



## Article original

### La prostatectomie radicale au Mali

Radical prostatectomy in Mali

A Diarra\*<sup>1</sup>, MM Keita<sup>1</sup>, A Kassogué<sup>2</sup>, MT Coulibaly<sup>3</sup>, D Cissé<sup>4</sup>, HJG Berthé<sup>5</sup>, MS Diallo<sup>2</sup>,

S Cissé<sup>1</sup>, H Simido<sup>1</sup>, ML Diakité<sup>5</sup>

#### Résumé

**Introduction :** La prostatectomie radicale est une intervention chirurgicale rarement indiquée au Mali à cause du retard de prise en charge des patients. **L'objectif :** Décrire nos premières expériences dans la prostatectomie radicale au service d'urologie du CHU Luxembourg Mali.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétrospective menée au service d'urologie de CHU de Luxembourg incluant les patients ayant eu une prostatectomie radicale pour le cancer localisé de la prostate sur une période de 25 mois entre Aout 2015 et septembre 2017.

Le recueil des données a été fait par une recherche dans les dossiers médicaux, les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques.

**Résultats :** Nous avons réalisé pendant la période 11 prostatectomies radicales avec un âge moyen autour de 61 ans. La tranche d'âge la plus représentée était entre 60 et 65 ans avec 54% soit prêt de 5 patients sur 11.

La majorité de nos patients nous a été adressée pour élévation du PSA dont la moyenne était de 33,29 ng/ml. Ils étaient tous asymptomatiques sur le plan

urinaire à leur admission.

Au toucher rectal le volume de la prostate a été estimé entre 30 et 65g, avec une moyenne de  $44,6 \pm 7,5$  g. Il a noté la présence de nodule prostatique dans 55% des cas, une prostate d'allure bénigne chez 45% des patients.

Le taux de PSA a varié entre 1,74 et 30,75 ng/ml, avec une moyenne de 15,05ng/ml ( $\pm 8.0$ ).

Le score de Gleason le plus fréquent sur les pièces opératoires a été le score 6(3+3) avec 55,9%, suivi des scores 7(3+4) et 9(4+5) dans 18.8% des cas.

L'intervention avait duré en moyenne 4 heures avec des extrêmes de 3h 30 mn à 6 heures. La perte sanguine en moyenne a été de 1300 ml, 8 patients soit 72,7 % ont été opérés sous anesthésie générale. Nous avons fait la préservation bilatérale des bandelettes neurovasculaires et unilatérale chez certains patients. Au bout de 6 mois de suivi post prostatectomie la quasi-totalité de nos patients était continent.

La majorité de nos patients avait une fonction érectile conservée.

**Conclusion :** Les résultats de notre première expérience de la prostatectomie radicale ont été très satisfaisants. Elle a prouvé son bénéfice à long

et à court terme dans le contrôle local de la tumeur et dans l'amélioration de la survie sans progression biochimique et clinique. Ceci doit être une source de motivation pour les praticiens encore hésitants.

Mots-clés : Prostatectomie radicale, PSA total, première série au Mali.

## **Abstract**

**Introduction:** Radical prostatectomy is a surgical procedure rarely indicated in mali because of the delay in patient care.

The objective of this study is to describe our first experiences in radical prostatectomy in the urology department of CHU Luxembourg in Mali.

**Methodology:** This was a retrospective study conducted in the Urology Department of Luxembourg University Hospital including the patients who underwent radical prostatectomy for localized prostate cancer over a period of 25 months between August 2015 and September 2017.

Data collection was done through a search of medical records, operative and pathological reports.

**Results:** We performed during the period 11 radical prostatectomies with an average age around 61 years. The most represented age group was between 60 and 65 years old with 54% ready for 5 from the 11 patients. The majority of our patients were referred to us for elevation of PSA, which averaged 33.29 ng / ml. They were all asymptomatic urinary on admission.

In the digital rectum the volume of the prostate was estimated between 30 and 65 g, with an average of  $44.6 \pm 7.5$  g. He noted the presence of prostatic nodule in 55% of cases, a benign prostate in 45% of patients. The PSA level varied between 1.74 and 30.75 ng / ml, with an average of 15.05ng / ml ( $\pm 8.0$ ). The most frequent Gleason score on operative specimens was score 6 (3 + 3) with 55.9%, followed by scores 7 (3 + 4) and 9 (4 + 5) in 18.8% of cases.

