REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2023 **N°2586**

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE TUMEUR PROSTATIQUE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE ANDROLOGIE DU CNHU-HKM

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Mahougbé Fary Carlos BONOU

Né le 10 Mai 1996 à Cotonou (République du Bénin)

Directeurs de Thèse

Professeur Josué D.G. AVAKOUDJO

MCA Jacques Z. SAIZONOU

Président du jury

Professeur Josué D.G. AVAKOUDJO

Membres du jury

MCA Jacques Z. SAIZONOU

MCA Freddy GNANGNON

MCA Magloire YEVI

Année académique : 2021-2022

Liste du personnel enseignant

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

FSS-UAC 2022

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

ADOPTE 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Action de grâce

A Dieu tout puissant

Mon refuge, mon abri, ma force, mon protecteur, mon bienfaiteur, tu m'as donné le courage de continuer à bâtir ce travail malgré tout le temps passé, les difficultés rencontrées et les nombreuses pensées ayant fait irruption dans mon esprit. Tu as su m'entourer des bonnes personnes à qui tu as insufflé la joie et la volonté de participer à l'élaboration de ce travail. Que ta pluie abondante jaillisse sur leur vie et sur ce travail afin qu'il porte des fruits excellents qui perdureront à jamais.

Merci de ton amour éternel.

Que ton nom soit béni.

Amen !

Dédicaces

- ***A mon père Félix G. BONOU***

Papa, je ne pourrai jamais trouver les justes mots qui puissent fidèlement témoigner de l'énorme impact que tu as eu dans ma vie. Tu as depuis toujours su pourvoir aux besoins de tous tes enfants bien que les temps durs soient arrivés. La rigueur, les conseils, les encouragements ainsi que les réprimandes n'ont jamais manqué de ta part et bien que nous ne les acceptions pas toujours, ils continuent d'être des mots, des expressions qui raisonneront toujours en nous. Jamais je n'oublierai tous les efforts que tu as consentis pour que ce travail soit fait. Puisse l'Eternel t'accorder une longue vie afin que tu puisses jouir des fruits de ton amour et de tes nombreux sacrifices pour tes enfants.

- ***A ma mère Angèle AKPAN***

Maman, tu as toujours fait preuve d'un amour indéfectible envers tes enfants. La joie, l'entente qui règnent en notre sein sont en partie à ton actif. Tant tu nous as donné et soutenu durant ces années d'études que seul Dieu pourra te récompenser. De nombreuses fois, tu passais tes nuits à t'inquiéter pour nous même si nous n'avons pas toujours été tendres et réceptifs à tes ordres ou conseils. Ce travail est aussi le fruit de tes sacrifices. Puisse l'Eternel te récompenser à jamais.

- ***A mon frère Wilfried, et mes sœurs Merlina, Karelle, Colombe BONOU***

Nous avons passé tant de moments ensemble que ce soit de bons ou de moins bons. Vous avez toujours su faire preuve d'un grand soutien envers moi. Grande est ma joie d'être votre petit ou grand frère. Puisse l'Eternel nous garder toujours unis et nous protéger.

Remerciements

- ***A mes oncles et tantes***

Merci de vos soutiens, vos encouragements et de vos prières respectives tout au long de ce parcours.

- ***A mes cousins et cousines en particulier Eusèbe ASSEGUE, Ulrich BONOU***

Merci de vos soutiens et de vos aides.

- ***A Tonton Victor ZOCLANCLOUNON***

Vous êtes pour moi comme un deuxième père. Merci infiniment de vos conseils, encouragements et l'intérêt porté à la réalisation de ce travail.

- ***A mon frère Ange-Régis ZOCLANCLOUNON***

Nous ne sommes pas nés du même sang mais avons grandi ensemble comme des frères et partagé tant de moments depuis l'enfance. Merci de ton soutien.

- ***A mes amis et collègues Labib LAGNIKA et Claudel BOKOSSA***

Des années durant, depuis notre rencontre à nos débuts à la faculté, nous avons eu tellement de vécus ensemble. Année après année, il s'est tissé entre nous un lien tant amical que fraternel nous ayant permis de surmonter ensemble les péripéties de la faculté et au-delà, les situations de la vie courante. Sincères remerciements.

- ***A mes collègues du groupe de stage interné Labib, Hervé, Greg, Carine, Kesseck, Farida, Ophélie, Alphonse, Hilary, David, Hykmath, Jocèle, Abdel, Maurice, Alioth, Dorcas, Edgard, Anifatou, Darius***

Des mois ensemble à subir la pression du stage dans les différents services, est né entre nous un lien qui subsistera toujours. Tout n'a pas été rose mais nous avons toujours pu surmonter ensemble les obstacles. Que l'Eternel nous accorde l'épanouissement dans nos carrières respectives

- ***A mes autres collègues des 43ème et 44ème promotion, en particulier Pacôme, Mignon, Denise, Maessarath***

Grande est ma joie de vous compter parmi mes proches. Puisse le Seigneur guider chacun de nos pas.

- ***A tous les urologues et DES du service d'urologie en particulier Dr OUAKE, Dr ADANDE et Dr LOKO***

Merci de vos appuis et intérêt ayant permis de faciliter ce travail

- ***A tout le reste du personnel des services d'urologie et de chirurgie externe***

Merci d'avoir facilité la réalisation de ce travail.

- ***Aux patients ayant accepté de participer à cette étude***

Merci d'avoir accepté de répondre à ces quelques questions malgré vos occupations respectives. Puisse l'Eternel vous apporter guérison, joie et épanouissement.

- ***A tous ceux qui liront ce travail***

Merci d'avoir accepté jeter un coup d'œil à ce travail qui, nous espérons, apportera quelque amélioration au bien-être de la population.

Hommages

- ***A notre maître et directeur de thèse le Professeur Josué D.G. AVAKOUDJO***

Cher maître, malgré vos multiples occupations et votre emploi du temps chargé, vous avez accepté de diriger ce travail. Votre amour pour le travail bien fait et votre simplicité forcent notre admiration. Vos conseils et vos remarques ont été d'une utilité incontestable. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance

Hommages respectueux

- ***A notre maître et directeur de thèse le Maître de Conférence Agrégés Jacques SAIZONOU***

Cher maître, la patience dont vous avez fait preuve durant la direction de ce travail nous a énormément marqué. Votre disponibilité malgré vos obligations professionnelles, vos encouragements incessants et votre amabilité combinée à votre rigueur, sont tant de qualités qui nous ont impacté positivement. Puisse le Dieu tout puissant vous accorder santé, bonheur et prospérité.

Hommages respectueux

- ***A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de Santé de Cotonou***

Chers maîtres, votre rigueur scientifique et la qualité de l'enseignement que vous nous avez donné, a fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Nous sommes fier des connaissances que vous nous avez inculquées et nous veillerons, partout où nous servirons, à vous faire honneur en appliquant vos précieux enseignements. Veuillez accepter nos remerciements les plus sincères.

Hommages respectueux

A notre Président du jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Nous sommes convaincus que toutes les critiques et observations que vous apporterez à ce travail nous permettront de le rendre meilleur. Recevez ici le témoignage de notre profond respect.

Hommages respectueux

Aux honorables membres du jury

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Nous sommes certains que vos critiques et apports nous permettront d'améliorer ce modeste travail.

Hommages respectueux

Liste des sigles et abréviations

al	Collaborateurs
AVH	Adénomectomie par Voie Haute
CAPRA	Cancer of the Prostate Risk Assessment
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CUUA	Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie
CP	Cancer de la Prostate
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
FSH	Follicle Stimulating Hormone
HBP	Hypertrophie Bénigne de la Prostate
HTA	Hypertension Artérielle
I5AR	Inhibiteurs de la 5 Alpha-Réductase
ICP	Incision Cervico-Prostatique
ICS	International Continence Society
IPDE5	Inhibiteur de la Phosphodiestérase de type 5
IPSS	International Prostate Symptoms Score
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
ISUP	International Society of Urological Pathology
LHRH	Luteinizing Hormone Releasing Hormone
OMS	Organisation Mondiale de le Santé
PSA	Prostatic Sfecific Antigen
RAU	Rétention Aigue d'Urines
RTUP	Résection Trans-Urétrale de la Prostate
SBAU	Symptômes du Bas Appareil Urinaire
TEP-Scan	Tomographie par Emission de Positons – Scanner
TNM	Tumor Node Metastasis
TR	Toucher Rectal
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
UCSF	University of California, San Francisco
UCRM	Urétro-Cystographie Rétrograde et Mictionnelle

Liste des tableaux

Tableau I : Classes thérapeutiques du traitement pharmacologique de l'HBP. 20
Tableau II : Techniques chirurgicales de l'HBP 21
Tableau III: Corrélation entre groupes de grade pronostique (classification ISUP) et score de Gleason 30
Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 55
Tableau V : Répartition selon l'ordre du choix des recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 56
Tableau VI : Répartition selon la personne ayant orienté vers le recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 57
Tableau VII : Répartition selon les critères du choix du premier recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 58
Tableau VIII : Répartition selon la durée médiane de séjour par recours thérapeutique des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 59
Tableau IX : Répartition selon le type de traitement traditionnel utilisé des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 60
Tableau X : Répartition selon le délai de la consultation médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 61
Tableau XI: Répartition selon les professionnels de santé vus au cours des consultations médicales antérieures des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 62
Tableau XII : Répartition selon les pratiques des professionnels de santé vus à la première consultation des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 63

Tableau XIII : Répartition selon le respect de la prescription médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 64
Tableau XIV : Répartition selon la demande de l'échographie prostatique et du taux du PSA au cours des consultations antérieures des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 65
Tableau XV : Répartition selon le mode d'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 65
Tableau XVI : Répartition selon le diagnostic posé chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 66
Tableau XVII : Répartition selon le stade initial de la tumeur chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 67
Tableau XIX : Répartition selon le suivi médicamenteux des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 68
Tableau XX : : Répartition selon le suivi des rendez-vous des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 69
Tableau XXI : Répartition selon l'évolution des symptômes des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 69
Tableau XXII : Répartition selon la satisfaction du recours à la médecine moderne des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 70
Tableau XXIII : Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 71
Tableau XXIV : Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours et le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 72

Tableau XXV : Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours, le niveau d'instruction et la couverture sanitaire des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 73
Tableau XXVI : Répartition du délai de consultation médicale selon la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 74
Tableau XXVII : Répartition du délai de consultation médicale selon le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 75
Tableau XXVIII : Répartition du délai de consultation médicale selon la provenance et la couverture sanitaire des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 76
Tableau XXIX : Répartition du délai de consultation médicale selon le choix d'autres recours avant la consultation médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 77
Tableau XXX : Répartition du délai de consultation médicale selon le nombre de tradithérapeutes consultés des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 77
Tableau XXXI : Répartition du délai de consultation médicale selon la présence de complications chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 78
Tableau XXXII : Répartition de l'évolution des symptômes selon le mode d'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022..... 79
Tableau XXXIII : Répartition de l'évolution des symptômes selon la présence de complications à l'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022..... 80

Tableau XXXIV : Répartition selon le respect de la prescription médicale et des rendez-vous de suivi chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022 80

Liste des figures

Figure 1 : Vascularisation artérielle de la prostate [12]..... 9
Figure 2 : Anatomie zonale de la prostate selon Mc Neal [15]..... 11
Figure 3: Classification de Gleason [31]..... 31
Figure 4 : Diagramme de flux..... 51
Figure 5 : Répartition selon l'âge des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 52
Figure 6 : Répartition selon la situation matrimoniale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 52
Figure 7 : Répartition selon la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 53
Figure 8 : Répartition selon l'ethnie des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 53
Figure 9 : Répartition selon la religion des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 54
Figure 10 : Répartition selon les antécédents cliniques médicaux des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 55
Figure 11 : Répartition selon le nombre de tradithérapeutes consultés des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022..... 59
Figure 12 : Répartition selon l'interprétation de la maladie par les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022 81

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

Sommaire

Sommaire

Introduction 1

1-Généralités 5

2-Cadre et Méthodes d'étude 42

3-Résultats 50

4-Discussion 82

Conclusion et Suggestions 97

Références 101

Annexes ..... a

Table des matières ..... n

Introduction

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin et peut être le siège de trois affections principales : la prostatite (infection), l'hypertrophie bénigne de la prostate (tumeur bénigne) et le cancer de la prostate (tumeur maligne) [1]. Les tumeurs prostatiques sont des pathologies parenchymateuses très fréquentes chez l'homme à partir de 50 ans. Elles représentent, surtout le cancer de la prostate, un véritable problème de santé publique de par leur incidence qui est en évolution progressive à cause de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration des techniques de dépistage, notamment le dosage sanguin de l'Antigène spécifique de la Prostate (PSA) utilisé en routine depuis 1980 et permettant le diagnostic à un stade précoce [2].

Selon les estimations de l'observatoire mondial de la santé, le cancer de la prostate représente le deuxième cancer le plus fréquent au monde après le cancer du poumon avec près de 1,4 million de nouveaux cas en 2020 et la cinquième cause de décès par cancer chez les hommes « 375 304 décès » [3]. En Europe, Il se situe au 1er rang des cancers chez l'homme, nettement devant les cancers du poumon et du côlon-rectum et au 3ème rang des décès par cancer. Particulièrement au Bénin, c'est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué au sein de la population masculine [4] et le 2ème plus fréquent après le cancer du sein (828 nouveaux cas) quand on considère les 2 sexes [5]. Selon une étude réalisée en 2012 par Ouatara et al, il représentait 12 % de l'ensemble des admissions à la Clinique Universitaire d'Urologie- Andrologie du CNHU-HKM et plus de 2/3 (69 %) des cancers urologiques [6]. Pour Avakoudjo et al, les tumeurs prostatiques représentaient 75,54% des tumeurs urogénitales dont 43,83% bénignes et 31,70% malignes [7].

La prise en charge efficace de ces tumeurs prostatiques dans notre contexte de travail se heurte à certaines difficultés comme le retard à la consultation et donc au diagnostic qui se fait le plus souvent au stade tardif de la maladie. La plupart des patients souffrant de cancer de la prostate ne consultaient qu'après 1 à 2 ans

du début des symptômes selon Akoha [8]. Le retard au diagnostic serait en partie lié aux appréhensions que les hommes avaient à venir consulter l'urologue (Hounnasso et al) [9] qui n'est d'ailleurs connu que par peu des habitants de la ville de Cotonou (12,2% des enquêtés) selon une étude menée par Ekpinsou en 2019 [10].

En effet le Bénin comme le reste de l'Afrique noire contemporaine présente un large éventail de recours thérapeutiques depuis diverses formations de la biomédecine jusqu'aux guérisseurs et aux cultes thérapeutiques traditionnels [11]. Ainsi donc, le patient, à la recherche de soins, se tourne vers l'un ou l'autre de ces recours en fonction de considérations diverses. Plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet pour essayer de comprendre les motivations du choix du type de recours en cas de certaines maladies et on peut dire que les résultats varient aussi bien quant aux motivations qu'au choix lui-même.

Même si certaines études ont été consacrées aux tumeurs prostatiques dans notre pays, aucune d'entre elles ne s'est intéressée de façon spécifique au parcours des personnes en souffrant. Nous nous sommes ainsi donc proposé d'étudier l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM dans le but d'améliorer la prise en charge des tumeurs prostatiques au Bénin.

Objectif Général

Etudier l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la CUUA du CNHU-HKM

- Identifier les différents recours utilisés par les patients présentant une tumeur prostatique à la recherche de soins
- Identifier les facteurs motivant ces recours
- Déterminer les facteurs associés au recours tardif à la médecine conventionnelle et au non-respect du traitement médicamenteux institué.

1-Généralités

1.1. Définition des concepts

- **Itinéraire thérapeutique**

Le nom "itinéraire" est défini dans le dictionnaire LAROUSSE comme "trajet parcouru, chemin suivi par quelqu'un dans son raisonnement". L'adjectif " thérapeutique" fait référence au traitement des maladies, la manière choisie de traiter une maladie. L'itinéraire thérapeutique est ainsi le chemin parcouru pour se soigner. Dans l'étude de Helen Ward et al en 1997 sur le comportement de recherche des soins de santé et contrôle des maladies sexuellement transmissibles, l'auteur a défini l'itinéraire thérapeutique comme toute action entreprise par des individus qui considèrent avoir un problème de santé ou être malade dans le but de trouver un remède approprié.

- **Tumeur prostatique**

Une tumeur est une excroissance due à une prolifération excessive de cellules. Elle peut être bénigne (cellules normales) ou maligne (cellules anormales). La tumeur prostatique est donc une prolifération excessive de cellules développées aux dépens de la prostate.

- **Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)**

Aussi appelé adénome de la prostate, l'HBP est une prolifération bénigne à la fois épithéliale et stromale du tissu prostatique à l'origine d'une augmentation de son volume. L'OMS a défini l'HBP en 2001 comme une augmentation du volume prostatique sans signe clinique de malignité, entrainant des degrés variables d'obstruction à la vidange vésicale, constituant la principale pathologie parmi les nombreuses causes des troubles mictionnels chez l'homme âgé. Cette condition clinique continue à être appelée de façon simplifiée HBP.

- **Cancer de la prostate**

C'est une prolifération excessive et anarchique des cellules de la glande prostatique.

1.2 Rappels sur la prostate

1.2.1 Embryologie

Le développement de la prostate humaine a fait, depuis le début du siècle, l'objet de nombreuses études tendant à trouver un substratum embryologique à la pathologie de l'adulte (LOWSLEY 1912, GIL-VERNET 1953, MC NEAL). Mais ce n'est que plus tard que certaines équipes se sont intéressées au développement précoce pendant la période embryo-fœtale. La prostate provient des cellules du mésenchyme du sinus urogénital et son développement s'étend de la 5ème semaine au 6ème mois.

1.2.2 Anatomie descriptive

- **Situation**

La prostate est une glande exocrine pelvienne médiane située dans l'espace sous péritonéal : en dessous de la vessie, au-dessus du plancher périnéal, en avant du rectum entre les muscles élévateurs de l'anus de chaque côté, en arrière de la symphyse pubienne.

Elle est contenue dans une loge dont les parois cellulo-fibreuses sont constituées par :

− en avant, le fascia pré-prostatique qui se termine en haut dans les ligaments pubo-prostatiques ;

− en bas, le ligament transverse du pelvis ;

− en arrière, l'aponévrose recto-vésicale qui la sépare du rectum et se soude latéralement aux lames sacro-pubiennes ;

− latéralement, la partie basse des lames sacro-pubiennes qui descendent jusqu'à l'aponévrose moyenne du périnée et remonte en haut sur les flancs de la vessie ;

− en haut, la vessie et le tissu conjonctif fibreux qui unit cet organe à la base de la prostate [12]

- **Aspect macroscopique**

La prostate présente un aspect en châtaigne dont la partie basse est en contact avec la vessie, l'apex pointant vers le diaphragme urogénital. De couleur blanchâtre, de consistance ferme, à la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à grand axe oblique en bas et en avant, elle présente chirurgicalement cinq lobes ; antérieur, médian, postérieur (accessible au TR), latéral droit et gauche. Elle mesure 3cm de haut, 4 cm de large et 2 cm de profondeur chez un adulte jeune et pèse 20 à 25 grammes.

- **Vascularisation**

- La vascularisation **artérielle** de la prostate est principalement issue de l'artère iliaque interne par l'intermédiaire de l'artère vésicale inférieure. Les branches urétrales vascularisent le col vésical et la prostate péri-urétrale alors que les branches capsulaires antérieures et postérieures vascularisent la prostate périphérique. Ces artères vésicales inférieures donnent parfois une ou plusieurs artères pudendales accessoires qui passent sous la symphyse pubienne pour vasculariser les corps érectiles du pénis.

- Le drainage **veineux** prostatique se fait par le plexus de Santorini, représenté par la convergence des veines vésicales antérieure et dorsale de la verge et parcourant le fascia pré prostatique pour rejoindre les veines iliaques internes.

- Les **lymphatiques** provenant de la glande prostatique forment un réseau périprostatique et s'unissent en plusieurs pédicules principaux pour gagner les ganglions iliaques internes, iliaques externes, obturateurs et per sacrés.

Crâniale

Gauche

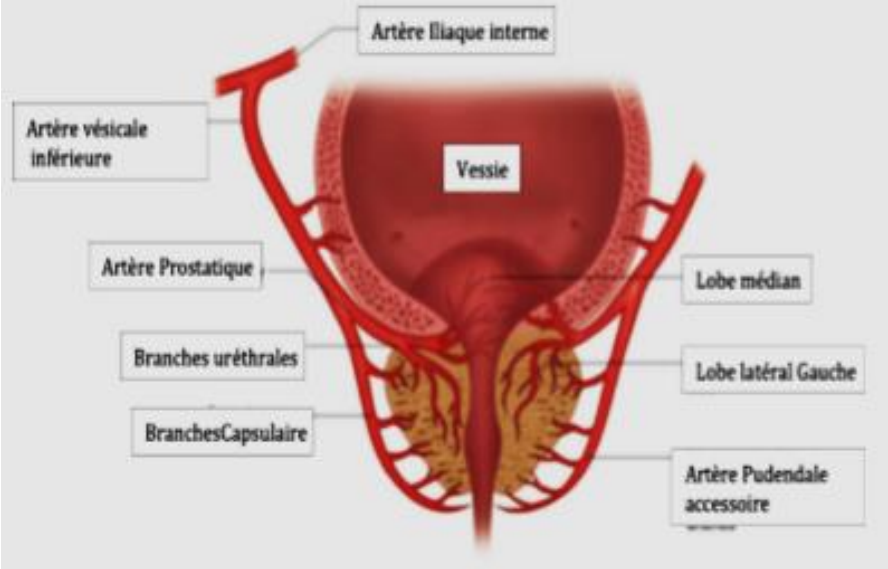


Figure 1 : Vascularisation artérielle de la prostate *[12]*

- **Innervation**

La prostate et les vésicules séminales reçoivent une innervation mixte, sympathique et parasympathique, à partir des plexus pelviens. Les fibres sympathiques provenant du plexus hypogastrique ont une fonction motrice. [12]

- **Modèles anatomiques**

En 1953 **GIL VERNET** [13] a été le premier à définir la particularité embryologique de la prostate et à préciser ses différents éléments constitutifs : prostates crâniale, caudale et intermédiaire.

