



# L'hypertrophie de la prostate

Par Pr BOUKHROUF

## L'adénome de la prostate

### ■ Définition

Est une tumeur bénigne liée au vieillissement et une imprégnation hormonale masculine normale responsable d'un obstacle à l'écoulement normal des urines causant un déséquilibre du bas appareil urinaire et secondairement une destruction rénale

### ■ Rappels embryologiques

- La prostate provient des cellules du mésenchyme du sinus urogénital et son développement s'étend de la cinquième semaine de la vie embryonnaire au sixième mois
- A partir de ce moment son développement s'arrête ce n'est que sous l'influence des androgènes à la puberté que la prostate reprend son développement

### ■ Anatomie descriptive

- **Petite glande prismatique** ayant la forme d'une châtaigne
- **base (vésicale) et un sommet (planche pelvien)**
- **Poids 15 à 20g**
- **Elle entoure l'urètre prostatique**
- **Limitée en haut par sphincter lisse et en bas par le sphincter striée**

#### ✚ Vascularisation

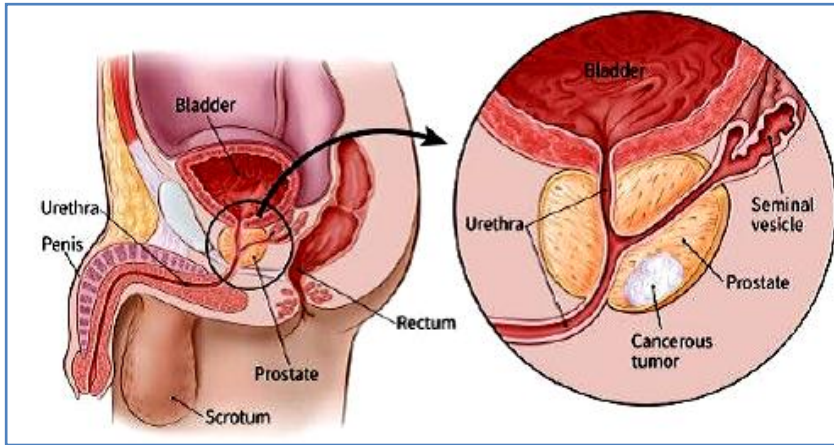
Principalement par l'artère vésicale inférieure et l'artère hémorroïdaire moyenne (hypogastrique)

Les artères se divisent en groupe capsulaire et en groupe urétral qui se développent au cours de l'HBP

Les veines forment un plexus sur la face antérieure et latérale reçoivent des branches de la veine dorsale de la verge et se drainent dans l'hypogastrique

✚ Les lymphatiques de la prostate se jettent dans les ganglions hypogastriques, sacrés et surtout iliaques externes.

✚ Innervation mixte (sympathique et parasympathique) à partir des plexus pelviens



## ■ Anatomopathologie

- Elle commence dans la zone péri-urétrale sous forme d'hyperplasie fibromusculaire
- Des éléments glandulaires vont s'ajouter pour former un fibroadénomyome qui progresse
- Cette hyperplasie aboutit à la formation de nodules de tailles différentes et qui peuvent siéger dans les différents lobes
- Le développement ultérieur de l'HBP se fait plus par la croissance de ces nodules que par l'apparition de nodules nouveaux.
- La répartition des éléments glandulaires et fibromusculaires n'est pas homogène.

➔ **absence de parallélisme anatomoclinique**

- **Lésions prostatiques secondaires à l'HBP**
- Lésions vasculaires (zones d'infarctus) hématuries ou par une obstruction partielle ou complète des urines.
- Lésions inflammatoires

## ■ Physiopathologie

### Théorie hormonale :

- stimulation androgénique : DHT
- mécanisme : double hydroxylation de la testostérone sous l'action de la 5-alpha-réductase
- augmentation du volume prostatique

### Théorie stromale :

- déséquilibre prolifération cellulaire et apoptose
- prolifération du stroma fibreux et des cellules épithéliales glandulaires
- nombreux facteurs de croissance : FGF, EGF, IGF

## ■ Mécanisme de l'obstruction

### État normal :

- remplissage de la vessie basse pression
- urètre fermé, sphincter strié assure la continence
- miction : contraction du détrusor

### En cas d'HBP :

- augmentation de volume de la Zone Transitionnelle
- urètre prostatique devient statique
- composante dynamique : augmentation du tonus des cellules musculaires sous contrôle de récepteurs alpha adrénergiques

## ■ Epidémiologie

### Facteurs de risque

Apparaît dès l'âge de 30 ans 8% des 50% durant la cinquième décennie 80% durant la huitième décennie

Aucun facteur favorisant de l'adénome de la prostate (race, environnement, alimentation, habitude sexuelle, tabac, pathologie associée) n'a pu être établi de façon formelle.

