

Hyperplasie bénigne de la prostate

D^r Aurélien Descazeaud¹, D^r Alexandre de La Taille²

1. Service d'urologie, hôpital Cochin, 75014 Paris

2. Service d'urologie, hôpital Henri-Mondor, 94000 Créteil

adelataille@hotmail.com

Objectifs

- Identifier une hyperplasie bénigne de la prostate.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

RAPPEL ANATOMIQUE ET DÉFINITION

La prostate est une glande faisant partie du système urogénital, située autour de l'urètre et sous la vessie. Son rôle est la production de plus de 90 % du liquide séminal (contingent glandulaire) et elle participe activement à l'émission du sperme (éjaculation, contingent musculaire) et à la continence (contingent musculaire). D'un point de vue anatomique, il est distingué trois zones : la zone périphérique représentant 70 % du volume, siège privilégié du cancer, la zone centrale entourant les canaux éjaculateurs, et la zone transitionnelle située en latéro-urétrale où se développe l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP).

L'HBP désigne la formation d'une tumeur bénigne affectant à la fois le tissu glandulaire (adénome), musculaire (myome) et conjonctif (fibrome) [fig. 1].

La prostate augmente de taille durant la vie de l'homme, allant de 15 g à 15 ans pour atteindre en moyenne 40 g à 80 ans. Le poids peut atteindre plus de 300 g, et cette augmentation est liée au développement de l'HBP.

Classiquement, l'HBP développe deux lobes, droit et gauche, mais parfois elle affecte un troisième lobe, dit lobe médian, situé à la face postérieure du col vésical.

ÉPIDÉMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE ET CONSÉQUENCES

Épidémiologie

S'il est bien établi que l'HBP est une affection fréquente, sa prévalence varie selon la définition histopathologique basée sur les études autopsiques, selon les résultats d'études anatomiques prenant en compte l'aspect, le volume ou le poids de la prostate, ou selon les résultats d'études cliniques qui s'intéressent aux conséquences de cette HBP sur le bas appareil urinaire. Toutes les études histopathologiques ont montré que la prévalence de l'HBP est très élevée avec l'âge, passant de 23 % chez les hommes

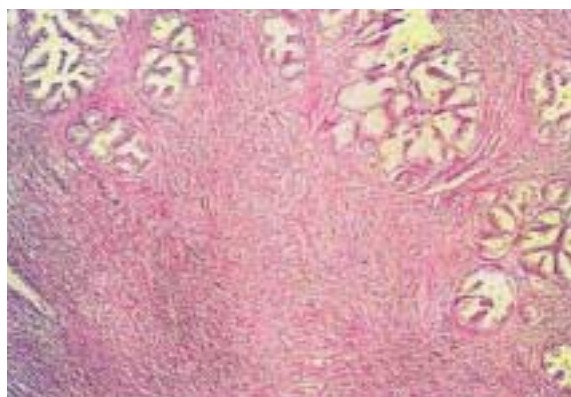


Figure 1 Aspect histologique d'une hyperplasie bénigne de la prostate.

de 41 à 50 ans à 82 % chez ceux entre 71 et 80 ans. L'HBP, selon les études anatomiques, touche un homme sur sept entre 40 et 49 ans et un homme sur deux entre 60 et 69 ans. La prévalence des troubles mictionnels est élevée chez les hommes de plus de 50 ans, d'environ 14 à 21 %.

Facteurs de risque

La physiopathologie de l'HBP est mal connue. Deux facteurs de risque sont connus : un âge avancé et la présence de testicules fonctionnels. D'autres facteurs sont évoqués tels qu'un déséquilibre hormonal au sein de la prostate, des facteurs génétiques et environnementaux.

Les hommes atteints d'un déficit congénital en 5-alpha-réductase (convertissant la testostérone en dihydrotestostérone) ne développent pas d'HBP.

Conséquences d'une hyperplasie bénigne de la prostate

Il n'existe pas de parallélisme anatomoclinique entre le volume de la prostate et la gêne occasionnée : une petite prostate peut entraîner des troubles urinaires beaucoup plus invalidants et marqués qu'une prostate de plus de 300 g restant asymptomatique.