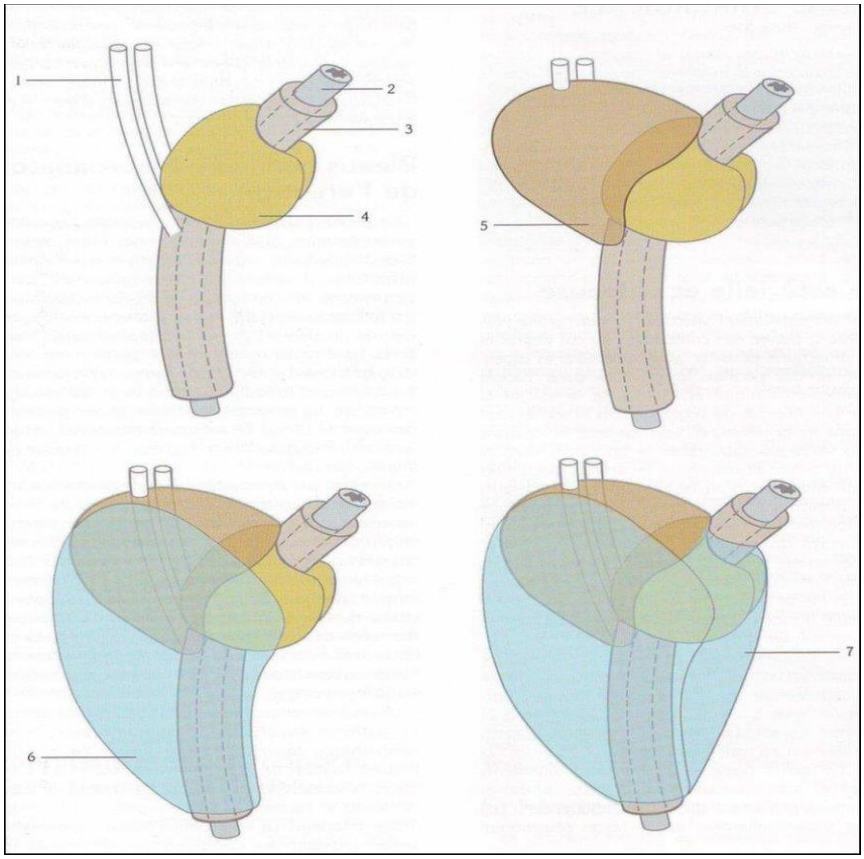
Plus tard en 1981, **Mc NEAL,** reprenant ces études va repréciser la situation de la structure zonale de la glande. C'est le modèle qui fait actuellement autorité. On peut distinguer plusieurs zones :

- la zone **centrale**, représentant 15 à 20% du volume glandulaire, dérive embryologiquement des canaux de WOLFF et présente une forme conique médiane dont la base est supérieure et le sommet correspond au veru montanum ; elle englobe normalement les canaux éjaculateurs surtout et est pénétrée par la portion intra prostatique des vésicules séminales ;

- la zone **périphérique**, qui est située à la partie postérieure et inférieure de la glande, représente 70% du volume prostatique et est le point de départ de plus de 60% des adénocarcinomes et de la plupart des prostatites, cette zone est parfaitement accessible aux biopsies prostatiques transversales dans la détection d'un cancer de la prostate ;

- les zones de **transition**, représentent 2 petits lobes situés de part et d'autre de l'urètre proximal et dont le sommet est situé au veru montanum ; elles représentent 5 à 10% du volume glandulaire et sont à l'origine de 22% des adénocarcinomes prostatiques, elles sont le siège électif du développement de l'hypertrophie bénigne de la prostate selon Mc NEAL.

- enfin le **stroma fibromusculaire antérieur** prolongeant en avant les fibres du col et s'étendant latéralement [14] et **la zone des glandes péri-urétrales** qui donne naissance au lobe médian et se situe dans la paroi musculaire lisse de l'urètre.



1. Canaux éjaculateurs
2. Urètre
3. Zone péri urétrale
4. Zone de transition
5. Zone centrale
6. Zone périphérique
7. Stroma fibromusculaire antérieur

***Figure 2** : Anatomie zonale de la prostate selon Mc Neal [15]*

1.2.3 Physiologie

En raison de sa localisation au carrefour des voies spermatiques et urinaires, et aussi de la présence sur la prostate des récepteurs hormonaux alpha adrénergiques, la prostate est impliquée dans la sécrétion hormonale, la fertilité, la formation du sperme, l'éjaculation et la miction.

1.3 Hypertrophie bénigne de la prostate [16,17]

1.3.1. Epidémiologie

C'est la pathologie la plus fréquente de l'homme vieillissant, responsable de la majorité des troubles mictionnels chez l'homme de plus de 50 ans. Selon Avakoudjo et al, l'HBP représentait 43,83% des tumeurs urogénitales diagnostiquées à la CUUA de 2008 à 2017. [7]

1.3.2. Facteurs de risque

L'HBP est multifactorielle. Les deux principaux facteurs de risque sont l'âge et le statut hormonal du patient (androgènes).

Les androgènes (surtout la dihydrotestostérone qui est l'hormone active), provenant principalement des cellules de Leydig du testicule, entraînent la croissance de l'épithélium prostatique et joue un rôle majeur dans la régulation génétique des facteurs de croissance et la stimulation du stroma.

Ainsi, les eunuques ne développent pas d'HBP ; la castration chez l'homme provoque une régression de l'HBP.

1.3.3. Physiopathologie [17]

L'HBP est une affection bénigne très fréquente liée au vieillissement. Elle correspond à une hyperplasie de la zone de transition de la prostate entourant l'urètre sous vésical. L'adénome prostatique se développe classiquement à partir des lobes droit et gauche de la prostate, mais peut parfois affecter un troisième lobe dit « lobe médian » situé à la face postérieure du col vésical. L'adénome est donc responsable d'un obstacle chronique à la vidange vésicale avec un risque de retentissement sur le bas appareil urinaire (vessie de lutte) et le haut appareil urinaire (insuffisance rénale chronique obstructive).

La vessie de lutte est caractérisée par une hypertrophie détrusorienne puis l'apparition de trabéculations et de diverticules vésicaux. Au stade ultime, lorsque la vessie est distendue et non fonctionnelle, elle est responsable d'une rétention chronique avec miction par regorgement. Une insuffisance rénale chronique obstructive, liée au reflux et à la dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles, peut alors apparaître.

Cependant, il n'existe pas de parallélisme anatomo-clinique. Les symptômes urinaires et le retentissement de l'HBP ne sont pas proportionnels au volume de l'adénome prostatique.

L'évolution d'un adénome prostatique ne se fait pas systématiquement vers l'apparition de complications. L'HBP peut être latente et responsable uniquement d'une gêne fonctionnelle. L'HBP ne dégénère jamais en cancer de la prostate mais ces deux pathologies sont favorisées par le vieillissement, et surviennent sur le même terrain.

1.3.4. Signes cliniques [17]

Le diagnostic clinique repose sur les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) recueillis à l'interrogatoire et les caractéristiques de la prostate au toucher rectal (TR).

1.3.4.1. Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)

Selon l'ICS (International Continence Society), les SBAU sont séparés en SBAU de la phase mictionnelle, de la phase post-mictionnelle et de la phase de remplissage.

- SBAU de la phase de remplissage

• Pollakiurie : mictions fréquentes et peu abondantes, elle peut être nocturne (nycturie) avec plus de 3 mictions la nuit ou diurne avec un nombre de mictions > 6 par jour.

• Impériosité mictionnelle ou urgence mictionnelle ou urgenturie : C'est une envie pressante d'uriner que le patient n'arrive pas à contrôler, et peut être responsable de fuite de quelques gouttes d'urines.

➢ SBAU de la phase mictionnelle

• Dysurie : c'est une gêne ou difficulté à la miction, elle peut se manifester par un retard au démarrage de la miction, une nécessité de poussés abdominales, une faiblesse du jet, un allongement du temps mictionnel, ou une miction en deux temps.

➢ SBAU de la phase post-mictionnelle

• Sensation de vidange incomplète.

• Gouttes retardataires.

La sévérité et le retentissement des SBAU souvent responsables d'une altération de la qualité de vie, sont évalués par le score IPSS (*International Prostate Symptom Score*). Une dysfonction sexuelle associée est fréquente.

1.3.4.2. Caractéristiques du toucher rectal

Différentes positions peuvent être choisies en fonction de l'habitude de chaque clinicien.

En cas d'HBP, le TR retrouve une glande augmentée de volume (> 20 g), souple, indolore, lisse, régulière et s'accompagne d'une disparition du sillon médian.

1.3.5. Examens paracliniques [16,17]

➢ Biologie

• ECBU : recommandé lors de l'évaluation initiale.

• Bilan rénal : recommandée si suspicion de retentissement sur le haut appareil.

• PSA : n'a pas d'intérêt pour le diagnostic et le suivi d'une HBP en routine. Il est demandé pour le dépistage du CP parfois associé à l'HBP. Taux normal < 4 ng/ml.

- Imagerie médicale
  - ✓ Echographie réno-vésico-prostatique

C'est un examen morphologique non invasif et peu coûteux. Il permet d'évaluer :

- le retentissement de l'obstacle prostatique : la présence et l'importance du résidu post mictionnel ; la présence de calculs vésicaux, d'un épaississement pariétal témoignant une vessie de lutte, de diverticules vésicaux, ou d'une dilatation des cavités pyélocalicielles ;

- les caractéristiques morphologiques : volume de la prostate utile pour définir la technique opératoire.

- Bilan urodynamique
  - ✓ Débimétrie

Elle permet d'objectiver et quantifier la dysurie. Pour pouvoir interpréter une débimétrie, un volume uriné supérieur à 150 mL est nécessaire. Les paramètres étudiés sont : le volume uriné, le débit maximal, le débit moyen, et le temps mictionnel. Une courbe normale présente une forme en cloche avec un débit maximal entre 20 et 30 ml/s alors qu'un débit maximal inférieur à 15 ml/s, associé à une courbe aplatie, est caractéristique de l'obstruction liée à l'HBP, même si elle ne permet pas de l'affirmer pour autant.

1.3.6. Diagnostic

1.3.6.1. Diagnostic positif

Il repose sur les symptômes du bas appareil urinaire, les caractéristiques du toucher rectal et les caractéristiques échographiques de la prostate.

1.3.6.2. Diagnostic différentiel

✓ Devant des symptômes de la phase mictionnelle (signes obstructifs)

• *Cancer de la prostate*

TR : nodule dur, voire prostate pierreuse, PSA généralement élevé, confirmation du diagnostic par biopsies prostatiques

• *Sténose urétrale*

Antécédents d'urétrite, de traumatisme du bassin, TR normal, confirmation par urétro-cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM)

• *Prostatite aigue*

Tableau aigu : exacerbation des signes urinaires, syndrome infectieux sévère avec un toucher rectal très douloureux

• *Vessie neurologique*

Contexte : traumatisme rachidien, signes neurologiques associés aux SBAU

✓ Devant des symptômes de la phase de remplissage (signes irritatifs)

• *Infection urinaire, tuberculose uro-génitale*

• *Tumeur vésicale : Carcinome in situ ++*

• *Calcul : vésical, urétéral pelvien*

• *Vessie neurologique*

• *Polyurie nocturne : suspecter le syndrome d'apnée du sommeil*

1.3.7. Evolution

L'HBP peut rester longtemps bien tolérée (latence totale), entrainer une gêne fonctionnelle sans retentissement organique, ou évoluer vers des complications.

❖ **Complications aiguës**

✓ Rétention aiguë d'urines (RAU)

Il existe un globe vésical aigu douloureux, d'apparition brutale, caractérisé par une envie impérieuse d'uriner associée à une voussure sus-pubienne mate et convexe vers le haut. Le traitement est le drainage vésical des urines en urgence par la mise en place d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien.

✓ Infections urinaires

L'HBP favorise la survenue d'infections urogénitales dont la prostatite et l'orchiépididymite.

✓ Hématurie

Il s'agit habituellement d'une hématurie macroscopique initiale, liée à la rupture de petites varices prostatiques. L'HBP ne peut être considérée comme responsable d'une hématurie qu'après avoir éliminé les autres étiologies d'hématurie macroscopique (tumeur du rein ou de la vessie, calculs urinaires, infections, ...).

✓ Insuffisance rénale aiguë obstructive

L'insuffisance rénale aiguë secondaire à une rétention aiguë d'urines est assez rare car la douleur vésicale conduit généralement à une consultation en urgence. Après drainage vésical, un syndrome de levée d'obstacle peut survenir et la fonction rénale s'améliore rapidement.

❖ **Complications chroniques**

✓ Rétention vésicale chronique

Il existe un globe vésical qui est le plus souvent indolore, sans aucune sensation de besoin d'uriner, responsable d'une incontinence urinaire par regorgement (« trop plein d'urines »). À l'examen physique, la pression sur l'hypogastre entraîne l'émission d'urine par le méat urétral.

✓ Lithiase vésicale de stase

La stase chronique des urines dans la vessie peut entraîner la constitution de calculs vésicaux, responsables d'épisodes d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition.

✓ Insuffisance rénale chronique obstructive

L'insuffisance rénale est la conséquence d'une dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles qui fait suite à la rétention vésicale chronique. Elle est indolore et d'installation progressive.

1.3.8. Traitement [16,17]

1.3.8.1 Buts

- Améliorer la qualité de vie du patient

- Lever l'obstacle

- Eviter ou traiter les éventuelles complications

1.3.8.2. Moyens

Les différentes options médicochirurgicales doivent être clairement expliquées au patient et la décision thérapeutique adaptée à l'importance des SBAU, à la survenue de complications et aux souhaits du patient.

- **Abstention-surveillance**

Le patient doit être informé et rassuré sur le risque d'évolution de l'HBP et son caractère bénin. Certaines règles hygiéno-diététiques peuvent être instaurées, notamment : la réduction des apports hydriques après 18 heures, la diminution de la consommation de caféine et d'alcool, le traitement d'une constipation associée et, enfin, l'arrêt des traitements favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques).

- **Traitement pharmacologique**

L'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des patients. Il existe cinq classes thérapeutiques disponibles à savoir : α-bloquants, inhibiteurs de la 5α-réductase, inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5), phytothérapie et anticholinergiques.

Tableau I : Classes thérapeutiques du traitement pharmacologique de l'HBP

	α-bloquants	**Inhibiteurs de la 5α-réductase**	**Phytothérapie**	**IPDE5**
Action pharmacologique	Diminution du tonus de l'urètre postérieur après 48h de traitement	Diminution du volume prostatique après 06 mois de traitement	Mal connu	Non élucidé
Effets secondaires	Hypotension orthostatique, céphalées, vertiges, troubles de l'accommodation, éjaculation rétrograde	Troubles de l'érection Diminution de la libido Gynécomastie	Aucun	Hypotension artérielle et collapsus en cas de dérivés nitrés concomitantes
Exemples	Alfusozine (Xatral®) Tamsulosine (Omix®) Silodosine (Urorec®)	Finastéride (Chibroproscar®) Dutastéride (Avodart®)	Serenoa repens (Permixon®) Pygeum africanum (Tadenam®)	Tadalafil (Cialis®)

- L'efficacité des α-bloquants sur les SBAU est significative et stable sur une période de plusieurs années.
- Les inhibiteurs de 5α-réductase (I5AR) diminuent le taux de PSA de 50 % et est la seule à diminuer le risque de rétention aiguë d'urines.
- Les molécules de phytothérapie ont l'avantage d'être bien tolérées, d'où leur intérêt chez les patients polymédicamentés.

✓ Anticholinergiques

Ils sont classiquement une contre-indication en cas de troubles majeurs (troubles obstructifs) de la phase mictionnelle mais trouvent une place en association avec les α-bloquants pour diminuer les SBAU irritatifs, sans augmentation significative du taux de rétention urinaire chez les patients présentant des troubles sévères (irritatifs) de la phase de remplissage sans obstruction majeure.

❖ **Traitement chirurgical**

Le principe du traitement chirurgical est la levée de l'obstruction sous-vésicale provoquée par l'HBP. Plusieurs techniques existent principalement l'incision cervicoprostatique (ICP), la résection transurétrale de la prostate (RTUP), l'adénomectomie par voie haute (AVH).

Tableau II : Techniques chirurgicales de l'HBP

	ICP	RTUP	AVH
Indication	Prostate < 30 g	Prostate < 80 g	Prostate > 80 g
Voie d'abord	Endoscopie	Endoscopie	Laparotomie
Technique	Incision de col vésical et de l'adénome prostatique	Résection en copeaux de l'adénome prostatique	Enucléation de l'adénome prostatique
Complications aigues	Hématurie, RAU, Infection urinaire	Hématurie, RAU, Infection urinaire, TURP syndrome hyponatrémie	Hématurie, RAU, Infection urinaire, Hématome, Abcès de paroi
Complications chroniques	Ejaculation rétrograde, Sténose de col vésical/urètre	Ejaculation rétrograde, Sténose de col vésical/urètre,	Ejaculation rétrograde, Sténose de col vésical/urètre

1.3.8.2. Indications

✓ Abstention-surveillance :

– HBP non compliquée ;

– SBAU minimes/modérés sans altération de la qualité de vie.

✓ Traitement pharmacologique :

– HBP non compliquée et SBAU modérés/sévères avec altération de la qualité de vie.

- ✓ Traitement chirurgical :

  – HBP compliquée (RAU sans sevrage de sonde possible, calcul vésical, insuffisance rénale obstructive, hématurie ou infections récidivantes liées à l'HBP) ;

  – ou SBAU modérés/sévères résistant au traitement médical (ou traitement mal toléré).

1.3.9. Surveillance

Le suivi d'un patient présentant une HBP est avant tout clinique. Il repose sur un interrogatoire centré sur les symptômes urinaires et sexuels, et sur la recherche d'effets indésirables des traitements. D'autres explorations sont optionnelles. Après l'introduction des α-bloquants ou des inhibiteurs de la 5α-réductase, les patients doivent être revus précocement pour évaluer l'efficacité du traitement médical.

Après traitement chirurgical, les patients sont revus à 6 semaines pour vérifier l'absence de complications. L'efficacité du traitement ne peut être évaluée qu'à partir de 3 mois.

1.4. Cancer de la prostate

1.4.1. Epidémiologie

En 1853, le docteur Adams a découvert le premier cas de cancer de la prostate et l'a décrit comme une maladie très rare[18]. Cent soixante-huit ans plus tard, le cancer de la prostate est reconnu comme un des cancers les plus fréquents chez les hommes. Avec une estimation de 1 414 259 de nouveaux cas contre 1 276 106 en 2018 et 375 304 décès dans le monde, il était le deuxième cancer le plus fréquent après le cancer du poumon et la cinquième cause de décès par cancer chez les hommes en 2020 [3,19]. En France, le cancer de la prostate représente plus de 25 % de tous les cancers diagnostiqués à partir de 50 ans (environ 48 000 nouveaux cas par an).

1.4.2. Facteurs de risque

✓ Âge et facteurs hormonaux

Ces deux facteurs ont été développés dans les facteurs de risque de l'HBP.

✓ Facteurs familiaux

Le risque relatif de cancer de la prostate augmente de façon significative s'il existe des antécédents familiaux de cancer de la prostate et de cancer du sein. Le nombre de personnes atteintes dans la famille, leur lien de parenté (père, oncle, frère...) et leur âge au moment du diagnostic sont des éléments essentiels à préciser.

✓ Alimentation

- Facteurs protecteurs : Thé vert, soja, Lycopène (tomates), Sélénium, Vit E, Vit D (rôle inhibiteur de la prolifération tumorale prostatique)

- Aliments à risque : alimentation riche en graisses animales.

✓ Facteurs raciaux

La race noire est plus exposée que la race blanche ; en effet, l'âge de survenue est plus précoce chez les noirs que chez les blancs et les cancers plus agressifs.

1.4.3. Physiopathologie

La division cellulaire est nécessaire pour l'équilibre et la survie de l'organisme : mais malheureusement les mécanismes du déclenchement de cette division cellulaire restent mystérieux.

L'hypothèse suivante permet d'expliquer la survenue du cancer de la prostate : lorsque les mécanismes régulateurs de la division cellulaire sont intacts, l'interaction entre les différents facteurs de la division (androgène, œstrogène, facteur de croissance oncogène) est coordonnée afin que la réponse ne dépasse

pas les besoins de l'homéostasie, ainsi que l'équilibre entre la différenciation d'une prostate normale. Mais lorsqu'il y a une atteinte des mécanismes de division cellulaire, la prolifération cellulaire dépasse les besoins. Ainsi, lorsque les mécanismes de la différenciation ne sont pas atteints, on a une tumeur bénigne, dans le cas contraire on obtiendra un cancer de la prostate.

L'étiologie de l'atteinte de ce mécanisme est inconnue, toutefois, il semblerait que l'oncogène ras 21p (de transmission génétique) soit incriminé [20].

D'une façon générale, le cancer de la prostate naît à la périphérie de la glande, s'en extrait puis envahit ganglions et os [21]

1.4.4. Signes

Type de description : Cancer avancé de la prostate

1.4.4.1 Signes cliniques

- ✓ **Signes fonctionnels** [22]

La découverte se fait en général en présence de :

- SBAU, hématurie, hémospermie ;

- douleurs osseuses en rapport avec les métastases révélatrices ;

- autres : compression médullaire ou radiculaire et/ou épi durite métastatique.

- ✓ **Signes généraux**

Ils sont mis en évidence par un examen de l'état général qui se traduira par la recherche d'une hyperthermie, une pâleur cutanéo-muqueuse, des œdèmes des membres inférieurs, une asthénie ou un amaigrissement.

❖ **Signes physiques**

Inspection : on appréciera l'hypogastre à la recherche d'un globe vésical ; l'abdomen à la recherche d'une hépatomégalie, une hernie inguinale unilatérale ou bilatérale [23].

Palpation : elle recherchera les adénopathies externes au niveau des aires ganglionnaires, les œdèmes des membres inférieurs, le globe vésical, le contact lombaire à la recherche de retentissements rénaux [23].

Toucher rectal : la prostate cancéreuse a une consistance pierreuse ; elle peut se présenter comme une induration localisée entourée par un tissu prostatique normal. Elle peut aussi apparaître sous l'aspect d'une glande uniformément indurée et irrégulière. Le toucher rectal permet également de connaître l'extension locale de la tumeur.

Examen neurologique : on recherchera les lésions neurologiques à savoir une atteinte des nerfs crâniens, une paraplégie, des troubles sphinctériens anaux.

1.4.4.2. Signes paracliniques

❖ **A visée diagnostique**

➢ **Marqueurs tumoraux**

- **L'Antigène Spécifique de la Prostate (PSA)**

- **Le PSA total**

Le taux normal de ce marqueur spécifique de la prostate est inférieur à 4ng/ml, sa demi-vie est de 2 à 3 jours, et sa cinétique est de 0,75ng/ml et par an. Il augmente en cas de cancer de la prostate mais n'est pas spécifique à ce cancer. Son taux augmente également dans certaines situations : toucher rectal, massage prostatique, prostatites, infections urinaires, rétention vésicale complète d'urine et hypertrophie bénigne de la prostate. Un gramme de cancer de la prostate

augmente le taux de PSA total de 3ng/ml tandis que l'augmentation est de 0,3ng/ml par gramme d'adénome de la prostate.

La valeur prédictive positive du PSA total est de 80% s'il est supérieur à 10ng/ml et de 90% s'il est supérieur à 20ng/ml [24].

