

Hypertrophie bénigne de la prostate

Benign prostate hyperplasia

Pr JA Long, N Grisard

Item 123 :

- Diagnostiquer une hypertrophie bénigne de la prostate
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Introduction :

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) devient symptomatique en créant un obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines (syndrome obstructif) et peut entraîner une modification de fonctionnement de la paroi vésicale (hyperactivité vésicale).

L'HBP est une affection bénigne courante entraînant des symptômes urinaires du bas appareil (SBAU) à l'origine d'une altération de la qualité de vie et de potentielles complications.

Cependant, il n'existe pas de parallélisme entre le volume d'une HBP et la gravité des SBAU.

I : Diagnostiquer une hypertrophie bénigne de prostate

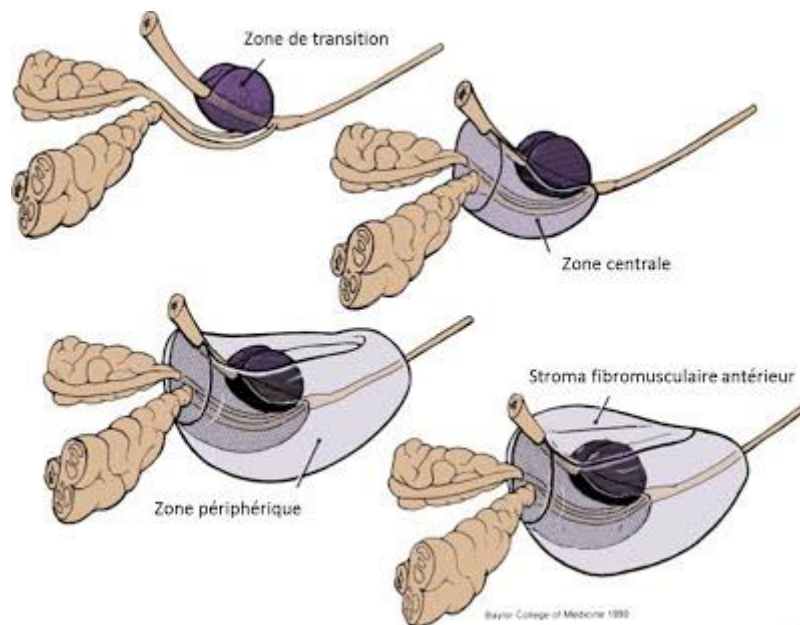
1. Epidémiologie

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une des affections bénignes les plus fréquentes chez l'homme après 40 ans. La prévalence de l'HBP varie selon les études entre 13% et 57%. Le principal facteur de risque est l'âge. Le statut hormonal du patient joue également un rôle.

2. Rappel anatomique

On divise la prostate en 5 zones anatomiques :

- Zone périphérique
- Zone centrale
- Zone de transition, c'est elle qui entoure l'urètre prostatique
- Zone du stroma fibro-musculaire antérieur
- Glandes péri-prostatiques



3. Physiopathologie

L'hyperplasie est stimulée par les androgènes et touche les différents constituants (cellules musculaires lisses et tissus conjonctif) de la zone de transition. Elle entraîne une obstruction urétrale et une gêne à l'évacuation des urines.

L'obstruction urétrale a un retentissement sur le bas appareil urinaire (vessie de lutte) mais aussi sur le haut appareil urinaire (insuffisance rénale obstructive)

Il n'existe aucune corrélation entre HBP et cancer de la prostate et l'HBP ne dégénère jamais en cancer. En revanche, chaque diagnostic d'HBP avant 70 ans peut être l'objet d'un dépistage personnalisé du cancer de la prostate, fréquent dans cette classe d'âge. Ce dernier se développe majoritairement au dépens de la zone périphérique..

4. Diagnostic clinique

a. Interrogatoire : symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)

Il n'existe pas de parallélisme anatomo-clinique entre le volume prostatique et la sévérité des symptômes

- SBAU liés au remplissage vésical : pollakiurie, urgenturie, nycturie
- SBAU liés à la miction : dysurie, jet faible, haché, poussée abdominale, faible volume
- SBAU post-mictionnels : goutte retardataire, sensation de vidange incomplète

L'interrogatoire doit également évaluer le retentissement de ces symptômes sur la qualité de vie du patient.

Le score IPSS (International Prostate Symptom score) permet d'évaluer la sévérité des symptômes et de l'altération de la qualité de vie (Annexe 1).