L'HBP peut entraîner des troubles mictionnels obstructifs (dysurie, faiblesse du jet, gouttes retardataires, attente prémictionnelle, jet en pomme d'arrosoir, mictions par regorgement), ou irritatifs (pollakiurie, impériosité, fuites urinaires) plus ou moins importants, voire des complications sévères comme l'insuffisance rénale, les calculs, les infections ou la rétention urinaire aiguë complète (tableau 1).

Lorsque l'obstruction est extrême, il peut apparaître des mictions par regorgement, éventuellement accompagnées d'incontinence urinaire, voire d'une rétention aiguë d'urine.

L'hématurie est parfois le fait d'une HBP, mais ce doit être un diagnostic d'élimination.

L'HBP peut s'accompagner de troubles sexuels sans que le lien de causalité soit encore clairement établi.

L'HBP peut entraîner des complications rénales et vésicales par des phénomènes de stase et d'hyperpression. Au niveau vésical peuvent apparaître des signes de lutte vésicale (hypertrophie et trabéculations vésicales) voire des diverticules vésicaux. Au niveau rénal peuvent apparaître une dilatation bilatérale et symétrique des uretères puis des cavités pyélocalicielles et à long terme une insuffisance rénale obstructive puis terminale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Par argument de fréquence, une HBP est évoquée devant tout homme de plus de 50 ans ayant des troubles mictionnels à prédominance obstructive (tableau 2). Néanmoins, d'autres causes de troubles mictionnels ne doivent pas être ignorées : sténose urétrale, dyssynergie vésico-sphinctérienne dans le cadre de maladie neurologique, diabète, maladie de Parkinson, maladie

Tableau 1 Troubles mictionnels pouvant être liés à l'HBP

Signes obstructifs	Signes irritatifs
■ retard au démarrage ■ jet en pomme d'arrosoir ■ jet faible ■ gouttes retardataires ■ mictions en deux temps ■ miction prolongée ■ rétention complète ou incomplète ■ miction par regorgement	■ pollakiurie ■ impériosité ■ mictions nocturnes ■ urgence mictionnelle ■ volume mictionnel réduit

d'Alzheimer, tumeur vésicale, et notamment le carcinome in situ, cancer de la prostate à un stade très avancé, calcul vésical, acontractilité vésicale et vessie neurologique.

BILAN CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Le bilan a pour objectif :

- d'éliminer une autre cause de trouble mictionnel de l'homme,
- de quantifier les symptômes et d'évaluer leur retentissement sur la qualité de vie,
- de rechercher le retentissement de l'HBP,
- de proposer un diagnostic précoce de cancer de prostate.

Interrogatoire

L'interrogatoire est essentiel et précise les antécédents, les signes fonctionnels urinaires, l'hématurie, les troubles sexuels associés et le traitement habituel.

L'HBP est responsable de troubles obstructifs et irritatifs. Il convient d'évaluer la présence d'une dysurie, d'une faiblesse du jet, de gouttes retardataires, d'attente prémictionnelle, de jet en pomme d'arrosoir, de mictions par regorgement, d'une pollakiurie nocturne (ou nycturie, quantifier le nombre de levers) et diurne, d'impériosité (ou urgenturie) et de fuites urinaires.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Hyperplasie bénigne de la prostate ».

Une question d'urologie sur l'HBP peut facilement aborder plusieurs thèmes tels que les troubles mictionnels, le PSA, l'hématurie, l'infection urinaire ou la rétention aiguë d'urine.

Cas clinique

Un homme de 55 ans vous consulte pour des troubles mictionnels évoluant

depuis quelques mois. Il n'a pas d'antécédent particulier.

1 Détaillez votre interrogatoire.

2 Détaillez votre examen clinique.

Vous décidez de le traiter médicalement par du finastéride.

3 Quel est le mécanisme d'action de ce produit ?

4 Quelles conséquences a-t-il sur le dépistage du cancer de prostate ?

Vous revoyez le même patient 3 mois plus tard pour une aggravation des symptômes urinaires : IPSS à 15, qualité de vie à 5.