- **Le PSA libre**

Contrairement à l'HBP, la forme liée augmente en cas de cancer, tandis que la fraction libre diminue. Ainsi, en cas de PSA total compris entre 4 et 10ng/ml, plus le rapport PSA libre/PSA total est bas, plus le risque de cancer augmente. Des biopsies sont alors indiquées pour un ratio PSA libre/PSA total inférieur à 15% [24,25].

- **La Phosphatase Acide Prostatique**

Elle n'est pas spécifique de la prostate, et n'est plus utilisée depuis l'avènement du PSA. Toutefois, il est nécessaire d'améliorer sa sensibilité et sa spécificité [26,27].

➢ **Echographie vésico-prostatique**

Elle aide à orienter les biopsies prostatiques sur des anomalies échographiques suspectées. En effet, il n'y a pas d'image spécifique de cancer de la prostate. Les lésions mises en évidence peuvent être iso ou hypoéchogènes par rapport au parenchyme prostatique normal. L'échographie par voie endorectale permet en plus de préciser le volume de la prostate et ses dimensions [28].

➢ **Examen anatomopathologique**

Il permet d'affirmer le diagnostic. Il se fait à base de :

- biopsies prostatiques : se font soit échoguidées, soit par fusion d'images. Elles sont justifiées dans les situations de présence d'une induration au toucher rectal,

d'anomalies échographiques à type de zone hypoéchogènes vasculaires, de taux de PSA anormalement élevé, d'augmentation régulière du PSA au cours de contrôles successifs ou un rapport PSA libre/PSA total inférieur à 20% si le PSA total est compris entre 4 et 10ng/ml, un résultat négatif ne permet pas formellement d'éliminer la présence d'un cancer de la prostate [29] ;

- pièces de prostatectomie totale ;

- curage lymphonodal ;

- histologie de copeaux de résection d'un adénome.

❖ **A visée d'extension**

➢ **Les marqueurs tumoraux**

Le dosage du PSA a également un intérêt dans le bilan d'extension. Son taux augmente avec l'extension de la maladie. Un taux inférieur à 10ng/ml traduit généralement un cancer localisé à la prostate. Au-delà de 50ng/ml, l'atteinte extra-prostatique existe dans 80 % des cas. Au-delà de 100ng/ml, l'atteinte osseuse métastatique est systématique [24].

➢ **La radiographie pulmonaire et osseuse**

Elle est réalisée en cas de douleur osseuse ou pulmonaire à la recherche de métastases.

➢ **L'échographie abdominale et de l'appareil urinaire**

Elle recherche une extension ou un retentissement locorégional pouvant se traduire par une vessie de lutte, une urétéro-hydronéphrose, des métastases hépatiques.

➢ **La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne**

C'est le meilleur examen pour évaluer l'extension tumorale. Elle permet de détecter les métastases thoraciques (osseuses et parenchymateuses),

ganglionnaires, hépatiques, rachidiennes et le retentissement sur le haut appareil urinaire. On réalisera aussi un scanner cérébral à la recherche de métastases [25,26].

- **L'uroscanner**

Permet de distinguer les complications évolutives d'un cancer localement avancé (obstruction termino-urétérale par contiguïté ou lombaire par adénopathies métastatiques) d'une autre pathologie (tumeur, calcul, malformation de la voie excrétrice supérieure)

- **La scintigraphie osseuse**

Elle est l'examen de choix dans le dépistage précoce de métastases osseuses. Elle consiste à injecter un produit légèrement radioactif dans le corps, qui va se fixer sur les zones à haute activité métabolique osseuse (les tumeurs et métastases osseuses sont des amas de cellules qui se divisent de manière rapide et incontrôlée).

- **TEP-Scan**

Le TEP-scan (Tomographie par Emission de Positons – Scanner) est un examen récent d'imagerie fonctionnelle analysant le fonctionnement et le métabolisme des organes. Les cellules tumorales, qui se développent très rapidement, captent le plus souvent davantage la molécule radioactive et leur image couplée à la localisation anatomique au scanner X, en permet le repérage et la caractérisation physiologique.

- **L'imagerie par Résonnance Magnétique (IRM)**

L'IRM prostatique fonctionnelle doit être multiparamétrique. Elle permet une évaluation globale du squelette et des chaînes ganglionnaires. Ses performances sont supérieures à la scintigraphie (sensibilité et spécificité) pour la recherche de métastases osseuses. Elle supplante également le scanner dans la recherche

d'extensions ganglionnaires mais le scanner reste indiqué en cas de contre-indications à l'IRM. [29]

Un bilan de retentissement devra aussi être réalisé avec un examen clinique complet à la recherche de signes d'anémie, de signes d'obstruction urétrale, de signes d'infection urinaire, de signes d'hydronéphrose, de signes d'insuffisance rénale.

L'exploration paraclinique d'un retentissement comportera une numération formule sanguine, une créatininémie, un examen cytobactériologique des urines avec antibiogramme et une échographie de l'appareil urinaire.

- **A visée thérapeutique** [30]

Il s'agit :

- du dosage du PSA ;

- de la surveillance de la fonction rénale à travers l'urémie et la créatininémie ;

- de la Numération Formule Sanguine ;

- de l'ionogramme sanguin.

1.4.5 Classifications

- **Classification TNM** [31] *(*Voir annexe 1)

- **Score de Gleason** [17]

Il s'agit d'un score caractérisant le degré de différenciation de la tumeur. C'est le facteur pronostique le plus puissant, à tel point qu'il est appelé score « histopronostique » et permet de refléter l'hétérogénéité de la tumeur prostatique en additionnant deux grades. Le grade de Gleason correspond à des modifications de l'architecture tumorale qui est cotée de 3 à 5 selon une dédifférenciation croissante. Sur les biopsies, il est convenu d'additionner le grade le plus représenté et le grade le plus élevé pour obtenir le score. Sur les pièces opératoires, il est

convenu d'additionner les deux grades les plus représentés pour obtenir le score. Récemment, une modification a été validée avec la traduction des différents scores de Gleason en « groupes de grade » allant de 1 à 5 (tableau III), plus simple à comprendre pour les patients et reflétant mieux l'agressivité des tumeurs. La nouvelle classification est référencée comme classification « ISUP » (International Society of Urological Pathology (ISUP)). De façon transitoire ces deux classifications persistent sur les comptes rendus anatomo-pathologiques. À terme, les recommandations proposent d'abandonner la classification selon le score de Gleason pour passer à la nouvelle classification dite « ISUP ».

Tableau III: Corrélation entre groupes de grade pronostique (classification ISUP) et score de Gleason

Groupe 1	Score de Gleason 6 (3 + 3)
Groupe 2	Score de Gleason 7 (3 majoritaire)
Groupe 3	Score de Gleason 7 (4 majoritaire)
Groupe 4	Score de Gleason 8 (4 + 4, 3 + 5, ou 5 + 3)
Groupe 5	Score de Gleason 9 ou 10

Le cancer est d'autant plus agressif que le score de Gleason est élevé.

- Score 2, 3, 4, 5 : faible gravité (peu indifférenciés).
- Score 6, 7, 8 : gravité moyenne (moyennement indifférenciés).
- Score 9, 10 : gravité importante (très indifférenciés)

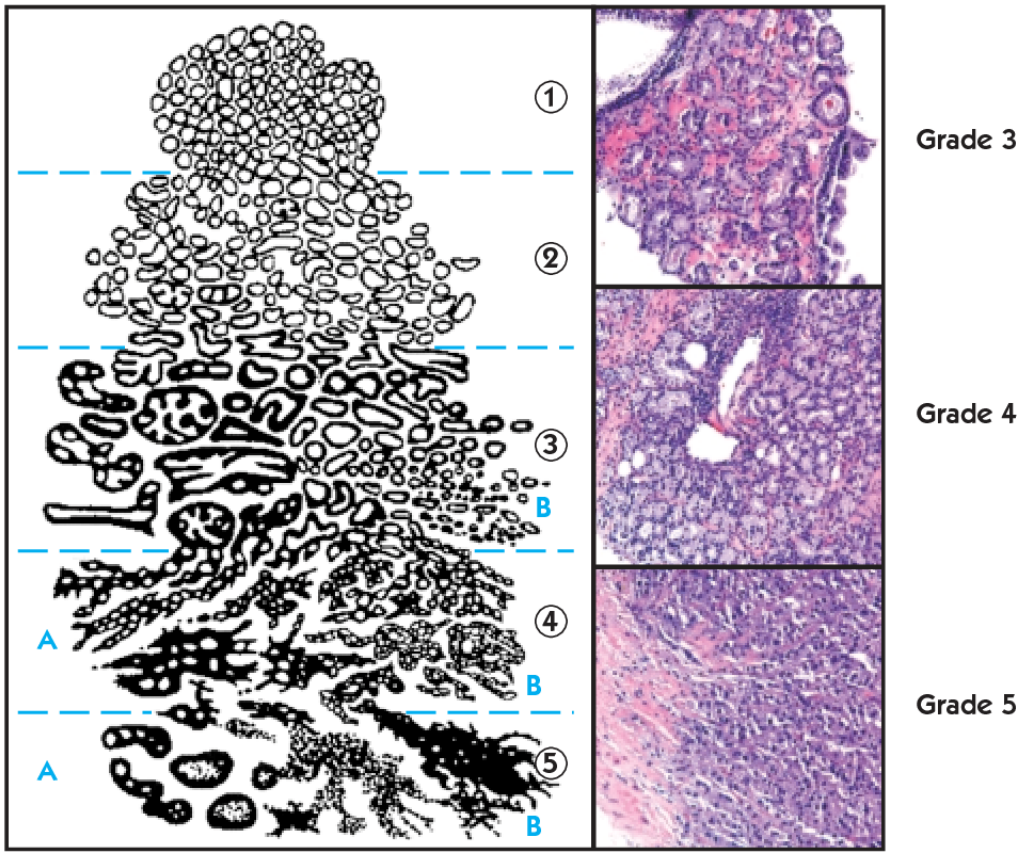


Figure 3: Classification de Gleason *[31]*

❖ Classification d'Amico

Des groupes à risque ont été validés pour estimer le risque de progression après prostatectomie totale, radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle. Il s'agit des groupes à risque faible, à risque intermédiaire et à risque élevé.

- **Risque faible** : PSA < à 10ng/ml ;

  Associé à score de Gleason< à 6 ;

  Et un stade clinique T1c ou T2a.

- **Risque intermédiaire** : PSA entre 10 et 20ng/ml ;

  Ou score de Gleason de 7 ;

  Ou stade clinique T2b.

- **Risque élevé (ou haut risque)** : PSA > 20ng/ml ;

Ou score de Gleason> 7 (8, 9 ou 10) ;

Ou stade clinique T2c.

Les groupes à risque intermédiaire et à risque élevé sont hétérogènes : il suffit d'avoir un des trois facteurs pour définir l'appartenance à ces groupes. Une distinction existe au sein du groupe à risque intermédiaire entre les tumeurs de score de Gleason 3+4 et les tumeurs de score de Gleason 4+3 qui appartiendraient plutôt au groupe à haut risque [29].

❖ **Score de CAPRA** [32]

Développé par les chercheurs de l'Université de San Francisco en Californie (UCSF), le score de CAPRA (Cancer of the Prostate Risk Assessment ou évaluation du risque de cancer de la prostate) est utilisé pour les suites de nombreux traitements, y compris dans les cas de protocoles de surveillance active ou de recours à la cryothérapie.

Il se base sur l'âge du patient, la valeur du PSA, les scores primaires et secondaires de Gleason, le stade de la tumeur et le pourcentage de biopsies positives. Il se calcule de façon très aisée en affectant à chaque paramètre une valeur comprise entre 0 et 4 (selon les cas), puis en additionnant toutes ces valeurs. Le score ainsi obtenu est un simple chiffre compris entre 0 et 10.

1.4.6 Formes cliniques [24–26,33]

❖ **Forme localisée**

Signes fonctionnels **:** pas de signes particuliers.

Signes physiques : nodule ou induration prostatique au TR.

❖ **Formes localement avancées (stade T3-T4, N0, M0)**

Signes fonctionnels : SBAU ; possible douleur lombaire unilatérale (par obstruction urétérale).

Signes physiques : prostate augmentée de volume, de consistance pierreuse, mobile à surface irrégulière au TR ; globe vésical ou gros rein en rapport avec une obstruction urétérale.

❖ **Formes infracliniques**

Elles correspondent au stade T1 et sont découvertes de façon fortuite par :

- une biopsie faite pour une élévation du taux de PSA ;

- une analyse systématique dans l'hypertrophie bénigne de la prostate des copeaux de résection transurétrale de la prostate ou de pièce d'adénomectomie.

❖ **Formes histologiques**

Les formes histologiques rencontrées dans le cancer de la prostate sont en général les carcinomes et les sarcomes. Les carcinomes (adénocarcinome, carcinome épidermoïde) sont les plus fréquents. Les sarcomes (rhabdomyosarcome, léiomyosarcome) représentent entre 0,1 à 0,3% des cancers prostatiques. Contrairement aux carcinomes, les sarcomes sont les cancers prostatiques du sujet jeune.

❖ **Formes associées**

Le cancer de la prostate peut être associé à une autre pathologie de la prostate (hypertrophie bénigne, prostatite).

1.4.6. Diagnostic

1.4.6.1. Diagnostic positif

Il repose sur les SBAU, les caractéristiques de la prostate au TR, le taux de PSA supérieur à 4ng/ml et l'examen anatomopathologique.

Notons que seule l'analyse histologique permet d'affirmer le diagnostic du cancer de la prostate [34].

1.4.6.2. Diagnostic différentiel [21]

➢ **Devant une élévation du PSA**

- HBP
- Prostatite aiguë ou chronique (peut être asymptomatique) ;
- Manœuvre endo-urétrale récente ;
- Massage prostatique appuyé (mais pas un simple TR).

➢ **Devant un nodule dur au toucher rectal**

- Prostatite chronique.

➢ **Devant une dysurie**

- Adénome de prostate ;
- Sténose de l'urètre ;
- Tumeur de vessie ;
- Prostatite aiguë.

➢ **Devant des signes de métastase osseuse**

- Autre cancer ;
- Image condensante à la radio : maladie de Pajet ;
- Autres causes de compression médullaire

1.4.7. Traitement

1.4.7.1. Buts

- Eradiquer la tumeur ;

- Arrêter la progression tumorale ;

- Améliorer la qualité de vie du patient ;

- Eviter et traiter les complications éventuelles

1.4.7.2. Moyens

a) Moyens curatifs [30]

➢ **La chirurgie**

C'est le traitement de référence du cancer de la prostate localisée.

✓ **Technique**

Il s'agit de la prostatectomie radicale, consistant en l'ablation de la prostate et des vésicules séminales suivie d'anastomose vésico-urétrale. Elle est associée à un curage ganglionnaire chez les patients ayant au moins un grade 4 de Gleason sur les biopsies ou un PSA supérieur à 10ng/ml. Une sonde vésicale est laissée en place jusqu'à cicatrisation de l'anastomose.

✓ **Voies d'abords**

- **Prostatectomie à ciel ouvert**

  - **La voie périnéale**

L'avantage de cette voie d'abord est de permettre une dissection très précise de l'apex prostatique, une anastomose vésico-urétrale facile à réaliser, une hémorragie peropératoire minime et une convalescence rapide.

L'inconvénient de cette technique est l'absence de curage ganglionnaire [35].

- **La voie rétro pubienne**

Elle est la plus difficile à réaliser avec une atteinte nerveuse fréquente et une récupération de la fonction érectile longue (9 à 18 mois après) [36].

- **Prostatectomie par voie laparoscopique** [37]

- **La voie trans péritonéale**

Elle expose moins aux lésions des nerfs érectiles et permet un lever précoce et indolore.

- **La voie sous péritonéale**

Son avantage est d'éviter l'ouverture péritonéale.

- **Prostatectomie par assistance robotique**

Elle permet de respecter les nerfs de la prostate, de la vessie et les nerfs érectiles réduisant ainsi considérablement les effets secondaires de la prostatectomie à ciel ouvert ou par voie laparoscopique.

Les complications post opératoires sont en général l'incontinence urinaire, l'impuissance sexuelle, et les sténoses de l'anastomose urétro-vésicale.

- **La radiothérapie** [30,38]

  - La radiothérapie externe
  - La curiethérapie

Elle consiste en une irradiation tumorale in situ par des éléments radioactifs implantés dans la prostate. Elle a moins d'effets secondaires car l'irradiation n'atteint pas les organes voisins.

b) Moyens palliatifs

Ils sont constitués de l'hormonothérapie, la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie et les ultrasons focalisés de haute intensité.

- **L'hormonothérapie** [39–41]

L'hormonothérapie est le traitement le plus fréquent du fait de sa réversibilité et de sa facilité d'instauration. Le cancer de la prostate étant hormono-dépendant, les androgènes stimulent les cellules cancéreuses. L'hormonothérapie consiste à supprimer l'action des androgènes. Elle vise le ralentissement de l'évolution du cancer de la prostate selon deux modalités :

- **la castration chirurgicale**

95% de la testostérone étant sécrétée par les testicules, la castration chirurgicale consiste donc à supprimer cette sécrétion par orchidectomie ou pulpectomie bilatérale ;

- **la castration médicale**

Elle consiste à inhiber soit la sécrétion des androgènes soit leur fixation sur leur site d'action.

- **Inhibiteurs de la sécrétion des androgènes**

Ce sont les agonistes de la LH-RH. Ils sont sous formes injectables (mensuelle ou trimestrielle). En début de traitement, ils stimulent au niveau hypophysaire, la synthèse de LH et TSH, qui à leur tour stimulent la synthèse de la testostérone (effet « flare-up »); d'où la nécessité de l'association provisoire d'un anti androgène [42,43]. L'hypertestostéronemie ainsi obtenue exerce un rétrocontrôle négatif au niveau hypophysaire, inhibant la sécrétion de la LH, Ce qui à son tour inhibe la sécrétion de la testostérone. On aboutit alors au bout de 2 à 4 semaines à une chute de la testostérone identique à celle de la castration chirurgicale. Les molécules couramment utilisées sont : la Triptoréline (Décapeptyl), la Leuproréline (E nantone), la Goséréline (Zoladex).

Il s'agit d'un traitement ininterrompu avec comme effets secondaires la baisse de la libido, l'insuffisance érectile, les bouffées de chaleur et parfois une

gynécomastie. Au long cours, ils peuvent entrainer une ostéoporose avec risque de fracture pathologique, une amyotrophie.

On peut également avoir recours aux antagonistes de la LH-RH. Ils bloquent directement les récepteurs hypophysaires de la LH-RH en les inhibant. La molécule couramment utilisée est le Dégarélix.

- **La méthode compétitive**

Il s'agit des anti-androgènes et de l'œstrogène.

Les **anti-androgènes** : ils inhibent de façon compétitive les androgènes sur leur récepteur au niveau des cellules cibles. Il y a les anti-androgènes non stéroïdiens et les-anti androgènes stéroïdiens. Les anti-androgènes non stéroïdiens ou anti-androgènes purs exercent une inhibition compétitive des androgènes sur tous leurs récepteurs (prostate, testicules, hypophyse, hypothalamus). Cette inhibition au niveau hypophysaire et hypothalamique inhibe le rétrocontrôle négatif des androgènes et donc augmente la sécrétion de testostérone. D'où la nécessité de les associer avec la castration chirurgicale. Les anti-androgènes stéroïdiens tels que l'acétate de cyprotérone, possèdent des effets anti-gonadotropes associés leur permettant de conserver le rétrocontrôle négatif au niveau hypothalamo-hypophysaire. Ils entrainent une diminution de la LH et de la testostérone. Ils sont utilisés en monothérapie. Les molécules fréquemment utilisées sont : l'acétate de cyprotérone (Androcur), le flutamide (Eulexine), le nilutamide (Anandron), le bicalutamide (Casodex). Ils ont comme effets secondaires le blocage de la spermatogénèse et l'impuissance sexuelle.

Les œstrogènes : ils ne sont pas en compétition avec les androgènes en tant que tel mais ils entraînent une inhibition de la stimulation androgénique normale au niveau du tissu prostatique normal et métastatique. Ils sont de plus en plus délaissés essentiellement à cause de leurs effets secondaires : cardiovasculaires, thromboemboliques, impuissance, baisse de la libido, azoospermie.

- **La chimiothérapie**

Le cancer de la prostate étant très peu chimio sensible, la chimiothérapie n'est utilisée qu'en cas d'hormonorésistance. Elle fait appel à la mitoxantrone (NOVANTRONET) qui est un agent alkylant inhibant la réplication de l'ADN et au docétaxel (TAXOTERE) en monothérapie ou en association avec d'autres molécules.

- **La chirurgie**

Le traitement chirurgical palliatif des troubles urinaires consiste en une résection trans-urétrale de la prostate ou une énucléation cervicoprostatique. On peut également réaliser une dérivation urinaire externe par une urétérostomie cutanée ou une urétérostomie cutanée trans-iléale.

- **Traitement symptomatique**

Il dépend des symptômes que le malade présente.

- Douleur : les antalgiques sont utilisés, et en cas d'échec, on peut utiliser la radiothérapie ou la chimiothérapie à visée antalgique ;

- Complication urinaire obstructive : drainage urinaire.

1.4.7.3. Indications

Les stratégies thérapeutiques du cancer de la prostate sont bien codifiées et dépendent de plusieurs facteurs tels que : l'âge et l'état général du patient, le bilan d'extension et l'agressivité du cancer.

a) Stade localisé (T1-T2, N0 M0)

- Sujet ≤ 75 ans ou ayant une espérance de vie ≥10 ans

Traitement de référence : traitement curatif par prostatectomie radicale ou radiothérapie.

- Sujet ≥ 75 ans ou ayant une espérance de vie ≤ 10 ans

Surveillance et hormonothérapie en cas de progression.

Radiothérapie curative ± hormonothérapie si espérance de vie >5ans et score de Gleason ≥ 7.

b) Stade localement avancé (T3-T4, N0M0)

En fonction de la classification TNM, on pourra faire recours à :

- traitement palliatif ;
- radiothérapie + hormonothérapie ;
- prostatectomie± radiothérapie ± hormonothérapie ;
- surveillance puis hormonothérapie en cas de progression ;
- radiothérapie ± hormonothérapie si espérance de vie > 5 ans et score ≥7.

c) Stade métastatique

- Surveillance
- Hormonothérapie

1.4.8. Pronostic

Le Cancer de la prostate de façon générale, évolue inexorablement vers la mort en l'absence de traitement. Notons qu'il est curable à 95 % en cas de diagnostic et de traitement précoces. Le pronostic du cancer de la prostate est fonction de l'âge du patient, de l'agressivité, du stade de la tumeur et du traitement instauré.

1.4.9. Surveillance

Elle est clinique et paraclinique.

La première consultation après une prostatectomie doit être faite entre 6 semaines et 3 mois après l'intervention. On procède à un dosage du PSA sérique total et un toucher rectal. Si le PSA est indétectable on réalisera un dosage semestriel pendant 3 ans puis annuel pendant 10 à 15 ans.

