

Étude de la prise en charge du cancer de la prostate au Centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso : à propos de 121 cas

B. Zango*, T. Kambou*, O. Lompo**, A. J. Sanon*,
A. C. Traoré*, B. Bonkougou*, T. Ouattara*, A. Sanou***

Résumé

Les auteurs rapportent les résultats épidémiolo-cliniques et thérapeutiques d'une étude descriptive de 121 cas de cancer de prostate. L'étude a été menée entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1999. Elle était basée sur l'exploitation des dossiers des malades. Étaient inclus les cas de cancer avec confirmation histologique et les cas cliniquement suspects accompagnés de taux sériques d'antigène spécifique de la prostate (PSA) supérieurs à 20 ng/ml.

Parmi les 51 cas qui ont été classés cliniquement, 48 étaient évolués. Les PSA réalisés dans 50 cas étaient supérieurs à 80 ng/ml dans 60 % des cas. Tous les cancers confirmés étaient des adénocarcinomes, soit 104 cas ; le score de Gleason établi dans 95 cas était supérieur à 7 dans 55 % des cas.

Le traitement était la castration chirurgicale dans 22 cas. Il était palliatif dans 33 cas. Dans 66 cas, c'était l'abstention.

Cinq décès ont été enregistrés en 6,1 mois de suivi. Ainsi donc, nos cas de cancer étaient en majorité évolués, rendant la chirurgie radicale isolée impossible. Il est nécessaire de faire une détection précoce chez nos patients à partir de la quarantaine. Le toucher rectal est la clé de voûte de cette détection. Ceci permettra un traitement curatif.

Mots-clés : cancer prostate, traitement, Burkina Faso.

Management of prostate carcinoma at Sanou Souro hospital of Bobo-Dioulasso : about 121 cases

Abstract

The authors report the results of a retrospective study about 121 cases of prostate carcinoma. Clinical and therapeutic aspects were analysed. Study has concern the period running from 01/01/96 to 31/12/99 and was based on exploitation of patients medical wards.

* Service d'Urologie Centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, B. P. 676 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
E-mail : zango_barnabe@yahoo.fr

** Service d'Anatomo-pathologie Centre hospitalier national de Bobo-Dioulasso.

*** Service de Chirurgie viscérale, Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Were included cases confirmed by histology and cases with prostate specific antigen (PSA) level upon 20 ng/ml. Of 51 cases staged by clinical examination 48 were advanced. PSA were measured in 50 cases and were upon 80 ng/ml in 60% of cases. All cases confirmed by histology were adenocarcinomas. It was in 104 cases. Gleason score was established in 95 cases and was upon 7 in 55 % of cases. Treatment was castration in 22 cases. In 33 cases the treatment was palliatif. Abstention was observed in 66 cases. Patients were followed during 6,1 months with five cases of death. In conclusion, our cases of prostate carcinoma were advanced invaliding radical treatment. It is necessary to detect prostate carcinoma in all man aged 40 years or more. This procedure will conduct to radical treatment.

Keywords : prostate carcinoma, treatment, Burkina Faso.

Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Il atteint le sujet âgé de plus de 60 ans dans la plupart des cas. Sa principale manifestation clinique est la dysurie chronique. Cette dysurie n'inquiète généralement pas le patient qui finit par s'y habituer, laissant évoluer la maladie. Pourtant, c'est aux stades précoces que le traitement, basé sur la prostatectomie radicale ou la radiothérapie radicale, est efficace avec des taux de survie de 90 à 95 pour 100 à 5 ans pour les stades T2 (ou B) contre 40 à 70 pour 100 de survie à 5 ans pour les stades T3 (SCHILD, 1998 ; BOCCON-GIBOD, 1999). C'est dire que le diagnostic doit être précoce. Les expériences de dépistage de masse qui ont été tentées ici et là n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et sont toujours controversées (GARNICK, 1993 ; CORMIER et MANGIN, 1999). Aussi, c'est au dépistage individuel que l'effort doit être consacré. Ce dépistage individuel est basé sur le toucher rectal systématique à chaque occasion de consultation à partir de la quarantaine.

Dans le but d'analyser les traitements du cancer de la prostate dans notre service, une étude descriptive a été faite sur une période de quatre ans.

