



ADENOME DE LA PROSTATE

I- Définition :

- ♦ L'adénome de la prostate ou hypertrophie bénigne de la prostate est une affection fréquente qui touche les sujets âgés au-delà de l'âge de 50 ans.
- ♦ On considère qu'environ 40 % des hommes de plus de 50 ans et 80 % de plus de 70 ans sont touchés.
- ♦ L'adénome de prostate est une tumeur génitale qui se développe **exclusivement dans la zone de transition** dont le retentissement se fait sur l'appareil urinaire.

II- Anatomopathologie :

- L'hypertrophie bénigne de la prostate est caractérisée par une prolifération de trois composantes histologiques : musculaire, fibreuse et glandulaire appelée aussi **adénomyofibrome**.
- L'adénome de la prostate n'est pas une lésion précancéreuse et il ne se dégénère jamais. Cependant, l'adénome et l'adénocarcinome de la prostate peuvent coexister.
- Il faut savoir que l'absence totale de parallélisme anatomo-clinique est due à la composante histologique qui prédomine : Certains adénomes de petite taille peuvent être très symptomatiques avec un retentissement sur les voies urinaires important (composante fibreuse ou musculaire dominante) tandis que certains adénomes de gros volume peuvent n'être que peu symptomatiques et sans retentissement sur le haut appareil urinaire (composante glandulaire prédominante)

III- Clinique :

Le diagnostic est **souvent clinique**. Il repose sur l'interrogatoire et l'examen physique notamment le Toucher Rectal (TR).

L'intensité des signes fonctionnels urinaires liés à l'adénome de la prostate ne présentent **aucun parallélisme** avec la taille de l'adénome.

1- Interrogatoire :

- ✧ Il doit rechercher
 - L'âge.
 - Les antécédents personnels médico-chirurgicaux.
 - Ancienneté de ces troubles urinaires.
 - Traitement médical antérieur ou en cours.
 - Traitement chirurgical antérieur.
 - Le retentissement sur la qualité de vie des patients.
- ✧ Pour évaluer d'une façon objective l'intensité des symptômes urinaires et leur retentissement sur la qualité de vie des patients, il faut utiliser l'IPSS (*International Prostatic Score Symptom*).
- ✧ Il s'agit d'un auto-questionnaire que le patient doit remplir, il comporte 7 questions sur les symptômes cliniques et 1 question sur la qualité de vie, il est coté de 0 – 35 :
 - **0 – 7** = léger.
 - **8 – 19** = modéré.
 - **20 – 35** = sévère.

Nom : Prénom : Date :

IPSS : International Prostate Score Symptom							
	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
Au cours du dernier mois, 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	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ?	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 7 = léger • 8 – 19 = modéré • 20 – 35 = sévère 						Total = IPSS :	<input type="checkbox"/>

Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires								
	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait, ni ennuyé)	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé	
Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

✧ Les signes fonctionnels urinaires appelés maintenant symptômes de bas appareil urinaire (SBAU) se divisent en 2 groupes : les symptômes obstructifs et les symptômes irritatifs.

a- Symptômes obstructifs :

Ils sont dus à l'obstacle sous vésicale créer par l'adénome de la prostate au niveau de l'urètre prostatique, ils apparaissent à :

➤ **La phase mictionnelle :** dysurie.

- Jet faible.
- Jet haché : miction interrompue à une ou plusieurs reprises.
- Jet hésitant : retard à l'initiation de la miction.
- Miction par poussée : participation de la poussée abdominale à la miction.
- Allongement de temps mictionnel.
- Gouttes retardataire ou terminales.

► **La phase post-mictionnelle :**

- Vidange incomplète : impression que la vessie n'est pas totalement vidée.
- Mictions par regorgement : émission d'urine involontaire au moment d'un effort ou d'un mouvement, traduisant un « trop-plein » vésical.

b- Symptômes irritatifs :

Ces symptômes sont observés pendant la phase de remplissage vésical, c'est-à-dire entre les mictions (phase prémictionnelle):

- ♦ **Pollakiurie nocturne puis diurne :** Augmentation de la fréquence des mictions qui doit être chiffrée :
 - Pollakiurie nocturne : Nombre de mictions nocturnes.
 - Pollakiurie diurne : Intervalle entre les mictions.
- ♦ **Impériosité mictionnelle (Urgenturie) :** Désir soudain et impérieux d'uriner.

2- Examen physique :

Il concerne l'appareil urinaire : Examen de l'hypogastre, des fosses lombaires en terminant par l'examen des organes génitaux externes et le **Toucher Rectal**.

