

**Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

N°...../

Thèse

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET
PRISE EN CHARGE DU PROSTATISME A
L'HOPITAL REGIONAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES.**

**Présentée et soutenue publiquement le 13. 01.2010
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie**

*Par Monsieur **SIDIBE Mady Emilien***

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

Jury

Président : Pr. TIEMAN COULIBALY

Membre : Dr. Cheick Mohamed Cherif CISSE

Co-directeur : Dr. Aly TEMBELY

Directeur : Pr. Kalilou OUATTARA

DEDICACES

Nous dédions ce travail à :

Dieu le tout puissant.

Mon père, Ex sergent Daouda dit Justin SIDIBE :

Tu as été mon soutien durant toute ma vie scolaire. Ton courage, ton sens du travail, et ta dignité vont rester pour moi un symbole éternel.

Ma mère, Clémentine Diarra :

Toi, qui as été tout pour moi durant toute ma vie, les mots me manquent en ces moments solennels pour exprimer toute mon affection.

Ce travail est le votre.

Toute la famille SIDIBE à Kita-Bamako, Ouelessebouyou.

Mes oncles, Adjudant chef Justin Diarra de la police, David F SIDIBE, Abraham dit Mahamadou SIDIBE, Marcellin KEITA pour leur aide morale et matérielle, toute ma profonde reconnaissance.

Mes tantes : Mme Camara Jeannette KONATE, Awa SANGARE, Claudine DIARRA, feus Mama SIDIBE et Biya, Bernadette CAMARA.

Mes frères et sœurs : Joseph M SIDIBE, Pierre dit Boini, Mathias, Sergent Jean Mari T, Delphine, Marcelline.

Mes cousins et cousines : Makan, Antoine, Abel, Charles, Jean baptiste TRAORE ,SALI ,AISSATA DEMBELE.

.Mes amis :Sira Samaké,Awa Traoré ,Marta,Aminata Diallo,Liki , Mohamed.

A.MON AMI .

Emmanuel TRAORE ; agent comptable à la FMPOS

Cher ami tu as été plus qu'un ami pour moi sinon un frère ; merci pour l'estime et le respect que tu as manifesté à mon égard ; tu as été un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soit rassuré de ma sincère reconnaissance que le père , le fils et le saint esprit t'assistent dans tes projets

A mes belle sœurs : Rachel, Diaminatou DEMBELE ,LAURENCE.

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de remercier :

Docteur SISSOKO Aboubacar; votre disponibilité; votre rigueur scientifique ; votre clarté d'expression ; votre amour pour le travail bien fait et vos immenses qualités humaines font de vous une fierté légendaire de la région de Kayes ;

Docteur Honoré BERTHE : vos qualités humaines font que vous restez toujours un homme exemplaire ; tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique ; trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

Docteur Sékou DJIGUIBA ; nous vous avons trouvé accueillant et disponible ; votre simplicité et votre courtoisie font qu'il est agréable de travailler à vos cotés ; soyez rassuré cher maître de ma profonde reconnaissance.

Au Major Mahati KONATE : au service de chirurgie de l'hôpital régional de Kayes .

Et tous les infirmiers de service de chirurgie à de Kayes

A tout le personnel d'urologie du CHU du Point G ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service ; soyez en félicité.

Mention spéciale à mes compagnons d'arme : Ibrahim MANGARA; Samba TRAORE ; Boureima DIALLO; Haman MAIGA ; Amady SY ; Issa BAGAYOKO ; Issa HARAMA ; Aboubacar KONE ; Moussa SISSOKO ; Mantala ; Cheick KEÏTA dit Jaber , Yaya DIARRA.

Je n'ai pas de qualification pour exprimer à suffisance votre apport pour la réussite de ce travail ; soyez en remercié.

A mes cadets : le chemin est bien long ; mais courage et patience tout vient à bout : soyez donc patient et courageux.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Le professeur TIEMAN COULIBALY

-Maître de conférences en orthopédie –traumatologie a la Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto Stomatologie (FMPOS).

-Chirurgien orthopédiste et traumatologue, au CHU du Gabriel Touré.

Honorable maître.

C’est un signe d’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 l’expression de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments très respectueux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur Cheick Mohamed Cherif CISSE.

Chirurgien urologue ; andrologue.

Diplôme d'endo-urologie et de lithotripsie extra corporelle a l'université de MINSK et université de Pierre et Marie curie à PARIS.

Praticien hospitalier au CHU du Point G.

Cher maître.

Durant notre séjour à l'urologie ; nous avons découvert un homme ouvert ; nous vous avons trouvé toujours souriant ; accueillant et disponible.

Votre simplicité ; votre courtoisie et votre souci de transmettre aux autres vos connaissances font qu'il est agréable de travailler à vos côtés.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profond respect et de nos remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Le Docteur Aly TEMBELY.

Diplômé de la Faculté de Médecine du Mali, de Tours et de l'école de la chirurgie urologique de Paris.

Ancien interne des hôpitaux de France.

Chirurgien urologue au CHU du point G.

Spécialiste d'andrologie ; d'endo-urologie ; de la lithotripsie extracorporelle et de l'urodynamie.

Maître assistant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie(FMPOS).

Secrétaire général de l'association malienne des chirurgiens de la fistule obstétricale(AMCFO).

Cher maître :

Nous avons été très touchés de la gentillesse et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger notre travail.

Votre rigueur scientifique ; votre amour du travail bien fait ; votre volonté d'apprendre aux jeunes dans un esprit d'équipe nous a beaucoup marqué.

En peu de temps vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité.

Vous n'avez jamais manqué de nous donner de judicieux conseils qui nous aideront mieux dans notre futur profession.

Ce travail c'est le fruit de suivi sans relâche dont vous avez fait preuve à notre égard.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et notre profond respect.

Que dieu vous donne longue vie et plein de succès.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur Kalilou OUATTARA.

Docteur PH D de l'institut d'urologie de Kiev.

Chef de service d'urologie du CHU du Point G.

Professeur titulaire d'urologie à la FMPOS.

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

Expert international en chirurgie de la fistule obstétricale.

Coordinateur des chirurgiens du CHU du point.

Président de l'association malienne des chirurgiens de la fistule obstétricale.

Lauréat de l'émission Niangara de l'ORTM.

Honorable maitre.

Au cours de notre formation nous avons été impressionnés par votre culture générale.

La maîtrise indiscutable de cette matière qui est l'urologie ; surtout la fistule vésico-vaginale qui vous impose sur le plan international et qui honore toute Afrique.

A ces qualités s'ajoutent votre simplicité ; votre modestie et votre degré élevé d'humour qui vous fait un homme facile à aborder.

Grace à votre manière exceptionnelle de transmettre le savoir ; vous démystifiez la chirurgie urologique au mali.

Trouvez ici cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

plan

I. INTRODUCTION.

II. GENERALITE

III .METHODOLOGIE

IV.RESULTATS

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI.CONCLUSION

VII.RECOMMANDATIONS

VIII.BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

.INTRODUCTION

Le prostatisme regroupe l'ensemble des manifestations cliniques d'une affection de la prostate.

Dans l'esprit des populations une maladie de la prostate est synonyme de vieillissement.

L'adénome et le cancer certes sont des affections de l'homme âgé, mais l'atteinte infectieuse et ou inflammatoire de la prostate touche généralement les jeunes, dénommée prostatite et pose très souvent un problème diagnostique et thérapeutique. La symptomatologie du prostatisme est souvent mal définie, les étiologies sont multiples , le traitement est difficile et long .Toutes ces raisons font qu'il est indispensable de connaître cette pathologie.Le motif de consultation des patients fait remarquer la fréquence de cette pathologie.

Les examens complémentaires ne sont pas toujours disponibles en dehors de la capitale ;notamment les examens biologiques et échographiques.

Les difficultés d'approvisionnement en médicament et le coût posent de problèmes dans la prise en charge de cette maladie.

Dans notre pays, plusieurs études ont été réalisées, toutes dans la capitale .Une première étude a été effectuée dans la région de Ségou, et aucune étude n'a été réalisée dans la région de Kayes .Cela nous a motivé a entreprendre une étude sur le prostatisme à l'hôpital régional de Kayes

2- Objectifs :

Objectif général :

-Etudier le prostatisme dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional Fousseyni Dao de Kayes.

Objectifs spécifiques.

-Déterminer la fréquence du prostatisme en consultation au service de chirurgie de l'hôpital Fousseyni DAO de Kayes.

-Décrire le polymorphisme clinique du prostatisme.

-Définir les critères diagnostiques du prostatisme.

-Apprécier nos résultats thérapeutiques.

II. Généralités :

A/ Définition : Le Prostatisme se définit comme un ensemble de manifestations cliniques d'une affection de la prostate.

