

# Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP, Adénome)

Tumeur bénigne la plus fréquente de l'homme, l'hyperplasie bénigne (ou adénome) de la prostate, est responsable de la grande majorité des troubles mictionnels de l'homme vieillissant, et constitue, de ce fait, une préoccupation croissante pour le médecin praticien.

# Epidémiologie

C'est la tumeur la plus fréquente de l'homme.

Son incidence histologique passe de 8 à 90 % de la quatrième à la neuvième décennie.

La fréquence réelle de ces manifestations cliniques demeure difficile à évaluer, de très nombreux patients vivant avec leurs symptômes.

De nombreuses études utilisant le score IPSS ont toutefois montré la grande prévalence de la maladie atteignant 40 % des hommes au-delà de 50 ans et son lien avec l'âge. Une étude de Mac Farlane portant sur 2 000 hommes de plus de 50 ans a montré que 20 % n'avaient aucun symptôme, 60 % des symptômes modestes (IPSS < 7), 15 % des symptômes modérés (IPSS entre 13 et 20) et 5 % des symptômes sévères.

# Etiopathogenie

Deux facteurs sont reconnus à l'origine du développement de l'adénome :

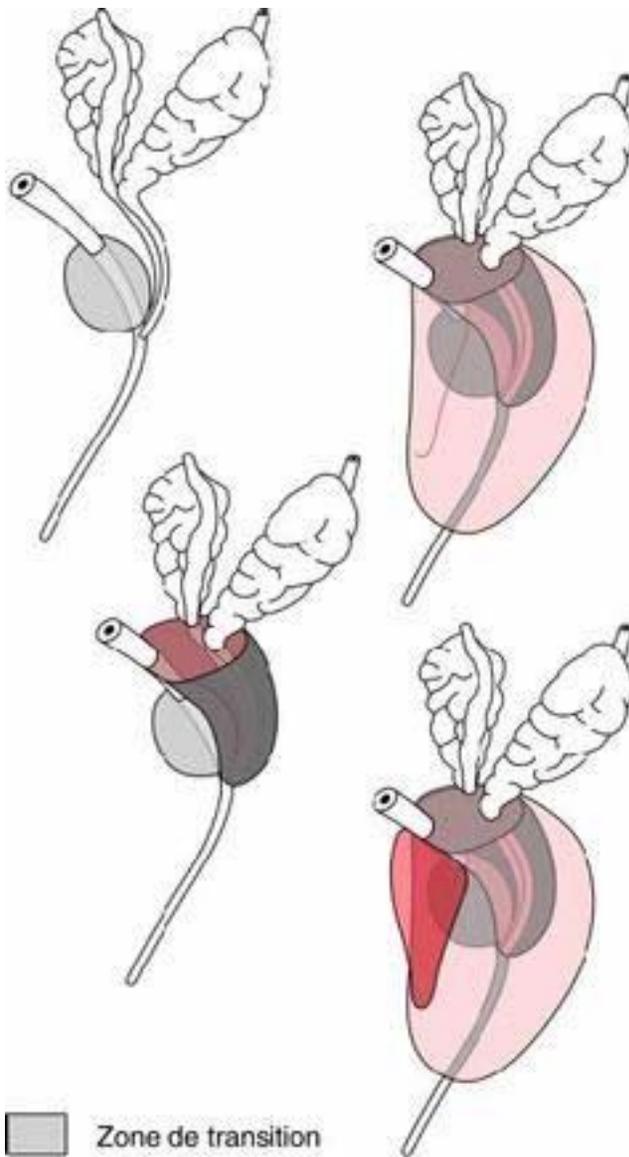
l'âge, ainsi que la présence d'androgènes (testostérone) dans le sang circulant, et la capacité à transformer cette testostérone en dihydrotestostérone, grâce à la présence de 5-alpha-réductase.

Très schématiquement, on peut considérer que le développement de l'hypertrophie prostatique bénigne suit la séquence suivante:

- vers la troisième décennie : déséquilibre entre les facteurs de croissance, créant une formation micronodulaire stromique ;
- De la troisième à la cinquième décennie : accroissement progressif sur l'influence de la dihydrotestostérone, du déséquilibre des facteurs de croissance, du volume des nodules, qui provoque l'apparition de nodules épithéliaux et fibreux ;
- Au-delà de la cinquième décennie : du fait du déséquilibre entre les androgènes et les oestrogènes, augmentation plus ou moins rapide du volume de ces micronodules qui se joignent pour réaliser une hypertrophie prostatique bénigne.

