

Clarification et traitement médicamenteux – mise à jour 2018

Hyperplasie bénigne symptomatique de la prostate

L'hyperplasie bénigne de la prostate est physiologique et cause souvent de l'inconfort chez les hommes âgés dont la qualité de vie est altérée. Cet article passe en revue les options actuelles en matière de diagnostic et de traitement, y compris les options phytothérapeutiques.



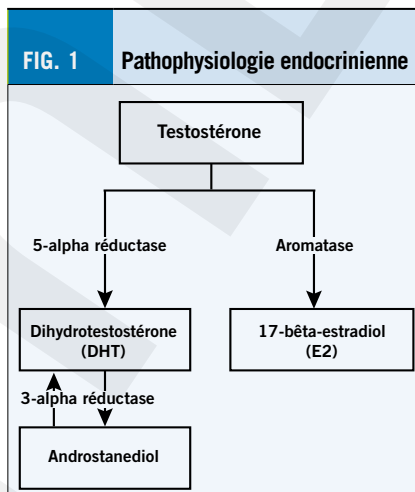
Pr Hubert John
Winterthour

La croissance et le développement de la prostate se font sous l'influence hormonale de la testostérone, qui se fait réduire dans la glande sous sa forme active, la dihydrotestostérone. L'androstano-diol et l'estradiol stimulent la croissance glandulaire et périurétrale (fig. 1). Les situations inflammatoires semblent également favoriser l'hyperplasie (1). La croissance de la prostate est d'environ 1-2 cm³ par an. Le débit urinaire maximal diminue d'environ 1 ml/sec. tous les 5 ans. Cette diminution ne doit pas nécessairement être associée à une détérioration de la qualité de la miction (2). En plus de la miction, l'hyperplasie de la prostate affecte également la vie sexuelle avec dysfonction érectile et troubles de l'éjaculation.

Diagnostic

Anamnèse

L'hyperplasie prostatique se manifeste par des problèmes de miction. On peut les appeler LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) (3). Dans la pratique, la détection par des questions sur les symptômes d'obstruction et d'irritation s'est révélée efficace (tab.1). Les symptômes obstructifs sont causés par des difficultés à vider la vessie, les symptômes irritatifs par des difficultés à remplir la vessie (tab. 2). Les scores d'anamnèse validés donnent une indication sur la sévérité subjective du trouble vécu par le patient (tab. 2). L'IPSS (International prostate symptom score) est le plus souvent utilisé. Un score de 0-7 correspond à un trouble subjectif léger, un score de 8-19 à un trouble subjectif modéré et un score de 20-35 à un trouble subjectif sévère. Cela permet d'objectiver l'évolution de la maladie et d'en estimer la progression. Cependant, ces symptômes ne sont pas tous spécifiques de la prostate et doivent être remis en question par un diagnostic différentiel (tab.3). L'anamnèse mictionnelle doit être complétée par une anamnèse médicamenteuse. De nombreux principes actifs – en particulier les substances psychiatriques comme les antidépresseurs – ont des effets secondaires qui peuvent avoir une influence négative sur la miction.



Examen physique

L'examen physique est obligatoire. Une vessie pleine peut être palpée au-dessus de la symphyse pubienne. La sensibilité des loges rénales doit être testée. Il faut examiner les organes génitaux externes et inspecter le méat externe. L'examen au toucher rectal ne doit pas être omis et pour l'effectuer le patient est en général couché sur son côté gauche. Nous pouvons estimer la taille de la prostate, tester sa douleur à la palpation et évaluer son induration. Les carcinomes qui n'expriment pas ou peu de PSA ne peuvent être suspectés que par toucher rectal.

Analyse laboratoire

La détermination du taux de PSA pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate est appropriée dans les cas où l'espérance de vie est de 10 à 15 ans. Elle réduit de plus de 20% la mortalité spécifique au carcinome dans des études récentes (4). Une mesure de la créatinine sérique est recommandée. L'examen de base pour l'hyperplasie de la prostate comprend une analyse d'urine. Si des valeurs sont pathologiques à la bandelette urinaire, un sédiment avec culture d'urine devrait être organisé.

