

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

Année académique : 2006-2007

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



Thèse N°.....

TITRE :

**Etude Epidémiologique-Clinique de l'Adénome de la
Prostate dans le Service de Chirurgie Générale
de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le __ / __ / 2007 devant la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

Par

M. GUISSÉ SOULEYMANE

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

Jury :

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| ❖ Président : | Pr FONGORO Saharé |
| ❖ Membre : | Dr TEMBELY Aly |
| ❖ Co-directeur de Thèse : | Dr SAMAKE Brehima |
| ❖ Directeur de Thèse : | Pr OUATTARA Kalilou |

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

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : Mme COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie générale
M. Abou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R.
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aïda SOW	: Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie – Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie – Réanimation
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie – Réanimation

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto-Rhino-Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Djènèbou DOUMBIA	: Anesthésie-réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et Chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie – Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie – Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie – Traumatologie
M. Aly TIMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco – Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto – Rhino – Laryngologie

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

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Sinè BAYO	: Anatomie – Pathologie – Histo – Embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie – Mychologie
M. Yénimégé Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo – Embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie - Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie – Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie – Virologie
M. Cheick Bougadari TRAORE	: Anatomie – Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie – Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

Thèse de Médecine : Etude Epidémio-Clinique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato – Léprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumonie – Phtisiologie
M. Boubacar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro – Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	: Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique-Clinique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

M. Anselme KONATE	: Hépatologie – Gastro – Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatologie – Gastro – Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheick Oumar GUINDO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie
M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
--------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	: Santé Publique
M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique-Clinique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

~ DEDICACES ~

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

☆☆☆ *Dédicaces* ☆☆☆



Je dédie ce travail :

A mon père Sidi Ibrahim GUISSÉ ; la réussite scolaire de tes enfants a toujours été pour toi la priorité . Ton sens du devoir, ta rigueur, ton humilité ont été pour nous les meilleures leçons.

A ma mère Djènèba KEITA, pour ton soutien inconditionnel et indéfectible dans toutes mes entreprises. Tu es tout pour moi, les 90 pages de cette thèse ne suffiront pas pour t'exprimer tout ce que j'ai dans le cœur. Mon vœu le plus ardent est de te rendre heureuse toute ta vie.

A ma tendre moitié Binette, pour tes nuits blanches lors de ton appui au dépouillement des questionnaires. Je ne saurais aussi te remercier suffisamment des sacrifices consentis pour une meilleure organisation de mon temps et de mon espace, organisation, qui a été déterminante pour la réussite de cette lourde tâche qu'est la préparation d'une thèse.

A ma fille chérie Assi, tu as été et tu es ma plus grande source de motivation. Que Dieu te donne longue vie.

A ma tante Mme COULIBALY Assanatou GUISSÉ, pour ton soutien financier et moral durant tout mon cycle.

A ma tante Mme SIMAGA Safiatou KEITA, pour tes précieux conseils.

A M. Lassana SAMAKE et toute sa famille.

A mes frères et sœurs, Mme TRAORE Fatoumata, Amadou Belly, Simbara, et Maïmouna pour l'entraide et la solidarité que vous avez toujours su cultiver au sein de la famille.

Au Dr. Mamadou Soumano. Vous m'avez donné le goût de la médecine et orienter vers la chirurgie, je n'ai jamais eu à le regretter . Merci pour votre perspicacité.

A mon ami Dr. Almoustapha MAIGA, pour ton inestimable contribution à la réalisation de cet ouvrage.

A M. Moussa FOFANA, plus qu'un ami, tu es un frère pour moi. Tu n'as ménagé aucun effort pour la réalisation de cet ouvrage.

Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver tous ici l'expression de ma très profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

REMERCIEMENTS

- A Dieu Le Tout-Puissant, Qui me donne la force et qui éclaire mon chemin.
- A mon pays, le Mali, pour la qualité de l'enseignement reçu depuis l'école fondamentale. Mon désir est de te servir en retour de tout mon cœur et de toute ma force.
- Aux Directeurs Généraux successifs de l'Hôpital Nianankoro Fomba, Messieurs CAMARA Mamourou, SISSOKO Abdoulaye et CAMARA Houssébybi. Vous n'avez ménagé aucun effort pour voir mener à bien ce travail. Soyez-en remerciés.
- A Dr. KEITE Lassina et Dr. DEMBELE Diakaria, merci pour votre encouragement, votre soutien moral, matériel et financier.
- Aux Dr. COULIBALY Manifa, TRAORE Tiémoko dit Fah, TOURE Abdrahamane, KONE Fatogoma, TRAORE Zoumana, TRAORE Bintou Tine, DEMBELE Badian, DEMBELE Moussa Flatié, HAIDARA Ibrahim, FOFANA Modibo, DIARRA Moussa Modibo, MARIKO Moulaye, TRAORE Oumar O., KONE Mamadou Séiba, KONE Sory Ibrahim, KEITA Moussa Somita, DAFPE Assane, DIARRA Jean-Pierre, DIARRA Mamadou dit Basile.
- A mes amis de l'hôpital MAIGA Idrissa, MALLE Korotimi, KONE Ousmane, THERA Gaoussou, COULIBALY Mamadou, YARA Mamadou, DIARRA Youssouf, DIARRA Mohamed, BOUARE Cissé, CAMARA Michel, TRAORE Oumar, SOGOBA Seydou, SANTARA Mohamed Salah, SIDIBE Modi, DIARRA Moussa, DIARRA Ibrahim, COULIBALY Issa Boubacar KONE et DICKO Gouro.
- Au personnel du service des urgences.
- Au personnel du service de Stomatologie.
- Au personnel du service ORL.
- Au personnel du service de Pédiatrie.
- Au personnel du service de Gynéco - obstétrique.
- Au personnel du service de laboratoire, merci pour le bon voisinage et la franche collaboration.
- Au personnel de la pharmacie hospitalière Mme FASKOYE, M. THIERO, M. BOUARE et M. DOUGOUNE.
- Au personnel du service de Chirurgie Générale.

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

- A tout le personnel de l'Hôpital Nianankoro Fomba.
- Au personnel du bloc opératoire. Il fait bon d'être votre coéquipier. Votre disponibilité constante et votre enthousiasme m'ont beaucoup marqué, vous nous avez appris beaucoup de choses.
- A mes amis de la Fac, KANE Youssouf, MAIGA Abdoulaye, COULIBALY Dramane, COULIBLAY Mamoutou, KONE Oumar, COULIBALY Michel et SANOGO Amara.
- A Messieurs BAMBA Tahirou, Badiè, KAMISSOKO. Votre collaboration était indispensable pour la réussite de ce travail.
- A ma très chère amie SIDIBE Mariétou, pour ton soutien moral et financier inestimable.
- A ma tante sage-femme KEITA Aminata et à ma tante infirmière GUISSSE Nana.
- A mes amis KANE Mory Badian, KONANDJI Sara, SY Mourtada, DEMBELE Bama, DIARRA Boubacar.
- A mes amis du quartier SIMPARA Souleymane, SAMAKE Drissa, SOW Hadji, FAROTA Lassana, FAROTA Nango, DOUMBIA Seydou, BAGAYOKO Yaya, COULIBALY Yaya, BAGAYOKO Souleymane.
- A mes cousins et cousines GUISSSE Mabel, GUISSSE Mamadou, GUISSSE Malick, GUISSSE Amadou Belly, GUISSSE Amadou Malick, GUISSSE Boubou, GUISSSE Atou, GUISSSE Djènèbou, GUISSSE Youma, GUISSSE Fatou, GUISSSE Mohamed, GUISSSE Cidalia, GUISSSE Adam, COULIBALY Sory Ibrahim, COULIBALY Oumar, COULIBALY Abba, KEITA Salif, SAMAKE Mohamed, GUISSSE Gogo, GUISSSE Oumar, FOFANA Mohamed Lamine, BARRY Boubacar, KONANDJI Tapha, KONANDJI Assi, KONANDJI Adam, Ramata TRAORE et CAMARA Aminata.
- A tous les étudiants de la F.M.P.O.S. Bon courage !

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cet ouvrage.



**HOMMAGES
AUX MEMBRES DU JURY**

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique-Clinique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

A notre Maître et Juge, le président du jury
Professeur Saharé FONGORO
Spécialiste en néphrologie
Chef du service de néphrologie
Maître de conférence à la FMPOS

Honorable Maître,

C'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.

L'intérêt que vous portez à vos étudiants et la clarté de votre enseignement font de vous un maître de l'art médical.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments très respectueux.

A notre Maître et Juge
Docteur Aly TEMBELY
Maître assistant à la FMPOS
Diplômé en chirurgie urologique de la faculté de Tours (France)
Diplômé en andrologie
Diplômé en endourologie et LCC
Diplômé de l'école de chirurgie urologique de Paris
Diplômé en urodynamique

Cher Maître,

Vous avez accepté de vous joindre aux membres du jury pour juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre intelligence ouverte sur le monde, votre vaste culture et votre talent à transmettre le savoir à vos étudiants ont fait de vous un maître distingué.

Trouvez cher Maître dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge, co-directeur de thèse
Docteur Bréhima SAMAKE dit Képler
Spécialiste en chirurgie générale
Diplômé universitaire en chirurgie de la fistule vésico-vaginale
Chef de service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
Chef de service d'urologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
Chef de service de traumatologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
Responsable du bloc technique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Cher Maître,

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Vous avez été tout pour moi. Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre courage et votre sens élevé des responsabilités font de vous un maître exemplaire.

L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite une grande admiration.

Vous êtes un pédagogue émérite.

Plus qu'un frère, un Maître, vous êtes une idole pour moi.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge, Directeur de thèse
Professeur Kalilou OUATTARA
Professeur titulaire d'urologie
Chef de service d'urologie du C.H.U. du Point G.
Coordinateur des chirurgiens du C.H.U. du Point G.
Expert International de la fistule vésico - obstétricale
Lauréat de l'émission Niangara de l'O.R.T.M.

Cher Maître,

Nous nous souviendrons de la confiance que vous nous avez placée en nous confiant ce travail.

Votre simplicité, votre abord facile, votre dynamisme, et surtout la clarté de votre enseignement font de vous un Maître de qualité exceptionnelle

Cher Maître, nous ne trouverons certainement pas la formule pour exprimer notre reconnaissance et notre entière gratitude.

ABREVIATIONS

- **HBP** : Hypertrophie Bénigne de la Prostate
- **AP** : Adénome de la Prostate
- **CC** : Centimètre Cube
- **PSA** : Antigène Spécifique de la Prostate
- **PAP** : Phosphatase Acide Prostatique
- **PSP** : Protéine de Sécrétion Prostatique
- **DHT** : Di – Hydro - Testostérone
- **FGF** : Fibroblaste Growth Factor
- **EGF** : Epydermal growth factor
- **RAU** : Rétention Aiguë d’Urine
- **TR** : Toucher Rectal
- **OGE** : Organes Génitaux Externes
- **UIV** : Urographie Intra – Veineuse
- **ECBU** : Examen Cyto – Bactériologique des Urines
- **UCRM** : Uréthro – Cystographie Rétrograde post - Mictionnelle
- **RTUP** : Rejection Trans - Urétrale de la Prostate
- **ATCD** : Antécédent
- **AVP** : Accident de la Voie Publique
- **BM** : Brûlure Mictionnelle
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **N°** : Numéro
- **FVV** : Fistule Vésico – Vaginal
- **Cm** : Centimètre
- **g** : Gramme

Thèse de Médecine : Etude Epidémio-Clinique de l’Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l’Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

SOMMAIRE

I/ Introduction	18
1- Objectif Général :	20
2- Objectifs Spécifiques :	20
II/ Généralités	22
1- Rappels embryologiques et anatomiques :	22
1.1- Rappels embryologiques : [27]	22
1.2- Rappels anatomiques : [2 ; 5 ; 6 ; 14 ; 30]	23
2- Physiopathologie de l'Adénome de la Prostate : [6 ; 9 ; 20]	33
2.1- Physiologie de la Prostate : [20]	33
2.2- Physiopathologie de l'hypertrophie Bénigne de la Prostate : (HBP), [6- 20].....	34
3- Epidémiologie et facteurs favorisants : [9, 27]	37
3.1- Epidémiologie	37
3.2- Facteurs favorisants	38
4- Etude clinique et Para clinique : [6, 16, 22].....	38
4.1- Symptomatologie : [16]	38
4.2- Diagnostic de l'Adénome Prostate : [22].....	39
III/ Méthodologie.....	61
1- Méthode	61
1.1- Lieu d'étude	61
1.2- Type d'étude	63
1.3- Période d'étude	63
1.4- Collecte des données.....	63
1.5- Fiche d'enquête.....	63
1.6- La saisie et l'analyse des données.....	63
2. Matériel	63
2.1- Critères d'inclusion.....	63
2.2- Critères de non inclusions.....	64
IV/ Résultats.....	66
1- Fréquence de l'adénome de la prostate dans l'activité chirurgicale du service.....	66
2- Aspect socio-épidémiologique.....	67
3- Aspects cliniques	68
4- Aspect para clinique.....	72
5- Complications	73
6- Traitement.....	74
7- Suivi post-opératoire.....	75
V/ Commentaires et discussions.....	77
1- Place de l'adénomectomie dans l'activité chirurgicale du service de chirurgie générale.....	77
2- Aspect socio épidémiologique	77
2.1- Provenance des malades	77
2.2- Age des malades	77
2.3- Niveau intellectuel	78
3- Aspect clinique.....	78
3.1- Mode recrutement	78
3.2- Motif de consultation	78
3.3- L'âge d'apparition des 1ères symptômes.....	78
3.4- ATCD Médicaux.....	79
3.5- Antécédents chirurgicaux.....	79
4- Aspect para clinique.....	80

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique-Clinique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de

l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

	16
4.1- Glycémie	80
4.2- Créatinémie	80
4.3- Bilan post opératoire	80
5- Complications	81
5.1- Complications immédiates.....	81
5.2- Complications secondaires.....	81
5.3- Complications tardives.....	81
6. Traitement	81
6.1- Traitement reçu avant hospitalisation	81
6.2- Type d'anesthésie.....	82
6.3- Traitement chirurgical.....	82
7- Suivi post-opératoire	83
Conclusion.....	87
Recommandations	88
1 – Aux autorités politiques	88
2- Aux personnels socio sanitaires	88
3- Aux malades.....	88
Bibliographie.....	90
Annexes	94

INTRODUCTION

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

I/ Introduction :

L'adénome de la prostate est une tumeur bénigne qui se développe au niveau de la prostate crâniale. De son vrai nom l'adénofibromyome de la prostate, encore appelé hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une pathologie du 3^{ème} âge. En effet, les progrès techniques très rapides de ces dix (10) dernières années (la technique de la résection endoscopique, la vidéo chirurgie) ont fait diminuer les indications de la chirurgie à "Ciel ouvert" dans les pays développés. Cette dernière est réservée aux adénomes de poids supérieur à 80 grammes [5].

La résection endoscopique de l'adénome de la prostate est une technique séduisante, peu traumatisante en apparence, comporte des risques. Elle est bonne dans les mains de ceux qui maîtrisent déjà l'adénomectomie à "Ciel ouvert". La maîtrise de la technique de résection de l'adénome permet d'apporter aux malades une guérison rapide avec moins de souffrance et moins de séquelles.

Elle permet par ailleurs d'importantes économies au système de santé grâce à la réduction des durées d'hospitalisation et à la quasi-disparition des périodes de convalescence.

Le pronostic de l'adénome de la prostate est en général bon après un traitement chirurgical. Ainsi de nombreuses tentatives de traitement médical ont fait leur preuve d'inefficacité.

Cependant, la résection endoscopique de l'adénome de la prostate reste un pari sur l'avenir dans nos pays en voie de développement alors que le traitement chirurgical à "Ciel ouvert" assure une certitude vérifiée par la guérison des malades au prix des complications post opératoires non négligeables.

Dans la littérature, plusieurs études ont été faites sur l'adénome de la prostate. Ces études ont montré que l'adénome de la prostate entraîne des troubles mictionnelles chez 50% des sujets de plus de 50 ans [5], ainsi un homme sur quatre en souffre entre 50-54 ans et trois sur quatre entre 65-70 ans [6].

