



PROFIL DIAGNOSTIQUE, THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF DES CANCERS URO-GENITAUX A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU

D.M.I. YEVI*, A.D.P.L. ADJAKIDJE, G. MBADINGA-NZAMBA, F. HODONOU, J. SOSSA, J.D.G. AVAKOUDJO.

Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie, Centre National Hospitalier Universitaire, Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou

Auteur correspondant : Dr YEVI Dodji Magloire Inès ; Cell : 00229 97242160 ; Email : dryevi@gmail.com; 07BP07 Cotonou

RESUME

Introduction : Les cancers urogénitaux, problème de santé publique, posent des difficultés pour leur diagnostic et leur prise en charge thérapeutique dans les pays en développement. **Objectif** : Etudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cancers uro-génitaux au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU-HKM). **Matériel et méthodes** : Il s'est agi d'une étude descriptive et rétrospective des aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cancers urogénitaux à la CUUA du CNHU-HKM sur la période allant du 1^{er} Aout 2011 au 31 juillet 2016. **Résultats** : 352 cas de cancers urogénitaux ont été colligés sur un total de 1519 patients hospitalisés dans le service soit une fréquence globale de 23,17%. La fréquence moyenne annuelle est de 70,4 cas. La plupart des patients (63,93%) consultaient plus d'un mois après le début de la symptomatologie, le plus souvent à un stade localement avancé ou métastatique (59,82%). L'histologie est honorée par seulement 13,24% des patients. Les gestes thérapeutiques sont dominés par la chirurgie palliative (31,96%) et la chimiothérapie (24,66%). Seulement 20,55% des patients ont bénéficié d'une chirurgie curatrice. 51,14% des patients ont subi une chirurgie et les suites opératoires étaient souvent simples (75%). Des décès sont survenus dans 32,42% des cas dus aux cancers de la prostate (46/71), la vessie (21/71) et le rein (4/71), et, dans un contexte d'anémie sévère (63%), de détresse respiratoire (21%), de choc septique (9%) ou de troubles métaboliques (6%). Ces décès sont enregistrés dans le premier mois de l'admission (84,42%). **Conclusion** : Le cancer urologique au Bénin, à l'instar de tous les cancers, se diagnostique à un stade avancé, limitant sévèrement les possibilités de curabilité thérapeutique. **Mots clés** : cancers urogénitaux, diagnostic, traitement, CUUA/CNHU-HKM.

ABSTRACT

Diagnostic, therapeutic and evolutionary profile of urogenital cancers in the University Clinic of Urology-Andrology of the CNHU-HKM in Cotonou

Introduction : Urogenital cancers, a public health problem, pose difficulties for their diagnosis and therapeutic management in developing countries. **Objectives**: To study the diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of urogenital cancers in the Hubert Koutoukou Maga National Hospital and University Center in Cotonou (CNHU-HKM). **Patients and methods**: This was a descriptive and retrospective study of the diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of urogenital cancers in the CUUA of the CNHU-HKM over the period from August 1, 2011 to July 31, 2016. **Results**: 352 cases of urogenital cancer were collected out of a total of 1519 patients hospitalized in the department. The overall frequency was 23.17%. The annual average frequency was 70.4 cases. Most patients (63.93%) consulted more than one month after the onset of symptoms, most often at a locally advanced or metastatic stage (59.82%). Histology is honored by only 13.24% of patients. Therapeutic procedures are dominated by palliative surgery (31.96%) and chemotherapy (24.66%). Only 20.55% of patients received curative surgery. 51.14% of the patients underwent surgery and the postoperative effects were often simple (75%). Deaths occurred in 32.42% of cases due to cancers of the prostate (46/71), bladder (21/71) and kidney (4/71), and, in the context of severe anemia (63%), respiratory distress (21%), septic shock (9%) or metabolic disorders (6%). These deaths are recorded in the first month of admission (84.42%). **Conclusion** : Urological cancer in Benin, like all cancers, is diagnosed at an advanced stage, severely limiting the possibilities of therapeutic curability

Keywords urogenital cancers, diagnosis, treatment, CUUA / CNHU-HKM

INTRODUCTION

Les cancers constituent de nos jours un véritable problème de santé publique dans le monde, autant pour les pays occidentaux que pour les pays en développement. Si le diagnostic de ces pathologies pose encore problème dans les pays à faibles revenus par défaut de

plateau technique d'une part, de défaut s'accessibilité financière pour les patients d'autre part et surtout par la résistance au recours immédiat aux soins à cause des conceptions erronées, leur traitement pose encore plus de problèmes, heurté à une multitude d'obstacles tels que la

disponibilité des moyens thérapeutiques adéquats et surtout leurs complétudes au regard des protocoles standards en vigueur. La part des cancers urologiques n'est pas moindre dans ce groupe nosologique.

