



## PANORAMA DES TUMEURS UROLOGIQUES AU CNHU-HKM DE COTONOU

J.D.G. AVAKOUDJO ; D. M. I. YEVI ; D. SAIDOU; G. NATCHAGANDE ; F. HODONOU;  
J. SOSSA; M.M. AGOUNKPE

Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou,  
**Correspondant** : Dr YEVI Dodji Magloire Inès. Email : [dryevi@gmail.com](mailto:dryevi@gmail.com), Cell : +229 97242160,  
07BP07 Cotonou.

### RESUME

**Introduction** : Les tumeurs urologiques sont très fréquentes dans la pratique courante de l'Urologie et constitue l'essentiel de l'activité de l'urologue

**Objectifs** : Etudier les aspects épidémiologiques et évolutives des tumeurs urologiques à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie du CNHU HKM de Cotonou

**Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des aspects épidémiologiques et évolutives des tumeurs urologiques reçues au CNHU-HKM de Cotonou sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2017. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe des patients, le diagnostic, la localisation et la nature suspectée de la tumeur, le délai de recours aux soins et la mortalité hospitalière

**Résultats** : 1047 dossiers ont été colligés. La majorité (82,14%) de nos patients ont un âge supérieur à 50 ans. Les hommes sont majoritairement atteints avec un taux de 92,36%. La sex-ratio est de 0,92 en faveur des hommes H/F. La majorité de nos patients (87,68%) avait vu leurs symptomatologies évoluer plus de 6 mois avant de recourir aux soins médicaux. Un total de 532 patients avait une tumeur bénigne et 515, une tumeur maligne. La glande prostatique est l'organe génital masculin le plus affecté. Les tumeurs prostatiques représentent 75, 54% des tumeurs uro-génitales dont 43,83% bénignes et 31,70% malignes.

**Conclusion** : Les tumeurs urogénitales sont des affections fréquentes dominées par les tumeurs de la prostate, de la vessie et des reins. Au Bénin, elles sont diagnostiquées tardivement.

**Mots clés** : tumeurs urologiques, Cotonou, Bénin.

### SUMMARY:

PANORAMA OF UROLOGICAL TUMORS IN THE NATIONAL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL H.K. MAGA OF COTONOU

**Introduction**: Urologic tumors are very common in the current practice of Urology and constitute the bulk of the urologist's activity.

**Objectives**: To study the epidemiological and evolutionary aspects of the urological tumors in the National University Teaching Hospital of Cotonou.

**Patients et methods** : This was a retrospective and descriptive study of the epidemiological and evolutionary aspects of urological tumors received at the CNHU-HKM of Cotonou over the period from 1 January 2008 to 31 December 2017. The parameters studied were: age, sex of patients, diagnosis, location and suspected nature of the tumor, time to seek care and hospital mortality.

**Results**: 1047 files were collected. The majority (82.14%) of our patients are older than 50 years old. Men are mostly affected with a rate of 92.36%. The sex ratio is 0.92 in favor of men m / f. The majority of our patients (87.68%) came to hospital after more than 6 months. A total of 532 patients had a benign tumor and 515 a malignant tumor. The prostate gland is the most affected male genital organ. Prostatic tumors account for 75.54% of urogenital tumors, of which 43.83% are benign and 31.70% are malignant.

**Conclusion**: Urogenital tumors are frequent disorders dominated by tumors of the prostate, bladder and kidneys. In Benin, They are diagnosed late.

**Key words**: Urologic tumors, Cotonou, Benin.

### INTRODUCTION

Les affections uro-génitales tumorales regroupent les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme, et des organes génitaux masculins. Elles sont assez fréquentes dans la pratique courante en Urologie et constituent l'essentiel de l'activité de l'urologue [1]. Cependant, la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne ne disposent pas de données suffisamment représentatives du fait de l'absence des registres

des cancers mais aussi et surtout de la grande difficulté qu'ont les chirurgiens à faire réaliser les examens anatomo-pathologiques aux patients soit à cause du coût soit à cause d'une mauvaise compréhension de sa nécessité dans le processus de prise en charge [2]. De ce fait, l'impact véritable des affections urologiques tumorales reste toujours mal cerné en Afrique en général et au Bénin en particulier. Le présent travail vise à étudier les aspects épidémiologiques et évolutifs de ces patholo-

gies à la Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou. Elle pourrait servir de base de réflexion pour l'organisation d'une meilleure accessibilité aux soins urologiques et d'arguments de plaider pour la mise en place d'outils de collectes efficaces.

#### PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive menée sur une période de 10 ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2017, ayant porté sur les aspects épidémiologiques et quelques caractéristiques globales des affections urologiques tumorales admises dans le service d'Urologie du CNHU HKM de Cotonou. Une fiche de dépouillement pré-établie nous a permis de colliger en utilisant les registres et dossiers d'hospitalisation des patients, tous les cas d'affections urologiques tumorales. Les affections tumorales ont été classés en deux groupes : les bénignes et les malignes. En ce qui concerne la malignité, les auteurs se sont basé juste sur les éléments cliniques et paracliniques de suspicion parce que la plupart des cancers en Afrique souffrent d'une absence de diagnostic histologique.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe des patients, le diagnostic, la localisation et la nature suspectée de la tumeur, le délai de recours aux soins et la mortalité hospitalière.

Les données ont été traitées et analysés par Epi info version 7.2.2.6 et les différents tableaux et figures réalisés avec les logiciel Word 2010 et Excel 2010.

Sur le plan éthique, l'anonymat des patients a été respecté durant toute la procédure de recueil et de traitement des données.

#### RESULTATS

Un effectif de 1047 patients a été recensé au total durant la période de l'étude.

##### Age et Sexe des patients :

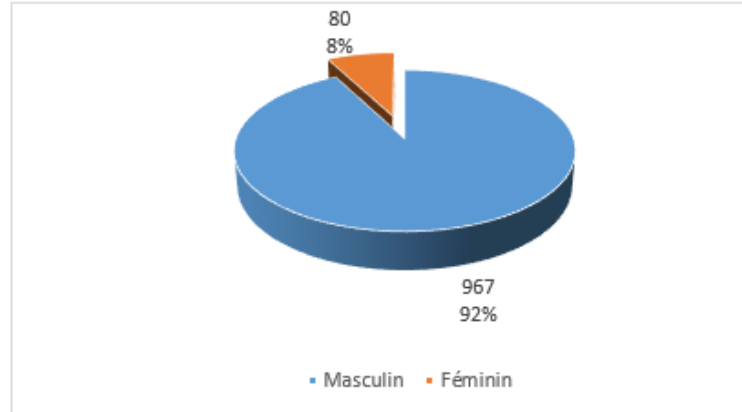
Le tableau I présente la répartition des patients selon l'âge.

**TABLEAU I :** Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Effectifs	Pourcentages%
] 15-30]	51	4,87
] 30-40]	38	3,63
] 40-50]	98	9,36
] 50-60]	216	20,63
] 60-70]	315	30,09
>70	329	31,42
<b>Total</b>	<b>1047</b>	<b>100%</b>

La majorité (82,14%) de nos patients a un âge supérieur à 50 ans. Les hommes sont majoritairement atteints avec 92,36%. La sex-ratio est de 0,92 en faveur des hommes H/F

La figure 1 présente la répartition par sexe des patients.



**Figure 1 :** Répartition des patients en fonction du sexe

**Type de tumeur :** Sur les 1047 patients chez qui une tumeur a été diagnostiquée, 532 avaient une tumeur bénigne et 515, une tumeur maligne.

##### Les tumeurs bénignes

**Tableau II :** Répartition des patients en fonction de la localisation des tumeurs bénignes

Tumeurs bénignes	Effectifs	Pourcentage
Rein	20	3,75
Scrotale	8	1,49
Vessie	5	0,93
Prostate	459	86,60
Uretre	7	1,31
Epididyme	20	3,73
Déferent	13	2,43
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>

La glande prostatique est l'organe génital masculin le plus affecté. Les tumeurs prostatiques représente 75,54% des tumeurs urogénitales dont 43,83% bénignes et 31,70% malignes avec 86,60%.