# Développement de l'adénome

- Il se développe dans la portion de la prostate entourant l'urètre, dite zone de transition, et est habituellement composé de deux lobes latéraux, et s'y adjoint, dans un certain nombre de cas relativement rares, la formation d'un lobe médian qui fait protrusion dans la lumière vésicale.
- L'augmentation de volume progressive de cet adénome va refouler progressivement à la périphérie le reste de la prostate, de sorte que l'adénome apparaîtra tel un oeuf dans son coquetier, le coquetier étant représenté par les territoires de la glande prostatique non intéressés par le processus adénomateux. Fait important, il existe un plan de clivage entre l'adénome et le reste de la prostate, expliquant la possibilité de l'énucléation chirurgicale.
- Sur le plan histologique, l'adénome prostatique est fait d'un ensemble de nodules où se trouve, à part plus ou moins importante, du tissu glandulaire (adénome), fibreux (fibrome) et musculaire (myome), justifiant le nom d'adénofibromyome prostatique. Fait important, le tissu épithélial proprement dit ne représente que 30 % du volume de l'adénome, ce qui explique l'efficacité relative des manipulations hormonales qui ne jouent guère que sur le volume du tissu épithélial.



-  Zone de transition
-  Zone centrale
-  Zone périphérique
-  Zone fibreuse antérieure

Anatomie zonale de la prostate. La zone fibreuse est la « moins importante » car ne comportant pas de glandes prostatiques elle ne donne lieu à aucune pathologie.

# Diagnostique positif

**L'interrogatoire** est l'élément majeur de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Les signes cliniques doivent être recherchés car le patient s'habitue progressivement à la symptomatologie, d'autant plus que la croyance qu'ils sont « un signe de vieillissement » est largement ancrée dans la population.

Vingt pour cent des médecins généralistes ne recherchent pas de façon systématique les signes urinaires .

# Irritation, obstruction

- sept symptômes sont regroupés dans le score IPSS et l'on considère que trois d'entre eux concernant le remplissage vésical sont des symptômes « irritatifs » : pollakiurie diurne, pollakiurie nocturne, besoins impérieux, tandis que les quatre autres concernant la vidange vésicale sont des symptômes « obstructifs » : diminution de la force du jet, sensation de miction incomplète, mictions en plusieurs temps et nécessité de pousser.

Tableau III - Score international des symptômes de prostatisme (IPSS : international prostate symptom score) [8].

Symptômes		Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
1	Au cours du dernier mois écoulé, 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	
2	Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
3	Au cours du dernier mois écoulé, 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	
4	Au cours du dernier mois écoulé, après en avoir ressenti le besoin, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir votre envie d'uriner?	0	1	2	3	4	5	
5	Au cours du dernier mois écoulé, 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	
6	Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	
7	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 soiret celui de votre lever définitif du matin)	Jamais 0	1 fois 1	2 fois 2	3 fois 3	4 fois 4	5 fois 5	
Score I-PSS total =								
Qualité de vie								
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 :		Très satisfait 0	Satisfai t 1	Plutôt satisfait 2	Partagé (ni satisfait ni ennuyé) 3	Plutôt ennuyé 4	Ennuyé 5	Très ennuyé 6
Score Qualité de vie (QdV) =								

# Pollakiurie

- Émission trop fréquente de petites quantités d'urine, c'est le symptôme le plus souvent rapporté par les patients. En effet, il est celui qui entraîne, dans ses deux variantes diurne et nocturne, le maximum de gêne sociale et de détérioration de la qualité de vie.
- - La pollakiurie nocturne, dès qu'elle dépasse trois occurrences, constitue une gêne véritable au sommeil, tant du patient que de sa partenaire.
- - La pollakiurie diurne, avec impossibilité de contenir les mictions plus de 2 heures durant le jour, rend difficile la pratique des activités sociales communes à cet âge : voyages, spectacles, parties de cartes, etc.
- La pollakiurie est parfois difficile à différencier d'une polyurie liée, soit à une inversion du rythme nyctéméral de la diurèse, soit à une prise vespérale importante de boissons que le seul interrogatoire peine à quantifier. Au moindre doute, on demande au patient un « catalogue mictionnel » où il note l'horaire et la quantité de chaque miction.
- Enfin, la pollakiurie est souvent associée à des contractions vésicales désinhibées qui ne disparaissent pas toujours avec le traitement de l'obstruction .