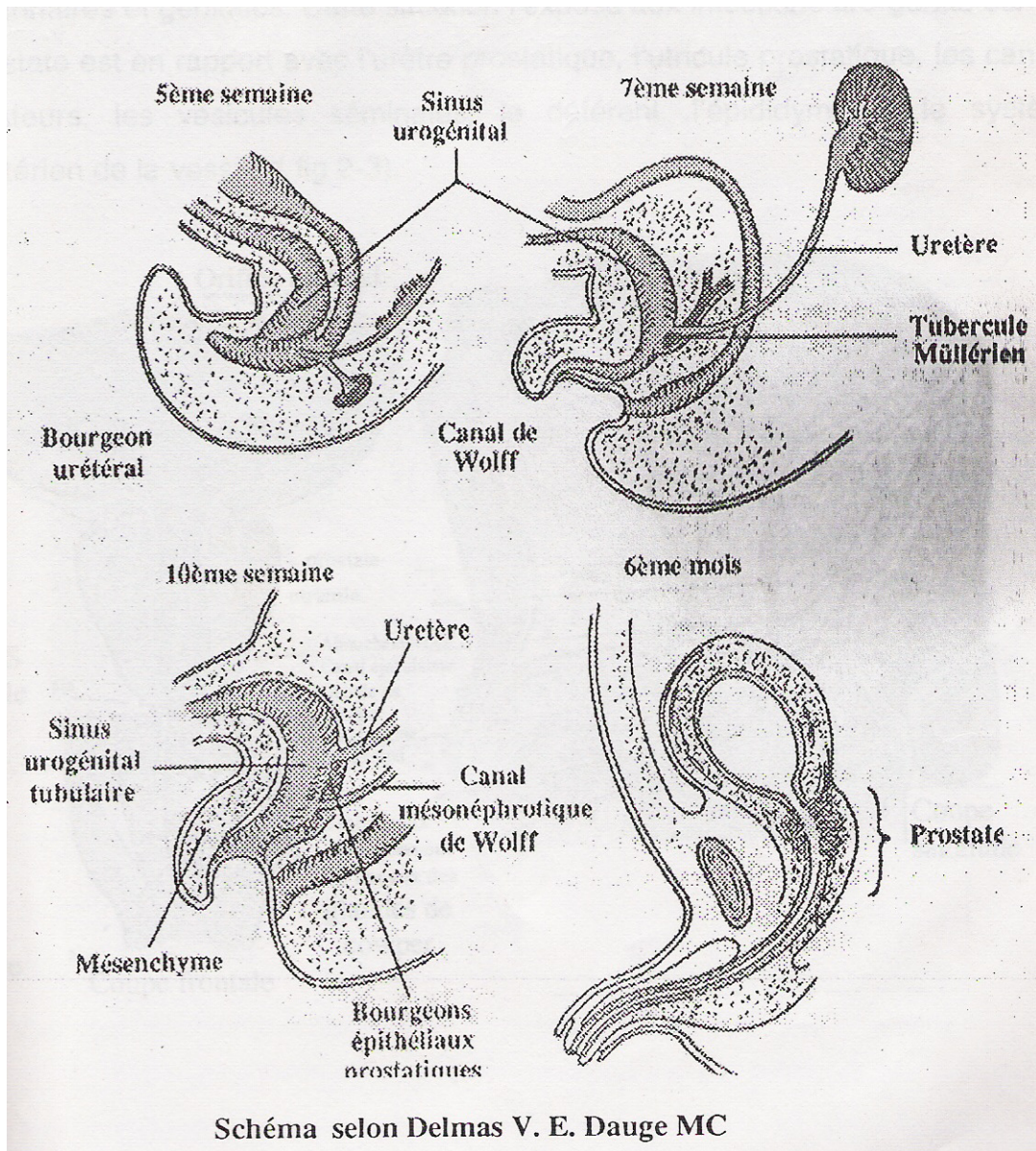
B/ Rappels embryologiques, anatomiques, et physiologiques de la prostate:

1. Rappels embryologiques et anatomiques :

De nos jours cette embryologie est assez bien étudiée. A partir des cellules du mésenchyme du sinus urogénital naît la prostate. Il commence à se développer de la cinquième de la vie fœtale jusqu'au sixième mois.

D'après sa structure anatomique et physiologique nous retiendrons simplement que les constatations chirurgicales, anatomopathologiques et les études embryologiques laissent croire que la prostate est constituée de deux parties : la prostate craniale et prostate caudale

- La prostate craniale constituée par l'ensemble des acini situés au dessus d'une ligne passant par le veru montanum. Elle est le point de départ de l'denome de la prostate.
- La prostate caudale Ou vraie prostate est située au dessous de cette ligne. Elle est formée par des acini ; c'est le point de départ du cancer de la prostate.
- Ainsi la prostate est une structure musculoglandulaire dont toutes les glandes viennent s'ouvrir dans l'urètre prostatique. Cette particularité anatomique fait que la prostate constitue le carrefour des voies urogénitales. Grâce à cette situation elle est exposée aux infections urogénitales.

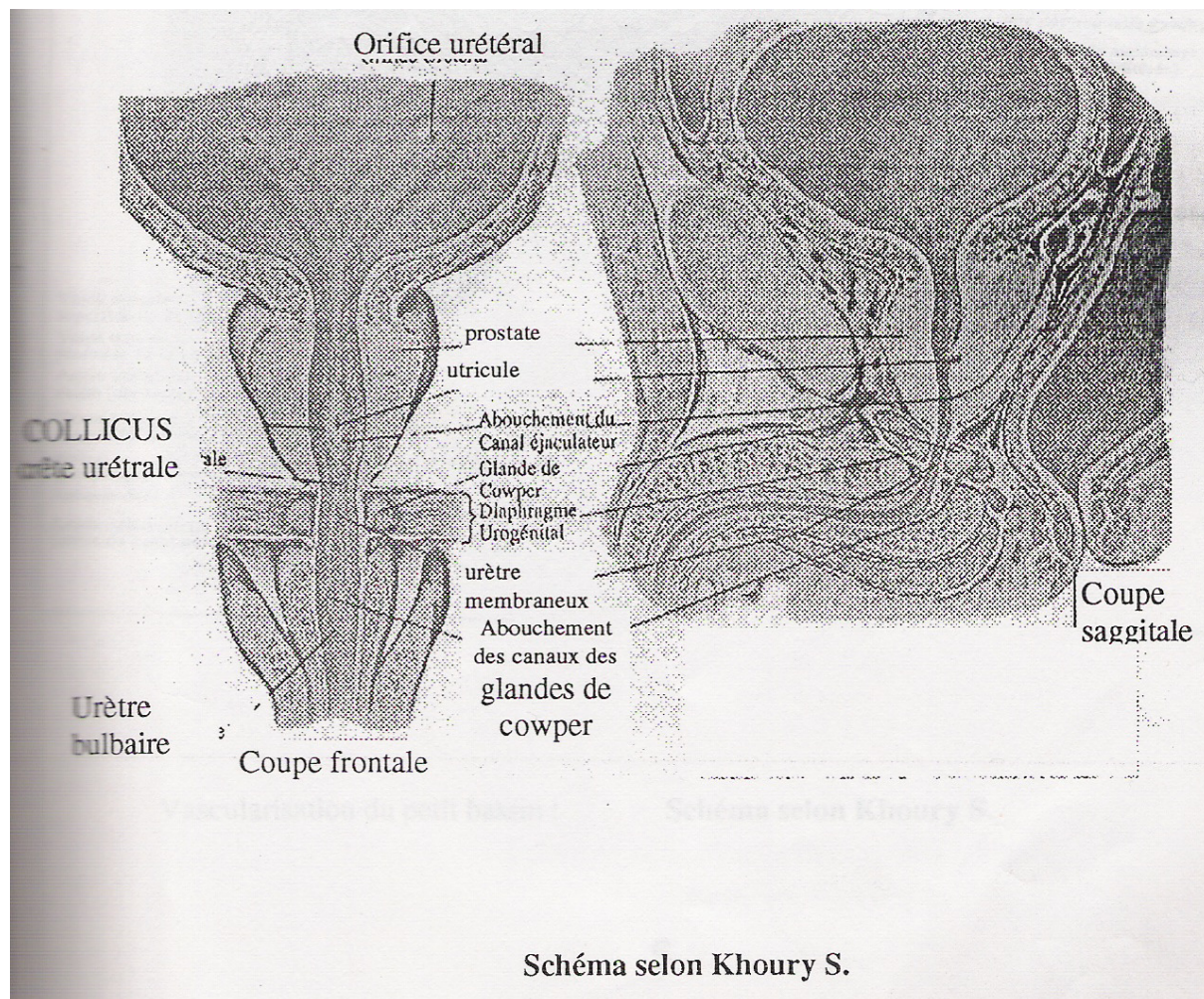


Embryologie de la prostate de la Cinquième Semaine au sixième mois

Figure : 1

2. Rapports : La prostate est en rapport avec l'urètre prostatique, les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, le canal déférent, l'épididyme et le système sphinctérien de la vessie.

Toutes ces structures peuvent ainsi s'infecter à partir de la prostate.



Rapport de la prostate avec l'urètre : coupe frontale et sagittale

Figure : 2

La vascularisation de la prostate : elle est très dense ;

- Les branches de l'artère hypogastrique assurent la vascularisation artérielle ; celle veineuse est assurée par le plexus veineux qui entoure la face antérieure et latérale de la capsule prostatique.

