

Chapitre 10 Item 123 – UE 5 – Hypertrophie bénigne de la prostate

Auteurs : Nicolas Barry Delongchamps and Aurélien Descazeaud

Relecteur : Grégoire Robert

Coordonnateur : Aurélien Descazeaud

- I. Pour comprendre
 - II. Physiopathologie
 - III. Démarche diagnostique
 - IV. Évolution naturelle et facteurs de risque de progression
 - V. Bilan initial et examens paracliniques
 - VI. Traitements
 - VII. Surveillance
-
-
-

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une hypertrophie bénigne de la prostate et évoquer les diagnostics différentiels.
 - Réaliser le bilan initial et rechercher des complications.
 - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi.
-
-

I Pour comprendre

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), aussi appelée hyperplasie bénigne de la prostate, est une affection fréquente de l'homme vieillissant, correspondant histologiquement au développement d'une hyperplasie glandulaire et stromale au sein de la zone de transition de la prostate, le plus souvent associée à une inflammation chronique. Les mécanismes à l'origine du développement et de la progression de la maladie sont multifactoriels et imparfaitement élucidés, mais mettent en jeu des facteurs génétiques et environnementaux. Les conséquences cliniques de l'HBP peuvent être liées d'une part à l'obstruction sous-vésicale provoquée par l'hypertrophie des lobes prostatiques, et d'autre part à un syndrome d'hyperactivité vésicale réactionnel. Les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) liés à l'HBP peuvent entraîner une altération de la qualité de vie et être à l'origine de complications potentiellement graves.

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

II Physiopathologie

L'HBP est une affection :

- le plus souvent latente et asymptomatique : 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 ;
- parfois symptomatique : environ 30 % des hommes de plus de 65 ans se plaignent de SBAU liés à une HBP ;

- liée au vieillissement.

Histologiquement, il s'agit d'un **adénomyofibrome**, signifiant qu'il existe une hyperplasie des glandes prostatiques, des cellules musculaires lisses et des fibroblastes présents dans le stroma (composé de fibres musculaires lisses, de fibroblastes, et de collagène) (fig. 10.1).

Anatomiquement, l'HBP forme des nodules au sein de la **zone de transition** de la prostate. Cette zone entoure le col vésical et l'urètre sous-vésical (fig. 10.2). Ces nodules entraînent une **augmentation du volume global** de la prostate, avec pour conséquence potentielle une obstruction sous-vésicale, bien qu'il n'existe **pas de parallélisme anatomoclinique**. Les symptômes urinaires et le retentissement de l'HBP ne sont pas proportionnels au volume de l'adénome prostatique.

Fig. 10.1

Coupe histologique de l'hyperplasie bénigne de prostate.

Fig. 10.2

Anatomie de l'appareil urogénital.

A Obstruction sous-vésicale

L'obstruction sous-vésicale est liée à une protrusion des lobes latéraux de la prostate dans l'urètre prostatique, et parfois à une protrusion intravésicale, le plus souvent médiane (du troisième lobe dit « lobe médian » et entraînant un effet de clapet lors de la miction).

L'obstruction sous-vésicale chronique peut entraîner un retentissement sur :

- le bas appareil urinaire : vessie de lutte ;
- le haut appareil urinaire : insuffisance rénale chronique obstructive.

La **vessie de lutte** est caractérisée par une **hypertrophie détrusorienne** (épaississement de la paroi vésicale) puis l'apparition de trabéculations et de **diverticules vésicaux**. Au stade ultime, la vessie est distendue et non fonctionnelle. Il existe alors une rétention chronique indolore entraînant des **fuites par regorgement**. Une **insuffisance rénale chronique obstructive** liée au reflux et à la dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles peut alors apparaître.

Parfois, l'obstruction sous-vésicale peut entraîner une **rétention aiguë d'urine** (cf. § V.B.1. **Rétention aiguë d'urine**). Ce risque globalement faible a été évalué à 2 % à 2 ans chez les patients ayant des SBAU liés à une HBP. La rétention peut survenir spontanément ou lors d'un événement intercurrent : fécalome, prise de médicaments à effet anticholinergique, anesthésie générale ou locorégionale, etc.

B Syndrome d'hyperactivité vésicale

Les nodules d'HBP peuvent aussi entraîner un syndrome d'hyperactivité vésicale, par plusieurs mécanismes hypothétiques :

- soit directement en cas de protrusion intravésicale importante ;
- soit du fait de l'inflammation chronique prostatique très souvent associée ;

- soit en raison de la lutte vésicale contre l'obstruction chronique.

La diminution de la capacité fonctionnelle de la vessie, liée à un défaut de vidange et à la persistance d'un résidu post-mictionnel, peut mimer un syndrome d'hyperactivité vésicale entraînant pollakiurie et nycturie.

III Démarche diagnostique

A Diagnostic clinique

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. Certains patients peuvent avoir une augmentation du volume de la prostate sans SBAU ni obstruction sous-vésicale ; de même que tous les SBAU ne sont pas liés à une HBP. L'obstruction sous-vésicale liée à l'HBP peut être asymptomatique. L'obstruction sous-vésicale peut avoir d'autres causes que l'HBP. Tous les SBAU ne sont pas gênants pour le patient. Enfin, une des conséquences de l'obstruction sous-vésicale est la survenue d'une hyperactivité vésicale, pouvant elle-même persister après levée de l'obstruction.

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.

