

Transplantation renale Expertise urologique

Pr Soufiane Mellas

Professeur Agrégé d'anatomie,
urologue, expert en transplantation
rénale

Paul et sa prostate

**Dr Ouima Justin
Dieudonné ZIBA**

Urologue-andrologue
(BURKINA FASO)

Les cancers masculins en urologie

Comment les éviter?
Le taux de survie ?
Le dépistage ?

**Dr Amadou Mahamane
SAMINOU**

Urologue (NIGER)

Comment prelever le sperme pour le spermogramme?

Dr Bruno AWEH

Médecin Biologiste, spécialiste
en Histologie Embryologie
Cytogénétique

Dysfonction érectile chez les patients atteints de cancers de la prostate

Dr William AKAKPO

Chirurgien Urologue et
Andrologue

L'ÉQUIPE



Dr OUIMA JUSTIN DIEUDONNE ZIBA
Urologue
(Burkina Faso)



Dr RICHEPIN TIDAHY
Urologue
(Madagascar)



Dr AMADOU Mahamane Saminou
Urologue
(NIGER)



Dr FOUJAD SOUMANOU
Urologue
(Bénin)



Dr Akassimadou N'DIAMOI
Urologue
(Côte d'Ivoire)



Dr NISSO OUANGKAKE
Urologue
(Tchad)



Dr SOW ABOUBAKRY
Urologue
(Mauritanie)



Dr KLIFFORD KLOVIS KABORE
Urologue
(BURKINA FASO)



Dr ADIL MELLOUKI
Urologue
(Maroc)



Dr FRANCOIS MEUKE
Urologue
(Cameroun)



Dr BA ZACKARIA
Urologue
(Sénégal)



Dr ROGER KANZA
Urologue
(R.D Congo)



Dr MOHAMMED TAOFIQ
Urologue
(Nigéria)



Dr MILOUD BENOUIS
Urologue
(Algérie)



Dr BOTCHO ARISTE G
Urologue
(Togo)



Dr MRAD Dali
Urologue
(Tunisie)



Dr Mohammed MZYIENE
Urologue
(Maroc)



UroMag_Afrik



UroMag_Afrik



UroMag_Afrik



uromagafrik@gmail.com

LES SUJETS DU MOIS

- **EDITO** **P 4**

- **ANDRO**
 - Interview avec Dr AKAKPO (P5 -8)
 - Comment prelever le sperme pour le spermogramme (P 14)

- **Sujet d'urologie**
 1. Transplantation renale (expertise urologique) P9-11
 2. les cancers masculin en urologie (P13)

- **Histoire du mois**
 - Paul et sa prostate (P15-16)



L'édito

Dr Ouima Justin Dieudonné ZIBA

Urologue-andrologue (Ouagadougou, BFA)

Directeur UroMaG_Afrik

Pour ce 3ème numéro de UroMaG_Afrik, nous mettons en lumière la transplantation rénale. Pour ce faire, nous recevons le Professeur Soufiane Mellas, urologue titulaire au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II et Professeur à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et de médecine dentaire de Fès (Maroc). Le Professeur Mellas et l'ensemble de l'équipe du CHU Hassan 2, font de la transplantation rénale une activité de référence au sein de leur service d'urologie et participent à cet effet à transplanter les patients candidats à une greffe rénale au Maroc.

Le Dr AKAKPO urologue andrologue à Paris, nous parlera de la survenue de la dysfonction érectile chez les patients atteints de cancers de la prostate, une association qui augmente le mal être de ces patients mais qui peut trouver plus d'une solution. Parlant des cancers masculins, le Dr AMADOU Mahamane Saminou, urologue au Niger tire la sonnette d'alarme sur ces cancers, damnés de la santé publique en Afrique.

Le spermogramme, beaucoup d'hommes en font dans le cadre des bilans d'exploration des troubles de la fertilité, mais comment doit se faire cet examen ? Dr Bruno AWEH, Biologiste, spécialiste en Histologie Embryologie Cytogénétique et biologie de la reproduction revient sur des détails importants pour une meilleure appréciation du spermogramme.

UroMaG_Afrik c'est toujours plus d'urologie et plus d'andrologie à découvrir dans ce 3ème numéro.



