

■ APPORT DU TOUCHER RECTAL, DU DOSAGE DU PSA, ■ DE L'ÉCHOGRAPHIE ET DE LA BIOPSIE DANS LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS PROSTATIQUES AU CNHU DE COTONOU

A propos de 64 cas en deux ans : 1994 et 1995

C.E. AKPO, R. HODONOU, H. NWAFO KAMGA, P.P. HOUNNASSO

RESUME

Les auteurs étudient l'apport du TR, du PSA de l'échographie et de la biopsie dans la prise en charge des tumeurs prostatiques en comparant leurs résultats avec des travaux plus anciens réalisés eux aussi au CHU de Cotonou.

La proportion de cancers augmente. Plus que l'échographie, le PSA affine le diagnostic et la surveillance du cancer de la prostate, mais son coût est élevé.

Dans une situation socio-économique limitée les auteurs conseillent de s'appuyer essentiellement sur le TR couplé à l'anatomopathologie.

INTRODUCTION

Les maladies de la prostate sont fréquentes chez l'adulte et le cancer de la prostate, la plus redoutée de ces affections représente la 4ème cause de décès au plan mondial.

L'adénome et le cancer prostatiques sont de diagnostic tardif au Bénin ; ils sont révélés le plus souvent par une complication, la rétention aiguë d'urine pour l'adénome, alors que le cancer est révélé à un stade très avancé, les stades C et D rarement le stade B.

A Cotonou, les moyens de diagnostic de ces affections autrefois réduits au toucher rectal et au dosage des phosphatases acides totales, sont actuellement complétés par l'échographie prostatique et le dosage du "prostatic specific antigen" ou PSA.

Les objectifs de la présente étude consistent à apprécier et comparer les résultats du toucher rectal, de l'échographie prostatique et du PSA entre eux, puis respectivement avec les données anatomo-pathologiques.

MATERIEL ET METHODES

Le cadre d'étude est la Clinique Universitaire d'Urologie (CUU) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou.

L'étude rétrospective et prospective intéresse 64 cas de malades hospitalisés pour tumeur prostatique ou pour rétention aiguë d'urines dans la période allant du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1995.

RESULTATS

1 - Affections prostatiques rencontrées

L'hypertrophie bénigne et le cancer de la prostate sont retrouvés dans des proportions variables par rapport aux études antérieures menées au CNHU de Cotonou.

Tableau n°1 : Pathologies prostatiques et leur fréquence relative

Auteurs	Nb total de tumeurs	HBP		Cancer	
		Nb	%	Nb	%
AKINDES. O.L.C Cotonou 1977 (3 ans) (1)	64	59		7	
			89,06		10,94
HOUNASSO P.P Cotonou 1981 (11 ans) (7)	-	-	-	23	-
De SOUZA O.M. Cotonou 1987 (10 ans) (6)	-	282	-	40	
Notre série	64	50		14	
			76,12		21,88

La fréquence annuelle de l'HBP et celle du cancer de la prostate dans le présent travail sont plus élevées que celles

retrouvées dans l'étude d'AKINDES, soit une moyenne annuelle de 25 cas d'HBP contre 19 d'une part, 7 cas de cancer pour 2 d'autre part.

2 - Données cliniques

2.1 Affections prostatiques selon les tranches d'âge et les professions dominantes.

Tableau N°2 : Tranches d'âge et professions dominantes chez les patients porteurs d'adénome ou de cancer prostatique

Tranches d'âge et professions dominantes	HBP sur 50 cas		Cancer sur 1 cas
	Nbre	%	
Tranches d'âge dominantes			
60 - 69 ans	19	84	4
70 - 79 ans	22	44	6
Professions dominantes			
- Fonctionnaires retraités	19	38	6
- Cultivateurs	12	24	3
- Fonctionnaires en activité	6	12	3

Le plus jeune de nos patients a 42 ans et le plus âgé 84 ans, la moyenne d'âge est de 64 ans.

2.2 Délai de consultation : cas de l'HBP

Les délais de consultation sont très variables ; 23 patients consultent moins de 3 mois après le début des troubles mictionnels, 6 patients entre 3 à 9 mois, 2 entre 9 à 12 mois. 4 patients ont supporté les troubles durant 1 à 2 ans.

2.3 Données du toucher rectal (TR)

Les résultats consignés sont ceux du toucher rectal effectué par les médecins du service. L'appréciation prend en compte : le volume de la glande, les caractères nets ou flous de ses contours, la régularité ou non de sa surface qui peut être lisse, granuleuse ou nodulaire, la consistance élastique, ferme, dure ou ligneuse, l'existence ou non d'une douleur et l'état de l'ampoule rectale.

