



Article Original

Prise en Charge du Cancer Avancé de la Prostate à l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry

Management of advanced prostate cancer at the Ignace Deen National Hospital of Conakry

Cisse D¹, Bangoura MF¹, Bah MB¹, Barry MI¹, Diallo TM¹, Amougou B¹, Diallo A¹, Bah MD¹, Kante D¹, Barry AO¹, Bah I¹, Diallo AB¹, Bah OR¹

¹. Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Auteur correspondant : Dr Cissé Demba,

Adresse e-mail :

adembacisse74@gmail.com

Tel : 00224 629 24 34 12

Mots-clés : Cancer avancé – Prostate – Problématique - Prise en charge.

Keywords: Advanced Cancer Prostate - Problematic - Management.

RÉSUMÉ

Objectif. Ressortir les problèmes liés à la prise en charge du cancer avancé de la prostate au service d’Urologie – Andrologie de l’Hôpital National Ignace Deen. **Population et Méthodes.** Il s’agissait d’une étude prospective de type descriptif d’une durée de neuf (9) mois réalisé entre le 02 janvier 2018 et le 30 septembre 2018. **Résultats.** L’étude a porté sur 60 patients admis pour cancer avancé de la prostate histologiquement confirmé ayant réalisés le bilan d’extension. L’âge moyen était de 73 ans. 73,33% des patients avaient un bas niveau de vie socio-économique. La manifestation clinique prédominante était la douleur osseuse (83,3%) associée à des troubles urinaires. La durée moyenne de consultation était de 18 mois. Le toucher rectal était évocateur de CaP dans 86,67% des cas. La majorité de nos patients avaient un taux de PSA total supérieur à 100 ng/ml (71,67%). Toutes les biopsies digito-guidées réalisées, avaient moins de 12 de carotte. L’histologie retrouvait un adénocarcinome dans tous les cas avec 43,33% de forme bien différenciée. Le site de prédilection des métastases était le tissu osseux atteignant plus le rachis lombaire 75,00% et le bassin 66,67%. La résection à ciel ouvert plus pulpectomie a été la plus pratiquée (38,33%). Le taux de décès était de 28,33%. Les facteurs prédictifs de décès étaient la différenciation tumorale (p = 0,00), le stade tumoral (p = 0,0001). **Conclusion.** Dans notre contexte le cancer de la prostate est souvent découvert à des stades avancés avec un taux de décès élevé d’où l’intérêt d’insister sur les moyens de dépistage précoce.

ABSTRACT

Objective. To highlight the problems related to the management of advanced prostate cancer in the Urology-Andrology department of the Ignace Deen National Hospital. **Population and Methods.** This was a descriptive-type prospective study lasting nine (9) months carried out between January 2, 2018 and September 30, 2018. **Results.** The study involved 60 patients admitted for histologically advanced prostate cancer. confirmed having carried out the extension assessment. The average age of our patients was 73 years old with extremes of 60 and 96 years old. 73.33% of patients had a low socio-economic standard of living. The predominant clinical manifestation was bone pain, 83.3% associated with urinary disorders. The average duration of consultation was 18 months for extremes of 8 months and 36 months. Digital rectal examination was suggestive of CaP in 86.67% of cases. The majority of our patients had a total PSA level above 100 ng/ml, (71.67%). All the finger-guided biopsies performed had less than 12 carrots. Histology showed that it was an adenocarcinoma in all cases with 43.33% of well-differentiated form. The predilection site of metastases was the bone tissue reaching more the lumbar spine 75.00% and the pelvis 66.67%. Open resection plus pulpectomy was the most practiced therapeutic choice (38.33%). The death rate observed 28.33%. The predictive factors of death were tumor differentiation (p = 0.00), tumor stage (p = 0.0001). **Conclusion.** In our context, prostate cancer is often discovered at advanced stages with a high death rate, hence the importance of insisting on early screening methods.

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate (CaP), se caractérise dans nos régions par un diagnostic le plus souvent tardif, à un stade localement avancé ou métastatique [1].

