



Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate au Centre Hospitalier Régional de Tillabéry.

Management of benign prostatic hypertrophy at the Tillabery Regional Hospital Center.

Ousmane Manzo MS¹*, Halidou M², Karimoune Mossi O¹, Yacouba Moumouni A³, BokaTounga Y¹, Seydou HA¹, Saadou Ibrahim MB¹, Dambaki MS¹, Soumana A¹.

Reçu le 16-07-24

Accepté le 24-08-2025

Publié le 30-01-2026

Mots-clés

Chirurgie,
Hypertrophie
bénigne,
prostate,
Niger.

Résumé

Introduction : La prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une activité courante en chirurgie d'adulte. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans la zone de Tillabéry.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 2019 au 31 Décembre 2022 (4 ans) qui a concerné les patients opérés pour HBP au CHR de Tillabéry.

Résultats : La fréquence de l'HBP était de 9,23% de toute la chirurgie abdominale. L'âge moyen des patients était 69,90% (extrêmes : 50 et 90 ans). La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 61 et 70 ans avec 43,4%. Les patients provenaient des zones rurales représentaient 76,6%. La rétention d'urine était le motif de consultation dans 92%. La prostate était d'allure bénigne au TR chez 92%. Le PSA était normal dans 22,3%. Le volume moyen de la prostate à l'échographie était de 95,58 cc. L'HBP isolée représentait 85% des cas. La cure d'hernie inguinale est le geste chirurgical le plus associé avec 5,14%. La durée moyenne d'hospitalisation postopératoire était de 6,20 jours (extrêmes : 1 et 14 jours). La suppuration de la plaie opératoire était observée chez 4%. Cinq décès étaient enregistrés soit 2,90%.

Conclusion : La chirurgie de l'HBP est une activité fréquente au CHR de Tillabéry. Elle concerne plus le sujet âgé. La sensibilisation pour un diagnostic et un traitement précoce peuvent réduire la morbidité et la mortalité.

Keywords

Surgery,
prostate
hyperplasia,
Niger.

Abstract

Introduction: Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common procedure in adult surgery. The aim of this study was to describe the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of benign prostatic hyperplasia in the Tillabéry region.

Methodology: This was a retrospective study covering the period from January 1, 2019, to December 31, 2022 (4 years) involving patients who underwent surgery for BPH at the Tillabéry Regional Hospital Center.

Results: The frequency of BPH was 9.23% of all abdominal surgery. The average age of patients was 69.90% (range: 50 to 90 years). The most affected age group was between 61 and 70 years, accounting for 43.4%. Patients from rural areas accounted for 76.6%. Urinary retention was the reason for consultation in 92% of cases. The prostate appeared benign on TR in 92% of cases. PSA was normal in 22.3% of cases. The average prostate volume on ultrasound was 95.58 cc. Isolated BPH accounted for 85% of cases. Inguinal hernia repair was the most common surgical procedure, accounting for 5.14%. The average length of postoperative hospitalization was 6.20 days (range : 1 to 14 days). Suppuration of the surgical wound was observed in 4%. Five deaths were recorded, representing 2.90%.

Conclusion: BPH surgery is a common procedure at the Tillabéry Regional Hospital. It primarily affects elderly patients. Raising awareness about early diagnosis and treatment can reduce morbidity and mortality.

Introduction

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est une tumeur bénigne fréquente en pratique urologique courante [1–4]. Elle est caractérisée histologiquement par une hyperplasie des composantes stromales (fibromusculaire) et épithéliales (glandulaire). En général, la prévalence de l'HBP histologique progresse avec l'âge. Elle passe de 25% chez les hommes entre 40 et 49 ans ; à 80% chez les hommes entre 70 et 79 ans [1].

On parle habituellement d'HBP chez un homme de plus de 50 ans, présentant des troubles mictionnels et une prostate augmentée de volume, [5].

La prise en charge de l'HBP a évolué [5, 6–12]. Les moyens thérapeutiques disponibles pour l'HBP sont l'abstention surveillance le traitement médical ; les techniques mini-invasives qui permettent de libérer rapidement les malade et le traitement chirurgical (adénomectomie prostatique) à ciel ouvert qui est le seul moyen chirurgical disponible dans cette zone de Tillabéry confrontée à une insécurité chronique due à présence des groupes terroristes.

La technique d'adénomectomie en elle-même peut être Transvésicale, répondant aux principes de l'énucléation digitale de Fuller-Freyer-Hryntschak, ou retropubienne, selon Millin.

