

Hypertrophie bénigne de la prostate IC-127

- Connaître la définition clinique et l'histoire naturelle de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)
 - Connaître la démarche diagnostique
 - Connaître les complications aiguës
 - Connaître les complications chroniques
 - Connaître les explorations cliniques pour diagnostiquer une HBP
 - Connaître les explorations paracliniques à faire en première intention
 - Connaître les explorations paracliniques à faire selon le contexte
 - Connaître les principes du traitement : abstention-surveillance - traitement pharmacologique - traitement chirurgical
 - Connaître les situations justifiant un avis spécialisé
-

Connaître la définition clinique et l'histoire naturelle de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) OIC-127-01-A

L'hypertrophie bénigne de prostate (HBP) correspond à une hyperplasie stromale (fibro-musculaire) et épithéliale (glandulaire) de la zone de transition et péri-urétrale de la prostate. On parle d'hypertrophie bénigne de la prostate clinique devant des symptômes du bas appareil urinaire 125 pouvant être rattachés par des arguments cliniques et paracliniques à une hypertrophie bénigne de la prostate.

Histoire naturelle de l'hypertrophie bénigne de la prostate : l'HBP est fréquente (80% des hommes après 60 ans). Le développement de l'HBP est continu à partir de 30 ans. L'HBP peut rester asymptomatique, se manifester par des symptômes du bas appareil urinaire (symptômes de stockage et de vidange), par des complications aiguës et/ou chroniques.

Connaître la démarche diagnostique OIC-127-02-A

La démarche diagnostique consiste à évoquer l'HBP devant des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) 50, elle en est la cause la plus fréquente chez l'homme de plus de 50 ans.

Le diagnostic positif se fait à partir du contexte clinique, de l'interrogatoire, de l'absence d'autre cause, et du résultat du toucher rectal.

Il faut connaître les diagnostics différentiels devant des SBAU notamment rechercher une notion d'hématurie qui doit faire rechercher une autre cause, des facteurs de risque de sténose de l'urètre (antécédents d'urétrites et de traumatismes de l'urètre), des signes évoquant une polyurie (diabète sucré 247, apnée du sommeil, insuffisance cardiaque 234, potomanie 71...)

Connaître les complications aiguës OIC-127-03-A

Les complications aiguës de l'HBP justifient une prise en charge thérapeutique immédiate.

- **La rétention aigüe d'urines 347** doit être évoquée devant une douleur hypogastrique et une impossibilité de miction à l'interrogatoire et la présence d'un globe vésical à l'examen clinique. Elle requiert une dérivation des urines en urgence, par un sondage vésical ou un cathéter sus-pubien. Un traitement alpha-bloquant doit être initié immédiatement. Un échec de reprise des mictions après ablation de la sonde ou clampage du cathéter justifie une prise en charge chirurgicale.
- L'HBP peut se compliquer d'une **infection urinaire 161** de type prostatite aigüe ou orchi-épididymite. Elle doit être évoquée devant une exacerbation des SBAU, des brûlures urinaires et de la fièvre. A l'examen le toucher rectal est douloureux en cas de prostatite aigüe, une orchi-épididymite se présente sous forme d'une bourse inflammatoire et tuméfiée 50 à l'examen des organes génitaux externes. L'infection urinaire est confirmée par un ECBU. Elle requiert une hospitalisation en cas de signe de mauvaise tolérance. Elle doit être traitée par une antibiothérapie probabiliste (quinolone) en première intention secondairement adaptée à l'antibiogramme.
- **Une hématurie macroscopique 260** peut compliquer une HBP. L'HBP ne peut être retenue comme étiologie qu'après l'élimination d'autres causes, notamment un carcinome urothélial 314 ou du rein 311, des calculs 265 qui seront recherchés par un uro scanner et une fibroscopie vésicale. Rechercher une déglobulisation par un hémogramme sanguin, La présence de caillots avec rétention urinaire 347 (caillotage vésical) requiert la pose d'une sonde vésicale double courant de gros calibre pour décaillotage avec lavage.
- **L'insuffisance rénale aigüe 258** liée à l'obstacle sous-vésical de l'HBP doit être évoquée devant des douleurs lombaires, des oedèmes, des nausées, une diminution de la diurèse voir une anurie. L'insuffisance rénale est confirmée par un dosage de la créatininémie et de la filtration glomérulaire, et l'étiologie par une échographie réno-vésico-prostatique (dilatation des cavités rénales). Elle est traitée dans un premier temps par une dérivation des urines en urgence avec surveillance du syndrome de levée d'obstacle puis par une prise en charge chirurgicale de l'HBP.