Au Mali plusieurs études ont été faites sur l'adénome de la prostate parmi lesquelles nous pouvons retenir :

- Adénome de la prostate à propos de 760 cas à l'Hôpital Gabriel Touré [1]
- Etude épidémiologique-clinique de l'adénome de la prostate sur un terrain de diabète au service urologie de l'Hôpital du Point G [24]
- Contribution à l'étude de l'adénome de la prostate au Mali [26]
- Evaluation de l'adénomectomie prostatique dans le service urologie de l'Hôpital du Point G. [28].
- Etude comparative de l'adénome de la prostate à propos de 115 cas colligés dans le service d'urologie de l'Hôpital du Point G. [33].
- Etude des complications pré- opératoires et post opératoires de l'adénome de la prostate au service d'urologie de l'Hôpital du Point G. [35].

Aucune étude n'a été faite sur l'adénome de la prostate à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Dans notre étude, nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

Objectifs

1- Objectif Général :

Etudier l'adénome de la prostate dans le service de chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

2- Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la place de l'AP dans l'activité chirurgicale du service
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques de l'AP
- Décrire les complications post opératoires de l'adénome de la prostate
- Evaluer les résultats.

GENERALITES

II/ Généralités

1- Rappels embryologiques et anatomiques :

1.1- Rappels embryologiques : [27]

La prostate est une glande qui entoure la partie initiale de l'urètre chez l'homme. La différenciation du tissu prostatique se fait beaucoup plutôt qu'il n'était classique de le dire, puisqu'à la 5^{ème} semaine (embryon de 6mm), le canal de Wolff s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital : il draine les tubes mésonéphrotiques. Il donne le bourgeon urétéral vers le blastème métanéphrogène.

A la 7^{ème} semaine (embryon de 20 mm) la croissance du sinus urogénital entraîne l'incorporation de la partie terminale du canal de Wolff dans la paroi du sinus uro-génital : les canaux de Wolff s'ouvrent au dessous de l'abouchement de l'urètre, le sommet du tubercule mullerien futur veru montanum.

A la 10^{ème} semaine (embryon de 68 mm) naissance des bourgeons glandulaires prostatiques.

Au cours de la période fœtale, vers le 6^{ème} mois : on assiste au développement des tubes glandulaires à la face postérieure de l'urètre par contre ceux de la face antérieure vont régresser.

1.2- Rappels anatomiques : [2 ; 5 ; 6 ; 14 ; 30]

Cf. FIG 1 [5]

1.2.1- Anatomie descriptive :

1.2.1.1- Situation [6-30]

La prostate est un organe situé dans la partie antérieure du pelvis entre :

- Latéralement la partie antérieure des lames sacro-réctogénito-pubiennes contenant les veines Latéro- prostatiques et le plexus nerveux hypogastrique.
- En bas : l'aponévrose moyenne du périnée qui recouvre les muscles transverses profonds et le sphincter strié
- En haut : la vessie et l'aponévrose pelvienne.
- En arrière : le rectum par l'intermédiaire de l'aponévrose de Denonvillier.
- En avant : la symphyse pubienne par l'intermédiaire de l'espace pré prostatique contenant le plexus veineux de Santorini.

1.2.1.2- Dimensions moyennes chez l'adulte : [30]

La prostate s'accroît et n'est vraiment développée qu'à la puberté, ses dimensions sont les suivantes :

- Hauteur : 2,5 à 3 Cm
- Largeur de la base : 4 Cm
- Epaisseur de la base : 4 Cm
- Poids : 15 à 25 g.

1.2.1.3- Aspect macroscopique : [14]

Elle présente un aspect en châtaigne dont la base est en contact avec la vessie et dont l'apex pointe vers le diaphragme uro-génital.

Elle a une couleur blanchâtre de consistance ferme, la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant. La prostate présente chirurgicalement 5 lobes :

- un lobe antérieur
- un lobe médian
- un lobe postérieur (zone accessible au TR).
- deux lobes latéraux (droit et gauche).

1.2.1.4- Rapports : [14]

La prostate est enveloppée par une lame cellulaire qui entoure la capsule propre.

Elle aussi entourée :

En avant par le ligament pubo- prostatique ;

- en bas par le ligament prostatique ;
- en arrière par le fascia recto vésical de Denonvillier.

Grâce à l'aponévrose de Denonvillier la prostate répond à la face antérieure du rectum pelvien, oblique en bas et en avant présentant un cap sous et rétro prostatique.

L'aponévrose de Denonvillier présente 2 feuilles entre lesquels existe un espace appelé espace rétro prostatique de Proust (bon plan avasculaire de clivage).

Le plexus veineux péri prostatique se situe entre le fascia péri prostatique et la capsule propre.

La dissection au contact des réleveurs de l'anus peut enlever les lames qui contiennent les vaisseaux sanguins, les lymphatiques avec la prostate et les vésicules séminales.

Figure 1 : Prostate, structure et localisation [5]

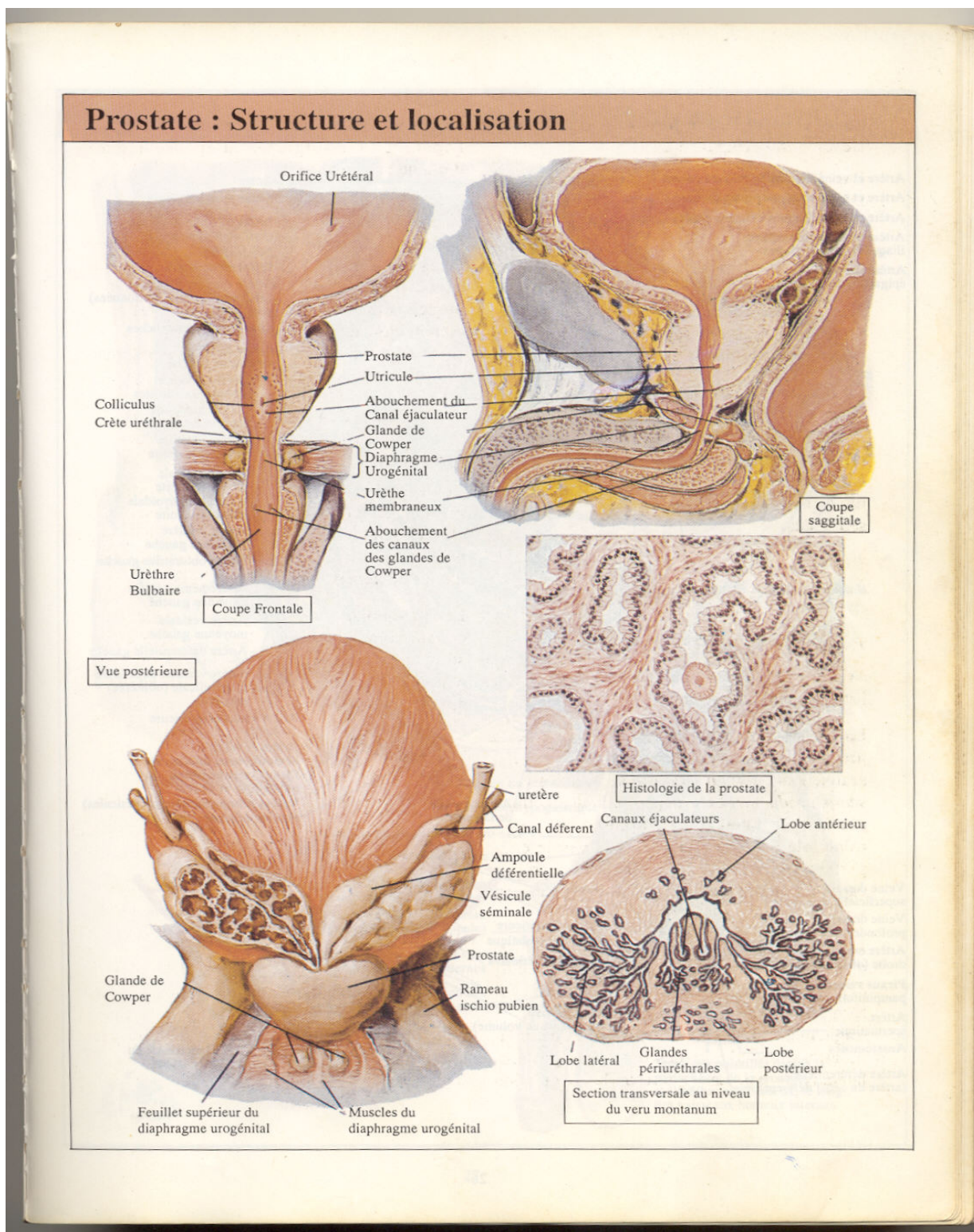
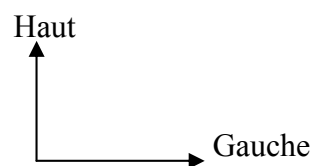


FIG 1



Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

1.2.1.5- Vascularisation : [14]

Cf. FIG 2 [5]

1.2.1.5.1- Artères :

La prostate est principalement irriguée par l'artère vésicale inférieure, branche de l'artère iliaque interne.

La distribution vasculaire de la prostate est intrinsèque et est faite de 2 groupes de vaisseaux :

- vaisseaux capsulaires,
- vaisseaux urétraux.

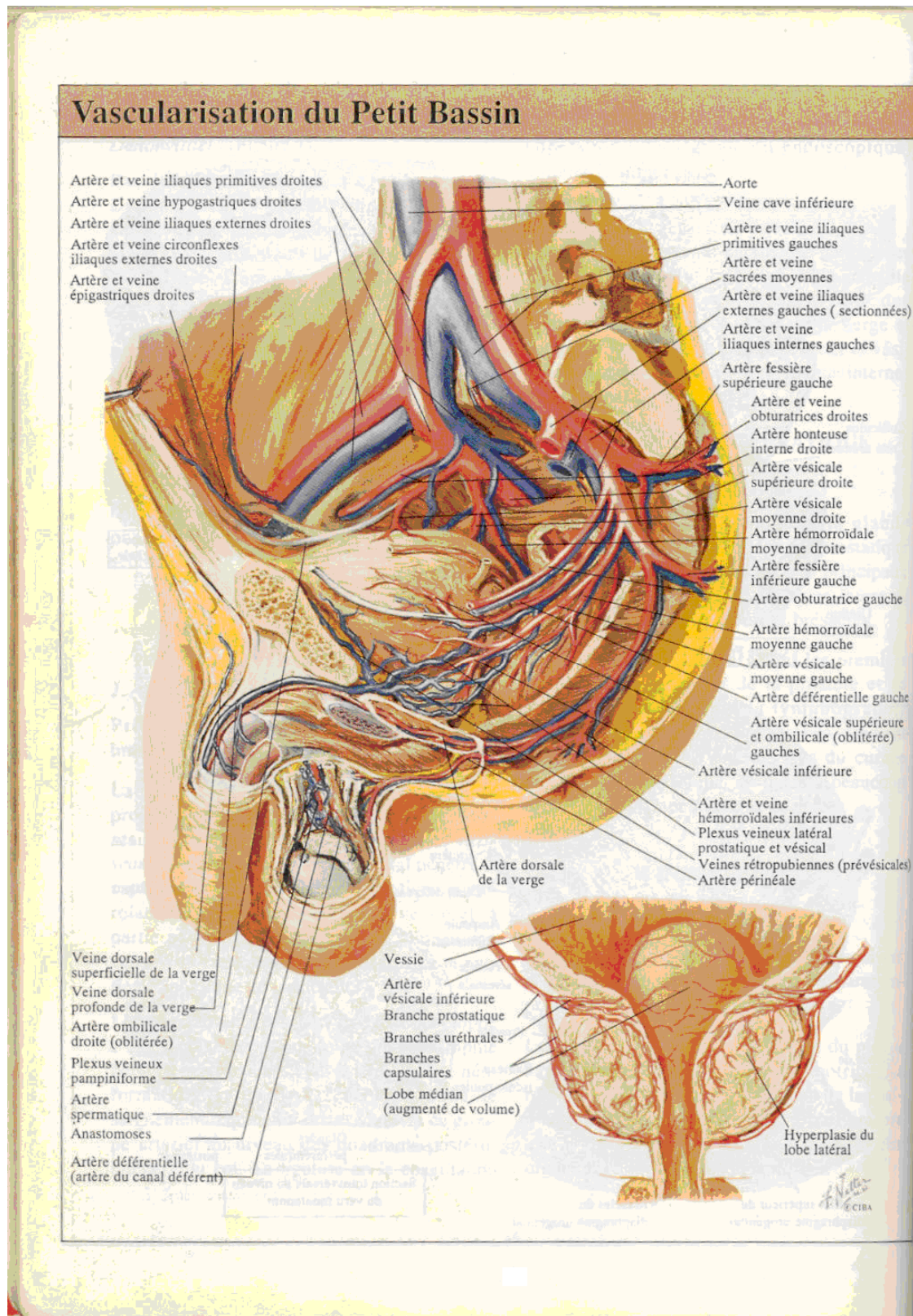
Le groupe des artères urétrales se développe de façon importante en cas d'HBP pour irriguer l'ensemble de cette néoformation.

Au cours de l'adénomectomie, le saignement le plus important vient de ce groupe artériel au niveau du quadrant postéro latéraux du col. Sa ligature ou sa coagulation dans les premiers temps de l'opération diminue le saignement.

L'artère hémorroïdaire moyenne contribue à la vascularisation de la prostate.

1.2.1.5.2- Veines : [14]

Les veines forment un plexus qui entoure les faces antérieure et latérale de la capsule prostatique. Ces veines reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge et communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne.

Figure 2 : Vascularisation du petit bassin [5]**FIG 2**

Haut



Gauche

1. 2.1.5.3- Drainage lymphatique : [14]

Cf. FIG 3 [5]

Les lymphatiques de la prostate se jettent dans les ganglions hypogastriques, sacrés et surtout iliaques externes.

Figure 3 : Drainage lymphatique des organes génitaux externes [5]

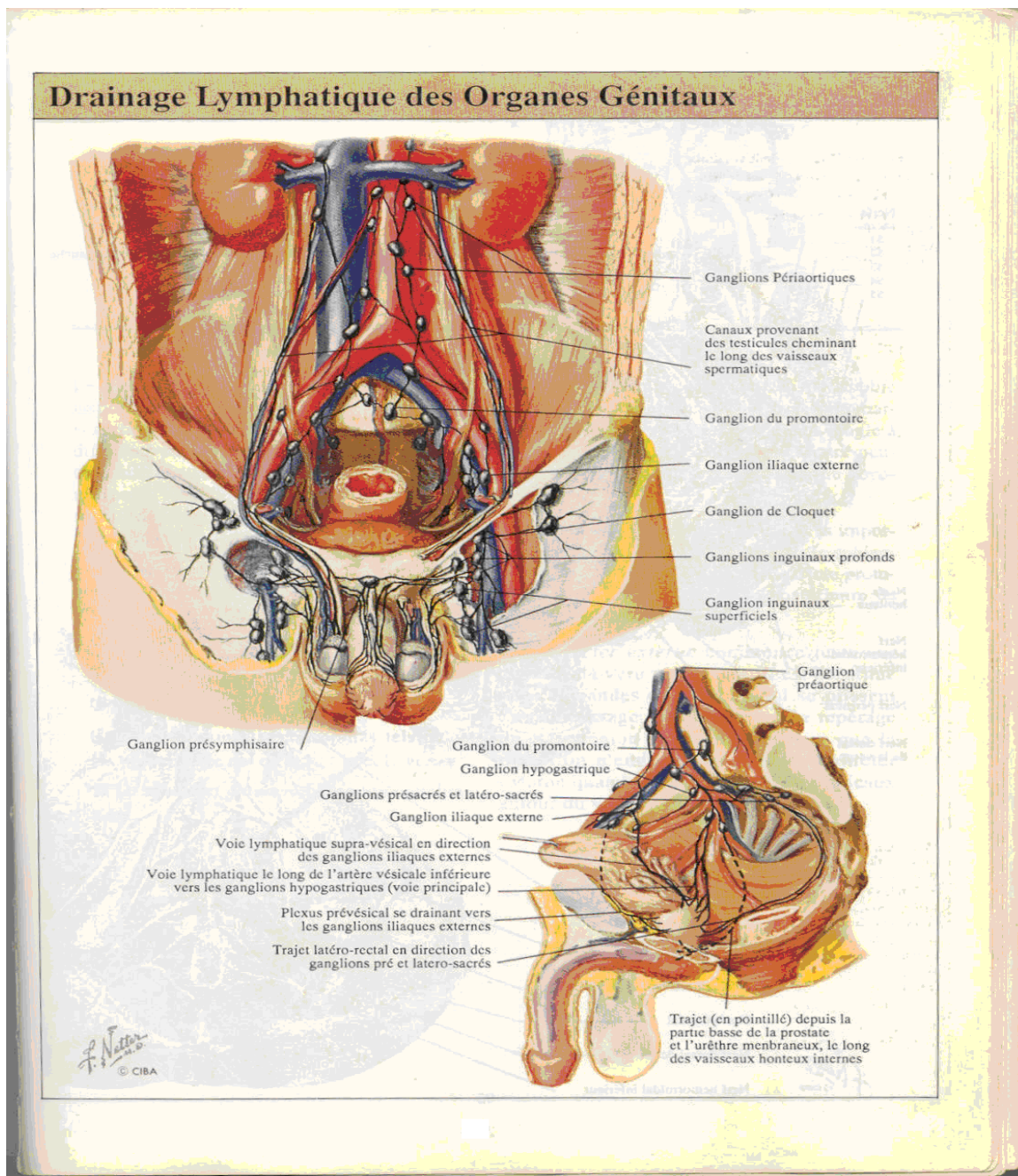


FIG 3

Haut

Gauche

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

1.2.1.6- Innervation : [14]