### Facteurs favorisants discutés :

- religion, socioéconomiques, activité sexuelle = NS
- vasectomie, alcool, cirrhose, HTA, tabac = NS
- origine ethnique (caucasiens +++/ africains) = S
- Obèse
- Facteurs héréditaires (AD) :
- 50% des cas si HBP opérée avant 60 ans
- 9% des cas si HBP opérée après 60 ans
- HBP à caractère génétique = + volumineuse...

### Évaluation de l'HBP

### Score IPSS

- Score international des symptômes de prostatisme
- score de 0 à 35
- IPSS augmente avec l'âge
- IPSS fait le diagnostic de TUBA pas 'HBP
- Score du gène fonctionnel
- Score de 0 à 6 → aucun traitement
- 0 à 7 : peu symptomatique
- 8 à 19 : modérément symptomatique
- 20 à 35 : très symptomatique

	Jamais	Environ 1 fois sur 5 (<20%)	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2 (<50%)	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours
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
Avec quelle fréquence avez-vous dû uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retarder le moment d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5
Avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois par nuit en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher et celui de votre lever définitif du matin) ?	0 (jamais)	1 (1 fois)	2 (2 fois)	3 (3 fois)	4 (4 fois)	5 (5 fois)
IPSS (score total max 35): _____						

### IPSS Evaluation de la Qualité de Vie

	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous deviez vivre le restant de votre vie de cette manière, diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6
Evaluation de la qualité de vie L =							

## ■ HBP \* Diagnostic positif

### Signes de la maladie:

Ils résultent de l'obstacle créé sur la voie urinaire, soit par un phénomène d'**obstruction** urinaire, soit par l'**irritation** vésicale qu'elle entraîne

### SIGNES CLINIQUES

#### Troubles de la phase de miction ( obstruction)

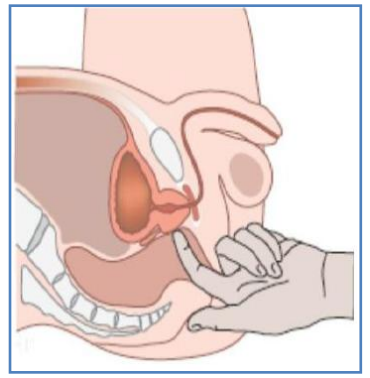
- Une dysurie
- Une faiblesse du jet
- gouttes retardataires
- le patient doit "pousser" pour uriner

#### Troubles de la phase de la retenue (irritation)

- Une pollakiurie
- Des envies urgentes d'uriner (urgenterie)
- Impériosité
- Parfois hématurie

## L'EXAMEN CLINIQUE

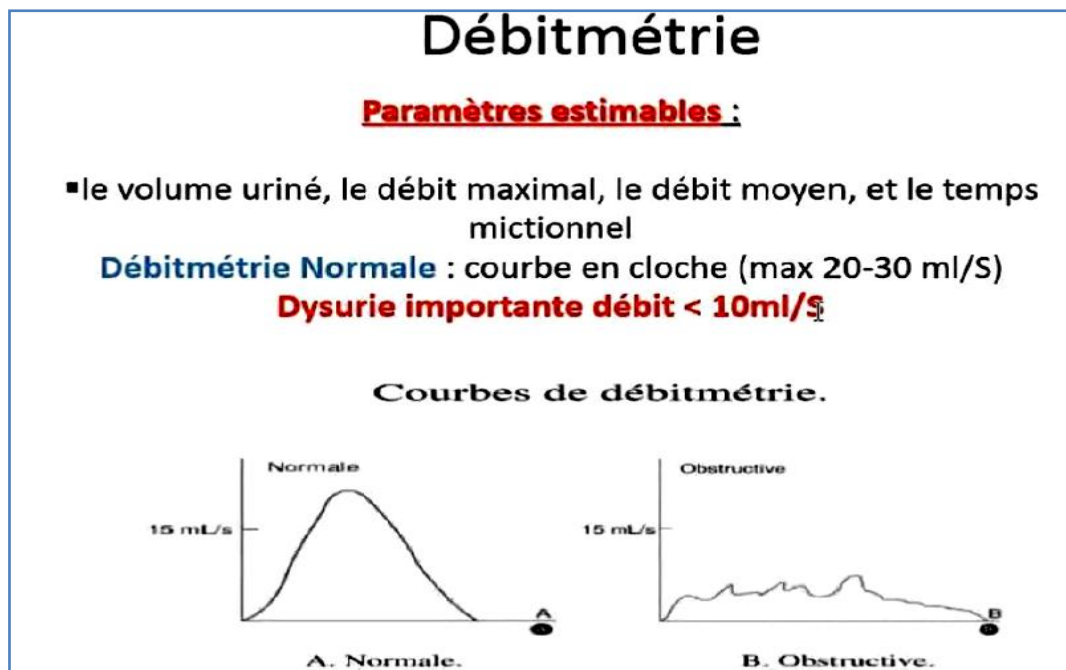
- **Toucher Rectal** permet de préciser les caractères de l' adénome: **Masse ferme ; élastique; lisse; indolore ; bien limitée**
- Recherche de globe vésical par matité à la percussion.
- Palpation des organes génitaux externes



## EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

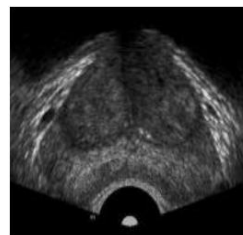
### A) Biologie :

- créatinine
- Chimie des Urines - ECBU
- PSA pour contrôler l'activité prostatique (normale à 1-4 ng/ml),
- Débitmétrie mictionnelle



### B) Examens radiologiques :

- Échographie prostatique par voie trans- rectale
- Échographie rénale et vésical
- UIV ou cystoscopie



### C) Examen de certitude

Etude anatomopathologique du produit chirurgical

## HBP \* diagnostic différentiel

### ***• En cas de troubles d' évacuation des urines***

- ✓ Sténose urétrale
- ✓ Prostatite
- ✓ Cancer de la prostate
- ✓ Vessie neurologique

## • *En cas de troubles de la retenue des urines*

- ✓ Toutes les causes d'irritation vésicale:
  - Infection
  - Tumeur vésicale
  - Calcul de la vessie
  - Corps étranger
- ✓ Excès d'apport liquidien

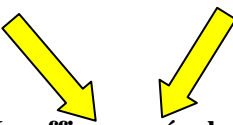
## ■ HBP \* Complications

### Complication mécanique

- ✓ Rétention urinaire aiguë (urgence\*\*\*)
- ✓ Rétention urinaire chronique
- ✓ Hyperactivité vésicale
- ✓ Altération de la qualité de vie
- ✓ calcul vésical
- ✓ Vessie de lutte-vessie claquée.
- ✓ Ureterohydronephrose bilaterale

### Complication infectieuse

- Infection urinaire banale
- Cystite
- Adenomite
- PNA
- PNC

  
**Insuffisance rénale aiguë**  
**Insuffisance rénale chronique**

## ■ HBP \* Traitement

**Choix du traitement dépend de :**

- ✓ l'importance de la gêne ressentie (ipss )
- ✓ Le retentissement dans la vie de tous les jours
- ✓ Qualité de vie
- ✓ volume de l'*adénome*
- ✓ l'état de santé général du patient.

**Plusieurs solutions existent :**

- la simple surveillance
- Régime hygiéno diététique

### ■ Le traitement médical

1. Phytothérapie
2. les alpha-bloquants
3. les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase





## ■ Traitement chirurgicale

### Intervention chirurgicale classique

- Opération de frayer Hrintchak
- Opération de Milin

### Intervention chirurgicale endoscopique

#### ❖ **La résection transurétrale**

- Mono polaire
- Bipolaire

Vaporisation au laser

Enucléation au laser

**la thermothérapie- cryothérapie**

**Mise d'un stent**

#### ❖ **Dilatation au ballonnet**

#### ❖ **Radiofréquence**

#### ❖ **Sonde vesicale+++**

## ■ Conclusion

- Pathologie du sujet âgé , l'hypertrophie bénigne de la prostate constitue une pathologie fréquente qui pèse beaucoup en matière d' économie de sante du fait de son retentissement sur la qualité de vie son traitement a connu une énorme avancée technologique et une multitudes procède de fait de son polymorphisme clinique
- La maitrise des connaissances actuelles en matière d'anatomopathologie et de physiopathologie nous amène surement a une approche rationnelle dans la prise en charge de cette maladie