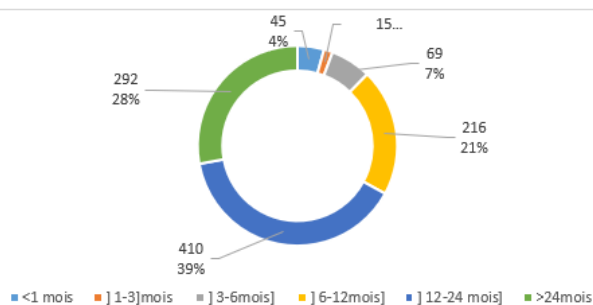
##### Tumeurs malignes :

**Tableau III :** Répartition des patients en fonction de la localisation des tumeurs malignes

Tumeurs malignes	Effectif	Pourcentages %
Rein	55	10,67
Vessie	113	21,85
Prostate	332	64,46
Testicule	12	2,33
Pénis	3	0,58
<b>Total</b>	<b>515</b>	<b>100%</b>

### Délai de recours aux soins

La figure 1 présente la répartition des patients en fonction du délai de recours aux soins.



**Figure 2 : Répartition des patients en fonction du délai de recours aux soins**

La majorité de nos patients (87,68%) avait vu leurs symptomatologies évoluer plus de 6 mois avant de recourir aux soins médicaux

**Tableau IV : Répartition des patients en fonction du mode de sortie**

Mode de sortie	Effectif	Pourcentage (%)
Sortie normale	760	72,59
SCAM	109	10,41
Evasion	19	1,81
Décès	122	11,65
Transfert	37	3,53
<b>Total</b>	<b>1047</b>	<b>100</b>

### Evolution des tumeurs :

Le tableau IV présente la répartition des patients en fonction du mode de sortie. La majorité des patients (72,59%) est sortie normalement. On note un taux global de décès de 11,65% et les sorties contre-avis médical (SCAM) sont de 10,41%.

Le tableau V récapitule les caractéristiques épidémiologiques et évolutives des tumeurs uro-génitales bénignes.

**Tableau V : Récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques et évolutives des tumeurs bénignes uro-génitales.**

	Prostate	Testicule	Scrotum	Déférent	Epididyme	Urètre	Rein	Vessie	Total
<b>Hommes</b>									
Nbre cas	459	0	8	13	20	4	13	3	520
Pourcentage(%)	86,27	0	1,50	2,44	3,75	0,75	2,44	0,56	97,74
Âge moy	67,7	0	37,4	41,3	43,5	52,3	62,4	61,8	52,3
Décès	16	0	0	0	0	0	0	0	16
<b>Femmes</b>									
Nbre cas	-	-	-	-	-	3	7	2	12
Pourcentage(%)	-	-	-	-	-	0,56	1,31	0,37	2,25
Âge moy	-	-	-	-	-	46,2	51,8	53	50,5
Décès	-	-	-	-	-	0	0	0	0
Sex Ratio	-	-	-	-	-	1,33	1,57	1,5	
<b>Hommes et femmes</b>									
Nbre de cas	-	-	-	-	-	7	20	5	532
Pourcentage	-	-	-	-	-	1,31	3,75	0,92	100

Les tumeurs urogénitales bénignes sont dominées par l'hypertrophie bénigne de la prostate (86,27%). Viennent ensuite les tumeurs bénignes de l'épididyme (3,75%), les tumeurs du rein (3,75%), et les celles du déférent (2,44%).

**Tableau VI : Récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques et évolutives des tumeurs urogénitales malignes.**

	Prostate	Testicule	Pénis	Rein	Vessie	Total
<b>Hommes</b>						
Nbre cas	332	12	3	33	78	458
Pourcentage	64,21	2,12	0,38	5,99	15,08	88,78
Âge moy	68,3	42,2	69,8	55,24	63,4	59,49
Décès	58	1	1	7	24	91
<b>Femmes</b>						
Nbre cas	-	-	-	22	35	57
Pourcentage	-	-	-	4,25	6,76	11,21
Âge moy	-	-	-	53,6	61,10	58,73
Décès	-	-	-	5	10	15
Sex Ratio	-	-	-	1,4	2,22	
<b>Hommes et femmes</b>						
Nbre cas	-	-	-	55	113	515
Décès	-	-	-	12	34	106
Pourcentage	-	-	-	10,67	21,94	100

Les tumeurs bénignes de la prostate sont les seules qui ont occasionné 16 décès sur les 532 cas, soit un taux spécifique de mortalité de 3%.

