

Une affection typique chez l'homme âgé

Actualité sur l'hyperplasie bénigne de la prostate

Le terme hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est souvent utilisé à tort pour désigner tous les troubles obstructifs de la vidange vésicale. Or l'HBP demeure un diagnostic histologique. Les manifestations des troubles des phases de remplissage, de vidange et post-mictionnelles, font partie des symptômes LUTS (« Lower Urinary Tract Symptoms ») selon la dénomination internationale (1). Ces symptômes touchent la majorité de la population âgée et peuvent parfois sévèrement affecter la qualité de vie. Dans le cas de l'HBP, la cause principale de LUTS est l'obstruction prostatique bénigne ou « prostatisme ».

L'incidence de l'HBP augmente avec l'âge. Elle est de 50–60% durant la 6^{ème} décennie de vie et augmente jusqu'à 80–90% dans la 7^{ème} et 8^{ème} décennie de vie (2). Dès lors, tout homme de 40 ans et plus consultant pour une symptomatologie évoquant un prostatisme devrait bénéficier d'une prise en charge selon les dernières recommandations.

Origine

Le mécanisme physiopathologique exact impliqué dans l'HBP étant multifactorielle n'est pas complètement élucidé (3). L'influence des androgènes joue un rôle prépondérant dans le développement de l'HBP (4).

Anatomiquement, l'HBP touche essentiellement la zone transitionnelle de la prostate, alors que l'adénocarcinome prostatique se retrouve préférentiellement dans la zone périphérique (fig. 1). Histologiquement, on observe une hyperplasie adénomateuse et fibromusculaire. On parle également d'adénome de la prostate.

Présentation clinique

Les troubles de la vidange vésicale peuvent s'exprimer de deux manières:

Symptômes obstructifs

Ils se caractérisent par un jet à l'initiation hésitante, diminué en force, prolongé, voir haché. La miction nécessite des poussées abdominales et est associée à une sensation de vidange incomplète.

Symptômes irritatifs

L'HBP peut provoquer une augmentation du volume du résidu post-mictionnel. Il peut en résulter une augmentation de la fréquence mictionnelle diurne (pollakiurie) et nocturne (nycturie), des urgences mictionnelles (urgentes) ainsi que des incontinences d'urgence, d'effort et/ou par regorgement.

Leur présence doit ouvrir le diagnostic différentiel à d'autres des pathologies vésicales d'origine urologique, neurologique, infectieuse, lithiasique ou néoplasique. Les deux symptomatologies coexistent le plus souvent.



Dr Andry Perrin
Lausanne

Evaluation diagnostique

Le diagnostic devrait être posé dès la consultation générale chez le médecin de famille.

L'anamnèse est très importante dans l'évaluation (5). Elle doit permettre, en présence de symptômes mictionnels obstructifs et/ou irritatifs, d'exclure d'autres d'autres étiologies telles que le diabète, des pathologies neurologiques, infectieuses, l'insuffisance cardiaque, un traitement médicamenteux inadéquat (diurétiques), des facteurs alimentaires, d'hygiène de vie ou d'identifier une anamnèse familiale particulière.

Il existe différents questionnaires permettant d'évaluer l'impact des symptômes.

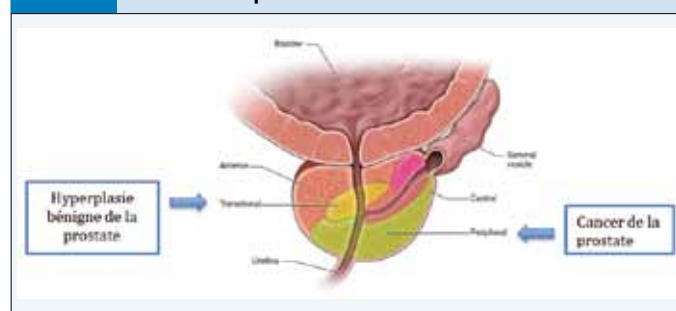
Le plus utilisé et le « score IPSS-QoL » (International Prostate Score Symptom – Quality of Life) (tab. 1) (6). Il est néanmoins limité par l'absence d'investigation de l'incontinence.

Les calendriers mictionnels permettent une évaluation objective de la fréquence des mictions et de leur volume. Ils intègrent également des informations telles que l'hydratation, la survenue d'urgenterie, d'incontinence et l'utilisation de protections. Il est recommandé de les réaliser sur 3 jours avant et après l'introduction d'un traitement (7).

