**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, PARACLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES TUMEURS PROSTATIQUES A L’HOPITAL DE PANZI – REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Auteurs : Munyahali KJ1, Cikwanine BJ3 , Bafunyembaka MA1, Nanga BD1, Baraka BR1, Alumeti MD1, , Luhiriri NL1, Amisi ME1, Ahuka OL1

1. Département de chirurgie de l’hôpital de Panzi, faculté de médecine de l’Université Evangélique en Afrique.
2. Service d’anatomie pathologie de l’hôpital de Panzi, faculté de médecine de l’Université Evangélique en Afrique.
3. Service d’anesthésie et réanimation de l’hôpital de Panzi, faculté de médecine de l’Université Evangélique en Afrique

Auteur correspondant : Kitumaini Munyahali John, Université Evangélique en Afrique

Téléphone : +243995763070 et +250785632557

E-mail: johnkitumaini@yahoo.fr

**ABSTRACT**

Tumor pathologies of the prostate gland are represented by benign prostate tumor and prostate cancer and are generally seen after 50 years. The objective of this work was to study the epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspects of prostate tumors at the General Reference Hospital of Panzi (DRC).

**Patients and methods:** Retrospective cross-sectional study on 70 patients followed in hospital or on an outpatient basis for prostate tumor in the urology department of the General Reference Hospital of Panzi from January 1, 2013 to December 31, 2017. The epidemiological, clinical and paraclinical parameters (anatomopathology with score Gleason, prostate volume on ultrasound, urinary impact on ultrasound, urea level, creatinine level and PSA level) and therapeutics were studied.

**Results:** Prostate tumors represent 3.84% of surgical pathologies. The average age of the patients was 68.2 years with the extremes of 47 and 90 years old. The patients were transferred in 78.6% of the cases. Acute urine retention was the most common reason for consultation with 42.8%. The PSA rate> 4ηg in 92.9% of the cases. Benign prostatic hyperplasia was found in 62.8% of patients against 35.7% of prostate adenocarcinoma and 41.7% of prostate cancers were moderately differentiated. The prostate volume was 41-60g in 35.7% of the cases. No urinary impact in 71.4% of patients. Surgical treatment was in 85.7% and RTUP was the most used at 40%. A hospital stay between 15 and 21 days in 30% of cases. The cure rate was 81.4% and 14.3% developed urethral stenosis.

**Conclusion:** Prostate tumors are common in people over the age of 50 who see for acute retention of urine. Benign enlarged prostate is the most common. Treatment is codified and in the event of a complicated prostatic tumor, surgery remains the choice for the comfort of the patients and the popularization of an early detection of these pathologies is necessary for the prevention of complications.

**Keywords** : Prostate, hyperplasia, adenocarcinoma, PSA, Panzi

**RESUME**

Les pathologies tumorales de la glande prostatique sont représentées par la tumeur bénigne de la prostate et le cancer de la prostate et se voient généralement après 50 ans. L’objectif de ce travail était d’étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des tumeurs prostatiques à l’Hôpital Général de Référence de Panzi (RDC).

**Patients et méthodes**: Etude rétrospective transversale sur 70 patients suivi en hospitalisation ou en ambulatoire pour tumeur prostatique dans le service d’urologie de l’hôpital général de références de Panzi du 1er Janvier 2013 au 31 décembre 2017. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques (anatomopathologie avec score de Gleason, volume prostatique à l’échographie, impact urinaire à l’échographie, taux d’urée, taux de créatinine et taux de PSA) et thérapeutiques ont été étudiés.

**Résultats**: Les tumeurs prostatiques représentent 3,84 % des pathologies chirurgicales. L’âge moyen des patients était de 68,2 ans avec les extrêmes de 47 ans et 90 ans, Les patients ont été transférés dans 78,6 % des cas. La rétention aigue d’urine était le motif de consultation prépondérant avec 42,8 %. Le taux de PSA > 4ηg dans 92,9 % des cas. L’hypertrophie bénigne de la prostate a été retrouvée chez 62,8 % des patients contre 35,7 % d’adénocarcinome de la prostate et 41,7 % des cancers de prostate étaient moyennement différenciés. Le volume prostatique était de 41-60g dans 35,7 % des cas. Aucun impact urinaire chez 71,4 % des patients. Le traitement chirurgical était dans 85,7% et la RTUP était la plus utilisée à 40 %. Un séjour à l’hôpital entre 15 et 21 jours dans 30 % des cas. Le taux de guérison était 81,4 % et 14,3 % ont développés une sténose urétrale.

