

## PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

### MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT THE BRAZZAVILLE HOSPITAL AND UNIVERSITY CENTER

ONDONGO A.A.M., ONDZIEL O.A.S., DIMI N.Y., BANGA M.R.B., OKAMBA S., SERVICE M., ODZÉBÉ A.W.S., BOUYA P.A.

**Auteur correspondant:** Professeur Odzebe Anani W.S ; Email : odzebe\_s@yahoo.fr

#### RESUME :

**Objectif :** Étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'HBP au CHU de Brazzaville (CHU-B). **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude descriptive à recueil de données rétrospective, réalisée dans le service d'urologie-andrologie du CHU-B, sur une période de 6 ans. Elle a concerné 485 dossiers de patients hospitalisés pour HBP. **Résultats :** Nous avons enregistré 3085 dossiers des patients hospitalisés. Parmi eux, 485 ont été admis pour une HBP soit une fréquence de 15,7%. L'âge moyen des patients était de 63,5% ± 13,8 ans. Le délai moyen de consultation était de 26 +/- 8 mois. Le motif de consultation était dominé par la dysurie dans 284 cas (58,5%) et la rétention complète d'urine dans 198 cas (40,8%). L'examen clinique avait permis d'objectiver une dysurie chez 287 cas (59%) et un globe vésical dans 121 cas (25%). Dans tous les cas, la prostate était augmentée de volume au toucher rectal. Le taux moyen du PSA était de 3,3ng/ml (extrêmes : 0,4 et 22 ng/ml). Les complications liées à l'HBP étaient retrouvées chez 317 patients (65,4%). Le traitement était chirurgical dans 363 cas (75%). La chirurgie ouverte était pratiquée chez 298 patients (82%). L'évolution post adénomectomie prostatique était compliquée chez 122 patients (41%). Nous avons enregistré neuf décès (2,4%). **Conclusion :** l'HBP est une pathologie fréquente dans notre pratique quotidienne. Elle affecte les patients de plus de 50 ans. Il s'agit d'une affection bénigne dont la gravité est liée aux complications qu'elle engendre.

**Mots clés :** Hypertrophie bénigne prostate, CHU, Brazzaville

#### SUMMARY:

**Objective:** To study the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of BPH at the University Hospital of Brazzaville (CHU-B). **Patients and method:** This was a descriptive study with retrospective data collection, carried out in the urology-andrology department of CHU-B, over a period of 6 years. It concerned 485 files of patients hospitalized for BPH. **Results:** We recorded 3085 inpatient records. Among them, 485 were admitted for BPH, ie a frequency of 15.7%. The mean age of the patients was 63.5% ± 13.8 years. The average consultation time was 26 +/- 8 months. The reason for consultation was dominated by dysuria in 284 cases (58.5%) and complete retention of urine in 198 cases (40.8%). The clinical examination

revealed dysuria in 287 cases (59%) and a bladder in 121 cases (25%). In all cases, the prostate was enlarged on digital rectal examination. The mean PSA level was 3.3ng / ml (range: 0.4 and 22 ng / ml). Complications related to BPH were found in 317 patients (65.4%). Treatment was surgical in 363 cases (75%). Open surgery was performed in 298 patients (82%). The course after prostatic adenectomy was complicated in 122 patients (41%). We recorded nine deaths (2.4%). **Conclusion:** BPH is a frequent pathology in our daily practice. It affects patients over 50 years old. It is a benign condition whose severity is linked to the complications it causes.

**Keywords:** Benign prostate hypertrophy, CHU, Brazzaville

#### INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est caractérisée histologiquement par une hyperplasie des composantes stromales (fibromusculaire) et épithéliales (glandulaire) de la prostate. Cette pathologie est fréquente, et constitue la première cause d'obstruction cervico-urétrale chez l'homme âgé [1]. Elle touche la moitié des hommes âgés de 60 ans et 90% des hommes de plus de 80 ans [2]. En France, près de deux millions d'hommes ont des troubles urinaires et plus d'un million de patients sont traités chaque année pour une HBP symptomatique [3]. En Afrique, elle constitue la première cause d'admission dans les services d'urologie [4,5]. Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence, dont le principal est l'âge [3,6]. On retrouve aussi l'obésité, les prédispositions génétiques, l'origine ethnique et le mode de vie. l'HBP répond à l'association des 3 éléments suivants : obstruction sous-vésicale, augmentation du volume de la prostate et troubles urinaires du bas appareil [7]. Ainsi, sa symptomatologie fait que son diagnostic soit avant tout clinique et repose sur les données de l'anamnèse et de l'examen physique, notamment le toucher rectal. Son arsenal thérapeutique comporte aussi bien les moyens médicaux que chirurgicaux. Si en occident la chirurgie endoscopique représente la chirurgie de référence [3,7], en Afrique subsaharienne la chirurgie ouverte de l'HBP demeure la plus pratiquée [4,5].