The intervention lasted on average 4 hours with extremes of 3h 30 mn to 6 hours. The average blood loss was 1300 ml, 8 patients or 72.7% were operated under general anesthesia. We did bilateral preservation of neurovascular bands and unilateral strips in some

patients.

After 6 months of follow-up after prostatectomy almost all of our patients were continent.

The majority of our patients had retained erectile function.

**Conclusion:** The results of our first experience of radical prostatectomy have been very satisfactory. It has proven its long-term and short-term benefit in local tumor control and improvement of biochemical and clinical progression-free survival. This must be a source of motivation for practitioners still hesitant.

**Keywords:** Radical prostatectomy, total PSA, first series in Mali.

---

## **Introduction**

Le cancer de la prostate est actuellement dans le monde le cancer le plus fréquemment retrouvé chez l'homme [1] et représente après le cancer broncho-pulmonaire, la seconde cause de mortalité par cancer chez celui-ci. La prostatectomie radicale est l'un des traitements de référence du cancer localisé de la prostate [2]. Les techniques opératoires et les résultats obtenus n'ont cessé d'évoluer au fil des années. Aucune donnée sur la pratique de la prostatectomie radicale n'a été publiée dans notre pays.

L'objectif de notre étude est de décrire nos premières expériences dans la prostatectomie radicale au service d'urologie du CHU Luxembourg Mali.

## **Méthodologie**

Il s'agissait d'une étude descriptive menée au service d'urologie du CHU Le Luxembourg incluant les patients ayant eu une prostatectomie radicale entre Aout 2015 et septembre 2017. Les patients ont été diagnostiqués histologiquement après une biopsie de la prostate. Les bilans d'extension réalisés étaient dominés par le scanner, l'IRM et l'IRM couplée à l'échographie. Certains de nos patients ont été opérés par notre équipe dans d'autres structures autre que le

Luxembourg pour des raisons techniques. Le recueil des données a été fait par une recherche dans les dossiers médicaux, les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques. La technique réalisée a été une prostatectomie radicale rétropubienne avec anastomose uréthro-vésicale de type queue de raquette. Le curage ganglionnaire a été de type ilio-obturateur standard bilatérale. Les complications précoces ont été définies par leur survenue en péri opératoire ou dans un délai d'un mois du postopératoire. Au-delà de 1 mois les complications ont été définies comme tardives. La récurrence biologique a été définie par un taux de PSA > 0,2 ng/mL et ascendant confirmé sur 2 dosages consécutifs à 3 mois d'intervalle. Les patients ont été suivis jusqu'au moins 6 mois post-opératoires. Enfin, les tableaux et les graphiques ont été obtenus à l'aide du Tableur Excel ; et les statistiques ont été réalisées à l'aide du programme SPSS.

**Résultats**

Nous avons réalisé pendant la période 11 prostatectomies radicales avec un âge moyen autour de 61 ans avec des extrêmes d'âge de 55 ans et de 66 ans. La tranche d'âges la plus représentée était entre 60 et 65 ans avec 54% soit près de 5 patients sur 11.

La majorité de nos patients nous a été adressée pour élévation du PSA dont la moyenne était de 33,29 ng/ml. Ils étaient tous asymptomatiques sur le plan urinaire à leur admission.

Au toucher rectal le volume de la prostate a été estimé entre 30 et 65g, avec une moyenne de 44,6 ±7,5 g. Il a noté la présence de nodule prostatique dans 55% des cas, une prostate d'allure bénigne chez 45% des patients.

Le taux de PSA a varié entre 1,74 et 30,75 ng/ml, avec une moyenne de 15,05ng/ml (±8.0). La répartition en fonction du Taux de PSA a été faite dans le tableau I. La classification D'Amico est résumée dans le tableau II avec un haut risque majoritaire.

Le score de Gleason le plus fréquent sur les pièces opératoires a été le score 6(3+3) avec 55,9%, suivi des scores 7(3+4) et 9(4+5) dans 18.8% des cas. Il

faut aussi noter la présence du score 2 de Gleason chez quelques rares patients.

L'intervention avait duré en moyenne 4 heures avec des extrêmes de 3h 30 mn à 6 heures. La perte sanguine en moyenne a été de 1300 ml, 8 patients soit 72,7 % ont été opérés sous anesthésie générale. Nous avons fait la préservation bilatérale des bandelettes neurovasculaires chez 5 patients et unilatérale chez 2 patients. Tous nos patients ont reçu un curage ganglionnaire ileo-obsturateur bilatérale.