Cf. FIG 4 [5]

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

Figure 4 : Innervation des organes génitaux [5]

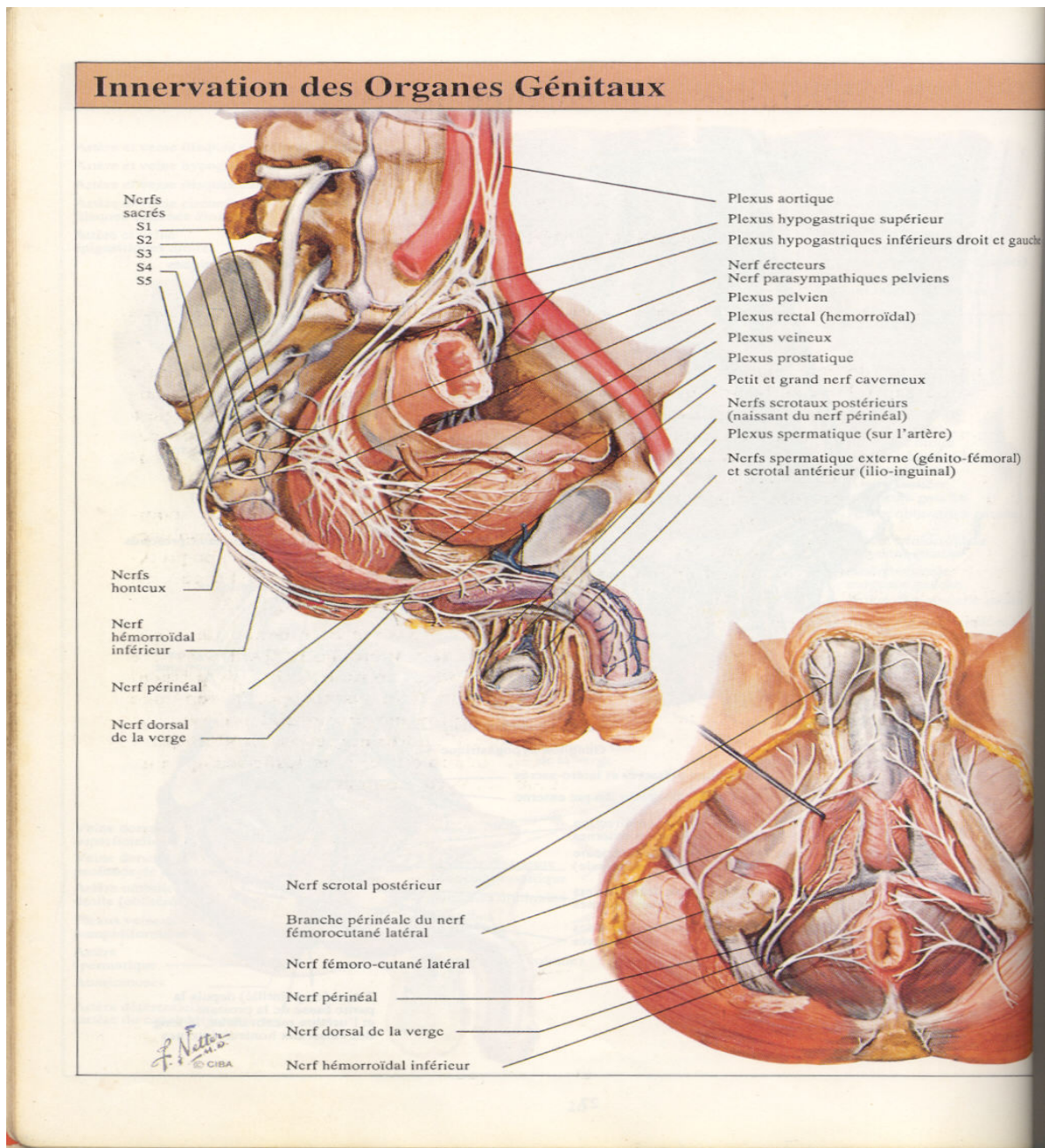


FIG 4

Haut
↑
Gauche →

1.2.2- Anatomie endoscopique : [14]

La connaissance de cette anatomie est d'une importance capitale dans la pratique de la résection endoscopique.

Avant de commencer la résection endoscopique, la localisation des différents points de repères est indispensable.

Les repères les plus importants tels qu'ils apparaissent sur un optique foroblique se présentent comme suit :

- le trigone et orifices urétraux,
- le lobe médian intra vésical,
- les lobes latéraux hypertrophiés tels qu'on les voit entre le col de la vessie et le veru montanum.
- le sphincter externe et l'urètre membraneux.

Quand il existe une importante hypertrophie prostatique avec protrusion intra vésicale marquée, il se crée en arrière une zone aveugle de la cystoscopie et les orifices urétéraux peuvent ne pas être visibles à l'optique foroblique.

Le veru montanum est le repère le plus important, limite de sécurité pour le sphincter externe.

Le sphincter externe commence juste au dessous du col veru montanum, constitué de bandes circulaires qui se plissent lors du passage du cystoscope.

A la résection des lobes apicaux autour du veru montanum il y a risque d'endommagement du sphincter externe en cas de non repérage.

1.2.3- Anatomie Pathologique : [6]

L'hypertrophie bénigne de la prostate représente la tumeur bénigne la plus fréquente chez l'homme. Elle commence dans la zone péri-urétrale sous forme d'hyperplasie fibromusculaire. Des éléments glandulaires vont s'ajouter pour former un fibroadénomyome qui progresse. Cette hyperplasie aboutit à la formation de nodules de tailles différentes et qui peuvent siéger soit dans les

lobes latéraux soit dans le lobe médian, soit parfois dans le lobe postérieur. Le développement ultérieur de l'HBP se fait plus par la croissance de ces nodules que par l'apparition de nodules nouveaux.

La répartition des éléments glandulaires et fibromusculaires n'est homogène. Dans certains cas, ce sont les éléments glandulaires qui prédominent (nodule à prédominance épithéliale « adénome ») dans d'autres cas, ce sont les éléments fibromusculaires qui sont les plus abondants (nodules peu épithéliaux « Fibromyome »). L'hyperplasie à l'origine de la formation de cette tumeur bénigne peut toucher chacun des tissus constitutifs : tissu glandulaire (adénome) ; musculaire (myome) et conjonctif (fibrome), la proportion de ces éléments étant variable.

1.2.3.1- Lésions prostatiques secondaires à l'HBP

1.2.3.1.1- Lésions vasculaires (zones d'infarctus)

Les nodules peuvent en grandissant comprimer les vaisseaux sanguins nourrissant d'autres nodules ce qui aboutit à des zones d'infarctissement se manifestent par des hématuries ou par une obstruction partielle ou complète des urines.

1.2.3.1.2- Lésions obstructives avec formation des Kystes parenchymateux des différents volumes

1.2.3.1.3- Lésions inflammatoires

Ces lésions ressemblent à celles de la prostatite chronique avec infiltration de lymphocytes et de monocytes en amas.

1.2.3.2- Retentissement sur le système urinaire

1.2.3.2.1- Urètre

La prostate hypertrophiée provoque étirement, tortuosité et compression de l'urètre postérieur entraînant ainsi un soulèvement du col de la vessie au dessus du plancher vésical. Ces manifestations se traduisent par une obstruction de la vessie.

1.2.3.2.2- Vessie

La musculature vésicale subit une hypertrophie compensatrice dans ses efforts à surmonter l'obstacle, ce qui lui donne cet aspect en colonnes.

L'augmentation de la pression intra vésicale nécessaire pour franchir l'obstacle force la musculature au niveau des points faibles faisant ainsi une hernie pour former des diverticules. A ce stade la non levée de l'obstacle entraîne une dilatation et une décompensation qui aboutit à une distension de la vessie et un amincissement de sa paroi.

1.2.3.2.3- Voies urinaires supérieures

Avec la dilatation et l'amincissement de la paroi vésicale secondaires à l'obstacle au niveau du col, le mécanisme sphinctérien musculaire au niveau des orifices urétraux est affaibli ou supprimé.

L'augmentation de la pression est ainsi transmise aux uretères et aux cavités rénales entraînent une hypertrophie compensatrice et une dilatation (hydro-uretère et hydronéphrose).

Au niveau des uretères souvent comprimés dans leur trajet intra mural par un détrusor hypertrophique. Il se produit une sténose à l'origine d'une urétéro-hydronéphrose.

L'infection peut se greffer et entraîner une pyélonéphrite. Il n'est pas rare de voir une insuffisance rénale et / ou une hypertension artérielle à la suite d'une atrophie hydronéphrétique provoquée par l'ischémie du parenchyme secondaire à l'hypertension.

2- Physiopathologie de l'Adénome de la Prostate : [6 ; 9 ; 20]

2.1- Physiologie de la Prostate : [20]

La prostate et les vésicules séminales sont des glandes à sécrétion externe (glandes exocrines) leurs sécrétions jouent un rôle très important dans la fertilisation des spermatozoïdes mais ne sont pas indispensables.

Elles servent à véhiculer, nourrir et augmenter les chances de survie des spermatozoïdes.

2.1.1- Composition de l'éjaculat : [20]

Le volume de l'éjaculat humain varie de 2 à 6 CC, composé principalement de :

- spermatozoïdes
- liquide séminal

Le liquide séminal est formé par les sécrétions des organes sexuels secondaires tels que les épидидymes, les vésicules séminales, la prostate, les glandes de Cowper et de Littré.

Les vésicules séminales contribuent de 2 – 2,5 CC contre 0,5 – 1 CC pour la prostate dans la composition du liquide séminal.

2.1.1.1- Protéines de sécrétion prostatique : [9]

Elle semble, jouer un rôle dans les phénomènes de capacitation et de reconnaissance antigénique.

2.1.1.2- Antigène spécifique de la prostate : PSA

Initialement décrit sous le nom de gamma- sémio- protéine par HARA en 1971 et isolé du tissu prostatique par Wang en 1979, c'est une glycoprotéine exclusivement produite chez l'homme dans les cellules épithéliales prostatiques. Son rôle physiologique est de reliquéfier le sperme et sa sécrétion semble être quantitativement équivalente dans toutes les zones de la glande.

2.1.1.3- Phosphatase Acide de la Prostate : (PAP)

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

2.1.1.4- Autres protéines prostatiques

Albumine, alpha 01 acide glycoprotéine, Zn-alpha -2 glycoprotéine.

2.2- Physiopathologie de l'hypertrophie Bénigne de la Prostate : (HBP), [6-20]

2.2.1- Testostérone

Il est admis aujourd'hui que la testostérone, par le biais de son métabolite intercellulaire la dihydro-testostérone (DHT) joue un rôle essentiel dans le métabolisme prostatique. Sans cette hormone, la prostate est incapable de

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de

l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

maintenir son développement, sa différenciation, son volume normal et sa fonction.

Une fois que le volume normal adulte de la prostate est atteint sous l'effet des androgènes, il n'augmente plus par de nouvelles administrations, mêmes importantes, d'androgènes exogènes. Les androgènes sont essentiels pour le bon déroulement de la division et la prolifération cellulaire mais ne sont pas responsables de leur déclenchement et pour cela il faut la présence d'autres facteurs de régulation.

2.2.2- Autres facteurs

2.2.2.1- Les oestrogènes

Par leur effet synergique sur l'action des androgènes.

2.2.2.2- Les facteurs de croissance

Le FGF (Fibroblaste Growth Factor) ou l'EGF (Epidermal Growth Factor).

2.2.2.3- Les proto Oncogènes

Ils sont impliqués dans la régulation, la division et la différenciation cellulaire.

2.2.3- Les quatre phases d'un Adénome de la Prostate obstructif [6]

2.2.3.1- 1ère Phase : La dysurie avec vessie de lutte.

La vessie va s'adapter à l'effet supplémentaire qui lui est demandé : le détrusor s'hypertrophie et les fibres musculaires forment alors des « colonnes » bien visibles en endoscopie ; entre ces colonnes existent des zones de faiblesse par où s'évagine la muqueuse vésicale formant des « cellules » puis des

« diverticules ». Parallèlement à l'épaississement de la paroi vésicale, la capacité vésicale diminue. A ce stade la miction, malgré l'obstacle, reste convenable et permet encore à la vessie de se vider complètement.

La dysurie dans l'HBP fait intervenir souvent plusieurs mécanismes :

- Défaut d'infundibulisation du col vésical lors de la miction
- Disparition du flux laminaire urétral.
- Phénomènes de frottement et l'accélération du jet dans le rétrécissement urétral.
- Hypertonie urétrale.

2.2.3.2- 2ème Phase : Rétention vésicale incomplète.

L'obstruction est telle que les capacités d'hypertrophie du muscle vésical sont dépassées. La vessie ne se vide plus entièrement : il persiste un résidu post mictionnel plus ou moins important (à partir de 100 CC le résidu mictionnel est considéré comme important).

La pollakiurie est le symptôme essentiel de cette phase. Elle est parfois associée à une pesanteur pelvienne et /ou périnéale. Une infection urinaire du fait de la stase des urines peut venir exacerber les symptômes.

2.2.3.3- 3ème Phase : Distension vésicale.

Progressivement, le résidu post- mictionnel augmente : il atteint puis dépasse 300CC (capacité vésicale normale). La paroi vésicale se distend et va progressivement modifier sa structure petit à petit, elle est colonisée par des fibres de collagène et perd ses capacités contractiles, pour aboutir finalement à une vessie « claquée » ou acontractile.

Les mictions par regorgement caractérisent la phase finale de cette distension.

Cette pseudo incontinence d'abord nocturne puis diurne et finalement permanente, résulte des contractions anarchiques de la vessie qui est pleine en

permanence. La constatation d'un globe vésical chronique, souvent très volumineux (il faut atteindre ou dépasser l'ombilic) indolore et sans besoin mictionnel (à l'opposé du globe aigu) confirme cette distension.

2.2.3.4- 4ème Phase : Distension du haut appareil urinaire avec insuffisance rénale.

Elle apparaît soit à la phase de lutte du fait de l'hypertrophie du détrusor étreignant les bas uretères dans leur intra pariétal, soit le plus souvent en phase finale de distension vésicale : celle-ci modifie l'implantation des uretères dans la vessie et détériore les mécanismes anti reflux. Les uretères et les cavités rénales se dilatent généralement de façon symétrique (une asymétrie n'est pas obligatoirement un signe de malignité). Si aucun traitement n'intervient, la distension progresse et l'insuffisance rénale apparaît par laminage progressif du parenchyme rénal.

3- Epidémiologie et facteurs favorisants : [9, 27]

3.1- Epidémiologie

L'adénome de la prostate commence le plus souvent à faire parler de lui après 50 ans, bien que souvent il existe déjà depuis plusieurs années. Deux points sont à noter chez le patient souffrant d'adénome de la prostate :

- l'âge (sa fréquence augmente progressivement avec l'âge).
- Le testicule fonctionnel (il ne semble pas y avoir de pathologie adénomyomateuse chez l'homme castré).