Plusieurs études ont été réalisées sur l'HBP. Cependant, au Congo il n'y a pas de données publiées en état actuel sur cette affection. C'est ainsi que nous avons réalisé cette étude qui a pour but d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'HBP au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B).

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude descriptive à recueil de données rétrospective, réalisée dans le service d'urologie-andrologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2018 (6 ans). Nous avons inclus dans cette étude les patients hospitalisés pour HBP. Les patients ayant un taux de PSA élevé (supérieur à 4 ng/ml) sans biopsie prostatique et ceux ayant un dossier médical incomplet ont été exclus de l'étude.

Les variables étudiées étaient épidémiologiques (fréquence, âge, provenance), diagnostiques (le motif de consultation, les données du toucher rectal, le taux de PSA, les résultats de l'ECBU, la créatininémie, les résultats de l'échographie), thérapeutiques (le traitement médical, le traitement chirurgical) et évolutives (complications, mortalité) après un délai de 12 mois. Le diagnostic d'hypertrophie bénigne était posé sur le plan clinique devant les troubles urinaires du bas appareil, les complications liées à l'obstruction prostatique et au toucher rectal une prostate augmentée de volume, de consistance élastique ou ferme, indolore, à surface lisse et régulière, ayant le sillon médian absent. Sur le plan paraclinique devant une échographie (sus-pubienne) objectivant une augmentation du volume prostatique et une biopsie prostatique négative. La biopsie était réalisée lorsque le taux de PSA était élevé (supérieur à 4 ng/ml) sur deux prélèvements.

Le traitement chirurgical concernait patients porteurs de HBP compliquée ou en cas d'échec du traitement médical. La chirurgie ouverte (adénomectomie prostatique) était indiquée devant les prostates dont le poids échographique était supérieur à 60 grammes et la chirurgie endoscopique concernait les prostates de poids inférieur à 60 grammes. L'adénomectomie transvésicale était réalisée selon la technique de FREYER HRYNTCHAK qui consiste à réaliser après la taille vésicale une énucléation digitale du tissu adénomateux, une hémostase de la loge prostatique par des points en « X » à 5 heure et à 7 heure complétée par un surjet de la lèvre postérieure, puis à mettre en place une sonde uretrovésicale de DUFOR dont le ballonnet est gonflé dans la loge prostatique avant de refermer la vessie et de procéder à l'irrigation vésicale au sérum physiologique. Le traitement endoscopique était réalisé selon deux techniques : La résection endoscopique monopolaire qui consiste à découper de l'adénome à l'aide d'un résecteur muni d'une anse électrique introduit dans

l'urètre par le méat et les copeaux de l'adénome sont ensuite aspirés à l'aide d'une poire ; la vaporisation prostatique qui consiste à vaporiser l'adénome prostatique grâce à une fibre laser de 2 mm introduite par le méat urétral par l'intermédiaire d'un endoscope. Le laser agit au contact du tissu adénomateux en le faisant passer de l'état solide à l'état. Sur le plan évolutif, les patients ont été suivi après un recul d'un an.

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête élaborée à partir des dossiers constitués lors de l'hospitalisation. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage. Elles ont été traitées et analysées à l'aide des logiciels Epi-info version 7 et Excel 2017.

## RÉSULTATS

Pendant la période d'étude 3085 dossiers des patients hospitalisés. Parmi lesquels 485 ont été admis pour une HBP soit une fréquence de 15,7%. L'âge moyen des patients était de 63,5% ± 13,8 ans (extrêmes : 49 et 98 ans). Les patients provenaient de Brazzaville dans 347 cas (71,5%) et des provinces dans 138 cas (28,5%). Les antécédents pathologiques étaient retrouvés dans 109 cas (26,6%). Il s'agissait de l'hypertension artérielle chez 74 patients (57%, n=129), le diabète chez 32 patients (26%, n=129), l'accident vasculaire cérébral chez 16 patients (12%, n=129), la bilharziose urinaire chez 4 patients (3%, n=129) et l'infection sexuellement transmissible (urétrite) chez 3 patients (2%, n=129).