Patients et méthode

L'étude était descriptive. Elle a été menée sur quatre ans entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 1999 sur 121 dossiers médicaux et les différents registres (consultations et hospitalisations).

Les données ayant fait l'objet d'étude étaient :

- les caractéristiques des patients, à savoir l'âge, la fréquence du cancer, les circonstances de découverte, les antécédents familiaux et la durée d'évolution des signes ;
- cliniques, à savoir le stade clinique de la prostate au toucher rectal en utilisant la classification TNM de 1992, la recherche de métastase ;

– paracliniques, à savoir l'échographie de la prostate avec répartition du volume de la prostate en trois classes : classe 1 pour les volumes inférieurs ou égaux à 50 cc, classe 2 pour les volumes supérieurs à 50 cc et inférieurs ou égaux à 100 cc, classe 3 pour les volumes supérieurs à 100 cc le dosage de l'antigène spécifique de la prostate, avec répartition du taux sérique en trois classes : classe 1 pour les taux inférieurs ou égaux à 15 ng/ml, classe 2 pour les taux supérieurs à 15 et inférieurs ou égaux à 75, classe 3 pour les taux supérieurs à 75 ; le dosage des phosphatases acides totales, l'échographie du foie, l'urographie intraveineuse, les radiographies des poumons et des os, l'histologie du cancer et la nature du prélèvement prostatique ayant fait l'objet d'étude. Il s'agissait de pièces de biopsie transpérinéale guidée au doigt, d'adénomectomie, d'évidement cervicoprostatique à ciel ouvert et de copeaux de résection endoscopique de la prostate. Aucune pièce n'a été examinée à l'état frais. Tous les prélèvements ont été conservés dans du liquide de boin et confiés au laboratoire ;

– thérapeutiques, incluant les modalités et les résultats. Le traitement était la castration chirurgicale par pulpectomie, la chirurgie palliative par création d'un tunnel cervicoprostatique et par évidement cervicoprostatique. Le traitement incluait également l'abstention avec simple surveillance. C'était les cas de découverte sur pièce d'adénomectomie et certains cas de diagnostic sur biopsie transpérinéale.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

– étaient inclus tous les cas où il y avait une confirmation histologique du cancer, et les cas où le toucher rectal et/ou l'échographie évoquaient un cancer associé à un taux de PSA supérieur à 20 ng/ml pour une normale inférieure à 4 ng/ml ;

– étaient arbitrairement exclus les cas où le toucher rectal évoquait un cancer avec un taux de PSA inférieur à 20 ng/ml en l'absence de la confirmation histologique ;

– le test statistique utilisé était le X^2 avec un intervalle de confiance à 95 % sur logiciel Épi info version 6.04.

Résultats

Caractéristiques des patients

La fréquence du cancer

En quatre ans, 121 cancers de la prostate ont été diagnostiqués, soit 30 cas par an.

L'âge de nos patients

L'âge moyen était de 68,60 ans avec des extrêmes de 50 et 106 ans. Les patients âgés de moins de 60 ans représentaient 12 % des cas.

Circonstances de découverte

Le cancer a été découvert à l'occasion d'une rétention aiguë d'urines dans 49 cas. Dans 18 cas, c'était une hématurie totale. La dysurie a été retrouvée dans 69 cas.

Les lombalgies associées étaient notées chez 82 patients.

Un seul cas de cancer familial a été découvert où deux frères étaient atteints.

Durée d'évolution des signes avant la consultation

Elle a été précisée dans 36 cas. La durée variait entre 1 et 48 mois avec une moyenne de 14,22 mois.

Bilan diagnostique

Données cliniques

Le tableau I résume les stades cliniques de la prostate au toucher rectal. Parmi les 121 patients, les résultats du toucher rectal ont été notés dans 115 cas, et 39,5 % des cas étaient aux stades T3 et T4. Pour le diagnostic, la sensibilité du toucher rectal était de 60 pour 100.

Tableau I. Répartition de 121 patients selon le stade clinique.

Stade clinique	Nombre	%
T4	34	28
T3	14	11,50
T2	3	2,50
Prostate suspecte sans précision de stade	18	15
Prostate non suspecte	46	38
Pas de renseignement	6	5
Total	121	100,0

Données paracliniques

– L'imagerie

L'échographie de la prostate a été faite chez tous les patients. Le volume a été noté chez 61 d'entre eux. Le volume allait de 18,1 cc à 604,4 cc avec un volume moyen de 124,20 cc. Dans 48 cas, l'échographie évoquait des signes de malignité, soit une sensibilité de 39,66 pour 100.

