

CANCER METASTATIQUE DE LA PROSTATE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DE COCODY

PROSTATE CANCER METASTASIS IN COCODY TEACHING HOSPITAL (ABIDJAN – CÔTE D'IVOIRE)

KONAN PG, GOWE EE, DEKOU AH, FOFANA A, VODI CC, KRAMO NF, OUEGNIN GA, MANZAN K

Service d'urologie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte

Auteur Correspondant : Konan Paul Gérard. Service d'urologie, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
Email : kpaulgerard@yahoo.com

Résumé :

But de l'étude : Le but de cette étude était d'actualiser les données sur le cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie du CHU de Cocody et de les comparer à celles de la littérature.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur 520 dossiers de patients hospitalisés dans le service d'urologie du CHU de Cocody pour cancer de la prostate de janvier 2002 à décembre 2012 soit sur une période de 10 ans. Parmi ceux-ci, 362 avaient un dossier exploitable car ils étaient complets et comportaient une preuve histologique et un bilan d'extension.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 67,44 ans. La prévalence des métastases du cancer de la prostate au moment du diagnostic a été de 68,23% soit 247/362 patients.

Le délai moyen de consultation était de 25,87 mois. Les circonstances de découverte ont été dans 47,79% des cas des troubles mictionnels et une dysurie dans 40,15%. Les autres circonstances de découverte ont été dominées par l'altération de l'état général (31,25%) suivi des douleurs osseuses (20,30%) et des douleurs lombaires (14,38%). Le taux moyen de PSA total était de 315,02 ng/ml (extrêmes : 2,8 et 3305 ng/ml). La localisation de ces métastases était par ordre de fréquence, les os (61%), les poumons (13%), la vessie (8%), les ganglions (7%) et le foie (5%).

Conclusion : Le cancer de la prostate est découvert tardivement dans le service d'urologie du CHU de Cocody, le plus souvent aux stades de métastases. La localisation métastatique prédominante est le rachis lombaire

Mots clés : cancer ; prostate ; adénocarcinome ; métastases

Summary:

The aim of this study was to report data of prostate cancer metastasis in our institution

Material and method : *It is a retrospective study concerning 362 patients hospitalized for prostate*

cancer between January 2002 and December 2012 in urological unity of Cocody Teaching Hospital.

Results : *The mean age of patients was 67,44 years. Prevalence of metastasis was 68,23% (247/362 patients). Patients presented with urinary symptoms in 47,79% and dysuria in 40,15%. The other symptoms were cachexia, 31,25%, bone pain, 20,30%, lombar pain, 14,38%. The mean serum PSA levels was 315,02 ng/ml. Metastasis locations were : bone (61%), lung (13%), nodes (7%) and liver (5%).*

Conclusion : *Prostate cancer is still discovered later in Cocody Teaching Hospital and lumbar rachis is the first location of metastasis*

Key words: *cancer; prostate; adenocarcinoma; metastasis*

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent de l'homme. C'est une affection cosmopolite dont l'incidence augmente avec l'âge et varie selon les races et les régions [1-5]. Il survient volontiers chez l'homme à partir de 50 ans. Dans les pays industrialisés, il arrive au 2e rang derrière les cancers bronchiques et est le 1er cancer urologique [5-8]. Son diagnostic est parfois évoqué au toucher rectal et devant une augmentation anormale du taux de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) qui peut prédire son extension (PSA>100ng/ml) [1,9]. Il est confirmé à l'examen anatomo-pathologique qui établit le type et le grade histologique. Plus de 95% des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes [6,10]. Il s'agit d'un cancer longtemps latent cliniquement. La latence de sa symptomatologie, fait de lui un cancer souvent de découverte tardive et les signes cliniques traduisent malheureusement un stade avancé de la maladie. C'est un cancer à fort potentiel métastatique tant au plan local, loco-régional qu'à distance. Les métastases les plus fréquentes sont ganglionnaires et osseuses atteignant déjà parfois, 40% des patients au moment du diagnostic et 86% au stade terminal. Les localisations secondaires viscérales et cérébrales sont rares et terminales [11].

Contrairement aux pays pauvres ou à faible revenu, l'introduction du dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) au début des années 1990 a profondément modifié la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la prostate dans les pays développés. Le diagnostic y est fait le plus souvent à des stades précoces permettant un traitement radical par chirurgie ou radiothérapie. Les patients vus à un stade métastatique sont beaucoup plus rares [12]. En Afrique subsaharienne et en Côte d'Ivoire en particulier, le diagnostic du cancer de la prostate demeure tardif et est fait le plus souvent au stade de métastases.