Cela tend à montrer le rôle des hormones dans la pathologie adénomyomateuse bien qu'il ne soit pas encore possible de différencier le rôle respectif de la DHT et de la balance œstrogène-androgène dans la physiopathologie de l'adénome de

la prostate. On ne connaît pas encore les mécanismes d'action de ces deux facteurs.

A noter que l'adénome de la prostate n'est pas un facteur de risque pour le cancer de la prostate.

3.2- Facteurs favorisants

Les facteurs favorisants comme la race, l'environnement, l'alimentation, les habitudes sexuelles et le statut matrimonial et ainsi que le tabac n'étaient que des hypothèses.

Au total l'étiologie de l'HBP reste indéterminée.

4- Etude clinique et Para clinique : [6, 16, 22]

4.1- Symptomatologie : [16]

La symptomatologie de l'AP est très riche. Les symptômes sont généralement sous-estimés par le malade car leur aggravation est très progressive. Le patient s'habitue à cette symptomatologie d'autant qu'elle n'est pas forcément gênante et évolue sur des années. Une étude de prostatiques non opérés et non traités montre que 84% des signes restent inchangés après 5 ans. Le facteur social est prédominant ; une pollakiurie n'aura pas le même retentissement pour un paysan que pour un citadin. Certains symptômes mineurs de début tels que les gouttes retardataires peuvent avoir plus d'importance et gêner plus le patient qu'une dysurie.

Les variations climatiques (froid, humidité), régime alimentaire (épice, alcool), habitude sédentaire accentuent le phénomène obstructif.

Ainsi les décongestifs pelviens, les colorants, les toniques veineux, les placebos peuvent avoir une très nette amélioration symptomatique puis que pouvant agir

sur ces signes irritatifs. Les principales manifestations cliniques de l'AP sont : la dysurie, la pollakiurie, la miction impérieuse, l'incontinence.

4.2- Diagnostic de l'Adénome Prostate : [22]

Le diagnostic de l'AP est avant tout clinique et revêt de ce fait deux étapes essentielles à savoir l'interrogatoire et le toucher rectal. Nous nous aiderons aussi des examens complémentaires

4.2.1- Diagnostic positif : [22]

4.2.1.1- Interrogatoire

Il cherche à mettre en évidence les signes mictionnels évocateurs de la présence d'un AP :

- * troubles mictionnels : Pollakiurie (nocturne et /ou diurne), dysurie faiblesse du jet,

- * Parfois une miction impérieuse, une miction par regorgement

- * une Complication : une RAU, une infection (cystite, orchépididymite, adénomite), une hématurie initiale.

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

4.2.1.2- Examen physique : [6, 32]

- * **Toucher rectal** [32].

Le TR reste l'examen fondamental, à condition d'être effectué systématiquement et selon une technique rigoureuse. Il se pratique chez un patient à vessie vide selon les positions suivantes :

- position couchée latérale,
- patient debout, penche en avant
- position genu-cubital sur une table d'examen, procure de meilleurs renseignements.
- Position gynécologique, la plus employée, très confortable chez les patients âgés.

Le TR apprécie le volume de l'HBP, son indolence à la pression, son homogénéité, ses limites, sa régularité, sa fermeté et son élasticité comme une balle de tennis. Cependant il n'étudie que la partie postérieure de la prostate et ne doit avoir aucune valeur dans le diagnostic du degré d'obstruction.

Il existe des cas où le TR est pris à défaut : il s'agit d'un adénome développé sur le lobe médian ou à développement urétral qui ne peut être perçu par le TR.

La palpation abdominale combinée avec le TR et la percussion peut apprécier un éventuel résidu d'urine ou un globe vésical. En matière d'HBP, il est beaucoup plus axé sur l'examen des OGE et du méat à la recherche d'une sténose. La palpation et la région sous-pubienne se font à la recherche d'une rétention vésicale, la palpation des fosses lombaires à la recherche d'un gros rein. Les orifices inguinaux doivent être palpés, car les efforts de poussée favorisent la survenue des hernies. L'examen neurologique ciblé, l'examen du périnée et du réflexe bulbo anal élimineront une pathologie neurologique. En somme, le TR constituant le temps essentiel de l'examen physique, même normal n'exclut pas un AP (Lobe médian) et doit être complété par les examens para cliniques.

4.2.1.3- Bilan Para clinique : (Examens complémentaires) [2, 3, 5, 6, 9, 23, 37, 38]

Il précise le diagnostic et apprécie le retentissement de l'AP sur le reste de l'appareil urinaire.

L'intérêt des examens para clinique est de :

- mesurer le degré de la dysurie
- apprécier le volume de l'adénome
- préciser le retentissement d'amont sur l'appareil urinaire,
- rechercher les lésions associées, infectieuses, tumorales ou lithiasiques

* **La débitmetrie :**

La débitmetrie permet d'objectiver la dysurie et cette dernière doit être recherchée, car elle ne constitue pas toujours le motif de consultation.

* **La créatinémie**

Elle est nécessaire avant la pratique de l'UIV, la créatinémie permet d'apprécier un éventuel retentissement sur la fonction rénale. Son taux varie entre 60 et 110 $\mu\text{mol/l}$ et n'est vraiment pas perturbé que dans environ 5% des cas.

* **PSA [38]**

Le taux normal de PSA étant 0 - 2,5 ng/ml selon le dosage pro-check, il est habituel d'observer un taux entre 5 – 10 ng/ml en cas d'AP. Par contre, un taux au dessus 30 ng/ml voir 50 ng/ml de PSA fait soupçonner un cancer associé qui pourra être confirmé soit par la biopsie prostatique, soit par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire d'adénomectomie prostatique.

* **ECBU :**

L'ECBU est demandé à la recherche d'une infection urinaire. Le germe le plus fréquemment rencontré dans les infections secondaires à l'AP est l'Escherichia coli avec un taux de 80%. L'ECBU doit couplée de façon systématique à un anti biogramme.

* **Echographie :**

L'échographie occupe une place de choix dans l'exploration de l'AP. Elle est atraumatique et permet d'apprécier les dimensions et l'homogénéité de la prostate. Elle est fondamentale dans l'évaluation de la pathologie prostatique.

* **UIV : [6]**

Elle permet de détecter :

- une anomalie osseuse
- une anomalie de la taille des reins
- présence de lithiase
- le retentissement sur le haut appareil urinaire
- le résidu post mictionnel.

* **Urétrocystographie rétrograde post mictionnelle (UCRM).**

Elle visualise toutes les modifications du bas appareil urinaire.

* **Endoscopie** : Elle permet d'apprécier l'état sphinctérien, la rigidité et la longueur urétrale et les rétrécissements physiologiques.

* **Bilan Urodynamique** : [6, 23]

Ayant très peu de place dans le bilan de l'AP, il n'est indiqué que dans des cas particuliers comme dans la suspicion d'une atteinte neurologique associée de la vessie.

* **La cystomanométrie** :

Elle a pour intérêt d'apprécier le stade évolutif de l'AP puis de l'orientation thérapeutique.

* **Le profil de pression urétrale** :

Son intérêt est très limité, mais peut être intéressant en post opératoire pour dépister une obstruction résiduelle ou pour analyser une incontinence.

* **Le Scanner** :

Le Scanner existant au Mali depuis 1998, nous avons jugé nécessaire de le mentionner bien qu'il ne fasse pas partie d'un bilan de routine de l'AP et de l'adénocarcinome de la prostate.

Si l'AP reste l'étiologie la plus fréquente de l'obstruction sous vésicale chez l'homme, les troubles mictionnels restent un réel problème diagnostique complexe. Le diagnostic différentiel inclut alors les autres causes d'obstruction ou d'irritation vésicale.

4.2.2- Diagnostic différentiel

Se fait avec :

- Cancer de la prostate : [29]

Il est souvent associé à l'AP et peut être suspecté au TR.

- Prostatites :

* **Aigue** : Le sujet est souvent plus jeune, pyrétique, dysurique, associant douleurs mictionnelles et prostate douloureuse au TR.

* **Chronique** : La glande prostatique est irrégulière, parfois indurée.

- Calcifications Prostatiques :

- Abcès Prostatique :

- Sténose primitive du col vésical :

Les symptômes apparaissent souvent chez un sujet jeune et s'aggravent par la suite.

- **Sténoses urétrales** : L'anamnèse peut montrer que les symptômes remontent à la trentaine et sont devenus véritablement gênants à la cinquantaine. Il faudra de ce fait rechercher les antécédents de MST, surtout la gonococcie mal traitée ou des antécédents de traumatisme périnéaux. L'UIV et / ou L'UCRM peuvent être utiles.

- Cystites :

Il peut s'agir de cystites bactériennes, interstitielles ou radicales.

- Hypocontractibilité vésicale :

Elle peut être seule responsable de la dysurie.

- Troubles de la contractilité vésicale :

Ils peuvent avoir plusieurs origines à savoir, myogène, neurogène ou psychique.

4.2.3- Evolution : [6, 27]

4.2.3.1- Favorable : [6]

Il est habituel de décrire l'évolution des symptômes de l'AP en trois périodes successives nous utiliserons pour ce faire la classification de GUYON.

*** Prostatisme : Stade I**

Le prostatisme représente le stade de début, mais ne présume en rien du volume de l'adénome qui peut être déjà important. Il est caractérisé essentiellement par deux signes fonctionnels à savoir la dysurie et la pollakiurie nocturne. Cette pollakiurie traduit l'hyper contractilité d'une vessie qui lutte afin d'expulser l'urine.

*** Rétention chronique sans distension : stade II**

Les symptômes décrits dans le stade I (dysurie, pollakiurie) deviennent diurnes du fait de la réduction de la capacité fonctionnelle vésicale. Il apparaît alors un résidu post-mictionnel de plus de 100CC qui constitue le symptôme essentiel de ce stade et peut être mis en évidence par un examen clinique soigneux. Il devient alors important de rechercher le signe physique du résidu. Ceci se fera par un TR combiné au palper hypogastrique mais difficile chez les malades obèses.

La manière la plus scientifique d'apprécier un résidu serait de faire un sondage explorateur après miction, mais les auteurs tels que Cibert et Convelaire le déconseillent formellement.

Leurs raisons sont tout à fait fondamentales, car il peut être source d'infection et être à l'origine de cystite avec même des poussées de pyélonéphrites. L'UIV à ce stade a toute son indication et vient lever les doutes.

A ce stade, la pollakiurie s'accompagne souvent d'impériosité.

* **Rétention chronique avec distension : stade III**

La distension représente la ultime de la stagnation. Le résidu post- mictionnel alors devient alors supérieur à la capacité vésicale physiologique (300cc), ainsi la vessie se distend.

Sur le plan clinique, on distinguera des symptômes urinaires des signes généraux :

- **Symptômes urinaires :**

La pollakiurie est accentuée et c'est l'incontinence due à la miction par regorgement qui est un symptôme propre à la distension :

- **Signes généraux :**

Ces signes sont liés à l'intoxication urémique avec insuffisance rénale : anémie, altération de l'état général, élévation de la créatinémie et parfois des troubles cardio-respiratoires.

Les complications peuvent survenir à n'importe quel stade.

4.2..3.2- Complications

Un certain nombre de complications peuvent émailler et accider l'évolution de l'AP.

- **Rétention aigue d'urine : [27]**

Il s'agit d'une impossibilité d'uriner de survenue brutale, qui s'accompagne de douleurs extrêmement vives avec besoins impérieux, impossibilités à satisfaire, provoquant des efforts de poussée à la fois du côté de la vessie et du côté du rectum. Le diagnostic se fait à l'inspection par une tuméfaction sus-pubienne douloureuse. Tout ceci chez un patient qui jusqu'alors vidait sa vessie chez lequel viennent se greffer un besoin douloureux et l'impossibilité d'uriner.

Le traitement en urgence fait appel à :

- **Cathétérisme urétral** : bien qu'il reste le meilleur mode de drainage, il est contre indiqué dans les cas suivants : prostatite aigue (contre indication absolue), sténose urétrale (connue ou lorsque le sonde bute).

- **Cathétérisme sus-pubien** : il est contre indiqué en cas d'hématurie, d'antécédents de tumeur vésicale, d'anticoagulants à dose inefficace et de pontage extra anatomique rétro-pubien. Nous avons jugé nécessaire d'insister sur cette complication qu'est la RAU, d'autant plus qu'elle est la plus fréquente et la plus brillante.

- **Complications infectieuses** [27]

- **Infection urinaire** : elle témoigne d'une stase urinaire traduisant une manière vidange vésicale. La bactériurie est retrouvée en préopératoire chez environ 30% des patients bénéficiant d'une chirurgie prostatique. Les germes les plus en cause sont les entérobactéries avec Escherichia-coli au premier plan ayant un taux de 80%.

Au TR la prostate est augmentée de volume, tendue et surtout extrêmement douloureuse.

- **Epididymite aigue** : c'est une complication relativement fréquente, à mode aigue (palpation d'un gros épидидyme douloureux ou subaigu (noyaux épидидymaires plus ou moins sensibles).

Le testicule peut être normal ou augmenté en cas d'orchite associée.

- **Pyélonéphrite aigue et septicémie** : elles sont plus rares et témoignent d'une contamination hématogène ou d'un reflux sur urines infectées.

- **Hématurie** : [27]

L'hématurie macroscopique n'est pas une complication spécifique de l'AP, elle est retrouvée dans 10 à 20% des cas. Cette hématurie est en principe initiale, car le saignement est d'origine cervicale et correspond à la rupture des varices sous muqueuses situées au niveau du col vésical, mais peut être totale avec des caillots et entraîner une RAU.

Elle ne doit être rapportée à l'AP que lorsque toute autre cause d'hématurie a été exclue.

- **Lithiase vésicale** :

Les calculs vésicaux précipités à la faveur de la stase (vésicale ou diverticulaire) et aussi l'infection se manifestent cliniquement par une hématurie et des douleurs périnéales irradiant au gland, accrues par les mouvements. La lithiase vésicale est présente dans environ 3% des cas.

4.2.4- Formes cliniques

- Symptomatique : [5-6-27]

Elles sont nombreuses et variées. On distingue :

- Forme avec dysurie et Pollakiurie nocturnes
- Forme avec pollakiurie diurne et impériosités diurnes.
- Forme avec miction par regorgement.

- Selon le terrain : [5-6]

L'AP peut se manifester sur un terrain :

- cardio-vasculaire avec oedèmes des membres inférieurs, élévation de la tension artérielle, cardiomégalie, dyspnée.
- diabétique
- cirrhose hépatique.

- Selon l'âge :

L'âge est un facteur favorisant d'apparition de l'AP.

- l'HBP microscopique [5-6]

Dès l'âge de 30 ans, 8% des hommes présentent des lésions histologiques d'HBP, puis 50% durant la cinquantaine et 80% durant la huitième décennie.

En résumé, 75 à 80% des hommes de plus de 40 ans développent ou vont développer une HBP microscopique et un homme sur deux ayant une HBP microscopique évoluera vers une HBP macroscopique.

Sur un sondage effectué auprès de 913 hommes âgés de 50 à 70 ans 8% subiront une intervention chirurgicale.

- Formes compliquées : [27]

- ⇒ Forme avec rétention aiguë d'urine ;
- ⇒ Forme avec hématurie ;
- ⇒ Forme avec lithiase vésicale ;
- ⇒ Forme avec infection urinaire ;
- ⇒ Forme avec insuffisance rénale.

4.2.5- Traitement

4.2.5.1- But

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

4.2.5.2- Méthodes : [6, 11, 13, 17, 25]

- Médicale : [13 - 17]

Il est important de rappeler que l'obstruction prostatique causée par l'AP présente deux composantes :

- * une composante mécanique qui dépend du volume et de la forme de la prostate ;
- * une composante fonctionnelle en rapport avec la tension exercée par les fibres musculaires lisses contenues dans l'urètre, la prostate et sa capsule. Ainsi nous pouvons regrouper les agents pharmacologiques en deux grands groupes :
 - * médicaments agissant par la réduction du volume prostatique ;
 - * médicaments agissant sur la composante fonctionnelle de l'HBP.

- Décongestionnant pelviens [13]

Ils agissent sur la congestion pelvienne comme les mesures hygiéno- diététiques. L'existence de 60% de lésions inflammatoires explique peut être leur efficacité dans les poussées congestives. Cela dit, les extraits végétaux qui ont été particulièrement étudiés sont :

* l'extrait d'écorce de pygeum africanum (Tadenan®) : sans effet de type hormonal, il a une action anti-œdémateuse avec réduction de l'extraction, capillaire, renforce la sécrétion prostatique avec transformation de l'épithélium glandulaire. Il a également une action vésicale en diminuant l'excitabilité et la contractilité d'une vessie hypertonique et enfin augmente l'élasticité du détrusor.