Au bout de 6 mois de suivi post prostatectomie 9 de nos patients soit 81,8 % étaient totalement continents et 2 soit 18,2 % avaient une incontinence urinaire d'effort.

La majorité de nos patients soit 63,6% avait une fonction érectile conservée en comparaison de cette fonction préopératoire.

Tableau I : Répartition en fonction du taux du PSA

PSA	Fréquence	Pourcentage
< 10	4	36%
10 - 20	6	55%
> 20	1	9%
Total	11	100%

Tableau II : Classification D'AMICO

Risque	Fréquence	Pourcentage
Faible	1	9%
Intermédiaire	4	36%
Haut risque	6	55%
Total	11	100%

**Discussion**

L'âge moyen dans notre étude a été de 61 ans avec des extrêmes d'âge de 55 ans et de 66 ans. Ce chiffre reste comparable à celui de la série sénégalaise de L. Niang portant sur 18 patients avec un âge moyen de 60,9 ans et des extrêmes de 53 et 68 ans [3] et la série marocaine Qarro A et al [4] avec un âge moyen de 62,8 ans.

Le toucher rectal a été anormal dans 55% des cas.

Ce taux était de 8.9% dans l'étude de Filella et al [5]. Cette large différence peut être due aux efforts de communication et de dépistage dans les pays occidentaux permettant ainsi de sélectionner les cancers au stade localisé. Au stade clinique, 45% des tumeurs sont classées cT1 et 55% classées cT2, ces résultats sont un peu plus proche de celle Barry [6] où 53% des tumeurs sont classées cT1 et 47% classées cT2.

La moyenne du taux de PSA dans notre étude a été de 33,29 ng/ml. Ce résultat est différent de celui de la série de Khiari et al [7] avec (13,47ng/ml), la série de Barry et al [6] avec (10ng/ml), la série de Messaoudi R et al [8] avec (8,01ng/ml) et enfin celle de Turpin et al [9] avec 15,1ng/ml. Les 36% de nos patients avaient un taux de PSA inférieur à 10ng/ml, cette catégorie représente 62% dans l'étude de Seongcheol et al [10], et 46,1% dans l'étude de Turpin et al [9].

Les patients présentant un score de Gleason <7 font 36% de l'ensemble de l'échantillon étudié, 37% ont un score à 7 et 27% ont un score >7.

Nous n'avons pas pu regrouper le score Gleason selon la nouvelle classification car le minimum était à 2. La valeur pronostique de cette classification en 5 groupes a été validée rétrospectivement par des études multi-institutionnelles [11]. Le score de Gleason à 2, ce qui interpelle nos pathologistes car le score de Gleason minime actuellement validé est 6 selon les recommandations 2016 AFU. Les patients présentant un score de Gleason pathologique <7 font 62,5% de l'ensemble de l'échantillon étudié, 25% ont un score à 7 et 12,5% ont un score >7. La concordance biopsique et pathologique du score de Gleason n'a pas été obtenue mais le cancer a été confirmé dans les différents cas.

Dans notre série 2 patients qui ont développé une évolution métastatique après la prostatectomie ; l'un était du risque intermédiaire et l'autre du haut risque de D'AMICO.

Les 57,14% des cancers sont classés pT2 et 42,85% comme pT3. Ces résultats sont comparables aux résultats de la littérature : les taux des stades pT2 et pT3 sont de 63,2 et 36,8% respectivement pour

Boorijan et al [12], 57,2 et 42,8% respectivement pour Rubiobrionces et al [13].

Le taux de marges positives est de 31,3%, ce taux est très proche des résultats de la littérature, malgré le taux élevé d'extension tumorale extracapsulaire atteignant 43%, supposé prédictif de marges pathologiques. Le taux de marges positives était respectivement selon certains auteurs de 21,9%, 27% et 21,3% [14, 15].

La survenue de complication urinaire post-chirurgicale à court terme telle que l'incontinence urinaire d'effort a été notée chez 2 patients; mais au-delà de 6 mois ils étaient tous continents. Les complications à long terme étaient dominées par de trouble de l'érection soit 18% alors que nous avons préservé les bandelettes neurovasculaires chez 42%.

Contrairement à certains auteurs nous n'avons enregistré aucune complication thromboembolique [16].