Dysfonction érectile chez les patients atteints de cancers de la prostate

Dr William AKAKPO

Chirurgien Urologue et
Andrologue

UroMaG_Afrik : Bonjour Docteur, pouvez-vous vous présenter à notre lectorat ?

Bonjour à tous, je suis le Docteur William AKAKPO, Chirurgien Urologue et Andrologue à Paris. Après plusieurs années à la Pitié Salpêtrière, j'ai rejoint un groupe privé au sein duquel je suis en charge de la chirurgie reconstructrice génito-urinaire et andrologique. Mes domaines d'expertise sont la chirurgie urétrale (urétroplasties), la prise en charge des troubles de l'érection, la maladie de Lapeyronie/les courbures congénitales du pénis et l'infertilité masculine avec la microchirurgie pour les

varicocèles et les prélèvements testiculaires. Enfin je suis membre du comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle de l'Association Française d'Urologie ce qui me permet de rester impliqué dans la recherche clinique.

UroMaG_Afrik : En termes simples c'est quoi la dysfonction érectile ? quelles est sa prévalence chez les patients atteints de cancer de la prostate ?

La dysfonction érectile (ou impuissance) correspond à l'incapacité à obtenir ou à maintenir une érection permettant un rapport sexuel satisfaisant.

La dysfonction érectile n'est pas un signe

annonciateur de cancer de la prostate et le cancer en lui-même ne donne pas de dysfonction érectile.

Le traitement d'un cancer de la prostate permettant de contrôler la maladie (prostatectomie radicale, radiothérapie ou hormonothérapie) peut aboutir à une dysfonction érectile.

La prévalence de la dysfonction érectile est variable après traitement d'un cancer de la prostate et dépend de plusieurs facteurs en particulier l'âge du patient, les érections pré thérapeutiques, les comorbidités du patient, le stade du cancer et le type de traitement.

UroMaG_Afrik : comment survient cette dysfonction érectile chez un patient atteint de cancer de la prostate ? de quoi se plaignent souvent les patients que vous rencontrez ?

La dysfonction érectile après le traitement d'un cancer de la prostate est soit en lien avec une atteinte des bandelettes vasculaires et nerveuses accolées à la prostate soit liée au blocage androgénique avec baisse de la testostéronémie.

Les patients présentant cette dysfonction érectile sont habituellement demandeurs de retrouver une érection satisfaisante afin de reprendre une vie sexuelle normale. Beaucoup de patients avaient des érections normales avant le traitement et ce changement est à l'origine d'une souffrance personnelle ou du couple.

UroMaG_Afrik : quels sont les traitements du cancer de la prostate qui sont à l'origine de la survenue de la dysfonction érectile ?

L'ensemble des traitements d'un cancer de la prostate peuvent aboutir à une dysfonction érectile.

Au cours d'une chirurgie (prostatectomie radicale), les bandelettes vasculo nerveuses sont décollées de la prostate et parfois sectionnées lorsque la tumeur touche les bandelettes afin d'éviter d'avoir des marges

tumorales et limiter la récurrence. La chirurgie robotique permet actuellement de mieux visualiser les bandelettes et permettre une meilleure conservation de celles-ci.

Au cours d'une radiothérapie, les rayons ciblant la prostate auront également un effet négatif sur les bandelettes vasculo-nerveuses. L'avancée des techniques permet également de mieux contourner la prostate et limiter les effets périphériques de la radiothérapie.

Enfin, l'utilisation d'une hormonothérapie aboutira à un blocage de la fabrication de la testostérone qui se manifesterà à une baisse de la libido et des érections.

UroMaG_Afrik : comment se manifeste la dysfonction érectile durant le traitement des patients atteints de cancer de la prostate ? existe-t-il des stades de sévérité de cette dysfonction érectile ?

Après chirurgie, la dysfonction érectile peut apparaître après l'intervention et aura tendance à s'améliorer naturellement jusqu'à 18 mois. En cas de préservation vasculo-nerveuses, la régénération s'effectue progressivement.

Après radiothérapie, les troubles de l'érection apparaissent progressivement.

Il existe différents stades de dysfonction érectile allant d'une discrète baisse de rigidité ou de durée des érections à l'absence totale d'érection. Des questionnaires (IIEF en particulier) permettent d'évaluer la sévérité de la dysfonction érectile.