Ce retard de diagnostic est lié entre autres, à l’absence de dépistage individuel et aux difficultés d’accès aux soins

de santé [1], hypothéquant toute possibilité de traitement curatif. L’incidence du cancer de la prostate est en nette progression au cours de ces dernières décennies liée au vieillissement de la population, mais aussi et surtout au

dépistage par le dosage du PSA permettant le diagnostic à des stades précoces.

- Dans le monde, le taux d'incidence était de 97,7 cas pour 100 000 habitants en 2011, avec 307 481 cas de décès par le CaP en 2012 [2].
- En France, il a été enregistré 53 917 nouveaux cas en 2011 pour un taux de mortalité de 8893 cas, soit 7,5 % de décès [2].
- Aux États-Unis, environ 27 130 cas ont été diagnostiqués chez les afro-américains en 2009, représentant 34% de tous les cancers diagnostiqués dans cette population [3].

En Afrique, les données sur le CaP ne sont pas négligeables :

- Au Maroc, l'incidence du CaP était en nette augmentation pour atteindre 15,6 cas pour 100000 habitants en 2007 avec 548 nouveaux cas entre 2005 et 2007 [4].
- Au Nigéria, en 1997, l'incidence hospitalière était de 127 sur 100 000 habitants pour une mortalité de 20 000 [5].
- Au Sénégal, en 2004 Gueye. S M a rapporté 41,3% de cas de cancers avancés de la prostate à l'Hôpital général de Grand Yoff [1].
- Au Bénin, la fréquence hospitalière du CaP était de 12 % de l'ensemble des admissions et représentait plus de 2/3 soit 69% des cancers urologiques [6].
- En Guinée, A. B. Diallo entre janvier 2000 et décembre 2006 a rapporté 5% de cas de CaP sur 3895 hommes hospitalisés dans le service d'Urologie-Andrologie à l'Hôpital Ignace Deen [7].

La prise en charge au stade avancé du cancer de la prostate demeure un défi clinique en termes de survie, et d'amélioration de la qualité de vie des patients. L'incidence croissante du cancer avancé de la prostate et les difficultés liées à sa prise en charge en Guinée ont motivé le choix de ce thème intitulé : « Problématique de la prise en charge du cancer avancé de la prostate » dont le but était de ressortir les problèmes liés à la prise en charge du cancer avancé de la prostate.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 02 Janvier au 30 juin 2018 avec un recul moyen de 2,58 mois qui nous a permis d'évaluer les résultats du traitement reçu chez 60 patients hospitalisés pour cancer avancé de la prostate histologiquement confirmé ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service. Tous les patients hospitalisés pour cancer avancé de la prostate histologiquement confirmé ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service durant la période d'étude et qui ont accepté de participer à l'étude après consentement éclairé ont été inclus dans cette étude.

Nos variables d'étude étaient sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques.

Le coût élevé des examens, l'indisponibilité de certains examens et de la radiothérapie ont constitué les limites cette étude.

RÉSULTATS

Proportion du cancer de la prostate: le cancer avancé de la prostate a représenté 17% soit 60 patients 294 cas des autres pathologies urologiques.

Age: l'âge moyen de nos patients était de 73 ans avec des extrêmes de 60 ans et 96 ans

La tranche d'âge de 70-79 ans était la plus touchée avec 41,67 % (n=25), suivie de celle de 60-69 ans et de 80-89 ans avec respectivement 35,00 % et 18,33 %.

Délai de consultation: le délai moyen était de 18 mois avec des extrêmes de 8 et 36 mois la majorité des patients a consulté entre 8-17 mois, soit 48% et 21,67% des patients ont consulté entre 28 -37 mois.

A l'admission, 35% des patients présentaient un score d'ECOG de 3 (**Figure 1**).

