

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

Mémoire

**LA MORTALITE PAR CANCER URO-GENITAL  
AU SERVICE D'UROLOGIE  
DU CHU DU POINT G.**

Présenté et soutenu publiquement le 06/01./2022 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par : Dr. MARIKO Moulaye Labass**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
UROLOGIE  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président :**

**Pr Mamadou Lamine DIAKITE**

**Membres :**

**Pr Mamadou Tidiane COULIBALY**

**Pr Akadri DIARRA**

**Pr. Amadou KASSOGUE**

**Pr. Moussa Salif DIALLO**

**Directeur du mémoire :**

**Pr. BERTHE honoré JG**

## DEDICACES

## **Je dédie ce modeste travail :**

- **A ALLAH**, le tout puissant, le miséricordieux ; louange à toi de m’avoir donné la santé, le courage et la conviction de mener ce modeste travail à son terme, que ton nom soit glorifié à jamais. AMEN !
- **Au prophète Mohamed (paix et salut sur lui)**
- **A mon père feu Adama MARIKO**  
Merci père de nous avoir inculqué le sens des valeurs. Tu nous as enseigné la simplicité, la franchise, la dignité, le courage, et la sincérité. Saches que ce travail est à ton honneur ; j’aurais voulu que tu sois présent, mais la volonté de Dieu a emporté. Reposes en paix !
- **A ma mère feu Lalaissa TRAORE**  
Je remercie Dieu de m’avoir donné une maman comme toi. Ce jour est le tien, ce travail est l’aboutissement de tout ce que tu as enduré pour nous, puisse t’accueillir dans son paradis !
- **A ma femme Lamiratou KONATE**, merci pour ton soutien et pour tout ce que tu as accepté pour moi. Je ne saurais te remercier suffisamment des sacrifices consentis et ton soutien tout au long de cette formation. QU’ALLAH te donne une vie merveilleuse.  
**-A mes enfants Adama ,Lalaissa ,Youssef** ,vous êtes ma grande source de motivation .Papa vous aime plus que tout au monde ; je souhaite qu’un jour vous fassiez mieux que moi.  
**-A mes frères et sœurs**, pour l’entraide et la solidarité que vous avez toujours su cultiver au sein de la famille.  
Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver tous ici l’expression de ma très profonde gratitude.  
**-Au professeur Aly GUINDO**, merci pour ton accompagnement et ton soutien sans faille.

# REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

**Aux Dr SAMAKE Brehima dit Kepler, Dr KONE Ousmane, Dr.GUISSE Souleymane Dr KONE Sory Ibrahim,DrTRAORE Tiemoko dit FAH,Dr HAIDARA Karifala.**Merci pour tout.

**Aux Professeurs : TEMBELY AD, OUATTARA Zanafon.**

**Dr SAMASSEKOU Aissata** , nous avons beaucoup appris de vous .Recevez ici mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre soutien inconditionnel.

**Aux Dr Adama T. DIALLO, Dr YATTARA Ibrahim, Dr BOUARE ALASSANE, Dr François MEUKE**, vous m'avez reçu dans votre groupe en tant que D.E.S junior, vous m'avez soutenu en facilitant mon intégration dans un système que j'ignorais complètement. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.

**A tous les D.E.S d'urologie** pour la bonne collaboration dans le service au quotidien.

**A tout le personnel du service d'urologie du CHU du point G** , merci pour votre collaboration.

HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DE JURY

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :**

### **Pr Mamadou Lamine DIAKITE**

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Professeur Titulaire en Urologie
- Chef de service d'urologie du CHU du point G
- Directeur des études du DES d'Urologie
- Président de l'association malienne d'urologie (AMU)
- Praticien hospitalier au CHU du point G

Cher maitre,

Nous sommes très sensibles et reconnaissant de l'honneur que vous nous avez faite en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité, nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité, vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre.

Recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Pr Mamadou Tidiane COULIBALY**

- Chirurgien urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU Gabriel TOURE
- Praticien hospitalier
- Maitre de conférences à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail,nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait .Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.



## **A MAITRE ET JUGE :**

### **Pr Akadri DIARRA**

- Chirurgien urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU Luxembourg
- Professeur agrégé du CAMES
- Membre de l'AMU et de la SOCHIMA
- 1<sup>er</sup> vice-président du conseil national de l'ordre des Médecins du Mali

#### **Cher maître,**

C'est grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre gout pour le travail bien fait, vos qualités humaines et pédagogiques font de vous un espoir certain de l'urologie.

Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Retrouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Pr Amadou KASSOGUE**

- Chirurgien urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU Pr Bocar SALL de Kati
- Diplômé en pédagogie médicale et en communication médicale scientifique
- Maire de conférences à la FMOS
- Membre de l'AMU

**Cher maitre,**

C'est grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie. Votre rigueur scientifique, votre gout pour le travail bien fait, vos qualités humaines et pédagogiques font de vous un espoir certain de l'urologie. Permettez-nous cher maitre, de vous exprimer notre profond respect et toute notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Pr Moussa Salif DIALLO**

- Chirurgien urologue, Andrologue
- Praticien hospitalier au CHU de Kati.
- Urologue des forces armées maliennes.
- Maire de conférences à la FMOS
- -Membre de l'AMU

**Cher maitre,**

C'est grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage, et votre modestie et votre amour pour le travail bien fait.

Recevez ici cher maitre l'expression de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Directeur de mémoire :**

Mémoire de DES d'urologie 2021-2022    Dr MARIKO Moulaye Labass

## **Pr BERTHE honoré JG**

- Chirurgien urologue et Andrologue au CHU du point G
- Professeur titulaire en Urologie
- Coordinateur de DES d'Urologie du Mali
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Membre de l'association malienne d'urologie

### **Cher Maitre,**

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations, vous nous avez donné le gout de l'urologie, votre modestie, votre dynamisme, votre gout pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre ardent désir à transmettre vos connaissances aux autres font de vous un modèle pour beaucoup d'urologues en formation.

Veillez trouver dans ce travail cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**Créat** : Créatininémie

**ECBU** : Examen cyto bactériologique des urines

**Hb** : Hémoglobine

**PSA** : Antigène spécifique de la prostate

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences

**TNM** : T= tumeur primitive, N= ganglions régionaux, M= métastases

## Table des matières

<b>I.INTRODUCTION :</b> .....	<b>1</b>
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>IV. RESULTATS</b> .....	<b>5</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>13</b>
<b>VI. CONCLUSION</b> .....	<b>16</b>
<b>VII. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>18</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>20</b>

## Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge .....	6
Tableau II : Répartition des patients selon la classification TNM.....	12
Tableau III : Répartition des patients selon le taux de créatinémie .....	12
Tableau IV. Répartition des patients selon le taux de PSA .....	12

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.....	6
Figure 2 : Répartition des patients selon la profession .....	7
Figure 3 : Répartition des patients selon la résidence.....	7
Figure 4 : Répartition des patients selon les facteurs de risque .....	8
Figure 5: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation :.....	8
Figure 6 : Répartition des patients selon la localisation du cancer .....	9
Figure 7 : Répartition des patients selon l'antécédent urologique.....	9
Figure 8 : Répartition des patients selon le motif de consultation.....	10
Figure 9 : Répartition des patients selon les circonstances de décès .....	10
Figure 10 : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine.....	11
Figure 11: Répartition des patients selon le germe retrouvé à l'ECBU.....	11

# INTRODUCTION



## I. INTRODUCTION :

La mortalité par cancer en urologie correspond à l'action de la mort sur une population exposée à un cancer urologique dans un espace de temps déterminé [1]. L'étude de la mortalité a un impact positif sur la qualité et la sécurité des soins. Elle permet un contrôle et une révision des mesures thérapeutiques [1].

Les cancers urogénitaux sont des cancers assez fréquents en pratique urologique courante et l'urologue consacre une part importante de ses activités à leur prise en charge [1].