* **Toucher rectal :**

- C'est l'**examen clé** de l'adénome de la prostate.
- Le patient est placé en décubitus dorsal et les membres inférieurs sont légèrement fléchis (position de taille), l'examineur se place à côté du patient et réalise une palpation bimanuelle : l'index introduit en intra-rectal et l'autre main pratique une pression abdominale sus-pubienne afin d'abaisser la prostate.
- Le TR retrouve une prostate :
 - ✓ Augmentée de volume, saillante dans la lumière rectale
 - ✓ Régulière et lisse
 - ✓ De consistance ferme élastique mais pas dur
 - ✓ Indolore avec disparition de sillon médian.
- Il faut noter que le TR peut être strictement normal lorsque l'adénome de la prostate se développe essentiellement en intravésical (aux dépens du lobe médian prostatique), dans ce cas de figure, la dysurie est très importante.
- **Sémiologie du Toucher Rectal :**

Normale	HBP	Prostatite	Cancer
Taille d'une châtaigne	TR parfois normal (lobe médian)	Signes associés (Fièvre, brûlures)	TR parfois normal
Volume entre 20-30 gr	Volume augmenté	Volume augmenté	Nodule
Ferme	Ferme, élastique	Succulente	Dur
Deux lobes séparés par un sillon médian	Lisse Régulière Disparition du sillon	Tendu	Irrégularité Asymétrie des lobes
Indolore	Indolore	Douleur	Indolore

IV- Examens complémentaires :

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'HBP.

Recommandations pour la pratique clinique, ANAES, 2003.

Les examens complémentaires **ne sont pas obligatoires** pour le diagnostic positif de l'HBP. Ils permettent de rechercher des complications, d'éliminer certains diagnostics différentiels (tumeur de vessie, cancer de la prostate), ou d'aider à la décision thérapeutique.



1- Biologie :

- Vérification de la stérilité des urines (ECBU).
- Bilan rénal dosage de la créatinine plasmatique.
- **Dosage du PSA :** Le dosage du PSA n'a pas d'intérêt pour le diagnostic de l'adénome de la prostate, il est utile pour dépister un cancer de la prostate associé.

2- Échographie de l'appareil urinaire :

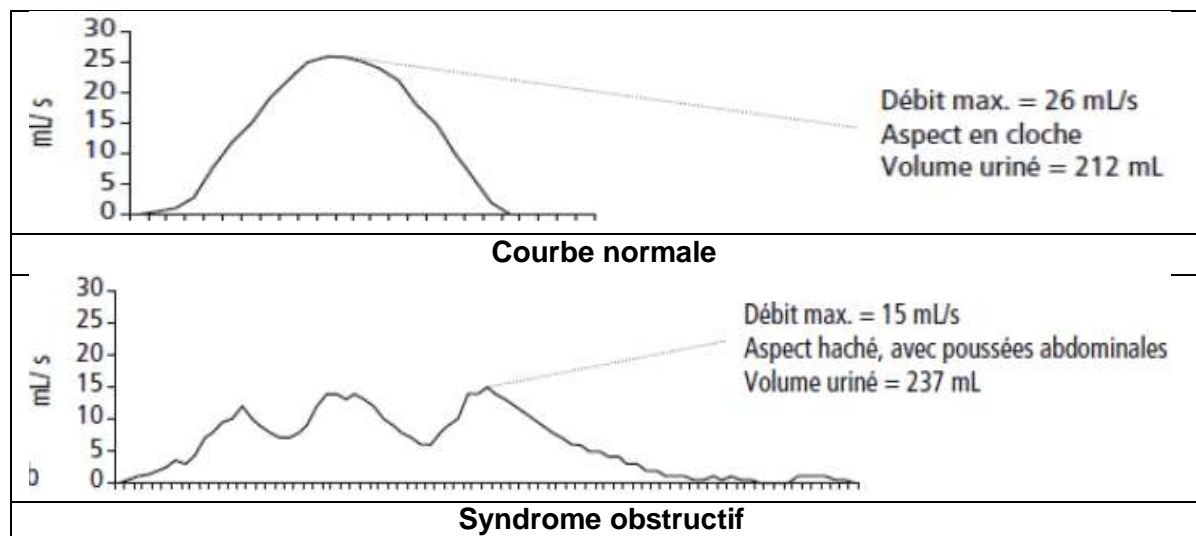
C'est le **1^{er} examen d'imagerie** à réaliser pour préciser le retentissement sur le haut appareil urinaire, la voie endorectale est recommandée pour une mesure fiable, elle permet:

- De calculer le volume de l'HBP et de rechercher un lobe médian
- D'évaluer le retentissement de l'HBP :
 - ✓ Résidu post-mictionnel.
 - ✓ Diverticules vésicaux.
 - ✓ Calculs vésicaux.
 - ✓ Dilatation des cavités Urétéro-pyélo-calicielles.

