

## ITEM 123 : HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE

- **Hypertrophie bénigne de prostate = hyperplasie bénigne de la prostate** = hyperplasie glandulaire et stromale au sein de la zone de transition de la prostate, le plus souvent associée à une inflammation chronique
- Maladie, très fréquente, latente et asymptomatique : la majorité des H > 50 ans ont une HBP histologique sans aucune répercussion fonctionnelle
- Bénigne : pas de lien entre HBP et cancer de prostate
- Parfois symptomatique : 30% des H > 65 ans ont des SBAU liés à une HBP
- Liée au vieillissement

### Histologie :

- Adénomyofibrome = hyperplasie des glandes prostatiques, des cellules musculaires lisses et des fibroblastes présents dans le stroma
- HBP forme des nodules **au sein de la zone de transition de la prostate** (zone qui entoure le col vésical et l'urètre sous vésical) → nodules qui entraînent une augmentation du volume global de la prostate
- Pas de parallélisme anatomoclinique avec les signes obstructifs : les symptômes urinaires et le retentissement de HBP ne sont pas proportionnels au volume de l'adénome de prostate

### Facteurs de risque de progression :

- HBP stable ou évolution progressive ou brutale vers une aggravation des symptômes / complications
- Age > 60 ans
- PSA > 1,6 ng/mL
- Volume prostatique > 31 mL

Diagnostic	C	Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Phase de remplissage</i> : pollakiurie diurne et nocturne, urgenterie, nycturie, incontinence urinaire</li> <li>- <i>Phase mictionnelle</i> : retard à l'initiation de la miction, dysurie, jet faible, interruption de miction, jet haché, miction par poussée abdominale (signes les plus spécifiques de l'HBP)</li> <li>- <i>Phase post-mictionnelle</i> : gouttes retardataires, sensation de vidange vésicale incomplète</li> </ul> <p><b>Score IPSS (rechercher des diagnostics différentiels ou associés / évaluer sévérité des symptômes) en 7 questions concernent le retentissement fonctionnel de l'HBP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Notées chacune de 0 à 5</li> <li>. « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ? »</li> <li>. « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2h après avoir fini d'uriner ? »</li> <li>. « 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 ? »</li> <li>. « 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 ? »</li> <li>. « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ? »</li> <li>. « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ? »</li> <li>. « 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 ? »</li> </ul> <p>- <i>Résultats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Symptômes légers si score de 1-7</li> <li>. Modérés entre 8 et 18</li> <li>. Sévères entre 19 et 35</li> </ul> <p>- <b>1 question sur gêne globale provoquée par les SBAU : notée de 0 à 6</b></p> <p>- Association fréquente à une <b>dysfonction sexuelle</b> → <b>évaluation recommandée à l'interrogatoire</b></p> <p>Pas de parallélisme entre le volume d'une HBP et la gravité des SBAU On parle d'HBP clinique chez les hommes ayant des SBAU gênants et chez lesquels il existe des arguments cliniques et paracliniques permettant de les relier à une HBP</p>
		Toucher rectal	<p>= Réalisé vessie vide pour apprécier le volume réel de la prostate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prostate augmentée de volume (&gt; 20 g), souple, indolore, lisse, régulière</li> <li>- Disparition du sillon médian</li> </ul> <p><b>NB</b> : un TR en faveur d'un cancer de la prostate n'élimine pas l'implication de l'HBP dans les SBAU, très longtemps asymptomatique du fait de l'atteinte périphérique de la prostate en premier = indication à réaliser des biopsies prostatiques avec examen anatomopathologique quel que soit le taux de PSA.</p>

