

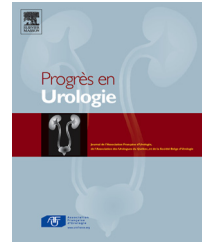


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Prise en charge des symptômes du bas appareil urinaires liés à l'hypertrophie bénigne de prostate



Management of benign prostate hyperplasia

S. Lebdai^{a,*}, A. Descazeaud^b,
Et les membres du CTMH de l'AFU

^a Service d'urologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^b Service d'urologie, CHU de Limoges, 87042 Limoges, France

Disponible sur Internet le 8 septembre 2014

Résumé L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une pathologie bénigne fréquente chez l'homme de plus de 50 ans et qui est responsable de symptômes bas appareil urinaire (SBAU). Ces SBAU peuvent avoir une répercussion importante sur la qualité de vie voire être responsables de complications nécessitant le recours à des traitements médicamenteux voire chirurgicaux. L'objet de ce travail était de rappeler la clinique, le bilan et la prise en charge des SBAU dus à l'HBP.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Benign prostatic hyperplasia is a frequent pathology in men after 50 years old. It is responsible for lower urinary tract symptoms (LUTS). These LUTS might have an important impact on quality of life and might induce complications that might require medical or surgical treatments. The aim of this study was to explain the management of LUTS due to BPH.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : souhil.lebdai@gmail.com (S. Lebdai).

Introduction

La définition de l'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) est avant tout histologique : il s'agit d'une hyperplasie épithéliale et stromale de la zone péri-urétrale et de la zone de transition de la prostate. Elle conduit à une augmentation diffuse et progressive du volume prostatique. L'HBP est dite clinique lorsqu'elle provoque des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) qui peuvent être liés à la phase de remplissage, à la phase mictionnelle ou à la phase post-mictionnelle. Il n'y a pas de parallélisme direct entre le volume et l'intensité des signes cliniques. C'est une pathologie bénigne, sans lien avec le cancer de prostate.

La prévalence de l'HBP est élevée. Au niveau histologique, elle concerne 50 % des 50–60 ans et de 88 % à 80 ans. Au niveau clinique, sa prévalence va de 25 à 75 % selon l'âge et les critères retenus (symptômes, volume prostatique, débit urinaire). Il s'agit davantage d'une évolution naturelle de la prostate que d'un état pathologique [1].

Les étiologies de l'HBP sont mal connues. Plusieurs sont évoquées : génétique, âge, syndrome métabolique, hormones (androgènes), inflammation, environnement.

Diagnostic

Rappel sur les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) [2,3]

Les rappels sur les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) sont :

- SBAU de la phase de remplissage, aussi appelés signes irritatifs = pollakiurie, nycturie, urgenturie, incontinence par urgenturie ;
- SBAU de la phase mictionnelle, aussi appelés signes obstructifs = nécessité de pousser, jet faible, interruptions du jet, attente pré-mictionnelle ;
- SBAU de la phase post-mictionnelle, gouttes retardataires et sensation de vidange incomplète.

Tableau typique

Classiquement, il s'agit d'un homme de plus de 50 ans, présentant des SBAU des phases de remplissage, mictionnelles et post-mictionnelles (les SBAU de la phase mictionnelle sont les plus spécifiques de l'HBP).

Au toucher rectal : la prostate est souvent augmentée de volume, ferme, lisse, régulière, indolore, avec disparition du sillon médian.

La bandelette urinaire (BU) ou l'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) sont sans anomalie.

Ni l'interrogatoire ni l'examen clinique n'identifient d'autres causes évidentes de SBAU.

Interrogatoire

Il faut interroger le patient sur :

- ses antécédents et rechercher des causes de SBAU ;
- ses traitements en cours ;
- caractériser ses SBAU ;
- évaluer le retentissement sur la vie quotidienne ;

- rechercher des troubles associés (douleurs, hématurie, dysfonction érectile) ;
- l'utilisation de scores symptomatiques tels l'IPSS est recommandée (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).

Examen physique

Les examens physiques sont les suivants :

- palpation sus-pubienne à la recherche d'un globe vésical ;
- examen des organes génitaux externes à la recherche d'une sténose du méat, ou d'un phimosis ;
- toucher rectal : la prostate est souvent augmentée de volume, ferme, lisse, régulière, indolore, avec disparition du sillon médian ;
- BU ± ECBU ;
- examen neurologique périnéal avec vérification de la tonicité sphinctérienne.