# Symptômes dysuriques (1/2)

- Besoin impérieux (ou miction impérieuse) : il s'agit d'une envie pressante que le sphincter strié peut inhiber (besoin) ou qui dépasse ses capacités (miction). Cette dernière situation aboutit à une gêne sociale majeure.
- Diminution de la force du jet : ce symptôme est généralement très progressif, souvent plus marqué le matin (congestion pelvienne ou distension vésicale par accumulation d'urine nocturne) et rarement ressenti comme gênant. Cette « absence de pression » est le plus souvent considérée à tort par le patient comme une « conséquence de l'âge ».

# Symptômes dysuriques (2/2)

- Sensation de miction incomplète : elle se manifeste par la nécessité de retourner uriner quelques minutes après en avoir terminé ou par une sensation de pesanteur postmictionnelle persistante.
- Miction en plusieurs temps : parfois due à la présence d'une lithiase vésicale ou d'un lobe médian opposant un clapet à l'écoulement de l'urine, elle est parfois constituée de gouttes retardataires, qui tachent les vêtements faute d'avoir pu les chasser en fin de miction par expression manuelle du périnée.
- Nécessité de pousser pour expulser l'urine : elle illustre de façon évidente la lutte contre l'obstruction. Toutefois, ce symptôme est plus corrélé avec des habitudes mictionnelles qu'avec le degré de l'obstruction .

# Les troubles de la continence

- incontinence : présentée comme des fuites urinaires par le patient, le praticien doit faire la part des contractions vésicales désinhibées entrant dans le cadre des besoins/mictions impérieux, des mictions par regorgement secondaires à une rétention chronique, avec « débordement » urinaire, débutant le plus souvent la nuit, où la vigilance est moindre, sous forme d'énurésie sans jet et d'abondance modérée ;
- rétention sous ses deux formes :
  - aiguë brutale, où l'incapacité de vider la vessie s'accompagne d'une violente douleur sus-pubienne avec envie impérieuse ;
  - chronique, beaucoup plus insidieuse, découverte au stade de mictions par regorgement, voire par des signes cliniques ou biologiques d'insuffisance rénale par distension bilatérale du haut appareil.

## *troubles non spécifiques*

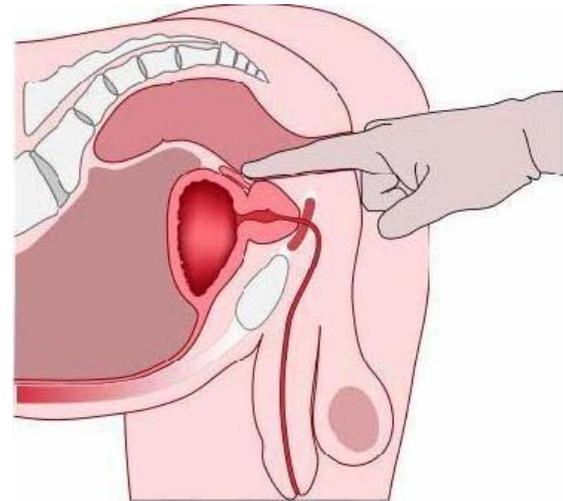
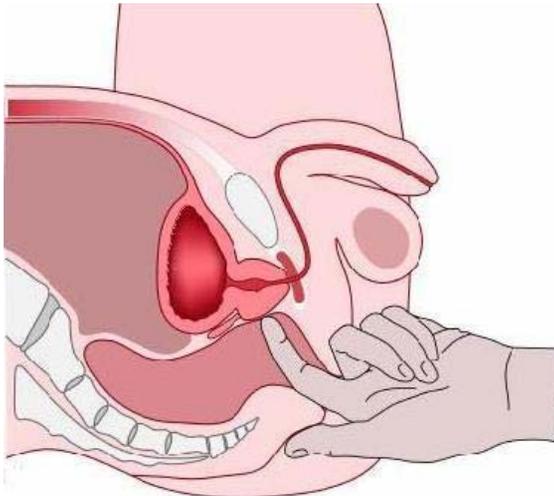
Des *troubles non spécifiques* peuvent n'avoir que l'HBP pour origine et cette dernière est donc un diagnostic d'élimination :

- une infection urinaire basse
- une hématurie à répétition.