Imagerie

Lors de l'évaluation initiale, une imagerie n'est pas obligatoire. Néanmoins, la détermination de l'urine résiduelle peut s'avérer utile. L'urine résiduelle substantielle au-dessus de 100 ml indique un début de décompensation du détrusor et constitue la base des complications de l'hyperplasie de la prostate telles que les infections, la formation de calculs, le saignement ou la rétention urinaire. L'échographie permet également une évaluation de l'anatomie de la prostate et une évaluation des reins. Occasionnellement, une échographie transrectale peut contribuer au diagnostic, en particulier

TAB. 1 Symptômes obstructifs et irritants	
Symptômes obstructifs	Symptômes irritatifs
Atteinte initiale	Fréquence de miction élevée
Faible jet d'urine	Besoin impérieux d'uriner
Pertes post-mictionnelles	Nycturie
Temps de miction prolongé	
Sensation de ne pas avoir entièrement vidé la vessie	

TAB. 2 Questionnaire sur les symptômes de la prostate IPSS* avec score subjectif de la plainte du patient

Toutes les questions se réfèrent au mois précédent	jamais	moins souvent qu'un cinquième des cas	moins souvent que la moitié des cas	dans environ la moitié des cas	dans plus de la moitié des cas	presque toujours
Combien de fois avez-vous senti que votre vessie n'était pas complètement vide après avoir uriné?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois avez-vous dû uriner en moins de deux heures?	0	1	2	3	4	5
À quelle fréquence avez-vous dû arrêter et recommencer lors d'une miction?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois avez-vous eu de la difficulté à retarder la miction?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois avez-vous eu un jet faible en urinant?	0	1	2	3	4	5
Combien de fois avez-vous dû vous pousser ou faire des efforts pour commencer à uriner?	0 jamais	1 une fois	2 deux fois	3 trois fois	4 quatre fois	5 Cinq fois ou plus
Combien de fois en moyenne vous êtes-vous levé la nuit pour uriner?	0	1	2	3	4	5
Comment vous sentiriez-vous si vos symptômes actuels pendant la miction n'allaient plus changer?	formidable	satisfait	majoritairement satisfait	partiellement satisfait, partiellement insatisfait	majoritairement insatisfait	malheureux
score 1–7: dysfonctionnement léger		score 8–19: dysfonctionnement modéré		score 20–35: dysfonctionnement grave		

*IPSS, International Prostate Symptom Score

pour différencier l'adénome du tissu de la capsule lors du choix d'une intervention chirurgicale.

Urodynamique

L'urodynamique est un examen très utile et non invasif. Le volume d'urine doit être de 150 ml, sinon l'examen ne peut être entièrement concluant. Le meilleur paramètre est le débit maximal. Si celui-ci est supérieur à 15 ml/s, l'obstruction est extrêmement improbable. Un débit maximal inférieur à 10 ml/s est presque toujours causé par une hyperplasie obstructive de la prostate. Un autre examen urodynamique est l'étude pression-débit qui sert de preuve rationnelle qu'il s'agit d'une obstruction et qui différencie principalement les vessies hyperactives, ayant des contractions autonomes, des symptômes d'urgence prostatogènes, ce qui peut être significatif sur le plan thérapeutique (5).

Thérapie médicamenteuse

La décision de suivre un traitement est principalement fondée sur les plaintes du patient. Par conséquent, le traitement est individuel et dépend moins de la seule taille de la prostate ou de l'urine résiduelle. Aujourd'hui, le traitement médicamenteux est habituellement initié. L'expérience a montré qu'avec cela une intervention chirurgicale peut être reportée ou même parfois évitée. Selon les symptômes et les résultats cliniques, diverses options médicamenteuses sont disponibles (fig. 2 et tab. 4).

Phytopharmaceutiques

En ce qui concerne l'utilisation de produits phytothérapeutiques dans le syndrome prostatique bénin, il existe des recommandations dans les directives nationales individuelles. Cependant, les directives EUA arrivent à la conclusion que les données sont trop hétérogènes pour faire une évaluation finale. Des études avec une préparation combinée de palmier nain et d'extrait d'ortie ont montré un effet comparable à celui de drogues synthétiques telles que le finastéride et la tamsulosine (6).

Par conséquent, certains produits phytothérapeutiques constituent une bonne option thérapeutique pour les hommes atteints du syndrome de la prostate au stade initial sans obstruction significative et préviennent la « stigmatisation de la prostate » déjà dans le jeune âge (fig. 2).