Le tableau VI présente le récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques et évolutives des tumeurs urogénitales malignes.

Parmi les tumeurs malignes, les cancers de la prostate occupent le premier rang (64,21%) puis viennent respectivement les cancers de vessie (21,94%), les tumeurs du rein (10,67%) et les tumeurs du testicule (2,12%).

**Tableau VII : Répartitions des patients en fonction des interventions chirurgicales réalisées.**

Interventions	Fré- quence	Pourcen- tage(%)
Adénomectomie prostatique	208	51,11
Résection trans- urétrale de la prostate	19	4,67
ICP	6	1,47
Evidement cervi- co prostatique	31	7,62
Pulpectomie	21	5,16
Urétérostomie cutanée	7	1,72
Néphrostomie	5	1,23
Cystoprostatec- tomie radicale	1	0,25
Néphrectomie	48	11,79
Pelvectomie antérieure	1	0,25
Orchidectomie	7	1,72
Cystostomie	26	6,39
RTUV	14	3,44
Exérèse / Cauté- risation des con- dylomes	13	3,19
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>100,00</b>

Les interventions chirurgicales pour tumeurs uro-génitales sont dominées par les adéno-mectomies prostatiques en chirurgie ouverte (51,11%), viennent ensuite les néphrectomies (11,79%) et les évidements cervico-prostatiques (7,62%).

## DISCUSSION

Les tumeurs urogénitales sont des tumeurs d'âge avancé 63,73 ans. Cette thèse est soutenue par TRETARRE et al [6] en France qui soulignent que les cancers urogénitaux sont rares avant 50 ans.

La glande prostatique est l'organe génital masculin le plus touché par une tumeur urogénitale [3]. L'hypertrophie bénigne était le plus fréquent avec 58,02%. Ce résultat est inférieur à celui de AKPO et al au Bénin [4] qui ont trouvé un taux de 92,7%, et de NOURRI et al au Maroc [5] pour qui la quasi-totalité des patients avait une tumeur d'allure bénigne au toucher rectal. Le toucher rectal était avant l'ère du PSA, la base de l'examen d'un patient porteur d'une tumeur prostatique. Ses limites sont de nos jours démontrées.

Soixante-sept pour cent des patients ont été reçus 12 mois après le début de leur motif de consultation. Ce retard au diagnostic a été rapporté par M. BARRY et al [7] en Guinée et par M. NDOYE au Sénégal [2]. Le retard au diagnostic est lié à l'histoire naturelle du cancer de la prostate mais aussi aux appréhensions que les hommes avaient à venir consulter l'urologue. A cela s'ajoute l'absence de politique d'information et de sensibilisation de la population et les difficultés d'accès aux services de santé.

Seulement 38,87% de nos patients avaient bénéficié d'un geste chirurgical. Ce faible taux se justifie par le retard au diagnostic, l'âge avancé de nos patients et les limites de nos plateaux techniques. L'intervention la plus pratiquée était l'adénomectomie prostatique par voie ouverte avec 51,10% des opérés de la période d'étude.

**Cancer de la prostate :** L'âge moyen au diagnostic des patients était de 68,3 ans. Des résultats similaires ont été rapportés par M. NDOYE et al au Sénégal [2] ainsi que d'autres auteurs de l'Afrique au sud du Sahara [5]. La différence n'est pas significative avec les moyennes d'âge rapportées par des auteurs occidentaux [1,8]. Tous ces résultats traduisent que le cancer de la prostate est une pathologie des personnes âgées. Le cancer de la prostate représente, à lui seul, 64,21% des cancers urologiques. Le même résultat est retrouvé par OUATTARA et al, au Bénin [9]. Ce résultat illustre la fréquence élevée du cancer de la prostate chez l'homme de plus de 60 ans, mais semble sous-évalué, du fait que la majorité des cancers de la prostate est infra clinique [9]. Toutes les études ont conclu à la prédomi-

nance du cancer de la prostate parmi les cancers uro-génitaux [10, 11]. La mortalité spécifique intra hospitalière du cancer de la prostate était de 11,21% dans notre étude, comparable à celui de TRETARRE et al [6] 12,3%.