Les SBAU sont la principale manifestation clinique de l'HBP. Ils peuvent être stratifiés en SBAU de la phase de remplissage, de la phase mictionnelle et de la phase post-mictionnelle (**tableau 10.1**). L'HBP peut être responsable de l'ensemble des SBAU, mais les SBAU de la phase mictionnelle sont plus spécifiques de l'HBP. Si elle est disponible (chez l'urologue), le débitmétric facilite le diagnostic en objectivant la dysurie.

Tableau 10.1

Terminologie des troubles mictionnels dans l'HBP.

Phase de remplissage	Phase mictionnelle	Phase post-mictionnelle
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

B 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.

- **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. Ces diagnostics différentiels sont représentés par la polyurie nocturne (prise de diurétique, inversion physiologique du rythme nyctéméral liée au vieillissement, syndrome d'apnées du sommeil, syndromes œdémateux), la polyurie des

24 heures (diabète sucré, diabète insipide, potomanie), et les troubles du sommeil. La réalisation d'un calendrier mictionnel pendant 3 jours consécutifs est donc recommandée pour distinguer ces trois grands groupes de diagnostics différentiels.

- **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, AVC) ;
 - prostatite (faire un ECBU) ;
 - calcul ou corps étranger de vessie (proposer une échographie vésicale, une fibroscopie vésicale).
- **En cas de prédominance de symptômes de la phase mictionnelle ou post-mictionnelle**, il conviendra d'éliminer :
 - 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 ;
 - 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 post-mictionnel important (> 300 ml).

IV Évolution naturelle et facteurs de risque de progression

A Facteurs de risque de progression

L'évolution naturelle de l'HBP est de nos jours imprévisible en l'absence d'outils adaptés.

Elle peut être stable, évoluer progressivement ou brutalement vers une aggravation des symptômes ou la survenue de complications.

Certains facteurs de progression symptomatique de l'HBP ou de survenue d'une rétention aiguë d'urine ont été identifiés dans des séries prospectives de patients non traités : notamment un âge > 60 ans, un taux de PSA sérique > 1,6 ng/ml et un volume prostatique > 31 ml. Ces éléments sont peu discriminants en pratique clinique.

B Complications aiguës

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.

2 Infections urinaires

L'HBP favorise la survenue d'infections urogénitales telles que la prostatite et l'orchio-épididymite.

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...).

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.

C Complications chroniques

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.

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. L'ASP et l'échographie montrent des images calciques intravésicales de taille variable (**fig. 10.3A et B**). La lithiase vésicale est **le plus souvent** le signe d'une mauvaise vidange de la vessie par opposition aux lithiases rénales qui sont le plus souvent témoin d'un désordre métabolique.

Fig. 10.3

A. ASP avec calcul intravésical. B. Calcul vésical.

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-hydronéphrose 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.

4 Hernie de l'aîne

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

Les complications aiguës et chroniques de l'HBP sont résumées dans le **tableau 10.2**.

Tableau 10.2

Complications aiguës et chroniques de l'HBP.

	Complications aiguës	Complications chroniques
--	----------------------	--------------------------

Bas appareil urinaire	Rétention aiguë d'urine Hématurie macroscopique Infection	Rétention vésicale chronique Lithiase vésicale de stase
Haut appareil urinaire	Insuffisance rénale aiguë obstructive	Insuffisance rénale chronique obstructive
Autre		Hernie de l'aîne

V Bilan initial et examens paracliniques (tableau 10.3)

A Bilan clinique

1 Évaluation symptomatique

Indispensable lors du bilan initial, à la fois dans la démarche diagnostic et pour le retentissement fonctionnel. Le score IPSS (*International Prostate Symptom Score*) (annexe 10.1) permet l'évaluation fonctionnelle avec sept questions, et la huitième question du score IPSS permet une évaluation de la gêne globale provoquée par les SBAU. Son intérêt est double :

- d'une part pour évoquer des diagnostics différentiels ou associés éventuels (cf. § III.B. **Diagnostiques différentiels**) ;
- d'autre part pour évaluer la sévérité des symptômes : ils seront considérés comme légers (IPSS 1-7), modérés (IPSS 8-18) ou sévères (IPSS 19-35).

Tableau 10.3

Examens nécessaires (N) et optionnels (O) dans le bilan initial en médecine générale, le bilan initial chez l'urologue, le suivi et le bilan préopératoire des SBAU liés à une HBP.

	Bilan initial en médecine générale	Bilan initial chez l'urologue	Suivi	Bilan préopératoire
Interrogatoire dirigé sur les SBAU et la sexualité	N	N	N	
Toucher rectal	N	N	O	N
Analyse d'urine	N	N		N
Catalogue mictionnel	O (N en cas de SBAU de la phase de remplissage prédominants)	O	O	O
PSA	O	O		N
Créatininémie	O	O		N
Débitmétrie		N	O	N
Résidu post-mictionnel		N	O	N
Échographie de l'appareil urinaire	O	O		N

(voie abdominale)				
Échographie endorectale		O		O
Urétrocystoscopie		O		O
Bilan urodynamique avec mesure pression-débit		O		O

Source : Descazeaud A, Barry Delongchamps N, Cornu JN, Azzouzi AR, Buchon D, Benchikh A et al. ; Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'Association française d'urologie (CTMH-AFU). [Guide dedicated to general practitioner for the management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia]. Prog Urol 2015 ; 25(7) : 404-12.

