

En bref

L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP) est la maladie la plus fréquente de l'homme âgé et la première cause de ses troubles urinaires. En France, plus d'un million d'hommes âgés de plus de 50 ans sont concernés. C'est une maladie progressive qui nécessite un suivi.

La **pathogénèse** est multifactorielle, avec deux grandes théories, la théorie hormonale et la théorie stromale. Les principaux symptômes sont des troubles urinaires du bas appareil (SBAU), concernant la phase de remplissage, ou la phase mictionnelle et post-mictionnelle.

En 1^{ère} intention pour explorer une HBP, le bilan comprend : un interrogatoire ; une évaluation par un score symptomatique, le score IPSS (*International Prostate Score Symptom*) constituant le standard international ; un examen clinique, essentiellement en un toucher rectal ; un examen urinaire cytobactériologique pour rechercher un diagnostic différentiel ou une complication de l'HBP ; et des examens urodynamiques si une obstruction sous-vésicale est suspectée ; le dosage du *Prostate Specific Antigen* est utilisé soit dans le dépistage d'un cancer de la prostate, soit comme marqueur pronostique de l'HBP, cependant son interprétation peut être complexe.

Les complications de l'HBP sont souvent liées à la rétention d'urine dans la vessie : rétention urinaire qui peut être aiguë, infections, lithiase vésicale, fuites urinaires, distension vésicale, atteinte rénale à un stade avancé.

* **En cas d'HBP non compliquée** avec des SBAU responsables d'une gêne peu importante, une surveillance sans traitement avec des règles hygiéno-diététiques est préconisée. En cas de SBAU gênants, **un traitement médicamenteux** est proposé : alpha-bloquants, inhibiteurs spécifiques des isoenzymes de type 1 et de type 2 de la 5 alpha-réductase, certains médicaments dérivés des plantes, *Pygeum africanum* et *Serenoa repens* notamment, inhibiteurs sélectifs et réversibles de la phosphodiesterase de type 5 (PDE5) ; en complément, anti-

cholinergiques, théoriquement contre-indiqués, β -3-agonistes contre les symptômes de la phase de remplissage prédominants. Ces médicaments peuvent être utilisés en associations fixes ou non fixes. L'éthanol et la toxine botulique A en injections intraprostatiques sont en cours d'investigation.

* **En cas de SBAU liés à une HBP compliquée**, ou lorsque le traitement médical est inefficace ou mal toléré, la solution chirurgicale est alors le seul traitement curatif de l'HBP. Trois techniques 'traditionnelles' sont utilisées depuis les années 1980 : l'incision cervicoprostatique, la résection transurétrale (RTUP) et l'adénomectomie par voie haute.

Les techniques 'mini-invasives' permettent des traitements ambulatoires: la thermothérapie par radiofréquence (TUNA), la thermothérapie par micro-ondes transurétrales (TUMT), l'électrovaporisation, les ultrasons focalisés de haute intensité par voie rectale (cancer de la prostate).

Depuis les années 2000, **la chirurgie laser** est devenue la principale alternative à la chirurgie traditionnelle. Les différentes techniques se différencient par la longueur d'onde, la puissance, la profondeur de l'effet, le type de tir, le type de lumière : photovaporisation sélective de la prostate au laser KTP/LBO (PVP), énucléation par laser holmium Ho:YAG, résection au laser thulium. **La pose d'implants intra-prostatiques UroLift®** est apparue **en 2011**.

Les perspectives chirurgicales sont l'embolisation artérielle prostatique ou la prostatectomie assistée par robot.

Le traitement palliatif de l'HBP est réservé aux malades présentant une contre-indication opératoire.

Mots-clés : adénomectomie par voie haute, alpha-bloquant, chirurgie laser, hypertrophie bénigne de la prostate, incision cervicoprostatique inhibiteur 5-alpha-réductase, inhibiteur phosphodiesterase de type 5, résection transurétrale, trouble urinaire.

Abstract. Benign Prostatic Hypertrophy: therapeutic strategies

Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) is the most common disease of the elderly man and the leading cause of his urinary disorders. In France, more than one million men over the age of 50 are affected. It is a progressive disease that requires follow-up.

The pathogenesis is multifactorial. The main symptoms are lower urinary tract disorders, concerning the filling phase, or the voiding and post-voiding phase.

In first intention to explore a BPH, the balance sheet includes: questioning; an evaluation by a symptomatic score; a clinical examination consisting essentially of a rectal examination; a cytobacteriological urinary examination for differential diagnosis or complication of BPH; and urodynamic examinations if a subvesical obstruction is suspected; Prostate Specific Antigen is used in prostate cancer screening or as a prognostic marker for BPH, but its interpretation can be complex. The complications of BPH are often related to urinary retention in the bladder.

* **In the case of uncomplicated BPH**, a monitoring without treatment with hygiene-dietary rules is recommended. In case of lower urinary tract disorders interfering, drug treatment is proposed: alpha-blockers, specific inhibitors for isoenzymes of type 1 and type 2 of 5 alpha-reductase, few medicinal products derived from plants, selective and reversible inhibitors of phosphodiesterase type 5; in addition, anticholinergic, theoretically contraindicated, β -3-agonists against the symptoms of the predominant filling phase, could be used in fixed or non-fixed combinations.

* **In the case of complicated BPH**, or when medical treatment is ineffective or poorly tolerated, the surgical solution is the only curative treatment of BPH. Three 'traditional' techniques have been used since the 1980s: cervicoprostatic incision, transurethral resection and high adenomectomy. Minimally invasive techniques allow for outpatient treatments: radiofrequency thermotherapy, transurethral microwave thermo-therapy, electrovaporization, rectal high-intensity focused ultrasound (prostatic cancer).

Since the 2000s, laser surgery has become the main alternative to traditional surgery: laser selective photovaporization of the prostate, holmium laser enucleation, thulium laser resection.

UroLift® implants were introduced in 2011.

The palliative treatment of BPH is reserved for patients with a surgical contraindication.

Keywords: alpha-blocker, benign prostatic hypertrophy, cervicoprostatic incision, high adenomectomy, inhibitor 5 alpha-reductase, inhibitor phosphodiesterase type 5, laser surgery, transurethral resection, urinary disorder.