**Conclusion**

Les tumeurs prostatiques sont fréquentes chez les sujets de plus de 50 ans, qui consultent pour la rétention aigue d’urines. L’hypertrophie bénigne de la prostate est la plus fréquente. Le traitement est codifié et en cas de tumeur prostatique compliquée, la chirurgie reste le choix pour le confort des malades et la vulgarisation d’un dépistage précoce de ces pathologies est nécessaire pour la prévention des complications.

**Mots clés :** Prostate, hyperplasie, adénocarcinome, PSA, Panzi.

**INTRODUCTION**

Les pathologies tumorales de la glande prostatique sont représentées par la tumeur bénigne de la prostate et le cancer de la prostate. L’IPSS (International Prostate Symptom Score) permet le suivi des principales causes des symptômes du bas appareil urinaire qui sont les pathologies de la prostate, véritable problème de santé publique [1]. L’hypertrophie bénigne de la prostate est une pathologie fréquente favorisée par le vieillissement et liée au développement d’un adénome prostatique responsable d’un obstacle clinique à la vidange vésicale [2]. Le développement des caractéristiques histologiques de l’hypertrophie bénigne de la prostate dépend de la biodisponibilité de la testostérone et de son métabolite, la dihydrotestostérone [3]. Cette pathologie est extrêmement fréquente. Elle constitue la première cause d’obstruction cervico-urétrale chez l’homme âgé [4]. En Afrique, selon certaines études, l’adénomectomie prostatique vient au premier rang des activités chirurgicales des services d’urologie [5]. L’hypertrophie bénigne de la prostate touche plus de la moitié des hommes de plus de 60 ans et débute dès l’âge de 35 ans par l’apparition des nodules microscopiques dans le stroma autour des glandes péri-urétrales [6].

Le cancer de la prostate ne doit pas être confondu avec l’hypertrophie bénigne de la prostate qui correspond à une augmentation non cancéreuse de la taille de la prostate. Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes. Au début, le cancer de la prostate ne cause généralement pas de symptômes. Des études suggèrent que le dépistage par le PSA pourrait réduire le nombre de décès liés au cancer de la prostate de 20 %, mais ceci est sujet à controverse [7]. Le cancer de la prostate est également le premier cancer affectant le sexe masculin en Afrique centrale et en RDC après le cancer du foie. Le cancer de la prostate est l’une des premières causes de décès dans le monde chez les hommes [8].

C’est dans ce cadre que nous nous posons la question de savoir si un dépistage communautaire par le dosage de PSA et l’usage du traitement chirurgical pourrait réduire la morbidité et la survenue des complications des tumeurs prostatiques ?

**MATERIEL ET METHODES**

**Cadre d’étude**

L’hôpital de Panzi (Est de la RDC) a servi de cadre à notre étude. C’est un hôpital général de référence avec une capacité de 450 lits dont 70 pour le service de chirurgie ; mais aussi un hôpital universitaire pour la formation des étudiants et des médecins en spécialisation.

