

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

TITRE

N°.....



THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 30 / 05 / 2009
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Par : M. Abdourhamane Youssoufa DIALLO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT: Professeur Saharé FONGORO

MEMBRES : Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE

Docteur Honoré BERTHE

CODIRECTEUR : Docteur Dekoro dit Jérôme DAKOUO

DIRECTEUR : Professeur Kalilou OUATTARA

➤ **Au nom de Dieu, Clément et Miséricordieux.**

Louange à Allah, Seigneur des créatures.

Le très Clément, le Miséricordieux,

Maître du jour de la rétribution

C'est Toi que nous adorons, et c'est Toi dont nous implorons le secours.

Guide-nous dans le droit chemin,

Non le chemin de ceux qui ont encouru Ta colère, non plus le chemin des égarés **(Amen)**.

➤ **Paix et salut sur Le Prophète Mohamed.**

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail:

- A mon père

Très tôt, tu m'as enseigné les vertus de l'honneur, du courage, du travail bien fait. Tu seras toujours pour moi un modèle dans la vie.

Ta sagesse et ta conviction religieuse font de toi un père charmé par tous. Tes enfants sont fiers de toi pour l'éducation reçue. Puisse Dieu te donner longue vie. Amen.

- A ma mère

Femme courageuse, infatigable, patiente et pieuse, tu as tout fait pour la réussite de tes enfants.

J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans la vie, surtout dans des moments difficiles. Sans tes sacrifices, tes conseils et encouragements, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Je promets avec l'accord de Dieu, de ne jamais faillir à mon devoir de fils. Puisse ce travail récompenser tous tes sacrifices.

Très chère mère, les mots me manquent en ce moment solennel pour te remercier. Trouve ici dans ce témoignage, le manifeste de mon affection profonde et de ma reconnaissance indéfectible à ton égard. Puisse Dieu te garder encore longtemps auprès de tes enfants. Amen....

- A mes frères et soeurs

Pour les liens qui nous unissent et pour encourager les plus jeunes à la persévérance et à l'endurance, parce que le chemin de la réussite dans ce

monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de notre famille. Ce travail est aussi le vôtre. Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

- A mon oncle Ousmane Bana

Aucun mot ne pourrait exprimer sincèrement mes sentiments. J'ai constamment trouvé auprès de vous une tendresse parentale sans pareille. Votre soutien moral et matériel, vos conseils et encouragements ne m'ont jamais fait défaut.

En reconnaissance des sacrifices consentis, trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- A ma tante Halimatou Souleymane

Que vous dire tante ?

Aucune expression ne peut sincèrement traduire mes sentiments à votre égard. Votre humanisme profond sans pareil fait de vous la femme adorée de tous. Je ne saurai vous remercier pour votre soutien moral sans égal.

En gardant au fond de moi le souvenir des services rendus, je serais heureux que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et ma profonde gratitude.

- A Ma nièce Mme Diallo Haoua : toi qui as su me donner tant d'affection ,toi qui as su m'encourager ,toi qui as su m'accompagner dans le bonheur comme dans la douleur , femme exemplaire, qu'Allah le tout puissant te donne longue vie pour récolter les fruits de tes efforts louables. Amen

REMERCIEMENTS

- Au Docteur DICKO Abdoul-Razakou A. : Pour votre disponibilité et votre contribution de qualité qui ont permis la réalisation de ce travail. Des simples mots ne suffisent pas pour vous exprimer toute ma reconnaissance et mon amitié. Ce travail est aussi le votre.
- Au Docteur Abdoul-Aziz Yehia et sa fiancée Mlle Fatoumata Koina: Vos conseils et vos encouragements de tous les jours n'ont jamais fait défaut tout au long de ce travail je vous remercie infiniment pour cette amitié sincère.
- A mes oncles Sidi Takiou, Mahamadaly Soueymane et familles : La considération, l'estime, les conseils et l'aide que vous m'avez apportés m'ont été d'un grand soutien, puisse ce travail témoigner ma forte reconnaissance et ma profonde gratitude.
- A la famille Halifa S. Diallo à Sirakoro : Toute ma reconnaissance et sympathie
- A mes tantes : Aicha, Hassia, Kangaye, Fatoumata, Fanta Coulibaly, Néma
- A M. Hamidou A. Diallo, M. Mahazou dit Baba Cissé et M. Mohamed Elmoctar Tidiani : votre soutien était d'un apport inestimable pour la réalisation de cet ouvrage. Que vous en soyez remercié.
- A ma sœur Hassia N. Diallo : Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Merci pour tout.
- A M. Younoussa Sissoko : Chef du cabinet Bakoumba à Marseille.

Vos enseignements votre assistance morale et financière ne m'ont jamais fait défaut.

- A mes cousines Aicha, Zabba, hani, Mounna, Aissata Salihou.
- A mes oncles Abdoulaye Kamma, Mohamed Cheibou et leur famille respective
- A la famille Mahalmadine Touré à Tombouctou
- A la famille Traoré à Tonka
- A mon neveu Souleymane O. Diallo et ma nièce Ammou
- A M. Mohomodou Taiffour et son épouse Dr Leilla
- A mes cousins et cousines Chafiou, O. Diallo, Zizi, Souley, Aichatou, Vieux, Oumar, Douma, Abdourhamane T., Abdoul-Fatahou Ibrahim ; Ibrahim et Soumeila Labidine, Seydou Abdou, Abdoul Malick, Yehia Salihou, Fatim Diallo, kissa, Sara, Houssaye,
- A mes amis Youssouf O. Diallo, Youssouf Abdoul-kadri, Dr Moussa Abdourhamane, Imadadini A. Diallo, Ibrahim Mahamadou, Dr Issa Amadou, Youssouf N'soumana, Abdoul-Razak Maiga, Djénébou Diallo, Niamoye Koina, Mohamed Maiga, Dr Youssouf Almoustapha, Sidiki Traoré Chata et Gafou Tangara. Je ne saurais oublier cette sincère amitié qui force admiration, qu'il me soit permis de vous réitérer ma gratitude.
- A Kadidia M. Traoré, Mohamed Coulibaly et madame : vous avoir connus est l'une des plus belles choses qui me soient arrivées dans la vie.
- Aux docteurs Abdramane Togo, Ibrahim Maiga, Boubacar Niaré, Moumine Traoré et au surveillant M. Seydou Bassaloum en témoignage de vos conseils et assistances tout au long de mon séjour à l'hôpital de Tombouctou.

- A mes amis : Dr hamadoun Cissé, Dr Hamsatou cissé, Dr Sadatou Cissé, Dr Abdoul-Wahab Soumma, Dr Moussa S. Maiga, Dr Moulaye O, Moussa Sacko, Djibrilla Issiaka, Ibrahim Dolo, Dr M. Zakaria, Dr Bouba Halidou, Dr Yanta Ibrahim, Dr Aliou Mahamadou, Mohamed Assaliha Ousmane, Aminata Haidara, Mahamane Touré, Zeinaba Maiga, Djenébou Sidibé . Compagnons de tous les combats ; Merci pour m'avoir assisté dans ma vie de tous les jours et en souvenir des moments de bonheur et de peine partagés.

Puisse Allah, le miséricordieux, renforcer davantage nos liens d'amitié, j'allais dire de fraternité.

- Aux personnels du bloc opératoire, du service de réanimation, des services de chirurgie, de médecine, de la gynéco, du laboratoire, de la pharmacie, du secrétariat , de la pédiatrie de l' hôpital de Tombouctou. Vous avez été constamment à mes cotés tout au long de ce travail. Tout en vous priant de m'excuser pour certains désagréments dans le cadre du travail, recevez à travers ce passage l'expression de ma parfaite reconnaissance.

- A tout le personnel du service d'urologie du point G.

- A tous mes camarades de promotion ; en souvenir des nombreuses difficultés partagées tout au long de notre cycle.

- A tous ceux qui de près ou de loin ont investi en moi ou contribué pour que ce travail soit réalisé.

- A tous ceux dont les noms n'ont pas été mentionnés, veuillez croire à mes sincères sentiments de reconnaissance.

Enfin, au peuple malien tout entier, qui a consenti d'énormes sacrifices pour notre formation. Puisse ce travail être l'amorce des récompenses de tes sacrifices.

A notre Maître et Juge, le président du jury

- ◆ Professeur Saharé FONGORO
- ◆ Spécialiste en néphrologie
- ◆ Praticien hospitalier au service de néphrologie du CHU du Point G
- ◆ Maître de conférence à la FMPOS

Cher maître

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce 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, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments très respectueux.

A notre Maître et juge

Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE

- ◆ **Diplômé en urologie**
- ◆ **Diplômé en andrologie**

Cher Maître,

Auprès de vous, nous avons pu bénéficier des conseils d'un grand praticien. Nous sommes touché par votre simplicité et votre disponibilité malgré vos multiples occupations.

En acceptant d'apprécier ce modeste travail, cher maître, vous avez contribué à son indispensable amélioration.

Merci encore une fois de plus pour la sympathie que vous nous témoignez en acceptant de juger cette thèse.

A notre Maître et juge

Docteur Honoré BERTHE

◆ Spécialiste en urologie

♦ **Maître Assistant à la FMPOS**

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury revêt pour nous une double signification : d'abord, votre rigueur, vos critiques et suggestions de spécialiste ont forcé notre admiration, puis votre fonction de Maître Assistant par rapport à votre jeunesse est un exemple de réussite dont nous avons obligation de nous inspirer.

En acceptant de juger cette thèse, vous nous faites un grand honneur.

Soyez assuré cher Maître de notre respect et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de thèse

Docteur Dékoro dit Jérôme DAKOUO

- ◆ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ◆ **Chef des services de chirurgie générale, des urgences et réanimation de l'hôpital de Tom bouctou**
- ◆ **Directeur Général de l'hôpital de Tombouctou**

Vous inspirez, cher Maître, le respect par votre humanisme profond et votre estime pour l'être humain. Vous avez su mettre notre cousinage au delà de cette relation enseignant élève.

Votre souci pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique, votre ouverture d'esprit et votre maîtrise de la chirurgie font de vous le Maître respecté et respectable dont nous sommes fier d'être l'élève.

Ce travail est surtout le vôtre.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Kalilou OUATTARA

- ◆ **Professeur titulaire d'urologie à la FMPOS**
- ◆ **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.**

Homme de principe, vous avez tour à tour été notre Professeur et Directeur de thèse. Votre rigueur scientifique, votre esprit d'organisation

et de méthode vous imposent sur la scène régionale et honorent tout le Mali.

Vous nous avez confié ce travail et vous avez suivi sa réalisation avec un grand intérêt et une bienveillante attention. Nous osons croire toute fois que votre attente ne sera pas déçue.

Soyez assuré, cher Maître, de notre profonde reconnaissance non seulement pour avoir œuvré dans notre formation en urologie ; mais surtout pour votre souci de nous préparer à la vie dans l'honneur, le travail bienfait et le respect de la bienséance.

En nous acceptant dans votre service, vous nous honorez pleinement. Et nous gardons de vous l'image d'un grand Maître dévoué et serviable.