Examens complémentaires [4]

Débitmétrie

Quatre paramètres sont à analyser sur la débitmétrie : le volume uriné, le débit maximum, la forme de la courbe, et la durée mictionnelle.

Une débitmétrie n'est interprétable que si le volume uriné est > 125 mL.

Une dysurie est objectivée devant :

- une courbe mictionnelle aplatie évocatrice d'HBP (débit maximal < 15 mL/s) qui parfois est polyphasique du fait de poussées abdominales ;
- une durée mictionnelle allongée (> 30 s).

Créatininémie

Recherche d'une insuffisance rénale (obstructive ou non). À faire en cas de suspicion d'obstruction sévère. Cet examen est optionnel lors du bilan initial mais est recommandé en cas de prise en charge chirurgicale.

PSA

Utile pour éliminer un cancer de prostate pour les patients chez qui le diagnostic d'un cancer modifierait la prise en charge de l'HBP. Il est optionnel dans le bilan initial mais recommandé avant prise en charge chirurgicale.

Échographie de l'appareil urinaire par voie abdominale

Utile pour rechercher une urétéro-hydronephrose, une anomalie vésicale (calcul, diverticule, tumeur vésicale) et pour évaluer le volume prostatique. Très utile pour rechercher un résidu post-mictionnel. Cet examen est optionnel lors du bilan initial mais est recommandé en cas de prise en charge chirurgicale.

Échographie endo-rectale

Un peu plus invasif que la voie abdominale mais utile pour connaître précisément le volume prostatique. Cet examen est optionnel lors du bilan initial.

Calendrier mictionnel

Optionnel, à faire en cas de nycturie ou d'urgentes prédominantes sur la dysurie.

Urétéro-cystoscopie

Examen optionnel à faire si la cause des SABU ne semble pas être l'HBP. À faire en cas de suspicion de sténose urétrale, de maladie du col ou de tumeur de vessie (par exemple à la suite d'hématuries macroscopiques ou d'une symptomatologie prédominant sur la phase de remplissage).

Bilan urodynamique et mesures pression-débit

À ne faire qu'en cas de suspicion de vessie neurologique ou d'hypoactivité vésicale.

Pronostic, complications

Le pronostic est variable selon les cas. Plus le volume prostatique et le résidu post-mictionnel sont élevés, plus le risque évolutif est important.

L'évolution peut être marquée par la survenue de nombreuses complications :

- hématurie macroscopique (elle ne doit être attribuée à l'HBP qu'après avoir éliminé une tumeur urothéliale) ;
- prostatite ;
- rétention aiguë d'urine (RAU) ;
- rétention chronique d'urines ;
- vessie de lutte (trabéculée et épaissie) et diverticules de vessie ;
- calculs de vessie ;
- hernie inguinale par hyperpression abdominale ;
- incontinence urinaire par regorgement ;
- urétéro-hydronephrose et insuffisance rénale obstructive ;
- troubles sexuels (retentissement de la gêne urinaire sur la vie sexuelle).

Diagnostics différentiels [1,4]

Les mécanismes principaux impliqués dans la survenue des SABU chez l'homme sont l'obstruction sous-vésicale (OSV), l'hypoactivité vésicale, l'hyperactivité vésicale, et la polyurie nocturne. Pour chacun de ces mécanismes existent des diagnostics différentiels.

L'OSV

En présence d'une OSV et d'une augmentation du volume de la prostate, il est cohérent de relier les SABU à une HBP. En dehors de cette situation, d'autres causes doivent être évoquées :

- obstacles anatomiques (sténose urétrale, sténose du méat) ;
- obstacles dynamiques (dyssynergie vésico-sphinctérienne avec hypertonie sphinctérienne lors de la miction).

L'hypoactivité vésicale

Défaut de contractilité vésicale par hypoactivité (vessie neurologique, patient âgé, ou encore vessie claquée).

L'hyperactivité vésicale

Quand celle-ci n'est pas due à l'OSV, il faut évoquer :

- une hyperactivité vésicale idiopathique ou due au vieillissement ;
- des causes vésicales (infection, tumeur) ;
- des causes neurologiques (SEP, Parkinson, AVC, canal lombaire étroit...).