Au plan clinique, le délai moyen de consultation était de 26 +/- 8 mois (extrêmes : 6 jours et 32 mois). La répartition des patients selon le motif de consultation est rapportée dans le tableau I. les caractéristiques de la prostate au toucher rectal sont données dans le tableau II.

Au plan paraclinique, le taux moyen du PSA était de 3,3ng/ml (extrêmes : 0,4 et 22 ng/ml). Les résultats des examens paracliniques sont donnés dans le tableau II. L'examen cytot bactériologique des urines était réalisé dans tous les cas, les résultats étaient positifs dans 135 cas (27,8%). Il avait permis d'isoler l'*Escherichia coli* dans 89 cas (66%, n=135), le *Klebsiella pneumoniae* dans 21 cas (15,5% n=135), le *Proteus mirabilis* dans 13 cas (9,6% n=135), l'Entérobactérie spp dans six cas (6,2% n=135) et le *Staphylococcus aureus* dans quatre cas (3% n=135). Le poids échographique moyen de la prostate était de 67,5g (extrêmes : 30 et de 257 grammes). Les complications liées à l'hypertrophie bénigne de la prostate étaient retrouvées dans 317 cas (65,4%). La figure 1 représente la répartition des patients selon les types de complication de l'HBP.

Au plan thérapeutique, le tableau III rapporte le traitement des complications de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Concernant le traitement de l'HBP, dans

122 cas (25%) le traitement était médicamenteux et dans 363 cas (75%) chirurgical. Le traitement chirurgical avait consisté en une adénomectomie prostatique transvésicale dans 298 cas (82% n=363), une résection endoscopique monopolaire dans 50 cas (14% n=363) et une vaporisation de l'adénome prostatique dans 15 cas (4% n=363). Le délai moyen de traitement chirurgical était de 35+/-15 jours (extrêmes 15 et 60 jours). Au cours de l'adénomectomie prostatique, le drainage de l'espace prévésical était systématique. Les gestes associés étaient une cystolithotomie dans 38 cas (13%) et une cure de la hernie inguinale dans 17 cas (5,7%). La résection endoscopique de la prostate était associée à la cure de la hernie inguinale dans deux cas (4%). Le délai moyen de drainage de l'espace de Retzius après adénomectomie était de 2,8 jours (extrêmes : 1 et 4 jours). La durée moyenne de sondage vésical post adénomectomie prostatique était de 7,8 jours (extrêmes ; 6 et 14 jours). Elle était de trois jours (extrêmes : 1 et 4 jours) après résection endoscopique de la prostate et vaporisation.

L'évolution après adénomectomie prostatique était compliquée dans 122 cas (41%). La figure 2 illustre les complications post adénomectomie prostatique. La prise en charge du cas de suspicion d'embolie pulmonaire n'a pas pu être faite, le patient étant décédé juste au moment où cette affection venait d'être suspecter. Le cas d'hémorragie par une insuffisance d'hémostase de la loge avait justifié d'une reprise chirurgicale pour compléter celle-ci. Les cas d'orchépididymite aigue ont été traité dans les deux premiers par une antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme. Les cas d'hématurie par chute d'escarre ont été traité par une irrigation vésicale continue au sérum physiologique. Les cas de suppuration de la plaie opératoire avaient fait l'objet des soins locaux quotidiens et d'une antibiothérapie en fonction de la sensibilité du germe. La prise en charge des cas de fistule vésico-cutanée avait consisté en des soins locaux quotidiens, et un drainage uretro-vésical jusqu'à la fermeture de la fistule. L'évolution après endoscopie était compliquée dans trois cas (6% n=50). Il s'agissait d'une hématurie post résection de petite abondance. La durée moyenne d'hospitalisation après chirurgie ouverte était de 8,12 jours (extrêmes : 6 et 19 jours) et de 2,8 jours (extrêmes : 2 et 4 jours) après endoscopie. Parmi les patients traités médicalement, nous avons noté une amélioration de la qualité des mictions dans 76 cas (62,3%). Les patients traités chirurgicalement avaient une miction normale dans tous les cas. La fonction rénale était normale dans tous les cas après la chirurgie. Dans 98 cas (20,2%) les patients étaient perdus de vues. Nous avons enregistré neuf cas de décès (2,4%). Les circonstances de décès étaient une embolie pulmonaire post opératoire dans deux cas (22,2% , n=9), une insuffisance rénale obstruc-