Compte tenu de la fréquence d'une dysfonction érectile dans cette population et de l'altération de la qualité de vie occasionnée, il est recommandé de rechercher une dysfonction sexuelle associée aux SBAU qui peut être évaluée par le score IIEF5 (International Index of Erectile Function, annexe 2)

b. Examen physique : toucher rectal (TR)

Il est systématiquement réalisé.

Arguments en faveur d'une HBP :

- prostate augmentée de volume (>20 grammes)
- lisse
- souple
- indolore
- +/- perte du sillon médian

A noter que le toucher rectal ne permet pas une bonne estimation du volume prostatique en cas de lobe médian (antérieur et donc non palpable).

Il permet également de dépister un cancer de la prostate associé :

- Nodule dur indolore
- asymétrie prostatique

La présence de ces deux signes doit faire réaliser un dosage du PSA et des biopsies prostatiques avec examen anatomopathologique à la recherche d'un cancer de prostate.

5. Examens complémentaires

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour affirmer le diagnostic en dehors de l'ECBU en présence d'un tableau de révélation brutale.

a. ECBU :

Il permet d'éliminer un diagnostic différentiel (prostatite). Il est également nécessaire en cas de traitement chirurgical afin d'éliminer une contamination bactérienne asymptomatique.

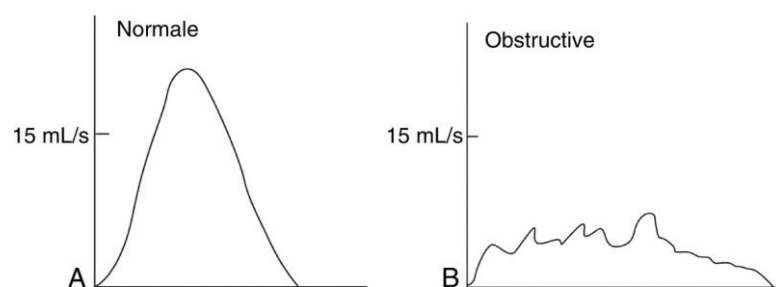
b. Débitmétrie :

Elle permet d'évaluer la dysurie. Elle est interprétable si le volume de la miction est supérieur à 150mL. Les principaux paramètres évalués sont le volume mictionnel, le débit maximal et la durée de la miction.

Un débit maximal inférieur à 15mL/min est considéré comme pathologique et signe un syndrome obstructif.

L'aspect normal de la courbe est en forme de cloche. En cas d'obstruction prostatique, l'aspect de la courbe est aplati et la durée de la miction augmentée.

On réalise en général une mesure échographique du résidu post mictionnel après la débitmétrie.



Source : Urofrance.org

c. Echographie réno-vésico-prostatique :

Elle établit le diagnostic positif : mesure du volume prostatique et recherche d'un lobe médian. Celle-ci est effectuée au mieux par voie transrectale.

Par voie abdominale, elle fait le bilan du retentissement sur le haut appareil (recherche de dilatation des cavités pyélocalicielles) et sur le bas appareil (mesure du résidu post

mictionnel, hypertrophie détroisurienne et diverticules vésicaux en faveur d'une vessie de lutte, calcul vésical)

Elle permet de rechercher des diagnostics différentiels (notamment une tumeur de la vessie)

d. PSA :

Il est réalisé pour rechercher un cancer de prostate associé à l'HBP.

Le PSA est spécifique de la prostate mais non du cancer de prostate. L'élévation du PSA peut être due à plusieurs facteurs (HBP, prostatite, biopsies prostatiques, TR).

Classiquement, la valeur seuil de PSA total sérique devant faire rechercher un cancer de la prostate est de 4ng/ml. Toutefois, une volumineuse hypertrophie prostatique s'accompagne physiologiquement d'un taux de PSA élevé. La définition d'un seuil est malaisée. Schématiquement, on considère une densité du PSA comme normale si <0.1 ng/ml/g de prostate (un prostate de 60 ml peut donner de manière physiologique jusqu'à un taux de PSA à 6 ng/ml.)

.

e. Créatininémie :

Elle est réalisée pour rechercher une insuffisance rénale chronique obstructive.

6. Complications

a. Aigües :

- Rétention aigüe d'urines (RAU).

Elle peut être iatrogène (médicaments anticholinergiques, anesthésie), infectieuse (prostatite) ou liée à la constipation. Elle se manifeste par une impossibilité d'uriner, une douleur sus-pubienne (globe vésical) et une envie impérieuse d'uriner.

- Prostatite aigüe.

Elle est favorisée par la stagnation des urines. Elle ne présente pas une contre-indication absolue au sondage vésical mais celui-ci doit être réalisé sous couverture antibiotique en raison du risque de décharge bactérienne.