Ces deux techniques sont réservées aux HPB volumineuses celles que l'opérateur ne pense pouvoir traiter complètement en toute sécurité par résection endoscopique qui reste encore l'intervention de référence. La réalisation pratique de ces deux techniques par voie haute est décrite avec leur complications immédiates, secondaires et long terme. de nouvelles techniques sont proposées pour le traitement chirurgical de l'HBP : l'énucléation au laser, l'adénomectomie par laparoscopie et la chirurgie robo-assistée [13-17].

L'objectif de ce travail était d'étudier la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate au Centre Hospitalier Régional de Tillabéry en

décrivant les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette prise en charge.

Méthodologie

Type et période de l'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive portant sur une période de quatre (4) ans allant du 1 janvier 2019 au 31 Décembre 2022.

Lieu et Cadre de l'étude : le service de chirurgie du CHR de Tillabéry nous a servi de cadre d'étude.

Population de l'étude : Cette étude a concerné les patients opérés pour HBP au CHR de Tillabéry.

Echantillonnage : Nous avons colligé 175 cas.

Critères d'inclusion : Etaient inclus dans cette étude tous les patients opérés pour HBP au CHR de Tillabéry durant la période de notre étude.

Critères de non inclusion : Les patients opérés pour HBP en dehors de la période de notre étude et les patients opérés pour autres pathologies.

Variables étudiées : L'âge, la profession, les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs étaient les paramètres étudiés.

Méthode de collecte et analyse des données :

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de collectes des données individuelle (voir annexe) et ont été saisies et analysées au moyen de logiciel SPSS version 25 et Excel version 16.

Affiliations :

1 : Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey

2 : Hôpital National de Zinder

3 : Centre Hospitalier régional de Tillabéry

Auteur correspondant : OUSMANE MANZO Maman Sani, Chirurgien Urologue. Assistant à la FSS /UAM. Email : ousmanemanzomamansani@yahoo.fr téléphone : 0022796087507

Résultats

Fréquence

Cette étude nous a permis d'enregistrer 1895 patients opérés pour chirurgie abdominale au CHR de Tillabéry pendant la période de notre étude. Sur ces patients, nous avons enregistré 175 cas d'hypertrophie bénigne de la prostate opérés soit une fréquence de 9,23% de l'ensemble des interventions abdominales.

Facteurs sociodémographiques

L'âge moyen de nos patients était 69,90±écart type (extrêmes : 50 et 90 ans). La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 61 et 70 ans avec 43,4%. (**Tableau I**). Les patients qui provenaient des zones rurales représentent 76,6%.

Tableau I : Répartition selon les tranches d'âge des patients

Tranches d'âge (ans)	Fréquence	%
50 à 60	27	15,4%
61 à 70	76	43,4%
71 à 80	62	35,4%
81 à 100	10	5,7%
Total	175	100%

Les aspects cliniques

La rétention aigue d'urine était le motif de consultation dans 92%.

Aspects de la prostate au TR

Le toucher rectal a été réalisé chez tous les patients. Il nous a permis de retrouver chez 94,9% des malades, une prostate d'allure bénigne et 5,1% d'allure suspecte (la biopsie prostatique n'a pas été réalisée malgré son indication).

Les aspects paracliniques

Le PSA a été retrouvé chez 144 patients soit 76,6% Il était normal (inférieur 4 ng/ml) dans 22,3% des cas et élevée (supérieur ou égal à 4 ng/ml) dans 65 % des cas.

Volume prostatique à l'échographie

Le volume moyen de la prostate à l'échographie était de 95,58 cc avec des extrêmes de 27,80 cc et 200,6 cc. Les patients chez qui le diagnostic d'une HBP

Les aspects thérapeutiques

La herniorraphie et la cystolithotomie étaient associés dans respectivement 5,14% et 4%.

Tableau II : Répartition des patients selon le geste opératoire

Geste opératoire	Effectif	%
Adénomectomie simple	153	87,43%
Adénomectomie plus cure hernie inguinale	9	5,14%
Adénomectomie plus cure hydrocèle	3	1,71%
Adénomectomie plus cure cystolithotomie	7	4,00%
Adénomectomie plus cure hernie de la ligne blanche et parage	2	1,14%
Adénomectomie plus hernie inguinale plus cystolithotomie	1	0,57%
Total	175	100%

Les aspects évolutifs

Durée d'hospitalisation post opératoire

La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire était de 6,20 jours avec des extrêmes de 1 à 14 jours.

