

**Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la recherche scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007 – 2008

N °/

THESE

**L'IMPACT DE L'HYPERTROPHIE
BÉNIGNE DE LA PROSTATE SUR
L'APPAREIL URINAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
Devant la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Par

Mr Fainad Sanou

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT: Professeur Saharé Fongoro

MEMBRE: Docteur Chérif M Cissé

CO-DIRECTEUR: Docteur Aly Tembely

DIRECTEUR: Professeur Kalilou Ouattara

Je dédie Affectueusement, ce travail à:

Ma mère Manahan Théra ;

Tendre mère tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir, nous sommes toujours prêts à écouter tes conseils et surtout tes bénédictions ; tu as su nous apprendre les règles de bonnes conduites de la vie. Tu restes un rock sur lequel notre édifice de vie s'est érigé

Le qualificatif le plus indiqué et approprié me manque aujourd'hui pour t'apprécier très chère maman.

Ce travail qui t'est entièrement dédié est le fruit des efforts que tu as tout temps consenti depuis nos premiers pas jusqu'à ce jour.

Que Dieu le Tout Puissant te garde assez longtemps auprès de nous en bonne santé.

Mon père Tamou Sanou

Je suis fier d'être ton fils; l'éducation que nous avons reçue de toi fait que nous sommes partout reconnus par le sens de notre bonne conduite. Tu es un homme de dignité, de justice, de vérité, et plein de sagesse.

Tu as fait ton devoir en me mettant à l'école et en assurant mon suivi; ce travail est le résultat de toutes ces années de labeur.

Que le Seigneur Jésus Christ, par la grâce de Dieu puisse t'accorder encore de meilleurs jours en très bonne santé.

Mes aînées

Samouhan dite Jeanne d'Arc Sanou et ses enfants; **Dasso dite Marie Sanou** et ses enfants; vous avez été pour moi un levier essentiel tout au long de mon parcours scolaire, votre soutien moral et financier m'ont toujours permis de me sentir fort pour affronter les difficultés de la vie; soyez en remerciés ici à travers ce travail.

Ma sœur aînée Feu Worowé dite Fanta Sanou

Tu as été arrachée à notre grande affection à l'âge de la fleur ; cependant tu as toujours été à nos côtés car nos pensées sont tournées vers toi. L'unique fille que tu nous as laissée reste pour nous un miroir.

Mes frères cadets

Feu Mahou Sanou Pacôme; la mort t'as arraché à notre grande affection en Mai 2006. Ton charisme, ton éloquence et cette facilité de contact que tu incarnais faisaient de toi un homme aimé de tous. Partout où tu es passé, ton nom y reste graver à jamais. Cher frère, je citerai ici « l'on a toujours dit que les bonnes choses ne durent jamais ».

Tu as été associé à la rédaction de ce travail du début à la fin, il est particulièrement à toi très cher frère.

Que l'Éternel te reçoives dans sa lumière auprès de lui pour les siècles des siècles.

Sory dit Maurice Sanou et Pobanou Paul Sanou, je vous ai quitté très tôt pour achever mes études au Mali. Le peu de temps que nous avons eu à passer ensemble lors des vacances m'a permis de savoir que vous avez reçu la même éducation que moi. Le respect, le courage, et la dignité que vous avez en vous font la fierté de la famille. Ce travail est à vous.

Mon tonton: Tioukani dit alexis Sanou, ta simplicité, l'amour du prochain, ta modestie font de toi un homme exceptionnel. Tu m'as tout donné pour que je puisse aisément continuer mes études. Ce travail est la consécration de toutes ces années d'effort. Je te le dédie avec tout mon cœur.

Mon cousin Birawé Théra : Tu restes pour un exemple à suivre pour tout ce que tu as fait pour moi comme soutien financier et moral. La spontanéité des réponses aux différents problèmes que je t'ai toujours posés. Tu es un homme digne et juste. Ce travail qui est le couronnement de toutes ces années de labeur est à toi, très cher cousin.

Ma bien aimée Mlle Anne Marie Coulibaly, modeste; depuis que je t'ai connue tu n'as jamais cessé d'être à mes côtés et surtout dans les périodes difficiles. Tu m'as donné l'espoir au moment où j'étais à bout de souffle. C'est l'occasion pour moi de te dire merci, et je prie Dieu le Tout Puissant pour qu'il nous accorde le sacrement de mariage. Amen...

Remerciements

Je remercie le Dieu Tout Puissant, le miséricordieux à travers son fils unique notre Seigneur Jésus Christ qui est mon berger.

Tu m'as donné la santé et le courage de pouvoir tenir jusqu'à finir ce travail. Sois toujours mon guide et amène-moi sur le bon chemin à chaque fois que je m'en éloigne. Amen !!!

Mon tonton Feu Théophile Sanou et famille à Kati, Rosette, Alain, Augustin, Christiane, Huguette, Rose K ;

Mes amis: Oumar Ballo, Idrissa S Traore au Lieutenant Lansine Sidibé, l'interne Balla Doumbia, le technicien de santé Daouda Diallo à Goumbou(NARA), à l'interne Sidy Bouaré.

Mes aînés du service

Dr Mohamed Tembely, Dr M Cissé, Dr Y Touré, Dr A Diamoutenè, Dr S Diarra;

Mes collègues de service

Amidou Dembélé, Wiri Souara, Stéphane Khopé, Checknè Diarra, Noumou Mallé, Ives Dembélé, Aïssata Dembélé, Ousmane Samaké, Idrissa Sanogo, Souleymane Traoré.

La cellule informatique de l'Etat Major des Armées, particulièrement au Lt Théodore Dao, a mon beau frère Jonas Keita et au c/c Cissoko ;

Mes amis de la faculté

Jacob Dara, Bruno Dackouo, Abdias Dougnon, Zakarie Saye, Zoumana I Traoré, Antoine Dara, Dr Brema kodio, Sékou Tapily;

Jacques Mounkoro et famille au camp;

Et tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

A notre maître et directeur de thèse :

Le professeur Kalilou Ouattara

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

Enseignant titulaire d'urologie à la FMPOS

Chef du service d'urologie du CHU de Point G

Président de la commission médicale d'établissement du CHU de Point G

Expert international en chirurgie de la fistule obstétricale

Lauréat de l'émission Niangara de l'ORTM

Cher maître,

Vous nous avez fait honneur en nous acceptant dans votre service.

Lors de l'élaboration de ce travail, nous avons apprécié votre simplicité, votre humour, votre esprit d'ouverture, et votre rigueur scientifique. L'assiduité, le courage, le sens social et le souci du travail bien fait sont vos qualités irréprochables. Par votre manière de travailler, vous démystifiez la chirurgie au Mali.

Si ce travail est accepté le mérite revient à vous entièrement.

Nous présentons ici toutes nos excuses pour les fautes commises lors de notre séjour dans votre service. Cela émane de la relation (élève - maître).

Acceptez cher maître, L'expression de notre reconnaissance et de toute notre gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse

Le Docteur Aly Tembely:

- Diplômé de la faculté de médecine de Tours et de l'école de chirurgie urologique de Paris.
- Spécialiste d'andrologie, d'endo-urologie, de la lithotripsie extracorporelle et de l'urodynamie.
- Maître assistant de clinique au service d'urologie du CHU de Point G

Cher maître,

Nous avons été comblés par la gentillesse et la spontanéité par laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre sens social et de la vérité sont tant de qualités qui forcent notre admiration. Vous avez guidé et suivi ce travail.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre reconnaissance et remerciement les plus sincères.

HOMMAGES AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Le Professeur Saharé Fongoro

- Maître de conférences
- Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury malgré vos multiples occupations. Votre intégrité, votre détermination pour le travail bien fait font de vous un maître éminent. Veuillez retrouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Le Docteur Cissé Check Mohamed Chérif

- Chirurgien-urologue-andrologue
- CES d'urologie à MINSK
- Diplômé d'endo-urologie et de lithotripsie extracorporelle Paris VI
- D.U. d'andrologie Université Pierre et Marie Curie

Cher maître,

Le séjour que nous avons fait ensemble dans le service d'urologie nous a permis de découvrir en vous un homme ouvert, souriant, accueillant et disponible. Votre simplicité, votre courtoisie et votre souci de transmettre aux autres vos connaissances, font de vous un homme exceptionnel. Veuillez accepter cher maître l'expression de mes sentiments les plus distingués.

ABREVIATIONS

A.P: Adénome de la prostate

ATCD: Antécédent

AINS: Anti-inflammatoire non stéroïdien

ATB: Antibiotique

B.E.G: Bon état général

C.C: Centimètre cube

C.H.U: Centre Hospitalier Universitaire

Cp: Comprimé

D.H.T: Dihydrotestostérone

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

Fig: Figure

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

H.B.P: Hypertrophie bénigne de la prostate

I.P.S.S: International Prostate Symptom Score

L.H: Lutéinique hormone

M.E.G: Mauvais état général

Ng: Nanogramme

O.G.E: Organe génital externe

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé

P.S.P: Protéine de sécrétion prostatique

P.A.P: Phosphatase acide prostatique

P.S.A: Prostatic specific antigen

R.A.U: Rétention aigue d'urine

T.R: Toucher rectal

U.C.A.M: Uretrocystographie ascendante et mictionnelle

U.G.D: Ulcère gastro-duodenal

U.I.V: Urographie intraveineuse

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	2
II.GENERALITE.....	3
1-1. Embryologie de laprostate.....	3
1-2. Anatomie normale de la prostate	3
1-3. Vascularisation de la prostate.....	6
1-4. Innervation de laprostate.....	7
1-5. physiologique de la prostate.....	7
2. anatomie de la vessie.....	9
3. Anatomie de l'uretère.....	10
4. Anatomie du rein.....	11
5. Étiologies de l'HBP.....	12
6. Physiopathologie de l'HBP.....	13
7. Diagnostic positif.....	15
8. L'impact de l'HBP sur l'appareil urinaire.....	17
9. Examens complémentaires.....	17
10.Traitement.....	23
NOTRE ETUDE	
III. Méthodologie.....	32
IV. Résultats.....	34
V. Commentaires et discussions.....	43
VI. Conclusion et recommandations.....	48
VII. Références.....	50
VIII. Fiche signalétique.....	54

I-INTRODUCTION

L'HBP est une maladie fréquente dont l'incidence augmente avec l'âge. Elle affecte plus de la moitié des hommes de plus de 60 ans. Elle débute dès l'âge de 35 ans par l'apparition de nodules microscopiques dans le stroma autour des glandes périurétrales. [13]

Le mécanisme initial de l'HBP est inconnu probablement un déséquilibre entre androgènes et oestrogènes au niveau prostatique. La quantité de dihydro-testostérone (DHT) intra prostatique paraît un élément primordial de la croissance prostatique. Plusieurs pathologies urinaires seraient donc imputables à l'impact de l'HBP sur l'appareil urinaire. Cette hypertrophie entraîne des symptômes obstructifs; mais aussi des symptômes irritatifs.