Qu'il nous soit permis de vous adresser nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALR	Anesthésie Loco-Régionale
AP	Adénome de la prostate
ATCD	Antécédent
BAD	Banque Africaine pour le Développement
Coll.	Collaborateurs
CSCom.	Centre de Santé Communautaire
CSRéf.	Centre de Santé de Référence
DHT	Dihydro-testosterone
EGF	Epidermal Growth Factor
FGF	Fibroblaste Growth Factor
FMPOS	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie
Hb	Hémoglobine
HBP	Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HGT	Hôpital Gabriel Touré
HNPG	Hôpital National du Point G.
HTA	Hypertension Artérielle
Inf.	Inférieur
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Phosphatase Acide de la Prostate
PSA	Antigènes Spécifiques de la Prostate
RAU	Rétention Aigue d'Urine

RTUP	Résection Trans-Urétrale de la Prostate
SSP	Score des Symptômes Prostatiques
TC	Temps de Coagulation
TR	Toucher Rectal
TS	Temps de saignement
UCR	Uretro-Cystographie Rétrogradée
UCRM	Uretro-Cystographie Rétrogradée post Mictionnelle
UGD	Ulcère Gastro-Duodenal
UIV	Urographie Intra Veineuse
VS	Vitesse de sédimentation
%	Pourcentage

TABLE DES MATIERES :

I- Introduction et objectifs	Pages
1- Introduction -----	1
2- Objectifs -----	2
II- Généralités :	
1- Définition -----	3
2- Epidémiologie -----	3
3- Rappels anatomiques et embryologiques-----	4
4- Physiopathologie de l'adénome de la prostate-----	12
5- Etiopathogenie -----	15
6- Clinique de l'adénome de la prostate -----	18
7- Diagnostic -----	25
8- Traitement -----	35
III- Méthodologie :	
1- Cadre d'étude -----	47
2- Période d'étude -----	49
3- Type d'étude -----	49
4- Population d'étude -----	49
5- Echantillonnage -----	49
6- Support de données -----	49
7-Traitement et analyse des données -----	50
IV- Résultats :	
1- Place de l'adénome dans l'activité chirurgicale du service---	51
2- Aspects sociodémographiques-----	52
3- Aspects cliniques-----	55
4- Aspects thérapeutiques -----	61
V- Commentaires et discussions :	
1- Fréquence de l'adénome de la prostate-----	63
2- Aspects sociodémographiques-----	63

3- Aspects cliniques -----	64
4- Aspects thérapeutiques -----	68
VI- Conclusion et recommandations	
1- Conclusion -----	72
2- Recommandations -----	73
VII- Références bibliographiques -----	74

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS :

1- Introduction

L'adénome de la prostate, encore appelé hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est l'une des rares pathologies urologiques qui sont spécifiquement liées à l'âge avancé. C'est une pathologie du troisième âge.

C'est la troisième maladie en terme de dépense de santé dans les pays industrialisés. Soixante dix pourcent (70%) des hommes recevront au cours de leur vie un traitement pour l'hypertrophie bénigne de la prostate et 25% des hommes qui vivent jusqu'à 75 ans nécessiteront un geste chirurgical [4].

La résection endoscopique de l'AP reste un pari sur l'avenir dans nos pays en voie de développement où le traitement chirurgical à ciel ouvert assure une certitude vérifiée par la guérison des malades au prix des complications post opératoires non négligeables. Cependant, les progrès scientifiques très rapides de ces dix dernières années (la technique de la résection endoscopique, la vidéo chirurgie) ont fait diminuer les indications à ciel ouvert dans les pays développés. Cette dernière est réservée aux adénomes de poids supérieur à 80 grammes [4].

Au Mali il n'y a que deux services d'urologie pour faire face à l'ensemble des problèmes liés aux pathologies urologiques. A Tombouctou, tout comme l'ensemble des chefs lieux des régions, il n'y a pas d'urologue d'où la nécessité de la prise en charge de l'AP par des chirurgiens généralistes.

Dans la littérature, mais également au Mali plusieurs études ont été faites sur l'AP ; ces études ont montré que l'AP entraîne des troubles mictionnels chez 50% des sujets de plus de 50 ans [4]. Ainsi un homme sur quatre en souffre entre 50 et 54 ans et trois sur quatre entre 65 et 70 ans [10].

Cependant, à Tombouctou aucune étude n'a été réalisée sur l'AP. C'est dans le souci de combler ce vide que nous avons mené cette étude.

2- Objectifs :

2-1 Objectif général :

Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'adénome de la prostate à l'Hôpital de Tombouctou.

2-2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'adénome de la prostate à l'hôpital de Tombouctou ;
- Décrire les aspects cliniques et para cliniques de l'adénome de la prostate ;
- Décrire les suites opératoires de l'adénome de la prostate.

II- GENERALITES

1- définition :

L'adénome de la prostate ou hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une néoformation développée aux dépens de la portion crâniale de la glande prostatique.

2- Epidémiologie :

Dès l'âge de 30 ans 8% des hommes présentent des lésions histologiques d'adénome de la prostate. Ce chiffre atteint 50% durant la cinquième décennie et 80% durant la huitième décennie. La relation avec l'âge est évidente.

Aucun facteur favorisant de l'adénome de la prostate (race, environnement, alimentation, habitude sexuelle, tabac, pathologie associée) n'a pu être établi de façon formelle, que ça soit dans le déterminisme des lésions microscopiques ou dans la survenue de la symptomatologie obstructive.

Il est permis de penser que la presque totalité des hommes auront une manifestation clinique liée à la prostate soit dans sa composante adénomateuse, ou soit dans sa composante carcinomateuse. Dans l'étude du Baltimore Longitudinal study of Agin, 80% des Hommes de 70 ans ont une prostate augmentée de volume. 100% des Hommes de 100 ans ont une lésion cancéreuse de la prostate même si elle n'a pas de manifestation clinique [26].

3- rappels embryologiques et anatomiques :

3-1-Rappels embryologiques: [26]

La prostate provient des cellules du mésenchyme du sinus urogénital et son développement s'étend de la cinquième semaine de la vie embryonnaire au sixième mois.

3.2. Rappels anatomiques : [4 ; 10 ; 17 ; 31] Cf. FIG 1 [4]

3.2.1. Anatomie descriptive :

La prostate est une petite glande génitale située dans la partie antérieure du pelvis, d'une quinzaine de grammes chez l'adulte jeune, ayant la forme d'une châtaigne. Elle possède à la fois une anatomie interne (zonale) très complexe et une anatomie topographique longtemps restée inconnue, dans la mesure où elle est profondément située dans le petit bassin, fixe entre pubis en avant, vessie en haut, rectum en arrière et plancher pelvien en bas [10, 17, 31].

Dès 1912, Lowsley a décrit sur la prostate foetale cinq lobes prostatiques : deux lobes latéraux, un lobe antérieur, un lobe postérieur et un lobe médian [17]. Cette description a été régulièrement modifiée. La description admise actuellement est la description zonale décrite par McNeal [26] qui divise la prostate en cinq zones :

- une zone antérieure constituée de stroma fibromusculaire et dépourvue de glandes. Elle est en continuité avec le sphincter lisse de l'urètre. Elle ne subit aucun processus pathologique ;
- une zone périphérique entourant la quasi-totalité de l'urètre distal sauf en avant, et se prolongeant vers le haut et l'arrière.

Elle constitue la majeure partie du poids prostatique (70 %) et de la «coque » prostatique laissée en place après énucléation d'une hypertrophie bénigne. Elle est le lieu privilégié de l'émergence de cancers ;

- une zone centrale constituant 25 % du poids de la glande prostatique. Elle a une forme triangulaire et vient se caler en arrière de l'urètre proximal, dans l'angle dièdre qu'il forme avec la prostate périphérique. Elle est traversée par les canaux éjaculateurs. L'histologie de cette zone ressemble à celle des vésicules séminales, suggérant son origine wolffienne et donc mésoblastique. Elle est à l'origine des 10 % des cancers de la prostate ;

- une zone « de transition » forme les 5 % de tissu prostatique restant. Elle est constituée de deux petits lobes situés autour de l'urètre juste au-dessus du veru montanum. Cette zone donne toutefois naissance à 25 % des cancers de la prostate, ce qui explique la nécessité d'examiner les copeaux de résection endoscopique [26].

- la zone des glandes péri-urétrales se situe dans la paroi musculaire lisse de l'urètre. Elle représente moins de 1 % du tissu prostatique.

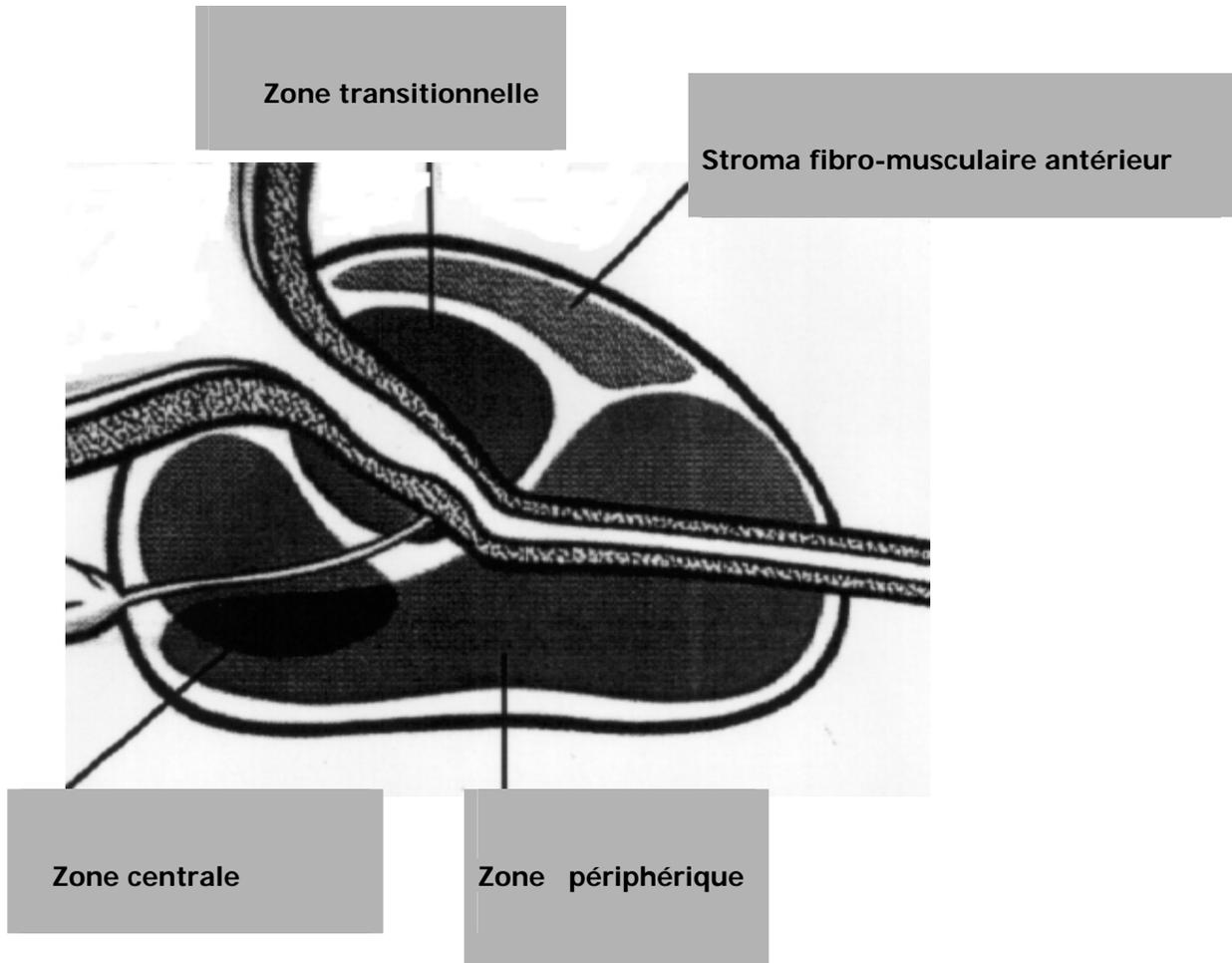


FIG 1

Haut
↑
Gauche →

Figure 1 : Classification zonale de la prostate selon Mc NEAL [26]

3.2.2-Vascularisation : [17] Cf. FIG 2 [4]

3.2.2.1- 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.