3- Débitmétrie :

C'est la mesure du débit mictionnel, c'est un examen urodynamique simple Elle permet d'évaluer l'obstruction en calculant le débit maximal :

- La normale se situe entre 20 et 30 ml/s
- L'obstruction est significative en dessous de 15 ml/s.



4- Cystoscopie :

La cystoscopie a **une seule indication** en matière d'adénome de la prostate, elle est indiquée lorsqu'il ya une **hématurie**. Un volumineux adénome de la prostate peut parfois être responsable d'hématurie, mais ce diagnostic ne doit être retenu qu'après avoir éliminé une lésion vésicale associée (tumeur de vessie..).

5- Urétrocystographie rétrograde (UCR) :

L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle ne garde qu'une **seule indication**, lorsqu'un adénome de la prostate est compliqué d'un **diverticule vésical**. Cet examen doit être pratiqué à urines stériles.



V- Complications :

Un adénome de la prostate non traitée évolue vers l'aggravation de la symptomatologie fonctionnelle mictionnelle puis vers l'apparition des complications :

- ▶ **Rétention aiguë d'urine** : C'est l'impossibilité totale et brutale d'uriner malgré un besoin impérieux. Elle survient de façon imprévisible, elle se manifeste par un globe vésical qui nécessite un drainage vésical en urgence.
- ▶ **Prostatite aiguë** : C'est une infection du parenchyme prostatique qui se manifeste par une fièvre avec bactériémie et ECBU positif. Si la prostatite aiguë est associée à une rétention aiguë d'urine, le drainage vésical doit se faire par cathétérisme sus-pubien.
- ▶ **Lithiases vésicales** : Ce sont des lithiases de stase, elles peuvent être responsable d'une hématurie voir une rétention aigue d'urine.
- ▶ **Hématurie** : Un gros adénome de la prostate peut occasionner une hématurie mais il reste un diagnostic d'élimination, il faut éliminer d'autre cause (tumeur de vessie, cancer du rein, cancer de la voie excrétrice, lithiase..).
- ▶ **Rétention chronique d'urine** : Elle correspond à une vidange vésicale incomplète (résidu post-mictionnel > 100 ml). Elle se manifeste par un globe vésical chronique indolore et sans besoin d'uriner, la miction se fait par regorgement (trop plein qui se vide). Elle peut être responsable d'une dilatation bilatérale du haut appareil urinaire puis une insuffisance rénale obstructive.

VI- Traitement :

BUT :

- Soulager le patient.
- Améliorer sa qualité de vie.
- Eviter les complications.

RECOMMANDATIONS DE L'EAU, 2004 :

- Le traitement de l'HBP dépend des symptômes et de la gêne occasionnée.
- En cas de complications, le traitement doit privilégier la chirurgie.
- En cas d'HBP symptomatique mais avec une gêne modérée, un traitement médical est proposé au patient : alpha-bloquant ou inhibiteur de la 5a-réductase. En France, les extraits de plante sont aussi utilisés.
- Il est proposé de débiter par une monothérapie et, en cas d'échec de cette dernière, des traitements combinés sont possibles ; un seul a fait la preuve de son efficacité : alpha bloquant et inhibiteur de la 5a-réductase.

MÉTHODES :

1) Abstention thérapeutique :

Elle est indiquée chez les patients qui présentent des symptômes faibles ou modérés (IPSS < 7) et ceux qui ne présentent pas d'altération de leur qualité de vie.

2) Traitement médical :

Il existe 4 classes médicamenteuses susceptibles d'améliorer la symptomatologie mictionnelle de l'adénome de la prostate.

Δ **Alpha-bloquants** : (afluzosine, tamsulosine, térazosine)

- C'est souvent la classe thérapeutique qu'on utilise en monothérapie.
- Elle permet de diminuer la pollakiurie notamment nocturne et la dysurie par la bonne ouverture du col vésicale et la participation à la contraction vésicale.
- Elle permet une amélioration significative de la débitmétrie et de l'IPSS.



