

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

REPUBLIQUE DU MALI

UN Peuple - Un But - Une Foi

SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMOS)



Année universitaire : 2020-2021

N°.....

THÈSE

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point-G

Présentée et soutenue publiquement le /...../2021
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. Makan OUATTARA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : Pr Aly TEMBELY

Membres : Pr Mamadou Lamine DIAKITE

Pr Zanafon OUATTARA

Directeur : Pr Honoré Jean Gabriel BERTHE

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

DEDICACES
&
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je remercie :

➤ **Allah :**

- Le tout puissant, le miséricordieux, créateur des terres et des cieux.
 - Merci de m'avoir accordé la santé et la force pour la réalisation de ce travail.
- **Au prophète MOHAMED :** paix et salut sur lui

Je dédie ce travail :

➤ **A mes deux parents : Pr Kalilou OUATTARA et Adam touré**

Aucun mot de ce monde ne saurait exprimer l'immense amour et la fierté que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous dois à vie pour les efforts et sacrifices consentis pour mon épanouissement et mon bien être.

A toi papa :

J'aurai toujours à l'esprit que je te dois tout. Tu as toujours donné le meilleur de toi pour que tes enfants ne manquent de rien et tu n'as cessé de nous dire que « la vie est un combat de tous les jours », Tu t'es beaucoup inquiété pour moi et tu m'as accompagné, encouragé. Accepte ce modeste travail comme fruit de tes efforts. Je crois pouvoir affirmer que ton souhait le plus cher se réalise en ce jour, celui de me voir docteur en médecine.

Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te garde le plus longtemps possible auprès de nous dans une excellente santé ! Amen !

A toi maman :

Femme dynamique, croyante, optimiste. Tu as dirigé mes premiers pas. Aucun mot ne pourra exprimer ma profonde gratitude à ton égard. Tes prières nocturnes, ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué.

Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te garde le plus longtemps possible auprès de nous dans une excellente santé ! Amen ! Merci beaucoup maman !

Papa et Maman en ce jour mémorable l'occasion me sied pour vous présenter mes excuses pour les impertinences, erreurs et fautes que j'ai pu commettre par inadvertance, non pas par volonté.

REMERCIEMENT

A ma patrie le **MALI** pour m'avoir offert gratuitement l'enseignement et la bourse pour les études supérieures.

Au corps professoral de la FMOS (faculté de médecine et d'odontostomatologie) de Bamako pour la qualité de l'enseignement reçu.

A mon épouse Fatoumata TRAORE

Je remercie le tout puissant d'avoir croisé ton chemin ; merci de ton amour, de ton respect, de ta confiance, de ta patience, et de ta fidélité. Tu as été un soutien considérable pendant l'élaboration de cette thèse. Merci de ta présence autant dans les moments faciles que difficiles. Tu as su nous redonner courage et force pour aller toujours plus loin. Accepte ce travail en témoignage de notre profond amour pour toi.

A mes Frères et sœurs :

Gerrard, Diana, Youba, Bourama, M'bemba, Mohamed, Mamadou, Bintou Djenebou, Ramatoulaye, Kadidiatou, Rokiatou

Comme un seul homme nous avons surmonté toutes les barrières ; tout l'or et tout l'argent du monde ne sauraient récompenser votre amour et soutien à mon égard ; je vous exhorte davantage à l'union sacrée et à la solidarité comme l'a toujours prônée papa, pour un avenir meilleur dans une famille enviée de tous. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais et le Miséricordieux vous protéger du mal et vous procurer santé et longévité dans une vie couronnée de bonheur, Amîn !

- A tous mes oncles, tantes, cousins et cousines de la famille OUATTARA et TOURE.

Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu vous récompense tous ! Amen !

- A mes ami(e)s :

Merci pour votre soutien. Qu'ALLAH le tout puissant raffermisse notre amitié ! Amen !

- **Au professeur Mamadou lamine Diakité**

Merci pour l'estime que vous m'avez accordée en m'acceptant dans votre service. Qu'ALLAH vous protège et vous confie une longue vie dans une santé de fer ! Amen !

Ce travail est le vôtre.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

➤ **A mon encadreur Dr Badiaga cheickna:**

Merci pour l'encadrement et la formation dans la patience. J'espère avoir comblé vos attentes ; je vous demanderai de percevoir à travers ce modeste travail qui est aussi le vôtre l'expression de mon immense reconnaissance. Que Dieu vous bénisse et vous accorde ce que vous désirez de meilleur, Amîn!

➤ **A tout le personnel du service d'urologie**

Sincères remerciements.

➤ **A tous mes aînés du service d'urologie de l'hôpital du point G**

Dr DEMBELE B	Dr BENGALY S	Dr KEITA S
Dr TOGO P	Dr CAMARA B	Dr DJONGUE C
Dr CISSOKO B	Dr ARISTO J	Dr SISSOKO B
Dr MARIKO M	Dr SYLLA M	Dr KAMISSOKO I
Dr DOUMBIA Y	Dr DIARRA A	Dr OUATTARA K S
Dr LAYA NIANGALY	Dr SISSOKO S	Dr KEITA I
Dr Kevin N	Dr KANOUTE P	Dr BAGAYOKO Y
Dr TRAORE M	Dr COULIBALY S	Dr SOGOBA H Z
Dr SOUMAORO M	Dr OUATTARA D	Dr HAMADA M
Dr COULIBALY M	Dr CISSE D	Dr DICKO B

Merci pour l'accueil chaleureux dans le service

➤ **A toute la 11ème promotion du numerus clausus « FEU Pr Gangaly Diallo »**

A tous mes camarades et compagnons, à mes aînés et cadets, à tout le personnel de la FMPOS

A tous ceux qui ont l'immense responsabilité et la lourde tâche de soulager les populations et de diminuer leurs souffrances

A tous ceux et toutes celles qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail

A tous ceux et toutes celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis, qu'Allah vous accorde longévité et bonheur !

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Aly TEMBELY

- ✓ **Ancien interne des hôpitaux de France**
- ✓ **Diplômé en andrologie, Endo-urologie et en LEC**
- ✓ **Professeur titulaire en urologie à la FMOS**
- ✓ **Chef de service d'urologie du CHU du point G de (2013-2020)**
- ✓ **1^{er} Président de l'association malienne d'urologie**

Cher Maitre ;

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

Nous avons été séduit par la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre intégrité, votre disponibilité et votre sens du travail bien fait font de vous un Maitre admirable.

Veillez, cher maitre, trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Zanafon Ouattara

- ✓ **Chirurgien Urologue, andrologue ;**
- ✓ **Maitre de conférences à la faculté de médecine et d'Odonto -
Stomatologie (FMOS)**
- ✓ **Vice-président de la société de chirurgie du Mali**
- ✓ **Enseignant chercheur.**

Cher Maitre :

Nous sommes très touché de votre dynamisme, votre modestie. Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maitre de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Mamadou Lamine Diakité

- ✓ **Professeur titulaire en urologie à la FMOS**
- ✓ **Chef de service d'urologie au CHU du Point G**
- ✓ **Membre fondateur de l'AMU-MALI**
- ✓ **Président de l'AMU-MALI**

Cher Maître ;

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Vos critiques et conseils ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde admiration

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Honoré Jean Gabriel BERTHE

- ✓ **Maitre de conférences en urologie à la FMOS**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du POINT G**
- ✓ **Membre fondateur de L'AMU MALI**
- ✓ **Secrétaire général du bureau de L'AMU MALI**
- ✓ **Coordinateur du DES D'urologie**

Cher Maitre ;

Honorable maitre, vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service ; vous nous avez confié ce travail et en avez accepté la direction. Votre abord facile, votre franc parler, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de l'urologie au Mali nous ont beaucoup impressionné. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que sur le plan humain.

Cher Maitre veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect

ABREVIATIONS :

AFU :	Association Française d'urologie
AUSP :	Arbre urinaire sans préparation
AEG :	Altération de l'Etat Général
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CaP :	Cancer de la prostate
CPMHS :	Cancer de la prostate métastatique hormono-sensible
CPMRC :	Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration
Cm :	Centimètre
DHT :	Dihydrotestostérone
DES :	Diplôme d'étude spéciale
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
HBP :	Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HAS :	Haute autorité de santé
ISUP :	International Society of Urological Pathology
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
NFS :	Numération Formule Sanguine
ng :	Nano gramme
TDM :	Tomodensitométrie
PAP :	Phosphatase Acide de la Prostate
PSA :	Prostatic-Spécific-Antigen
RAU :	Rétention Aiguë d'Urines
UCR :	Urétrocystographie Rétrograde
UIV :	Urographie Intraveineuse

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

TR : Toucher rectal

TUBA : Trouble urinaire du bas appareil

EORTC: The European organization for research and treatment of cancer

QLQ-C : Qualité of life questionnaire

TPSA : Taux de PSA

RB : Récidive biologique

LISTE LES TABLEAUX

Tableau I : Groupes pronostiques de la classification ISUP 2016. -----	24
Tableau II : Grade de composition des tumeurs. -----	24
Tableau III : Groupes à risques de progression après prostatectomie totale -----	25
Tableau IV : Stratification des patients ayant un CaP hormonosensible selon le volume et le risque. -----	27
Tableau V : SAD pour le CaP hormonosensible. -----	28
Tableau VI : Indications thérapeutiques dans le cancer de prostate hormonosensible. -----	32
Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la résidence-----	41
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du groupe ethnique -----	41
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du mode de référence -----	41
Tableau X : Répartition des patients en fonction de la durée des troubles -----	42
Tableau XI : Répartition des patients en fonction du traitement déjà effectués	45
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé.-----	48
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du score de Gleason. -----	48
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la classification TNM.-	49
Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la précision des métastases. -----	49
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS.-----	50
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de l'état physique. -----	51
Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie.-----	51
Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé (si anormal) à 1 mois après castration. -----	55
Tableau XX : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 1 mois après castration. -----	56
Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 1 mois après castration. -----	57
Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 1 mois après castration. -----	58
Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 3 mois après castration. -----	59
Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 3 mois après castration. -----	62
Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 3 mois après castration. -----	63
Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 3 mois après castration.-----	63
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 6 mois après castration.-----	68

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 6
mois après castration.----- 68

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de la Qualité de vie à 6
mois après castration.----- 69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie descriptive de la prostate (d'après Perlemuter).	6
Figure 2 : Prostate dans l'appareil urogénital.	7
Figure 3 : Vascularisation de la prostate.	8
Figure 4 : Système hypothalamo- – hypophysaire, testicule et cortico – surrénale (d'après Perlemuter).	10
Figure 5 : Axe hypothalamo-hypophyso-gonadique	12
Figure 6 : Métabolisme de la testostérone dans la prostate.	13
Figure 7 : Composition du liquide prostatique(d'après Perlemuter).	14
Figure 8 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.	40
Figure 10 : Répartition des patients en fonction des motifs de consultation.	42
Figure 11 : Répartition des patients en fonction des antécédents urologiques.	43
Figure 12 : Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux de cancer.	43
Figure 13 : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.	44
Figure 14 : Répartition des patients en fonction du type d'intervention.	44
Figure 15 : Présence ou absence de nodule prostatique.	45
Figure 16 : Echographie de la prostate.	46
Figure 17 : Répartition en fonction du taux de PSA.	46
Figure 18 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie.	47
Figure 21 : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 1 mois après castration.	52
Figure 22 : Présence ou absence de nodule prostatique à 1 mois post-castration. La prostate était nodulaire chez 58% des patients.	52
Figure 23 : Echographie de la prostate à 3 mois après castration.	60
Figure 24 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 3 mois post-castration.	61
Figure 25 : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 3 mois après castration.	62
Figure 26 : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 6 mois après castration.	64
Figure 27 : Répartition des patients en fonction de l'échogénicité à 6 mois après castration.	65
Figure 28 : Répartition des patients en fonction de la TPSA à 6 mois après castration.	66
Figure 29 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 6 mois après castration.	66
Figure 30 : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 6 mois après castration.	67

SOMMAIRE

I. <u>Introduction</u>	2
II. <u>Objectifs</u>	4
III. <u>Généralités</u>	6
IV. <u>Méthodologie</u>	36
V. <u>Résultats</u>	40
VI. <u>Commentaires et discussions</u>	72
VII. <u>Conclusion et recommandations</u>	83
VIII. <u>Références bibliographiques</u>	86
IX. <u>Annexes</u>	90

INTRODUCTION

1. Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans. Les évolutions techniques ayant permis d'optimiser le contrôle de la maladie, les différents acteurs s'attachent désormais à minimiser les conséquences fonctionnelles des traitements, qui peuvent être responsables d'une altération de la qualité de vie [1].

Le cancer de la prostate se définit comme une prolifération maligne se développant au dépend des constituants histologiques de la prostate. Cependant, aux stades tardifs de la maladie, les signes cliniques commencent à apparaître et la croissance s'accélère notablement. Le cancer de la prostate est une maladie responsable d'une mortalité élevée chez les hommes, et chaque année 1,6 million d'hommes sont diagnostiqués de cancer de la prostate et 366 000 hommes en meurent [2].

Le cancer de la prostate dans sa présentation métastatique hormono-sensible est peu fréquent, c'est une présentation initiale de la maladie ou une évolution après traitement local, sans castration de la rechute biologique [2].

La castration chirurgicale ou biologique reste la base du traitement. L'échéance de l'initiation de la castration et ses modalités d'administration, de repos intermittent ou continu débattu mais consensuel sur l'initiation est l'apparition de la maladie symptomatique. Les facteurs pronostiques cliniques comme les localisations osseuses (axiales ou appendiculaires), la participation viscérale (foie, poumon) sont déterminants pour la survie de ces patients [3].

Les facteurs pronostiques biologiques sont en évaluation. Excepté l'acide de clodronate, qui a montré une amélioration de survie du cancer de la prostate métastatique hormono-sensible (CPMHS), les autres traitements visant l'os (acide zoledronic, inhibiteur de rang-ligand) ont démontré un avantage seulement dans le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (MCRPC). La

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

prise en charge de la maladie locale permet de suggérer un bénéfice pour au moins la maladie symptomatique, mais elle nécessite d'être estimée prospectivement dans les essais cliniques. Les nouveaux traitements hormonaux ciblant le récepteur des androgènes dans CPMRC sont en évaluation dans CPMHS. L'objectif est d'améliorer la survie et la qualité de vie du CPMHS et de retarder l'évolution vers la maladie métastatique résistante à la castration [3].

Selon une étude réalisée dans notre service 72% des cancers étaient découverts à l'état avancé et 88% avaient bénéficié d'une castration [4].

La castration en cas de cancer de la prostate localement avancé ou métastatique, a pour objectif de diminuer la testostérone circulante en deçà d'un seuil empiriquement fixé. Mais les effets secondaires sont marqués par une asthénie, des bouffées de chaleur et des troubles de l'érection.

L'effet bénéfique de la castration est une amélioration globale de l'état général, des manifestations cliniques et des données biologiques.

Le but de cette étude était d'étudier les modifications cliniques et biologiques et de la qualité de vie chez les patients souffrant de cancer prostate traités par une castration.

Pour mener à bien cette étude nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

Objectifs

Objectif général :

Etudier les modifications cliniques, biologiques après castration et l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie des malades.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence du cancer de la prostate métastatique au service d'urologie du CHU du Point G.
- Décrire les aspects cliniques, paracliniques du cancer de la prostate.
- Etudier les modifications cliniques et paracliniques après castration des malades.
- Evaluer l'impact du cancer de la prostate métastatique sur la qualité de vie des patients.

GÉNÉRALITÉS

2. Généralités

2.1. Rappel Anatomique :

2.1.1. Description macroscopique :

La croissance prostatique est importante qu'à la puberté, et ses dimensions sont les suivantes [5]:

- Hauteur : 25-30 mm
- Largeur à la base : 40mm
- Epaisseur à la base : 40mm
- Poids : 25g.

Située à l'intérieur de la loge prostatique, cette glande ferme blanchâtre a la forme d'un cône aplati dont la base supérieure et le sommet inférieur [5,6].

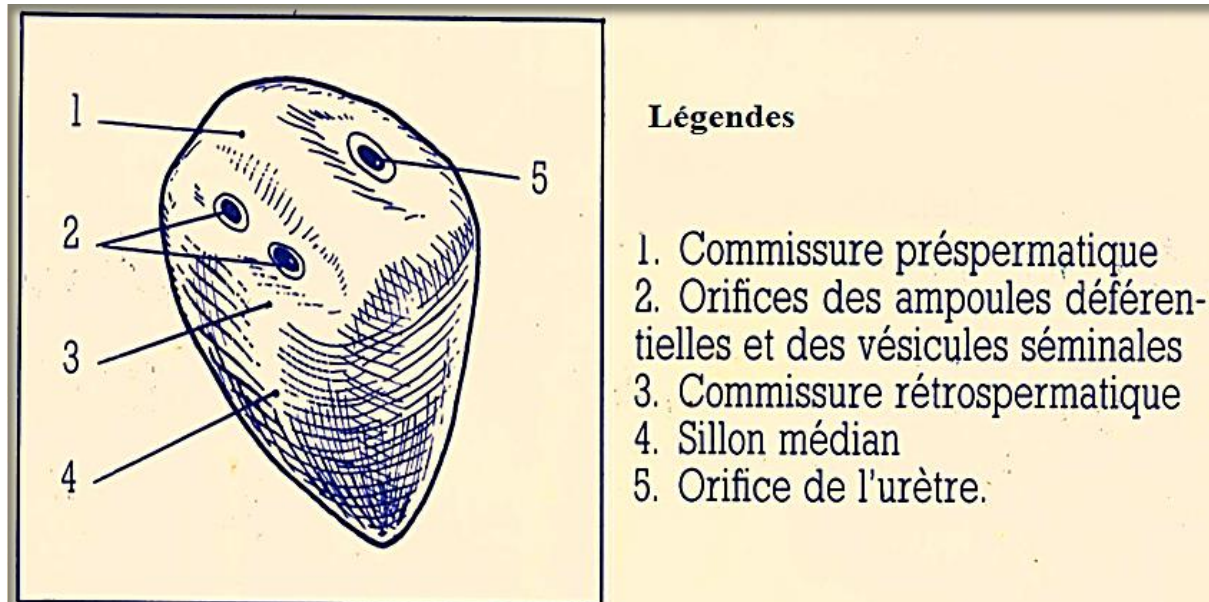


Figure 1 : Anatomie descriptive de la prostate (d'après Perlemuter)[5].

La loge prostatique est limitée :

- En avant par la symphyse pubienne,
- En arrière par l'ampoule rectale,

- En bas par le plancher périnéal,
- En haut par la vessie.

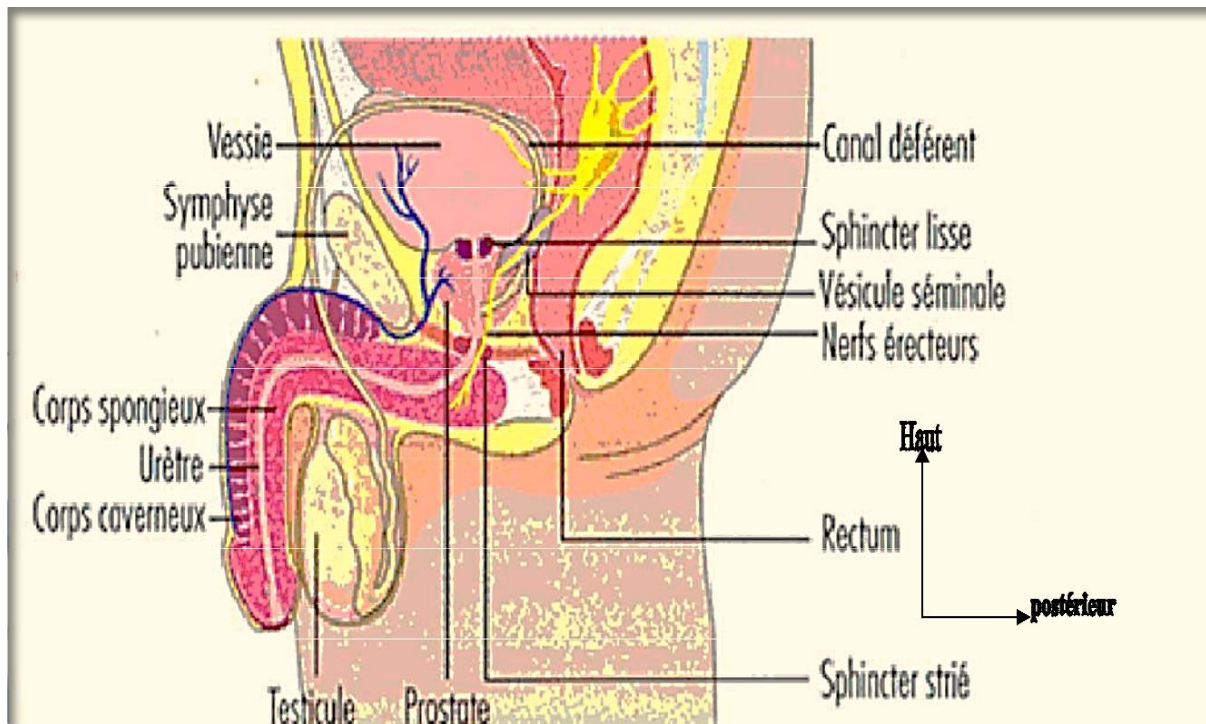


Figure 2 : Prostate dans l'appareil urogénital [7].

Comme on le voit la prostate est située à un véritable carrefour des voies urinaires et des voies génitales ; Cette position est susceptible de favoriser l'atteinte de l'une ou l'autre des voies, et dont les pathologies auront une répercussion directe sur les organes situés le long de ces voies (rétention aiguë d'urine, orchio-épididymite, vessie de lutte, envahissement vésical, urétérohydronéphrose), sans oublier la proximité du rectum qui peut être atteint.

2.1.2. ANATOMIE MICROSCOPIQUE DE LA PROSTATE :

Sur le plan histologique on distingue trois types de cellules au niveau de la prostate :

- Des cellules épithéliales glandulaires qui vont s'organiser en glandes,
- Des cellules musculaires lisses qui noyées dans du tissu conjonctif vont constituer le stroma du tissu prostatique.

Cela dit l'élément essentiel de la structure histologique de la prostate est constituée par l'épithélium glandulaire.

- L'épithélium glandulaire prostatique ne comporte pas de membrane basale distincte. Il est de type cylindrique plissé.

2.2. Vascularisation et innervation (Figure 8).

Les vaisseaux artériels de la prostate proviennent de l'artère prostatique, de la vésicale inférieure et de l'hémorroïdale moyenne (branche de l'iliaque interne). La distribution intrinsèque est faite de deux groupes de vaisseaux. Les vaisseaux capsulaires et les vaisseaux urétraux.

