

## PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET CHIRURGICALE DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE À L'HÔPITAL DE PANZI – RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

### DIAGNOSTIC AND SURGICAL MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AT PANZI HOSPITAL / DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

LUHIRIRI ND<sup>1</sup>, ALUMETI DM<sup>1</sup>, CIRIMWAMI P<sup>2</sup>, AHUKA OL<sup>1</sup>

1 : Département de Chirurgie Hôpital Général de Référence de Panzi, Université Evangélique e Afrique (UEA)

2 : Service d'anatomopathologie Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu, Université Catholique de Bukavu (UCB)

**Auteur correspondant:** Dr Luhiriri Ndanda Lev. Email : dr.alumetimunyali@gmail.com

#### Résumé :

**Objectifs** : Déterminer les modalités diagnostiques et le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne prostatique (HBP) à PANZI (RDC).

**Patients et méthodes** : Etude prospective de 52 patients comportant les aspects cliniques (score IPSS et toucher rectal); para-clinique (échographie, PSA et histopathologie); et chirurgical (chirurgie prostatique transvésicale).

**Résultats** : L'HBP était la plus fréquente pathologie urologique (57,7%). La majorité des patients étaient âgés de 61 à 70 ans (63,5 %). L'âge moyen était de 69,5 ans. La rétention d'urines motivait la consultation dans 46,1% des cas. Le score IPSS était sévère dans 61,5% des cas. Au toucher rectal, la prostate était modérément ou très augmentée de volume, ferme et régulière. Le volume prostatique moyen était de 90 cm<sup>3</sup> à l'échographie. Le taux de PSA se situait dans la tranche de 6-50 ng/ml et était supérieur à 50 ng/ml dans respectivement 75% et 13,5 % des cas. Tous les patients ont bénéficié de la chirurgie prostatique transvésicale. A l'histopathologie, il s'agissait d'une hyperplasie adénofibroliomyomateuse pure (40,4%) et dans respectivement 9,6 et 3,8% d'HBP associée à des lésions PIN2 et PIN3.

**Conclusion** : La majorité des patients ont consulté pour rétention aiguë d'urines. Ils avaient un score IPSS sévère et un taux de PSA élevé. Des lésions de PIN2 et PIN3 ont été notées dans 9,6 et 3,8 % des cas d'hyperplasie bénigne prostatique. L'adénomectomie transvésicale a été notre méthode de choix.

**Mots clés** : HBP, score IPSS, PSA, lésions PIN

#### Summary:

**Aim** : Determinate diagnostic modalities and surgical treatment of benign prostate hyperplasia (BPH) at PANZI (DRC).

**Methods** : Prospective study about 52 patients comprising clinical aspects (IPSS and DRE); paraclinical (ultrasound scan, PSA and histopathology); and surgical (transvesical prostate surgery).

**Results** : BPH was the most common urological pathology (57.7%). Majority of patients were aged from 61-70 years (63.5%). The mean age was estimated to 69.5 years. Urinary retention motivated consultations for 46.1% of the cases. The IPSS was severe for 61.5% of the cases. Digital rectal examination, found prostate moderately or greatly increased in volume, firm and regular. The mean prostate volume was 90 cm<sup>3</sup> according to ultrasound scan. The PSA rate ranged from 6-50 ng / mL and was greater than 50 ng / ml for 75% and 13.5% of the cases respectively. All patients benefited from transvesical prostate surgery. Histopathologically, it was found to be a pure adénofibroliomyomateuse hyperplasia (40.4%) and respectively 9.6 and 3.8% of BPH associated was to PIN2 and PIN3 injuries.

**Conclusion** : Majority of patients consulted for acute urinary retention. They had a severe IPSS and an elevated PSA rate. PIN2 and PIN3 injuries were noted for 9.6 and 3.8% of the cases of benign prostatic hyperplasia. The transvesical adenomectomy was our preferred method.

**Keywords**: BPH, IPSS, PSA, PIN injuries

## INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) se définit comme une augmentation non cancéreuse du volume de cette glande. Sur le plan histologique, c'est un adénomyofibrome hyperplasique développé à partir des constituants glandulaires, musculaires et conjonctifs de la zone transitionnelle de la prostate sous l'influence de la testostérone [1-3]. Cette maladie affecte 50 à 75% des hommes âgés de 50 à 90 ans.

Aux USA avec 400000 interventions par an, le traitement chirurgical de l'adénome prostatique est la plus fréquente intervention après celle de la cataracte, chez l'homme âgé de plus de 65 ans [2-4].

