

EVALUATION DES CONNAISSANCES DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE CHEZ LES HOMMES SÉNÉGALAIS ÂGÉS DE 60 ANS ET PLUS AU CENTRE DE GÉRIATRIE DE OUAHAM

EVALUATION DES CONNAISSANCES DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE CHEZ LES HOMMES SÉNÉGALAIS ÂGÉS DE 60 ANS ET PLUS AU CENTRE DE GÉRIATRIE DE OUAHAM

KA O., JALLOH M., MUKESHIMANA A., NGOM GUEYE N.F., GUEYE S.M.

Auteur correspondant : Ousseynou Ka, UFR Santé et Développement Durable/Université Alioune Diop de Bambey

RESUME :

Introduction : L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une affection apparemment méconnue par les personnes âgées malgré son ampleur. Pourtant elle altère la qualité de vie des patients.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'analyser la perception de l'HBP chez les hommes âgés suivi au centre de gériatrie de Ouakam.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique impliquant toute personne âgée de 60 ans ou plus de sexe masculin venue en consultation au centre de gériatrie de Ouakam durant la période du 4 septembre au 28 novembre 2014.

Résultats : Au total 120 hommes âgés de 60 ans et plus ont été inclus. Ils étaient relativement âgés avec une moyenne d'âge de 66ans \pm 6 et des extrêmes de 60 et 100 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 60 à 69 ans. Le niveau de connaissance de l'hypertrophie bénigne de la prostate était faible ; seuls 2,5% des enquêtés connaissaient l'hypertrophie bénigne de la prostate. La prostate était même considérée comme une maladie par 45% des enquêtés. Le niveau d'instruction était corrélé à la connaissance de la prostate ($P=0,007$) et non à la connaissance de l'hypertrophie bénigne de la prostate ($P=0,475$). Il n'y avait pas de relation significative entre la connaissance de l'HBP, le statut matrimonial ($P=0,078$) et l'âge des enquêtés ($P=0,44$). Les informations livrées par les patients étaient inexactes pour la plupart des cas concernant les facteurs de risques, les manifestations cliniques et la prise en charge de l'HBP. Plus de la moitié, soit 67,5% des enquêtés, connaissait la spécialité prenant en charge cette pathologie. Mais seuls 5% avaient déjà participé à un dépistage et 22,5% de ces hommes avaient déjà consulté pour un problème prostatique.

Conclusion : Pour assurer une meilleure prise en charge de l'HBP, des défis restent à relever à plusieurs niveaux aussi bien à l'endroit des politiques qu'au niveau des populations. Des recommandations envers les décideurs sanitaires, le personnel soignant et la population permettront une meilleure prise en charge de cette affection.

Mots clés : Hypertrophie bénigne de la prostate, dépistage, Senegal

SUMMARY:

Introduction : Benign prostatic hyperplasia seems to be unknown form elderly men in spite of its widespread.

Objective: The aim of this study was to analyze the perception of BPH by a population of elderly men referred to the center of Geriatriy of Ouakam.

Patients and methods: We conducted a descriptive transversal and analytic study involving men aged 60 years old referred to the clinic of the center of Geriatriy of Ouakam from september 4th to November 28th 2014.

Results : A total of 120 men aged 60 years old or above were included in the study. Mean age was 66 years \pm 6 (Range : 60 ;100 years). The age group 60-69 years was most frequent. Awareness of BPH was low accounting for only 2.5% of the population. Prostate was even considered as a disease by 45% of the men accrued. Level of education was correlated with awareness of the prostate ($P=0,007$) and not with awareness of BPH ($P=0,475$). There was no significant relation between knowledge of BPH and marital status ($P=0,078$) and men's age ($P=0,44$). Information provided by the men were inaccurate to most of the questions related to risk factors, clinical presentation and management of BPH. The medical specialty managing BPH was known by 67.5% of the study cohort. Only 5% of the cohort previously underwent a screening for BPH and 22.5% had a visit for prostatic related problem.