L'obstacle à la vidange vésicale est d'abord bien compensé par la contraction du détrusor, puis entraîne une phase d'hypertrophie du détrusor, suivi d'une phase de décompensation avec un détrusor atone, un résidu post mictionnel important avec distension vésicale et **hydronéphrose**. L'évolution de l'obstruction peut entraîner une rétention chronique avec formation des diverticules vésicaux. [27]

Un retentissement d'amont avec **hydronéphrose** pouvant aboutir à une **insuffisance rénale**.

Une **infection urinaire** du fait de la stase et formation de **calculs vésicaux**.

Toutes les adénomectomies auxquelles nous avons participé ou assistés l'ont été par la technique de la cystotomie transvésicale en un temps.

L'impact de l'HBP a été l'objet d'études dans la littérature Mostofi F.K [26] a décrit largement le retentissement de l'HBP sur l'appareil urinaire. Dans l'EMC; GIL Vernet [18] s'est appesanti sur les complications urologiques causées par l'HBP aux organes de voisinages de la prostate. En République du Mali et principalement dans le service d'urologie; beaucoup d'études ont été faites sur l'adénome de la prostate mais son impact sur l'appareil urinaire n'a pas été encore l'objet d'étude.

Pour réaliser ce travail nous nous sommes fixés les objectifs suivants:

1) Objectif général

Étudier l'impact de l'HBP sur la voie urinaire.

2) Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence l'HBP.
- Déterminer les principales complications urologiques de l'HBP.
- Apprécier le résultat de la prise en charge de l'HBP dans le service d'Urologie du CHU du point G.

II- GENERALITES

1-Rappels embryologiques et anatomiques de la prostate

1-1) embryologie de la prostate: La prostate est une glande génitale qui entoure la partie initiale de l'urètre chez l'homme [1]. Elle se différencie plutôt qu'il n'était classique de le dire, car dès la 5^{ème} semaine lorsque l'embryon a 6 mm, le canal de WOLFF s'ouvre à la face latérale du sinus uro-génital et le mésenchyme entourant ce sinus est responsable du développement des péri-urétéraux et de la glande craniale [1].

Entre la 7^{ème} et la 9^{ème} semaine, il apparaît une différenciation stromique et épithéliale des deux mésenchymes (le Wolffien et celui entourant le sinus uro-génital).

A ce moment les canaux de Muller s'ouvrent au dessus de l'abouchement de l'urètre au sommet du tubercule Mullérien, qui est le futur Veru-Montanum [1]

1-2) Anatomie normale de la prostate

DESCRIPTION

- **Forme:** la prostate a la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, de base supérieure et à sommet inférieur tronqué .Il existe donc une face antérieure, deux faces latérales, une base et un sommet.

La face antérieure est dans un plan presque vertical, un peu oblique en bas et en avant. Elle est légèrement convexe dans le sens transversal et est située derrière la symphyse pubienne dont elle est séparée par l'espace préprostatique.

La face postérieure a une direction franchement oblique en bas et en avant: elle est légèrement concave dans le sens transversal et présente dans sa partie supérieure un sillon plus ou moins prononcé, vestige de fusion des lobes postéro-latéraux de la prostate caudale [5]. Elle est en rapport avec l'aponévrose prostato-péritonéale qui la sépare du rectum.

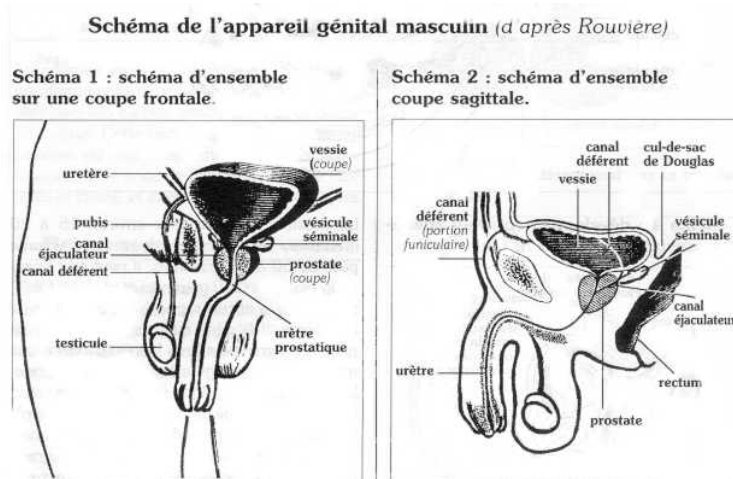


Fig a : Appareil génital male

Le sommet (bec) se continue par l'urètre membraneux et est en rapport avec le diaphragme uro-génital.

-Rapports: la prostate se trouve placée dans l'excavation pelvienne au dessous de la vessie, au dessus du diaphragme uro-génital, devant le rectum, derrière la symphyse pubienne et entre les deux muscles releveurs de l'anus. Elle est contenue dans la loge prostatique .C'est un organe profond, d'accès difficile entre les branches ischio-pubiennes, encadre de formations vasculaires volumineuses en rapport intime avec l'appareil sphinctérien urinaire. [7]

- Dimensions-poids: ils sont variables.

En moyenne, chez l'adulte elle mesure 3 cm dans le sens vertical, 4 cm dans le sens transversal et 2,5 cm d'avant en arrière; et pèse 20 g.

- Constitution anatomique de la glande prostatique:

La glande caudale: il faut considérer sur cette dénomination l'ensemble des acini glandulaires dont les canaux excréteurs s'ouvrent dans l'urètre, en dessous d'un plan horizontal passant par le centre du veru montanum. C'est la prostate inframontanale ou retrospermatique [8].

Dans la glande caudale existent en réalité seulement un lobe antérieur rudimentaire, et deux lobes postéro-latéraux droit et gauche, unis dans la partie médiane de la face postérieure.

- Le lobe antérieur: il est placé dans la face antérieure de l'urètre inframontanale. Les conduits excréteurs débouchent dans la paroi antérieure de l'urètre, près de la jonction de l'urètre sous montanale et l'urètre membraneux.

- Lobes postéro-latéraux : ces lobes postéro-latéraux droit et gauche forment presque la totalité de la glande caudale .Dans les coupes horizontales, les grands conduits collecteurs forment trois groupes: les antérieurs décrivent une légère courbe à concavité interne, les latéraux décrivent une courbe à concavité antérieure et les postérieurs ont une direction sensiblement rectiligne[9].

Glande craniale on entend sous ce nom l'ensemble des acini dont les canaux s'ouvrent dans l'urètre, au dessus d'un plan horizontal passant par le centre du veru montanum. C'est la prostate supra montanale ou préspermatique.

Certains acini sont intra sphinctériens, d'autres sont extra sphinctériens.

- Acini glandulaires intrasphinctériens ou glandes sous muqueuses ou internes ou centrales, ou glandes d'Albarran et Motz, sont des formations minuscules très variables dans leur développement mais presque constantes. Parfois ce sont de simples acini formant un petit cul de sac, d'autres fois ils sont plus développés. Ils sont surtout localisés dans la lèvre postérieure de l'orifice vésico-urétral et les versants latéraux du col, rarement dans la lèvre antérieure. Ces glandes ont la même structure que les glandes extra sphinctériennes. On leur a attribué une importance exagérée dans l'origine de l'hypertrophie prostatique.

Acini extrasphinctériens: ce sont les véritables glandes de la portion craniale. Elles ont un rôle de premier plan dans l'origine de l'hypertrophie prostatique. Elles ont un développement considérable dans les derniers mois de vie fœtale et chez le nouveau né. Puis elles se modifient pendant l'enfance, grossissent un peu pendant la puberté et la période sexuelle,

plus elles s'hypertrophient avec intensité plus ou moins grande chez tous les individus sous les influences hormonales, au même niveau que ceux du lobe médian, mais plus latéralement. Ces trois lobes forment donc une sorte de demi lune qui entoure les parois postérieures et latérales de l'urètre dont ils sont séparées du tissu fibro-élastique et des fibres musculaires longitudinales, péri-urétral, vésico-cervical. Par leur convexité, ils sont en rapport, latéralement avec la portion ascendante de la glande caudale dont ils sont séparés par la glande intermédiaire. [11]

1-3) Vascularisation de la prostate

FARABEUF considérait que l'artère hypogastrique émettait une branche: l'artère vésico-génitale qui se subdivise en deux troncs. La vésico-déférentielle et la prostatovésicale.

L'artère hypogastrique se scinde en trois branches

- _Artère vésico déférentielle
- _La vésicale inférieure
- _La prostatique

D'autres parts l'artère hémorroïdaire donne un rameau qui irrigue le bec de la prostate; par ailleurs en avant de la prostate on trouve une artère unique: la pré vésicale antérieure.

La prostate craniale est vascularisée par la branche vésico-prostatique qui irrigue en même temps le trigone vésical et ses branches ascendantes.

Les artères de la prostate craniale ont un trajet horizontal d'arrière en avant par le sillon inter vésico prostatique et se terminent en se distribuant par la partie antéro latérale de la prostate; les branches latérales se rendent aux lèvres latérales et antérieures du col vésical et au lobe sous sphinctérien. Elles irriguent donc la zone où se développe l'adénome et quand ils existent; leurs calibres augmentent d'où les risques d'hémorragie au cours des adénomectomies.

Les veines ont une disposition analogue à celle des artères.[12]

1-4) Innervation de la prostate

Il faut signaler l'existence d'anastomose très large entre les lymphatiques de la prostate et ceux de la vessie; et surtout ceux des vésicules séminales. La rapide extension du cancer prostatique vers ces vésicules est une preuve de ces communications par contre les connections des lymphatiques de la prostate et du rectum sont peu importantes si elles existent.

Les nerfs de la région hypogastrique viennent tous du plexus hypogastrique. A l'examen macroscopique le plexus hypogastrique a une forme de lame qui reçoit dans sa partie supérieure les nerfs érecteurs et le nerf hypogastrique. De sa partie inférieure partent deux prolongements: l'un horizontal placé dans le sillon vésico prostatique l'autre vertical qui va à l'urètre membraneux.[13]

Le nerf honteux n'intervient pas dans l'innervation de la prostate; de l'urètre membraneux; du sphincter externe qui entoure ce dernier .Ces organes sont en totalité innervés par le plus hypogastrique. [14]

1-5) physiologie de la prostate

➤ Rôle de la prostate dans la miction

La prostate est un organe glandulaire à forte charpente musculo-élastique, étroitement liée à un collecteur; la vessie. Elle se présente comme une glande annexée à l'appareil sphinctérien de celle-ci. Il s'agit d'une véritable synergie.