**Méthodologie.**

Notre travail, est une étude rétrospective type transversal portant sur 70 patients avec une tumeur prostatique ayant soit consulté d’eux-mêmes ou transférés pour investigations et meilleure prise en charge dans service d’urologie du département de chirurgie de l’Hôpital Général de Référence de Panzi, sur une période de 5 ans soit du 1e Janvier 2013 au 31 Décembre 2017.Nous avons inclus dans l’étude les patients ayant été suivis en hospitalisation ou en ambulatoire pour tumeur prostatique dont le diagnostic a été confirmé par les moyens cliniques et paracliniques pendant notre période d’étude, opéré ou pas, dans le service d’urologie du département de chirurgie de l’HGR/PANZI. Etaient non inclus de l’étude 106 patients hospitalisés pour tumeur prostatique pendant notre période d’étude mais qui n’avaient bénéficié d’un examen anatomo-pathologique et ceux-là dont les dossiers médicaux étaient incomplets. Nous avons étudié les paramètres suivants : âge, profession, mode d’admission, lieu de provenance, motif de consultation, éléments du toucher rectal, antécédents chirurgicaux et antécédents médicaux, , volume prostatique à l’échographie, impact urinaire à l’échographie, taux d’urée, taux de créatinine et taux de PSA, anatomopathologie avec score de Gleason, le traitement principal, les complications peropératoires, complications postopératoires, le séjour d’hospitalisation et les modalités de sortie. Nous avons évalué la relation entre différents paramètres. Toutes les données ont été collectées à l’aide du logiciel SPSS v20 et analysées à l’aide de ces derniers. Elles sont présentées sous forme des tableaux et textes le seuil de signification a été fixé à p ≤ 0.05.

**RESULTATS**

**Aspects sociodémographiques**

Dans cette étude, la fréquence globale des tumeurs prostatiques dans le service de Chirurgie était de 3,84 %. En considérant seulement les pathologies chirurgicales uro-génitales, les tumeurs prostatiques représentaient 35,6 % des cas. La plupart des patients ont été transférés pour meilleure prise en charge d’une tumeur prostatique (78,6 %). La tranche d’âge la plus touchée par la tumeur prostatique était celle comprise entre 71-80 ans (35,7 %) et l’âge moyen des patients était de 68,2 ± 9,4 ans avec les extrêmes de 47 ans et 90 ans. La majorité de nos patients étaient chômeurs (54,3 %). 80 % des patients d’étude provenaient hors zone urbaine de Bukavu.

**Tableau I : Distribution des patients selon les tranches d’âge**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tranches d’âge | Effectifs | Pourcentages |
| < 51 | 1 | **1,4**  |
| [51-60] | 17 | **24,3** |
| [61-70] | 22 | **31,4**  |
| [71-80] | 25 | **35,7**  |
| [81-90] | 5 | **7,2**  |
| *TOTAL* | ***70*** | ***100***  |

**Aspects cliniques :** Le diabète sucré type 2 (8,5%) étaitla pathologie médicale associée la plus représentée et la hernie inguinale (15,7 %) comme pathologie chirurgicale la plus rencontrée. La rétention aigue d’urine (42,9 %) et la dysurie (40 %) étaient les motifs de consultation prépondérants.

**Toucher rectal :** Tous lespatients avaient une augmentation de volume de la prostate. Les autres éléments du toucher rectal sont repris dans le tableau II.

**Tableau II : Distribution des patients selon les éléments trouvés au toucher rectal**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Toucher rectal | Caractéristiques | Effectifs | Pourcentages | *TOTAL* |
| Consistance prostatique | Souple | 46 | **65,7** | ***100 (70)*** |
| Dure | 24 | **34,3**  |
| Contour prostatique | Mal limité | 7 | **10**  | ***100 (70)*** |
| Bien limité | 63 | **90**  |
| Sensibilité prostatique | Douloureuse | 13 | **18,6**  | ***100 (70)*** |
| Non douloureuse | 57 | **81,4**  |
| Surface prostatique | Régulière | 65 | **92,9**  | ***100 (70)*** |
| Irrégulière | 5 | **7,1**  |  |

**Aspects paracliniques :**

**PSA** : Le taux moyen était de 149,6 ηg/ml avec des extrêmes de 1,5 ηg/ml et 2145 ηg/ml et l’écart type de 421,5 ηg/ml.

**Tableau III : Distribution des patients selon le taux d'antigène spécifique de la prostate**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taux de PSA(ηg/ml) | Effectifs | Pourcentages |
| ≤ 4 | 5 | **7,1**  |
| [5-40] | 39 | **55,8** |
| [41-100] | 10 | **14,3** |
| [101-200] | 4 | **5,7**  |
| [201-300] | 2 | **2,9**  |
| [301-400] | 1 | **1,4**  |
| [401-500] | 1 | **1,4**  |
| [501-600] | 2 | **2,9** |
| [701-800] | 1 | **1,4**  |
| > 800 | 5 | **7,1**  |
| *TOTAL* | ***70*** | ***100* %** |

**Créatininémie** : la moyenne était de 149,6 μmol/L avec les extrêmes de 61,7 μmol/L et 1415 μmol/L et l’écart type = 183,9 μmol/L.