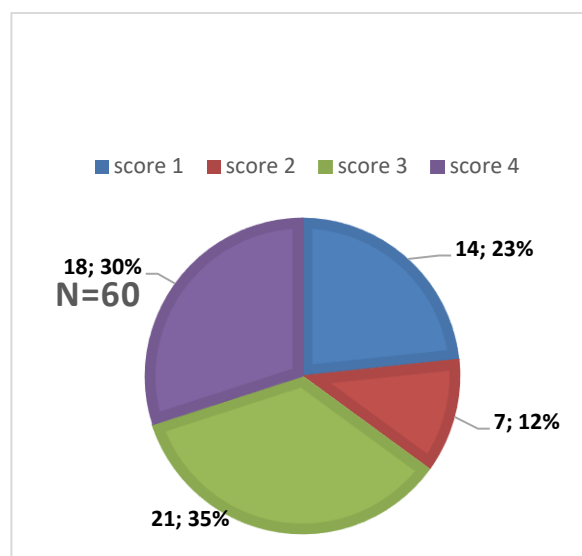


Figure 1 : Répartition selon le score d'ECOG à l'admission

Les principaux signes retrouvés à l'examen physique sont reportés dans le **tableau I**.

Tableau I. Répartition selon les signes physiques		
Signes physiques	Effectif	%
Blindage pelvien	52	86,66
Globe vésical	38	63,33
Œdème des membres inférieurs	24	40,00
Paraparésie	10	16,67
Trouble sensitif	9	15,00
Adénopathie inguinale	7	11,67
Hépatomégalie	6	10,00
Paraplégie	3	5,00
Contact lombaire bilatéral	1	1,67

Répartition selon les données du toucher rectal.

Le TR était évocateur de CaP chez l'ensemble de nos patients soit 100% (n=60).

Répartition selon le Taux de PSA total avant traitement 80% des patient avaient un PSA >100 ng/ml et 20% avaient un psa compris 50 et 100ng/ml

Répartition selon le type de prélèvement

42 fois par biopsie prostatique soit 70%, 15fois par ECP (25%) et 3 fois résection trans urétrale de la prostate Parmi les 42 biopsies réalisées, 30 ont été écho guidées et 12 digito guidées, le nombre de carotte prélevée était de 12 chez 29 malades biopsies et inférieur à 12 dans 13 cas

Le type histologique : tous nos patients avaient un adénocarcinome soit 100 % (n=60)

Le **tableau V** donne la répartition des patients selon le score de Gleason.

Tableau II. Répartition selon le Score de Gleason

Score de Gleason	Effectif	%
3 + 3 = 6	26	43,33
4 + 3 = 7	13	21,66
4 + 4 = 8	12	20,00
3 + 4 = 7	6	10,00
4 + 5 = 9	3	5,00
TOTAL	60	100,00

Répartition des patients selon le bilan d'extension.

La radiographie du bassin dorsolombaire et pulmonaire ont été réalisées chez tous nos malades ; l'échographie abdomino-pelvienne chez 11 patients et 4 patients ont réalisé le TDM cérébrale. Le **tableau VI** regroupe les différentes localisations à distance.

Tableau III. Répartition selon la localisation des métastases

Localisation des métastases	Effectif	Pourcentage
Rachis	45	75,00
Bassin	40	66,67
Poumons	24	40,00
Fémur	13	21,67
Côtes	9	15,00
Foie	6	10,00
Cerveau	3	5,00

Les principaux stades retrouvés de la classification TNM de ces différentes tumeurs étaient T4NxM1b et T4NxM1c chez 18 patients (30,00 %) respectivement.

Différentes modalités thérapeutiques étaient retenues en fonction du stade de la maladie (**Tableau VII**) ; la principale étant la résection à ciel ouvert associée à une pulpectomie.

Tableau VII. Répartition selon le traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage
ECP + Pulpectomie	23	38,33
Pulpectomie seule	13	21,67
RTUP + Pulpectomie	9	15,00
Analogue LH-RH + Anti-Androgène	8	13,33
RTUP + Anti-Androgène + Analogue LH-RH	4	6,67
ECP + Anti-Androgène + Analogue LH-RH	2	3,33
Chimiothérapie	1	1,67
Total	60	100,00

Évolution trois mois après le traitement

Trois mois après le traitement, 32 patients soit 53,33%, avaient un état clinique amélioré. Dix-sept patients soit 28,33% étaient décédés ; sept patients soit 11,67% avaient un état aggravé, tandis que 4 patients, soit 6,67% avaient un état stationnaire.