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

3.2.2.2- Veines : [17]

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 : Vascolarisation du petit bassin [4]

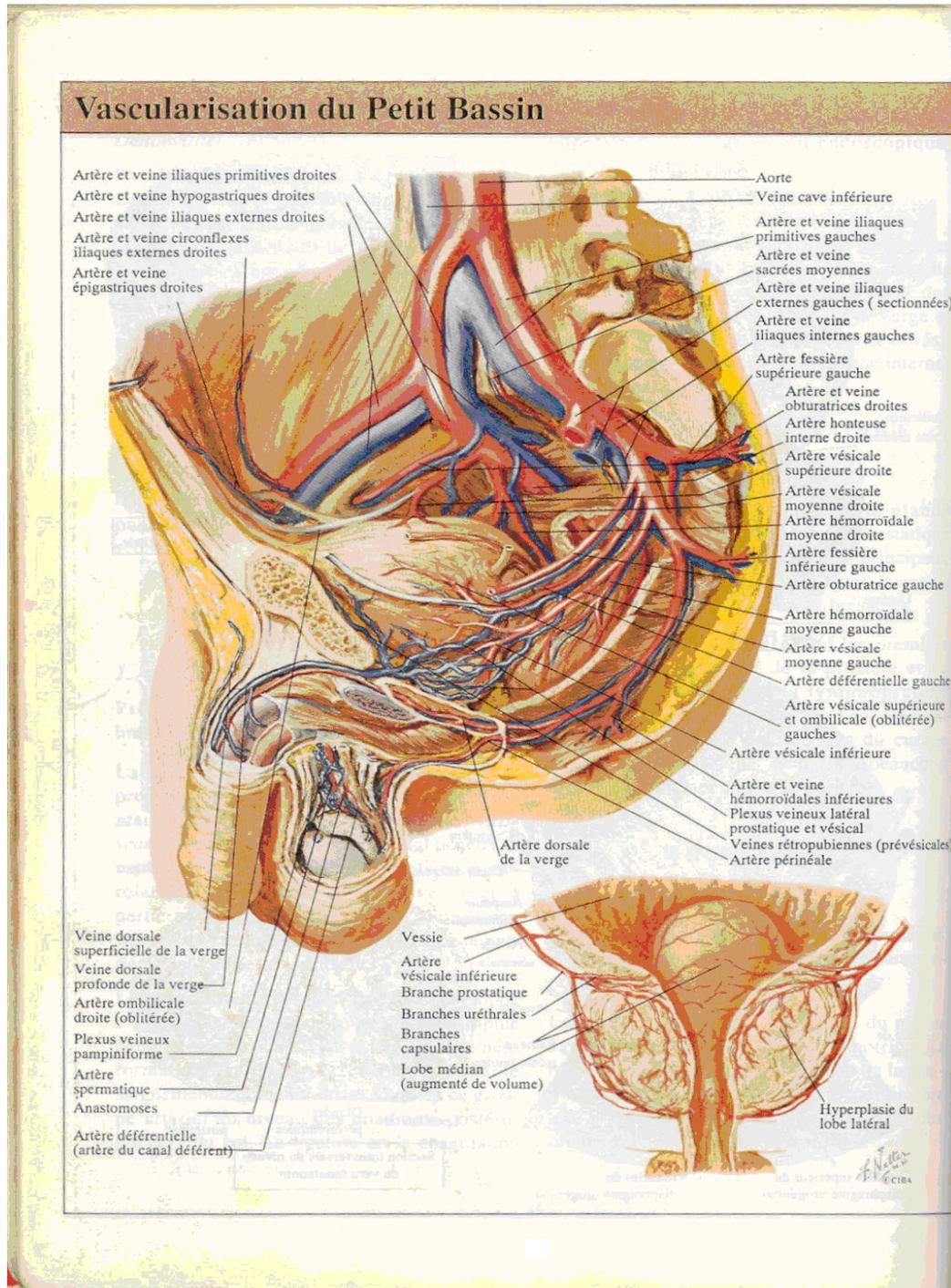


FIG 2

Haut



Gauche

3.2. 3- Drainage lymphatique : [17]

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

3. 2. 4- Innervation : [17]

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

3. 3- Anatomie endoscopique : [17]

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 urétraux peuvent ne pas être visibles à l'optique for oblique.

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.

3. 4- Anatomie Pathologique : [10]

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 pas 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 proposition de ces éléments étant variable.

3.4.1- Lésions prostatiques secondaires à l'HBP

- 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'infarctus - sèment se manifestent par des hématuries ou par une obstruction partielle ou complète des urines.

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

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

3.4.2- Retentissement sur le système urinaire :

- **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.

- **Vessie**

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

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 le non levé de l'obstacle entraîne une dilatation et une décompensation qui aboutit à une distension de la vessie et un amincissement de sa paroi.

- 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, entraînant 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 hydro- néphrétique provoquée par l'ischémie du parenchyme secondaire à l'hypertension

4. physiopathologie de l'adénome de la prostate : [10 ; 9 ; 19]

4.1- Physiologie de la Prostate : [19]

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.

4.1.1- Composition de l'éjaculat : [19]

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.

4.1.2- Protéines de sécrétion prostatique : [9]

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

- Antigène spécifique de la prostate PSA : 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.
- Phosphatase Acide de la Prostate (PAP) :Elle représente la protéine la plus abondante du luide prostatique (25%). Mise Même si son rôle

physiologique est méconnu, il semblerait qu'elle pourrait intervenir dans la capacitation.

- Autres protéines prostatiques :Albumine, alpha 01 acide glycoprotéine, Zn-alpha -2 glycoprotéine.

4.2- Physiopathologie de l'hypertrophie Bénigne de la Prostate : (HBP), [6- 14]

4.2.1- Testostérone

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

4.2.2- Autres facteurs

-Les œstrogènes : Le rôle des œstrogènes a été suspecté sur le fait que l'HBP se développe à une époque de la vie de l'homme où la fonction testiculaire commence à décliner et où la production d'œstrogène augmente.

- Les facteurs de croissance : Le FGF (Fibroblaste Growth Factor) ou l'EGF (Epidermal Growth Factor).
- Les proto Oncogènes : Ils sont impliqués dans la régulation, la division et la différenciation cellulaire.

5- Etiopathogenie :

Le mécanisme initial de l'HBP est mal connu, probablement un déséquilibre entre les androgènes et les œstrogènes au niveau prostatique. Actuellement deux grandes théories pathogéniques sont retenues, l'une hormonale et l'autre tissulaire ou stromale.

5.1- Théorie hormonale :

HUSTEN [11] en 1972 avait noté l'absence de l'adénome de la prostate chez le sujet castré. HUGGINS en 1941 établit l'androgènodépendance de l'affection après l'observation dans quelques cas sélectionnés de régression du volume de la prostate adénomateuse dans les suites de la castration.

Cette notion fut confirmée par l'expérimentation animale chez le chien.

WENDE [24] 1979 étudiait le contingent cellulaire adénomateux associé à un adénocarcinome prostatique chez les patients castrés et notait une involution importante de l'épithélium acineux et une disparition de la phase de sécrétion.

L'ensemble de ces observations confirme la nécessité d'une stimulation androgénique sur la croissance de l'adénome, en particulier le développement du contingent glandulaire.

5.1.1- Le rôle de la dihydro-testostérone (DHT)

La quantité de DHT intra-prostatique pourrait être un élément primordial de la croissance prostatique.

Le rôle de cette DHT dans la pathogénie de l'adénome a été suggéré par l'expérimentation animale ; en particulier chez le chien, l'adénome s'accompagne d'une augmentation du taux intracellulaire de DHT.

Dans la majorité des espèces animales, la capacité de transformation de la testostérone en DHT diminue avec l'âge. Sauf chez l'homme et le chien qui sont les deux espèces à développer un adénome de la prostate.

Cette hypothèse fut confirmée par WILLSON [36] qui a mesuré le contenu en androgène des cellules adénomateuses pouvant expliquer l'apparition secondaire d'adénome due à un dérèglement de la production de DHT chez ces deux espèces.

La concentration en testostérone dans les tissus normaux ainsi que dans les tissus hyperplasiques est identique, alors que des taux de DHT sont de 4 à 5 fois supérieurs observés dans les tissus adénomateux. L'ensemble de ces expérimentations a cependant été remis récemment en question par les travaux de WALSH [35] en 1983.

Il a trouvé des taux identiques de DHT dans la prostate saine et hyperplasique à partir des échantillons prélevés chez des sujets vivants.

Le déficit congénital en 5 alpha réductase, l'enzyme qui transforme la testostérone en DHT, son dérivé actif dans le noyau de la cellule prostatique empêche le développement de la prostate.

La castration avant la puberté empêche l'HBP. Mais la castration après l'apparition d'une l'HBP n'entraîne toujours pas une atrophie prostatique. Ces données expérimentales confirment le rôle permissif des androgènes sur la croissance de l'adénome mais ne peuvent affirmer le rôle inducteur de la DHT.

5.1.2- Rôle des œstrogènes : [35]

L'effet synergique des œstrogènes et des androgènes sur la croissance de l'adénome est connu depuis longtemps. WALSH a notamment montré que chez le chien castré l'administration de testostérone ou de DHT n'induit pas l'HBP; mais l'adjonction d'un androgène aromatisant rend cette induction possible. La synthèse des œstrogènes dans le tissu de l'HBP est plus intense qu'elle ne l'est dans la prostate normale. Le processus d'aromatisation de la testostérone en œstrogène est plus important dans le tissu de l'HBP que le tissu normal.

Les récepteurs des œstrogènes sont situés dans le stroma qui est précisément le tissu où naît l'HBP.

5.2- Théorie Stromale

En reprenant les théories histologiques de REISCHAUER, MC-NEAL a étudié le mode d'apparition des premiers nodules d'adénome dans une région sus-montanale englobant la zone transitionnelle et la zone péri-urétrale de la prostate. Devant l'aspect initialement focal de l'adénome ; MC-NEAL [26] a suggéré le retour spontané d'un ou plusieurs clones de cellules stromales vers un état embryonnaire, leur permettant de retrouver leur potentiel inductif.

L'adénome de la prostate évolue en plusieurs phases :

- Une phase d'initiation secondaire a un dérèglement tissulaire mal défini,
- Une phase de progression caractérisée par l'augmentation du nombre de nodules adénomateux,
- Une phase de maturation qui survient dans un environnement hormonal différent, marqué essentiellement par le déséquilibre physiologique entre androgène et œstrogène, déséquilibre apparaissant à la sénescence.

6- la clinique de l'adénome de la prostate :

Les manifestations cliniques de l'adénome de la prostate sont gênantes. Certains patients se gardent de s'en plaindre soit par pudeur ou par crainte d'enclencher un processus qui puisse les conduire à la chirurgie.

D'un polymorphisme clinique il n'existe cependant aucun rapport entre le volume de l'adénome et le degré des gênes mictionnels qu'il entraîne.

6.1- L'interrogatoire :

Il cherche à déceler les symptômes révélateurs de l'adénome de la prostate qui sont généralement :

La pollakiurie :

Elle se définit comme une miction fréquente et peu abondante. C'est le symptôme le plus fréquent et le plus évocateur. Elle peut revêtir plusieurs aspects en fonction de leur gêne fonctionnelle, leur origine, leur signification et leur caractère nocturne ou diurne.