Les complications

La suppuration de la plaie opératoire était observée dans 4% des patients. Cinq décès après adénomectomie prostatiques étaient enregistrés dans notre étude soit 2,90% des cas.

Tableau III : Répartition des patients selon la survenue des complications

Complications	Effectifs	%
Hémorragies	6	3,40%
Suppuration pariétale	7	4%
Fistule vesico-cutanée	5	2,90%
Décès	5	2,90%
Non déterminées	152	86,90%
Total	175	100%

Discussion

La fréquence de l'hypertrophie bénigne de la prostate dans le service de chirurgie du CHR de Tillabéry était de 9,23% de l'ensemble des interventions abdominales programmées. Notre résultat est inférieur à celui de Adakal O et al., [18] et qui avait retrouvé une fréquence de cette pathologie dans 24,6% des cas. Cette différence serait liée d'une part à la méconnaissance de la pathologie, par le tabou

qu'elle représente et d'autre part par le fait que la plupart des structures de santé de la région de Tillabéry réfèrent à Niamey pour raison de proximité et de l'insécurité liée aux attaques des groupes terroristes qui n'épargnent pas les civils et limite l'accès au CHR de Tillabéry par la population. L'âge moyen de nos patients était 69,90 ans avec des extrêmes de 50 ans et 90 ans. Adakal O [18] avait retrouvé aussi 69,99 ans comme âge moyen. La tranche d'âge la plus représentée dans cette étude est celle comprise entre 61 ans et 70 ans avec 43,4% des cas. Ce même constat est fait au Niger par Adakal O [18] qui avait retrouvé la prédominance de cette pathologie dans la tranche d'âge de 61 à 70 ans dans 40,05% des cas.

Les patients qui provenaient des zones rurales représentent 76,6% de notre échantillon. Ces données se rapprochent de celles de Halidou M et coll à Zinder 2015[2] qui a retrouvé 72,35% des patients provenant des zones rurales. Ce qui montre encore que les habitants de ces deux régions vivent les mêmes réalités. La rétention d'urine est le motif de consultation le plus cité de nos patients avec 92%. La prédominance de la rétention urinaire peut se justifier par le fait que nos patients ne se font consulter qu'au stade de complication. Ce retard de consultation serait lié à la méconnaissance de l'adénome de la prostate dans le milieu d'étude. Seuls 6,86% des patients avaient d'antécédents d'intervention chirurgicale ;

La cure de la hernie inguinale était associée dans 5,14% des cas, Par contre Adakal O [18] avait retrouvé 2,65%. Ceci nous laisse croire que nos patients ne consultent qu'au stade de complication. D'ailleurs il existe un lien entre l'HBP et la survenue de la hernie inguinale par le biais de la dysurie.

Le toucher rectal a été réalisé chez tous nos patients. Il nous a permis de retrouver chez 94,9% des malades. Adakal O [18] avait retrouvé aussi une prostate d'allure normal chez 99% de ses patients.

Le PSA a été retrouvé chez 144 patients soit 76,6% Il était normal dans 22,3% des cas et élevée dans 65 % des cas. Nos données sont superposables à celles de Halidou M et coll à Zinder en 2015 [2] qui avaient retrouvé 60,16%. Le volume de la prostate moyen à l'échographie était de 95,58 cc avec des extrêmes de 27,80 cc et 200,6 cc. Ce résultat est Supérieur à celui de Adakal O [18] qui a rapporté un volume moyen de la prostate à l'échographie de $64,34 \pm 35$ cc avec des extrêmes allant de 15 à 469 cc. Notre résultat est similaire à celui de Fall et coll, Dakar 2002 [19] qui avaient rapporté une moyenne de 95,5 cc avec des extrêmes allant de 33 à 324 cc. Les patients chez qui le diagnostic d'une HBP isolée a été posé prédominaient notre population d'étude avec 85,71% des cas.

Notre résultat est similaire à celui de Adakal O [18] qui a rapporté 85% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation post opératoire était de 6,20 jours avec des extrêmes de 1 à 14 jours et est inférieur à celui de Adakal O [18] qui a retrouvé une durée moyenne d'hospitalisation de $16,17 \pm 9,76$ jours avec des extrêmes de 5 à 75 jours. Halidou et coll Zinder 2015 [2]

La suppuration de la plaie opératoire était la complication la plus observée chez nos patients. Elle a été citée chez 4% des patients. Par contre Adakal O [18] avait trouvé une suppuration pariétale dans 44,5% et les fistules vésico cutanées dans 7,5% des cas.