La découverte, dans ces circonstances, d'une lithiase vésicale ou de diverticules vésicaux l'authentifie.

# Examen physique (1/2)

- **Le toucher rectal** est l'élément fondamental du diagnostic d'HBP. Praticué après vidange vésicale et rectale, il admet plusieurs techniques



le patient est à plat dos en position gynécologique sur un plan dur ;

le patient est debout penché en avant tandis que le praticien est accroupi derrière lui.

# Examen physique (2/2)

Le reste de l'examen physique consiste en:

- une palpation abdominale à la recherche d'un globe vésical (tuméfaction mate, rénitente, à convexité supérieure),
- une palpation rénale à la recherche de gros reins dilatés.
- examen neurologique sommaire.

# Examens complémentaires

- Les experts de la consultation internationale sur l'HBP considèrent comme seul examen complémentaire « très recommandé » la recherche d'une infection urinaire par bandelette réactive.
- Ils recommandent pour la première évaluation d'ajouter un dosage de créatinine, un dosage de *prostate specific antigen* (PSA), une débitmétrie, une mesure échographique du résidu postmictionnel et la confection d'un catalogue mictionnel.
- Ils considèrent comme optionnelles les études urodynamiques pression-débit, les examens d'imagerie du haut appareil ou les explorations transrectales.

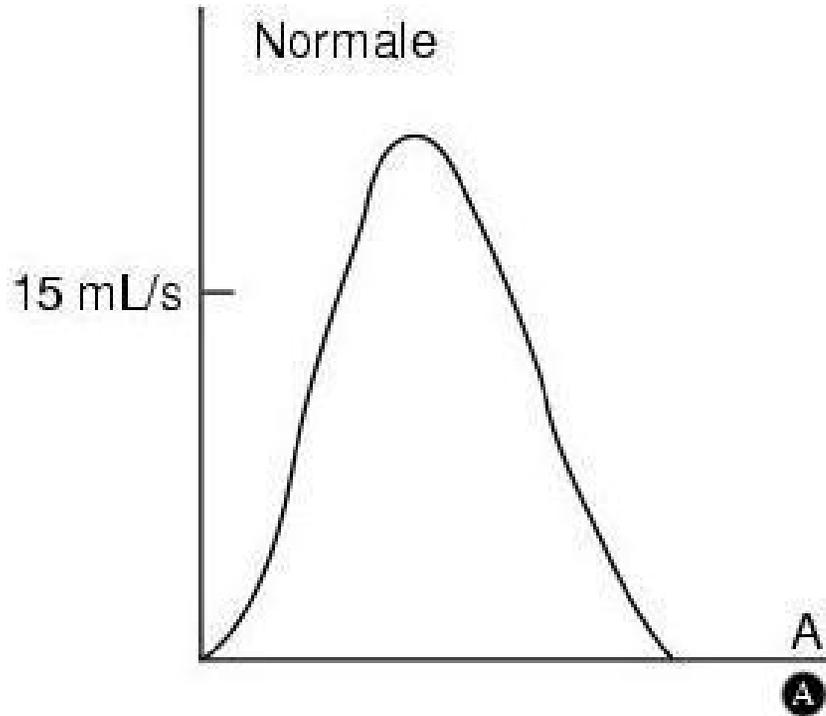
# Débitmétrie

Elle mesure le débit mictionnel, soit le volume émis par unité de temps. Elle est souvent utilisée comme critère «objectif» de l'obstruction .

