

Hypertrophie bénigne de la prostate

Dr. A. BENMESSAOUD*

Résumé

L'hyperplasie bénigne de la prostate est une affection fréquente de l'homme vieillissant. Son étiopathogénie est encore mal connue, mais implique probablement un déséquilibre hormonal dû à la sénescence. Schématiquement, l'obstacle au bon écoulement des urines provient d'une diminution du calibre de l'urètre liée à la fois à une augmentation du volume de la prostate et à la contraction des fibres musculaires lisses du stroma prostatique. On parle d'HBP "clinique" chez les hommes ayant des SBAU gênants et chez lesquels il existe des arguments cliniques et paracliniques permettant de les relier à une HBP. L'HBP peut se compliquer, la bénignité est uniquement histologique. Le seul traitement curatif reste l'exérèse chirurgicale de l'adénome. Cependant, le recours à la chirurgie a largement diminué ces dernières années avec l'amélioration des traitements médicaux. Les symptômes ne sont pas proportionnels au volume de l'adénome et le choix des thérapeutiques à entreprendre dépend des signes cliniques et de la gêne ressentie par le patient. Ainsi, il existe schématiquement trois groupes de patients : ceux présentant des complications et auxquels on propose un traitement chirurgical, ceux paucisymptomatiques pour lesquels on peut débiter par une surveillance et les derniers situés entre ces deux extrêmes, restant souvent accessibles à des traitements médicaux.

* Faculté de médecine, Université Constantine 3.
Service de Chirurgie Urologique - EHS D'URO-NEPHROLOGIE.
Correspondance: a.benmessaoud2013@gmail.com

PLAN

1	INTRODUCTION	2
2	RAPPEL ANATOMIQUE	2
3	ÉTIOPATHOGÉNIE	2
4	PHYSIOPATHOLOGIE	3
4.1	Mécanismes d'obstruction	3
4.2	Conséquences de l'obstruction	3
5	DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE	4
5.1	Interrogatoire	5
5.2	Examen physique	5
5.3	Examens complémentaires	6
6	DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS	7
6.1	En cas de nycturie prédominante ou isolée	7
6.2	En cas de prédominance de symptômes de la phase de remplissage	8
6.3	En cas de prédominance de symptômes de la phase mictionnelle ou postmictionnelle	8
7	ÉVOLUTION NATURELLE	8
7.1	Complications aiguës	8
7.2	Complications chroniques	9
8	TRAITEMENTS	9
8.1	Buts du traitement	9
8.2	Moyens	9
8.3	Indications	12
9	SURVEILLANCE	13
10	CONCLUSION	13
	BIBLIOGRAPHIE	13

1. INTRODUCTION

L'HBP, aussi appelée « hyperplasie bénigne de la prostate », est une affection fréquente de l'homme vieillissant. L'HBP est la tumeur bénigne la plus fréquente chez l'homme et représente ainsi la principale cause de symptômes du bas appareil urinaire (SBAU).

2. RAPPEL ANATOMIQUE

La prostate est une glande de l'appareil reproducteur masculin, son poids est de 20 g environ, située au carrefour des conduits urinaires et spermatiques.

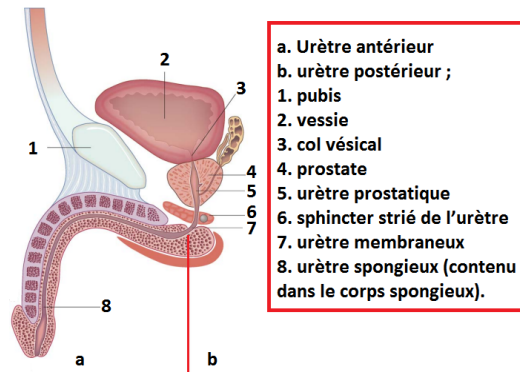


FIGURE 1. Représentation schématique de la glande prostatique et du toucher rectal sur une coupe sagittale du petit bassin.

– **Anatomie zonale** : la représentation anatomique de la prostate repose actuellement sur la description zonale de McNeal (fig. 2), celle-ci est basée sur la morphologie ainsi que sur l'histologie cellulaire prostatique. Les quatre zones de McNeal sont :

- **Une zone antérieure** : correspond exclusivement à du stroma fibromusculaire.
- **Une zone centrale** : située autour des canaux éjaculateurs (la zone intéressée par l'infection);
- **Une zone périphérique** : elle constitue jusqu'à 75 % du volume prostatique. La majorité des cancers prostatiques est issue de cette zone. accessible au toucher rectal.
- **Une zone transitionnelle** : elle est le constituant unique de l'HBP.