En France, 80000 interventions pour HBP sont effectuées chaque année [1, 2, 4].

En Afrique, l'adénomyofibrome prostatique constitue la première pathologie urologique et l'adénomectomie prostatique vient au premier rang des activités chirurgicales dans les services d'urologie [11, 22].

C'est la pathologie tumorale la plus fréquente de la prostate et l'affection du bas appareil urinaire la plus fréquente à l'origine des troubles mictionnels [3,17].

Nous nous sommes particulièrement intéressés au score IPSS, à l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et à l'association des lésions de néoplasie intra-épithéliale (lésions PIN) aux lésions d'hyperplasie bénigne prostatique.

Nous nous étions fixés comme objectif de déterminer les modalités du diagnostic et du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate à l'hôpital de Panzi (RDC).

## I. 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.
- Le laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital provincial de Bukavu (Est de la RDC) a permis la lecture des biopsies.

### Matériel

L'étude a porté sur 52 patients reçus en consultation de chirurgie de janvier 2008 à décembre 2013 et opérés pour hypertrophie bénigne prostatique compliquée de rétention d'urines ou associée à une dysurie et à une pollakiurie.

Ils ont tous été traités par la chirurgie prostatique ouverte transvésicale.

Notre échantillon est issu d'une population d'étude de 90 patients qui ont consulté pour une pathologie urologique.

## Méthodes

Notre étude était prospective. Sur un total de 55 patients qui ont consulté pour une hypertrophie bénigne de la prostate, 52 patients (94,5%) ont été inclus dans l'étude car ayant été opérés et dont les pièces opératoires avaient été analysées à l'histopathologie. Avaient été exclus de l'étude trois patients (5,5%) chez qui l'acte opératoire s'est limité à la cystostomie au vu de l'altération de l'état général.

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- L'âge
- Le motif de consultation
- Le score IPSS
- Les caractères de la prostate au TR
- Le volume prostatique à l'échographie sus pubienne,
- Le résidu post-mictionnel échographique
- L'acte chirurgical thérapeutique
- La nature histopathologique de la pièce opératoire
- Et les suites opératoires.

Les critères de jugement du traitement étaient les suivants :

- Etaient considérés comme guéris les patients sans troubles mictionnels à une moyenne de six mois après l'intervention avec les extrêmes de 3 mois et 8 mois et un RPM insignifiant (<50 ml) ;
- Etaient considérés comme améliorés les patients avec dysurie légère.

Nos résultats présentés sous forme de tableaux et de textes ont été traités à partir du logiciel statistique SPHINX en sa version 5.0 mise à jour. Le seuil de signification pour les tests statistiques était fixé à  $p \leq 0,05$  et les intervalles de confiance à 95%.

## II. RESULTATS

### Epidémiologie

#### Fréquence de l'HBP

L'HBP, avec une fréquence de 57,7% , venait en tête des pathologies urologiques du bas appareil chez l'homme âgé de plus de 50 ans. Le rétrécissement de l'urètre était en deuxième position avec 22,2% (Tableau I).

**Tableau I.** Répartition des pathologies urologiques pendant la période d'étude

Pathologies urologiques	Nombre	Pourcentage
HBP	52	57,7
Rétrécissement urétral	20	22,2
Cancer prostatique	8	8,8
Lithiase vésicale	7	7,7
Cancer vésical	3	3,3
Total	90	100

## Age

L'âge de la majorité de nos patients se situait entre 61 et 70 ans (63,5%). L'âge moyen était de 69,5 ans (Tableau II), les extrêmes de 50 ans et 85 ans, l'écart-type de 7,22.

**Tableau II :** Age des patients avec HBP

Age (en années)	Nombre	Pourcentage
50-60	8	15,4
61-70	33	63,5
71-80	10	19,2
>80	1	1,9
Total	52	100

## Diagnostic de l'HBP

### Aspects cliniques

#### Motif de consultation

La rétention aiguë d'urine (34,6%) et la rétention chronique (11,4%) ; la dysurie et la pollakiurie (53,8%) ont constitué les principaux symptômes motivant la consultation. Elles ont été accompagnées d'hématurie (11,5%), de mictions impérieuses (7,7%) et de mictalgies (5,7%).

#### Score IPSS

La majorité des patients avaient un score IPSS sévère compris entre 20 et 35 (61,5%)(Tableau III). Le score moyen était de 21, les extrêmes de 5 et 30 avec l'écart-type de 7,3.