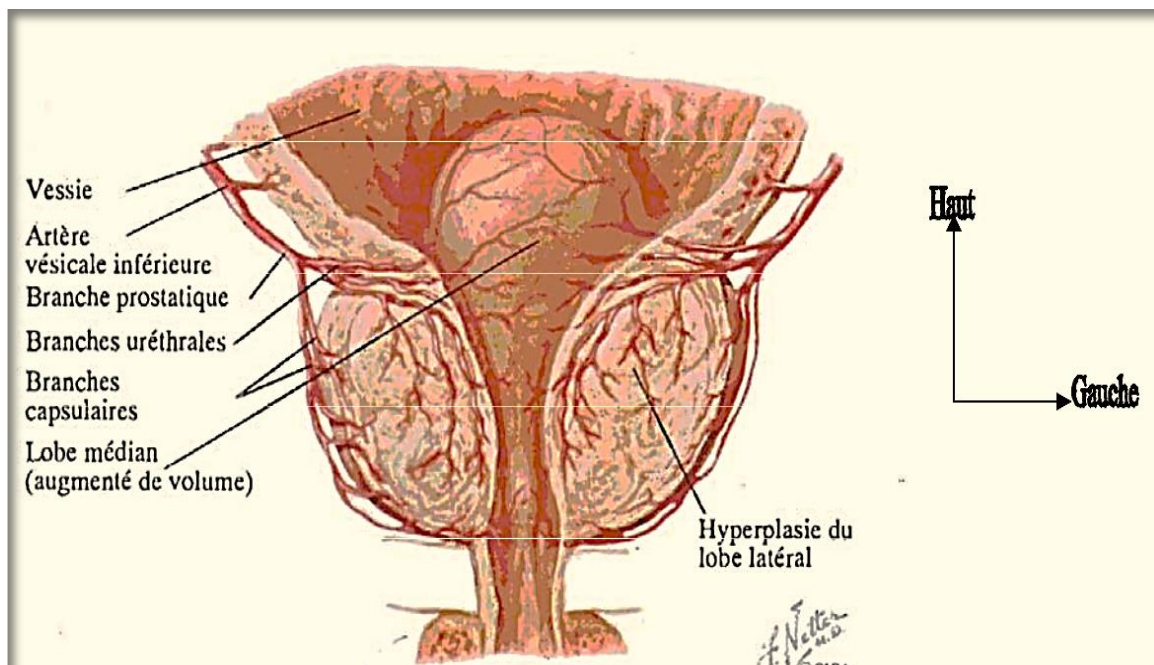


Figure 3 : Vascularisation de la prostate [6].

En cas d'hypertrophie prostatique bénigne, le groupe des artères urétrales se développe de façon importante pour irriguer l'ensemble de cette néoformation (Figure 4) [6,8].

Les veines : un plexus entourant les faces antérieures et latérales de la capsule prostatique; et reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge. Ces veines communiquent avec le plexus honteux et vésical et se drainent dans la veine iliaque interne [5,6].

Les vaisseaux lymphatiques provenant de la glande prostatique forment un réseau périprostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, externes, obturateurs et pré-sacrés [9,10].

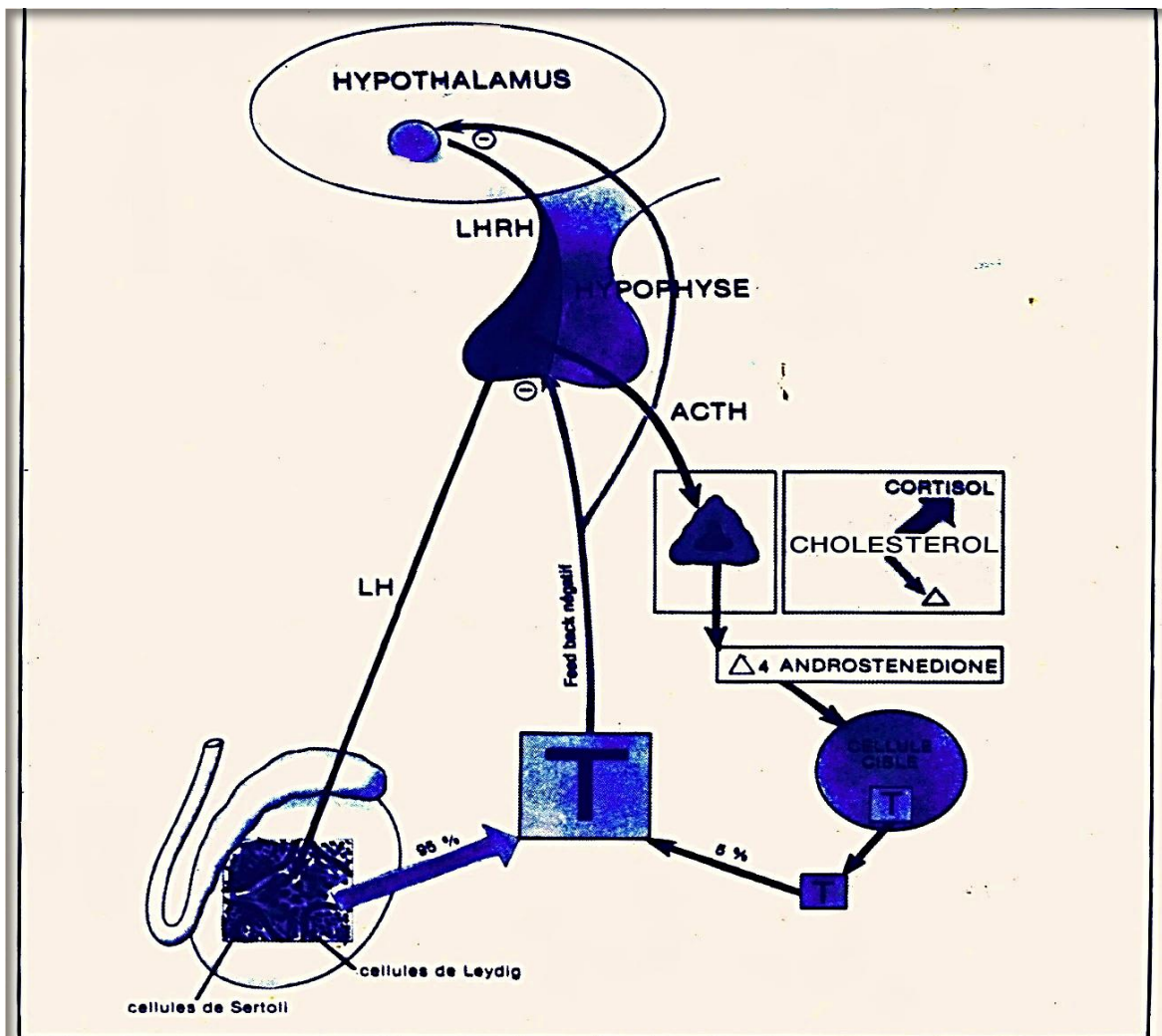
La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte sympathique et parasympathique à partir des plexus pelviens [11,12].

2.3. Physiologie

2.3.1. Le développement de la prostate :

La prostate appartient au système génital, où elle est intégrée dans le circuit hormonal classique : système hypothalamo – hypophysaire, testicule et cortico –

surrénale (Figure 4).



Hormonodépendance de la prostate, à l'état physiologique. La testostérone plasmatique a une origine double : a) principalement (95 %) testiculaire sécrétée par les cellules de Leydig sous l'influence de la LH ; b) surrénalienne (5 %) par transformation de certains stéroïdes surrénaliens en testostérone dans les cellules cibles, qui passe ensuite dans la circulation.

Figure 4 : Système hypothalamo- – hypophysaire, testicule et cortico – surrénale (d'après Perlemuter) [5].

a) L'appareil hypothalamo- – hypophysaire

Il intervient de deux manières :

- Indirectement par de nombreuses hormones

➤ **L.H (Hormone Lutéinisante)** : qui est sécrétée par l'antéhypophyse sous l'influence de la LH- RH hypothalamique Elle stimule les cellules de

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Leydig élaborant les androgènes et à partir desquelles s'exerce un rétrocontrôle négatif.

- **A.C.T.H. (Adreno-cortico-Trophing Hormon):** Hormone adrénocorticotrope. Elle stimule la sécrétion des androgènes surrénaliens.
 - **S.T.H (Somatotrophine Hormon) :** Hormone somatotrope. Son rôle trophique est très accessoire.
- Directement sur la prostate car :
- **L'hypophysectomie** chez le chien castré accentue l'atrophie prostatique.
 - La **prolactine** stimulerait le tissu glandulaire prostatique en présence de testostérone.

Physiologie de l'axe gonadotrope [13]

La double fonction des testicules est importante :

- La fonction exocrine assure la spermatogénèse à partir des cellules germinales, dans la paroi des tubes séminifères ;
- La fonction endocrine assure la sécrétion de la testostérone par les cellules de Leydig. La concentration de testostérone maintenue est globalement constante grâce à un équilibre dynamique entre l'activité sécrétoire du testicule et la dégradation progressive de l'hormone

L'hypophyse est sous le contrôle de l'**hypothalamus** :

- Sécrétion pulsatile de GnRH.

Le **rétrocontrôle négatif** de la testostérone sur les gonadostimulines et la GnRH.

La sécrétion par l'hypophyse des gonadostimulines :

- LH qui stimule la sécrétion de la testostérone par les cellules de Leydig ;
- FSH qui active indirectement la spermatogénèse en stimulant les cellules de Sertoli ;

- Diminution de la sensibilité de l'hypophyse avec l'âge qui est donc moins à même de répondre à la diminution de la testostérone

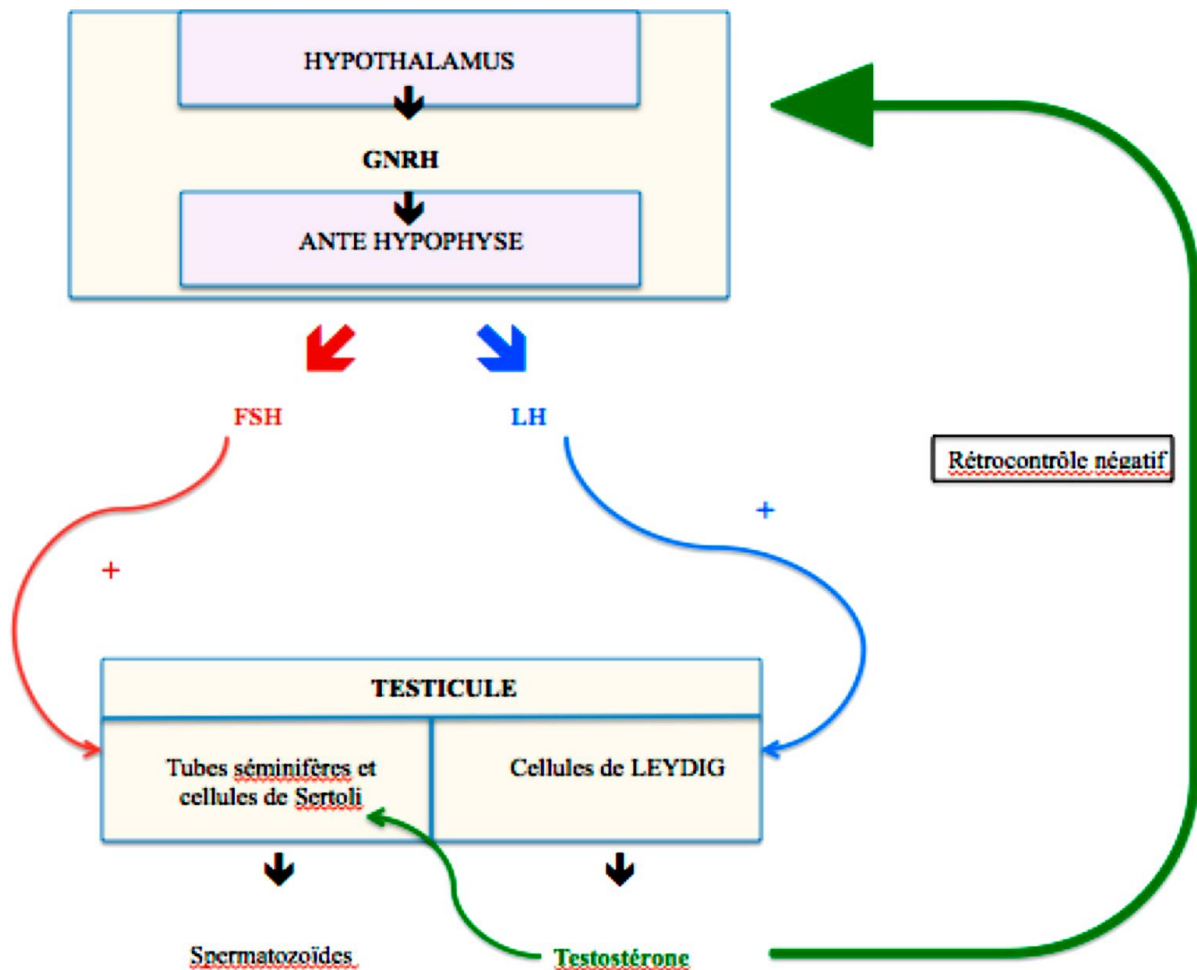


Figure 5 : Axe hypothalamo-hypophyso-gonadique [13]

b) Le Testicule

Il commande l'embryologie de la prostate, sa différenciation, sa croissance a la puberté ainsi que ses sécrétions à l'Age adulte grâce à l'action des androgènes.

- A l'état physiologique, la testostérone sécrétée par les cellules de Leydig testiculaires commande le fonctionnement, la croissance et la reproduction de la cellule épithéliale prostatique (Figure 8 ,9).
- Les œstrogènes possèdent eux aussi une action sur la prostate. Ils ont une double origine chez l'homme : directe par sécrétion des cellules de Leydig

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

et indirecte surtout par conversion périphérique des androgènes au sein du tissu adipeux ;

- La progestérone, métabolite intermédiaire de la testostérone, possède des récepteurs à l'intérieur de la cellule prostatique.

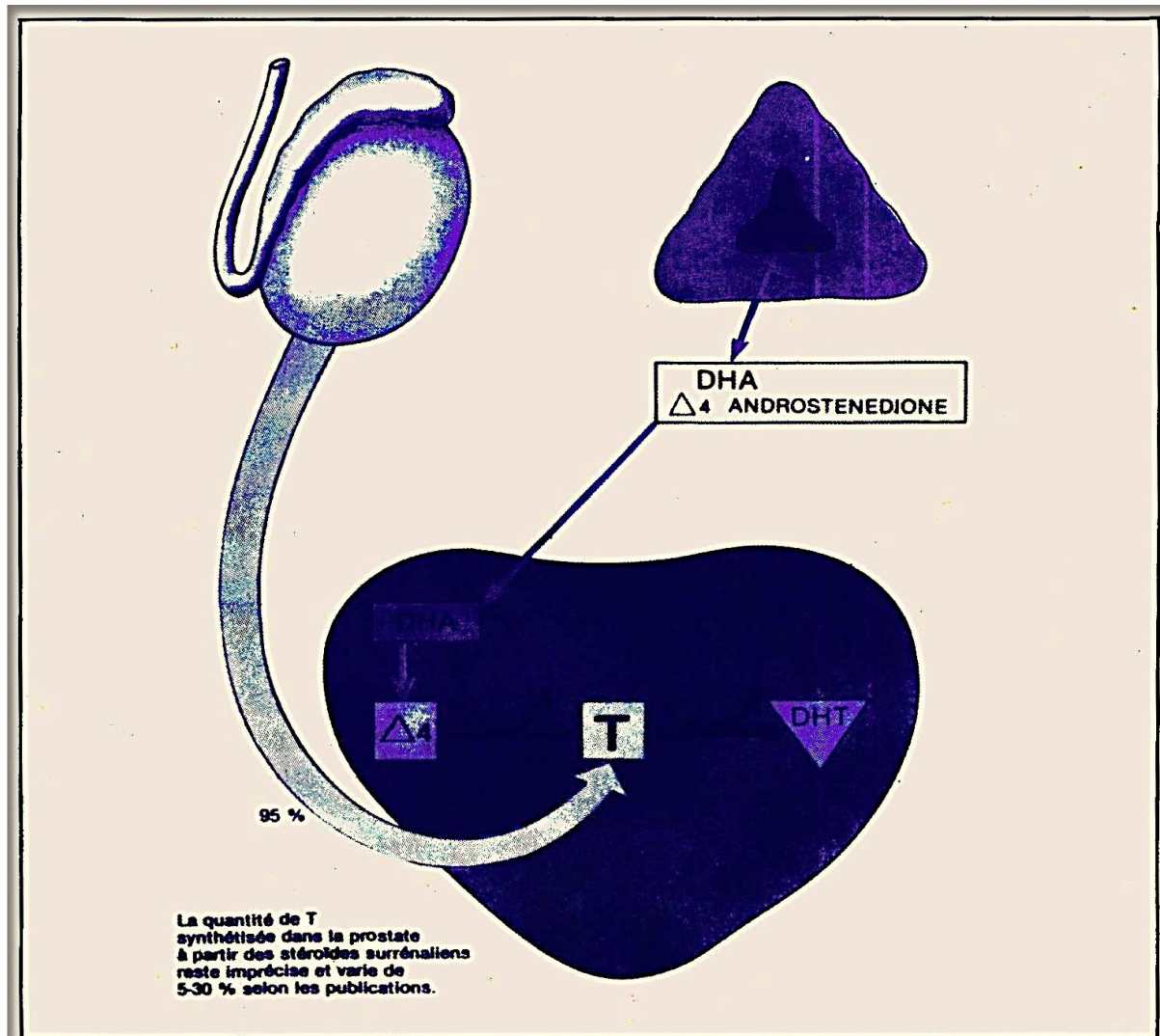


Figure 6 : Métabolisme de la testostérone dans la prostate (d'après Perlemuter) [5].

c) La corticosurrénale

Elle agit sur la prostate soit directement par l'intermédiaire des androgènes surrénaliens, soit après leur conversion en testostérone (Figure 10).

2.3.2. Rôle génital exocrine de la prostate

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

La sécrétion prostatique est continue, d'un débit de 0,5 à 2 ml par jour d'un liquide intervenant dans la fertilité masculine. Elle participe à la formation du plasma séminal, véhicule nutritif des spermatozoïdes dans le sperme.

Ce plasma séminal est en fait représenté par l'ensemble des sécrétions de la voie spermatique (vésicules séminales, prostate, glandes para-urétrales de COOPER, LITTRE) (Figure 10).

Eau	97 %	
Electrolytes et sels minéraux	10 mg	Magnésium Zinc Citrates
Hydrates de Carbone	4 mg	Fructose Sorbitol, Glucose, Ac. ascorbique...
Composés azotés	40 mg	Spermine Putrescine Spermidine Phosphorylcholine Antigène prostatique
Lipides	2 mg	Cholestérol Phospholipides Prostaglandines
Enzymes		Phosphatase acide Lacto-deshydrogénase Leucine-aminopeptidase Alpha-amylase Facteurs de liquéfaction
Eléments figurés		Cellules prostatiques Leucocytes Corpuscules lipidiques Corps amylicés

Figure 7 : Composition du liquide prostatique(d'après Perlemuter) [5].

Ce plasma séminal intervient de façon essentielle dans la fertilité, par la nutrition des spermatozoïdes, leur mobilité (ph optimal – 7,3 à 7,7), et leur pénétration dans la glaire cervicale.

Parmi les protéines secrétées par la prostate mention spéciale à l'Antigène Spécifique de la prostate (PSA). Spécifique parce que secrétée seulement par la cellule épithéliale prostatique. Décrite en 1971 pour la 1^{ère} fois sous le nom de **Gamma-sémion-protéine par HARA** et isolée du tissu prostatique en 1979 par WANG.

Glycoprotéine produite par les glandes prostatiques, le PSA est excrété dans la lumière des glandes prostatiques et se retrouve dans le liquide séminal où il intervient dans la liquéfaction du sperme. La phosphatase acide prostatique PAP : Elle représente 25% de la sécrétion prostatique. Les autres protéines de sécrétion prostatique sont : l'albumine, α -1 acide glycoprotéine, le Zn α -2 glycoprotéine [14].

2.3.3. Rôle urinaire de la prostate

A l'état physiologique, il est secondaire et se limite en effet au soutien de la base vésicale et à une participation aux résistances urétrales. En dehors de cela elle ne possède aucun rôle urinaire chez l'homme sain.

3. LE CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE

3.1. Diagnostic :

3.1.1. Diagnostic clinique :

3.1.1.1. Interrogatoire : [2,26]

- Circonstance de découverte : La découverte se fait en général devant :
- **Symptômes urinaires** : dysurie, pollakiurie, impériosité mictionnelle, rétention aigue d'urine (RAU), hématurie macroscopique typiquement initiale, hémospemie.
 - **Douleurs** : osseuses en rapport avec les métastases révélatrices.
 - **Autres** : compression médullaire ou radiculaire et/ou épидурite métastatique, altération de l'état général, asthénie, amaigrissement, œdème des membres inférieurs (OMI).

3.1.1.2. Examen physique :

➤ Inspection :

Elle appréciera les conjonctives, les extrémités et l'état général des patients.

➤ Palpation :

On recherchera les adénopathies externes au niveau des aires ganglionnaires, les OMI, les globes vésicaux en cas de RAU et le contact lombaire à la recherche de retentissements rénaux.

➤ Examen neurologique :

On cherchera les lésions neurologiques, telles que : paralysie des membres inférieurs et des nerfs crâniens, paraplégie, troubles sphinctériens anaux.

➤ Toucher rectal (TR) :

Le TR permet de suspecter un cancer de la prostate ou du rectum.

Au toucher rectal le cancer a une consistance pierreuse ; il peut se présenter comme une induration localisée entourée par un tissu prostatique normal ; il peut aussi apparaître sous l'aspect d'une glande indurée et irrégulière. Le toucher rectal permet également de connaître l'extension locale de la tumeur. En effet, le palper latéral permet de délimiter l'extension à la graisse périprostatique voire jusqu'au releveur de l'anus. A un stade encore plus évolué les vésicules séminales, qui normalement ne sont pas palpables peuvent augmenter de volume et devenir alors fixes et fermes.

3.1.2. Diagnostic paraclinique :

3.1.2.1. Biologie :

➤ Marqueurs tumoraux :

Dans la pratique courante on utilise deux types de marqueurs qui sont :

- **Phosphatase acide de la prostate (PAP)**

- **Prostatic spécifique antigen (PSA).**

Autres marqueurs : EPCA- 2, PCA 3, AMACR (codant l'alpha méthyl-acyl-CoA racémase), Gène de fusion, Dépistage des cellules tumorales circulantes, la sarcosine

- Examen cytobactériologique des urines (ECBU).
- Le dosage de la créatininémie.
- La numération formule sanguine et le bilan de l'hémostase.

3.1.2.2. Imagerie médicale :

Pour aboutir au diagnostic on peut recourir à :

- L'ultrasonographie :

L'échographie endorectale est celle qui apporte le plus d'aide à l'examen clinique.

- La radiologie conventionnelle (dans le cancer de la prostate),
- Le cliché sans préparation.
- L'urétrocystographie rétrograde (UCR) ;
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- La tomodensitométrie (TDM) ;
- L'endoscopie dans le cancer de la prostate : La biopsie prostatique ;
- Le cliché thoracique : garde une place importante dans la recherche d'envahissement pulmonaire.