**Urémie** : la moyenne était de 9 mmol/L avec les extrêmes de 2,5 mmol/L et 53,8 mmol/L et l’écart type = 9,7 mmol/L.

**Volume prostatique à l’échographie** : Le volume moyen était de58,9g avec les extrêmes de 29g et 185g et l’écart type de 27,6 g.

**Anatomopathologie : le tableau IV ci-dessous classifie les patient selon les résultats anatomopathologiques.**

**Tableau IV :** **Distribution des patients selon les résultats de la biopsie prostatique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anatomopathologie | Effectifs | Pourcentages |
| HBP | 5 | **7,2**  |
| HBP + Prostatite Chronique | 39 | **55,7** |
| Adénocarcinome de la Prostate | 24 | **34,3**  |
| Adénocarcinome de la Prostate + HBP | 1 | **1,4**  |
| Prostatite Chronique | 1 | **1,4**  |
| *TOTAL* | ***70*** | ***100***  |

La plupart des patients (41,7 %) avaient un adénocarcinome de la prostate moyennement différencié selon le score de Gleason.

**Aspects thérapeutiques :** la majorité de nos patients avaient bénéficié un traitement chirurgical (85,7 %) et de tous opérés pour tumeur prostatique, 40 % ont bénéficié d’une Résection transurétrale de la Prostate. Il n’y a eu aucune complication peropératoire chez tous les 60 patients opérés pour tumeur prostatique.

**Tableau V : Association du type anatomopathologique avec le taux de PSA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | HBP | HBP + PC | Adénocarcinome | Adénocarcinome + HBP | PC | Total |
| ≤ 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| [5-40] | 3 | 25 | 10 | 0 | 1 | 39 |
| [41-100] | 2 | 7 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| [101-200] | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| [201-300] | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| [301-400] | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| [401-500] | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| [501-600] | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| [701-800] | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| > 800 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 5 | 39 | 24 | 1 | 1 | 70 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Valeur | ddl | P |
| Khi-deux de Pearson | 47,317a | 36 | 0,098 |

Ce tableau nous montre qu’il n’y a pas de corrélation significative entre le taux de PSA et le type anatomopathologique de la tumeur prostatique (p > 0,05).

**Tableau VI : Distribution des patients selon la spécificité du traitement chirurgical**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Traitement chirurgical | Effectifs | Pourcentages |
| Adénomectomie trans-vésicale de la prostate | 21 | **35**  |
| Résection trans-urétrale de la prostate | 24 | **40** |
| Orchidectomie bilatérale | 15 | **25**  |
| *TOTAL* | ***60*** | ***100***  |

Chez tous les patients admis pour tumeur prostatique et après prise en charge ; 14,3 % ont développés une sténose urétrale. Séjour d’hospitalisation moyen était d’environ 3 jours avec les extrêmes de 3 jours et 111 jours et l’écart type de 17,8 jours. Trente pourcent des patients ont réalisé un séjour d’hospitalisation compris entre 15 – 21 jours. Le taux de guérison était de 81,4 % . Le type de chirurgie était dicté par le taux de PSA et le volume prostatique des patients, les complications post-opératoires sont particulières à chaque type de chirurgie. Il n’y avait pas de corrélation significative entre le taux de PSA et le type anatomopathologique de la tumeur prostatique.