En milieu hospitalier urologique, les risques thromboemboliques, l'âge avancé des patients, la fréquence des cancers, les infections uro-génitales, sont des facteurs qui augmentent le risque de décès.[1] Si des données épidémiologiques sont disponibles dans les pays du Nord sur ces cancers urologiques, en Afrique en général les données sur leur mortalité sont peu disponibles, faute d'outils de collecte efficace, notamment le registre de cancer, qui ne sont pas en place dans beaucoup de pays du Sud.[2] Les progrès réalisés ces dernières décennies en urologie ,tant par la compétence du personnel soignant d'une part que dans la l'acquisition d'un plateau technique de plus en plus performant d'autre part, ont permis la réduction de la mortalité.[2] Cependant, cette mortalité est diversement rapportée dans les pays au Sud du Sahara où se posent encore les problèmes d'insuffisance en personnel soignant et l'équipement.

L'évaluation du taux de mortalité globale est insuffisante dans les pays africains, alors qu'elle est bien connue dans les pays développés [2]. Actuellement, relativement peu d'études ont été réalisées sur la mortalité par cancer en urologie. [2]

Il nous a paru de ce fait important de réaliser cette étude dont l'intérêt est celui d'apprécier la particularité de la mortalité par cancer en urologie. L'étude de la mortalité dans notre contexte de travail, permet non seulement d'évaluer la qualité des soins apportés aux malades, mais aussi, d'apprécier les cancers

urologiques qui occasionnent la survenue des complications responsables de décès.

# **OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général :**

Identifier les causes de décès par cancer urologique enregistré dans le service d'urologie du CHU du point G durant la période.

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les aspects épidémiologiques
- Décrire les aspects sociodémographiques
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques

# **METHODOLOGIE**

### **III. METHODOLOGIE**

#### **3.1. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, descriptive.

#### **3.2. Lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service d'urologie du CHU du point G.

#### **3.3. Matériel d'étude :**

Dossiers des patients et registre d'hospitalisation.

#### **3.4. Critères d'inclusion :**

Patients décédés par cancer en cours d'hospitalisation ou suite à leur transfert au service de réanimation par cancer.

#### **3.5. Critères de non inclusion :**

Les cas de décès constatés à l'admission ou pour autre cause.

#### **3.6. Durée d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 Décembre 2021 soit un période de dix ans.

#### **3.7. Paramètres d'étude :**

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la profession, résidence ; les facteurs de risque, le motif d'hospitalisation, le type de cancer, les circonstances de décès, le taux d'Hb ,le taux de PSA ,la créatinémie, durée d'hospitalisation , l'examen cytbactériologique des urines, la classification TNM.

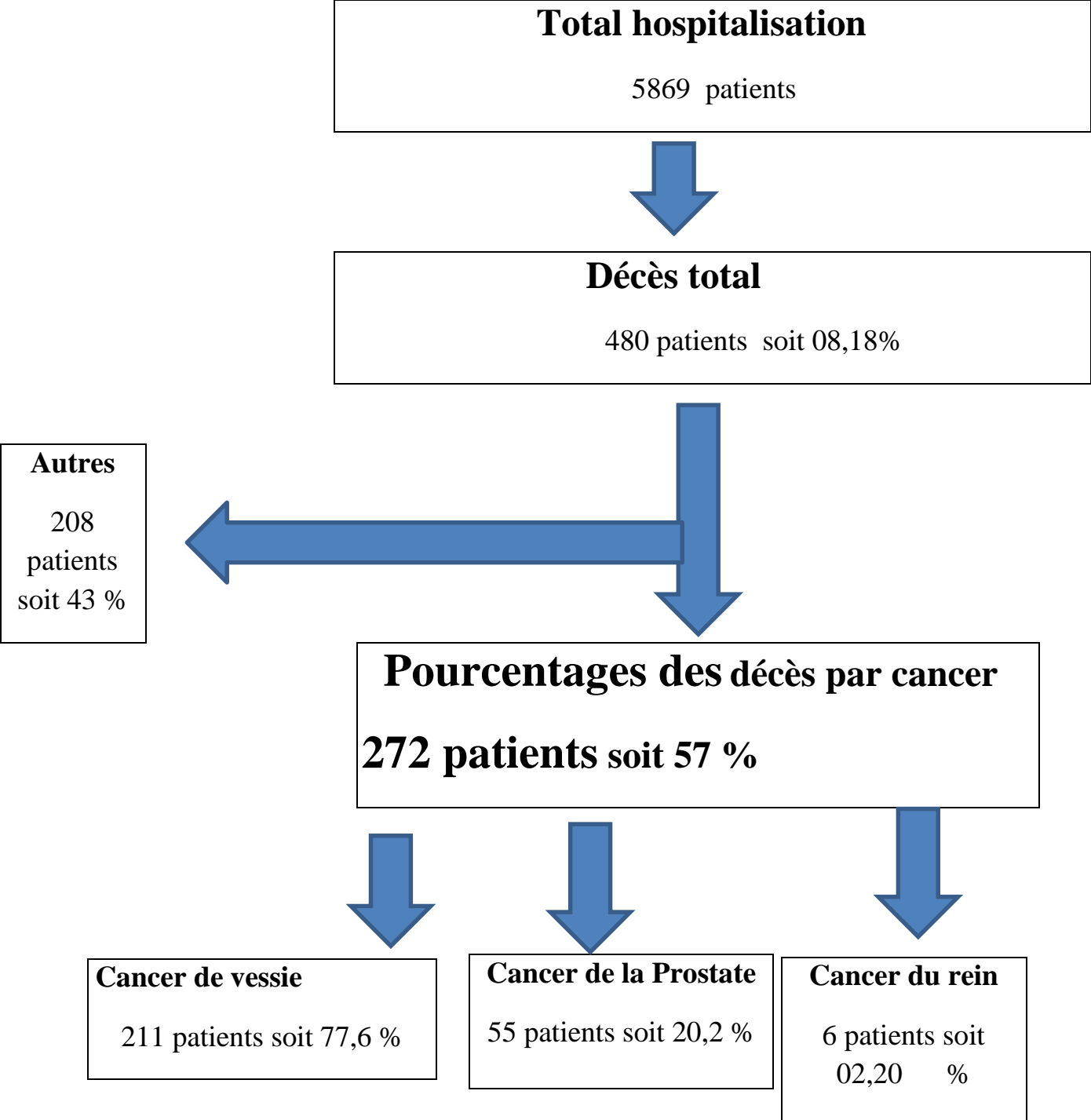
#### **3.8. Analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées avec les logiciels office 2010 et SPSS V.22.0.

# **RESULTATS**

**IV. RESULTATS**

Durant la période d'étude, nous avons colligé 480 dossiers de patients décédés parmi les 5869 dossiers de patients hospitalisés. Ce qui correspond à un taux de mortalité globale en 10 ans de 08,18%. La mortalité par cancer a représenté 272 / 480 soit 57 %.