3.1.3. Diagnostic positif :

Seule l'analyse histologique permet d'affirmer le diagnostic d'un cancer de la prostate.

3.1.4. Diagnostic différentiel :

3.1.4.1. Devant une prostate indurée au toucher rectal :

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

- Le contexte clinique, les données de l'échographie, le taux de PSA rapporté au volume de la glande, permettent de s'orienter.
- La biopsie prostatique lèvera les derniers doutes.

Le diagnostic différentiel pourrait s'opérer avec un **adénome de la prostate** très ferme, remanié par une adénomite ou associé avec un cancer ; sans oublier que certaines lésions telles :

- Prostatite chronique tuberculeuse,
- Lithiase prostatique,
- L'extension prostatique d'un cancer de vessie,
- Sarcome,
- Localisation secondaire d'une leucémie lymphoïde,
- D'une maladie de Hodgkin,
- D'un mélanome ou d'un cancer du poumon,
- Devant un foyer ostéo-condensant.

3.1.4.2. Devant un PSA augmenté

La conduite à tenir est de pratiquer un toucher rectal. On sera confronté à quatre situations :

Prostate normale au toucher rectal

D'abord s'assurer des conditions de réalisation du dosage : à distance (au moins une semaine) d'un geste endorectal (massage prostatique, échographie endorectale) ou d'un épisode infectieux. Cela dit :

- Si le taux de PSA est faible, ou le sujet très âgé, il faut parfois savoir se limiter à la surveillance clinique (toucher rectal), biologique et échographique.
- Si le taux de PSA est élevé, il faudra, a fortiori si le patient est jeune, rechercher le cancer par tous les moyens : biopsies, résection biopsique, recherche de localisations secondaires (scintigraphie osseuse).

✚ Prostate d'allure adénomateuse

Une augmentation modérée (**1 ng/ml** de PSA pour **3 à 5** grammes d'adénome) peut être tout à fait banale, mais il faudra pratiquer une échographie et des biopsies au moindre doute.

Après une chirurgie éventuelle de cet adénome, il faudra pratiquer examen histologique de la pièce d'adénectomie ou des copeaux de résection, un nouveau dosage vérifiera la normalisation du taux de PSA. L'étude du ratio PSA libre/PSA total permet de mieux poser les indications de biopsie prostatique, lorsque le PSA est compris entre **4** et **10ng/ml**.

✚ Aspect évocateur de prostatite

Un Traitement adéquat aux antibiotiques et aux anti-inflammatoires, permettra de juguler une infection éventuelle et des nouveaux dosages du PSA, associés à l'échographie et à des biopsies, voire une résection biopsique permettra de faire la part des choses

✚ Il s'agit manifestement d'un cancer de la prostate :

Au toucher rectal la prostate n'est pas forcément augmentée de volume, de dureté pierreuse, de contours mal définis, surface bosselée, douloureuse.

Les examens paracliniques (dosage du PSA, échographie endorectale ou sus - pubienne) , plus l'examen histologique confirmeront le diagnostic.

3.2. Classification anatomoclinique du cancer de la prostate :

3.2.1. Classification TNM 2016 :

T : Tumeur primitive

T0 : tumeur primitive non retrouvée.

T1 : tumeur ni palpable au toucher rectal (TR), ni visible en imagerie.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

T1a : tumeur occupant moins de 5 % du tissu réséqué avec un score ISUP 1 ou absence de grade 4 ou 5.

T1b : tumeur occupant plus de 5 % du tissu réséqué ou un score ISUP ≥ 2 ou présence de grade 4 ou 5.

T1c : tumeur découverte sur une biopsie prostatique en raison d'une élévation de la valeur du PSA.

T2 : tumeur limitée à la prostate.

T2a : tumeur atteignant la moitié d'un lobe ou moins.

T2b : tumeur atteignant plus de la moitié d'un lobe mais sans atteindre les deux lobes.

T2c : tumeur atteignant les deux lobes.

T3 : extension au-delà de la prostate.

T3a : extension extra prostatique uni- ou bilatérale.

T3b : extension aux vésicules séminales uni- ou bilatérale.

T4 : tumeur fixée ou atteignant d'autres structures que les vésicules séminales (sphincter externe, rectum, muscle élévateur de l'anus où la paroi pelvienne)

N : Ganglions régionaux

Nx : ganglions régionaux non évalués

N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 : atteinte ganglionnaire régionale

N1 mi : métastase ganglionnaire $< 0,2$ cm (optionnel)

M : Métastases à distance

Mx : métastases à distance non évaluées

M0 : absence de métastase à distance

M1 : métastases à distance

M1a : atteinte des ganglions non régionaux

M1b : atteinte osseuse

M1c : autres sites avec ou sans atteinte osseuse

3.2.2. Classification pTNM 2016 (AJCC 8e édition) :

pT0 : absence de tumeur identifiée après prostatectomie totale

pT2 : tumeur limitée à la prostate

pT3 : tumeur dépassant les limites de la prostate :

pT3a : extension extra prostatique uni- ou bilatérale incluant le col vésical

pT3b : extension uni- ou bilatérale aux vésicules séminales

pT4 : extension à d'autres structures que les vésicules séminales (sphincter externe, rectum, muscle élévateur de l'anus ou paroi pelvienne)

Pas de stade pT1

** Envahissement de faisceaux musculaires lisses épais

R : reliquat tumoral postopératoire ou limites d'exérèse chirurgicales

Rx : marges non évaluées

R0 : marges négatives

R1 : marges positives

3.2.3. Classification de WHITMORE-JEWETT : [15]

Elle correspond à la stadification et propose 4 grands stades.

- **Stade A (TO)**= Tumeur non palpable, de découverte fortuite en général sur pièce d'adénomectomie.

A1 : Tumeur focale et de grade faible ; l'espérance de vie des malades est identique à celle de la population normale (HANASH 1972).

A2 : Tumeur diffuse, elle reste confinée à la prostate. Le taux de mortalité est de **20%** entre 5 et 15 ans (CORREA 1974).

- **Stade B (T1.T2.N0)** = La tumeur est intra capsulaire.

B1 : petits nodules, localisés à un lobe, ils peuvent évoluer vers les stades C et D, **20%** des patients en décèdent entre 5 à 10 ans.

B2 : gros ou multiples nodules infiltrant toute la glande, présence de métastases dans les 5 ans qui suivent.

- **Stade C (T3.T4.N0)** = extension extra capsulaire.

C1 : sans atteinte des vésicules séminales, volume tumoral inférieur à **70g**.

C2 : volume tumoral supérieur à **70g**. L'envahissement local au-delà de la capsule touche principalement les vésicules séminales et le col de la vessie. Le taux de survie à 5-10 ans est de **15 à 5%** pour les tumeurs peu différenciées et **37-58%** pour les tumeurs différenciées.

- **Stade D (T4)** = possibilité de métastase de tous ordres, le taux de survie à 5 ans est très bas.

D1 : métastases aux ganglions pelviens ou obstruction urétérale provoquant une hydronéphrose.

D2 : métastases ganglionnaires à distance, osseuses ou d'un autre organe ou encore du tissu mou.

3.3. Les classifications histologiques :

Les classifications de **Gleason modifié**, de **Mostofi** et d'**Amico** sont purement histologiques, et sont les plus connues pour la prostate.

3.3.1. La classification de Gleason modifié

La classification définie par Gleason en 1966 comportait 5 grades architecturaux allant de 1 à 5, dont la somme définissait 9 scores de 2 à 10. Ce système a été

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

revu lors des conférences de consensus de l'International Society of Urological Pathology (ISUP), en 2005 puis en 2014 [16].

Pour une meilleure reproductibilité et une corrélation optimale avec les données pronostiques actuelles, il a été recommandé en 2005 de ne plus utiliser de score 2 (1 + 1) et d'éviter les scores 3 et 4. La définition du grade 4, limité dans le système initial aux glandes fusionnées, a été étendue aux petites glandes mal formées à lumière difficilement visible, aux lésions cribriformes (initialement classées grade 3), et aux lésions glomérulaires.

Plusieurs défauts persistaient dans cette classification. Tout d'abord, la presque totalité des CaP diagnostiqués actuellement ont un score minimal de 6, correspondant à des cancers très bien différenciés. Il est de ce fait difficile pour les patients de comprendre qu'ils ont un cancer indolent, alors que leur score se situe dans la médiane de l'échelle de Gleason. De plus, le score de Gleason *stricto sensu* ne fait pas de différence entre les scores 7 (3 majoritaires) et 7 (4 majoritaires).

Une nouvelle classification a donc été proposée par l'ISUP [16], avec les groupes pronostiques suivants.

La valeur pronostique de cette classification en 5 groupes a été validée rétrospectivement par des études multi-institutionnelles [11]. Il est recommandé d'utiliser cette nouvelle classification, en mentionnant dans un premier temps entre parenthèses le score de Gleason correspondant. L'association des grades sur biopsies et pièce opératoire a été récemment précisée [12]. Il a été montré que l'architecture cribriforme est associée à un pronostic péjoratif par rapport aux autres formes de grade 4 [17].

Tableau I : Groupes pronostiques de la classification ISUP 2016.

Groupe 1	Anciennement score de Gleason 6 (3 + 3)
Groupe 2	Score de Gleason 7 (3 majoritaires)
Groupe 3	Score de Gleason 7 (4 majoritaires)
Groupe 4	Score de Gleason 8 (4 + 4, 3 + 5 ou 5 + 3)
Groupe 5	Score de Gleason 9 ou 10

3.3.2. La classification de Mostofi : [18,19]

Tableau II : Grade de composition des tumeurs.

Grade 1	Tumeur composée de glandes bien différenciées bordées par un épithélium présentant des signes d'anaplasie nucléaire discrète
Grade 2	Tumeur composée de glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie modérée
Grade 3	Tumeur composée de glandes dont l'épithélium présente des signes d'anaplasie sévère ou tumeur indifférenciée sans formation de glande.

3.3.3. Classification de D'Amico : [9]

Des groupes à risque ont été validés pour estimer le risque de progression après prostatectomie totale, radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle :

Tableau III : Groupes à risques de progression après prostatectomie totale

Faible risque	PSA \leq 10 ng/ml, et score ISUP 1, et stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20 ng/ml, ou score 2 ou 3, ou stade clinique T2b
Risque élevé	PSA $>$ 20 ng/ml, ou score ISUP $>$ 3, ou stade clinique T2c

Les groupes à risque intermédiaire et à risque élevé sont hétérogènes : il suffit d'avoir un des trois facteurs pour définir l'appartenance à ces groupes. Une distinction existe au sein du groupe à risque intermédiaire entre les tumeurs de score de Gleason 3+4 et les tumeurs de score de Gleason 4+3 qui appartiendraient plutôt au groupe à haut risque.

3.4. Traitement :

3.4.1. But :

Améliorer la qualité de vie des patients ayant un cancer de la prostate avancé.

3.4.2. L'hormonothérapie :

Le cancer de la prostate est hormonodépendant et l'hormonothérapie a su améliorer l'évolution clinique du cancer de la prostate.

Il s'agit d'un bon traitement palliatif général ; surtout dans les cas évolués métastatiques. Cependant elle améliore l'état de santé du patient, mais ne prolonge pas la vie des patients. Elle peut être réalisée par plusieurs procédés :

- Suppression androgénique (SAd)

Le traitement hormonal du Cap, en cas de maladie localement avancée ou métastatique, a pour objectif de diminuer la testostérone circulante en deçà d'un seuil empiriquement fixé à 50 ng/dl. Ceci est habituellement réalisé par l'utilisation d'agonistes ou d'antagonistes de la LHRH.

- Blocage androgénique complet (BAC)

Le BAC associe agoniste de la LHRH et anti-androgène de première génération. L'étude la plus importante et les méta-analyses concluent à un bénéfice modeste en survie (moins de 5%) qui n'apparaît pas avant 5 ans de traitement, avec une altération de la qualité de vie liée à l'utilisation de l'anti-androgène.

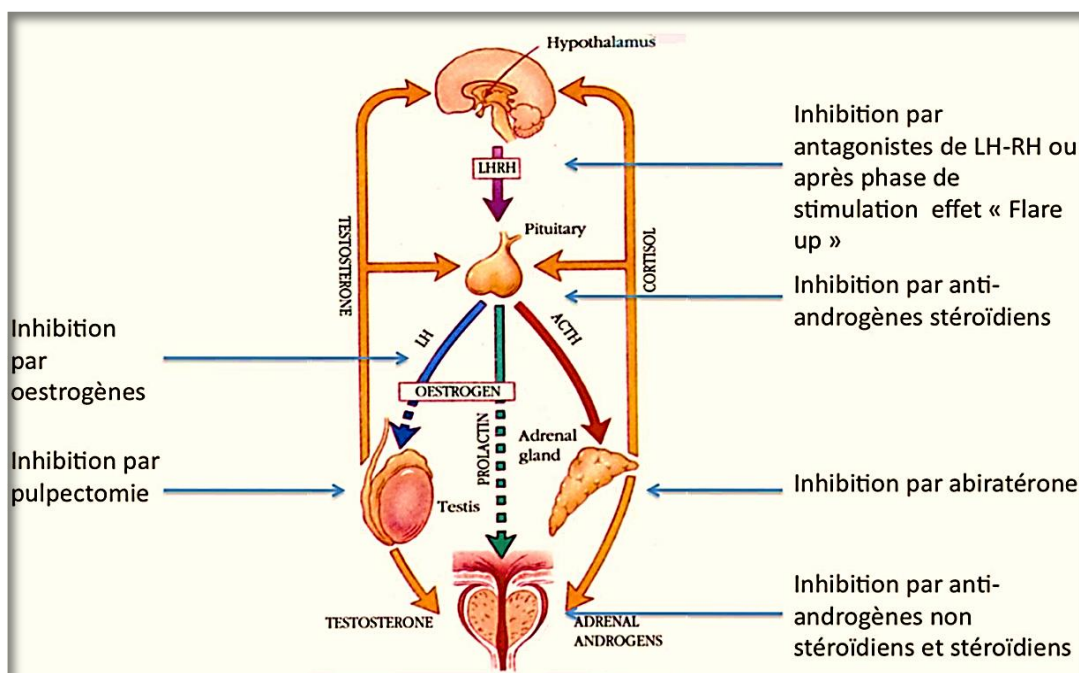


Figure 8 : Principe de l'hormonothérapie de la prostate [18].

Tableau IV : Stratification des patients ayant un CaP hormonosensible selon le volume et le risque.

	Statut	Définition
CHAARTED	Haut volume tumoral	Métastases viscérales et/ou ≥ 4 métastases osseuses (dont au moins une en dehors du pelvis et rachis)
LATITUDE	Haut risque tumoral	≥ 2 facteurs de risque parmi les suivants : <ul style="list-style-type: none">- Au moins 3 lésions osseuses- Métastases viscérales \geq ISUP 4

Le traitement hormonal du Cap, en cas de maladie localement avancée ou métastatique, a pour objectif de diminuer la testostérone circulante en deçà d'un seuil empiriquement fixé à 50 ng/dl. Ceci est habituellement réalisé par l'utilisation d'agonistes ou d'antagonistes de la LHRH.

Blocage androgénique complet (BAC) : Le BAC associe agoniste de la LHRH et anti-androgène de première génération. L'étude la plus importante et les méta-analyses concluent à un bénéfice modeste en survie (moins de 5%) qui n'apparaît pas avant 5 ans de traitement, avec une altération de la qualité de vie liée à l'utilisation de l'anti-androgène.

Tableau V : SAd pour le CaP hormonosensible.

Grade	Recommandation
FORT	Les patients ayant un CaP métastatique doivent recevoir une SAd de façon immédiate
FORT	Il n'y a pas d'indication à prescrire systématiquement un antiandrogène dit de première génération » de façon systématique lors de la première injection d'agoniste de la LHRH
FORT	Il n'y a pas d'indication à un traitement par association d'une castration à un antiandrogène de première génération
FORT	Il n'y a pas d'indication à un traitement par antiandrogène de première génération en monothérapie
FORT	Le THI est une option thérapeutique pour les patients informés des incertitudes qu'il présente, volontaires, asymptomatiques, soit en RB après traitement local, soit ayant une maladie localement avancée, soit, avec beaucoup de précautions, pour les patients paucisymptomatiques. Le THI ne peut être réalisé qu'en cas de bonne réponse au traitement d'induction (PSA < 4 ng/ml) à 6-9 mois. La reprise est réalisée de façon empirique en cas de symptômes ou sur le taux de PSA

Traitement immédiat au diagnostic ou différé à l'apparition de symptômes :

Pour les patients symptomatiques, le traitement immédiat est indiqué. Pour les patients asymptomatiques, il y a un manque de données scientifiques de qualité. Une méta-analyse de quatre études historiques (avant l'utilisation du PSA) a comparé hormonothérapie immédiate et hormonothérapie différée à l'apparition de symptômes. Si le traitement immédiat n'a pas prouvé de bénéfice en survie

globale, il a retardé la progression et les complications. Le consensus s'est donc dessiné vers un traitement d'emblée chez tous les patients métastatiques.

Les patients symptomatiques doivent recevoir un traitement initial assurant une efficacité la plus rapide : orchidectomie ou antagoniste de la LHRH (degarelix, relugolix).

Prévention du flare up (flambée androgénique)

Le pic d'androgènes observé après une première injection d'agoniste de la LHRH est exceptionnellement symptomatique (éventuellement chez les patients porteurs d'une forte masse tumorale). Cette exacerbation symptomatique serait partiellement prévenue par un antiandrogène prescrit dès le jour de l'injection de l'analogue de la LHRH (pour une durée usuelle de quinze jours). Seul l'acétate de cyprotérone a été étudié dans cette situation, aucune donnée de qualité n'est disponible pour le bicalutamide. La prévention de la flambée androgénique est optionnelle et n'est à considérer que chez des patients à forte masse tumorale traités par agoniste de la LHRH.

Antagoniste ou agoniste de la LHRH

L'antagoniste de la LHRH permet une castration plus rapide que les agonistes de la LHRH et il n'expose pas à un pic de testostérone (flare up). Aucune différence d'efficacité carcinologique n'a été rapportée entre les deux classes thérapeutiques. Une méta-analyse des études prospectives du degarelix, antagoniste de la LHRH, semble montrer une diminution des événements cardiovasculaires par rapport aux agonistes, en particulier chez les patients présentant des antécédents vasculaires. A contrario, aucune des deux études de registres n'a mis en évidence de différence entre agonistes et antagonistes concernant cette complication. Plus récemment, une étude de phase II randomisée comparant directement antagoniste et agoniste chez 80 patients ayant des antécédents vasculaires n'a pas mis en évidence de différence sur le critère principal de jugement qui était l'altération de la fonction endothéliale. En revanche, plus d'événements cardiovasculaires ont été observés

chez les patients traités par agoniste (20% vs 3 %, $p = 0,013$). Une étude de phase III est en cours afin de valider ces données.

Traitement par antiandrogène en monothérapie

Les antiandrogène non stéroïdiens ont été évalués par une méta-analyse incluant huit études les comparant à une castration, dont trois portaient sur des populations exclusivement métastatiques. La survie globale et la survie sans progression clinique étaient moindres et les interruptions pour effets secondaires supérieures dans le groupe antiandrogène. Il n'y a aucune indication de traitement par antiandrogène de première génération en monothérapie des patients métastatiques.

Traitement hormonal intermittent (THI)

Le THI est une administration intermittente d'agoniste ou d'antagoniste de la LHRH qui a fait l'objet de plusieurs essais rapportés dans le Tableau 43. Le THI ne permet pas de retarder la résistance à la castration et n'a montré ni son équivalence ni son innocuité en comparaison du traitement continu chez les patients métastatiques. Le seul essai ayant montré la non-infériorité du traitement intermittent par rapport au traitement continu concernait des patients en RB après radiothérapie. Seules deux études ont montré que le THI diminue, pour l'une, les bouffées de chaleur et, pour l'autre, les troubles de la sexualité et les capacités physiques. Aucune méta-analyse n'a rapporté de bénéfice.

La conduite d'un THI doit respecter trois critères.

- Premièrement : l'initiation par un analogue de la LHRH combiné à du bicalutamide (50 mg/jour).
- Deuxièmement : sélection des seuls patients ayant eu une réponse optimale à 6-9 mois, 4 ng/ml (idéalement $\ll 0,2$ ng/ml).
- Troisièmement : reprise du traitement s'appuyant sur l'apparition de symptômes ou l'augmentation du PSA au-delà d'un seuil fixé de façon empirique (de 4 à 20 ng/ml selon les études et la situation clinique).

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Le suivi doit être régulier, trimestriel ou semestriel. Le traitement peut être conduit de la sorte jusqu'à identification d'une résistance à la castration où aucune donnée sur le THI n'est disponible.

CaP hormonosensible : traitements associés à la SAd

La SAd en monothérapie est restée le traitement de référence de ces patients jusqu'à ce qu'une combinaison thérapeutique avec les HTNG ou la chimiothérapie apparaisse maintenant indiquée dans la plupart des cas. Le maintien de la SAd tout au long de la maladie métastatique reste indispensable.

Indications thérapeutiques (Tableau VI)

La SAd reste le traitement de base du cancer de la prostate métastatique. L'utilisation d'un blocage androgénique complet n'apporte aucun bénéfice. Un traitement continu est préconisé à cette phase de la maladie.

Tableau VI : Indications thérapeutiques dans le cancer de prostate hormonosensible.

Stade	Charge tumorale	Options thérapeutiques	Description	Grade de recommandation
M1 synchrones	Haut volume/ Haut risque	SAd* +Acétate d'abiratérone ou Enzalutamide ou Apalutamide	Amélioration de la SG	Fort
		SAd* + Docétaxel	Amélioration de la SG	Fort
		Traitement local	Non recommandé	Fort
		Médicaments ciblant l'os	Non recommandés	Fort
	Bas volume/ Bas risque	SAd* +Acétate d'abiratérone ou Enzalutamide ou Apalutamide	Amélioration de la SG	Fort
		Radiothérapie prostatique	Amélioration de la SG	Fort
Traitement local des métastases (oligométastases)		Pas de données suffisantes pour formuler des recommandations		

* SAd : suppression androgénique (immédiate et continue).

M1 métachrones	Hormonothérapie immédiate et continue	- symptomatique : pour éviter les complications graves - asymptomatique : pour retarder les symptômes et retarder les complications	Fort
	Sad*+ Enzalutamide ou Apalutamide	Améliorent la survie sans progression radiologique	Fort
	Hormonothérapie intermittente	Pauci-métastatique, asymptomatique, motivé, informé, PSA < 4 ng/mL après 6-9 mois de HT	Faible
	Traitement local des métastases (oligométastases)	Pas de données suffisantes pour formuler des recommandations	

Recommandations pour les CPRC MO

Chez un patient en récurrence biologique à haut risque (définie par un temps de doublement du PSA inférieur ou égal à 10 mois), après traitement local et sans

métastases apparentes (scintigraphie et TDM), traité par suppression androgénique et chez qui survient une résistance à la castration (CPRC MO), il est recommandé de compléter la SAd par l'apalutamide, l'enzalutamide, ou le darolutamide (grade fort).