Dans le monde entier, on a estimé en 2018 à 11,91% la proportion de cancers urologiques avec une atteinte de 2 334 341 personnes. Ces cancers sont plus fréquents dans les pays développés mais atteignent de plus en plus les populations des pays à faibles et moyens revenus, dans lesquels prévalent la pauvreté, l'insuffisance des systèmes de santé et de la formation des professionnels de santé, la faiblesse de l'éducation à la santé et, les préjugés sociaux et/ou culturels [1,2]. Un travail effectué en 2011 dans le service d'Urologie du CNHU-HKM de Cotonou a relevé une faible fréquentation du service par les cancers urologiques [3].

Le présent travail se propose d'étudier le profil diagnostique et thérapeutique des cancers urogénitaux au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU-HKM)

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive des aspects diagnostiques globaux, thérapeutiques et évolutifs des cancers urogénitaux à la CUUA du CNHU-HKM sur la période allant du 1^{er} Août 2011 au 31 juillet 2016. Il a été procédé à un échantillonnage exhaustif des dossiers des patients reçus et suivis pour cancers urogénitaux durant la période d'étude. Les paramètres étudiés étaient : la fréquence globale, la fréquence spécifique, l'âge, le sexe, la localisation anatomique du cancer urogénital, le délai de recours aux soins, le stade tumoral, l'histologie, les gestes thérapeutiques et les aspects évolutifs,

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés sur la base de l'établissement d'une fiche de collecte de données et avec les logiciels EPI-INFO version 7.2.2.6, WORD et EXCEL 2013.

RESULTATS

352 dossiers ont été recensés sur 1519 admissions pendant la période d'étude soit une incidence hospitalière globale de 23,17%, mais seulement 219 dossiers répondaient aux critères d'inclusion et ont été retenus.

Aspects épidémiologiques

Age et sexe des patients

L'âge moyen des patients était 67 ans avec des extrêmes de 16 ans et 91 ans. Le sexe masculin prédominait (87,21%) avec une sex-ratio de 6,82.

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

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et selon le sexe: 219 cas, CUUA 2018

	Effectif	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	191	87,21
Féminin	28	12,79
Age (années)		
≤40	11	5,02
] 40-50]	20	9,13
] 50-60]	46	21,00
> 60	142	64,84

La tranche d'âge de plus de 60ans est la plus représentée (64,84%) suivie de la tranche d'âge] 50-60] (21,01%) et celle] 40-50] (9,13%)

Fréquence annuelle des cancers uro-génitaux

La fréquence moyenne annuelle est de 70,4 cas avec des extrêmes de 48 et 20.

La figure 1 présente la fréquence annuelle des cancers uro-génitaux et des admissions au cours de la période d'étude.

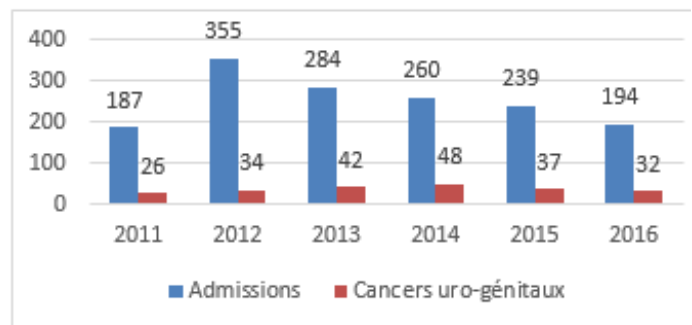


Figure 1 : Fréquences annuelles des cancers uro-génitaux et des admissions au CNHU-HKM de Cotonou

On note un pic de fréquence en 2014. Les plus faibles fréquences ont été notées en 2011 et en 2016.

Fréquence annuelle spécifique des cancers uro-génitaux au CNHU-HKM de Cotonou

Tableau II : Fréquence annuelle spécifique des cancers uro-génitaux au CNHU-HKM de Cotonou : 219 cas, CUUA, 2018

Localisation des cancers urologiques	Années						Fréquence totale spécifique	Pourcentage spécifique (%)
	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Prostate	22	20	30	35	24	24	155	70,78
Vessie	04	08	02	07	12	08	41	18,72
Rein	00	05	09	05	00	00	19	8,68
Testicule	00	00	01	00	01	00	02	0,91
VES	00	01	00	01	00	00	02	0,91

Le cancer de la prostate vient en première position avec 70,78% des cas, suivi du cancer de la vessie (18,72%), le rein (8,62%) et les cancers des testicules et des voies excrétrices qui sont faiblement représentés (2% chacun).

Tableau III : Répartition des patients selon la localisation anatomique du cancer urogénital et selon le sexe, 219 cas, CUUA 2018

	Sexe			
	Masculin		Féminin	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
Prostate	155	81,15	00	0,00
Vessie	25	13,09	16	57,14
Reins	09	4,71	10	35,71
Testicules	02	1,05	00	0,00
VES	00	0,00	02	7,14
Total	191	100,00	28	100,00

Dans le sexe masculin, le cancer de la prostate prédominait avec un taux de 81,15% suivi du cancer de la vessie dans une proportion de 13,09 % des cas. Les cancers les plus fréquents retrouvés dans le sexe féminin étaient essentiellement le cancer de la vessie (57,14%) suivie du cancer du rein (35,71%).

Aspects diagnostiques

Délai de recours aux soins

La plupart des patients, soit 63,93% étaient admis plus d'un mois après avoir perçu les premiers symptômes de la maladie. Parmi ceux-ci, 25,57% avaient consulté entre 2 et 6 mois ; 13,24% après un an et 17,35% après deux ans. La figure ci-dessous nous montre cette répartition.

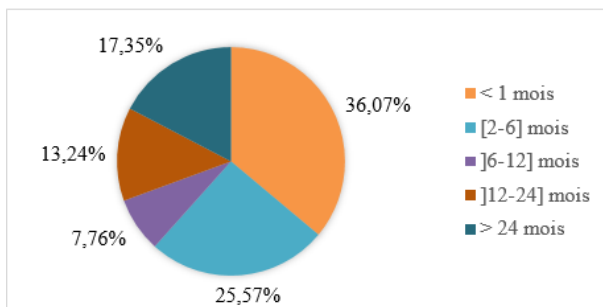


Figure 2 : Répartition des patients selon le délai de recours aux soins, 219 cas, CUUA 2018

Répartition des patients en fonction du stade tumoral à l'admission :

La figure n° 3 révèle que 40,18% des patients avaient un cancer à la phase localisée durant la période d'étude

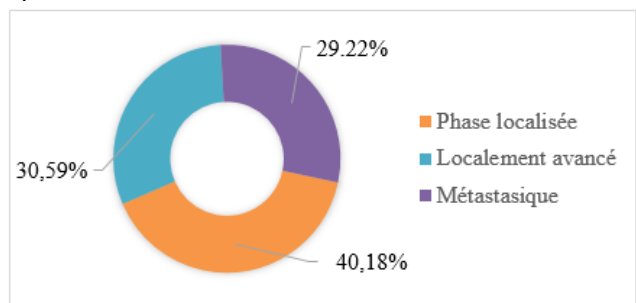


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la phase du diagnostic

Aspects histologiques

Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomo-pathologique

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des résultats de l'examen anatomo-pathologique des cancers urogénitaux, 29 cas, CUUA 2018

	Effectifs (n=29)	Pourcentage (%)
Prostate		
Adénocarcinome	23	79,31
Vessie		
Carcinome épidermoïde	02	6,90
Carcinome transitionnel	01	3,45
Rein		
Carcinome papillaire	02	6,90
Carcinome à cellules claires	01	3,45

L'examen anatomo-pathologique a été fait chez seulement 29 patients (13,24%). Les résultats montraient que 23 cas (79,30%) étaient des adénocarcinomes prostatiques et respectivement avec respectivement 02 cas (06,90%) de carcinome papillaire rénal et 02 cas (06,90%) de carcinome épidermoïde de la vessie.

Aspects thérapeutiques

Geste thérapeutique

Répartition des patients en fonction du geste thérapeutique

Au total, 31,96% des patients avaient bénéficié de la chirurgie palliative, 24,66% de la chimiothérapie, 20,55% de la chirurgie curatrice puis 22,83% n'avaient bénéficié d'aucun traitement spécifique.

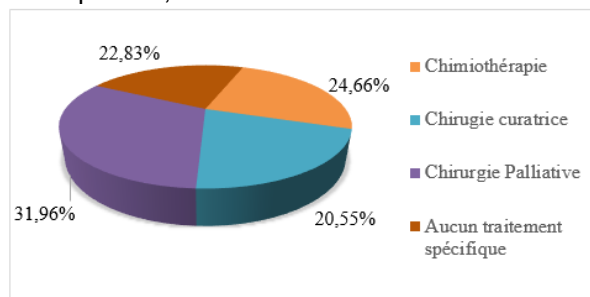


Figure 4 : Répartition des patients en fonction du geste thérapeutique, 219 cas, CUUA 2018

Traitement chirurgical

Tableau V : Répartition des patients en fonction des types d'interventions chirurgicales, 219 cas, CUUA 2018

	Effectifs (n=112)	Pourcentage (%)
Pulpectomie testiculaire bilatérale	35	31,25
Néphrectomie	20	17,86
Urétéostomie	11	9,82
Prostatectomie radicale	11	9,82
Evidement cervico-prostatique	10	8,93
Cystectomie	07	6,25
Pelvectomie antérieure + néovessie	01	0,89
Autres	17	15,18
Total	112	100,00

Une intervention a été faite chez 112 patients soit 51,14%. La pulpectomie testiculaire bilatérale était la plus pratiquée (31,25%) suivie de la néphrectomie (17,85%)

Aspects évolutifs
Suites opératoires

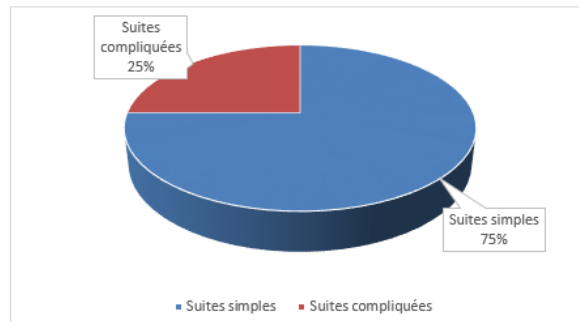


Figure 5 : Répartition des patients en fonction des suites opératoires, 112 cas, CUUA 2018
La majorité des patients (48,86%) n'ont pas été opérés. Les suites opératoires ont été simples dans 38,36% des cas.

Evolution post-thérapeutique

La majorité (60%) des patients avaient une évolution favorable comme le montre la figure ci-dessous.

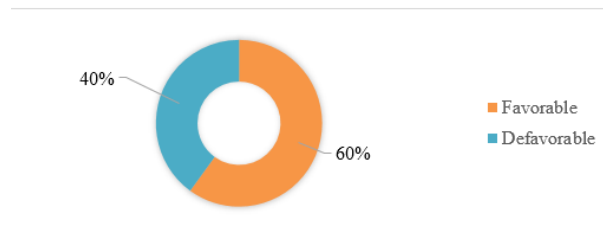


Figure 6 : Répartition des patients en fonction de l'évolution sous traitement, 219 cas, CUUA 2018

Mortalité des cancers uro-génitaux :

Nous avons recensé 71 cas de décès soit 32,42% des cas.

Le tableau VI présente la répartition des patients en fonction de la mortalité des cancers uro-génitaux.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la mortalité globale et spécifique des cancers urologiques, 219 cas, CUUA 2018

	Effectif	Décès	Pourcentage
Cancer de la prostate	155	46	29,68
Cancer de la vessie	41	21	51,12
Cancer des reins	19	04	21,05
Cancer des testicules	02	00	00
Cancer des VES	02	00	00
Total	219	71	32,42

Nous avons recensé 71 cas de décès soit 32,42% des cas. Ces décès sont imputables respectivement aux cancers de la prostate (46 cas), de la vessie (21 cas) et des reins (04 cas).

Causes des décès

Répartition des patients en fonction des causes de décès

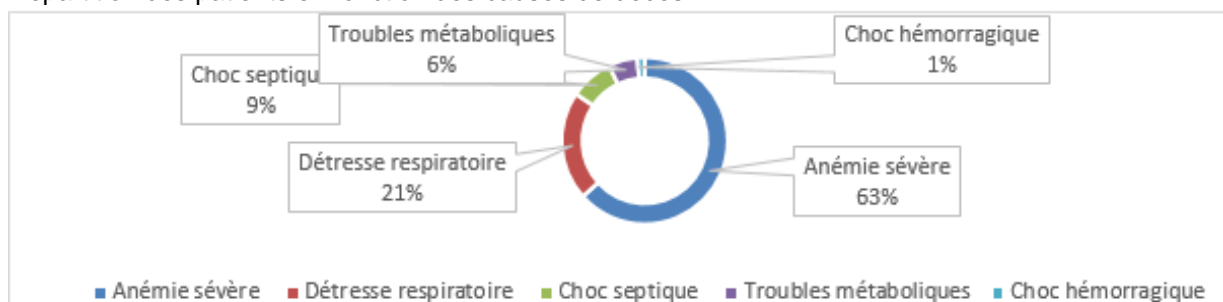


Figure 7 : Répartition des patients en fonction des causes de décès, 71 cas, CUUA 2018

L'anémie sévère était la cause majoritaire (63,40%) de décès suivie de la détresse respiratoire (21,12%).

Délai admission-décès

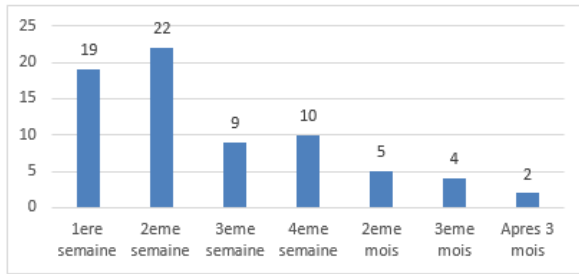


Figure 8 : Répartition des patients en fonction du délai entre l'admission et le décès, 71 cas, CUUA 2018

La majorité (84,42%) des décès survenait au cours du premier mois après admission surtout lors des deux premières semaines (57,66%).

Délai intervention-décès

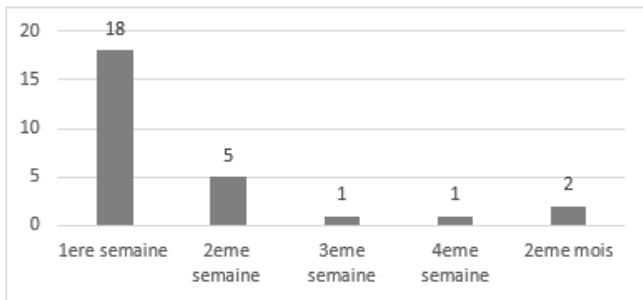


Figure 9 : Répartition des patients en fonction du délai intervention-décès, 27 cas, CUUA

Le délai moyen entre l'intervention et le décès était de moins d'une semaine. La majorité des décès (66,67%) survenait au cours de la première semaine.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques :

Fréquence globale des cancers urologiques

La fréquence annuelle globale des cancers uro-génitaux était de 70,4cas avec des extrêmes de 48 et 26 correspondant respectivement aux années 2011 et 2014. 23,17% des patients reçus durant la période d'étude dans le service d'Urologie du CNHU-HKM de Cotonou souffraient de cancers urogénitaux.

Ouattara et al. retrouvaient dans le même service quelques années plus tôt une fréquence globale de 17,38%. Dans des séries africaines ayant porté sur des données de laboratoires d'anatomie pathologique, les proportions de cancers uro-génitaux retrouvées étaient plus faibles. Darré et al au Togo en 2014 et Yaméogo et al au Burkina Faso en 2020, ont obtenu respectivement des proportions de 14,7% et 15,1%. [3-5].

La moyenne annuelle globale de 70,4cas est nettement plus élevée que celle retrouvée par Ouattara et al. dans le même service en 2012 qui était de 45,14cas. Salah et al. retrouvaient en Algérie en 2015 une moyenne annuelle de 29 cas dans une étude rétrospective sur une période de 12ans. [3,6].

Les cancers uro-génitaux dans les séries cliniques africaines font environ le cinquième de l'activité de l'urologue. Alors que dans les laboratoires d'anatomie pathologique, la proportion des cancers uro-génitaux tourne autour de 15%. En 2018, sur 18,1 millions de cas de cancers dans le monde, 12,91% (2.334.341 cas) étaient d'origine urologique et les rapports soulignent une recrudescence des cas de cancers dans les pays en développement. Ceci justifie la proportion légèrement élevée des fréquences des cancers uro-génitaux par rapport à la moyenne mondiale. Les cancers uro-génitaux deviennent primordiaux dans le plan et la politique de gestion des cancers dans les pays en développement [2].

Âge et sexe :

L'âge moyen des patients était de 67 ans avec des extrêmes de 16 ans et 91 ans. Le sexe masculin prédominait (87,21%) avec un sex-ratio de 6,82.

L'inégalité des sexes face aux cancers en Urologie se justifie par deux motifs qui se potentialisent : Premièrement, il y a la nette prédominance des cancers génitaux masculins surtout les cancers de la prostate qui viennent en premier rang sur la liste des cancers urologiques. Deuxièmement, les cancers des reins et de la vessie prédominent encore chez les sujets masculins. Lucca et al. rapportaient dans une revue Suisse en 2015 qu'il existe une différence significative d'incidence du cancer de la vessie et du rein, en défaveur des hommes. Dans la littérature, on retrouve des proportions très élevées d'atteintes masculines. Des auteurs rapportent des sex-ratio nettement plus élevées : 9,27 au Togo, 9,6 au Burkina-Faso et 10,22 en Algérie [4-6].

L'âge moyen des cancers uro-génitaux était de 67 ans faisant du cancer urologique un cancer du sujet âgé, de la soixantaine. C'est en effet généralement dans la soixantaine que ces cancers surviennent : Il est rapporté une moyenne d'âge de 63,32ans au Burkina Faso, 65,53 ans au Togo, 65,03 ans en Algérie et 62,89ans précédemment au Bénin, dans le même service [3-5].

Mortalité globale des cancers uro-génitaux :

71 décès ont été enregistrés soit 32,42% des cas. Ces décès sont imputables respectivement aux cancers de la prostate (46 cas), de la vessie (21 cas) et des reins (04 cas). Ouattara et al retrouvaient dans le même service une mortalité globale de 22,15%. 2 à 3 patients sur 10 patients pris en charge pour cancers urologiques décèdent. Les décès pour cancer en Afrique dans un hôpital de référence comme le CNHU HKM relèvent de plusieurs ordres. Le recours tardif aux soins est la première raison, avec à la clé le passage premier chez les tradithérapeutes, les thérapeutes culturels et les agents de soins de la périphérie du système sanitaire. Le spécialiste est sollicité en dernière position, la plupart du temps à la phase de complications irrécupérables. Le deuxième mobile est le défaut d'accès financier aux soins. Dans les pays pauvres qui ne disposent d'aucune prise en charge sociale pour tous, le défaut de moyens financiers justifie le non recours aux soins spécialisés disponibles seulement souvent dans les grandes villes et à des coûts élevés.

Aspects spécifiques

Localisation des cancers uro-génitaux

Les cancers uro-génitaux étaient localisés dans 70,78% des cas dans la prostate, dans 18,72% dans la vessie et dans 8,68% dans les reins. Cette tendance est retrouvée dans les statistiques mondiales des cancers actualisées en 2020 [1]. Dans les séries africaines autant cliniques qu'anatomo-pathologiques, cette hiérarchie est respectée. Une étude récente au Burkina a retrouvé 72,68% de cancer de la prostate, 16,4% de cancer de la vessie et 8,16% de cancer du rein. Au Togo, les auteurs ont rapporté des proportions similaires : 74,63% pour le cancer de la prostate, 14,16% pour le cancer de la vessie et 8,11% pour le cancer des reins [4,5]. Par contre en Algérie, Salah et al. ont rapporté en 2014 une prédominance du cancer de la vessie à 60,30%, suivi de celui de la prostate (28,1%), et de celui du rein [6]. Cette évaluation basse de la fréquence des cancers de la prostate peut être en rapport avec un défaut de dépistage des cas ou une nette prédominance des facteurs de risque du cancer de la vessie.

Aspects diagnostiques :

Délai de recours aux soins :

La plupart des patients (63,93%) pris en charge pour cancer urologique viennent en consultation urologique plus d'un mois après le début de la symptomatologie et, dans ce groupe, 25,57% avaient consulté entre 2 et 6 mois, 13,24% après un an et 17,35% après deux ans.

Au Sénégal, Traore et al. ont trouvé un délai moyen de recours aux soins de 7 mois avec des extrêmes de 1mois et de 22mois alors qu'au Togo, Botcho et al. ont retrouvé un délai moyen de 9,3mois avec des extrêmes de 3mois et de 54mois. [7,8]

Les mobiles qui justifient le retard du recours aux soins en Afrique sont de plusieurs ordres. En premier lieu, le défaut de moyens financiers est un problème crucial. La non disponibilité de mutuelles de santé fait que les patients sont contraints de payer leurs soins de leurs propres poches, ce qui n'est presque jamais évident. Car, même dans les pays occidentaux, la qualité des soins et les résultats thérapeutiques sont intimement liés à la disponibilité d'une assurance maladie. En second lieu, les limites reposent sur les conceptions erronées des circuits de soins. En effet, les premiers recours se font vers les soins traditionnels dont les praticiens prétendent souvent avoir la solution à tous les maux, avec des interprétations assez convaincantes pour les patients. Parfois, ce sont les références tardives qui maintiennent les patients dans une longue attente qui leur devient préjudiciable.

Stade tumorale à l'admission

La majorité des patients (59,82%) parviennent à l'urologue à un stade tumoral où les chances de curabilité de la lésion sont inexistantes dans notre système de soins avec dans ce groupe, la moitié (30,59%) à un stade localement avancé et l'autre moitié à un stade métastatique. Ces retards sont en accord avec les délais de recours aux soins et sont aussi souvent liés au défaut de communication en santé à l'endroit des populations, souvent ignorantes de la gravité de leurs maux. Les systèmes sanitaires des pays en développement gagneraient à investir dans la communication en santé.

Aspects histologiques des cancers uro-génitaux

Sur 219 patients, seulement 29 ont pu honorer la réalisation d'un examen histologique de leurs lésions. Elle est dominée par l'adénocarcinome pour la prostate (23/23), le carcinome épidermoïde (2/3) et le carcinome transitionnel (1/3) pour la vessie, et le carcinome papillaire (2/3) et le carcinome à cellules claires (1/3) pour les reins.

Darré et al. ont retrouvé au Togo une prédominance des adénocarcinomes prostatiques dans 94,86%, des carcinomes épidermoïdes pour la vessie (37,5%) et des néphroblastomes (50,90%) pour les reins. Quant à Yaméogo et al., ils ont noté une prédominance des adéno-

carcinomes (96,4%) pour la prostate, le carcinome épidermoïde (50%) pour la vessie et des néphroblastomes (42,2%) pour les reins. [4,5] La prédominance des néphroblastomes dans leurs séries est en rapport avec l'étendue histologique de leurs études qui ont porté sur des séries de laboratoires anatomopathologiques recevant les prélèvements pédiatriques et adultes alors que dans notre cadre d'étude, seuls les adultes sont pris en compte. Le carcinome épidermoïde, traditionnelle histologie des cancers de vessie est liée à la bilharziose uro-génitale qui en constitue le principal facteur de risque en Afrique. [9-12]

Aspects thérapeutiques

Geste thérapeutique :

Seulement 20,55% des patients ont pu avoir une chirurgie curatrice et 24,66% une chimiothérapie. La plupart (54,79%) ont eu soit une chirurgie palliative (31,96%) ou une abstention thérapeutique (22,83%). Sewa et al. ont rapporté au Togo 87,3% de traitement palliatif dans la prise en charge des cancers urologiques [13].

Ces proportions traduisent la répercussion du retard de recours aux soins et de la lourdeur du circuit classique du patient africain. Elles définissent également les limites de la pratique médicale dans les pays en développement [11].

Traitement chirurgical

51,14% des patients ont subi une chirurgie. Les interventions mineures représentent le 1/3 des interventions et étaient illustrées essentiellement par la pulpectomie testiculaire bilatérale. Quant aux interventions majeures, elles représentent 43% du volume opératoire, faites de néphrectomies, urétérostomies, prostatectomie radicale, évidements cervico-prostatiques, cystectomies et de pelvectomie antérieure + néovessie iléale.

La chirurgie radicale n'est possible malheureusement que lorsque les patients sont vus tôt et dans des conditions favorables à la chirurgie. Plusieurs auteurs africains ont rapporté une proportion faible de chirurgie radicale dans la prise en charge des cancers urologiques [7,8].

Aspects évolutifs

Les suites opératoires étaient simples chez la plupart des patients (75%) et l'évolution favorable chez 60% d'entre eux, mais quelques décès ont été déplorés.

Mortalité spécifique des cancers urogénitaux

La mortalité spécifique des cancers uro-génitaux est plus élevée dans le cancer de la vessie

(51,12%). Elle est suivie de la mortalité par cancer de la prostate (29,68%). La mortalité spécifique du cancer du rein vient en 3^{ème} position avec un taux de 21,05%. Ces résultats sont différents de ceux rapportés au plan mondial qui relèvent par ordre décroissant de mortalité spécifique, la prostate, la vessie et le rein [1]. Ouattara et al. ont rapporté dans le même service quelques années plus tôt une mortalité spécifique plus élevée dans un ordre encore différent : cancer du testicule (33,33%), cancer de la vessie (29%), cancer du rein (28,6%) et le cancer de la prostate (19,2%) [3].

Par ailleurs, Dékou et al. rapportaient en 2009 à Abidjan que les cancers représentaient 87,5% des causes de décès avec en tête de liste le cancer de la prostate (62,4%), suivi du cancer de la vessie (16,2%) et du cancer du rein (6%). Sewa et al. au Togo ont noté également une mortalité par cancer élevée (84%) due au cancer de la prostate (62%), la vessie (30,4%) et le rein (6,3%) [13,14].

Causes des décès :

L'anémie sévère constitue la cause la plus fréquente de décès (63%), suivie de la détresse respiratoire (21%), le choc septique (9%) et les troubles métaboliques (6%). L'anémie dans les cancers urologiques est la plupart du temps multifactorielle. Elle peut s'inscrire dans le syndrome paranéoplasique, être une complication de l'insuffisance rénale obstructive, être la résultante d'une hémorragie tumorale, une anémie inflammatoire secondaire aux infections de stases urinaires ou tout simplement une anémie carencielle due à l'anorexie. La détresse respiratoire quant à elle est souvent en rapport avec les métastases pulmonaires, des complications infectieuses ou un œdème aigue du poumon. Les chocs septiques surviennent la plupart du temps sur le fond d'une infection de stase urinaire.

Délai admission-décès

Les patients hospitalisés pour cancer uro-génital décèdent dans le premier mois de leur admission (84,42%) et les décès post-opératoires surviennent dans les deux premières semaines après l'intervention. Ces délais expriment au mieux, le recours très tardif des patients aux soins spécialisés. En outre, les références des centres périphériques se font avec beaucoup de retard. Les rapports de contre-référence devraient permettre d'améliorer ces statistiques.

CONCLUSION

Le cancer urologique au Bénin, à l'instar de tous les cancers, se diagnostique à un stade avancé,

limitant sévèrement les possibilités de curabilité thérapeutique. Une bonne sensibilisation des populations, une amélioration du plateau technique et l'institution d'une mutuelle de santé à l'échelle nationale amélioreraient ces résultats.

REFERENCES

1. Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, DMV, Freddie Bray, BSc, MSc, PhD2, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries ; *CA CANCER J CLIN* 2021;0:1–41
2. Vanderpuye V. Hammad N. Martei Y. Hopman WM. Fundytus A. et al. Cancer care workforce in Africa :perspectives from a global survey. *Infectious Agents and Cancer*. 2019 14:11 <https://doi.org/10.1186/s13027-019-0227-8>
3. Ouattara A. Hodonou R. Avakoudjo J. Cisse D. Zango B. Gandaho I. et al. Epidémiologie des cancers urologiques au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas. *Prog Urol*. 2012;22:261-65
4. Darré T. Amégbor K. Kpatcho M. Tegue K. Sonhaye L. Doh K. et al. Cancers urologiques au Togo: Profil histoépidémiologique à propos de 678 cas. *J Afr Can*. 2014;6(1):27-31.
5. Yaméogo, C.A.M.K.D., Ouédraogo, A.S., Ouattara, A., Kirakoya, B., Zongo, N., Traoré, T.M., Ky, B. and Kaboré, F.A. (2020) Urological Cancers in Burkina Faso: Epidemiological and Anatomopathological Aspects of 2204 Cases. *Open Journal of Urology*, 10, 111-122. <https://doi.org/10.4236/oju.2020.105013>
6. Salah R. Harir N. Zeggai S. Sellam F. Mera-bent M. Moullessehou S. et al. Cancers urologiques en Algérie : profil histoépidémiologique à propos de 348 cas. *J Afr Can*. Mai 201 ;7(2):126-31.
7. Traore MT, Jalloh M, Yevi M, Ndoeye M, Labou I, Niang L, Gueye SM ; La resection transurétrale des tumeurs de vessie a l'hôpital général du Grand Yoff : à propos de 141 cas ; *Uro'Andro - Volume 1 N° 10 Juillet 2018* :463-67.
8. Botcho G., Tengue K., Kpatcha T.M., Leloua E., Sikpa K.H., Dare T.,Sewa E., Anoukoum T., Dosseh E ; cancer de la vessie au togo : aspects diagnostiques et therapeutiques au chu sylvanus olympio., *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 2015, Série D, 17(2) : 345-352.
9. Mantica G, et al. Bladder Cancer and Associated Risk Factors: The African Panorama. *Eur Urol* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.11.041>
10. Kalyan Saginala, Adam Barsouk, John Sukumar Aluru, Prashanth Rawla, , Sandeep Anand Padala, Alexander Barsouk ; *Epidemiology of Bladder Cancer ; Med. Sci.* 2020, 8, 15; doi:10.3390/medsci8010015
11. John Wiley ; The burden of urological cancers in low- and middle-income countries, *BJU Int* 2019; 123: 557 ; doi:10.1111/bju.14641.
12. Mantica G, et al. Bladder Cancer and Associated Risk Factors: The African Panorama. *Eur Urol* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.11.041>
13. Sewa E.V., Tengue K., Kpatcha M.T., Botcho G., Sikpa K.H., Leloua E., Anoukoum T., Dosseh E.D. ; Mortalité par cancer dans le service d'urologie du centre hospitalier et universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, Togo ; *Me´decine et Sante´ Tropicales* 2017 ; 27 : 443-445
14. A. dékou, G.A. ouegnin, P.G. Konan, B. Kouamé, A. Fofana, n. Kramo, A. Konin, K. Manzan et M.A. djédjé ; contribution à l'étude de la mortalité dans un service d'urologie: Le cas du service d'urologie du cHu de cocody d'Abidjan de 2000 à 2006 ; *African Journal of Urology*, Vol. 15, No. 1, 2009 : 44-52.