**Tableau III.** Fréquence du score IPSS

Score IPSS	Nombre	Pourcentage
0-7	4	7,7
8-19	16	30,8
20-35	32	61,5
Total	52	100

### Examen physique

Au toucher rectal, les patients avaient une prostate modérément ou très augmentée de volume, ferme et régulière.

### Aspects paracliniques

PSA : Le taux moyen de PSA était de 47,5 ng/ml, avec des extrêmes de 2,612 et 93,2ng/ml avec un écart-type de 15,7. Soixante quinze pourcent de nos patients avaient un PSA compris entre 6 et 50 ng/ml et 13,5% d'entre eux avaient un PSA supérieur à 50 ng/ml (Tableau IV).

**Tableau IV :** Répartition du taux de PSA de nos patients

PSA (en ng/ml)	Nombre	Pourcentage
0-5	6	11,5
6-50	39	75
>50	7	13,5
Total	52	100

### Volume prostatique à l'échographie

Le volume moyen à l'échographie sus pubienne était de 90 cm<sup>3</sup> avec des extrêmes de 45 et 213 cm<sup>3</sup> avec un écart-type de 21,52. Il était compris entre 61 et 100 cm<sup>3</sup> dans 65,4% des cas.

**Tableau V :** Volume prostatique à l'échographie

Volume (en cm <sup>3</sup> )	Nombre	Pourcentage
30-60	2	3,8
61-100	34	65,4
>100	16	30,8
Total	52	100

### Résidu vésical post-mictionnel échographique

Le résidu post-mictionnel échographique (RPM) était supérieur à 100 ml dans 50 % des cas (Tableau VI).

**Tableau VI :** Résidu vésical post-mictionnel

RPM (en ml)	Nombre	Pourcentage
<50	2	7,1
50-100	12	42,9
>100	14	50,0
Total	28	100

### Etat histopathologique de la pièce opératoire

La majeure partie de nos patients avaient une hyperplasie adénofibroléiomyomateuse pure (40,4%). Mais, nous avons observé des lésions précancéreuses PIN2 et PIN3 associées aux lésions d'hyperplasie prostatique bénigne dans respectivement 9,6 et 3,8 % des cas (Tableau VII).

**Tableau VII :** Histopathologie prostatique

Histopathologie	Nombre	Pourcentage
Hyperplasie adénofibroléiomyomateuse	21	40,4
Hyperplasie avec prostatite	14	27
Hyperplasie avec foyer PIN1 (low grade)	10	19,2
Hyperplasie avec foyer PIN2	5	9,6
Hyperplasie avec foyer PIN3 (high grade)	2	3,8
Total	52	100

Corrélation entre le score IPSS et le taux de PSA  
Les patients avec les PSA les plus élevés (>50 ng/

ml) ont tous (100%) présenté des IPSS sévères (19-35), alors que ceux qui avaient des PSA entre 0-5 ng/ml ont obtenu des IPSS faibles ( $\leq 7$ ) dans 66,6% des cas. Le score d'IPSS semblait en corrélation avec la valeur du PSA (Tableau VIII).

**Tableau VIII** : Corrélation entre le score IPSS et le taux de PSA

PSA (en ng/ml)	IPSS			Total n (%)
	$\leq 7$ n (%)	8-18 n (%)	19-35 n (%)	
0-5	4 (66,6)	2 (33,4)	0 (0)	6 (100)
6-50	0 (0)	14 (35,9)	25 (64,1)	39 (100)
>50	0 (0)	0 (0)	7 (100)	7 (100)
Total	4 (7,7)	16 (30,8)	32 (61,5)	52 (100)

### Mode de traitement et suites opératoires

Tous nos patients ont bénéficié de la chirurgie prostatique ouverte (transvésicale). Les suites opératoires ont été marquées par un taux de guérison de 90,4%, un taux d'amélioration de 5,8 %. Nous déplorons deux cas de décès dont un malade opéré et décédé dans un tableau de choc hémorragique et un autre dans un tableau d'embolie pulmonaire.

### III. DISCUSSION

Nous avons mené une étude sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'HBP à l'hôpital de Panzi à l'Est de la RDC.