UroMaG_Afrik : Que faire quand on constate que ses érections ne sont plus bonnes surtout quand on est connu porteur d'un cancer de la prostate ?

Après traitement d'un cancer de la prostate, il est important de surveiller le PSA (Prostate Specific Antigène) afin de de s'assurer du bon contrôle du cancer mais il faut également aborder le sujet de l'érection car plus tôt une prise en charge est proposée meilleurs seront les résultats et la récupération.

UroMaG_Afrik : Existe-t-il des solutions pour remédier à cette dysfonction érectile ? est ce un traitement couteux ?

Il existe différents traitements de la dysfonction érectile. Des traitements oraux (en comprimés) à prendre tous les jours ou avant les rapports sexuels, des traitements locaux (gel ou injections intra caverneuses) à réaliser avant le rapport sexuel et le vacuum (pompe à vide). Enfin des traitements chirurgicaux et efficaces sont possibles avec la mise en place d'un implant pénien.

Les traitements dépendent de la sévérité de la dysfonction érectile et de la volonté du patient d'avoir des rapports sexuels. Certains patients sont soulagés de ne plus avoir de cancer et considèrent avoir assez profité de leur vie sexuelle donc peu demandeurs de traitements. Le traitement doit être personnalisé à chaque patient.

UroMaG_Afrik : Quels sont les résultats possible après traitement ? peut-on guérir définitivement ou est-ce un traitement à vie ?

La récupération de la fonction érectile et l'efficacité des traitements dépendent des facteurs cités plus haut : l'âge du patient, ses érections pré thérapeutiques, ses comorbidités (diabète, hypertension, obésité...), le stade du cancer et le type de traitement réalisé.

Certains patients récupèrent une fonction érectile normale sans traitement. Il s'agit classiquement des patients jeunes (< 60 ans) avec une bonne fonction érectile pré thérapeutique et un cancer localisé.

D'autres patients auront besoin d'un traitement au long cours et enfin certains patients ne seront pas sensibles aux différentes lignes de traitements médicamenteux ou locaux et auront besoin d'un traitement chirurgical.

UroMaG_Afrik : existe -il des effet secondaires liés aux différents traitements ? quels sont les conséquences ?

Les traitements médicamenteux sont globalement bien tolérés. Les effets secondaires classiques des médicaments, à savoir les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, sont les maux de tête et les douleurs musculaires. Il existe différentes molécules qui pourront être proposées en cas d'effets secondaires. Concernant les traitements locaux, les prostaglandines sous forme de gel peuvent donner une sensation de chaleur urétrale et les prostaglandines injectables peuvent aboutir sur le long terme à des zones de fibrose sur le pénis.

Enfin, la chirurgie avec mise en place d'un implant pénien peut se compliquer d'une infection (environ 2 à 3 % des cas) et d'une panne du matériel nécessitant un changement sur le long terme (8 à 10 ans en général).

UroMaG_Afrik : partagez nous une expérience vécue avec un patient que vous avez pris en charge qui vous a marqué !

J'ai reçu l'année dernière un patient en couple opéré 3 ans auparavant d'un cancer de la prostate. Il a essayé les différentes lignes de traitement qui ne lui permettaient pas d'avoir des érections satisfaisantes. Les troubles de l'érection étaient à l'origine d'une dépression et de tensions au sein de son couple.

Nous avons longuement discuté ensemble de la mise en place d'un implant pénien. Le patient était assez inquiet de devoir être encore opéré. Après quelques mois de réflexion, nous avons réalisé la chirurgie. Les suites opératoires ont été simples. 3 mois plus tard, le patient a repris une vie sexuelle normale. Ce patient que je voyais initialement attristé au cours des consultations de suivi était transformé et heureux par le fait de reprendre une vie sexuelle avec sa femme.

La morale de cette histoire et qu'il faut prendre le temps de discuter avec les patients après prise en charge d'un cancer. La guérison est certes obtenue mais certains patients restent très affectés par les effets secondaires fonctionnels du traitement de leur cancer et n'osent pas toujours en parler.

UroMaG_Afrik : des conseils généraux pour les patients porteurs de dysfonction érectile ?