**Le tableau VII association entre le type de chirurgie et le taux de PSA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variables | Adénomectomie transvésicale de la prostate | RTUP | Orchidectomie bilatérale | Total |
| ≤ 4 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| [5-40] | 16 | 17 | 2 | 35 |
| [41-100] | 4 | 3 | 1 | 8 |
| [101-200] | 0 | 1 | 2 | 3 |
| [201-300] | 0 | 0 | 2 | 2 |
| [301-400] | 0 | 0 | 1 | 1 |
| [401-500] | 0 | 0 | 1 | 1 |
| [501-600] | 0 | 0 | 1 | 1 |
| [701-800] | 0 | 0 | 1 | 1 |
| > 800 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Total | 21 | 24 | 15 | 60 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Valeur | ddl | P |
| Khi-deux de Pearson | 43,531a | 18 | 0,001 |

le type de chirurgie était également dicté par le taux de PSA des patients (p<0,05). Plus le taux de PSA était significativement élevé, plus l’orchidectomie bilatérale était privilégiée.

**DISCUSSIONS**

La majorité de nos patients ont été transféré, soit 78,6 %. Ceci s’explique par le fait que les signes urinaires dominent le tableau clinique des tumeurs prostatiques et paraissent généralement dans les stades avancés de ces maladies [1] où la chirurgie primerait [9] sur le traitement médical seul, ce qui oblige une complexité dans la meilleure prise en charge, ce qui ne pourra se faire que dans un hôpital bien équipé et spécialisé pour ces fins. Les patients consultent tardivement et nombreux viennent des milieux ruraux (80 %) où l’on considère l’hôpital comme un dernier recours ; souvent ils viennent au stade des complications ou après échec des traitements indigènes.

Dans notre étude, la tranche d’âge la plus touchée par la tumeur prostatique est celle de [71-80 ans] avec 35,7 % des cas contre 31,4 % pour [61-70 ans]. La moyenne d’âge est de 68,2 ± 9,4 ans pour les extrêmes 47 - 91 ans. Nos résultats se rapprochent de ceux de Daubisse et al. en France [13], Benatta et al. en Algérie [14], Tengue et al. au Togo [15], Mubenga et al. en RDC [18] qui ont trouvé respectivement l’âge moyen de 69 ans pour les extrêmes de 48 – 93 ans, trouvé l’âge moyen de 70,4 ± 8,7 avec une limite inférieure de 33 ans, l’âge moyen de 70,4 ± 8,7 avec une limite inférieure de 33 ans et une limite supérieure de 94 ans, l’âge moyen de 68,5 ± 9,6 ans pour les extrêmes de 47 – 97 ans et une limite supérieure de 94 ans et une moyenne d’âge de 68 ± 8,5 ans.

Nous avons trouvé que la majorité de nos patients sont chômeurs avec un effectif de 38 sur 70 ; soit 54,3 % de cas totaux. Ceci s’explique par le fait que la majorité de nos patients (80 %) proviennent des milieux ruraux où l’on s’occupe essentiellement des travaux artisanaux.

La plupart de nos patients (42,9 %) ont consulté pour rétention aigue d’urine, l’une des complications préopératoires des tumeurs prostatiques. Ceci s’explique par le fait que la rétention aigue d’urine domine le tableau clinique des tumeurs prostatiques dans leurs stades avancés ou compliqués [11] et dans notre série beaucoup de patients ont été transféré pour une meilleure prise en charge, ce qui suppose un transfert pour le dernier et sévère signe de l’impact prostatique sur le bas appareil urinaire. Kanté au Mali [12] a trouvé que la pollakiurie était le signe le plus rencontré soit 37,3 %, suivi de la dysurie à 24,1 % et la rétention aigue d’urine à 19,9 %, ça s’explique du fait que plus de la moitié de ses patients ont consulté d’eux-mêmes et donc au stade de début des symptômes urinaires.

D’après cette étude, 34,3 %des prostates suspectes au TR étaient histologiquement malignes (surtout en ce qui concerne l’appréciation de la consistance prostatique). Benatta et al. en Algérie [14] ont trouvé que 44,2 % des prostates suspectes au TR étaient histologiquement malignes.