**Cancer de la vessie :** L'âge moyen du diagnostic de nos patients était de 62,25 ans, comparable avec l'âge rapporté dans les pays occidentaux, comme la France ou IRANI et al [14] rapportent un âge moyen de 69 ans. Le cancer de la vessie occupe le deuxième rang après celui de la prostate et représente 21,94% des cancers urologiques. Ce résultat est superposable à ceux retrouvés par d'autres études de l'Afrique noire [12, 13]. La bilharziose et l'augmentation de l'exposition à des substances cancérigènes ainsi que la diminution de la capacité de réparer le matériel génétique ont été retenues comme causes de cette fréquence [14]. Environ 75 à 85% des patients consultant pour suspicion de cancer de la vessie dans les pays du nord ont une tumeur n'envahissant pas le muscle [15, 20]. Une tendance contraire est observée dans les pays en voie de développement ou la majorité des patients 83,8% dans notre étude, est vue à un stade très avancé.

La mortalité hospitalière était de 30,08%. Ce taux peut être expliqué par le stade avancé de la maladie au moment du diagnostic mais aussi par l'âge avancé des patients. Les tumeurs infiltrantes semblent très agressives et l'âge avancé est un facteur de mauvais pronostic de survie globale [12].

**Cancer du rein :** Ce cancer est le troisième cancer urologique. L'âge de survenue était de 64,64 ans avec une sex-ratio de 1,4 (H/F) et une mortalité hospitalière de 22,64%. Ces caractéristiques sont identiques à ceux décrits dans la littérature notamment en France où S. BATTISTI [16] rapporte un âge de survenu de 67 ans chez l'homme et 70 ans chez la femme. Le cancer du rein est parmi les cancers urologiques, le plus léthal [16]. Son incidence serait

forte en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie ; par contre elle est faible en Afrique et en Asie [1]. La proportion de tumeurs bénignes du rein est relativement élevée notamment chez la femme [16]. Le même constat était dégagé dans notre étude 20 cas bénins contre 55 malins soit 36%.

**Cancer du testicule :** Ils sont rares en termes de fréquence de survenue. Douze cas de cancer du testicule ont été trouvés dans notre étude soit 2,25% des cancers urogénitaux. L'âge moyen de diagnostic était de 62 ans. Ce chiffre est largement supérieur aux résultats rapportés dans la littérature qui retiennent que le cancer du testicule est un cancer d'âge moyen soit 32 ans [1]. Cette grande différence peut se justifier par les difficultés d'accès de nos patients aux soins urologiques.

**Cancer du pénis :** Ils surviennent essentiellement chez le sujet âgé sans hygiène et ayant un antécédent d'infection à l'HPV [17]. Il existe peu de données sur cette tumeur en Afrique noire. Des données épidémiologiques récentes anglaises ont mis en évidence une augmentation de 21% de l'incidence sur les 40 dernières années [18]. Il existe des variations d'incidences dans les différents pays Européens et dans le monde avec des taux plus élevés au Brésil et en Ouganda [19].

## CONCLUSION

Les tumeurs urogénitales sont des affections fréquentes. Elles étaient diagnostiquées tardivement d'où la prédominance des formes très avancées. Leur impact réel est difficilement appréciable par manque de données épidémiologiques et donc de surveillance.

L'inexistence de registre des cancers est un problème majeur de la surveillance de ces tumeurs. Il est impératif pour nos pays de mettre en place un système de collecte efficace des données épidémiologiques et d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins urologiques.

