

Hypertrophie bénigne de la prostate

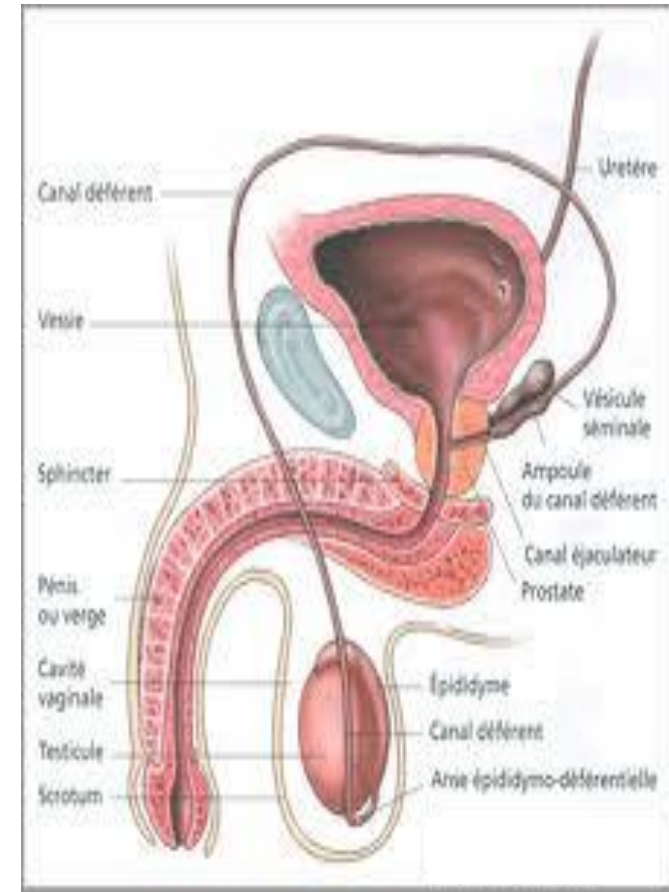


I. Introduction

- hyperplasie bénigne des glandes de la prostate = adénome de la prostate.
- Pathologie urologique la plus courante.
- Potentiellement dangereuse (complications!!).

II. Rappel anatomique

- Glande située sous la vessie et autour de l'urètre.
- Elle constitue le carrefour des voies urinaires et génitales.
- Elle participe à la constitution du liquide séminal et à son émission.



Facteurs favorisants

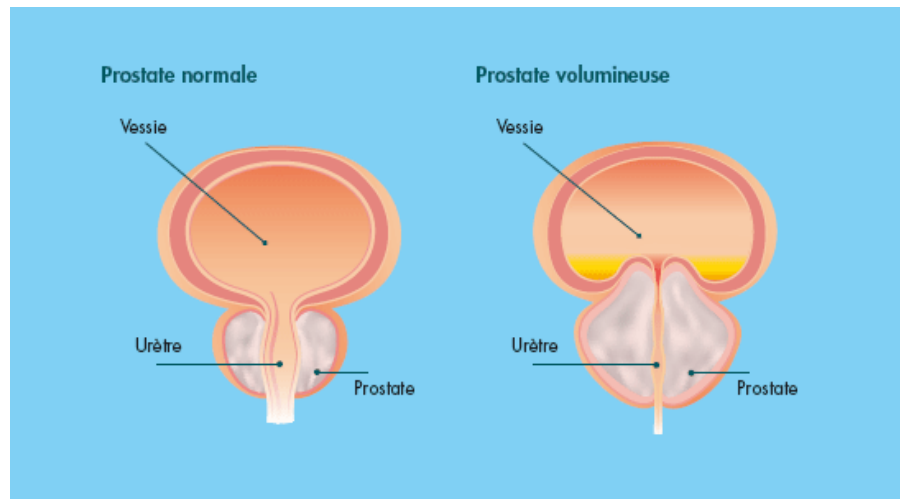
- Rôle de l'âge (3 hommes sur 4 après 70 ans).
- L'adénome prostatique ne dégénère jamais mais l'association avec le cancer est possible.

physiopathologie

- Hypertrophie adéno-fibro-myomateuse

➔ double obstruction :

- a) Statique : compression urétrale.
- b) Dynamique : hypertonie des fibres musculaires lisses.



V. Diagnostic

Clinique +++ : toucher rectal + symptomatologie urinaire.