Il faut en parler à son médecin et ne pas avoir honte car des traitements existent. La dysfonction érectile est multifactorielle, il est donc important de surveiller les causes générales de cette pathologie en particulier l'hypertension, le surpoids et le diabète.

UroMaG_Afrik : UroMaG_Afrik est un magazine qui se veut de donner de la lumière sur l'urologie et l'andrologie sur le continent africain, un mot à l'endroit du magazine ?

Bravo à vous ! Continuez dans ce sens ! L'urologie est une vaste spécialité intimement liée à l'andrologie. Il est important de faire la promotion de cette spécialité afin de sensibiliser le plus de monde sur la prévention en particulier du cancer de la prostate qui touche plus fréquemment la population africaine.



60% des greffes dans le monde sont des transplantations renales.



La transplantation rénale : expertise urologique, espoir réel pour les insuffisants rénaux en Afrique!

Pr Soufiane Mellas

Professeur Agrégé d'anatomie,
urologue, expert en transplantation rénale

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème mondial de santé publique. Il s'agit d'une complication redoutable de la maladie rénale chronique. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale repose sur trois modalités : l'épuration extra-rénale, la dialyse péritonéale et la transplantation rénale (TR). Cette dernière modalité reste le traitement de choix puisqu'elle accorde de nombreux avantages dont l'autonomie du patient, le coût social moindre et la bonne réinsertion professionnelle. La TR apparaît d'autant plus impérieuse que les sujets insuffisants rénaux paraissent de plus en plus jeunes et ne peuvent rester indéfiniment en dialyse où le taux de mortalité est élevé. L'Afrique entière doit –elle se tourner vers la transplantation rénale pour le traitement des IRC ? Pour en parler nous recevons pour vous le Professeur Soufiane Mellas.

UroMaG_Afrik : Bonjour Professeur, pouvez-vous vous présenter à notre lectorat ?

Bonjour, je suis honoré par cet interview qui me permet de m'adresser aux jeunes en formation. Je suis urologue titulaire au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II et Professeur à la Faculté de Médecine de Fès depuis 2011. J'ai commencé mon internat en 2003 et qui a été orienté d'emblée vers la chirurgie en effectuant les trois premiers semestres respectivement en réanimation chirurgicale, traumatologie-orthopédie et gynécologie-obstétrique. En fin 2004 je me suis fixé en urologie, en même temps j'ai eu la chance de faire les gardes de chirurgie viscérale que j'ai assurées jusqu'à mon départ à Bruxelles en fin 2009. En 2007, j'ai fait un stage d'un semestre dans un Service de référence en transplantation rénale, celui de l'Hôpital Bicêtre, qui faisait à l'époque près de 300 transplantations par an. A la fin de mon cursus de formation spécialisée j'ai travaillé un an à l'Institut Jules Bordet, Institut des tumeurs de l'Université libre de Bruxelles, puis j'ai réintégré le Service en tant que Professeur Assistant en 2011 l'année où nous avons lancé l'activité de transplantation rénale, j'ai fait ensuite un semestre de perfectionnement au CHU de Montpellier en 2013, à ce moment-là c'était le centre qui pratiquait le plus de transplantation rénale à partir du donneur vivant.

UroMaG_Afrik : En termes simples en quoi consiste la transplantation rénale ?

La transplantation rénale est une intervention chirurgicale qui consiste à prélever un rein humain fonctionnel et le greffer chez un receveur en insuffisance rénale dans les conditions les plus optimales de sécurité.

UroMaG_Afrik : Quelle est la place de la transplantation rénale dans le traitement des insuffisants rénaux ?

La transplantation rénale reste les « seul traitement » de l'insuffisance rénale terminale puisqu'elle permet de sortir le patient de la dialyse et lui redonner son autonomie, donc elle reste la meilleure option pour le traitement de

l'insuffisance rénale terminale.

UroMaG_Afrik : Qui peut recevoir un rein, quand et comment ?

Tous patient hémodialysé chronique n'est pas forcément éligible à une greffe rénale, il doit avoir une espérance de vie assez longue, pas de pathologie du bas appareil non traités, un bon contrôle de son HTA, un bon état général, pas de cancer évolutif ... et puis que le geste soit faisable sur plan chirurgical et anesthésiologie. Il n'y a pas de moment précis pour faire la greffe, quand le bilan pré-greffe est prêt et que la réunion multidisciplinaire des équipes est d'accord on peut procéder à la greffe.