* l'extrait lipidostérolique de Serenoa repens (Permixon®) : nous ne ferons que citer les autres décongestionnants pelviens à savoir, extrait orchitègue de taureau (Prostatidanses®), extrait de prostate désalbuminée (Postavéron®), composés magnésiens (Pelvomagnésium®)

- **Alpha- bloquants** : [13]

Le premier alpha- bloquant utilisé dans le traitement de l'AP est la phénoxybenzamine (Dibenylune®) et ceci remonte à plus de 20 ans.

A titre de rappel, nous dirons que les fibres musculaires lisses de l'urètre, de la prostate et sa capsule ont une innervation adrénérique et sont principalement équipées des récepteurs alpha 1.

Les alpha-bloquants agissent en relâchement ces fibres musculaires avec réduction de la résistance à l'écoulement urinaire lors de la miction. Le relâchement du détrusor par les alpha-bloquants pourrait expliquer l'efficacité du traitement sur la pollakiurie. Cela dit les alpha-bloquants n'agissent que sur la composante fonctionnelle et n'ont aucun effet sur le volume même de la glande.

On peut parfois noter une éjaculation rétrograde par relaxation du col vésical par ces alpha-bloquants.

La manifestation secondaire la plus fréquente (Hypotension artérielle) est surtout retrouvée avec les alpha-bloquants non spécifiques (possédant à la fois les effets alpha 1 et alpha 2).

Par contre, ceux possédant uniquement les effets alpha 1-bloquants sont relativement bien tolérés par l'organisme même en cas d'utilisation prolongée. Parmi eux on distingue la nicergoline (Sermion®), le maxisylite (Carlytène®), la prazocine (Minipress®), ou la dihydroegokryptine (Vasobral®).

- Chirurgicales : [5, 6, 21]

C'est le traitement le plus efficace pour supprimer l'obstruction due à l'HBP, il doit toujours être réalisé après stérilisation des urines. Il existe plusieurs méthodes mais elles consistent toutes à enlever le tissu adénomateux (pas la prostate elle-même).

Parmi ces méthodes nous pouvons retenir :

* **Chirurgie à "ciel ouvert"** : Elle est utilisée surtout pour les gros adénomes, de plus de 60 grammes.

* **Adénomectomie transvésicale** Cf. FIG 5 et FIG 6 [5]

C'est une technique qui est réservée en générale pour les gros adénomes, elle est très utilisée.

Installation du malade :

Décubitus dorsal sur une table opératoire, désinfection sus-pubienne, scrotale, et pénienne.

L'opérateur à gauche du malade s'il est droitier et vis versa, avec l'aide en face.

Quelques matériels :

- ⇒Lame de bistouri
- ⇒Une pince porte-aiguille
- ⇒Une pince à disséquer à griffes
- ⇒Une paire de ciseaux
- ⇒Un écarteur de GOSSET
- ⇒Un écarteur à trois valves types HRYNTCHACK
- ⇒Aspirateur
- ⇒Quatre pinces d'ALLICE

⇒ Quatre pinces fixe champ.

Incision et ouverture de la vessie

L'incision médiane sous ombilicale est avantageuse par rapport à l'incision PFANNENSTIEL chez les patients obèses.

La face antérieure de la vessie est libérée de la graisse et le péritoine est refoulé jusqu'au dôme vésical. La vessie est ouverte et le liquide intra vésical est aspiré.

Enucléation

L'enucléation de l'adénome est faite au doigt en s'aidant, si c'est nécessaire d'un doigt intra rectal.

Hémostase de la loge et mise en place de la sonde :

L'hémostase est faite au fil à résorption lente (vicryl 0 ou 2/0 serti). Les chutes d'escarres sont fréquentes en cas d'excès de coagulation au bistouri électrique. Une sonde à ballonnet est introduite et le ballonnet est gonflé dans la loge d'adénomectomie de la prostate du volume d'adénome enlevé.

Fermeture de la vessie et de la paroi

La vessie peut être fermée en mettant en place une sonde de PEZZER de petit calibre pour l'irrigation de la vessie avec un liquide isotonique pendant les 48 premières heures post-opératoires ou en plaçant une sonde urétrale à double courant.

La paroi est aussi fermée sur drainage de l'espace pré vésical.

Figure 5 : Chirurgie transvésicale [5], étapes 1, 2, 3 et 4.

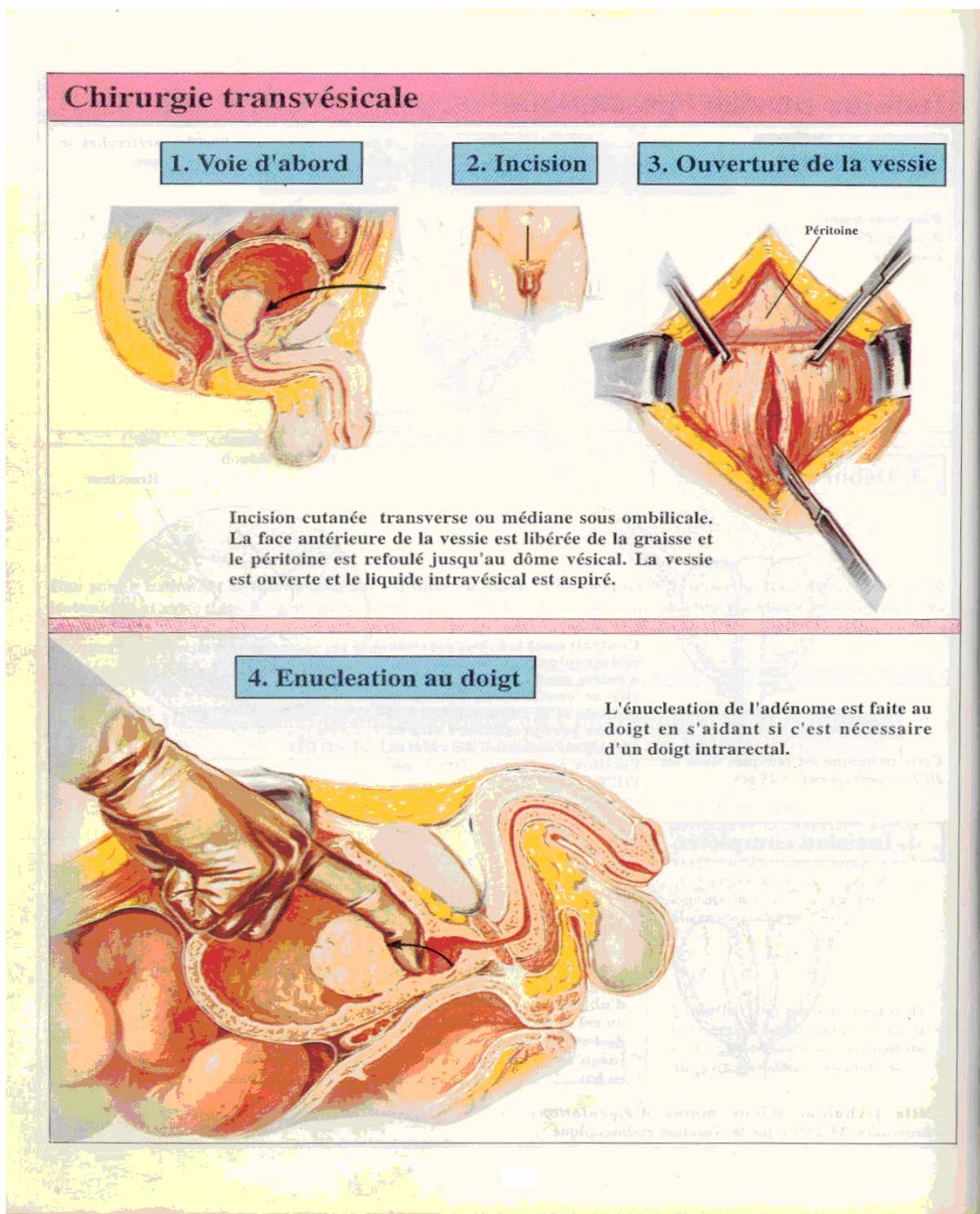


FIG 5

Haut

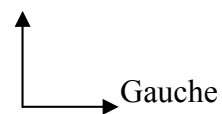


Figure 6 : Chirurgie transvésicale [5], étapes 5, 6 et 7.

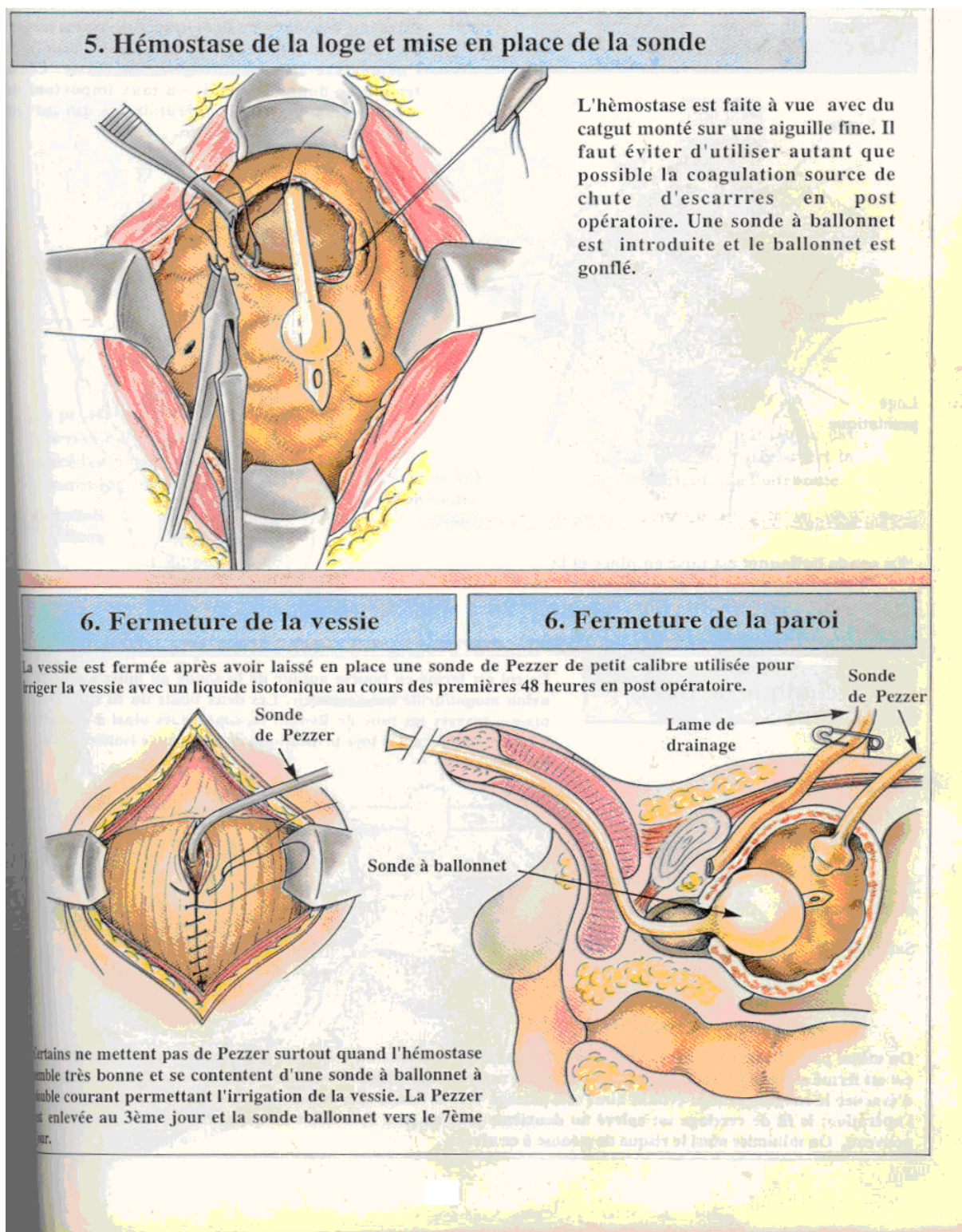
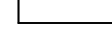


FIG 6

Haut



Gauche



* **Chirurgie Endoscopique** : [21] Cf. FIG 7, 8, 9, 10 et 11 [5]

Le but de l'intervention est de supprimer la totalité du tissu adénomateux. Son recours relève d'un choix dont les critères sont :

- + Le poids de l'adénome (petits adénomes).
- + La formation technique et l'entraînement de l'opérateur.

On distingue deux variantes : trans-urétrale et cervico prostatique.

La résection trans-urétrale de la prostate : RTUP

Actuellement c'est la technique chirurgicale la plus utilisée, elle consiste à réaliser à l'aide d'un résecteur introduit à travers l'urètre une résection de l'adénome.

Ce résecteur débite progressivement l'adénome en minuscules copeaux évacués à travers la gaine du résecteur.

On distingue deux types de résection : la résection avec lame froide et l'électro résection (technique la plus utilisée).

Les différentes étapes de l'électro résection :

- ❖ Installation du malade sur une table d'opération en position gynécologique.
- ❖ Identification des repères endoscopiques (véru montanum, méats urétéraux).
- ❖ Début de la résection en commençant par la face postérieure du col vésical siège du lobe médian.
- ❖ Résection des lobes latéraux
- ❖ Hémostase

Résection des lobes restants.

Mise en place d'une sonde à double courant permettant d'irriguer la vessie avec une solution isotonique et d'éviter dans les premières heures la formation de caillots qui bouchent la sonde et obligent à des manœuvres aspiratives pour la

déboucher. Le lavage vésical est arrêté dès que les urines deviennent très claires (24 à 48 heures). La sonde est enlevée vers 45^{ème} jour.

Figure 7 : Technique de la résection endoscopique [5], étapes 1 et 2.

