tumeur cancéreuse (maligne) est constituée de cellules cancéreuses qui peuvent envahir et détruire le tissu voisin. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps [1]. Le cancer est la première cause de mortalité prématurée en France, devant les maladies cardiovasculaires. En 2023, on estime que plus 433 136 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués en France. On estime que 3,8 millions de personnes vivent en France aujourd'hui avec un diagnostic de cancer. Dans le monde, le cancer constitue la deuxième cause de décès avec près de 10 millions de morts par an[2]. Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf est un cancer qui est sensible à la castration qu'elle soit chimique ou chirurgicale. Le cancer de la prostate représente 24 % des cancers masculins. Rare avant 50 ans, son incidence augmente progressivement avec l'âge. C'est un cancer de bon, voire très bon pronostic, avec un taux de survie à 5 ans élevé[3]. Dans les Caraïbes, des taux d'incidence du cancer de la prostate aussi élevés que 304 pour 100 000 hommes ont été documentés, contre 4,7 - 19,8 pour 100 000 en Afrique de l'Ouest, 11,5 par 100 000 en Asie, 113,6 par 100 000 au Canada et 111,3 par 100 000 aux États-Unis [4]. Concernant la mortalité, on observe, dans la plupart des pays développés, une diminution assez régulière, ce qui pourrait être expliqué par les avancées significatives sur le plan thérapeutique mais aussi, selon certains auteurs, par le dépistage individuel. En France, le taux de mortalité est de 7,9 pour 100 000 personnes-années, soit environ 8 000 décès par an [5,6]. Son diagnostic est évoqué devant un touché rectal suspect, une élévation de l'antigène spécifique de la prostate qui peut prédire son extension (PSA >100 ng/ml). Il est confirmé à l'examen anatomopathologie qui établit le type et le grade histologique. Plus, de 95% des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes [7]. C'est un cancer à fort potentiel métastatique tant au plan local, locorégional qu'à distance. Les métastases les plus fréquentes sont ganglionnaires et osseuses atteignant déjà 40%

des patients au diagnostic et 86% au stade terminal. Les localisations secondaires viscérales et cérébrales sont rares et terminales [8].

Son traitement actuel repose sur une suppression androgénique associée à une Hormonothérapie de nouvelle génération ou une chimiothérapie [9].

En Afrique sud saharien et au Mali en particulier, le diagnostic du cancer de la prostate demeure tardif et est fait le plus souvent au stade de métastases.

De nombreuses études ont été effectuées sur les pathologies prostatiques, mais peu d'entre elles ont porté sur la corrélation entre élévation du taux du PSA supérieur à 100 mg/ml et des métastases à distance. Le but de ce travail était de décrire la prise en charge du cancer de la prostate métastatique dans le service d'urologie CHU Point G. Pour mener à bien notre étude nous nous sommes fixés des objectifs.

II. OBJECTIFS

➤ Objectif général

Décrire la prise en charge du cancer de la prostate métastatique dans le service d'urologie CHU Point G.

➤ Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;
- Etudier les aspects cliniques, paracliniques et diagnostiques ;
- Décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs ;

III. METHODOLOGIE

3.1. Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée au Service d'urologie du CHU Point G.

➤ Centre Hospitalier Universitaire du Point G



Le CHU du Point G fut créé en 1906, il est situé à 8 km du centre-ville de Bamako sur la colline du Point G et s'étend sur une superficie de 25 hectares.

Le CHU Point G comporte plusieurs services : la cardiologie A et B, l'hématologie, les maladies infectieuses, la médecine interne, la médecine légale, la néphrologie, la neurologie, la pneumologie, la phthisiologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, la kinésithérapie, la rhumatologie, la réanimation, l'anesthésie, la chirurgie générale A et B, la gastro-entérologie, la gynécologie-obstétrique, l'urologie, l'anatomopathologie, l'imagerie et médecine nucléaire et le SAU.

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective allant du 01 Juillet 2023 au 31 Décembre 2023 soit une période de 6 mois.

