
Stratégie de prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate

A. LE DUC

Service d'Urologie
Hôpital Saint Louis
1 avenue Claude Vellefaux
75475 PARIS

Correspondance :
Alain Le Duc
alain.leduc@sls.ap-hop-paris.fr

Résumé

Les patients de plus de 50 ans, qui consultent pour des troubles mictionnels, ont pour plus de la moitié d'entre eux une hypertrophie bénigne de la prostate. Or, pour 30% d'entre eux, l'hypertrophie de la prostate n'est pas la principale ou l'unique responsable de ces troubles. L'enrichissement de l'arsenal thérapeutique, qu'il soit médical, physique ou chirurgical, devrait théoriquement apporter des réponses ciblées. Actuellement, cela n'est pas le cas et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il n'est jamais facile d'établir, sauf en présence d'un tableau d'obstruction évidente aiguë ou chronique accompagnée éventuellement de complications, un rôle exact à chacune des modifications fréquemment rencontrées à cet âge, sur le bas appareil urinaire, voire sur le système nerveux central pour les patients plus âgés. Si bien que l'établissement d'un protocole thérapeutique passe souvent par des étapes allant du traitement le moins invasif (médical) au plus invasif (chirurgie classique), en passant éventuellement par des alternatives utilisant des moyens physiques (US, micro-ondes, laser, etc...). En conclusion, la stratégie de prise en charge d'une hyperplasie bénigne de la prostate ne peut se concevoir qu'avec le consentement éclairé du patient.

Mots clés : hypertrophie bénigne de prostate.

Abstract

Strategy in the management of benign prostatic hyperplasia.

More than half of the patients over 50 years of age consulting for mictional symptoms have a benign prostatic hyperplasia. For 30% of them, benign prostatic hyperplasia is not the main or unique cause of these symptoms. The development of therapeutic means, whether medical, physical or surgical, should, in theory, bring precise answers. At present, it is not the case, due to several reasons. First of all, it is never easy to establish, except in the presence of an acute or a chronic evident obstruction possibly accompanied by complications, an exact role to each of the modifications on the low urinary tract frequently met at this age, even on the central nervous system for the older patients. Therefore the establishment of a therapeutic protocol often passes through stages, from the least invasive medical treatment to the most invasive classic surgery, and possibly through alternatives using physical means (US, micro-waves, laser, etc.). In conclusion, management strategy of benign prostatic hyperplasia can be considered only with the patient's informed consent.

Key words : benign prostatic hyperplasia.

La prise en charge d'une hypertrophie de la prostate, une fois sa bénignité confirmée, n'est pas un exercice simple, si le clinicien veut respecter ce vieil adage « trop c'est trop, trop peu c'est trop peu ».

Quatre faits établis doivent guider cette prise en charge :

L'étiopathogénie multifactorielle des troubles mictionnels chez l'homme de plus de 50 ans

La nécessité d'une prise en charge globale du patient intégrant le vieillissement du bas appareil uro-génital.

La complexité du choix du traitement le plus adapté parmi la multiplicité des options possibles : médicales, instrumentales ou chirurgicales.

Seules les HBP symptomatiques sont à prendre en charge.

La première étape de la prise en charge consiste à sélectionner les patients en 4 groupes :

Groupe I : Ceux chez qui existent des complications en rapport avec le développement de l'hypertrophie bénigne

de la prostate (HBP) : calculs de vessie, diverticule, vessie de lutte, rétention vésicale chronique ou aiguë.

Groupe II : Ceux chez qui l'obstruction à l'écoulement des urines est patente.

Groupe III : Ceux chez qui les troubles mictionnels liés à une instabilité vésicale sont au premier plan, et les signes d'obstruction au second.

Groupe IV : les patients qui n'éprouvent qu'une gêne modérée n'altérant pas leur qualité de vie.

Pour faire cette sélection, il faut dans tous les cas de figure :

Un examen clinique complet comportant, entre autre, un interrogatoire permettant de remplir un questionnaire (IPSS) aidant à quantifier les signes fonctionnels, et un examen pelvien avec toucher rectal.

Un examen d'urine (bandelette urinaire).

Des examens plus spécifiques sont à demander en fonc-

tion des données de l'examen clinique:

Une échographie vésico-prostatique pour les patients chez qui on soupçonne une complication évolutive.