Les facteurs pronostiques :

Les facteurs pronostiques les plus importants sont :

- + Le grade tumoral.
- + Le stade de la tumeur ;
- + L'âge des malades.
- + Score de Gleason ; et PSA [15]

➤ **Le grade tumoral :**

Le grade 1 : il correspond aux tumeurs bien différenciées : le pronostic est bon.

Le grade 2 : Tumeurs moyennement différenciées : le pronostic est moins bon.

Le grade 3 : Tumeurs indifférenciées : en général le pronostic est mauvais.

➤ **Le stade tumoral :**

Au stade intra-capsulaire (A et B) : les tumeurs sont du bon pronostic.

Au stade extra-capsulaire (C) : seulement, le traitement palliatif est possible, le pronostic n'est donc pas bon.

Au stade généralisé (D) : le pronostic est mauvais.

➤ **L'âge :**

Le sujet jeune au risque de développer tous les stades cliniques de son cancer avant son décès, la découverte précoce garde alors toute sa place chez lui.

➤ **Le score histologique de Gleason :**

Il est fondé sur le degré de dédifférenciation (coté de 1 à 5) du tissu tumoral. Celui-ci n'étant pas homogène, la somme des deux contingents dominants les moins différenciés (donc les plus agressifs) donne le score de Gleason, qui exprime ainsi de 2 à 10 une échelle s'élevant avec la gravité du pronostic :

2, 3, 4, 5 : faible gravité (peu indifférenciés).

6, 7, 8 : moyenne gravité (moyennement indifférenciés).

9, 10 : importante gravité (très indifférenciés).

Ce score est de 7 ou 8 pour la majorité des adénocarcinomes prostatiques.

➤ **Le PSA :**

Plus le PSA est élevé, plus le pronostic est mauvais.

3.4.3. La surveillance :

La surveillance du patient porteur du cancer de la prostate est indispensable. Elle est réalisée à partir du toucher rectal qui reste incontournable. Le toucher rectal est complété par des examens complémentaires (PSA et Echographie prostatique) qui renforcent ainsi sa sensibilité.

Au cours de la surveillance la palpation des aires ganglionnaires est indispensable à la recherche d'adénopathies métastatiques. Les clichés thoraciques et osseux doivent être réalisés à la recherche des métastases pulmonaires et osseuses. Ces examens doivent être répétés tous les trois mois au cours du traitement et tous les six mois après en cas de rémission complète [15].

MÉTHODOLOGIE

3. Méthodologie

3.1. CADRE DE L'ETUDE :

L'étude a été réalisée dans le service d'urologie du (CHU) du Point-G.

A ce jour le service dispose de 40 lits d'hospitalisation.

Son personnel est constitué de quatre urologues et , d'un infirmier major, de deux infirmiers diplômés d'état, de deux techniciens supérieurs et de deux aides-soignantes.

Les patients sont reçus en consultation quatre (4) jours par semaine (lundi, mardi, mercredi et jeudi).

Les soins à prodiguer aux malades hospitalisés sont décidés lors de la visite quotidienne tous les matins à partir de 9 heures ;

Les interventions chirurgicales sont réalisées quatre (4) jours par semaine (lundi, mardi, mercredi et jeudi).

Les patients à opérer étaient hospitalisés la veille de l'opération, d'une manière générale, les malades sont hospitalisés du dimanche au mercredi pour être opérés les lundis, mardis, mercredis, et jeudis.

Les premières 24 heures sont mises à profit par le personnel médical pour préparer le malade à l'intervention.

Le programme opératoire de la semaine était établi le vendredi dans la matinée.

Les gardes sont effectuées par les urologues, les urologues en formation (DES), les infirmiers et l'urologue de garde est d'astreinte 24h /24.

3.2.Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective longitudinale et descriptive.

Elle s'est déroulée sur une période d'un an allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

3.3.Population de l'étude :

L'étude a concerné l'ensemble des patients vus en urologie au CHU du Point-G durant la période d'étude, chez qui le diagnostic de cancer de la prostate a été confirmé par l'examen anatomopathologique

3.4.Critère d'inclusion : Tout patient présentant un cancer de la prostate métastatique hormono-naïf

3.5.Critère de non inclusion :

- Patient ne voulant pas participer à l'étude.
- Dossiers médicaux incomplets.

3.6.Paramètres étudiés :

Les paramètres suivants ont été évalués avant et après la castration à chaque mois du suivi.

Bilan clinique :

Interrogatoire : Motif de consultation, durée des troubles, ATCD Urologiques, traitement déjà effectué.....

Examen physique : pâleur, globe vésical, poids....

TR : aspect de la prostate, sa consistance, présence de douleur.....

Bilan paraclinique :

NFS, Groupe sanguin rhésus, créatininémie,

Glycémie, ECBU, Taux de testostérone,

Taux de PSA, échographie rénale et vésico-prostatique.

Une castration a été pratiquée chez tous les malades et les paramètres initiaux ont été évalués à 1 mois , 3 mois et 6 mois après.

La qualité de vie a été évaluée selon l'indice de Performance de l'OMS et le Score EORT.

3.7.7- La saisie et l'exploitation des données :

Nous avons régulièrement procédé à la saisie de nos données sur ordinateur avec (les logiciels Word, Excel 2019 et SPSS v25).

RÉSULTATS

7. Résultats

Les caractéristiques socio-démographiques :

Âge

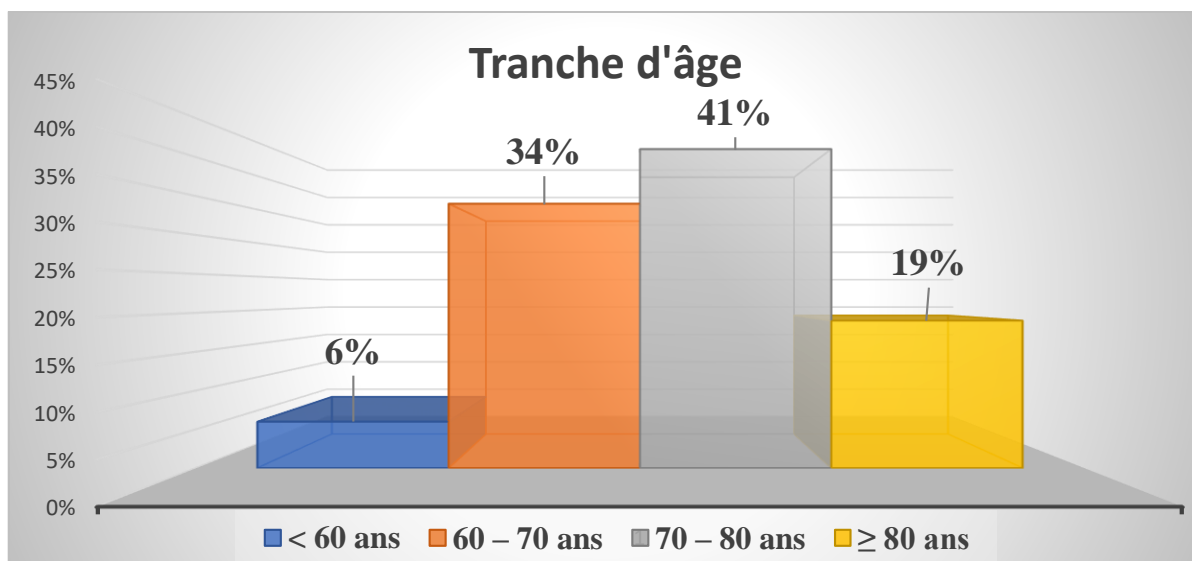


Figure 9 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.

Moyenne d'âge = 72 ans.

Extrêmes = 56 – 89 ans.

Écart type = 7,776 ans.

Le statut matrimonial :

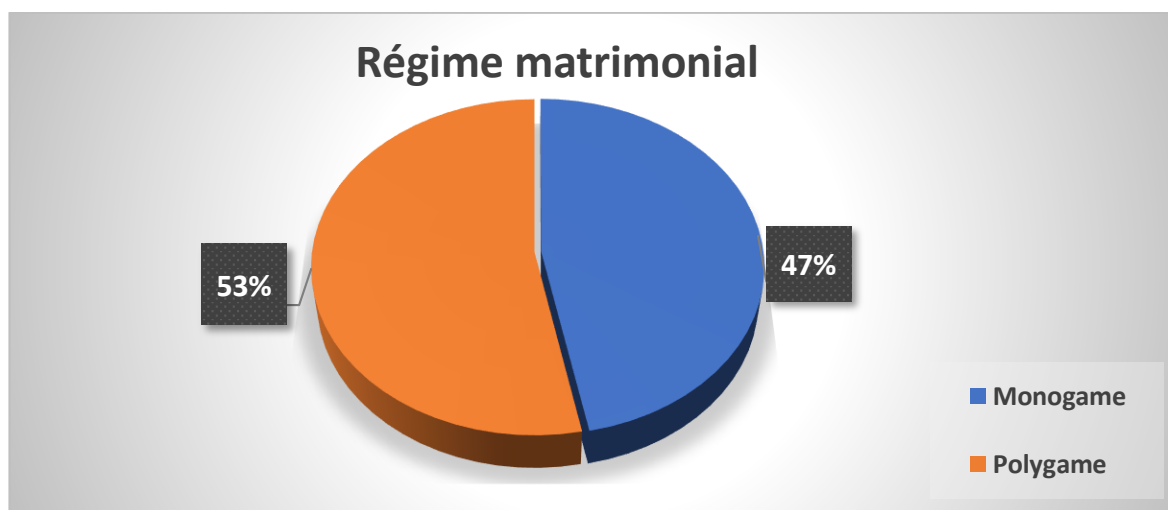


Figure 10 : Répartition des patients en fonction du Régime matrimonial.

Les patients étaient tous mariés. Les Polygames étaient majoritaires.

Résidence

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Kayes	1	3%
Koulikoro	4	13%
Mopti	1	3%
Ménaka	2	6%
Bamako	14	44%
Autres	10	31%
Total	32	100

De ce tableau, nous remarquons que Bamako était la résidence majoritaire avec 44% des cas.

Groupe ethnique

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du groupe ethnique

Groupe ethnique	Fréquence	Pourcentage
Bambara	8	25%
Peulh	7	22%
Bobo	1	3%
Sarakolé	1	3%
Sénoufo	3	9%
Dogon	2	6%
Malinké	4	13%
Autres	6	19%
Total	32	100

L'ethnie bambara a été la plus représentée dans 25% des cas.

Données clinique : Mode de référence

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du mode de référence

Mode de référence	Fréquence	Pourcentage
Lui-même	15	47%
Hôpital régional	1	3%
Personnel de santé	8	25%
Clinique privée	4	13%
CSRef	4	13%
Total	32	100

La majorité de nos patient est venue d'elle-même dans 47% des cas.

Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie a la première consultation avant castration.

1. Données cliniques :

1-1. Motif de consultation

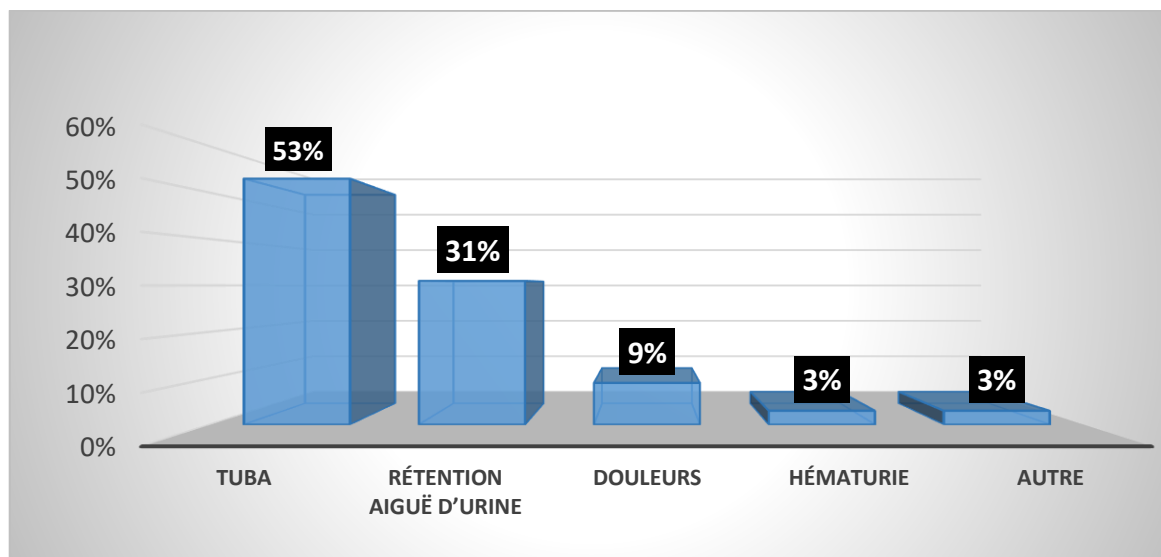


Figure 11 : Répartition des patients en fonction des motifs de consultation.

Les principaux signes cliniques les plus retrouvés chez nos malades sont les troubles urinaires à type de pollakiurie, de brulures mictionnelles, de dysurie observés chez 53% et 31 % qui avait vécu un épisode de rétention aigue d'urines.

1-2. Durée des troubles

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la durée des troubles

Durée des troubles (mois)	Fréquence	Pourcentage
2 – 8	13	41%
9 – 15	13	41%
16 – 22	1	3%
23 – 29	4	13%
30 – 36	1	3%
Total	32	100

La durée des troubles a été de 2 à 8 mois dans 41% des cas, de même que 9 à 15 mois dans les même proportion.

1-3. Les antécédents :

1-3-1. Antécédents urologiques

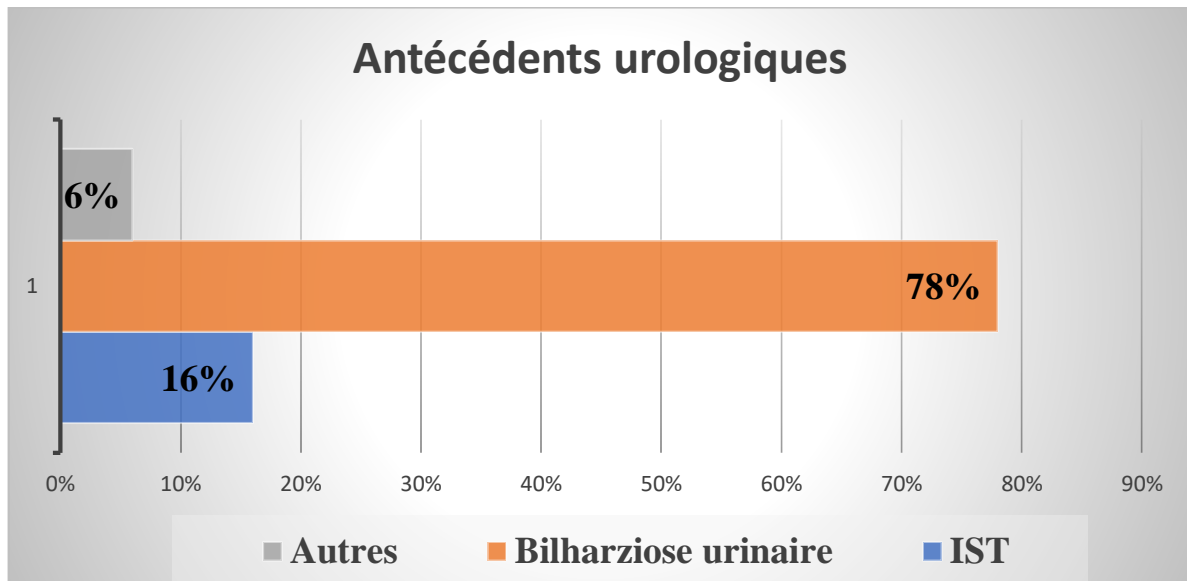


Figure 12 : Répartition des patients en fonction des antécédents urologiques.

L'antécédent de bilharziose était retrouvé chez 78% et d'IST chez 16% des patients.

1-3-2. Antécédents familiaux

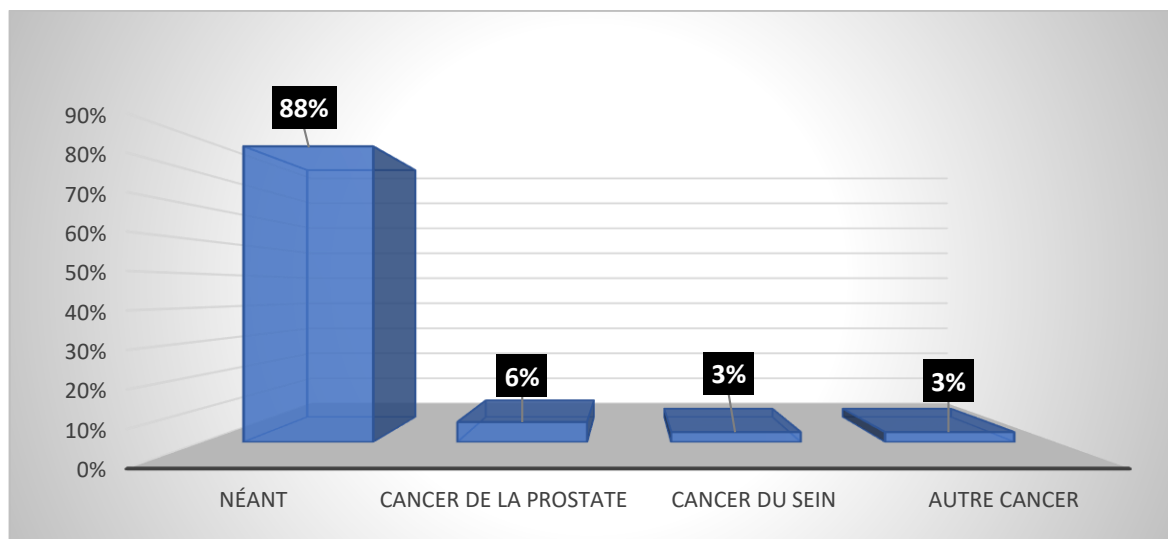


Figure 13 : Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux de cancer.

Chez la majorité de nos patients (88%), on n'a pas retrouvé d'antécédent familial de cancer.

1-3-2. Les antécédents chirurgicaux :

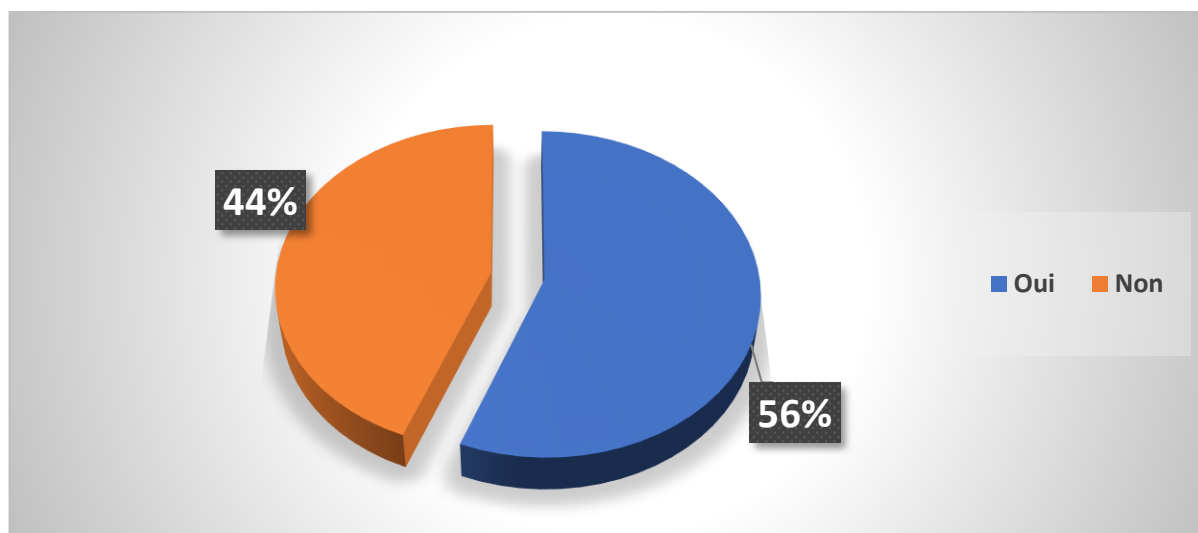


Figure 14 : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux.

Un antécédent chirurgical a été retrouvé chez 56 % des patients.

1-4. Le type d'intervention (Nature des antécédents chirurgicaux) :

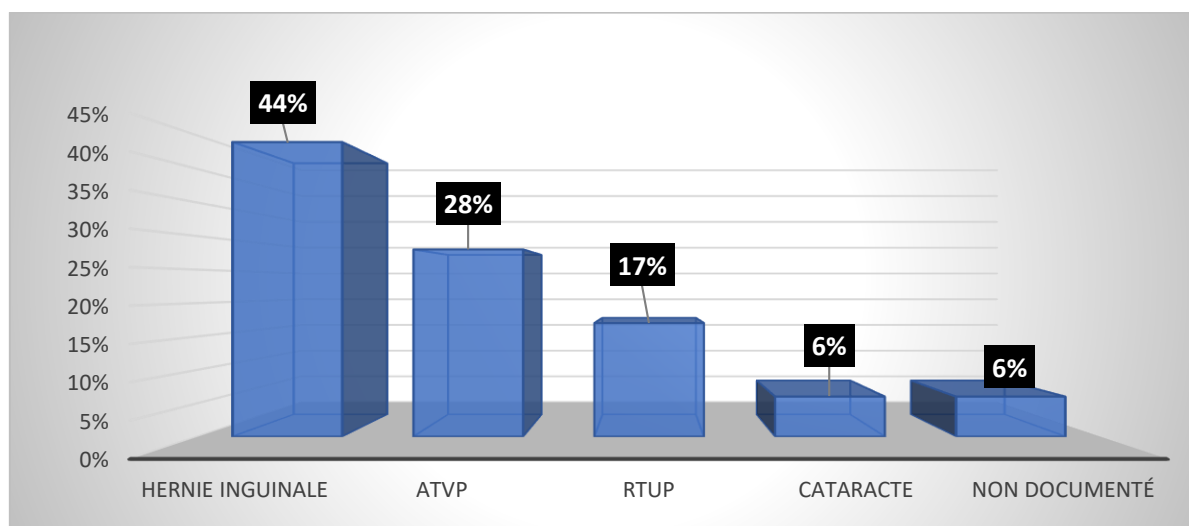


Figure 15 : Répartition des patients en fonction du type d'intervention.

Un antécédent d'adénomectomie transvésicale de la prostate a été retrouvé chez 28% des patients et 17% ont subi une résection –trans-urétrale, soit au total un antécédent d'intervention sur la prostate dans 45% des cas.