1. Interrogatoire :

- Age.
- Antécédents médico-chirurgicaux.
- Rechercher des signes fonctionnels urinaires (aucun parallélisme avec le volume de la prostate).
- Antécédents de complications.
- Traitements habituels.

Signes obstructifs

Faiblesse du jet
Miction par poussées
Retard à l'initiation du jet
Miction en plusieurs temps
Sensation de mauvaise vidange
Gouttes retardataires

Signes irritatifs

Pollakiurie nocturne et diurne
Urgenturie / imperiosité

- Score IPSS = score international des symptômes de prostatisme .
 - Questionnaire établi pour apprécier la symptomatologie .

- Examen physique :

D'abord;

- Examen de la miction : voire le malade uriner.
- Palpation et percussion sus-pubienne (globe vésical).
- palpation des fosses lombaires (contact ou douleur lombaire : hydronéphrose).
- examen du méat urétral (sténose, phimosis).
- examen des organes génitaux externes et des orifices herniaires.

En suite;

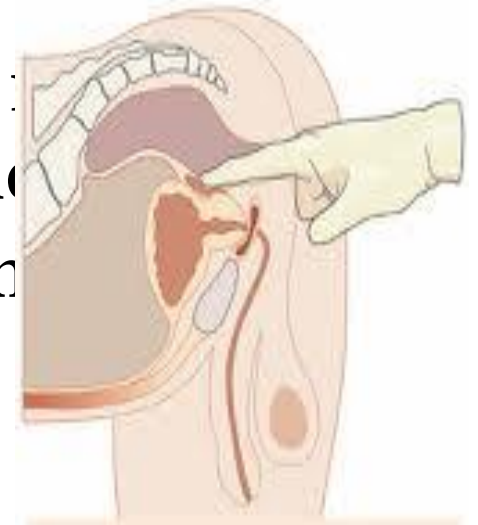
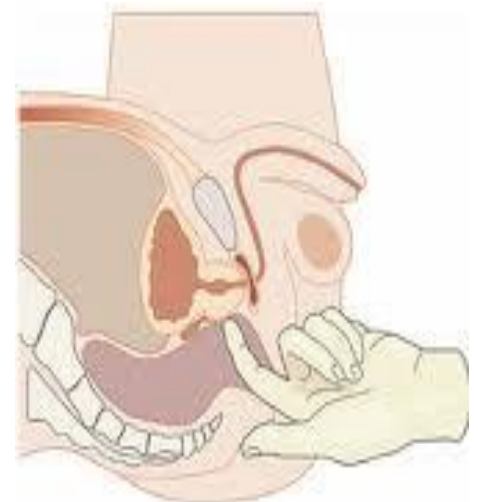
Toucher rectal +++ : après miction, patient en décubitus dorsal, membres inférieurs légèrement fléchis.

L'examineur se place à coté du patient et réalise une palpation bi-manuelle: l'indexe intra-rectal s'associe à une pression hypogastrique.

Il met en évidence:

- une prostate augmentée de volume.
- ferme élastique mais pas dure.
- lisse.
- régulière.
- indolore.
- avec disparition du sillon médian.

Le TR ne perçoit pas un éventuel lobe :
dont le développement est intra-vésical.
L'examineur peut apprécier le volume
l'adénome.

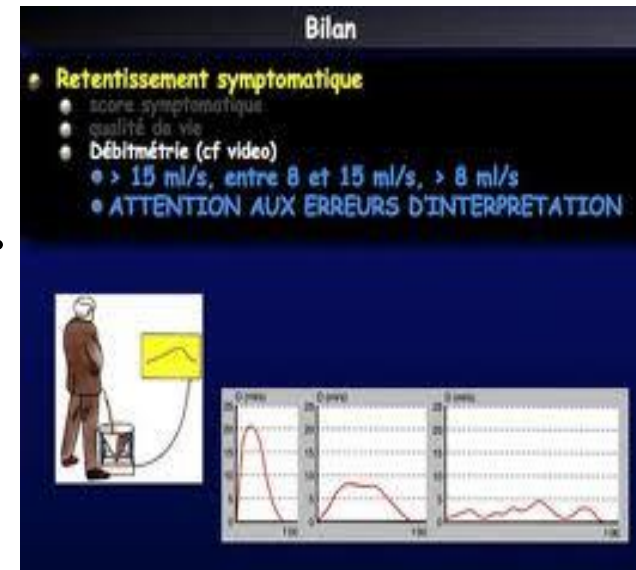


Biologie

- Bandelette urinaire – ECBU.
- Créatininémie.
- PSA : aucun intérêt pour le diagnostic, le traitement ou le suivi de l'HBP.
 - pour dépister un cancer associé à l'HBP,
 - normale < 4 ng/ml.