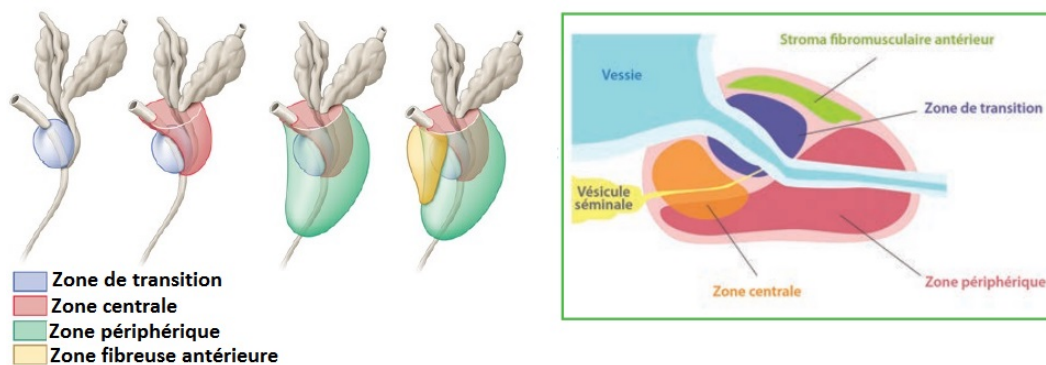


FIGURE 2. Anatomie zonale de la prostate (selon Mc Neal)

3. ÉTIOPATHOGÉNIE

— L'étiopathogénie de l'HBP est encore **mal connue** ;

- c'est une prolifération bénigne à la fois épithéliale et stromale du tissu prostatique à l'origine d'une augmentation de son volume ;
- elle résulte d'un déséquilibre entre prolifération et apoptose des cellules prostatiques ;
- l'HBP est multifactorielle. Les deux principaux facteurs sont **l'âge** et **les androgènes** notamment via la dihydrotestostérone (DHT), métabolite actif de la testostérone après transformation par la 5-alpha-réductase ;
- d'autres facteurs peuvent être incriminés : facteurs génétiques, environnementaux, certains facteurs de croissance, oestrogènes, alimentaires, etc. ;
- actuellement : syndrome métabolique / obésité sont de plus en plus incriminés.

4. PHYSIOPATHOLOGIE

4.1 Mécanismes d'obstruction

L'HBP correspond à une hyperplasie **de la zone de transition** de la prostate entourant l'urètre sous vésical (fig. 2). L'adénome prostatique se développe classiquement à partir des lobes droit et gauche de la prostate mais peut parfois affecter un troisième lobe dit « lobe médian » situé à la face postérieure du col vésical (fig. 3).

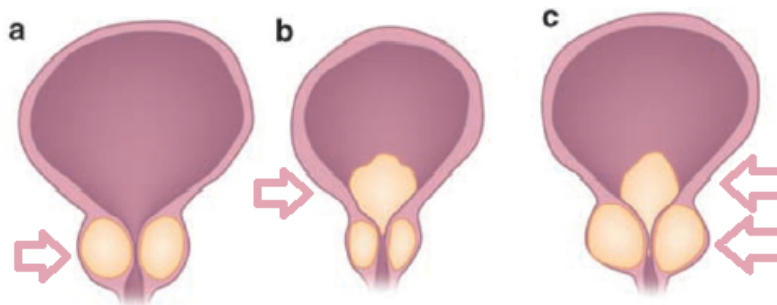


FIGURE 3. Différentes apparences macroscopiques de tissu prostatique hyperplasique obstruant l'urètre prostatique.
 (a) développement des deux lobes latéraux
 (b) développement isolé d'un lobe médian
 (c) développement des deux lobes latéraux et du lobe médian.

Le mécanisme par lequel l'HBP peut être responsable d'une obstruction vésicale comprend deux composantes principales qui sont **statique** et **dynamique** :

- **La composante statique** : les lobes latéraux, qui compriment et allongent l'urètre sur toute sa circonférence, et/ou le lobe médian, qui constitue au moment de la miction une sorte de clapet au niveau du col vésical ;
- **La composante dynamique** : augmentation du nombre de récepteurs α -adrénergiques (qui semble plus important au sein du tissu adénomateux) dont la stimulation provoque une contraction des fibres musculaires lisses ce qui augmente les résistances prostatiques et urétrales.

4.2 Conséquences de l'obstruction

L'évolution de l'obstruction sous-vésicale entraîne par la suite :

- **Phase (1) vessie de lutte** : la vessie va s'adapter à l'effort supplémentaire qui est nécessaire pour vaincre l'obstacle \Rightarrow **hypertrophie du détrusor** (fig. 4 A). Cette modification de l'architecture musculaire peut également être responsable d'un trouble de l'excitabilité musculaire avec des contractions désinhibées provoquant des impériosités.

- **Phase (2) rétention vésicale incomplète** : l'obstruction progressive et la perte de contractilité de la vessie vont au maximum aboutir à une vidange vésicale incomplète, un résidu post mictionnel (RPM) commence à apparaître et se majore au fil du temps, il peut s'infecter et peut faire le lit de la formation de lithiase vésicale par la stase qu'il engendre. L'augmentation de la pression intravésicale peut entraîner la formation de diverticules vésicaux (fig. 4 B).
- **Phase (3) distension vésicale** : Le RPM augmente progressivement jusqu'à ce qu'il égale la capacité vésicale fonctionnelle. La sensation de besoin s'altère avec perte du tonus vésical. Au maximum, la vessie peut devenir acontractile (claquée) pouvant donner lieu à une miction par regorgement souvent considérée par le patient comme une incontinence urinaire.
- **Phase (4) retentissement sur le haut appareil urinaire** : l'atteinte du haut appareil se caractérise par l'apparition d'une dilatation des cavités pyélocalicielles et, à termes, d'une insuffisance rénale chronique obstructive (fig. 4 C).