➤ Critères d'inclusion

Tout patient ayant un cancer de la prostate métastatique diagnostiqué et effectué un dosage du PSA et un examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

➤ **Critères non inclusion :**

Tout patient admis dans le service d'urologie pour cancer de la prostate sans métastatique ni bilan d'extension ni dosage du PSA.

3.3. Paramètres étudiés

- Aspects sociodémographiques : âge, profession
- Examen clinique : motifs de consultation, ATCD, signes physiques
- Examens para cliniques : biologie (PSA, ECBU, Hb), imagerie (échographie arbre urinaire, TDM TAP)
- Anatomopathologie : groupe pronostique de la classification ISUP
- Traitement : blocage androgénique

3.4. Technique de collecte des données

Les supports utilisés ont été : le registre d'admission des patients, les dossiers médicaux des malades et les fiches d'enquêtes individuelles.

3.5. Enregistrement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26.

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office » version 2020.

Le logiciel « Zotero » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

IV. RESULTATS

↳ Aspects sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (ans)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
[60-69]	8	53,4
[70-80]	5	33,5
Plus 80 ans	2	13,4
Total	15	100

La tranche d'âge de 60 à 69 ans était majoritaire soit 53,4% avec une moyenne de 69,67 ans, des extrêmes de 66 et 88 ans et un écart type de 8,997.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Berger	2	13,3
Commerçants	2	13,4
Cultivateur	5	33,3
Fonctionnaire	4	26,8
Muésin	1	6,7
Tailleur	1	6,7
Total	15	100

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 33,3% des cas.

Tableau III : Répartition des patients selon l'adresse.

Adresse	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Bamako	10	66,6
Nioro	3	20,0
Tombouctou	1	6,7
Côte d'ivoire	1	6,7
Total	15	100

La majorité des patients provenait de Bamako soit 66,6% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon les signes obstructifs.

Signes obstructifs	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Dysurie	10	66,6
RAUV	5	32,4
Total	15	100

La dysurie était le signe obstructif le plus retrouvé soit 66,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon les signes irritatifs.

Signes irritatifs	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pollakiurie	4	26,7
Brulures mictionnelles	11	73,3
Total	15	100

La Pollakiurie et les brulures mictionnelles étaient les signes irritatifs les plus retrouvés soit 73,3% des cas.