Alpha-bloquants

Les ingrédients actifs les plus couramment utilisés aujourd'hui sont l'alfuzosine, la tamsulosine et la térazosine. Les trois principes actifs ont une efficacité et des effets secondaires similaires. L'efficacité est clairement documentée (7). 60 à 70% des patients y répondent bien. Le succès du médicament s'installe déjà après quelques jours et convient donc comme thérapie, même en cas de rétention urinaire initiale et de tentative de décatéthérisation ultérieure. L'effet consiste en la relaxation des muscles lisses du trigone vésical, du col de la vessie et de l'urètre prostatique. Les effets secondaires, en particulier les vertiges orthostatiques, forcent environ 10% des patients à interrompre le médicament. Le dosage d'un médicament antihypertenseur peut au mieux être réduit. Une éventuelle éjaculation rétrograde par l'ouverture du col de la vessie doit également être mentionnée. La congestion nasale, les maux de tête, la tristesse et la tachycardie réflexe sont rares. Les valeurs du PSA ne sont pas affectées.

Si le traitement reste sans succès après 3-4 semaines, il faut l'interrompre et rechercher d'autres causes du problème de miction.

Inhibiteurs de la 5-alpha réductase

Les principes actifs finastéride et dutastéride bloquent la formation de dihydrotestostérone active dans la prostate. Il en résulte une réduction du volume de la prostate d'environ 20% en un an. L'effet de ces médicaments est aussi lent que le développement de l'hyperplasie prostatique. Un succès ne peut donc être jugé qu'après trois à six mois. Les effets secondaires sont rares, mais les conséquences hypogonadiques ne doivent pas être sous-estimées. Dans 5-10% la libido et la fonction érectile sont détériorées (8). Une croissance

TAB. 3 Diagnostic différentiel des troubles de la miction	
Maladies neurologiques	Néoplasies
Maladie de Parkinson	Cancer de la prostate
Accident cérébrovasculaire	Cancer de la vessie
Démence	
Sclérose en plaques	Obstruction infra-vésicale
Apnée du sommeil	Hyperplasie prostatique Sclérose du col de la vessie
Maladies inflammatoires	Sténose urétrale
Cystite	Phimosi
Prostatite	

plus importante de cheveux peut également survenir. Les effets secondaires sont réversibles. Les inhibiteurs de la 5-alpha réductase réduisent le taux de PSA d'au moins 50%, ce qui doit être pris en compte dans le traitement précoce du cancer de la prostate. Une évaluation urologique est recommandée en cas d'augmentation du taux de PSA sous traitement au finastéride ou au dutastéride.

Thérapie de combinaison

Les alpha-bloquants à action rapide et les inhibiteurs de la 5-alpha réductase à réduction lente de la taille de la prostate peuvent être combinés. D'une part, les symptômes sont rapidement éliminés et d'autre part, la progression de l'hyperplasie de la prostate est stoppée.

Anticholinergiques et bêta-mimétiques

Ceux-ci peuvent être utiles dans les cas de symptômes principalement irritatifs (2). Le problème majeur est que l'utilisation de ces médicaments peut provoquer une rétention urinaire. Des contrôles de l'urine résiduelle sous cette thérapie sont donc nécessaires.

Inhibiteurs de la phosphodiesterase

Pour tous les inhibiteurs de phosphodiesterase approuvés, une amélioration des symptômes de miction a pu être démontrée, pour le tadalafil également une amélioration du jet urinaire maximum. Ce médicament est approuvé pour le traitement de la dysfonction érectile ainsi que pour celui de l'hyperplasie de la prostate, mais il ne figure pas sur la liste des spécialités et n'est donc pas couvert par les assurances maladie.

Thérapie chirurgicale

En cas de rétention urinaire, d'infections récurrentes des voies urinaires jusqu'à l'urosepsis, de calculs vésicaux ou d'échec du traitement médicamenteux (par ex. dans le cas d'un lobe moyen important), la réduction chirurgicale de la résistance infra-vésicale est indiquée. La norme actuelle est toujours l'électrosection transurétrale de la prostate. Il n'est pas nécessaire d'interrompre l'administration d'un salicylate. Le taux de réinterventions post-opératoires immédiates est de 2-3%. L'incontinence postopératoire est désormais rare. La fonction sexuelle reste généralement inchangée sauf en ce qui concerne l'éjaculation rétrograde, qui est en réalité une conséquence inévitable. Certains patients éprouvent une amélioration de la fonction érectile. La phase postopératoire est caractérisée par une miction irritante qui se rétablit lentement avec la guérison de la blessure interne sur une période de 4-6 semaines. Le taux de réinterventions est faible, soit 1 intervention sur 100 par an (9). Les causes de réinterventions sont la sténose de l'urètre, la sclérose du col de la vessie ou les adénomes récurrents.