- Pollakiurie nocturne :

Elle se définit par le nombre de levé au delà de trois par nuit. L'adulte normal étant capable de maintenir la continence pendant la totalité de la nuit, il n'a pas à se lever pour vider la vessie.

Cette pollakiurie est en règle bien précisée, mais doit être interprétée en fonction de la quantité et des horaires des besoins ainsi que d'éventuelle thérapeutique prescrite pour des pathologies associées. Ce trouble traduit une augmentation de la contractilité vésicale.

-La pollakiurie diurne :

Le nombre de miction est de trois à cinq par jour chez un adulte normal. Ce signe est très subjectif d'interprétation difficile car il est influençable par de nombreux facteurs psychologiques, hygiéno-diététiques et sensoriels.

La pollakiurie diurne d'adénome témoigne le plus souvent un stade plus évolué que celui de la pollakiurie nocturne. Elle indique souvent l'existence d'un résidu post-mictionnel important et d'une vessie dont la capacité est diminuée par l'hypertrophie du détrusor.

-La dysurie :

Elle se définit comme une gêne à la miction et regroupe plusieurs symptômes : la difficulté à initier le jet (dysurie d'attente) ; la nécessité d'une poussée abdominale complémentaire (dysurie de poussée) ; un allongement du temps de miction ; la diminution ou l'altération de la qualité du jet (miction en plusieurs temps, gouttes retardatrices).

-Les mictions impérieuses :

Elles sont particulièrement gênantes pour le patient car souvent responsables de fuites d'urine. Elles sont la conséquence d'un réservoir hypertonique avec une contraction vésicale non inhibée.

Le piétinement, le coincement des jambes ou le pincement de la verge en contrôlent l'urgence mictionnelle, créant un réflexe nociceptif qui relâche la contraction.

- Autres manifestations :

-L'infection urinaire : Elle accompagne les poussées inflammatoires de la glande. Elle aggrave les troubles mictionnels, entraîne les brûlures urétrales, majore la pollakiurie et l'impériosité mictionnelle.

Elle est le fait de la stase urinaire.

-Les mictions par regorgement :Elles consistent en l'émission du trop plein d'urine qui dépasse le sommet de l'adénome et cherche à s'échapper. En fait l'adénome par son développement occupe un certain volume de la capacité vésicale.

La miction par regorgement révèle 5% des obstructions prostatiques et dans un cas sur trois se complète d'une distension du haut appareil urinaire avec ou sans insuffisance rénale.

-Rétention aiguë d'urine : Elle attire immédiatement l'attention sur le bas appareil urinaire. Elle se manifeste volontiers au cours d'une poussée inflammatoire de l'adénome où elle s'installe au cours d'un repas prolongé et bien arrosé ou d'un besoin d'uriner longtemps contenu. L'envie est d'abord impérieuse et douloureuse, puis devant l'impossibilité à l'assouvir elle devient rapidement intolérable avec une

douleur à l'origine d'un état d'agitation ou de prostration. Ces malades doivent être rapidement soulagés soit par sondage trans-urétral soit par cathétérisme sus-pubienne.

L'examen retrouve une masse régulière tendue au dessous de la symphyse pubienne. Elle est douloureuse tant à la palpation qu'à la percussion, et peut remonter jusqu'à l'ombilic et même le dépasser. A la percussion elle est mate

-Hématurie :

Classiquement, elle est initiale, traduisant l'origine urétrale du saignement. Cependant elle peut se révéler totale lorsqu'elle est abondante. En effet les saignements d'origine prostatique sont dus aux gros lobes médians à développement endo-vésical. Toute fois l'hématurie n'est pas un symptôme habituel de l'adénome de prostate

En outre l'interrogatoire recherchera les éléments du score des symptômes prostatique de l'OMS (SSP/OMS) basée sur la réponse de sept questions concernant les symptômes urinaires. A chaque question le patient peut choisir parmi les cinq réponses possibles.

Score des symptômes prostatiques de l'OMS							
	Pas du tout	Moins de 1 fois sur 5	Moins de 1 fois sur 2	A peu près 1 fois sur 2	Plus de 1 fois sur 2	Presque toujours	
1. Durant le mois passé combien de fois avez-vous eu l'impression de ne pas vider complètement votre vessie après fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
2. Durant le mois passé combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner.	0	1	2	3	4	5	
3. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous eu l'impression qu'il était nécessaire d'uriner en plusieurs temps ?	0	1	2	3	4	5	
4. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous trouvé difficulté d'attendre pour uriner ?	0	1	2	3	4	5	
5. Durant le mois passé avec quelle fréquence avez-vous eu un jet urinaire faible ?	0	1	2	3	4	5	
6. Durant le mois passé avez-vous eu à pousser pour faire un effort pour commencer une miction ?	0	1	2	3	4	5	
	Pas du tout	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois ou plus	
7. Durant le mois passé combien de fois au cours d'une nuit habituelle avez-vous eu à vous réveiller pour uriner entre le moment de votre couché le soir et celui de votre levé le matin ?	0	1	2	3	4	5	

Score SSPOMS total S =							
<i>QUALITE DE VIE LIEE AUX SYMPTOMES URINAIRES</i>							
	Réjouis	Heureux	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	Malheureux	Très éprouvé
1. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos symptômes urinaires actuels, qu'en penseriez-vous.	0	1	2	3	4	5	
Évaluation de la qualité de vie L =							

Ce score sert à la cotation des symptômes et varie de 0 à 35

0-7 : peu symptomatique

8-19 : modérément symptomatique

20-35 : très symptomatique.

D'autres questions peuvent être recherchées :

Rechercher le mode d'installation des symptômes

Rechercher les antécédents chirurgicaux

Rechercher les antécédents de maladies vénériennes surtout la gonorrhée (risque plus important de sténose)

Rechercher d'autres pathologies associées pouvant donner des manifestations urinaires à type de prostatisme (diabète, maladies neurologiques)

Faire préciser les médicaments que prend le malade (antidépresseurs)

Rechercher des questions en rapport avec l'activité sexuelle du malade. La connaissance du niveau d'activité sexuelle du patient a une importance dans le choix de certaines thérapeutiques

6.2- Examen physique :

Il consiste à examiner les organes génitaux externes, les orifices herniaires, les fosses lombaires, sans oublier l'examen cardio-pulmonaire et se termine par un toucher rectal qui précisera la taille, la consistance, la symétrie de la prostate ainsi que l'ampoule rectale.

- Toucher rectal :

Le toucher rectal est le moyen le plus économique et le plus présomptif pour dépister un adénome de la prostate. Il est plus pratiqué et plus facile à réaliser que l'échographie et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PAS).

C'est la clé du diagnostic et doit être associé au palper hypogastrique. Il doit être réalisé annuellement à titre de dépistage de l'adénome ou du cancer de la prostate chez l'homme de plus de 50 ans. En outre il peut mettre en évidence : hémorroïde interne, fissure anale, abcès de la marge anale, fistule anale.

-Technique :

Le malade peut être examiné en différentes positions :

Position couchée latéralement, cuisses repliées vers l'abdomen, position très utilisée dans le pays anglo-saxon.

Position debout penchée en avant membres inférieurs en rotation interne et légèrement fléchis.

Position genou cubitale sur une table d'examen à hauteur variable.

Position gynécologique de la taille, sur une table d'examen en décubitus dorsal ; cuisses en abduction fléchies sur l'abdomen, pieds ou genoux supportés par des étriers ou jambiers.

Le toucher rectal se fait avec l'index couvert d'un doigtier bien lubrifié. Avant la pénétration de l'index ; le sphincter anal sera massé pour l'amadouer et avec douceur. L'interprétation est d'autant plus pertinente que l'examineur a une bonne expérience. On parle d'adénome de la prostate, lorsque la prostate est globuleuse, régulière de consistance ferme et élastique, bien limitée, rénitente et indolore.

Le gène fonctionnel n'a rien à avoir avec le volume de la glande. Le toucher rectal à lui seul peut faire le diagnostic de l'adénome de la prostate dans plus de 50 % des cas. Mais il ne fait jamais le diagnostic d'un lobe médian.

7-DIAGNOSTIC :

7.1- Diagnostic positif :

L'adénome de la prostate est une pathologie qui évolue avec le vieillissement de la population. Le diagnostic est essentiellement clinique, basé sur l'anamnèse qui recherchera les éléments du score des symptômes prostatiques de l'OMS (SSP OMS), le toucher rectal et complété par les examens para cliniques.

7.2- Examens complémentaires:

7.2.1 Echographie :

Elle trouve de nombreuses applications chez le malade porteur d'un adénome de la prostate.

- Echographie abdominale et sus pubienne :

Elle permet d'explorer un éventuel retentissement d'un obstacle prostatique sur les reins, les uretères, la vessie ou une pathologie associée.

Après miction elle permet de calculer un éventuel résidu post-mictionnel simplement et rapidement. Le volume global de la prostate est mesuré. Par ailleurs, la sonde d'échographie permet d'examiner les reins et repérer une éventuelle dilatation, un syndrome tumoral, un cône d'ombre témoin de l'existence d'une lithiase.

L'avantage de cette technique est sa facilité sa rapidité d'exécution et son innocuité.

Une sonde de 7MHZ appliquée sur le périnée permet d'analyser avec précision la liberté de l'urètre.

- Echographie endo- rectale de la prostate :

Indiscutablement, il s'agit de la voie d'exploration échographique de la prostate la plus performante.

Cette technique consiste en l'introduction d'une sonde d'échographie dans le rectum et permet d'obtenir des images de la prostate en coupes

longitudinales, transversales et frontales. Chacune de ces sondes a grossièrement le diamètre d'un doigt.

Le patient en décubitus latéral gauche qui est la position permettant un examen dans de bonnes conditions tant pour le praticien que pour le patient.

Cette technique permet une analyse fine des différentes zones composant la prostate.

Elle permet d'attirer l'attention sur une pathologie débutante asymptomatique. Un cancer de petit volume peut apparaître comme une image hypo-échogène. C'est une technique qui visualise les lésions d'adénome de la prostate et de démontrer les remaniements tissulaires (kyste, abcès, calcification).

Au niveau des zones périphériques et centrales : une calcification d'image hypo-échogène ou syndrome de masse évoquant une tumeur, nécessitent une biopsie.

Au niveau des canaux éjaculateurs : dilatation, calcification.

Elle donne le complément d'information nécessaire avant d'entreprendre un geste chirurgical selon certains urologues.

Selon PAUI PERRIN [31] l'écho anatomie prostatique s'étudie selon deux plans de coupes principaux : Une coupe transversale, et une coupe longitudinale.

La zone périphérique sert de référence pour chercher les anomalies d'échogenicité.

7.2.2- Examens radiologiques

* UIV : [10]

Elle permet de détecter : Une anomalie osseuse, une anomalie de la taille des reins, Présence de lithiase, le retentissement sur le haut appareil urinaire et le résidu post mictionnel.

* Urétrocystographie rétrograde post mictionnelle (UCRM).

Elle visualise toutes les modifications du bas appareil urinaire.

7.2.3- Bilan Urodynamique : [10, 21]

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.

7.2.4 Examens biologiques

Dominés par :

La numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, la créatininémie et la glycémie.

Ces examens n'ont pas de but diagnostique, permettent d'apprécier la qualité de l'appareil urinaire, de déceler d'autres pathologies associées et infections.

L'antigène spécifique de la prostate (PSA) : C'est un marqueur tumoral spécifique de la prostate. Son taux normal est inférieur à 4ng/ml. Devant un taux de (PSA) inférieur à 4ng/ml, plus un toucher rectal normal on parle d'adénome de la prostate. Plus le taux de PSA est élevé plus le risque de cancer de la prostate est grande.