La miction est assurée par le libre jeu des formations musculaires .Le besoin naît de la vessie et du phénomène réflexe déclenché par l'apparition de quelques gouttes d'urine dans la zone supra montanale de l'urètre. Pour que ces quelques gouttes parviennent dans l'urètre normalement occlus par le sphincter interne, il faut que celui -ci entre en relâchement. L'ouverture de l'orifice est un phénomène actif. [28]

➤ Rôle exocrine de la prostate

La prostate et les vésicules séminales sont des glandes à sécrétion externe. Il n'y a pas encore suffisamment de preuves en faveur d'une sécrétion hormonale quelconque leurs sécrétions jouent un rôle important dans la fertilisation. Elles servent à véhiculer, nourrir, augmenter les chances de survie des spermatozoïdes.

Ces organes ne sont pas indispensables à la vie, ni à la fertilisation. Il est bien connu que la fertilisation peut-être obtenue en mettant directement en contact les spermatozoïdes prélevés au niveau des testicules, avec l'ovule. [20 ; 4]

➤ Prostate et éjaculation

L'éjaculation se fait en deux phases :

- émission
- expulsion

La prostate prend une part active dans l'éjaculation, en particulier lors de la première phase de celle-ci.

- Pendant la phase d'émission, la musculature lisse de la prostate, de l'épididyme, du canal déférents et du canal éjaculateur se contracte et les différents constituants du sperme s'accumulent dans l'urètre prostatique. Ce dernier se dilate entre les sphincters lisses proximal et strié distal et forme le 'sinus prostatique.
- Pendant la phase d'expulsion; le sphincter lisse du col est fermé tandis que le sphincter distal s'ouvre. Le sperme est projeté à travers le méat urétral sous l'effet des contractions de l'urètre, des vaisseaux séminal et des muscles du périnée. Les contractions compriment la prostate qui évacue une nouvelle quantité de liquide prostatique. A la suite d'une adénomectomie prostatique, le sphincter lisse est détruit, le col de la vessie reste béant lors de l'éjaculation et le sperme prend le chemin le plus facile et reflue dans la vessie: c'est l'éjaculation rétrograde. [20]

2) Anatomie de La vessie

- Description

C'est un conduit intra pelvien ayant pour rôle de substituer à la sécrétion rénale continue. Une excrétion discontinue des urines; vide elle présente à la coupe une forme grossièrement triangulaire aplatie de haut en bas et d'avant en arrière.

- Dimensions

Pour un diamètre, moyen de 6-8 cm la capacité physiologique moyenne de la vessie est de 350cc.

Cette capacité dans certains états pathologiques peut atteindre 3 litres

- Rapports

Situé dans le pelvis; elle entre en rapport:

- En haut avec le péritoine
- En bas avec la prostate et le plancher vésical
- En avant la symphyse pubienne dont elle est séparée par le retzius
- En arrière l'appareil génital et le rectum

2-1) Vascularisation de la vessie

Trois contingents principaux participent à la vascularisation vésicale.

Deux contingents postéro latéraux à dominantes artérielle issues des axes vasculaires hypogastriques et se répartissant en deux courants:

- Ombilical
- Génito vésical

Un contingent antérieur dominant veineux se résumant pour l'essentiel au plexus de Santoroni. [15]

2-2) Innervation de la vessie

Elle comporte trois contingents.

- Innervation sympathique

- Innervation para sympathique
- Innervation somatique.

3) Rappel anatomique de l'uretère

3-1) Description: C'est un conduit musculo-membraneux cylindrique, long de 25 cm environ étendu du bassin à la vessie.

Il présente 4 portions: deux portions lombaires et iliaques séparées des portions pelviennes et intra-parieto-vésicale par une coudure due aux vaisseaux iliaques. C'est un organe retro-péritonéal [16]

3-2) Rapports de l'uretère

a-) Au niveau pelvien

Dans le petit bassin il décrit une courbure concave en avant et en dedans .Il présente là encore deux portions pariétale et vésicale

Les rapports diffèrent suivant le sexe

Chez l'homme:

Dans son segment pariétal; il chemine sous le péritoine il se situe sur la face interne de l'artère iliaque interne, le plus souvent en avant d'elle à droite, et en arrière d'elle à gauche. Il croise l'origine des artères ombilicales, obturatrice, vésicale inférieure et hémorroïdaire moyenne.

Le plexus hypogastrique sépare l'uretère des faces latérales du rectum, après l'uretère se fléchit en dedans et en avant; c'est son trajet viscéral, il passe alors entre la vésicule séminale postérieure et pénètre dans la paroi vésicale. Là il est entouré par les artères ombilicales, vésico-déférentielles et vésico prostatiques, les veines vésico prostatiques et le plexus hypogastrique. [16]

b-) Au niveau iliaque

L'uretère passe en avant du pédicule iliaque: après la bifurcation à droite et avant la bifurcation à gauche.

La vessie est située en arrière et en dedans de l'artère.

Les lymphatiques ilio-pelviens accompagnent ces vaisseaux.

A gauche, il est croisé par les vaisseaux sigmoïdes et répond à la racine oblique du méso-sigmoïde.

c-) Au niveau lombaire

Il s'applique sur le psoas à travers l'aponévrose de ce muscle en arrière. Le nerf génito-crural passe en arrière de l'artère.

Latéralement, il se projette sur la pointe costiformes des 3^e, 4^e, 5^e vertèbres lombaires.

A droite l'uretère répond au 2^e duodénum, à l'angle D2-D3 à la racine du mésentère. A gauche il répond à D4, aux vaisseaux coliques gauches. Il est à trois cm de l'aorte abdominale. Les vaisseaux gonadiques croisent l'uretère par l'avant à la hauteur de la 4^e vertèbre lombaire [17]

3-3) Vascularisation- innervation

a-) vascularisation- artérielle

L'uretère reçoit:

- Dans sa partie supérieure lombaire: une branche venant de la branche inférieure de l'artère rénale, des branches provenant de l'artère spermatique.
- Dans sa partie pelvienne: la vascularisation est plus riche, les vaisseaux proviennent des vaisseaux génito-vésicaux qui abordent l'uretère dans sa face postéro interne.
- Dans sa partie moyenne iliaque: des branches provenant de la branche inférieure de l'artère rénale, et des branches provenant de l'artère iliaque primitive ou directement de l'aorte.

b-) Les veines sont satellites des artères

c-) Les lymphatiques

Les lymphatiques de l'uretère lombaire se rendent aux ganglions latéro-aortiques à gauche aux ganglions latéro-caves et inter -aorto-caves à droite.

Ceux de l'uretère iliaque aux ganglions primitifs.

Ceux de l'uretère pelvien aux ganglions hypogastriques et vésicaux.

d-) Les nerfs: il s'agit du sympathique et du parasympathique [18]

4) Anatomie du rein

a-) Description : Les reins pèsent chez l'adulte environ 150gr et mesure 12cm de haut, 7 cm de large, 3 cm d'épaisseur, sa face interne présente une dépression ou hile.

Les reins occupent un rôle clé dans la régulation de l'homéostasie.

Le rein est composé de trois couches de tissus:[4]

- La capsule
- Le cortex
- La médullaire

b-) Rapports

- Les deux reins retro-péritonéaux reliés à la paroi postérieure de l'abdomen par des tissus adipeux et fibreux. Ils se posent de chaque côté de la colonne vertébrale, entre les niveaux D12- L3 .Le rein droit étant légèrement plus bas en raison de la place occupée par le foie.

Chaque rein en forme de haricot est surmonté par une glande surrénale.

[19]

c-) Vascularisation et innervation

- Vascularisation

Le sang est apporté par des artères rénales, branches de l'aorte abdominale.

Le sang veineux quitte le rein par les veines rénales qui se jettent dans la veine cave inférieure.

-Innervation

Le rein est richement innervé par les fibres sympathiques du plexus coeliaque; leur stimulation entraîne une vasoconstriction rénale, une sécrétion de rénine et une diminution de la production d'urine. Quelques fibres parasympathiques provenant du pneumogastrique sont présentes, mais on ne connaît pas leur rôle. Le rein est également pourvu de fibres sensibles qui transmettent les sensations douloureuses. [19]

5) Etiologie de l'HBP

Incomplètement élucidée: conjonction de différents facteurs (endocrins et paracrins).

- Androgènes: la castration avant la puberté empêche le développement ultérieur d'une HBP. La castration après HBP constituée ne diminue le volume de l'adénome que de 20-30 pour cent (n'agit que sur la partie glandulaire et pas sur le stroma fibro-glandulaire). La testostérone est transformée en dihydro-testostérone (DHT) par 5 Alpha réductase. Le contenu en DHT dans une HBP n'est pourtant pas plus élevé que dans une prostate normale. Les androgènes sont donc nécessaires au développement d'une HBP mais n'expliquent pas l'ensemble des phénomènes observés.
- Oestrogènes: favoriseraient l'apparition d'une HBP en augmentant le nombre de récepteurs aux androgènes. Le taux d'oestrogènes circulants augmente avec l'âge.
- Oncoprotéines: l'HBP résulte d'un déséquilibre entre prolifération cellulaire et apoptose (mort cellulaire programmée). Il existe des évidences expérimentales que certains facteurs de croissance anormalement exprimés sont responsables de la prolifération cellulaire alors que l'expression d'Oncoprotéines anti-apoptose (bcl2) est augmentée dans la zone de transition [22].

6) Physiopathologie de l'HBP

L'HBP n'est pas une maladie en soi, sa symptomatologie est due à l'emplacement d'un processus bénin à un carrefour important: le col vésical; deux éléments occasionnent la symptomatologie typique:

La composante statique: augmentation du volume, effet mécanique obstructif:

La composante dynamique: probable augmentation du tonus fibromusculaire sous dépendance Alpha 1 adrénergique[7].

Lorsque l'adénome devient obstructif, quatre phases vont schématiquement se succéder.

a) la phase de dysurie avec vessie de lutte

La vessie va s'adapter à l'effort supplémentaire qui lui est demandé: le détrusor s'hypertrophie et les fibres musculaires qui le composent des colonnes. Entre ces colonnes existent des zones de faiblesse par où s'invagine la muqueuse vésicale formant ce que l'on appelle des cellules puis des diverticules. Parallèlement à l'épaississement de la paroi vésicale (hypertrophie du détrusor) la capacité vésicale diminue. A ce stade de la miction, malgré l'obstacle reste convenable et permet encore à la vessie de se vider complètement.

b) la phase de rétention vésicale incomplète

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

La pollakiurie est le symptôme essentiel de cette phase.