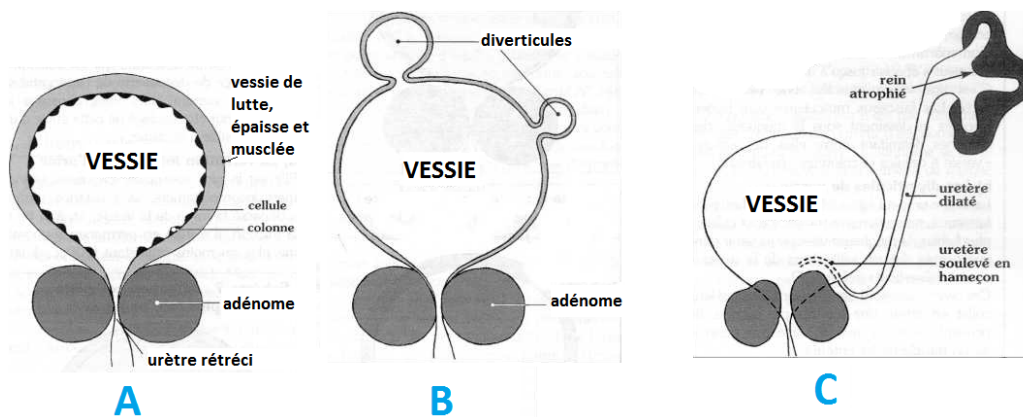


FIGURE 4. Représentation schématique des conséquences de l'obstruction sous-vésicale

- (A) Vessie de lutte
- (B) diverticules de vessie
- (C) retentissement urétéral et rénal.

- **La rétention aiguë d'urine** : la rétention peut survenir spontanément (à l'occasion d'une poussée inflammatoire de l'adénome) ou lors d'un événement intercurrent : fécalome, prise de médicaments à effet anticholinergique, anesthésie générale ou locorégionale, etc. ;
- L'HBP est une affection le plus souvent **latente et asymptomatique** et il n'existe pas de **parallélisme anatomo-clinique**, la majorité des hommes de plus de 50 ans ont une HBP histologique sans aucune répercussion fonctionnelle ;
- **bénigne** : il n'existe pas de lien démontré entre HBP et cancer de la prostate, en dehors d'une association épidémiologique liée vraisemblablement à l'âge et à un dépistage plus fréquent chez les patients suivis pour HBP.

5. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Le diagnostic clinique de l'HBP n'est pas univoque. L'« HBP clinique » correspond à l'intrication de plusieurs composantes : une obstruction sous-vésicale, une augmentation de volume de la prostate et des SBAU. La relation entre ces trois composantes est complexe.

On parle d'« **HBP clinique** » chez les hommes ayant des SBAU gênants et chez lesquels il existe des arguments cliniques et paracliniques permettant de les relier à une HBP.

La démarche diagnostique consiste d'une part à rechercher des éléments en faveur d'une HBP (homme de plus de 50 ans, augmentation du volume prostatique, signes fonctionnels évocateurs d'HBP), et d'autre part à éliminer les diagnostics différentiels ou associés.

5.1 Interrogatoire

- L'interrogatoire permet de préciser et évaluer l'importance des symptômes du bas appareil urinaire. Les SBAU représentent le mode de révélation le plus fréquent. Ils peuvent être stratifiés en SBAU de la phase de remplissage, de la phase mictionnelle et de la phase postmictionnelle.

Terminologie des troubles mictionnels dans l'HBP.

Phase de remplissage	Phase mictionnelle	Phase postmictionnelle
Pollakiurie diurne et nocturne, urgenturie, nycturie, incontinence urinaire	Retard à l'initiation de la miction, dysurie, jet faible, interruption de la miction, jet haché, miction par poussée abdominale	Gouttes retardataires, sensation de vidange vésicale incomplète

- La sévérité et le retentissement des signes fonctionnels urinaires de l'HBP sont évalués par le score IPSS (*International Prostate Symptom Score*). Par convention, les SBAU sont dits légers, modérés ou sévères selon que le score IPSS est compris entre 0 et 7, 8 et 19, ou 20 et 35.
- Les SBAU sont souvent responsables d'**une altération de la qualité de vie**.
- Dépistage d'une **dysfonction érectile** souvent associée à l'HBP.
- **Antécédents médicaux** : antécédents neurologiques, pathologie rachidienne, diabète, traitement médicamenteux...etc.
- **Calendrier mictionnel** : en cas de doute et surtout de pollakiurie, il est possible de faire réaliser un calendrier mictionnel sur plusieurs jours en précisant les apports afin d'éliminer une polyurie.

5.2 Examen physique

Doit être méthodique et complet, effectué après vidange vésicale et repose principalement sur le **toucher rectal**.

5.2.1 Toucher rectal (TR)

Réalisé chez un patient informé, généralement en position de la taille, cuisses fléchies.