7.3- Diagnostic différentiel :

Se fait avec :

- Cancer de la prostate : [30]

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

- Prostatites :

* Aigüe : 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 :

- Abscess 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 radiques.

- 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.

7.4- Evolution : [10, 28]

7.4.1- Favorable : [10]

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

Sur le plan clinique, on distinguera des symptômes urinaires et 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.

7.4.2- Complications : [22]

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

- Rétention aigue d'urine : [28]

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 un cathétérisme urétral ou un cathétérisme sus-puie.

- Complications infectieuses : [28]

- Infection urinaire : elle témoigne d'une stase urinaire traduisant une mauvaise 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 aiguë et septicémie : elles sont plus rares et témoignent d'une contamination hématogène ou d'un reflux sur urines infectées.

- Hématurie : [22]

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.

7.4.3- Formes cliniques :

- **Symptomatique : [4-10-28]**

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 : [4-10]

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 [4-10]

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 : [28]

Forme avec rétention aigue d'urine ;

Forme avec hématurie ;

Forme avec lithiase vésicale ;

Forme avec infection urinaire ;

Forme avec insuffisance rénale.

8. Traitement : [10-12-16-18-23]

8.1. But

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

8.2. Méthodes : [10, 12, 16, 18, 23]

- Médicale : [16 - 18]

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 [16]

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 (Prostatidauses®), extrait de prostate désalbuminée (Prostavéron®), composés magnésiens (Pelvomagnésium®)

- Alpha- bloquants : [16]

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 adrénérergique et sont principalement équipées des récepteurs alpha 1.

Les alpha-bloquants agissent en relâchement des 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 moxisylite (Carlytène®), la prazocine (Minipress®), ou la dihydroergokryptine (Vasobral®).

- **Chirurgicales** : [4, 10 ; 20]

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 [4]

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.

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.

Énucléation :

L'énucléation 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 [4], étapes 1, 2, 3 et 4.

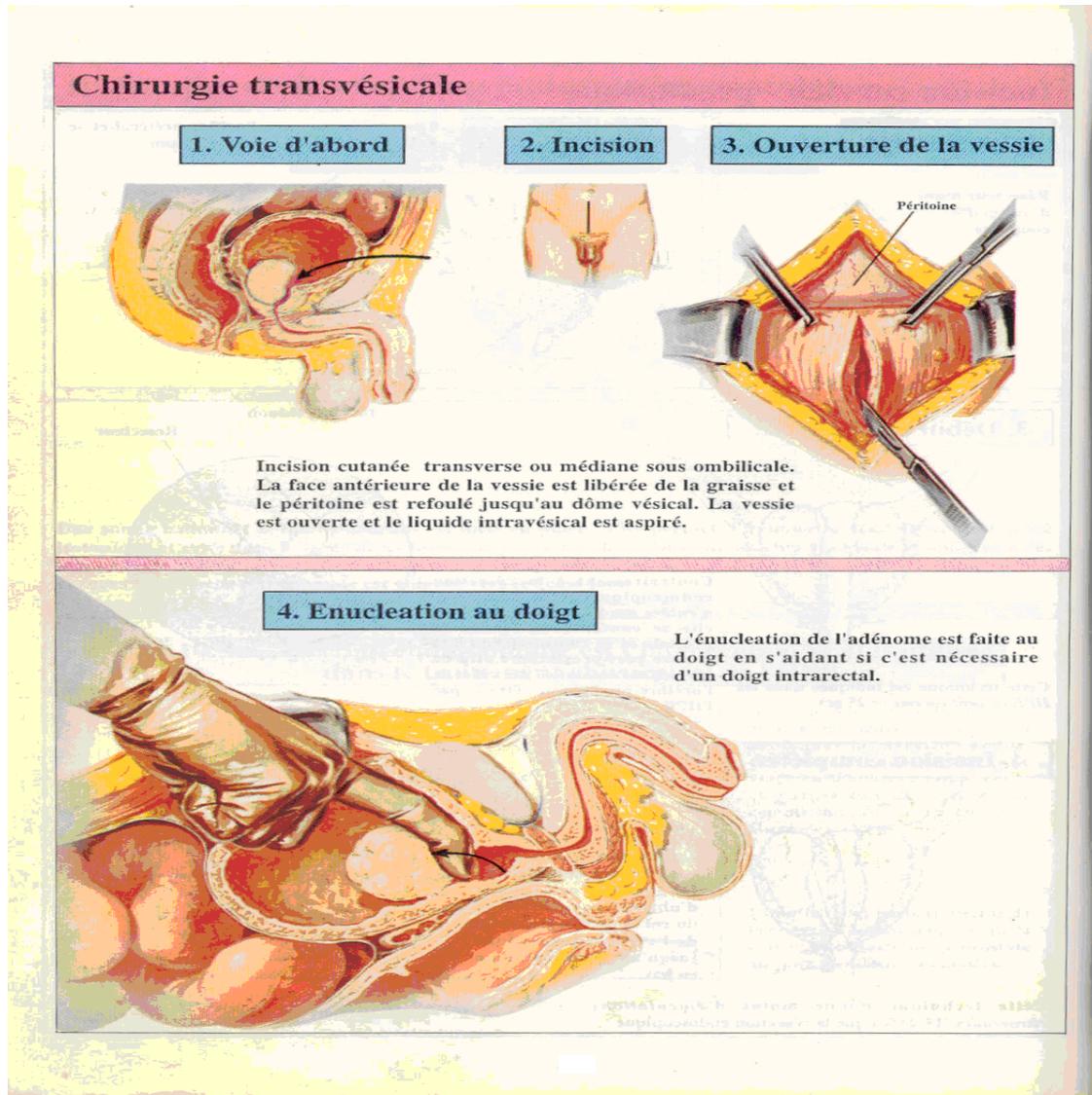
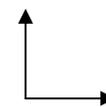


FIG 5

Haut



Gauche

Figure 6 : Chirurgie transvésicale [4], étapes 5, 6 et 7.

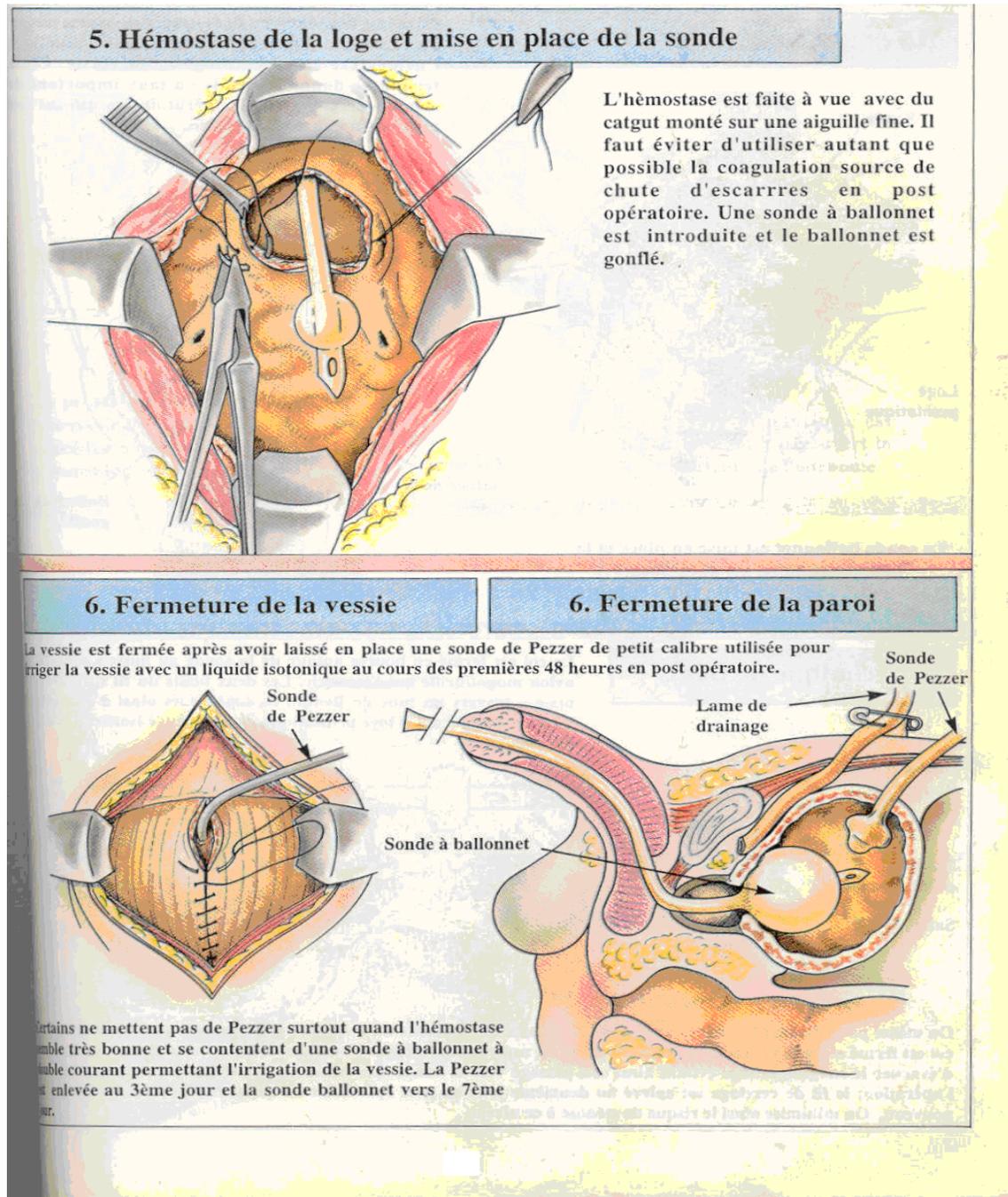
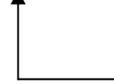


FIG 6

Haut



Gauche

* **Adénomectomie rétro- pubienne (MILLIN)**

La capsule prostatique est incisée permettant un abord direct de la prostate par sa face antérieure.

La vessie n'est donc pas ouverte et permet un contrôle direct des pédicules vasculaires.

Elle est initialement la même que celle de la voie trans-vésicale. La face antérieure de la capsule et la loge prostatique est exposée en déprimant la face antérieure de la vessie. La dissociation de la graisse recouvrant la glande est prudemment effectuée de manière à bien dégager la capsule. La ligature des éléments veineux de l'espace Retzuis permet une hémostase préventive. L'incision capsulaire est effectuée transversalement près du col vésical. Elle est profonde et courte pour éviter tout risque de déchirure durant l'énucléation qui est effectuée au ciseaux ou plus souvent au doigt et utilisant le plan de clivage naturel

. Adenomectomie trans-périnéale : Cette voie d'abord est actuellement abandonnée.

* **Chirurgie Endoscopique : [4 ; 20]**

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 45ème jour.

. Incision cervico-prostatique :

Les patients reçoivent une anti-bioprofylaxie lors de l'induction anesthésique à large spectre ou en fonction d'un antibiogramme fait lors du bilan préopératoire. En cas d'anesthésie locale celle ci est réalisée par infiltration péri- prostatique par voie périnéale et intra- prostatique de xylocaïne ® 1%.

Le matériel nécessaire comporte un résecteur de petit calibre (24ch) muni d'une électrode de Colin (en forme de pointe). L'intervention commence par l'exploration de la vessie.

L'incision est unilatérale et le choix du coté est indifférent sauf en cas de lithiase prostatique où il faut mieux inciser du coté de la lithiase dans l'espoir de la mettre en jour. Elle est profonde et le tissu prostatique est creusé jusqu'à la capsule. Le saignement est minime au niveau des berges de l'incision.