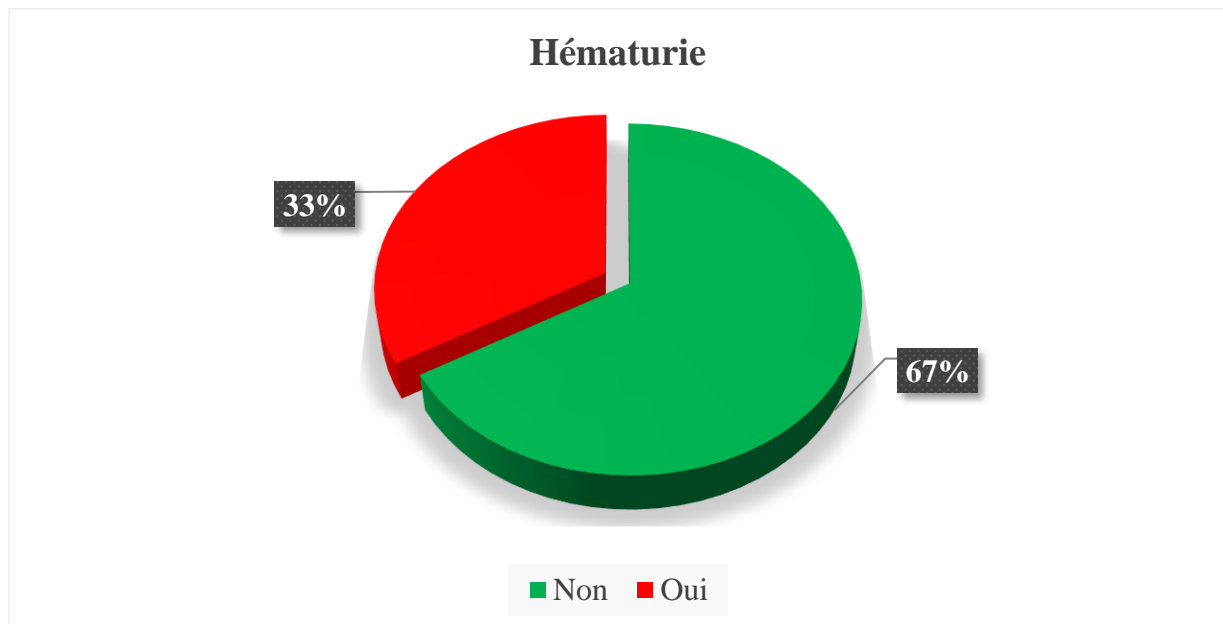


Figure 1 : Répartition des patients selon l'hématurie.

Dans notre étude, 33% de nos patients avaient une hématurie.

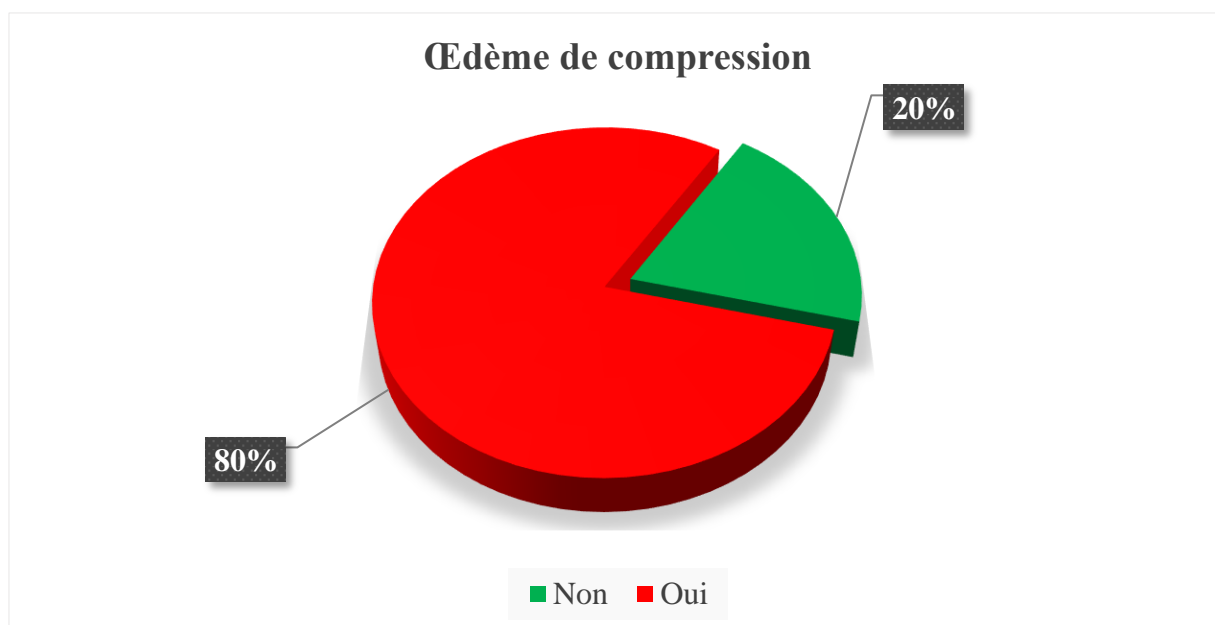


Figure 2 : Répartition des patients selon l'œdème compression.

Dans notre étude, 80% de nos patients avaient un œdème lié à la compression.