C) la phase de 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 peut atteindre ou dépasser l'ombilic), indolore et sans besoin mictionnel (à l'opposé du globe aigu) confirme cette distension.

d) la phase de 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 trajet intraparietal, soit le plus souvent en phase 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.

Si aucun traitement n'intervient, la distension progresse et l'insuffisance rénale apparaît par laminage progressif du parenchyme rénal. [24]

7) diagnostic positif

1) type de description : Un homme âgé de 65 ans.

La circonstance de découverte: la rétention aigue vésicale

a) Signes fonctionnels

La douleur sus-pubienne de plus en plus intense (pisser ou mourir)

Impossibilité complète d'uriner

Besoin impérieux d'uriner permanent

b) Signes physiques

A l'inspection on découvre un hypogastre augmenté de volume et de forme convexe.

A la palpation on découvre une masse hypogastrique, cette palpation augmente l'envie d'uriner.

A la percussion de l'hypogastre on retrouve une matité.

Le TR fait après sondage vésical termine l'examen physique; il permet de découvrir une prostate augmentée de volume, de consistance ferme, de surface régulière, indolore et efface souvent le sillon médian et bombe +/- dans le rectum.

Schéma 3 : toucher rectal des organes génitaux masculins sur une coupe du petit bassin (d'après Poileux)

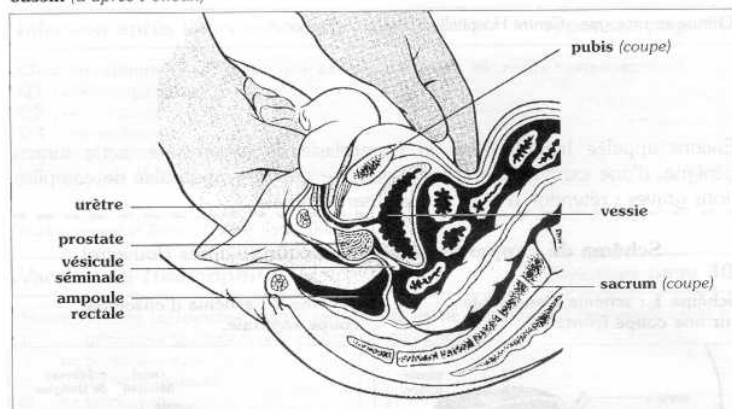


Fig. b : Schéma d'un Toucher rectal

Techniques: elles sont nombreuses mais celles que nous allons décrire est la plus utilisée dans notre service.

Patient en décubitus dorsal, cuisses fléchies après miction, combiné au palpé hypogastrique.

C) Évolution

Sans traitement adéquat, l'évolution se fait inéluctablement vers le décès par altération de la fonction rénale.

2) Examens paracliniques:

Ils ont pour but:

- De confirmer le diagnostic
- Et surtout d'évaluer le retentissement de l'obstruction sur la vessie et les voies urinaires supérieures.

a) Imagerie

- **Échographie réno-vesico-prostatique**

Elle est préférée à l'UIV en raison de son innocuité, elle donne une estimation du volume de la prostate. Elle mesure le résidu post mictionnel (on considère qu'un résidu supérieur à 50 ml est anormal) et visualise l'épaississement de la paroi vésicale.

Elle recherche une ***lithiase vésicale, un diverticule, une lésion vésicale*** associée (21); recherche également une ***dilatation du haut appareil urinaire***.

- **L'UIV**

Avec clichés per et post mictionnels (en l'absence d'insuffisance rénale et allergie à l'iode): elle est surtout indiquée en cas d'hématurie.

Signes directs

Surélévation du bas fond vésical (**empreinte prostatique**) parfois surmontée d'une empreinte arrondie traduisant l'existence d'un lobe médian.

Étirement de l'urètre prostatique (allongement de la distance col vésical - veru montanum) ou aplatissement de celui-ci en lame de sable (Yatagan) sur les clichés per mictionnels de profil.

Signes indirects

*

Vessie de lutte à bords crénelés, parfois diverticulaire avec appréciation du résidu post mictionnel);

*

Uretère en hameçon (les uretères dans leur trajet juxta-vésical sont parfois surélevés par l'adénome).

*

Sur le haut appareil urinaire (**dilatation urétérales, et ou des cavités pyélocalicielles bilatérales**).

Distension et mauvaise ouverture au niveau de l'urètre et le col vésical. [24]

*

Les diverticules vésicaux: représentent une hernie de la muqueuse vésicale à travers un collet musculaire, correspondant à une zone de faiblesse de la paroi vésicale.

Celle-ci est le plus souvent située au dessus et en dehors des orifices urétéraux.

b) examens biologiques

- **ECBU avec antibiogramme**

Créatininémie,

Valeur normale chez l'homme: 60-120 μ mol/l

Dosage des PSA si possible à distance du TR

N.B: L'HBP entraîne naturellement une augmentation des PSA: 0,3 ng/ml de PSA à 1g d'adénome. [25]

3) les formes cliniques:

a) selon l'âge

L'adénome de la prostate peut survenir précocement ainsi dès 50 ans certains hommes présentent déjà des signes d'une HBP. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de faire un TR à tout patient âgé de la cinquantaine au cours d'un examen physique.

Par contre chez la majorité des hommes les premiers troubles urinaires apparaissent après soixante ans. En ce moment le diagnostic devient plus facile parce que les agents de santé pensent à l'HBP.

b) selon le terrain

L'adénome de la prostate peut survenir chez un diabétique et cela peut poser un problème de diagnostic. Les troubles urinaires notamment la polyurie fait partir des signes fondamentaux du diabète.

L'adénome peut également survenir chez un patient hypertendu; la prise en charge devient délicate puisqu'il faudra d'abord équilibrer l'HTA avant tout acte chirurgical.

L'adénome de la prostate peut-être associé à un adénocarcinome de la prostate d'où l'intérêt du dosage du taux de PSA avant toute éventuelle adénomectomie.

c) selon la symptomatologie

Il peut s'agir de:

La pollakiurie diurne à raison de 3-4 mictions par jour mais surtout nocturne à raison de 5-6 mictions par nuit.

L'incontinence urinaire, elle est secondaire à une vessie très distendue se vidant incomplètement.

L'hématurie, rare dans les cas d'HBP elle se rencontre dans les gros lobes médians.

miction La impérieuse, c'est un besoin d'uriner urgent incontrôlable pour un faible remplissage vésical responsable d'une fuite urinaire intermittente en jet.

La miction en deux temps, secondaire à un diverticule. Le contenu de ce diverticule se vide dans la vessie après miction; elle est parfois confondue à une pollakiurie.

8) L'Impact de l'HBP sur l'appareil urinaire

A) Impact fonctionnel

- Troubles mictionnels ou (prostatisme)

1- La pollakiurie: c'est un signe d'une atteinte vésicale.

Elle s'observe par diminution de la capacité fonctionnelle secondaire au résidu vésical important.

2- La dysurie: c'est un signe d'une atteinte du bas appareil urinaire (vessie et/ou urètre).

Il s'agit du signe le plus classique, elle est exprimée par la lenteur au démarrage de la miction; la faiblesse du jet et nécessite de pousser pour uriner. Cette dysurie est d'installation insidieuse.

3- L'incontinence urinaire par regorgement

C'est une incontinence urinaire permanente à la goutte à goutte secondaire à une vessie très distendue se vidant par capillarité.

4- Les accidents infectieux

-Adénomite / prostatite: elle réalise un tableau de cystite fébrile. Cette poussée infectieuse entraîne une augmentation brutale du volume de la glande et donc une aggravation des troubles mictionnels préexistants. Ces infections urinaires peuvent provoquer une pyélonéphrite; l'atrophie hydronephrotique provoque une ischémie du parenchyme secondaire à l'hyperpression intra pelvien; ceci peut conduire à l'insuffisance rénale et hypertension artérielle.

Épididymite: il s'agit de l'inflammation aigue de l'épididyme, elle peut-être unie ou bilatérale récidivante ou bascule (un côté puis l'autre). [24] Il faut y

penser devant tout syndrome septique chez l'homme. La voie de contamination est généralement rétrograde suite à un obstacle cervicoprostatique ou par manœuvres endo-urétrales au cours d'une chirurgie prostatique.

5- L'hématurie

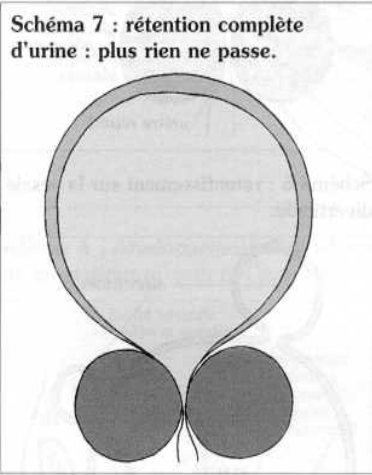
Classiquement initiale, elle est rarement imputable à l'adénome de la prostate. Les saignements d'origine prostatique sont habituellement dus à un gros lobe médian ou à une récurrence adénomateuse après traitement chirurgical.

B) Impact par lésions anatomiques sur les voies urinaires

1- Impact sur l'urètre prostatique et le col vésical

La prostate hypertrophiée provoque étirement, tortuosité et compression de l'urètre prostatique et soulève le col de la vessie. Ces manifestations se traduisent par une obstruction de la vessie.

L'impact de l'



l'appareil urinaire

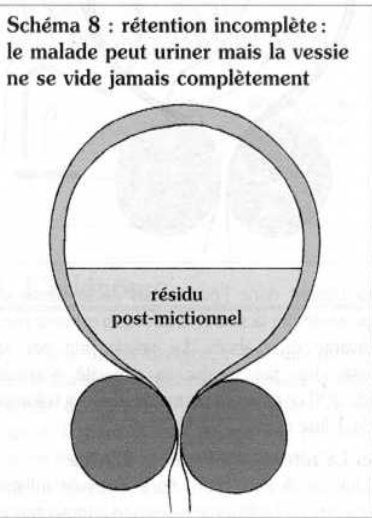


Fig c : Impact sur l'urètre prostatique et le col vésical

2- Impact sur la vessie

Dans ces efforts à surmonter les obstacles, la musculature vésicale subit une hypertrophie compensatrice, ce qui lui donne cet aspect bien connu en colonne. La paroi vésicale peut doubler d'épaisseur, l'augmentation de la pression intra vésicale nécessaire pour franchir l'obstacle de la musculature au niveau des points faibles et la muqueuse fait alors hernie pour former **des diverticules**. Si l'obstacle n'est pas levé à ce stade, il se produit une dilatation et une compensation qui aboutit à une distension de la vessie et un amincissement de la paroi vésicale plus **lithiase vésicale**.