L'intervention se termine par la mise place à vessie pleine d'une sonde vésicale à double courant rigide pour éviter que la sonde ne s'engage dans l'incision et passe sous le trigone.

La sonde est retirée à la 48^{ième} heure et le patient est autorisé à sortir de l'hôpital au 3^{ième} ou 4^{ième} jour post-opératoire.

Dans toutes les séries de la littérature [2, 6,7] l'incision cervico-prostatique entraîne une amélioration spectaculaire des scores symptomatiques.

L'éjaculation antérograde est conservée dans 82 - 95 % des cas [7,15].

-Il existe d'autres méthodes de traitement à savoir :

.Le traitement par le laser

.Le traitement thermique

.Le traitement mécanique.

8.3- Complications post-opératoires précoces de la chirurgie :

*** Chirurgie à ciel ouvert :**

On observe généralement des complications suivantes :

- Complications hémorragiques : Elles sont dues soit à un défaut d'hémostase ; qui nécessite une reprise chirurgicale ; soit à des troubles de la crasse sanguine, à type de coagulation intra -vasculaire disséminée due au passage de thromboplastine dans la circulation sanguine avec chute des plaquettes et du fibrinogène plasmatique.

- Complications infectieuses : Il peut s'agir d'une simple infection urinaire post opératoire favorisée par la présence d'une sonde urétrale, d'une septicémie plus fréquente chez les patients ayants des antécédents infectieux de prostatite ou opéré avec des urines non stériles ; d'une orchio-épididymite sur sonde. Une infection pariétale due à l'association urine infectée, fuite sur la suture de la cystotomie.

- Les fistules vesico-cutanées : Peuvent s'observer après chirurgie à ciel ouvert. Elles sont la conséquence d'un défaut de fermeture vésicale associé à un problème infectieux local.

Un simple drainage prolongé de la vessie par sonde urétrale permet d'obtenir la fermeture de la fistule. Dans certains cas ces fistules sont la

conséquence d'un obstacle à l'évacuation des urines par la voie naturelle. Leur traitement passe par celui des causes d'obstruction.

-Incontinence : Peut s'observer en post-opératoire immédiat dès l'ablation de la sonde urétrale. Il s'agit le plus souvent d'une incontinence partielle avec pollakiurie, miction impérieuse.

L'incontinence définitive est rare ; elle est due à une lésion du sphincter strié qui assure la continence après l'adenomectomie. Elle est de l'ordre de 1%.

*** Chirurgie endoscopique:**

Les complications hémorragiques et l'incontinence sont identiques à celle de la chirurgie à ciel ouvert.

Au cours de la résection endoscopique il peut y avoir une complication appelée syndrome de résorption du liquide de lavage ou << TURP - syndrome >>.

Ce syndrome per ou post-résection, favorisé par l'ouverture de la loge de lacs veineux ou de la capsule prostatique. IL survient surtout si la résection a trop duré plus d'une heure et a été hémorragique ; obligeant à utiliser une grande quantité du liquide de lavage.

Dépisté par la dyspnée ; douleur thoracique ; HTA ; bradycardie , les troubles de comportement (agitation ; obnubilation ; bâillement) ; les troubles circulatoires périphériques (cyanose ,lividité) et les troubles circulatoires ressenties par le malade (troubles visuels , céphalées , encombrement respiratoire) ; un état de choc peut s'installer très rapidement Ce tableau est dû à l'hémodilution et à l'hyponatremie.

La prise en charge repose sur la lutte contre l'hyperhydratation : restriction hydrique rapide (Furosémide) ;il faut essentiellement l'apport de sérum salé. Une oxygénothérapie vise à corriger une éventuelle hypoxie. Ce TURP Syndrome évolue généralement et favorablement en quelques heures. Il est donc important surtout de savoir assurer sa prise en charge rapide.

8-4- Suites post-opératoires :

Certains malades ne sont pas satisfaits généralement après une adenomectomie. Il peut s'agir :

-de la persistance d'une pollakiurie généralement due à une vessie deshinibée

-la reprise de la dysurie due à une sténose du col ; une sténose de l'urètre ou du méat, une opération incomplète, récurrence de l'adénome ; apparition d'un cancer.

- Troubles sexuels: L'érection, la libido, et l'orgasme ne sont pas affectés par l'intervention. Après une adenomectomie quelques malades se plaindront d'anéjaculation.

Après cette chirurgie le col reste béant et l'éjaculation se fait par voie rétrograde. Il est impératif d'informer le malade sur la possibilité d'éjaculation rétrograde en post opératoire.

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Tombouctou qui est la première référence au niveau régional.

1-1- Présentation de l'hôpital de Tombouctou :

◆ Historique :

L'hôpital régional de Tombouctou, appelé avant les années 1940, infirmerie hôpital, était un hôpital militaire avec comme personnels deux médecins dont un des troupes coloniales qui s'occupait des militaires et l'autre médecin hors cadre qui s'occupait des civils.

De 1953 – 1992, l'infirmerie a subi des innovations :

- 1953 la construction d'une maternité (actuel pavillon d'hospitalisation de la pédiatrie).
- En 1958 la construction du pavillon d'hospitalisation de la chirurgie, ainsi que le bloc chirurgical et la pharmacie hospitalière.
- En 1988 la construction des locaux de la pédiatrie.
- Enfin c'est en 1992 que cet embryon d'hôpital se transforme en actuel hôpital de Tombouctou grâce à un crédit accordé par la banque africaine de développement (BAD).

Situé au sud de la ville de Tombouctou, l'hôpital est encadré par 4 voies principales.

L'accès à l'hôpital est facilité par deux portes d'entrée (porte permanente et celle des urgences).

Ouvert le 10 août 1992, l'hôpital joue le rôle de 1^{er} niveau de référence pour la dite région.

Conformément à la politique sectorielle de la santé dans le système de référence et évacuation, l'hôpital reçoit les références et évacuations des cercles qui sont :

- Goundam à 97km ;
- Diré à 135km ;
- Gourma rharous à 160km ;
- Niafouké à 200km ;
- Tombouctou (commune urbaine).

De sa date d'ouverture le 10 août 1992 à 2009, l'hôpital de Tombouctou comporte 11 services techniques tous fonctionnels, dont le service de Chirurgie Générale avec 27 lits et qui est dirigé par un chirurgien généraliste.

Le reste du personnel est constitué de :

- Trois techniciens supérieurs
- deux techniciens de santé
- deux aides soignants
- un manœuvre

- un étudiant en médecine faisant fonction d'interne

2- Période d'étude :

L'étude a été menée de Janvier 2008 à Décembre 2008 soit 12 mois et a porté sur les patients opérés pour AP.

3- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive que nous avons menée au service de chirurgie de l'hôpital de Tombouctou

4- Population d'étude :

Les populations cibles de notre étude étaient composées de tous les patients ont accepté de se faire opérer pour AP dans le service de Chirurgie générale de l'Hôpital de Tombouctou.

4.1- Critères d'inclusion :

Tous les patients chez qui l'examen clinique et l'échographie ont posé le diagnostic d'adénome de la prostate et chez qui le diagnostic est confirmé à l'intervention chirurgicale.

4.2- Critères de non inclusion :

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.

5- Supports des données :

Le recueil des données a été fait sur des questionnaires (cf. annexes), remplis à partir :

- des fiches d'enquête, des dossiers des patients
- du registre du protocole opératoire du service
- de la fiche de consultation pré- anesthésique.
- du registre d'hospitalisation.

6- Elaboration de la fiche d'enquête :

Elle a été conçue et confectionnée par l'étudiant ; corrigée par le codirecteur de thèse et validée par le Directeur de thèse.

7- Traitement et analyse des données :

La saisie des données a été faite sur Microsoft Word 2003.

L'analyse des données a été faite sur Epi-Info version 06.

IV- RESULTATS

1- Place de l'adénome dans l'activité chirurgicale du service

Tableau I: la fréquence de l'AP dans l'activité chirurgicale du service.

Pathologies chirurgicales	Fréquence	Pourcentage
Adénome de la prostate	34	32
Hernies	33	31,1
Appendicites Aigues	9	8,5
Occlusion intestinale	6	5,7
Péritonite	5	4,7
Lithiase vésicale	4	3,8
Amputations	2	1,9
Enclouage	4	3,8
Ablation de clou	2	1,9
Invagination intestinale aigue	2	1,9
Ostéite	5	4,7
Total	106	100

L'AP était la plus représentée avec une fréquence de 32%.

2- Aspects socio-épidémiologiques :

Tableau II : Répartition des patients selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage (%)
40-50	2	5,9
51-60	9	26,5
61-70	15	52,9
71-80	8	23,5
Total	34	100

Les extrêmes ont été 47 ans et 76 ans avec une moyenne de 66 ans.

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 61 à 70ans avec 52,9%.

Tableau III: Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Tamasheq	16	47,1
Sonrhäï	11	32,4
Peulh	5	14,7
Bambara	2	5,9
Total	34	100

L'ethnie tamasheq a été la plus représentée avec une fréquence de 47,1%.

Tableau IV: Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage (%)
Marié	20	58,8
Divorcé	9	26,5
Veuf	5	14,7
Total	34	100

Les hommes mariés ont été les plus représentés avec 58,8%.

Tableau V : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Cultivateur	21	61,8
Éleveur	12	35,3
Garde	1	2,9
Total	34	100

La majorité de nos patients était des cultivateurs avec 61,8%.

Tableau VI: Répartition des patients selon la provenance

provenance	Fréquence	Pourcentage (%)
Tombouctou	12	35,3
Diré	9	26,5
Gourma-rharous	7	20,6
Niafouké	4	11,8
Goundam	2	5,9
Total	34	100

La plupart de nos patients étaient venus de Tombouctou soit 35,3%.

2- Aspects cliniques :

Tableau VII: Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
RAU	16	47,1
Dysurie	9	26,5
Pollakiurie	4	11,8
Miction incomplète	3	8,8
Faiblesse du jet	2	5,9
Total	34	100

Nos patients étaient admis pour RAU dans 47,1% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patients selon l'état général

État général	Fréquence	Pourcentage (%)
Bon	18	52,9
Passable	13	38,2
Mauvais	3	8,8
Total	34	100

L'état général était bon chez 52,9% de nos malades.

Tableau IX: Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Référé du CSRéf.	16	47,1
Venu de lui-même	15	44,1
Référé des CSCom.	3	8,8
Total	34	100

Nos patients ont été référés dans 55,9% des cas.

Tableau X: Répartition des patients selon la durée de la symptomatologie

Durée de la maladie	Fréquence	Pourcentage (%)
< 12mois	4	11,8
12 à 24 mois	7	20,6
>24 mois	23	67,6
Total	34	100

La majorité de nos malades a consulté deux ans après l'apparition des premiers signes soit 67,6%.

Tableau XI: Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Bilharziose	10	29,5
Urétrite	5	14,7
Asthme	1	2,9
UGD	1	2,9
HTA	1	2,9
Aucun	16	47,1
Total	34	100

29,5% de nos malades avaient un antécédent de bilharziose urinaire.

Tableau XII: Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
Hernies	10	29,4
Appendicite aigue	1	2,9
Hydrocèle	2	5,9
Aucun	21	61,8
Total	34	100

L'hernie a constitué l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 29,4%.

Tableau XIII: Répartition des patients selon le contour de la prostate au TR

Contour de l'adénome	Fréquence	Pourcentage (%)
Bien limitée	29	85,3
Mal limitée	5	14,7
Total	34	100

Le contour de l'adénome était bien limité chez 85,3% de nos malades.