Tableau IV : corrélation entre le degré de différenciation tumorale et l'état clinique 3 mois après traitement.

Score de Gleason	Aggravé	Amélioré	Décédé	Stationnaire	Total
6	1	24	0	1	26
7	4	6	6	3	19
8 - 10	2	2	11	0	15
TOTAL	7	32	17	4	60

Les facteurs prédictifs de décès étaient la différenciation tumorale (p = 0,00), le stade tumoral (p = 0,0001) Notamment à partir d'un score de Gleason à partir de 6 et une classification TNM à partir de T4NxM1c.

Tableau V: corrélation entre le stade TNM et l'évolution clinique.

Stade TNM	Aggravé	Amélioré	Décédé	Stationnaire	Total
T3bNxMx	0	5	0	0	5
T3bNxM1b	0	3	0	0	3
T4N1M1b	1	0	0	0	1
T4NxMx	0	9	0	0	9
T4NxM1b	4	12	0	2	18
T4NxM1c	2	3	11	2	18
T4N1M1c	0	0	6	0	6
TOTAL	7	32	17	4	60

DISCUSSION

Données sociodémographiques

Au cours de notre étude la proportion était de 17% soit 60 patients sur 294 étaient porteurs de cancer avancé de la prostate. Dans le même service elle était de 5% sur 3895 en 2006 [7]. Cela prouve l'incidence croissante du Cap en Guinée.

L'âge moyen de nos patients était de 73 ans avec des extrêmes de 60 et 96 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 70-79 ans avec 25 cas soit 41,67%. Fofana. A en Côte d'ivoire [8], Diallo A. B. en Guinée [7] ont rapporté respectivement des âges moyens de 68ans et 70,3 ans. Ainsi le CaP est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans et touche en majorité les sujets âgés.

Données de l'examen clinique

Les motifs de consultations étaient dominés par les douleurs osseuses soit 83,3% (n=50) suivi de l'AEG 75% (n=45). Ce résultat est contraire à celui de K. Tengue au Togo qui décrivait dans son étude les troubles mictionnels comme symptôme majeur du CaP soit 89,2% (n=207) dans une série de 232 cas [12].

L'existence de manifestations osseuses au cours de la maladie cancéreuse prostatique traduit un stade avancé de la maladie, chez un malade chronique de plus de 18 mois d'évolution. la méconnaissance des signes de la maladie d'une part, la prééminence de la médecine traditionnelle et la pauvreté de la population d'autre part, expliquerait cette situation.

Ce résultat est semblable à celui de Fofana. A qui a trouvé 85,6% des patients qui ont consulté entre 2 et 3 ans après le début des manifestations cliniques [8]. Ce qui rend le pronostic du cancer sombre [18].

L'état général était altéré avec un Score Ecog 3 pour 21 patients soit 35% suivi du score Ecog 4 pour 18 patients soit 30 %.

K. Tengue a rapporté un score Ecog 3 chez 128 patients [11]. le retard à la consultation pourrait expliquer cet état de fait, avec des patients qui consultent avec le blindage pelvien ou un globe vésical soit 86,6 % et 63,33 % respectivement donc a des stades de métastases. Ceci était évocateur de CaP chez l'ensemble de nos patients soit 100% des cas Mohamed AIT CHTOUK en 2016 au Maroc a rapporté la para parésie dans 33% sur 195 cas [10]. L. Niang au Sénégal a trouvé 87 % des cas de TR évocateurs de CaP [13].