Après radiothérapie, le PSA est habituellement dosé à 3 mois puis tous les 6 mois. On définit la rechute par une élévation du PSA nadir (taux de PSA le plus bas obtenu après traitement) + 2ng/ml.

Après traitement hormonal, les patients doivent être évalués à 3 et 6 mois après le début du traitement hormonal.

2-Cadre et Méthodes d'étude

2.1. Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre la Clinique Universitaire d'Urologie- Andrologie (CUUA) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin.

2.1.1. Présentation du CNHU-HKM

Il fut créé en 1962 sous le nom « Hôpital 65 lits » par la loi N°60-32 du 30 Octobre 1962. Son nom a été plus tard changé et il prit le nom de l' Hôpital Autonome de Cotonou en 1963, de Centre National Hospitalier en 1966, de Centre National Hospitalier Universitaire en 1973 et de Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) depuis 2001. Il constitue l'hôpital de référence au Bénin. Situé dans la commune de Cotonou plus précisément dans le 12ème arrondissement, face à la présidence de la république, le CNHU-HKM se situe au sommet de la pyramide sanitaire nationale. C'est un centre médical, d'enseignement, de recherche et de formation pratique pour les agents de santé de toutes les catégories.

Il est composé de six départements :

- un département de chirurgie et spécialités chirurgicales ;
- un département de médecine et spécialités médicales ;
- un département de santé maternelle et infantile ;
- un département de services médico-techniques : hématologie, parasitologie, biochimie, banque de sang, service d'imagerie médicale ;
- les services multidisciplinaires que sont : la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences et le Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation
- un département administratif.

En plus des départements suscités, on retrouve un service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, un centre d'appareillage orthopédique, une pharmacie

hospitalière, un service d'hygiène, un service de maintenance, une cuisine et une morgue

2.1.2. Présentation de la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM

La Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie a été créée en juillet 1989 et fait partie du département de chirurgie et spécialités chirurgicales.

- **Sur le plan des infrastructures**

Elle est composée de :

- huit salles d'hospitalisation comportant 43 lits ;

- une salle de soins avec table opératoire et une poupinel pour la stérilisation du matériel ;

- une salle de staff équipée d'imprimante, de photocopieur, d'ordinateur de bureau, de connectivité wifi et d'une télévision Samsung LED 2'' avec un abonnement Canal SAT ;

- une salle de garde des infirmiers ;

- une salle de garde des aides-soignants ;

- un magasin ;

- trois bureaux ;

- des toilettes ;

- le bureau du chef de service et coordonnateur du DES ;

- le bureau de la secrétaire du chef de service et coordonnateur du DES ;

- un bloc opératoire au niveau du bloc central du CNHU-HKM ;

- une colonne vidéo d'endoscopie pour l'endo-urologie, des cystoscopes pour adulte, de 2 optiques 30◦ et de 2 résecteurs STORZ et WOLF ;

- une salle de consultation au niveau du service de chirurgie externe disponible trois jours par semaine lundi mardi et vendredi ;

- une deuxième salle de consultation au niveau de l'ex Service Médical d'Accueil des Urgences disponibles deux jours par semaine, mercredi et jeudi.

- **Sur le plan des ressources humaines**

La CUUA est dirigé par le Professeur Josué D. G. AVAKOUDJO et ses collaborateurs.

- Les médecins en année de formation en DES d'Urologie-Andrologie, DES de chirurgie générale et en DES de Chirurgie Pédiatrique

- Les étudiants en médecine générale

- Les étudiants de l'Institut National Médico-Sanitaire (IMNeS)

- **Les activités du service**

Elles se répartissent en quatre pôles que sont la consultation du lundi au vendredi, le bloc opératoire du lundi au jeudi, l'hospitalisation et les urgences 24h sur 24. Le service de garde est assuré par une équipe composée d'un urologue, de deux résidents en urologie, d'un infirmier et d'un aide-soignant.

2.2. Méthodes d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique, qui s'est déroulée sur une période allant du 03 octobre 2022 au 06 janvier 2023.

2.2.2. Population d'étude

Notre étude a porté sur les patients suivis à la CUUA du CNHU-HKM, aussi bien en consultation qu'en hospitalisation pour une tumeur de la prostate.

➢ **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude, les patients chez qui :

- le diagnostic d'une hypertrophie bénigne de la prostate a été posé ;
- le diagnostic de cancer de la prostate a été suspecté ou posé sur la base d'une preuve histologique ;
- le diagnostic d'une association hypertrophie bénigne-cancer de la prostate a été posé;
- le consentement libre et éclairé a été obtenu.

➢ **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude les patients ayant refusé de participer.

➢ **Critères d'exclusion**

Ont été exclus de notre étude les patients présentant une tumeur prostatique se trouvant dans un mauvais état général ou n'ayant pas répondu à la majorité des questions.

2.2.3. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif en prenant en compte tous les patients diagnostiqués à la Clinique pendant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion.

2.2.4. Collecte de donnés

2.2.4.1. Outil de collecte

Il s'agissait d'un questionnaire, élaboré via la plateforme Kobotoolbox, téléchargé dans l'application KoboCollect et adressé soit aux patients eux-mêmes soit à leurs parents (pour les patients qui n'étaient pas en mesure de répondre). Ce questionnaire comportait trois sections :

- la première section regroupait des informations sociodémographiques des patients ;
- la deuxième section était composée de questions permettant de décrire l'itinéraire thérapeutique ;
- la dernière section portait sur les informations relatives à la prise en charge à la CUUA du CNHU-HKM.

2.2.4.2 Technique de collecte

Les patients ont été inclus dans l'étude au fur et à mesure de leur admission à la CUUA aussi bien en consultation externe qu'en hospitalisation. Nous rencontrions nous-même les patients à la fin de leur consultation ou en salle d'hospitalisation pour ceux qui y étaient. Le recueil des données a été fait dans un premier temps, au cours d'un entretien avec chaque patient et/ou son accompagnant à l'aide du questionnaire élaboré puis complété dans un second temps par l'exploitation des dossiers médicaux.

2.2.5. Variables étudiées

2.2.5.1. Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude était l'itinéraire thérapeutique des patients qui est la succession des types ou structures de soins existants parcourus par le patient. Il s'agit de : automédication, pratiques religieuses, médecine traditionnelle, médecine moderne.

2.2.5.2. Variables indépendantes

Elles portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, profession, situation matrimoniale, religion, ethnie, niveau d'instruction,

couverture sanitaire, provenance), les antécédents personnels médicaux, les données de l'itinéraire (critères du choix, durée par recours), les données des consultations médicales antérieures (délai de consultation, professionnels de santé consultés et leurs pratiques, réalisation de bilan d'exploration), les données de la prise en charge à la CUUA (mode d'admission, diagnostic, présence ou non de complication, stade du cancer, type de traitement, suivi du traitement, évolution des symptômes, satisfaction).

2.2.5.3. Définition opérationnelle de quelques variables

Dans notre étude, l'itinéraire thérapeutique des patients a tourné autour des moyens de soins suivants :

- **automédication**, c'est l'utilisation par les patients de médicaments obtenus en dehors de toute prescription médicale dans le but de se soigner, elle prend en compte aussi bien les médicaments modernes que traditionnels ; dans notre étude, nous nous sommes limités à l'automédication moderne ;
- **médecine traditionnelle**, c'est l'ensemble des pratiques, méthodes et croyances impliquant l'usage de plantes, de parties d'animaux ou de minéraux, dans le but de se préserver des maladies ou préserver sa santé mentale ;
- **médecine moderne**, il s'agissait ici du recours à tout professionnel de santé présent dans nos structures sanitaires ;
- **pratiques religieuses,** toute action entreprise dans le but de se soigner, relative au sacré ou à la puissance divine par une communauté.

2.2.6. Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite directement sur KoboCollect pendant la collecte. L'apurement des données a été fait après extraction de la base de données sur Excel 2019. Les données ont été analysées à l'aide des techniques d'analyse descriptive. Ainsi, pour les données quantitatives, les moyennes avec leur écart type avaient été décrits quand la distribution était normale tandis que les médianes avaient été présentées quand elle était anormale. Pour les données qualitatives, les fréquences et les proportions avaient été déterminées. En ce qui concerne l'analyse analytique, des croisements avaient été faites entre les données, à l'aide du test de Chi2 de Pearson avec calcul de la p-value afin de rechercher des liens significatifs, le seuil de significativité étant fixé à 5%. Le logiciel statistique SPSS (Statistical Package for Social Science) 21 a été utilisé à cet effet. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphes. Les graphes ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel 2019.

2.2.7. Considérations éthiques

La collecte des données a été précédée de plusieurs dispositions. L'autorisation du directeur du CNHU-HKM ainsi que celle du chef du service de la CUUA ont été obtenues avant toute collecte de données. Les données ont été recueillies dans l'anonymat et n'ont servi qu'aux objectifs de cette étude. Il a été demandé le consentement oral libre et éclairé des patients après qu'ils aient compris les tenants et aboutissants de l'étude.

3-Résultats

3.1. Diagramme de flux

144 patients présentant une tumeur prostatique ont été sélectionnés dont 23 n'ont pas été inclus pour refus de participation et 16 exclus faute d'un mauvais état général ou de réponses incomplètes. Le diagramme ci-dessous illustre le processus d'échantillonnage.

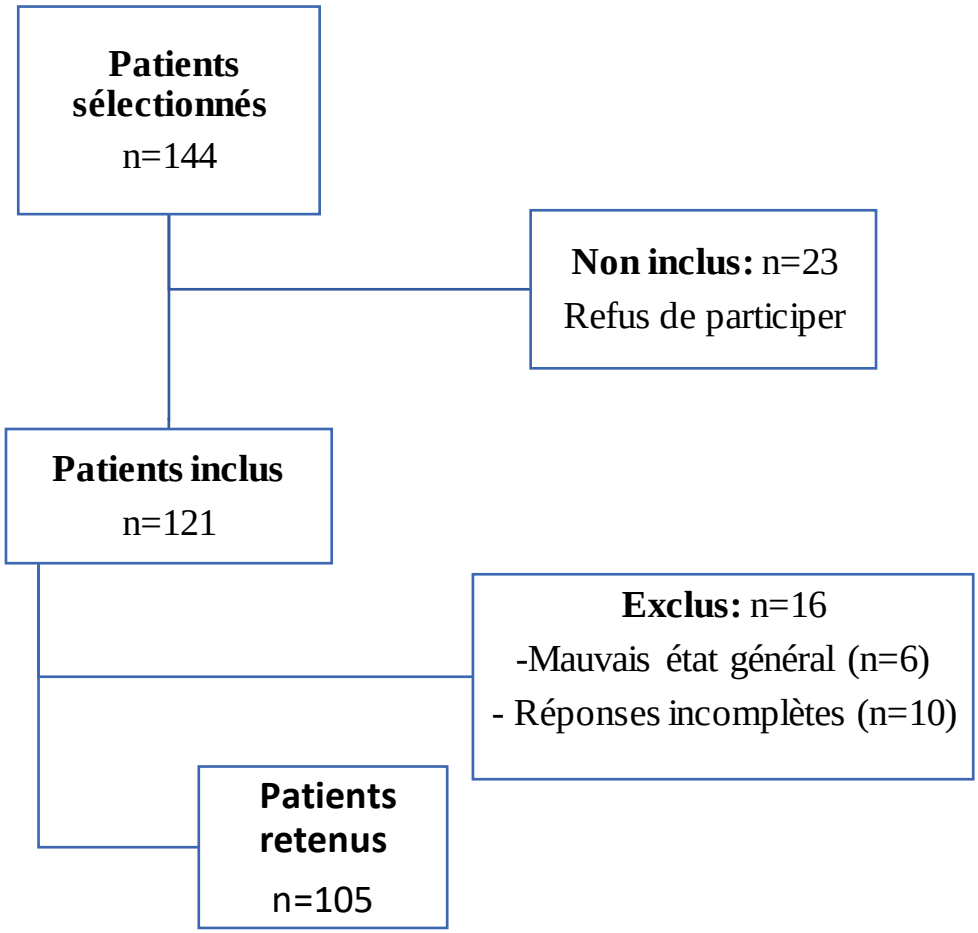


Figure 4 : Diagramme de flux

3.2. Caractéristiques générales des patients

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

3.2.1.1. Age

L'âge des patients variait entre 47 et 85 ans avec une moyenne de 65,79 ± 7,20 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 65 et 75 ans.

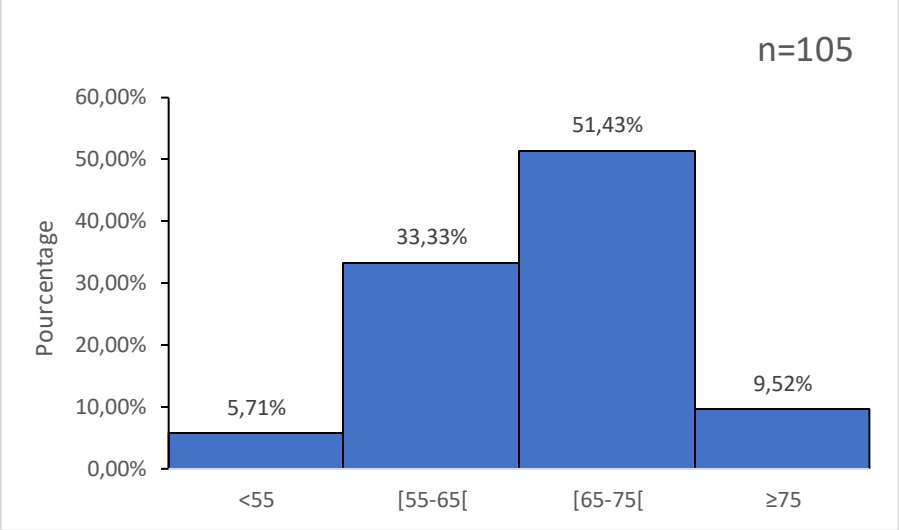


Figure 5 *: Répartition selon l'âge des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.2.1.2. Situation matrimoniale

La majorité (91,43%) des patients de notre population d'étude étaient mariés.

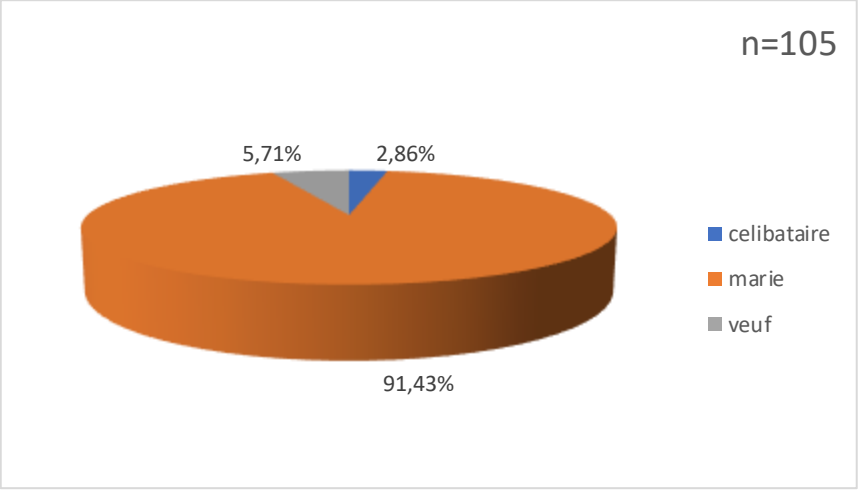


Figure 6 : *Répartition selon la situation matrimoniale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.2.1.3. Profession

La plupart des patients vus (60%) étaient admis à la retraite.

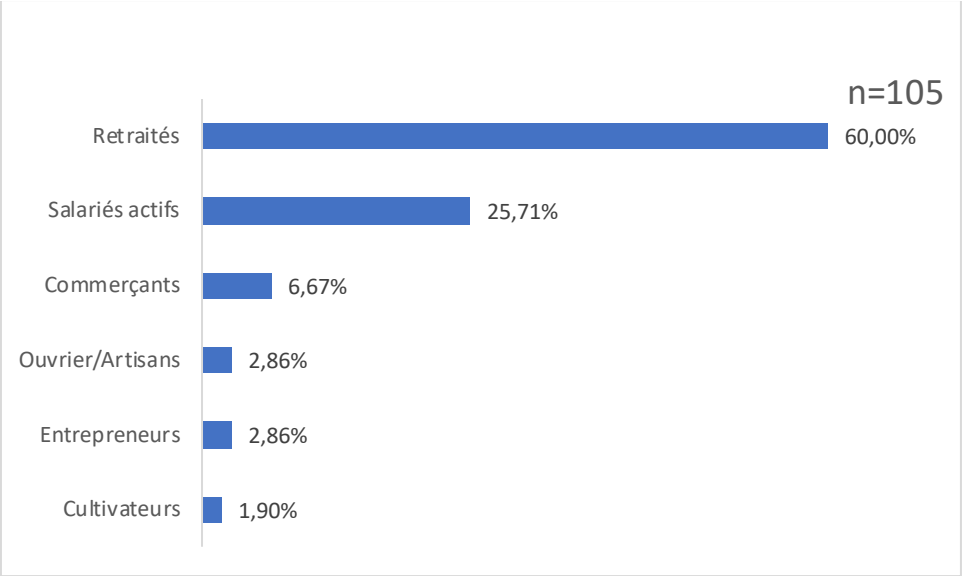


Figure 7 *: Répartition selon la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.2.1.4. Ethnie

L'ethnie fon était la plus représentée (47,62%) dans notre série.

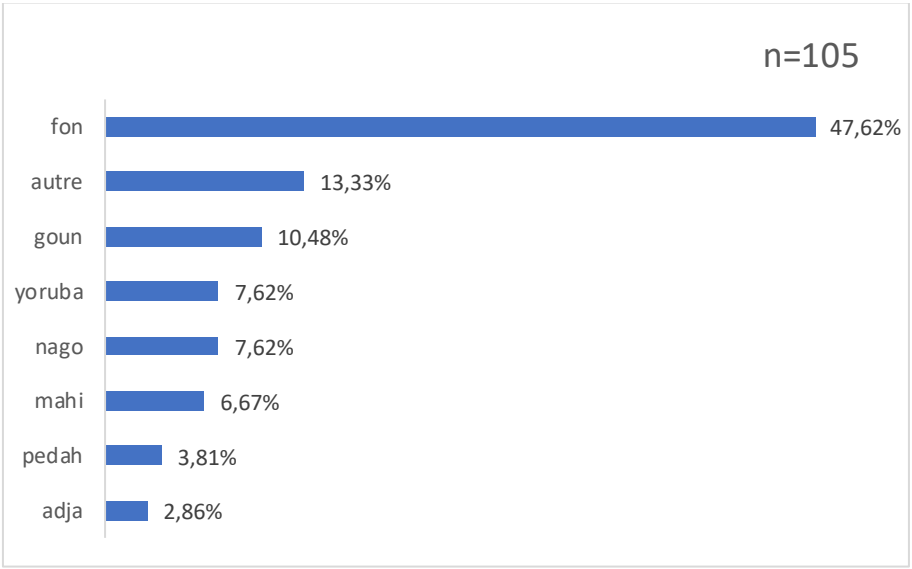


Figure 8 *: Répartition selon l'ethnie des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.2.1.5. Religion

Les patients étaient pour la majorité, de religion chrétienne (86,67%) soit 91 patients sur 105.

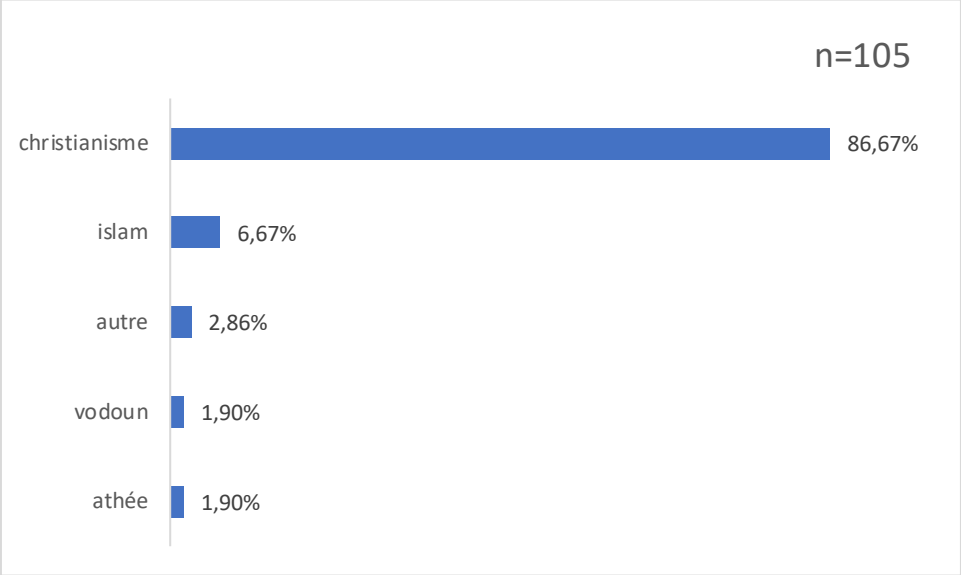


Figure 9 *: Répartition selon la religion des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.2.1.6. Provenance

La plupart (80%) des patients enquêtés vivaient en milieu urbain.

3.2.1.7. Niveau d'instruction

Les niveaux d'instruction les plus représentés étaient les niveaux supérieur (55,24%) et secondaire (27,62%).

Tableau IV *: Répartition selon le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Supérieur	58	55,24
Secondaire	29	27,62
Primaire	15	14,29
Analphabète	03	02,86
Total	**105**	**100**

3.2.1.8. Couverture sanitaire

Dans notre série, 81,90% des patients disposaient d'une assurance maladie.

3.2.2. Antécédents cliniques médicaux

Parmi les patients de notre étude, 49 présentaient un antécédent médical dont l'hypertension artérielle était la plus fréquente (29,52%), à laquelle faisait suite le diabète (4,76%).