	DD	<p><i>Prédominance de nycturie ou isolée</i> : polyurie nocturne, polyurie des 24h (diabète, potomanie), troubles du sommeil → calendrier mictionnel sur 3 jours</p> <p><i>Prédominance de symptômes de la phase de remplissage</i> : tumeur de vessie, vessie neurologique centrale, prostatite, calcul ou corps étranger de vessie = autres étiologies du syndrome d'hyperactivité vésicale</p> <p><i>Prédominance de symptômes de la phase mictionnelle ou post-mictionnelle</i> : sténose de l'urètre, maladie du col vésical, hypotonie détrusorienne</p>
	Bio	<p>Examens nécessaires ou optionnels variables selon bilan en médecine générale ou chez l'urologue.</p> <p>- <b>ECBU</b> : élimine une infection urinaire</p> <p>- <b>Taux de PSA</b> : - Dépistage d'un cancer de la prostate associé : biopsies prostatiques si PSA &gt; 4 ng/mL - Faux positif : HBP (augmentation du PSA d'environ 0,1 ng/ml par gramme d'HBP, prostatite, âge, ethnologie, biopsie, éjaculation ou TR avant prélèvement)</p> <p>- <b>Dosage de la créatinine</b> : dépistage d'une IRC</p> <p>- <b>Echo réno-vésico-prostatique</b> : Recherche d'une hypertrophie détrusorienne, des diverticules vésicaux, une lithiase vésicale et un résidu post-mictionnel significatif puis dilatation bilatérale des CPC, un amincissement du parenchyme rénal et une différenciation cortico-médullaire. Pas systématique en l'absence de retentissement vésical de l'HBP</p>
	PC	<p><b>Débitmétrie</b></p> <p>= Objective et quantifie la dysurie : volume uriné, débit maximal et moyen, temps mictionnel</p> <p>- <b>Obstruction liée à l'HBP</b> : courbe aplatie, polyphasique, débit maximal &lt; 15 mL/s → Nécessite un <b>volume uriné &gt; 150 ml</b> pour être interprétable</p> <p>La débitmétrie normale présente une courbe en cloche avec un débit max de 20 à 30 ml/s</p>
<p><b>Echographie réno-vésico-prostatique</b></p> <p>- <b>Echographie rénale</b> : recherche de dilatation des cavités pyélocalicielles, amincissement du parenchyme rénal, différenciation cortico-médullaire</p> <p>- <b>Echographie vésicale</b> : recherche d'hypertrophie détrusorienne, diverticules vésicaux, lithiase vésicale, résidu post-mictionnel significatif</p> <p>- <b>Echographie prostatique par voie sus-pubienne</b> si indication opératoire : volume prostatique (0,5 x longueur x largeur x épaisseur), lobe médian</p>		
<p>2<sup>nd</sup> intention</p> <p>- <b>Fibroscopie vésicale</b> si antécédent d'hématurie : éliminer une tumeur vésicale</p> <p>- <b>Bilan urodynamique</b> si doute diagnostique</p>		
Complication	Aiguë	<p><b>Rétention aiguë d'urine</b></p> <p>- Globe vésical aigu, douloureux avec envie impérieuse d'uriner, voussure sus-pubienne avec matité à la percussion</p> <p>- <b>Risque d'insuffisance rénale aiguë obstructive</b></p>
		<p><b>Infection urogénitale</b></p> <p>- Prostatite</p> <p>- Orchi-épididymite</p>
		<p><b>Hématurie</b></p> <p>= Par rupture de varices prostatiques : macroscopique, initiale → Nécessite d'éliminer une autre cause d'hématurie</p>
		<p><b>Insuffisance rénale aiguë obstructive</b></p> <p>Rare car la douleur vésicale de RAU conduit généralement à une consultation en urgence</p>
	Chronique	<p><b>Vessie de lutte</b></p> <p>- <b>Hypertrophie détrusorienne</b></p> <p>- Apparition de <b>trabéculations</b> et de <b>diverticules vésicaux</b></p> <p>- Jusqu'à la <b>rétention chronique</b> avec <b>miction par regorgement</b></p>
		<p><b>Lithiase vésicale de stase</b></p> <p>- Images calciques intra-vésicales (ASP, écho), témoin d'une mauvaise vidange</p> <p>- Risque d'épisodes d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition</p>
		<p><b>Rétention vésicale chronique</b></p> <p>- Globe vésical chronique, souvent indolore sans besoin d'uriner</p> <p>- Mictions ou incontinence urinaire par regorgement</p>
		<p><b>Insuffisance rénale chronique obstructive</b></p> <p>= <b>Urétéro-hydronephrose</b> :</p> <p>- Dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles chronique et indolore,</p> <p>- Amincissement du parenchyme rénal</p> <p>- Insuffisance rénale chronique (récupération de la fonction rénale après drainage non systématique)</p>
		<p><b>Hernie de l'aîne</b></p> <p>- Liée à des efforts de poussées chroniques</p>
		<p>→ Aucune <b>transformation</b> en cancer, mais apparition sur le même terrain : dépistage systématique (association épidémiologique)</p>