La nycturie

La nycturie observée dans l'HBP est le fait d'une diminution de la capacité vésicale nocturne. Les diagnostics différentiels sont :

- une polyurie nocturne (excès de production d'urine nocturne) qui peut être due à une hypertension artérielle, une insuffisance cardiaque, un syndrome d'apnées du sommeil... ;
- une polyurie sur 24 heures (diurèse > 3 litres/24 h) par diabète ou potomanie.

Traitements [4–7]

Les options thérapeutiques sont :

- la surveillance avec mesures hygiéno-diététiques ;
- les traitements médicamenteux ;
- les traitements chirurgicaux.

Surveillance et mesures hygiéno-diététiques

Une surveillance est recommandée pour les patients présentant des SABU en rapport avec une HBP non compliquée et responsables d'une gêne peu importante.

Il faut instaurer une surveillance annuelle, sauf en cas d'aggravation ou de complication, auquel cas le patient doit consulter afin de changer de stratégie thérapeutique.

Proposer au patient d'éviter les aliments irritants contenant de la caféine, et de diminuer ses apports hydriques le soir. En revanche, bien qu'elles soient efficaces de manière transitoire, les règles hygiéno-diététiques ne sont pas suffisantes pour modifier l'histoire naturelle de la maladie [8,9].

Une explication claire sur l'origine des troubles et leur caractère bénin permet à elle seule une amélioration des SABU [8,9].

Bien que l'HBP et le cancer de prostate n'aient aucun lien, il faut poursuivre le dépistage du cancer entre 50 et 75 ans même en cas de diagnostic ou de traitement de l'HBP.

Médicaments

Phytothérapie

Ce sont des traitements à base d'extraits de plantes qui présentent une excellente tolérance du fait de l'absence

d'effets secondaires. Leur efficacité sur les SBAU est modeste mais significative, bien que la littérature soit contradictoire à leur sujet [10]. Leur association aux autres traitements n'est pas préconisée.

Les molécules les plus utilisées car remboursées par l'assurance maladie sont le Pygeum africanum et le Serenoa repens.

Alpha-bloquants (AB)

Ce sont des antagonistes des récepteurs alpha adrénergiques. Ils agissent par relaxation des fibres musculaires lisses du col vésical et de la prostate. C'est le traitement médicamenteux de première intention. Les alpha-bloquants peuvent être proposés à des patients présentant des SBAU gênants responsables d'un retentissement sur la qualité de vie. Leur action est rapide et stable sur plusieurs années, avec une amélioration significative des SBAU [11]. Chez les patients ayant présenté une rétention aiguë d'urine, ils permettent d'améliorer les chances de sevrage de la sonde [12], mais ne permettent pas de diminuer le risque de récurrence d'une rétention urinaire sur le long terme [13].

Leurs effets indésirables sont l'hypotension artérielle orthostatique et les troubles de l'éjaculations. Ils sont contre-indiqués avant chirurgie de la cataracte ou en cas d'antécédent d'hypotension orthostatique.

Les molécules les plus utilisées sont : Alfuzosine, Tamsulosine, Doxazosine, Silodosine.

Inhibiteurs de la 5-alpha réductase (5ARI)

Ils bloquent la conversion de la testostérone en DHT, qui est le métabolite actif sur la croissance prostatique. Leur efficacité a été démontrée sur les symptômes, le débit, la diminution du risque de rétention aiguë d'urines, la diminution de la nécessité de recours à la chirurgie, et la diminution de 20 % de volume prostatique [14]. Leur action est lente : entre 3 et 6 mois. Ils sont efficaces surtout si le volume prostatique est supérieur à 40 mL. Il entraîne par ailleurs une diminution du PSA de moitié, ce dont il faut tenir compte pour le dépistage du cancer de prostate [15].

Effets indésirables : troubles sexuels (diminution de la libido, troubles de l'érection, gynécomastie).

Les molécules sont : Finastéride et Dutastéride.

Un avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de santé a placé cette classe thérapeutique en traitement de seconde ligne après échec des AB ou des plantes.

Association 5ARI et AB

L'association thérapeutique entre un alpha-bloquant et un inhibiteur de la 5-alpha-réductase est plus efficace à long terme sur la symptomatologie urinaire que chacune des monothérapies, mais les effets secondaires se cumulent [14].