5 Que lui proposez-vous

6 Quels sont les effets secondaires possibles ?

Un score des symptômes et de la gêne fonctionnelle est proposé de façon académique : le score IPSS cote de 0 (pas de troubles) à 35 (troubles mictionnels sévères), la sévérité des symptômes et la question sur la qualité de vie allant de 0 (pas de gêne) à 5 (gêne invalidante) (tableau 3).

Examen clinique

Le toucher rectal a pour objectif d'évaluer le volume prostatique, de rechercher une consistance élastique, de rechercher le caractère homogène et d'éliminer une irrégularité ou un nodule évocateur de cancer et l'absence de douleur provoquée évocatrice de prostatite. Il évalue aussi la paroi rectale (tumeur ou polype rectal) et l'aspect des selles (fécalome, méléna, rectorragie).

Il est systématiquement recherché une sténose du méat urétral, une anomalie testiculaire, un globe vésical et une anomalie dans les fosses lombaires (gros rein).

Un examen neurologique minimal du périnée est nécessaire pour éliminer une pathologie neurologique (sensibilité périnéale, tonus du sphincter anal).

La bandelette urinaire reste nécessaire en cas de suspicion d'infection ou d'atteinte rénale (protéinurie).

La débitmétrie urinaire évalue le débit urinaire maximal (normale comprise entre 20 et 30 mL/s) et l'aspect de la courbe en cloche sans poussée abdominale.

Biologie

Il est proposé un ECBU selon les résultats de la bandelette urinaire et un dosage de la créatininémie à la recherche d'une insuffisance rénale.

Un dosage du PSA sérique est réalisé pour le dépistage du cancer de prostate pour les patients de plus de 50 ans et moins de 75 ans (ou de plus de 45 ans en cas d'origine afro-antillaise ou d'antécédent familial de cancer de la prostate). Le PSA n'a aucun intérêt dans le diagnostic ou la prise en charge de l'HBP.

Tableau 2 Causes de troubles mictionnels non liés à l'hyperplasie bénigne de la prostate

Causes de dysurie	Causes de signes irritatifs (pollakiurie et urgenturie)
■ sclérose du col postopératoire	■ infection : cystite, prostatite
■ cancer de prostate stade avancé	■ tumeur de vessie, y compris carcinome in situ
■ sténose de l'urètre et du méat urétral	■ cystite radique après radiothérapie
■ corps étranger intra-urétral	■ instabilité vésicale idiopathique
■ vessie neurologique (diabète, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...)	■ vessie neurologique
■ par mauvaise contraction détrusorienne et/ou dyssynergie vésicosphinctériennes	■ psychogène
■ dysurie médicamenteuse (effet secondaire des anticholinergiques, des psychotropes, des alphastimulants)	■ iatrogène : après chirurgie urologique ou par prise médicamenteuse

POINTS FORTS

à retenir

- L'HBP touche 80 % des hommes ; 2 millions d'hommes français ont des troubles mictionnels, 1 million est traité médicalement et environ 1 homme sur 10 nécessite une intervention chirurgicale pour une HBP symptomatique, gênante et/ou compliquée.
- Il n'existe pas de lien entre le volume de l'HBP et les troubles urinaires. Le volume n'est pas une indication au traitement.
- L'HBP est responsable de troubles urinaires obstructifs et irritatifs.
- L'HBP compliquée est définie par un épisode de rétention, des infections urinaires à répétition, une insuffisance rénale, une dilatation du haut appareil et/ou un résidu postmictionnel important.
- Le traitement médical repose sur l'une des trois classes thérapeutiques qui ont toutes la même efficacité : alphabloquant, inhibiteur de la 5-alpha-réductase ou extraits de plantes. Une association de deux médicaments peut être proposée en cas de non-réponse à une première ligne de traitement bien conduite.
- En cas d'échec du traitement médical et/ou d'une HBP compliquée, un traitement chirurgical est nécessaire.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2289)

Radiologie

Classiquement, une échographie de l'appareil urinaire est réalisée à la recherche des éléments suivants :

- volume prostatique (fig. 2) ;
- homogénéité du parenchyme prostatique (éliminer des zones hypoéchogènes hypervascularisées pouvant évoquer un cancer),
- examen de la paroi vésicale à la recherche de signes de lutte (épaississement, diverticules), de lithiase, de polypes associés (tumeur de vessie à éliminer) ;
- mesure du résidu postmictionnel (pathologique si supérieur à 100 cc) [fig. 3] ;
- recherche d'un résidu postmictionnel (fig. 4) ou d'une urétéro-hydronéphrose.