Le toucher rectal est le moyen le plus simple d'évaluer le volume prostatique, même si son interprétation est subjective. Il permet également d'évaluer la consistance ou de nodules suspects.

Pour rappel, le poids d'une prostate normale est de 20 grammes chez les hommes de 21 à 30 ans (8).

FIG. 1 Zones de la prostate – Classification de Mc Neal



TAB. 1 Le score IPSS-QoL

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
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
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
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
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
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5
	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

- 0 – 7 = léger
- 8 – 19 = modéré
- 20 – 35 = sévère

Total = IPSS :

L'ultrason transrectal (TRUS, «Transrectal Ultrasound») est plus précis dans l'estimation du volume, surtout pour des prostatites de plus de 30 ml (9).

Le dosage du « Prostate-specific antigen » (PSA) est discuté dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, et il n'est pas utilisé lors de suspicion ou suivi d'une HBP (12).

La fonction rénale doit être suivie régulièrement, les cas d'insuffisance rénale étant plus fréquents chez les patients présentant des symptômes obstructifs (10). Celle-ci est évaluée par la mesure de la créatinine sérique et de l'estimation du taux de filtration glomérulaire (eGFR).

Une fois ces investigations réalisées, le patient peut être adressé à un urologue, afin de bénéficier d'examen plus spécifiques (débitmétrie, imagerie, endoscopie, bilan urodynamique)

Traitements conservateurs

« Watchful waiting »

Un grand nombre de patient présentant un prostatisme ne sont pas suffisamment symptomatiques pour nécessiter un traitement médicamenteux ou chirurgical. Leur status mictionnel peut rester stable durant des années sans traitement et sans présenter de complications telles que des retentions urinaires, des infections urinaires ou une insuffisance rénale (11). Un suivi annuel ou bi-annuel avec évaluation du score IPSS, une débitmétrie et la mesure du RPM est alors recommandé (12).

Adaptation de l'hygiène de vie

La communication et l'éducation du patient lui permettront une meilleure gestion de sa pathologie. Des contrôles réguliers du sta-

tus mictionnel et de la fonction rénale par le médecin traitant sont souhaitables. La consommation de produits tel que le café ou l'alcool est à modérer au vu de leurs effets diurétiques et irritants. Les boissons de manière générale sont à consommer en corrélation avec les périodes de la journée, notamment en les réduisant le soir ou avant une sortie dans des lieux publics. Le traitement du patient est à réévaluer régulièrement, en particulier en ce qui concerne les diurétiques. Des entraînements de la vessie (« Bladder training »), par la retenue avec autocontrôle du plancher pelvien (Biofeedback) lors de la sensation d'urgence mictionnelle, permettent l'augmentation de la capacité vésicale.

Phytothérapie

Lors d'une HBP débutante avec une symptomatologie peu invalidante, ce type de traitement est disponible avec notamment le Prostagutt F® ou la Prosta-urgenine® avec un impact variable sur les symptômes mictionnels. Au vu du bas niveau d'évidence sur l'efficacité des produits disponibles, il n'existe actuellement pas de recommandation claire quant à l'utilisation de ces produits (12).

Les alpha-bloquants: Tamsulosine (Pradif®), Alfuzosine (Xatral®), Térazonine (Hytrin®BPH)

Ce traitement est la première ligne de traitement du prostatisme chez l'homme au vu de sa rapidité d'action, de son efficacité et du peu d'effets indésirables associés. Ils agissent au niveau de la musculature lisse de la prostate, réduisant par conséquent son tonus et son effet obstructif. Leur impacte au niveau des vaisseaux sanguins et du système nerveux central conduit à leurs effets indésirables, notamment les vertiges orthostatiques. Il existe différentes molécules sur le marché (Tamsulosine (Pradif®), Alfuzosine (Xatral®), Térazonine (Hytrin®BPH)), mais toutes semblent présenter la même efficacité si elles sont prescrites avec la posologie adéquate. Des études contrôlées et randomisées ont démontré une réduction du score IPSS de 30 à 40%, ainsi qu'une augmentation du débit urinaire maximal de 20–25% (13). La taille de la prostate n'affecte pas directement l'effet du traitement sur le long terme, néanmoins celui-ci semble plus efficace avec des prostatites de volume < 40 ml (13). Les alpha-bloquants n'ont pas d'impact sur le volume prostatique ni sur le risque de développer une rétention urinaire à long terme. Leur impact sur le score IPSS ainsi que le débit urinaire maximal se maintient généralement durant 4 ans, et cela dans toutes les tranches d'âge. Leurs effets indésirables principaux sont l'apparition d'hypotension orthostatique en raison de la vasodilatation, ainsi que des troubles de l'éjaculation (éjaculation rétrograde, anéjaculation) (14).