tive dans quatre cas (44,5%, n=9), un état de choc hémorragique compliquant une hématurie dans trois cas (33,3%, n=9). Les résultats des analyses histopathologiques des pièces opératoires étaient en faveur d'une adénomyofibrome dans 196 cas (54%), d'un adénome dans 87 cas (24%), d'un adénomyome dans 51 cas (14%), d'un adénome associé à une prostatite chronique dans 22 cas (6%), d'un adénome associé à un adénocarcinome dans quatre cas (1%) et un adénome associé à une lésion de PIN2 dans quatre cas (1%).

## DISCUSSION

L'hypertrophie bénigne de la prostate représente la pathologie la plus fréquente de l'homme âgé en urologie. Dans notre étude 15,7 % des patients ont été hospitalisés pour cette affection. Plusieurs études ont montré la place importante qu'occupe les activités liées à l'HBP dans le service d'urologie. Ozturk en Turkey dans une étude multi centrique rapporte un taux de 18,5 % des patients reçus en consultations des urologues pour HBP [8]. Selon l'étude de Luhiri en République Démocratique du Congo l'adénomectomie prostatique représente 57,6% de l'activité opératoire dans le service d'urologie [5]. La moyenne d'âge des patients était de 68 ans dans notre étude. Nos résultats sont identiques à ceux de Diallo [4] qui retrouvent une moyenne d'âge de 68 ans. D'autres auteurs ont montré que l'HBP est une maladie de l'homme vieillissant [9,10]. Cependant, on retrouve dans la littérature des cas de troubles urinaires liés à l'HBP chez des sujets jeunes âgés de moins de 50 ans [8].

Au plan clinique, le motif de consultation était dominé par les troubles urinaires obstructifs du bas appareil, notamment la dysurie (58,5%) et la rétention complète d'urine (40,8%). Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par Luhiri [5] et Halidou [11] qui rapportent respectivement 53,8 et 43,90% cas pour la dysurie, 34,6% et 56,10% pour la rétention complète d'urine. Ces résultats montrent que les patients consultent tardivement, le plus souvent au stade obstructif des troubles urinaires. Le Score international des symptômes de prostatisme (IPSS) constitue un élément important dans la prise d'une décision thérapeutique. Il s'agit d'un questionnaire utilisé pour évaluer l'impact des troubles mictionnels du bas appareil urinaire de l'homme [12]. Ce score n'a pas été évalué dans notre étude par le fait que certaines informations n'ont pas été retrouvées dans les dossiers. Cependant, selon plusieurs auteurs ce score est situé entre 20 et 30 au cours de l'HBP, traduisant des troubles sévères [5,10]. Le toucher rectal constitue le temps essentiel de l'examen clinique. Il permet de soupçonner une HBP, sauf dans le cas où celle-ci est dépendante du lobe médian et de dépister le cancer de la prostate. Les caractères de la prostate au toucher rectal

retrouvées dans notre étude sont similaires à ceux rapportés par Halidou [11] dans 93,5% des cas. L'aspect typique de l'HBP n'a pas été retrouvé dans tous les cas. Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires dans le diagnostic et le suivi de l'HBP, cependant certains peuvent être pratiqués selon le contexte clinique [7]. Le dosage du PSA n'est pas utile pour le diagnostic de l'HBP [7]. Cependant il est utile pour le dépistage du cancer de la prostate. Dans notre étude, le taux de PSA était normal chez 65% des patients et élevé chez 35% des patients. L'élévation du taux de PSA dans notre peut s'expliquer par la coexistence de l'infection urinaire qui a été retrouvée dans 28% des cas. L'échographie de l'appareil urinaire est un examen optionnel dans le bilan initial et recommandé en préopératoire de l'HBP [7]. Elle permet de mesurer la taille de la prostate et de rechercher les complications. Elle a été réalisée dans notre étude chez tous les patients. L'échographie de l'appareil urinaire fait partie du bilan initial dans notre contexte. Cette attitude se justifie par le fait que nos patients sont vus tardivement, en ce moment la recherche des complications devient systématique.