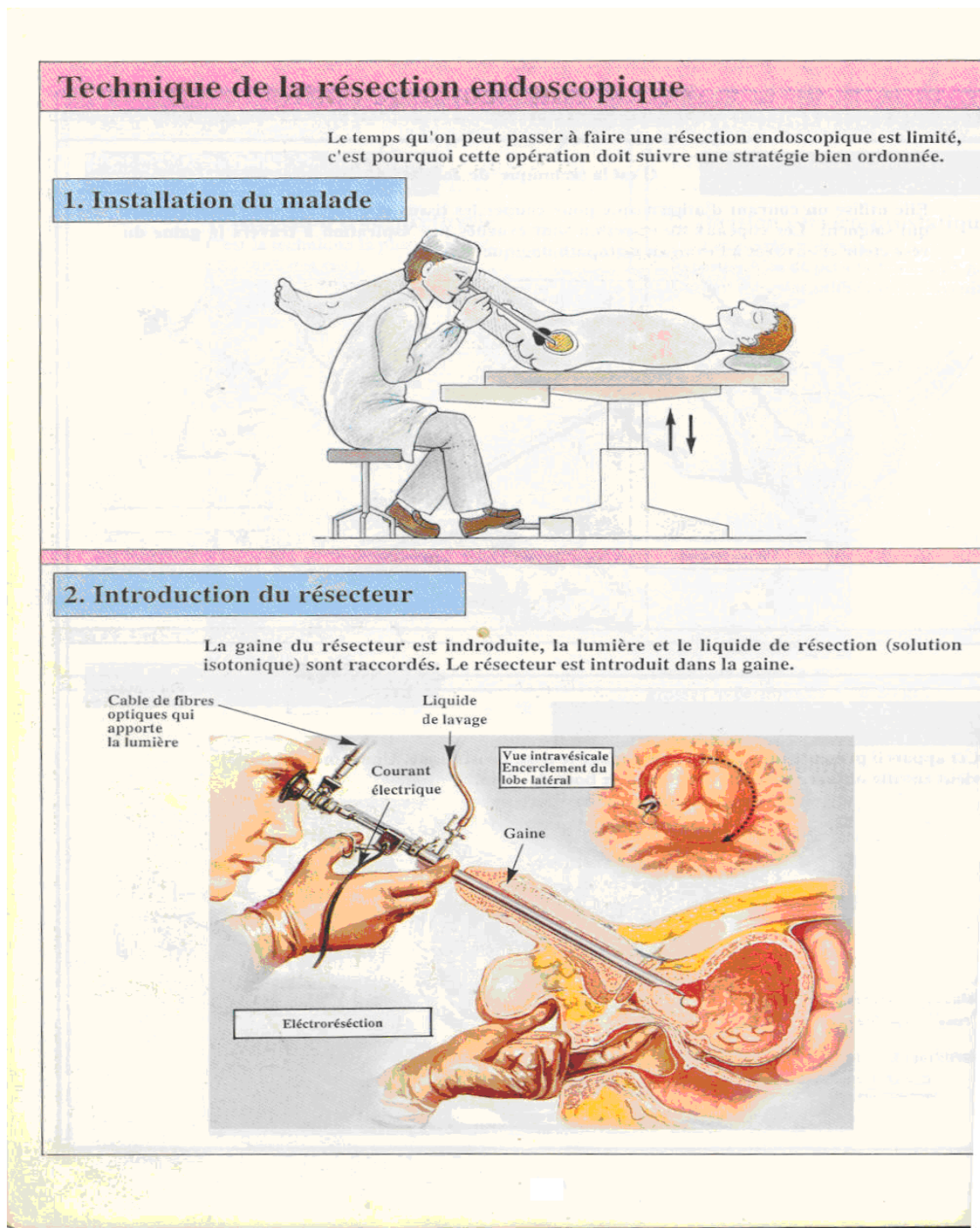


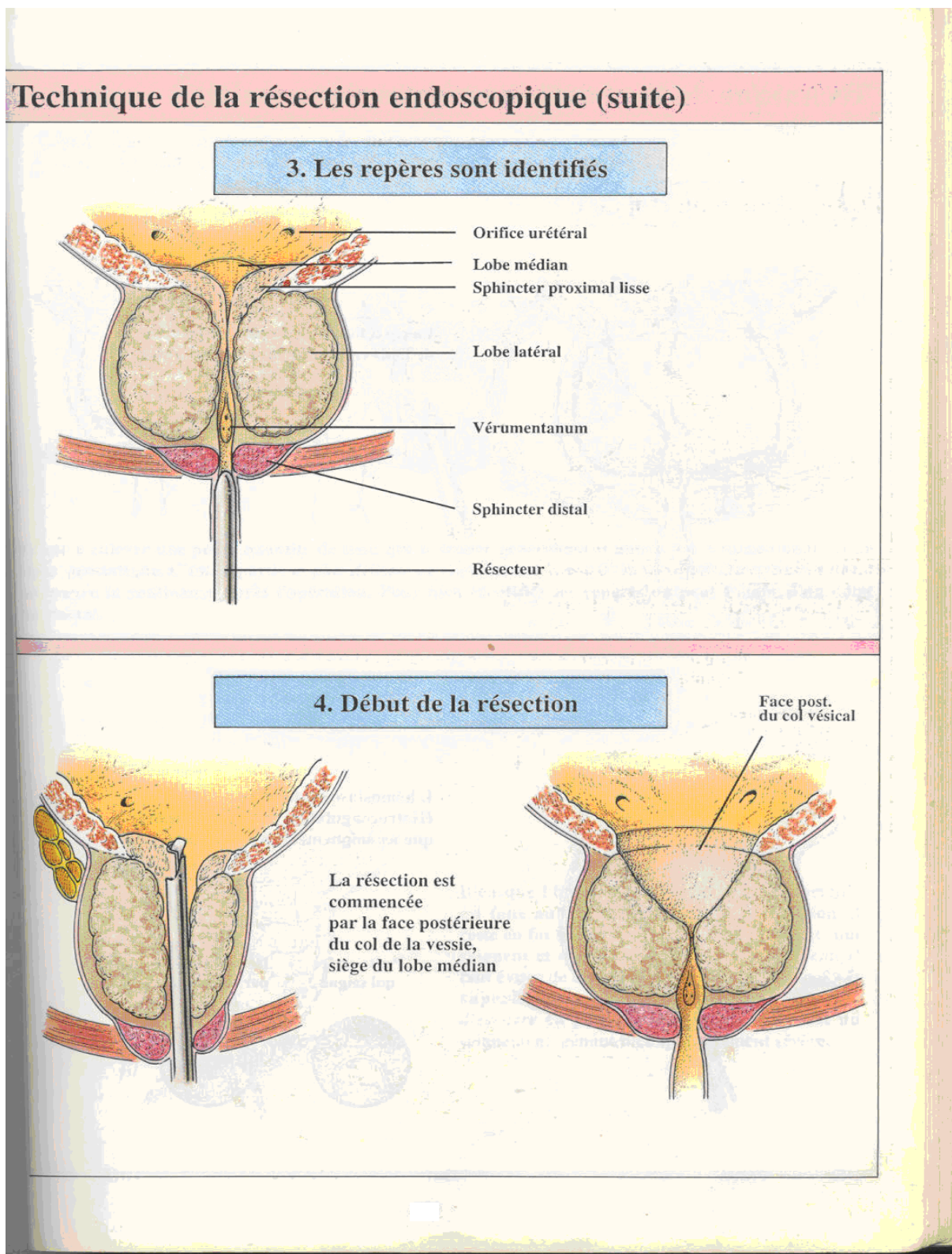
FIG 7

Haut



Gauche



Figure 8 : Technique de la résection endoscopique [5], étapes 3 et 4.**FIG 8**

Haut

Gauche

Figure 9 : Technique de la résection endoscopique [5], étapes 5 et 6.

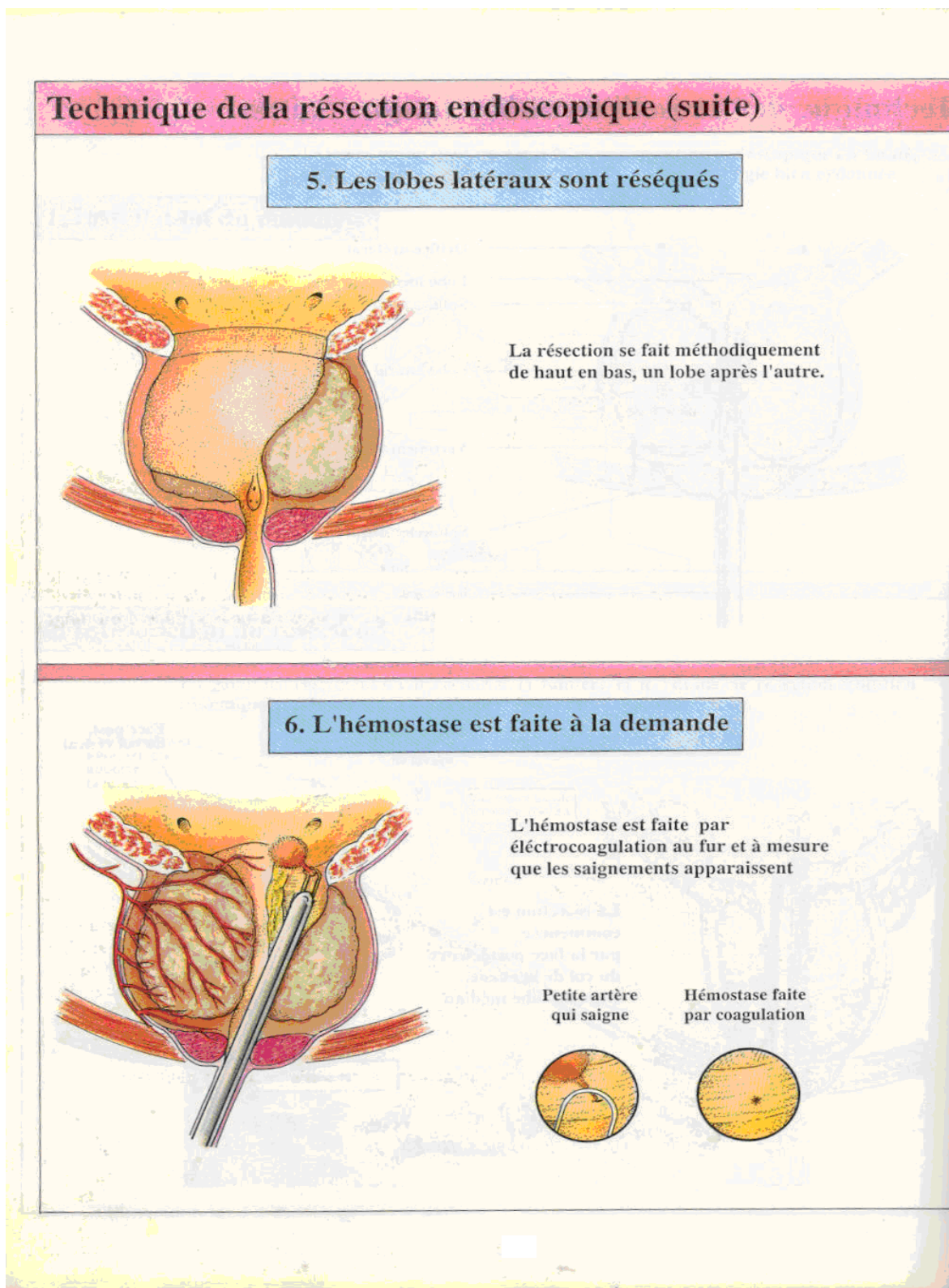


FIG 9

Haut



Gauche



Figure 10 : Technique de la résection endoscopique [5], étapes 7 et 8.

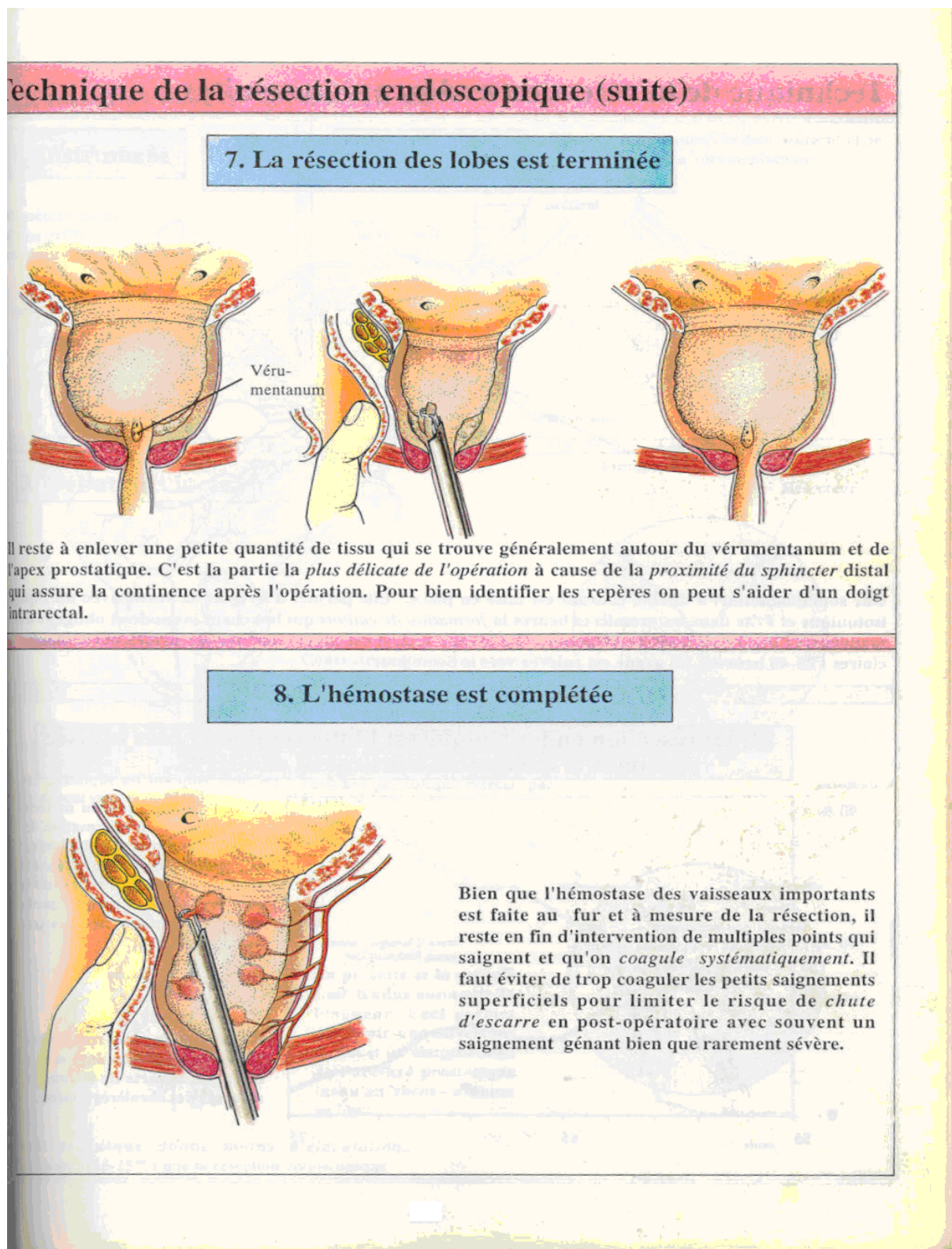


FIG 10

Haut

↳
Gauche

Figure 11 : Technique de la résection endoscopique [5], étape 9.

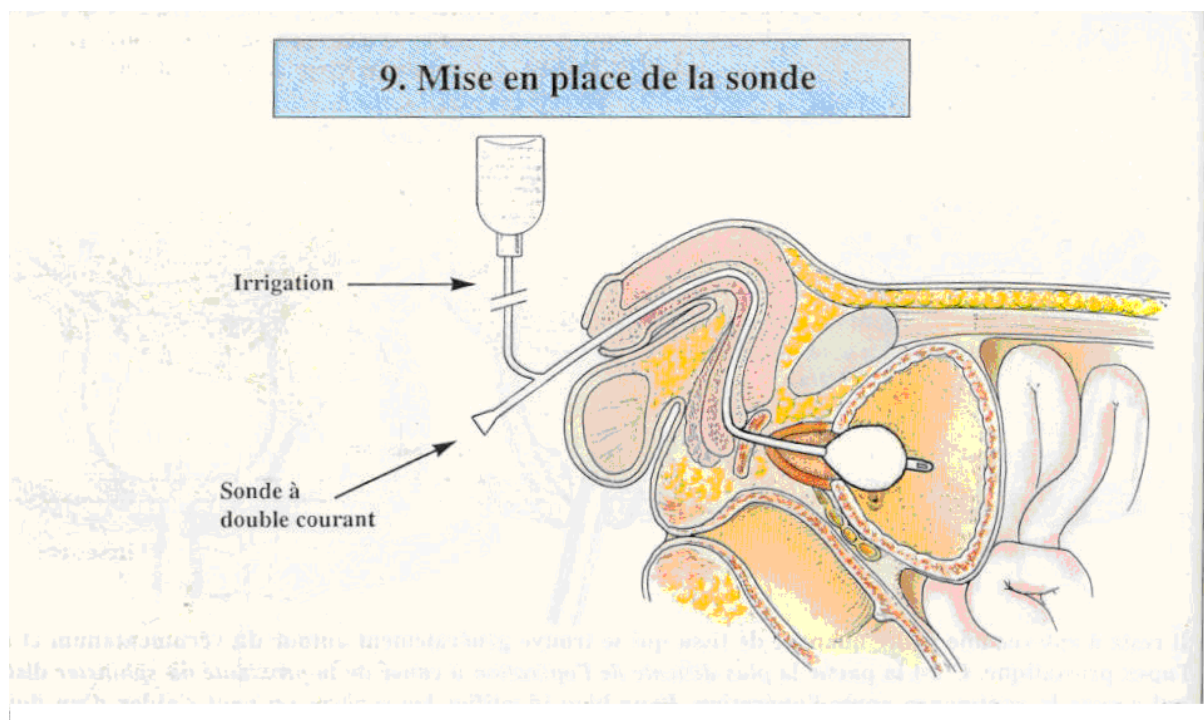


FIG 11

Haut
 ↑
 Gauche →

Incision cervico prostatique :

Même procédé que la précédente mais seulement utilisé une anse triangulaire permettant une section longitudinale au lieu d'une anse coupante.

METHODOLOGIE

III/ Méthodologie

1- Méthode

1.1- Lieu d'étude

Le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

1.1.1- Présentation géographique de la région de Ségou

L'étude s'est déroulée à Ségou la 4^{ème} capitale régionale de la république du Mali. C'est une région où co-habitent plusieurs ethnies telles que : Bambaras, Bozos, Somonos, Peuhls, Sonhaïs et Malinkés etc... Mais les Bambaras y prédominent.