Le but de cette étude est d'actualiser les données sur le cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie du CHU de Cocody et de les comparer à celles de la littérature.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Cette étude a été réalisée à Abidjan dans le service d'urologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody situé au 8^e étage. Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive portant sur les dossiers de patients qui avaient été hospitalisés pour cancer de la prostate de janvier 2002 à décembre 2012 soit sur une période de 10 ans. Au total 520 patients atteints de cancer de la prostate avaient été hospitalisés. Parmi ceux-ci, 362 avaient un dossier exploitable car ils étaient complets et comportaient une preuve histologique et un bilan d'extension. Cent cinquante huit (158) dossiers (sans preuve histologique et/ou sans bilan d'extension) ont été rejetés. Le bilan d'extension comprenait la radiographie osseuse standard, l'échographie et la tomodensitométrie. Le recueil des données avait été réalisé à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle. Aucun patient n'a été exploré par la scintigraphie osseuse car cette exploration n'est pas possible en Côte d'Ivoire. Le traitement des données a été réalisé à l'outil informatique. Le logiciel Epi-info 6.04 a permis de créer une base de données pour gérer les fiches d'enquêtes et d'analyser les variables.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patients était de 67,44 ans avec des extrêmes de 44 et 97 ans. La tranche d'âge la plus atteinte était celle comprise entre 65 et 70 ans. Elle représentait 27,53% (68/247) des patients et 86,23% (213/247) d'entre eux avaient au moins 60 ans.

La prévalence des métastases du cancer de la prostate au moment du diagnostic était de 68,23% (247 cas).

Le délai moyen de consultation était de 25,87 mois avec des extrêmes de 3 et 96 mois. Seules, 107 (43,32 %) patients avaient eu un de délai de consultation jugé précoce.

Il était compris entre 1 et 10 mois.

Les circonstances de découverte ont été des troubles mictionnels dans 118 (47,77%) cas et une dysurie dans 100 (40,49%) cas. Les autres circonstances de découverte ont été dominées par l'altération de l'état général, 77 cas (31,25%) suivi des douleurs osseuses, 50 cas (20,24%) et des douleurs lombaires, 36 cas (14,57%). Les caractères de la prostate au toucher rectal étaient très évocateurs dans 235 (95,19%) cas (cf. Tableau I).

Tableau I : Données du toucher rectal de nos patients

Résultats du TR	Effectifs	Pourcentages(%)
Hypertrophie prostatique d'allure maligne (prostate dure, irrégulière, indolore)	172	69,64
Hypertrophie prostatique d'allure bénigne (prostate souple, rénitente, bien limitée et indolore)	19	07,69
Petite prostate d'allure maligne (prostate indurée dans son ensemble)	17	06,88
Hypertrophie prostatique suspecte	16	06,48
Blindage pelvien et prostate d'allure maligne	23	09,31
Total	247	100

L'antigène prostatique spécifique total était élevé et le taux moyen était de 315,02 ng/ml (extrêmes : 2,8 et 3305 ng/ml) (cf. Figure. 1).