- la prostate normale au TR a une consistance souple, régulière et bilobée. On perçoit un sillon médian séparant les lobes latéraux ;
- en cas d'HBP, la prostate est augmentée de volume, ferme, lisse, régulière, indolore, avec disparition du sillon médian ;
- le TR dépiste un éventuel cancer de la prostate associé au sein de la même glande.

5.2.2 Examen général

— **Examen de l'abdomen** :

- palpation des fosses lombaires à la recherche de gros reins ;
- palpation sus-pubienne à la recherche d'un globe vésical ;

- rechercher une hernie inguinale.
- **Examen des organes génitaux externes** : sténose, lésions infectieuses,... etc ;
- **Examen neurologique sommaire surtout périnéal** avec vérification de la tonicité sphinctérienne.

Il n'existe donc pas de signes cliniques spécifiques du diagnostic d'HBP. Celui-ci repose sur un faisceau d'arguments retrouvés par l'**interrogatoire** et le **toucher rectal**. Certains examens complémentaires peuvent cependant venir étayer le diagnostic, surtout si le toucher rectal est peu contributif.

5.3 Examens complémentaires

5.3.1 Examen cyto bactériologique des urines

La bandelette urinaire complétée d'un ECBU en cas de positivité permet d'éliminer une infection urinaire responsable de signes fonctionnels urinaires identiques à ceux de l'HBP.

5.3.2 PSA total sérique

Le dosage du taux de PSA total permet de dépister un cancer de la prostate. L'HBP entraîne aussi une élévation du taux de PSA sérique, de l'ordre de 0,1 ng/mL par gramme d'HBP.

5.3.3 Créatininémie

Le dosage de la créatininémie permet d'évaluer le haut appareil urinaire et de dépister une insuffisance rénale chronique.

5.3.4 Débitmétrie

Elle est souvent utilisée comme critère « objectif » de l'obstruction. Exprimée sous forme d'une courbe et permet de déterminer un débit maximal (Q_{max}) en ml/s. Le volume uriné doit être supérieur à 150 ml pour que l'examen soit interprétable. Un Q_{max} supérieur à 15 ml/s est considéré comme normal, en dessous de 10 ml/s, il existe une gêne significative à l'évacuation des urines (fig. 5). La débitmétrie n'est pas spécifique de l'obstruction ni de l'HBP car une insuffisance de contraction du muscle vésical diminue le débit même sans obstacle.

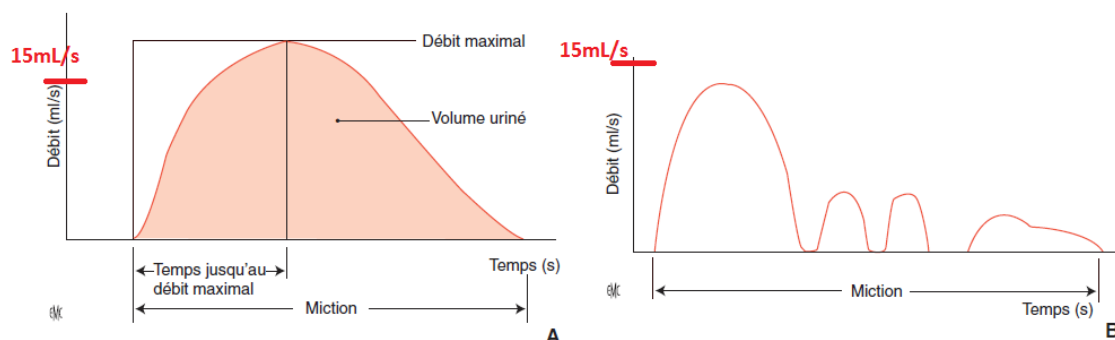


FIGURE 5. Courbe de débitmétrie normale (A) et pathologique (B).

5.3.5 Échographie de l'appareil urinaire par voie abdominale

Utile pour :

- évaluer le retentissement sur le haut appareil urinaire (urétérohydronéphrose bilatérale, un amincissement du parenchyme rénal et une dédifférenciation corticomédullaire) ;

- explorer grossièrement l'aspect et le volume prostatique, estimer le résidu post-mictionnel, la présence d'un lobe médian ;
- évaluer le retentissement sur le bas appareil urinaire (une hypertrophie détrusorienne, des diverticules vésicaux (fig. 6), une lithiase vésicale,...etc).

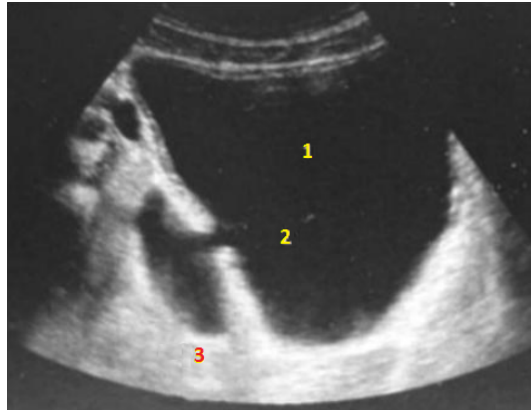


FIGURE 6. Échographie vésicale avec diverticule vésical.
1. Vessie. 2. Collet. 3. Diverticule.

5.3.6 Échographie endo-rectale

Un peu plus invasif que la voie abdominale mais utile pour connaître précisément le volume prostatique. Elle est surtout recommandée dans le cadre du bilan préopératoire en cas de doute sur la technique chirurgicale à employer.