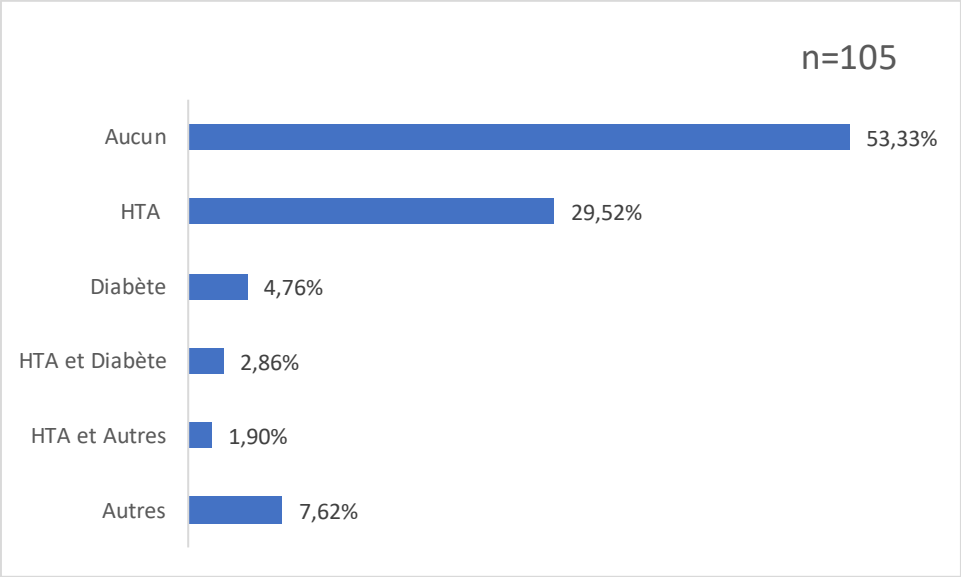


Figure 10 : *Répartition selon les antécédents cliniques médicaux des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.3. Itinéraire thérapeutique

3.3.1. Recours utilisés

Parmi les 105 patients faisant partis de notre étude, 38,10% (soit 40 patients), avaient eu recours à un traitement traditionnel et 1,90% (soit 02 patients) une automédication. Tous ont finalement eu recours à la médecine moderne.

3.3.2. Ordre du choix des recours utilisés

Dans notre série d'étude, 60 % des patients avaient fait un seul recours jusqu'au moment de l'enquête, 35,24% deux recours et 4,46% trois recours.

Parmi ces patients, 25,72% (soit 27 patients) avaient utilisé un autre recours avant de se présenter à un agent de santé ; 25 ont bénéficié d'un traitement traditionnel et 2 ont pratiqué une automédication à domicile. La majorité des patients, 74,28% (soit 78 patients) avaient directement consulté un agent de santé, dont 24 à la CUUA.

Tableau V : *Répartition selon l'ordre du choix des recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Type de recours	Effectifs (n)	Pourcentage(%)
Médecine moderne	63	60,00
Automédication puis médecine moderne	02	01,90
Traitement traditionnel puis médecine moderne	25	23,82
Médecine moderne puis traitement traditionnel	10	09,52
Médecine moderne puis t. traditionnel puis moderne	05	04,76
Total	**105**	**100,00**

3.3.3. Facteurs justifiant le choix du type de recours

3.3.3.1. Personne ayant orienté vers le recours

La décision de recourir à la médecine moderne a été l'initiative de 75,24 % des patients eux-mêmes (soit 79 patients). Par contre la plupart des patients ayant utilisé un traitement traditionnel, y avaient été orientés par une tierce personne ou un parent (60%), de même pour l'automédication (100%). Toutefois 13 patients avaient fait leur choix grâce aux médias (radio, télévision, réseaux sociaux, internet).

Tableau VI : Répartition selon la personne ayant orienté vers le recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022

	Automédication	Médecine moderne	Traitement traditionnel
	n (%)	**n** (%)	**n** (%)
Lui-même	-	79 (75,24)	08 (20,00)
Parent	01 (50,00)	15 (14,29)	09 (22,50)
Tiers	01 (50,00)	06 (05,71)	15 (37,50)
Médias	-	05 (04,76)	08 (20,00)
Total	02 (100,00)	105 (100,00)	40 (100,00)

3.3.3.2. Critères du choix des recours

- **Premier recours**

Les patients ayant eu recours en première intention à un agent de santé (78 patients), faisaient ce choix par conviction (n=53) ou parce qu'ils jugeaient la médecine moderne plus efficace (n=41). Certains étaient motivés par la présence d'antécédents de tumeur prostatique chez un membre de la famille (n=3), le désir de confirmation d'une tumeur prostatique pour pouvoir faire un traitement traditionnel (n=2) ou parce qu'il s'agissait d'un bilan de routine (n=9) ou d'un conseil (n=1).

Ceux qui choisissaient d'emblée le traitement traditionnel le faisaient parce que ce dernier leur était facilement accessible au double plan géographique (n=18) plus ou moins financier (n=8). Une partie y avait recours juste sur conseil d'un proche (n=4) par peur du diagnostic médical (n=2), de devoir subir une chirurgie ou de mourir à l'hôpital (n=2), ou dans un but purement préventif (n=1).

Pour ce qui est de l'automédication il s'agissait juste d'un conseil.

Tableau VII *: Répartition selon les critères du choix du premier recours des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Automédication (n)	Médecine moderne (n)	Traitement traditionnel (n)
Conviction personnelle	0	**53**	1
Meilleure efficacité	0	**41**	0
Coût abordable	0	0	**8**
Proximité	0	0	**8**
Meilleure accessibilité	0	0	**18**
Autres	2	13	5

❖ **Autres recours**

L'insatisfaction du premier recours était la raison principale amenant les patients à faire un autre choix. Pour certains il s'agissait juste d'un conseil (n=5).

3.3.4. Durée médiane de séjour par recours thérapeutique

La durée de séjour dans le traitement traditionnel variait de 3 jours à 10 ans avec une médiane de 120 jours soit 06 mois.

Tableau VIII *: Répartition selon la durée médiane de séjour par recours thérapeutique des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Durée médiane de séjour (jours)
Automédication	37
Médecine moderne	240
Traitement traditionnel	120

3.3.5. Modalités du traitement traditionnel

3.3.5.1 Nombre de tradithérapeutes consultés

Des 40 patients ayant fait un traitement traditionnel, 11 n'avaient vu qu'un tradithérapeute, 4 avaient vu au moins trois tradithérapeutes.

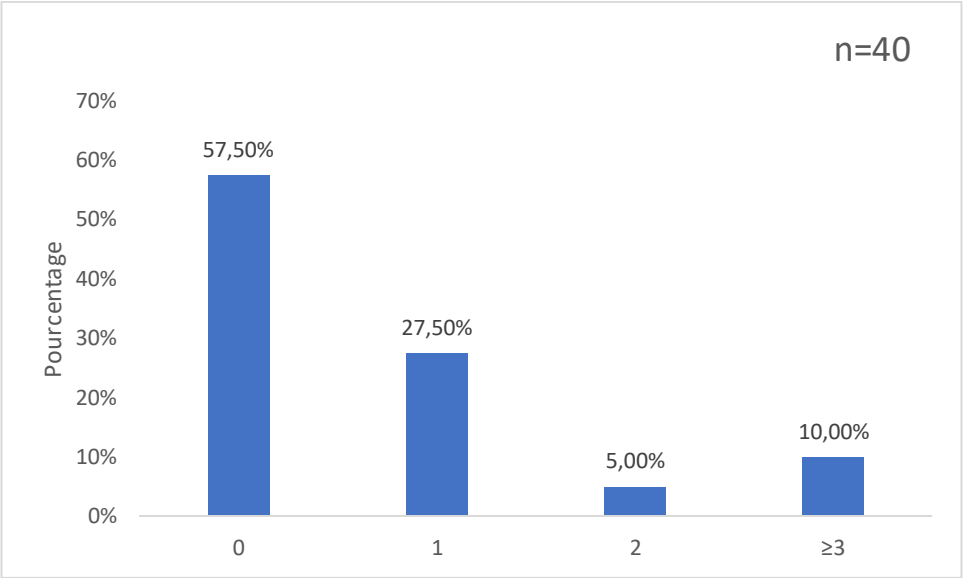


Figure 11 *: Répartition selon le nombre de tradithérapeutes consultés des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

3.3.5.2. Type de traitement traditionnel

Dans notre population d'étude, 67,50% des patients ayant eu recours au traitement traditionnel soit 27 avait fait uniquement une phytothérapie majoritairement sous forme de tisanes, certains sous forme de thé. Les autres moyens utilisés étaient des cocktails de fruits (n=5), du cola (n=4).

Tableau IX *: Répartition selon le type de traitement traditionnel utilisé des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Phytothérapie	27	67,50
Phytothérapie et autres	06	15,00
Autres	07	17,50
Total	**40**	**100,00**

3.3.6. Consultations médicales

3.3.6.1. Délai de la première consultation médicale

Le délai de la première consultation médicale variait de 4 jours à 10 ans après l'apparition des premiers symptômes, avec une médiane de 180 jours soit 9 mois. Au total, 22,58% des 93 patients présentant au moins un symptôme avaient consulté un agent de santé dans un délai d'un mois, que ce soit à la CUUA ou en dehors, pour 17,20%, ce délai était entre 6 et 12 mois et supérieur à 2 ans pour 13,98% des cas. Enfin, pour 14 de ces patients, le délai n'a pu être déterminé.

Tableau X *: Répartition selon le délai de la consultation médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
≤ 1 mois	21	22,58
]1-3] mois	09	09,68
]3-6] mois	13	13,98
]6-12] mois	16	17,20
]1-2] ans	07	07,53
>2 ans	13	13,98
Indéterminé	14	15,05
Total	**93**	**100,00**

3.3.6.2. Lieu de la première consultation

La première consultation était pour la majorité (62,68%) dans leur ville de résidence.

3.3.6.3. Professionnels de santé vus avant l'admission

Parmi les patients de notre série, 74 avaient fait au moins une consultation médicale avant leur admission à la CUUA et 14 d'entre eux avaient fait deux différentes consultations médicales. On notait que 16 patients avaient vu un urologue à la première consultation avant leur admission à la CUUA, 05 à la deuxième consultation. Les médecins généralistes étaient les agents de santé vus à la première consultation pour la plupart (55,41%). D'autres spécialistes, surtout les cardiologues, les néphrologues, les chirurgiens viscéraux ont aussi été consultés.

***Tableau XI**: Répartition selon les professionnels de santé vus au cours des consultations médicales antérieures des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	1ere Consultation	**2eme Consultation**	**3eme Consultation**
	n (%)	**n** (%)	**n** (%)
Généraliste	41 (55,41)	02 (14,29)	-
Urologue	16 (21,62)	05 (35,71)	-
Infirmier	01 (01,35)	-	-
Autres spécialistes	16 (21,62)	07 (50,00)	-
Cardiologue	08 (10,81)	-	-
Chirurgien viscéral	02 (02,70)	-	-
Endocrinologue	01 (01,35)	-	-
Médecin tropical	01 (01,35)	-	-
Néphrologue	02 (02,70)	02 (14,29)	-
Neurologue	01 (01,35)	-	-
Urgentiste	01 (01,35)	01 (07,14)	-
Médecin interniste	-	02 (14,29)	-
Rhumatologue	-	01 (07,14)	-
HGE	-	01 (07,14)	01 (100)
Total	**74** (100)	**14** (100)	**01** (100)

3.3.6.4. Attitude des professionnels de santé à la première consultation

Parmi ceux ayant consulté avant la CUUA, 32 avaient bénéficié d'un traitement médical dont 11 par les urologues. Parmi les 43 références enregistrées vers un

urologue, 25 avaient été réalisées par des médecins généralistes qui avaient instauré au préalable un traitement (médicament ou sondage vésical) chez 5 d'entre eux.

Chez certains patients ayant consulté un urologue avant la CUUA, un bilan d'exploration (n=2), une biopsie (n=2) ou chirurgie (n=1) avaient été proposées mais non réalisés.

Tableau XII *: Répartition selon les pratiques des professionnels de santé vus à la première consultation des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Traitement médical (n)	**Référence à la CUUA (n)**	**Référence à un autre urologue (n)**	**Autre (n)**
Urologue	11	02	00	07
Généraliste	19	19	06	05
Autre spécialiste	02	15	00	03
Infirmier	00	01	00	00
Total	**32**	**37**	**06**	**15**

3.3.6.5. Respect de la prescription médicale

Au total, 21,88 % des 32 patients à qui un traitement médical avait été prescrit, avaient rencontré des difficultés à suivre le traitement pour diverses raisons : difficulté financière, traitement mal toléré, peur des effets secondaires).

Tableau XIII *: Répartition selon le respect de la prescription médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	**25**	**78,12**
Non	**7**	**21,88**
Finance	4	12,50
Mal tolérée	1	3,13
Peur des effets secondaires	2	6,25
Total	**32**	**100,00**

3.3.6.7. Demande de l'échographie prostatique et du taux du PSA avant la CUUA

Parmi les 74 patients ayant eu une consultation antérieure à la CUUA, un bilan d'exploration, aussi bien l'échographie prostatique que le dosage du taux de PSA, avait été demandé chez 35 d'entre eux. Chez 20 patients, ni l'échographie prostatique ni le dosage du PSA n'avait été demandé.

Tableau XIV : Répartition selon la demande de l'échographie prostatique et du taux du PSA au cours des consultations antérieures des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022

	Dosage du PSA		Total
	Non	Oui	
	n (%)	n (%)	n (%)
Echographie prostatique			
Non	20 (27,03)	09 (12,16)	29 (39,19)
Oui	06 (08,11)	39 (52,70)	45 (60,81)
Total	**26 (35,14)**	**48 (64,86)**	**74 (100)**

3.4. Consultation à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM

3.4.1. Mode d'admission

Un peu plus de la moitié (54,29%) des patients venaient d'eux-mêmes consulter à la CUUA, le reste était soit envoyé d'un autre centre soit adressé par un médecin d'un autre service du CNHU-HKM.

Tableau XV *: Répartition selon le mode d'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Venu de lui-même	57	54,29
Référé	36	34,28
Transféré	12	11,43
Total	**105**	**100,00**

3.4.2. Diagnostic évoqué

La majorité des patients (80%) avaient été diagnostiqués pour une hypertrophie bénigne de la prostate. Une néoplasie prostatique avait été évoquée chez 17,15% dont 6,67% confirmés après examen anatomopathologique.

Tableau XVI *: Répartition selon le diagnostic posé chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
HBP	84	80,00
Néoplasie prostatique confirmé	07	06,66
Néoplasie prostatique probable	11	10,48
Association HBP- Néoplasie prostatique	03	02,86
Total	**105**	**100,00**

3.4.3. Présence de complications et stade initial de la tumeur.

Des patients diagnostiqués, 24,76% (soit 26 patients) présentaient au moins une complication. Il s'agissait entre autres de rétention aigue d'urines, d'hématurie, d'infection urinaire, d'uretérohydronéphrose.

Sur l'ensemble des 21 néoplasies évoquées, 19,05% étaient à un stade localisé, 28,57% avaient déjà atteint un stade localement avancé ou métastatique. Pour le reste le stade restait encore à définir car soit la confirmation n'avait pas encore été faite (le patient n'étant pas encore prêt pour la biopsie ou en attente des résultats) soit le bilan d'extension n'avait pas encore été honoré.

Tableau XVII *: Répartition selon le stade initial de la tumeur chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Localisé	04	19,05
Localement avancé	02	09,52
Métastatique	04	19,05
Non classé	11	52,38
Total	**21**	**100**

3.4.4. Modalités thérapeutiques à la CUUA

Parmi les 105 patients faisant partie de notre étude, 14 (13,33%) avaient subi une chirurgie, 2 une radiothérapie et une abstention-surveillance avait été retenue chez deux personnes. La majorité des patients (84,76%) soit 89 patients avaient bénéficié d'un traitement médicamenteux. Chez certains (n=6), aucun traitement n'avait encore été initié, les explorations étant en cours ou la proposition thérapeutique n'étant pas encore acceptée par le patient.

3.4.5. Séjour en hospitalisation

Parmi les enquêtés, 13,33% (soit 14 patients) avaient eu un séjour en hospitalisation dont 3 avaient été hospitalisés deux fois. La durée médiane de l'hospitalisation était de 10 jours.

3.4.6. Suivi du traitement médicamenteux

Sur les 89 patients ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux à la CUUA, 17 n'avaient pas bien suivi le traitement dont 5 à cause de difficulté financière, 5 par négligence et 5 par mal compréhension du délai de prise des médicaments ou du besoin d'une nouvelle ordonnance. Une autre raison évoquée était la peur des effets toxiques du médicament.

Tableau XVIII *: Répartition selon le suivi médicamenteux des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Oui	53	55,55
Non	17	19,10
Initiation	19	21,35
Total	89	100,00

3.4.7. Suivi des rendez-vous

En ce qui concerne les rendez-vous, 12,38% des patients ne respectaient pas correctement leur rendez-vous de suivi, le plus souvent du fait de leur occupation au travail (6 patients) ou de la longue distance à parcourir (2 patients). Le reste faisait de leur mieux pour se libérer malgré des contraintes diverses.

Tableau XIX : *: Répartition selon le suivi des rendez-vous des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Non	13	12,38
Oui	65	61,91
Pas encore de suivi	27	25,71
Total	105	100,00

3.4.8. Evolution des symptômes sous traitement

Dans notre série, 83 patients avaient déjà bénéficié d'un traitement à la CUUA quelle que soit sa nature parmi lesquels 33,74 % ne notaient aucune amélioration.

Tableau XX *: Répartition selon l'évolution des symptômes des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Disparition	05	06,02
Régression	50	60,24
Stationnaire	28	33,74
Total	**83**	**100,00**

3.4.9. Satisfaction obtenue du recours à la médecine moderne

Dans notre série, sur déclaration des patients, 6,67% n'étaient pas du tout satisfaits d'avoir eu recours à la médecine moderne puisque n'ayant remarqué aucune amélioration des symptômes ayant motivé ledit recours. Par contre, 47,62% étaient soit satisfaits soit très satisfaits de ce recours.

Tableau XXI : *Répartition selon la satisfaction du recours à la médecine moderne des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Effectif (n)	**Pourcentage** (%)
Non satisfait	07	06,67
Peu satisfait	36	34,28
Satisfait	43	40,95
Très satisfait	07	06,67
Pas de réponse	12	11,43
Total	**105**	**100**

3.5. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction des données sociodémographiques des patients

3.5.1. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la profession

On constate que les patients admis à la retraite ou encore salariés se tournent plus vers la médecine moderne en premier lieu que ceux exerçant d'autres professions mais la différence n'est pas significative.

Tableau XXII *: Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Profession	Médecine moderne		
	Non	Oui	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Retraités	15 (23,81)	48 (76,19)	63 (100,00)
Salariés actifs	05 (18,52)	22 (81,48)	27 (100,00)
Autre	07 (46,67)	08 (53,33)	15 (100,00)

p = 0,117 ; résultat non significatif

3.5.2. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction du niveau d'instruction

La proportion des patients ayant choisi la médecine moderne en première intention augmentait avec le niveau d'instruction mais ils ne sont pas significativement associés.

***Tableau XXIII** : Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours et le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Niveau d'instruction	Médecine moderne		
	Non	Oui	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Analphabète	02 (66,67)	01 (33,33)	03 (100,0)
Primaire	05 (33,33)	10 (66,77)	15 (100,0)
Secondaire	07 (24,14)	22 (75,86)	29 (100,0)
Supérieur	13 (22,41)	45 (77,59)	58 (100.0)

p = 0,326 ; résultat non significatif

3.5.3. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la provenance et de la couverture sanitaire

Les proportions des patients ayant choisi la médecine moderne au premier recours et qui vivaient en milieu urbain ou disposaient d'une couverture sanitaire, étaient respectivement supérieures à celles des patients vivant en milieu rural ou ne disposant pas de couverture sanitaire mais la différence n'est pas significative.

Tableau XXIV : *Répartition selon le choix de la médecine moderne au premier recours, le niveau d'instruction et la couverture sanitaire des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Médecine moderne			p-value
	Non	Oui	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Provenance				
Rurale	07 (33,33)	14 (66,67)	21 (100,00)	0,372
Urbaine	20 (23,81)	64 (76,19)	84 (100,00)	
Couverture Sanitaire				
Oui	19 (22,09)	67 (77,91)	86 (100,00)	0,071
Non	08 (42,11)	11 (57,89)	19 (100,00)	

3.6. Analyse des facteurs associés au recours tardif à la consultation médicale.

Dans notre série ; 44,3% des patients ayant présenté un symptôme avaient fait une consultation médicale après 9mois d'évolution de ces symptômes.

3.6.1. Délai de consultation médicale en fonction de la profession

Il n'y avait aucun lien entre la profession et le délai de consultation médicale.

***Tableau XXV** : Répartition du délai de consultation médicale selon la profession des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Profession	Délai de consultation médicale		
	<9 mois	≥9 mois	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Retraité	23 (53,49)	20 (46,51)	43 (100,00)
Salarié	14 (63,64)	08 (36,36)	22 (100,00)
Autres	07 (50,00)	07 (50,00)	14 (100,00)

p = 0,660 ; résultat non significatif

3.6.2. Délai de consultation médicale en fonction du niveau d'instruction

Le niveau d'instruction n'était pas significativement lié au délai de consultation médicale. Toutefois les patients n'ayant pas atteint le niveau secondaire avaient consulté pour la majorité après 9 mois.

Tableau XXVI : *Répartition du délai de consultation médicale selon le niveau d'instruction des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Niveau d'instruction	Délai de consultation médicale		
	<9 mois	≥9mois	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Analphabète	01 (33,33)	02 (66,67)	03 (100,00)
Primaire	05 (35,71)	09 (64,29)	14 (100,00)
Secondaire	17 (70,83)	07 (29,17)	24 (100,00)
Supérieur	21 (55,26)	17 (44,76)	38 (100,00)

p = 0,164 ; résultat non significatif

3.6.3. Délai de consultation médicale en fonction de la provenance et de la couverture sanitaire

Aucun lien statistique n'a été trouvé entre le délai de consultation médicale avec la provenance et la couverture sanitaire.

Tableau XXVII : *Répartition du délai de consultation médicale selon la provenance et la couverture sanitaire des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

	Délai de consultation médicale			**p-value**
	< 9 mois	**≥9mois**	**Total**	
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	
Provenance				
Rurale	12 (66,67)	06 (33,33)	18 (100,00)	0,282
Urbaine	32 (52,46)	29 (47,54)	61 (100,00)	
Couverture Sanitaire				
Oui	35 (56,45)	27 (43,55)	62 (100,00)	0,796
Non	09 (52,94)	08 (47,06)	17 (100,00)	

3.6.4. Délai de consultation médicale en fonction du choix d'autres recours avant la consultation médicale

Le choix de se tourner vers l'automédication ou la médecine traditionnelle en première intention n'avait aucune influence statistique sur le délai de consultation.

Tableau XXVIII : *Répartition du délai de consultation médicale selon le choix d'autres recours avant la consultation médicale des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Autre recours avant consultation médicale	Délai de consultation médicale		
	< 9 mois	≥9mois	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Oui	10 (41,67)	14 (58,33)	24 (100)
Non	34 (61,82)	21 (38,18)	55 (100)

p = 0,097 ; résultat non significatif

3.6.5. Délai de consultation médicale en fonction du nombre de tradithérapeutes consultés

Aucun lien statistique n'avait été trouvé entre le délai de consultation médicale et le nombre de tradithérapeutes consultés.

Tableau XXIX : *Répartition du délai de consultation médicale selon le nombre de tradithérapeutes consultés des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Nombre de tradithérapeutes	Délai de consultation médicale		
	< 9 mois	≥9 mois	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Aucun	09 (47,37)	10 (52,63)	19 (100)
Un	04 (44,44)	05 (55,66)	09 (100)
Deux et plus	01 (66,67)	02 (33,33)	03 (100)

p = 0,792 ; résultat non significatif

3.6.6. Délai de consultation médicale et présence de complications dès l'admission à la CUUA.

Le délai de consultation médicale était significativement associé à la survenue de complications à l'admission au CNHU-KHM. Sur l'ensemble des patients ayant présenté une complication et dont le délai de consultation a été précisé, on constate que 66,67% avaient vu un agent de santé après 9 mois.