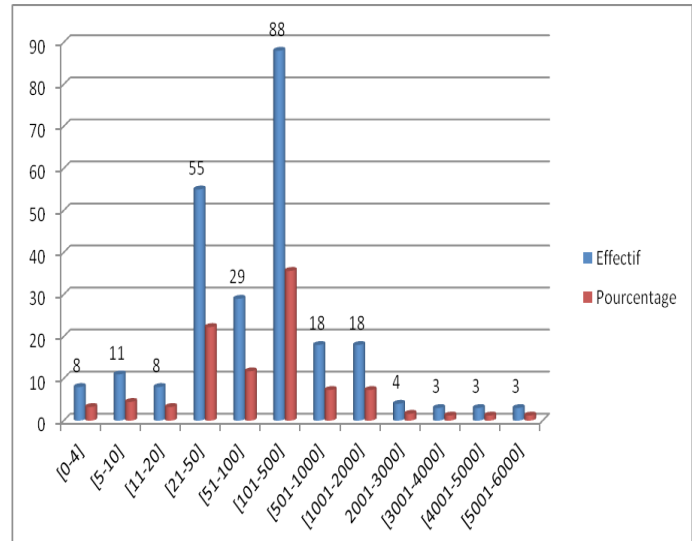


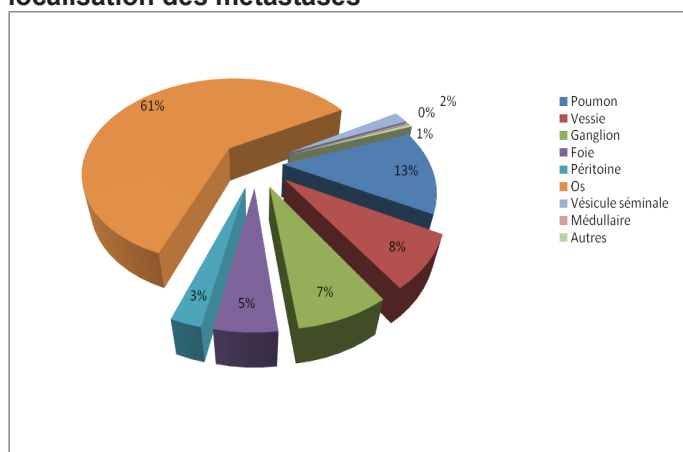
Figure 1: Valeurs du PSA total des patients

Au plan histologique, L'examen anatomo-pathologique a permis de confirmer le diagnostic sur des carottes de ponction biopsie prostatique transrectale dans 240 (97,17%) cas contre seulement 7 (2,83%) cas sur pièce d'adénomectomie. A l'histologie, il s'agissait d'adénocarcinome de la prostate dans tous les cas et le score de Gleason était supérieur ou égal à 7 dans 202 (81,78%) cas (cf. Tableau II).

Tableau II: Répartition des patients selon le score de Gleason.

Score de Gleason	Effectifs	Pourcentages (%)
4	13	05,26
5	16	06,48
6	16	06,48
7	120	48,58
8	37	14,98
9	29	11,74
10	16	06,48
Total	247	100

Au terme du bilan d'extension, Les métastases osseuses étaient largement prédominantes, suivies des métastases viscérales dominées par l'atteinte pulmonaire (cf. Figure 2)

Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la localisation des métastases

Le rachis était la localisation osseuse secondaire la plus fréquente du cancer de la prostate dans 181 (73,28%) cas suivi du bassin avec 41 (16,60%) cas et du fémur avec 18 (7,29%) cas (cf. Tableau III).

Tableau III : Siège des métastases osseuses de nos patients

Sièges des métastases osseuses	Effectifs	Pourcentages (%)
Rachis lombaire	110	44,53
Os du bassin	41	16,60
Fémurs	18	07,29
Rachis cervical	14	05,67
Rachis dorsal (thoracique)	40	16,19
Rachis sacré	11	04,45
Coccyx	06	02,43
Omoplates	02	00,81
Humérus	02	00,81
Clavicules	01	00,40
Côtes	01	00,40
Crâne	01	00,40
Total	247	100

La première localisation rachidienne est le rachis lombaire avec 110 (44,53%) cas. Des métastases pulmonaires ont été mises en évidence dans 54 (21,86%) cas dont 28 (11,34%) cas de métastases en lâcher de ballons et 26 (10,52%) cas de pleurésies (cf. Tableau IV et Figure 3).

Tableau IV: Répartition des patients en fonction des métastases pulmonaires.

Métastases pulmonaires	Effectifs	Pourcentages
Images en lâcher de ballons	28	11,34
Pleurésies	26	10,52
Absence de métastases (Normale)	193	78,14
Total	247	100

**Figure 3 : Métastases pulmonaires (Images en lâcher de ballons)**

Les patients étaient anémiés dans 206 (83,40%) cas. Le taux d'hémoglobine moyen était de 8,87g/dl avec des extrêmes de 4,8 et 17 g/dl. L'anémie était sévère dans 46 (18,62%) cas.

Le dossier médical de 5 patients référés soit du service de neurologie, soit du service de rhumatologie, comportait un myélogramme et avait mis en évidence un envahissement de la moelle osseuse par les cellules cancéreuses dans 3 cas.

Le taux moyen d'urée était de 2,13 g/l avec des extrêmes de 0,10 et 27,10 g/l.

Une hyperazotémie était présente chez 81(32,79%) des patients.