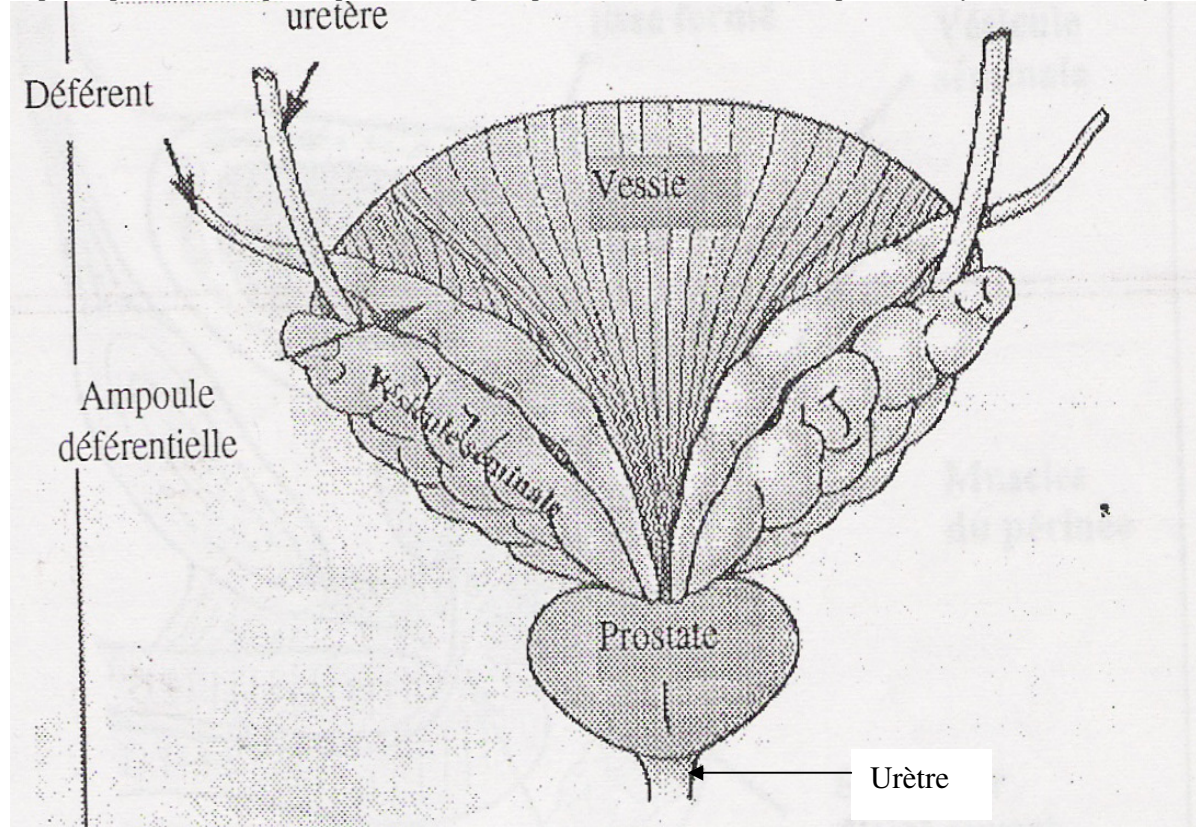


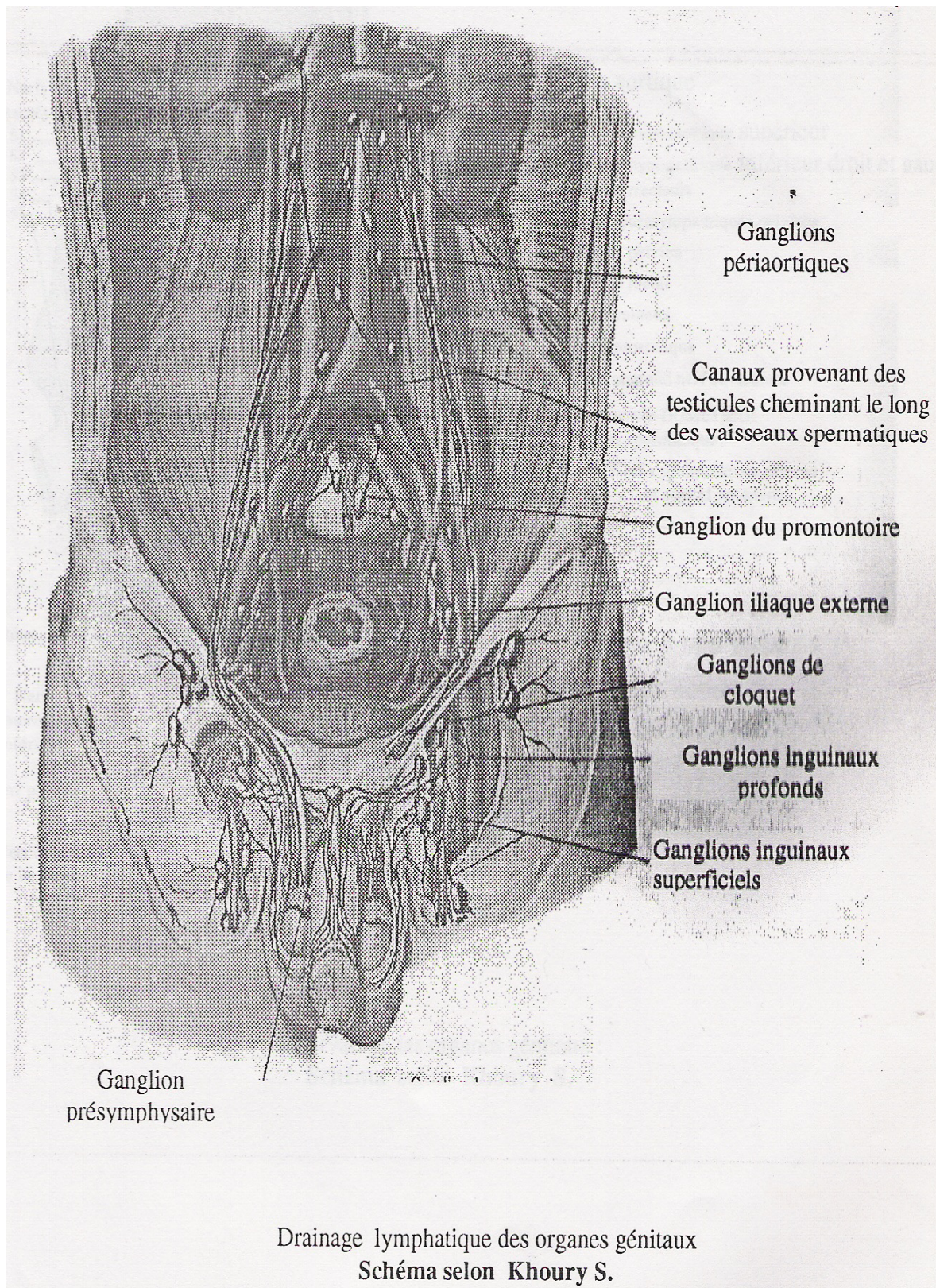
Schéma selon Khoury. S.

Rapport de la prostate avec les organes annexes

Figure : 3

La vascularisation de la prostate : elle est très dense ;

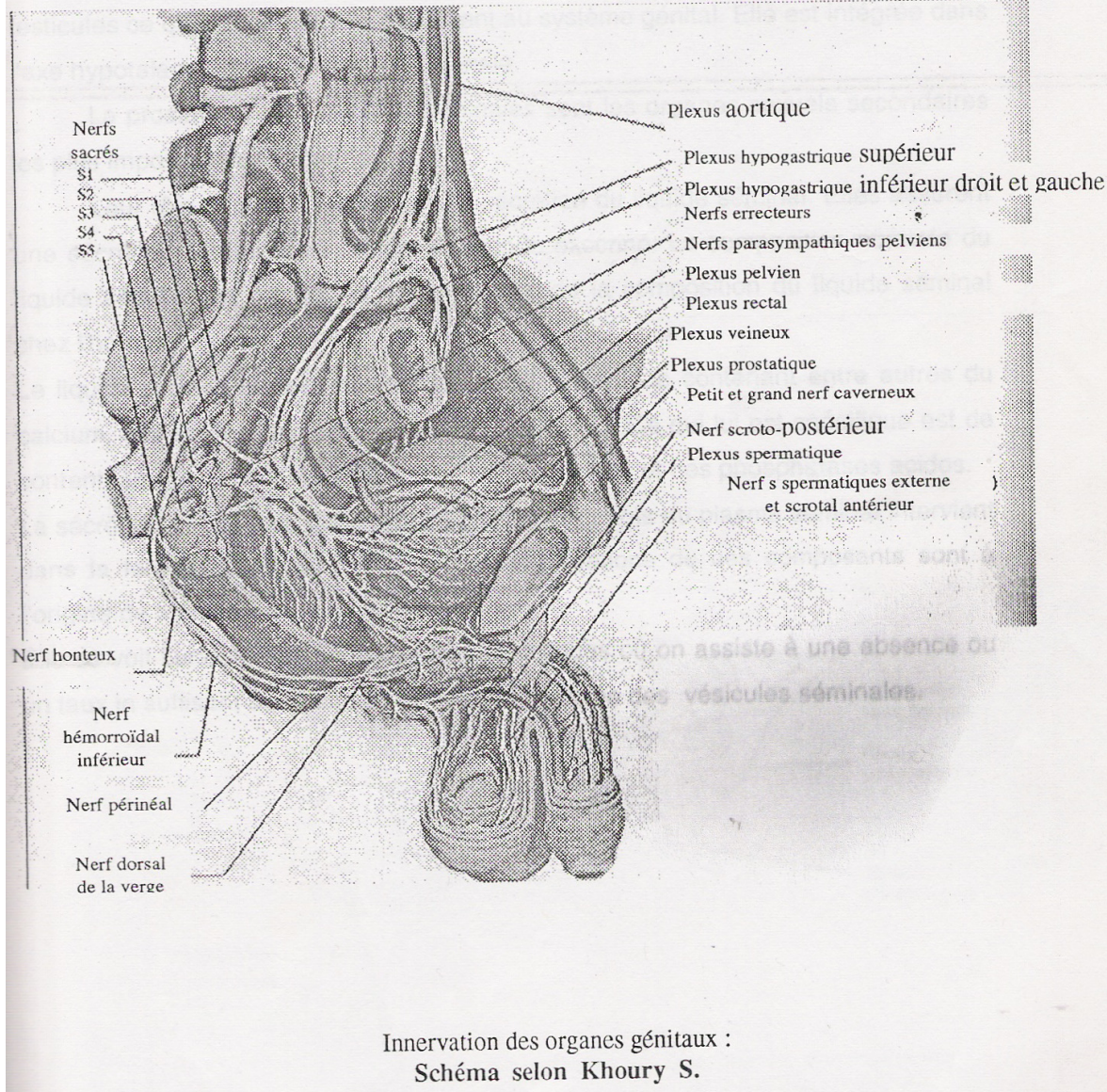
- Les branches de l'artère hypogastrique assurent la vascularisation artérielle ; celle veineuse est assurée par le plexus veineux qui entoure la face antérieure et latérale de la capsule prostatique.