Le traitement de l'HBP dispose de plusieurs moyens, parmi lesquels l'abstention-surveillance, les médicaments et la chirurgie. L'abstention-surveillance concerne les HBP anatomiques ou pauci symptomatiques [13]. Elle est basée sur l'éducation du patient aux règles hygiénodietétiques (réduction de l'hydratation à 1,5 L/j, arrêts des produits irritants et diurétiques à base de caféine ou d'alcool, traitement de la constipation) et sur la réévaluation régulière [14,15]. Aucun patient de notre étude n'a été concerné par ce moyen, car notre étude n'a pris en compte que les patients hospitalisés donc symptomatiques. Le traitement médical avait concerné 25% de nos patients qui avaient tous reçu un alpha bloquant. La prescription d'alphabloquants était motivée par la prédominance des signes obstructifs. En effet, en cas de rétention urinaire, la prescription d'alphabloquants 48 heures avant la tentative de retrait de la sonde vésicale améliore les chances de succès de reprise d'une miction de bonne qualité [16, 17]. Cependant, le traitement médical est symptomatique, sur les troubles urinaires et non curatif. La chirurgie est le seul traitement curatif de l'HBP [13]. Le traitement chirurgical de l'HBP a connu ces dernières décennies des progrès importants avec le développement de la chirurgie endoscopique notamment la résection prostatique bipolaire, la vaporisation prostatique et la venue de l'énucléation au laser [3]. Toutes ces innovations technologiques visent la réduction de la morbidité inhérente à la chirurgie prostatique. Le taux élevé du traitement chirurgical (75%) s'explique par le fait que dans plus de la moitié des cas (65,4%) nos patients présentaient des complications. La chirurgie ouverte de l'HBP demeure la plus utilisée en Afrique sub-saharienne [18]. Elle était la plus pratiquée dans

notre étude par rapport à la chirurgie endoscopique. De même pour Kane au Sénégal [18] qui rapporte 75,3% des cas d'HPB traitée par chirurgie Ouverte. Cette tendance est inversée en Europe [13,15,19] où le traitement endoscopique représente 80% du traitement chirurgical de l'HBP. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le poids de la prostate était supérieur à 100 grammes dans la majorité des cas, mais aussi à la disponibilité de l'équipement endoscopique. L'évolution après adénomectomie prostatique transvésicale était compliquée dans 41% des cas et la suppuration de la plaie opératoire était la complication post opératoire la plus retrouvée (14%). Nos résultats sont similaires à ceux de Halidou [11] qui rapporte 35,77% des complications d'adénomectomie prostatique avec une prédominance de la suppuration de plaie opératoire qui avait représenté 14,63% des cas. Nous avons enregistré une mortalité de 2,4%. Aussi des cas décès ont été rapportés dans la littérature, Halidou [11] rapporte une mortalité de 2,43% parmi les patients opérés, Luhuri deux cas sur 52 [5].

## CONCLUSION

L'Hypertrophie bénigne de la prostate est une pathologie fréquente dans notre pratique quotidienne. Elle affecte les patients de plus de 50 ans. Il s'agit d'une affection bénigne dont la gravité est liée aux complications qu'elle engendre, surtout lorsque sa prise en charge est retardée. La dysurie, la rétention complète sont les troubles urinaires du bas appareil les plus rencontrés. Le toucher rectal constitue le temps essentiel de l'examen physique pour l'établissement du diagnostic. La chirurgie ouverte est indiquée pour l'HBP compliquée et constitue la procédure la plus employée. La pratique depuis quelques années de la chirurgie endoscopique dans notre service laisse présager un avenir meilleur dans la prise de l'HBP.