Tableau XXX : *Répartition du délai de consultation médicale selon la présence de complications chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

Complications	Délai de consultation médicale		
	<9 mois	≥9mois	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Non	21 (63,79)	37 (36,21)	58 (100)
Oui	07 (33,33)	14 (66,67)	21 (100)

p = 0,016 ; résultat significatif (p < 0,05)

3.7. Relation entre l'évolution des symptômes avec le mode d'admission à la CUUA et la présence de complication initiale.

3.7.1. Relation entre l'évolution des symptômes et le mode d'admission à la CUUA

Le mode d'admission à la CUUA n'était pas significativement lié à l'évolution des symptômes.

Tableau XXXI *: Répartition de l'évolution des symptômes selon le mode d'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022*

Mode d'admission	Evolution des symptômes			
	Disparition	Régression	Stationnaire	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Venu de lui-même	03 (06,5)	27 (58,7)	16 (34,5)	46 (100)
Référé	01 (03,4)	18 (62,1)	10 (38,5)	29 (100)
Transféré d'un autre service	01 (12,5)	05 (62,5)	02 (25,0)	08 (100)

p=0,888 ; résultat non significatif

3.7.2. Relation entre l'évolution des symptômes et la présence de complications dès l'admission à la CUUA

Aucun lien statistique n'avait été trouvé entre l'évolution actuelle des symptômes et la présence de complications lors de l'admission à la CUUA.

Tableau XXXII : *Répartition de l'évolution des symptômes selon la présence de complications à l'admission des patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022*

Complications à l'admission	Evolution des symptômes			
	Disparition	Régression	Stationnaire	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	02 (03,2)	38 (60,3)	23 (36,5)	63 (100,0)
Oui	03 (15,0)	12 (60,0)	05 (25,0)	20 (100,0)

p=0,127 ; résultat non significatif

3.8. Facteurs associés au non-respect de la prescription médicale

On notait une association significative entre le respect de la prescription médicale et celui des rendez-vous de suivi. La majorité (72,73%) des patients sous traitement médical, dont le suivi n'était pas régulier à la CUUA avant notre enquête, rencontraient des difficultés à prendre leur traitement.

Tableau XXXIII : *Répartition selon le respect de la prescription médicale et des rendez-vous de suivi chez les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'octobre à décembre 2022*

Respect des rendez-vous de suivi	Respect de la prescription médicale		
	Oui	Non	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Oui	46 (83,64)	09 (16,36)	55 (100,00)
Non	03 (27,27)	08 (72,73)	11 (100,00)

p=0,000 ; résultat significatif

3.9. Interprétation de la maladie

La plupart des patients de notre série (90,48 %) trouvaient que leur maladie était naturelle.

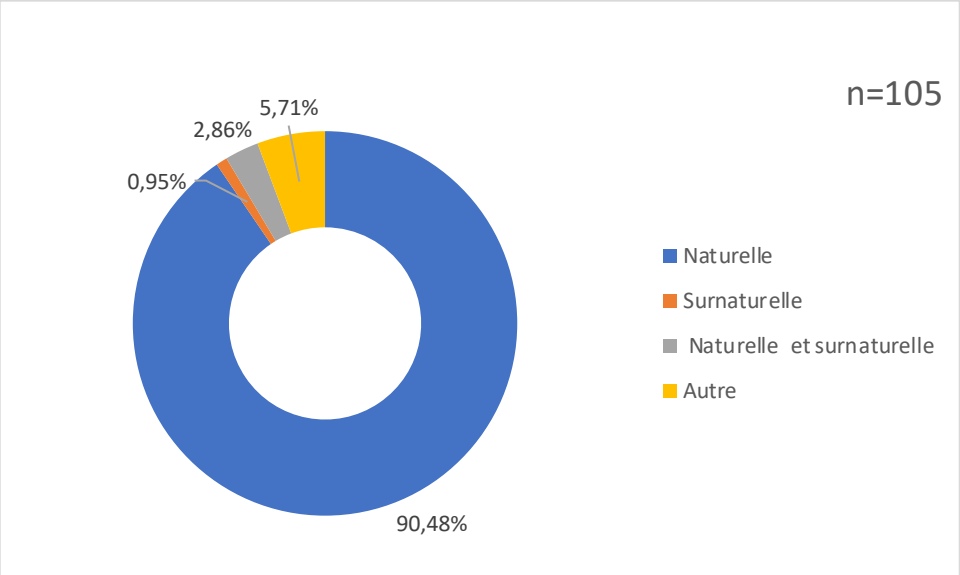


Figure 12 : *Répartition selon l'interprétation de la maladie par les patients atteints d'une tumeur prostatique à la CUUA d'Octobre à Décembre 2022*

4-Discussion

Nous avons abordé cette section à travers les points suivants :

- La validité des résultats,
- L'atteinte des objectifs,
- Les biais et limites de l'étude,
- Les commentaires et la comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.1. Validité de la méthode

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique ayant porté sur les patients suivis à la CUUA du CNHU-HKM pour une tumeur prostatique et ayant consulté pendant la période de notre étude. La collecte des données a été effectuée par nous-même auprès des patients vus pour la plupart à la fin de leur consultation ou présents en hospitalisation et répondant à nos critères d'inclusion. La stratégie d'échantillonnage exhaustive était l'idéale pour une bonne représentativité. Le nombre de cas recensés était à notre avis insuffisant pour une analyse statistique approfondie toutefois les techniques de collecte et d'analyse ont permis d'obtenir des résultats jugés valides pour le but de cette enquête.

4.2. Atteinte des objectifs

L'objectif général de notre étude était d'étudier l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la CUUA du CNHU-HKM.

Au terme de notre étude, cet objectif a été atteint. Elle a permis d'identifier les différents types de recours des patients atteints de tumeur prostatique, les raisons du choix de ces recours ainsi que les facteurs associés aussi bien au recours tardif à la consultation médicale qu'à la limitation du traitement institué par le professionnel de santé.

4.3. Biais et limites

Ce travail présente des limites dont nous sommes conscients et qui méritent d'être soulignées.

Certaines données n'étaient pas intégrées dans notre étude notamment les motifs de consultation ainsi que les résultats des examens paracliniques réalisés. Cela nous aurait permis d'étayer le volet diagnostic clinique. Aussi notait-on le refus de certains patients ou accompagnants de faire partir de notre enquête parfois à cause du temps d'attente long précédant la consultation. Un autre handicap non moins important est la langue de communication des enquêtés que nous ne maitrisons pas toujours mais aussi l'oubli par les patients de certaines données telles que la durée d'évolution des symptômes, le temps mis pour le passage d'un régime de soins à un autre. L'administration répétée de certaines questions dans des contextes différents nous a permis de corriger certains de ces biais.

4.4. Commentaires et Comparaison des données

4.4.1. Caractéristiques générales des patients

4.4.1.1. Age

Les patients de notre série avaient un âge moyen de 65,97 ± 7,215 ans avec des extrêmes de 47 à 85 ans. Au Benin, Hounnasso PP et *al* ainsi que Assouma L, lors des études menées sur les cancers de la prostate, avaient trouvé des moyennes respectives de 70 ± 9 ans en 2015 et 70,06 ± 9,13 ans en 2021 [9,44]. Au mali, Diakité ML et *al* retrouvaient un âge moyen de 65,5 ans tandis que 69,99 ±8,86 ans avait été observé par Adakal et *al* au Niger [45,46].

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle comprise entre 65 et 74 ans. Dans la série de Assouma L la majorité soit 88,56% des patients avaient un âge supérieur à 60 ans. La tranche de 61 à 70 ans a été trouvée par Adakal et *al* au Niger ainsi que Mahamadou au Mali [47]. Tout ceci vient

confirmer les données de la littérature prouvant que les tumeurs de la prostate sont l'apanage des hommes de plus de la cinquantaine. Néanmoins chez certains elle peut apparaitre plus tôt.

4.4.1.2. Antécédents médicaux

L'hypertension artérielle (29,52%) et le diabète (4,76%) étaient les antécédents les plus retrouvés dans notre étude et constituent des facteurs de comorbidité. Hounnasso et *al* retrouvaient 33% et 6% en 2015 [9], Assouma L 41,95% et 13,14% en 2021 [44]. Pour Mahamadou, ils étaient aussi retrouvés, dans les proportions de 20,4% et 4,2% [47]. Cette prédominance d'HTA et de diabète pourrait s'expliquer par l'âge des patients de nos populations d'étude qui est, pour la majorité, supérieure à 50 ans et qui constitue un facteur de risque cardio-vasculaire non négligeable, en plus du mode de vie plus sédentaire allant souvent de pair avec le passage à la retraite.

4.4.1.3. Autres caractéristiques

La majorité des patients colligés était d'ethnie fon, de religion chrétienne. Ces résultats suivent la tendance démographique de la population béninoise comme le montre le 4ème recensement général de la population béninoise [48].

La plupart des patients vus au cours de notre étude étaient des retraités (80%), comme trouvé par Assouma L en 2021 [44] et disposaient d'une prise en charge administrative. On pourrait donc croire que la prise en charge des patients dans une structure de santé moderne surtout nationale comme le CNHU-HKM revêt un certain coût difficilement supportable par une catégorie non négligeable de la population béninoise.

En ce qui concerne la zone de résidence, les patients provenaient surtout de zone urbaine. Cela pose le problème de la faible accessibilité géographique des patients vivant en milieu rural à une structure sanitaire mais aussi les zones urbaines disposent des structures sanitaires avec des personnels qualifiés pouvant référer au CNHU-HKM.

Les patients avaient, pour la majorité, atteint au moins le niveau secondaire. Dans la série de Mahamadou, on retrouvait un taux de 37,5% de scolarisés. Ce qui pourrait être lié au taux d'alphabétisation plus élevé au Bénin qu'au mali [49]. On peut comprendre ainsi que le niveau d'instruction favorise l'accès à l'information et aux structures compétentes pour le diagnostic en temps réel.

4.4.2. Interprétation de la maladie

Seulement 3,81% des patients de notre série d'étude avaient assimilé à leur pathologie une cause non naturelle notamment un envoutement venant d'un membre de la famille. Ce taux se rapproche des 4,8% observés par Prudencio RD chez les patientes atteintes du cancer du sein [50]. Les patients étaient, pour la plupart, conscients qu'il s'agissait d'une maladie naturelle qui pouvait survenir au fur et à mesure que l'on prend de l'âge. Ceci témoigne de la prise de conscience de notre population d'étude quant à l'origine naturelle des maladies.

4.4.3. Itinéraire thérapeutique des patients

4.4.3.1. Identification de l'itinéraire thérapeutique

Différentes trajectoires thérapeutiques étaient observées chez les patients de notre série à la recherche de soins. La plupart des patients s'étaient tournés vers la médecine moderne en première intention (73,33%). Mais 25,72% avaient eu

recours à d'autres moyens avant de se raviser soient 23,82% pour la médecine traditionnelle et 1,90% pour une automédication. Néanmoins une partie de ceux ayant choisi la médecine moderne avait par la suite utilisé un traitement traditionnel (14,28%) dont 4,76% ayant abandonné le traitement médical pour y revenir plus tard.

4.4.3.2. Premiers recours thérapeutiques et justifications du choix

- **Médecine moderne**

La majorité des patients de notre étude (74,28%) avaient choisi en première intention de s'adresser à un professionnel de santé. Des taux aussi majoritaires mais inférieurs au notre avaient été trouvés par Diallo I et *al* au Burkina Faso (60,2%) en 2012 [51] dans une étude portant sur les patients infectés par le VIH et par Esssiben F et *al* (64,1%) en Côte d'Ivoire qui avaient interrogé des patientes ayant un cancer du sein [52]. Au Bénin, Assouto [53] trouvaient que 60% des patients présentant une douleur thoracique avaient choisi la consultation médicale comme première attitude thérapeutique de même que Adanmayi [54] avec une proportion de 61,7% chez des patients souffrant d'infertilité masculine. Pour Ekpinsou, parmi les patients de sa population d'étude qui auraient souffert de maladie prostatique, 59,2% avaient été traités par médicament ou chirurgie[10].

Cette tendance à la consultation médicale pourrait s'expliquer en partie par le fait que les patients dans notre étude avaient atteint pour la majorité (82,86%) un niveau secondaire ou supérieur. En effet, plus le niveau d'instruction de nos patients augmentait plus la proportion de ceux ayant choisi la médecine moderne au premier recours augmentait. Il y aurait donc une meilleure connaissance des tumeurs de la prostate liée au niveau d'instruction. C'est d'ailleurs un des faits qu'a relevé Epkinsou dans sa série où la quantité ou type d'informations sur la prostate détenues par les enquêtés de la ville de Cotonou augmentait avec le

niveau d'instruction. Dans les études de Diallo I, Esssiben F, Assouto et de Ekpinsou, le taux d'instruction bien qu'important était inférieur au notre.

D'un autre côté, notre étude s'étant déroulé en milieu urbain et dans un centre d'état où la prise en charge est beaucoup utilisée, les patients enquêtés choisissant la médecine moderne provenaient surtout de zone urbaine et étaient des retraités disposant ainsi d'une couverture sanitaire. Il est donc question du coût de prise en charge qui leur revenait amoindri.

Toutefois, d'autres facteurs ont été pris en compte d'après les patients pour justifier leur choix. Nombreux étaient les patients qui choisissaient la médecine moderne parce qu'ils la jugeaient plus efficace ou par conviction propre. Prudencio avait également noté l'efficacité de la médecine conventionnelle comme principale motivation de son recours, pour Diallo il s'agissait surtout de la gravité de la maladie et en partie la préférence du patient. Quant à Essiben F et *al*, outre l'efficacité, les femmes choisissaient l'hôpital par curiosité pour découvrir la cause de leur symptôme, pour au moins savoir ce qui se passe. En effet la place de la médecine moderne en Afrique prend de plus en plus d'importance. Ainsi pour bon nombre de personnes le traitement médical est la seule manière possible pour se soigner et il faudrait se rendre à l'hôpital quand une maladie survient.

Il n'est pas à négliger le rôle important que joue les parents ou amis dans cette prise de décision car même si la plupart étaient venus d'eux-mêmes, certains ont été conseillé par des parents et tiers. D'autres ont fait leur choix après avoir entendu des informations dans les multimédias ou fait des recherches sur internet.

- **Médecine traditionnelle et Automédication**

Dans notre série, 27 patients sur 105 avaient choisi de ne pas faire une consultation médicale au premier recours. Ils se sont plutôt tournés vers l'automédication (1,90 %) et la médecine traditionnelle (23,81%). Les méthodes

traditionnelles utilisées étaient majoritairement des tisanes faites à base de feuilles ou racines de plantes auxquelles pouvaient s'ajouter thé, mélange de fruit, cola. Des tradithérapeutes avaient été consultés par une partie.

Dans l'étude de Ekpinsou, 36,4% des patients souffrant de maladie prostatique avaient eu recours aux plantes médicinales et 21,1 % de la population générale connaissaient les plantes médicinales comme moyens de traitement des pathologies de la prostate [10]. Ce taux plus élevé observé dans son étude pourrait être dû au fait que celle-ci a été menée directement au sein de la population avec ainsi une meilleure représentativité des différentes couches socio-démographiques. Les patientes interrogées dans l'étude de Prudencio avaient majoritairement recours à la tradithérapie (54%) en première intention. Elles attribuaient ce choix au faible coût de la tradithérapie, à son efficacité et l'accueil des tradithérapeutes, et en moindre partie aux mauvaises expériences antérieures en médecine conventionnelle [50]. Adanmayi et Hounsou ont retrouvé respectivement des taux de 37,50 % et 14,3% [54,55] dont le choix pouvait s'expliquer par la représentation qu'avait les patients de leur maladie quant à l'origine mystique tandis que Essiben F et *al* trouvait un taux de 4,8% en Côte d'Ivoire [52].

Tout ceci témoigne l'importance non négligeable de ces pratiques en Afrique particulièrement au Benin. Malgré les sensibilisations faites pour favoriser le recours aux structures de soins de la médecine moderne, l'attachement des populations à la médecine traditionnelle transmise de génération en génération demeure dans la population tant urbaine que rurale. On observe de plus en plus des tradipraticiens dire pouvoir guérir « la prostate ». Dans notre série, ceux qui choisissaient le traitement traditionnel faisaient ce choix car il leur était facilement accessible sur le plan géographique, et pour une partie, sur le plan financier aussi (certains ayant été traités par des tradithérapeutes, déclaraient que ce traitement leur revenait trop cher). Une partie y avait recours par peur du diagnostic médical,

de devoir subir une chirurgie ou de mourir à l'hôpital. La plupart des patients avaient été orientés par une connaissance ou un parent, ou encore par les informations ou publicités passées à la radio, télévision ou réseaux sociaux.

Pour ce qui est de l'automédication il s'agissait dans notre série, juste d'un conseil. Par contre Assouto ayant observé 28,58% d'automédication relevait plutôt la proximité des médicaments.

4.4.3.3. Autres recours

Les patients ayant fait un traitement traditionnel ou une automédication en première intention se tournaient vers la médecine moderne du fait de leur insatisfaction.

Parmi ceux ayant choisi la médecine moderne, certains se tournaient par la suite vers une méthode traditionnelle souvent sur conseil d'un parent ou tiers pour obtenir une amélioration de leur symptôme ou encore du fait de la persistance de leur symptôme sous traitement médical.

4.4.4. Consultations médicales

- **Avant la CUUA**
  - **Premiers professionnels de santé consultés**

Environ 70% des patients colligés avaient fait au moins une consultation médicale avant leur admission à la CUUA du CNHU-HKM dont 13,33% avaient fait une deuxième consultation. Seul une personne avait fait trois consultations.

Les médecins généralistes étaient les agents de santé vus à la première consultation pour la plupart (35 des 74) soit 53,03%. Les mêmes observations ont

été faites par Assouto (48,39%) [53] et Prudencio (42,8%) [50] contrairement à Adanmayi (17%) [54]. Le reste de nos patients était plus partagé entre l'urologue (21,62 %) et d'autres médecins spécialistes (21,62 %) majoritairement cardiologues, néphrologues, chirurgiens viscéraux. Par contre un taux supérieur de recours au spécialiste adéquat a été observé par Assouto (35,48% des cardiogues). Dans l'étude de Prudencio, les femmes atteintes de cancer du sein avaient consulté des gynécologues, chirurgiens et sage-femmes dans les proportions respectives de 20,6%, 9,6% et 22,2%.

Toutes ces observations montrent la place qu'occupe les médecins généralistes dans la prise en charge de nombreuses pathologies. Le Bénin regorge de médecins qui sont pour la majorité des généralistes. Ainsi, les patients, quand ils décident de faire une consultation médicale dans un établissement de santé, ont plus de chance de tomber sur ceux-ci. De plus la plupart des patients qui présentent des symptômes urinaires y associent souvent une cause infectieuse ou diabétique qu'ils pensent gérables par le médecin généraliste ou d'autres spécialistes. Pour les patients ayant des antécédents médicaux comme l'HTA et le diabète, il leur est plus facile de s'adresser à leur médecin traitant et durant ce processus se découvrent atteint de pathologie prostatique. La consultation d'autres spécialistes dénotent de l'existence d'autres causes de symptômes urinaires ou des effets que peuvent avoir les tumeurs prostatiques sur d'autres organes. En effet les médecins spécialistes notamment les urologues ne sont pas très nombreux au Bénin ni connus par tous. Pour Ekpinsou, seuls 12,2% de la population de Cotonou connaissaient l'urologue comme étant le médecin spécialiste des maladies prostatiques.

- **Attitudes du premier professionnel de santé**

Parmi les patients ayant vu un agent de santé avant la CUUA, 32 avaient bénéficié d'un traitement médical dont 11 par les urologues et 19 par les généralistes. Ces derniers avaient effectué 19 des 46 références de patients vers

un urologue et avaient instauré au préalable un traitement chez seulement 05 d'entre eux. Il faut dire que le traitement instauré n'était pas forcément celui d'une tumeur prostatique. Les patients qui présentaient une rétention d'urine avaient bénéficié d'un sondage vésical.

La demande d'un bilan d'exploration, aussi bien l'échographie prostatique que le dosage du taux de PSA, avait été faite chez 35 soit 53% des patients. Chez 20 des 74 patients ni l'échographie prostatique ni le dosage du PSA n'avait été demandé.

Tout ceci montre qu'il subsiste néanmoins des lacunes au sein de certains médecins en particulier généralistes par rapport à la prise en charge des symptômes du bas appareil urinaire chez les sujets âgés.

- **Consultation à la CUUA**
  - **Mode d'admission**

Plus de la moité (51,14%) des patients venaient d'eux-mêmes consulter à la CUUA, les autres étaient soit référés d'un autre centre soit adressés par un médecin d'un autre service du CNHU-HKM (cardiologie, néphrologie, chirurgie viscérale, endocrinologie, urgences). Certains avaient été vus aux urgences, le plus souvent pour des cas de rétention urinaire ou d'hématurie.

Mahamadou au Mali ainsi que Assouma au Bénin trouvaient aussi ce mode d'admission comme majoritaire [44,47]. Ceci pourrait être dû à l'usage fréquent de la prise en charge de l'Etat dans la population retraitée ou salariée, ou encore à la préférence de certains patients de recourir à une structure compétente en cas de persistance de leur symptomatologie.

❖ **Diagnostic retenu**

La majorité des patients de notre étude (80%) avaient été diagnostiqués pour une hypertrophie bénigne de la prostate. Une néoplasie prostatique avait été évoquée chez 20% dont 6,67% confirmées après examen anatomopathologique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Diakité et *al* au Mali (74,47% bénigne et 23,53% maligne) et de Bary et *al* en Guinée (73,65% bénigne et 26,65% maligne) [45,56].

On retrouvait chez 24,76% des patients au moins une complication. Il s'agissait entre autres de rétention vésicale aigue complète ou incomplète d'urine, de retentissement rénal, d'hématurie et d'infection urinaire. Un taux plus élevé de signes de complication a été trouvé par Barry et al en Guniée sans doute parce que son étude portait plus sur les patients hospitalisés et opérés mais aussi par Diakité et *al* au Mali, Halidou et *al* au Niger [57]. Sur l'ensemble des néoplasies évoquées, 19,05% étaient encore à un stade localisé, 28,57% avaient déjà atteint un stade localement avancé ou métastatique, le reste restait encore à définir car soit la confirmation n'avait pas encore été faite (patient non encore prêt pour la biopsie ou en attente des résultats) soit le bilan d'extension n'avait pas encore été honoré.

Ces taux de complications, certes moins élevés dans notre étude ne sont pas négligeables et ressortent le fait que plusieurs patients attendent la survenue de celles-ci avant de consulter un agent de santé.