Le taux moyen de créatinine était de 24,77 mg/l avec des extrêmes de 0,19 et 159,7 mg/l.

Une hypercréatininémie (insuffisance rénale chronique) a été observée chez 84 (34,21%) patients.

Une urétéro-hydronephrose était retrouvée dans 134 (54,25%) cas. Elle était bilatérale dans 75 (30,36%) cas et unilatérale dans 59 (23,89%) cas.

Le traitement avait été essentiellement palliatif. Quinze patients (06,07%) avaient refusé la castration sous toutes ses formes.

Les autres patients, 232 (93,93%) avaient accepté le traitement proposé. Parmi les 232 patients ayant accepté la castration, 32 (13,79%) ont subi une castration médicale et 200 (86,21%) une castration chirurgicale. L'orchidectomie bilatérale simple avait été la méthode de castration la plus pratiquée dans 135 (67,50%) cas, suivie de la pulpectomie bilatérale 35 (17,50%) cas et de l'orchidectomie sous épididymaire bilatérale 30 (15%) cas. Cinquante (20,24%) interventions chirurgicales désobstructives cervico-prostatiques avaient été associées à la castration chirurgicale dans les cas de rétentions urinaires et lorsque l'état général et/ou les conditions socio-économiques l'avaient permis. Il s'agissait de 8 (16%) cas de RTUP et 42 (84%) cas d'évidements cervico-prostatiques par chirurgie ouverte.

Le traitement hormonal médical était dominé par l'acétate de cyprotérone (Androcur*), chez 20 (62,50%) patients à la dose de 300 mg/jour. Les analogues de la LH-RH à cause de leurs coûts élevés n'avaient été prescrits que chez 12 (37,50%) patients.

Le taux de décès survenu en cours d'hospitalisation était de 16,19% (40 cas).

Deux cent sept (83,81%) patients avaient pu être libérés après l'amélioration de leur état général.

DISCUSSION

Le cancer de prostate est depuis longtemps une des premières causes de décès par cancer dans le monde et c'est un des cancers pour lequel la prise en charge a le plus évolué ces dernières années [13]. L'introduction du dosage de l'antigène prostatique spécifique au début des années 1990 a profondément modifié son traitement [13]. Il est devenu le cancer le plus fréquent de l'homme de plus de 55 ans. Au-delà d'une simple augmentation du nombre de cas, le dépistage par le PSA a surtout modifié radicalement le profil des malades. Avant l'introduction du dosage du PSA, 50 à 70 % des cancers étaient diagnostiqués sur la base des symptômes qui traduisaient généralement une extension locale avancée (prostatisme rapidement évolutif, rétention urinaire, urétéro-hydronephrose, insuffisance rénale obstructive) ou un stade métastatique (douleurs osseuses, fractures pathologiques, thrombophlébites). Cette situation demeure dans les pays pauvres ou à faible revenus en général et en particulier dans notre service où la prévalence des métastases est de 68%. Il en est de même au sein des populations pauvres dans les pays riches tel qu'aux USA. Cela est lié à l'inégalité d'accès aux soins et au manque d'éducation des populations concernées [14].

La découverte tardive du cancer de la prostate chez nos patients est en rapport d'une part, à l'histoire naturelle de ce cancer qui s'étend sur 10 à 15 ans et à son développement à la périphérie de la glande prostatique faisant de lui une maladie longtemps asymp-

tomatique, expliquant les consultations tardives [1, 6, 14, 15] et d'autre part à la négligence de nos patients qui ne consultent le médecin qu'en dernier recours, après avoir épuisé tous les moyens de soins traditionnels.

Le cancer de prostate est depuis longtemps une des premières causes de décès par cancer dans le monde et c'est l'un des cancers pour lequel la prise en charge a le plus évolué ces dernières années. En effet, l'incidence du cancer de la prostate est en augmentation avec des diagnostics faits chez des patients de plus en plus jeunes. Cependant, suite à l'introduction du PSA et à l'intensification des programmes de dépistage, moins de 5% des malades sont diagnostiqués initialement à un stade avancé ou métastatique, alors qu'aujourd'hui plus de 70% des malades sont diagnostiqués à un stade débutant et sont candidats à un traitement radical par prostatectomie, radiothérapie, ou brachythérapie [12].