## RÉFÉRENCES

- Pariser JJ, Pearce SM, Patel SG, Bales GT; National Trends of Simple Prostatectomy for Benign Prostatic Hyperplasia with an Analysis of Risk Factors for Adverse Perioperative Outcomes, *Urology*, 2015; 86 (4) :721 .
- Bigot P, Vannier F, Orsat M, Lebdaï 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
- S. Droupy.L'hyperplasie bénigne de la prostate. *Sexologies*,2014 ;23 :78–84.
- Diallo M, Konaté M, Diakité I, Konaké M, Koumaré S, Keita M, Samaké A, Diassana M, Diassana B, Haidara D, Coulibaly O, Maiga M, Touré B, Sanogo M, Diakité ML. Adénome de la Prostate dans l'Unité de Chirurgie Générale du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako : Aspects Cliniques, Paracliniques et Thérapeutiques. *Health Sci. Dis*, 2020 ; 21(5):65-68
- Luhuri ND, Alumeti DML, Cirimwami P, Ahuka OL.

Prise en charge diagnostique et chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate à l'hôpital de PANZI-République Démocratique du Congo, Uro'Andro 2016 ;1(6): 289-293.

B Chughtai , J C Forde , D D M Thomas , L Laor , T Hossack , H H Woo , A E Te , S A Kaplan. Benign prostatic hyperplasia. Nat Rev Dis Primers. 2016; 5(2):1-15.

A. Descazeuda, G. Robert , N.B. Delongchamps, J.-N. Cornue, C. Saussinef , O. Haillet, M. Devonec, M. Fourmarier , C. Ballereauj , B. Lukacs, O. Dumonceauk , A.R. Azzouzil , A. Faix, F. Desgrandchamps, A. de la Taille. Bilan initial et suivi de l'hypertrophie bénigne de la prostate : revue de littérature de CTMH de l'AFU. Prog Urol , 2012. 22 :977-88.

Ozturk A, Serel TA, Kosar A, Kecelioglu M . Prévalence de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez les hommes turcs hospitalisés en urologie. Prog. Urol. 2000 ; 10(4) :556-570.

Costa P, Ben Naoum K, Boukaram M M, Wagner L., Louis JF. Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) : Prévalence en médecine générale et attitude des médecins généralistes français. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17953 patients. Prog Urol 2004 ; 14 : 33-9.,

Fourcade RO, Picot MC, Gaudin AF. Facteurs déterminant le choix thérapeutique des urologues pour la prise en charge des patients ayant une hypertrophie bénigne de la prostate: L'étude DUO. Presse Médicale. 2007; 36(5):755-63

Halidou M, Adamou H, Diongolé H. , A M Ibrahim, A Mansour, A Magagi. Prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) : à propos de 123 patients colligés à l'Hôpital National de Zinder (HNZ). Annales de l'Université Abdou Moumouni. 2015 ; XIX (2 ):149-156.

Perrin P, Nemoz C, Paparel P, Alain Rufion. Un score IPSS modifié : valeur d'un choix de réponses qualitatif. Prog urol, 2006, 16, 2 : 168-173.

K. Lahlaïdi, M.M. Ariane, E. Fontaine. Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment ? revmed. March 2014 ;35(3) :189-195.

Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Eur Urol 2013;64:118-40

Spatafora S, Casarico A, Fandella A, Galetti C, Hurle R, Mazzini E. Evidencebased guidelines for the treatment of lower urinary tract symptoms related to uncomplicated benign prostatic hyperplasia in Italy: updated summary from AURO.it. Ther Adv Urol 2012;4:279-301.

Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E, Fernandez Fernandez E. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double-blind placebo and active-controlled clinical trial performed in Europe. Eur Urol 2011;59(3):342-52.

Vallancien G, Emberton M, Alcaraz A, Matzkin H, van Moorselaar RJ, Hartung R, et al. Alfuzosin 10 mg once daily for treating benign prostatic hyperplasia: a 3-year experience in real-life practice. BJU Int 2008;101(7):847-52.

R. Kane, A. Ndiaye, M. Ogoubemy. Résection

transurétrale de prostate. Expérience de l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal. Méd Afr Noire 2013 ; 60(3):110-4

Ahyai SA, Gilling P, Kaplan SA, Kuntz RM, Madersbacher S, Montorsi F, et al. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement. Eur Urol 2010;58:384-97.