Examens optionnels

En cas de signes irritatifs prépondérants, il est demandé une cytologie urinaire et une fibroscopie vésicale pour éliminer une tumeur de vessie, et notamment un carcinome in situ ou un facteur irritatif local tel que les calculs ou la bilharziose.

En cas de pathologie neurologique associée, un bilan urodynamique recherche des contractions désinhibées témoignant d'une instabilité détrusorienne.

Enfin, une fibroscopie souple endo-urétrale est préconisée en cas d'antécédent ou en cas de suspicion de sténose de l'urètre.

COMPLICATIONS

Parfois, l'HBP est la source de complications qui vont nécessiter une prise en charge particulière en urgence et souvent aboutir à un traitement chirurgical.

Rétention urinaire aiguë

La rétention urinaire est rare mais constitue un événement traumatisant pour le patient, par son incapacité à vider sa vessie aboutissant à une douleur suraiguë (tableau 4). La mise en place d'une sonde urinaire en urgence est nécessaire. Un premier épisode de rétention n'indique pas un traitement chirurgical systématique sauf en cas de troubles mictionnels invalidants. Un traitement par alphabloquant peut aider à la reprise des mictions normales à l'ablation de la sonde.

La rétention peut être précipitée par une constipation, une prise d'anticholinergique ou une irritation anale (crise hémorroïdaire).

Calculs vésicaux

La présence de calculs témoigne d'une stase urinaire, souvent infectée de façon chronique. Ce calcul peut être responsable d'hématurie ou de signes irritatifs. Sa présence requiert une prise en charge chirurgicale.



Figure 2 Aspect échographique de la prostate comprenant la zone périphérique, siège préférentiel du cancer, et la zone transitionnelle, siège de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Rétention chronique

La rétention chronique est le reflet d'une incompétence de la vessie à se vider complètement. La distension vésicale peut entraîner des fuites par regorgements et à plus long terme une dilatation du haut appareil et une insuffisance rénale chronique, situation très rare.

Tableau 3 Score international des symptômes et de la gêne IPSS (*International prostatic symptom score*)

DURANT LE MOIS PASSÉ		PAS DU TOUT	MOINS DE 1 FOIS SUR 5	MOINS DE LA MOITIÉ DES FOIS	À PEU PRÈS LA MOITIÉ DES FOIS	PLUS DE LA MOITIÉ DES FOIS	À PEU PRÈS TOUJOURS
1 Combien de fois avez-vous l'impression de ne pas avoir vidé complètement votre vessie après avoir fini d'uriner ?		0	1	2	3	4	5
2 Combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner ?		0	1	2	3	4	5
3 Avec quelle fréquence avez-vous eu l'impression qu'il était nécessaire d'uriner en plusieurs temps ?		0	1	2	3	4	5
4 Avec quelle fréquence avez-vous trouvé difficile d'attendre pour uriner ?		0	1	2	3	4	5
5 Avec quelle fréquence avez-vous eu un jet urinaire faible ?		0	1	2	3	4	5
6 Avez-vous eu à pousser ou à faire un effort pour commencer votre miction ?		0	1	2	3	4	5
AU COURS D'UNE NUIT HABITUELLE		PAS DU TOUT	1 FOIS	2 FOIS	3 FOIS	4 FOIS	5 FOIS OU PLUS
7 Combien de fois avez-vous eu à vous réveiller pour uriner entre votre coucher le soir et votre lever le matin ?		0	1	2	3	4	5
SI VOUS DEVIEZ PASSER LE RESTE DE VOTRE VIE AVEC VOS SYMPTÔMES URINAIRES ACTUELS	TRÈS HEUREUX	HEUREUX	PLUTÔT SATISFAIT	MOYENNEMENT SATISFAIT	PLUTÔT INSATISFAIT	MALHEUREUX	INSUP-PORTABLE
8 Qu'en penseriez-vous ?	0	1	2	3	4	5	6



Figure 3 Hyperplasie bénigne de la prostate avec lobe médian faisant saillie dans la lumière vésicale.