La majorité de nos patients étaient âgés de 61 à 70 ans soit 63,5% des cas. L'âge moyen était de 69,5 ans, avec des extrêmes de 50 et 85 ans. Nos résultats se rapprochent de ceux de Traoré et al. au Mali [11] et de Kambou et al. au Burkina Faso [5] qui avaient trouvé respectivement un âge moyen de 71,5 ans et de 68,34 ans.

Dans notre étude, l'HBP a été la plus fréquente des pathologies urologiques avec 57,7%. Pour Traoré et al. [11], l'adénome prostatique était la première cause d'admission des patients dans le service d'urologie. La plupart de nos patients (46,2%) ont consulté pour rétention d'urines, l'une des complications préopératoires de l'HBP. D'autres patients ont consulté pour dysurie et/ou pollakiurie accompagnées parfois d'hématurie, de mictions impérieuses ou de mictalgie. Dans l'étude de Kambou et al [5], 73,36% des patients avaient été reçus au stade de complications (rétention d'urines, insuffisance rénale...). Pour Traoré et al. [11], la rétention d'urines venait en 5ème position par rapport aux autres symptômes ayant motivé la consultation.

Chez 32 patients (61,5%), le score IPSS s'est situé entre 20 et 30 (score sévère). Pour Foucarde et al. [9], un score IPSS supérieur à 20 était une indication de traitement chirurgical.

Le taux de PSA était élevé, se situant dans la tran-

che de 6-50 ng/ml et supérieur à 50 ng/ml dans respectivement 75 et 13,5 % des cas (Tableau IV). La moyenne était de 47,5 ng/ml, avec des extrêmes de 2,612 et 93,2ng/ml. Nos résultats sont comparables à ceux de Traoré et al [11] qui ont rapporté un taux de PSA élevé chez plus de 80% de patients.

Dans notre étude, 65,4% des patients avaient un volume échographique de la prostate variant de 60 à 100 cm<sup>3</sup> et un volume supérieur à 100 cm<sup>3</sup> dans 30,8 % des cas. Traoré et al. [11] ont rapporté un poids échographique compris entre 60 et 100 g chez 55,1% des patients, et un poids supérieur à 100 g chez 10,2 %. Le résidu vésical post-mictionnel (RPM) à l'échographie était supérieur à 100 ml chez 50% de nos patients tandis que chez 42,9 %, il était compris entre 50 et 100 ml ; il était insignifiant (<50 ml) dans 7,1% des cas. Pour Le Blanc et al. [25], un résidu vésical post-mictionnel élevé n'est pas nécessairement le résultat d'une obstruction infra-vésicale mais traduit plutôt une dysfonction vésicale en présence ou non d'une obstruction infra-vésicale. Ces auteurs ont trouvé 30 % de RPM élevé chez les patients non obstrués.

Quant au diagnostic histopathologique prostatique, les lésions d'hyperplasie adénofibroliomyomateuse pures représentaient 40,4% des cas. Elles étaient associées à la prostatite non spécifique dans 27 % des cas et à des lésions PIN1 considérées comme bénignes dans 19,2 % des cas. Les lésions précancéreuses PIN2 et PIN3 étaient associées aux lésions d'hyperplasie bénigne respectivement dans 9,6 et 3,8 % des cas. Selon Roy, Mahul et al. [24], les lésions PIN sont retrouvées dans 10 à 15% des cas dans la zone de transition prostatique où se développe l'HBP dans 75% des cas. La chirurgie prostatique ouverte a été notre méthode de traitement dans 94,2% des cas.

Les méthodes de traitement chirurgical de l'HBP varient selon les pays. Öztürk et al. en Turquie ont traité 3947 patients dont 64,6% par adénomectomie transvésicale et 35,4% par résection trans-urétrale [20]. Selon Coulange [23], 81% des HBP sont opérés par résection endoscopique en France, 97% aux USA et 70 % au Japon; le recours à la chirurgie ouverte pour HBP dans ces pays varie de 5 à 30%.

### CONCLUSION

La majorité de nos patients opérés pour HBP ont consulté pour rétention d'urines. Ils présentaient un score IPSS sévère et un taux de PSA élevé.

A l'histopathologie, il s'agissait de lésions adénofibroliomyomateuses pures dans 40,4% des cas. Les lésions précancéreuses PIN2 et PIN3 étaient associées aux lésions d'hyperplasie bénigne respectivement dans 9,6 et 3,8 % des cas.

La chirurgie prostatique ouverte transvésicale a été notre méthode thérapeutique de choix.