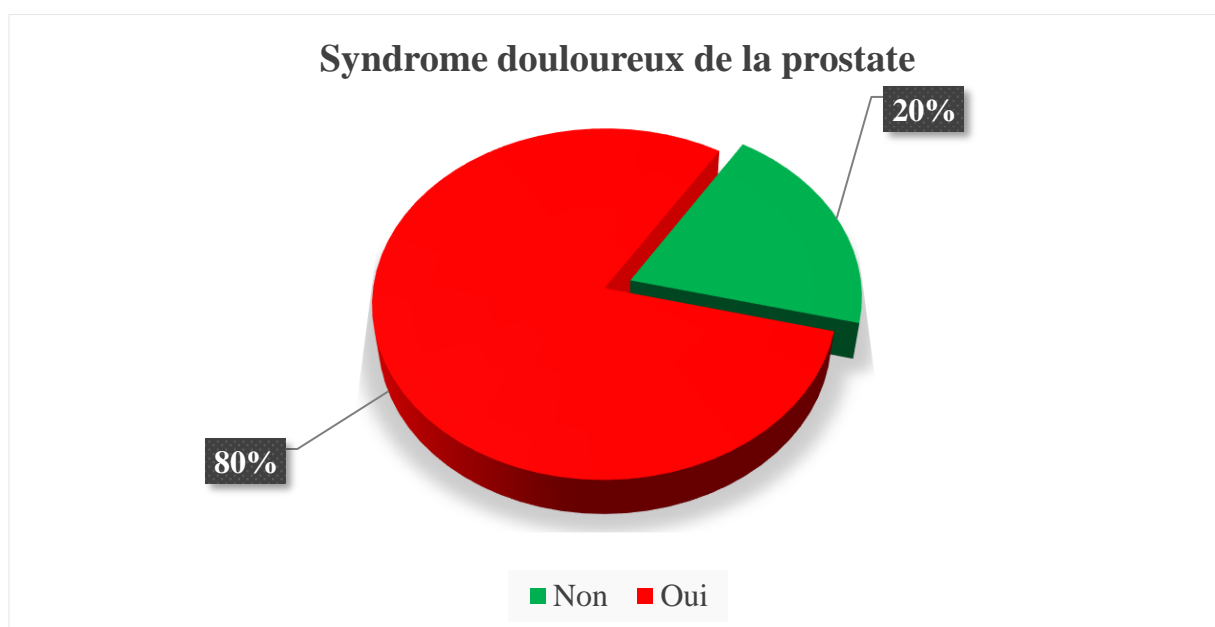


Figure 3 : Répartition des patients selon le syndrome douloureux de la prostate.

Dans notre étude, 80% de nos patients avaient un syndrome douloureux.

Tableau VI : Répartition des patients selon les ATCD.

ATCD	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Adénomectomie de la prostate	3	20,0
Diabète	1	6,7
HTA	2	13,3
Aucun	9	60,0
Total	15	100

Dans notre étude, 20% de nos patients avaient un ATCD d'adénomectomie de la prostate.

Tableau VII : Répartition des patients selon l'état des reins.

Reins	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Douloureux	1	6,7
Gros	1	6,7
Gros douleur	3	19,9
Taille normale	10	66,7
Total	15	100

Dans notre étude, chez 66,7% de nos patients, les reins étaient de taille normale.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Moins de 7 g/dl	4	26,8
7 g/dl - 9,5 g/dl	7	46,7
Plus de 9,5 g/dl	4	26,7
Total	15	100

Dans notre étude, 46,7 % des patients avaient un taux d'hémoglobine compris entre 7 g/dl - 9,5 g/dl.

Tableau IX : Répartition des patients selon la créatininémie.

Créatininémie (μmol/ml)	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
[50 - 120]	8	53,3
[121 - 300]	1	6,7
[301 - 500]	2	13,3
[501 - 700]	1	6,7
[701 - 900]	0	0,0
[901 - 1000]	1	6,7
> 1000	2	13,3
Total	15	100

Dans notre étude 53,3% de nos patients avaient une créatininémie de compris entre 50 et 120 μmol/l.

Tableau X : Répartition des patients selon l'infection retrouvée à l'ECBU.

ECBU	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
<i>Klebsiella pneumonia</i>	6	40
<i>Escherichia coli</i>	4	26,7
<i>Leucocyturie</i>	2	13,3
<i>Staphylocoques aureus</i>	2	13,3
<i>Entérobactérie SPP</i>	1	6,7
Total	15	100

L'ECBU avait retrouvé la bactérie *Klebsiella pneumonia* dans 40% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le taux de PSA.

Taux de PSA total en ng/ml	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
[100-200[6	40,0
Sup à 200 ng/ml	9	60,0
Total	15	100

La majorité des patients avait un taux de PAS total supérieur à 200 ng/ml soit 60%.