Données paracliniques

La majorité de nos patients avaient un taux de PSA total supérieur à 100 ng/ml soit 80,00% (n=43), K. Tengue au Togo a fait le même constat avec 90,5% de PSA supérieur à 100 ng/ml [11].

les biopsies digito-guidées ont été réalisées dans 12 cas soit 28,57% et échoguidées chez 48 patients. Ces biopsies ont conclu a des adénocarcinomes soit 100% (n=60). Ce résultat est conforme a celui de la littérature ou l'adénocarcinome représente le type histologique le plus fréquent [8, 15].

Dans notre étude 43,33% (n=26) de nos patients avaient une tumeur bien différenciée alors que 31,67% (n=19) avaient des tumeurs peu différenciées et 25,00% (n=15) avaient des tumeurs indifférenciées. M. Benattaa a rapporté 59.7% de tumeur peu différenciée chez 49.2% des 331 patients qui avaient des biopsies positives [14].

Le bilan d'extension reposait essentiellement sur des examens d'imagerie. Tous nos patients avaient réalisé la radiographie osseuse et pulmonaire par contre la tomodensitométrie n'a été réalisée que chez 6,67 % (n=4) de nos patients. La scintigraphie osseuse, l'imagerie par résonance magnétique n'ont été réalisées chez aucun de nos patients due au coût élevé de ces examens néanmoins ce bilan réalisé a mis en évidence des métastases chez la majorité de nos patients au niveau du tissu osseux dont les localisations préférentielles étaient le rachis soit 75% (n=45) et le bassin soit 66,67% (n=40) suivi de métastases pulmonaires soit 40% (n=24). LEBRET dans son étude à PARIS en 2008, avait relevé que la localisation la plus retrouvée était le tissu osseux dans 90% des cas [16].

.En effet le cancer de la prostate est un cancer fortement ostéophile et il faut ajouter que ce taux est sous-estimé car si les patients avaient réalisé les explorations comme la scintigraphie osseuse et l'imagerie par résonance magnétique, la découverte des métastases osseuses serait plus importante au vu de ces PSA élevés. M. Ndoye a rapporté dans son étude 22,00% des patients qui ont réalisés l'IRM et 4,3% ont réalisés la TDM [17].

Dans notre étude le stade tumoral le plus représenté était le Stade T4NxM1b soit 30 % (n=18) et le stade T4NxM1c soit 30,00% (n=18) suivi du stade T4NxMx 15 % (n=9). K. Tengue a retrouvé 31,5% de CaP au stade T4NOM1 [11]. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'insuffisance de bilan d'extension ce qui représentait une limite à notre étude.

Données thérapeutiques

La castration chirurgicale, l'évidement cervicoprostatique plus la Pulpectomie ont été les plus réalisés suivi de la résection trans urétrale de la prostate plus Pulpectomie. L. Niang a rapporté 70 % de castration chirurgicale [13]. Ce choix nous semble judicieux pour nos patients pauvres et pour éviter la mauvaise observance. Le pronostic du cancer est sombre du fait du retard de diagnostic et son traitement [18]. A trois mois de traitement on notait une amélioration de leur tableau clinique chez 32 avec un score ECOG 1 chez 25 patients contre 17. L'on notait une régression de PSA chez 25,58% (n=11) < 4 ng/ml contre 4-23 ng/ml chez 23,26% (n=10) des patients en vie (n=43). K. Tengue notait une amélioration de l'état clinique chez 21,5% des patients à 3 mois de traitement [11].

Certains facteurs avaient été retrouvés comme pouvant être prédictifs des décès. En effet plus la tumeur était indifférenciée, plus le taux de survenue de décès était élevé (p = 0,0000). De même, un stade avancé de la tumeur prédisposait au décès (p = 0,0001).

CONCLUSION

Le cancer de la prostate est une affection fréquente en Guinée avec une incidence croissante. Dans notre série il se manifestait essentiellement par des douleurs osseuses associées à une altération de l'état générale. Sa prise en charge efficace dans notre contexte de travail se heurte à certaines difficultés comme le retard à la consultation, le faible niveau de vie socio-économique des patients et l'inaccessibilité des moyens d'investigations. Ceci expliquerait La présence de nombreuses formes métastasées également le taux de décès par cancer de prostate élevé dans notre série. Le traitement consistait dans la majorité des cas à la castration chirurgicale. Ainsi les perspectives demeurent, une meilleure organisation du système sanitaire, avec l'engagement et la prise de conscience de tous les partenaires impliqués dans les soins de santé.