2 Évaluation de la sexualité

L'association de SBAU à une **dysfonction sexuelle** est fréquente. Il peut s'agir de troubles de la libido, d'une dysfonction érectile ou éjaculatoire (douleurs, inconfort à l'émission du sperme, diminution du volume de sperme). Par conséquent, l'évaluation de la fonction sexuelle, notamment par un questionnaire, est recommandée dans le bilan initial de l'HBP.

3 Toucher rectal

Le toucher rectal ([fig. 10.4](#)) permet de rechercher une augmentation du volume prostatique et de dépister un éventuel cancer de la prostate associé au sein de la même glande.

Fig. 10.4

Technique du toucher rectal.

Source : Bastien L, Fourcade RO †, Makhoul B, Meria P, Desgrandchamps F. Hyperplasie bénigne de la prostate. EMC - Urologie 2011 : 1-13 [Article 18-550-A-10]. © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

En cas d'HBP, la glande est augmentée de volume (> 20 g), elle est souple, indolore, lisse et régulière. L'augmentation de volume entraîne une disparition du sillon médian et un évasement des bords latéraux. Un toucher rectal évocateur d'un volume prostatique augmenté signe le diagnostic positif d'HBP sans pour autant permettre d'affirmer que les SBAU sont imputables à l'HBP.

Un toucher rectal évocateur d'un cancer de la prostate (perception d'un nodule) ne remet pas en cause l'imputation des SBAU à l'HBP car le cancer de la prostate est asymptomatique en l'absence d'envahissement important. C'est néanmoins une indication à réaliser des **biopsies prostatiques avec examen anatomopathologique** quel que soit le taux de PSA.

4 Débitmétrie urinaire

La **débitmétrie** permet d'objectiver et quantifier la dysurie. Pour pouvoir interpréter une débitmétrie, un volume uriné supérieur à 150 ml est nécessaire. Les paramètres étudiés sont : le volume uriné, le débit maximal, le débit moyen, et le temps mictionnel.

Une courbe normale présente une forme en cloche avec un débit maximal entre 20 et 30 ml/s alors qu'un débit maximal inférieur à 15 ml/s, associé à une courbe aplatie est caractéristique de l'obstruction liée à l'HBP (fig. 10.5) même si pour autant elle ne permet pas de l'affirmer. En effet, d'autres causes d'obstruction sous-vésicale peuvent être parfois évoquées (cf. § III. B. **Diagnostiques différentiels**). De même, une hypotonie détrusorienne sans obstacle peut être évoquée chez les patients âgés ou en cas de résidu post-mictionnel élevé.

Fig. 10.5

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

5 Calendrier mictionnel

Le calendrier mictionnel permet d'évaluer la diurèse (nocturne et des 24 h), le volume mictionnel moyen et maximal, ainsi que la fréquence des mictions. Cet examen est recommandé pour la démarche diagnostique en cas de nycturie et plus généralement en cas de symptômes de la phase de remplissage.

B Bilan paraclinique

1 ECBU

L'ECBU est à la fois nécessaire pour la démarche diagnostique et le bilan du retentissement. Il permet en effet d'éliminer une **infection urinaire** responsable de SBAU identiques à ceux de l'HBP. Cet examen est recommandé. Une bandelette urinaire peut être pratiquée en consultation, même si sa valeur prédictive négative n'a jamais été évaluée dans ce contexte.

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. À titre d'exemple, un patient ayant une prostate de 50 grammes peut avoir un taux de PSA supérieur à 4 ng/ml sans pour autant que l'on y accorde une inquiétude particulière quant au risque de cancer de la prostate. La mesure de la densité de PSA, ainsi que l'évaluation de la cinétique sont donc essentielles dans la démarche du dépistage. Par ailleurs, le dépistage doit être individuel et non systématique. Le dosage du PSA total est donc recommandé de manière optionnelle et adaptée au contexte clinique (âge, comorbidités, espérance de vie, antécédents familiaux au premier degré, choix du patient, etc.).

3 Créatininémie

Le dosage de la créatininémie permet d'évaluer le haut appareil urinaire et de dépister une **insuffisance rénale chronique**. Il est indiqué de manière optionnelle, selon le contexte clinique.

En effet, en l'absence de retentissement vésical de l'HBP, le risque d'insuffisance rénale chronique obstructive est nul.

4 Échographie réno-vésico-prostatique

L'échographie rénale évalue le retentissement sur le haut appareil urinaire. Elle recherche une **dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles**, un **amincissement du parenchyme rénal** et une **dédifférenciation cortico-médullaire**. Elle n'est pas systématique en l'absence de retentissement vésical de l'HBP.

L'échographie vésicale évalue le retentissement sur le bas appareil urinaire. Elle est optionnelle. Elle recherche une **hypertrophie détrusorienne**, des **diverticules vésicaux** (fig. 10.6), une **lithiase vésicale** et un **résidu post-mictionnel significatif**. Elle est réalisée par **voie sus-pubienne**. La mesure isolée du résidu post-mictionnel peut être réalisée à l'aide d'un échographe dédié portable (Bladder-Scan®).

L'échographie prostatique est réalisée par voie abdominale, ou transrectale, cette dernière voie étant plus invasive mais permet une meilleure visualisation de la prostate. Elle permet d'évaluer le volume prostatique et de rechercher un lobe médian. Elle est recommandée de manière optionnelle (évaluation du volume difficile au TR, recherche d'un lobe médian avant certains traitements chirurgicaux).

Fig. 10.6

Échographie vésicale avec diverticule vésical.

1. Vessie. 2. Collet. 3. Diverticule.

5 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 sera systématiquement réalisée en consultation si le patient présente des antécédents d'**hématurie** afin d'éliminer une **tumeur vésicale**.
- Un **bilan urodynamique avec réalisation d'une courbe débit-pression** est indiqué en cas de suspicion d'hypotonie détrusorienne. Cette situation doit être évoquée lorsque le résidu post-mictionnel est élevé (> 300 ml), en cas d'âge élevé (80 ans) ou au contraire lorsque le patient est jeune (< 50 ans). La courbe débit-pression permettra de distinguer une obstruction sous-vésicale d'une hypotonie détrusorienne (hypoactivité vésicale).

VI Traitements

Les différentes alternatives médico-chirurgicales doivent être clairement expliquées au patient, et la décision thérapeutique adaptée à l'importance des SBAU, la survenue de complications, et les souhaits du patient.

A Abstention-surveillance

Les indications de l'abstention-surveillance sont :

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

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, notamment : la réduction des apports hydriques après 18 heures, la diminution de la consommation de caféine et d'alcool, le traitement d'une constipation associée et enfin l'arrêt des traitements favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques...).

B Traitement pharmacologique

Recommandations AFU 2015/EAU 2017

Les indications du traitement pharmacologique sont :

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

L'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des patients. Il existe cinq classes thérapeutiques disponibles ([tableau 10.4](#)).

Tableau 10.4

Options thérapeutiques médicamenteuses dans l'HBP selon l'Association française d'urologie.

Classe	DCI disponibles	Remarque
Alpha-bloquants	Alfuzosine 2,5 mg/5 mg/10 mg Doxazosine 4 mg/8 mg Prazosine 1 mg/5 mg Silodosine 4 mg/8 mg Tamsulosine 0,4 mg Térazosine 1 mg/5 mg	SBAU gênants
I5AR	Finastéride 5 mg Dutastéride 0,5 mg	SBAU gênants et prostate > 40 ml
Alpha-bloquants et I5AR	Prise séparée Tamsulosine 0,4 mg et dutastéride 5 mg	SBAU gênants et prostate > 40 ml
Alpha-bloquants et anticholinergiques		SBAU de la phase de remplissage persistants sous alpha-bloquants Traitement de seconde intention après avis spécialisé
IPDE5	Tadalafil 5 mg	Dysfonction érectile et SBAU
Extraits de plantes	<i>Serenoa repens</i> extrait lipidostérolique 160 mg <i>Serenoa repens</i> 160 mg <i>Pygeum africanum</i> (prunier)	SBAU gênants

Source : Descazeaud A, Barry Delongchamps N, Cornu JN, Azzouzi AR, Buchon D, Benchikh A et al. ; Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'Association française d'urologie (CTMH-AFU). [Guide dedicated to general practitioner for the management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia]. Prog Urol 2015 ; 25(7) : 404-12.

1 Alpha-bloquants

Les alpha-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. La prise d'alpha-bloquants au long cours ne modifie pas l'évolution naturelle de l'HBP et le risque de complication. L'efficacité des alpha-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. Par contre, en comparaison avec le placebo, ils ne permettent pas de diminuer le risque de récurrence d'une rétention urinaire sur le long terme. Aucune étude de niveau de preuve suffisant ne permet de recommander un alpha-bloquant plutôt qu'un autre. Le risque d'hypotension orthostatique est plus important avec les α -bloquants de première génération (alfuzosine, doxazosine), en association à un traitement hypotenseur et chez les sujets âgés.

La dysfonction éjaculatoire provoquée par les alpha-bloquants est une diminution du volume de sperme émis, voire une anéjaculation. Elle est plus fréquente après la prise d'alpha-bloquants de dernière génération (silodosine). Les alpha-bloquants doivent être interrompus avant une chirurgie oculaire en raison du risque de syndrome de l'iris flasque.

2 Inhibiteurs de la 5 α -réductase

Les inhibiteurs de 5-alpha-réductase (I5AR) agissent en diminuant le volume de la prostate (d'environ 20 %) en bloquant la conversion de la testostérone en DHT (dihydrotestostérone) qui est le métabolite actif sur la croissance prostatique. Les inhibiteurs de la 5 α -réductase 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 %. En cas de dépistage du cancer de la prostate chez les patients traités par inhibiteurs de la 5 α -réductase, il faudra donc considérer que le taux « réel » de PSA est 2 fois supérieur.

Cette classe pharmacologique, prescrite au long cours, en plus de son effet symptomatique et urodynamique, est la seule à diminuer le risque de rétention aiguë d'urine.

Elle peut avoir des effets indésirables sexuels fréquents (baisse de libido, trouble de l'érection et de l'éjaculation, gynécomastie).

Administrée plusieurs années, cette classe thérapeutique est associée à une diminution globale de l'incidence du cancer de la prostate, mais il existe un doute non totalement élucidé sur un risque de survenue d'un cancer de la prostate de haut grade associé au traitement. En conséquence, un PSA annuel doit être réalisé chez les patients traités par cette classe thérapeutique. Toute augmentation du PSA justifie un contrôle rapproché et peut justifier un avis spécialisé. Aucune donnée ne permet de recommander une molécule plutôt qu'une autre à ce jour. Selon une synthèse d'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) de septembre 2012 (www.has-sante.fr), cette classe thérapeutique devrait être utilisée en seconde intention après échec d'une monothérapie par extraits de plantes ou par alpha-bloquant. Le rationnel scientifique de cet avis n'est pas clair.