Conclusion : For a better management of BPH, there is need for more efforts from the policy makers and populations. Appropriate recommendations to health policy makers and healthcare workers will help address the gap in awareness of BPH and its management.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, screening, Senegal

INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne de la prostate ou HBP, anciennement appelée adénome de la prostate, est définie histologiquement par une hyperplasie stromale et épithéliale de la zone de transition et péri urétrale de la prostate. Elle touche 50% des hommes de plus de 60 ans [1] par contre les lésions histologiques de l'HBP se présentent chez 8% des hommes de 30 ans, 40% des hommes de 50 ans et 80% des hommes de 80 ans [2]. En France plus de 1 million d'hommes sont traités chaque année pour HBP symptomatique [2]. En Afrique de l'Ouest, les études autopsiques montrent une HBP chez 40% des hommes de plus de 50 ans et 90% chez des hommes de plus de 80 ans [3]. Au Sénégal son incidence est estimée à 28% après 50 ans [4]. L'HBP est la pathologie la plus fréquente chez l'homme vieillissant, et constitue une cause majeure de troubles du bas appareil urinaire et de la sexualité, altérant ainsi la qualité de vie des patients. Cinquante-deux pour cent (52%) des hommes présentant des troubles urinaires se plaignaient aussi de difficultés d'érection avec une répercussion sur la vie sociale des hommes expliquant la fréquence des troubles anxieux et la symptomatologie dépressive [5]. En plus de l'altération de la qualité de vie, l'HBP expose à un risque important d'insuffisance rénale, d'infection urinaire et de calcul rénal chez un patient fragilisé par l'âge mais aussi par les poly pathologies. Il est probable que la fréquence de cette pathologie augmente au cours des années à venir puisque les données démographiques du Sénégal ont montré une augmentation de l'espérance de vie passant de 63,5 ans en 2013 à 73,4 ans en 2035 [6].

C'est dans ce contexte que notre étude s'est proposée d'évaluer les connaissances des hommes âgés sur l'HBP au centre de gériatrie de Ouakam afin de mettre en place une stratégie de lutte de cette affection.

I. MÉTHODE

Cadre d'étude: l'enquête a été effectuée dans la commune d'arrondissement de Ouakam (Dakar). Sa population, estimée à 60000 habitants, est essentiellement jeune avec une proportion de personnes âgées de 60 ans et plus représentant 6,5% [6]. La plupart des personnes âgées n'ont ni pension de retraite, ni couverture sanitaire. Leur prise en charge médico-sociale est généralement assurée par la famille. Les structures sanitaires de Ouakam comprennent un centre de santé municipal, un centre de gérontologie et de gériatrie, un hôpital militaire et un poste de santé. Au niveau du centre de gérontologie et de gériatrie qui est la structure de référence, des activités médicales curatives, préventives et promotionnelles y sont menées. Géré par la municipalité de Dakar, le centre de gérontologie bénéficie d'un appui logis-

tique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (ambulance médicalisée, matériel médical...). Dans le cadre du Plan Sésame, toutes les prestations éligibles (consultations, médicaments essentiels, bilan para clinique, hospitalisation) et disponibles sont gratuitement offertes aux personnes âgées

Type d'étude : il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulé du 4 septembre 2015 au 28 novembre 2016, au centre de gériatrie de Ouakam.

Définition de la population d'étude : elle était constituée de toute personne âgée de 60 ans et plus et de sexe masculin venue en consultation au centre de gériatrie de Ouakam durant la période de l'étude.

- Critères d'inclusion : toute personne de sexe masculin âgée de 60 ans et plus et ayant accepté de participer à l'enquête après avoir lu le formulaire de consentement éclairé.
- Critères de non inclusion : toute personne de sexe masculin âgé de 60ans et plus ne pouvant pas répondre aux questions du fait de son état de santé ou ayant refusé de participer à l'enquête.

Protocole de sondage : nous avons procédé à un sondage exhaustif du 04 septembre 2014 au 28 novembre 2014, au centre de gériatrie de Ouakam. Toute personne ayant remplie les critères d'inclusion et pouvant répondre aux questions était retenue.

Outils et méthode de collecte de données : les données étaient collectées à partir d'un questionnaire. Nous avons formé 3 agents du centre de gériatrie de Ouakam maîtrisant le français et le wolof sur le mode d'administration des questionnaires pour qu'ils puissent aider les enquêtés ayant des difficultés à remplir les questionnaires, en traduisant et en rapportant les réponses données sur la fiche. Le consentement éclairé de ceux-ci était recueilli avant chaque entretien. Le questionnaire portait sur :

- les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude (âge, niveau d'étude et situation matrimoniale)
- le niveau de connaissance de l'organe et de la maladie (précision sur la prostate et l'HBP, étiologie de la pathologie, âge de survenue de la maladie, symptômes et complications, différence entre HBP et cancer prostatique, prise en charge thérapeutique),
- la perception sur la prise en charge (moyens de diagnostics, dépistage, traitement de l'affection)

Déroulement de l'étude : les entretiens individuels se sont déroulés lors des consultations. Avant chaque entretien, l'objectif de l'étude et ses implications étaient clairement expliqués aux personnes enquêtées (en wolof pour ceux qui ne comprenaient pas le français) et après les fiches sont distribués pour le remplissage. Ainsi pour ceux qui ne savaient pas écrire, elles rapportaient des réponses verbalement et nous les aidions pour le remplissage de la fiche.