1-5. Traitement déjà effectués

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du traitement déjà effectués

Traitements déjà effectués	Fréquence	Pourcentage
Oui	20	63%
Non	12	38%
Total	32	100

De l'analyse de ce tableau, nous remarquons que 63% de nos malades avaient déjà effectué un traitement.

1-6. Aspect de la prostate au toucher rectal :

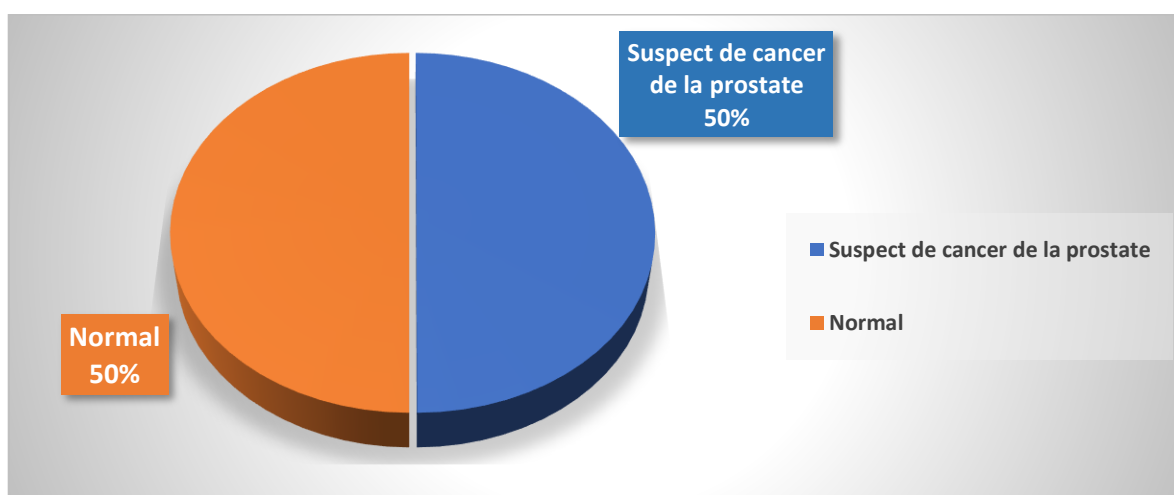


Figure 16 : Présence ou absence de nodule prostatique.

Les signes typiques au toucher rectal en faveur d'un cancer de la prostate à savoir : la prostate nodulaire, de dureté pierreuse, de contours mal définis, douloureuse, ont été retrouvés chez la moitié des malades soit 50%.

2. Données paracliniques

2-1. Aspect échographique de la prostate :

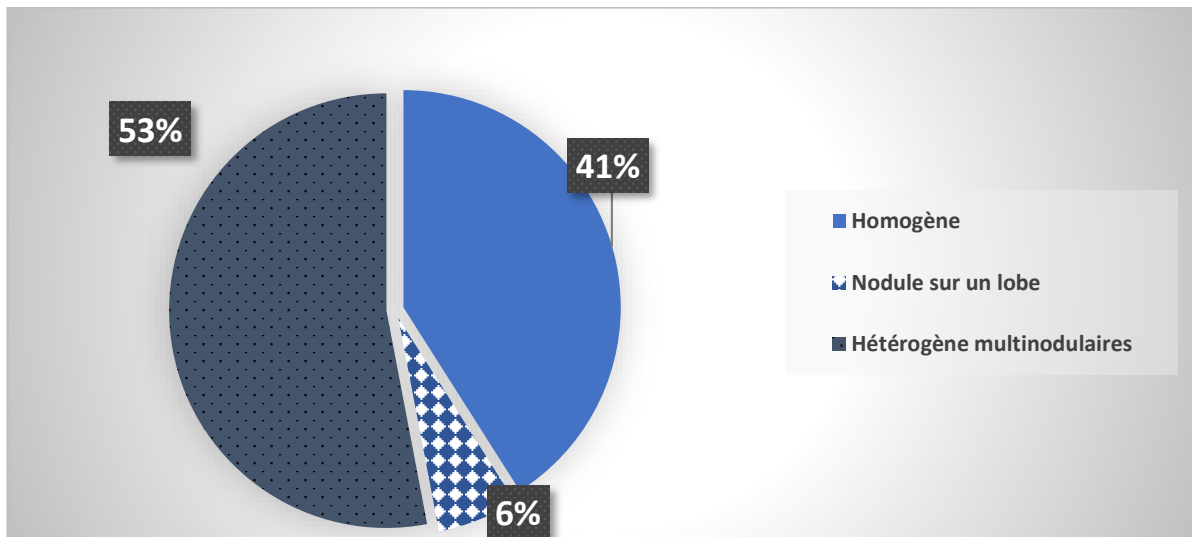


Figure 17 : Echographie de la prostate.

La prostate était hétérogène multinodulaire chez 53% des patients.

2-2. Biologie :

La créatinémie était normale chez 62 % des patients.

Le taux de PSA :

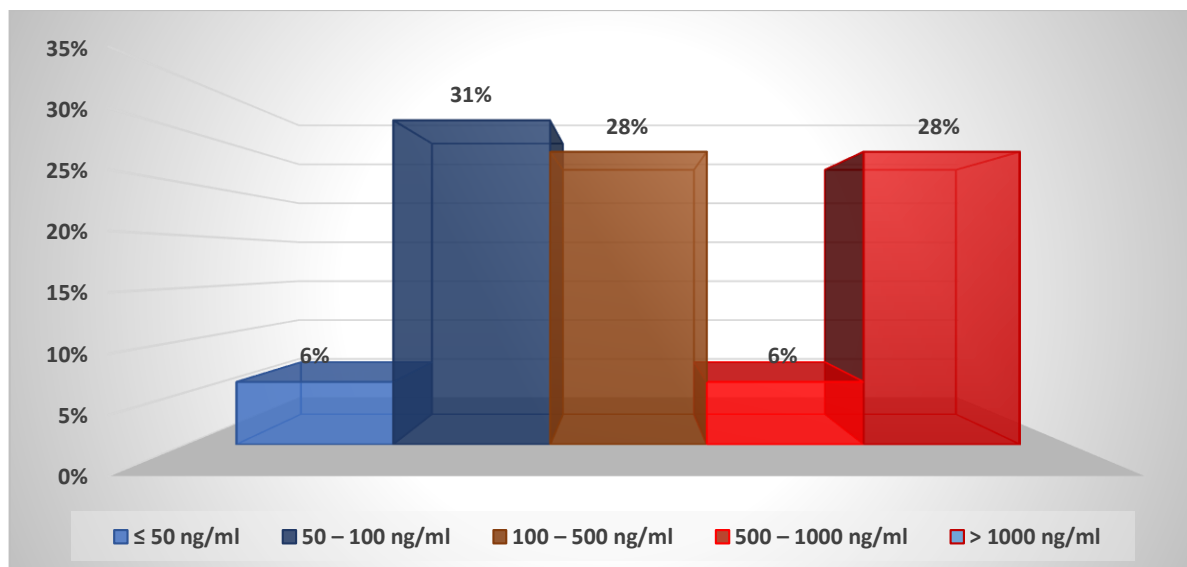


Figure 18 : Répartition en fonction du taux de PSA.

Tous nos malades ont un taux de PSA supérieur à la norme – 4 ng/ml. La majorité 31%, a un taux compris entre 50 et 100 ng/ml. Les taux les plus élevés, supérieurs à 1000 ng /ml ont été observés chez 28% des malades.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Extrêmes = 18,80 et 4655,98 ng /ml.

Moyenne = 729 ng/ml

Ecart-type = 1020,87

La testostéronémie (nmol / l) :

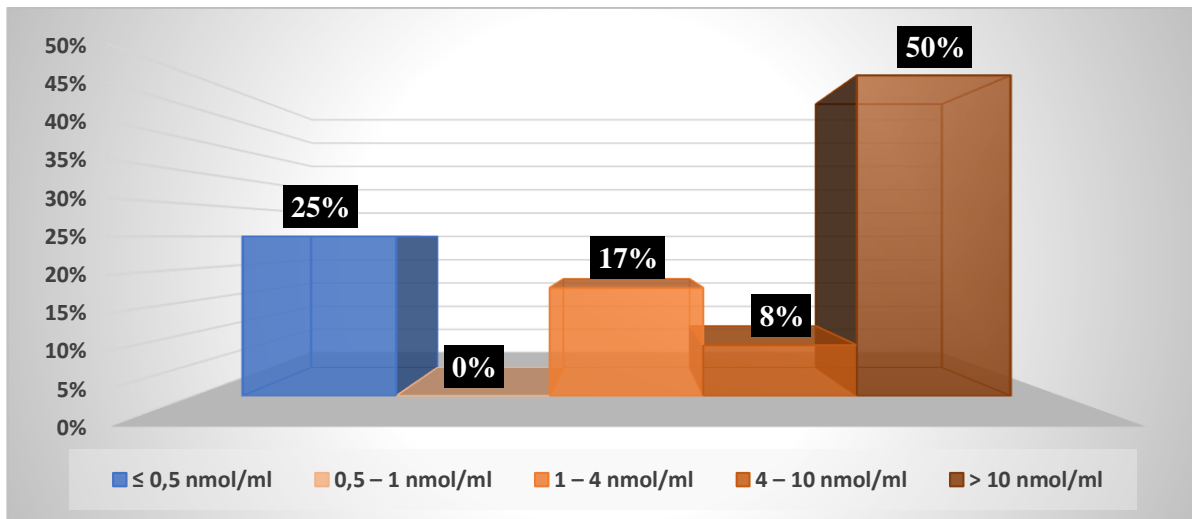


Figure 19 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie.

La testostéronémie était supérieur à 1 nmol/ml chez la majorité des patients soit dans 75% des cas.

Extrêmes = 0,06 et 14,71 nmol/ml.

Moyenne = 7,52 nmol/l

Ecart-type = 6,01 nmol/l

Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) :

78 % des patients ont réalisé un examen d'urines.

Des germes ont été retrouvés chez 44%.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé.

Germes	Fréquence	Pourcentage
Escherichia Coli	9	36%
Klebsiella Oxytoca	2	8%
Klebsiella pneumoniae	1	4%
Enterococcus	1	4%
Staphylococcus aureus	1	4%
Sans germe	11	44%
Total	25	100

E. Coli a été le germe le plus fréquentement retrouvé chez 9 malades soit 36% des échantillons.

Histologie : L'adénocarcinome était retrouvé chez tous les patients.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du score de Gleason.

Score de Gleason	Fréquence	Pourcentage
5 (2+3)	1	3%
6 (3+3)	3	9%
7 (3+4)	5	16%
7 (4+3)	11	34%
8 (4+4)	8	25%
9 (4+5)	1	3%
9 (5+4)	3	9%
Total	32	100

Le score de Gleason, élément pronostique important était à 7 (4+ 3) chez 11 malades soit 34% des patients.

3. Stade évolutif de la maladie chez nos patients selon la classification TNM

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la classification TNM.

TNM		Fréquence	Pourcentage
T (4)		32	100%
N	0	11	34%
	1	21	66%
M (1)		32	100%

- Le cancer était classé T4 chez l'ensemble des malades.
- L'atteinte ganglionnaire a été présente chez 66% des malades.
- La métastase a été retrouvée chez tous les malades.

Légende :

- **Tumeur (T)**
- **Node (N)**
- **Métastases (M)**

Site des métastases

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de la précision des métastases.

Site des métastases	Fréquence	Pourcentage
Os	14	44%
Poumons	9	28%
Autres	9	28%
Total	32	100

Les métastases étaient osseuses chez 14 malades soit 44% et le poumon atteint chez 9 autres soit 28% des cas.

4. Les indicateurs de la qualité de vie de nos patients

Indice de performance OMS

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS.

Indice de performance OMS	Fréquence	Pourcentage	Cumule
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	15	47%	47%
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	7	22%	
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	2	6%	53%
3 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence	8	25%	
Total	32	100	

Dans notre étude, 47% des patients ont été capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction. Et 53% avaient un handicap.

Qualité de vie selon les critères EORTC QLQ-C30

Etat physique

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de l'état physique.

Etat physique	Fréquence	Pourcentage	Cumule
1 Très mauvais	2	6%	
2 Mauvais	6	19%	63%
3 Passable	4	13%	
4 Assez bien	8	25%	
5 Bien	7	22%	
6 Très bien	3	9%	37%
7 Excellent	2	6%	
Total	32	100	

Les données du tableau montrent que dès le départ les malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués (63% de mauvais état physique.)

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie.

Qualité de vie	Fréquence	Pourcentage	Cumule
1 Très mauvaise	2	6%	
2 Mauvaise	1	3%	56%
3 Passable	9	28%	
4 Assez bien	6	19%	
5 Bonne	6	19%	
6 Très bonne	6	19%	44%
7 Excellente	2	6%	
Total	32	100	

L'étude de la qualité de vie est conforme à celle de l'état physique car 56% des malades déclarent avoir une mauvaise qualité de vie.

A. Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 1 mois après castration :

1. Données cliniques 1 mois après castration :

À 1 mois post-castration nous avons enregistré :

Perdus de vue =16

Décédés = 4

Effectif étudié = 12

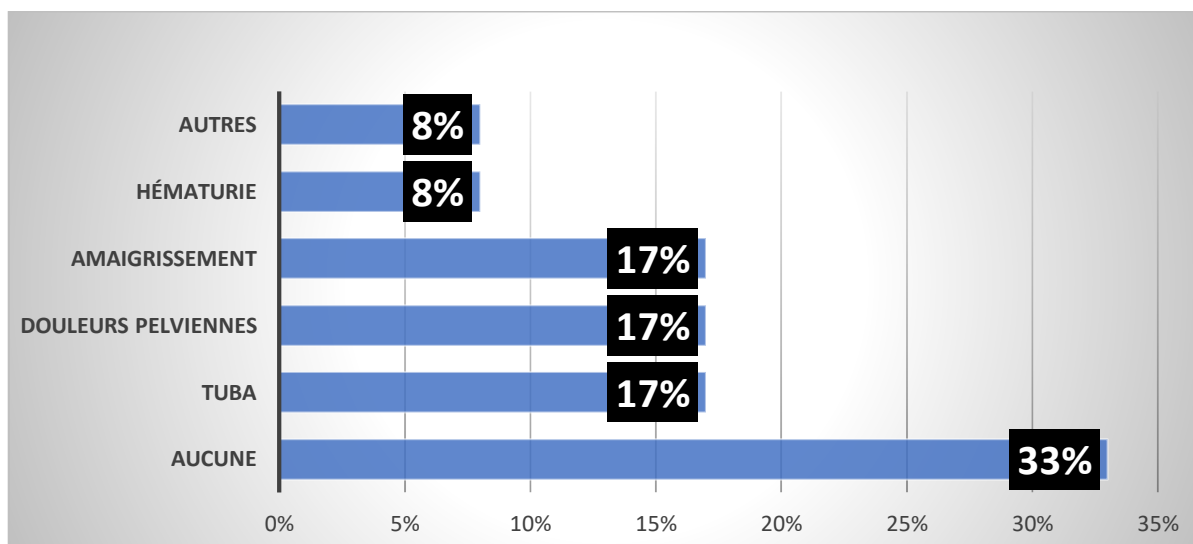


Figure 20 : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 1 mois après castration.

Dans notre étude, 33 % des patients n'avaient aucune plainte un mois après la castration. 2 malades soit 17% avaient un trouble du bas appareil urinaire.

Aspect de la prostate au toucher rectal à 1 mois après castration

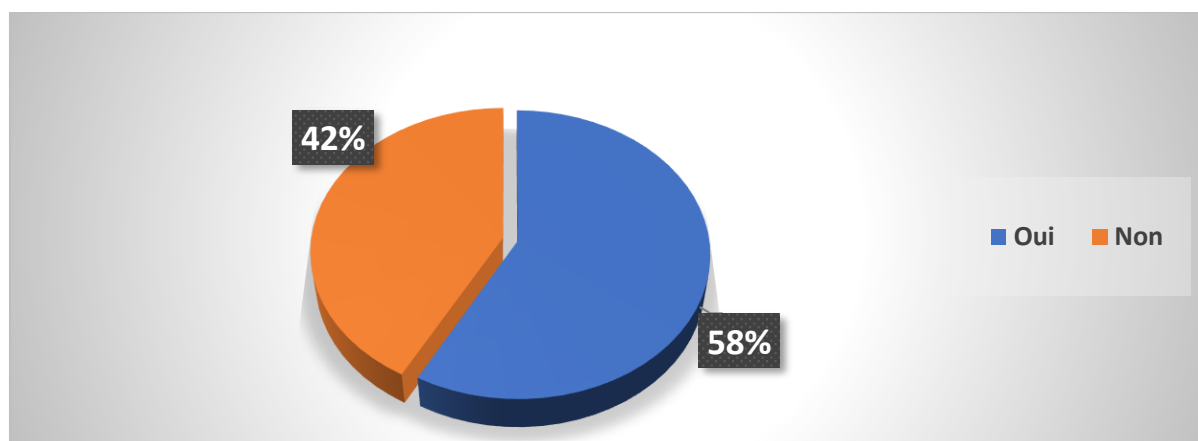


Figure 21 : Présence ou absence de nodule prostatique à 1 mois post-castration. La prostate était nodulaire chez 58% des patients.

2. Données paracliniques à 1 mois après castration

Biologie :

La créatinémie était normale chez 58 % des patients.

Le taux de PSA :

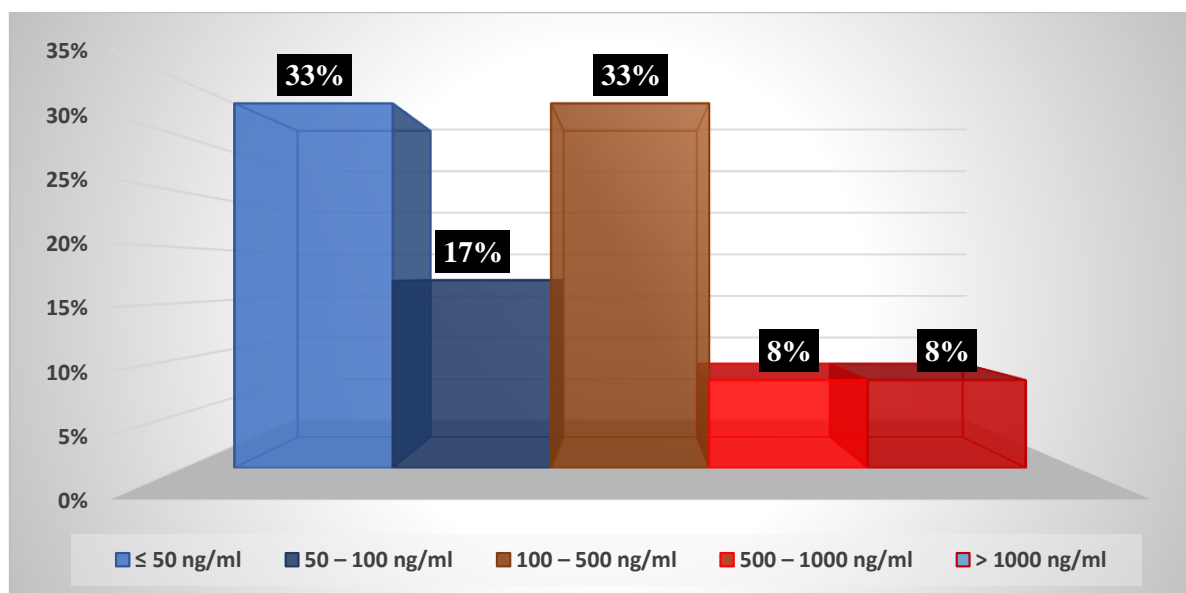


Figure 22 : Répartition des patients en fonction de la TPSA à 1 mois post-castration.

Le PSA était supérieur à 100 ng/ml chez environ 49% des patients.

Extrêmes = 1,00 et 2343,80 ng /ml.

Moyenne = 334,99 ng/ml

Ecart-type = 658,80

Il était important de savoir quel impact allait avoir la castration un mois après, sur le taux de PSA. Globalement le taux de PSA s'est effondré car : le taux des malades qui présentaient un taux de PSA inférieur ≤ 50 ng/dl (bien que cela ne soit pas la norme) est passé de 6% avant la castration à 33% après ce geste chirurgical.

On peut donc conclure que la castration, déjà un mois après, a sans doute abouti à une diminution de l'emprise des androgènes sur les cellules cancéreuses de la

prostate réduisant significativement leur activité de sécrétion de l'antigène spécifique de la prostate.

La testostéronémie :

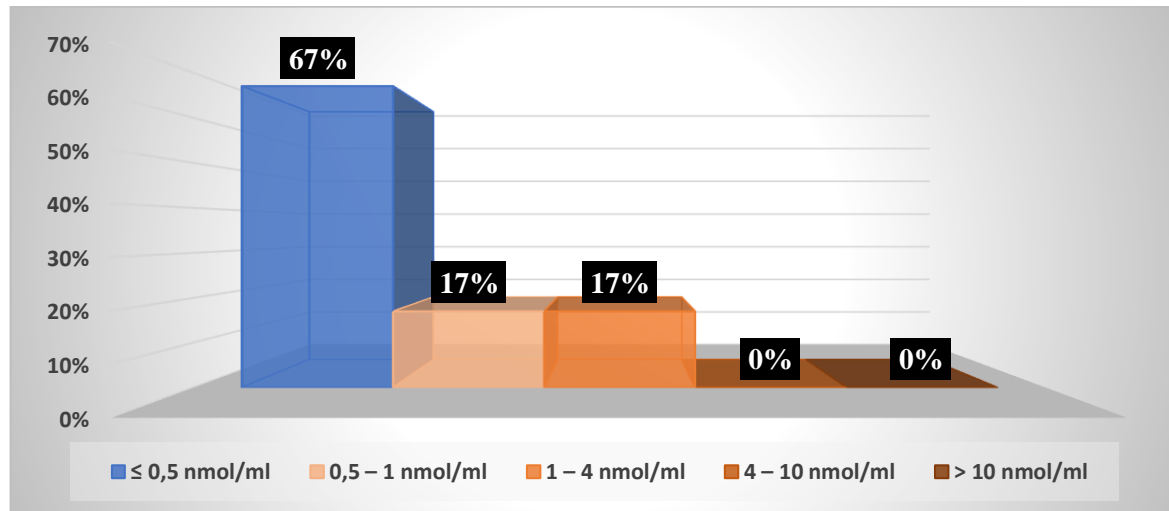


Figure 23 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 1 mois après castration.

La testostéronémie était inférieure à 1 nmol/ml chez 83% des patients.

Extrêmes = 0,02 et 1,40 nmol /ml.

Moyenne = 0,47 nmol/ml

Ecart-type = 0,48

Comme on devait s'attendre, on assiste à un effondrement majeur du Taux de testostéronémie. En effet un mois après la castration, le taux de malades qui présentaient une testostéronémie inférieure à 1 nmol/l est passé de 25 à 84%. L'effondrement de la testostéronémie doit être la règle après la castration chirurgicale qui de nos jours consiste en réalité en une pulpectomie par ouverture de l'albuginée du testicule suivie de l'ablation de toute la pulpe du testicule composée du tissu épithélial responsable de l'élaboration de l'antigène spécifique de la prostate.