3 Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5)

Les différents inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 ont tous fait l'objet d'études randomisées pour le traitement des SBAU *a priori* en rapport avec une HBP. Leur efficacité sur les SBAU est supérieure au placebo. Le tadalafil 5 mg en prise quotidienne a une autorisation de mise sur le marché dans le traitement de l'HBP mais n'est pas remboursé par l'assurance maladie. La prise occasionnelle d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 pour traiter une dysfonction érectile en association à un traitement de l'HBP par une autre classe thérapeutique n'est pas contre-indiquée. Ils sont contre-indiqués en association avec un dérivé nitré, et en cas de cardiopathie sévère non stabilisée.

4 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 ne soit pas démontrée avec un niveau de preuve élevé (en particulier par rapport au placebo). Ils ont néanmoins l'avantage d'être bien tolérés, en particulier sur le plan sexuel. Le niveau de recommandation est inférieur par rapport aux autres classes pharmacologiques.

5 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. Néanmoins, les études récentes ont confirmé leur excellent profil de tolérance en l'absence de résidu post-mictionnel important (> 150 ml). Ils constituent donc 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. Une attention particulière au débit urinaire et au résidu post-mictionnel sera accordée en début de traitement.

Les antimuscariniques sont contre-indiqués en cas d'antécédent de glaucome aigu par fermeture de l'angle non traité. Les effets indésirables les plus fréquents sont un syndrome sec, incluant sécheresse buccale et oculaire (attention aux lentilles de contact), et la constipation.

Depuis 2016, un β 3-adrénergique, le Mirabegron[®], est disponible en France mais non remboursé. Son effet anticholinergique est considéré comme équivalent aux antimuscariniques, avec un profil de tolérance différent.

6 Traitements combinés α -bloquant et inhibiteur de la 5 α -réductase

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

C Traitements chirurgicaux

Recommandations AFU 2015/EAU 2017

Les indications du traitement chirurgical sont :

- **HBP compliquée** (RAU sans sevrage de sonde possible, calcul vésical, IRC obstructive, hématurie ou infections récidivantes liées à l'HBP) ;
- ou **SBAU modérés/sévères résistant au traitement médical** (ou traitement mal toléré).

Le principe du traitement chirurgical est la levée de l'obstruction sous-vésicale provoquée par l'HBP. La majorité des traitements chirurgicaux de l'HBP sont des traitements ablatifs, consistant en l'exérèse du tissu prostatique adénomateux péri-urétral. Plus récemment ont été développées des alternatives non ablatives afin de diminuer la morbidité globale de la chirurgie. Un traitement chirurgical peut être proposé en seconde intention aux patients ayant des SBAU liés à une HBP gênants et pour lesquels le traitement médical bien conduit est soit insuffisamment efficace, soit mal toléré. L'information et l'acceptation du patient sont un préalable à la décision. La chirurgie est préconisée d'emblée en cas de SBAU liés à une HBP responsable d'une insuffisance rénale obstructive, d'une rétention aiguë d'urine avec échec de sevrage de drainage vésical, d'une 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 en lien avec l'HBP ne constitue pas une indication chirurgicale formelle. Des signes morphologiques de vessie de lutte ou la présence d'un résidu post-mictionnel non compliqué ne constituent pas à eux seuls des indications chirurgicales.

Un ECBU doit être réalisé avant tout traitement chirurgical. Est aussi recommandée la réalisation d'une débitmétrie, d'un PSA, d'une créatininémie, et d'une échographie de l'appareil urinaire (cf. [tableau 10.3](#)). Une bactériurie asymptomatique doit être recherchée et traitée le cas échéant dans les jours précédant l'intervention. La chirurgie de l'HBP ne prévient pas de la survenue ultérieure d'un adénocarcinome sur la prostate résiduelle.

Contrairement à la prostatectomie totale indiquée pour le traitement du cancer de la prostate localisé, les risques de **dysfonction érectile** et d'**incontinence urinaire** sont faibles après la chirurgie de l'HBP. La perte de l'éjaculation antégrade, est une conséquence de l'intervention qui doit être acceptée par le patient. La sensation orgasmique est en revanche préservée. Les complications les plus classiques du traitement chirurgical sont les suivantes :

- rétention aiguë d'urine postopératoire ;
- hématurie pouvant nécessiter un décaillotage à la seringue voire endoscopique au bloc opératoire. Une hématurie peut survenir le premier mois postopératoire par un phénomène de chute d'escarre, notamment chez les patients traités par antithrombotiques ;
- infection urinaire postopératoire ;
- complications thromboemboliques ;
- sténose de l'urètre ou du col (imposant une dilatation endoscopique voire une réintervention) ;
- persistance de l'obstruction par résection incomplète ;
- troubles irritatifs persistants (brûlures, pollakiurie, urgenteries) ;
- TURP syndrome : la RTUP monopolaire nécessite l'utilisation de glycoColle, liquide isolant permettant la transmission de l'électricité vers le tissu prostatique. Ce liquide hyperosmolaire peut néanmoins entraîner un « syndrome de réabsorption du liquide d'irrigation » (TURP syndrome). Ce syndrome peut être observé précocement, au cours même de l'intervention en cas de rachianesthésie : troubles visuels (mouches volantes), céphalées, hypotension, bradycardie et douleurs thoraciques sont autant de signes évocateurs. Ils sont en rapport avec une surcharge volémique et une hyponatrémie de dilution. Les facteurs de risque sont le saignement peropératoire abondant et une durée opératoire supérieure à 60 minutes.