UroMaG_Afrik : Qui peut donner son rein à un patient souffrant d'insuffisance rénale ?

Le rein transplanté peut être de trois origines :

- Donneur vivant qui a un lien de parenté avec le receveur.
- Donneur en mort cérébrale confirmée.
- Donneur en cœur arrêté.

Chaque situation a bien sûr ses exigences législatives et techniques.

UroMaG_Afrik : Quel plateau technique minimal faut-il pour débiter la transplantation rénale dans un pays africain ?

Il ne faut rien laisser au hasard, cette chirurgie qui donne tellement d'espoir au patient et à son entourage doit avoir le maximum

de chance de réussir. Il faut s'entourer de la bonne équipe de néphrologues, radiologues, anatomo-pathologistes et réanimateurs en plus de l'équipe des chirurgiens urologues, il est également souhaitable d'avoir les chirurgiens vasculaires à proximité en cas de problèmes vasculaires particuliers. Ces équipes doivent avoir une bonne expérience et passer une période d'accompagnement par des experts avant de devenir complètement autonomes pour éviter surtout les accidents de démarrage qui peuvent arrêter l'activité.

Sur le plan technique il faut avoir des boîtes de chirurgie complètes dédiées uniquement à l'activité de transplantation, ces boîtes doivent être adaptées à la chirurgie rénale et vasculaire ainsi que les plateaux de préparation du greffon. Ceci est également valable pour les équipes qui veulent procéder par voie laparoscopique.

Les prélèvements sur patient en mort cérébrale ou cœur arrêté nécessitent davantage de matériel de ramassage, de réanimation, de transport du greffon, et de consommable adapté.

UroMaG_Afrik : Quel modèle de transplantation rénale peut être recommandé pour les pays africains qui souhaitent se lancer dans cette activité ?

Cela dépend des moyens disponibles et du contexte socio-culturel du pays. Je pense que si on peut commencer par la transplantation à partir de sujets en mort cérébrale c'est l'idéal parce que le stress de l'équipe est moins important et la longueur des vaisseaux rénaux permet plus d'aisance de l'anastomose vasculaire.

UroMaG_Afrik : Quels peuvent être les mesures d'accompagnement pour un Etat pour faciliter l'acquisition d'un nouveau rein et sa transplantation à un patient insuffisant rénal dans le besoin ?

La première chose c'est l'arsenal législatif qui doit favoriser cette activité, ensuite viens en même temps la formation des équipes de référence et l'acquisition du plateau technique nécessaire et enfin motiver les équipes qui pratiquent cette activité pour l'entretenir et former d'autres équipes dans le pays.

UroMaG_Afrik : Quels sont les pays africains qui pratiquent déjà la transplantation rénale ?

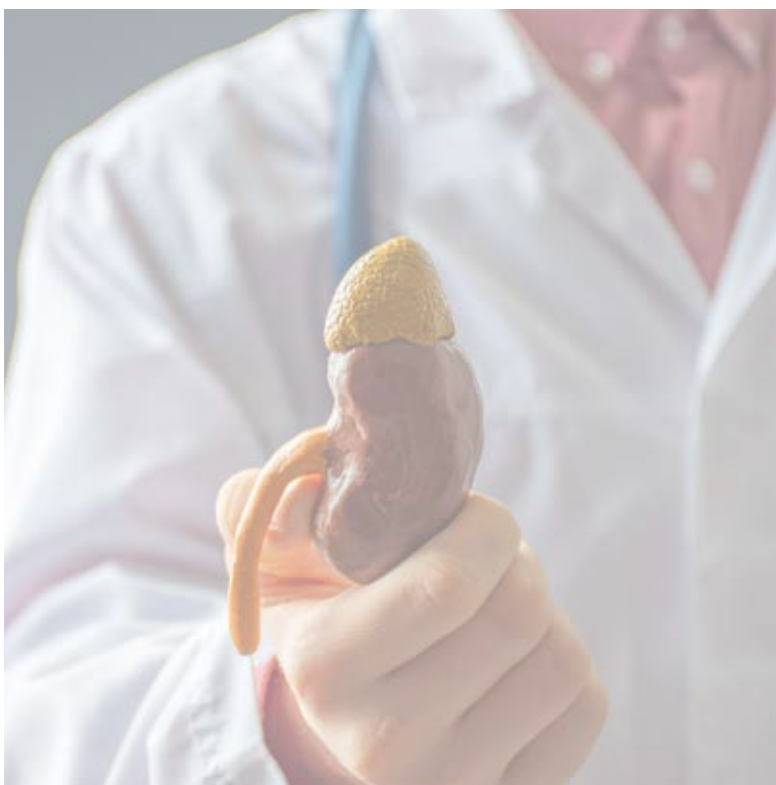
Je suis sûr que c'est fait au Maroc, en Algérie, en Tunisie et en Égypte mais je ne peux pas prétendre qu'il n'y a pas d'autres pays sur notre continent qui la font.