La région de Ségou, arrosée par le fleuve Niger et son affluent le Bani, est située au centre du pays. Sa superficie est de 60.947 Km² pour une population de 1.697.201 habitants.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, au Sud par la région de Sikasso, Au Sud-Est par République du Burkina Faso, à l'Est par les régions de Tombouctou et Mopti et à l'Ouest par la région de Koulikoro.

Elle comprend une commune urbaine et plusieurs communes rurales ayant chacune au moins un CSCOM (Centre de Santé Communautaire).

On distingue deux (2) zones climatiques : la zone saharienne et la zone sahélienne.

L'activité économique est dominée par l'agriculture, l'élevage, la pêche et le commerce.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Ségou qui est la première référence au niveau du district sanitaire de Ségou, et deuxième référence au niveau régional.

1.1.2. Présentation de l'hôpital Nianankoro FOMBA

Situé au centre de la ville, au bord de la route nationale N° 6 reliant Bamako aux régions du Nord du Mali, il a une capacité de 129 lits. Actuellement C'est l'hôpital régional de référence.

Depuis 1985, il porte le nom de Feu le Dr NIANANKORO FOMBA.

Les services suivants existent dans cet hôpital:

- La médecine générale (Homme-Femme) avec 23 lits
- La chirurgie générale (Homme-Femme) avec 40 lits où se déroule notre étude.
- La dermatologie (non fonctionnelle)
- L'Urologie associée à la Chirurgie Générale
- Oto-rhino-laryngologie
- Un pôle mère – enfant flambant neuf
- L'Anesthésie Réanimation avec 4 lits
- La cardiologie
- L'Ophtalmologie
- Le Service social
- La Clinique VIP avec 9 lits
- La Traumatologie associée à la Chirurgie Générale avec 12 lits
- Le Laboratoire
- Un nouveau bâtiment flambant neuf comportant la Chirurgie Générale, l'Urologie et le Traumatologie.

1.2- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale

1.3- Période d'étude

L'étude a été menée d'Août 2004 à Novembre 2005, soit 15 mois.

Les différentes parties de notre travail sont :

1.4- Collecte des données

La collecte des données s'est faite :

A partir des fiches d'enquête les dossiers des patients

A partir du registre du protocole opératoire du service

A partir de la fiche de consultation pré- anesthésiologique.

1.5- Fiche d'enquête

Elle a été conçue et confectionnée par nous même ; corrigée par le codirecteur de thèse et validée par le Directeur de thèse.

1.6- La saisie et l'analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faite à l'EPI-INFO : version 6.0

2. Matériel

2.1- Critères d'inclusion

Tous les patients opérés d'adénome de la prostate

2.2- Critères de non inclusions

N'ont pas été inclus dans notre étude :

Tous les patients non opérés dans le service.

Tous les patients référés aux hôpitaux de 1^{er} niveau à cause de moyens d'investigation limités ou d'autres pathologies associées.

RESULTATS

IV/ Résultats

1- Fréquence de l'adénome de la prostate dans l'activité chirurgicale du service

Tableau 1 : Répartition selon l'activité chirurgicale du service.

Pathologies chirurgicales	Effectifs	Pourcentage
AP	100	19,76
Hernies (inguinale + Fémorale)	89	17,58
Appendicites Aigues	58	11,46
Occlusion intestinale	47	9,28
Péritonite + Hémopéritoine	56	11,06
FVV	35	6,91
Sténose du col vésical	17	3,35
Lithiase vésicale	3	0,59
Amputations	61	12,05
Mise en place de cloue	39	7,70
Lithiase rénale	1	0,19
Total	506	100

L'AP était la plus représentée avec une fréquence de 19,76%.

2- Aspect socio-épidémiologique

Tableau 2 : Répartition selon le lieu de provenance des malades.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Baraouéli	7	7
Bla	10	10
Macina	22	22
Niono	14	14
San	9	9
Ségou	24	24
Tominian	5	5
Hors Régions	9	9
Total	100	100

La majorité de nos patients était de Ségou avec 24%.

Tableau 3 : Répartition selon l'âge des malades.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
50 – 59	13	13
60 – 69	38	38
70 – 79	32	32
80 – 89	17	17
Total	100	100

Les extrêmes ont été 55 ans et 82 ans avec une moyenne de 68 ans.

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 60 – 69 ans avec 38%.

Tableau 4 : Répartition selon le niveau intellectuel.

Niveau intellectuel	Effectifs	Pourcentage
Lettres	33	33
Illettrés	67	67
Total	100	100

La majorité de nos patients était illettrés avec 67%.

3- Aspects cliniques

Tableau 5 : Répartition selon le mode de recrutement.

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentage
Venus d'eux même	63	63
Urgence	37	37
Total	100	100

La majorité de nos patients était venue d'eux même avec une fréquence de 63%.

Tableau 6 : Répartition selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
RAU	49	49
Pollakiurie	40	40
Incontinence urinaire	11	11
Total	100	100

49% de nos malades ont été admis dans un tableau de RAU.

Tableau 7 : Répartition selon le délai d'apparition des 1^{ers} symptômes.

Durée (ans)	Effectifs	Pourcentage
0 – 2 ans	36	36
3 – 5	54	54
6 – 8	10	10
Total	100	100

Tableau 8 : Répartition selon les antécédents médicaux.

ATCD Médicaux	Effectifs	Pourcentage
Bilharziose urinaire	51	51
UGD	22	22
Diabète	4	4
HTA	21	21
Asthme	2	2
Total	100	100

51% de nos malades avaient un ATCD de Bilharziose Urinaire.

Tableau 9 : Répartition selon les ATCD Chirurgicaux.

ATCD Chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Hernie (inguinale, fémorale)	40	40
Appendicites Aigues	15	15
Occlusion intestinale	5	5
Lithiase vésicale	10	10
Autres (AVP ; Péritonite)	5	5
Sans antécédents	25	25
Total	100	100

40% de nos malades étaient opérés pour hernie.

Tableau 10 : Répartition selon le syndrome douloureux.

Syndrome douloureux	Effectifs	Pourcentage
Dysurie	51	51
Dysurie + Brûlures mictionnelles	17	17
Dysurie + Cystalgie	11	11
Dysurie + douleur testiculaire	13	13
Dysurie + BM + cystalgie	8	8
Total	100	100

Tableau 11 : Répartition selon le TR.

TR	Effectifs	Pourcentage
Non douloureux	97	97
Douloureux	3	3
Total	100	100

Tableau 12 : Répartition selon la surface de l'adénome.

Surface	Effectifs	Pourcentage
Surface limitée	98	98
Mal limitée	2	2
Total	100	100

Tableau 13 : Répartition selon le contour de l'adénome.

Contour	Effectifs	Pourcentage
Régulier	97	97
Irrégulier	3	3
Total	100	100

Tableau 14 : Répartition selon la consistance de l'adénome.

Consistance	Effectifs	Pourcentage
Ferme- Elastique	44	44
Ferme- Elastique- Nodulaire	27	27
Ferme- Souple- Elastique	23	13
Ferme- Dure- Nodulaire	6	6
Total	100	100

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

4- Aspect para clinique

Tableau 15 : Répartition selon la valeur de la Glycémie.

Valeur de la glycémie	Effectifs	Pourcentage
Normale	96	96
Elevée	4	4
Total	100	100

Chez 4% de nos malades la glycémie était élevée.

Tableau 16 : Répartition selon la valeur de la créatinémie.

Valeur de la créatinémie	Effectifs	Pourcentage
Normale	81	81
Elevée	19	19
Total	100	100

Chez 19% de nos malades était élevée créatinémie.

Tableau 17 : Répartition selon le résultat de l'examen anatomopathologique

Résultats anatomopathologiques	Effectifs	Pourcentage
Adénome de la prostate	95	95
Adénocarcinome de la prostate	5	5
Total	100	100

5- Complications

Tableau 18 : Répartition selon les complications immédiates.

Complications immédiates	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie	11	11
Décès	7	7
Sans complications	82	82
Total	100	100

7% de nos malades sont décédés.

Tableau 19 : Répartition selon les complications secondaires.

Complications secondaires	Effectifs	Pourcentage
Chute d'escarre	3	3
Infections	21	21
Fistules vésico- cutanées	13	13
Sans complications	63	63
Total	100	100

Tableau 20 : Répartition selon les complications tardives.

Complications tardives	Effectifs	Pourcentage
Incontinence Urinaire	19	19
Sténose du col	5	5
Asthénie sexuelle	12	12
Persistance de la Pollakiurie	8	8
Sans complications	56	56
Total	100	100

6- Traitement**Tableau 21 : Répartition selon le traitement reçu avant l'hospitalisation.**

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Médical	67	67
Traditionnel	17	17
Mixte	16	16
Total	100	100

Tableau 22 : Répartition selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Rachi anesthésie	82	82
Péri-durale	11	11
Anesthésie Générale	7	7
Total	100	100

7- Suivi post-opératoire

Tableau 23 : Répartition selon le délai de reprise du transit.

Délai de reprise de transit (jours)	Effectifs	Pourcentage
J 0	34	34
J 1	48	48
J 2	18	18
Total	100	100

Tableau 24 : Répartition selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectifs	Pourcentage
[0 – 5[	0	0
[5 – 10[	86	86
[10 – 15[	4	4
15 et plus	10	10
Total	100	100

Tableau 25 : Répartition selon la durée d'ablation totale des fils.

Durée d'ablation totale des fils (jours)	Effectifs	Pourcentage
[0 – 5[	0	0
[5 – 10[	51	51
[10 – 15[	49	49
Total	100	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

V/ Commentaires et discussions

Au cours de notre étude nous avons colligé 100 cas d'adénome de la prostate sur une période de 15 mois.

1- Place de l'adénomectomie dans l'activité chirurgicale du service de chirurgie générale

Nous avons constaté que l'adénomectomie transvésicale de la prostate a occupé la 1^{ère} place dans l'activité chirurgicale dans un service de chirurgie générale avec 19,76%.

Dans le service d'urologie de l'hôpital du point G, l'AP a occupé la 1^{ère} place de l'activité chirurgicale dans la thèse de Djibril Traoré [35] avec 35,8% en 8 mois ; contre 31,33% pour Simaga (A.K) et 30,7% pour Nouctadie [28].

2- Aspect socio épidémiologique

2.1- Provenance des malades

24% de nos malades résidaient dans la ville de Ségou, suivi respectivement de Macina avec 22% et de Niono 14%. 4 malades résidaient à Tombouctou ; 2 à Gao, 1 à Mopti et 2 en Mauritanie.

Nous pouvons affirmer que sa répartition géographique était plus ou moins homogène dans la région de Ségou et en plus le lieu d'étude a manifestement influencé sur la provenance des malades.

2.2- Age des malades

L'âge moyen de nos malades était de 68 ans contre 71,68 ans pour Nouctadie [28] ; 71, 49 pour Djibril Traoré [35] ; 60 ans pour Simaga (A.K) [33]

Ce dernier a rapporté 7 cas d'adénome jeune entre 45- 55 ans. Dans l'ensemble nous pouvons dire que l'AP est une pathologie du sujet âgé avec une fréquence relativement élevée entre 60- 69 ans.

2.3- Niveau intellectuel

La majorité de nos malades étaient des illettrés avec 67% contre 87% pour Djibril Traoré [35].

Cela pourrait s'expliquer par le taux de scolarisation globalement bas au Mali, surtout en ce qui concerne cette couche actuelle de la population malienne.

3- Aspect clinique

3.1- Mode recrutement

Dans notre étude de 100 malades 63% étaient venus en consultation d'eux même contre 62,70% pour Djibril Traoré [35]. Ce ci est du au fait que l'AP est une pathologie dont la prise en charge se fait en milieu spécialisé.

3.2- Motif de consultation

La Pollakiurie nocturne a été retrouvée chez 40 malades soit 40% contre 42,2% pour Djibril Traoré [35]. Nous avons trouvé l'incontinence urinaire chez 11 malades soit 11%.

3.3- L'âge d'apparition des 1ères symptômes

La majorité de nos malades, 64% , étaient venus en consultation après deux (02) ans d'apparition des 1^{ers} signes urinaires.

Ce retard de consultation serait du au tabou qu'on accorde aux pathologies urinaires dans notre société.

Tableau 26 : Comparaison des fréquences de RAU suivant certains auteurs.

Auteurs	Effectifs	Pourcentage
Nouctadie [28]	101	57,71
Simaga [33]	21	18,3
Mallé [26]	21	17,3
Djibril [35]	161	50,5
Notre étude	49	49

Partant de ces fréquences, nous pouvons dire que l'AP est une pathologie à évolution sourde confirmée par le retard de consultation de nos patients.

3.4- ATCD Médicaux

La Bilharziose urinaire a été la plus fréquente avec 51% contre 20,1% pour Djibril Traoré [35] d'où l'intérêt de l'interrogatoire car pouvant évaluer vers une tumeur de vessie à phase séquellaire.

Le lieu d'étude a manifestement influencé sur notre résultat par rapport à l'étude de Djibril car l'étude s'est déroulée dans la zone office du Niger où la bilharziose sévie de manière endémique.

3.5- Antécédents chirurgicaux

La hernie inguinale a été la plus fréquente avec 40% contre 22,9% pour Djibril Touré [35] ; 20,57% pour Nouctadie [28]. Notre fréquence élevée de hernie inguinale serait due au fait que l'étude s'est déroulée dans un service de

chirurgie générale d'où l'intérêt de recherche systématiquement l'AP chez un sujet âgé présentant une hernie inguinale.

4- Aspect para clinique

4.1- Glycémie

La glycémie a révélé le diabète chez 4 malades soit 4% contre 8,5% (27 malades) chez Djibril Traoré [35].

4.2- Créatinémie

La créatinémie a été élevée chez 19% de nos malades (19 malades) contre 2,2% (7 malades) pour Djibril Traoré [35].

Au contrôle post opératoire trois (03) mois après la créatinémie a été normale chez les 19 malades.

Nous pouvons affirmer que l'AP est un facteur favorisant de l'insuffisance rénale due à l'intoxication du rein par le reflux vésico urétéral.

Les autres examens complémentaires comme le PSA, l'Echographie vésico prostatique, UIV, UCR, cystoscopie étaient techniquement impossible pendant la période d'étude à Ségou.

4.3- Bilan post opératoire

Nous avons constaté 5 cas d'adénocarcinome après examen anatomopathologique de la pièce opératoire. L'indication opératoire a été en grande partie basée sur les signes fonctionnels à savoir la pollakiurie, la dysurie et les signes de complication urologique comme la RAU, l'incontinence urinaire et le toucher rectal.

C'est dire que la clinique à elle seule permet de poser l'indication opératoire dans 50% des cas.

5- Complications

5.1- Complications immédiates

11% de nos patients ont présenté des complications hémorragiques dans les 72 heures en post opératoire et nous déplorons 7 cas de décès dans notre série de 100 malades.

Sur les 7 décès deux (02) sont survenus dans les 48 heures en post opératoire.

1 décès le 3^{ème} jour.

Et les quatre (4) autres vers les 10èmes jours.

5.2- Complications secondaires

L'infection post opératoire a été retrouvée chez 21% de nos malades. Il nous a été difficile de savoir si c'étaient des infections nosocomiales ou des infections communautaires car l'ECBU + Antibiogramme ne faisaient pas partir du bilan pré opératoire systématique. La fistule vésico cutanée a été retrouvée chez 13% de nos malades (13 malades).

5.3- Complications tardives

L'incontinence urinaire a été retrouvée chez 19% de nos malades (19 malades).

6. Traitement

6.1- Traitement reçu avant hospitalisation

67% de nos malades soit 67 malades ont reçu un traitement médical à base de pygeum africanum + Antibiotique (Ciprofloxacine, Cotrimoxazole =

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Sulfamethoxazole + Trimétoprime) + sonde de Foley à demeure charrière 20 contre 22,6% pour Djibril Traoré [35].

17% ont reçu un traitement traditionnel contre 13,5% pour Djibril Traoré [35].

16% ont reçu un traitement mixte (médical et traditionnel) contre 4% pour Djibril Traoré [-35].

6.2- Type d'anesthésie

La rachi anesthésie a été utilisée chez 82% de nos malades soit 82 malades.