Connaître les complications chroniques OIC-127-04-B

Les complications chroniques de l'HBP sont à rechercher et justifient une prise en chirurgicale.

- La **Vessie de lutte** caractérisée par une hypertrophie détrusorienne puis par des trabéculations et des diverticules
- La **rétenction chronique** d'urines est évoquée devant la présence d'un globe vésical qui n'est pas douloureux. A l'extrême cette rétention entraîne une miction par regorgement avec fuites urinaires. Elle est confirmée par une échographie réno-vésico-prostatique (vessie avec résidu post mictionnel > 150 cc). Il faut éliminer un diagnostic différentiel tel qu'une hypoactivité détrusorienne. L'origine obstructive ou acontractile de la rétention chronique peut être différenciée par un bilan uro dynamique.
- La **lithiase de stase** 265 est liée à la présence d'un résidu post-mictionnel chronique favorisant la cristallisation des urines. Elle entraîne une majoration des SBAU et plus spécifiquement de la dysurie et peut se compliquer d'infections urinaires ou d'hématurie macroscopique. Elle est confirmée par une échographie réno-vésico-prostatique (image hyperéchogène).
- Le diagnostic d'**insuffisance rénale obstructive** 264 compliquant l'HBP repose sur l'échographie réno-vésico-prostatique mettant en évidence une dilatation bilatérale des cavités pyélo-calicielles, avec une altération du parenchyme rénal, en amont de l'obstacle sous-vésical ainsi qu'une élévation de la créatinémie sur le bilan biologique. Il peut exister des signes cliniques d'insuffisance rénale (œdèmes, prise de poids, HTA, nausées...)
- La dysurie 125 liée au symptôme de vidange vésicale s'associe à des efforts de poussées abdominales chroniques pouvant se compliquer d'une **hernie de l'aîne**. La prise en charge est chirurgicale et doit se faire après la prise en charge de l'HBP (désobstruction).

Connaître les explorations cliniques pour diagnostiquer une HBP OIC-127-05-A

L'interrogatoire est l'élément clé du diagnostic.

- Les signes cliniques recherchés sont des symptômes du bas appareil urinaire 125
 - Symptômes de stockage : pollakiurie diurne et nocturne, urgenterie
 - Symptômes de vidange : dysurie, miction en plusieurs temps, sensation de miction incomplète de la vessie, gouttes retardataires
 - Ces symptômes sont regroupés dans le score IPSS/35 (0-8 : peu symptomatique – 8-19 : modérément symptomatique – 20-35 : symptômes sévères)
- L'association fréquente des symptômes sexuels et de l'HBP ou de son traitement impose une évaluation de la sexualité chez les patients consultant pour SBAU
 - Dysfonction érectile 125, trouble de la libido 124
 - Score IIEF 5/15

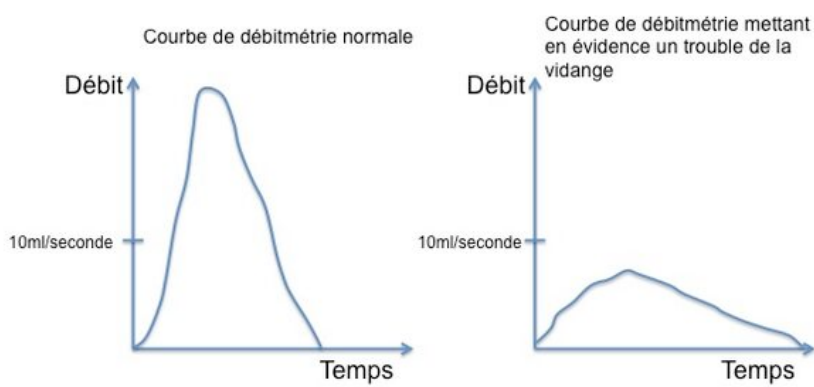
L'examen clinique :

- Palpation abdominale à la recherche d'un globe 347
- Examen des organes génitaux externes 50 à la recherche d'une sténose du méat urétral, d'un phimosis
- Un toucher rectal à la recherche d'un cancer éventuel, une douleur (prostatite) et évaluer le volume prostatique

