

Item123-Hypertrophie bénigne de la prostate.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une hypertrophie bénigne de la prostate. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate / ANAES / 2003	- Syndrome dysurique / score IPSS - Bilan fonction rénale +/- BUD - Rétention aiguë d'urine / prostatite - α -bloquants / inhibiteur 5 α -réductase - Hypotension orthostatique / libido - Résection trans-urétrale (TURP Sd) - Adénomectomie par voie haute - Poids: traitement mdtx (40g) / traitement chir (50g) - Indications chirurgicales directes (4)	- Toucher rectal - Bandelette urinaire - Dépistage cancer prostatique - ECBU stérile avant tout geste - Ex. anatomo-pathologique - Information sur risque d'éjaculation rétrograde - qualité de vie

Généralités

Définition

- HBP = hyperplasie des glandes de la prostate péri-urétrale (zone de transition de la prostate) (ex- "adénome prostatique")
- !! l'HBP n'est **PAS** un facteur de risque de cancer de la prostate (**A savoir !**)
- Pas de corrélation anatomoclinique (accord professionnel)

Rappels anatomiques

- Prostate = glande bilobée / péri-urétrale / sous-vésicale / poids N = 15g
- Fonction = constitution du liquide séminal (!! pas de rôle endocrine)

Epidémiologie

- Affection bénigne, très fréquente, liée au vieillissement
- Fréquence +++ : 40% des hommes > 50ans et 80% > 70ans
- **Idiopathique: pas d'étiologie précise mais facteurs favorisants**
 - → activité hormonale (DHT) / âge / ethnie (rare chez asiatiques)

Physiopathologie

- HBP = prolifération des cellules glandulaires + musculaires lisses + stroma
- !! mais pas de parallélisme entre signes fonctionnels et volume de la prostate
- HBP = obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines (→ signes obstructifs) et agent irritant la paroi vésicale (→ signes irritatifs)

Diagnostic

Examen clinique (+++)

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** âge (H > 50ans) / atcd généraux et urologiques (prostatite, RAU , etc)
 - **Anamnèse:**
- 1. **rechercher des épisodes antérieurs de rétention aiguë d'urine ++**
- 2. **notion d'hématurie (ANAES 2003)**
- 3. **anomalie neurologique**
- 4. **FDR de sténose de l'urètre ou malposition**
 - **Signes fonctionnels urinaires: symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)**
 - **signes obstructifs (+ +)**
 - **syndrome dysurique (à la phase mictionnelle)**
 - jet hésitant: retard à l'initiation / jet faible et haché
 - miction par poussée: contraction abdominale
 - miction par regorgement

- gouttes terminales: achèvement lent et progressif
 - **résidu postmictionnel (à la phase post-mictionnelle)**
 - sensation de vidange vésicale incomplète
 - gouttes retardataires: perte involontaire d'urine après
- **signes irritatifs**
 - Ne sont pas prédominants (sinon: prostatite ou tumeur vésicale)
 - Brûlures mictionnelles / impériosités / pollakiurie / nycturie
- **Retentissement = score IPSS (International Prostatic Symptom Score)**
 - Auto-évaluation des signes fonctionnels et du retentissement sur qualité de vie
 - !! systématique (cf [Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate / ANAES / 2003](#) / avec **calendrier mictionnel**)
 - Association de SBAU avec une dysfonction sexuelle fréquente → évaluation de la fonction sexuelle dans le bilan initial
- **Examen physique**
 - **Diagnostic positif = toucher rectal +++**
 - **Conditions de réalisation**
 - Patient en décubitus dorsal / membres inférieurs fléchis
 - Gant vaseliné / Inspection de la marge anale au préalable
 - Palpation bimanuelle: main controlatérale sur hypogastre
 - **Diagnostic positif: HBP = prostate: (5)**
 - globalement augmentée de volume (> 20g)
 - lisse et régulière
 - ferme et élastique
 - souple, indolore
 - disparition du sillon médian
 - **Diagnostics différentiels**
 - **Prostatite:** douleur +++ / chaude / tendue / fébrile
 - **Cancer:** nodule dur / irrégulier / indolore
 - **Rechercher des complications**
 - **Globe** vésical / miction par regorgement / hernie inguinale
 - Contact lombaire (hydronéphrose) / PNA (ébranlement)
 - **Éliminer un diagnostic différentiel**
 - Examen des OGE: sténose du méat urétal / phimosis / paraphimosis
 - Palpation des orifices herniaires: éliminer hernies inguinale/crurale
 - Palpation lombaire (pyélonéphrite)