RÉFÉRENCES

1. Gueye SM, Jalloh M, Labou I, Niang L, Kane R, Ndoye M. Profil clinique du cancer de la prostate au Sénégal. Afr J Urol 2004 ; 10 :203-7.
2. Terrier. M, Terrier ^a J.E, Paparel ^a P, Morel-Journal ^a N, Baldini ^a A, Ruffion ^a A. Epidémiologie, diagnostic et pronostic du cancer de la prostate. Médecine Nucléaire 41 (2017)
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures for African-Americans 2009-2010. Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/cffaa20092010pdf.pdf>. (Accessed March 2, 2011).
4. Benider, Harif et al. Registre des cancers de la région du grand Casablanca Edition 2012
5. Osege DN. Prostate cancer in Nigerians: facts and nonfacts. J Urol 1997;157(4):1340-3.
6. Ouattara A, Hodonou R, Avakoudjo J, Cisse D, Zango B, Gan-daho 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. Prog Urol 2012; 22:261-5.
7. Diallo¹ A.B, Barry² A. M, Bah¹ I, Youwe Dombou¹ N, Barry¹ M, Diallo M. B. Caractéristiques épidémiologiques du

cancer de la prostate en Guinée. Afr J Urol 1110-5704. Vol. 14, No. 3, 2008 : 105-113.

8. Fofana A, et al. Cancer métastase de la prostate : Aspects socio-économiques, radiologiques et évolutifs en côte d'ivoire. Afr J Urol (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2016.11.002>.

9. Bouffieux C, Denis L, Mahler C, De Leval J. Cancer actualité, diagnostique, prostatique et thérapeutique. Acta Urol.Belg. 1985;143(3):342-5.

10. Parent Me, Siemiatycki J. Occupation and prostate cancer. Epidemiol.Rev. 2001;23(1):138-43.

11. Tengue^a K, Kpatcha^a T.M, Botchoa G. et col. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. African Journal of Urology (2016) **22**, 76–82.

12. Mohamed Ait Chtouk

Prise en charge du cancer de la prostate localement avancé et métastatique, étude rétrospective à propos de 195 cas (2011 - 2015) au CHU Mohammed VI Marrakech aux services suivants : service d'urologie, d'onco-radiothérapie, de médecine nucléaire et de rhumatologie. Thèse N 120. Médecine MARRAKECH 2016

13. Niang L, Ndoye M, Ouattara A et col. Cancer de la prostate: quelle prise en charge au Sénégal? Progrès en urologie (2013) **23**, 36 - 41.

14. [Benatta^a M](#), [Mehdid^a M](#), [Benhatchi^b N](#), [Djazouli^c M.A](#), [Boualga^d](#)

K. Résultats de la biopsie prostatique chez les patients algériens avec un PSA élevé et/ou un toucher rectal. [African Journal of Urology Volume 18, Issue 3](#), September 2012, Pages 138-142

15. Punga Maole A.M-L., Moningo D.M, ayembe P.K. Etude de dépistage du cancer de la prostate au sein d'une population d'employés au sein d'une entreprise de Kinshasa en république démocratique de Congo. Taux de détection et facteur de risque nutritionnels et géographique. Progrès en urologie (2008) **18**, 512-518.

16. NDOYE M, Niang L, Gandaho K.I. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate à l'hôpital grand yoff Senegal. Article original. Progrès en Urologie (2014)**24**, 271 - 275.

17. **Lebret T, MéjeanA, Houédé N.** Physiopathologie et nouvelles stratégies thérapeutiques dans la prise en charge des métastases osseuses du cancer de la prostate. Article de revue. Progrès en Urologie 2011; 21:301–7.