Figure 4 Évaluation échographique du résidu post-mictionnel.

Hématurie

L'hématurie liée à une HBP constitue toujours un diagnostic d'élimination. Il convient systématiquement de réaliser une urographie intraveineuse, une cytologie urinaire et une cystoscopie afin de rechercher une tumeur de la voie urinaire ou un calcul.

En cas d'hématurie uniquement expliquée par une HBP, un traitement par inhibiteur de la 5-alpha-réductase est préconisé.

Prostatite

L'infection urinaire peut venir compliquer une HBP. Elle nécessite une prise en charge par antibiothérapie prolongée associée à un traitement de l'HBP. Il convient d'éliminer une rétention associée et de la drainer soit par sonde urinaire soit par cathéter sus-pubien.

– les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase de type 1 (finastéride) ou des types 1 et 2 (dutastéride) agissent par inhibition de la 5-alpha-réductase, enzyme qui transforme au sein de la prostate la testostérone en DHT. Les conséquences sont une diminution du volume prostatique, une amélioration des symptômes atteinte pour son maximum à 3-6 mois et une baisse du recours à la

Tableau 4 Prise en charge d'une rétention urinaire

Causes

- HBP (+++)
- Caillottage vésical
- Rétrécissement urétral
- Dysfonctionnement d'un sphincter artificiel

Diagnostic facile

- forte envie d'uriner
- impossibilité d'uriner
- douleur sus-pubienne
- globe vésical douloureux : masse sus-pubienne arrondie, douloureuse à la palpation, mate à la percussion

Diagnostic différentiel

- anurie
- rétention vésicale chronique : globe vésical mou et peu douloureux, mictions par regorgement

Traitement

- Drainage urinaire par cathéter sus-pubien ou sonde urétrale
Contre-indications du sondage urétral : prostatite fébrile, traumatisme de l'urètre, antécédent de sténose urétrale.
Contre-indication du cathéter sus-pubien : absence de globe vésical, tumeur de vessie, hématurie caillotante, pontage croisé, anticoagulation efficace, antécédent de chirurgie pelvienne.
Remarques : La sténose de l'urètre n'est pas une contre-indication du sondage urétral mais une cause d'impossibilité du sondage. En cas d'échec des deux techniques, un drainage au bloc opératoire s'impose.
- Traitement de la cause

TRAITEMENT

Méthodes

1. Surveillance

La surveillance est proposée en cas d'HBP non ou peu symptomatique. Elle consistera à une réévaluation annuelle des troubles par l'interrogatoire et/ou un score IPSS.

2. Traitement médical

Il existe 3 classes thérapeutiques dont l'efficacité est assez proche :

- les extraits de plantes dont le *Serenoa repens* et le *Pygeum africanum*. L'efficacité est prouvée et ces traitements ont une excellente tolérance,
- les alphabloquants (alfuzosine, doxazosine, tamsulosine et terazosine) : ils agissent sur l'hypertonie sympathique de la région urétrocervicale et entraînent une relaxation des fibres musculaires lisses. L'effet est maintenu dans le temps. Le délai d'action est de 24 heures environ. Les effets secondaires principaux sont les vertiges et l'hypotension orthostatique,

chirurgie. L'efficacité est admise en cas de volume prostatique supérieur à 40 cc. Attention, sous traitement, le PSA s'abaisse de moitié. Pour être interprété pour le dépistage du cancer, il faut donc multiplier son taux par deux. Les effets secondaires possibles sont une diminution de la libido et des troubles de l'érection.

La seule association scientifiquement prouvée est le finastéride et la doxazosine qui, chez les patients présentant des troubles urinaires modérés à sévères, diminue le risque de rétention urinaire, d'aggravation de la symptomatologie urinaire, d'infections, de recours à la chirurgie et d'insuffisance rénale. Ces gains sont à contrebalancer par les effets secondaires qui se cumulent et par le coût.