Tableau XII : Répartition des patients selon les métastases à distance.

Métastases à distance	Effectif (n)		Pourcentage (%)	
	Oui	Non	Oui	Non
Métastase Pulmonaire	15	0	100	0,0
Métastase ganglionnaire	14	1	93,3	6,7
Métastase osseuse	14	1	93,3	6,7

Dans notre étude, tous les patients avaient des métastases pulmonaires soit 100%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Orchidectomie bilatérale	4	26,7
Pulpectomie bilatérale	11	73,3
Total	15	100

La technique chirurgicale la plus utilisée était la pulpectomie soit 73,3%.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude descriptive et prospective allant de Juillet 2023 au Décembre 2023 soit une durée de 6 mois.

Durant la période d'étude, 60 patients ont été opérées dans le service d'urologie du CHU Point G. Nous avons enregistré 15 cas de cancers de la prostate avec des métastases soit une fréquence de 25%.

5.1. Ages

Dans notre série, l'âge moyen des patients était 56,24 ans \pm 13,460. Notre résultat est légèrement inférieur à ceux obtenues par Konan PG et al. au Côte d'ivoire [7], par Gueye et al en 2004 [10] au Sénégal et par Zaman et al au Pakistan [11] qui ont trouvé respectivement un âge moyen de 67,44 ans, de 69 ans et de 71 ans.

L'âge est le principal facteur de risque identifié pour le cancer de la prostate. Ce risque sera de 1% à 7% entre 50 et 64 ans, il montera 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[12].

Donc l'âge est reconnu comme un facteur favorisant du cancer de la prostate.

5.2. Motifs de consultation

Le plus souvent, le cancer de la prostate se développe sans provoquer de symptôme particulier. Il est alors le plus souvent découvert suite à une mesure du PSA et/ou une anomalie de la consistance de la prostate lors d'un toucher rectal[13,14].

Le motif de consultation le plus fréquent était dominé par le syndrome douloureux de la prostate avec 80% des cas. Ce résultat est légèrement supérieur à ceux retrouvé par Abdessamad [15] et Franck Merlin [16] qui ont trouvé respectivement des douleurs osseuses de 54% et de 61,5%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, les patients consultent le plus souvent à un stade tardif.

5.3. PSA total

Il s'agit d'une prise de sang permettant de déterminer la concentration du PSA, une substance libérée dans le sang par la prostate. La concentration se mesure en nanogrammes par millilitre (ng/ml). L'objectif est de vérifier le taux et son évolution. Plusieurs facteurs peuvent conduire à une augmentation de PSA comme l'âge, un adénome ou un cancer de la prostate[13].

Le PSA est organique (caractéristique de l'épithélium prostatique et non du CaP), par conséquent il peut être élevé dans l'HBP, la prostatite aigue et dans d'autres affections non malignes C'est pourquoi un délai de 8 à 10 jours est recommandé après chaque acte susceptible de modifier le taux. Néanmoins beaucoup d'hommes peuvent héberger CaP en dépit d'un faible taux de PSA sérique [17]. Dans l'étude de Zagars, les patients présentant un PSADT de moins de huit mois, avaient un taux de métastases à sept ans de 54 contre 7 % si le PSADT était supérieur. À noter que l'association d'un PSADT inférieur à huit mois et d'une réascension du PSA la première année, s'accompagne d'un risque de métastase de 50 % à trois ans et de 100 % à 6,5 ans[18].

Dans notre série, 93,3% de nos patients avaient un taux de PSA total ≥ 100 ng/ml. Notre résultat est nettement comparable à ceux retrouvés par Franck Merlin [16] et Tengue et al. [19] qui ont trouvé respectivement 93,9% et 90,5% mais supérieur à celui de CHTOOK [20] qui trouva 52%. Nous pouvons dire qu'un PSA total ≥ 100 ng \ml est fortement pourvoyeur de métastases.