Les inhibiteurs de la 5-alpha-reductase (I5AR): Finastéride (Proscar®) et Dutastéride (Avodart®)

La 5-alpha-reductase (5AR) est une enzyme qui permet la transformation de la testostérone en sa forme plus active, la dihydrotestostérone (DHT). C'est la DHT qui agit directement sur la prostate sur le plan androgénique. La 5AR se présente sous 2 isoformes:

- ▶ La 5AR de type 1 est peu active au niveau de la prostate, mais plutôt au niveau de la peau ou du foie
 - ▶ La 5AR de type 2 est principalement active au niveau de la prostate
- Le Finastéride (Proscar®) cible de manière préférentielle la 5AR de type 2, alors que le Dutastéride (Avodart®) inhibe les 2 types avec une efficacité similaire.

Ces traitements induisent une réduction du volume prostatique de 18–28%, ainsi que du taux de PSA circulant de 50% en 6–12 mois (17). Ils ne sont pas indiqués pour des prostatites d'un volume < 40 ml (18–20).

Ces traitements réduisent significativement le risque de rétention urinaire aiguë ou l'indication à un traitement chirurgical à > 1 an (21). Au vu de leur long délai d'action, ils sont utilisés préférentiellement pour des thérapies de longue durée.

Les effets indésirables sont essentiellement de l'ordre de la fonction sexuelle. Ils peuvent se présenter sous la forme d'une simple baisse de libido ou d'une dysfonction érectile, ou plus rarement par des troubles éjaculatoires tels que l'éjaculation rétrograde, l'anéjaculation ou la baisse du volume du sperme (14, 22).

A noter qu'en raison de son impact sur la vascularisation prostatique, une diminution des pertes sanguines lors des interventions chirurgicales endoscopiques de la prostate a été décrite chez les patients bénéficiant d'un traitement par IRAR au préalable en raison de son impact sur la vascularisation prostatique (23).

Combinaison des deux traitements: Duodart®

La combinaison d'un alpha-bloquant et d'un I5AR, dans le cas du Duodart® la Tamsulosine et le Dutastéride, montre une amélioration plus importante que la monothérapie, avec une diminution majeure du prostatisme, une augmentation du débit urinaire maximal et un meilleur contrôle sur la progression de la pathologie (16). Elle est donc d'emblée indiquée chez les patients présentant un prostatisme modéré à sévère et chez qui on aimerait éviter une intervention.

Le délai d'action de l'alpha-bloquant permet une amélioration dans les heures/jours suivants l'introduction du traitement, dont l'efficacité est potentialisée par l'I5AR sur le long terme (minimum 8 semaines selon les études). On peut envisager l'arrêt de l'alpha-bloquant après 6 mois de traitement. Les effets indésirables associent ceux de la Tamsulosine et du Dutastéride (14).

Les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5):

Tadalafil (Cialis®)

Les IPDE5 diminuent le tonus musculaire lisse du détrusor, de la prostate et de l'urètre. Pour cette raison, plusieurs études randomisées et contrôlées ont démontré leur efficacité sur la réduction du score IPSS, des symptômes obstructifs/irritatifs et sur l'amélioration de la qualité de vie. L'IPSS diminuerait de 22–37% dans la semaine suivant l'initiation du traitement (15). Bien que plusieurs principes actifs ont été étudiés, seul le Tadalafil (Cialis®) a été retenu comme traitement des LUTS masculins, associés ou non à une dysfonction érectile. Une prise quotidienne de 5mg en une dose est recommandée. Une méta-analyse a démontré que les patients bénéficiant le plus de ce traitement sont les jeunes avec un indice de masse corporelle bas et une symptomatologie sévère (16). Aucune étude n'a démontré de bénéfice par rapport à une thérapie combinée avec d'autres traitements.