UroMaG_Afrik : quel est le coût moyen estimé pour une transplantation rénale en Afrique ?

Au Maroc c'est estimé à l'équivalent de 25000 Dollars Américains par procédure tout compris.

UroMaG_Afrik est un magazine panafricain qui se veut de porter de la voix et de donner de la lumière sur l'urologie en Afrique, un mot à l'endroit du magazine ?

C'est une excellente initiative pour mettre en réseau les jeunes, et les moins jeunes aussi, urologues en Afrique, j'ai pu côtoyer de près mon cher ami Dr Ouima Justin Dieudonné Ziba, et je suis sûr que le Magazine dont il est directeur de publication sera à son image, excellente tout simplement. Je vous remercie de n'avoir honoré par cette discussion et je vous souhaite beaucoup de succès et bon vent.





Dr Adil MELLOUKI
urologue(Maroc)

Développement durable de la transplantation rénale au Maroc à partir de donneurs en état de mort encéphalique à l'horizon 2030 : un appel à la mobilisation

La transplantation rénale (TR) est le traitement de suppléance de choix de l'insuffisance rénale chronique terminale. Au Maroc, son activité à partir de donneurs en état de mort encéphalique (DEME) connaît de véritables obstacles pour son émergence. Notre objectif dans cette étude (ndlr) était d'établir une estimation du nombre de TR potentiellement réalisables à partir de DEME à l'horizon 2030 et d'apporter une réflexion objective sur les leviers préalables à son développement. Nous avons analysé les données collectées prospectivement de l'évolution du nombre de TR à partir de DEME depuis 2010, et le nombre des nouveaux inscrits sur la liste d'attente nationale depuis 2015. Nous avons corrélé l'évolution de ces variables au degré d'information et au taux d'éligibilité à la TR. Grâce à un modèle de régression statistique, nous avons élaboré 3 scénarios d'évolution du nombre de TR selon le coefficient d'augmentation du degré d'information et d'adhésion aux mesures incitatives. A l'état actuel des lieux, le nombre des TR à partir de

DEME pouvant être réalisées ne dépasseront pas les 40 greffes/année à l'horizon 2030. Puis, nous admettons que le degré d'information des patients va atteindre 70 %, le nombre des greffes va éventuellement avoisiner les 200 greffes/année d'ici 2030. Enfin, nous supposons que le degré d'information atteint 90 %, le nombre de TR à partir de DEME atteindra les 350 greffes/année. L'information des patients, de leur entourage et du personnel soignant quant à l'intérêt de la TR, représente un levier prioritaire du développement de cette activité, qui doit être menée sous l'angle d'une approche multi participative et multisectorielle.



*Mellouki A, Sqalli HS, Moutaoukil M, et al.
Développement durable de la transplantation rénale au Maroc à partir de donneurs en état de mort encéphalique à l'horizon 2030 : un appel à la mobilisation. RMN.2021;1(3):215-222*

Dr AMADOU Mahamane Saminou
Urologue au NIGER



LES CANCERS MASCULINS

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUES DES CANCERS MASCULINS ?

LE CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate est le 2ème cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans le monde avec 1,4 million de cas diagnostiqué en 2020. L'incidence du cancer de la prostate varie en fonction des pays et de l'origine ethnique. Le taux de mortalité augmente avec l'âge. Plus de ¾ de décès surviennent après 75 ans.

Il est souvent associé à certains facteurs de risque :

- Race noire,
- Facteur environnemental tel que la pollution au chlordécone,
- Facteur génétique notamment, les mutations de certains gènes de réparation de l'ADN (BRCA1, BRCA2)
- Syndrome métabolique, en particulier l'hypertension artérielle, le périmètre abdominal et l'obésité sont associés à un risque de cancer de la prostate.

CANCER DU TESTICULE

Le cancer du testicule représente 1% de cancer chez homme adulte et 5% des tumeurs urogénitales et affecte l'homme jeune (85% sont diagnostiqués entre 15 et 49 ans). Son incidence augmente ces dernières

décennies surtout dans les pays industrialisés.

Les principaux facteurs de risque retrouvés sont :

- Syndrome de dysgénésie testiculaire (ectopie testiculaire, hypospadias, hypofertilité)
- Antécédant personnel ou familiale
- Atrophie testiculaire
- Exposition in utero aux perturbateurs endocriniens environnementaux (pesticides, solvants organiques...)

LE CANCER DU PENIS

Les tumeurs malignes du pénis sont rares. Elles surviennent surtout après 75 ans.

Les principaux facteurs de risque retrouvés sont :

- Infection à human papillomavirus ou HPV
- Phimosis associé à une hygiène défectueuse, va entraîner une accumulation de smegma, une inflammation chronique pourvoyeuse d'un cancer de pénis
- Lichen scléro atrophique
- Partenaires multiples,
- Tabac

QUEL EST LE TAUX DE SURVIE AUX CANCERS MASCULINS ?

Bien que l'on estime les chances de survie à 97 % pour le cancer des testicules et à 96 % pour le cancer de la prostate, la bataille face aux cancers masculins n'est pas gagnée. Il faut continuer d'en parler et d'encourager les hommes à adopter des habitudes de vie saines et équilibrées.

POURQUOI PAS DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE DE MASSE ?

L'un des freins majeurs à un programme de détection du cancer de la prostate et du cancer testiculaire est sans doute la crainte du surdiagnostic, qui entraînerait dans son sillage des traitements invasifs pour des maladies qui n'auraient jamais entraîné la mort ou été symptomatiques.

Il est établi qu'aucun homme ne doit s'engager dans une démarche de dépistage sans avoir été tenu informé, au préalable, de l'ensemble des bénéfices, des limites du dosage du prostate specific antigen et des risques éventuels du traitement du cancer de la prostate lui permettant de prendre une décision éclairée.

Dr Bruno AWEH
Médecin Biologiste,
spécialiste en Histologie
Embryologie Cytogénétique et
biologie de la reproduction



CONDITIONS DE REALISATION DU SPERMOGRAMME

Le spermogramme est un examen de laboratoire de biologie médicale qui se fait sur le sperme frais. Il est réalisé par le médecin biologiste ou par le biologiste expérimenté. Il permet d'analyser les différents paramètres du sperme. Il constitue l'examen de base dans l'évaluation de la fertilité masculine. La réalisation de cet examen requiert certaines conditions qui doivent être respectées pour l'obtention d'un résultat valide (selon les recommandations du dernier manuel de l'OMS 2021)

- Délai d'abstinence de 2 à 7 jours : cela signifie qu'entre le dernier rapport sexuel (dernière éjaculation) et le jour de l'examen, le patient devra observer au minimum 2 jours sans rapport sexuel et au maximum 7 jours. Au-delà de 7 jours d'abstinence, les résultats ne seront plus fiables.

- Mode et lieu de prélèvement : le mode de prélèvement qui est recommandé est la masturbation. Elle peut se faire idéalement au laboratoire ou à défaut à domicile. Mais lorsque le prélèvement se fait à domicile, il doit être acheminé au laboratoire dans les 30 minutes qui suivent, gardé à même le corps à 37°C. Le prélèvement se fait dans un pot stérile, généralement fourni par le laboratoire. C'est le sperme d'une seule éjaculation qui sera étudié même si le volume éjaculé le jour du prélèvement vous semble faible. En cas de perte d'une fraction de l'éjaculation, le patient devra le signaler au biologiste.

- Le recueil de sperme se fait idéalement sans préservatif (ou avec des préservatifs spéciaux

sans lubrifiants, sans spermicides)

- la survenue d'une fièvre au cours du mois précédant doit être signalée au biologiste car cela constitue une contre-indication à la réalisation du spermogramme.