Traitement et analyse des données : la saisie des

données a été faite à l'aide du logiciel SPHINX version 5.1.0.2 et l'analyse des données par un logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) version 18.

L'analyse des données comporte deux parties :

- une partie quantitative avec la détermination des fréquences et des moyennes avec leur écart-type,
- une partie qualitative au cours de laquelle, nous avons classé, regroupé et condensé les réponses par items afin de faciliter l'analyse.

Les moyennes et les pourcentages ont été comparés à l'aide du test de Student, du test du Khi deux et du test exact de Fischer, suivant leurs conditions d'applicabilité, toute différence avec $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

II. RÉSULTATS

A - Données descriptives

Au cours de notre étude, 120 hommes âgés avaient participé à cette étude.

1 - Caractéristiques sociodémographiques

- Âge : la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 60 et 69 ans (75%), par contre les nonagénaires ne représentaient que moins de 1%. L'âge des patients variait entre 60 et 100 ans avec une moyenne de 66 ans \pm 6 ; l'âge médian était de 65 ans.
- Niveau d'étude : le niveau d'instruction était de 93,7% dont 48,3% avaient un niveau d'étude secondaire, 19,3% un niveau universitaire...
- Situation matrimoniale : les hommes mariés constituaient 92,5% contre 5% de célibataires et seulement 2,5% veufs.

2 - Connaissance de la prostate et de l'HBP

- Connaissance de la prostate : plus de la moitié des hommes enquêtés n'avaient aucune connaissance sur la prostate. Cependant parmi ceux qui prétendaient la connaître seuls 5% avaient affirmé que c'était un organe.
- Connaissance de l'HBP : parmi les hommes enquêtés, seuls 2,5% avaient donné une réponse juste du terme « HBP ».
- Age de survenue de l'HBP : au-delà de 50 ans toutes les tranches d'âge étaient citées dans la survenue de l'HBP cependant la plus incriminée était celle de 50/59 ans (50%) suivie de la tranche de 40/49 ans (26,7%) et de la tranche de 60/70 ans (22,5%).
- Étiologies de l'HBP : la grande majorité des hommes enquêtés (82,5%) ne connaissait aucun facteur de risque de survenue de l'HBP. Seuls 17,5% des hommes enquêtés avaient cité des facteurs de survenue de l'HBP parmi lesquels le vieillissement (10%), l'excès de rapports sexuel

(5%), l'alimentation (1,7%), la rétention des urines (0,8%).

- Mode de transmission : presque la totalité des personnes enquêtées (95%) avait répondu que l'HBP n'était pas une maladie transmissible.
- Différence entre HBP et cancer de la prostate : plus de la moitié des personnes enquêtées (52,5%) avait répondu qu'il existait une différence entre l'HBP et le cancer de la prostate cependant 35,8%, n'avaient pas précisé la différence et 16,7% affirmaient que le cancer est une complication de l'HBP. Tous les patients avaient considéré le cancer de la prostate comme une affection incurable et seulement 6,3% avaient affirmé que l'HBP était curable

3 – Connaissance des signes cliniques et des complications

- Signes cliniques : parmi les enquêtés, 32% affirmaient connaître les signes cliniques de l'HBP cependant 20,51% d'entre eux n'avaient cité aucun symptôme. Les signes cités étaient la dysurie (9,2%), la pollakiurie (8,3%), les impériosités mictionnelles (5%), la rétention d'urines (2,5%)...
- Complications : la connaissance des complications de l'HBP concernait 30% des hommes enquêtés et les complications les plus citées étaient la rétention urinaire (19,17%), le cancer de la prostate (5,83 %) ; l'infection urinaire (1,67%)

4 – Connaissance de la prise en charge

- Dépistage : parmi les hommes enquêtés, 27,5% seulement avaient consulté pour une hypertrophie bénigne de la prostate dont 81% avaient des signes de prostatisme et 19% voulaient un dépistage. Parmi la cohorte, 13% des hommes étaient atteints HBP et suivis régulièrement
- Moyens diagnostic : seulement 19,9% des enquêtés avaient affirmé connaître les moyens utilisés pour le diagnostic de l'HBP et parmi ces moyens il a été cité l'échographie (10,8%), le toucher rectal (4,2%)....
- Traitement : seuls 15,8% des personnes enquêtées disaient avoir une notion sur le traitement de l'HBP. Il a été cité le traitement chirurgical (6,7%), le traitement médical (2,5%), le traitement médico-chirurgical (1,7%).