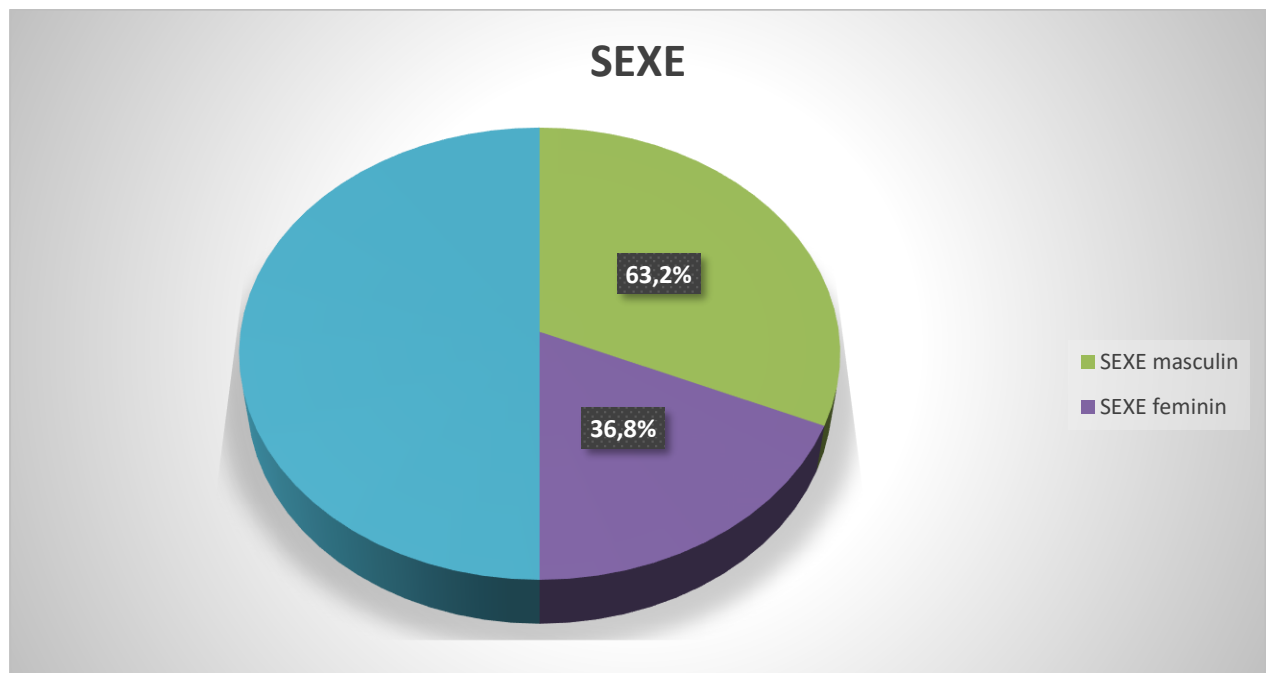




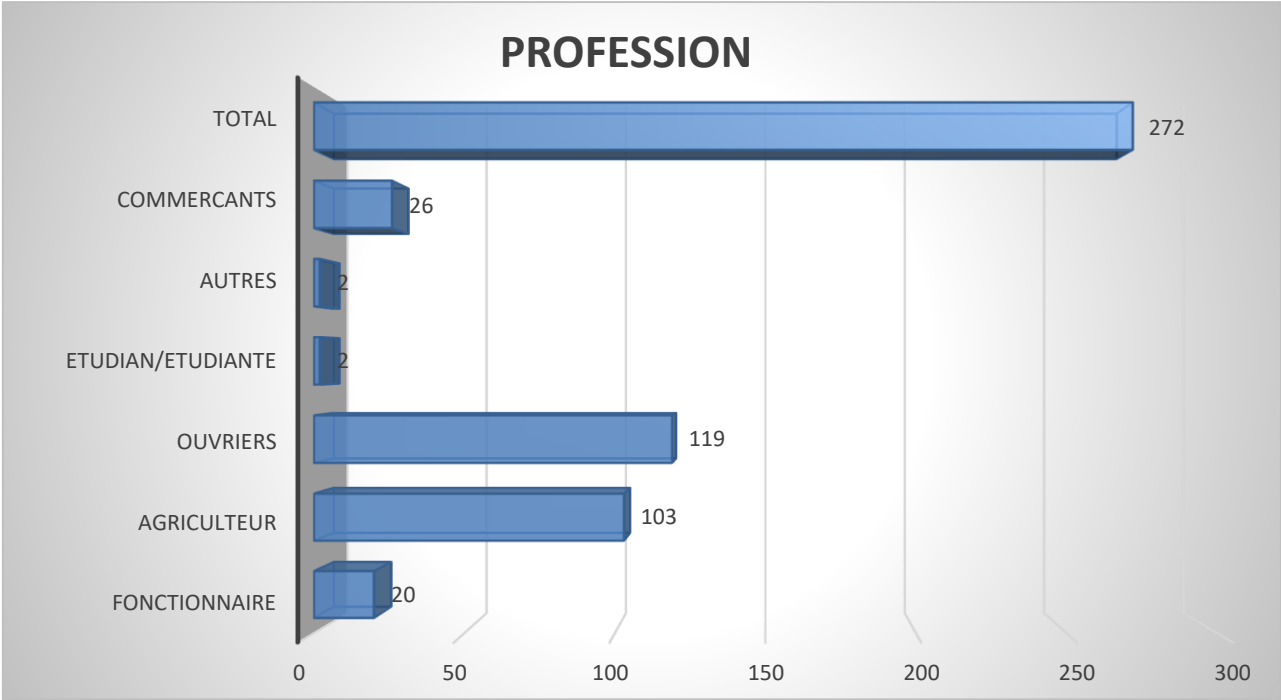
**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge**

Age	Fréquence	Pourcentage
0 -20	2	0,7
21-40	41	15,1
41-60	104	38,2
61-80	115	42,3
81-100	10	3,7
Total	272	100,0

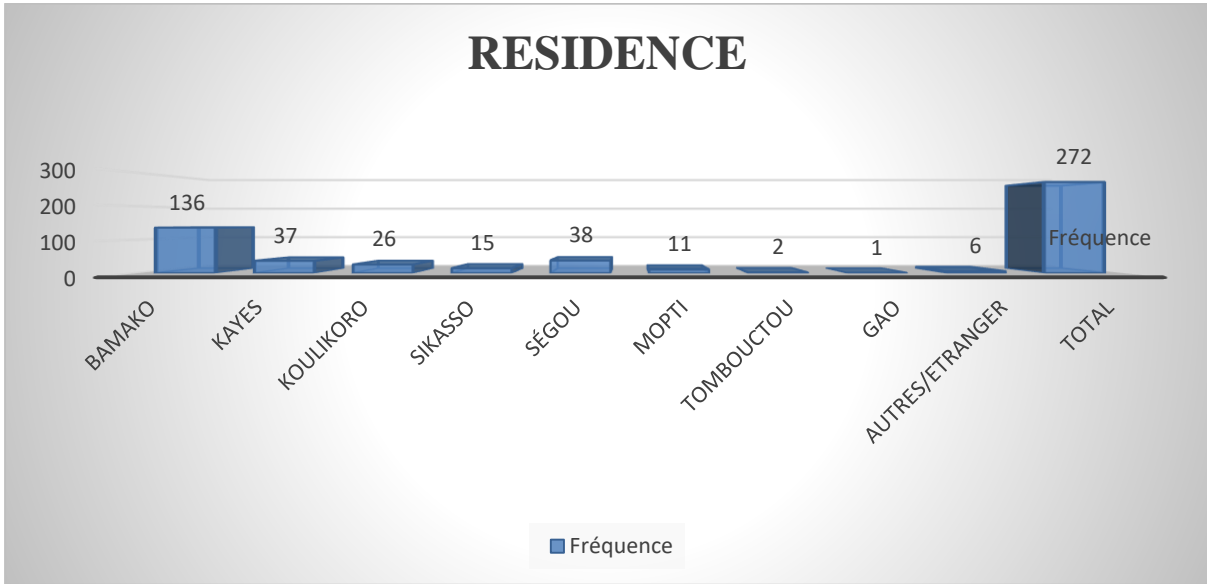
La tranche d'âge 61-80 a été la plus représentée avec 42,3 %. La moyenne d'âge a été 57,60 avec des extrêmes de 11 et 98 ans .L' écart-type 16,