Nous avons trouvé que 6 patients sur 70, admis pour tumeur prostatique sont diabétiques ; soit 8,5 %. Et 2,9 % avaient une hypertension artérielle. Ceci s’explique par le fait que les tumeurs prostatiques [2], le diabète et l’HTA demeurent jusqu’à preuve du contraire les pathologies du sujet âgé. Nous avons également trouvé que 11 patients sur 70 ont un antécédent personnel d’hernie inguinale ; soit 15,7 % de cas totaux et l’hydrocèle vaginale 2,9 % : les tumeurs prostatiques sont un facteur de risque des hernies inguinales suite à l’effort de miction. Botcho et al. au Togo [16] ont noté une HTA dans 43,21 % des cas, contre 25 % des cas pour le diabète, coexistence diabète – HTA dans 15,79 % et 3,95 % la BPCO. Ils ont également trouvé qu’une cure simultanée de hernie inguinale a été faite chez 26,3 %. Mubenga et al. en RDC [18] ont trouvés que les comorbidités les plus fréquentes étaient l’HTA (42 %) et le diabète type 2 (41%).

Chez tous les patients, prostate hypertrophiée ; parmi eux, 35,7 % ont un volume prostatique compris entre 41 – 60g. La moyenne était de 58,9 ± 27,6 g avec les extrêmes 29g et 185g. Mubenga et al. en RDC [18] ont trouvé un volume prostatique moyen de 53,2 ± 22 grammes. L’impact urinaire des tumeurs prostatiques le plus fréquent était la cystite aigue à 12,9 %. Ceci s’explique par le fait que la plupart des patients étaient venu à des stades compliqués avec des symptômes du bas appareil urinaire et la rétention aigue d’urine et donc il ne manquerait pas ceux-là avec l’impact urinaire à l’échographie [10].

Selon les résultats d’anatomopathologie, **:** 55,7 % des patients avaient une hypertrophie bénigne de la prostate associée à une prostatite chronique. Dans 34,3 % des cas, c’était un adénocarcinome de la prostate. La plupart des patients (41,7 %) avaient un adénocarcinome de la prostate moyennement différencié selon le score de Gleason. Benatta et al. en Algérie [14], Rachida et al. en Algérie [19], Troh [20] et al. en Côte d’ivoire, Mugisho [17] Luhiriri et al. en RDC [22] ont trouvé respectivement que 49,2 % des biopsies ont révélés un adénocarcinome de la prostate, alors que plus de la moitié des biopsies ont montré une tumeur bénigne dont 50,8 %, 100 % des cas de cancer de prostate étaient histologiquement des adénocarcinomes, 93,67 % des cas de cancer de prostate étaient histologiquement des adénocarcinomes, taux de détection d’hyperplasie fibroléiomyoadénomateuse seule à 18,3 % ; 32,3 % associée à la prostatique chronique, 33,9 % aux néoplasies épithéliales et 15,5 % au cancer de la prostate et sur 100 % des tumeurs bénignes ; 40 % des cas c’était une hyperplasie adénofibroléiomyomateuse pure, et associée à la prostatite dans 27 % des cas et avec des foyers PIN 1, PIN 2, PIN 3 respectivement avec 19,2%, 9,6 % et 3,8 %.

Selon le score de Gleason pour les adénocarcinomes de la prostate retrouvés dans notre étude, 41,7 % des tumeurs moyennement différenciés (Gleason 7). Benatta et al. en Algérie [14], Tengue et al. [15], Darre et al. [21] au Togo ont trouvés respectivement 59,7 %, 34,5 % et 29,58 % des tumeurs moyennement différenciées. Par contre, Hounasso et al. au Bénin [23], Dehayni et al. au Maroc [24] Kévin en France [25], ont trouvés respectivement 40 %, 57,4 % et 58 % des tumeurs bien différenciées.

Dans notre série, la majorité de nos patients ont bénéficié un traitement chirurgical, soit 85,7 %.

Ceci s’explique par le fait que la majorité de nos patients ont été transféré c.-à-d. à des stades de complications où seule la chirurgie [9] demeurait la meilleure prise en charge pour le confort des malades.

Aucune complication n’a été enregistrée chez tous les patients opérés pour tumeur prostatique. Botcho et al. au Togo [16] ont trouvé que dans 3 cas sur 76, des incidents peropératoires ont été notés notamment les brèches péritonéales réparées immédiatement et une hémorragie contrôlée rapidement par une hémostase et une transfusion.