De plus, les innovations scientifiques et les moyens diagnostiques utilisés pour dépister le cancer de prostate se multiplient et s'affinent. La découverte annuelle de nouveaux marqueurs permet d'adapter au mieux les thérapeutiques et de proposer des traitements personnalisés adaptés au pronostic des patients [13, 16].

CONCLUSION

Le cancer de la prostate est découvert tardivement dans le service d'urologie du CHU de Cocody, le plus souvent aux stades de métastases. La localisation métastatique prédominante est le rachis lombaire. Ces métastases sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevée. Le pronostic du cancer de la prostate repose sur le dépistage qui passe par la formation de personnels qualifiés et en nombre suffisant, par l'amélioration du plateau technique et par l'éducation et l'information des populations ainsi que l'amélioration de leurs conditions socio-économiques.

RÉFÉRENCES

- 1- Conti G, La Torre G, Cicalese V et coll. Prostate cancer metastases to bone : observational study for the evaluation of clinical presentation, course and treatment patterns. Presentation of the Metauro protocol and of patient baseline features. Arch Ital Urol Androl, 2008; 80: 59-64.
- 2- Cooperberg MR, Broering JM, Carroll PR. Risk assessment for prostate cancer metastasis and mortality at the time of diagnosis. J. Nat Cancer Inst. 2009; 101: 878-87.
- 3- De la Taille A, Zerbib M, Conquy S, Amsellem-Ouazana D, Saighi D, Debré B. Etude de l'hormonothérapie intermittente chez les patients présentant une récurrence biologique après prostatectomie radicale ou radiothérapie. Prog Urol 2002 ; 12 : 240-47.
- 4- Descotes JL, Cadi P, Long JA. Cancer de prostate métastatique : prise en charge. Méd. Nucl 2008; 3 : pp 51-6

- 5-Droz J.P., Flechon A., Terret C. Cancer métastatique de la prostate. Rev. Prat 2003 ; 53 : 2258-62.
- 6-Eisenberger MA, Blumenstein BA, Crawford ED, Miller G, McLeod DG, Loehrer PJ et al. Bilateral orchiectomy with or without flutamide for metastatic. N Engl J Med 1998; 339: 1036-42.
- 7-Eisenberger MA, Blumenstein BA, Crawford ED, Miller G, McLeod DG, Loehrer PJ et al. Bilateral orchiectomy with or without flutamide for metastatic. N Engl J Med 1998; 339:1036-42.
- 8-Herr HW, Kornblith AB, Ofman U. Comparison of the Quality of Life of patients with metastatic prostate cancer who received or did not receive hormonal therapy. CANCER 1993; 71(2 suppl) : S143-50
- 9-Chartier E. Cancer de la prostate. Urologie Ed. Estem et Medline, paris, 1998, pp. 119 - 34.
- 10- Birtle AJ, Freeman A, Masters JRW, Payne HA, Harland SJ. Clinical features of patients who present with metastatic prostate carcinoma and serum Prostate Specific Antigen (PSA) levels < 10 ng/ml. The « PSA negative » patients. Cancer 2003 ; 98: 2362-7
- 11-Ameur A, Touiti D, EL Mostarchid B, EL Alami M, Jira H, Abbar M. Métastases cérébrales d'un cancer de la prostate : régression sous traitement hormonal. Prog Urol 2001 ; 11 : 1298-301.
- 12-Tombal B, Tajeddine N, Van Cangh P-J. Traitement du cancer de la prostate: place de l'hormonothérapie en 2003. Louvain Med 2003 ; 122 (Suppl): S58-67.
- 13-Drouin SJ, Rouprêt M. Epidémiologie, diagnostic et pronostic du cancer de prostate localisé : état des lieux. Prog Urol 2009 ; (1 Suppl): S3-7
- 14-Thompson IM, Tangen CM, Tolcher A, Crawford ED, Eisenberger M, Moinpour CM. Association of African-American Ethnic Background with Survival in Men With Metastatic Prostate Cancer. J Nat Cancer Inst 2001; 93: 219-25.
- 15-Kamidono S, Ohshima S, Hirao Y, Suzuki K, Arai Y, Fujimoto H et al. Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Prostate Cancer. Inter J Urol 2008; 15: 1 – 18
- 16-Boccon-Gibod L, Richaud P, Coloby P, Coulange C, Culine S, Davin JL, et al. Cancer de la prostate et hormonothérapie : indications thérapeutiques de première ligne. Prog Urol 2010 ; 20 : 109 - 15