B - Données analytiques

Il y a pas de lien statistique entre la connaissance de l'HBP et certains facteurs tels que l'âge avancé ($p = 0,379$), le niveau d'étude ($p = 0,475$). Cependant la connaissance de l'HBP était statistiquement corrélée au niveau d'étude des enquêtés ($p=0,007$).

III. DISCUSSION

A - Caractéristiques sociodémographiques

Age : il est unanimement admis que l'HBP constitue l'une des affections les plus fréquentes chez les hommes âgés de plus de 50 ans [1, 7, 8]. Notre population avait un âge moyen de 66 ans avec des extrêmes compris entre 60 et 100 ans. Flam T. [9] dans son étude sur le dépistage clinique de l'HBP en médecine générale avait rapporté un âge moyen de 66 ans identique à celui trouvé dans notre étude. Par contre Diallo AS. [10] retrouvait un âge moyen de 63 ans dans son étude portant sur l'incidence du traitement de l'HBP sur la qualité de vie.

B - Connaissances de la prostate et de l'HBP

Connaissance de la prostate: notre population d'étude avait un faible niveau de connaissance de la prostate puisque seuls 5% des hommes enquêtés avaient affirmé qu'elle est un organe. Ces résultats pourraient être comparables à ceux retrouvés dans une étude menée par Kilbridge et Coll. aux USA [11] où 87% des enquêtés avaient entendu parler de la prostate, mais seuls 2% connaissaient sa fonction. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la prostate est un organe interne, mais aussi l'absence d'information, d'éducation et de communication des populations sur les pathologies de la prostate. Ainsi, en France, la méconnaissance de la prostate et de ses affections a amené l'Association Française d'Urologie (AFU) dans le cadre de la semaine Européenne de l'Urologie à organiser la Journée de la Prostate chaque année depuis 2005. Il s'agit d'une journée de sensibilisation de la population en particulier des hommes âgés sur les pathologies de la prostate et leur prise en charge[12].

Dans notre étude nous avons constaté que la connaissance de cet organe augmentait avec le niveau d'instruction ($p = 0,007$).

Connaissance de l'HBP : dans notre étude la connaissance de l'HBP était de 2,5% des hommes enquêtés. Ce résultat est en deca de celui trouvé par Ouedraogo A au Burkina Faso [13] qui rapportait une fréquence de 10,7% d'hommes connaissant l'HBP sur la population générale. Nous avons constaté que la connaissance de l'HBP ne dépendait ni du niveau d'étude ($p=0,475$), ni du statut matrimonial ($p = 0,078$), ni de l'âge des enquêtés ($p = 0,44$).

Connaissance des facteurs de survenue de l'HBP : le principal facteur de risque de l'HBP

reconnu était l'âge avancé [14, 15]. Bien qu'il soit le principal facteur, seuls 10% des enquêtés l'avaient évoqué. En dehors de ce facteur de risque principal, plusieurs hypothèses ont été évoquées dans la littérature pour expliquer les facteurs étiologiques de l'HBP, il s'agit de l'alimentation et du mode de vie. La consommation de café est considérée comme un facteur de risque alors que l'alcool (la consommation

supérieure à 2 verres par jour) et le tabac (consommateurs actuels ≥ 20 cigarettes par jour versus ancien fumeur ou non-fumeur) seraient les facteurs protecteurs [16]. Dans notre étude un pourcentage négligeable des enquêtés (1,7%) associait l'alimentation et la survenue de l'HBP. Par ailleurs, l'excès de rapport sexuel a été aussi évoqué par 5% des enquêtés comme facteur de risque de l'HBP. Cependant cette affirmation ne repose sur aucune donnée scientifique dans la littérature. Bien que la rétention d'urines ne constitue pas un facteur de risque, peu des enquêtés (0,8%) l'avaient évoqué. Il s'agirait d'une confusion entre les complications (fondée sur le vécu) et les causes de la pathologie.

En effet, un tel constat indique que le niveau de connaissance des facteurs de risque de l'HBP par nos enquêtés est relativement faible.

Transmission de l'HBP : l'HBP était considérée par 5% des enquêtés comme une maladie héréditaire. D'après les analyses de ségrégation pour l'HBP familiale, il a été suggéré une transmission mendélienne de type autosomique dominante pour un gène de prédisposition putatif, à forte pénétrance soit 89%, qui serait muté chez 7% des hommes atteints d'HBP [17]. Dans ces formes héréditaires, l'âge précoce de révélation de la maladie est une particularité clinique [18] et les analyses histopathologies retrouvent une composante fibromusculaire plus importante que celle observée sur des HBP sporadiques [18]. Par ailleurs certains auteurs considèrent cette notion d'hérédité hypothétique [19, 20]. Ces divergences semblent complexes pour être connues par la population générale ce qui pourrait expliquer la faible fréquence des enquêtés ayant cette notion.