5.3.7 Autres examens complémentaires

D'autres examens complémentaires peuvent être réalisés dans certaines indications particulières.

- Une **fibroscopie urétrale** sera nécessaire en cas de suspicion de sténose urétrale.
- Une **fibroscopie vésicale** si le patient présente des antécédents d'hématurie afin d'éliminer une tumeur vésicale.
- Un **bilan urodynamique** est indiqué en cas de doute diagnostique.

6. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Les SBAU sont des symptômes aspécifiques et peuvent être également présents au cours de nombreuses pathologies urologiques. Les diagnostics différentiels ou associés sont nombreux et doivent être évoqués en fonction de l'âge, des antécédents et comorbidités et du type de SBAU.

6.1 En cas de nycturie prédominante ou isolée

Il conviendra d'éliminer les autres causes potentielles de nycturie. L'HBP n'est en effet à l'origine de la nycturie que dans moins de 50 % des cas.

- la polyurie nocturne : prise de diurétique, inversion physiologique du rythme nyctéméral liée au vieillissement, syndrome d'apnées du sommeil, syndromes oedémateux,...etc ;
- la polyurie des 24 heures : diabète sucré, diabète insipide, potomanie,..etc ;
- les troubles du sommeil.

La réalisation d'un **calendrier mictionnel pendant 3 jours consécutifs** est donc recommandée pour distinguer ces 3 grands groupes de diagnostics différentiels.

6.2 En cas de prédominance de symptômes de la phase de remplissage

Il conviendra d'éliminer les autres étiologies du syndrome d'hyperactivité vésicale :

- tumeur de vessie (rechercher une hématurie, proposer une cytologie urinaire, une échographie vésicale, une fibroscopie vésicale) ;
- vessie neurologique centrale (ex. : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral [AVC]) ;
- prostatite (faire un examen cytbactériologique des urines [ECBU]) ;
- calcul ou corps étranger de vessie (proposer une échographie vésicale, une fibroscopie vésicale).

6.3 En cas de prédominance de symptômes de la phase mictionnelle ou postmictionnelle

il conviendra d'éliminer :

6.3.1 les autres causes d'obstruction sous-vésicale :

- sténose de l'urètre d'origine infectieuse, traumatique ou iatrogène (sondage, endoscopie), à évoquer en particulier chez les patients jeunes et en cas de petit volume prostatique. On proposera alors une fibroscopie urétrovésicale,
- maladie du col vésical, à évoquer en cas de petit volume prostatique, chez un patient jeune.

6.3.2 une hypotonie détrusorienne (ou hypoactivité vésicale) :

Celle-ci peut être liée au vieillissement vésical, à l'obstruction sous-vésicale chronique (stade ultime de la « vessie de lutte »), mais aussi à une vessie neurologique. Elle doit être évoquée chez les patients âgés (> 80 ans) ou en cas de résidu postmictionnel important (> 300 mL).

7. ÉVOLUTION NATURELLE

7.1 Complications aiguës

7.1.1 Rétention aiguë d'urine (RAU)

Il existe un globe vésical aigu douloureux, d'apparition brutale, caractérisé par une envie impérieuse d'uriner associée à une voussure sus-pubienne mate et convexe vers le haut. Le traitement est le drainage vésical des urines en urgence par la mise en place d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien.

7.1.2 Infections urinaires

L'HBP favorise la survenue d'infections urogénitales telles que la prostatite et l'orchépididymite.

7.1.3 Hématurie

Il s'agit habituellement d'une hématurie macroscopique initiale (liée à la rupture de petites varices prostatiques). L'HBP ne peut être considérée comme responsable d'une hématurie qu'après avoir éliminé les autres étiologies d'hématurie macroscopique (tumeur du rein ou de la vessie, calculs urinaires, infections, etc.).

7.1.4 Insuffisance rénale aiguë obstructive

L'insuffisance rénale aiguë secondaire à une rétention aiguë d'urine est assez rare car la douleur vésicale conduit généralement à une consultation en urgence. Après drainage vésical, un syndrome de levée d'obstacle peut survenir et la fonction rénale s'améliore rapidement.

7.2 Complications chroniques

7.2.1 Rétention vésicale chronique

Il existe un globe vésical qui est le plus souvent indolore, sans aucune sensation de besoin d'uriner, responsable d'une incontinence urinaire par regorgement (« trop plein d'urine »). À l'examen physique, la pression sur l'hypogastre entraîne l'émission d'urine par le méat urétral.

7.2.2 Lithiase vésicale de stase

La stase chronique des urines dans la vessie peut entraîner la constitution de calculs vésicaux responsables d'épisodes d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition.

7.2.3 Insuffisance rénale chronique obstructive

L'insuffisance rénale est la conséquence d'une dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles qui fait suite à la rétention vésicale chronique. Elle est indolore et d'installation progressive. L'urétéro-hydro-néphrose est responsable d'un amincissement du parenchyme rénal et d'une insuffisance rénale chronique obstructive. Après drainage vésical, la récupération de la fonction rénale n'est pas systématique et dépend de l'ancienneté de l'obstruction.