5.4. Type histologique

Le taux de PSA total ≥ 100 ng/ml renforce la suspicion de cancer, ceci peut nous pousser à réaliser une biopsie prostatique. Sous anesthésie locale et sous guidage échographique, au moins 12 fragments de tissus sont prélevés par voie transrectale dans différentes parties de la prostate. Il s'agit d'une analyse anatomopathologique des tissus prélevés qui permet de confirmer ou non la présence d'un cancer[13].

L'adénocarcinome est le type histologique retrouvé dans notre étude. Ce résultat est similaire à ceux de Franck Merlin [16], Abdessamad [15], Konan PG et al. [7] et de la littérature où on note une nette prédominance de l'adénocarcinome dans le cancer de la prostate.

5.5. Bilan d'extension

Lorsque les biopsies montrent la présence d'un cancer et en fonction de ses caractéristiques, un bilan d'extension (TDM et/ou IRM) pourra être réalisé. Les examens d'imagerie permettent de vérifier si le cancer s'est développé en dehors de la prostate, autrement dit les métastase à distance. Ces examens ne sont pas systématiques [13].

Dans notre étude, la TDM TAP a été le seul bilan d'extension réalisé par nos patients soit 100%.

Ce résultat est supérieur à Tengue et al. [19] 95% et Belkhama 16% [21].

La fréquence élevée de la TDM TAP s'explique par l'inaccessibilité, et le coût élevé de certain bilan tel que l'IRM et la scintigraphie osseuse.

5.6. Traitements

Les cancers de la prostate peuvent être abordés de différentes manières selon leurs caractéristiques. Plusieurs modalités peuvent être proposées, seules ou en association : surveillance, chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, hormonothérapie, chimiothérapie [14]. Selon les cas, le ou les objectif(s) sont de :

- Surveiller l'évolution de la maladie pour retarder la mise en route d'un traitement ;
- Supprimer ou réduire la tumeur et/ou les métastases ;
- Réduire le risque de récurrence ;
- Ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- Traiter les symptômes engendrés par la maladie pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

La technique chirurgicale la plus utilisée était la pulpectomie soit 73,3%. Ce résultat est comparable à celui de Tengue et al. [19] avec 46,1% des cas.

5.7. Suivis et surveillance

Après la phase des traitements initiaux, un suivi est mis en place.

Le suivi se différencie de la surveillance, qui a pour objectif de retarder un traitement et les effets indésirables qui l'accompagnent tant qu'il n'est pas nécessaire [13].

Les soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les éventuelles conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles de la sexualité, troubles urinaires, troubles alimentaires, difficultés psychologiques ou sociales [14].

VI. CONCLUSION

Nous constatons que le cancer de la prostate est un problème de santé publique dans les pays développés, chez nous au Mali et plus particulièrement dans le service d'urologie du CHU point G. Il était de découverte tardive et au stade métastatique. La survenue d'une métastase à distance est entretenue par élévation du taux de PSA. Le taux de PSA pourrait permettre de prédire la métastase à distance du cancer de la prostate. Cette prédiction pourrait être améliorée en tenant compte du stade d'extension du cancer.

VII. RECOMMANDATIONS

❖ Aux autorités

- Améliorer les conditions socioéconomiques des populations
- Doter les hôpitaux des plateaux techniques adéquats
- Rendre disponible et accessible certains examens complémentaires comme l'IRM, scintigraphie osseuse et l'échographie + sonde à biopsie
- Subventionner les médicaments anti cancéreux.

❖ Aux médecins traitants

- Sensibiliser la population vis-à-vis de cette pathologie
- Dépistage précoce de la maladie chez tous les hommes à partir de 45 ans
- Référer les patients à temps vers les spécialistes
- Appliquer les recommandations des sociétés savantes

❖ A la population

- Consulter à temps dès l'apparition des symptômes du bas appareil urinaire.
- Eviter les traitements traditionnels