La lithiase vésicale est une lithiase de stase fréquemment radio transparente; elle aggrave parfois la tolérance de l'adénome et s'accompagne souvent d'hématurie terminale. [1]

Schéma 5 : retentissement sur l'urètre et la vessie.

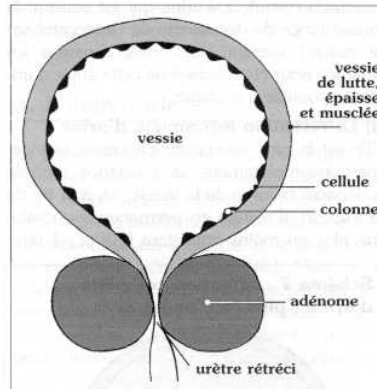


Schéma 6 : retentissement sur la vessie : diverticule.

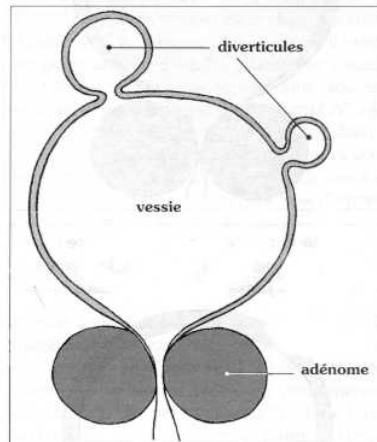


Fig d : Impact sur la vessie

3- Impact sur les voies urinaires supérieures

Normalement, les uretères pénètrent dans la vessie en biais et présentent un trajet sous muqueux avant de s'ouvrir dans la lumière vésicale. Cette disposition anatomique forme un trajet valvulaire qui se ferme sous l'effet de l'augmentation de la pression de remplissage de la vessie et prévient ainsi le reflux des urines dans les uretères.

Avec la dilatation de l'amincissement de la paroi vésicale 'secondaire à l'obstacle au niveau du col; le mécanisme sphinctérien musculaire au niveau des orifices urétéraux est affaibli ou supprimé. L'augmentation de la

pression intra vésicale est ainsi transmise aux uretères et aux cavités rénales qui, à leur tour, subissent une hypertrophie compensatrice et **une dilatation (hydro-uretère ; hydro-néphrose)**. Les uretères sont parfois comprimés dans leur trajet pariétal par un détrusor hypertrophié provoquant une sténose pouvant ainsi donner **une urétéro-hydronephrose**. [3,18]

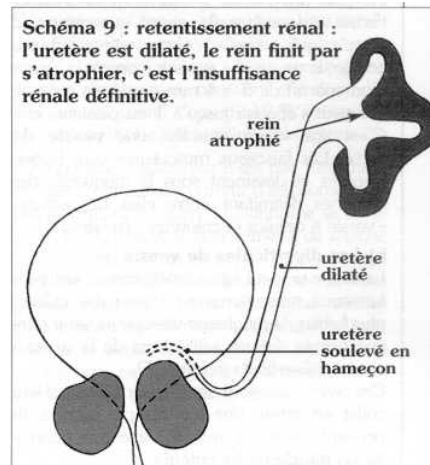


Fig e: Impact sur les voies urinaires supérieures

9 Traitement de L'HBP

a) Traitement préventif: il n'est pas d'actualité de nos jours chez nous au Mali.

b) Traitement curatif:

BUT

Le traitement de l'impact de l'HBP a pour but d'assurer une miction normale.

9-1) Les moyens thérapeutiques

❖ Le traitement médical:

- Les extraits de plantes: (**ex : le Pygeum africanum cp 50mg ; Serenoa repens) : 1cp matin, 1 cp le soir**)

Ils ont un effet décongestif anti-oedemateux sur la prostate, leur action est essentiellement subjective.

- Alpha bloquants (**Alfuzozine, Chlorhydrate de tamsulosine, tamsulosine, Chlorhydrate de terazosine dihydrate**) [31]

Ils agissent sur la composante fonctionnelle de l'obstruction prostatique leur utilisation repose sur l'existence de récepteur alpha -1 adrénergique à des concentrations importantes au niveau du col vésical, de l'urètre et de la prostate; ainsi que sur existence fréquente d'une hyper activité du detrusor chez les patients souffrants d'une HBP.

Les alpha bloquants agissent en relâchant le muscle lisse urétral et le col vésical et inhibant l'hyperactivité du détrusor. Ils n'agissent pas sur le volume de la glande.

Effets secondaires de type atropinique: hypotension orthostatique, nausées, vertiges, éjaculation rétrograde, sécheresse de la bouche

Ex: **Alfuzosine** LP 10mg 1 CP/j, **Tamsulosine** 1 CP/j

Délai d'action: 2-4 semaines.

Inhibiteurs de la 5 -alpha réductase (**finasteride,MSD**)

Ils inhibent spécifiquement la 5 alpha réductase. Cet enzyme strictement localisé dans la prostate permet la transformation de la testostérone qui est le facteur majeur de la croissance prostatique. Ces traitements permettent une amélioration des symptômes, du débit urinaire et une réduction du volume prostatique.

Effets secondaires: diminution du taux du PSA d'environ 50%, troubles de l'érection (4% d'impuissance), baisse de la libido.

Ex: Finasteride, MSD 1 CP/j

Délai d'action: 3-4 mois [26, 31]

- Traitement hormonal: (oestrogènes, anti androgènes analogues de la LHRH, castration) ils améliorent les symptômes obstructifs en

agissant sur la composante glandulaire de l'adénome. Ils entraînent une diminution de l'ordre de 30% du volume prostatique.

Effets secondaires: perte de la libido, trouble de l'érection, bouffées de chaleur ...font qu'ils ne sont pas utilisés en pratique courante. [27]

- **Traitement chirurgical**

C'est le traitement de l'HBP

C'est le traitement le plus efficace pour supprimer l'obstruction et l'obstacle de l'HBP. Il est toujours réalisé après stérilisation des urines.

- ❖ Adénomectomie sus pubienne

L'adénome est clivé de la prostate (il existe un plan de clivage physiologique) puis enlevé par voie abdominale sous péritonéale soit à travers la vessie, soit en rétro pubien.

- ❖ RTUP (résection trans. urétrale de la prostate)

Elle consiste à enlever l'adénome prostatique en le débitant sous forme de copeaux par le canal urétral.

- ❖ La vaporisation
- ❖ Irradiation aux rayons Lazer
- ❖ Incision du col

Cette opération consiste à inciser longitudinalement par voie endoscopique le col de la vessie pour ouvrir la loge prostatique.

- **autres traitements**

Sonde à demeure

conseils hygiéno-diététiques: élimination des aliments riches en substances irritantes sur le plan prostatique (épices alcool); effort physique régulier, transit intestinal régulier, éviter les situations assises prolongées, prudence

dans la prescription de certains médicaments, (anti parkinsoniens, psychotropes, anti spasmodiques) .[25]

❖ Endoprothèse prostatique

Spirale métallique ou en plastique mise en place dans l'urètre prostatique sous anesthésie locale pour maintenir celui-ci ouvert sans empêcher le fonctionnement du sphincter strié. [28]

9-2) Indications thérapeutiques

Traitement médical.

Lorsque les troubles mictionnels n'affectent pas la qualité de vie du patient.

Devant une prostate volumineuse (>40g) inhibiteurs de la 5 alpha réductase.

Devant un résidu post mictionnel peu important

Un patient ayant une contre indication chirurgicale

L'association médicamenteuse (ex : alpha bloquants + inhibiteur de la 5 alpha réductase) augmente l'efficacité du traitement médical. Elle est de plus en plus utilisée avant le traitement chirurgical et n'est plus proscrite.

Traitement chirurgical

Indications

- Gène persistante malgré le traitement médical
- Retentissement vésical: diverticule, résidu post mictionnel, >100cc, lithiase vésicale, vessie de lutte, distension vésicale chronique.
- Dilatation du haut appareil urinaire avec insuffisance rénale obstructive.
- Infection urinaire récidivante: cystite, prostatite, épидидymite
- Hématurie abondante récidivante d'origine prostatique.
- Rétention aigue d'urine récidivante

Tumeur de vessie associée

- Petit adénome associé à un taux de PSA élevé et dont les biopsies restent négatives [29] [24]

La technique de FREYER-HRYNTCHAK

- a) **Installation du malade:** malade installé en décubitus dorsal; le chirurgien se place à gauche, l'aide en face, on désinfecte tout le pelvis à découvert.
- b) **Matériels:** nous citerons que l'essentiel; l'écarteur à trois valves de Hryntchak, l'écarteur de Gosset, l'aspirateur, des fils 1.0 ; 2.0 ; 3.0 ; deux fils à peau les portes aiguilles des pinces à disséquer une sonde urétrale deux poches à urines des compresses et du sparadrap, lame de bistouri
- c) **Incision:** une incision sous médiane ou une incision en Pfannestiel.
- d) **L'accès à la prostate:** on procède au dégagement du péritoine, de la graisse péri vésicale, de l'espace de Retzius puis une incision bien centrée et symétrique de la face antérieure de la vessie descendant près du col en bas et à distance du dôme vésical. Ensuite on procède à l'aspiration des urines puis la mise en place de l'écarteur de Hryntchak et sa valve médiane.

On explore la cavité vésicale puis le cathétérisme des orifices urétéraux

- e) **Enucléation digitale de l'adénome:** l'index droit introduit dans l'orifice effondre en avant le faible accollement des joues de la tumeur et s'arrête au contact de la cupule prostatique plus solide. Le plan de clivage est alors découvert en suivant latéralement d'avant en arrière la périphérie de la masse. L'intérêt ici d'un TR permet de ne pas ignorer un deuxième lobe. Dès que le plan de clivage est entamé ; il importe de suivre le décollement par un mouvement progressif un essuie-glace. On progresse ensuite dans le sens de la rotation et de la profondeur; ce qui permet le faire le décollement sur toute sa hauteur au fur et à mesure que l'on avancera dans le sens anti horaire. L'adénome ne tient alors que

par l'urètre qui est inférieur dont la rupture doit se faire de façon douce et progressive avec l'extrémité du doigt ou mieux par une coupe aux ciseaux introduits sous le contrôle du doigt qui a permis l'énucléation.[21, 2]

f) **Révision de la loge**: on réintroduit l'écarteur de Hryntcak pour pouvoir faire l'hémostase de la loge

g) **L'hémostase**: c'est le principal de l'adénomectomie chirurgicale; il existe deux types:

1- l'hémostase chirurgicale

à points séparés à l'aiguille sertie ; il s'agit de réaliser un point en X profond strictement sur la ligne médiane au niveau de la berge postérieure du col. Deux points latéraux un peu en dessous des extrémités du diamètre transversal du col aussi en X profondément de façon à comprimer les pédicules 5h et 7h.