Connaissance de différence entre HBP et cancer de la prostate

Les enquêtés ne pouvaient pas différencier HBP et cancer de la prostate. En effet 16,7% des enquêtés considéraient le cancer de la prostate comme une complication de l'HBP et pourtant l'adénome de la prostate n'est pas un facteur de risque du cancer de la prostate [21, 22]. Tous les patients avaient considéré le cancer de la prostate comme une affection incurable et seuls 6,3% avaient affirmé que l'HBP était curable. Contrairement aux croyances de la population, ces deux pathologies étaient curables bien que l'efficacité du traitement de cancer dépende du stade évolutif de la maladie et de l'espérance de vie du patient [23]. L'existence de forme associative entre les deux pathologies prostatiques est possible. Au Mali, dans le service d'Urologie du C.H.U Gabriel Touré une étude réalisée sur le cancer de la prostate a démontré des formes associatives dans 8,92% de cas [24]. Il existe une véritable confusion dans la perception de maladies prostatiques. D'ailleurs le terme « prostate » était assimilable pour eux à la fois à l'hypertrophie bénigne de la prostate et au cancer

de la prostate sans distinction. Cette situation n'est pas spécifique à nos enquêtés. En effet, Kilbridge et Coll. aux USA avaient retrouvé que 25% des patients atteints du cancer de la prostate considéraient que prostate et cancer de la prostate étaient des synonymes [11].

Connaissance des signes cliniques

Les symptômes de l'HBP sont essentiellement constitués de troubles mictionnels [25], ils sont classés en deux catégories [26, 27] : symptômes obstructifs (de vidange) qui sont des signes cervicoprostatiques et symptômes irritatifs (de remplissage) qui sont des signes vésicaux. Parmi nos enquêtés seulement 11,5% avaient cité des signes et ces symptômes étaient la dysurie (9,2%), la pollakiurie (8,3%), les mictions impérieuses (5%), la rétention d'urine (2,5%). Cependant ces symptômes sont le plus souvent considérés comme « normaux » par les hommes âgés et rattachés au processus du vieillissement retardant ainsi le diagnostic. Ouedraogo A. au Burkina Faso [13] constatait ces mêmes croyances dans son étude où les symptômes gênants sont généralement considérés comme normales par la population. Ces troubles ne sont pas liés à l'âge. L'étude menée par Markland et Coll. [28] révélait que ni l'installation des troubles urinaires du bas appareil « TUBA », ni leur fréquence, ni leur sévérité n'augmentaient avec l'âge. Les TUBA affectent la qualité de vie ainsi que l'état psychologique des patients [29, 30]. Certains patients bien qu'ils les trouvent anormaux refusent de consulter car ils les considèrent comme humiliantes, honteuses, et embarrassantes [31]. Cunningham-Burley et Coll. aux USA [32] retrouvaient ces mêmes considérations chez les noirs américains expliquant ainsi les réticences à consulter pour les TUBA. La méconnaissance des TUBA par la population est responsable d'un retard de diagnostic et de prise en charge de l'HBP.

Connaissance des complications de l'HBP

Les complications de l'HBP sont de deux catégories : les complications aiguës (rétention vésicale complète qui nécessite un traitement urgent, hématurie, infections et insuffisance rénale aiguë obstructive) et les complications chroniques (rétention vésicale chronique, lithiase vésicale de stase, insuffisance rénale chronique obstructive), en partie liées à la rétention vésicale chronique [15]. La connaissance des complications de l'HBP dans notre cohorte concernait 30% des hommes enquêtés et les complications les plus citées étaient la rétention urinaire (19,2%), le cancer de la prostate (5,8%), l'infection urinaire (1,8%). En ce qui concerne la rétention d'urine, il s'agit d'une complication fréquemment rencontrée au niveau des services d'urgence urologique surtout dans sa forme aiguë. Diabaté I et Coll. au Sénégal [29] retrouvaient que la rétention d'urines est le motif

fréquemment rencontré aux services des urgences urologiques. Kamissoko IA au Mali [12] avait retrouvé dans son étude que la RAU était le motif le plus fréquent de consultation en urologie, retrouvé chez 66,6% des patients. L'incidence annuelle des rétentions aiguës d'urines dans les populations de patients présentant une HBP symptomatique était évaluée entre 0,4 et 6% aux USA [33]. Le cancer de la prostate était considéré comme une complication de l'hypertrophie bénigne de la prostate par 5,83% des enquêtés. Contrairement aux fausses croyances de la population, l'HBP ne se complique pas d'un cancer [8, 12], cependant l'association de deux pathologies est possible.