FIG. 2 Extraits de plantes les plus courants pour le traitement du syndrome prostatique bénin	
Fruits de palmier nain d'Amérique <i>Sabal serrulata</i> , <i>Serenoa repens</i>	Plante d'Afrique du Sud en forme d'étoile <i>Hypoxis rooperi</i>
Phytostérols, racines de pins	
Racine d'ortie <i>Urtica dioica</i>	Graines de courge <i>Cucurbita pepo</i>
Écorce de prunier d'Afrique <i>Pygeum africanum</i>	
Extraits de pollen p.ex. pollen de seigle <i>Secale cereale</i>	

(adapté selon John et al., 2017)

TAB. 4 Options de thérapie médicamenteuse synthétique	
Bloqueurs des récepteurs alpha-1	Anticholinergiques
<ul style="list-style-type: none"> • Alfuzosine • Silodosine • Tamsulosine • Térazosine 	<ul style="list-style-type: none"> • Toltérodine • Chlorure de trospium • Darifénacine • Solifénacine • Fésotérodine
Bloqueurs des récepteurs 5-alpha	Agoniste des récepteurs β3-adrénérgiques
<ul style="list-style-type: none"> • Finastéride • Dutastéride 	<ul style="list-style-type: none"> • Mirabégon

Procédures chirurgicales alternatives

Différentes procédures chirurgicales alternatives sont proposées. A l'aide d'ultrasons hautement focalisés ou de sondes laser, on procède à l'ablation de certaines parties de la prostate. Aucune des procédures ne s'est vraiment établie (10). L'avantage du laser est représenté par une perte de sang minimale. Récemment, il a été tenté de réduire la taille de la prostate en obstruant l'artère d'alimentation, les données étant très faibles. D'autres méthodes minimalement invasives sont en cours d'évaluation (injections, procédures non ablatives).

Prof. Dr. med. Hubert John, MAS MHC

Médecin-chef, Clinique d'urologie, EBU Certified Training Center
Directeur du Centre des tumeurs urologiques
Hôpital cantonal Winterthour, 8401 Winterthour
hubert.john@ksw.ch

Cet article est une traduction de l'article paru dans «der informierte arzt» 5/2018

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ L'hyperplasie de la prostate est physiologique et les plaintes chez l'homme âgé sont fréquentes.
- ◆ La thérapie médicamenteuse dépend essentiellement des plaintes du patient.
- ◆ Le traitement chirurgical devrait être envisagé en présence de complications liées à l'hyperplasie de la prostate.

Références:

1. He Q, Wang Z, Liu G, Daneshgari F, MacLennan GT, Gupta S. 2016. Metabolic syndrome, inflammation and lower urinary tract symptoms: possible translational links. *Prostate cancer and prostatic diseases* 19:7-13.
2. Chapple CR, Wein AJ, Abrams P, Dmochowski RR, Giuliano F, Kaplan SA, McVary KT, Roehrborn CG. 2008. Lower urinary tract symptoms revisited: a broader clinical perspective. *European urology* 54:563-569.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A, Standardisation Sub-committee of the International Continence S. 2002. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics* 21:167-178.
4. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Maattanen L, Lilja H, Denis LJ, Recker F, Paez A, Bangma CH, Carlsson S, Puliti D, Villers A, Rebillard X, Hakama M, Stenman UH, Kujala P, Taari K, Aus G, Huber A, van der Kwast TH, van Schaik RH, de Koning HJ, Moss SM, Auvinen A, Investigators E. 2014. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 384:2027-2035.
5. Oh MM, Choi H, Park MG, Kang SH, Cheon J, Bae JH, Moon du G, Kim JJ, Lee JG. 2011. Is there a correlation between the presence of idiopathic detrusor overactivity and the degree of bladder outlet obstruction? *Urology* 77:167-170.
6. Lopatkin N, Sivkov A, Schlafke S, Funk P, Medvedev A, Engelmann U. 2007. Efficacy and safety of a combination of Sabal and Urtica extract in lower urinary tract symptoms--long-term follow-up of a placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. *International urology and nephrology* 39:1137-1146.
7. Djavan B, Chapple C, Milani S, Marberger M. 2004. State of the art on the efficacy and tolerability of alpha1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Urology* 64:1081-1088.
8. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damiao R, Major-Walker K, Nandy I, Morrill BB, Gagnier RP, Montorsi F, Comb ATSG. 2010. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *European urology* 57:123-131.
9. Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. 2006. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)--incidence, management, and prevention. *European urology* 50:969-979; discussion 980.
10. Burke N, Whelan JP, Goeree L, Hopkins RB, Campbell K, Goeree R, Tarride JE. 2010. Systematic review and meta-analysis of transurethral resection of the prostate versus minimally invasive procedures for the treatment of benign prostatic obstruction. *Urology* 75:1015-1022.