-Orchi-épididymite

L'infection par voie rétrograde du testis accompagne fréquemment une prostatite aigue.

- Hématurie.

Elle est imputée à l'HBP après avoir éliminé les autres étiologies d'hématurie

b. Chroniques :

- Rétention chronique d'urine.

Il persiste un résidu post-mictionnel qui augmente progressivement. Le muscle vésical s'étire petit à petit et conduit à un globe chronique souvent asymptomatique (« vessie claquée »). A terme, la rétention chronique conduit à des mictions par regorgement (trop plein vésical) qui peuvent mimer une pollakiurie.

- Insuffisance rénale chronique obstructive.

Il existe une dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles liée au reflux vésico-urétéral. Elle est le plus souvent indolore.

- Lithiases vésicales de stase.

La stagnation des urines dans la vessie peut aboutir à la formation de calculs dits de stase.

Ils dégradent la symptomatologie irritative du patient. Le traitement est chirurgical (endoscopique ou chirurgie ouverte en fonction de la taille). Il n'est pas nécessaire de réaliser de bilan métabolique pour ces calculs.

7. Diagnostics différentiels

- Sténose urétrale
- Vessie neurologique (sclérose en plaque, Spina bifida, traumatisme médullaire...)
- Sclérose du col cervical (après chirurgie endoscopique)
- Tumeur de vessie (toute hématurie doit faire rechercher une tumeur de vessie par la réalisation d'une cystoscopie)
- Calculs urinaires

II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

1. Abstention thérapeutique et surveillance

Elle est recommandée lorsque les symptômes sont légers et la qualité de vie satisfaisante, en l'absence de complication liée à l'HBP.

Elle comprend une information au patient sur l'évolution de l'HBP et l'éventualité d'un traitement ultérieur.

Des règles hygiéno-diététiques peuvent être proposées comme la diminution des apports hydriques le soir, le traitement de la constipation et l'arrêt des traitements favorisant la rétention urinaire (anticholinergiques et neuroleptiques)

2. Traitement médical

Le traitement médical est recommandé en cas de **symptômes modérés à sévères altérant la qualité de vie**, sans complication liée à l'HBP.

Il existe 4 classes thérapeutiques :

- Les alphabloquants
- Les inhibiteurs de la 5^e alpha-réductase (I5AR)
- La phytothérapie
- Inhibiteurs de la phosphodiésterase 5 (IPDE5)

On utilise en première intention une monothérapie (généralement un alphabloquant ou une phytothérapie). En cas d'échec, on peut associer deux classes thérapeutiques.

	Mode d'action	Délai d'action	Effets secondaires	Avantages	Exemples
Alpha-bloquants	Diminution du tonus des cellules musculaires lisses prostatiques	24-48h	Hypotension orthostatique éjaculation rétrograde	Rapidité d'action	Alfuzosine Silodosine Tamsulosine
I5AR	Diminution du volume prostatique	6 à 12 mois	Baisse de la libido dysfonction érectile éjaculation rétrograde PSA divisé par 2	Diminution volume prostatique	Dutastéride Finastéride
Phytothérapie	Mal connu	Mal connu	Aucun	Tolérance	Serenoa Repens Pygeum Africanum
IPDE5	Mal connu	24h	Hypotension artérielle Collapsus en cas de prise de dérivés nitrés concomitante (contre-indication)	Traitement dysfonction érectile associée	Tadalafil en prise quotidienne

Remarques:

- Les alphabloquants sont à utiliser avec précaution en cas de cardiopathie
- Les I5AR sont utilisés lorsque le volume prostatique est supérieur à 40cc. Du fait de leur action sur le volume prostatique et sur le taux de PSA, il convient de multiplier par 2 le taux de PSA pour pouvoir l'interpréter.
- Les IPDE5 permettent un traitement d'une dysfonction érectile associée. En France, il n'existe pas de remboursement par la caisse d'assurance maladie.

3. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est recommandé en cas d'HBP compliquée ou résistante au traitement médical ou en cas de désir du patient.