- Δ **Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase :** (finastéride)
 - Ils sont indiqués en association avec les alpha-bloquants en bithérapie
 - Les meilleurs résultats sont obtenus sur une prostate de poids > 30 grammes.
 - Ils diminuent le volume prostatique, améliore la dysurie et le score IPSS mais ils ont des effets secondaires chez environ 5% des patients à type d'impuissance et le PSA doit être multiplié par 2 chez les patients sous un inhibiteurs de la 5-alpha-réductase.
- Δ **Phytothérapie :** La phytothérapie, ou utilisation de substances dérivées des plantes (Pygeum africanum et extrait de Serenoa repens), elle a une bonne efficacité sur les symptômes irritatifs notamment sur la pollakiurie nocturne
- Δ **Anticholinergiques :**
 - Ils étaient considérés avant comme source de rétention urinaire, les anticholinergiques (oxybutynine, trospium, solifénacine) peuvent être efficaces sur les symptômes irritatifs sans signe obstructif associé.
 - Les effets secondaires sont la sécheresse buccale, la constipation, les troubles mnésiques et les somnolences.

3) **Traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical est le **seul traitement curatif** de l'adénome de la prostate, il est indiqué en cas d'échec du traitement médical et des complications.

Il consiste en l'exérèse de l'adénome en laissant en place la coque prostatique en continuité avec la vessie et l'urètre

Après l'intervention, il est obligatoire de réaliser une analyse anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

L'éjaculation rétrograde est inévitable et l'intervention chirurgicale ne protège pas du risque de cancer de la prostate sur la coque restante.

➔ **Adénomectomie par voie transvésicale :**

- C'est une intervention réalisée selon la technique Denis à travers une laparotomie médiane sous ombilicale. Elle permet, par voie transvésicale, l'énucléation de l'adénome prostatique.
- Cette intervention est indiquée lorsque l'adénome est de gros volume (> 60 gr)
- Elle nécessite une hospitalisation de 7 à 10 jours avec la mise en place d'un drainage vésical et d'une irrigation vésicale dans les quelques jours qui suivent la chirurgie.

➔ **Résection endoscopique :**

- La résection endoscopique permet l'ablation par voie endo-urétrale, à l'aide d'une anse diathermique, de l'adénome de la prostate pesant jusqu'à 60 grammes
- Elle nécessite une hospitalisation plus courte de 4 à 5 jours.
- Les copeaux de résection seront adressés pour étude anatomopathologique.
- La résection endoscopique présente actuellement une alternative sous forme d'une résection au laser (vaporisation ou énucléation laser).

➔ **Incision cervicoprostatique :**

Dans le cas d'un adénome de la prostate de petite taille chez un patient jeune désirant garder son éjaculation, on peut lui proposer une incision cervicoprostatique : c'est une incision endoscopique simple du col vésical, menée de l'orifice urétéral jusqu'au veru montanum.



➔ **Techniques alternatives :**

Les techniques alternatives sont essentiellement proposées chez les patients ne relevant plus d'un traitement médical et chez lesquels la chirurgie paraît dangereuse.

- **Thermothérapie par voie endo-urétrale :** Elle permet, grâce à la mise en place d'une sonde endo-urétrale, une nécrose par coagulation de l'adénome de la prostate.
- **Endoprothèses :** Elle consiste à une mise en place d'endoprothèses métalliques le plus souvent (prothèse de Fabian), sous contrôle endoscopique et permettent de rétablir une bonne ouverture du col vésical et de l'urètre postérieur.
- **Sonde vésicale à demeure :** Elle est réservée aux patients qui ne peuvent pas supporter une intervention chirurgicale (elle doit être changée une fois par mois).

VII- Surveillance :

La surveillance de l'adénome de prostate est annuelle, elle est surtout clinique et elle vise à évaluer l'évolution des symptômes et leur retentissement sur la qualité de vie du patient :

- › Interrogatoire, IPSS ;
- › Toucher rectal ;
- › Débitmétrie (facultative).

Points forts

- * L'adénome de la prostate est une hypertrophie bénigne qui touche les sujets âgés de plus de 50 ans.
- * Il se développe exclusivement dans la zone de transition.
- * Il ne se dégénère jamais mais il peut coexister avec un cancer de la prostate.
- * Le diagnostic est clinique, le PSA n'est utile que pour dépister un cancer de la prostate.
- * Il n'existe pas de parallélisme anatomo-clinique.
- * Les signes fonctionnels urinaires sont obstructifs et irritatifs.
- * Le toucher rectal est l'élément indispensable de l'examen physique.
- * Les examens complémentaires sont demandés pour évaluer le retentissement sur le haut appareil urinaire.
- * Le traitement médical est purement symptomatique.
- * Le seul traitement curatif est la chirurgie.
- * L'éjaculation rétrograde est inévitable après chirurgie.