La péri-durale 11% de nos malades soit 11 malades et l'anesthésie générale 7% de nos malades soit 7 malades. Il faut signaler que les 7% de décès ont été faits sous AG. Nous pouvons dire que l'anesthésie locorégionale est meilleure par rapport à l'AG dans la chirurgie de l'AP car nous n'avons perdu aucun malade sous anesthésie locorégionale.

6.3- Traitement chirurgical

La voie sous ombilicale médiane (type FREYER, GOSSET) a été utilisée chez tous nos malades.

Nous ne disposons pas d'écarteur de HRYNTSCHAC. L'adénomectomie prostatique est une opération qui saigne, toute fois nous n'avons pas effectué de transfusion sanguine.

Cependant, Djibril Traoré [35] a enregistré 0,6% de transfusion contre 17,5% pour Mallé et 0,87% pour Simaga. L'hémostase utilisant une sonde avec ballonnet gonflé dans la loge prostatique + sujet au tour de celle-ci a été utilisée chez 100% de nos malades contre 49,5% pour Djibril Traoré [35].

Après l'hémostase la mise en place d'un fil non résorbable appelle "grand fil" (initiative du Professeur OUATTARA- K) au bout de la sonde, a permis de faciliter le transfert du ballonnet de la loge prostatique à la vessie.

La fermeture de la vessie s'est faite en deux (2) plans avec fixation de la sonde sus-pubienne et mise en place d'une irrigation vésicale au sérum salé 0,9%. Quelques astuces ont été utilisées parmi les quelles la pose du grand fil + sonde sus pubienne + soude à 2 voies prédominait avec une fréquence de 83% contre 66,8% pour Djibril Traoré [35].

A noter aussi que l'utilisation des sondes à double courant (3 voies) a été capitale dans l'adénomectomie, car permettait un lavage vésical et une hémostase correcte en cas de saignement après ablation de la sonde sous-pubienne.

7- Suivi post-opératoire

Tous les malades ont reçu un traitement antibiotique dans les premiers 5 jours à base d'ampicilline 2g/j + Gentamicine 160mg/j associé au métamizole sodique.

Le relais est fait par les fluoroquinolones et le cotrimoxazole en comprimé.

Le nombre de pansement était fonction de l'état d'évolution de la plaie.

L'irrigation vésicale au sérum salé était fonction de la couleur des urines.

L'hémorragie vésicale avec formation de caillots a été recensée chez 11 malades soit 11% contre 2 malades chez Djibril Traoré [35] nous amenant ainsi à prescrire l'étamsylate.

La fistule vésico cutanée en post opératoire a été retrouvée chez 13 malades soit 13% contre 27,3% pour Djibril Traoré [35].

La survenue de telle complication était surtout due à l'ablation prématurée de la sonde sus-pubienne et aussi à la surinfection pariétale entraînant lâchages des points de suture.

La suppuration pariétale a été retrouvée chez 21% de nos malades contre 11,3% pour Djibril Traoré [35] 14,8% pour Simaga [33] et 18,86% pour Nouctadie [28].

Cette fréquence élevée serait due à certaines habitudes entraînant l'infection post-opératoire telles que les conditions d'aseptise au bloc opératoire (peu de matériels pour un programme vaste nombre élevé de personnel dans le bloc) et les conditions de travail au pavillon d'hospitalisation (peu de matériels de pansement).

La suture secondaire a été réalisée chez les malades ayant fait une suppuration pariétale.

Chez 51 de nos malades soit 51%, l'ablation totale des fils est faite aux environs du 10^{ème} jour post-opératoire. Ce qui correspond à la cicatrisation totale de la plaie.

L'ablation de la sonde vésicale était liée à cette cicatrisation.

La durée moyenne d'ablation était de 12 jours. Tous les malades sous sonde vésicale étaient sous couverture antibiotique à base de quinolones pour prévenir la survenue de cystite, d'orchite, d'urétrite.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours. Nous avons enregistré 86 malades soit 86% chez qui l'hospitalisation a durée 6 – 10 jours. Il y a eu 7 cas de décès survenus entre le 5^{ème} et 10^{ème} jour d'hospitalisation.

Tableau 27 : Comparaison des fréquences de l'AP selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage
Nouctadie [28]	125	95,2
SIMAGA [33]	48	76,19
Djibril [35]	209	65,5
Notre étude	95	95

Tableau 28: Comparaison des durées moyennes d'hospitalisation selon les auteurs.

Auteurs	Durée moyenne d'hospitalisation
SIMAGA [33]	22
Nouctadie [28]	21,95
Mallé [26]	19,30
Djibril [35]	8,5
Notre étude	10

Ce chiffre est comparable à celui de Djibril [35] ; l'évolution de la plaie était rapidement favorable et dès que l'état général du patient permettait un suivi à domicile on procédait à la libération du patient au bout des 10 premiers jours d'hospitalisation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSÉ Souleymane

Conclusion

Au cours de notre étude prospective et longitudinale nous avons colligé 100 cas d'AP sur une période de 15 mois.

L'âge moyen de nos malades était de 68 ans.

La fréquence était relativement élevée entre 60 – 69 ans.

L'adénome de la prostate a occupé 19,76% de l'activité chirurgicale du service de chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou 64% de nos malades sont venus en consultation après deux (02) ans d'apparition des premiers signes urinaires, 49% des malades sont venus dans un tableau de RAU. L'examen anatomopathologique nous a révélé 5% d'adénome carcinome de la prostate.

Nous déplorons 7% de décès et 19% d'incontinence urinaire après 3 mois de suivi post opératoire 48% des malades ont eu la reprise du transit à J1.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 10 jours.

Recommandations

1 – Aux autorités politiques

- La formation d'urologues pour une meilleure prise en charge de l'AP dans les régions.
- L'équipement des hôpitaux régionaux pour la chirurgie urologique.
- L'équipement des services de radiologie en appareil d'échographie, de cystoscopie et d'UIV.
- L'équipement des laboratoires régionaux en réactifs de l'antigène spécifique de la prostate (PSA)

2- Aux personnels socio sanitaires

- La limitation du nombre de personnes au bloc opératoire pour diminuer le risque d'infection nosocomiale.
- L'orientation des malades urinaires dans les services spécialisés dès l'apparition des premiers symptômes de l'AP.
- Une meilleure surveillance des malades en post opératoire

3- Aux malades

- Consulter dans un service spécialisé dès l'apparition des premiers signes urinaires.
- Un TR annuel après 50 ans et un PSA chaque année après 60 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Thèse de Médecine : Etude Epidémiologique de l'Adénome de la Prostate au Service de Chirurgie Générale de
l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Pr OUATTARA Kalilou/ Dr SAMAKE Bréhima/ GUISSSE Souleymane

Bibliographie

1. BOLOZOLA. F. : Adénome de la Prostate à propos de 760 cas à l'SGT
Thèse Médicale Bamako 2002
2. BORTHAIRE. A, GUILBERT.L, OUELLET.D. Et ROY.C. : Anatomie et
Physiologie (approche intégrée) .Anatomie de la Prostate et du renouveau
pédagogique INC.P749-775
3. CAMEY.M. :
Troubles mictionnels après l'adénomectomie prostatique. Rév. Prat
1980,1987
4. CHATE LAIN.C : Quels sont les signes d'appel de l'HBD.
IFSI.Paris.1984.P92-93
5. Comité scientifique : l'Hypertrophie Bénigne de la prostate en questions .Ed
1991
6. Collection Méd. - line : Urologie ERIC CHARTIER : Adénome de la
prostate. Ed. 2000
7. DELMAS.V, DAUGE.M.C. : Embryologie de la prostate .Etat actuel des
connaissances. Ed .1991.P13-14
8. DENIS. L., KHOURY. S., AMIEL. S.: Cancer et HBP.Ed. 1991. P143-145.
9. DUBE. J. Y. : Les problèmes majeurs de la sécrétion prostatique. Androl.
1991, p 56-58
- 10.ECKMAN. P.: HBP Epidemiology and risk factors. The prostate supplement.
1989, 2, p 21-23.
- 11.GATTEGNO. B, HAAB. F, D'ACREMONT. D, LAGRANGE. L,
THILBAUT. P : Les problèmes endo-uréthraux dans le traitement de l'HBP.
Ed. 1991 P 263-266
- 12.JACQMIN. D, SALISSINE. C.H : Complications post-opératoires précoces
dans la chirurgie de l'adénome de la prostate. Ed 1991 P 221-225

13. JARDIN. A. Alpha bloquant et HBP. Ed 1991. P 175-177
14. KHOURY. S : Anatomie de la prostate. Ed 1991
15. KHOURY. S : Bases du traitement médical de l'adénome de la prostate Ed 1991. P 171.
16. KHOURY. S : Diagnostic différentiel de l'HBP. Ed. P 137-139.
17. KHOURY. S : Existe – t – il un traitement hormonal de l'HBP ? Prostate sauf cancer, IFSI, 1984,2. P35-38
18. KHOURY. S : Indication de la chirurgie de l'HBP. Ed 1991. P217 – 220
19. KHOURY. S : Traitements autres que les hormones et les α -bloquants dans l'HBP. Ed 1991. p 189-190
20. KHOURY. S : Physiopathologie de l'HBP. Ed 1991. P 55-59
21. KHOURY. S : Traitement chirurgical de l'AP. Ed 1991. P203-216
22. KHOURY. S, CHOIN. D : interrogatoire du malade (L'HBP). Ed 1991 P69-71
23. KHOURY. S, RICHARD F, BUZELAIN. J. M.: Bilan urodynamique de l'HBP Ed 1991 P 144
24. GNIRE Bakary : Etude épidémio-clinique de l'adénome de la prostate sur terrain de diabète au service d'urologie de l'HPG.
25. LeE GUILLOU M., PARIENTE J-L., GUEYE S M. : le laser dans l'HBP Ed. 1991 p 267-268
26. MALLE Daouda : Contrôle à l'étude de l'adénome de la prostate au Mali Thèse Med. Bamako, 1983. 83. M1
27. MOTTE T. N : Adénome de la prostate. Impact-Internat Août 1990 p 103-118
28. NOUCTACDIE Kembou Romain : Evaluation de l'adénomectomie prostatique dans le service d'urologie de l'HPG. Thèse de Med. Bamako, 2000

29. PAULHAC J.B., WATTEAU J.P. : Cancer de la prostate. Impact-Internat
Août 1990 p 119-130.
30. RICHARD F. : Physiologie de la miction l'HBP. Ed 1991 p106-111
31. RICHARD F., BITKER M.O. : Incontinence urinaire après chirurgie de
l'HBP. Ed. 1991 p 226-231 SIMAGA.A.K. : Etude comparative de
l'Adénome de la prostate à propos de 115 cas colligés dans le service
d'urologie de l'HPG .Thèse Méd.Bamako.1990.90.M11
32. SARAMON.J.P. : Le toucher rectal technique et intérêt (L'HBP) Ed. p 72 –
77
33. SIMAGA A. K. : Etude comparative de l'AP à propos de 115 cas colligés
dans le service d'urologie de l'HPG. Thèse Med. Bamako 1190. 90. M11
34. TBELEM G. : Physiologie de la prostate. In; Arvis G Ed. Andrologie. 11.
Meloine. Paris 1989. p 893-905
35. TRAORE D.: Etude des complication préopératoires et post opératoires de
l'AP au service d'urologie de l'HPG. Thèse Med. Bamako. 2003. 03-M-71
36. VERNET S. G. : Anatomie et physiologie de la prostate. Encyclo. Méd. Chir.
Paris, Rein, 3, 18, 09, 18500, A10.
37. WALIGORA J. physiologie de la prostate. Encyclo. Méd. Chir. Paris. Reins-
Organes génito-urinaires 18-500-B10 ; 2-1993
38. WALIGORA J. : Tumeurs bénignes de la prostate. Encyclo. Méd. Chir.
Paris- Reins, Appareils uro-génital, 18555, A10 ; 6 ; 1981

ANNEXES

Annexes

FICHE D'ENQUETE

I. Aspects socio - épidémiologiques

Q1. Numéro d'enregistrement :	/ ____ /
Q2. NOM et Prénoms	/ ____ /
Q3. Age	/ ____ /
Q4. Provenance 1. Baraouéli 2. Bla 3. Macina 4. Niono 5. San 6. Ségou 7. Tomnian 8. Hors région	/ ____ /
Q5. Léttré 1. Oui 2. Non	/ ____ /
Q6. Statut matrimonial 1. Monogame 2. Polygame 3. Célibataire 4. Divorcé 5. Veuf	/ ____ /

II. Aspects cliniques

Q7. Mode de recrutement 1. Venu de lui-même 2. Urgences	/ ____ /
Q8. Motif de consultation 1. RAU 2. Pollakiurie 3. Incontinence urinaire	/ ____ /
Q9. Antécédents médicaux 1. Bilharziose urinaire 2. UGD 3. Diabète 4. HTA 5. Asthme 6. Autre à préciser	/ ____ /
Q10. Antécédents chirurgicaux 1. Hernie 2. Appendicite 3. Occlusion intestinale 4. Hydrocèle 5. Péritonite 6. Autre à préciser	/ ____ /
Q11. Durée de la maladie	/ ____ /
Q12. Syndrome douloureux 1. Dysurie 2. Cystalgie 3. Brûlure mictionnelle 4. Douleurs testiculaires	/ ____ /

Q13. TR 1. Dououreux 2. Non dououreux	/ _____ /
Q14. Surface de l'adénome au TR 1. Bien limitée 2. Mal limitée	/ _____ /
Q15. Contour de l'adénome au TR 1. Régulier 2. Irrégulier	/ _____ /
Q16. Consistance de l'adénome au TR 1. Ferme 2. Elastique 3. Modulaire 4. Souple 5. Dur	/ _____ /

III. Aspects paracliniques

Q17. Glycémie 1. Normale 2. Elevée	/ _____ /
Q18. Créatinémie 1. Normale 2. Elevée	/ _____ /
Q19. Résultats anatomo – pathologiques 1. Adénome 2. Adénocarcinome	/ _____ /

IV. Complications

Q20. Immédiate 1. Hémorragie 2. Décès	/ _____ /
Q21. Secondaire 1. Chute d'escarre 2. Infections 3. Fistules vésico – cutanées	/ _____ /
Q22. Tardive 1. Incontinence urinaire 2. Sténose du col 3. Asthénie sexuelle 4. Persistance de la pollakiurie 5. Autre à préciser	/ _____ /

V. Traitement

Q23. Traitement reçu avant l'hospitalisation 1. Médical 2. Traditionnel 3. Mixte	/ _____ /
Q24. Type d'anesthésie 1. Rachi 2. Péridurale 3. AG	/ _____ /

VI. Suivi post - opératoire

Q25. Délai de reprise du transit 1. J0 2. J1 3. J2 4. J3	/ _____ /
Q26. Durée d'hospitalisation 1. [0-5 [2. [5-10 [3. [10-15 [4. 15 et plus	/ _____ /
Q27. Durée d'ablation totale des fils 1. [0-5 [2. [5-10 [3. [10-15[/ _____ /

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : GUISSÉ

Prénom : Souleymane

E-mail : guso@yahoo.fr

Tel : (223) 656-49-39 / 601-50-92

Titre : Etude épidémiologique-clinique de l'adénome de la prostate dans le service de Chirurgie Générale de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou

Année : 2006-2007

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Urologie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, B.P. 1805

Résumé :

Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale qui a été réalisée dans le service de chirurgie générale sur une période de 15 mois.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Décrire les manifestations cliniques de l'adénome de la prostate
- Déterminer la fréquence de l'adénome de la prostate par rapport aux autres uropathies
- Déterminer la place de l'adénomectomie de la prostate dans l'activité chirurgicale du service
- Décrire les complications post – opératoires de l'adénome de la prostate.

Nous avons colligé 100 cas d'adénome de la prostate.

L'âge moyen de nos malades était de 68 ans.

L'adénomectomie transvésicale a occupé 19,76% de notre activité chirurgicale.

L'examen anatomo – pathologique a révélé 5% d'adénocarcinome de la prostate.

Nous avons déploré 7 cas de décès dans notre série.

L'incontinence urinaire était présente chez 19% de nos patients après 3 mois de suivi post – opératoire.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours.

Mots clés : Prostate ; hypertrophie bénigne ; adénome ; adénocarcinome ; incontinence urinaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !