

Hypertrophie bénigne de la prostate



M. J. YOUSFI, M. HAFFAF, S.M.A. CHELEF,
S. KERROUMI, S. TALEB, A. BAZZI,
C. OUANEZAR, A. D. LANSARI,
S. HOUACHE, A. MERROUCHE ;
Service d'Urologie,
Etablissement Hospitalier et Universitaire 1^{er} Novembre 1954, Oran.

Résumé

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une pathologie très courante, elle atteint 2 hommes sur 3 après l'âge de 50 ans, les troubles urinaires appelés symptômes (dysfonctions) du bas appareil urinaire sont dus à plusieurs pathologies ; l'objectif premier est de rattacher ces signes à l'HBP. Un bilan initial est toujours nécessaire afin de pouvoir évaluer les degrés de retentissement sur la vessie et sur le haut appareil, il permet de différencier les HBP qui relèvent d'un suivi avec un traitement médical de celles qui nécessitent une intervention chirurgicale. Nous allons présenter 4 cas cliniques reflétant la réalité de la pratique courante, qui vont nous permettre de faire une approche dans la compréhension des mécanismes de cette HBP et la gestion des différentes situations auxquelles on s'affronte.

>>> Mots-clés :

HBP, évaluation initiale, traitement médical, Résection endoscopique, adénomectomie chirurgicale.

Introduction

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) - aussi appelée hyperplasie bénigne de la prostate ou hyperplasie adéno-myomatéuse de la prostate - est une tumeur bénigne qui se développe au dépend de la partie crâniale de la prostate. Elle touche les sujets âgés de plus de 50 ans. L'hypertrophie bénigne de la prostate exerce plus de pression sur l'urètre et la vessie, interférant ainsi avec l'écoulement normal de l'urine. L'HBP est une des maladies les plus communes chez les hommes du fait des modifications physiologiques liées au vieillissement ^[1,2,3]. Son incidence augmente avec l'âge. Sa prévalence est de 2,7% à (45-49 ans) et augmente à 24% à 80 ans ^[4]. En 2009, dans le monde, deux hommes sur trois souffraient de troubles urinaires liés à l'HBP à partir de la cinquantaine ^[5]. L'HBP microscopique est la plus fréquente et atteint 23% des hommes entre 41-49 ans, 82% entre 71 et 80 ans. Enfin, la fréquence de l'HBP clinique

Abstract

Benign prostatic hypertrophy is a very common pathology, which affects 2 in 3 men after the age of 50, urinary disorders called symptoms (dysfunctions) of the lower urinary tract are due to several pathologies, the primary objective is to attach these signs to BPH. An initial assessment is always necessary in order to be able to evaluate the degrees of repercussion on the bladder and on the high device, makes it possible to differentiate the BPHs which require a follow-up with a medical treatment and those which require a surgical intervention. We will present 4 clinical cases reflecting the reality of the current practice, which will allow us to make an approach in the understanding of the mechanisms of this BPH and the management of the different situations that we face.

>>> Key-words :

BPH, initial assessment, medical treatment, endoscopic resection, surgical adenomectomy.

est difficile à quantifier car, les troubles mictionnels ne sont pas spécifiques de l'HBP et l'évolution très lente de l'affection permet aux patients de « s'adapter » à ces troubles, dont une partie accepte de le vivre comme une fatalité. L'HBP n'augmente pas le risque de cancer de prostate ^[7], elle affecte la zone transitionnelle de la prostate entraînant une obstruction de l'urètre qui va freiner l'évacuation de l'urine. Cette hypertrophie concerne aussi bien les cellules musculaires lisses et le tissu conjonctif glandulaire. Les symptômes sont dus, d'une part à la contraction du muscle lisse dans la glande (mécanisme dynamique) ^[8] ; et d'autre part à l'augmentation du volume de la glande (mécanisme statique) ^[9]. Nous vous proposons, à travers quelques cas cliniques interactifs (voir réponses en bas de chaque cas) les aspects cliniques et thérapeutiques de l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Cas clinique N°1 :

M. Amine âgé de 72 ans se présente à votre consultation pour une rétention aigüe d'urine. Il n'a jamais consulté avant, il n'a aucun antécédent particulier.

Ses symptômes habituels sont une nycturie de 2 à 3 fois, pas de besoin impérieux, il urine avec un jet faible qui nécessite souvent une poussée abdominale. Votre examen clinique retrouve une température normale, une prostate souple au toucher rectal, ainsi qu'une matité sus-pubienne douloureuse.

1. Quel geste faites-vous devant ce tableau en urgence ?

- Mise en place d'une SAD.
- Si impossibilité, avis de l'urologue pour sondage au mandrin (guide sonde) ou cystostomie.
- Demander une échographie et une débitimétrie.
- Prescription d'un traitement antalgique.

2. La sonde vésicale que vous avez placée ramène 850cc d'urine claire, quels examens demandez-vous chez ce patient ?

- Une étude cytobactériologique des urines
- Un dosage du taux de PSA totale
- Une évaluation de la fonction rénale.
- Une échographie vésicale et prostatique.
- Une cystoscopie.

3. Combien de temps allez-vous laisser ce patient sous sonde ?

- 1 semaine
- 2 semaines
- 3 semaines

4. L'échographie que vous avez demandée révèle une prostate de volume estimé à 65cc, quel traitement prescrivez-vous ?

- Un inhibiteur de la 5 alpha réductase
- Des extraits de plantes
- Un alpha bloquant
- Une association d'alpha bloquant et de 5 ARI

5. Pour quelles raisons avez-vous opté pour un alpha-bloquant ?

- Inhibe les récepteurs alpha 1 situés sur les cellules musculaires lisses prostatiques et le col vésical.
- Diminue l'obstruction prostatique.

- Ouvre le col vésical.
- Diminue de l'IPSS de 35 à 40%.
- Augmente le débit urinaire de 20 à 25%.

6. Trois semaines après l'ablation de la sonde, le patient reprend ses mictions, que décidez-vous ?

- Une évaluation initiale complète.
- Continuer le traitement.
- Associer un 5 ARI après résultat du PSAT.
- Une résection endoscopique de la prostate.
- Une adénomectomie par voie haute.

7. Quels éléments sont recommandés dans le bilan initial que vous demandez ?

- Un toucher rectal.
- Une analyse d'urine.
- Un score symptomatique (IPSS).
- Un catalogue mictionnel.
- Une évaluation sexuelle.
- Une débitimétrie.
- Une mesure du résidu post-mictionnel par échographie.
- Une échographie transrectale.
- Une cystoscopie.
- Un bilan urodynamique.

8. Dans quel cas auriez-vous demandé un calendrier mictionnel ?

- SBAU de la phase de remplissage.
- SBAU de la phase mictionnelle.
- SBAU de la phase post-mictionnelle.
- Nycturie isolée.

9. Après 6 mois, votre patient décrit une amélioration des symptômes, par contre il se plaint d'une dysfonction érectile, que pouvez-vous lui proposer ?

- Le retrait du 5ARI
- Le retrait de l'alpha bloquant
- Adjoindre le sildénafil à l'alpha bloquant
- Un inhibiteur de la phosphodiesterase 5

Réponses :

- 1 : a, b | 2 : a, b, c, d | 3 : c
 4 : c | 5 : a, b, c, d, e | 6 : a, b, c
 7 : a, b, c, e, f, g | 8 : a, d | 9 : a, c.

Cas clinique N°2 :

M. Abdallah, âgé de 73 ans se présente à votre consultation pour une pollakiurie avec nycturie (6x/nuite), avec une urgenterie évoluant depuis 6 mois. Il se traite par ailleurs pour une pathologie cardiaque. Il a un score d'IPSS à 20, l'examen clinique que vous réalisez retrouve une température normale, et une prostate souple, augmentée de taille au toucher rectal.

1. Quels examens demandez-vous devant ce tableau ?

- Un dosage de PSA totale
- Une analyse d'urine
- Une échographie sus-pubienne avec mesure du résidu post-mictionnel
- Une débitmétrie
- Une évaluation sexuelle
- Une cystoscopie
- Un bilan urodynamique.

2. L'échographie montre une capacité vésicale de 150cc, une prostate de 45cc, sans résidu post-mictionnel, quel traitement proposez-vous ?

- Un inhibiteur des 5 alphas réductases
- Des extraits de plantes
- Un alpha bloquant
- Associations alpha bloquants + 5ARI
- Associations alpha bloquants + Extraits de plantes
- Un anti cholinergique.

3. Après 3 mois de traitement par un alpha-bloquants, aucune amélioration, on décide de passer à une bithérapie, laquelle ?

- Un inhibiteur des 5 alphas réductases + un alpha bloquant
- Des extraits de plantes + un alpha bloquant
- Un alpha bloquant + un Anti-muscarinique
- Un anti cholinergique + un 5ARI.

4. Après 6 mois de traitement par alpha-bloquant + anti-muscarinique, votre patient note une amélioration nette avec un IPSS à 12, une capacité vésicale à 250cc, par contre il reste gêné par une nycturie secondaire à une polyurie nocturne, que faites-vous ?

- Continuer le traitement
- Remplacer l'anti-cholinergique par un 5 ARI
- Prescription de Desmopressine
- Prescription d'un anti-inflammatoire.

5. Un an après, reprise des SBAU, avec RPM de 150cc, Prostate de 60cc + lobe médian, un débit max < 10.5ml/s, PSAT à 3.5ng/ml, malgré un traitement bien conduit, que faut-il faire ?

- Continuer le traitement
- Passer au traitement chirurgical
- Changer le traitement
- Mettre une sonde à demeure
- Une cystoscopie pour le choix du traitement.

6. Pour quel traitement optez-vous ?

- Une incision cervico-prostatique
- Une résection trans-urétrale de la prostate
- Une adénomectomie par voie haute
- Une énucléation au laser (Holep)
- Une vaporisation trans-urétrale de prostate.

Réponses :

1 : a, b, c, d, e | 2 : c, e, f
 3 : c | 4 : a, c
 5 : b, e | 6 : b.

Cas clinique N°3 :

M. Mohammed âgé de 62 ans se présente à la consultation pour une pollakiurie intense avec nycturie (5x), une diminution du jet urinaire avec des gouttes retardataires, avec sensation de vidange incomplète depuis 8 mois.

Il est diabétique depuis 8 ans. Il a un score d'IPSS de 25, l'examen clinique retrouve une température à 39° avec frissons, une prostate augmentée de taille et douloureuse au toucher rectal, le PSAT est à 65 ng/ml.

1. Quels sont les examens dont vous avez besoin ?

- Une étude cyto bactériologique des urines
- Une biopsie prostatique
- Une échographie sus-pubienne avec résidu post-mictionnel
- Une échographie transrectale
- Une débitmétrie.

2. En attendant le bilan, quel traitement vous devez proposer ?

- Une antibiothérapie probabiliste par fluoroquinolones.
- Céphalosporine de 3ème génération

- c. Céphalosporine de 3^{ème} génération + aminoside
- d. Fluoroquinolones + aminoside
- e. Sulfametoaxazol-trimétoprime.

3. L'échographie a révélé un résidu post-mictionnel important, que devez-vous faire, avec un Qmax de 3ml/s ?

- a. Un cathétérisme sus-pubien
- b. Une sonde urinaire
- c. Une néphrostomie percutanée
- d. Un traitement alpha bloquant.

4. Le traitement antibiotique instauré devra durer :

- a. 1 semaine
- b. 2 semaines, sauf pour les aminosides 7j
- c. 3 semaines sauf pour les aminosides 14j
- d. Au-delà de 3 semaines.

5. Après un mois vous notez une amélioration clinique, l'absence de fièvre, le patient est actif et doit se déplacer, il vous demande de lui retirer la sonde. Quelle est votre attitude ?

- a. Vous retirez la sonde et faites un test
- b. Non, vous le gardez sous sonde à demeure
- c. Vous mettez un cathétérisme sus-pubien
- d. Vous continuez le traitement alpha bloquant.

6. Votre patient a repris ses mictions et il entreprend de voyager, il veut connaître les mesures qui lui éviteront la rétention :

- a. Ne pas se retenir lors du besoin d'uriner
- b. Associer un 5 ARI avec l'alpha bloquant si prostate > 40cc
- c. Éviter les constipations
- d. Réduction des boissons le soir et éviction de la caféine
- e. Arrêter l'alpha bloquant et passer à un 5ARI + anti-muscarinique.

7. À son retour de voyage, il s'inquiète pour son PSAT, devra-t-il le refaire ? et quand ?

- a. Il ne doit le refaire qu'après 6 mois
- b. Après 3 mois
- c. Une fois par an
- d. Pas du tout
- e. Doit arrêter les 5 ARI avant.

8. Six mois après, son PSAT est de 6ng/ml, une échographie montre une prostate de 45cc, un résidu post-mictionnel de 80cc, son Qmax est à 21ml/s, quelle est votre attitude ?

- a. Continuer le traitement
- b. Arrêt uniquement du 5ARI et reconstrôler
- c. Biopsie prostatique transrectale
- d. Faire un PSAT après 3 mois
- e. Proposer une résection trans-urétrale

9. La biopsie transrectale faite montre sur les 12 carottes une hyperplasie adéno-fibro-myomateuse, faudra-t-il :

- a. Refaire la biopsie
- b. PSAT après 3 mois
- c. PSA libre et PSAT après 3 mois
- d. Une IRM prostatique si PSAT reste élevé
- e. Une échographie sus-pubienne et transrectale.

10. Le PSAT de contrôle est de 8ng/ml sous traitement, vous lui proposez alors de :

- a. Refaire les biopsies
- b. Faire une IRM préalable
- c. Faire une TDM
- d. Une scintigraphie osseuse
- e. Une IRM osseuse.

Réponses :

- 1 : a, c, e | 2 : a, b, c, d | 3 : a, b | 4 : b
 5 : a, d | 6 : a, b, c, d | 7 : a | 8 : c
 9 : b, c, d | 10 : a, b.

Cas clinique N°4 :

M. Saïd âgé de 73 ans se présente à la consultation pour une pollakiurie intense avec nycturie (8x) avec diminution du jet urinaire et des gouttes retardataires, avec sensation de vidange incomplète depuis 8 mois, traité pour une HBP depuis 2 ans sous alpha bloquants + extraits de plantes.

Il est également diabétique depuis 15 ans, et hypertendu sévère depuis 10 ans sous bithérapie. Il a un score d'IPSS de 30. L'examen clinique retrouve une température normale, une prostate souple augmentée de volume. Le taux de PSAT est à 3 ng/ml.

1. Quels examens complémentaires sont à prescrire à ce patient ?

- Une échographie sus-pubienne avec résidu post-mictionnel
- Une débitmétrie
- Un catalogue mictionnel
- Une cystoscopie
- Un bilan urodynamique
- Une évaluation sexuelle.

2. L'échographie montre une prostate de 35cc, résidu post-mictionnel de 180cc pour une capacité de 250cc, Qmax 6ml/s, quelle est votre attitude ?

- Associer au traitement un 5ARI
- Proposer une résection trans-urétrale de prostate
- Prescrire un anti-cholinergique
- Mettre une sonde à demeure
- Demander un bilan préopératoire.

3. Une RTUP a été faite, les suites sont simples, mais l'examen anatomo-pathologique a montré un adénocarcinome Gleason 6 (3+3) sur plus de 5% du tissu réséqué, vous devez refaire le PSAT après :

- 3 mois
- 6 mois
- 1 mois
- Ablation de la sonde.

4. Le PSAT est revenu à 2,5 ng/ml, quels sont les examens utiles à ce stade ?

- Une IRM
- Une échographie de contrôle
- Une débitmétrie
- Une TDM
- Aucun si bonne évolution clinique
- Faire des biopsies prostatiques transrectales.

5. Ce patient nécessite :

- Une prostatectomie totale.
- Une radiothérapie conformationnelle.
- Une abstention, surveillance avec traitement différé en cas de progression
- Une curiethérapie
- Une surveillance active
- Une hormonothérapie.

6. Il revient vous voir après 6 mois, avec reprise de la symptomatologie urinaire, il peut s'agir de :

- Une repousse de la prostate
- Évolution du cancer
- Une sclérose de loge
- Une lithiase vésicale
- Une sténose urétrale.

7. Les examens que vous lui demandez sont :

- Une échographie avec RPM
- Débitmétrie
- Une IRM
- Une urétrocystographie rétrograde si Qmax diminué
- Une TDM.

8. L'urétrocystographie rétrograde montre une sténose courte de l'urètre, vous lui proposez donc :

- Une urétrotomie interne
- Une dilatation urétrale
- Ne pas toucher la sténose car existe un cancer
- Traiter par voie chirurgicale transvésicale.

9. Il a repris ses mictions normalement, mais il s'inquiète pour son PSAT, faut-il le refaire :

- Après ablation de la sonde
- Après 3 mois d'une manœuvre endoscopique
- Après 6 mois
- Après 15 jours.

Réponses :

1 : a, b, c, f | 2 : b, e | 3 : a
 4 : a | 5 : c | 6 : a, c, e
 7 : a, b, d | 8 : a | 9 : b.

Règles de bonne pratique :

- SBAU de faible intensité : surveillance attentive, des conseils hygiéno-diététiques avant ou en complément du TRT médical : Phytothérapie (extraits de plantes).
- SBAU modérés à sévères : Alpha 1-bloquants.
- SBAU modérés à sévères + prostate >40cc + élévation du PSA > 1.4 – 1.6ng/ml : 5 ARI.
- SBAU modérés à sévères + prédominance des symptômes de la phase de remplissage : Antimuscariniques.

- Nycturie secondaire à une polyurie nocturne: Desmopressine.
- Alpha 1 bloquants + 5ARI : SBAU modérés à sévères + prostate >40cc + Qmax diminué. Alpha 1 bloquants + Antimuscariniques : SBAU modérés à sévères non améliorés par une monothérapie, rester prudent en cas d'OSV.
- IPDE5 : SBAU modérés à sévères + Dysfonction érectile, HTA pulmonaire.

Conclusion :

Il est important de parler un langage commun, savoir quoi demander, quand et chez qui, savoir quoi prescrire, quand et chez qui et donc établir un programme personnalisé (indication thérapeutique et suivi).

Date de soumission :

04 Novembre 2018.

Conflit d'intérêt:

Aucun conflit d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. W.M. Garraway et al. « High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community », Lancet, vol. 338, no 8765, 1991, p. 469-471.
2. S.J. Jacobsen, « New diagnostic and treatment guidelines for benign prostatic hyperplasia. Potential impact in the United States », Archives of internal medicine, vol. 155, no 5, 1995, p. 477-481.
3. P. Boyle et al., « The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The Ur Epik study. », BJU international, vol. 92, no 4, 2003, p. 409-414.
4. K.M. Verhamme et al., « Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care--the Triumph project », European urology, vol. 42, no 4, 2002, p. 323-328.
5. Haute Autorité de Santé. Service évaluation des actes professionnels (juillet 2009) [archive] consulté le 27 janvier 2013.
6. Zucchetto A, Tavani A, Dal Maso L, Gallus S et al. « History of weight and obesity through life and risk of benign prostatic hyperplasia » [archive] Int J Obes (Lond) 2005;29:798-803.
7. Recommandation HAS pour la prise en charge de l'HBP.
8. I.W. Mills et al., « Studies of the pathophysiology of idiopathic detrusor instability: the physiological properties of the detrusor smooth muscle and its pattern of innervation », Journal of Urology, Elsevier, vol. 163, 2000, p. 646-651 (ISSN 00225347).
9. P.M. Martin et al. « Androgènes et système reproducteur masculin - Androgènes et prostate : aspects fondamentaux et cliniques », Progrès en Urologie, vol. 14, no 5, 2004 (ISSN 1166-7087, lire en ligne [archive] [html]).

Retrouvez nos numéros publiés en 2017 sur
www.el-hakim.net



RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU

PRODUIT PERMIXON 160 mg, gélule 1.

DENOMINATION DU MEDICAMENT.

PERMIXON 160 mg, gélule. 2. COMPO-

SITION QUALITATIVE ET QUANTITA-

TIVE Extrait lipido stérolique de *Serenoa*

repens (ELSS 160 mg. Pour une gélule.

*Constitué par les acides gras (97 %) libres

et/ou estérifiés et par une fraction d'insapo-

nifiables (3 %). Pour la liste complète des

excipients, voir rubrique 6.1. 3. **FORME**

PHARMACEUTIQUE Gélule. 4. **DON-**

NEES CLINIQUES. 4.1. Indications

thérapeutiques Traitement des troubles

mictionnels modérés liés à l'hypertrophie

bénigne de la prostate. 4.2. Posologie et

mode d'administration. 2 gélules par jour au

moment des repas. 4.3. Contre-indications

Hypersensibilité à l'un des constituants. 4.4.

Mises en garde spéciales et précautions d'em-

ploi La prise de ce médicament à jeun peut

toutefois être la cause de nausées. 4.5. Inte-

ractions avec d'autres médicaments et autres

formes d'interactions Sans objet. 4.6. Gros-

sesse et allaitement Sans objet. 4.7. Effets sur

l'aptitude à conduire des véhicules et à utili-

ser des machines Sans objet. 4.8. Effets indé-

sirables • Des troubles gastro-intestinaux à

type de nausées et de douleurs abdominales

peuvent parfois survenir. • De rares érup-

tions cutanées et œdèmes ont été rapportés. •

Exceptionnellement, des gynécomasties ont

pu être observées, réversibles à l'arrêt du trai-

tement. 4.9. Surdosage Sans objet. 5. **PRO-**

PRIETES PHARMACOLOGIQUES. 5.1.

Propriétés pharmacodynamiques. AUTRES

MEDICAMENTS UTILISES DANS L'HY-

PERTROPHIE BENIGNE DE LA PROS-

TATE, code ATC : G04CX02. (G: système

génito-urinaire et hormones sexuelles). Des

travaux expérimentaux, réalisés chez l'ani-

mal ou in vitro sur des cellules prostatiques,

ont montré que l'extrait lipido-stérolique de

Serenoa repens : • présente des propriétés

d'inhibition non compétitive de la 5 alpha-

réductase (type 1 et 2), enzyme transformant

la testostérone en son métabolite actif, la

dihydrotestostérone; • inhibe la formation de

prostaglandines et de leucotriènes (mis en

évidence sur des polynucléaires); • freine la

prolifération de cellules provenant d'hyper-

plasie bénigne de la prostate, et stimulées par

des facteurs de croissance. 5.2. Propriétés

pharmacocinétiques Sans objet. 5.3. Don-

nées de sécurité préclinique Sans objet. 6.

DONNEES PHARMACEUTIQUES. 6.1.

Liste des excipients Polyéthylène glycol 10

000. Composition de l'enveloppe de la gé-

lule: gélatine, oxyde de fer jaune, indigotine,

dioxyde de titane. 6.2. Incompatibilités Sans

objet. 6.3. Durée de conservation 3 ans. 6.4.

Précautions particulières de conservation A

conserver à l'abri de la chaleur. 6.5. Nature

et contenu de l'emballage extérieur Boîte de

60 gélules sous plaquettes thermoformées

(PVC/Alu). 6.6. Précautions particulières

d'élimination et de manipulation Sans objet.

7. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION**

DE MISE SUR LE MARCHE. PIERRE

FABRE MEDICAMENT 45, PLACE ABEL

GANCE. 92100 BOULOGNE - FRANCE

8. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE**

MISE SUR LE MARCHE • 98/ 25 B 006 /099

: 60 gélules sous plaquettes thermoformées

(PVC/Alu). 9. **CONDITIONS DE PRES-**

SCRIPTION ET DE DELIVRANCE Médi-

cament non soumis à prescription médicale.

PIERRE FABRE MEDICAMENT ALGERIE

- SPA Lotissement El Kadous, Lot numéro

10 Moutchatchou, Haut site d'Hydra, Hydra,

16035, Alger. Fax: 023 23 07 04 Pharmacovi-

gilance: 07 70 17 58 58