Cela dit la cortico - surrénale qui prend le relais saura -t-elle compenser le déficit en androgènes ?

Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) :

67% des patients ont réalisé un examen d'urines.

Des germes ont été retrouvés chez 17%.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du germe retrouvé (si anormal) à 1 mois après castration.

Germe retrouvé (si anormal)	Fréquence	Pourcentage
Escherichia Coli	1	50%
Klebsiella Oxytoca	1	50%
Total	2	100

Deux germes ont été retrouvés chez 2 patients dont E.Coli pour l'un et Klebsciella Oxytoca pour l'autre à 1 mois après la pulpectomie.

3. Les indicateurs de la qualité de vie de nos patients à 1 mois après castration :

Indice de performance OMS

Tableau XX : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 1 mois après castration.

Indice de performance OMS	Fréquence	Pourcentage	Cumule
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	5	42%	42%
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	3	25%	
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	3	25%	58%
3 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence	1	8%	
Total	12	100%	

Dans notre étude, 42% des patients ont été capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction. Et 58% avaient un handicap.

Nous avons vu que la castration un mois après avait influencé positivement les signes cliniques. Est-ce que cela s'est répercuté en termes de qualité de vie. L'étude de l'indice de performance de l'OMS montre que globalement la tendance n'a pas changé car même si le taux de malades capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction n'a pas fondamentalement changé passant de 47 à 42 %, les autres indicateurs de la grille de l'OMS ont positivement changé :

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Le Taux des malades avec mention << Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail>> n'a pas changé 22%. Celui des malades avec mention << Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler ; alité>> est passé de 6% à 25%.

En fin le Taux des malades avec mention : << Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise 50% du temps>> est passé de 25 à 8%. Donc moins de malades alités ou en chaise, capables de quelques soins personnels.

Qualité de vie selon les critères EORTC QLQ-C30

Etat physique

Tableau XXI : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 1 mois après castration.

Etat physique	Fréquence	Pourcentage	Cumule
1 Très mauvais	1	8%	
2 Mauvais	1	8%	
3 Passable	2	17%	50%
4 Assez bien	2	17%	
5 Bien	2	17%	
6 Très bien	3	25%	50%
7 Excellent	1	8%	
Total	12	100	

Les données du tableau montrent que dès le départ les malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués 50% de mauvais état physique.

Qualité de vie

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 1 mois après castration.

Qualité de vie	Fréquence	Pourcentage	Cumule
2 Mauvaise	1	8%	
4 Assez bonne	4	33%	49%
5 Bonne	1	8%	
6 Très bonne	4	33%	
7 Excellente	2	17%	51%
Total	12	100	

L'étude de la qualité de vie est peu différente de celle de l'état physique car 49% des malades ont déclaré une mauvaise qualité de vie.

B. Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 3 mois après castration :

1. Données cliniques 3 mois après castration. N= 6 :

À 3 mois post-castration nous avons enregistré :

Perdus de vue = 17

Décédés = 9

Effectif étudié = 6

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 3 mois après castration.

Plaintes fonctionnelles	Fréquence	Pourcentage
Aucune	1	17%
TUBA	2	33%
Douleur pelvienne	1	17%
Autres	2	33%
Total	6	100

Parmi les patients 33 % présentaient les troubles urinaires du bas appareil et 17% de douleur pelvienne.

L'étude comparative des plaintes fonctionnelles avant et 3 mois après castration, bien que cela n'a concerné que 6 malades laissent entrevoir une tendance positive. En effet avant la castration et 3 mois après on constate régression des troubles urinaires qui sont à 33 % contre 53 avant la castration. Aucun des 6 n'a présenté une rétention aigue d'urines. Tous les 6 malades ont repris du poids. Seules contre-performances : l'hématurie a persisté et la douleur ne s'est pas atténuée chez un malade.

2. Données paracliniques à 3 mois après castration

Aspect échographique de la prostate à 3 mois après castration :

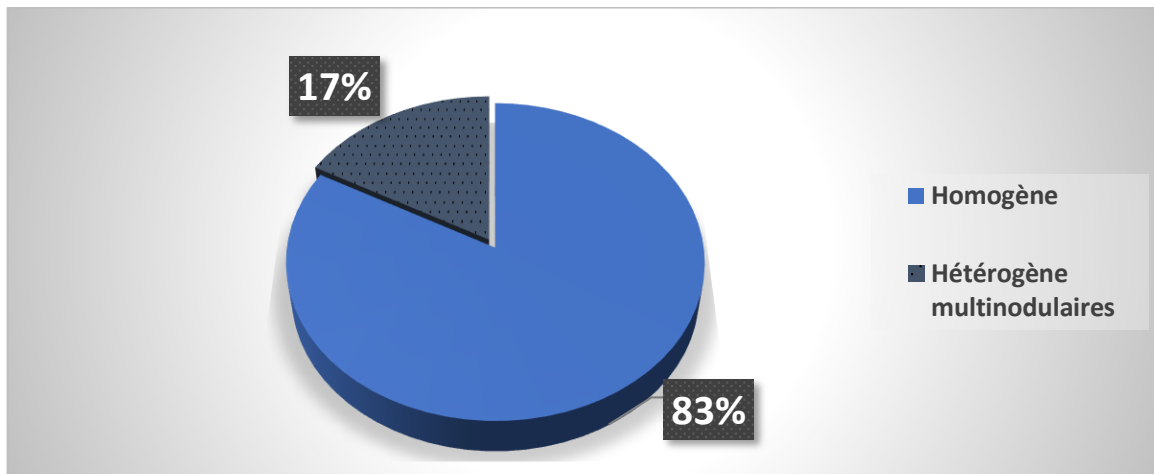


Figure 24 : Echographie de la prostate à 3 mois après castration.

La prostate était hétérogène et multinodulaire chez 17% des patients

La prostate est restée hétérogène et multi-nodulaire à l'échographie chez 17% des patients. Environ 83% des malades examinés soit 5 malades ne présentaient plus de nodules prostatiques à l'échographie.

Biologie :

La créatinémie a été normale chez 67 % des patients

Le taux de PSA :

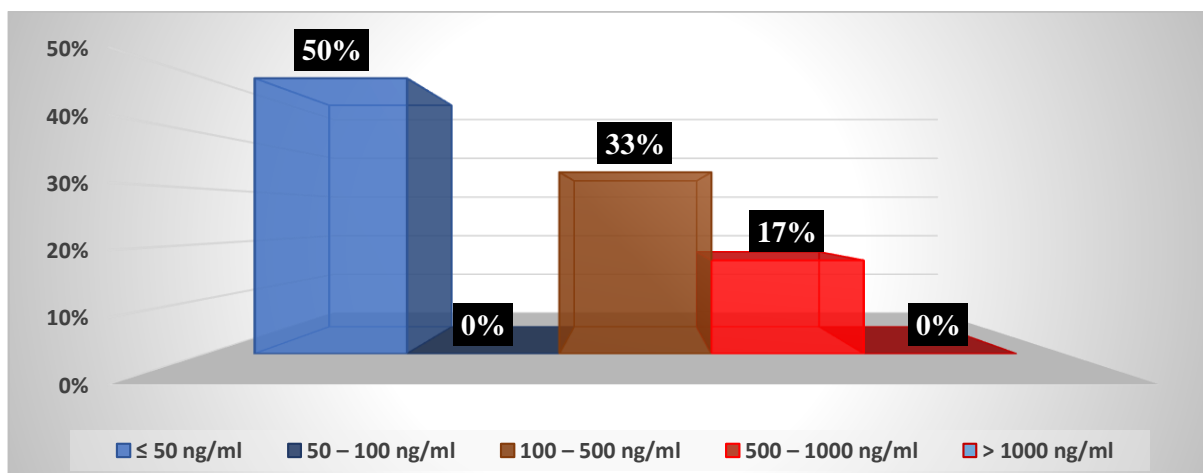


Figure 25 : Répartition des patients en fonction de la TPSA à 3 mois post-castration.

Le PSA était ≤ 50 ng/ml chez 50% des patients

Extrêmes = 1,66 et 912,68 ng/ml.

Moyenne = 209,99 ng/ml

Ecart-type = 353,36

A 3 mois le Taux de PSA restait bas chez 50% des malades - ≤ 50 ng/ml donc pas normal tandis que les autres présentaient un taux de PSA assez élevé laissant croire à la possibilité d'un échappement à mettre au compte de la surrénale.

La testostéronémie :

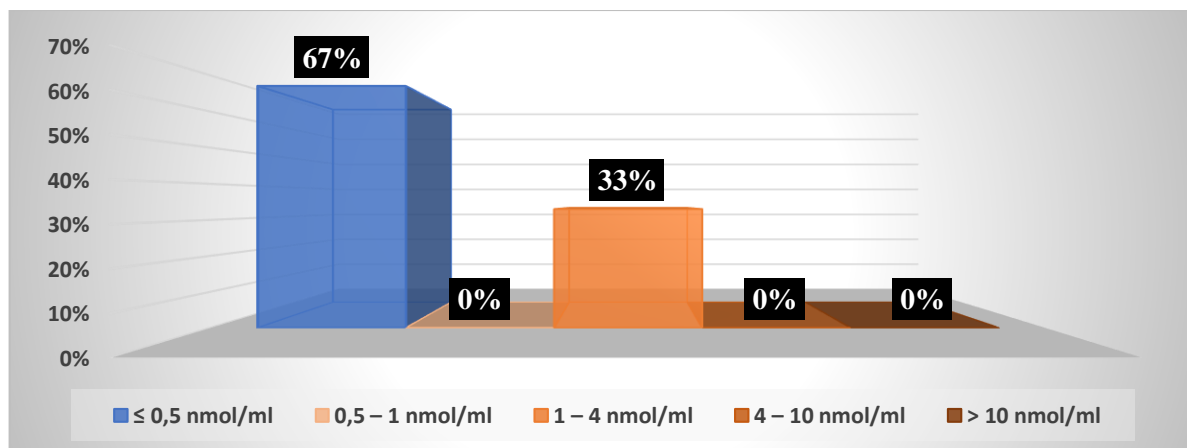


Figure 26 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 3 mois post-castration.

La testostéronémie était < 1 nmol/l à chez 67% des patients.

Extrêmes = 0,12 et 1,86 nmol/ml.

Moyenne = 0,69 nmol/ml

Ecart-type = 0,84

S'agissant de la testostéronémie elle est restée basse chez 67 % des malades testés. Aucune compensation ne semble venue du côté de la surrénale.

Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) :

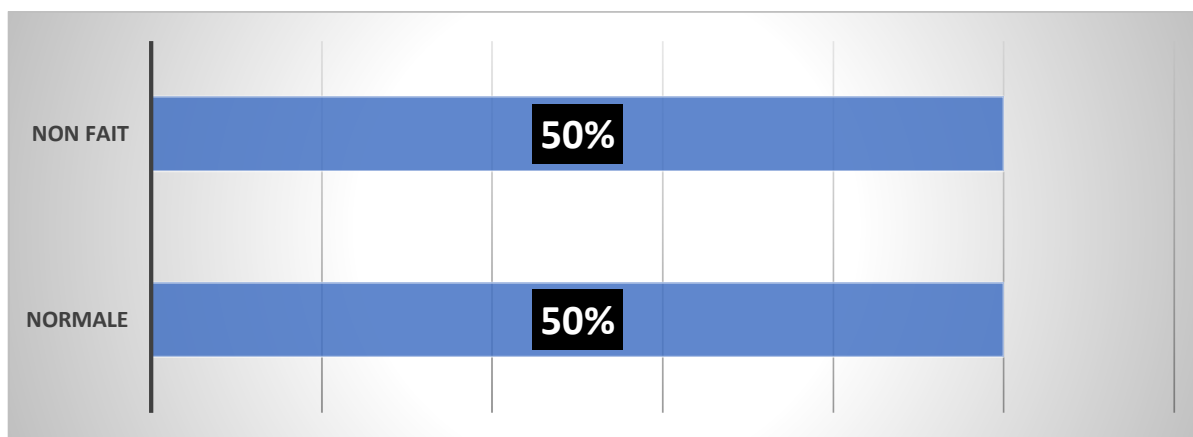


Figure 27 : Répartition des patients en fonction de l’ECBU à 3 mois après castration.

La moitié des malades soit 3 ont réalisé un examen d’urine qui est revenu normal.

3. Les indicateurs de la qualité de vie de nos patients à 3 mois après castration :

Indice de performance OMS

Tableau XXIV : Répartition des patients en fonction de l’indice de performance OMS à 3 mois après castration.

Indice de performance OMS	Fréquence	Pourcentage	Cumule
0 Capable d’une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	2	33%	33%
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	2	33%	66%
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	2	33%	
Total	6	100	

Etat physique

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 3 mois après castration.

Etat physique	Fréquence	Pourcentage	Cumule
3 Passable	1	17%	50%
4 Assez bien	2	33%	
6 Très bien	2	33%	50%
7 Excellent	1	17%	
Total	6	100	

Les données du tableau montrent qu'à 3 mois la moitié des malades souffrant du cancer de la prostate sont fatigués (50% de mauvais état physique.)

Qualité de vie

Tableau XXVI : Répartition des patients en fonction de la qualité de vie à 3 mois après castration.

Qualité de vie	Fréquence	Pourcentage	Cumule
2 Mauvaise	1	17%	34%
4 Assez bonne	1	17%	
5 Bonne	2	33%	66%
6 Très bonne	1	17%	
7 Excellente	1	17%	
Total	6	100	

L'étude de la qualité de vie est peu différente de celle de l'état physique car 34% des malades ont déclaré avoir une mauvaise qualité de vie.

C. Données cliniques, paracliniques et indicateurs de qualité de vie à 6 mois après castration

1. Données cliniques 6 mois après castration :

À 6 mois post-castration nous avons enregistré :

Perdus de vue =15

Décédés = 14

Effectif étudié = 3

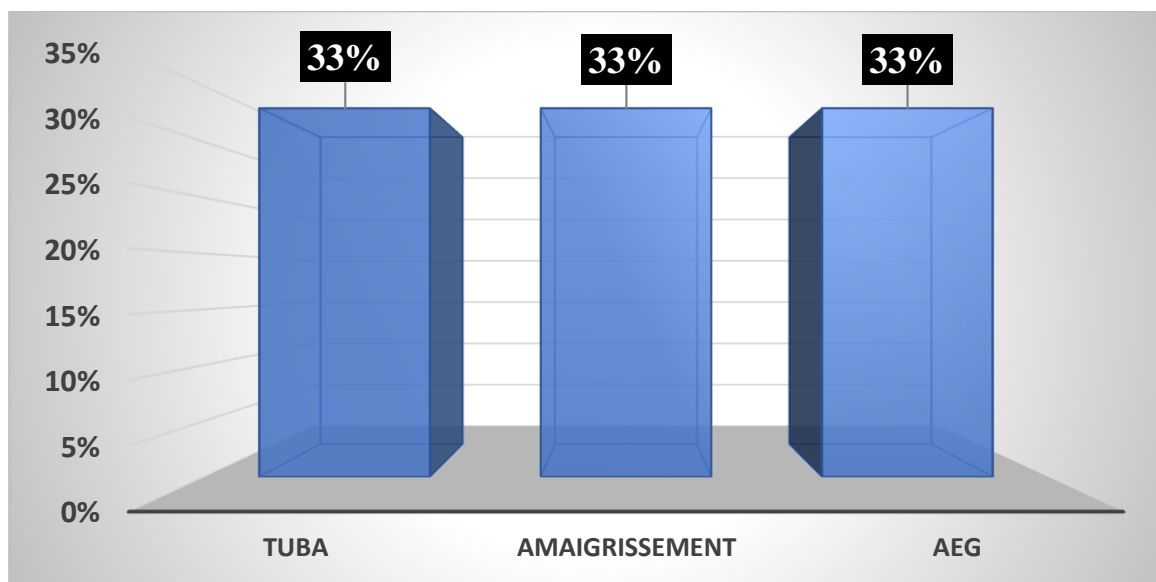


Figure 28 : Répartition des patients en fonction des plaintes fonctionnelles à 6 mois après castration.

Dans notre étude, 33% des patients présentaient un amaigrissement et 33% un trouble du bas appareil urinaire.

A –6 mois après castration seul 3 malades ont survécu. Bien que nous ayons élaboré des Figures et Tabs. Concernant tous les indicateurs nous estimons que nos résultats auraient été plus fiables si nos 32 malades avaient survécu. Néanmoins nous nous intéresserons à quelques indicateurs parmi lesquels ne serait-ce que : le taux de PSA, le Taux de testostéronémie. Force est de constater que le taux de PSA s'est effondré à 60 ng/ml chez tous les 3 malades qui ont survécu à 6 mois. Le taux de testostéronémie est resté aussi bas chez les 3 survivants inférieur 1,8 ng/ml. S'agissant des plaintes fonctionnelles 1 malade sur

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

3 présentait des troubles urinaires, 1 autre un amaigrissement notable et le troisième autre signe.

Parmi les 3 malades 1 était Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction, 1 autre répondait à la mention «
Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail » ; le dernier a la mention «
Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise »50% du temps » un taux de 33% pour chaque malade.

2. Données paracliniques à 6 mois après castration

Aspect échographique de la prostate :

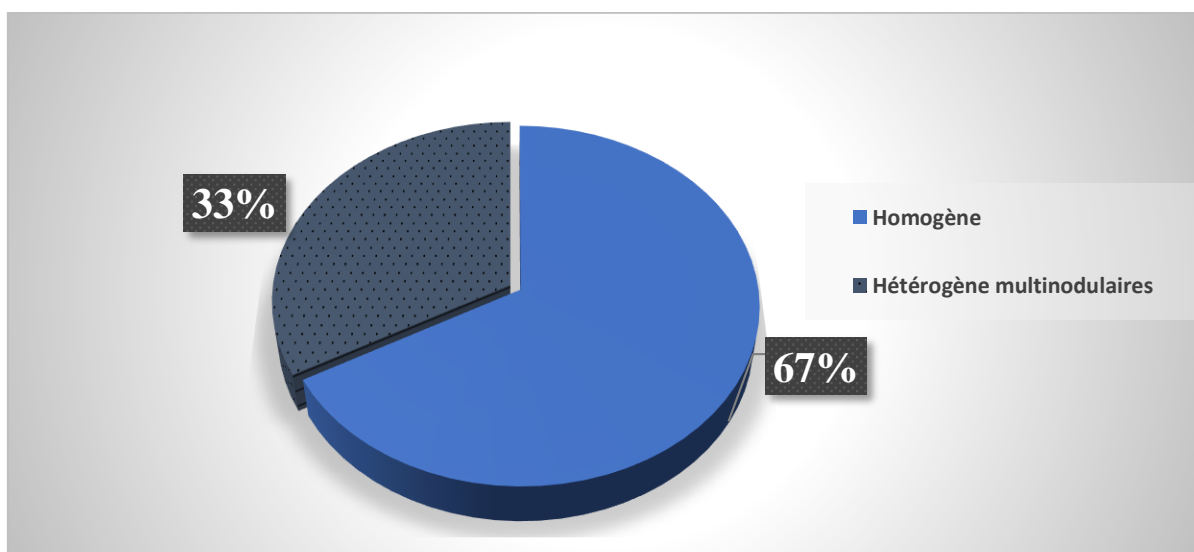


Figure 29 : Répartition des patients en fonction de l'échogénicité à 6 mois après castration.

La prostate était homogène chez 67% des patients.

Biologie :

La créatinémie était normale chez tous les patients

Le taux de PSA :

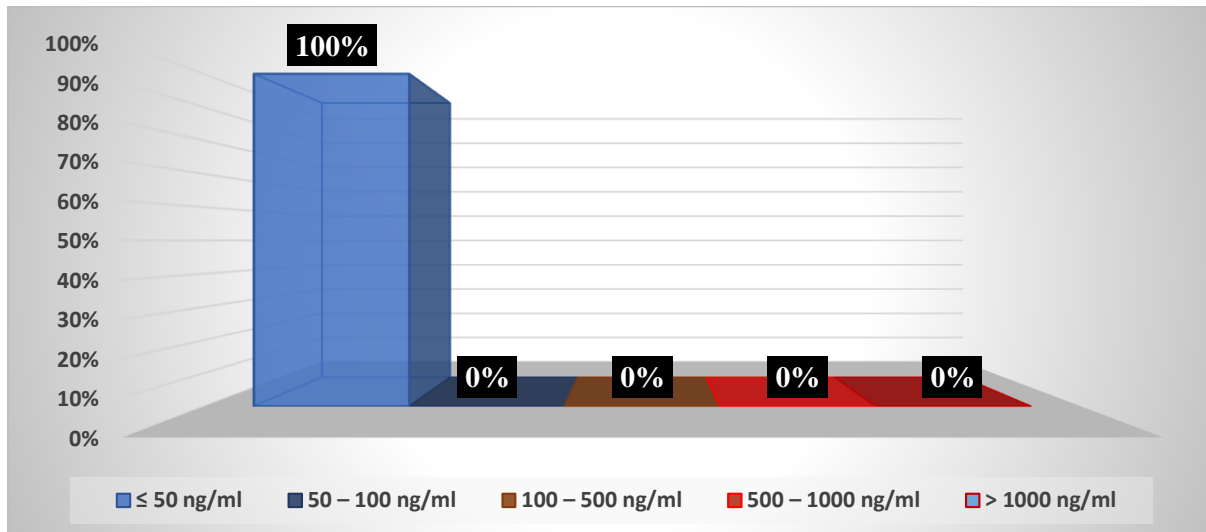


Figure 30 : Répartition des patients en fonction de la TPSA à 6 mois après castration.

Le taux de PSA était normal chez tous les patients.

Extrêmes = 0,44 et 6,40 ng /ml.

Moyenne = 2,52 ng/ml

Ecart-type = 3,36

La testostéronémie :

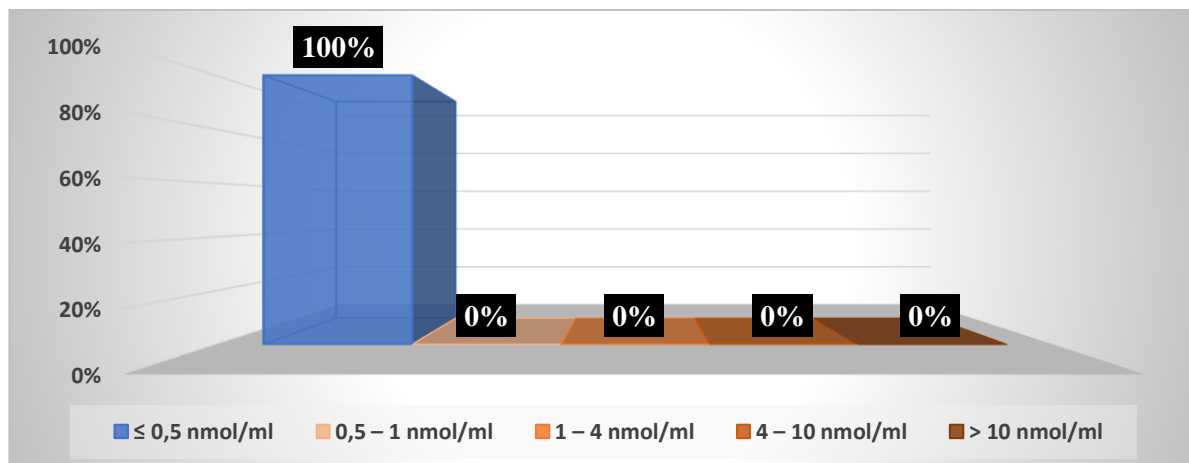


Figure 31 : Répartition des patients en fonction de la testostéronémie à 6 mois après castration.