Les diagnostics évoqués à l'issue des touchers rectaux sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°3 : Diagnostic évoqués au TR

Diagnostic évoqués	HBP isolé	Cancer isolé	HBP + cancer	HBP + prostatite	Nodule prostatique	Total
Nombre	48	6	6	3	1	64
	75 %	9,38 %	9,38 %	4,68 %	1,56 %	100 %

Examens para-cliniques

Les 3 examens complémentaires fréquemment pratiqués sont l'échographie prostatique, le dosage du PSA et l'étude anatomo-pathologique des échantillons prostatiques biopsies

3.1 - L'échographie prostatique

Elle est demandée pour évaluer le poids de la glande et étudier sa structure.

3.1.1 Etude échographique de la structure prostatique

Tableau n°4 : Structures échographiques des affections prostatiques

Structure	HBP		Cancer		Prostatite	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Homogène	27	58,70	3	-	-	-
Hétérogène	16	34,76	7	-	-	-
Hypoéchogène	3	6,52	-	-	-	-
Hyperéchogène	-	-	-	-	2	-
Sous-total	46	99,98	10			

Dans ce tableau, le caractère hétérogène ou homogène de la structure échographique de la prostate ne semble spécifique ni du cancer, ni de l'HBP.

3.1.2 Etude échographique des contours de tumeurs prostatiques

Tableau n°5 : Contours échographiques des affections prostatiques

Contours	HBP		Cancer		Prostatite	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Réguliers	35	76,08	3			
Irréguliers,	2	4,30	2			
Non précisés	9	99,95	10		2	
Sous-total	46	99,95	10		2	
Total	58					

Les contours de la prostate sont réguliers dans 76,08 % des cas d'HBP et seulement dans 3 cas cancer prostatique. Ils sont irréguliers pour le cancer 2 fois sur 5 cas déterminés.

3.2 Dosage du PSA

Le dosage du PSA est pratiqué à Cotonou depuis moins de 5 ans ; son coût est relativement élevé. Seuls 21 patients sur 64 ont pu avoir un dosage de ce marqueur tumoral. Parmi eux 15 sont porteurs d'une HBP et six d'un cancer prostatique. Dans 11 cas d'HBP, le taux du PSA est supérieur à 4ng/ml dont 7 cas avec un taux supérieur ou égal à 10,1 mg/ml.

S'agissant des six cas de cancer, le taux de PSA est supérieur à 10 ng/ml.

Tableau n°6 : Comparaison des valeurs moyennes de PSA selon le type de tumeur prostatique (ou PSA et type de tumeur)

Tumeurs	HBP	Cancer
Nombre	15	6
Valeur moyenne de PSA (ng/ml)	10,97	438,59

3.3 Résultats de la biopsie prostatique

3.3.1 Types anatomo-pathologiques des affections prostatiques

Tableau n°7 : Résultats des examens anatomo-pathologiques

Types histologiques	Nombre	%
Adénofibroléiomyome (AFLM)	36	56,25
Adénome vrai	1 39*	1,56
Adénome (A)	1	1,56
Hyperplasie nodulaire (HN)	1	1,56
Adénocarcinome (AC)	13	20,31
Adénocarcinome (AC) + Adénofibroléiomyome (AFLM)	1 14*	1,56
Prostatite + Adénofibroléiomyome (AFLM)	11	17,19
Total	64	100

Ce tableau fait apparaître 14 cm de cancer, représentant 21,87 % contre des affections prostatiques curables, HBP et prostatite comptant pour 78,12 % des cas.

3.3.3 Etude comparative des résultats du TR et de l'anatomo-pathologie

Tableau n°8 : Comparaison des résultats du TR à ceux de l'anatomo-pathologie

Examens	Cancer isolé	Cancer+ HBP	HBP isolé	HBP + prostatite	Nodule prostatique	Total
TR	06	06	48	3	1	64
Ana-Path.	13	1	39	11	-	64

Ce tableau permet de relever 2 points :

- la finesse relative du TR dans la découverte du cancer de la prostate : 12 cas au TR contre 14 cas à l'anatomo-pathologie, voire même 13 contre 14 si le nodule suspect est cancéreux.
- le TR cependant ne distingue pas facilement la prostatite chronique de l'HBP quand les 2 affections sont associées : 51 cas d'affections bénignes au toucher rectal contre 50 à l'anatomo-pathologie.