Il existe deux voies d'abord :

- Chirurgie endoscopique
 - o Résection trans-uetrale de prostate (RTUP)
 - o Incision cervico-prostatique (ICP)
 - o Techniques laser
 - Photo vaporisation prostatique laser
 - Enucléation prostatique laser
- Chirurgie ouverte : Adénectomie prostatique par voie haute

a. Traitement endoscopique

	RTUP	Techniques laser	ICP
Indications	Volume moyen < 80 cc	Volume moyen à important (>80 cc) traitement antiagrégant	Faible volume (<30cc), homme jeune
Complications aiguës	Infection hématurie RAU TURP syndrome	Infection hématurie RAU	Infection hématurie RAU
Complications chroniques	Ejaculation rétrograde Sclérose du col vésical	Ejaculation rétrograde Sclérose du col vésical	Sclérose du col vésical
Avantages	Efficacité éprouvée	Volume plus important Risque hémorragique	Risque d'éjaculation rétrograde diminué

		modéré	
--	--	--------	--

Focus : le TURP syndrome

Lié à la réabsorption du liquide d'irrigation hypotonique (Glycocolle) en cas de résection trans-urétrale de la prostate par électrode mono-polaire, Il en résulte une surcharge volémique avec hyponatrémie de dilution. Les symptômes sont des céphalées, troubles visuels, hypotension, tachycardie. Le traitement est celui de la surcharge (restriction hydrique et diurétiques) Le risque de TURP syndrome augmente avec le volume prostatique (durée opératoire et saignement majorés).

La résection bipolaire ou l'utilisation du laser permettent de s'affranchir de ce risque car le liquide d'irrigation utilisé est isotonique (NaCl 0,9%).

b. Adénectomie prostatique par voie haute

Elle est réservée aux patients porteurs d'une prostate très volumineuse (>100cc) et en bon état général.

La technique consiste à réaliser une laparotomie médiane sous ombilicale puis une énucléation des deux lobes prostatiques au doigt en conservant la capsule prostatique.

Les complications sont essentiellement hémorragiques (caillotage vésical, RAU, hématome de paroi) et pariétales (abcès de paroi, désunion, éventration). Il s'agit de la technique de référence des adénomes de gros volume. Cette technique est progressivement concurrencée par les progrès des techniques d'énucléation endoscopique laser.

c. Alternatives chirurgicales

- Prothèses intra prostatiques
L'avantage de cette technique est le faible risque hémorragique (patients sous antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants). Les complications sont essentiellement irritatives et récidive par migration prothétique.
- Thermo thérapie (TUNA)

Remarques :

- Quel que soit le traitement chirurgical, un ECBU préopératoire est systématiquement réalisé afin de rechercher une infection urinaire ou un bactériurie asymptomatique qui sera traitée avant le geste.

- Le traitement chirurgical de l'HBP, quel qu'il soit, est limité à l'adénome prostatique. La capsule prostatique et les vésicules séminales sont laissées en place. Il ne prévient donc pas du risque de cancer de la prostate.
- Le traitement chirurgical est un traitement curatif de l'HBP mais pas définitif. Le patient doit être informé du risque de récurrence après plusieurs années.
- Les copeaux de résection endoscopique et les pièces d'adénomectomie sont systématiquement envoyés en anatomo-pathologie pour recherche de cancer. Il s'agit alors de cancers de la zone de transition.

4. Traitement palliatif

Il est recommandé en cas de contre-indication au traitement chirurgical (risque lié à l'anesthésie, risque hémorragique...).

Il est décidé en accord avec le patient

Alternatives possibles :

- Auto-sondages vésicaux
- Sonde vésicale à demeure (SAD)
- Cathéter sus-pubien

5. Surveillance

Suivi de l'HBP :

- Interrogatoire (score IPSS)
- Débitmétrie
- Mesure du résidu post-mictionnel (RPM)

Dépistage annuel du cancer de la prostate par association PSA + toucher rectal

Recommandations concernant l'HBP

Lebdai S¹, Descazeaud A²; Et les membres du CTMH de l'AFU, Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog Urol. 2014 Nov;24(14):929-33. Association Française d'Urologie 2012. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU

EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, Oelke M, Tikkinen KA, Gravass S.

EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction.

Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, N'dow J, Nordling J, de la Rosette JJ; European Association of Urology..
Eur Urol. 2013 Jul;64(1):118-40.

Prog Urol. 2015 Jun;25(7):404-12. doi: 10.1016/j.purol.2015.02.008. Epub 2015 Apr 2.

[Guide dedicated to general practitioner for the management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia].

[Article in French]

Descazeaud A¹, Barry Delongchamps N², Cornu JN³, Azzouzi AR⁴, Buchon D⁵, Benchikh A⁶, Coloby P⁷, Dumonceau O⁸, Fourmarier M⁹, Haillet O¹⁰, Lebdai S⁴, Mathieu R¹¹, Misrai V¹², Saussine C¹³, de La Taille A¹⁴, Robert G¹⁵; Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'Association française d'urologie (CTMH-AFU).

-