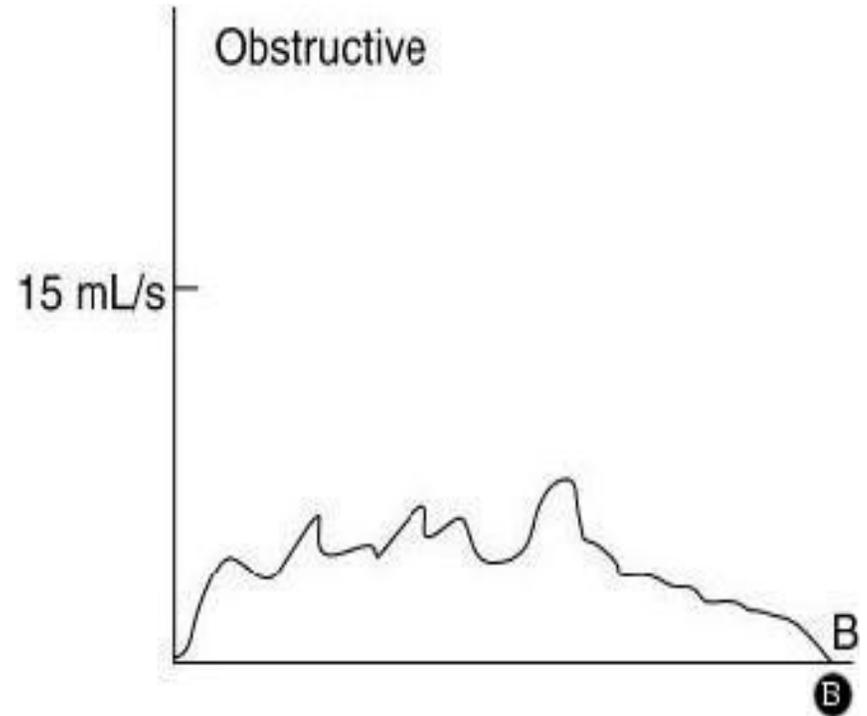
Exprimée sous forme d'une courbe, la débitmétrie permet de mesurer soit le débit mictionnel moyen, soit le débit maximal exprimé par le sommet de la courbe. Pourvu qu'elle ne soit pas troublée par une poussée abdominale intempestive, la mesure du débit maximal est celle qui a la meilleure corrélation avec l'obstruction liée à l'HBP.

Les valeurs normales sont des données statistiques et l'on considère qu'un débit maximal supérieur ou égal à 15 ml/s permet pratiquement d'éliminer une obstruction sous-vésicale.

# Courbes de débitmétrie.



A. Normale.



B. Obstructive.

# Mesure du Résidu Post mictionnel

*L'échographie sus-pubienne postmictionnelle* est l'examen de choix pour répondre à la recommandation internationale de mesure du résidu .

- Elle est facile à coupler à la recherche d'une dilatation du haut appareil et permet en outre de détecter lithiases rénales et vésicales.
- En France, la prescription d'une « échographie urinaire » permet donc d'explorer grossièrement l'aspect et le volume prostatique, et finement le résidu postmictionnel, la présence de calcul, de diverticule et d'une dilatation urétérorénale . La découverte fortuite d'une tumeur rénale ou vésicale n'est qu'un « sous-produit », parfois intéressant, de l'examen.
- Il faut toutefois noter que la mesure échographique du résidu postmictionnel n'est pas parfaite, à la fois en raison de la variabilité du résidu dans le temps et de l'irrégularité des formes géométriques que la mesure assimile à une sphère.

# Evolution

- L'évolution naturelle de l'HBP se fait vers l'augmentation de volume. Mais cette augmentation se fait de manière non linéaire, par poussées. De plus, il n'existe qu'une corrélation faible entre volume et symptômes.
- Au plan symptomatique, des études longitudinales ont montré une aggravation lente de la symptomatologie dans la population, avec des variations individuelles majeures. Les symptômes s'aggravant avec le temps sont la faiblesse du jet, la sensation de vidange incomplète et la pollakiurie nocturne. Toutefois, 25 % des patients observés vont s'améliorer.