Toutefois, l'absence dans notre étude des données concernant le toucher rectal, les examens paracliniques diagnostiques et de retentissement ainsi que la non réalisation de ces examens par certains patients, soit du fait des rendez-vous lointains, soit par manque de moyens, ne nous permettent pas d'approfondir cette analyse sur le diagnostic.

4.4.5. Motifs du recours tardif de la consultation médicale.

La durée d'évolution des symptômes chez les patients de notre étude allait de moins d'une semaine à dix ans. Bon nombre de patients (44,30%) consultaient un agent de santé plus de 09 mois après l'apparition de leur symptôme dont 16,46 % après 02 ans. Assouma L a fait le même constat avec une proportion de 17,87% après 02 ans. Pour Mahamadou, la durée d'évolution des troubles mictionnels a varié de moins d'un an à dix ans et plus, avec 47,6% entre 2 – 3 ans.

Ce long délai de consultation serait en grande majorité dû à la méconnaissance ou négligence des symptômes par certains patients. En effet pour une miction normale il est admis une fréquence d'au plus 6 fois dans la journée et 02 fois dans la nuit. Mais beaucoup pensent qu'il est normal pour des personnes âgées de présenter des troubles urinaires. Ainsi se lever plusieurs fois la nuit pour uriner n'est pas considéré pour eux comme anormal. Certains y attribuent systématiquement la prise de beaucoup de boissons. D'autres considèrent à tort les symptômes urinaires comme une infection urinaire pour lesquels ils maitriseraient la prise en charge.

Dans notre série, la majorité des patients non instruits ou ayant un niveau primaire avaient consulté dans un délai de plus de 09mois tandis que les patients ayant au moins atteint le secondaire l'avaient fait pour la majorité avant 09 mois. Néanmoins près de la moitié des patients du supérieur avaient attendu au moins 9 mois pour voir un agent de santé. On peut comprendre ainsi que même si le niveau d'instruction améliorait le recours à la médecine moderne, il est aussi en partie responsable du retard à la consultation médicale. En effet plus les patients sont instruits plus ils émettent des réserves par rapport à l'efficacité et les effets secondaires des traitements médicaux en faisant le plus souvent des recherches sur internet. Ce faisant ils mettent plus de temps à se décider. Aussi, certains patients craignaient le CNHU-HKM pensant qu'on y va pour mourir en plus de

ceux qui pensent que les traitements modernes de la prostate sont souvent source d'impuissance sexuelle.

La profession, la provenance, la couverture sanitaire, l'utilisation de la médecine traditionnelle ou de l'automédication en première intention ainsi que le nombre de tradithérapeutes n'étaient pas associés au retard de consultation dans notre étude.

4.4.6. Facteurs limitant le traitement institué par le professionnel de santé.

Les patients de notre étude avaient pour la majorité bénéficiée d'un traitement médicamenteux. Quatorze parmi eux avaient été opérés et deux avaient bénéficié d'une radiothérapie. Sur l'ensembles des patients déjà sous traitement médicamenteux à la CUUA avant notre enquête, 24,29% soit 17 patients sur 70 n'étaient pas bien observants, 75,71% malgré les difficultés éventuelles rencontrées arrivaient à suivre correctement le traitement. Ce taux de mauvaise observance est proche des 25,5% observé par Izizag et *al* au Congo [58], des 30% trouvé par Lakhdar et *al* au Maroc [59] et des 31,1% constaté par Achouri et *al* en Algérie [60]. Par contre plusieurs auteurs ont trouvé des taux bien supérieurs [61–64]. Cette différence peut être due à la méthode utilisée dans notre étude, basée sur la déclaration des patients et non l'utilisation d'un outil d'évaluation bien codifié de l'observance thérapeutique.

De nombreux facteurs semblent influencer le respect de la prescription médicale par les patients de notre série notamment l'insuffisance de moyens financiers, la paresse ou la négligence dans la prise des médicaments surtout quand ils sont déjà polymédiqués. Il est à noter que la couverture sanitaire dont disposaient la plupart des patients de notre étude ne prend pas en compte l'achat

des médicaments. Aussi, les patients présentant des comorbidités peuvent considérer comme excessif le nombre de médicament à prendre et ainsi délaisser quelques-uns à la faveur d'autres tel que l'a remarqué Pio et *al* au Togo [63]. Certains patients arrêtaient le traitement par manque d'ordonnance médicale ou parce que la prescription médicale n'était pas bien comprise, d'autres par peur des effets secondaires. Tout ceci met en exègue l'éducation thérapeutique faite au malade. Ces différents facteurs ont aussi été retrouvés de façon diverse par différents auteurs auxquels se sont ajoutés: le niveau d'éducation [62,65], la couverture sanitaire [61,63,65], la chronicité de la maladie ou du traitement [59,65].

Un autre élément retrouvé dans notre série qui est associé à une mauvaise observance du traitement institué par des patients est l'absence de suivi régulier. Cette même remarque a été faite par Chelo et *al* au Congo [62]. Ce non-respect des rendez-vous fixés par le médecin étaient surtout à cause des occupations professionnelles de certains patients ou de la longue distance à parcourir.

Conclusion et Suggestions

Conclusion

L'itinéraire des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la CUUA a été variable. Au terme de notre étude ayant pris en compte 105 patients, nous aboutissons aux conclusions suivantes :

- L'âge moyen des patients était de 65,97 ± 7,22 ans avec des extrêmes de 47 et 85 ans. Plus de la moitié étaient des retraités (60%), disposaient d'une couverture sanitaire (81,90%) avec des niveaux d'instruction supérieur (55,27%) ou secondaire. (27,62%). Les antécédents d'HTA (34,28%) et de diabète (7,6%) étaient les antécédents les plus retrouvés.
- La plupart des patients s'étaient tournés vers la médecine moderne en première intention (74,28%). Mais 25,72% avaient eu recours à d'autres moyens avant la consultation médicale soient 23,82%, la médecine traditionnelle et 1,90%, une automédication. Le niveau d'instruction, la conviction personnelle, l'efficacité du traitement conventionnel, la couverture sanitaire ainsi que la meilleure accessibilité du traitement traditionnel étaient bon nombre de facteurs intervenant dans ce choix.
- Le délai de consultation médicale variait de moins d'une semaine à 10 ans. Près de la moitié des patients consultaient un agent de santé plus de 09 mois après l'apparition des symptômes dont 17,87% après 02 ans. Ce retard pourrait être imputable à la méconnaissance ou négligence des patients concernant leurs symptômes.
- La mauvaise éducation thérapeutique, la paresse, le cout considérable des médicaments et la peur de ses effets secondaires, en plus de l'absence de suivi régulier étaient les facteurs qui freinaient le traitement médical institué.

Ces résultats nous donnent des informations pouvant contribuer à améliorer le recours précoce des patients aux structures compétentes et la prise en charge globale des tumeurs prostatiques dans notre pays.

Suggestions

Au regard des résultats de notre enquête, nous formulons les suggestions suivantes :

➢ A l'endroit du ministère de la santé

- Renforcer les capacités de dépistage et de prise en charge des tumeurs prostatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Investir dans la recherche des stratégies cognitivo-comportementales de dépistage du cancer de la prostate notamment l'utilisation de chiens renifleurs
- Rendre opérationnel l'assurance maladie pour toute la population béninoise et envisager l'introduction du traitement des tumeurs prostatiques dans ce paquet assurance maladie.

➢ A l'endroit du personnel de santé

- Organiser et participer au dépistage des tumeurs prostatiques chez les hommes de plus de 45ans reçus en consultation ;
- Bien expliquer au patient les contours de la maladie et de son traitement ainsi que la nécessité du respect de la prescription médicale ;
- Susciter la coopération des tradipraticiens pour la mise à contribution précoce des agents de santé dans la prise en charge des patients reçus pour pathologie prostatique ;
- Référer vers l'urologue tout patient suspect de tumeur prostatique pour une prise en charge plus adaptée tout en lui expliquant l'importance de la référence.

- **A l'endroit de la population**

- Bénéficier d'une évaluation de sa prostate à partir de 45 ans, ne serait-ce qu'une fois par an auprès d'un agent de santé qualifié ;
- Consulter le plus tôt possible un agent de santé en cas de toute symptomatologie urinaire ;
- Sensibiliser les hommes de plus de 45 ans dans leur entourage par rapport au dépistage d'une tumeur prostatique ;
- Prendre l'avis de leur médecin traitant avant tout arrêt de traitement médical ;
- Respecter les rendez-vous fixés par l'agent de santé.

Références

1. Motrich RD, Salazar FC, Breser ML, Mackern-Oberti JP, Godoy GJ, Olivera C, et al. Implications of prostate inflammation on male fertility. Andrologia. déc 2018;50(11):e13093.

2. Fournier G, Valeri A, Mangin P, Cussenot O. Cancer de la prostate. Épidémiologie. Facteurs de risques. Anatomopathologie. Annales d'Urologie. oct 2004;38(5):187-206.

3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-49.

4. Egue M, Gnangnon FHR, Akele-Akpo MT, Maxwell Parkin D. Cancer incidence in Cotonou (Benin), 2014–2016. Cancer Epidemiology. avr 2019;59:46-50.

5. Cancer today [En ligne]. Disponible sur: http://gco.iarc.fr/today/home. Consulté le 21 juill 2022.

6. Ouattara A, Hodonou R, Avakoudjo J, Cisse D, Zango B, Gandaho I, et al. Épidémiologie des cancers urologiques au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas. Progrès en Urologie. avr 2012;22(5):261-5.

7. Avakoudjo JDG, Yevi DMI, Saidou D, Natchagande G, Hodonou F, Sossa J, et al. Panorama des tumeurs urologiques au CNHU-HLM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2019;(30):17-22.

8. Akoha J. Aspects épidémiologiques et diagnostiques du cancer de la prostate au CNHU-HKM [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2016.

9. Hounnasso Pp, Avakoudjo Jdg, Aouagbe Behanzin Hg. Aspects diagnostiques du cancer de la prostate dans le service d'urologie du CNHU-HKM de Cotonou. Uro'Andro. juill 2015;1(4):193-6.

10. Ekpinsou J. Connaissances, attitudes et pratiques de la population du département du littoral sur les pathologies de la prostate [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2019.

11. Dozon JP, Sindzingre N. Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. 1986;(11):43-52.

12. Faculté de médecine de sfax. Cours de résidanat Sujet 73 : Tumeurs prostatiques. [Internet]. Disponible sur:

https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/73%20prostate%202020.pdf. Consulté le 22 décembre 2022.

13. Villers A, Steg A, Boccon-Gibod L. Anatomy of the prostate: review of the different models. Eur Urol. 1991;20(4):261-8.

14. McNeal JE. The zonal anatomy of the prostate. Prostate. 1981;2(1):35-49.

15. Abbou C, Dubernard JM. Chirurgie de la prostate. Chirurgie de la prostate. Paris: Masson; 2006. 106 p. (Techniques chirurgicales urologie).

16. Lebdai S, Descazeaud A. Prise en charge des symptômes du bas appareil urinaires liés à l'hypertrophie bénigne de prostate. Progrès en Urologie. 1 nov 2014;24(14):929-33.

17. Urofrance | Chapitre 10 - Hypertrophie bénigne de la prostate - [En ligne]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-10-hypertrophie-benigne-de-la-prostate/. Consulté le 2 février 2023.

18. El-Haouly A. Cancer de la prostate : Choix de traitement et fardeau économique chez les hommes vivant en région éloignée du Québec [Internet] [Thèse]. [Rouyn-Noranda]: Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; 2021. https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1279/.

19. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin Dm, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. International journal of cancer. 15 avr 2019;144(8):1941-53.

20. Lara F. Cancer de la prostate: épidémiologie, données anatomopathologiques, bilan thérapeutique, pronostic et surveillance. Manuel de cancérologie. 1989.

21. Association Française d'Urologie. ECN Urologie. Masson. 95-97 p.

22. Abbou, Haillot C, Ravery V. Le cancer de la prostate. Faut-il dépister? Annales d'Urologie. 1996;(6-7):283-93.

23. Fretin. Cancer de la prostate. Les étapes du diagnostic. Biotech. ISPN; p. 20.

24. Coulange C. Du bon dosage du PSA (Antigène Prostatique Spécifique): recommandations de l'association française d'urologie. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2006;5(1):19-21.

25. Lopez J, Perrin P. Cancer de la prostate : Diagnostic, évolution, principes du traitement. La revue du praticien. Paris. 1999. p. 49-50.

26. Fournier G, Valeri A, Magin P. Cancer de la prostate: Diagnostic et bilan d'extension. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. 2004. p. 12.

27. Richard F, Botto H. Cancer de la prostate. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale, traité d'urologie. 1993. p. 7.

28. Debre B, Saigui D, Peyromaure M. Urologie. In: Abrégés Connaissances et pratiques. Masson; 2004. p. 54-71.

29. Rozet F, Hennequin C, Beauval JB, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, et al. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate. Progrès en Urologie. 1 nov 2016;27:S95-143.

30. Fournier G, Valeri A, Magin P, Cussenot O. Cancer de la prostate: Traitement. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. p. 20.

31. Urologie Davody. La classification TNM des cancers de la prostate. 2015. [En ligne] Disponible sur: https://urologie-davody.fr/cancer-de-la-prostate/diagnostic/la-classification-tnm-des-cancers-de-la-prostate-criteres-et-caracteristiques/. Consulté le 23 juill 2021.

32. Urologie Davody. Tables de Partin, nomogramme de Kattan et score de Capra. 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://urologie-davody.fr/cancer-de-la-prostate/diagnostic/tables-de-partin-nomogramme-de-kattan-et-score-de-capra/. Consulté le 25 nov 2022.

33. Zele L, Khayat D. Guide pratique de cancérologie. 2èd. Paris: MASSON; 2000. 295 p.

34. Vallacien G. Cancer de la prostate. In: Néphrologie-Oncologie en 28 questions. Paris: MASSON; 1998. p. 165-8.

35. Baron JC. Prostatectomie périnéale. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. 1998. p. 41-301.

36. Barre C, Chauveau P. Prostatectomie radicale rétropubienne. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. 2002. p. 41-295.

37. Baron JC, Chaillet J. Prostatectomie radicale par voie laparoscopique. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale. 2002. p. 41-298.

38. Bouregba A, Lebret T. Le cancer de la prostate, l'urologue, le patient, le traitement. Annales d'Urologie. 2007;(41):587-91.

39. Alexandre I, Rixe O. Cancer de la prostate hormono-résistant. Annales d'Urologie. 2007;(41):47-55.

40. Gould DC, Kirby RS. Testosterone replacement therapy for late onset hypogonadism: what is the risk of inducing prostate cancer? Prostate Cancer Prostatic Diseases. 2006;9(1):14-8.

41. Martel CL, Gumerlock PH, Meyers FJ, Lara PN. Stratégies thérapeutiques actuelles du cancer de la prostate hormonorésistant. In: Encyclopédie Médico Chirurgicale ; 2004. p. 8-127.

42. Rebillard X, Villers A. Cancer de la prostate. Progrès en Urologie. 2002;12(5):39.

43. Masson E. Apports des analogues de la LHRH dans le traitement du cancer de la prostate. EM-Consulte. [En ligne] Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/67410/apports-des-analogues-de-la-lhrh-dans-le-traitement. Consulté le 23 juill 2021.

44. Assouma LFO. Cancer de la prostate: Aspects épidémiologiques, cliniques et devenir des patients dans les services d'urologie au CNHU-KHM, à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi et à l'hôpital La Croix de Zinvié de 2016 à 2020 [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2021. 165p

45. Diakité ML, Sissoko I, Berthé HJG, Kanté M, Coulibaly MT, Traoré B, et al. Panorama des Tumeurs Prostatiques dans le Service d'Urologie du CHU Point G. Health Sci Dis. 29 avr 2019;20(3):26-31.

46. Adakal O, Rouga Mm, Abdoulaye Mb, Amadou H, Maikassoua M, Mounkeila I, et al. Hypertrophie Bénigne de la Prostate au Centre Hospitalier Régional de Maradi: Aspects Cliniques, Thérapeutiques et Pronostiques. Health Sci Dis. 30 nov 2021;22(11):93-7.

47. Mahamadou K. Caractéristiques épidémiologiques des tumeurs de la prostate : à propos de 1419 cas d'adénomectomies réalisées au service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré [Thèse de médecine]. Université des Sciences Techniques Et Technologiques Mali; 2015. 97p

48. Institut national de la statistique et de l'analyse économique. Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques (RGPH-4, 2013). Cotonou République du Bénin : Primature, Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE); 2016. 27 p.

49. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) - Benin | Data [En ligne]. Disponible sur:

https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=BJ. Consulté le 21 févr 2023

50. Prudencio RDTK. Itinéraire thérapeutiques des patientes atteintes du cancer du sein [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2013.

51. Diallo I, Sagna Y, Sondo K, Somé S, Savadogo M, Poda A, et al. Diagnostic tardif de l'infection à VIH chez les patients infectés par le VIH à Ouagadougou : circonstances diagnostiques, itinéraire thérapeutique et facteurs favorisants. Cames Sante. déc 2016;4(2):38-43.

52. Essiben F, Elisabeth M, Véronique B, Etienne A, Ange NDM, Tatiana M, et al. Itinéraires Thérapeutiques des Femmes Atteintes de Cancer du Sein dans Deux Hôpitaux Universitaires de Yaoundé: Itinéraires thérapeutiques des cancers du sein à Yaoundé. Health Sci Dis. janv 2022;23(1):114-21.

53. Assouto CBU. Itinéraire thérapeutique des patients présentant des douleurs thoraciques reçus à l'USERC du CNHU-HKM [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2015. 88p

54. Adanmayi SHC. Itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'infertilité masculine à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2018. 80p

55. Hounsou LN. Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques suivis au Centre Nationa Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou en 2021 [Thèse de médecine]. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou; 2021. 120p

56. Barry M, Diallo AB, Bah I, Balde S, Koulibaly M, Sow KB, et al. Aspects diagnostiques des tumeurs prostatiques au service d'urologie du CHU de Conakry. Médecine d'Afrique noire. 2010;57(1):32-6.

57. Halidou M, Kodo A, Diongolé H, Zakou Arh, Magagi I, Amadou S. Le Cancer de la Prostate au Niger: Aspects Épidémiologiques Cliniques et Histologiques à l'Hôpital National de Zinder. Health Sci Dis. juin 2022;23(6):113-6.

58. Izizag BB, Situakibanza H, Kiazayawoko F, Nkodila A, Mafuta E, Lukanu P, et al. Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. Pan African Medical Journal. 14 oct 2020;37(157). [En ligne]. Disponible sur: https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/213529. Consulté le 10 mars 2023

59. Lakhdar N, Elkhattabi W, L'youssfi H, Aichane A, Afif H. Évaluation de l'observance thérapeutique dans l'asthme. Revue des Maladies Respiratoires. 1 janv 2015;32:A56.

60. Achouri MY, Mammeri M, Sehanine Y, Selka MA, Ghomari WI, Lahmer A, et al. Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 : première enquête algérienne. Annales Pharmaceutiques Françaises. nov 2019;77(6):506-15.

61. Essomba NE, Hamadou B, Koum DCK, Atemkeng A, Coppieters Y. Facteurs de non observance au traitement anti hypertenseur chez les adultes à douala. Health Sci Dis. 26 juill 2017;18(3):51-7.

62. Chelo HN, Barhwamire TK, Mishika PL, Kamundu AK, Bahati GG, Dz'bo HC, et al. Prévalence et facteurs associés à la non observance thérapeutique chez les hypertendus à Goma en République Démocratique du Congo. Journal of Medicine, Public Health and Policy Research. 7 mars 2023;3(1):1-12.

63. Pio M, Baragou S, Afassinou Y, Pessinaba S, Atta B, Ehlan K, et al. Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. Pan African Medical Journal. 2 mai 2013;14(1):48.

64. Belhabib G, Lahyani M, Mhiri A, Gloulou O, Sahli J, Chouchane N. Évaluation des facteurs conditionnant l'observance thérapeutique chez le patient diabétique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. avr 2018;53(2):87-96.

65. Achouri MY, Tounsi F, Messaoud M, Senoussaoui A, Abdelaziz AB. Prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord. Revue systématique et méta-analyse. La Tunisie Médicale. oct 2021;99(10):932-45.

Annexes

<u>Annexe 1</u> : Questionnaire d'enquête

FICHE D'ENQUETE

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UNE TUMEUR PROSTATIQUE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE DU CNHU-HKM

IDENTIFICATION

N° Fiche :

Date :

I- CARACTERISTIQUES GENERALES

A/ Données sociodémographiques

Q1 : Age (ans) :…… ☐

Q2 : Statut matrimonial :…… ☐

1= marié ; 2= divorcé ; 3=célibataire ; 4= veuf ; 5-Union libre

Q3 : Profession : …… ☐

1= Salarié ; 2= Ouvrier/Artisan ; 3=Cultivateur ; 4= Commerçant ; 5= Retraité(e) ; 6= Autre (préciser……)

Q4 : Ethnie : …… ☐

1= Fon ; 2= Adja ; 3= Peulh ; 4= Bariba ; 5= Dendi ; 6= Yoruba ; 7= Goun ; 8= Mina ; 9-Autre (préciser……)

Q5 : **Religion :……** ☐

1= Christianisme ; 2=Islam ; 3=vodoun ; 4= Athée ; 5= Autre (Préciser……)

Q6 : Provenance : …… ☐

1= Rurale ; 2= Urbaine

Q7 : Niveau d'instruction : …….. ☐

1-Analphabète ; 2-Primaire ; 3-Secondaire ; 4-Supérieur

Q8 : Couverture sanitaire:…… ☐

1= dispose d'une prise en charge ; 2=ne dispose pas de prise en charge

B/ Antécédents médicaux

Q9 : **Religion :……** ☐

1= HTA ; 2=Diabète ; 3=Néphropathie ; 4= Autre (Préciser……)

II- DONNEES DE L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

NB : Les questions qui suivent nous permettront d'identifier les différentes étapes parcourues dans la recherche de soins depuis l'apparition de vos premiers symptômes.

A/ Avant admission au CNHU-HKM

Q10 : Quels sont les recours thérapeutique(s) que vous avez utilisé dès l'apparition de vos 1ers symptômes ? …… ☐

1.Automédication 2.Traitement traditionnel

3.Pratiques religieuses 4.Médecine moderne

5.Autre (Préciser……)

Q11 : Dans quel ordre avez-vous utilisé ces recours ? (1 ;2 ;3..) ☐

1.Automédication 2.Traitement traditionnel

3. Pratiques religieuses 4.Médecine moderne

5.Autre (Préciser……)

Q12 : Vous est-il arrivé d'utiliser plusieurs recours à la fois ? ☐

1.Oui 2.Non

Q13 : Si oui, lesquels (dans l'ordre)? …….. ☐

1.Automédication 2.Traitement traditionnel

3. Pratiques religieuses 4.Médecine moderne

5.Autre (Préciser……..)