Examens complémentaires

- **5 examens** sont recommandés en 1ère intention par l'ESC 2012
- **Pour diagnostic positif:** AUCUN: le diagnostic est purement clinique +++
- **Pour évaluation du retentissement: examens recommandés par l'item 123 HBP - Collège français des urologues 2014**
 - **Taux de PSA**
 - Dépistage du cancer de la prostate associé à l'HBP
 - Si PSA > 4 ng/mL: indication à la réalisation de biopsies prostatiques avec examen anapath
 - **Créatinine:** pour évaluation de la fonction rénale: selon terrain
 - **ECBU:** éliminer une prostatite devant SFU
 - **Débitmétrie**
 - Pour suivi surtout / débit maximal indique le degré d'obstruction
 - → obstruction importante si débit max < 10 ml/s (N = 20-30)
 - **Echographie réno-vésico-prostatique**
 - Evaluation du volume de l'HBP
 - Retentissement sur le haut appareil urinaire: dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles, amincissement du parenchyme rénal, dédifférenciation cortico-médullaire
 - Retentissement sur le bas appareil urinaire: résidu post-mictionnel, hypertrophie détrusorienne, diverticules, calculs
 - Echo prostatique par voie transrectale: évalue le volume prostatique et recherche un lobe médian
- **Bilan**
 - **Bladder scan :** mesure du résidu post mictionnel
 - **Bilan uro-dynamique (BUD)**
 - = débitmétrie + cystomanométrie + profilométrie (cf !! indications limitées: seulement si doute diagnostic (ex: Parkinson)
 - → étude pression/débit: objective et quantifie l'obstruction vésicale
 - **Urétrocystoscopie**
 - Pour rechercher une tumeur vésicale / !! ECBU préalable indispensable
 - si hématurie macroscopique ++ / à discuter si s. irritatifs prédominants
- **Pour bilan pré-thérapeutique**

- Bilan pré-op: ECBU stérile (**A savoir !**) / bilan standard / Cs anesthésie

Diagnostiques différentiels

- **Prostatite** (cf Signes associés: fièvre +++ / brûlures mictionnelles, etc.)
 - TR douloureux +++ (« succulent ») / tendue / chaude / oedémateuse
- **Cancer de la prostate** (cf TR: !! souvent normal / confirmation par biopsies de prostate avec envoi en anapath (à faire systématiquement si TR évocateur de cancer, quel que soit le taux de PSA))
 - Nodule: dur / irrégulier / prostate asymétrique / indolore

Complications

Complications mécaniques

- Rétention aiguë d'urine (**RAU**) +++
- Rétention chronique d'urine (résidu post-mictionnel > 100mL)
- +/- complications de la rétention chronique
 - Vessie de lutte (hypertrophie détroisurienne puis apparition de diverticules vésicaux)
 - Mictions par regorgement / globe chronique (vessie distendue, non fonctionnelle)
 - Lithiase de stase +/- colique néphrétique
 - Urétéro-hydronephrose +/- IRC obstructive tubulo-interstitielle
- **Complications infectieuses**
 - **Prostatite** aiguë ou chronique
 - Infections génitales: orché-épididymite
- **Hématurie**
 - Habituellement hématurie macroscopique initiale
 - L'HBP ne peut être rendue responsable d'une hématurie qu'après avoir éliminé les autres étiologies d'hématurie.
- +/- complications générales: bactériémie, sepsis, etc.

Complications iatrogènes

- **ES d'un traitement médicamenteux**
 - **α-bloquants**: hypotension orthostatique / céphalées / éjaculation rétrograde
 - **Inhibiteurs 5α-réductase**: dysfonction érectile / perte de la libido
- **ES d'un traitement chirurgical**
 - **Pour tous**: éjaculation rétrograde (75%) (AVH > RTUP > ICP) / incontinence urinaire (1%) / réintervention
 - **Réssection transurétrale: syndrome de réabsorption du glyco-colle (TURP syndrome)**
 - **Hyponatrémie** de dilution liée au passage du glyco-colle qui est hypotonique + surcharge volémique
 - → risque d'oedème cérébral: confusion / convulsion / coma... (cf **Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques.**)
 - Symptômes: troubles visuels (myodésopsies), céphalées, hypoTA, bradycardie, douleurs thoraciques
 - Conduite à tenir
 - ARRÊT de l'intervention (**A savoir !**) / [iono-urée-créatinine] + Osm sg/u
 - Restriction hydrique +/- diurétique si HEC (oedèmes, OAP) associée
 - Si hypoNa sévère (< 120mM) ou symptomatique: REA / sérum physiologique hypertonique (NaCl 30 ‰) en IVSE (perfusion lente)
 - !! Correction **progressive**: 8-12mM/24h (risque de myélinolyse)

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire (hors complication et traitement chirurgical)
- Suivi au long cours / par médecin traitant ++
- Selon l'importance des symptômes urinaires, l'apparition de complications et le souhait du patient ++

Traitement médicamenteux

- Pour tous: prise quotidienne / PO / au long cours / monothérapie +/- bithérapie si échec
- **Alpha-bloquants**
 - **Indication**: chez le sujet jeune / si prostate < 40g / classe la plus utilisée
 - **Action = mécanique**: blocage Rα-Ad = relaxation → ouverture du col vésical / action après 48h de tt
 - **ES: hypotension orthostatique** / éjaculation rétrograde / céphalées / vertiges / troubles de l'accommodation / CI si ICoronaire / précaution si sujet âgé, tt antihypertenseur associé
 - **Spécialités**: alfuzosine (Xatral®) 10mg/j / tamsulosine (Omix®) / doxazosine (Zoxan®)
- **Inhibiteurs de la 5α-réductase**
 - **Indication**: chez sujet âgé / si prostate > 40g (volume et dysurie importants)
 - **Action = hormonale**: inhibe la conversion de la testostérone en DHT / action après 6 mois de tt
 - **ES**: diminution de la **libido** / dysfonction érectile / gynécomastie / divise par 2 le taux de PSA