7.2.4 Hernie de l'aine

Une hernie de l'aine peut être la conséquence d'efforts de poussée chroniques liés à une dysurie par HBP.

8. TRAITEMENTS

8.1 Buts du traitement

Le diagnostic d'une HBP ne justifie pas en lui-même un traitement systématique.

- Traiter les SBAU liés à l'HBP ;
- Améliorer la qualité de vie ;
- Prévenir et traiter les complications.

8.2 Moyens

8.2.1 Abstention-surveillance

Le patient doit être informé et rassuré sur le risque d'évolution de l'HBP et son caractère bénin. Certaines règles hygiéno-diététiques peuvent être instaurées, et qui visent à réduire les facteurs de congestion pelvienne :

- recommander aux patients une activité physique régulière ;
- la diminution de la consommation de caféine et d'alcool, ainsi qu'une prévention de la constipation ;
- Equilibrer un diabète ;
- la réduction des apports hydriques après 18 heures ;
- il faut poursuivre le dépistage du cancer de la prostate même en cas de traitement de l'HBP.

La surveillance est annuelle, sauf en cas d'aggravation ou de complication, auquel cas le patient doit consulter afin de changer de stratégie thérapeutique.

8.2.2 Traitement pharmacologique

A. Alphabloquants

- Les α -bloquants ont un effet uniquement symptomatique, en diminuant les SBAU et en améliorant le débit urinaire par relaxation des fibres musculaires lisses de la prostate et du col de la vessie ;
- l'efficacité des α -bloquants sur les SBAU est rapide (quelques heures), significative et stable sur une période de plusieurs années. Chez les patients ayant présenté une rétention aiguë d'urine, ils permettent d'améliorer les chances de sevrage de la sonde ;
- on dispose actuellement de cinq molécules : l'alfuzosine, la doxazosine, la térazosine, la tamsulosine et la silodosine ;
- **effets secondaires** : hypotension orthostatique, tachycardie, céphalées, vertiges, dysfonction éjaculatoire, les α -bloquants doivent être interrompus avant une chirurgie oculaire en raison du risque de syndrome de l'iris flasque.

B. Inhibiteurs de la 5α -réductase

- Les inhibiteurs de 5α -réductase (I5AR) bloquent la synthèse de DHT, métabolite actif de la testostérone induisant le développement de l'HBP, et représentent donc la seule classe thérapeutique permettant de diminuer le volume prostatique.
- les I5AR doivent être prescrits préférentiellement chez les patients ayant un volume prostatique > 40 mL. Ils agissent en plusieurs mois. Ils diminuent le taux de PSA de 50 % ;
- on dispose actuellement de deux molécules : le finastéride, et le dutastéride ;
- elle peut avoir des effets indésirables sexuels fréquents (baisse de libido, trouble de l'érection et de l'éjaculation, gynécomastie).

C. Phytothérapie

- Les dérivés de plantes (phytothérapies), principalement *Serenoa repens* et *Pygeum africanum*, sont couramment prescrits dans le traitement symptomatique de l'HBP, bien que leur efficacité est modeste ;
- le mode d'action de ces molécules est encore mal connu.

D. Anticholinergiques

- Les traitements anticholinergiques étaient contre-indiqués en cas d'HBP il y a quelques années, du fait du risque théorique de rétention d'urine lié à la relaxation détrusorienne ;
- ils constituent une option thérapeutique dans l'HBP, en association avec un α -bloquant en cas de persistance de symptômes de la phase de remplissage sous α -bloquant et en l'absence de résidu postmictionnel important (> 150 mL).

E. Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

- En cas de dysfonction érectile associée à l'HBP, il est possible de prescrire des inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5 qui sont efficace à la fois sur les SBAU liés à l'HBP et sur la dysfonction érectile ;
- mode d'action mal connu ;

- uniquement le tadalafil à la dose de 5 mg en prise quotidienne continue a obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans la prise en charge de l'HBP.

F. Traitements combinés α -bloquant et inhibiteur de la 5 α -réductase : Cette bithérapie a une efficacité supérieure à chacune des deux classes pharmacologiques seule. Elle est recommandée en cas d'inefficacité de la monothérapie. Cependant, les effets indésirables de ses deux classes thérapeutiques se cumulent.

8.2.3 Traitements chirurgicaux

A. Résection trans-urétrale de la prostate (RTUP)

- La RTUP consiste à réaliser par voie endoscopique une exérèse progressive de l'adénome sous forme de copeaux grâce à une anse électrique de résection (fig. 7 A) ;
- l'irrigation vésicale au cours de la RTUP monopolaire est réalisée avec du glycocole parfois réabsorbé dans le sang et responsable d'une hyponatrémie importante dans le cadre d'un syndrome de réabsorption (TURP syndrome)
- **Complications :** TURP syndrome, hémorragie, éjaculation rétrograde,...etc.