La testostéronémie était normale chez tous les patients (n=3).

Extrêmes = 0,03 et 0,17 nmol /ml.

Moyenne = 0,09 nmol/ml

Ecart-type = 0,71

Examen Cytobactériologique des Urines (ECBU) :

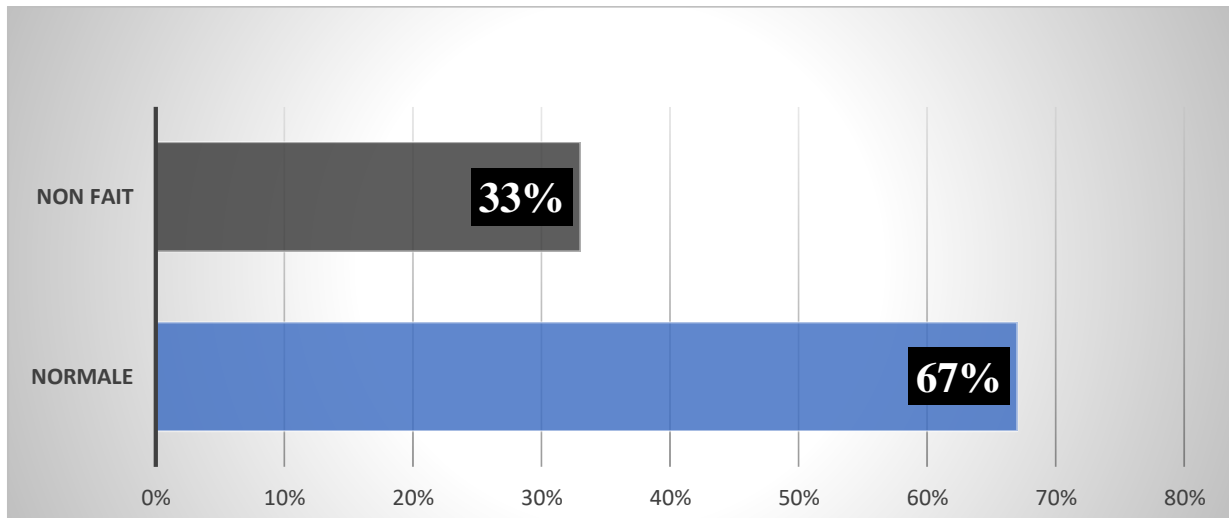


Figure 32 : Répartition des patients en fonction de l'ECBU à 6 mois après castration.

ECBU a été réalisé et était revenu normal chez 67% des patients

3. Les indicateurs de la qualité de vie de nos patients à 6 mois après castration :

Indice de performance OMS

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l'indice de performance OMS à 6 mois après castration.

Indice de performance OMS	Fréquence	Pourcentage	Cumule
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	1	33%	33%
1 Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	1	33%	66%
2 Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du temps	1	33%	
Total	3	100	

Dans notre étude, à 6 mois 33% des patients ont été capables d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction. Et 66% avaient un handicap.

Etat physique

Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'état physique à 6 mois après castration.

Etat physique	Fréquence	Pourcentage	Cumule
4 Assez bien	1	33%	33%
5 Bien	1	33%	66%
7 Excellent	1	33%	
Total	3	100	

Les données du tableau montrent qu'à 6 mois un des malades souffrant du cancer de la prostate est fatigué soit 33% de mauvais état physique.

Qualité de vie

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction de la Qualité de vie à 6 mois après castration.

Qualité de vie	Fréquence	Pourcentage	Cumule
3 Passable	1	33%	33%
5 Bonne	1	33%	66%
7 Excellente	1	33%	
Total	3	100	

L'étude de la qualité de vie est conforme à celle de l'état physique car 33% des malades ont déclaré une mauvaise qualité de vie.

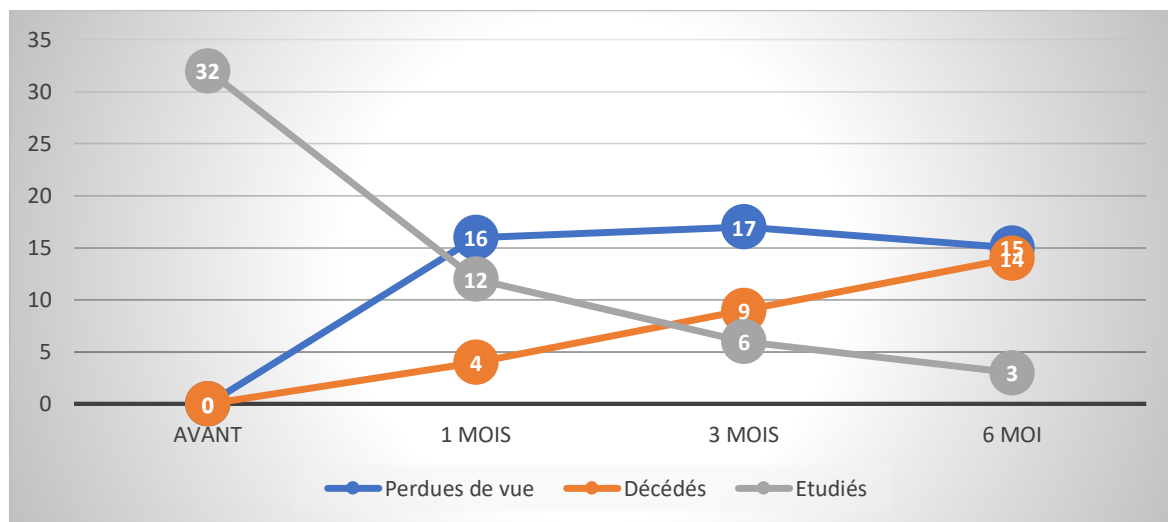


Figure 33 : Courbe de survie globale.

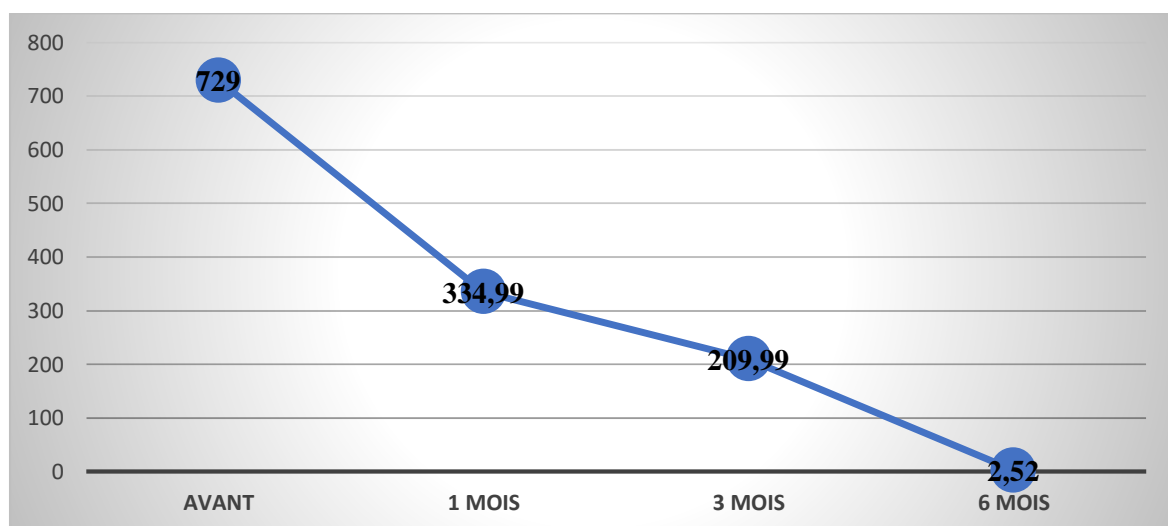


Figure 34 : Evolution moyenne du TPSA (ng/ml)

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

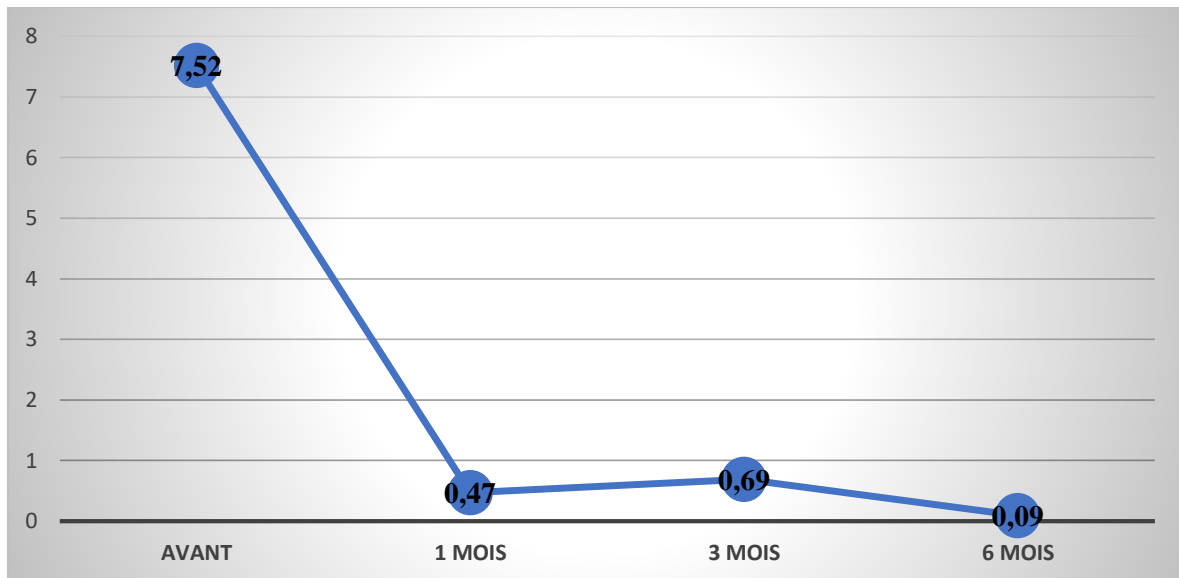


Figure 35 : Evolution moyenne de la testostéronémie (nmol/ml).

COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

8. Commentaires et discussions

A. La méthodologie

Nous avons effectué une étude prospective de **12 mois** (1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2020) sur le cancer de la prostate à propos de **32 patients** Chez qui une pulpectomie a été réalisée au service d'Urologie du CHU du Point-G.

La collecte des données a été effectuée de manière prospective sur les dossiers de consultation et les fiches d'enquêtes.

Ceci dans le but de décrire dans un premier temps le statut clinique et paraclinique du malade souffrant de cancer de prostate. Et dans un second temps d'évaluer dans le temps l'impact de la castration sur les indicateurs cliniques et paracliniques ; avec à la clé l'estimation aussi dans le temps de la qualité de vie de cette catégorie de malades avant et après castration.

Cela dit tous les patients ont fait l'objet d'une évaluation clinique comportant un interrogatoire minutieux, un examen physique complet assorti d'un toucher rectal.

Tous les malades ont été soumis à un bilan paraclinique comportant :

- **Un volet biologique** : la numération formule sanguine (NFS), le groupage sanguin (ABO), le dosage de la créatininémie, de la glycémie à jeun, de la testostéronémie, un bilan lipidique, un dosage du taux de PSA et l'ECBU.
- **Un volet radio échographique** : échographie rénale et vésico-prostatique.

Les examens ont été répétitifs après la première consultation à 1, 3 et 6 mois d'intervalle après qu'une castration version pulpectomie ait été pratiquée chez tous les malades.

Cependant quelques contraintes et difficultés ont été rencontrées au cours de notre étude étaient :

- L'incapacité pour certains patients de réaliser les bilans de contrôles après l'intervention.

- La perte de vue des patients après l'intervention chirurgicale.
- La non coopération et l'indisponibilité de certains patients durant l'étude
- Le taux de mortalité élevé. Ce qui a fait qu'à 6 mois nous nous sommes retrouvés avec 3 malades sur les 32 au départ.

A partir de ces constats, nous pouvons déduire que le suivi post-castration de nos patients n'est pas facile parce que la plupart d'entre eux vivent dans les régions du Mali et la sous-région ou sont sujettes à un problème financier.

B. Résultats généraux

1. Données socio -démographiques

a) L'âge des malades

Tous nos malades sont du 3eme âge. L'âge moyen était de 72 ans avec des extrêmes allant de 56 à 89 ans). Ce constat ne diffère pas significativement de ceux de **Berthé I** [21] et **Maïga A** [22] au Mali qui ont rapporté respectivement $70,9 \pm 8$ ans et $72,25$ ans. **Gueye S** et **COLL** [23] au Sénégal qui ont trouvé 71 ± 9 ans. **Ouattara R** [24] au Burkina Faso qui a trouvé 70 ans avec comme extrêmes 48 et 90 ans.

Les malades de la série de **Terrier JE** [25] en France étaient relativement jeunes : 58 ± 7 ans. Cette différence d'âge peut s'expliquer par deux facteurs : Les campagnes de sensibilisation du système sanitaire français et le niveau d'instruction de leur pays.

Nos observations confirment que le cancer de la prostate reste une maladie de la personne âgée.

b) Le statut Matrimonial

Tous nos malades par ailleurs étaient mariés, avec un régime polygame dans 53% des cas et un régime monogame dans 47%. Le statut matrimonial n'est peut-être pas en cause. Cependant les maladies de la prostate relevant de la sphère génitale

et considérées de ce fait comme des maladies honteuses, d'aucun dans notre contexte aurait tendance à incriminer le degré de l'activité sexuelle dans la genèse des pathologie prostatiques.

En effet il est rapporté dans le 4^e recensement général de la population malienne en 2012 que, 50,8% des hommes de 12 ans et plus sont mariés, et que ceci croît avec l'âge. Quant à la polygamie, elle a été observée chez 26,7% des hommes.

1. Les données spécifiques

a) Les antécédents des malades

La majorité de nos patients (88%) n'avaient pas d'antécédent familial de cancer. Cependant un antécédent familial de cancer de la prostate a été retrouvé chez 6% de nos malades et un antécédent de cancer du sein dans 3% des cas. À ce sujet, l'**AFU** [26] affirme qu'il existe deux groupes à risque :

- Les patients afro-antillais ;
- Les patients ayant un antécédent familial de cancer de la prostate (le cancer du sein est recherché).

Méfions-nous de ces affirmations qui tendent à lier certaines maladies à des groupes ethniques.

Un antécédent de bilharziose a été observé chez 78%. **Berthé I** [21] a rapporté un taux relativement bas soit 25,2% pour la bilharziose.

Si on sait que le cancer de la prostate et la cystite bilharzienne peuvent partager le même symptôme, à savoir l'hématurie on comprend qu'un cancer de la prostate saignant a pu être pris pour une bilharziose urinaire induisant non seulement une sous-évaluation de la gravité de la situation mais aussi un retard de la prise en charge du cancer de la prostate.

Un antécédent d'adénomectomie transvésicale de la prostate a été retrouvé chez 28% des patients et 17% ont subi une résection trans-urétrale, soit au total un

antécédent d'intervention sur la prostate dans 45% des cas.

Ces résultats diffèrent de ceux de **Berthé I** qui a rapporté que 66,1% des cas n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux et, de surcroît, que la cure herniaire occupait la première place ; la hernie inguinale a représenté 22% des cas. Cela dit, avoir subi au paravent une adénomectomie et développer plus tard un cancer de la prostate confirme la dualité de structure de la prostate – l'existence d'une prostate crâniale point de part des tumeurs bénignes de la prostate, d'prostate caudale (vraie prostate) point de départ des tumeurs malignes de la prostate et que par ailleurs adénectomie n'est pas synonyme de prostatectomie.

b) Données cliniques avant la castration :

L'étude des données cliniques nous a montré que le cancer de la prostate dans notre contexte est vu à un stade très symptomatique. La symptomatologie clinique est dominée en première position par les troubles au niveau du bas appareil urinaire à savoir les anomalies de la miction : (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle, impériosité mictionnelle, incontinence urinaire) dans 53%. Des épisodes de rétention d'urine ont été dénombrés chez 31% des malades. La douleur (osseuse) curieusement n'est présente que chez 9% des malades. L'hématurie était le motif de consultation dans 3% des cas. Ces résultats sont semblables à ceux de **Berthé I** [21] au mali, **Ouattara R** [24] au Burkina Faso.

Dans la littérature médicale il est affirmé la prédominance des troubles mictionnels dans le cancer de la prostate.

Selon l'**HAS** [27], en milieu médical développé (Europe, France par exemple) le cancer de la prostate est généralement asymptomatique et de découverte fortuite. Ceci s'explique par le système de dépistage individuel précoce mis en place dans ces pays. La prévalence de cancer prostatique avancé et très symptomatique dans notre contexte s'explique par le fait que les maladies de la sphère génitale sont encore considérées comme honteuses d'où la consultation tardive.

Quand bien même l'examen physique reste pauvre en résultats, révélant quelques maladies chroniques (cardio-vasculaires, digestives, pulmonaires, neurologiques), le toucher rectal a permis de retrouver chez tous les malades les signes typiques en faveur d'un cancer de la prostate à savoir : la prostate nodulaire, bosselée, de dureté pierreuse, de contours mal définis, douloureuse, parfois à la limite d'un blindage pelvien.

c) Données paracliniques avant la castration :

○ **Données Biologiques**

Au plan des examens biologiques, la créatinémie était normale chez 62% des patients. Mais ce qui était intéressant était de savoir comment les taux de PSA et testostéronémie se comportaient. Chez tous les malades le taux de PSA dépasse de loin la norme (<4ng/ml). Dans la majorité des cas (53%), le taux de PSA oscillait entre 100 et 1000 ng/ml, avec des extrêmes compris entre 18,80 et 4655,98 ng/ml. C'est dire que le cancer de la prostate est caractérisé par un taux élevé de PSA.

La testostéronémie n'a été inférieure à 1,8 nmol/ml que chez 25% des patients avec des extrêmes 0.06 et 14,71 nmol/ml. C'est dire qu'un taux de testostéronémie élevé caractérise le cancer de la prostate dans notre contexte. Cela dit dans la littérature qui nous est accessible nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant conjointement les taux de PSA et de testostéronémie, d'où impossibilité de discuter nos données.

Tous nos malades n'ont pas fait l'ECBU. Raisons invoquées –fautes de moyens financiers. Parmi les 78% qui ont réalisé cet examen les urines étaient infectées à E. Coli dans 64% des cas.

○ **Données radio – échographiques :**

L'aspect échographique de la prostate confirmait les données du toucher rectal – prostate de structure hétérogène chez tous les patients aux contours mal définis,

l'état de la capsule n'étant pas toujours appréciable - envahie, débordée - par la tumeur. L'augmentation de la taille et l'hétérogénéité de structure des ganglions témoignaient de leur envahissement chez tous les malades. Les remaniements dus à l'adénectomie antérieure rendaient la tâche plus difficile. Quant au poids de la prostate il n'était pas excessif (inférieur à 60g chez 80 %) des malades.

L'examen radiologique a révélé des métastases osseuses chez 45% des malades et pulmonaires dans 25% des cas.

- **Résultats des examens anatomo-pathologiques**

Le score de Gleason n'a pas dépassé 7 (4+3), la plus grande échelle observée chez 34 % des malades de notre série. Cela témoigne d'un cancer de la prostate moyennement différencié et agressif. Dans l'étude de **Gueye S** et **Col** le score de Gleason est dans la majorité des cas très élevé entre 7 et 10.

- **Le stade évolutif du cancer de la prostate**

Dans notre étude, Classification TNM, le stade évolutif de la maladie a été estimé à T4 dans presque tous les cas, soit 95% ; Cela sous-entend un envahissement des organes adjacents (sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou d'une tumeur fixée. L'atteinte ganglionnaire loco -régionale est N1 chez 73% des malades. Les métastases à distance (osseuses dans 45% des cas ; pulmonaire dans 25%) étaient M1 chez 91% des patients.

Au total dans notre contexte la physionomie du cancer de la prostate est un cancer majoritairement avancé ou métastatique.

d) La qualité de vie de nos malades

L'évaluation de l'indice de performance l'OMS (score IPSS) a révélé que 47% de nos patients avaient conservé une activité identique à celle antérieure à la

maladie alors que, 25% avaient entièrement perdu cette capacité. Elle était diminuée chez 22% des malades.

e) Données cliniques et para- cliniques après castration

A Titre de rappel elles ont été étudiées 1, 3 et 6 mois après castration. Le but était d'évaluer l'impact de la castration sur ces données et voir comment cela se traduirait en termes de qualité de vie. Nous avons connu des contraintes et des handicaps dans cet exercice à savoir : à 1 mois nous avons perdu de vue 20 malades si bien que les évaluations ont été réalisées sur 12 malades contre 32 au départ soit 37, %. A 3 mois il ne restait que 6 malades et à 6 mois 3 malades. Néanmoins nous avons su tirer quelques conclusions après l'étude des plaintes fonctionnelles, des changements biologiques, de l'évaluation de l'indice de Performance de l'OMS.

o Plaintes fonctionnelles

A juger selon la comparaison des données avant et 1 mois après castration. À un mois après la castration a eu un impact sur les données cliniques puisque seul deux malades soient 17% présentent des troubles urinaires contre 53% avant castration. Seul un malade soit (8%) a connu une rétention aigue d'urine un mois après la castration contre 31% avant castration. Le taux des malades ne présentant aucun signe est passé de 3% avant castration à 33 % un mois après ce geste chirurgical. Cependant certaines contreperformances sont à relever un mois après la castration : la présence de douleur, élément fondamental est passée de 9,5% avant la castration à 17% après celle- ci. Par ailleurs un nouveau signe est apparu – l'amaigrissement observé chez 2 malades soit 17% du total. L'hématurie a perduré.

En somme :

Les troubles urinaires du bas appareil qui avaient représenté 53% des plaintes, ont diminué à 17% des cas du premier mois puis à 33% des cas du 3^{ème} mois (2 cas sur 6), ainsi que 33% du 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

La rétention aigue d'urine qui a représenté 31% des signes fonctionnels avant castration, n'a été retrouvée par la suite dans la surveillance post-interventionnelle.

D'autres troubles fonctionnels comme la douleur, l'hématurie et amaigrissement ont été moyennement représentés et n'avaient persisté que chez peu de patients parmi ceux qui ont pu être suivis.