L'effacement de la loge prostatique est une exagération des points de l'hémostase sus décrite. Ces points prennent en masse sur toute la hauteur de la coque prostatique. Ils rapprochent les extrémités de celles-ci en relisant des 'pinces' latérales ou antéro-postérieures jusqu'à rétrécir complètement la loge autour d'une sonde centrale préalablement mise en place juste après adénomectomie.

h) **l'hémostase non chirurgicale**

C'est un ballonnet de BAUDRUCHE d'un volume suffisant qu'on place dans la loge d'énucléation. Il est gonflé jusqu'à obtenir un contact étroit avec les parois de la loge prostatique.

i) **le cerclage**: il consiste à créer une bourse par un faufileage péri-cervical, resserrée au gré de l'étanchéité autour d'une sonde dont l'œil est à l'intérieur de la vessie. Cette sonde peut comporter un ballonnet la maintenant à bon niveau; il est préférable ici d'utiliser une " cravate" extérieure au niveau du prépuce.

j) **La fermeture de la vessie** en deux plans musculaires après avoir laissé en place une sonde de PEZZER de calibre adapté, utilisée pour irrigation

vésicale avec un liquide isotonique pendant les 48 premières heures post opératoire.

9-3) Autres traitements

En cas de mauvais état général, ou toute anesthésie et tout acte opératoire sont dangereux, il faut se résoudre à d'autres solutions; sonde à demeure, endoprothèse prostatique ... qui peuvent-êtres réalisées sous anesthésie locale. [1]

10) Complications du traitement chirurgical

Elles sont rares

Complications immédiates

Hémorragie de la loge de résection

Soit en post opératoire immédiat: elle est rare mais peut obliger à réopérer le malade en urgence pour faire l'hémostase;

soit retarder vers les 10^{ème}-20^{ème} jours: elle correspond à une chute d'escarres; elle est souvent peu importante et se tarit spontanément avec des boissons abondantes (2-3 litres par jour).

Complications thromboemboliques

Elles sont toujours à craindre dans une chirurgie pelvienne et à prévenir. (Traitement anticoagulant: héparine de bas poids moléculaire; mobilisation précoce).

Complication de la résection

TURP syndrome (syndrome de réabsorption trans urétrale) il est dû lors d'une résection endoscopique prostatique, au passage dans la circulation d'une partie du liquide d'irrigation hyperosmolaire (lacis veineux ouvert au niveau de la loge de résection) .Ce passage est responsable d'une hypervolémie avec hyponatrémie et dilution, se manifestant par une HTA, des troubles neurologiques de type confusionnel et des troubles visuels. Le traitement repose sur la diurèse forcée au Furosémide (Lasilix).

Inflammation des OGE (orchyépидидymite)

- Complications tardives

Réapparition d'une dysurie

- ❖ Soit par rétrécissement urétral ou sclérose du col (le diagnostic est fait à l'UCAM et à la fibroscopie) nécessitant une urétérostomie interne endoscopique;
- ❖ Soit par sténose du méat nécessitant des dilatations méatiques à l'aide de bougie ou une urétérostomie retro-méatique;
- ❖ Soit par repousse de l'adénome (en règle tardive, supérieure à 10 ans) pouvant nécessiter un nouveau traitement;
- ❖ Soit par cancer prostatique développé sur la coque restante.

Incontinence (rare); elle est la conséquence d'une lésion du sphincter strié de l'urètre et nécessite parfois la pose d'un sphincter artificiel après échec de la rééducation sphinctérienne.

11) Surveillance

Au début; rapprochée (un mois, trois mois), puis tous les ans

Clinique: troubles mictionnels; TR; débitmetrie

Para clinique: PSA, bandelettes urinaires / ECBU, échographie vésicale avec mesure du résidu post mictionnel, débitmetrie. [30]

III MÉTHODOLOGIE

1) Nature et cadre du travail

Notre étude prospective portant sur l'impact de l'HBP sur l'appareil urinaire a été réalisée dans le service d'urologie du CHU du point G. Elle a particulièrement porté sur les malades opérés pour HBP du 1er Janvier 2007 au 30 Juin 2007 soit 6 mois.

2) Matériels

L'étude a concerné les patients de 50 ans ou plus provenant de Bamako et de l'intérieur du pays.

Les malades ont été référés ou vus en consultation dans le service d'urologie du CHU de point G.

3) Critères

Critères d'inclusion

Tous les malades opérés pour HBP dont le diagnostic a été confirmé par les moyens cliniques et para cliniques.

Critères de non inclusion

Tous les malades opérés pour d'autres pathologies urologiques que l'HBP

Les patients opérés en dehors de la période d'étude

Les patients dont les dossiers médicaux sont incomplets

Les patients non consentants

4) Méthodes et modalités

Cette étude a été effectuée à partir des dossiers des malades, des registres de consultation et des registres de compte rendu opératoire et d'hospitalisation.

Tous nos malades ont bénéficié d'un interrogatoire, d'un examen urologique, d'un examen général et d'une échographie réno-vésicoprostatique, d'un bilan sanguin et quelques malades ont bénéficié d'une UIV. Toutes ces données ont été enregistrées sur une fiche individuelle.

5) Analyse des données

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 11.0; la saisie a été faite sur Microsoft Word2003.

IV RÉSULTATS

Tableau I: Répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Age des patients	Effectif	Pourcentage
[50-60]	13	12.6
[61-70]	43	41.7
[71[47	45.7
Total	103	100.0

Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bobo	1	1,0
Sonrai	7	6,8
Malinké	8	7,8
Autres	12	11,7
Sarakolé	14	13,6
Peuhl	24	23,3
Bambara	37	35,9
Total	103	100.0

Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Tombouctou	1	1,0
Kidal	2	1,9
Kayes	5	4,9
Ségou	16	15,5
Mopti	6	5,8
Gao	6	5,8
Sikasso	6	5,8
Koulikoro	11	10,7
Ségou	16	15,5
Bamako	49	47,6
Total	103	100.0

Tableau IV: Répartition des malades selon le motif de consultation

Motifs de consultation	effectif	Pourcentage
Pollakiurie	27	26,2
Pollakiurie +dysurie	19	
RAU	16	15,5
dysurie	12	11,7
Pollakiurie+dysurie+brûlures mictionnelles	10	9,7
Miction impérieuse + Incontinence urinaire	6	5,8
Incontinence urinaire	5	4,9
Brûlures mictionnelles	3	2,9
Hématurie	1	1,0
Miction impérieuse	1	1,0
Pollakiurie+dysurie+rétention aigue d'urine	1	1,0
Pollakiurie+dysurie+douleur lombaire	1	1,0
Pollakiurie+hématurie	1	1,0
Total	103	100,0

Tableau V : Répartition des malades selon les ATCD

Urologiques

ATCD urologiques	Effectif	Pourcentage
Bilharziose	38	36.9
Cystite	6	5.8
Prostatite	5	4.9
aucun	54	52.4
Total	103	100

Tableau VI : Répartition des patients selon les ATCD chirurgicaux

ATCD chirurgical	Effectif	Pourcentage
Hernie inguinale	18	17.5
Hydrocèle	10	9.7
appendicite	7	6.8
aucun	68	66.0
Total	103	100.0

Tableau VII : Répartition des patients selon le nombre de mictions par nuit

Miction/nuit	Effectif	pourcentage
[3-4]	10	9.7
[5-7]	76	73.8
[8 [17	16.5
Total	103	100.0

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'état hypogastrique

Etat hypogastrique	Effectif	Pourcentage
masse hypogastrique	6	5.8
globe vésical	40	38.8
sensibilité à la palpation	57	55.3
Total	103	100.0

Tableau IX: Répartition des patients selon l'état de sensibilité de la prostate au TR

Toucher rectal	Effectif	Pourcentage
prostate douloureuse	30	29.1
prostate non douloureuse	73	70.9
Total	103	100%

Tableau X: Répartition des malades en fonction de la surface et de la consistance de la prostate

Toucher rectal	Aspect	Effectif	Total
Contour	Bien limité	103	103
	Mal limité	0	
Surface	Régulière	95	103
	Irrégulière	8	
Consistance	Souple	91	103
	Dure	12	

Tableau XI: Répartition des patients selon la valeur de la créatininémie avant l'intervention

Valeur de la créatininémie	Effectif	Pourcentage
Normale [53-100 μ mol/l]	77	73,82
Insuffisance rénale débutante]100-150μmol/l]	18	17,47
Insuffisance rénale modérée]150-300 μ mol/l]	5	5,85
Insuffisance rénale sévère]300-600 μ mol/l]	0	0
Insuffisance rénale évoluée]600-800 μ mol/l]	1	0,97
Insuffisance rénale terminale > 800 μ mol/l	2	1,94
Total	103	100

Tableau XII : Impact sur les voies urinaires selon l'échographie

Résultat	Effectif	Pourcentage
Normale	56	54,37
Lithiase rénale	3	2,91
Lithiase vésicale	10	9,70
Hydronéphrose	12	11,66
Ureterohydronephrose	14	13,6
Diverticules vésicaux	8	7,76
Total	103	100

Graphique :1

Répartition des patients selon le résultat du taux de psa

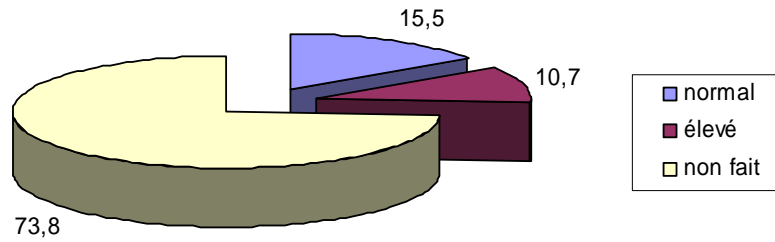


Tableau XIII: Uroculture avant Intervention
(N=19)

Uroculture		Effectif	Pourcentage
Culture Stérile		4	21.05
Infections Urinaires	<i>Escherichia coli</i>	11	57.89
	<i>Entérobactéries</i>	1	5.26
	<i>Staphylocoques</i>	3	15.80
	Total	19	100

Tableau XIV: Répartition des patients selon la valeur de la créatininémie après intervention

(N=36)