L'urographie intraveineuse a été faite dans sept cas et montrait une hydronéphrose bilatérale dans les sept cas.

– Les marqueurs tumoraux

Le taux sérique de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) a été dosé dans 50 cas. Il allait de 0,32 ng à 2 947 ng/ml avec un taux moyen de 367,67 ng/ml. Soixante pour cent des cas (30 cas) avaient un taux supérieur à 80 ng/ml. Chez 28 patients qui ont eu à la fois une détermination du volume de la tumeur et un dosage des PSA, l'association entre la classe de volume et la classe de PSA donnait un $X^2 = 8,54$, 2ddl, $p = 0,014$.

– Les aspects histologiques

La confirmation histologique du cancer a été obtenue dans 104 cas. Tous ces 104 cas étaient des adénocarcinomes.

Le tableau II indique la nature du prélèvement à partir duquel l'analyse histologique a été faite. Dans 10 cas, on n'avait pas d'histologie. Dans sept cas, l'histologie répondait adénome sur des prélèvements faits à l'aiguille.

Tableau II. Répartition de 104 pièces anatomiques selon la nature du prélèvement.

Nature du prélèvement	Nombre	%
Adénomectomie	44	42,3
Biopsie transpérinéale	26	25,0
Copeaux de résection endoscopique	7	6,7
Evidement prostatique à ciel ouvert	27	26,0
Total	104	100,0

Le score de Gleason a été précisé dans 95 cas.

Les cancers de score 2 à 5 représentaient 21 pour 100 des cas, ceux de score 6 ou 7 valaient 56 pour 100 des cas, et 23 pour 100 des cas avaient un score de 8 à 10.

La catégorisation en deux donnait 43 cas de score inférieur ou égal à 6 et 52 cas de score supérieur ou égal à 7.

Le tableau III donne la répartition des scores de Gleason dans les stades T3 et T4.

Parmi les 33 cas des cancers aux stades T3 et T4 où le score de Gleason a été établi, 24 soit 72,72 % avaient un score supérieur ou égal à 7.

Tableau III. Répartition de 33 cas de cancer aux stades T3 et T4 selon le score de Gleason.

Stades cliniques	Score de Gleason									Total
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
T3	-	1	-	-	1	3	3	-	1	9
T4	-	2	1	1	3	12	3	2	-	24
Total	-	3	1	1	4	15	6	2	1	33

Bilan d'extension

Les métastases

Sur 37 cas ayant eu une radiographie pulmonaire, cinq cas de métastases à type de lâchers de balons ont été découverts.

Des 12 patients ayant bénéficié de radiographies osseuses, il y avait quatre cas de métastases localisées au rachis lombaire et au bassin. Aucune scintigraphie osseuse n'a été faite.

Il n'y a pas eu d'exploration du système lymphoganglionnaire.

Aspects thérapeutiques

Modalités thérapeutiques

Les tableaux IV et V donnent les détails des traitements qui ont été appliqués.

Les cas d'abstention concernaient tous les cancers découverts sur pièce d'adénomectomie et certains cas découverts sur des pièces de biopsie non suivis de traitement.

Tableau IV. Répartition des traitements chez 121 patients selon la modalité thérapeutique.

Traitements	Observations	%
Pulpectomie	22	17,74
Chirurgie palliative	33	26,61
Abstention	66	55,65
Total	121	100,0

Tableau V. Répartition de 33 traitements chirurgicaux palliatifs selon la modalité.

Stade clinique	Traitement		Total
	Tunnelisation endoscopique	Évidement prostatique à ciel ouvert	
T4	3	5	8
T3	0	7	7
Non précisé	3	15	18
total	6	27	33

Résultats du traitement

– Évolution de la miction : à six mois, 25 des 33 patients ayant bénéficié de chirurgie palliative, soit 75,75 %, ont avoué avoir des mictions améliorées ; tandis que 40 des 66 patients, soit 60,60 % chez qui c'était l'abstention, ont avoué avoir des mictions améliorées à six mois.