TTT	Abstention/ surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication : HBP non compliquée et SBAU minimales/modérées sans altération de la qualité de vie</li> <li>- RHD : diminuer les apports hydriques &gt; 18h, diminuer la consommation de caféine et d'alcool, traitement d'une constipation, arrêt des médicaments favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques ...), traitement de la constipation...</li> </ul>	
	TTT médical		- Indication : HBP non compliquée et SBAU modéré/sévère avec altération de la qualité de vie
		α-bloquant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molécule : <b>alfuzosine, doxazosine, silodosine, tamsulosine, térazosine</b></li> <li>- Indication : SBAU gênants</li> <li>- Mécanisme d'action : amélioration du débit urinaire par relaxation des CML de la prostate et du col vésical</li> <li>- Ne modifie pas l'évolution naturelle de HBP ni la survenue des complications</li> <li>- Efficacité rapide (qq heures) et stable pendant plusieurs années</li> <li>- Pas de recommandation pour choisir une molécule plutôt qu'une autre</li> <li>- EI : <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Hypotension orthostatique</b> (+++ avec alfuzosine /doxazosine, sujet âgé, ttt hypotenseur associé)</li> <li>· <b>Dysfonction éjaculatoire : hypospermie voire anéjaculation (+++ si silodosine), éjaculation rétrograde</b></li> <li>· <b>Céphalées, vertiges, troubles de l'accommodation (sd de l'iris flasque)</b></li> </ul> </li> <li>- CI relative : sujet âgé, coronarien, traitement antihypertenseur associé</li> <li>- A arrêter avant chirurgie oculaire (cf risque de syndrome de l'iris flasque)</li> </ul>
		Inhibiteurs de la 5α-réductase (I5AR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molécule : <b>finastéride, dutastéride</b></li> <li>- Indication : SBAU gênants et prostate &gt; 40 mL</li> <li>- Mécanisme d'action : inhibe la conversion de testostérone et dihydrotestostérone → ↘ le volume prostatique d'environ 20%</li> <li>- Efficacité en plusieurs mois</li> <li>- Seule classe thérapeutique à diminuer le risque de RAU</li> <li>- EI : - Divise par 2 le taux de PSA : x 2 pour dépistage <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Troubles de l'érection et de l'éjaculation, baisse de libido, gynécomastie</b></li> </ul> </li> <li>- Doute sur un risque de survenue de cancer de la prostate si prise au long cours : réaliser un PSA annuel / HAS : à utiliser en 2<sup>de</sup> intention si échec phytothérapie ou α-bloquant</li> </ul>
		α-bloquant et I5AR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molécule : en prise séparée : tamsulosine + dutastéride</li> <li>- Indication : SBAU gênants et prostate &gt; 40 mL / en 2<sup>de</sup> intention si échec monothérapie</li> <li>- ES se cumulent</li> <li>- Efficacité supérieure à chacune des deux classes pharmacologiques seule</li> </ul>
		Anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indication : en 2<sup>de</sup> intention si SBAU de la phase de remplissage persistant sous α-bloquants / en association avec l'α-bloquant</li> <li>- Surveiller débit urinaire et résidu post-mictionnel au début du traitement</li> <li>- CI : résidu post-mictionnel &gt; 150 mL / ATCD de GAFA non traité (pour les <b>antimuscariniques</b>)</li> <li>- ES : rétention d'urine / syndrome sec (bouche et yeux) / constipation</li> <li>- <b>Mirabegron®</b> : β3 adrénergique disponible depuis 2016, non remboursé, même efficacité que les anti muscariniques mais meilleure tolérance</li> </ul>
		IPDE5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molécule : <b>tadalafil</b> 5mg en continu, non remboursé</li> <li>- Indication : SBAU + dysfonction érectile</li> <li>- CI : prise de dérivés nitrés (hypotension, collapsus), cardiopathie sévère non stabilisée</li> </ul>
		Phytothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molécules : <i>Serenoa repens</i>, <i>Pygeum africanum</i></li> <li>- Efficacité non démontrée</li> <li>- Avantages : bonne tolérance (en particulier peu d'ES sexuels)</li> <li>- Niveau de recommandations inférieur aux autres classes pharmacologiques</li> </ul>