Drainage lymphatique des organes génitaux

Figure : 5

- La vascularisation lymphatique est déterminée par les lymphatiques provenant de la glande prostatique qui forment un réseau periprostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, iliaques externes, obturateurs et pré sacrés.
- L'innervation est mixte sympathique, parasympathique à partir du plexus pelviens.



Innervation des organes génitaux

Figure : 6

3. Rappels physiologiques en rapport avec le Prostatisme :

Malgré son importance pour la reproduction de l'espèce humaine, la physiologie de la prostate est encore mal connue.

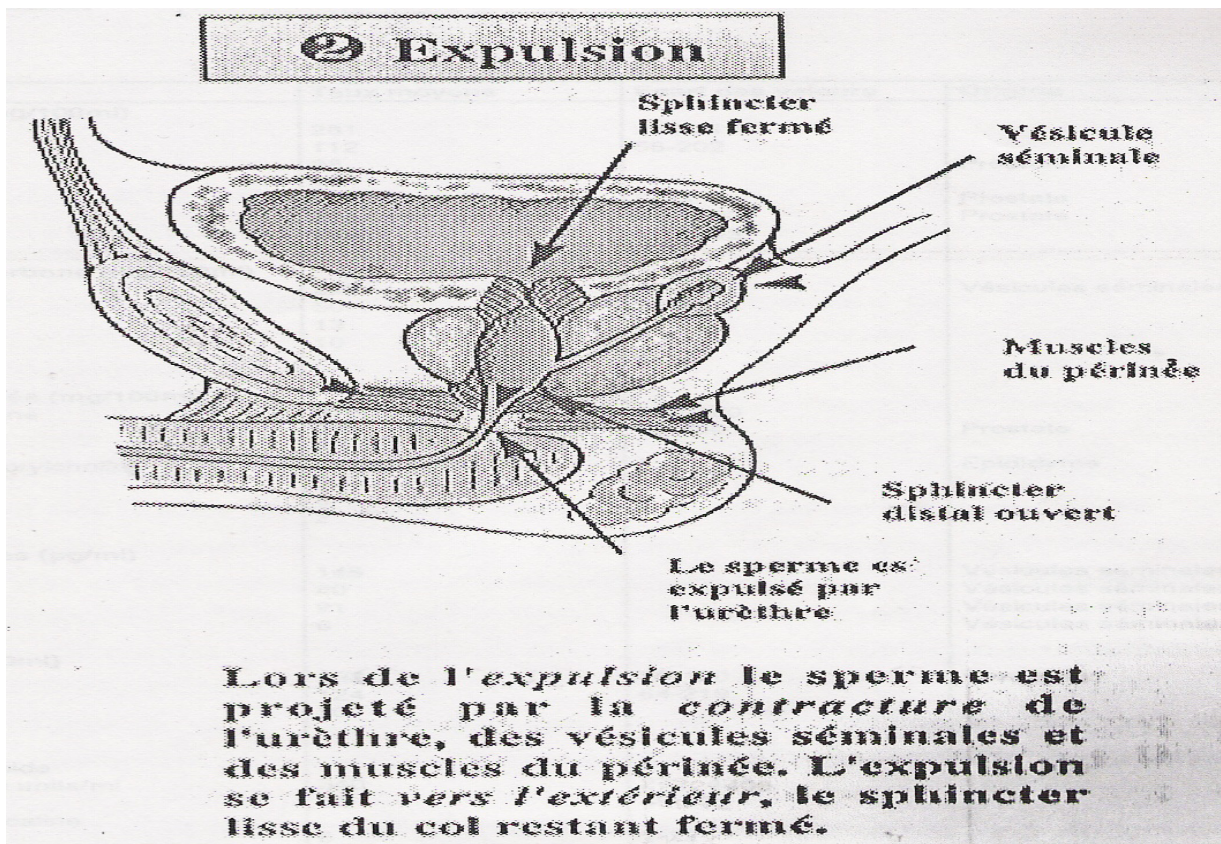
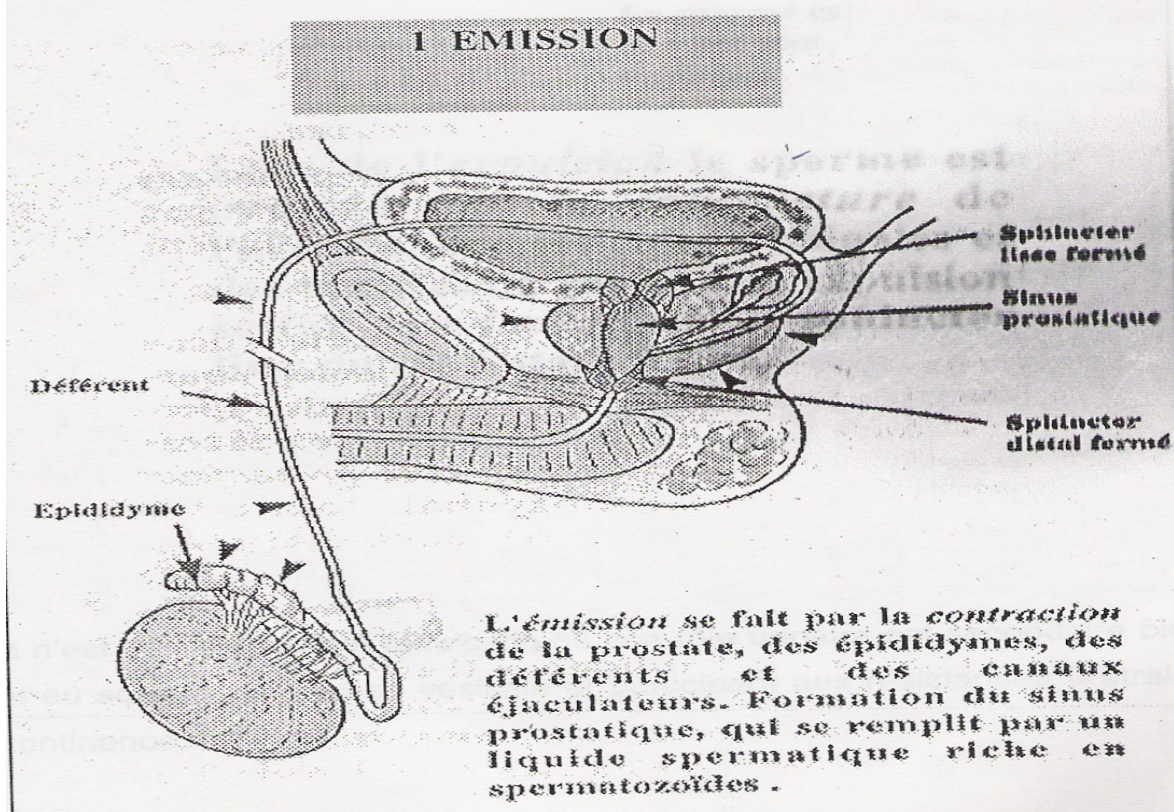
Dans ce cadre on retiendra, la prostate se développe sous le contrôle des testicules, ce qui fait dire qu'elle appartient au système génital. Elle est intégrée dans l'axe hypothamo-testicule-corticosurrenal. La prostate et les vésicules séminales sont des organes sexuels secondaires les plus importants de l'homme.

Leur rôle principal semble être la sécrétion du liquide séminal. Elle assure une sécrétion externe. La composition normale du liquide séminale est reproduite sur le tableau de la composition du liquide séminal chez l'homme.

Le liquide prostatique est incolore de PH=6,5 isotonique contenant entre autres du calcium des lipides, des protéines et des enzymes. Ce qui lui est spécifique est de contenir en grande quantité du zinc, de l'acide citrique et des phosphatases acides. La sécrétion prostatique comme les autres constituants du liquide et du plasma séminal intervient dans la fertilité. C'est ainsi que certaines altérations de ces composants sont à l'origine de sterilité ;

Elle se voit surtout dans les prostatites chroniques où on assiste à une absence ou un taux insuffisant de fructose par atteinte associée des vésicules séminales.

Outre cette participation à la formation du liquide séminal, la prostate occupe une place de choix dans l'éjaculation comprenant deux phases : l'émission et expulsion. Cela n'est pas le cas pour la miction où son rôle urinaire est secondaire bien qu'assurant au soutien de la base vésicale et participant aux résistances urétrales donc à la continence.