## REFERENCES

- 1- Ferlay Bray F, Parkin DM, Pisani P, GLOBOCAN 2000. Cancer incidence and mortality worldwide (IARC cancer bases). Lyon : IARC ; 2001.
- 2- Ndoye L, Niang KI, Gandaho I, Jalloh I, Gueye S. Cancer avancé de la prostate au Sénégal. Aspect diagnostiques à l'hôpital de Gand Youff. Prog urol 2014 ; 24 :271-75.
- 3- Fournier A, Valery p, Mangin O. Cancer de la prostate épidémiologie, facteurs de risques, anatomopathologie. Ann Urol, 2004, 38 : 187-206
- 4- Akpo E. D. C. Contribution à l'étude épidémiologique des cancers urologiques chez l'adulte africain au Sénégal. Thèse Med Dakar 1977, No8, 147P.

- 5- Hounnasso, et al. Pathologies prostatique au CNHU de cotonou, aspect diagnostique. Benin Médical 2003, 25 : 72-77
- 6- Tretarre B, Rebillard X, Daures JR, Daures JP, Iborra F. Les cancers urologiques dans le département de l'herault: quatorze ans d'enregistrement continu. Prog urol 2003; 13 : 394-403.
- 7- Barry M, Diallo AB, Brah OR, Baldé S, Koulibaly M, Koulibaly M, Sow KB, Diallo MS. Aspect diagnostiques des tumeurs prostatiques au service d'urologie du CHU de Conakry. Méd Afr Noire 2010, Vol. 57, N1 :32-35
- 8- Viller A, Soulié M, Guline S, et al. Epidémiologie et dépistage du cancer de la prostate. Oncologie 2004; 6: 0245-50.
- 9- Ouattara A, Hodonou R, Avakoudjo J, Cissé D, Zongo B, Gandaho I, et al. Epidémiologie des cancers urologiques au centre national hospitalier universitaire Hubert Koutougou Maga Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas. Prog urol 2012 ; 22 : 261-5.
- 10- Tossou H, Mensah A, Sylla S. Cancers de l'appareil urogénital en milieu africain à Dakar. Med Afr Noire 1971 ; 18 : 441-7
- 11- Sow M, Blaise Nkegoum B, Essame Oyono JP, Nzokou A. Aspects épidémiologiques et histopathologies des tumeurs urogénitales au Cameroun. Prog urol 2006 ; 16: 36-9.
- 12- Dehani Y, Tetou M, Khdach Y, Janane A, Alami, Alami, Aneur A. L'âge avancé est-il un facteur de mauvais pronostic pour les patients atteint de tumeurs de vessie infiltrant le muscle et traités par cystectomie. Prog urol 2018 ; 28 : 166-172.
- 13- Niang L, Kane R, Labou I, Jalah M, Ndoeye M, Konaté AK, Diaw JJ, Kouka SC, Gueye SM. Cystectomies totales pour cancers localement avancés de vessie au service d'urologie de l'hôpital général de Grand Youff. Prog urol 2011 ; 21 : 121-125.
- 14- Irané J, Dexazeaud A. Cancer de vessie : actualités2008. Prog Urol2008 18suppl. 6, S125-S129
- 15- Oosterlinck W, Vanderneijden A Bohle A, Rintala E, Solsona Narvon E, et al. Guidelines on TaT1 (nonmuscle invasive) bladder cancer. EAU guidelines 2006 ; 1-17
- 16- Battisti S, Braud G, Rigaud J, Bouchot O. Cancer sporadique du rein chez les patients de moins de 45 ans. Prog Urol 2017 ; 17, 934-938.
- 17- Rigaud J. Prise en charge des cancers du pénis. Prog Urol 2014; 24: 918-924.
- 18- Aryan L, Li R, Pglar K, Sangar V, Kalley JD, Minhas S, et al. Long terms trends in incidence survival and mortality of primary penile cancer in England. Cancer causes control 2013; 24: 2169-76
- 19- Rigaud J, Avances C, Camporo P, Durand X, Flechon A, Mures T, et al. Recommandation en oncurologie2013 du CCAFU : tumeurs malignes du pénis. Prog Urol 2013;23, 2, 135-44.
- 20- Jacques I. Epidémiologie du cancer de la vessie. Prog urol 2003 ; 13 :1207-8.