TTT	TTT chirurgical curatif	Indication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HBP compliquée : RAU, IRC, calcul, diverticule, hématurie, infection récidivante, incontinence...</li> <li>- SBAU résistant au traitement médical</li> </ul>		
		Méthode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement ablatifs <b>traditionnels</b> : résection trans-urétrale de prostate (RTUP) endoscopique, adénectomie par voie haute laparoscopique (plutôt si &gt; 60-80ml)</li> <li>- Traitements ablatifs <b>modernes</b> (↓ risque hémorragique, efficacité non inférieure) : RTUP bipolaire, vaporisation endoscopique de la prostate au laser, énucléation endoscopique de la prostate au laser</li> <li>- Traitements non ablatifs : incision cervicoprostatique, pose d'implants UroLift® (volume &lt; 30ml)</li> </ul>		
		Conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après contrôle de l'ECBU (stérile)</li> <li>- Examen histologique systématique de l'adénome prostatique</li> </ul>		
		Complication	<b>TURP syndrome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Anéjaculation</b></li> <li>- <b>Ejaculation rétrograde</b> (risque principal) : AVH &gt; RTUP &gt; ICP (patient jeune)</li> <li>- <b>Hématurie, rétention aiguë d'urine, infection, sténose du col vésical ou de l'urètre</b></li> <li>→ Risque faible de dysfonction érectile ou d'incontinence urinaire (à la différence du traitement du cancer prostatique)</li> </ul>	
				TTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Syndrome de réabsorption du liquide d'irrigation</b> : passage systémique important de liquide d'irrigation (<b>glycocolle</b>) lors des RTUP monopolaire</li> <li>- FdR : saignement per-opératoire abondant, durée opératoire &gt; 60 min</li> <li>- Symptômes (sous rachianesthésie) : <b>troubles visuels, céphalées, hypotension, bradycardie, douleur thoracique</b></li> <li>- <b>Surcharge volémique avec hyponatrémie de dilution</b></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyponatrémie modérée &gt; 120 : <b>restriction hydrique + diurétique</b></li> <li>- Hyponatrémie sévère &lt; 120 : <b>NaCl hypertonique IVL</b> (risque de myélinolyse centropontine)</li> </ul>			
		→ Ne diminue pas le risque de cancer prostatique (développé à partir de la zone périphérique)			
	TTT palliatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>= En cas d'échec du traitement médical et de contre-indication opératoire :</li> <li>- <b>Auto-sondages intermittents, sonde vésicale ou cathéter sus-pubien à demeure</b></li> </ul>			
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rythme : - Traitement médical : fréquence rapprochée</li> <li>- Traitement chirurgical : à 6 semaines, 3 mois puis 1/an</li> <li>- Efficacité : <b>score IPSS, débitmétrie et mesure du résidu post-mictionnel</b></li> <li>- Dépistage du cancer de la prostate de 50 à 75 ans</li> </ul> <p>Nécessité d'un avis spécialisé selon AFU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SBAU a priori non liés à une HBP : urgencies isolées, nycturie isolée, IU, contexte particulier (maladie neurologique, sténose de l'urètre connue...)</li> <li>- Anomalie de l'examen clinique : globe palpable, nodule ou induration au TR, phimosis serré</li> <li>- ECBU anormal : bactériurie, leucocyturie, hématurie</li> <li>- Traitement médical inefficace</li> <li>- Augmentation du PSA chez patients traités par I5AR</li> <li>- Obstruction sévère ou survenue d'une complication</li> </ul>				