Le Rôle de la prostate dans l'éjaculation

Figure :7**Composition du liquide séminal chez l'homme**

Composant	Taux moyens	Ecart des valeurs	Origine
Electrolytes (mg/100ml)			
Sodium	281	240-319	
Potassium	112	56-202	
Calcium	28		Prostate
Magnésium	11		
Zinc	14	5-23	Prostate
Citric acid	376	96-1430	Prostate
Chloride	155	100-203	
Hydrates de carbone (mg/100ml)			
Fructose	222	40-638	Vésicules séminales
Inositol	50	54-63	
Ascorbic Acid	13		
Sorbitol	10		
Glucose	7	0-99	
Composés nitrés (mg/100ml)			
Phosphorylcholine	315	250-380	
Spermine	273	50-350	Prostate
Urée	72		
Glycérylphosphorylcholine	66		Epididyme
Créatine	20		
Acide Urique	6		
Ammonia	2		
Prostaglandines (µg/ml)			
PGE	145		Vésicules séminales
PGA	40		Vésicules séminales
PGB	21		Vésicules séminales
PGF	6		Vésicules séminales
Autres (mg/100ml)			
Cholestérol	103	70-120	Prostate?
Acide sialic	124	64-219	
Glutathione	30		
Enzymes			
Phosphatase acide			Prostate
King-Armstrong units/ml	340	272- 408	
Sigma U/ml	66	49-72	
Phosphatase alcaline			
Sigma U/ml	6	1-12	
Diamine oxydase nmoles/ml/30ml	208		Prostate
β-Glucuronidase Fishman U/ml	39	26-42	
Déhydrogénase lactique Sigma U/ml	3808		
Leucine aminopeptidase Sigma U/ml	1173		Prostate
α-Amylase Street-Close U/100ml/15min	9	3-25	Prostate
Protéinase séminale	30	20-50	Prostate
Protéines totales (mg/100ml)	4000	3500-5500	
Acides aminés libres (mg/100ml)			
Acides aminés neutres	638		
Acides aminés basiques	340		
Acides amino-acides	280		
Total	1258		

Figure:4

C/ Etiopathogenie du prostatisme :

La prostatite qui est une affection de la prostate, se définit comme une inflammation d'origine bactérienne ou non des structures anatomiques de la prostate ; fait partir du prostatisme.

1. Les agents pathogènes :

La flore prostatique est variable dans le prostatisme selon qu'il s'agisse d'une prostatite aiguë ou chronique.

Dans les prostatites, les bacilles à gram- prédominent largement. Les cocci et les bacilles à gram – sont retrouvés plus volontiers dans les prostatites aiguës. Parmi les bacilles à gram+ le staphylocoque demeure le plus grand responsable d'une bactériémie. Les streptocoques et les entérocoques peuvent être responsables en dehors du staphylocoque.

La présence de bacilles à gram+ est fréquente en cas de nécrose tissulaires en particulier d'abcès prostatique.

Les cocci à gram- (*Neisseria* essentiellement) ne sont plus qu'exceptionnellement pourvoyeur du Prostatisme depuis l'utilisation des antibiotiques.

Parmi les entérobactéries, c'est l'*Escherichia* qui est de loin le germe le plus fréquent 80% ; *Klebsiella*, *Proteus*, et *Enterobacter*.

Les bactéries atypiques : le bacille de Kock (BK) n'est plus qu'exceptionnellement retrouvé.

Par ailleurs signalons l'existence de prostatites multibactériennes. Cela dit toutes les bactéries n'ont pas la même importance dans la naissance des prostatites.

- Les virus les parasites et les mycoses : Il n'a jamais été possible de trouver directement qu'un virus était responsable d'une prostatite. Seuls les trichomonas sont incriminés dans les prostatites parmi les parasites rencontrés en occident et aussi les schistosomes *haematobium* est aussi responsable en zone d'endémie bilharziose.

Le rôle de *Candida albicans* est discuté parmi les champignons.

Enfin il a été démontré que la présence de calculs infectés était responsable du déclenchement du Prostatisme.

2. La porte d'entrée :

Les agents pathogènes proviennent à la prostate par 3 voies classiques : la voie urétrale, la voie hématogène et la voie lymphatique.

a. La voie urétrale : est de loin la plus fréquente ; elle peut être ascendante ou descendante.

L'origine ascendante est rencontrée dans de nombreuses circonstances : les prostatites induites par sondage, les manœuvres endoscopiques, les rapports sexuels, les prostatites gonococciques toujours secondaires à une urétrite.

Par l'origine descendante les germes de l'urine d'amont quelle qu'en soit la cause peuvent coloniser les canaux prostatiques ce qui gêne le libre écoulement des urines dans la filière urétrale. C'est le cas de l'obstacle sphinctérien ou de l'urètre antérieur.

b. La voie hématogène : est l'apanage d'infection staphylocoque, streptococcique et virale qui détermine une prostatite aigue manifestement secondaire.

c. La voie lymphatique : est plus une construction d'esprit qu'une réalité BILON NANDER HERDEN et CUKIER.

D/ Les circonstances d'apparition et les facteurs favorisants:

Le prostatisme peut survenir au cours des métastases infectieuses d'une bactériémie des foyers staphylococciques, cutaneomuqueux rénaux, ou perirenaux. Les infections streptococciques ou virales (grippe, oreillon, angines, les entérocolites). Certaines septicopyoémies postopératoires et le diabète font une prostatite aigue. Le rétrécissement de l'urètre est l'un des facteurs prépondérants du prostatisme.

L'alimentation est évoquée comme facteur favorisant du prostatisme : notamment l'alcool, les épices, les troubles du transit, la constipation, et la diarrhée sont aussi évoqués. On peut trouver par ailleurs l'abstinence sexuelle et le sédentarisme.

En fin la présence d'un calcul infecté responsable du déclenchement du prostatisme. Les manœuvres endouretrales et endovesicales (cystoscopie) sondages, dilatations sont les principales causes du prostatisme iatrogène. Le refroidissement du corps est aussi incriminé.

E. Type de description : Prostatite aigue (forme non compliquée)

1. Définition :

Elle se définit comme une inflammation aigue de la prostate d'origine bactérienne ou non bactérienne.

2. Début ou circonstance de découverte :

La symptomatologie est très polymorphe. Elle est très souvent dominée par les signes urinaires et un syndrome infectieux chez un sujet jeune.

3. Période d'état

3.1. Clinique :

- A l'interrogatoire :

on retrouve un syndrome infectieux (avec une fièvre à 39,5-40°C, des frissons une myalgie, des céphalées et un malaise général), des signes urinaires (avec brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, une impériosité mictionnelle voire la rétention vésicale complète avec ou sans hématurie), des douleurs indépendantes de la miction, de localisation pelvienne sus pelvienne, périnéale ou urétrale et testiculaire, en fin une constipation.

- A l'examen physique :

La palpation des organes génitaux externes retrouve parfois une douleur au niveau des testicules et de l'épididyme avec un toucher rectal qui découvre une douleur vive de la prostate hypertrophique de consistance tantôt ferme, tantôt succulente.

3.2. Examen para clinique :

l'ECBU révèle une leucocyturie ou une pyurie avec bactériurie. En cas de septicémie les hémocultures sont indispensables.

A l'échographie, il y aura des foyers hypodenses qui formeraient des abcès en l'absence de traitement, parfois une augmentation du volume de la prostate et dilatation des vésicules séminales

Le PSA (antigène spécifique de la prostate) son taux augmente au cours de la phase aigue.

4. Evolution :

L'évolution favorable d'une prostatite aigue est basée sur un traitement antibiotique + anti-inflammatoire bien conduit au départ.

L'épisode peut rester unique et ne jamais récidiver. A l'opposé on peut voir survenir une récurrence dans les mois qui suivent. En effet il peut s'agir d'une infection différente de la première, apparemment sans rapport avec elle et si le facteur favorisant n'a pas été supprimé

En cas de récurrence l'affection peut évoluer à plus ou moins brève échéance vers la Prostatite chronique.

5. Pronostic :

Il sera fonction de la précocité du diagnostic et de la thérapie de la maladie .Si la prostatite aigue est bien traitée elle guérit rapidement ; mais si elle est mal traitée les récurrences sont possibles avec les séquelles considérables.

6. Classification : on peut distinguer les prostatites aiguës bactériennes et non bactériennes.

7. Associations morbides : Les complications de prostatite aigue peuvent être immédiates ou précoces. Elles sont au nombre de six :

- Septicémie à gram (-)
- La rétention aigue d'urine.
- Abcès :

- Epididymite aigue

- Orchite

- Rétrécissement de l'urètre

8- formes cliniques :

- **Forme selon l'âge :** elle est fréquente de 20 à 30 ans. Cependant chez le sujet âgé c'est une adénomite, se manifestant par un syndrome grippal. L'Escherichia coli est majoritairement retrouvé. Le traitement se fait à long cours.

Forme sur terrain immunocompétent.

C'est la plus fréquente. Le pronostic est favorable avec la précocité du diagnostic et la rapidité du traitement.

Forme sur terrain immunodéprimé

Elle est rare, se complique généralement en abcès de la prostate

forme sur terrain diabétique.

Elle peut être la complication du diabète. L'abcès prostatique est majoritairement retrouvé. Le pronostic favorable dépend de la prise en charge précoce du diabète

Forme sur terrains étiologiques :

- La sténose de l'urètre.

- Les sondages.

- Les calculs infectés de la vessie.

- Les troubles neurologiques.

- Les tumeurs infectées.

- L'adénome de la prostate

Une infection urinaire banale.

Toutes ces pathologies peuvent indirectement par traumatisme ou infection atteindre la prostate et provoquer une infection.

9. Diagnostic :

9.1. Le diagnostic positif : Il repose sur l'examen clinique notamment l'interrogatoire et l'examen physique dont le toucher rectal est le temps

capital.L'ECBU et l'échographie vesico reno prostatique peuvent confirmer le diagnostic.