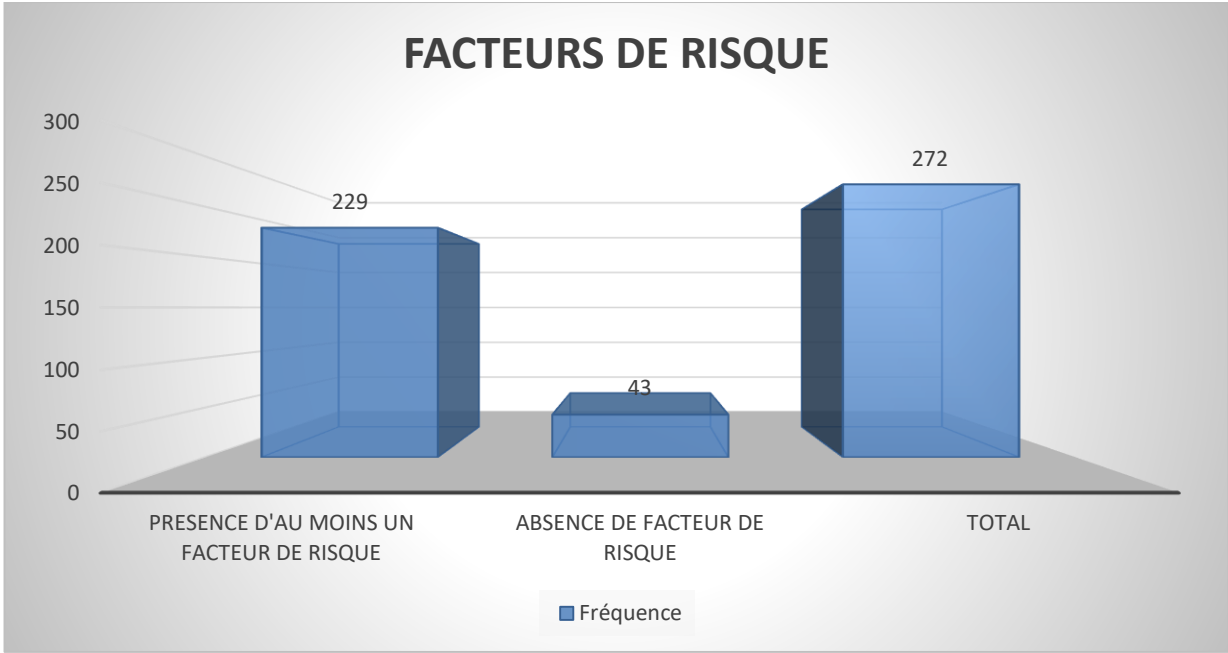
**Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe**  
63,23 % des patients étaient de sexe masculin.



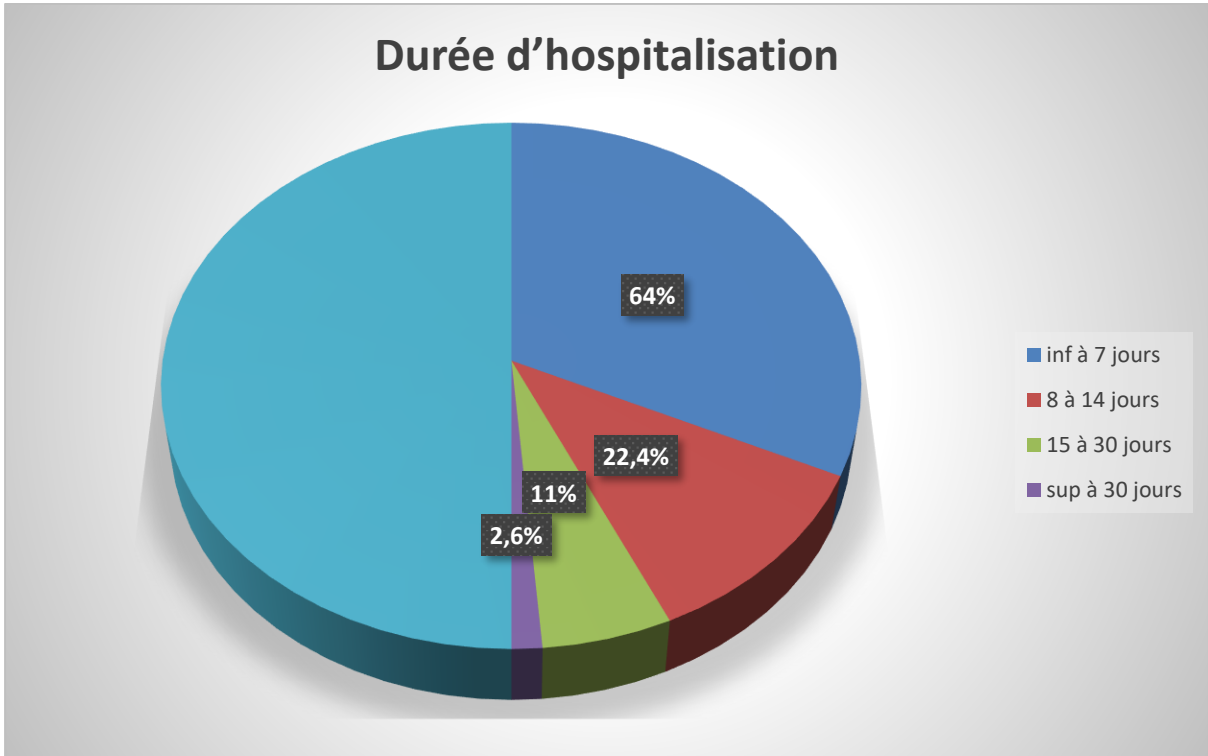
**Figure 2 : Répartition des patients selon la profession**  
 43,8% des patients étaient des ouvriers suivis par les agriculteurs avec 37,9%.



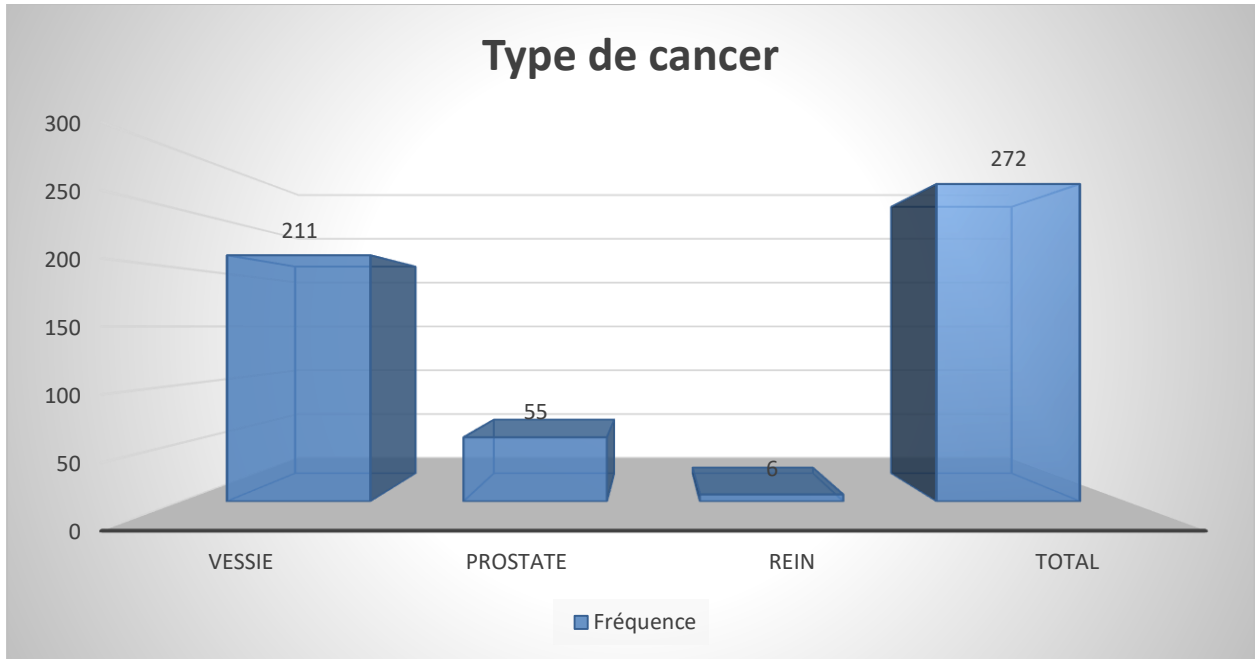
**Figure 3 : Répartition des patients selon la résidence**  
 50 % des patients résidaient à Bamako.