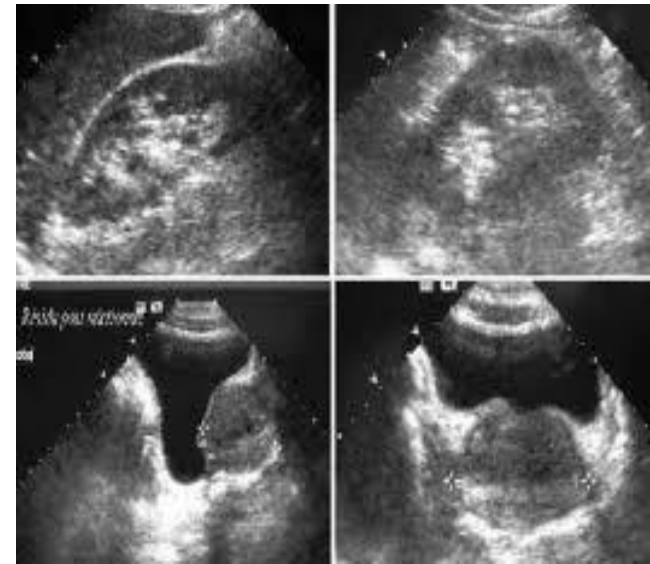
Débitmétrie

- Mesure du débit mictionnel.
- Examen urodynamique simple.
- obstruction significative si $< 15 \text{ ml/sec}$



Echographie

- Reins- vessie- prostate:
 - Retentissement sur le haut appareil urinaire (dilatation des cavités pyélo-caliciellees).
 - Retentissement sur le bas appareil urinaire (vessie de lutte, lithiase, résidu post-mictionnel, diverticule vésical).
 - Évalue le volume prostatique (ETM endorectale).



Autres examens

- Endoscopie vésicale: en cas d'antécédent d'hématurie (tumeur de vessie associée).
- Bilan uro-dynamique en cas de pathologie neurologique associée.

Complications

Peuvent être inaugurales:

- rétention aiguë d'urine.

- retentissement vésical;
diverticule vésical.

lithiase de stase.

résidu post-mictionnel +++

et distension vésicale.

- hématurie (éliminer les autres causes !!!).

- infections : cystite, prostatite, orchi-épididymite, septicémie.

complications



Schéma 5 : retentissement sur l'urètre et la vessie.

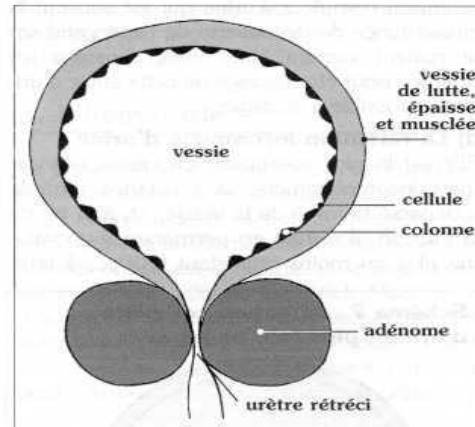
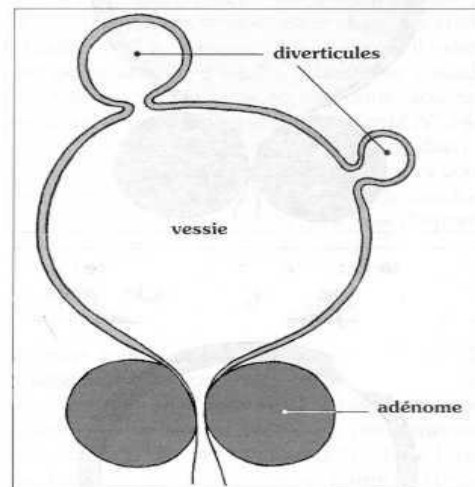


Schéma 6 : retentissement sur la vessie : diverticule.



- retentissement sur le haut appareil urinaire
(insuffisance rénale obstructive).