9.2. Le diagnostic différentiel :

Il faut savoir distinguer la prostatite aiguë à la prostatodynie et à la prostatite chronique.

La prostatodynie ou douleur de la prostate, regroupent un ensemble de symptômes cliniques communs aux prostatites chroniques.

Leur caractéristique est l'absence des critères d'inflammation ou d'infection de la glande prostatique.

La Prostatite chronique : est une inflammation chronique bactérienne ou non de la

9.1. Le but : Il consiste à éradiquer, l'infection et les phénomènes inflammatoires.

- Assurer un soutien psychologique des patients et de la bénignité de leur affection, malgré son caractère chronique invalidant parfois. Assurer une miction normale.

9.2. Les moyens : sont basés essentiellement sur les antibiotiques et en fonction de l'antibiogramme.

Le traitement antibiotique de la prostatite aiguë est fondamental. Il doit être établi à dose adéquate dès le début de la maladie. Cette antibiothérapie doit durer au moins 7 jours

Il doit associer deux antibiotiques majeurs actifs l'un sur les bactéries à gram+

Exemple : amoxicilline, et l'autre sur les bactéries à gram-

Exemple : Chloramphénicol, Colimycine, Tétracycline. Toute fois il est possible d'utiliser des antibiotiques par voie orale ou injectable connu pour leur bonne diffusion prostatique Exemple : quinolone, Trimetoprime en se guidant sur l'antibiogramme initial.

Le repos au lit est nécessaire dans les premiers jours du traitement et l'arrêt du rapport sexuel. Les traitements associés seront prescrits, les antipyrétiques, les décongestifs pelviens et les anti-inflammatoires.

Dans certains cas on a recours à une psychothérapie souvent des vitaminothérapies et des stimulants.

III METHODOLOGIE :

1- Type et durée d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective allant de Juillet 2007 à Juillet 2008

2. Cadre d'étude ;

Le travail a été effectué dans le service de chirurgie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

3-Le personnel :

Le personnel de l'hôpital a été renforcé par une équipe cubaine de 9 spécialistes dont un traumatologue pour la chirurgie.

Le service de chirurgie est dirigé par un médecin spécialisé en chirurgie générale.

Les autres personnels sont : un major, un infirmier, et un manœuvre, appuyé par les internes.

4-Méthode :

a- Elaboration de la fiche d'enquête :

-Cette phase a durée 1 mois.

-Le questionnaire a été élaboré par nous même, discuté avec les collègues et corrigé par le co-directeur de thèse et directeur de thèse.

La fiche d'enquête était constituée de variables reparties en :

-Données socio - dermatographiques, notamment ; l'âge, la nationalité ; l'ethnie ; l'adresse ; la durée du traitement

- Les Antécédents : recherchant les facteurs de risque

-Signes cliniques (fonctionnels, physiques)

-Signes para cliniques (échographie, ECBU)

-Les moyens thérapeutiques.

b- Activité :

Tous les patients recrutés durant notre étude ont bénéficié d'un examen clinique soigneux comportant :

-Un interrogatoire : à la recherche des signes fonctionnels, des antécédents

médicochirurgicaux, des antécédents urologiques

-Un examen physique complet se terminant par le toucher rectal à la recherche de douleur prostatique, hypertrophie prostatique.

-Les examens para cliniques (échographie, ECBU)

c -Population d'étude :

1-Taille de l'échantillon.

2-Critères d'inclusion :

Tous les patients présentant de signe de prostatisme, ayant fait une échographie vésico - réno-prostatique et toucher rectal sensible.

3-Critères de non inclusion :

Les patients ne présentant pas de signe de prostatisme à l'échographie n'ont pas été inclus.

4-Critères de guérison:

Tout patient ne présentant aucun signe urinaire après traitement.

IV RESULTATS

De juillet 2007 à juillet 2008, le service de chirurgie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes a enregistré 90 cas de prostatisme sur 310 patients soit 29,03%.

1-Données sociodémographiques ou épidémiologique

1-1 âge :

Tableau 1 : Répartition des malades en fonction de la tranche d'âge

Age (années)	Effectif	Pourcentage
18-19	3	3%
20-30	38	42%
31-40	31	35%
41-59	18	20%
Total	90	100%

1-2 profession

Tableau II : Répartition des malades en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	19	21%
Cultivateur	21	23 %
Commerçant	14	16%
Etudiant	7	8%
Ouvrier	29	32%
Total	90	100%

1-3 statut matrimonial

Tableau III : Répartition des malades en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	35	39%
Marié	55	61%
Total	90	100%

1-4 mode de recrutement

Tableau IV : Répartition des malades selon le recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Référés par un médecin ou personnel para médical	12	13%
Malades consultants d'eux même	78	87%
Total	90	100%

2- Signes cliniques :

Tableau V : Répartition des malades en fonction de signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Prostatorrhée	64	12%
Pesanteur pelvienne	54	11%
Douleur mictionnelle	53	10%
Douleur lombo-sacrée	48	9%
Fièvre	47	9%
Dysurie	41	8%
Douleur testiculaire	35	7%
Asthénie sexuelle	35	7%
Douleur sciatique	30	6%
Ejaculation précoce	28	6%
Impériosité mictionnelle	27	5%
Pollakiurie	27	5%
Hématurie	12	3%
Retention aigue d'urine	5	2%
Total	536	100%

Tableau VI : Répartition des malades en fonction de signes fonctionnels associés

Nombre de signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Fièvre + Prostatorrhée + douleur mictionnelle + dysurie + pollakiurie	72	80%
Fièvre + Prostatorrhée + douleur mictionnelle + dysurie + pollakiurie + éjaculation précoce + asthénie sexuelle	14	16%
Ejaculation précoce + asthénie sexuelle + douleur lombo-sacrée	4	4%
Total	90	100%

3-Facteurs favorisants:

Tableau VII : Répartition des malades en fonction des antécédents urinaires.

antécédents urinaires	Effectifs	Pourcentage
Infection gonococcique	23	16%
Orchi-épididymite	30	20%
Bilharziose urinaire	64	44%
Abstinence sexuelle	30	20%
Total	147	100%

Tableau VIII : Répartition des malades selon les facteurs favorisants.

Nombre de facteurs de favorisants	Effectif	Pourcentage
Bilharziose urinaire ou infection gonococcique	27	30%
Bilharziose urinaire + Infection gonococcique	35	39%
Bilharziose urinaire + Infection gonococcique + Orchi-épididymite	28	31%
Total	90	100%

4. Examen physique

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du résultat du toucher rectal

Signes physiques au TR	Effectif	Pourcentage
Congestion prostatique	80	37%
Prostate augmentée de volume	48	22%
Douleur prostatique	86	40%
Prostate normale	4	1%
Total	214	100%

5- Examens complémentaires

Tableau X : Répartition des malades selon le résultat de l'échographie

RESULTAT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Dilatation des vésicules séminales	50	41%
Hypertrophie Prostatique	48	39%
Calcification Prostatique	14	11%
Hydronéphrose unilatérale	7	6%
Normal	4	3%
Total	123	100%

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du type de prostatite

Type de prostatite	Effectif	Pourcentage
Prostatite aiguë	72	80%%
Prostatite chronique	14	16%
Prostatodynie	4	4%
Total	90	100%

Tableau XII: Répartition de 6 patients en fonction du résultat de l'ECBU

Résultat	Effectif	Pourcentage
Leucocyturies avec quelques altérations de leucocytes	1	17%
Leucocyturies sans altération de leucocytes	2	33%
Présences d'œufs Bilharziens	3	50%
Total	6	100%

Tableau XIII : Répartition du type de germe retrouvé à l'ECBU de 6 patients

Les germes	Effectif	Pourcentage
Escherichia coli	3	50%
Neisséria	2	33%
Chlamydia	1	17%
Total	6	100%

Tableau XIV : Répartition du type de prostatite en fonction de l'ECBU de 6 patients

Prostatite cliniquement bactérienne	4	67%
Prostatite cliniquement abactérienne	2	33%
Total	6	100%

Tableau XV : Répartition des patients selon l'aspect du haut appareil urinaire à l'échographie

Retentissement sur le haut appareil urinaire	Effectif	Pourcentage
Avec retentissement	7	8%
Sans retentissement	83	92%
Total	90	100%

Tableau XVI : Répartition du type de prostatite en fonction de la tranche d'âge

Age	Prostatite aigue	Prostatite chronique	prostatodynie	pourcentage
18 -19ans	3	0	0	3%
20 -30ans	34	3	1	42%
31 -40ans	24	7	1	36%
41 -59 ans	11	4	2	19%
Total	72	14	4	100%

Tableau XVII : Répartition du type de prostatite par rapport a la profession

Professions	Prostatite aigue	Prostatite chronique	Prostatodynie	Pourcentage
Fonctionnaire	17	1	1	21%
Cultivateur	19	1	1	23%
Commerçant	12	2	0	16%
Etudiant	4	2	1	8%
Ouvrier	20	8	1	32%
Total	72	14	4	100%

Tableau XVIII: Répartition du type de prostatite en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Prostatite aigue	Prostatite chronique	Prostatodynie	Pourcentage
Célibataire	22	10	3	39%
Marie	50	3	1	61%
Total	72	14	4	100%

Tableau XIX : Répartition de type de prostatite en fonction du retentissement sur le haut appareil urinaire.