Connaissance des moyens utilisés pour le diagnostic de l'HBP

Le diagnostic de l'HBP est essentiellement clinique et il repose sur le toucher rectal. Les moyens para cliniques sont utilisés pour rechercher un retentissement de l'HBP mais aussi pour rechercher les complications et les autres pathologies pouvant y être associées [34]. Ces moyens para cliniques sont le dosage du taux de PSA, de la créatine dans le sang, examen cyto bactériologique des urines, débitmètre, échographie réno-vesico-prostatique, fibroscopie vésicale si hématurie, urétrocystographie rétrograde et Uréthro-Cystographie Rétrograde et Mictionnelle [34]. Dépistage

Parmi les hommes enquêtés, 27,5% seulement avaient consulté pour une hypertrophie bénigne de la prostate dont 81% avaient des signes de prostatisme et 19% faisaient un dépistage systématique. Parmi la cohorte, 13% des hommes étaient atteints HBP et suivis régulièrement. Pourtant le dépistage devrait être systématique chez tout homme âgé de 50 ans et plus. Parmi la cohorte, 13% des hommes étaient atteints HBP et suivis régulièrement. Ainsi l'absence d'information des hommes âgés sur l'HBP et le rattachement des signes de prostatisme au processus de vieillissement normal [37] pourraient expliquer l'insuffisance de dépistage de cette affection. Nous avons constaté une relation entre le fait de se faire consulter pour HBP et l'âge du sujet ($p=0,035$). L'un des critères d'inclusion dans l'étude (l'âge de 60 et plus) pourrait expliquer ce résultat sachant que l'HBP est une affection fréquente chez les hommes de cet âge [7].

Moyens diagnostic : Seulement 19,9% des enquêtés avaient affirmé connaître les moyens utilisés pour le diagnostic de l'HBP et parmi ces moyens il a été cité l'échographie (10,8%), le toucher rectal (4,2%), le dosage du PSA (3,3%). L'échographie prostatique est utilisée pour évaluer le retentissement sur le haut appareil urinaire, sur la vessie et éventuellement d'autres pathologies associées [25, 38], 10,83% des enquêtés l'avaient évoqué. Il est mieux connu par la population par rapport au TR. Le fait que l'imagerie

en général est considérée par la population comme examen de référence pour le diagnostic de presque toutes les pathologies pourrait expliquer ce résultat. Le toucher rectal est évoqué par 4,2% des enquêtés seulement. Pourtant, il s'agit d'un moyen le plus utilisé et le plus accessible pour le diagnostic de l'HBP [35]. Il est aussi utilisé dans le dépistage d'un cancer de la prostate [36]. Malgré qu'il soit utile et accessible le TR était moins connu dans l'étude. Ouedraogo A. au Burkina Faso [13] avait constaté la même situation dans son étude où ce moyen de diagnostic était moins connu pour le dépistage du cancer de la prostate. L'insuffisance d'information sur l'HBP et l'absence d'éducation thérapeutique pourraient expliquer le faible dépistage de cette affection.

Connaissance du traitement de l'HBP

Le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate peut être médical, chirurgical ou médico-chirurgical. Le choix du traitement est en fonction de la sévérité des symptômes et de la gêne ressentie par le patient, de l'existence de complications et des préférences des patients. La surveillance est préconisée lorsque la gêne symptomatique est jugée acceptable par le patient. Lorsque les symptômes sont gênants et modérés à sévères, le traitement médico-chirurgical est recommandé [38]. Dans notre cohorte, 15,8% disaient connaître le traitement et pourtant 5% d'entre eux n'étaient pas capables de nous le préciser. Par ailleurs 2,5% des enquêtés avaient désigné que le traitement est médical, 6,7% que le traitement est chirurgical et 1,7% qu'il est médico-chirurgical. Cette insuffisance de la connaissance de la prise en charge s'explique par le déficit d'information et de sensibilisation sur cette affection, l'absence d'éducation thérapeutique et l'évolution chronique de la maladie.