Les effets indésirables fréquemment rencontrés sont la céphalée, les bouffées vasomotrices (« Flushing »), le reflux gastro-oesophagien et la dyspepsie. La diminution du volume spermatique est également décrite (14).

Leur utilisation n'est pas très répandue pour cette indication car elle n'est pas prise en charge par les assurances.

TAB. 2 Traitements médicamenteux

Nom commercial	Principe actif	Mécanisme	Indication	Posologie	Contre-indications	Effets indésirables relevants	Remarques
Prosta-urgenine®	Extraits de fruit de sabal	Médicaments phytothérapeutique	Prostatisme débutant léger	1 cp/jour avec un repas	Hypersensibilité aux composants	Rares reflux gastro-oesophagiens	Rares reflux gastro-oesophagiens
Prostagutt F®	Extraits de fruit de sabal et de racine d'ortie	Médicaments phytothérapeutique	Prostatisme débutant léger	2 cp/jour avec un repas	Hypersensibilité aux composants	Légers troubles gastro-intestinaux	
Pradif® T 0.4mg ou Omix® Ocas 0.4mg	Tamsulosine	Alpha-bloquant	Prostatisme léger à modéré	1 cp/jour le soir à jeun chez les patients avec un risque de réaction hypotonique	Antécédent d'hypotension orthostatique Insuffisance hépatique sévère Co-administration d'inhibiteurs puissants de la CYP3A4 (par ex. clarithromycine, itraconazole, voriconazole) Association avec d'autres alpha-bloquants Hypersensibilité aux composants	Hypotension orthostatique, palpitations Troubles de l'éjaculation (éjaculation rétrograde ou anéjaculation) Etourdissements, céphalées, vertiges	première ligne de traitement du prostatisme au vu de sa rapidité d'action, de son efficacité et du peu d'effets indésirables associés
Xatral® Uno ret 10 mg ou Xatral® 2.5 mg	Alfuzosine	Alpha-bloquant	Prostatisme léger à modéré	10mg ret 1 cp/jour le soir après un repas ou 2.5 mg 3 cp/jour avec la première dose le soir	Idem Tamsulosine	Idem Tamsulosine, mais avec moins de troubles de l'éjaculation	Chez les patients âgés ou hypertendus traités, le Xatral® 2.5 mg peut être prescrit avec la 1ère dose le soir, puis 2 cp/jour, puis 3x/jour selon tolérance
Avodart® 0.5 mg	Dutastéride	Inhibiteurs de la 5-alpha-reductase	Prostatisme léger à modéré Diminution du risque de saignement au vu d'une intervention chirurgicale de la prostate	1 cp/jour, durant minimum 6 mois indépendamment des repas	Hypersensibilité aux composants	Diminution de la libido, dysfonction érectile (impuissance), troubles de l'éjaculation (éjaculation rétrograde ou anéjaculation) Gynécomastie Douleurs testiculaires et des seins	L'effet maximal du traitement est ressenti après 6 mois de traitement
Proscar® 5 mg	Finastéride	Inhibiteurs de la 5-alpha-reductase	Idem Dutastéride	1 cp/jour indépendamment des repas	Idem Dutastéride	Idem Dutastéride	
Duodart® 0.5/0.4 mg	Tamsulosine et Dutastéride	Combinaison d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5-alpha-reductase	Prostatisme modéré à sévère	1 cp/jour dans les 30 minutes suivant un repas, jamais à jeun!	Idem Tamsulosine + Dutastéride	Idem Tamsulosine + Dutastéride	L'arrêt de la Tamsulosine peut être évaluée après 6 mois
Cialis® 5 mg	Tadalafil	Inhibiteurs de la phosphodiesterase 5	Prostatisme léger à modéré, associé ou non à une dysfonction érectile	1cp/jour maximum ou 0.5 cp/jour selon tolérance	Antécédents d'infarctus du myocarde, angor instable ou douleurs angineuses pendant les rapports sexuels, insuffisance cardiaque, arythmies non contrôlées, hypotension artérielle (<90/50 mm Hg) ou une hypertension artérielle non contrôlée, antécédents d'AVC Hypersensibilité aux composants	Céphalées Vertiges Palpitations, tachycardie, bouffées vasomotrices (« flushing ») Dyspepsie et reflux gastro-oesophagien	Non-remboursé par les assurances maladie Peu de données chez les patients âgés

Traitements chirurgicaux

En cas d'intolérance ou d'échec des traitements médicamenteux, une prise en charge chirurgicale est indiquée. Si celle-ci est contraindiquée au vu des antécédents et des comorbidités du patient, des sondages intermittents (auto- ou hétéro-sondages) ou permanents (transurétral ou sus-pubien) sont à discuter.