**Figure 4 : Répartition des patients selon les facteurs de risque**  
 84,2 % des patients avaient au moins un facteur de risque de cancer urologique à savoir : bilharziose urinaire, l’HTA, le tabac, l’âge sup à 65 ans.

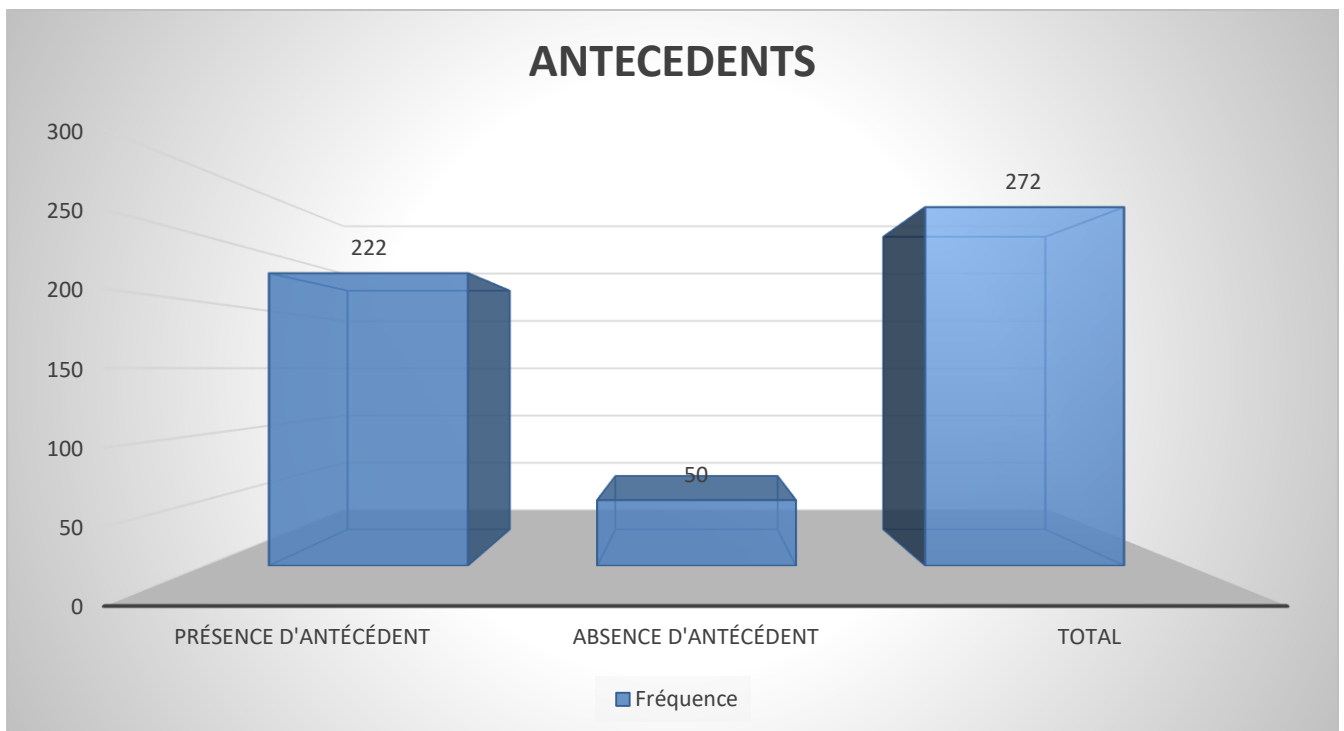


**Figure 5: répartition des patients selon la durée d'hospitalisation :**  
 La durée d’hospitalisation était inférieure à 7 jours dans 64% des cas



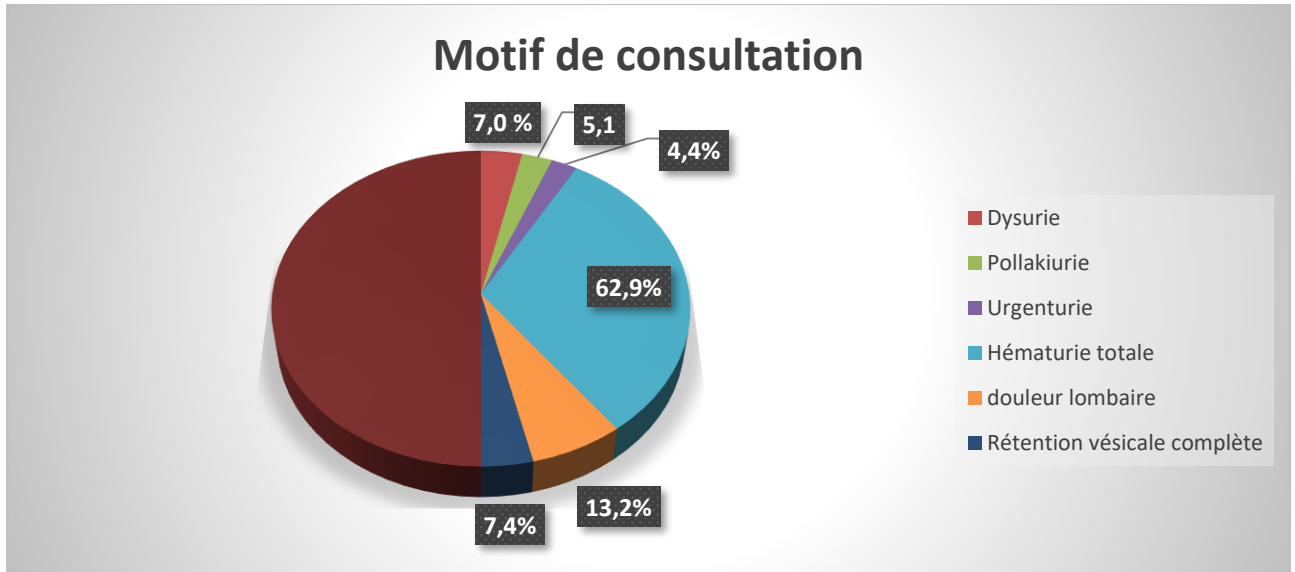
**Figure 6 : Répartition des patients selon la localisation du cancer**

Le cancer de vessie était le plus fréquent avec 77,6 % suivi du cancer de la prostate avec 20,2 %.



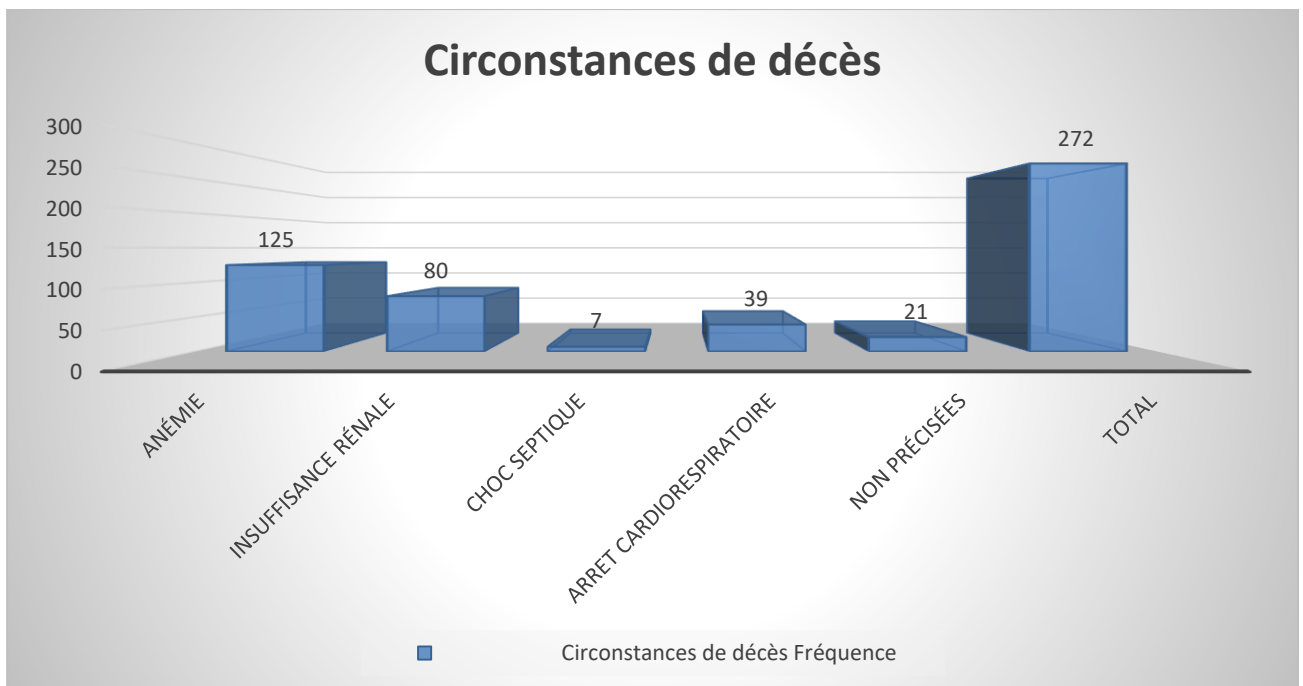
**Figure 7 : Répartition des patients selon l'antécédent urologique**