Anticholinergiques

Leur efficacité se limite aux urgenturies, et n'agissent pas sur les symptômes de la phase mictionnelle. Les effets indésirables sont : la sécheresse buccale, la constipation, la confusion, et surtout la majoration de la dysurie.

Ces traitements sont contre-indiqués en cas de : myasthénie, tachyarythmie, rétention aiguë et chronique d'urine, et glaucome par fermeture de l'angle.

Ils sont à utiliser en seconde intention, et en association avec un alpha-bloquant. Ils sont efficaces sur les SBAU de

la phase de remplissage, mais n'ont pas à l'heure actuelle d'indication dans l'HBP en monothérapie.

Inhibiteurs de 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 [16].

Traitements chirurgicaux

La chirurgie peut être proposée en seconde intention en cas de SBAU liés à une HBP gênants et pour lesquels le traitement médical bien conduit est soit insuffisamment efficace, soit mal toléré. La chirurgie est recommandée d'emblée en cas d'HBP compliquée responsable :

- d'une insuffisance rénale obstructive ;
- d'une rétention aiguë récidivante malgré un traitement alpha-bloquant ;
- d'une rétention aiguë d'urine avec échec de sevrage de drainage vésicale ;
- d'une hématurie macroscopique récidivante ;
- d'infections urinaires récidivantes ;
- de lithiase vésicale ;
- ou d'une incontinence urinaire par regorgement.

Un premier épisode de rétention aiguë d'urine avec sevrage de sonde, d'hématurie ou d'infection urinaire ne constitue pas une indication chirurgicale formelle.

L'incision cervico-prostatique

Il s'agit de l'incision transurétrale du col vésical et de la prostate. Le geste est rapide. Il permet de conserver des éjaculations antérogades. Elle est réservée aux petites prostates (< 30 mL) sans lobe médian et aux patients jeunes. Le taux de réintervention ultérieure reste néanmoins plus élevé après ICP (17 % versus 9 % après résection) [17].

La résection endoscopique (ou transurétrale) de prostate (RTUP)

C'est la technique la plus utilisée. Elle consiste à retirer l'adénome de façon endoscopique en réalisant des copeaux et en laissant la coque prostatique. Les copeaux sont ensuite analysés en anatomopathologie. Elle entraîne une amélioration moyenne de 71 % des SBAU et de 120 % du débit urinaire maximum [17]. Cette technique est validée pour les volumes prostatiques < 80 mL.

Suite à cette intervention, des éjaculations rétrogrades sont observées dans 80 % à 100 % des cas. Le risque d'incontinence est de 2 %. Une sténose urétrale est observée dans 2 à 3 % des cas. Le principal risque en péri-opératoire est le risque hémorragique et la résorption de liquide d'irrigation (glycocolle) qui peut provoquer une hyponatémie grave.

L'adénomectomie prostatique par voie sus-pubienne

Réserve aux gros adénomes de plus de 60 voire 100 g selon les chirurgiens.

Elle nécessite une courte incision médiane sus-pubienne, avec ouverture de la vessie ou de la capsule prostatique et une énucléation de l'adénome directement au doigt. Les effets secondaires sont identiques à ceux de la RTUP. Les résultats fonctionnels sont durables, avec un risque de réintervention quasi nul à 5 ans [18].

Photovaporisation laser (PVP)

Il s'agit d'un geste endoscopique comparable à la RTUP mais utilisant un laser de vaporisation d'une puissance allant de 80 à 180 W. Le tissu prostatique est ainsi vaporisé par le laser. La PVP a des taux de transfusion et une durée d'hospitalisation diminués par rapport à la RTUP et à l'AVH [19].

Énucléation par laser Holmium (HoLEP)

La technique consiste à réaliser une énucléation de l'adénome prostatique par voie endoscopique à l'aide d'un laser. L'adénome ainsi énucléé est ensuite morcelé à l'aide d'un morcellateur en intra-vésical. Les résultats fonctionnels de l'HoLEP sont équivalents à ceux de la RTUP à 4 ans et à ceux de l'AVH à 5 ans [20]. L'HoLEP a des taux de transfusion et une durée d'hospitalisation diminués par rapport à la RTUP et de l'AVH [21].