Ces observations montrent une amélioration des paramètres cliniques après castration chose qui a été salutaire. Cela s'explique par l'effet castration rendusant l'action néfaste des androgènes au niveau prostatique.

Cela dit l'aspect de la prostate au toucher rectal a fondamentalement changé un mois après la castration. Les caractéristiques de la prostate (dureté pierreuse, présence de nodules, contours diffus, douleur au TR) ont été mieux mis en exergue car elles étaient plus apparentes chez la majorité des malades -58%.

○ **Biologie**

Le taux de PSA a été au départ inférieur à 60 ng /ml chez 13% des patients. On a observé une augmentation de son taux au 1^{er} mois soit < 60 ng /ml chez 42% (5 cas sur 12) des patients, puis au 3^{ème} mois 50 % (3 cas sur 6) et 100% < 60 ng/ml au 6^{ème} mois. Nul doute que le taux très élevé de PSA est un indicateur fiable en faveur d'une dégénérescence cancéreuse au niveau de la prostate puisque seule la cellule épithéliale secrète ce marqueur.

La testostéronémie était inférieure à 1,8 nmol/ml chez l'ensemble des malades ayant pu être suivi au 1^{er} mois et au 6^{ème} mois. Elle avait été inférieure à 1,8 nmol/ml chez 83% des malades au 3^{ème} mois.

L'ECBU a été réalisé par 67% des malades suivis au 1^{er} mois et au 6^{ème} mois. Par ailleurs, elle l'a été par 50% des suivis du 3^{ème} mois. Cependant, un germe (E. coli) n'a été isolé que dans 17% des prélèvements du 1^{er} mois.

○ **L'indice de performance OMS :**

L'évaluation de l'indice de performance de l'OMS a permis de retrouver des changements à différentes périodes après la castration. Ainsi le taux de malades capables d'une activité identique à celle précédant la maladie soit 47% des cas avant intervention, est revenu à 42% au 1^{er} mois (5 cas sur 12), puis 33% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et 33% au 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

Le Taux des malades qui ont une activité physique diminuée mais ambulatoire et capables de mener un travail, (Indice I) est passé de 22% avant castration à 25% au 1^{er} mois après castration (3 cas sur 12), pour devenir 33% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et de même au 6^{ème} mois (1 cas sur 3).

Le taux des malades répondant à l'indice 2 de l'OMS (Ambulatoire et capables de prendre soin de soi, incapables de travailler, alités), qui était de 25% avant castration a stagné à 25% au 1^{er} mois après castration pour monter à 33% au 3^{ème} mois (2 cas sur 6) et de même (33%) au 6^{ème} mois soit 1 cas sur les 3 malades survivant.

Le dernier Indice (3) <<Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise >> 50% du temps >>, vu le petit nombre de malades (n=3) n'a pas été pris en compte.

Cela dit le fait que le nombre de malades à différents délais varie, situation qui peut influencer la véracité de l'interprétation des résultats, force est de constater que dans l'ensemble les indicateurs de l'indice de performance de l'OMS ont

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de
vie après castration au CHU Point G

varié après castration certain très positivement.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

9. Conclusion et recommandations

Conclusion :

Le cancer de la prostate reste une pathologie du sujet âgé avec une moyenne d'âge de 72 ans dans notre étude. Les troubles urinaires ayant amené la majorité des patients en consultation révèlent le retard de prise en charge de cette affection dans notre pays.

Le diagnostic est posé parfois par l'association des données du TR, du dosage de PSA et de l'échographie mais sa confirmation est purement l'histologie. Ce diagnostic, dans notre série, est posé à un stade avancé de la maladie excluant de ce fait une prise en charge curative.

La castration permet une amélioration franche de la qualité de vie des malades par le ralentissement de la progression du cancer. Seulement le retard de prise en charge ainsi que le manque de suivi exposent à un risque élevé de métastase, de récurrence, voire accroître sa létalité.

Les indicateurs de suivi comme la testostéronémie, le taux de PSA et l'indice de performance de l'OMS sont nécessaires pour une surveillance post castration. Cependant l'indisponibilité des malades et de surcroît le coût élevé du traitement palliatif le rendent inaccessible à certains patients. Ce qui fait de la prise en charge de cette pathologie un problème majeur en urologie.

Recommandations :

+ A la population

- ✓ Faire un examen de routine à partir de 50 ans.
- ✓ Consulter dès l'apparition des premiers signes (pollakiurie nocturne, dysurie, faiblesse du jet urinaire).
- ✓ Ne plus considérer la pathologie urogénitale comme un sujet tabou.

+ Aux médecins généralistes.

- ✓ Sensibiliser les patients à consulter dès l'apparition des premiers signes.
- ✓ Faire systématiquement le toucher rectal chez tout patient âgé de plus de 50 ans.
- ✓ Référer les cas suspects en urologie.

+ Aux Urologues africains :

- ✓ Revoir le score IPSS de l'OMS afin de l'adapter à notre contexte dans le but d'évaluer les traitements médical et chirurgical.

+ Aux autorités administratives

- ✓ Améliorer les conditions d'hygiène surtout au bloc opératoire afin de limiter les infections post-opératoires.
- ✓ Former des médecins urologues pour une meilleure couverture sanitaire.
- ✓ Faire des campagnes nationales sur le cancer de la prostate.
- ✓ Subventionner la prise en charge des cancers
- ✓ Redynamiser le registre du cancer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

10. Références Bibliographiques

1. Brassart C, Basson L, Olivier J, Latorzeff I, De Crevoisier R, Lartigau E, Pasquier D : L'oncologue radiothérapeute, un des acteurs du parcours du patient après cancer. *Surveillance après cancer de la prostate*. 23(6-7), p565-571.
2. Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA : The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018 ; 8(12) : a030361. doi: 10.1101/cshperspect.a030361. PMID: 29311132; PMCID: PMC6280714. p18.
3. Gravis G, Salem N, Walz J : Prise en charge des cancers de la prostate métastatiques hormonosensibles (CPMHS) [Metastatic hormone-sensitive prostate cancer]. *Bull Cancer*. 2015 Jan;102(1):57-64. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2014.12.003. Epub 2015 Jan 8. PMID: 25609491.
4. Diakité ML, Traoré CB, Kamaté B, Coulibaly B, Mallé B, Tembely A, Kéita M, Samaké MS, Ouattara K : Prostate cancer in Mali: what about ? CHU Point G. *Carcinol Clin Afrique* 2014 ; 13 (1) : p1 – 6.
5. Perlemuter L, Waligor J : Prostate, anatomie descriptive et rapports. *Cahier d'anatomie 3è Ed, Tome IV, 1975*.
6. Khoury S : Anatomie chirurgicale de la prostate. In : l'H.B.P en questions. *SCI Ed 1991, PP 23-28*.
7. Anatomie descriptive : <http://www.Anamacap.fr/index-php>,2003.
8. Rouviere H : Anatomie humaine descriptive et topographique, P10181071, 1975.
9. Dolo R.A : Cancer de prostate de découverte fortuite sur 116 pièces d'adénomectomie au CHU Gabriel touré. Thèse Méd Bamako, 2007, M201.

10. Chatelain C, Denis L, Debruyne, Merpay G : L'hypertrophie bénigne de la prostate en question. SCI. 1991.ISBN :23-24.
11. Epstein JI, Zelefsky MJ, Sjoberg DD, Nelson JB, Egevad L, Magi- Galluzzi C, et al : A Contemporary Prostate Cancer Grading System: A Validated Alternative to the Gleason Score. Eur Urol 2016 ;69(3) :428-35.
12. Epstein JI. Prostate cancer grading: a decade after the 2005, modified system. Mod Pathol 2018; 31(S1): S47-63.
13. Collège Français des Urologue : Andropause. UMVF. 2014. 9p.
14. Villiers A, Devonec M : Anatomie de la prostate. Ed. Techniques Encycl. Méd. Chir. Paris France. Néphrol.Urol.18-500-A 1p, 1993, p7.
15. Coulibaly D : Cancer de la prostate de découverte fortuite à propos de 723 cas au CHU Gabriel Touré. Thèse Méd Bamako, 2013, M66.
16. Epstein JI, Egevad L, Amin MB, Delahunt B, Srigley JR, Humphrey PA, et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. Am J Surg Pathol 2016 ; 40(2) :244-52.
17. Van Leenders G, Kweldam CF, Hollemans E, Kummerlin IP, Nieboer D, Verhoef EI, et al: Improved Prostate Cancer Biopsy Grading by Incorporation of Invasive Cribriform and Intraductal Carcinoma in the 2014 Grade Groups. Eur Urol 2020; 77(2) :191-8.
18. Le bourgeois JP, Abbou C : Cancer de la prostate. Stratégies thérapeutiques en oncologie. Dron éditeur, Paris, 1986, 7040-0501-X chapitre 31 :203-214.
19. Mariko ZM : Adénome de la prostate à propos de 110 dans l'hôpital régional de Sikasso. Thèse méd. 2006, M47.

20. Traore D : Etude des complication préopératoires et post opératoires de l'adénome de la prostate dans le service d'urologie de l'hôpital Point G. Thèse Med Bamako, 2003, M71.
21. Berthé I : Evaluation de la qualité de vie des patients après adénomectomie selon le score d'IPSS. Thèse de med Bamako ; 2007, 07M194, p140.
22. Maïga A : Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers de la prostate. Thèse de med Bamako ; 2013, 13M254, p83.
23. Gueye SM, Ouattara A, Niang L, Ndoye M, Jalloh M, Labou M, et al. Cancer de la prostate: quelle prise en charge au Sénégal? Progrès en urologie. 2013;23(1):36-41.
24. Ouattara R : Cancer de la prostate : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques au CHU YO à propos de 53 cas. Thèse de med Ouagadougou ; 2011, N°191, p165.
25. Terrier JE : Altération de la qualité de vie sexuelle des patients atteints d'un cancer de la prostate : de la reconnaissance aux actions pour améliorer leur sexualité. Thèse de med Lyon ; 2019LYSES031, p117.
26. Association Française d'urologie. Chapitre 16 - Tumeurs de la prostate [Internet]. 2016 [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
27. Haute Autorité de Santé. ALD n° 30 - Cancer de la prostate. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2012, p52. https://www.has-sante.fr/jcms/c_725257/fr/ald-n-30-cancer-de-la-prostate [consulté le : 2021-06-21 12:54:55].

ANNEXES

11. Annexes

Fiche d'enquête :

Q1 : N° de la fiche : /_____/ N° de tel : /___/___/___/

Identité :

Renseignements démographiques :

Q2 : Nom : _____

Q3 : Prénom : _____

Q4 : Age : _____

Q5 : Statut matrimonial : /___/ 1 : Célibataire 2 : Marié 3 : veuf 4 : Divorcé

Q6 : Régime matrimonial : /___/ 1 : Monogame 2 : Polygame

Q7 : Niveau d'éducation : /___/ 0 : Non scolarisé 1 : Primaire 2 : Secondaire
3 : Supérieur

Q8 : Activité professionnelle : /___/ 1 : Fonctionnaire 2 : Secteur rural 3 :
Secteur libéral

4 : Autres

Q9 : Résidence : /___/

1 : Kayes 2 : Kkoro 3 : Sikasso 4 : Ségou 5 : Mopti 6 : Tombouctou 7 : Gao 8 :
Kidal

9 : Taoudéni 10 : Ménaka 11 : Bamako 12 : Autres

Q10 : Nationalité : /___/ 1 : Malienne 2 : Etrangère

Q11 : Groupe ethnique : /___/

1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Bobo 4 : Sarakolé 5 : Bozo 6 : Sénoufo 7 : Minianka
8 : Dogon

9 : Malinké 10 : Autres

Q12 : Mode de référence : /___/

1 : Lui-même 2 : Hôpital régional 3 : Personnel de santé 4 : Clinique privée 5 :
CSRef.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

6 : Autres

Clinique avant la castration :

Q13 : Motifs de consultation /___/

1 : Rétention aiguë d'urine 2 : TUBA 3 : Hématurie 4 : Pyurie 5 : Douleurs 6 : Amaigrissement 7 : Fièvre 8 : Autre

Q14 : Durée des troubles /_____/ mois

Q15 : Antécédents Urologiques /_____/

1 : IST 2 : Bilharziose urinaire 3 : Traumatisme 4 : Autres

Q16 : Antécédents Médicaux /___/ 1 : UGD 2 : HTA 3 : tnbète 4 : Insuffisance Rénale 5 : Autre

Q17 : Antécédent Familiale de cancer /___/ 1 : Cancer de la prostate 2 : Cancer du sein

3 : Autre cancer /_/_/

Q18 : Antécédents Chirurgicaux : /___/ Oui, Non

Q19 : Si oui Type d'intervention.....

Q20 : Traitements déjà effectués : /_____/ Oui, Non

Q21 : si oui, Nature du traitement : / ____/ 1 : Médical 2 : Traditionnel 3 : Autres

Q23 : Résultats du traitement : /_____/ 1 : Satisfaisant 2 : Non satisfaisant

Q24 : **Etat général** : Indice de performance OMS /___/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune

Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du

Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q25: Poids : /____/ Kg

Q26 : *IMC* /____/

Q27 : Périmètre abdominal /____/ cm

Q28 : Tension artérielle : /____/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 :

Hypertension

Q29 : Pâleur : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q30 : Globe vésical : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q31 Prostate au toucher rectal :

Q31a : Hypertrophiée : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q31b : Nodulaire : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q31c : Consistance : /____/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q31d : Douleur au toucher rectal : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q32 : Globe vésical : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q33 : Port de sonde trans-urétrale : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q34 : Cathéter sus pubienne : /____/ 1 : Oui 2 : Non

Examens complémentaires :

Q35 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q35a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /____/ 1 : Oui 2 : Non

Q35b : Résidu post mictionnel /____/ ml

Q35c : Volume de la prostate /____/ CC

Q35d : Echogénicité /____/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie avant traitement :

Q36 : Tx Hb : _____ g/dl

Q37 : Glycémie : _____ g/l

Q38 : Créatininémie : _____ mg/l

Q39 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q40 : TPSA : _____ ng/ml

Q41 : Testostéronémie : _____ ng/dl

Q42 : Bilan lipidique

Q42a triglycérides /_____/ g/l

Q42b: cholestérol total /_____/ g/l

Q42c: HDL /_____/ g/l

Q42d: LDL /_____/ g/l

Q43 : ECBU : /_____/ 1 : Normale 2 : Anormal 3 : Non fait

Q43a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Examens anatomo-pathologies

Q44 : Type de prélèvement pour anatomopathologie : /_____/

1 : Pièce adénomectomie ou ECP, 2 : Pièce RTUP, 3 : Biopsie échoguidée, 4 : Biopsie non-échoguidée

Q45 : Type histologique retenu : /_____/ 1 : Adénocarcinome /_____/ 2 : Sarcome /_____/ 3 : Autre /_____/

Q46 : Score de Gleason : /_____/ Ex : x= a+b ou x= b+a

Classification TNM

Q47 : T (Tumeur) /_____/ 1, 2, 3, 4

Q48 : N (Nodes) /_____/ NX, N0, N1

Q49 : M (Métastases) /_____/ MX, M0, M1, M1c

Q49a : Préciser les métastases /_____/ 1 : Os, 2 : Poumons, 3 : Autres (NB : Associations possibles. Ex : 1+2, 2+3...)

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q50 Etat physique /____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

Q51 : Qualité de vie /____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

Traitement :

Q52 : **Type de blocage androgénique** : /____/

1 : Agoniste LH-RH 2 : Analogue LH-RH 3 : Pulpectomie

Q53 **Association Anti-androgène** /___/ Oui, Non

Q53a : Si oui, préciser /_____/

Clinique après castration :

M1 (J30 post castration)

Q54 : Plaintes fonctionnelles : /_____/

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes
7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q55 : **Etat général** : Indice de performance OMS /_____/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune

Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du

Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q56: Poids :Kg

Q57: IMC :.....

Q58 : Périmètre abdominal /_____/ cm

Q59 : Tension artérielle : /_____/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 :

Hypertension

Q60 : Pâleur : /_____/ Oui, Non

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q61 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q62 : Hypertrophiée : /_____/ Oui, Non

Q63 : Nodulaire : /_____/ Oui, Non

Q64 : Consistance : /_____/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q65 : Douleur au toucher rectal : /_____/ Oui, Non

Q66 : Globe vésical : /_____/ Oui, Non

Q67 : Port de sonde : /_____/ Oui, Non

Q68 : Cathéter sus pubienne : /_____/ Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q69 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q69a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /_/ (Oui ou non)

Q69b : Résidu post mictionnel /_____/ en ml

Q69c : Volume de la prostate /_____/ en CC

Q69d : Echogénicité /_____/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q70 : Tx Hb : _____ g/dl

Q71 : Glycémie : _____ g/l

Q72 : Créatininémie : _____ mg/l

Q73 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q74 : TPSA : _____ ng/ml

Q75 : Testostéronémie : _____

Q76 : ECBU : /____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q76a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q77 : Etat physique /____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

Q78 : Qualité de vie

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

M3 (J90 post castration)

Plaintes fonctionnelles :

Q79 : Plaintes fonctionnelles : /_____/

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes
7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q80 : **Etat général** : Indice de performance OMS /_____/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie,
sans aucune

Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du

Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q81: Poids :Kg

Q82: IMC :.....

Q83 : Périmètre abdominal /_____/ cm

Q84 : Tension artérielle : /_____/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 :

Hypertension Q77 : Pâleur : /_____/ Oui, Non

Q85 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q86 : Hypertrophiée : /_____/ Oui, Non

Q87 : Nodulaire : /_____/ Oui, Non

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q88 : Consistance : /___/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Q89 : Douleur au toucher rectal : /___/ Oui, Non

Q90 : Globe vésical : /___/ Oui, Non

Q91 : Port de sonde : /___/ Oui, Non

Q92 : Cathéter sus pubienne : /___/ Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q93 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q93a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /_/ (Oui ou non)

Q93b : Résidu post mictionnel /___/ en ml

Q93c : Volume de la prostate /___/ en CC

Q93d : Echogénicité /___/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q94 : Tx Hb : _____ g/dl

Q95 : Glycémie : _____ g/l

Q96 : Créatininémie : _____ mg/l

Q97 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q98 : TPSA : _____ ng/ml

Q99 : Testostéronémie : _____

Q100: Bilan lipidique

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q100a triglycérides /_____/ g/l

Q100b: cholestérol total /_____/ g/l

Q100c: HDL /_____/ g/l

Q100d: LDL /_____/ g/l

Q101 : ECBU : /_____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q101a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q102 : Etat physique /_____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

Q102 : Qualité de vie

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

M6 (J360 post castration)

Q103 : Plaintes fonctionnelles : /_____/

1 : Aucune, 2 : RAU 3 : TUBA 4 : Hématurie 5 : Pyurie 6 : Douleurs pelviennes

7 : Amaigrissement 8 : Bouffées de chaleur 9 : Autres

Examens physiques après traitement :

Q104 : **Etat général** : Indice de performance OMS /_____/

0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune

Restriction.

1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.

2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité

3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise » 50% du

Temps

4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Q105: Poids :Kg

Q106: IMC :.....

Q107 : Périmètre abdominal /_____/ cm

Q108 : Tension artérielle : /_____/ 1 : Normale 2 : Hypotension 3 :

Hypertension Q100 : Pâleur : /_____/ Oui, Non

Q109 : Globe vésical : Oui, Non

Prostate au toucher rectal :

Q110 : Hypertrophiée : /_____/ Oui, Non

Q111 : Nodulaire : /_____/ Oui, Non

Q112 : Consistance : /_____/ 1 : Dure 2 : Souple 3 : Ferme

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q113 : Douleur au toucher rectal : /_____/ Oui, Non

Q114 : Globe vésical : /_____/ Oui, Non

Q115 : Port de sonde : /_____/ Oui, Non

Q116 : Cathéter sus pubienne : /_____/ Oui, Non

Examens complémentaires traitement :

Imagerie :

Q117 : Echographie rénale et vésico-prostatique :

Q117a : Dilatation des cavités pyélocalicielles (CPC) /_/ (Oui ou non)

Q117b : Résidu post mictionnel /___/ en ml

Q117c : Volume de la prostate /_____/ en CC

Q117d : Echogénicité /___/

0 : Homogène, 1 : Nodule sur un lobe, 2 : Nodule sur deux lobes, 3 : hétérogène multinodulaires

Biologie

Q118 : Tx Hb : _____ g/dl

Q119 : Glycémie : _____ g/l

Q120 : Créatininémie : _____ mg/l

Q121 : Groupage Sanguin Rhésus : _____

Q122 : TPSA : _____ ng/ml

Q123 : Testostéronémie : _____

Q124 : Bilan lipidique

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

Q124a triglycérides /_____/ g/l

Q124b: cholestérol total /_____/ g/l

Q124c: HDL /_____/ g/l

Q124d: LDL /_____/ g/l

Q125: ECBU : /_____/ 1 : Normal, 2: Anormal 3 : Non fait

Q125a : Germe retrouvé (si anormal): /_____/

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

Q126 : Etat physique /_____/

Comment évaluer vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

Q127 : Qualité de vie

Comment évaluer vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6
7

**Très mauvais
excellent**

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : Ouattara

Prénom : Makan

Titre de la thèse : Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de qualité de vie après castration au CHU Point G.

Année de soutenance : 2021.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Tel : 00223 76 52 68 97.

E-mail : makanouattara66@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'activité : urologie, anatomo-pathologie.

Résumé :

Introduction :

Le but de notre étude était d'étudier les modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après la castration au service d'Urologie du CHU de Point G.

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective longitudinale et descriptive portant sur 32 patients au service d'Urologie du CHU de Point G. Elle s'est déroulée sur une période d'un an allant 1^{er} janvier au 31 décembre.

Résultats :

L'âge moyenne était de 72 ans. La symptomatologie était dominée par les troubles du bas appareil urinaire (pollakiurie, brûlures mictionnelles, dysurie ...). Le PSA était inférieur à 50 ng/ml chez 6% des malades avant castration, puis 33% un mois après castration et est restée inférieur à 50 ng/dl chez l'ensemble des malades évalué à 6 mois après castration.

Cancer de la prostate : Modifications cliniques, biologiques et de la qualité de vie après castration au CHU Point G

La testostéronémie était supérieure à 1 nmol/ml chez 75% des malades avant la castration ; Un mois après il l'était inférieure chez 83% les malades et a continué à décroître (inférieur a 0,5 nmol/ml) chez tous les malades évalués à 6 mois après la castration.

Tous nos malades étaient classés T4 selon la classification TNM avec des atteintes ganglionnaires ainsi que des métastases (os et poumons).

La qualité de vie était mauvaise chez environ 56% des malades avant la castration puis chez 50% 1 mois après castration et 33% au 6 mois après castration.

Conclusion :

L'amélioration clinique, paraclinique et de la qualité de vie des patients atteints de cancer de la prostate par la castration est comme décrite dans la littérature.

Mots-clés : Testostéronémie, PSA, Castration, Indice de performance OMS, Qualité de vie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples :

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis 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 leurs pères.

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