Enfin, 3 autres classes thérapeutiques doivent être citées :

- les anticholinergiques peuvent avoir une indication chez les patients présentant des troubles mictionnels irritatifs avec un faible risque de rétention,
- les anti-diurétiques peuvent être proposés chez les patients de moins de 65 ans présentant une nycturie isolée invalidante prouvée par calendrier mictionnel,
- la toxine botulinique est actuellement en évaluation pour les troubles mictionnels réfractaires.

3. Traitement chirurgical

Trois traitements sont reconnus.

- ✓ **L'incision cervico-prostatique** consiste en une incision transurétrale du col de la prostate. Elle est rapide, simple, et permet en général de conserver des éjaculations antégrades. Elle ne s'applique qu'aux petites prostates sans lobe médian proéminent. Le patient doit être informé de la possibilité d'une intervention ultérieure.
- ✓ **La résection endoscopique (ou transurétrale) de prostate** est la technique la plus utilisée qui consiste à retirer l'adénome sous forme de copeaux en laissant la coque prostatique. Les copeaux sont analysés en anatomopathologie. Un cathéter urétral (sonde vésicale) est laissé en place pendant 2 à 3 jours. Le saignement postopératoire nécessite un lavage vésical continu au sérum physiologique. L'intervention entraîne une éjaculation rétrograde dans 80 à 100 % des cas, une incontinence dans 2 % des cas, une sclérose du col vésical ou une sténose urétrale dans 2 à 3 % des cas. En dehors des complications postopératoires non spécifiques (phlébite, infection urinaire, hémorragie et risque transfusionnel), une complication spécifique consiste en la réabsorption du glycolcolle. Ce produit est utilisé comme soluté d'irrigation au cours de l'intervention, et sa réabsorption peut être responsable d'une hyponatrémie et donc d'une hyperhydratation intracellulaire dont les signes sont des troubles visuels et une confusion. Le traitement comprend la restriction hydrique, l'administration de diurétiques de l'anse et la perfusion de soluté salé hypertonique.
- ✓ **L'adénomectomie prostatique par voie sus-pubienne**, en cas de gros adénome (> 60 à 100 g selon les chirurgiens), après une courte incision sus-pubienne, permet d'énucléer l'adénome au doigt soit par voie transvésicale soit au travers de la coque prostatique. Les effets secondaires sont les mêmes que pour la résection de prostate (en dehors de la réabsorption de glycolcolle).

Tableau 5 Indications du traitement chirurgical

- 1 Signes fonctionnels invalidants malgré un traitement médical bien suivi
- 2 Dilatation bilatérale et symétrique des uretères, bassins et calices
- 3 Retentissement vésical de l'obstruction : lithiase, diverticules vésicaux, résidu postmictionnel (> 150 cc), insuffisance rénale
- 4 Rétention urinaire aiguë itérative sans possibilité de sevrage de la sonde urinaire
- 5 Infection urinaire récidivante liée à l'obstruction : cystite, prostatite, épididymite
- 6 Hématuries récidivantes

L'utilisation du laser est actuellement en cours d'évaluation. Réalisant une vaporisation de la prostate, il permettrait le traitement de patients sous anticoagulant, de réduire le saignement et la durée d'hospitalisation. L'inconvénient est l'absence de tissu prostatique analysé histologiquement.

4. Technique mini-invasive

Depuis plusieurs années, des techniques mini-invasives se sont développées pour traiter l'HBP, en particulier la thermothérapie (TUNA). Cette technique n'est pas équivalente à un traitement chirurgical mais se place comme une alternative à un traitement médical prolongé.

5. Sonde urinaire et cathéter sus-pubien

La sonde vésicale à demeure ou le cathéter sus-pubien peuvent être proposés dans le cadre d'une rétention urinaire. Ces alternatives sont aussi proposées aux patients grabataires ou ayant une contre-indication formelle à la chirurgie et/ou à l'anesthésie.