UIV normale



Retentissement
sur le HAU

Diagnostic différentiel

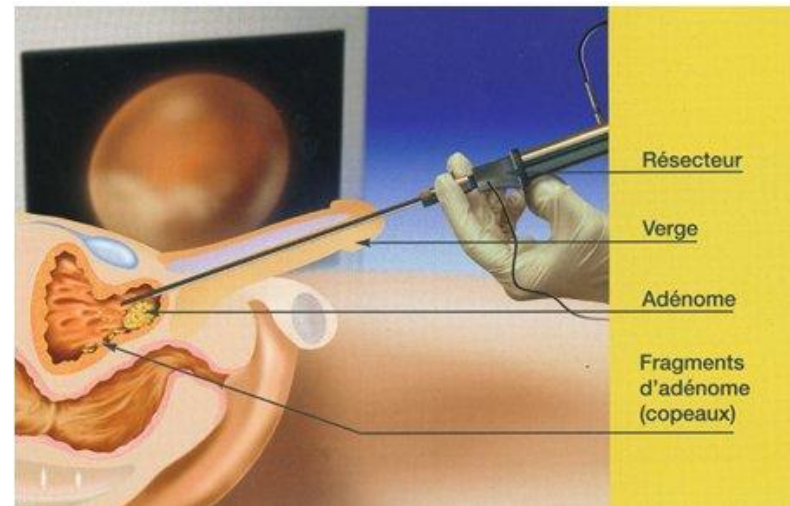
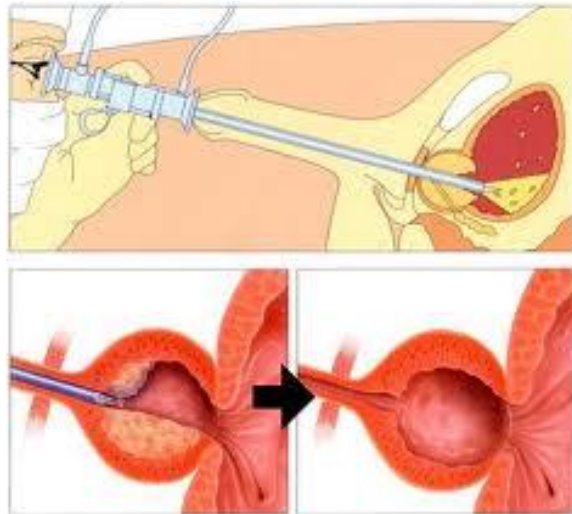
- Maladie du col vésical
- Prostatite chronique
- Rétrécissement urétral
- Cancer de prostate
- Vessie neurologique

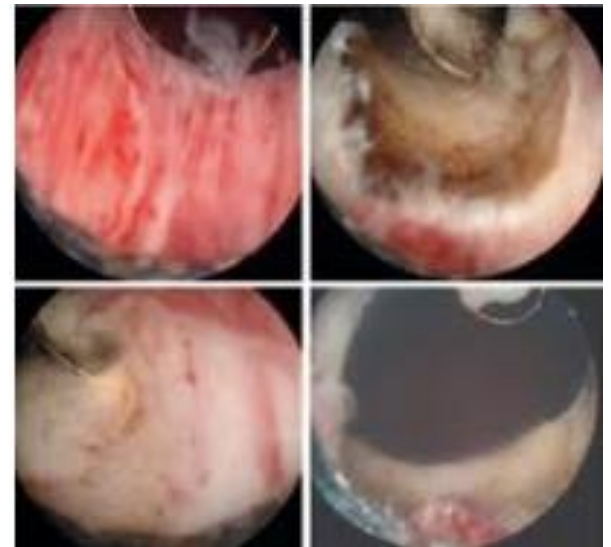
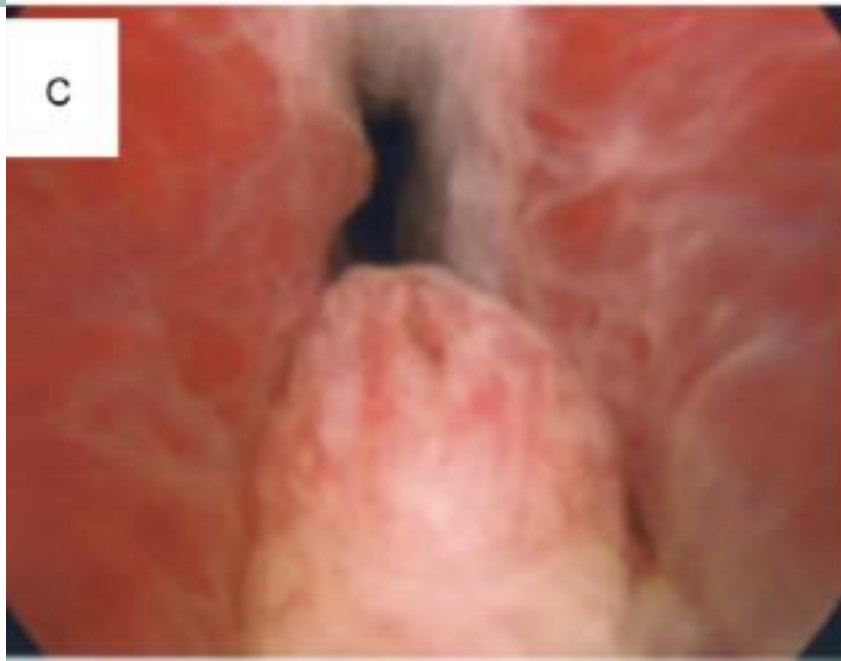
Traitement