## Annexe

**Tableau I** : Répartition des patients selon les données cliniques

Données cliniques		Effectif	Pourcentage
Motif de consultation	Rétention complète d'urine	198	40,8
	Pollakiurie	187	38,5
	Dysurie	284	58,5
	Rétention chronique d'urine	32	6,6
	Hématurie macroscopique	60	12,4
	Urgenturie	107	22
	Brûlures mictionnelles	138	28,4
	Douleur testiculaire	35	7,2
Signes cliniques	AEG	36	7,4
	Anémie clinique	30	6
	Fièvre	33	6,8
	Etat de choc hémorragique	17	3,5
	Cathétérisme sus-pubien	36	7,4
	Sonde uréthro-vésicale	41	8,4
	Dysurie à l'étude de la miction	287	59
	Globe vésical	121	25

**Tableau II** : Répartition des patients selon les résultats des examens complémentaires.

Examens paracliniques		Effectif	Pourcentage
PSA	> 4 ng/ml	316	65
	4 -10 gn/ml	97	20
	< 20 ng/ml	72	15
NFS	Taux d'hémoglobine > 6g/dl	23	4,7
	7 et 10 g/dl	68	14
	Hyperleucocytose à prédominance granulocytaire	33	6,8
Créatinémie	>15 mg/l	44	9
	7 et 15 mg/l	441	91
Examen bactériologique des urines	Positive (n=135)	135	15,5%
Echographie	Poids de la prostate > 60 g	321	66,2
	Poids de la prostate < 60 g	164	33,8
	Résidu post mictionnel > 100 ml	134	28

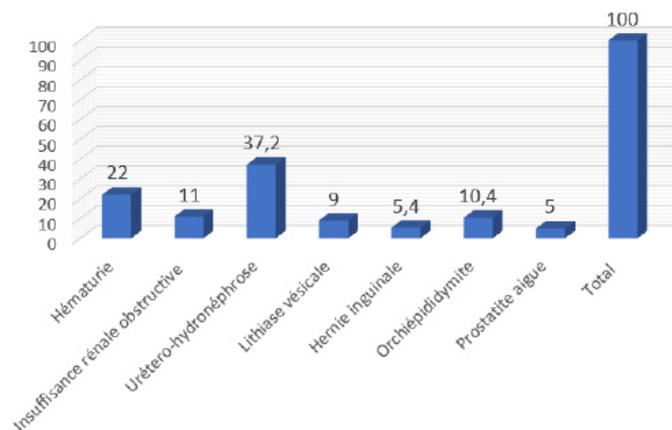
	Lithiase vésicale	29	6
	Hydronéphrose	78	16
	Diverticule vésical	11	2,3
	Lobe médian	129	26,6
	Paroi vésicale épaissie	283	58,3

**Tableau III** : répartition des patients selon les caractéristiques de la prostate au toucher rectal

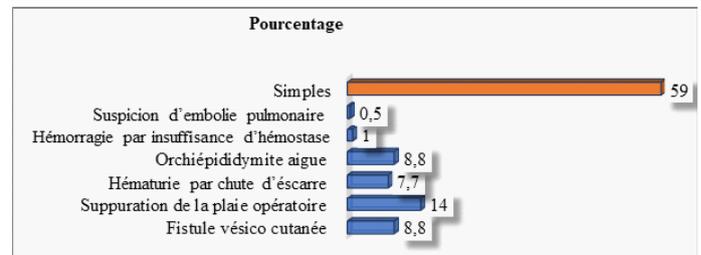
Toucher rectal		Effectif	Pourcentage
Volume	Augmentée de volume	485	100
Consistance	Elastique	476	98
	Ferme	9	1,8
Surface	Régulière	480	98,9
	Irrégulière	5	1
Douleur	Absente	485	100
Sillon médian	Absent	479	98,7
	Présent	6	1,2

**Tableau IV** : répartition des patients selon le type de complications de l'hypertrophie bénigne de la prostate et le traitement des complications.

Type de complications	Traitement	Effectif	Pourcentage
Anémie	Transfusion sanguine	23	4,7
Insuffisance rénale aiguë obstructive	Hémodialyse	6	1,2
Orchiépididymite aiguë	Antibiothérapie	33	6,8
Rétention vésicale d'urine	Drainage vésical par cathétérisme sus-pubien	41	8,4
	Drainage vésical par cathétérisme uretro-vésical	80	16,5



**Figure 1** : Répartition des patients selon les types de complication.



**Figure 2** : répartition des patients selon les suites opératoires de l'adénomectomie prostatique