Suivi

Le suivi a été assuré pour 106 patients. La durée moyenne de suivi a été de 6,1 mois. Les extrêmes étaient 1 et 35 mois. Au cours de cette période, cinq décès liés au cancer de la prostate ont été enregistrés. C'était tous des cancers de stade T4.

Discussion

Cette étude descriptive nous a permis d'une part, d'approcher le profil épidémiologique-clinique du cancer de la prostate que nous rencontrons dans notre hôpital et, d'autre part, de faire le point de nos moyens thérapeutiques et d'en mesurer les résultats.

Le cancer de la prostate, dans notre étude, était découvert en majorité chez l'homme de plus de 60 ans, avec un âge moyen de 68,60 ans. Ceci est comparable aux résultats observés dans les pays développés. En effet, au Canada, le cancer de la prostate est diagnostiqué chez les hommes de plus de 65 ans (ELLISON *et al.*, 1998). En France, l'âge moyen du diagnostic est de 72 ans (MOTTET *et al.*, 1995). Cependant, nous pensons que l'âge moyen de nos patients était surestimé, car ceux-ci se présentaient loin du début des signes avec un délai moyen de 15,24 mois.

Cette présentation tardive explique que nous ayons eu 39,50 % de malades aux stades T3 et T4 au moment du diagnostic contre uniquement 2,50 % seulement au stade T2. Aux USA, 60 % des cas diagnostiqués sont des formes localisées (BRAWLEY *et al.*, 1998). Au Canada, 73,2 % des cancers diagnostiqués sont localisés tandis que seulement 26,8 % sont de formes évoluées (LABRIE *et al.*, 1999).

Le toucher rectal était supérieur à l'échographie sus-pubienne pour le diagnostic clinique quand on considère les sensibilités. Le toucher rectal avait une sensibilité de 60 % et l'échographie sus-pubienne une sensibilité de 39,66 %.

Les 104 cas qui ont été histologiquement confirmés étaient tous des adénocarcinomes. Dans 17,30 % des cas, le cancer était au sein d'une hypertrophie adénomateuse. L'importance numérique des cas de cancer, découverts au sein d'une hypertrophie adénomateuse, justifie le fait que nous ayons retenu les sept cas étiquetés adénomes alors que cliniquement ces cas étaient suspects et en plus les marqueurs y étaient élevés. Du reste, ces sept cas étaient obtenus par biopsie à l'aiguille guidée au doigt or cette méthode peut passer à côté du cancer.

Le score de Gleason établi dans 95 cas était de mauvais pronostic dans la majorité des cas (score supérieur ou égal à 7). Les cancers aux stades T3 et T4 avaient majoritairement un score supérieur ou égal à 7. Ce qui est en accord avec la littérature car le score de Gleason évolue avec le stade clinique de la maladie (GARNICK, 1993).

Il y avait une association entre la classe de volume de la tumeur et la classe du taux sérique des PSA. Plus la classe de volume de tumeur était élevée et plus la classe de taux de PSA était élevée ($X^2 = 8,54$, ddl = 2, $p = 0,014$). En effet, un centimètre cube de cancer de prostate élève le taux de PSA de 3,50 ng/ml de sang (STAMEY, 1989).

Parmi les 50 cas où il y a eu un dosage des PSA, 60 % avaient un taux supérieur à 80 ng/ml. À ce taux, le cancer est souvent métastasé (GARNICK, 1993) ; mais nous n'avons enregistré que neuf cas de métastases. C'est probablement parce que tous les malades n'ont pas bénéficié de bilan d'extension d'une part, d'autre part parce que les moyens d'examen étaient insuffisants.

Sur le plan thérapeutique, aucune chirurgie radicale n'a été conduite. L'indication était rare ; seuls trois patients étaient au stade clinique T2 et pouvaient en bénéficier mais ils l'ont refusée après explication sur la morbidité post-opératoire éventuelle. Aucune radiothérapie radicale n'a été conduite non plus. La radiothérapie n'était pas disponible dans nos structures sanitaires.