Le délai moyen d'ablation de la sonde vésicale dans notre étude était de 16 jours ce qui est similaire à travail de L.Niang [3] qui avait trouvé 13,9 jours. Cet auteur avait trouvé à trois mois postopératoires que 7 sur 18 de ses patients avaient une bonne continence urinaire. Dans notre étude au bout de 6 mois tous nos patients étaient continents au repos ; mais nous avons enregistré 2 incontinences urinaires liées à l'effort. Lepor et al. [17] avaient 97,1 % de continence et les patients incontinents ne s'améliorait qu'entre 3 et 24 mois post prostatectomie. Ces résultats sont proches de ceux de Haffner et al. [18], avec environ 92 % de récupération à 24 mois. Namiki et al. [19] avaient trouvé que chez les patients ayant initialement des symptômes urinaires modérés, la prostatectomie radicale aggravait les troubles mictionnels à type de pollakiurie et de nycturie.

La fonction érectile à 6 mois était bonne chez 7 sur 11 de nos patients. La récupération d'une érection est toujours possible car les travaux que Penson et al. [20] ont trouvé un taux de récupération de 28 % qu'au bout de 60 mois. Nous avons fait la préservation bilatérale des bandelettes neurovasculaires chez 5 patients et unilatérale chez 2 patients.

En effet, Wiygul et al. [21] ont montré que la

préservation bilatérale des bandelettes est un facteur indépendant de récupération de la continence urinaire et de la fonction érectile. Haffner et al. [18] ont fait les mêmes constatations.

Dans le postopératoire, le taux de PSA était inférieur ou égal à 0,2 ng/ml chez 5/11 de nos patients, démontrant un bon contrôle local de la tumeur. Les 6 autres patients avaient un PSA élève ce qui traduirait un mauvais contrôle local de la tumeur en rapport probablement à la limite de nos moyens en matière de bilan d'extension comme la scintigraphie osseuse. Sans autoflagellation notre étude comporte certaines limites à savoir, la faible taille de l'échantillon due au fait que nous en sommes à nos premiers cas de prostatectomie radicale dans le pays, le dépistage n'ayant pas été intégré.

## Conclusion

Les résultats de nos premières expériences de la prostatectomie radicale ont été satisfaisants. Nous avons réalisé les 11 premières prostatectomies radicales rétropubiennes au Mali. Il s'agit d'un moyen thérapeutique curable, réalisable avec une faible morbidité.

Le souci de récupération de la continence urinaire et l'érection ne doit pas être un frein à la reproductibilité de cette technique opératoire, qui reste une des pierres angulaires du traitement curateur du cancer de la prostate.

---

## \*Correspondance

Alkadri DIARRA

[dralkadri@yahoo.fr](mailto:dralkadri@yahoo.fr)

**Disponible en ligne : 25 Avril 2022**

1 : Service d'urologie du CHU Luxembourg de Bamako

2 : Service d'urologie du CHU de Kati

3 : Service d'urologie du CHU Gabriel Touré

4 : Service d'urologie Hôpital de Mopti

5 : Service d'urologie du CHU du Point G

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

**Conflit d'intérêt : Aucun**

## Références

- [1] Richard F, Botto H. Cancer de la prostate- Ed Technique – Ecccycl. Méd. Chir. (Paris–France), Néphrologie – Urologie, 18-560-A-10, cancérologie, 60-18-800-A-10, 1993, 19p
- [2] Rozet F, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU pour le cancer de la prostate — actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. Prog Urol (2018) PUROL-1871; No. of Pages 51,
- [3] L. Niang · M. Jalloh · I. Labou · M. Ndoeye · R. Kane · J.J. Diaw. S.C.N. Kouka · S.M. Guèye ; Prostatectomie radicale : évaluation à court terme à propos de 18 cas ; J. Afr. Cancer (2009) 1:176-179
- [4] Qarro A, Ghoundale O, Bazine K, Asseban M, Najoui M, Ouhi Y, Bedouch A, Leznek M, Alami M : score de Gleason des biopsies prostatiques et celui des pièces de prostatectomies : quelle corrélation. African J Urol. 2012; 18: 183-188.
- [5] Filella X, Molina R, Ballesta A.M, Gil M.G, Allepuz C, Rioja L.A, et Al. Value of PSA in the detection of prostate cancer in patient swith urological symptoms. Results of a multicentre study. Eur J of cancer.1996; 32: 1125-1128.
- [6] Barry Delongchamps N, Peyremaure M, Kpatcha F, Beuvon F, Legrand G, Zerbib M. Cancer de la prostate de stade pT3N0 traité par prostatectomie radicale en monothérapie : résultats carcinologiques et facteurs prédictifs de récidence. Prog Urol. 2012 ; 22 : 100-105
- [7] Khiari R, Ghobel J, Dridi M, Maarouf J, Bnerai N, Ghozzi S. Résulats carcinologiques et fonctionnels de 50 prostatectomies radicales consécutives. La tunisie médicale. 2011 ; 89 :703-708.
- [8] Messaoudi R, Menard J, Parquet H, Ripert T, Staermen T. modification de la libido et de l'orgasme après prostatectomie radicale. 2010 ; 21 : 48-52.
- [9] Turpin-wendling F, Sahnoun A, Pariente A, Pariente JL, Ferriere JM, Le Guillou M. Résultats carcinologiques de