Type de prostatite	Avec retentissement	Sans retentissement	Pourcentage
Aigue	5	67	77%
Chronique	2	12	15%
Prostatodynie	0	4	4%
Total	7	83	100%

Tableau XX : Répartition du type de retentissement sur le haut appareil urinaire en fonction du type de prostatite

Type de retentissement	Prostatite aiguë	Prostatite chronique	Prostatodynie	Pourcentage
Hydronéphrose unilatérale	6	1	0	7%
Absence	66	13	4	83%
Total	72	14	4	90%

7- Traitement

Tableau XXI : Répartition des malades selon les antécédents de traitement

Traitement antérieur	Effectif	Pourcentage
Ayant reçu un traitement	52	58%
Aucun traitement	38	42%
Total	90	100%

Tableau XXII : Répartition des antibiotiques utilisés en association à dose adéquate aux 7 premiers jours de nos traitements

Association antibiotique	Effectif	Pourcentage
Amoxicilline 3g+ Doxycycline 400mg	70	78%
Chloramphénicol 1,5g+ amoxicilline 3g	20	22%
Total	90	100%

Tableau XXIII : Répartition des antibiotiques pour le traitement au long cours (3 semaines)

Antibiotiques	Effectif	Pourcentage
Cotrimoxazole	40	44%
Norfloxacine	15	17%
Ciprofloxacine	35	39%
Total	90	100%

Tableau XXIV : Répartition des malades en fonction du résultat du traitement au 1^{er} mois

Résultat du traitement au 1 ^{er} mois	Effectif	Pourcentage
Guéris	51	57%
Non guéris	39	43%
Total	90	100%

Tableau XXV : Répartition des malades en fonction du résultat du traitement au 2^{ème} mois

Résultat du traitement au 2 ^{ème} mois	Effectif	Pourcentage
Guéris	71 (51+20)	79%
Non guéris	19	21%
Total	90	100%

Tableau XXVI : Répartition des malades en fonction du résultat du traitement au 3^{ème} mois

Résultat du traitement au 3 ^{ème} mois	Effectif	Pourcentage
Guéris	81 (51+20+10)	90%
Perte de vue	9	10%
Total	90	100%

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Durant la période d'étude il y a eu 310 consultations dont 90 cas de prostatisme, cela représente 29,03%

1 Aspects épidémiologiques :

1.1 La fréquence

La fréquence du Prostatisme était de 17,04% 1997 au CHU du point G [12], et 6,3% dans la série de MOORE.R.A. [23] en 1937 en France .Notre fréquence a été 29,03%

1.2 Epidémiologie :

1.2.1 L'âge des patients:

L'âge moyen des malades a été 29,5 ans avec des extrêmes de 18 et 59 ans. DIALLO P.A [12] et VANDERHEYDEN [27] ont rapporté respectivement 31,6 ans et 50 ans.

La tranche d'âge la plus touchée a été 20 à 30 ans soit 42% dans notre étude contre 31 à 40 ans de DIALLO. P.A [12]

2.2 Profession :

Les professions les plus touchés étaient par ordre de fréquence : ouvriers 32 %, cultivateurs 23%, fonctionnaires 21%, commerçants 16%, étudiants 8%. Diallo A.P [12] a trouvé plus de 40% d'ouvriers.

1.2.3 Statut matrimonial :

Il apparaît dans notre étude un effectif élevé de mariés soit 61,1%, contrairement à Diallo .P.A qui a rapporté 65 % de célibataires.

1.2.4 Le mode de recrutement.

Les 87% des patients ont directement consulté le service sans être référés par une structure spécialisée et alors que les 13% sont venus après avoir suivi un traitement antérieur.

1.3 Données cliniques :

1.3.1 Motifs de consultation.

Les patients consultent pour plusieurs manifestations cliniques .La prostatorrhée a été le signe clinique le plus fréquent avec 12% dans notre étude. Par contre la fièvre

a été la plus fréquente dans la série de DIALLO [12] en 1997 au CHU du Point G soit 22,2%.

Nous avons distingué une grande variabilité de vue sur le motif de consultation. Il a été question d'une fréquence élevée de prostatorrhée.

1.3.2 Les facteurs favorisants :

Ils sont signalés soit à l'interrogatoire, soit confirmés par des analyses. Les plus fréquents identifiés par notre étude sont:

- ✓ la bilharziose urinaire avec un taux de 44% dans notre série contre 24,8% rapportés par DIALLO et 30% indiqués par MALLE.K. [20] à l'hôpital régional de Ségou en 2007. Cette différence nette s'explique par l'endémie bilharzienne au Mali en particulier dans la région de Kayes.
- ✓ l'abstinence sexuelle et l'orchi-épididymite avec chacune 20% des cas
- ✓ et l'infection gonococcique relevée chez 16% de notre échantillon.

Il faut souligner que l'incrimination d'endémie bilharzienne dans les causes de prostatisme a été confirmée par MOBLEY.D. E. [22] en 1975 à Paris. L'incrimination de l'abstinence sexuelle dans les facteurs favorisants de prostatisme, s'explique par la stase pelvienne et présence d'infections qui entraînent le Prostatisme [7].

Par ailleurs, l'infection gonococcique constitue également un facteur de risque des prostatites aiguës selon BLAKLOCK [6] en 1974 en France.

Dans l'ensemble l'étude a mis en évidence que 31% des malades présentent plus de deux facteurs favorisants et 39% ont au moins deux facteurs favorisants.

1.3.3 Les signes fonctionnels :

Des résultats de l'étude, il ressort que les principales manifestations cliniques du Prostatisme sont par ordre : la prostatorrhée (12%), la pesanteur pelvienne (11%), la douleur mictionnelle (10%) et la douleur lombo-sacrée (9%).

La dysurie est déclarée 41 fois soit 8% dans notre étude contre 16% et 6,2% rapportés respectivement par KOROTOUMI M. en 2007 à l'hôpital régional de Ségou [20], DIALLO.P.A [12] au CHU du Point G de Bamako.

La pollakiurie est signalée 27 fois soit 5% des cas contre 8,2% par Diallo A.P en 1997, 14,5% pour MILLAN RODRIGUEZ.F en 1995 en Espagne [21] et 9% pour MALLE. K. [20]

1.3.4. Les signes physiques :

Un toucher rectal normal n'exclue pas le diagnostic de prostatisme [21].

Le toucher rectal est normal dans 1% des cas contre 3% et 5% respectivement retrouvés par MALLE.K et Diallo. P.A. Tous ces chiffres sont de loin inférieurs aux 20% des cas selon la littérature [16].

La prostate est sensible au toucher dans 99% des cas dans notre série contre 95% pour DIALLO P.A, 97 % des cas pour MALLE.K. En outre plus de 80% des malades présentent plus de deux signes physiques.

Cet état des faits dénote du potentiel élevé de diagnostic de cette maladie à partir de ce type d'examen.

1-3-5 Examens complémentaires :

1-3-5-1 Examen laboratoire.

L'examen cyto bactériologique des urines a été effectué chez 6 patients. La présence d'œufs bilharziens a été décelée chez trois patients soit 50%.

La leucocyturie avec quelques altérations de leucocytes et celle sans altérations ont constituées respectivement 17 et 33%.

Les fréquences relatives aux prostatites bactériennes, abactériennes ont été 67 et 33%.

Escherichia coli a été le type de germe le plus fréquent avec 50%.

Au plan des examens complémentaires certains auteurs ont prouvé que les examens cyto bactériologiques des urines et l'analyse biochimique du liquide prostatique bien faits posent le diagnostic du prostatisme et les germes en cause [1].

1-3-5-2 Examen radiologique.

L'échographie a été le seul examen pratiqué. Elle a permis de déceler 39% des cas d'hypertrophie prostatique, 7% de cas de retentissement sur le haut appareil urinaire (hydronéphrose unilatérale) et 83% sans retentissement sur le haut appareil urinaire.

Les fréquences relatives à la dilatation des vésicules séminales, et la calcification prostatique sont respectivement de 41 et 11%.

Selon FORNAGE.B [13] en 1975 en France on peut trouver une prostate asymétrique, hyperéchogène, et parfois des dilatations des vésicules séminales (obstruction inflammatoire des canaux éjaculateurs, ou diffusion du processus inflammatoire).

2 –Traitement :

Le traitement est médical a pour but d'éradiquer l'infection et les phénomènes inflammatoires et permettre une bonne miction.

Il est basé sur l'antibiothérapie, les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Pour les 7 premiers jours, il a été une association d'antibiothérapie à forte dose :

Amoxicilline + doxycycline de taux de 78%, chloramphénicol + amoxicilline (22%), . Avec l'association souvent d'anti-inflammatoire (diclofenac, ibuprofène, profenid), et antalgique (spasfon, novalgin) pour calmer en cas de douleur.

les quinolones(ciprofloxacine, norfloxacine), ou cotrimoxazole (bactrim, captrim) sont utilisés pour entretenir le traitement. Le cotrimoxazole a été le plus fréquent avec 44%, ciprofloxacine 39%, norfloxacine 17%

Le repos au lit est nécessaire au premier du traitement et l'arrêt du rapport sexuel au cours du traitement.

*Durée du traitement :

Fonction de la précocité du diagnostic, de l'efficacité du traitement et de la compliance des patients, elle varie de 1 à 6 mois.

Tout au long du traitement il importe d'assurer un soutien psychologique aux patients, de la bénignité, de l'affection malgré le caractère chronique et parfois invalidant de la maladie.

La guérison intervient très souvent après une bonne observance thérapeutique. C'est ainsi que sur les 90 malades suivis par l'étude 81 patients ont été guéris soit 90% de taux de réussite du traitement et 9 perdus de vue.