Les 22 cas de pulpectomie étaient tous au stade T4. L'hormonothérapie est normalement indiquée chez les patients porteurs de cancer avec métastases (ELLISON *et al.*, 1998 ; GARNICK, 1993) et chez les patients de plus de 70 ans, porteurs de cancer de stade T2 ou plus ; l'hormonothérapie, même dans les cancers non métastasés, améliore la survie (FOWLER *et al.*, 1998). Les cas d'abstention concernaient les cancers découverts sur des pièces d'adénomectomie et sur des pièces de biopsie prostatique transpérinéale. Les patients concernés par l'adénomectomie étaient immédiatement améliorés, pour la plupart par ce geste et ne voyaient pas l'intérêt d'un second geste. Quels résultats thérapeutiques avons-nous observés ?

L'amélioration de la miction, en terme de qualité de vie et non de façon objective par débimétrie, a été constatée au sixième mois chez 75,75 % des sujets chez qui il a été fait un traitement chirurgical palliatif et chez 60,60 % des sujets chez qui c'était l'abstention.

Chez les 22 patients chez qui une pulpectomie a été faite, seuls neuf patients, soit 41 %, ont avoué une amélioration sensible de la miction au sixième mois.

Le caractère rétrospectif n'a pas permis d'avoir des données concernant l'évolution des PSA et du volume de la tumeur dans les cas de pulpectomie.

En terme de survie, 106 patients ont été suivis en moyenne 6,1 mois pendant lesquels cinq décès ont été enregistrés.

Nous constatons que la prise en charge thérapeutique n'est pas satisfaisante. En effet, aucun geste radical n'a été fait.

Notre diagnostic était tardif, avec une majorité de patients aux stades T3 et T4. Les patients au stade T3 peuvent bénéficier d'une chirurgie radicale si l'extension extraprostatique est limitée et si les marges de section sont négatives (BOCCON-GIBOD, 1999) ; cela suppose une imagerie fiable et une possibilité de faire un examen histologique extemporané ou légèrement différé et une radiothérapie adjuvante.

Pour notre part, ne disposant pas de possibilité de faire un examen histologique extemporané des curages ganglionnaires ni des recoupes, il est prudent pour nous de limiter l'indication de cette chirurgie au stade T2, même si dans 25 à 30 pour 100 des cas de ce stade, les ganglions pelviens sont envahis (GARNICK, 1993).

En conclusion, le cancer de la prostate est fréquemment diagnostiqué dans notre hôpital (30 par an). Il s'agit d'adénocarcinome de mauvais pronostic et diagnostiqué à des stades avancés ne permettant pas une bonne prise en charge. Le diagnostic peut être précoce par un dépistage individuel systématique à partir de la quarantaine. Ce dépistage est basé sur le toucher rectal ; s'il est anormal, le dosage des PSA et la biopsie prostatique guidée par l'échographie endorectale devront suivre. □

Références bibliographiques

BOCCON-GIBOD L., 1999. Chirurgie curative du cancer de la prostate : la prostatovésicectomie totale. *Oncologie* 1 (7) : 385-89.

BRAWLEY O., KNOPF K., MERILL R., 1998. The epidemiology of prostate cancer part I : descriptive epidemiology. *Semin Urol Oncol.*, 16 : 187-92.

CORMIER L., MANGIN PH., 1999. Cancer de la prostate: épidémiologie et santé publique. *Oncologie*, 1 (7) : 361-68.

- ELLISON L. F., STOKES J., GIBBONS L., LINDSAY J., LEVY I., MORRISON H., 1998.** Maladies chroniques au Canada. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : X. Cancer de la prostate. Santé Canada-MCG C, 19 (1) 1-17.
- FOWLER J. E., BIGLER S. A., KOLSKI J. M., YEE D. T., 1998.** Early results of a prospective study of hormone therapy for patients with locally advanced prostate carcinoma. *Cancer*. 82 (6) :1112-17.
- GARNICK M. B., 1993.** Prostate cancer : screening, diagnostic, and management. *Ann Intern Med* ; 118 : 804-18.
- LABRIE F., CANDAS B. , DUPONT A., et al. 1999.** Screening decreases prostate cancer death : first analysis of the 1998 Quebec prospective randomized controlled trial. *Prostate*. 83-91.
- MOTTET A. N., COSTA P., LE PELLEC L., LOUIS J., NAVRATTIL H., 1995.** Cancer de la prostate.I. *Epidemiologie. Prog Urol*, 5 : 31-37.
- STAMEY T. A., KABALIN J. N., MCNEAL J. E. and al., 1989.** Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of the prostate. II Radical prostatectomy treated patients. *J. Urol*. 141 (5) : 1076-83.