73 % des patients avaient la bilharziose urinaire.



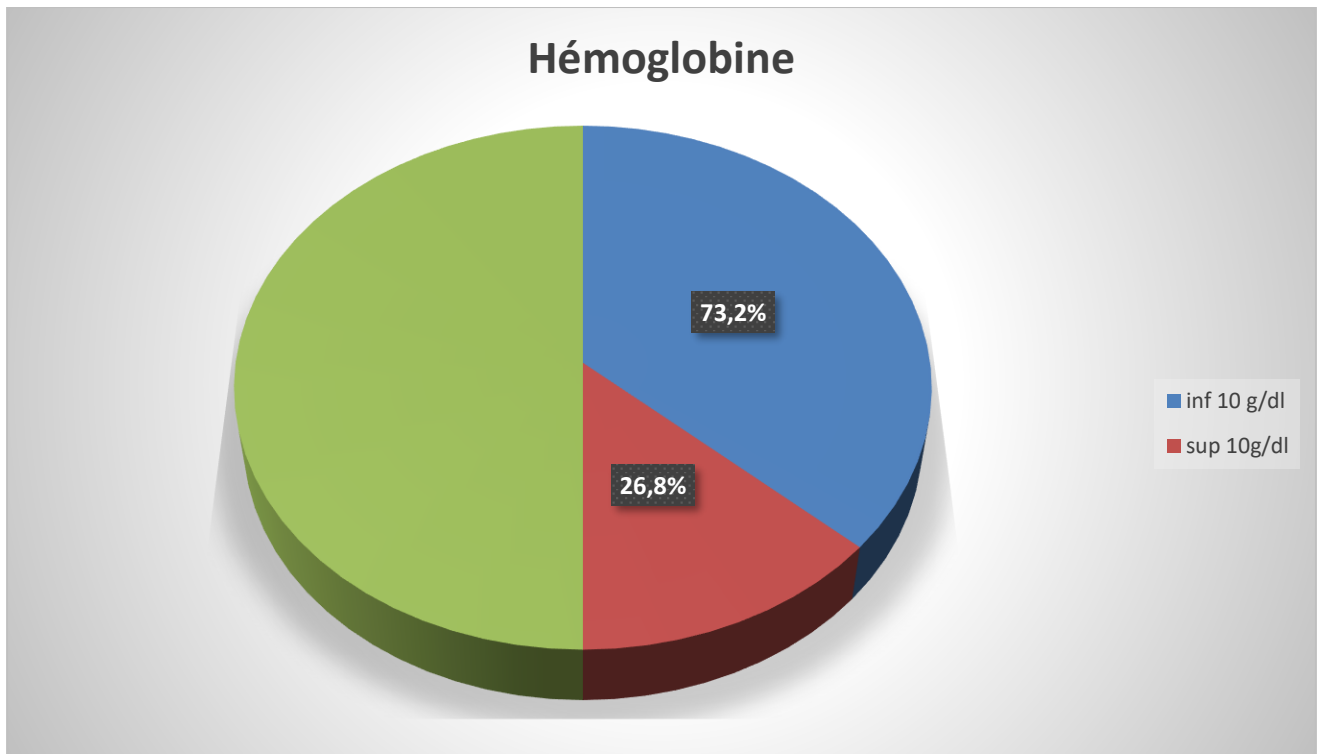
**Figure 8 : Répartition des patients selon le motif de consultation**

L'hématurie totale a été le motif de consultation le plus fréquent dans 62,9% des cas.

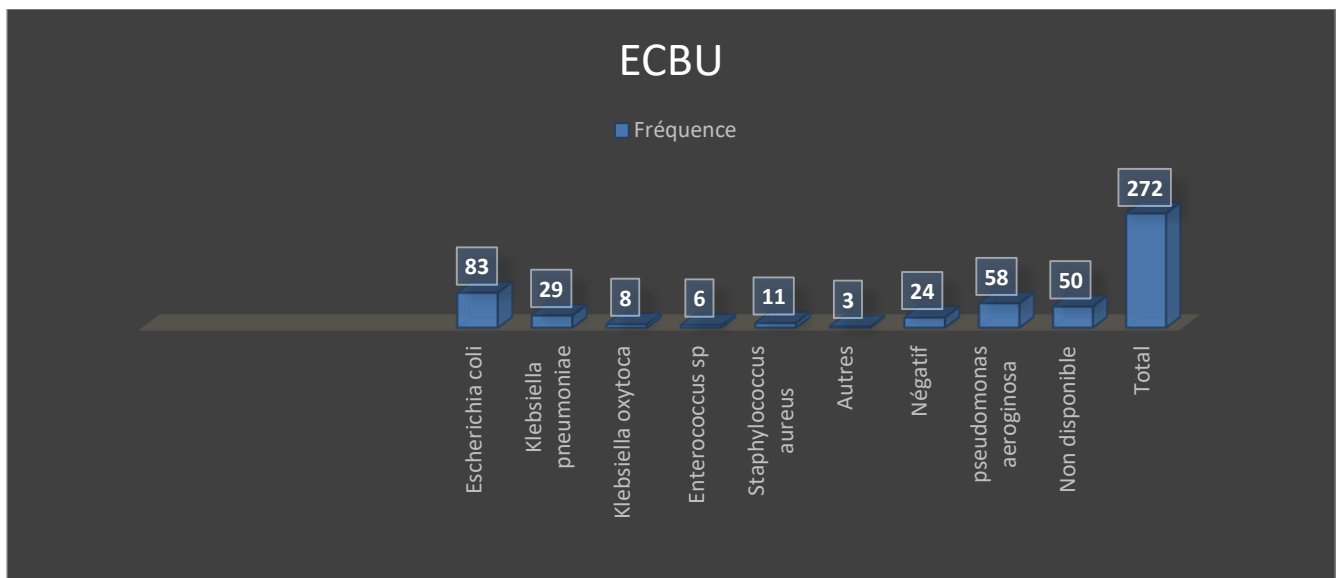


**Figure 9 : Répartition des patients selon les circonstances de décès**

L'anémie a été la circonstance de décès le plus fréquent dans 45,95% des cas, suivie de l'insuffisance rénale avec 29,4%.



**Figure 10 : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine**  
Le taux d'hémoglobine était inférieure à 10g/ dl dans 73,2% des cas.



**Figure 11: Répartition des patients selon le germe retrouvé à l'ECBU**  
l'Escherichia coli a été retrouvé dans l'ECBU dans 30,5 % des cas. L'ECBU n'était pas disponible dans 21,3% des cas.