CONCLUSION

L'HBP est la pathologie la plus fréquente de l'homme âgé. Sa prévalence ne cesse d'augmenter proportionnellement aux données démographiques puisque l'espérance de vie au Sénégal passera de 63,5 ans en 2013 à 73,4 ans en 2035. Cette affection constitue une cause majeure des troubles du bas appareil urinaire et de la sexualité, altérant la qualité de vie des patients. Elle pose ainsi un problème de santé publique et pourtant le niveau de connaissance de cette pathologie par les hommes âgés était insuffisant, Il s'agira de mettre en place un programme de lutte contre l'HBP décentralisé, intégré et axé principalement sur le dépistage et la prévention primaire et secondaire puisque nos faibles ressources financières et le sous équipement médical de nos structures sanitaires ne permettront pas une prise en charge adéquate des complications liées à ces maladies. Au terme de ces résultats nous formulons les recom-

mandations suivantes :

Aux autorités politiques

- Promouvoir la formation de spécialistes en urologie mais aussi la formation continue de tous les prestataires de la pyramide sanitaire
- Initier des campagnes de sensibilisation sur les maladies de la prostate.

Au personnel soignant

- Pratiquer le dépistage systématique de l'HBP chez tout homme âgé de 50 ans et plus
- Mettre en place un programme d'éducation thérapeutique

A la population cible

- Faire un dépistage systématique et annuel de l'HBP par le TR
- Consulter au moindre symptôme d'appel urinaire.
- Éviter de considérer la pathologie uro-génitale comme tabou.
- Aucun conflit d'intérêts

RÉFÉRENCES

1. BIGOT P, VANNIER F, ORSAT M, LEBDAI S, HUEZ JF, AZZOUZI AR. Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog Urol, 2010; 20: 65 -70.
2. MOSTAFA ME, SEIF MH. L'hyperplasie bénigne de la prostate : un survol des options de traitement. Prog Urol, (1992), 2, 949-970.
3. CHOKKALINGAM AP, YEBOAH ED, DE MARZO A, NETTO G, YU K, BIRITWUM RB, et al . Prevalence of BPH and lower urinary tract symptoms in West Africans. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2012 Jun; 15(2) :170-6.
4. MENSAH A, NDIAYE P, TOSSOU H. Considérations sur étiopathogénie de l'adénome prostatique en milieu sénégalais. Bulletin de la Société Médicale d'Africain Noir de Langue Française, 1972 :350-353.
5. COLSON MH. Conséquences psychologiques et sexuelles de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Sexologies, 2014 ; 23 (2) : 85-90.
6. AGENCE NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE(ANSD). Rapport projection de la population du Sénégal, 2013-2063. Consulté le 15 février 2015 sur <http://www.gouv.sn> › Dossiers › Rapports publics
7. COSTA P, BENNAOUM K, BOUKARAM M, WAGNER L, LOUIS JF. Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) : prévalence en médecine générale et attitude pratique des médecins généralistes français. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17 953 patients. Prog Urol, 2004 ; 14 :33-9.
8. LACONIN F, FOURCADE RO, ROUPRET M, SLAMA A, LE FUR C, MICHEL E, et al. Perceptions de l'hypertrophie bénigne de la prostate par le patient et le médecin généraliste – étude Trophée. Prog Urol, 2013; 23: 50-57.
9. FLAM T, MONTAUBAN V. Dépistage de l'hypertrophie bénigne de la prostate clinique en médecine Générale: enquête sur 18.540 hommes. Prog urol, Paris, 2003; 13(3):

416-424.

10. DIALLO AS. Incidence du traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate sur la qualité de vie. Thèse de doctorat en médecine UCAD/ FMPOS.2007 ; 22.

11. KILBRIDGE K, GERTRUDE F, MURRAY K, ELIZABETH MN, MARK C, RANDALL B et al. Lack of Comprehension of Common Prostate Cancer terms in a underserved population. *J Clin Oncol.* 2009; 27, (12):2015-21.

12. KAMISSOKO IA. Aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques des tumeurs de la prostate au service de chirurgie générale de l'hôpital NIANANKORO FOMBA DE SEGOU. These Med Bamako,2013.

13. OUEDRAOGO A. Connaissances générales des hommes sur le cancer de la prostate dans la ville de Ouagadougou. Thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou / UFR-SDS.2011.

14. BARRY MJ. Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia.

In Cockett ATK., Aso Y, Chatelain C, Denis C, Griffiths K, Khoury S, Et al. Proceedings of the third international consultation on BPH. CIS 1993:19.

15. VESELY S, KNUTSON T, DAMBER JE DICUIO M, DAHLSTRAND C.

Relationship between age, prostate volume, prostate-specific antigen, symptom score and uroflowmetry in men with lower urinary tract symptoms. *Scand J Urol Nephrol*, 2003 ; 37 : 322-328.