VIII. REFERENCES

1. Peter Chung, Krista Noonan. le cancer de la prostate. Qu'est-ce que le cancer de la prostate? Société canadienne du cancer. févr 2021;1-5.
2. Fondation pour la recherche sur le cancer. Le cancer en chiffres (France et monde) | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Fondation ARC. 19 déc 2023;1-12.
3. Institut National du Cancer. Le cancer de la prostate - Les cancers les plus fréquents. 2023^e éd. 7 avr 2023;1-2.
4. Otiono K, Nkonge B, Olaiya OR, Pierre S. Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes noirs au Canada : Argument en faveur des soins stratifiés en fonction du risque. CMAJ Can Med Assoc J. 17 janv 2023;195(2):E101-5.
5. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, et al . Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice: 2 janvier 2017. 80 pp.
6. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, et al . Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Santé publique France, Francim, Hospices Civils de Lyon. Inca; 2019;
7. Konan PG, Gowe EE, Dékou AH. Cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie du CHU de Cocody. Rev Afr Urol Androl [Internet]. 2 juill 2015 [cité 16 janv 2024];1(4).
8. Ameer A, Touiti D, Mostarchid B et al. Métastases cérébrales d'un cancer de la prostate : régression sous traitement hormonal. Prog Urol 2001 ;11 :1298-1301.
9. Bernard Poletto. InfoCancer - ARCAGY - GINECO - Localisations - Cancers masculins - Cancer de la prostate - Traitements - Le traitement hormonal. Infocancer. 2024^e éd. 15 janv 2024;1-45.
10. Gueye SM, Jalloh M, Labou I, Niang L, Kane R, Ndoeye M. Profil clinique du cancer de la prostate au Sénégal. Afr J Urol. 2004;10(3):203-7.
11. Zaman MU, Fatima N, Sajjad Z. Metastasis on bone scan with low prostate specific antigen (≤ 20 ng/ml) and Gleason's score (< 8) in newly diagnosed Pakistani males with prostate cancer: should we follow Western guidelines? Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2011;12(6):1529-32.

12. Aude FLECHON. Cancer de la prostate et facteurs de risque • Cancer Environnement. Département Prévention Cancer Environnement, Centre Léon Bérard. 26 févr 2024;2-3.
13. Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, collection État des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2013.
14. Guide ALD n°30, « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, cancer de la prostate ». HAS-INCa, janvier 2012.
15. Abdessamad A. Caractéristiques cliniques et pronostic du cancer métastatique de la prostate (à propos de 52 cas). Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Fès 2017 ; thèse de médecine N 172.
16. Ofm M, F DD, B A, A K, S D, Mt C, et al. Cancer Métastatique de la Prostate Hormono Naïf : Aspects Cliniques et Thérapeutiques au CHU Point G. Health Sci Dis [Internet]. 30 avr 2023 [cité 14 févr 2024];24(5).
17. Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. J Am Board Fam Pract. 2003;16(2):95-101.
18. Zagars GK, Pollack A. The fall and rise of prostate-specific antigen: Kinetics of serum prostate-specific antigen levels after radiation therapy for prostate cancer. Cancer. 1 août 1993;72(3):832-42.
19. Tengue K, Kpatcha TM, Botcho G, Leloua E, Amavi AK, Sikpa K, et al. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. Afr J Urol. juin 2016;22(2):76-82.
20. CHTOUK M. Prise en charge du cancer de la prostate localement avancé et métastatique. Université CADI AYYAD Marrakech 2016 ; thèse de médecine N 120.
21. Belkhaima M. Profil épidémiologique clinique et thérapeutique du cancer de la prostate au CHU Mohamed VI (étude rétrospective à propos de 159 cas). Université Cadi AYYAD Marrakech 2007 ; thèse de médecine N 27.

ANNEXES

Fiche d'enquête :

I) IDENTITE

Nom..... Prénom.....

Age.....

Situation matrimoniale : Marié célibataire Divorcé Veuf

Nombre d'enfant :.....

Profession :.....