1 Traitements ablatifs traditionnels

Il existait il y a quelques années principalement deux techniques chirurgicales (fig. 10.7), la résection transurétrale de prostate (RTUP) et l'adénomectomie par voie haute (AVH), auxquelles on peut ajouter l'incision cervicoprostatique (ICP) développée ci-après. La RTUP est pratiquée par voie endoscopique. L'AVH est pratiquée par laparotomie sus-pubienne pour énucléer au doigt l'adénome soit par voie transvésicale soit par voie transcapsulaire prostatique. Elle est réservée à des volumes prostatiques généralement supérieurs à 60–80 ml, et nécessite un drainage prolongé (5–7 jours).

Fig. 10.7

A. Incision cervicoprostatique (ICP). Incision du col vésical et de l'adénome en partant de l'orifice urétéral droit. B. Résection transurétrale de prostate (RTUP). (1. Lumière. 2. Courant électrique. 3. Irrigation. 4. Gaine). C. Adénomectomie par voie haute (AVH). (1. Vessie. 2. Adénome. 3. Rectum).

2 Traitements ablatifs modernes

Ces techniques ont été développées pour diminuer la morbidité immédiate du geste chirurgical, en particulier le risque hémorragique. Elles sont toutes recommandées (EAU 2017) et considérées comme ayant une efficacité non inférieure aux deux techniques traditionnelles. Leur développement a permis d'élargir les indications de la chirurgie aux patients fragiles, très âgés, et à risque hémorragique important (prise d'anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire). Elles permettent aussi dans certains cas sélectionnés une prise en charge en ambulatoire. Leur morbidité tardive (anéjaculation, sténose du col vésicale ou de l'urètre) est équivalente aux techniques traditionnelles.

a RTUP bipolaire

Elle se distingue de la traditionnelle RTUP monopolaire par l'utilisation d'une double électrode permettant un retour de l'électricité vers le générateur et donc l'utilisation de sérum physiologique à la place du glycolle. Le risque de TURP syndrome est nul.

b Vaporisation endoscopique de la prostate au laser

Cette technique permet une vaporisation du tissu prostatique de proche en proche. Le risque hémorragique peropératoire et postopératoire immédiat est diminué de manière significative.

c Énucléation endoscopique de la prostate au laser

L'énucléation de l'adénome est réalisée par décollement et coagulation laser, puis l'adénome est refoulé dans la vessie. Un morcellateur permet d'évacuer le tissu énucléé. Le risque hémorragique est diminué de manière significative, et la désobstruction est complète.

3 Traitements non ablatifs

Il existe à ce jour deux traitements endoscopiques non ablatifs recommandés avec un niveau de preuve élevé, l'incision cervicoprostatique et la pose d'implants UroLift®.

a Incision cervicoprostatique

Cette technique consiste à inciser sans réséquer le col vésical par voie endoscopique, ce qui permet de lever l'obstruction lorsque celle-ci est principalement localisée au niveau du col. Pour être éligibles à ce type de traitement, les patients doivent avoir un petit volume prostatique (< 30

ml), sans lobe médian, ce qui limite les indications potentielles de ce traitement dans la chirurgie de l'HBP. Le risque d'anéjaculation est diminué par rapport aux traitements ablatifs, ce qui en fait un traitement de choix chez les patients jeunes.

b Pose d'implants UroLift®

Cette technique fait partie des soins courant depuis 2013 mais n'est pas remboursée à ce jour par l'assurance maladie. Son principe est de comprimer les lobes prostatiques latéraux avec des implants composés de deux parties solides fixes, l'une posée sur la capsule prostatique, l'autre posée dans l'urètre, et reliées par un fil en tension (fig. 10.8). La morbidité est significativement plus faible que pour les traitements ablatifs, avec surtout une absence totale d'effet secondaire sexuel rapporté à ce jour. Pour être éligibles, les patients ne doivent pas avoir un lobe médian prostatique.

Fig. 10.8

Système d'implants UroLift®.

Source : image reproduite avec l'aimable autorisation de NeoTract.

D 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 **auto-sondages intermittents**.

VII 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. D'autres explorations sont optionnelles (cf. [tableau 10.3](#)).

Après l'introduction des α -bloquants ou des inhibiteurs de la 5α -réductase, les patients doivent être revus précocement pour évaluer l'efficacité du traitement médical.

Après traitement chirurgical, les patients sont revus à 6 semaines pour vérifier l'absence de complications. L'efficacité du traitement ne peut être évaluée qu'à partir de 3 mois. Enfin, pour les patients suivis en médecine générale, l'Association française d'urologie a défini des situations justifiant un avis spécialisé ([encadré 10.1](#)).



Encadré 10.1

Situations justifiant un avis spécialisé selon l'Association française d'urologie

- **SBAU a priori non liés à une HBP** : urgenturies isolées, nycturie isolée, incontinence urinaire, contexte particulier (maladie neurologique, sténose de l'urètre connue...).
- **Anomalie à l'examen clinique** : globe palpable, nodule ou induration au toucher rectal (ou toucher rectal non réalisable), phimosis serré.
- **ECBU anormal** (bactériurie ou leucocyturie ou hématurie).
- **Traitement médical inefficace** (un avis spécialisé est conseillé avant mise en route d'un traitement anticholinergique).