Conclusion

La prise en charge des SBAU dus à l'HBP nécessite une évaluation précise pour éliminer un diagnostic différentiel, évaluer le retentissement sur la qualité de vie, et rechercher d'éventuelles complications qui représentent autant d'informations essentielles pour choisir une thérapeutique médicamenteuse ou chirurgicale adaptée au patient.

Déclaration d'intérêts

Aurélien Descazeaud : consultant pour Bouchara Recordati, Pierre Fabre Medicament, Lilly, investigateur pour Allergan, EDAP TMS, Takeda.

Références

- [1] Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012;22:1–6.
- [2] Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37–49.
- [3] Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat JJ, et al. [Terminology of lower urinary tract dysfunction: French adaptation of the terminology of the International Continence Society]. *Prog Urol* 2004;14:1103–11.
- [4] Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012;22:977–88.
- [5] Barry Delongchamps N, Robert G, Descazeaud A, Cornu JN, Azzouzi AR, Haillot O, et al. Traitement chirurgical de l'hyperplasie bénigne de la prostate par thérapie et autres techniques émergentes : revue de littérature du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012;22:87–92.
- [6] Barry Delongchamps N, Robert G, Descazeaud A, Cornu JN, Rahmene Azzouzi A, Haillot O, et al. [Surgical management of BPH by laser therapies: a review of the literature by the LUTS committee of the French urological association]. *Prog Urol* 2012;22:80–6.
- [7] Delongchamps NB, Robert G, Descazeaud A, Cornu JN, Azzouzi AR, Haillot O, et al. [Surgical management of benign prostatic hyperplasia by endoscopic techniques using electricity and open prostatectomy: a review of the literature by the LUTS committee of the French Urological Association]. *Prog Urol* 2012;22:73–9.
- [8] Brown CT, van der Meulen J, Mundy AR, O'Flynn E, Emberton M. Defining the components of a self-management programme for men with uncomplicated lower urinary tract symptoms: a consensus approach. *Eur Urol* 2004;46:254–62 [discussion 63].
- [9] Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, et al. Self-management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:25.
- [10] MacDonald R, Tacklind JW, Rutks I, Wilt TJ. Serenoa repens monotherapy for benign prostatic hyperplasia (BPH): an updated Cochrane systematic review. *BJU Int* 2012;109:1756–61.
- [11] Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E, Fernandez Fernandez E. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled clinical trial performed in Europe. *Eur Urol* 2011;59:342–52.
- [12] Narayan P, Tewari A. Overview of alpha-blocker therapy for benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1998;51:38–45.
- [13] McNeill SA, Hargreave TB, Roehrborn CG. Alfuzosin 10 mg once daily in the management of acute urinary retention: results of a double-blind placebo-controlled study. *Urology* 2005;65:83–9 [discussion 9–90].
- [14] McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole Jr GL, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003;349:2387–98.
- [15] Boyle P, Gould AL, Roehrborn CG. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomized clinical trials. *Urology* 1996;48:398–405.
- [16] Martinez-Salamanca JI, Carballido J, Eardley I, Giuliano F, Gratzke C, Rosen R, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms: critical analysis of current evidence. *Eur Urol* 2011;60:527–35.
- [17] Lourenco T, Armstrong N, N'Dow J, Nabi G, Deverill M, Pickard R, et al. Systematic review and economic modelling of effectiveness and cost utility of surgical treatments for men with benign prostatic enlargement. *Health Technol Assess* 2008;12:iii [ix-x, 1-146, 69-515].
- [18] Madersbacher S, Lackner J, Brossner C, Rohlich M, Stančík I, Willinger M, et al. Reoperation, myocardial infarction and mortality after transurethral and open prostatectomy: a nation-wide, long-term analysis of 23,123 cases. *Eur Urol* 2005;47:499–504.
- [19] Descazeaud A, Robert G, Azzouzi AR, Ballereau C, Lukacs B, Haillot O, et al. Laser treatment of benign prostatic hyperplasia in patients on oral anticoagulant therapy: a review. *BJU Int* 2009;103:1162–5.
- [20] Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. *Eur Urol* 2008;53:160–6.
- [21] Hoffman RM, MacDonald R, Wilt TJ. Laser prostatectomy for benign prostatic obstruction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD001987.