Adresse :

II) MOTIF DE CONSULTATION

1 TROUBLES MICTIONNELS :

Non Oui

1.1 Signes obstructifs : non oui

RAUV ou RCUV Dysurie

1.2 Signes irritatifs : non oui

Pollakiurie Brulures mictionnelles

2 SYNDROME DOULOUREUX : non oui

3 TROUBLES DES URINES : non oui

3.1 Hématurie : non oui

4 ALTERATION ETAT GENERAL : non oui

5 Œdème de compression : non oui

6 Insuffisance rénal obstructive : non oui

7 ELEVATION PSA : non oui

III) ATCD

1 ATCD personnels : HTA diabète prostatectomie radicale

2 ATCD familiaux

Nombre d'enfant :

ATCD familiaux de cancer : non oui

IV) SIGNES GENERAUX

Etat général : Bon assez bon mauvais Autres

V SIGNES PHYSIQUES

Prostate augmentée de taille, dure, nodulaire oui Non

Prostate augmentée de taille, consistance ferme, surface lisse contour, régulier indolore oui non

Reins : reins de taille normale gros reins : Sensible Dououreux

Vessie : Globe vésicale : oui non

Urètre : souple induré

Adénopathie : non oui

Localisation.....

Foie : normal : oui non

Poumons normaux : oui Non : toux râles à l'auscultation préciser type et siège

Rachis normal : oui Non rachialgie siège à préciser.....

V) SIGNES PARACLINIQUES

1 Biologie

NFS: taux d'Hb.....

GB..... Créatininémie.....

ECBU : non

Oui hématurie infection urinaire Germe.....

Taux de P.S.A total

2 Imagerie

Echographie arbre urinaire : non Oui

Prostate : parenchyme homogène

Parenchyme hétérogène

Retentissement : vessie : normale envahie signes de lutte

Uretères : sains dilatés

Reins : sains dilatés

Echographie abdominale : non Oui

Foi : sain nodules métastatiques

Radiographie pulmonaire : non

Oui normale métastases pulmonaires métastases médiastinales

Radiographie rachis et bassin : non Oui

Métastase : oui non

TDM thoraco- abdomino-pelvienne : non Oui

Métastase thoraciques précisé.....

Métastases abdominales à préciser.....

Métastases pelviennes à préciser.....

Métastases osseuses siège.....

Adénopathie siège.....

Scintigraphie osseuse non Oui

VI) BIODIAGNOSTIC OU PIÈCE DE RESECTION oui non

Histologie

Score Gleason.....

VII) TRAITEMENT

TRAITEMENT PALLIATIF : non Oui

Traitement chirurgical : Non

Oui : RTUP ECP dérivation urinaire pulpectomie orchidectomie pulpectomie ou orchidectomie associé anti androgène

Traitement médical : non Oui

Traitement symptomatique : non oui :

Antalgique

Antibiotique

Anti-inflammatoire

Hémostatique

Antianémique : transfusions médicamenteuses

Corticoïdes

Hormonothérapie : non

Oui

- Agonistes LH-Rh Molécule.....

- Antagoniste LH-Rh Molécule

- Anti androgène Molécule.....

- hormonothérapie de nouvelle génération molécule

-Agoniste LH-Rh associé à un anti androgène molécule

Fiche signalétique

NOM : CAMARA

PRENOM : Bourahima

E-MAIL : @gmail.com

TEL : (+223)74335169

TITRE : Prise en charge du cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie CHU Point G.

Année universitaire : 2023-2024

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Urologie Point G Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'odontostomatologie du Mali B.P 1805

Résumé :

Notre étude a porté sur une étude descriptive et prospective

Elle a permis d'établir :

La prévalence du cancer de la prostate métastatique dans le service d'urologie CHU point G était 25%. L'âge moyen de nos patients était de 56,25% ans avec des extrêmes allant de 66 à 88 ans. La profession la plus représentée était le cultivateur soit 33,3%. L'adénomectomie de la prostate était l'ATCD chirurgical la plus représentée soit 20%. Un taux d'Hb compris entre 7 g/dl et 9,5 g/dl était le plus représenté soit 46,7%. Un taux de créatininémie compris entre 50 et 120 umol/l était le plus représenté soit 53,3%. L'ECBU avait retrouvé la bactérie *Klebsiella pneumonia* dans 40% des patients.

Tous les patients avaient des métastases pulmonaires soit 100%.

La technique chirurgicale la plus utilisée était la pulpectomie soit 73,3%.

Mots clés : cancer, prostate, métastatique, CHU Point G.