DISCUSSIONS

1 - Type de tumeurs

Comparée aux travaux d'AKINDES (1) portant sur 64 cas de tumeurs prostatiques en 1977, la présente étude permet de relever le nombre croissant de cancers de la prostate au Bénin.

	AKINDES	Notre série
HBP	89 %	76 %
Cancer	11 %	22 %

Les moyens d'investigation sont devenus plus performants qu'en 1977.

L'importante orientation diagnostique de l'échographie prostatique, la spécificité du PSA et certainement la précision du toucher rectal dans un service spécialisé ont apporté une meilleure appréciation des tumeurs prostatiques.

2 - Fréquence

S'agissant du cancer de la prostate, la fréquence annuelle est de 7 cas contre 9 pour ANGWAFO et coll. (2) au Cameroun. Ces 2 résultats africains sont superposables. En France, DEBRE B. et Coll. (6) soulignent que le vieillissement de la population et la performance des moyens de dépistage et de diagnostic permettent d'expliquer l'augmentation de la fréquence du cancer prostatique, soit une incidence de 38 pour 100.000. En plus des 2 paramètres dégagés par DEBRE B. et coll., il faut ajouter la volonté de mener une campagne de dépistage qui, dans nos conditions de travail pourrait s'appuyer sur le TR et l'anatomo-pathologie pour des coûts réduits.

3 - Age

Le tableau 2 montre les tranches d'âge prédominantes. Dans les travaux d'AKINDES (68 ans) comme dans la série actuelle (64 ans) la moyenne d'âge pour le cancer de la prostate se situe autour de 66 ans. L'espérance de vie étant peu élevée au Bénin, les sujets au-delà de 80 ans sont peu nombreux en réalité, de plus il s'agit d'une catégorie de patients moins fréquents en consultation.

4 - Le toucher rectal dans le diagnostic des affections prostatiques

Loin de prendre la place de l'examen anatomo-pathologique, le TR est d'un apport précieux et a permis d'évoquer le diagnostic d'HBP (cas isolés et cas associés à la prostatite) dans 79 % des cas, résultat conforme à celui de WALIGORA J. (14) qui affirme par ailleurs que l'HBP est la tumeur

prostatique la plus fréquente.

Au tableau n°8, le TR permet de reconnaître 12 cancers voire 13 si l'on assimile le seul nodule à un cancer. Ces 13 cas de cancer pour 14 cas confirmés par l'examen anatomo-pathologique permettent de dire que le toucher rectal peut être considéré comme un examen performant si l'on s'y applique. L'enseignement de la technique du TR doit devenir alors un objectif principal pour le dépistage et le diagnostic des tumeurs prostatiques.

5 - Apport de l'échographie prostatique

Qu'attend-on de l'échographie pour le diagnostic du cancer de la prostate sinon de mettre en évidence le caractère hétérogène de la structure interne de la prostate pathologique ou encore la mise en évidence du caractère homogène de l'HBP ; mais il n'en est pas ainsi car nous avons dans notre travail 35 % d'HBP à structure hétérogène contre 59 % à structure homogène. Nos résultats sont conformes à ceux de DANA H et coll. (5) qui retrouvent tous ces caractères. Pour UTZMANN O. et coll. (13) il y a seulement 16 % d'HBP à structure hétérogène contre 84 % d'HBP à structure homogène. Ceci dénote une insuffisance de l'échographie ou alors une complexité des structures pathologiques de la prostate.

Par rapport aux contours de la glande, la distinction échographique entre HBP et cancer est meilleure : 4 % seulement d'HBP ont des contours irréguliers. Il est aussi acceptable d'attribuer le caractère régulier à des contours de cancer intraglandulaire, non invasif : 3 cas sur 2 dans le tableau 5.

Dans tous les cas, le rôle de l'échographie comme celui du toucher rectal est d'évoquer le diagnostic ; l'échographie sera accompagnée comme l'indique DUCASSOU J. (6) et DANA A. (3) de la biopsie prostatique. Une confrontation des données échographiques et anatomo-pathologique a permis à PENEAU M. et coll. (9) de relever sur 34 prostatites de cadavres, 3 cancers ; 18 adénomes ; 2 prostatites et 11 prostatites normales.

6 - Apport du PSA

Pour 15 cas d'HBP, le taux moyen de PSA est 10,97 ng/ml. Comme le soulignent TEILLAC P. et coll. (10, 11) le taux élevé de PSA chez un grand nombre de patients porteurs d'HBP empêche de faire du PSA un marqueur spécifique du cancer de la prostate. Il sert à la surveillance biologique des cancéreux. A 10 ng/ml ou plus, le PSA attire l'attention

sur une pathologie prostatique ; un taux de PSA supérieur à 50 ng/ml fait rechercher un cancer prostatique.