Les réponses aux questions Q13 à Q25 dépendrons du nombre de recours choisis à la question

Concernant votre premier recours thérapeutique :

Q14 : Qui vous y a orienté ? …… ☐

1.Moi-même 2.Un parent 3.Un tiers

4-Médias 5.Autre (Préciser……..)

Q15 : Pour quelles raisons ? …… ☐

1.Conviction personnelle 2.Meilleure efficacité 3.Meilleur accueil
4.Coût abordable 5.Proximité 6.Meilleure accessibilité

7.Autre (Préciser …….)

Q16 : Combien de temps y avez-vous consacré ? ……. ☐

Q17 : Pourquoi avoir décidé de changer de recours thérapeutique ? ……. ☐

1.Pas d'amélioration des symptômes 2.Aggravation des symptômes

3.Autre (Préciser……..)

Concernant votre deuxième recours thérapeutique :

Q18 : Qui vous y a orienté ? …… ☐

1.Moi-même 2.Un parent 3.Un tiers

4-Médias 5.Autre (Préciser……..)

Q19 : Pour quelles raisons ? …… ☐

1.Conviction personnelle 2.Meilleure efficacité 3.Meilleur accueil
4.Coût abordable 5.Proximité 6.Meilleure accessibilité
7.Insatisfaction du recours antérieur 8.Autre (Préciser……..)

Q20 : Combien de temps y avez-vous consacré ? …….. ☐

Q21 : Pourquoi avoir décidé de changer de recours thérapeutique ? ……. ☐

1.Pas d'amélioration des symptômes 2.Aggravation des symptômes

3.Autre (Préciser……..)

Concernant votre troisième recours thérapeutique :

Q22 : Qui vous y a orienté ? ……. ☐

1.Moi-même 2.Un parent 3.Un tiers

4-Médias 5.Autre (Préciser……..)

Q23 : Pour quelles raisons ? …….. ☐

1.Conviction personnelle 2.Meilleure efficacité 3.Meilleur accueil
4.Coût abordable 5.Proximité 6.Meilleure accessibilité
7.Insatisfaction du recours antérieur 8.Autre (Préciser…….)

Q24 : Combien de temps y avez-vous consacré ? …….. ☐

Q25 : Pourquoi avoir décidé de changer de recours thérapeutique ? …….. ☐

1.Pas d'amélioration des symptômes 2.Aggravation des symptômes

3.Autre (Préciser……..)

Concernant votre quatrième recours thérapeutique :

Q26 : Qui vous y a orienté ? …….. ☐

1.Moi-même 2.Un parent 3.Un tiers

4-Médias 5.Autre (Préciser……..)

Q27 : Pour quelles raisons ? …….. ☐

1.Conviction personnelle 2.Meilleure efficacité 3.Meilleur accueil
4.Coût abordable 5.Proximité 6.Meilleure accessibilité
7.Insatisfaction du recours antérieur 8.Autre (Préciser……..)

Q28 : Combien de temps y avez-vous consacré ? ……. ☐

Q29 : Pourquoi avoir décidé de changer de recours thérapeutique ? …….. ☐

1.Pas d'amélioration des symptômes 2.Aggravation des symptômes

3.Autre (Préciser……..)

Q30 : Si vous avez eu à utiliser l'automédication, où vous êtes-vous procurer le médicament ? …….. |_____|

1.Pharmacie 2.Vendeurs ambulants 3.Un parent

4.Autre (Préciser……..)

Passez à la question **Q34** si vous vous n'avez pas choisi la réponse 3 à la question Q10

Q31 : Avez-vous consulté des responsables religieux ? …… |_____|

1.Oui 2.Non

Q32 : Si oui, nommer le(s) type(s) de responsable religieux consulté(s) :
……..

Q33 : A quelle(s) pratique(s) religieuse(s) avez-vous eu recours ?
……..

Passez à la question **Q36** si vous vous n'avez pas choisi la réponse 2 à la question Q10

Q34 : Combien de tradithérapeutes avez-vous consulté ? …….

Q35 : Quel type de traitement a-t-il été prescrit ?

1.Phytothérapie 2.Autre(Préciser……)

Q36 : Après combien de temps de l'apparition des premiers symptômes avez-vous fait votre première consultation médicale ? …… |_____|

Q37 : Quel était le 1er professionnel de santé consulté ? …… |_____|

1-Médecin généraliste ; 2-Urologue ; 3-Autre médecin spécialiste ;

4-Infirmier ; 5-Aide-soignant ; 6-Autre (Préciser……)

Q38 : Où se trouvait le lieu de cette 1ère consultation ? …… |_____|

1.Dans ma ville 2.En dehors de ma ville

Q39 : Qu'est-ce qui a été fait ? …… ☐

1.Mise en place d'un traitement médical 2.Référence à la CUUA au CNHU-HKM 3.Référence vers un autre urologue

4. Autre (Préciser……)

Q40 : Si traitement médical mis en place, avez-vous suivi ce traitement ? …….. ☐

1.oui 2.Non

Q41 : Quels difficultés avez-vous rencontré ?

……..

Q42 : Avez-vous fait d'autres consultations médicales avant celle dans le service d'Urologie au CNHU-HKM ? …… ☐

1.oui 2.Non

Q43 : Si oui, quels sont dans l'ordre les autres professionnels de santé visités ? …… ☐

1-Médecin généraliste ; 2-Urologue ; 3-Autre médecin spécialiste ;

4-Infirmier ; 5-Aide-soignant ; 6-Autre (Préciser……)

Q44 : Vous a-t-il été demandé lors de ces consultations une échographie prostatique ? …… ☐

1.oui 2.Non

Q45 : L'avez-vous fait ? …….. ☐

1.oui 2.Non

Q46 : Vous a-t-il été demandé lors de ces consultations le dosage du PSA ? …… ☐

1.oui 2.Non

Q47 : L'avez-vous fait ? …… ☐

1.oui 2.Non

Q48 : Saviez-vous déjà que vous souffriez d'une tumeur de la prostate avant de vous rendre au CNHU-HKM? …… ☐

1.oui 2.Non

Q49 : Si oui, par qui l'avez-vous su ? …… ☐

1.Je connaissais déjà la maladie 2.Un proche

3.Le tradithérapeute 4.Le responsable religieux

5.Le professionnel de santé 6.Autre(Préciser……)

B/ A ou Après admission au CNHU-HKM

Q50 : Quel était le mode de votre admission dans le service d'urologie au CNHU-HKM ? …….. ☐

1.Venu de vous-même 2.Référé d'un autre centre

3.Tranferé d'un autre service 4.Autre(Préciser……)

Q51 : Si référé, Avez-vous immédiatement consulté au CNHU-HKM après la référence ? …… ☐

1.Oui 2.Non

Q52 : Si non, combien de temps avez-vous mis ? …….

Q53 : Pourquoi ce temps ? …… ☐

1.Coût de consultation élevé 2.Occupation professionnelle

3.Distance pour CNHU longue 4.Autre(Préciser……)

Q54 : Quel diagnostic a-t-il été fait ? …… ☐

1.Hypertrophie bénigne de la prostate 2.Cancer probable de la prostate

3. Cancer confirmé de la prostate et cancer de la prostate 4.Association hypertrophie bénigne

Q55 : Si 2 ou 3, Quel était le stade initial de la tumeur ? ……. ☐

1.Localisé 2.Localement avancé 3.Métastatique

Q56 : Avez-vous présenté des complications ? …… ☐

Q57 : Quel traitement a-t-il été institué ? …… |

1.Abstention-Surveillance ; 2.Traitement médicamenteux

3.Traitement chirurgical ; 4.Radiothérapie ;

5.Autres (Préciser :……)

Q58 : Avez-vous correctement suivi le traitement jusqu'à ce jour? ……. |

1.oui 2.Non

Q59 : Si non, quelles en sont les raisons ?

……

Q60 : Avez-vous séjourné en hospitalisation ? ..... |

1.oui 2.Non

Q61 : Si oui, Pendant combien de temps ? …….

Q62 : Respectez-vous vos rendez-vous de suivi du traitement ? …….. |

1.Oui 2.Non

Q63 : Si non quels sont les difficultés rencontrées ? …… |

1.Aucune difficulté particulière 2.Coût élevé des consultations

3.Distance résidence-CNHU longue 4.Occupation professionnelle

5.Autre (Préciser :……)

Q64 : Quel est l'évolution actuelle de vos symptômes ? …….. |

1.Disparition 2.Regression

3.Stationnaire 4.Aggravation

Q65 : Evaluez votre satisfaction d'avoir eu recours à la médecine moderne ?..... |

1.Insatisfait 2.Peu satisfait 3.Satisfait 4.Très satisfait

Q66 : Quelle interprétation faites-vous de votre maladie ?.....

1.Maladie surnaturelle 2.Maladie naturelle ;

3.Autre(Préciser :……)

Annexe 2 : Classification TNM 2018 des cancers de la prostate*:*

T
Tx : tumeur primitive non évaluable **T0 : absence de tumeur** **T1 : tumeur non palpable ou non visible en imagerie** **T1a : tumeur occupant moins de 5% du tissu réséqué (la découverte est réalisée au cours d'une ablation d'adénome),** **T1b : tumeur occupant plus de 5% du tissu réséqué,** **T1c : tumeur découverte sur une biopsie prostatique en raison d'une élévation du taux des PSA** **T2 : tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)** **T2a : tumeur atteignant la moitié d'un lobe ou moins,** **T2b : tumeur atteignant plus de la moitié d'un lobe mais sans atteindre en totalité les 2 lobes,** **T2c : tumeur atteignant les 2 lobes** **T3 : extension extra capsulaire** **T3a : extension extra capsulaire uni- ou bilatérale, incluant l'extension au col vésical,** **T3b : extension aux vésicules séminales uni- ou bilatérale.** **T4 : Tumeur fixée ou atteignant d'autres structures que les vésicules séminales: vessie, sphincter, rectum, muscles releveurs de l'anus ou paroi pelvienne**
N
Nx : Pas d'évaluation du statut ganglionnaire **N0 : aucun ganglion métastatique des aires de voisinage mis en évidence,**

N1 : atteinte ganglionnaire pelvienne, **N1 mi : métastase ganglionnaire < 0,2 cm (optionnel).**
M
Mx : Pas d'évaluation du statut des métastases **M0 : Absence de métastases,** **M1 : Présence de métastases à distance, quelles qu'en soient les localisations ou la taille, avec :** **M1a : atteinte des ganglions non régionaux** **M1b : atteinte osseuse** **M1c : autres sites (foie, poumon…)**

Annexe 3 : Autorisation de collecte du directeur du CNHU-HKM

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

CELLULE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 18 OCT 2022

NOTE DE SERVICE

N°1758/MS/CNHU-HKM/DAF/CSMR

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Bordereau N°174/MS/CNHU-HKM/CSMR en date du 27 Septembre 2022 ;
- Demande de monsieur BONOU M.F. Carlos en date du 23 Septembre 2022 ;
- Photocopie de la carte nationale d'identité N° 100839596 ;
- Photocopie de la carte d'étudiant N° 15969914.

Dans le cadre de sa thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème «**Itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM**», Monsieur **BONOU Mahougbé Fary Carlos**, étudiant en septième année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données, à la **Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

A cet effet, le Chef Clinique et son Surveillant sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données. Ladite collecte se fera sous l'encadrement du chef Cellule de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/CSRM
- C/CUUA, Surveillant,
- Intéressée, Archives, Chrono

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Annexe 4 : Autorisation de collecte du chef service de la CUUA du CNHU-HKM

BONOU Mahougbé Fary Carlos
Etudiant en 7ème année de Médecine Générale
Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou
Tél : 96897143
Email : carlosbonma@gmail.com

Cotonou le 16 Septembre 2022

Au

Chef service de la Clinique
Universitaire d'Urologie-
Andrologie du CNHU-KHM

Objet: Demande d'autorisation de collecte de données

Monsieur le Chef service,
Nous venons solliciter auprès de votre bienveillance, une autorisation de collecte de données dans votre service.

En effet, nous souhaitons mener une étude dans le cadre des travaux de thèse de Doctorat en Médecine Générale sur le thème : « **Itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la Clinique Universitaire d'Urologie- Andrologie du CNHU-HKM** ». Ce travail s'effectuera durant l'année académique universitaire 2021 – 2022 sous la supervision du Professeur titulaire AVAKOUDJO Josué D.G. et du Maitre de Conférences Agrégé SAIZONOU Zinsou Jacques.

Dans l'attente d'une suite favorable à notre demande, veuillez agréer, Monsieur le Chef service, l'expression de notre reconnaissance.

27/09/2022
Avis favorable

BONOU M.F. Carlos

Table des matières

Liste du personnel enseignant i

Action de grâce vii

Dédicaces ix

Remerciements xi

Hommages xiv

Liste des sigles et abréviations xvii

Liste des tableaux xix

Liste des figures xxiv

Sommaire xxvii

Introduction 1

1-Généralités 5

1.1. Définition des concepts 6

1.2 Rappels sur la prostate 7

1.2.1 Embryologie 7

1.2.2 Anatomie descriptive 7

1.2.3 Physiologie 11

1.3 Hypertrophie bénigne de la prostate [16,17] 11

1.3.1. Epidémiologie 11

1.3.2. Facteurs de risque 12

1.3.3. Physiopathologie [17] 12

1.3.4. Signes cliniques [17] 13

1.3.4.1. Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) 13

1.3.4.2. Caractéristiques du toucher rectal 14

1.3.5. Examens paracliniques [16,17] 14

1.3.6. Diagnostic 15
1.3.6.1. Diagnostic positif 15
1.3.6.2. Diagnostic différentiel 16
1.3.7. Evolution 17
1.3.8. Traitement [16,17] 18
1.3.8.1 Buts 18
1.3.8.2. Moyens 19
1.3.8.2. Indications 21
1.3.9. Surveillance 22
1.4. Cancer de la prostate 22
1.4.1. Epidémiologie 22
1.4.2. Facteurs de risque 23
1.4.3. Physiopathologie 23
1.4.4. Signes 24
1.4.4.1 Signes cliniques 24
1.4.4.2. Signes paracliniques 25
1.4.5 Classifications 29
1.4.6 Formes cliniques [24–26,33] 32
1.4.6. Diagnostic 34
1.4.6.1. Diagnostic positif 34
1.4.6.2. Diagnostic différentiel [21] 34
1.4.7. Traitement 35
1.4.7.1. Buts 35
1.4.7.2. Moyens 35

1.4.7.3. Indications 39
1.4.8. Pronostic..... 40
1.4.9. Surveillance 41
2-Cadre et Méthodes d'étude 42
2.1. Cadre d'étude 43
2.1.1. Présentation du CNHU-HKM..... 43
2.1.2. Présentation de la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM 44
2.2. Méthodes d'étude 45
2.2.1. Type et période d'étude 45
2.2.2. Population d'étude 45
2.2.3. Echantillonnage 46
2.2.4. Collecte de donnés 46
2.2.4.1. Outil de collecte 46
2.2.4.2 Technique de collecte 47
2.2.5. Variables étudiées 47
2.2.5.1. Variable dépendante 47
2.2.5.2. Variables indépendantes 47
2.2.5.3. Définition opérationnelle de quelques variables 48
2.2.6. Traitement et analyse des données 49
2.2.7. Considérations éthiques..... 49
3-Résultats..... 50
3.1. Diagramme de flux 51
3.2. Caractéristiques générales des patients..... 52

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques 52
3.2.1.1. Age 52
3.2.1.2. Situation matrimoniale 52
3.2.1.3. Profession 53
3.2.1.4. Ethnie 53
3.2.1.5. Religion 54
3.2.1.6. Provenance 54
3.2.1.7. Niveau d'instruction 54
3.2.1.8. Couverture sanitaire 55
3.2.2. Antécédents cliniques médicaux 55
3.3. Itinéraire thérapeutique 56
3.3.1. Recours utilisés 56
3.3.2. Ordre du choix des recours utilisés 56
3.3.3. Facteurs justifiant le choix du type de recours 57
3.3.3.1. Personne ayant orienté vers le recours 57
3.3.3.2. Critères du choix des recours 57
3.3.4. Durée médiane de séjour par recours thérapeutique 58
3.3.5. Modalités du traitement traditionnel 59
3.3.5.1 Nombre de tradithérapeutes consultés 59
3.3.5.2. Type de traitement traditionnel 60
3.3.6. Consultations médicales 60
3.3.6.1. Délai de la première consultation médicale 60
3.3.6.2. Lieu de la première consultation 61
3.3.6.3. Professionnels de santé vus avant l'admission 61

3.3.6.4. Attitude des professionnels de santé à la première consultation.. 62

3.3.6.5. Respect de la prescription médicale..... 63

3.3.6.7. Demande de l'échographie prostatique et du taux du PSA avant la CUUA 64

3.4. Consultation à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM 65

3.4.1. Mode d'admission..... 65

3.4.2. Diagnostic évoqué..... 66

3.4.3. Présence de complications et stade initial de la tumeur..... 66

3.4.4. Modalités thérapeutiques à la CUUA 67

3.4.5. Séjour en hospitalisation..... 67

3.4.6. Suivi du traitement médicamenteux 68

3.4.7. Suivi des rendez-vous..... 68

3.4.8. Evolution des symptômes sous traitement 69

3.4.9. Satisfaction obtenue du recours à la médecine moderne 69

3.5. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction des données sociodémographiques des patients..... 70

3.5.1. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la profession 70

3.5.2. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction du niveau d'instruction..... 71

3.5.3. Choix de la médecine moderne au premier recours en fonction de la provenance et de la couverture sanitaire..... 72

3.6. Analyse des facteurs associés au recours tardif à la consultation médicale. 73

3.6.1. Délai de consultation médicale en fonction de la profession 73

3.6.2. Délai de consultation médicale en fonction du niveau d'instruction . 74

3.6.3. Délai de consultation médicale en fonction de la provenance et de la couverture sanitaire 75

3.6.4. Délai de consultation médicale en fonction du choix d'autres recours avant la consultation médicale..... 76

3.6.5. Délai de consultation médicale en fonction du nombre de tradithérapeutes consultés 77

3.6.6. Délai de consultation médicale et présence de complications dès l'admission à la CUUA..... 78

3.7. Relation entre l'évolution des symptômes avec le mode d'admission à la CUUA et la présence de complication initiale..... 78

3.7.1. Relation entre l'évolution des symptômes et le mode d'admission à la CUUA 78

3.7.2. Relation entre l'évolution des symptômes et la présence de complications dès l'admission à la CUUA 79

3.8. Facteurs associés au non-respect de la prescription médicale 80

3.9. Interprétation de la maladie 81

4-Discussion 82

4.1. Validité de la méthode 83

4.2. Atteinte des objectifs..... 83

4.3. Biais et limites..... 84

4.4. Commentaires et Comparaison des données 84

4.4.1. Caractéristiques générales des patients 84

4.4.1.1. Age..... 84

4.4.1.2. Antécédents médicaux 85
4.4.1.3. Autres caractéristiques 85
4.4.2. Interprétation de la maladie 86
4.4.3. Itinéraire thérapeutique des patients 86
4.4.3.1. Identification de l'itinéraire thérapeutique 86
4.4.3.2. Premiers recours thérapeutiques et justifications du choix 87
4.4.3.3. Autres recours 90
4.4.4. Consultations médicales 90
4.4.5. Motifs du recours tardif de la consultation médicale. 94
4.4.6. Facteurs limitant le traitement institué par le professionnel de santé. 95
Conclusion et Suggestions 97
Références 101
Annexes ..... a
Table des matières ..... n

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois,
En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et Devant l'effigie d'Hippocrate,
Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE DOYEN

VUE LE PRÉSIDENT DU JURY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les tumeurs prostatiques représentent un véritable problème de santé publique au Bénin. L'objectif de notre étude était d'étudier l'itinéraire thérapeutique des patients souffrant d'une tumeur prostatique à la CUUA du CNHU-HKM de Cotonou

Cadre et Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 03 mois. Etaient incluses dans notre étude les patients diagnostiquées et suivis dans le service d'urologie du CNHU-HKM pour une tumeur prostatique et ayant donné leur approbation.

Résultats : Durant notre période d'étude, 105 patients avaient été colligés dont 80% avaient été diagnostiqué une HBP. L'âge moyen des patients était de 65,97 ± 7,22 ans avec des extrêmes de 47 et 85 ans. Plus de la moitié étaient des retraités (60%), avec des niveaux d'instruction supérieur (55,24%) ou secondaire (27,62%). Les antécédents d'HTA (29,52%) et de diabète (4,76%) étaient les plus retrouvés. La consultation médicale était le recours majoritaire des patients à l'apparition des symptômes (74,28 %). Les 25,72% restants utilisaient un traitement traditionnel (23,82%) ou une automédication (1,90%) avant de consulter un agent de santé. Le délai de la première consultation médicale, majoritairement faite chez les médecins généralistes (53,03%), variait de moins d'une semaine à 10 ans et était de plus de 09 mois pour 44,30% dont 17,87% consultaient après 02 ans. La négligence et la peur des effets secondaires expliquaient ce retard. En plus, ajoutées aux difficultés financières et à l'absence de suivi régulier, ceux-ci constituaient un frein au respect du traitement institué. On notait un taux de complications de 24,76%.

Conclusion : L'itinéraire thérapeutique des patients présentant une tumeur prostatique est multifactoriel. Identifier ces facteurs permettra certainement d'améliorer la prise en charge.

Mots clés : Tumeur prostatique, Itinéraire thérapeutique, CNHU-HKM

ABSTRACT

Introduction : Prostate tumors are real public health problem in Benin. The objective of our study was to study the therapeutic itinerary of patients suffering from a prostate tumor at the CUUA of CNHU-HKM Cotonou**.**

Methods : This was a cross-sectional study, descriptive and analytical, covering a period of 3 months. Patients diagnosed a prostate tumor and followed at the urology department of CNHU-HKM were included in our study after their approval.

Results : During our study period, 105 patients were enrolled, 80% were diagnosed with BPH. The mean age of the patients was 65.97 ± 7.22 years with extremes of 47 and 85 years. More than half were retired (60%), with higher (55.24%) or secondary (27.62%) education levels. Hypertension (29,52%) and diabetes (4.76%) were the most common medical histories. Medical consultation was the main therapeutic use of patients at the onset of symptoms (74,28%). The remaining 25.72% used traditional treatment (23.82%) or self-medication (1.90%) before consulting a health professional. The delay of medical consultation, mostly done in general practitioners (53.03%), varied from less than a week to 10 years and was more than 09 months for 44.30% of which 17.87% consulted after 2 years. Neglect and fear of side effects explained this delay. Added to the financial difficulties, the lack of regular follow up they were an obstacle to the respect of the treatment. A complication rate of 24.76% was noted.

Conclusion: The therapeutic itinerary of patients with prostate tumors is multifactorial. Identifying these factors will certainly help to improve their management.

Key words : Prostate tumor, Therapeutic itinerary, CNHU-HKM