Après une prise en charge chirurgicale, 14,3 % de patients avaient développés une sténose urétrale. Chez tous les patients admis à pour tumeur prostatique et après prise en charge : 81,4 % des patients étaient sortis déclarés guéris ; 17,2 % sortis avec clinique statuquo, et aucun décès n’a été enregistré dans le service.

Au stade tardif des tumeurs prostatiques, elles sont potentiellement invalidantes et nécessitent une prise en charge soutenue et adéquate quoi que des complications sont souvent inévitables soit après un traitement médical ou un traitement chirurgical du fait de la chronicité évolutive de ces pathologies [9].

30 % des patients ont réalisé un séjour d’hospitalisation compris entre 15 – 21 jours (entre 2 et 3 semaines). Le séjour prolongé des patients s’explique par la complexité de la prise en charge des tumeurs prostatiques compliquées, plusieurs de nos patients proviennent des milieux ruraux et sont généralement démunis des moyens financiers et environ 20 % des patients ont présenté des complications après prise en charge, et aussi la présence des comorbidités.

Le type de chirurgie était dicté par le taux de PSA et le volume prostatique des patients, les complications post-opératoires sont particulières à chaque type de chirurgie. Il n’y avait pas de corrélation significative entre le taux de PSA et le type anatomopathologique de la tumeur prostatique.

**CONCLUSION**

Les tumeurs prostatiques sont des pathologies chroniques se rencontrant généralement après 50 ans et constituent potentiellement les principales causes des symptômes du bas appareil urinaire. La plupart des patients consultent aux stades de complications causées par les tumeurs prostatiques, ce qui fait à ce que la rétention aigue d’urine soit le principal motif de consultation. Les patients ont un taux de PSA élevé et le toucher rectal reste le seul examen physique capital pour le dépistage précoce des tumeurs prostatiques. Seule l’anatomopathologie demeure l’examen de référence pour la distinction réelle entre une hypertrophie de la prostate et le cancer de la prostate. L’hypertrophie bénigne de la prostate est la plus fréquente et est fréquemment associée à la prostatite chronique. L’adénocarcinome de la prostate est la plus représentée des cancers de la prostate et le score de Gleason reste un outil histo-pronostique. Le traitement des tumeurs prostatiques est codifié la majorité des patients avec TP sont pris en charge chirurgicalement pour l’amélioration des symptômes voire la qualité de la vie de ces patients.