B. Adénomectomie par voie haute

- Elle repose sur le principe de l'énucléation digitale (au doigt) de l'adénome en raison de l'existence d'un plan de clivage entre l'adénome et le reste de la prostate :
- Il existe différentes techniques mais la plus utilisée reste la voie suspubienne transvésicale (fig. 7 B) ;
- **Complications :** Hémorragie, fistule vésico-cutanée, éjaculation rétrograde,...etc

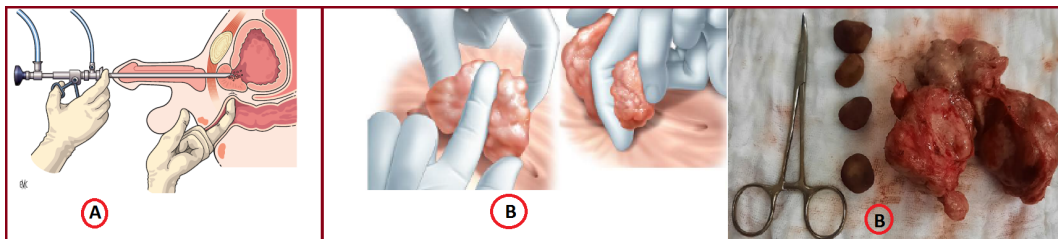


FIGURE 7. Traitements ablatifs

(A) Par résection transurétrale de prostate.

(B) Par adénomectomie par voie haute (chez un patient qui présentait une HBP compliquée de calculs vésicaux [Cliché du service d'urologie, EHS Constantine]).

C. Incision cervico-prostatique : L'ICP consiste à réaliser par voie endoscopique une incision débutant en arrière du col vésical (après repérage du méat urétéral) et s'étendant dans l'urètre jusqu'au veru montanum grâce à une anse électrique de résection en T (fig. 8).

L'ICP est la technique de choix pour les petites prostates < à 30 g sans lobe médian chez des sujets jeunes désirant conserver une éjaculation antégrade.

D. Traitements ablatifs modernes : Ces techniques ont été développées pour diminuer la morbidité immédiate du geste chirurgical, en particulier le risque hémorragique et considérées comme ayant une efficacité non inférieure aux deux techniques traditionnelles.

- **La RTUP bipolaire :** nécessite un matériel différent et elle peut être réalisée avec du sérum physiologique permettant ainsi d'éviter le syndrome de réabsorption (fig. 9 a) ;

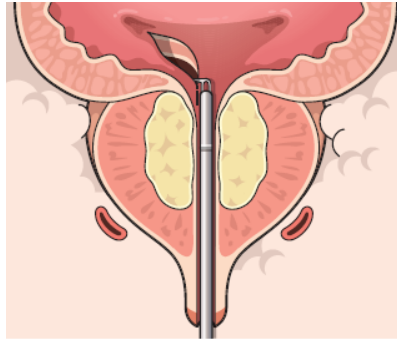


FIGURE 8. Incision cervicoprostatique.

- Vaporisation endoscopique de la prostate au laser (fig. 9 b) ;
- Énucléation endoscopique de la prostate au laser (fig. 9 c).

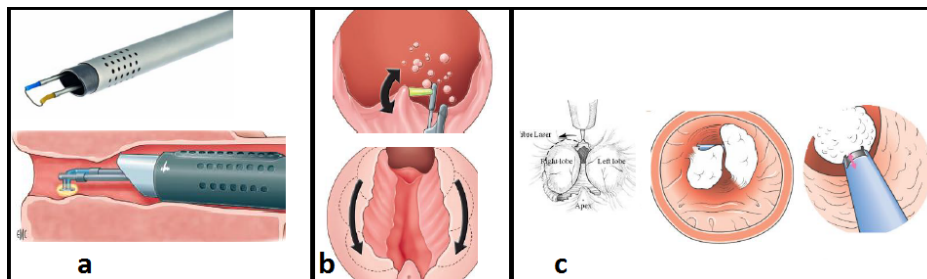


FIGURE 9. Traitements ablatifs modernes.

E. Techniques mini-invasives modernes : Actuellement en vogue, La thérapie par micro-ondes (TUMT) ou par radiofréquence (TUNA) ainsi que les prothèses urétrales.

F. Traitement palliatif : Le recours à ce type de traitement a diminué du fait de la diminution globale de la morbidité chirurgicale. Les patients présentant une contre-indication opératoire peuvent être traités soit par la pose d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien à demeure, soit par les autosondages intermittents.

8.3 Indications

— Les indications de l'abstention-surveillance sont :

- HBP non compliquée ;
- SBAU minimes/modérés **sans** altération de la qualité de vie.

— Les indications du traitement pharmacologique sont :

- HBP non compliquée et SBAU modérés/sévères **avec** altération de la qualité de vie.

— Les indications du traitement chirurgical sont :

- HBP compliquée :
 - IRC obstructive ;
 - calcul vésicale ;
 - RAU sans sevrage de sonde possible ;
 - une hématurie macroscopique récidivante ;
 - infections urinaires à répétition.
- SBAU modérés/sévères **résistant** au traitement médical (ou traitement mal toléré).

9. SURVEILLANCE

Le suivi d'un patient présentant une HBP est avant tout clinique. Il repose sur un interrogatoire centré sur les symptômes urinaires et sexuels, et sur la recherche d'effets indésirables des traitements.