Connaître les explorations paracliniques à faire en première intention OIC-127-06-B

Les explorations para-cliniques à faire en première intention chez l'urologue pour le bilan d'une HBP sont :

- **ECBU** : permet de rechercher une hématurie 260, une infection urinaire 161 (diagnostics différentiels de l'HBP).
- **Débitmétrie** : permet d'objectiver la dysurie 125. Les paramètres clés de son interprétation sont le débit maximum, la forme de la courbe.
 - Un volume uriné >150mL permet une évaluation plus fiable.
 - Un débit maximal < 15ml/s est considéré comme pathologique
 - Une courbe normale est en cloche tandis qu'une courbe aplatie signe un trouble de la vidange



- **Résidu post-mictionnel** : présence d'une quantité d'urines non négligeable (plus de 100ml) dans la vessie après la miction. Son évaluation se fait par échographie ou appareil type Bladder Scan®.

Un résidu post mictionnel ne constitue pas à lui seul une indication opératoire, d'autant plus qu'un résidu peut être lié à une obstruction sous-vésicale ou à une hypoactivité vésicale.

- **Echographie de l'appareil urinaire par voie abdominale**: elle permet de rechercher une dilatation des cavités pyélocalicielles, un amincissement du parenchyme rénal et une différenciation cortico médullaire. Elle permet d'évaluer aussi le retentissement vésical (diverticules, lithiase). Elle permet d'évaluer le volume prostatique et de chercher un lobe médian

Connaître les explorations paracliniques à faire selon le contexte OIC-127-07-B

EXAMENS OPTIONNELS

- **PSA total** : Non systématique en 1ère intention car ne fait pas le diagnostic d'HBP, **mais** permet de détecter un cancer de prostate 310. Le dépistage est individuel et sa réalisation est à évaluer en fonction du contexte (âge du patient, espérance de vie) et après accord du patient.
- **Créatininémie 258 et mesure de la filtration glomérulaire (MDRD, CKD-epi)** : Si facteurs de risque ou signes clinique évocateurs d'insuffisance rénale 264. Son dosage est optionnel en l'absence de retentissement vésical de l'HBP
- **Urétro-cystoscopie** : Cet examen n'est réalisé qu'en cas de doute diagnostique à la recherche d'une sténose urétrale ou d'une tumeur de vessie 314 en cas de présence d'hématurie 260. Elle est réalisée par un urologue. C'est un examen invasif de 2^{ème} intention.
- **Bilan urodynamique 125** : Cet examen n'est réalisé qu'en cas de discordance de symptomatologie ou dans le cadre de maladie neurologique (neuropathie diabétique/alcoolique, maladie de Parkinson...) à la recherche d'une hypotonie détrusorienne. La courbe débit-pression permet de différencier une obstruction sous-vésicale et une hypotonie détrusorienne. . C'est un examen invasif de 2^{ème} intention réalisé par un spécialiste.
- **Calendrier mictionnel** : il est indiqué en cas de symptômes invalidants de la phase de stockage ou de suspicion de polyurie (diabète sucré 247, apnée du sommeil, insuffisance cardiaque 234, potomanie...)

Connaître les principes du traitement : abstention-surveillance - traitement pharmacologique - traitement chirurgical OIC-127-08-B

Abstention-surveillance :

Pour les patients présentant une HBP non compliquée (rétention aigue ou chronique, insuffisance rénale, calcul, infection) et SBAU minimes ou modérés sans altération de la qualité de vie (score IPSS < 9).

- Le risque de complication d'une HBP correctement suivie est faible.
- Information du patient sur le caractère bénin de l'HBP
- Des explications claires sur l'HBP doivent être données au patient car elles permettent une amélioration significative des SBAU
- Des conseils hygiéno-diététiques (insuffisants pour modifier l'histoire naturelle de la maladie) ont un impact modéré sur l'évolution des symptômes.