VI- Conclusion :

Au terme de cette première étude sur le prostatisme dans la région de Kayes on peut noter que:

- ✓ le service de chirurgie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes ne dispose pas de d'équipements techniques (structures adéquates pour l'analyse biochimique de l'urine et le liquide prostatique) et de ressources humaines qualifiées pour conduire certaines analyses permettant d'établir un bon diagnostic précoce du Prostatisme;
- ✓ notre étude a mis en exergue sa capacité actuelle de l'Hôpital de suivre et d'évaluer les résultats des thérapies administrées aux malades ;
- ✓ au nombre des facteurs favorisant du prostatisme, la présence de la bilharziose de la région de Kayes en tant que endémie;
- ✓ dans notre série les ouvriers mariés ont été le groupe le plus représenté;
- ✓ la tranche d'âge la plus touchée est la frange jeune de la population 20 à 30 ans. Cette situation est assez handicapante pour le développement de la région quand on sait que cette catégorie est la force active de travail;
- ✓ un traitement bien conduit permet d'obtenir un bon taux de guérison .

VII. RECOMMANDATIONS

Aux malades

- Faire une consultation urologique devant tout signe urinaire
- Assurer une bonne observance thérapeutique en cas de prostatisme mis en évidence.

Aux personnels soignants

Chez tout patient consultant pour signe urologique:

- Recherchez les facteurs favorisant (bilharziose urinaire, infection gonococcique, abstinence sexuelle, orchi-épididymite)
- Demandez une échographie et un ECBU avec antibiogramme.
- Pratiquez un toucher rectal et antibiothérapie adaptée.
- Effectuer un contrôle clinique et cyto bactériologique à l'issue du traitement.

Aux administrateurs

- Promouvoir la formation des urologues, pour qu'il y ait au moins un urologue à chaque hôpital régional.
- Equiper l'hôpital de Kayes de laboratoires et d'un centre d'imagerie médicale avec du matériel technique performant et un personnel qualifié.

La mise en application des recommandations ci-dessus formulées contribuera à renforcer les capacités opérationnelles de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, toute chose qui participe à l'amélioration de l'accès des populations aux services socio sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

1- Adersone R.U et Weller C :

Etude des sécrétions prostatiques dans les prostatites non bactériennes. J. Urol. 1979.121 : 292-4 ;

2- Antoine B. et Moulonguet. A :

Les infections des prostates. J.urol.1983 Tome2, pages 399-402. Paris.

3- BAERT .L MATTELAER J

Traitement des prostatites chroniques bactériennes par injection des antibiotiques dans la prostate .J URO 1983. 21: 370 -5

4- BARSANTI J. CROWELL W.ET FINCOD.

Induction of chronic bacterial prostatitis in the dog J.UROL 1982. 127 : 1215- 9

5- BERGERON MG. THABET M.ROY R.

Norfloxacin penetration into human renal and prostatitis tissues. Antimicrob agents chamoter;1985.28 : 349 -350.

6- BLACKLOCK N.J.

Les facteurs anatomiques des prostatites; J.UROL.1974.46: 47- 54.

7- CUNHA G.R ET FORNAGE B.

Mesenchymal-epithelial interactions during androgen-induced development of the prostate ; prog ; chin, biol-res .1985.171: 15- 21

8- CYRIL C.WIGGISHOFF

Les prostatites infectieuses;tempo medical ed afrique n6 juin 1980

9- CHATHELIN, C et C RICHARD :

Bilharziose urogenitale.J urol.1977, 83:1-291.

10- DEBRE.B.FLAM T.LANDE P.

Les prostatites aigue et chronique ;impact medecin hebdo No 346.13 décembre 1996- IX

11- Delmas.V et Dauge MC.

Embryologie de la prostate : Etat actuel des connaissances en 1991.Paris .Masson P13.

12- DIALLO .P.A

Aspect epidemio-clinique des prostatites .CHU du point G.1997 AU MALI.

13- FORNAGE.B:

Echographie de la prostate.Vigot, ed PARIS 1975pp 171-178.

14- Hertz Boyer :

Les formations diverticulaires de la prostate .J urol . juillet 1993 ; 56 :40.

15- Humberg :

Les traitements de l'infection urinaire. Med. Mal. Inf 1981, 21 : 109-23.

16- Janet H :

Traitement des prostatites chroniques, session de l'association Française d'urologie 1898. Paris -317.

17- Kadmond. D et Ling D :

Drainage des abcès prostatiques. J.Urol1986, 135 : 1959-60 ;

18- Khoury.S :

Anatomie chirurgicale de la prostate .Physiologie exocrine de la prostate.SCI 1991 .Dernière page 33.

19- MARROIR, A :

De la prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques.J urol.1921,1:324-6.

- Les prostatites asymptomatiques et stérilités du couple

- Effet d'un traitement par la doxycycline Rundch ; Med 1984 73 : 828-30

20- MALLE.K.

Aspect epidemio-clinique des prostatites aiguës ,hopital regional de SEGOU.MALI en 2007

21- MILLAN RODRIGUEZ F.

Management of acute prostatitis : experience with 84 patients.4,2: 129 -36 mars 1995

22- Mobley D.E. :

Erythromycine et bicarbonate de sodium dans les prostatites bactériennes chroniques. J urol 1975 ,48 : 245-253. Paris

23- MOORE R. A.

Inflammation of the prostate gland; J.UROL 1937. 38: 173- 82

24- NAVRATIL H. :

Traitement des prostatites.Med.maladie infectieux 1991. 21 :138-41.

25- SCHWARZ, J :

Les prostatites mycosiques.J.urol.-1982,1-5.

26- Shortliffel H :

Le style et diagnostic thérapeutique des prostatites. West J-Med 1983, 139: 542-4.

27- Vanderhey Den, D Cushier J:

Les prostatites aiguës et chroniques bactériennes non spécifiques.Etude sémiologique et thérapeutiques à propos de 100 cas. Actualité urologique Belgique en 1975, 43 : 434-5.

28- William R ET Fair MD

Le diagnostic des prostatites, Encycl., Med, Chir, Urologie en 1984, 24 : 6-7.

PROSTATISMES EN CONSULTATION UROLOGIQUE

I- ETAT SOCIO.DEMOGRAPHIQUE

- Nom et Prénoms
 - Age
 - Profession
 - Statut matrimonial 1= Marié, 2=Célibataire
 - RESIDENCE 1= Kayes 2= Hors Kayes
-

II – ANTECEDENTS

- Urétrite gonococcique oui ou non
 - Orchis – épididymite –
 - Bilharziose urinaire –
 - Abstinence sexuelle –
-

III – CLINIQUE

- Asthénie sexuelle oui ou non
- Ejaculation précoce –
- Hémospemie –
- Dysurie –

- Pollakiurie —
- Prostatorrhée —
- Pesanteur pelvienne —
- Douleur lombo sacrée
- Douleur mictionnelle
- Douleur testiculaire
- Fièvre

IV- EXAMEN PHYSIQUE

- Congestion prostatique oui ou non
- Prostate dure —
- Douleur prostatique —
- Douleur sus pubienne —
- Douleur épидидymo – testiculaire —

V – EXAMEN COMPLEMENTAIRES

Echographie prostatique 1= normale 2 = pathologique

Si pathologique 1= calcification prostatique 2 = hypertrophie prostatique.

VI - TRAITEMENT

- AINS oui ou non
- Antalgique —
- Antibiotiques —
- Décongestif pelvien -
- Massage prostatique -
- Vitaminothérapie plus stimulant -

VII - RESULTATS EVOLUTIONS

1 ^{er} Mois	guéri	ou	non guéri
2 ^{ème} Mois	-		-
3 ^{ème} Mois	-		-

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Sidibé.

Prénom : Mady Emilien.

Titre de la thèse : Aspects épidémiolo-cliniques et prise en charge du prostatisme à l'hôpital régional fousseyni Daou de Kayes.

Année de soutenance : 2009.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

Secteur d'activité : Service de chirurgie de l'hôpital régional de Kayes.

Résumé :

Nous avons réalisé une étude prospective sur 90 patients admis pour prostatisme dans le service de chirurgie A de l'hôpital de Kayes durant 12 mois.

L'âge moyen de nos malades a été 29,5 ans avec les limites d'âges allant de 18 à 59 ans. La tranche d'âge la plus fréquente a été 20 -30 ans soit 42%. Les ouvriers sont les plus touchés soit 32%.

Pour le mode de recrutement 87% des patients ont directement consulté sans être référés au service. Il n'y a pas de signe pathognomonique dans les prostatites. La prostatorrhée a été retrouvée 64fois soit 12% des cas.

La bilharziose urinaire et l'abstinence sexuelle sont les facteurs favorisants les plus dominants dans notre étude avec des taux respectifs de 44 et 20% .Le signe clinique le plus dominant a été la prostatorrhée. Au toucher rectal la prostate est douloureuse dans 99% de cas et normale dans 1%.

L'échographie a été le seul examen radiologique effectué avec 39% de cas d'hypertrophie prostatique, 8% de cas avec retentissement sur le haut appareil urinaire, 92% sans retentissement sur le haut appareil urinaire, et 3% de résultat normal à l'échographie.

Les facteurs favorisants sont les suivants :

La bilharziose urinaire, l'abstinence sexuelle, l'infection gonococcique, orchio-épididymite . .

Le traitement médical est basé sur les antibiotiques, les antalgiques et anti-inflammatoires. Il est long et difficile et varie de 1 à 6 mois.

Le repos au lit est nécessaire au premier jour du traitement.

Les complications surviennent après négligence et les récurrences sont possibles.

Mots clés : un malade peut présenter plusieurs signes cliniques.