10. CONCLUSION

L'HBP est une pathologie bénigne liée directement au vieillissement et n'a pas toujours des conséquences pathologiques. Le traitement dépend de la gêne ressentie par le patient et de l'existence d'éventuelles complications.

Une HBP ne cancérise jamais, néanmoins un cancer peut exister de façon concomitante.

BIBLIOGRAPHIE

Pour en savoir plus :

- EAU guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) 2021
- Référentiel des collèges Urologie 5e édition 2021.
- Guide de prise en charge en médecine générale des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme liés à une hyperplasie bénigne de la prostate. AFU, 2015.
- Hypertrophie bénigne de la prostate, 2017, EMC - Traité de Médecine Akos.

ANNEXE -1-

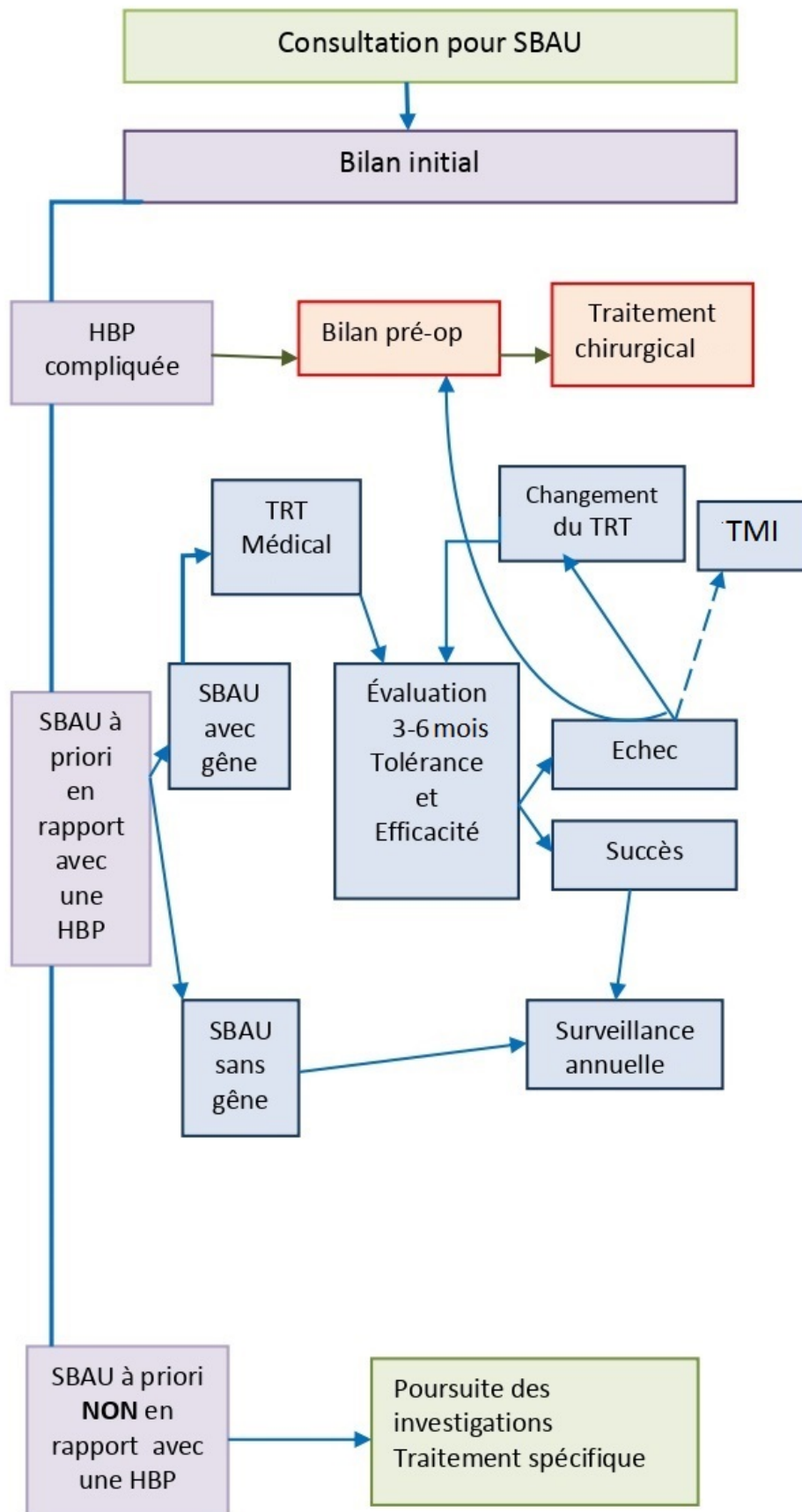


FIGURE 10. Conduite à tenir devant des SBAU liés à l'HBP.
TRT : traitement TMI : techniques mini-invasives

ANNEXE -2-

	Jamais	Environ 1 fois sur 5 (< 20%)	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2 (< 50%)	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours
Avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous dû uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retarder le moment d'uriner?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la force du jet d'urine?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois par nuit en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher et celui de votre lever définitif du matin)?	0 (jamais)	1 (1 fois)	2 (2 fois)	3 (3 fois)	4 (4 fois)	5 (5 fois)
IPSS (score total max 35): _____						

FIGURE 11. International prostate symptom score (IPSS)