- **Spécialités:** finastéride (Chibroproscar®) 5mg/j / dutastéride (Avodart®)
- **Phytothérapie**
 - A base d'extrait de plante / si signes irritatifs ++ / efficacité variable mais pas d'ES
 - Spécialités: Permixon® (sereona repens) / Tadenan® (pygeum africanum)

Traitement chirurgical

- **Généralités**
 - Examen **anapath** extemporané systématique: éliminer un cancer de la prostate (**A savoir !**)
 - Complication commune: risque d'éjaculation rétrograde: prévenir le patient (**A savoir !**)
 - ECBU - (**A savoir !**) et consultation d'anesthésie
- **Modalités**
 - **Résection transurétrale de la prostate (RTUP)**
 - Si prostate < 80g / technique de référence: la plus pratiquée en France +++
 - Voie d'abord endoscopique
 - Résection en copeaux de l'adénome prostatique sous irrigation hypotonique (Glycocolle)
 - Complications :
 - Immédiates: hématurie, RAU, infection, TURP syndrome
 - A distance: éjaculation rétrograde, sténose de l'urètre / du col vésical
 - **Adénomectomie par voie haute**
 - Si prostate > **60g** ou si lithiase ou diverticules vésicaux
 - Voie transvésicale/ énucléation centrale + conservation de la coque prostatique
 - C° = éjaculation rétrograde +++ (75%) / autres: abcès de paroi / fistule urinaire/ pollakiurie transitoire
 - **Incision cervico-prostatique**
 - Si patient jeune souhaitant conserver son éjaculation et prostate < 30g
 - Incision endoscopique du col vésical et de l'adénome prostatique / ne retire pas l'HBP
 - C° aiguës: hématurie, RAU, infection urinaire
 - C° chroniques: éjaculation rétrograde, sténose du col vésical / de l'urètre
 - Obstruction diminuée mais récurrences fréquentes: réintervention à 3ans = 25%
 - **Rq** : la photovaporisation de l'adénome à l'aide d'un laser est en cours d'évaluation, H° plus courte, sous anesthésie locale, moins d'hémorragie, moins d'éjaculation rétrograde (études 2012)
 - **Traitement palliatif**
 - En cas d'échec du tt médical, chez les patients présentant une CI opératoire
 - Pose d'une sonde vésicale à demeure ou pose d'une endoprothèse urétrale

Stratégie thérapeutique (ESC 2012)

- **Dans tous les cas: information du patient+++**
- **Abstention thérapeutique**
 - Si HBP non compliqué et SBAU minimes / modérés sans altération de la qualité de vie
 - Après information claire et loyale sur les différentes modalités thérapeutiques et le risque d'évolution de l'HBP
- **Indications à un traitement médicamenteux**
 - Si HBP non compliquée et SBAU modérés / sévères avec altération de la qualité de vie
 - Initialement en monothérapie +/- passer en bithérapie si inefficacité (α-bloquant et inhibiteur de la 5α-réductase mais ES cumulatifs)
- **Indications à un traitement chirurgical (seul tt curatif de l'HBP)**
 - HBP compliquée (RAU, calcul ou diverticule vésical, IRC obstructive,...)
 - ou SBAU modérés / sévères résistant au traitement médical
 - ou préférence du patient
- **Mesures hygiéno-diététiques :**
 - réduction des apports hydriques après 18h
 - pratique d'une activité physique régulière
 - éviter les tt favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques,...)

Surveillance

- **Clinique:** Cs de suivi **annuelle** (plus rapprochée après instauration d'un tt) / signes fonctionnels / **TR +++** / score **IPSS** / **tolérance** du traitement / catalogues mictionnels (**A savoir !**)
- **Paraclinique:** débitmétrie, mesure du résidu post-mictionnel (ESC 2012) + dépistage individuel du cancer de la prostate entre 50 et 75 ans

Synthèse pour questions fermées

Qu'utilise-t-on dans l'hyperplasie bénigne de la prostate pour évaluer son retentissement ?

- Le score IPSS (international prostatic symptoms score)

Quels sont les 3 traitements médicamenteux que l'on peut utiliser dans l'HBP ?

- α -bloquant
- Inhibiteurs de la 5 α -reductase
- Phytothérapie

Quelles sont les 3 techniques chirurgicales utilisées dans l'HBP en fonction de la taille (par ordre croissant) ?

- Incision cervico-prostatique
- Résection transurétrale endoscopique (RTUP)
- Adénomectomie par voie haute (>60g)