A. Moyens thérapeutiques:

- Abstention-surveillance : patient paucisymptomatique.
- Traitement médical :
 - phytothérapie = extrait de plante (permixon, tadénan).
 - Alpha bloquant : xatral, omexel, cardular ...
 - Inhibiteur de la 5 alpha-réductase: prostamed ...

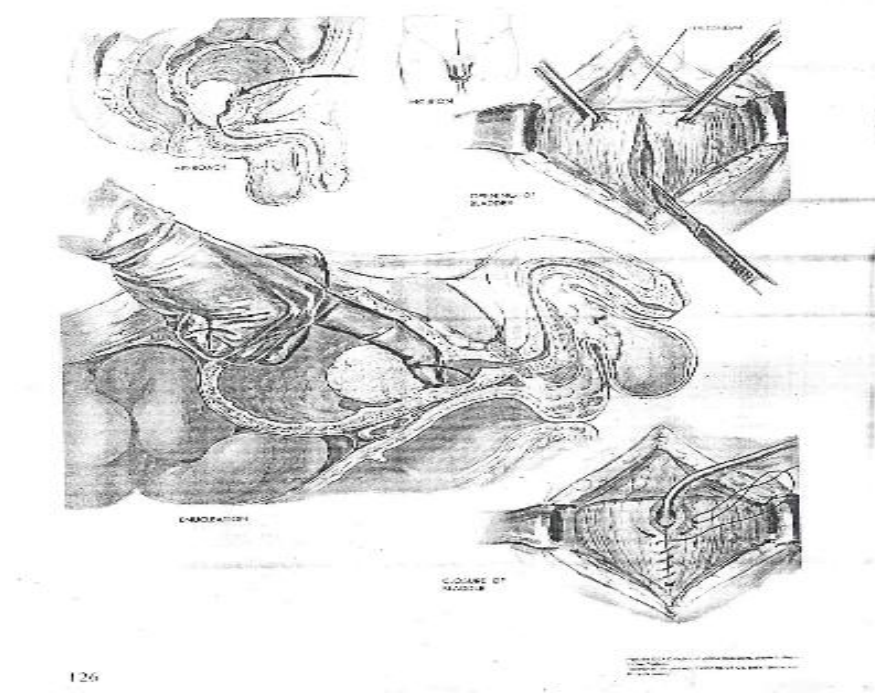
- **Traitement chirurgical:**
 - **Résection trans-urétrale de prostate (RTUP):** exérèse du tissu prostatique par voie endoscopique.
Risque d'éjaculation rétrograde.
TURP syndrome (RTUP > 1h).







- Adénomectomie par voie haute:
-énucléation de l'adénoïme par laparotomie.



- Incision cervico-prostatique: (ICP)
intervention endoscopique simple (jeune patient avec adénome < à 30g).

- Autres traitements:
 - laser.
 - thermo-thérapie.
 - endo-prothèse urétrale.
 - sonde à demeure.
- Indications:
 - abstention-surveillance

Indications

- Abstention-surveillance:

HBP pas ou peu symptomatique et non compliqué.

- Traitement médical:

HBP symptomatique et non compliquée (mono ou bithérapie)

- Traitement chirurgical:

-HBP compliquée

-Echec du traitement médical

-le choix de la voie d'abord est uniquement en fonction de la taille de l'adénome;

AP > 60g \longrightarrow AP/VH

AP < 60g \longrightarrow RTUP

Suivi +++

- Doit être annuel :
 - Interrogatoire
 - Toucher rectal
 - PSA (pour le cancer)