Comme le TR et l'échographie, le PSA doit être complété par la biopsie prostatique dans un but diagnostique.

En conclusion, il faut remarquer que la présente étude permet de relever :

- que les résultats du toucher rectal sont encourageants, assez proches de ceux de l'anatomo-pathologie ;
- qu'à l'échographie, le caractère hétérogène n'est pas spécifique au cancer prostatique, pas plus que ne l'est le caractère homogène pour l'HBP ;
- que la PSA est un marqueur hormonal non spécifique au cancer prostatique mais que son dosage est un examen

d'appréciation pronostique du cancer.

A Cotonou, à l'étape actuelle, l'investigation d'une pathologie prostatique coûte environ 28000 F CFA (7000 F pour l'échographie, 16000 F pour le PSA et 5000 F pour l'examen anatomo-pathologique).

Au vu de ce qui précède, la nécessaire politique de dépistage et de diagnostic des tumeurs prostatiques doit, dans nos conditions socio-économiques limitées, s'appuyer essentiellement sur le TR complété par l'examen anatomo-pathologique des échantillons biopsiques. Le dosage du PSA pourra intervenir secondairement pour la surveillance du cancéreux.

BIBLIOGRAPHIE

1 - AKINDES O.L.C.

La pathologie des organes génitaux en pratique chirurgicale au CNHU de Cotonou, place de l'hypertrophie prostatique.

Thèse méd. COTONOU, 1977, 002, 141 p.

2 - ANGWAFO F.F., YOM Y., MBAKOP A.

Le cancer de la prostate est-il rare en Afrique noire ? Une série de cas colligés à Yaoundé (Cameroun) de 1986-1990.

Bull. Cancer, 1994, 81, (2) : 155-159. Radio Théra.

3 - DANA A., MICHEL J.R.

Le concept échographique de la prostate centrale. Intérêt de la voie endo-rectale.

Ann. Urol., 1988, 22, (2) : 147-148.

4 - DEBRE B., TEYSSIER P., DUFOUR B. et coll.

Le cancer de la prostate : une maladie de contraste : Réunion du 5-12 1990, organisée par l'Institut d'Urologie, Centre de Conférence de l'Hôpital Américain de Paris.

Ann. Urol., 1991, 25, (3) : 150-156.

5 - DE SOUZA M.O.

Bilan des affections urologiques chez l'homme dans un service de chirurgie générale : la Clinique Chirurgicale Universitaire "B" du CNHU de COTONOU, pendant une décennie.

Thèse Méd. Cotonou, 1987, 361, 197 p.

6 - DUCASSOU J. (In Discussion commune aux articles de MM PENEAU et UTZMANN, 8 et 11)

7 - HOUNNASSO P.P.

Les cancers chirurgicaux au CNHU de COTONOU.

Thèse Méd. COTONOU, 1981, 80, 412 p.

8 - NWAFO KAMGA H.

Apport du toucher rectal, du dosage des PSA, de l'échographie et de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs prostatiques au CNHU de Cotonou.

A propos de 64 cas en deux ans : 1994 et 1995.

Thèse Méd. COTONOU, 1996, 670, 72 p.

9 - PENEAU M., POURCELOT D., FETISSIF F et coll.

Confrontation échographique et anatomo-pathologique sur 34 prostates prélevées post-mortem.

Journal d'Urologie, 1983, 89, (10) : 802.

10 - TEILLAC P., BRON J., TOBOLSKI F. et coll.

Dépistage du cancer de la prostate, étude de 600 cas.

Ann. Urol., 1990, 24, (3) : 37-41.

11 - TEILLAC P., PEYRET CH., LEROY M. et coll.

Antigène spécifique de a prostate ou pathologie prostatique.

Ann. Urol., 1988, 22, (3) : 193-196.

12 - UTZMANN O., ABBOU C.C., AUVERT J.

Apport de l'échographie par voie sus-pubienne dans les hypertrophies prostatiques.

Ann. Urol., 1995, 19, (1) : 28-36.

13 - WALIGORA J.

Tumeurs bénignes de la prostate.

E.M.C (Paris) - Rein - appareil génito-urinaire 18555 Alo, 6-1981.

14 - WALIGORA J.

Exploration de la prostate.

EMC (Paris) Reins-Organes génito-urinaires, 18500 B10, 7, 1982.