Pour faire face à leur morbi-mortalité, il est nécessaire de vulgariser des moyens pour la sensibilisation des populations masculines et de ce fait le dépistage précoce de ces maladies pour une prise en charge précoce et plus idéale. Dans la prise en charge chirurgicale, les techniques les moins invasives et moins invalidantes sont de plus en plus à envisager/privilégier pour rencontrer objectivement le confort des malades.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Munyantwari A, Swedi M ; Prévalence des troubles mictionnels chez les sujets âgés de 50 ans ou plus à Goma. *Revue Médicale des Grands Lacs*Décembre 2017 ; Vol 8, nº4
2. Seisen T, Evanguelos X ; Hypertrophie Bénigne de la Prostate, Item 123/127. [*www.urofrance.org*](http://www.urofrance.org) 2014/2015
3. Aruna V, John T ; Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *The New England Journal of Medicine* August 16, 2012;367:3
4. Debbagh A, Dahami Z, Fekak H, Joual A, Bennani S, Elmrini M et al. ; Corrélations anatomoradiologiques dans l’hypertrophie bénigne de la prostate : à propos d’une série de 220 cas*. Ann Urol* 2002 ; 36 : 190-5
5. Hoepffner J, Fontaine E, Enfadel S ; Technique du sillon cervicoprostatique dans les adénomes du sujet jeune désirant conserver des éjaculations. *Prog. urol* 1994 ; 4 : 371- 377
6. Eric C ; *Urologie* 5e edition, Collection Med Line ENC, 2006
7. ESMO;Qu’est-ce que le cancer de la prostate ? Laissez-nous vous expliquer. [*www.esmo.org*](http://www.esmo.org)*2014*
8. Ngandu T ; Cancer de la prostate dans une entreprise de Mbuji-Mayi : aspects épidémiologiques, biologiques et histopathologiques. *Revue Médicale des Grands Lacs* Mars 2018*;*Vol 9, nº1
9. Chatelain C, Denis L, Debruine F, Murphy G ; Hypertrophie Bénigne de la Prostate en questions : mis au point. *Comité Scientifique S-Khoury*1991 ; ISBN 2 – 905744-10-3 France
10. Rouvière H, Delmas A ; *Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle****.*** Tome II. Paris : Masson 1992
11. Motte T ; *Adénome de la prostate*. Collection Impact-Internat Urologie Août 1990 ; 103-118
12. Daubisse L, Lang S, Lunardi P, Tollon C, Thoulouzan M, Latorzeff E et al. ; Cancer de la Prostate, qualité de la prise en charge en Midi-Pyrénées en 2011. *Prog Urol* 2017 ;Vol 27, Issue 2, 02/P 69-79
13. Benatta M, Mehdid M, Benhatchi N, Djazouli M.A, Boualga K ; Résultats de la biopsie prostatique chez les patients algériens avec un PSA élévé et/ou un toucher rectal suspect. *African Journal of Urology* 2012 ; 18, 138-142
14. Tengue K, Kpatcha T, Botcho G, Leloua E, Amavi A, Sikpa K et al. ; Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. *African Journal of Urology* 2016 ; 22, 76-82
15. Botcho G, Kpatcha T, Tengue K, Dossouvi T, Sewa E, Simlawo K et al. ; Morbidité et mortalité après adénomectomies prostatiques par voie transvésicale au CHU Kara Togo. *African Journal of Urology* 2018 ; 24, 353-358
16. Mugisho B ; Caractéristiques des patients et profil histopathologique des pièces issues de l’adénomectomie de la prostate à Kinshasa. In les recherches, mémoires. *Annales Africaines de Médecine 2018,* [*www.facmed-unikin.net*](http://www.facmed-unikin.net)*,*
17. Mubenga LM, Burume A, Chimanuka DM, Muhindo L, De Groote P ; Résection transurétrale : première experience à Bukavu, RD Congo. *Annales Africaines de Médecine* Juin 2018 *;* vol. 11, nº3
18. Rachida S, Harir N, Soumia Z, Feriel S ; Cancers urologiques en Algérie : profil histoépidémiologique à propos de 348 cas. *African Journal of Cancer* May 2014 ; 7(2)
19. Troh E, N’Dah K, Doukoure B, Kouamé B ; Cancers de la prostate en Côte-d’Ivoire : aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques. *African Journal of Cancer* November 2014 ;6(4) : 202-2018,
20. Darre T, Amegbor K, Kpatcha M, Tengue K, Doh K, Tchaou M et al. ; Cancers urologiques au Togo : profil histoépidémiologique à propos de 678 cas. *African Journal of Cancer* February 2014 ;6 : 27-31
21. Luhiriri Nd, Alumeti DM, Cirimwami P, Ahuka OL ; Prise en charge diagnostique et Chirurgicale de l’hypertrophie bénigne de la prostate à l’hôpital de Panzi/RDC. *Uro’Andro* Juillet 2016 ; Volume 1 nº6
22. Hounasso P, Avakoudjo J, Aouagbe H, Tandje Y, Ouake A, Alabi M et al. ; Aspects diagnostiques du cancer de la prostate dans le service d’urologie du CNHU-HKM Cotonou. *Uro’Andro* Juillet 2015 ; Volume 1 nº4
23. Dehayni Y, Habibi H, Balla B, El Abiad Y, Ammani A, Qarro A et al. ; Capacité de la biopsie de la prostate à prédire le score réel du cancer de la prostate. *African Journal of Urology* 2016; 22, 259-263
24. Kévin LV, Traitement de 1ère intention du cancer de prostate localisé par ultrasons de haute intensité : efficacité et tolérance, thèse de Médecine-Aix Marseille Université, HAL [www.archives-ouvertes.fr](http://www.archives-ouvertes.fr), https : //dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02047743. *Journal of Urology 2019.*