Tableau XIV: Répartition des patients selon la consistance de l'adénome au TR

Consistance de l'adénome	Fréquence	Pourcentage (%)
Ferme -élastique	26	76,4
Nodulaire	6	17,7
Dure	2	5,9
Total	34	100

La consistance de l'adénome était ferme et élastique chez 76,4 de nos malades.

Tableau XV: Répartition des patients selon les pathologies associées

Pathologies associées	Effectifs	Pourcentage
HTA	1	2.9
Bronchite aigue	1	2.9
Insuffisance rénale	2	5.8
Urétrite	5	14.8
Rétrécissement urétral	8	23.6
Hydrocèle	2	5.9
Aucun	15	44.1
Total	34	100

Les patients dans 44,1% des cas n'avaient aucune pathologie associée.

4- Aspects thérapeutiques :

Tableau XVI: Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'hospitalisation

Traitement reçu avant hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Médical	15	44,1
Mixte	9	26,5
Traditionnel	6	17,6
Aucun	4	11,8
Total	34	100

Un traitement médical a été administré à 44,1% de nos malades.

Tableau XVII : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Fréquence	Pourcentage (%)
Rachianesthésie	30	88,2
Péridurale	4	11,2
Total	34	100

La majorité des patients avaient subi une rachianesthésie avec 88,2%.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon les complications post-opératoires

Complications	Fréquence	Pourcentage (%)
Infection	6	17,6
Hémorragie	2	5,9
Décès	2	5,9
Fistule vésico-cutanée	4	11,8
aucune	20	58,8
Total	34	100

Le taux de mortalité était de 5,9% .

Tableau XIX: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage (%)
<20 jours	21	61,8
20 à 30 jours	12	35,3
>30 jours	1	2,9
Total	34	100

La majorité de nos malades, 61,8% ont été hospitalisés pendant moins de 20 jours.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

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

L'adénomectomie trans-vésicale a occupé la première place dans l'activité de notre service soit 32%.

Dans le service d'urologie de l'hôpital du point G, l'AP a occupé la première place de l'activité chirurgicale selon Djibril Traoré [8] soit 35,8% et a également occupé la même place dans l'activité du service de chirurgie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou selon Guissé [13] avec 19,76%.

2- aspects socio-épidémiologiques :

2.1-Age :

L'âge moyen de survenue de la maladie était de 66 ans dans notre étude. Ce résultat est comparable à ceux de Mariko [25] et Guissé[13] avec respectivement 67 ans et 68 ans. La tranche d'âge de 61 à 70 ans était la plus représentée avec 44,1%. Ce taux est comparable aux 49,1% de Guissé S. [13] par contre il est supérieur aux 25% de BA M. [1].

Dans l'ensemble nous pouvons dire que l'adénome de la prostate demeure une pathologie du sujet âgé avec une fréquence relativement plus élevée entre 61 et 70 ans.

2.2-Profession :

Les malades aux fonctions modestes, peu rémunérateurs sont les plus nombreux, cependant aucun facteur socioculturel, alimentaire, toxique

ou dégénératif ne peut être individualisé à l'origine de l'adénome prostatique à défaut d'influer sur l'incidence de l'affection.

Les conditions socioéconomiques interviennent dans notre travail sur le traitement de l'adénome prostatique car le plus souvent les malades n'ont pas les possibilités pour faire face à ce traitement.

2.3-Provenance :

Dans notre série 100% des malades provenaient de la région de Tombouctou dont 35,3% de la ville de Tombouctou suivie respectivement de Diré avec 26,5% et de Gourma-rharous avec 20,6%.

La plupart de nos malades soit 85,3% provenaient d'un milieu rural. L'ethnie tamasheq représentait 47,1%.

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

3- Aspects cliniques :

3.1- Mode d'admission :

Les malades ont été référés dans 55,9% des cas et repartis comme suit:

-Centre de Santé de Référence : 47,1%

-CSCCom : 8,8%.

Guissé S. avait trouvé dans sa série 69,1% des patients référés. Ceci était dû au respect du système de référence-évacuation dans la région de Tombouctou.

3.2- L'âge d'apparition des premiers symptômes :

La majorité de nos patients a consulté deux ans après l'apparition des premiers signes urinaires soit 676%. Ce taux est proche de celui de Mariko M.Z. [25] 64%. Ce retard de consultation était dû au tabou qu'on accorde aux pathologies urinaires dans notre société en général et celle de Tombouctou en particulier.

3.4- Motifs de consultation :

La rétention aigue d'urine (RAU) est le principal motif de consultation et d'hospitalisation de nos malades avec un taux de 47,1% contre 40% pour GUISSÉ S. [13] et 77,85% pour HODONOU R. et collaborateurs [14]. Viennent ensuite la dysurie et la pollakiurie nocturne.

Tableau XX: Comparaison de la fréquence de la RAU selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Pourcentage (%)
Hodonou R. et Coll.	116	77,85
GUISSÉ S.	40	40
Notre étude	16	47,1

Ce taux élevé de 47,1% s'expliquait par la méconnaissance des signes de l'adénome prostatique par nos malades en majorité analphabètes et le tabou lié à la pathologie urogénitale dans la zone.

3.5- Les antécédents médicaux :

Les malades n'avaient aucun antécédent médical ou les ignoraient dans 61,8% des cas.

La bilharziose urinaire a été l'antécédent le plus fréquent avec 29,5% contre 51% pour GUISSÉ S. [13] dont l'étude a été réalisée dans la zone Office du Niger où la bilharziose sévit de manière endémique.

3.6- Antécédents chirurgicaux :

La hernie inguinale est le plus fréquent des antécédents chirurgicaux avec 29,4%. Ce taux est comparable aux 20,74% de HODONOU R. et Coll. [14] et aux 40% de GUISSÉ S. [13] ; d'où l'intérêt de rechercher systématiquement l'adénome prostatique chez tout sujet âgé présentant une hernie inguinale.

3.7- Le toucher rectal :

Il a été réalisé chez l'ensemble de nos patients et a permis de constater une augmentation du volume de la prostate. Le contour de la prostate était bien limité dans 85,3% des cas et sa consistance a été ferme et élastique dans 76,4% des cas.

3-8 Pathologies associées :

L'AP était associé dans 55,8% des cas à d'autres pathologies médicales et chirurgicales. Notre taux est supérieur à celui de Mariko[25] avec 37,7% et inférieur à celui de Hodonou R. et Collaborateurs[14] pour 77,1%.

Le traitement de l'AP reste encore un traitement sanglant dans le service et nécessite une bonne appréciation de l'état général du malade à opérer et des pathologies associées.

3.9- Bilan biologique :

Un bilan biologique à base de : groupage rhésus, NFS, VS, TS, TC, glycémie, créatinémie a été réalisé chez la totalité de nos malades et de lui dépend l'opérabilité des patients dans la plupart des cas.

Nous avons enregistré 5,8% de cas d'insuffisance rénale soit 2 sur 34. Ce résultat est proche de celui de Mariko [25] pour 5,5%. Il est différent de celui de Guissé S. [13] pour 19%.

Au contrôle postopératoire la créatinémie a été normale chez un des deux malades.

Nous pouvons donc affirmer que l'AP est à l'origine des insuffisances rénales rencontrées dans notre étude, dues à l'intoxication des reins par le reflux vesico-ureteral.

A défaut de faire l'examen cyto bactériologique des urines une antibiothérapie est systématiquement instituée chez tous les patients présentant les symptômes d'une infection urogénitale.

Le PSA qui est un marqueur spécifique de la prostate n'a pas été réalisé au cours de notre étude pour insuffisance du plateau technique à Tombouctou.

Seulement une pièce d'adénomectomie a fait l'objet d'un examen anatomopathologique réalisé à Bamako. Ceci s'explique par l'absence d'un service d'anatomie pathologie à Tombouctou.

3.10- Imagerie médicale :

L'échographie vesico-prostatique a été réalisée chez l'ensemble de nos malades. C'est un examen non coûteux (5000f CFA), non invasif. C'est devenu l'examen complémentaire de référence après l'examen physique dans le diagnostic de l'AP.

L'UIV et l'UCR : deux examens utilisés dans le diagnostic de l'AP et de certaines pathologies associées n'ont pas été réalisés au cours de notre étude car non disponibles à Tombouctou.

4- : Aspects thérapeutiques :

4.1- Traitement reçu avant l'hospitalisation :

Nos patients (44,1%), soit 15 sur 34, ont reçu un traitement médical dont la nature n'est pas connue dans certains cas contre 67% pour Guissé [9] et 8,2% pour Mariko M.Z. [25]. 47,1% portaient une sonde uretro-vésicale ou un cystocatheter suspubien lorsqu'une sténose urétrale est associée. 17,6% ont reçu un traitement traditionnel. Guissé S. avait reçu 17% de traitement traditionnel. 26,5% ont reçu un traitement mixte contre 16% pour Guissé S.

4.2- Traitement chirurgical :

Type d'anesthésie : la rachianesthésie a été utilisée chez 88,2% de nos malades et 82% chez Guissé S. et la péridurale seulement chez 11,8% contre 11% chez Guissé S. Alors l'ALR a été utilisée chez 100% de nos malades et 99,1% chez Mariko M.Z. Elle occupe aujourd'hui une place de premier choix dans la chirurgie du petit bassin.

4.3- Technique chirurgicale :

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

L'adénomectomie prostatique est une opération qui saigne beaucoup, ainsi tous nos malades ont été systématiquement au bloc avec une poche de sang quelqu'en soit leur taux d'Hb.

La majorité de nos patients 85,3% ont subi une transfusion sanguine soit au cours de l'intervention ou dans les suites opératoires immédiates. Une seule transfusion a été effectuée chez Mariko M.Z. et aucune chez Guissé S.

L'hémostase utilisant une sonde avec ballonnet gonflé dans la loge prostatique après cerclage de cette dernière a été la technique utilisée chez 100% de nos malades. Cette technique a été utilisée chez Guissé S. avec le même pourcentage.

A noter que la sonde suspubienne n'a été utilisée chez aucun de nos patients, ainsi l'utilisation de sonde à double courant (3 voies) a été d'une importance capitale car elle permettait un lavage vésical et une hémostase correcte en cas de saignement.

Suites postopératoires :

Tous nos malades ont reçu un traitement antibiotique les cinq premiers jours à base de Ciprofloxacine en perfusion 1 flacon toutes les 12 heures metronidazole en perfusion 1 flacon toutes les 12 heures. Le relais est fait par la Ciprofloxacine 500 mg en comprimé et le metronidazole 250 mg en comprimé.

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

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

L'hémorragie avec formation de caillots a été recensée chez deux de nos malades soit 5,9% contre 11% chez Guissé S.

La fistule vesico-cutanée en postopératoire a été retrouvée chez quatre malades soit 11,8% contre 4,5% chez Mariko M. Z. et 13% chez Guissé S.

On a enregistré 17,6% de suppurations pariétales contre 21% chez Guissé S. ; ce taux élevé est dû surtout aux conditions de travail dans le pavillon d'hospitalisation (peu de matériel de pansement).

Une suture secondaire a été réalisée chez un des six malades ayant fait une suppuration pariétale.

Le taux de mortalité a été de 5,9% soit 2cas sur 34 : l'un par choc hémorragique survenu dans les 72 heures qui suivent l'intervention et l'autre par insuffisance rénale 10 jours après le postopératoire.

Tableau XXI : Comparaison du taux de mortalité selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	Pourcentage (%)
Guissé S.	7	7
Mariko. M Z	1	0,9
Notre étude	2	5,9

Ce taux est supérieur au 0,9% de Mariko M.Z. et est comparable aux 7% de Guissé.