- **Augmentation du PSA chez les patients traités par I5AR.**
 - **Obstruction sévère ou survenue d'une complication** (symptômes sévères, rétention aiguë d'urine, insuffisance rénale obstructive, prostatite aiguë, calcul ou diverticule de vessie, résidu post-mictionnel > 100 ml).
-

Pour en savoir plus

	Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) ; 2015.
	Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) ; 2017.

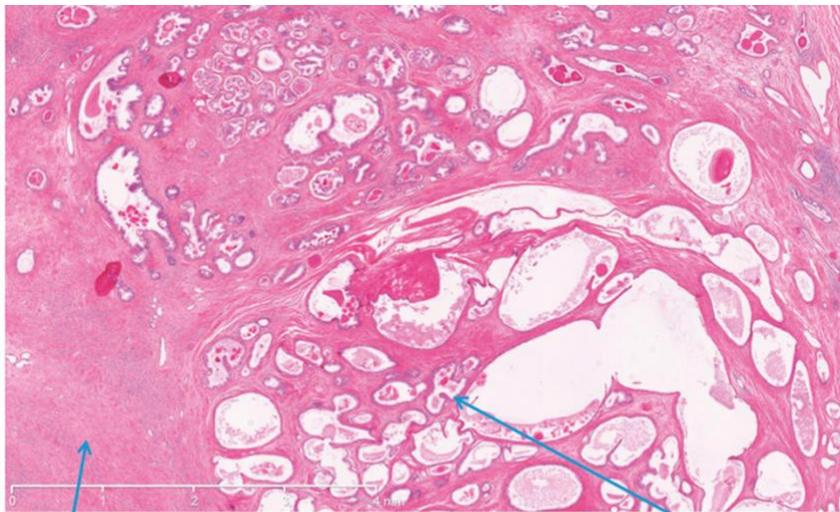
Résumé

- › Histologie de l'HBP : hyperplasie épithéliale et stromale de la zone péri-urétrale et de transition de la prostate.
- › Maladie fréquente, progressive, liée à l'âge.
- › L'HBP est dite clinique lorsqu'elle provoque des symptômes du bas appareil urinaire ou une obstruction sous-vésicale.
- › Diagnostic clinique : homme ♂ 50 ans ayant des SBAU ☒ prostate hypertrophiée au TR ☒ ECBU normal ☒ absence d'autre cause évidente.
- › Trois types de SBAU : phase de remplissage, phase mictionnelle, phase post-mictionnelle.
- › Faire systématiquement : un interrogatoire centré sur les symptômes urinaires (score IPSS) et la sexualité, une analyse d'urine et un toucher rectal.
- › Si disponible (milieu spécialisé), faire débitmétrie et mesure du résidu post-mictionnel.
- › Débitmétrie : courbe aplatie, réduction du débit maximal.
- › À faire selon le contexte : PSA, créatininémie, échographie de l'appareil urinaire, échographie endorectale, urétrocystoscopie, bilan urodynamique.
- › Complications possibles : hématurie, infection (prostatite, orchi-épididymite), rétention aiguë d'urine, rétention chronique, calculs de vessie, diverticules de vessie, hernie inguinale, incontinence par regorgement, urétéro-hydronéphrose, insuffisance rénale obstructive.
- › Indications thérapeutiques :
 - patient non gêné non compliqué : rassurer et surveiller ;
 - patient gêné sans complication : traitement médicamenteux ;
 - traitement chirurgical indiqué en cas de complication (insuffisance rénale obstructive, hématurie ou infections récidivantes, rétention d'urine sans sevrage possible du drainage) ou de traitement médical inefficace ou mal toléré.
- › Traitement de 1^{re} intention : alpha-bloquant ou phytothérapie.
- › Traitements de seconde intention : ISAR, ISAR ☒ alpha-bloquant, anticholinergique ☒ alpha-bloquant, IPDE5 (non remboursés).
- › Complications du traitement chirurgical : rétention aiguë d'urine postopératoire, hématurie, infection urinaire postopératoire, complications thromboemboliques, sténose de l'urètre ou du col, persistance de l'obstruction par résection incomplète, troubles irritatifs persistants, TURP syndrome (avec le courant monopolaire). L'incontinence urinaire définitive et la dysfonction érectile sont très rares. La perte de l'éjaculation antégrade doit être acceptée par le patient.
- › 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.

Annexe 10.1

Score IPSS d'évaluation des symptômes de l'hyperplasie bénigne de prostate

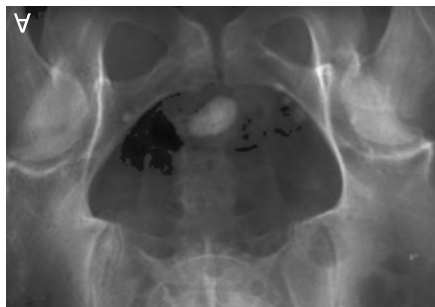
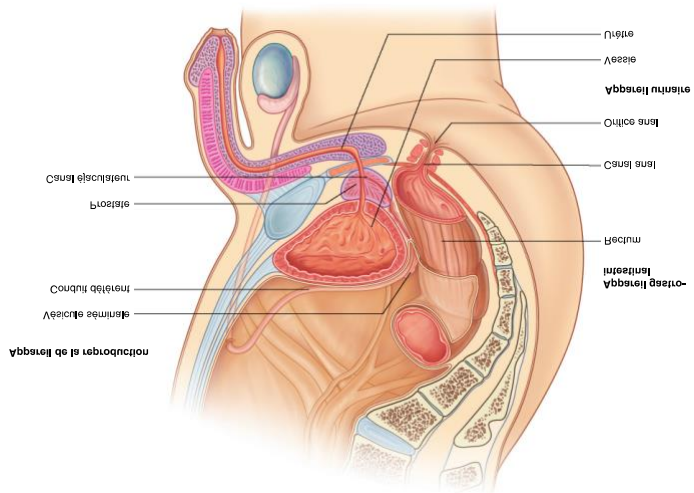
Source : <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/scores/score-IPSS.pdf>