- 117 prostatectomies radicales consécutives. *Prog Urol*. 2005 ; 15 :30-35.
- [10] Seong Cheol Kim, Ingab Jeong, Cheryn Song, Jun Hyuk Hong, Choung-Soo Kim. Biochemical Recurrence-Free and Cancer-Specific Survival after Radical Prostatectomy at a Single Institution. *Korean J Urol*. 2010 ; 51:836 - 42.
- [11] F. Rozeta,\* , C. Hennequina, J.-B. Beauvala, P. Beuzeboca, L. Cormiera, G. Fromonta, P. MongiatArtusa, A. Ouzzanea, G. Ploussarda, D. Azriaa, I. BrenotRossia, G. Cancel-Tassina, O. Cussenota, T. Lebreta, X. Rebillarda, M. Souliéa, R. Renard-Penna, A. Méjeana : Cancer de la prostate ; Progrès en Urologie (2016), 27, Suppl. 1 S95-S144
- [12] Boorijan SA, Thompson RH, Tollepson MK, Rangel LJ, Bergstralh EJ, Blute ML, Karnes RJ. Long-term risk of clinical progression after biochemical recurrence following radical prostatectomy : the impact of time from surgery to recurrence. *Eur Urol*. 2011 ; 59:893-9.
- [13] Rubio-brionces J, Iborra I, Trassierra M, Collado A, Casanova J, Gomez-Ferrer A, Ricos JV, Monros JL, Dumont R, Solsona E. Metastatic progression, cancer-specific mortality and need for secondary treatment in patients with clinical high-risk prostate cancer treated initially with radical prostatectomy. *Actas Urol Esp*. 2010 ; 34 :610-7.
- [14] Salomon L, Levrel O, de la Taille A et al Radical prostatectomy by the retropubic, perineal and laparoscopic approach : 12 years of experience in one center. *Eur Urol* 2002; 42:104-10.
- [15] Maffezzini M, Seveso M, Taverna G, Giusti G, Benetti A, Graziotti P. Evaluation of complications and results in a contemporary series of 300 consecutive radical retropubic prostatectomies with the anatomic approach at a single institution. *Urology* . 2003 61 : 982-6.
- [16] Lepor H, Kaci L (2003) Contemporary evaluation of operative parameters and complications related to open radical retropubic prostatectomy. *Urology* 62:702-706
- [17] Lepor H, Kaci L, Xue X (2004) Continence following radical retropubic prostatectomy using self-reporting instruments. *J Urol* 171:1212-1215
- [18] Haffner MC, Landis PK, Saigal CS, et al (2005) Health-related quality-of-life outcomes after anatomic radical prostatectomy in the phosphodiesterase type 5 era: impact of the neurovascular bundle preservation. *Urology* 66:147-151
- [19] Namiki S, Saito S, Ishidoya S, et al (2005) Adverse effect of radical prostatectomy on nocturia and voiding frequency symptoms. *Urology* 66:147-151
- [20] Penson DF, McLerran D, Feng Z, et al (2005) 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol* 173:1701-1705
- [21] Wiygul JB, Harris MJ, Dahm P (2005) Early patient self-assessed outcomes of nerve sparing radical perineal prostatectomy. *Urology* 66:582-586

**Pour citer cet article :**

A Diarra, MM Keita, A Kassogué, MT Coulibaly, D Cissé, HJG Berthé et al. La prostatectomie radicale au Mali. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 181-186