## REFERENCES

- [1] Abbou C C, Salomon L, Chopin D, Hallot O. Approche actuelle de la prise en charge de l'HBP. *Ann Urol* 1996 ; 30: 294-310.
- [2] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes). Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'HBP. Anaes; 2003.
- [3] Chartier E. Urologie. 4ème Edition, Collection Med-line, 2002.
- [4] Fourcade R O, Lanson Y, Teillac P. Les conséquences sexuelles du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Ass Franç Urologie* 1995; 5(2) : 196-202.
- [5] Kambou T, Zango B, Ekoue F, Traore A C, Bonkougou B, Ouatarra T et al. Traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHU Sanou Souro de Bobodioulasso, *Méd Afr Noire* 2006; 53(1) : 515-521.
- [6] Janin P, Hallot O, Boutin J M, Lesourd B, Hubert L Y. Fréquence de la chirurgie de l'HBP. *Prog Urol* 1995; 5 :515-521.
- [7] Teillac P. Hypertrophie bénigne de la prostate : attentes des patients et perception du traitement. *Soc Franc Pharmacologie et thérapies* 2002 ; 57(5).
- [8] Kirk D, Smith T. Comprendre la prostate. Ed. publications modus vivendi, INC, 2007.
- [9] Fourcade R O, Picot M C, Gaudin A F, Texier N, Slama A. Facteurs déterminants le choix thérapeutique des urologues pour la prise en charge par les urologues des patients ayant une hypertrophie bénigne de la prostate : étude duo. *Presse médicale* 2007 ; 36(5) : 755-765.
- [10] Erpicum L. L'antigène prostatique spécifique. Société scientifique de médecine générale (SSMG), 2006.
- [11] Traore C B, Konate M L, Diarra T, Bayo S. Aspects anatomo-pathologiques, cliniques et radiologiques des tumeurs bénignes de la prostate au Mali, à propos de 759 cas, CHU Hôpital Gabriel TOURE, Mali Méd., 2006, 21 (4) : 31-33.
- [12] Mazamaesso T. Pratique de l'échographie de la prostate en Afrique sub-saharienne [Thèse]. Abidjan : Université de Cocody ; 2008.
- [13] Webber R. Benign prostatic hyperplasia. *Clinical Evid* 2004; 11(1119) : 38-50.
- [14] Bigot P, Vannier F, Orsat M, Lendal S, Hue J F, Fanello S et al. Evaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Prog Urol* 2010; 20(1) :65-70.
- [15] Bensadoun H. Hypertrophie bénigne de la prostate. *Presse Méd* 1997; 26(38) :1875-1880.
- [16] Hoznek A, Abbou C C. Hypertrophie bénigne de la prostate : les critères des résultats. *Presse Méd* 1998; 27(38) :1989.
- [17] Bron J P. Prise en charge d'un patient atteint d'une hypertrophie bénigne de la prostate. *Rev Prat* 1996; 10(361): 33-37.
- [18] Fourcade R O, Alessandro M. Hypertrophie bénigne de la prostate : traiter si complications ou gêne. *Rev Prat* 2000; 14(512) :1818-20.
- [19] Leduc A. Stratégie de prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. e-mémoires de l'académie nationale de chirurgie. 2005; 4(1) :12-13.
- [20] Öztürk A, Serer T A, Kosar A, Kecelioglu M. Prévalence de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez les hommes turcs hospitalisés en urologie. *Prog Urol* 2000; 10 :568-70.
- [21] Teillac P. Hypertrophie bénigne de la prostate : attentes des patients et perception du traitement par Finasteride. Société française de pharmacologie. *Thérapie* 2002; 57 (5) : 473-483
- [22] Akpo C E, Hodonou R, Nwakamga H, Hounnasso P P. Apport du toucher rectal, du dosage P.S.A., de l'échographie et de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs prostatiques au CHU de Cotonou, à propos de 64 cas en 2 ans. *Méd Afr Noire* 1999; 46 (5) :271-275.
- [23] Coulange C. Place actuelle de la chirurgie traditionnelle en France dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. e- mémoires de l'académie nationale de chirurgie 2005; 4(1) : 8-11.
- [24] Ro Y, Mahul B et al. Tumors of the male genital tract. American Joint Committee on cancer. Staging Manual, Sixth Edition 2002 :751-760.
- [25] Le Blanc G, Tessier J, Schick E. L'importance et la signification du résidu vésical post-mictionnel dans l'évaluation du prostatisme. *Prog Urol* 1995; 5 :511-514.