- la prise d'antibiotique doit également être signalée parce que la prise de certaines familles d'antibiotiques a des répercussions sur les paramètres du spermogramme notamment la vitalité des spermatozoïdes.

- En cas de résultats anormaux, le spermogramme devra être repris au bout de trois mois après que le patient ait été orienté chez l'urologue-andrologue pour une prise en charge. Un spermogramme anormal n'est pas un résultat définitif parce que les valeurs du spermogramme varient chez la même personne au cours du temps sans que cela ne soit pathologique.





Paul et sa prostate

Episode 3 :
UN DIAGNOSTIC TARDIF

**« Cancer de la prostate stade métastatique »,
*un diagnostic qui en disait long sur son état de santé***

**Dr Ouima Justin
Dieudonné ZIBA**

Urologue-andrologue (Ouagadougou, BFA)

Les bilans réalisés le révélèrent clairement, il était mal en point et c'était peu le dire car son mal avait dépassé les limites de sa prostate. Son cancer avait atteint d'autres organes de voisinage et le premier site de localisation était ses os, ce qui expliquait ses douleurs atroces, insupportables. Depuis deux années il trainait avec ce mal, il était à un stade avancé. S'il avait été diagnostiqué précocement, il aurait eu de meilleures chances.

C'est bien connu un cancer diagnostiqué au stade initial offre de meilleurs pronostics sur la survie du malade, il lui offre non seulement le temps de planifier son traitement avec son médecin mais aussi le temps de

mobiliser les ressources financières nécessaires dans la situation où le patient n'est pas assuré ou nécessite une prise en charge spécifique. C'est à ce stade de début qu'il est bon de voir un malade pour mieux lui expliquer sa maladie, planifier son suivi et bien l'accompagner tout au long de son combat. Malheureusement Paul n'était pas le seul à se réveiller un matin avec un cancer métastatique.

Le cancer de la prostate est aussi appelé le tueur silencieux, car c'est une maladie qui évolue à bas bruit. C'est le premier cancer de l'homme mur et les données de la littérature scientifique indiquent qu'il peut survenir chez tout adulte au-delà de la cinquantaine.

Pour ce qui est des facteurs prédisposant au cancer de la prostate, dans une famille où un membre a déjà souffert de cette maladie, le risque est encore plus élevé, aussi ce risque s'accroît au milieu des hommes d'origine africaine.

Si des cancers comme celui du sein ou du col de l'utérus reçoivent des accompagnements plus substantiels de la part de nos Etats, il n'est pas le cas pour les cancers masculins. Beaucoup d'hommes comme Paul souffrent de ce mal dans nos pays, très peu sont diagnostiqués et beaucoup le sont à un stade tardif où le plateau technique de prise en charge est très limité. Dans une population encore analphabète dans sa majorité, il n'est pas surprenant que cette maladie soit peu connue et moins parlée au sein des différentes couches sociales. Paul avait été vu tardivement dans le cadre de sa maladie, il avait été vu à un moment où la marge de manœuvre pour le traitement était réduite. Il souffrait à présent de l'évolution fulgurante de son mal. A ce stade de sa maladie on ne pouvait que l'aider du mieux qu'on le pouvait, les objectifs thérapeutiques n'étaient plus les mêmes, il ne s'agissait plus de le guérir mais plutôt de limiter la propagation de ce mal et d'améliorer un peu soit-il son confort de vie. En sommes nous devrions travailler à le soulager du mieux qu'on le peut et lui permettre de tenir aussi longtemps devant ce stade de la maladie. Dans son regard et son attitude, il voulait plus que cela, il était prêt à se battre pour terrasser cette maladie et on était prêt à lui tenir la main pour lui donner plus de chance de survie et lui faire voir les choses autrement. Paul avait autant besoin de traitement médicamenteux pour juguler

sa douleur active, mais aussi de soutien psychologique pour tenir face à ce diagnostic. J'usais de toute stratégie pour lui faire cerner les choses pour le motiver, pour qu'il s'ache qu'on était là à ses côtés comme il pouvait aussi compter sur le soutien de sa famille et de ses amis les plus proches.

A suivre....





WORLD INFERTILITY

AWARENESS MONTH

JUNE