Traitements pharmacologiques :

Pour les patients présentant une HBP non compliquée et SBAU modérés à sévères (score IPSS >9)

- Phytothérapie :
 - Leur mode d'action reste inconnu
 - Bien toléré
 - Niveau de recommandation inférieur par rapport aux autres classes pharmacologiques
- Alpha-bloquants

- Améliorent le débit urinaire par relaxation des muscles lisses de la prostate et du col vésical
 - Action rapide et stable dans le temps
 - Effets indésirables : hypotension orthostatique, anéjaculation 58
 - En cas de rétention urinaire, la prescription d'alpha-bloquants 48 heures avant la tentative de retrait de la sonde vésicale améliore les chances de succès de reprise d'une miction de bonne qualité
- Inhibiteurs de la 5α-réductase (5-ARI).
 - Proposé aux patients présentant des SBAU gênants (IPSS > 8) ayant un volume prostatique >40ml
 - Bloque la conversion de la testostérone en dihydrotestostérone
 - Améliorent le débit urinaire par une réduction du volume prostatique qui entraîne une réduction du PSA de 50% au bout de 6 mois.
 - Agissent en plusieurs mois
 - Doivent être utilisés en seconde intention après échec d'une monothérapie par phytothérapie ou par alpha-bloquant.
 - Effets indésirables : dysfonction érectile, asthénie
 - Les 5 ARI augmenteraient le risque de cancer de prostate à haut risque.
- Association des alpha-bloquant et inhibiteur de la 5α-réductase
 - Bithérapie plus efficace que chacun des traitements seuls
 - Effets indésirables des 2 traitements cumulés
 - Recommandé en cas d'inefficacité des traitements pris en monothérapie
- Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (tadalafil).
 - Peuvent être proposés aux patients présentant des SBAU gênants ayant aussi une dysfonction érectile.
 - Effets indésirables : bouffées de chaleur
 - Avis cardiologique à demander chez les patients peu actifs ou ayant des facteurs de risque cardio-vasculaire
- Anticholinergiques
 - En association avec un alpha-bloquant en cas de persistance de symptômes de stockage sous alpha -bloquant.
 - Contre indiqué en cas de résidu post mictionnel > 150ml et de glaucome aigu par fermeture de l'angle non traité.
 - Effets indésirables : constipation, sécheresse buccale, aggravation de la dysurie, troubles cognitifs (sujets âgés)

Traitement chirurgical :

Pour les patients ayant une HBP compliquée (rétention aigue d'urine, lithiase vésicale, hématurie récidivante d'origine prostatique, insuffisance rénale chronique obstructive 264, infections récidivantes 161) ou des SBAU modérés à sévères résistants au traitement médical maximal.

- Permettent une levée d'obstruction sous vésicale
- Traitements ablatifs :
 - Résection transurétrale de prostate (mono ou bi-polaire) (volume prostatique <80cc)
 - Enucléation endoscopique de l'adénome de prostate (lasers, résecteur bi-polaire) (Pas de limite de volume prostatique)
 - Vaporisation prostatique (lasers, résecteur bi-polaire) (Pas de limite de volume prostatique)
 - Adénomectomie prostatique par laparotomie sus pubienne (volume prostatique >80cc)
- Traitements non ablatifs :
 - Incision cervico-prostatique (volume prostatique <30cc)
 - Implants urétraux (Urolift®) (volume prostatique <80cc)

Tous ces traitements de désobstruction de l'HBP ont des risques de :

- incontinence urinaire
- éjaculation rétrograde
- infections urinaires
- sténose urétrale

Connaître les situations justifiant un avis spécialisé OIC-127-09-A

Situations justifiant un avis spécialisé selon l'Association Française d'Urologie

- **SBAU a priori non liés à une HBP** : patient < 50 ans, urgenturies isolées, nycturie isolée, incontinence urinaire, contexte particulier (maladie neurologique, sténose de l'urètre connue, diabète sucré déséquilibré...), hématurie avec facteur de risque de cancer urothélial (tabac, profession...).
- **Anomalie à l'examen clinique** : globe palpable, nodule ou induration au toucher rectal (ou toucher rectal non réalisable), phimosis serré.
- **ECBU anormal** (bactériurie, leucocytaire ou hématurie).
- **Traitement médical inefficace** (un avis spécialisé est conseillé avant mise en route d'un traitement anticholinergique).
- **Augmentation du PSA**
- **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).

Références :

- H.A.S. : Recommandations pour la pratique clinique ; Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, 2003
- Rapport AFU 2018 : hypertrophie bénigne de la prostate, G. Robert, A. De La Taille, A. Descazeau, Prog Urol 2018 28, 803—812
- Guide de prise en charge en médecine générale des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme liés à une hyperplasie bénigne de la prostate, A Descazeaud, N Barry

Delongchamps, J-N Cornu , A R Azzouzi , D Buchon , A Benchikh , et al. Prog Urol 2015 Jun;25(7):404-12