Une débitmétrie pour quantifier une dysurie. Chez certains patients, un examen uro-dynamique peut être nécessaire pour éliminer une vessie hypotonique.

Un examen neurologique, une cytologie urinaire, voire une explorations endoscopique et un examen uro-dynamique en cas de prééminence des signes d'instabilité vésicale, notamment pollakiurie et impériosités.

Les indications thérapeutiques dépendent de la catégorisation des patients.

- La chirurgie de l'HBP s'impose pour les patients ayant soit des complications (groupe I), soit une dysurie majeure de nature obstructive non en rapport avec une sténose urétrale (groupe II).

- Un traitement médical de première intention est fortement conseillé chez les patients de groupe III (après avoir éliminé une pathologie vésicale ou neurologique à l'origine des signes d'instabilité vésicale). Le choix entre alpha bloquant, phytothérapie ou manipulation hormonale par inhibiteur de la 5alpha réductase reste assez empirique. La réponse au traitement dépend en grande partie de la proportion relative des différentes composantes de l'HBP : glandulaire, myomateuse et fibreuse. Les HBP ayant une prédominance de la part glandulaire, ce qui en règle générale génère les plus fortes hypertrophies (>50 grammes) sont plus sensibles à la manipulation hormonale par inhibiteur de la 5alpha réductase. Les HBP ayant une riche composante musculaire péri-urétrale répondent mieux aux alpha bloquants dont l'action consiste en un relâchement de ces fibres. Toutefois les larges études cliniques peinent à démontrer une supériorité flagrante d'un type de médicaments sur l'autre. Récemment, une étude (M.TOPS) poursuivie sur le long terme au delà de 4 ans, semble laisser apparaître l'intérêt d'une double médication par alpha bloquant et inhibiteur de la 5 alpha réductase pour prévenir les accidents de rétention aiguë ou ralentir une forme évolutive d'HBP. En cas d'échec du ou des traitements médicaux, il faut envisager le passage soit aux manipulations instrumentales aux résultats peu prédictibles, soit à la chirurgie avec le risque d'un « bruit de fond » mictionnel

résiduel. Il ne faut pas oublier que malgré cette réserve, 85% des patients opérés (taille ou résection endoscopique) s'estiment satisfaits du résultat.

- Le patient doit être clairement informé des moyens d'actions, de leurs conséquences et de leurs résultats. Il doit participer au choix du traitement.

- Quant aux patients du groupe IV, chez qui l'inconfort mictionnel est modéré (IPSS < 8), ils sont pris en charge sans aucune forme de traitement. Le simple suivi annuel accompagné de conseils hygiéno-diététiques permet de mieux apprécier s'il s'agit d'une HBP générant un inconfort mictionnel stable, régressif ou évolutif, nécessitant alors dans ce cas de figure la mise en route d'un traitement médical. Ces patients de catégorie IV sont de loin les plus nombreux. Les médecins doivent savoir les convaincre que l'absence de toute médication ne compromet en rien leur avenir.

- Les manipulations instrumentales basées sur le principe de lésions thermiques de la prostate péri-urétrales peinent à trouver leur place. Deux raisons expliquent cela : les résultats sont imprévisibles et les effets secondaires sont parfois gênants. Un regain d'intérêt pour ces alternatives est prévisible du fait des surcoûts engendrés par la préconisation des associations médicamenteuses.

La prise en charge globale de patient porteur d'une HBP décèle parfois des troubles sexuels caractérisés par une insuffisance érectile et/ou une dyséjaculation. Cette comorbidité ne peut être traitée ni par des médicaments anti HBP, ni par la chirurgie qui peuvent aggraver certains de ces troubles sexuels. Elle nécessite des traitements spécifiques onéreux.

Ici encore, le dialogue patient/médecin est primordial, afin de déterminer la part exacte du retentissement sur la qualité de vie de ces troubles sexuels et les mesures raisonnables qu'il convient de prendre pour pallier ces troubles.

Conclusion

L'HBP est un processus naturel qui s'intègre dans le cadre du vieillissement du bas appareil uro-génital. Elle ne devient pathologique que chez un nombre limité de patients, seuls ceux là sont justifiables d'une prise en charge médicamenteuse, instrumentale ou chirurgicale.