**Tableau II : Répartition des patients selon la classification TNM**

TNM	T1T2N0M0	T3T4N+M0	T3T4NM1	Non disponible	Total
Vessie	20	37	60	94	<b>211</b>
Prostate	18	6	21	10	<b>55</b>
Rein	1	2	3	0	<b>6</b>

28,44 % des cancers de vessie était métastatique et 38,18 % des cancers de la prostate était métastatique dans. Le scanner n'était pas disponible dans 38,25 % des cas

**Tableau III : Répartition des patients selon le taux de créatinémie**

Créatinémie	Fréquence	Pourcentage
inf à 120 micromol/l	52	19,1
sup à 120 micromol/l	220	80,9
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>

La créatinémie était supérieure à 120  $\mu\text{mol/l}$  dans 81,25 % des cas.

**Tableau IV. Répartition des patients selon le taux de PSA**

PSA	Fréquence	Pourcentage
inf ou égale 20 ng/ ml	10	18,2
21 à 40 ng/ ml	2	3,6
41 à 60 ng/ ml	2	3,6
61 à 80 ng/ml	1	1,8
81 à 100 ng/ ml	1	1,8
sup 100 ng/ ml	39	70,9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

Le PSA était sup à 100ng/ml dans 70,9% des cas de cancer de la prostate.



# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Aspects épidémiologiques

Durant notre d'étude, la mortalité par cancer urologique a représenté 57 %. Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par B. Sine et al à Dakar qui rapportait 51,5% [5]. La mortalité liée aux cancers était de 87,5% dans l'étude de Dekou et al [4]. Le taux élevé de mortalité par cancer dans notre étude est dû au fait que les cancers étaient au moment du diagnostic localement avancés ou métastatiques dans la majorité des cas.

### 5.2. Aspects sociodémographiques

#### 5.2.1. Age :

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [61-80 ans] soit 42,3 %, l'âge moyen était 57,60+-16,57 ans avec des extrêmes de 11 et 98 ans. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par AM Ondongo et al à Brazzaville qui ont trouvé 66,69+-13,17 ans [2], de B. Sine et al au Sénégal avec 63,6 ans [5] et A. Dekou et al avec 63,4 ans [4]. Ce qui nous permet de conclure que les cancers urologiques sont fréquemment rencontrés au troisième âge de la vie.

#### 5.2.2. Sexe :

Le sexe masculin a été le plus dominant avec 63,2 %. Le sexe ratio était 1,72 ; A. Dékou [4] et R. Salah et al [9] ont rapporté respectivement un sexe ratio de 13,6 et 10,22. Cette prédominance masculine observée dans notre étude est rapportée par plusieurs auteurs à travers le monde et serait souvent imputable à l'anatomie, aux différences d'exposition aux agents carcinogènes.

L'urologie prend également en charge les maladies de l'appareil génital masculin qui sont plus fréquentes dans notre contexte de travail.

### 5.3. Aspects cliniques

#### 5.3.1. Motif d'hospitalisation :

L'hématurie a été le motif de consultation le plus fréquent avec 62,9%. Ce résultat est comparable à celui de A DIALLO et al qui ont conclu que l'hématurie était

le principal motif de consultation dans 63% des cas [2], et nettement inférieur à celui de B. Diao et al qui ont rapporté que l'hématurie a constitué le motif de consultation dans 88% des cas [15]. Cela s'explique par le fait que l'hématurie constitue le mode de révélation de la plus part des cancers urologiques.

### **5.3.2. Durée d'hospitalisation :**

La durée d'hospitalisation était inférieure à 7 jours dans 64 % des cas. Cela est dû au fait que la majorité des patients consultent à un stade très avancé de la maladie.

## **5.4. Aspects paracliniques**

**5.4.1. Taux d'hémoglobine :** le taux d'hb était inférieur 10g/dl dans 73,2 %. Ce taux est nettement supérieur à celui rapporté par MBAMBA O chez qui 42,4% des patients avaient un taux d'Hb inférieur à 10g/ dl [12]. Cela peut s'expliquer par l'abondance de l'hématurie dans les cancers urologiques.

**5.4.2. Créatinémie :** la créatinémie était supérieure à 120 micromol / l dans 80,9 % des cas. L'insuffisance rénale constitue une complication majeure des cancers urologiques.

**5.4.3. Le Taux de PSA :** le PSA était supérieur à 100 ng/ml dans 70,90 % des cas de cancer de la prostate. Ce taux est strictement inférieur à celui retrouvé par MBAMBA O 93,9% [12] Et ceux retrouvés par CHTOOK 52% [17] et Tengue et al. 90,5% [16]. I. Diallo et al ont rapporté que le taux moyen de PSA était de 1058 ng/ml (6,2-19500ng/ml) [6].

Ces données traduisent le retard de diagnostic du cancer de la prostate dans notre contexte.

### **5.4.4. L'examen cyto bactériologique des urines :**

L'Escherichia coli a été le germe le plus retrouvé dans l'ECBU dans 30,5% des cas.

## **5.5. Classification TNM :**

Dans 28,44% des cas les cancers de vessie étaient métastatiques et 38,18 % des cancers de la prostate était métastatique. Ce qui s'explique par le fait que les patients consultent à un stade avancé de la maladie.

#### **5.6. Le type du cancer :**

Selon la localisation anatomique du cancer nous avons observé une prédominance du cancer de vessie avec 77,6 %, suivi de celui de la prostate avec 20,2%. Ce résultat est similaire à celui rapporté par R. Salah et al [9] soit respectivement 60,3 et 28,1 % ; T. Darré et al ont rapporté respectivement 74,63 et 14,16 % [8]. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le cancer de la vessie a un plus grand nombre de facteurs de risque.

#### **5.7. Circonstances du décès :**

L'anémie et l'insuffisance rénale ont été les circonstances de décès les plus fréquentes avec respectivement 45,6 et 29,4%. Ce résultat comparable à celui retrouvé par Coulibaly L et al soit respectivement 76,65 et 26,43 % ; et celui AM Ondongo Atipo et al qui ont conclu que le décès était dû à une insuffisance rénale dans 20,70% des cas, un choc anémique dans 6,40% des cas [ 2]. L'anémie est due à l'hématurie et l'insuffisance rénale due à l'obstruction.

# CONCLUSION

## **VI. CONCLUSION**

Le cancer de la vessie est la première cause de décès dans le service d'urologie du CHU du point G.

Le décès est principalement lié à l'anémie et l'insuffisance rénale qui sont des complications majeures des cancers urologiques.

Le cancer était localement avancé ou métastatique dans la majorité des cas secondaire à un retard de diagnostic.

# **RECOMMANDATIONS**

## VII. RECOMMANDATIONS

En vue d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancers urogénitaux, au terme de cette étude nous recommandons :

### □ À l'intention du personnel socio sanitaire :

- La recherche systématique d'un cancer de vessie devant toute hématurie, chez un adulte et son orientation vers un milieu spécialisé
- De penser au cancer de la prostate devant toute hypertrophie prostatique. Le moindre doute, doit faire pratiquer les examens complémentaires pour son diagnostic.
- Participer aux campagnes de dépistage des cancers.
- Sensibiliser la population sur les différents signes d'appel des cancers.
- Remplir rigoureusement les dossiers médicaux des patients en général et des cancers en particulier.

### □ A l'intention du Ministère de la santé :

- La formation des spécialistes dans la prise en charge adéquate des cancers urogénitaux notamment les chirurgiens, les radiologues, les oncologues, les anatomopathologistes et les anesthésistes réanimateurs.
- La mise en marche un programme de lutte contre les cancers urologiques.
- L'organisation d'un dépistage annuel de masse et rendre gratuite la prise en charge des cancers urologiques.
- Le renforcement de la politique de lutte contre la bilharziose au Mali par des campagnes intensives de lutte.

### □ Aux populations :

- L'adhésion aux campagnes de sensibilisation pour la lutte contre la bilharziose
- la consultation systématique d'un personnel de santé devant tout cas d'hématurie.



# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Filali baba H. La mortalité au service d'urologie référence 879-2016 thèse page 1
2. AM Ondongo Atipo<sup>1</sup>, AS Ondziel Opara<sup>1</sup>, AWS Odzébé<sup>1</sup>, C Mboutou Mandavo<sup>2</sup>, IP Ondima<sup>2</sup>, RB anga Mouss<sup>1</sup>, PA Bouya<sup>1</sup> Causes de Décès dans le Service d'Urologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville : Une étude de 343 Patients . Health Sci. Dis: Vol 20 (1) January – February 2019.1-5
3. A. Ouattara\*, R. Hodonou, J. Avakoudjo, D. Cisse, B. Zango, I. Gandaho, F.D.J.M. Hodonou, M. Yevi, A. Vodou, P.P. Hounnasso, C.E. Akpo  
Épidémiologie des cancers urologiques au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas . Progrès en urologie ( 2012 ) 22,261-265
4. A. Dékou, G.A. ouegnin, P.G. Konan, B. Kouamé, A. Fofana, N. Kramo, A. Konin, K. Manzan et M.A. Djédjé. Contribution à l'étude de la mortalité dans un service d'urologie: **Le cas du service d'urologie du CHU de cocody d'Abidjan de 2000 à 2006 . African Journal of Urology. Vol. 15, No. 1, 2009 ,44-52 .**
5. B. Sine , B. Fall , Y. Sow , A. Sarr , N.A. Bagayogo , A.R. Zakou , S.T. Faye , D. Nanga , B. Diao , P.A. Fall , A.K. Ndoeye , M. Ba ,  
B.A. Diagne ; **La mortalité spécifique en urologie dans un hôpital de référence au Sénégal: analyse d'une série de 132 décès. African journal of urology (2016)22.page 329-332**
6. I. Diallo , I. D. Diamé , C. Diouf , S. T. Faye , A. Thiam , A. Yaya , O. Sow , B. Fall , L. Niang **Les cancers urogénitaux en région périphérique de Sénégal: à propos de 156 cas. Journal Africain d'Urologie(2021) 27, 9-16**
7. T. Darré · K. Amégbor · M. Kpatcha · K. Tengue · L. Sonhaye · K. Doh · M. Tchaou · S. Anoukoum · G. Napo-Koura **Cancers urologiques au Togo : profil**

**histoépidémiologique à propos de 678 cas .African journal of cancer ( 2014)6 ;27-31**

**8. R. Salah · N. Harir · S. Zeggai · F. Sellam · N.M. Merabent · S. Moullessehoul · M. Bedjaoui : Cancers urologiques en Algérie : profil histoépidémiologique à propos de 348 cas. J. Afr. Cancer (2015) 7:126-131**

**9. Diagne B.A., Ba M., Gueye S.M., Wandaogo A., Touré A., Mensah A. Les particularités des cancers vésicaux en milieu sénégalais : analyse de 336 observations. Bull Soc Fr Canc Prive 1987;16:95-100.**

**10. Gueye SM, Jalloh M, Labou I, et al (2004) Profil clinique du cancer au Sénégal. Afr J Urol 10: 203-7**

**11. Mbamba O. Cancer de la prostate métastatique hormono naïf : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans le service d'urologie CHU du Point G. Mémoire d'urologie 2021**

**12. Tretarre B, Rebillard X, Daures JP, et al (2003) Les cancers urologiques dans le département de l' Hérault : 14 ans d'enregistrement continu. Prog Urol 13:394 – 403**

**13. B. Diao a , T. Amath a , B. Fall a ,\*, P.A. Fall a ,M.J. Diémé b , N.N. Steevy a , A.K. Ndoeye a ,M. Ba a , V. Mendes b , B.A. Diagne a Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques.progrès en urologie (2008) 18,445-448**

**14 . Druet-Cabanac M, Colombeau P, Preux PM, et al (2002) Épidémiologie des cancers de la prostate en Limousin. Prog Urol 12:226 – 31**

**15. CHTOUK M. Prise en charge du cancer de la prostate localement avancé et métastatique. Université CADI AYYAD Marrakech 2016 ; thèse de médecine N 120.**

**16. Tengue K, Kpatcha M, Botcho G et al. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. African journal of urologie 2016 ; 22(2) : 76 – 82.**

# **ANNEXES**

**ANNEXE****FICHE D'ENQUETE****I. Aspects sociodémographiques**

1. **Age**        ans

2. **Sexe**

1 = masculin        2 = féminin

3. **Profession**

1 = fonctionnaire ; 2 = agriculteur ; 3 = ouvrier + assimilés ;

5 = Elève/ Etudiant, 6 = autres

4. **facteurs de risque :**

1 = au moins un facteur de risque, 2 = sans facteur de risque

5. **Résidence/ Région d'origine :**

1 = Bamako, 2 = Kayes , 3 = Koulikoro , 4 = Sikasso , 5 = Ségou ; 6 = Mopti , 7 =

Tombouctou , 8 = Gao , 9 = Autres / Pays voisins

**II. Aspects cliniques**

1. **Motif d'hospitalisation**

1 = Dysurie ; 2 = pollakiurie ; 3 = hématurie ; 4 = douleur lombaire ; 5 = rétention vésicale complète ; 6 = autre

2. **Antécédents :**

Médicaux : 1 = oui 2 = non

Chirurgicaux : 1 = oui 2 = non

Urologiques : 1 = oui , 2 = non

2. **Type de cancer**

1 = cancer de la prostate ; 2 = cancer de vessie ; 3 = cancer du rein ; 4 = cancer de testicule

3. **Durée d'hospitalisation**

Nombre de jours =

4. **Circonstances du décès :**

1 = Anémie , 2 = Insuffisance rénale , 3 = choc septique ,4 = arrêt cardiorespiratoire, 5 = non précisées

### III. Aspects paracliniques :

1. **Taux d'hémoglobine :** g/ dl

#### 2. Créatinémie

1= Inf 120 micromol/l 2 = sup 120 micromol/ L

#### 3. Taux de PSA :

1 = inf 20 ng/ ml. ; 2 = 20-40 ng/ml , 3 =40-60 ng/ ml ; 4 = 60-80 ng/ ml ;  
5= 80-100 ng/ ml 6 = sup 100 ng/ ml

#### 4 .L'examen cytbactériologique des urines :

1 = Escherichia coli , 2 = klebsiella pneumoniae , 3 =klebsiella oxytoca ,4 = pseudomonas aeruginosa, 5 =staphylococcus aureus, 6 = stérile , 7 = non disponible

#### 5 .Classification TNM

1 = T1T2N0M0 , 2 = T2T3T4NM0 3 = T2T3T4NM1

**Fiche signalétique****NOM : MARIKO****PRENOM : Moulaye Labass****E-MAIL : moulayelab@gmail.com****TEL : (+223)76156391****TITRE: La mortalité par cancer au service d'urologie du CHU du point G.****Année universitaire : 2021-2022****Pays d'origine : Mali****Ville de soutenance : Bamako****Secteur d'intérêt : Urologie Point G Mali****Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'odontostomatologie du Mali B.P 180****RESUME :****Introduction :**

**L'objectif est** Identifier et décrire les causes de décès par cancer enregistrés dans le service d'urologie du CHU du point G durant la période.

**Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale descriptive dans le service d'urologie du CHU du point G durant la période allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2021 soit dix ans.

**Résultats :**

Durant la période d'étude, nous avons colligés 480 dossiers de patients décédés parmi les 5869 dossiers de patients hospitalisés. Ce qui correspond à un taux de mortalité globale en 10 ans de 08,18%. La mortalité par cancer a représenté 57 %.

**Conclusion :** Le cancer de la vessie est la première cause de mortalité dans le service d'urologie du CHU du point G.

Le décès est principalement lié à l'hématurie et l'insuffisance rénale qui sont des complications des cancers urologiques.

Le cancer était localement avancé ou métastatique dans la majorité des cas , secondaire à un retard de diagnostic.

Mots clés : mortalité, cancer, urologie.