6. Stent urétral

Les endoprothèses urétrales (stents) sont réservées aux patients ayant une contre-indication chirurgicale absolue, ou de façon temporaire chez les patients chez qui l'effet de la résection doit être testé avant réalisation (souvent chez des patients neurologiques).

Indications thérapeutiques

Les indications du traitement de l'HBP dépendent de la sévérité des symptômes, de la gêne, du souhait du patient et de la présence de complications.

1. HBP non compliquée non symptomatique

Dans ce cas, la surveillance est de règle.

2. HBP non compliquée symptomatique

Le traitement de première intention est médical, avec une réévaluation des troubles à 3-6 mois. Le traitement ne comprendra qu'une monothérapie parmi les trois classes précitées.

La réévaluation entre 3 et 6 mois distinguera les patients outagés pour lesquels le traitement sera poursuivi (ou interrompu si les troubles sont très modestes) des patients non soulagés pour lesquels il pourra être effectué un changement de thérapie au sein de la même classe ou vers une autre classe, une association en cas de troubles sévères, un traitement mini-invasif ou un traitement chirurgical.

3. HBP compliquée

La présence d'une complication suggère une indication chirurgicale, en particulier la rétention vésicale chronique, l'urétérohydronéphrose, l'insuffisance rénale, les infections à répétition, les calculs vésicaux, la vessie de lutte marquée ou les rétentions aiguës d'urine à répétition (tableau 5).

Le traitement chirurgical est :

- une incision cervico-prostatique en cas de petite prostate sans lobe médian proéminent et lorsque le patient souhaite conserver des éjaculations antégrades,
- une résection transurétrale de prostate si la prostate est de moins de 60-80 g environ,
- une adénomectomie si la prostate est de plus de 60-80 g environ.

Surveillance

Pour les patients ayant une HBP non compliquée, un suivi annuel est réalisé comprenant un interrogatoire, un score IPSS, un examen clinique, un PSA (si l'âge est < 75 ans).

Pour les patients traités chirurgicalement, le risque de cancer de prostate subsiste, et un dosage annuel du PSA reste nécessaire. En outre, le patient devra consulter en cas de récurrence dysurique faisant évoquer une sclérose du col, une sténose urétrale ou une repousse adénomateuse de la prostate. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

- | | |
|---|--|
| <p>► HBP dans Urologie
Collège universitaires des enseignants d'urologie
Réussir l'Internat
Éditions Ellipses : 367 p.</p> | <p>► Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hyperplasie bénigne de la prostate
ANAES, mars 2003</p> |
| <p>► HBP dans Urologie
Beley S, Roupert M
Éditions Vernazobres-Grego : 202 p.</p> | <p>► HBP
Fourcade RO, Tahan H
EMC. Paris : Elsevier
18-550-A-10</p> |
| <p>► HBP dans Urologie
Traxer O
Conférence Hippocrate
Concours Med : 212 p.</p> | |

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 L'HBP siège à la périphérie de la glande.
- 2 L'HBP peut se transformer en un cancer de la prostate.
- 3 Une preuve histologique est recommandée pour porter le diagnostic d'HBP.
- 4 L'HBP implique toujours une prostate augmentée de volume.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les inhibiteurs de 5-alpha-réductase inhibent la transformation de la testostérone en DHT dans les cellules prostatiques.
- 2 Les inhibiteurs de 5-alpha-réductase abaissent le taux de PSA de moitié.
- 3 La présence d'un volume prostatique supérieur à la normale impose toujours un traitement médical.

- 4 Les alphabloquants sont plus efficaces que les extraits de plantes et les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase.

C / QCM

Parmi les propositions suivantes concernant l'HBP, indiquer la ou les propositions exactes ?

- 1 Un volume prostatique très élevé fait souvent choisir un traitement chirurgical plutôt que médicamenteux.
- 2 L'HBP ne peut pas être responsable d'incontinence urinaire.
- 3 L'effet secondaire le plus fréquent des alphabloquants est l'hypotension orthostatique.
- 4 Il est possible de combiner par deux tous les médicaments de l'HBP.
- 5 La chirurgie de l'adénome de prostate est source de stérilité secondaire.

Réponses : A : F, F, F, F / B : V, V, F, F / C : 3, 5.