Résection transurétrale de la prostate (« TransUrethral Resection of the Prostate », TURP)

Malgré l'émergence de nouvelles technologies telles que le laser ou les micro-ondes, la TURP reste le « Gold Standard » pour la prise en charge des LUTS secondaires à un prostatisme.

Une méta-analyse récente, avec un suivi maximal de 5 ans, permettent de constater une amélioration significative du Qmax (+162%), du score IPSS (-70%), du QoL score (-69%) ainsi que du RPM (-77%) (24).

Actuellement le système bipolaire est le plus utilisé, celui-ci permettant une résection avec une irrigation à base de NaCl (nette réduction du «TUR-syndrome»), avec une meilleure sécurité opératoire du fait de la présence des 2 pôles sur le résectoscope limitant la diffusion de l'énergie électrique.

Le risque de ré-opération dans l'année est de 1-2% (25). Les complications à court terme liées à cette intervention sont la formation de caillots intravésicaux (4.9%), les infections urinaires (4.1%), les rétentions urinaires aiguës et les hémorragies nécessitant une transfusion (2%). Le «TUR-syndrome» (syndrome post résection endoscopique), est une grave complication associant une hyponatrémie aiguë aux effets toxiques du Glycocolle et de ses métabolites. Le Glycocolle est un soluté d'irrigation qui n'est presque plus utilisé, raison pour laquelle le «TUR-syndrome» ne concerne plus que 0.8% des interventions (20). L'éjaculation rétrograde (65.4%), la dysfonction érectile (6.5%), les sténoses urétrales (3.8%) ou du col vésical (4.7%), les infections et rétentions urinaires, ainsi que l'incontinence urinaire (2.2%) font partie des complications à long terme (25).

Traitement endoscopique par laser

Il existe différents types de traitement par vaporisation ou énucléation au laser de la prostate (Holmium, «Green light», Diode, Thulium). Ils montrent des résultats fonctionnels et de qualité de vie similaires à ceux de la TURP. Ils demandent en temps opératoire plus long, mais permettent un retrait de la sonde trans-urétrale plus rapide et une durée d'hospitalisation plus courte (26). L'intérêt de ces techniques est surtout de pouvoir traiter des patients à risque nécessitant une anticoagulation et/ou une antiagrégation ne pouvant pas être interrompus. A long terme, les patients traités par laser présentent moins de risque de saignement, mais plus de troubles mictionnels irritatifs (27). De plus, l'énucléation au laser Holmium présente la même efficacité en terme de résultats fonctionnels que la prostatectomie transvésicale selon Freyer par laparotomie pour les prostatites de plus de 100 grammes (28).

Traitement par micro-ondes transurétrales (TUMT)

Cette méthode consiste en la diffusion de micro-ondes émises à partir d'une antenne placée dans l'urètre prostatique afin de diffuser une chaleur > 45°C dans le tissu prostatique. Ce processus provoque une nécrose tissulaire par coagulation. Les études montrent des résultats fonctionnels inférieurs à ceux de la TURP, mais des complications significativement moins fréquentes. Les exceptions sont le taux de dysfonction sexuelle, les sténoses de l'urètre et la sclérose du col vésical (29).

Stents prostatiques

Les stents prostatiques peuvent être temporaires comme le iTIND (« Temporary Implantable Nitinol Device ») ou permanent comme l'UroLume prosthesis. Leur utilisation requiert un muscle détracteur fonctionnel.

Les stents permanents sont biocompatibles, ce qui induit une épithélialisation. Les modèles temporaires sont soit biodégradables, soit biostables. Leur mise en place permet un soulagement des symptômes en peu de temps.

Ils sont notamment utilisés chez des patients temporairement non éligibles pour une intervention chirurgicale ou comme alternative au sondage chez des patients présentant des rétentions urinaires chroniques. En raison de leur taux élevé d'effets indésirables (migration, mauvaise localisation, exacerbation des LUTS ou incrustation), les stents prostatiques ne jouent qu'un rôle mineur dans la prise en charge du prostatisme (30).