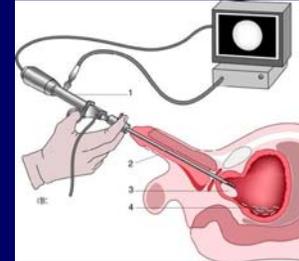
# Complications

- Retention aiguë d'urines avec globe vesical
- Accident infectieux
  - Adenomite/prostatite
  - Epididymite
  - Cystite
- Lithiase vesicale
- Hématurie initiale ou terminale (= diagnostique d'élimination)
- Insuffisance renale
- Miction par rengorgement et pseudo incontinence

# Quel est le devenir de ce patient?

- - les **symptômes fonctionnels** de l'adénome prostatique vont, en général, en s'aggravant progressivement. Néanmoins, ils peuvent évoluer par poussées, présents à certaines périodes de l'année, moins présents, voire totalement absents à d'autres. D'une manière générale, il apparaît que l'aggravation des symptômes est d'autant plus rapide et d'autant plus marquée que les symptômes initiaux sont plus importants ;
- - le **risque de rétention aiguë d'urine**, globalement celui qui préoccupe le plus les patients, peut être évalué à 10 % dans les 5 ans qui suivent ;
- - l'**HBP** augmente très progressivement de volume. Il est bien connu qu'il n'y a cependant pas de relation directe entre le volume de la glande et l'importance des troubles mictionnels dont elle est responsable.
- Bien entendu, toutes ces notions peuvent venir à être révisées en cas d'affection intercurrente ou de nécessité de recours à une intervention chirurgicale pouvant majorer brusquement les troubles mictionnels : cure de hernie, chirurgie prothétique orthopédique, intervention ophtalmologique...

# Quand référer le patient au chirurgien?

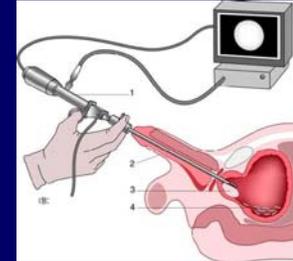


## Indications de nécessité (indications absolues)

Il est des indications absolues et impératives à la suppression du tissu prostatique obstructif : ce sont toutes les situations où l'adénome prostatique est compliqué :

- - d'insuffisance rénale obstructive, avec distension vésicale et du haut appareil ;
- - de rétention aiguë récidivante des urines ;
- - d'hématurie incoercible ;
- - d'infections urinaires rebelles et répétitives en dépit d'un traitement anti-infectieux bien conduit ;
- - de retentissement important de l'hypertrophie prostatique sur l'évacuation des urines vésicales, se traduisant par la présence d'un ou de plusieurs des éléments suivants :
  - - calcul de vessie ;
  - - résidu postmictionnel important ;
  - - vessie de lutte, voire au maximum, présence de diverticule de vessie.

# Quand référer le patient au chirurgien?



## Indications de confort

- L'indication thérapeutique sera portée au terme de la confrontation entre le patient et le thérapeute, en pesant les avantages et les risques des différentes formes de traitement de l'histoire naturelle de la maladie. Il est certes possible de se guider sur le résultat du score symptôme. Il est tout aussi simple de poser au patient la question suivante : les troubles que vous ressentez sont-ils tels que vous êtes prêt à vous soumettre au désagrément de l'intervention chirurgicale pour les voir disparaître ?
- Lorsque le débit urinaire est inférieur à 10 mL/s, les risques d'altération progressive du fonctionnement du détrusor et/ou de survenue d'une rétention aiguë des urines ne sont pas négligeables, et il semble raisonnable de proposer au patient, si son état général de santé le permet, une intervention de suppression du tissu prostatique obstructif.
- Lorsque le débit est supérieur à 15 mL/s et que dominent essentiellement les troubles de la retenue, le traitement médical est seul de mise, et, dans ce type de situation, les extraits de plantes sont en général extrêmement efficaces.
- Lorsque le débit est compris entre 10 et 15 mL/s et qu'il existe probablement un syndrome obstructif, le traitement médical est ici encore probablement le seul indiqué, tout au moins en première intention, et le choix est à faire entre les extraits de plantes, les médicaments alphabloquants, qui ont l'avantage d'entraîner un soulagement rapide des symptômes au prix de quelques effets secondaires parfois fort gênants, et enfin, un inhibiteur de la 5-alpha-réductase qui entraînera, à plus long terme, une réduction du volume de la glande prostatique, tandis que la réduction des symptômes fonctionnels et l'amélioration du débit seront en gros identiques à celles obtenues par les alphabloquants. Il est possible, dans ce type de situation, à l'avenir, que les alternatives instrumentales peu invasives au traitement chirurgical trouvent ici une excellente indication.