La durée moyenne d'ablation de la sonde vésicale était de 13 jours. Cette durée a été de 12 jours dans la série de Guissé S.

Elle est fonction de la cicatrisation de la plaie opératoire.

Chez 64,7% de nos patients l'ablation de fil est faite entre le 14ème et le 15ème jour après l'opération.

La durée moyenne d'hospitalisation de nos malades était de 16,8 jours avec des extrêmes de 10 et 37 jours.

Tableau XXII : Comparaison de la durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Auteurs	Durée moyenne d'hospitalisation en jours
GUISSE S.	10
Mariko M.Z.	10
Notre étude	16,8

Ce taux légèrement supérieur aux autres, s'explique par la grande distance qui sépare la majorité de nos patients de l'hôpital de Tombouctou. Cette distance explique également le non respect des rendez-vous par un grand nombre des patients. Ce qui nous a pas permis d'évaluer leur complication tardive.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion :

La présente étude a permis de dégager les conclusions suivantes :

-32 % des malades opérés pendant la période de l'étude soit 34 sur

106 sont pour adénome de la prostate. Nous affirmons donc que

cette pathologie est fréquente dans notre contexte ;

-Le taux de mortalité était de 5,9% soit 2 sur 34.

-Dans le service les perspectives d'une meilleure prise en charge de cette affection du sujet adulte ou âgé présentent deux axes :

- Améliorer le résultat actuel par le dépistage correcte des sujets à risque et par la surveillance postopératoire des dix premiers jours.
- Introduire la résection trans-urétrale de cette tumeur bénigne.

2- Recommandations :

-Aux pouvoirs publics :

Promouvoir la formation d'urologue pour une meilleure prise en charge de l'AP à Tombouctou ;

L'équipement de l'hôpital de Tombouctou en matériels adéquats et moyens diagnostiques pour une meilleure prise en charge de l'AP ;

-Aux personnels socio- sanitaires

L'orientation des malades urinaires dès l'apparition des premiers symptômes de l'AP

Améliorer les conditions d'hospitalisation des patients dans le service de chirurgie générale afin de réduire les infections nosocomiales;

Procéder à une éducation sanitaire incitant le malade à consulter dès l'apparition des premiers signes afin d'éviter la survenue des complications

-Aux patients :

Ne plus considérer la pathologie urologique comme un tabou,

Consulter dans un service spécialisé dès l'apparition des premiers signes urinaires,

Se faire examiner une fois par an au delà de 50 ans à la recherche d'hypertrophie bénigne de la prostate.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BA M.

Étude des retentions d'urines d'origine prostatique à l'hôpital régional Fousseyni DAOU de Kayes.

Thèse de médecine Bamako 2002 ; N° 02M110

2. BARRE CH- CHAVEAU Ph, ROY p.

Prostatectomie radicale retro pubienne en hyperlordose extrême et hypotension contrôlée.

Prog. Urol. 1993 ; p. 218

3. BORTHAIRE. A, GUILBERT.L, OUELLET.D. Et ROY.C. :

Anatomie et Physiologie (approche intégrée) .Anatomie de la Prostate et du renouveau pédagogique.

INC. P 749-775

4. COMITE SCIENTIFIQUE :

L'Hypertrophie Bénigne de la prostate en questions .Ed 1991

5. CONQUY ; ZERBUD - M

Electro- vaporisation prostatique.

Prog : urologie : 1997 : 99 -101

6. CORTESSEA ; LOHMAMN 17; TEILLA C.P CARIONIG ; LEDUCM.

L'incision cervico - prostatique unilatérale traitement endoscopique de l'obstruction cervico -prostatique.

Ann urol 1987; 21: 31 – 320

7. DEBACKER – E LAWERY N SA

Adenomectomie et virilité.

Acto- urol BELG : 1977 ; 45 : 354

8. DJIBRIL TRAORE :

Etude des complications pré-opératoire et post-opératoire de l'HBP à l'HNPG.

Thèse de Med Bamako 2003 ; 03 M 97

9. DUBE. J. Y. :

Les problèmes majeurs de la sécrétion prostatique.

Androl. 1991, p 56-58

10. ERIC CHARTIER :

Adénome de la prostate : collection Med.Line.

Urologie, Edition 2000

11. FABRE A- LHEZL, CAÏSSEL TALAZAL :

Réflexion sur l'adénome de la prostate et l'adénomectomie 53^{ème} congrès Français d'urologie octobre 1959 ; p 434 – 453.

12. GATTEGNO. B, HAAB. F, D'ACREMONT. D, LAGRANGE. L, THILBAUT. P :

Les problèmes endo-urétraux dans le traitement de l'HBP.

Ed. 1991 ; P 263-266

13. GUISSÉ S. :

Étude épidémiologique-clinique de l'adénome de la prostate dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou .

Thèse de Med. Bamako 2007 ; 99p.

14. HODONOU R. Et COLL. :

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'adénome de la prostate au CNHU de Cotonou.

Bénin médical spécial urologie N° 9 ; 1998 ; 14p

15. HOEPFFNERJL , FONTAINE, E, BENFADEL

Technique du sillon cervico prostatique dans les adénomes du sujet jeune désirant conserver des éjaculations.

Prog. urol 1994,4 : 371- 377

16. JARDIN. A. :

Alpha bloquant et HBP

. Ed. 1991. P 175-177

17. KHOURY. S :

Anatomie de la prostate. Ed 1991

18. KHOURY. S :

Existe t-il un traitement hormonal de l'HBP ? Prostate sauf cancer.

IFSI, 1984,2. P35-38

19. KHOURY. S :

Physiopathologie de l'HBP.

Ed 1991. P 55-59

20. KHOURY. S:

Traitement chirurgical de l'AP.

Ed 1991 P203-225

21. KHOURY. S, RICHARD F, BUZELAIN. J. M.:

Bilan urodynamique de l'HBP.

Ed 1991 P 144

22. LE DUC-A :

La résection endoscopique de l'adénome de la prostate par laser.
holmium-YAG semin urol 1997 ; p 23 ; 277-280

23. LE GUILLOU M., PARIENTE J-L., GUEYE S M. :

Le laser dans l'HBP Ed.

1991 p 267-268

24. MAC DONULD ET HUIGGUIS :

Prostatectomie et cure d'hernie inguinale dans le même temps opératoire.

(Surgeuy, gynecolosy and obstetinics 89 ; N - 5, 1849

25. MARIKO M. Z. :

Adénome de la prostate : prise en charge à l'hôpital de Sikasso.

Thèse de Med. Bamako 2006 107p.

26. MC NEAL:

Anatomy of the prostate; can historic survey of divergent Views.

The prostate 1980; p 1; 3 -13

27. MILLINT :

Retropublic prostatectomy : New extra-vésical technique report en 20 cas ; Lancet 1545 ;6 :33 - 38

28. MOTTE T. N :

Adénome de la prostate. Impact-Internat Août 1990 p 103-118

29. N K ROUMAIN :

Evaluation de l'adenomectomie dans le service de chirurgie de l'hôpital national du point G .

Thèse med. 00 M 04

30. PAULHAC J.B., WATTEAU J.P. :

Cancer de la prostate. Impact-Internat Août 1990 p 119-130.

31. PERRIN-PAUL :

Atelier de perfectionnement en échographie prostatique. PARIS 1987

32. RICHARD F. :

Physiologie de la miction l'HBP.

Ed 1991 p106-111

33. ROMEHLA :

Adénomectomie trans. Vésicale en un temps avec sonde ballon

Essai de fermeture secondaire de la vessie.

(J - d'Urol 1957 ; 63 : 755-88)

34. THEVENARD :

Hypertrophie prostatique est-elle une maladie de l'homme vieillissant ?

Presse médicale 1940, 27, N93-94

35. WALSH PC :

Technique de la prostatectomie radicale par voie rétro pubienne avec présentation de la fonction sexuelle ,une approche anatomique

36. WILSON HICKELR :

Contribution à l'étude radiologique de la miction chez l'homme de déterminisme du résidu dans les cas d'adénome prostatique.

J-urol neph 1966 ; 72 : 512 -518.

Fiche d'enquête

N° d'identification

I- Aspects socio-épidémiologiques

Nom _____ Prénom _____ Age _____

Situation matrimoniale _____ Ethnie _____ Profession _____

Provenance _____ Dated'entrée _____ Dated'opération _____

Motifs de consultation : _____

Pollakiurie _____ Faiblesse du jet _____

Rétention aigue d'urine _____

Miction incomplète _____

Incontinence urinaire _____ Dysurie _____

II- Aspects cliniques

État général : Bon _____ Passable _____ Mauvais _____

Mode d'admission

Venu de lui-même _____

Référé : CSCom _____ CSRef _____

Période allant du début de la maladie à la première consultation en milieu spécialisé _____

Les antécédents

Médicaux _____

Chirurgicaux _____

Examen clinique

Toucher rectal : Dououreux _____ Non douloureux _____

Surface de l'adénome au TR : bien limitée _____ mal limitée _____

Contour de l'adénome au TR : régulier _____ Irrégulier _____

Consistance de l'adénome au TR :

Dure _____ ferme _____ élastique _____ nodulaire _____ souple _____

III- Aspects paracliniques

1) Imagerie :

Échographie vésico-prostatique et rénale : Faite: _____ Non faite: _____

Radiologie : UIV _____ UCR _____

2) Bilan sanguin : NFS-VS

Créatinémie

Glycémie

Crasse sanguine (Ts Tc)

Groupage rhésus

IV- Aspects thérapeutiques :

1) Traitement reçu avant l'hospitalisation :

Médical _____ Traditionnel _____ Mixte _____

2) Type d'anesthésie :

Rachi _____ Péridurale _____ AG _____

Type d'intervention _____

3) Suivi postopératoire :

Traitement antibiotique: oui _____ Non _____

Type d'antibiotique : _____

Durée du sondage vésical _____

Durée de l'hospitalisation _____

VI Complications:

1) Immédiate : Hémorragie _____ Décès _____

2) Secondaire : Infection _____ Fistules vésico cutanées _____

Apparition d'escarre _____

Autres _____

2) Tardive :

Incontinence urinaire _____ Asthénie sexuelle _____

Autres à préciser : _____

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DIALLO

PRENOMS : Abdourhamane Y.

TITRE : Aspects épidémio- clinique et thérapeutique de l'adénome de la prostate a l'hôpital de Tombouctou

ANNEE : 2008-2009

PAYS D'ORIGINE : Mali

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

SECTEUR D'INTERET : Urologie, santé publique

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS BP : 1085

Résumé

Au cours de notre étude nous avons collige 34 cas d'adénome de la prostate sur une période de 12 mois. L'âge moyen de survenue de la maladie était de 66ans. La tranche d'âge de 61 a 70 ans était la plus représentée avec une fréquence de 44,1%.

94,1% de malades porteurs de l'AP ont entre 51 et 80 ans.

La majorité de nos patients ,68% était venue en consultation après deux ans d'apparition des premiers signes urinaires.

La RAU est le motif de consultation le plus fréquent et représente 47,1%.

Pour cette affection dont la prise en charge thérapeutique est coûteuse, les travailleurs (cultivateurs, éleveurs) aux moyens financiers modestes sont les plus nombreux.

Le rétrécissement urétral est la pathologie la plus fréquemment associée a l'AP (8 cas sur 19) soit 23,5%.

L'échographie est devenue l'examen de référence dans le diagnostic de cette pathologie.

Deux décès postopératoires sont relèves et représentent 5,9%.

Nous déplorons le non respect des rendez vous par la majorité de nos malades, ce qui nous a pas permis d'apprécier leur complications tardives.

Mots clés : adénome prostatique, épidémiologie, Tombouctou

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