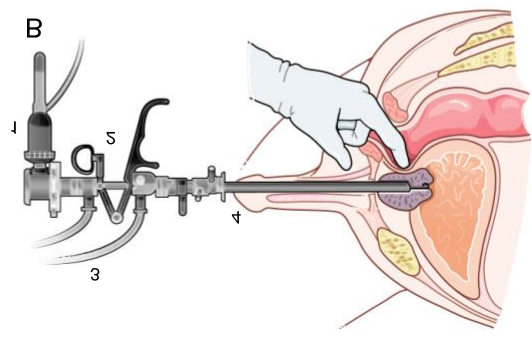
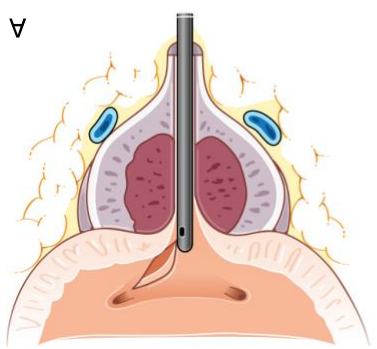
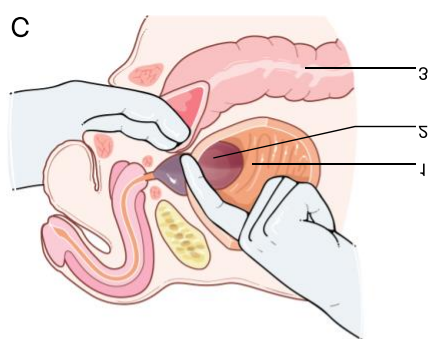
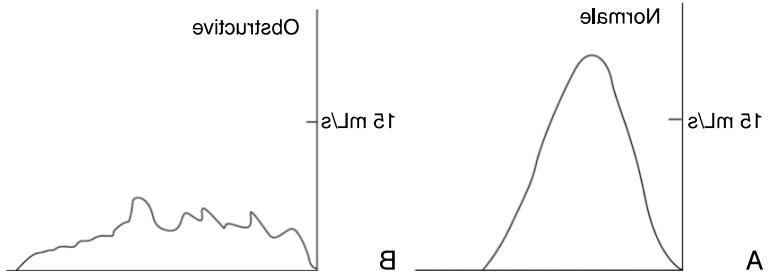
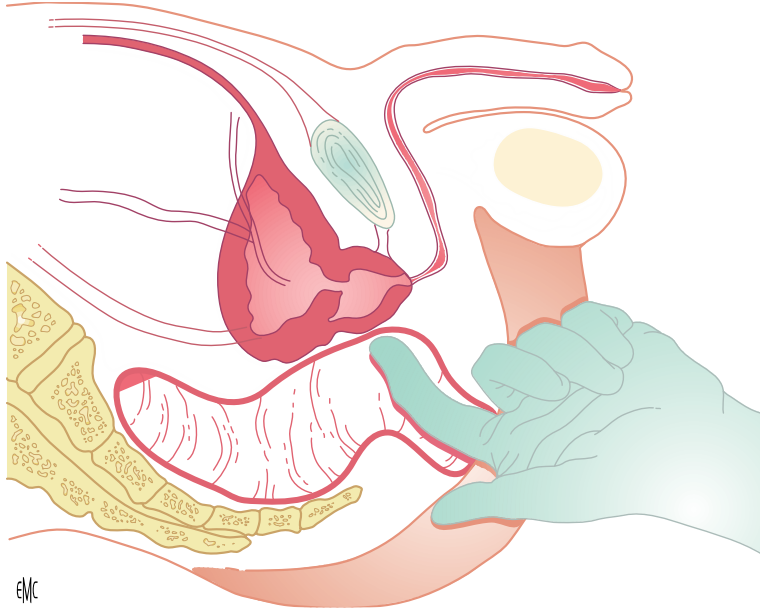


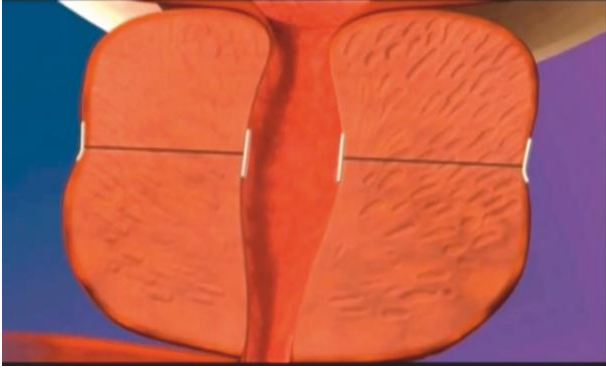
Hyperplasie stromale

1,25x

Hyperplasie glandulaire







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"/>