Valeur de la créatininémie	Effectif	Pourcentage
Normale [53-100 μ mol/l]	17	47,22
Insuffisance rénale débutante]100-150μmol/l]	12	33,33
Insuffisance rénale modérée]150-300 μ mol/l]	4	11,11
Insuffisance rénale sévère]300-600 μ mol/l]	0	0
Insuffisance rénale évoluée]600-800 μ mol/l]	1	2,8
Insuffisance rénale terminale > 800 μ mol/l	2	5,54
Total	36	100

Tableau XV : Uroculture après intervention

Uroculture		Effectif	Pourcentage
Culture stérile		28	75.68
Infections Urinaires	<i>Escherichia coli</i>	6	16.22
	Entérobactéries	3	8.10
	Total	37	100

Graphique : 2

Répartition des malades selon l'état clinique un mois après l'intervention

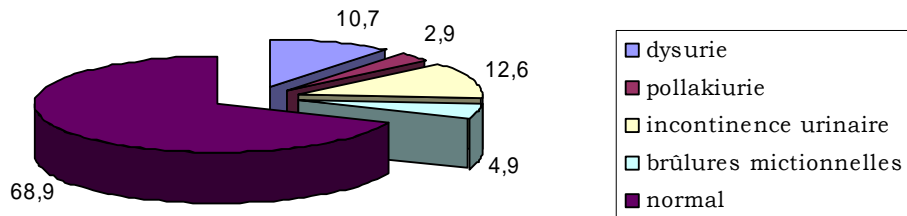


Tableau XVI: Répartition des malades selon les complications per-opératoires

Complication per-opératoire	Effectif	pourcentage
Aucune complication	103	100.0
Hémorragie abondante	0	0
Décès	0	0
Total	103	0

V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Durant notre étude 652 patients ont été opérés dont 103 cas d'HBP soit 31,61% de toutes les activités chirurgicales du service.

Nous avons trouvé 47 cas d'impact d'HBP sur l'appareil urinaire soit 45,63% des malades opérés pour HBP.

A Données sociodémographiques

1-Age

L'âge moyen des malades de notre série est de 68 ans, ce résultat est proche de celui de N.K Romain [25] qui a trouvé un âge moyen de 71 ans. Ce résultat s'expliquerait par l'augmentation de l'espérance de vie de notre population; cependant il existe des ' adénomes jeunes '(3 cas) qui sont survenus entre (52-55 ans).

2-Provenance

L'étude que nous avons menée a révélé que 49 de nos malades viennent de Bamako soit 47.6% et 16% viennent de Ségou contre 37.4 % pour Simaga A [31], 31.43% pour N.K Romain [28]. Ce résultat n'explique pas la prédominance de l'HBP dans ces deux localités du pays mais pourrait se comprendre par la présence à Ségou d'un chirurgien à tendance urologique.

3 Ethnie

Les Bambaras sont les plus représentés avec 37 cas soit 35.9%. Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'ils représentent la forte majorité de la population du pays.

B Aspects cliniques

ATCD Urologiques

Durant notre étude nous avons noté 6 cas de cystite et 5 cas de prostatite chronique soit respectivement 5,8% et 4,9%. Cependant la bilharziose urinaire est l'ATCD le plus fréquent 36,9%; ce résultat est proche de celui de N.K Romain [28] qui a trouvé 34,28%. Cette situation s'explique par le fait que les deux localités les plus intéressées dans notre étude à savoir le District de Bamako et la région de Ségou sont traversées par le fleuve Niger donc sont par définition des zones d'endémie bilharzienne.

2-Motif de consultation

La pollakiurie et la RAU étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 26,2% et 15,5% contre 22,6% et 29% pour Simaga A [31]

La dysurie chez 11,7% de nos patients; ce résultat est proche de celui de N K Romain [28] qui a trouvé 13,1% pour 212 malades.

La miction impérieuse chez 6 malades soit 5,8% ce résultat est différent de celui N K Romain [28] qui a trouvé 16,57%.

L'association pollakiurie + dysurie dans 18% des cas; ce résultat est proche de celui de N K Romain [28] qui a trouvé 16,7%.

C Aspects para cliniques

1- Échographie

Dans notre étude, tous les malades ont bénéficié d'une échographie réno-vésico-prostatique soit 100%des malades contre 25 seulement pour Simaga A [31]. Par ailleurs ce résultat est égal à celui de N.K Romain [28]. Cela s'explique par l'accessibilité plus facile à cet examen actuellement. Il faut noter que 12 de nos malades soit 11,66% avaient une hydronéphrose contre 8,5% pour N.K Romain [28]; 10 cas de lithiases vésicales soit 9,7% contre 4% pour N.K Romain [28].

L'échographie reste l'exploration la plus performante et la plus complète par rapport aux autres examens. D'abord c'est le seul examen qui permet d'avoir une idée sur le poids de l'adénome de la prostate.

Actuellement elle remplace presque l'UIV, car moins coûteuse, rapide non invasive et répétitive; permet de poser le diagnostic de diverticules ; de tumeurs; de lithiases vésicales et rénales.

2- L'UIV:

En raison de son coût et de son caractère invasif, cet examen n'est plus systématique seulement 10 malades soit 8,82%en ont bénéficié contre 4,57% pour N.K Romain [28]

Le signe le plus dominant est l'empreinte prostatique soit 3,88% dans notre étude contre 1,71% pour N.K Romain [28].

D- Impacts biologiques

1- La Créatininémie: il s'agit d'un examen nécessaire pour l'évaluation de la fonction rénale, ainsi elle fait partir des examens standards demandés dans le service avant l'intervention. Ceci dit tous les malades en ont bénéficiée soit 100% des cas, parmi lesquels nous avons observé:

- 25 cas d'insuffisance rénale débutante soit 24,27%
- 5 cas d'insuffisance rénale modérée soit 5,85%
- 1 cas d'insuffisance rénale évoluée soit 0,97%
- 2 cas d'insuffisance rénale terminale soit 1,94%

Après l'intervention seuls 36 malades ont pu réaliser la créatininémie de contrôle ce qui nous a révélé les résultats suivants:

- 12 cas d'insuffisance rénale débutante soit 33,33%
- 4 cas d'insuffisance rénale modérée soit 11,11%
- 1 cas d'insuffisance rénale évoluée soit 2,8%
- 2 cas d'insuffisance rénale terminale soit 5,54%

2- L'ECBU +Antibiogramme

Seulement 19 de nos malades ont bénéficié de cet examen; le germe le plus fréquent reste *Escherichia Coli* 57,89% contre 42,5% des cas pour N.K Romain [28].

3- Le PSA a été réalisé chez 27 malades soit 26,21% le taux de PSA était élevé chez 11 malades soit 10,7%. Ce taux reste inférieur à celui de N.K Romain [28] qui a trouvé 18,37%. Le taux moyen de PSA dans notre étude était de 14,60ng/ml. Ce taux est supérieur à la norme et tend vers la zone d'adénocarcinome de la prostate.

E- Impacts sur l'appareil urinaire

1-La RAU : elle reste l'impact plus apparente car nécessite une prise en charge urgente et adéquate. Nous avons enregistré 27 cas soit 26,2% contre 57,71% pour N.K Romain [28]. Cette fréquence s'explique par le fait que les patients tardent à consulter pour une prise en charge précoce.

2-Infection urinaire: nous avons reçu 15 cas d'infections urinaires sur 19 examens réalisés soit 78,94% contre respectivement 17,2% et 21,57% pour Niaré. B [27]

Cet examen doit désormais faire partir du bilan standard car la guérison rapide en dépend très souvent.

3-La lithiase vésicale a été mise en évidence chez 10 malades soit environ 9,7% contre 6,5% pour Simaga A [31].

4-L'Hydronéphrose a été enregistrée chez 12 de nos malades soit 11,66% contre 9,9% pour Niaré B [27] et 8,5% pour Simaga A [31].

5-L'ureterohydronephrose bilatérale a été enregistrée chez 14 malades soit 13,6%.

F- Diagnostic et conduite thérapeutique

L'adénomectomie transvésicale a été la conduite thérapeutique utilisée selon la technique de FREYER-HRYNTCHAK. Chez tous les malades, la correction des pathologies associées a été systématique.

La cystolithotomie systématique a été faite chez 10 malades soit 9,7% contre 12,1% pour Niaré. B [27] soit 13 malades.

Au terme de notre étude nous avons posé le diagnostic de 47 cas d'impacts d'HBP sur l'appareil urinaire soit 45,63%.

Suivi

La quasi totalité de nos malades ont présenté une suite opératoire simple en post opératoire immédiat; 82 malades soit 79,6%. Ce résultat est supérieur à celui de N K Romain [28] qui a trouvé 72% et comparable à celui de Niaré B [27] 81,7%

La fistule vésico-cutanée reste la complication la plus fréquente avec 13 cas soit 12,6% contrairement à N.K Romain [28] et Niaré. B [27] chez qui la complication la plus fréquente était la suppuration pariétale avec respectivement 9,2% pour 19 malades et 18,33% pour 33 malades.

En post opératoire tardif nous avons enregistré 13 cas d'incontinence urinaire soit 12,6% et 11 cas de sclérose du col soit 10,7% contre 17,5% pour Niaré [27] soit 37 malades.

VI CONCLUSION

Au terme de notre étude nous avons mis en évidence 47 cas d'impact d'HBP sur l'appareil urinaire. Ce chiffre représente presque la moitié du nombre total de nos patients.

L'âge moyen de nos malades était de 68 ans. En dépit de l'âge aucun autre facteur n'a été retrouvé comme facteur prédisposant à l'HBP.

L'échographie nous a permis de confirmer 11,66% de cas d'hydronéphrose; 13,6% de cas d'urétérohydronéphrose; 9,7% de lithiases vésicales et 2,9% de lithiases rénales.

Les infections urinaires ont été retrouvées chez 78,94% de nos malades. L'EBCU est un examen indispensable, car la guérison rapide du malade dépend aussi de la stérilisation des urines.

VII RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes.

1) A l'endroit des autorités administratives

- Équiper le service d'urologie en matériels endoscopiques
- Former d'avantages de spécialistes en urologie
- Adopter une politique de prise en charge gratuite de l'HBP en l'intégrant comme maladie sociale.

2) A l'endroit du personnel soignant

- Faire un TR systématique chez tous les malades âgés de la cinquantaine
- Procéder à une éducation sanitaire incitant les malades à consulter dès l'apparition des premiers signes.
- Introduire l'ECBU +Antibiogramme comme bilan standard chez tous les malades afin de stériliser les urines avant l'intervention.
- Référer les cas d'HBP diagnostiqués chez l'urologue.

3) A l'endroit des patients

- Consulter précocement dès l'apparition des signes d'alarme tels que la pollakiurie; la dysurie; les impériosités mictionnelles.
- Ne plus considérer comme tabou la pathologie uro-génitale.

VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 Alloh . Batafoe: Contribution à l'étude des hypertrophies prostatiques en RCI (à propos de 231 cas) thèse de Med Abidjan 1977 n° 136

2 Anatomie ; le corps humain étude, structure et fonction, le rôle infirmier dans la pratique clinique. Brooker 2eme ed Nouveaux Horizons 562p

3 A .Michael Davis: vieillissement des populations et santé pour tous: « Forum mondial de la santé Vol 10 –1989

4 Barbin Jean Ives: Abdomen étage sous mésocolique, organes rétro-péritonéaux, appareil urinaire; Jean Ives Barbin–Paris Vigor et frères 1967 -27cm 131p

5 Barry M.J: Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia .Urol.clin.N. Amer 1990, 1, 495-507

6 Beurton .P. : Quel est l'intérêt des examens dans le bilan de l'HBP ?l'HBP en question SCI; ed 1991 p 128

7 Boccon- G.L. Etiopathogénie de l'HBP. Acquisitions récentes; Ann. .Urol, 1988; 22; n° 1; 3-8

8 Botto. H: Le chlorhydrique moxisylyte dans le traitement de l'HBP .L'HBP en question; ed 1991 pp 178-184

9 Buzelain J.M: Urodynamique du bas appareil urinaire Masson, ed .Paris 1983,200p

10 Brusset J.M: Chirurgie de l'adénome prostatique. Encyclopedie Med.Chir. Paris, techniques chirurgicales. Urologie–Gynécologie, 41273, 4.8.06

11 Camery M: Troubles mictionnels après l'adenomectomie prostatique, rev prat. 1980, 1857

12 Coffey D S: The biochemistry and physiology of the prostate and seminales vésicals. In Campbelle' Urology, 1986 Saunders ed.233

13 Collection Med Line ENC urologie Eric Chartier 5^{eme} edition

14 Congrès de l'Association Française d'urologie: Forum sur les séquelles de prostatectomie à ciel ouvert. Masson, ed Paris 59eme congrès; Octobre 1985

15 Cours de chirurgie, volume2; m+h; édition et hygiène Genève

16 Denis M : Échographie de l'appareil urinaire ed, Masson Paris 1984

17 Dube J.Y: Les protéines majeures de la secretion prostatique androl.1991 ; 1, 56-58

18 E M C: Anatomie et physiologie de la prostate par Gil Vernet R E I appareil génito-urinaire 4

19 Essentiel Médical de poche ; Ellipses AUPELF/Uref

20 Freyer P.G: a new method of performing prostatectomy; Lancet, 1900, 1, pp 174-175

21 [htm//www. Realites.com.tn/index1](http://www.Realites.com.tn/index1) (le 23/03/07)

22 Kamara Magatte : Contribution à l'étude de l'adénome de la prostate du Noir africain à propos de 131 adénomectomies transvésicales à Dakar Thèse de Med Dakar 19971

23 Leriche A : le dysfonctionnement vésical chez l'homme Med et hyg. 43 ; 3605-3610 ; 1985

24 Mallé Daouda: Contribution à l'étude de l'adénome de la prostate au Mali (à propos de 120 cas à l'HNPG Thèse de Med)

25 Mazemane E : Existe-t-il un traitement médical non hormonal de L'HBP ? IFSI, 1984 ,182-184

26 Mostofi F.K : Évolution habituelle et complications de l'HBP, hypertrophie bénigne de la prostate; IFSI 1984 ; 113-117

27 Niaré T. Boubacar: Le résidu post-mictionnel avant et après adénomectomie de la prostate dans le service d'urologie du CHU de point G Thèse de Med Bamako 2007 90p M-128

28 Noutacde K. Romain: Évaluation de l'adenomectomie prostatique dans le service d'urologie de l'HNPG Thèse de Med Bamako 2000 128p M-4

29 Pr B.Debré Traité d'urologie: Org.Prostate. HTM: Anatomie de la prostate Tome 1; ed. 2005

30 Pr Kamina: anatomie de l'appareil uro-génital, Tome 4.1998

31 Simaga A.Karim: Étude clinique de l'adénome de la prostate à propos de 115 cas colligés dans le service d'urologie de l'HNPG. Thèse de Med Bamako 1990 M 11.

IX. FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom:

SANOU

Prénoms: Fainad

Titre: L'IMPACT DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE SUR L'APPAREIL URINAIRE

Année de soutenance: 2008

Ville de soutenance: BAMAKO

Pays d'origine: MALI

Lieu de dépôt: la bibliothèque de la FMPOS

RESUME

Notre étude prospective a porté sur 103 malades qui ont été consultés au service d'urologie du CHU du point G et y ont été opérés pour HBP.

L'impact de l'HBP a été diagnostiqué chez 47 malades soit 45,63%.

La pollakiurie et la rétention aigue d'urine étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec respectivement 26,2% et 15% de cas.

L'échographie rénale, vésicale et prostatique a été l'imagerie de choix.

Tous nos malades ont bénéficié d'une adénomectomie par la technique de la cystotomie transvésicale en un temps.

Mots clés: Hypertrophie bénigne de la prostate, Rétention aigue d'urine, urétérohydronéphrose.

ETUDE DE L'IMPACT DE L'HPB SUR L'APPAREIL URINAIRE

Fiche d'enquête

I) IDENTITE DU MALADE

1-Nom : 2-Prénoms : 3-Age :
4-Sexe : 5-Ethnie 6-Profession
7-Provenance 8-Adresse personnelle
9-Situation matrimoniale

II) Motif de consultation

1-Pollakiurie / / 2-Dysurie / / 3-**Hématurie** / / 4- Fuite urinaire / /
5-Miction Impérieuse / / 6- Rétention Aigue d'urine / / 7-Oligo-anurie / /
8-Brûlures mictionnelles / / 9-Masse hypogastrique / / 10-Incontinence urinaire / /
11-Douleur lombaire / /

III) ATCD

A- Médicaux

1-HTA / / 2-Diabète / / 3-UGD / / 4-Fuite urinaire / / 5-Tuberculose/
/
6-Autres à préciser / /

B- Urologiques

1-Bilharziose / / 2-Cystite / / 3-Prostatite / / 4-Autres / /

C- Chirurgicaux

1-Hernie inguinale / / 2-Hydrocèle / / 3-Autres / /

D -Habitudes alimentaires

1-Tabac / / 2-Alcool / / 3-Café / / 4-Thé / /

IV) Examen clinique

A- Interrogatoire : Selon le score des symptômes prostatiques de l'OMS (SSPOMS ou WHOPSS).

1-Au cours du mois dernier combien de fois avez-vous eu l'impression que votre vessie n'est pas complètement vidée après avoir uriné / /

2-Durant le mois écoulé combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner / /

3-Au cours du mois dernier avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine / /

4-Au cours du mois écoulé avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir l'envie d'uriner / /

5-Au cours du mois écoulé avec quelle fréquence avez-vous eu un jet urinaire faible / /

6-Au cours du mois écoulé avec quelle fréquence avez-vous eu à faire un effort pour commencer une miction / /

7-Combien de fois vous-vous levez pour uriner la nuit / /

Traitements déjà effectués

1-Nom / / 2-Oui / /

2-1 : Traditionnel / /

2-2 Médical / /

2-3 : Chirurgical / /

2-4 : Autres / /

3-Médicaments

Protocole : 3-1 Antalgiques / / 3-2 Antibiotiques/ / 3-3 Anti-inflammatoires/ /

3-4Alpha bloquants / / 3-5 Autres.....

C- Examen physique

État général : 1-Bon / / 2-Altéré / /

D- État hypogastrique

1-Masse hypogastrique / / 2-Globe vésical / / 3-Sensibilité à la palpation / /
4-Autres / /

Toucher rectal

1-Normal / / 2-Douloureux / / 3-Prostate dure / / 4- prostate nodulaire/ /

V) Examens complémentaires

Imagerie

A- Échographie reno-vesico- prostatique

1-Fait / / 2-Non fait / /

Résultat : 1-Normal / /

2-Constat :.....
.....
.....

B- Radiographie :

UIV : 1-Fait / / 2-Non fait / /

Résultat : 1-1- emprunte prostatique / /
1-2-Vessie de lutte / /
1-3-Ureterohydronephrose uni ou bilatérale / /
1-4-Hydronephrose uni ou bilatérale / /
1-5-Mutité rénale / /
1-6-Calcul de vessie / /
1-7-Tumeur de vessie / /

C- Biologie

1- Glycémie : 1-1- Normale / / 1-2-Elévée / /

2-Créatininémie : 2-1-Normale / / 2-2--Élevée / /

3-PSA : 3-1- Normal / / 3-2-Élevé / /

4-ECBU :

Résultat : 5-1-Normale / /

5-2-Infection(germes).....

6-Groupe Rhésus.....

7-Taux d'hémoglobine.....

VI) Retentissement

1- RAU / / 2-Infection urinaire / / 3-Hématurie / / 4-Lithiase vésicale

5-IRA / / 6-Hydronephrose / / 7-Ureterohydronephrose / /

8-Diverticules vésicaux / / 9-Mutité rénale / / 10-Vessie de lutte / /

VII) Diagnostic préopératoire

1-Adénome avec RAU / /

2- Adénome avec hématurie / /

3- Adénome avec Lithiase vésicale / /

4- Adénome avec IRA / /

5- Adénome avec hydronephrose / /

6 Adénome avec ureterohydronephrose / /

7- Adénome avec diverticules vésicaux / /

8- Adénome avec mutité rénale / /

9 Adénome avec vessie de lutte / /

VIII) Diagnostic peropératoire

CRO :

.....

.....

.....

IX) Traitement

1-Médical : 1-1-Extraits de plantes / / 1-2-Alpha bloquants / /
1-3-Inhibiteurs de la 5 Alpha réductase / /
2-Chirurgical : 2-1-Adenomectomie / / 2-2 RTUP / / 2-3-incision du col / /
2-4-Sonde à demeure / /

X) Évaluation

A- Contrôle biologique

1-Créatininémie : 1-1-Normale / / 1-2-Elévée / /
2-ECBU : 2-1-Normale / / 2-2-Infection / /

B- Contrôle échographique

1-Normale / / 2-Pathologique / /

C- Contrôle par UIV

1-Normale / / 2- Pathologique / /

D- Contrôle clinique

1= oui 2= non
Dysurie / / Pollakiurie / / Incontinence urinaire / /
Douleur lombaire / / Brûlures mictionnelles / /

XI) Catégorie d'utilisation

1=1^{ère} catégorie / / 2=2^{ème} catégorie / / 3=3^{ème} catégorie / /

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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