Ce taux élevé des complications, plus précisément de la suppuration pariétale serait en rapport avec la préparation préopératoire des patients, l'asepsie du bloc opératoire, de nos services d'hospitalisation mais aussi le manque de moyen financier pour la prise en charge adéquate de ces derniers. Cinq décès étaient enregistrés dans notre étude soit 2,90% des cas. Halidou et coll à Zinder [2] avaient retrouvé jusqu'à 2,43% des cas de décès.

Conclusion

La prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate en zone

d'insécurité chronique comme la nôtre est affectée par la crainte des attaques qui entravent la libre circulation des personnes et diminue la fréquentation des centres de santé . Notre étude portant sur la prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate au CHR de Tillabéry nous a permis de découvrir que cette pathologie est peu fréquente au niveau de la région de Tillabéry et le retour de la sécurité est indispensable pour une meilleure prise en charge des patients.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Madersbacher S, Sampson N, Culig Z. Pathophysiology of benign prostatic hyperplasia and benign prostatic enlargement: a mini-review. *Gerontology*. 2019;65(5):458-64.
2. Halidou M, Adamou H, Diongolé H, Amadou MMI, Adamou M. Prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) : à propos de 123 patients colligés à l'Hôpital National de Zinder (HNZ). *Ann Univ Abdou Moumouni Niamey*. 2015;2:149-56.
3. 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*. 2019;20(3):26-31.
4. Das K, Buchholz N. Benign prostate hyperplasia and nutrition. *Clin Nutr ESPEN*. 2019;33:5-11.
5. Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec l'hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. *Prog Urol*. 2012;22(16):977-88.
6. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 2013;64(1):118-40.
7. Sarma AV, Wei JT. Clinical practice. Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med*. 2012;367(3):248-57.
8. Kim EH, Larson JA, Andriole GL. Management of benign prostatic hyperplasia. *Annu Rev Med*. 2016;67:137-51.
9. Dornbier R, Pahouja G, Branch J, McVary KT. The new American Urological Association benign prostatic hyperplasia clinical guidelines: 2019 update. *Curr Urol Rep*. 2020;21(9):32.
10. Dahm P, Brasure M, MacDonald R, Olson CM, Nelson VA, Fink HA, et al. Comparative effectiveness of newer medications for lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*. 2017;71(4):570-81.
11. Zhong J, Feng Z, Peng Y, Liang H. A systematic review and meta-analysis of efficacy and safety following holmium laser enucleation of prostate and transurethral resection of prostate for benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2019;131:14-20.
12. Alexander CE, Scullion MM, Omar MI, Yuan Y, Mamoulakis C, N'Dow JM, et al. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic obstruction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD009629.
13. Pham H, Sharma P. Emerging, newly-approved treatments for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hypertrophy. *Can J Urol*. 2018;25(2):9231-7.
14. Lezrek M, Ameur A, Jira H, Beddouch A. Hémostase dans l'adénomectomie prostatique transvésicale selon la technique de Denis modifiée : à propos de 20 cas. *Ann Urol*. 2003;37(3):123-6.
15. Nickel JC, Aaron L, Barkin J, Elterman D, Nachabé M, Zorn KC. Guide de pratique de l'Association des urologues du Canada sur les symptômes du bas appareil urinaire chez l'homme et l'hyperplasie bénigne de la

- prostate (SBAUH/HBP) : mise à jour de 2018. *Can Urol Assoc J.* 2018;12(10):303-12.
16. Han M, Partin AW. Retropubic and suprapubic open prostatectomy. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 2695-703.
 17. Brookes ST, Donovan JL, Peters TJ, Abrams P, Neal DE. Sexual dysfunction in men after treatment for lower urinary tract symptoms: evidence from randomised controlled trial. *BMJ.* 2002;324(7345):1059-61.
 18. Adakal O, Rouga MM, Abdoulaye MB, Adamou 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.* 2021;22(11):93-7.
 19. Fall PA, Gueye SM, Ndoye AK, Diao B, Thiam OBK, Abdallahi MOC, et al. Mortalité et morbidité précoces après adénomectomie prostatique par voie transvésicale. *Afr J Urol.* 2002;8(1):20-3.