La prostatectomie transvésicale selon Freyer par laparotomie

Cette technique, ainsi que l'énucléation au laser Holmium, sont les interventions de premier choix chez les patients présentant une prostate de > 80 ml, susceptibles de supporter une telle intervention. La mortalité a diminué significativement durant les 20 dernières années (< 0.25%) (31). Néanmoins, le taux de complications post-opératoires peut atteindre 28% des cas, avec jusqu'à 24% de complications hémorragiques (32), avec la nécessité de transfuser le patient dans 7-14% des cas (31). Les complications à long terme sont l'incontinence urinaire (jusqu'à 10%), la sclérose du col vésical et la sténose urétrale.

Nouvelles technologies

Injection intraprostatique d'éthanol

L'éthanol est injecté sous sa forme déshydratée ou en gel dans le tissu prostatique par voie transurétrale, transpérinéale ou transrectale (33). Il y a pour l'heure peu de données sur cette technique, a priori associée à de nombreux effets indésirables et des résultats à long terme très variables.

Injection intraprostatique de toxine botulique

L'injection intraprostatique de Botox induit une atrophie tissulaire, une diminution du volume de la glande et une inhibition neuronale. L'effet inhibiteur sur les récepteurs alpha-adrénergiques contribue à la relaxation des cellules musculaires lisses (34). Pour l'heure, les données sur l'effet thérapeutique à long terme sont limitées.

Adénomectomie prostatique minimal invasive robot-assistée

L'abord est transpéritonéal. Il s'agit d'une alternative associée à un risque hémorragique nettement moins élevé que l'adénomectomie transvésicale selon Freyer par laparotomie, avec de meilleurs résultats fonctionnels à 6 mois (35). Il n'existe pas actuellement les données sur l'évolution à long terme manquent encore.

Urolift

Il s'agit d'une technique minimalement invasive qui consiste en une élévation ou un maintien des tissus prostatiques hypertrophiques hors de la lumière de l'urètre prostatique en «agrafant» les deux lobes de l'adénome à la capsule. Plusieurs études montrent une amélioration significative du score IPSS, de la débilité et de la qualité de vie. Les complications les plus fréquentes, se manifestant de manière légère à modérée, sont la macrohématurie, la dysurie, les douleurs pelviennes, l'urgenterie, l'incontinence uri-

naire d'effort transitoire et les infections urinaires. Aucun impact sur la fonction sexuelle n'a été mis en évidence (36–39).

Abbreviations

LUTS	«Lower Urinary tract Symptoms», symptômes du bas appareil urinaire
HBP	Hyperplasie bénigne de la prostate
BOO	«Bladder Outlet Obstruction», troubles obstructifs de la vidange vésicale
TURP	«Transurethral Resection of the Prostate», résection endoscopique de la prostate
TRUS	«Transrectal Ultrasound», ultrason transrectal
PSA	«Prostate-specific antigen»
DHT	Dihydrotestostérone
5AR	5-alpha-reductase
I5AR	Inhibiteurs de la 5-alpha-reductase
Qmax	Débit urinaire maximal
RPM	Résidu post mictionnel

Dr Andry Perrin

Pr Patrice Jichlinski

Dr Yannick Cerantola

Dr Marco Boldini

Service d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Rue Bugnon 46, 1011 Lausanne
andry.perrin@chuv.ch

Références:

- Abrams P et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78
- Roehrborn CG. Benign prostatic hyperplasia: an overview. *Rev Urol* 2005;7 Suppl 9:S3-S14
- Untergasser G et al. Benign prostatic hyperplasia: age-related tissue remodeling. *Exp Gerontol* 2005;40:121-8
- Imperato-McGinley J et al. Prostate visualization studies in males homozygous and heterozygous for 5 alpha-reductase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75:1022
- Novara G et al. Critical Review of Guidelines for BPH Diagnosis and Treatment Strategy. *Eur Urol Suppl* 2006;4:418-29
- Barry MJ et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol* 1992;148:1549-57;discussion 1564
- Yap TL et al. A systematic review of the reliability of frequency-volume charts in urological research and its implications for the optimum chart duration. *BJU Int* 2007;99:9-16
- Berry SJ et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol* 1984;132:474
- Roehrborn CG. Accurate determination of prostate size via digital rectal examination and transrectal ultrasound. *Urology* 1998;51 (4A Suppl):19-22
- Gerber GS et al. Serum creatinine measurements in men with lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1997;49:697-702
- Isaacs JT. Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention. *Prostate Suppl* 1990;3:1-7
- EAU Guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction (BPO). *Eur Urol* 2013;64:118-40
- Michel MC et al. Comparison of tamsulosin efficacy in subgroups of patients with lower urinary tract symptoms. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 1998;1:332-5
- Compendium suisse des médicaments. www.compendium.ch
- Oelke M et al. Monotherapy with tadalafil or tamsulosin similarly improved lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in an international, randomised, parallel, placebo-controlled clinical trial. *Eur Urol* 2012;61:917-25
- Gacci M et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with alpha-blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2012;61:994-1003
- Naslund MJ et al. A review of the clinical efficacy and safety of 5alpha-reductase inhibitors for the enlarged prostate. *Clin Ther* 2007;29:17-25
- Boyle P et al. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: meta-analysis of randomized clinical trials. *Urology* 1996;48:398-405
- Gittelman M et al. Dutasteride improves objective and subjective disease measures in men with benign prostatic hyperplasia and modest or severe prostate enlargement. *J Urol* 2006;176:1045-50; discussion 1050
- Roehrborn CG et al. Long-term sustained improvement in symptoms of benign prostatic hyperplasia with the dual 5alpha-reductase inhibitor dutasteride: results of 4-year studies. *BJU Int* 2005;96:572-7
- McConnell JD et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. *N Engl J Med* 1998;338:557-63
- Naslund MJ et al. A review of the clinical efficacy and safety of 5alpha-reductase inhibitors for the enlarged prostate. *Clin Ther* 2007;29:17-25
- Donohue JF et al. Transurethral prostate resection and bleeding: a randomized, placebo controlled trial of role of finasteride for decreasing operative blood loss. *J Urol* 2002;168:2024-6
- Ahyai SA et al. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement. *Eur Urol* 2010;58:384-97
- Madersbacher S et al. Is transurethral resection of the prostate still justified? *BJU Int* 1999;83:227-37
- Thangasamy IA et al. Photoselective vaporisation of the prostate using 80-W and 120-W laser versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: a systematic review with meta-analysis from 2002 to 2012. *Eur Urol* 2012;62:315-23
- Bachmann A et al. A Multicenter Randomized Noninferiority Trial Comparing GreenLight-XPS Laser Vaporization of the Prostate and Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction: Two-yr Outcomes of the GOLIATH Study. *Eur Urol* 2016;69:94-102
- Kuntz RM et al. 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
- Hoffman RM et al. Microwave thermotherapy for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:Cd004135
- Vanderbrink BA et al. Prostatic stents for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 2007;17:1-6
- Gratzke C et al. Complications and early postoperative outcome after open prostatectomy in patients with benign prostatic enlargement: results of a prospective multicenter study. *J Urol* 2007;177:1419-22
- Pariser JJ et al. National Trends of Simple Prostatectomy for Benign Prostatic Hyperplasia With an Analysis of Risk Factors for Adverse Perioperative Outcomes. *Urology* 2015;86:721-5
- Larson BT et al. Intraprostatic injection of alcohol gel for the treatment of benign prostatic hyperplasia: preliminary clinical results. *Scientific World Journal* 2006;6:2474-80
- Chuang YC et al. Novel action of botulinum toxin on the stromal and epithelial components of the prostate gland. *J Urol* 2006;175:1158-63
- Asimakopoulos AD et al. The surgical treatment of a large prostatic adenoma: the laparoscopic approach—a systematic review. *J Endourol* 2012;26:960-7

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ 50 à 60% des hommes dans leur 6^{ème} décennie ainsi que 80 à 90% de ceux de 70 à 80 ans sont atteints d'une HBP (40)
- ◆ Les symptômes précoces et légers peuvent être aisément contrôlés avec une prise en charge comportementale associée à une monothérapie alpha-bloquante
- ◆ Chez les patients présentant un volume prostatique entre 40 et 100ml, une combinaison d'alpha-bloquant et d'inhibiteurs de la 5-alpha-reductase est recommandée
- ◆ La résection bipolaire/monopolaire transurétrale de la prostate demeure le « gold standard » de la prise en charge chirurgicale pour un volume prostatique de <80ml
- ◆ Il n'y pas de lien défini entre le prostatisme et cancer de la prostate