16. GASS R. Benign prostatic hyperplasia: the opposite effects of alcohol and coffee intake. *BJU International*, 2002, 90, 649-654.

17. SANDA MG, BEATY TH, STUTZMAN RE, CHILDS B, WALSH PC. Genetic susceptibility of benign prostatic hyperplasia [see comments]. *J Urol*, 1994, 152 (1) :11 5 - 11 9.

18. SANDA MG, DOEHRING CB, BINKOWITZ B, BEATY TH, PARTIN AW, HALE E, et al. Clinical and biological characteristics of familial benign prostatic hyperplasia. *J Urol*, 1997, 157: 876-879.

19. BARTSCH G, RITTMASER RS, KLOCKER H. Dihydrotestosterone and the concept of 5 alpha-reductase inhibition in human benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*, 2000, 37 (4): 367-380

20. GRIFFITHS K, EATON CL. The pathogenesis of BPH: role of hormones. *Prog Clin Biol Res*, 1994, 386: 33-41.

21. MCNEAL JE. Origin and evolution of benign prostatic enlargement. *Invest. Urol.* 1978(15): 340-349.

22. MCNEAL JE. Normal histology of the prostate. *Am J Surg Pathol*,1988; 12 :619-633

23. SALOMON L, AZRIA D, BASTIDE C, CORMIER BP, CORNUD F, EISS D, et al. Recommandations en Oncourologie 2010: Cancer de la prostate. *Prog Urol.* 2010; 20(4): S217-S252.

24. KONATE SM. Découverte fortuite du cancer de la prostate. Thèse Med Bamako, 2000.

25. MOTTET N. Adénome de la prostate. *Impact-Internat*, 1990: 103-118.

26. HICKS RJ, COOK JB. Managing patients with benign prostatic hyperplasia. *Am Fam Physician*, 1995, 52, (1): 135-146.

27. MOSTOFI FK. Anatomie pathologique. In: L'hypertrophie bénigne de la prostate en questions. Mise au point. S. Khoury, C. Châtelain, L. Denis, F. Debruyne, et G. Murphy. Eds: SCI, 1991, 1: 19-22.

28. MARKLAND AD, THOMPSON M, DANKERST DP,

HIGGINS B, KRAUS SR.

Lack of Disparity in Lower Urinary Tract Symptom Severity between Community-Dwelling Non-Hispanic White, Mexican American, and African American Men. *Urol Prise*, 2007 April; 69(4) :697-702.

29. TRAORE D. Etude des complications préopératoires et postopératoires de l'adénome de la prostate dans le service d'urologie de l'hôpital du point G. Thèse de doctorat en médecine. Université Bamako.2003:19-98.

30. SARMAAV, WALLNER L, JACOBSEN JS, RODNEY L, DUNN RL, JOHN TJT. Health-seeking behavior for lower urinary tract symptoms in african- american men. *J Urol*, 2008 July; 180(1):227-232.

31. SCARPA RM. Lower urinary tract symptoms: what are the implications for the patients? *Eur Urol*, 2001 ; 40(4) :12.

32. CUNNINGHAM-BURLEY S, ALLBUTT H, GARRAWAY WM, LEE AJ, RUSSELL EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care-seeking behaviour amongst men aged 40-79 years. *Br J Gen Pract*, 1996 ; 46 :349.

33. NATIONAL HEALTH & MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Clinical practice guidelines, The management of uncomplicated lower urinary tract symptoms in men. Canberra : NHMRC, 2000. Consulté le 16 juillet 2015 sur <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp75>.

34. LERICHE A, FERRIERE A, OMAR. Tumeurs bénignes de la prostate. Eds. Techniques. Encyclo. Méd. Chir. Paris. France. Néphrol. Urol, 1992:18555-10.

35. SARRAMON JP. Le toucher rectal. Technique et intérêt. In: L'hypertrophie bénigne de la prostate en questions. Mise au point. S. Khoury, C. Châtelain, L. Denis, F. Debruyne, et G. Murphy. Eds: SCI, 1991, 1: 72-77.

36. VILLERS A, REBILLARD X, SOULIE M, DAVIN JL, COLOBY P, MOREAU JL et al. Dépistage du cancer de la prostate. *Prog Urol*, 2003; 13:209-214.

37. YVES I, HAILLOT O. Adénome de la prostate. *La rev du praticien (Paris)*. Néphrol. Urol, 1995,45.

38. GOMBERGH R, CASTRO A. Echographie de la prostate et de vésicules séminales. *L'HBP en question*. SCI. éd, 1991 :84-89.