

---

# **l' Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP, Adénome, Hyperplasie)**

Dr Thierno CHABI

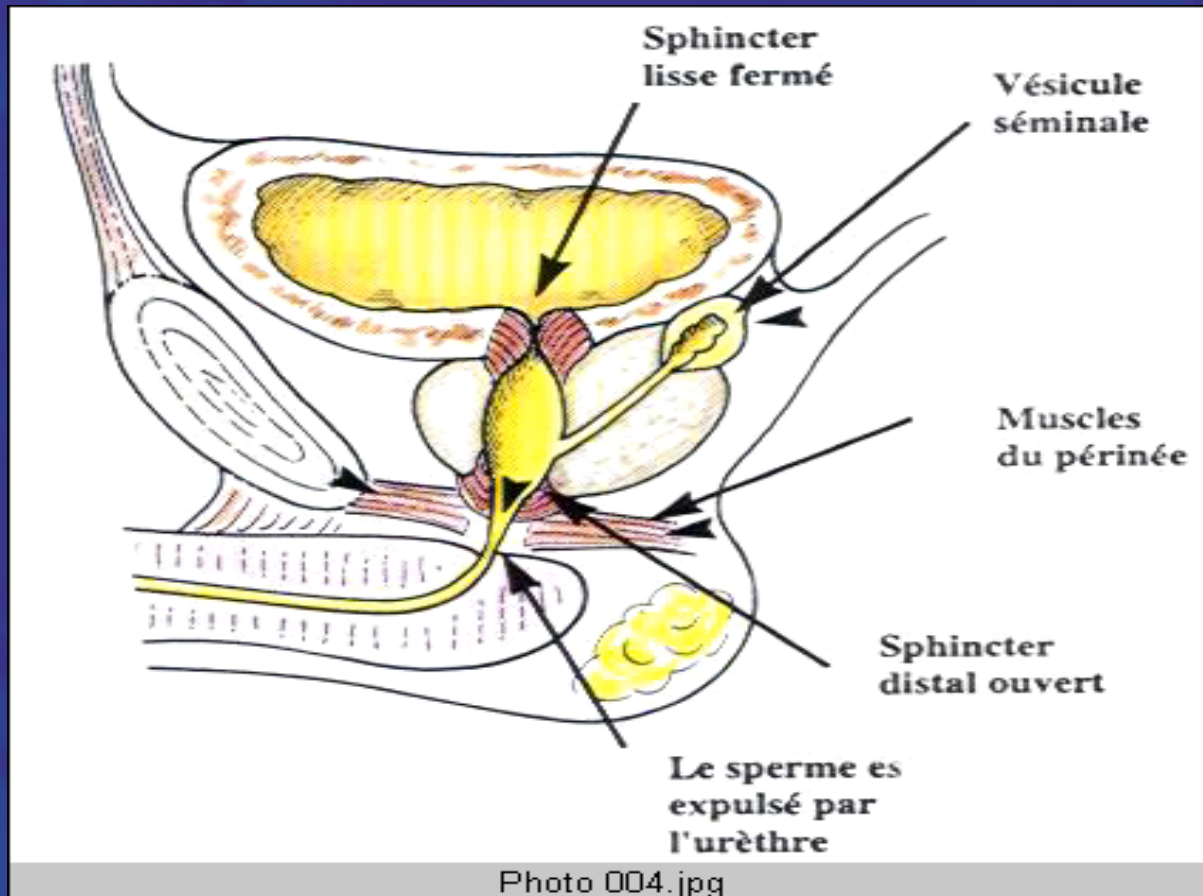


# Généralités

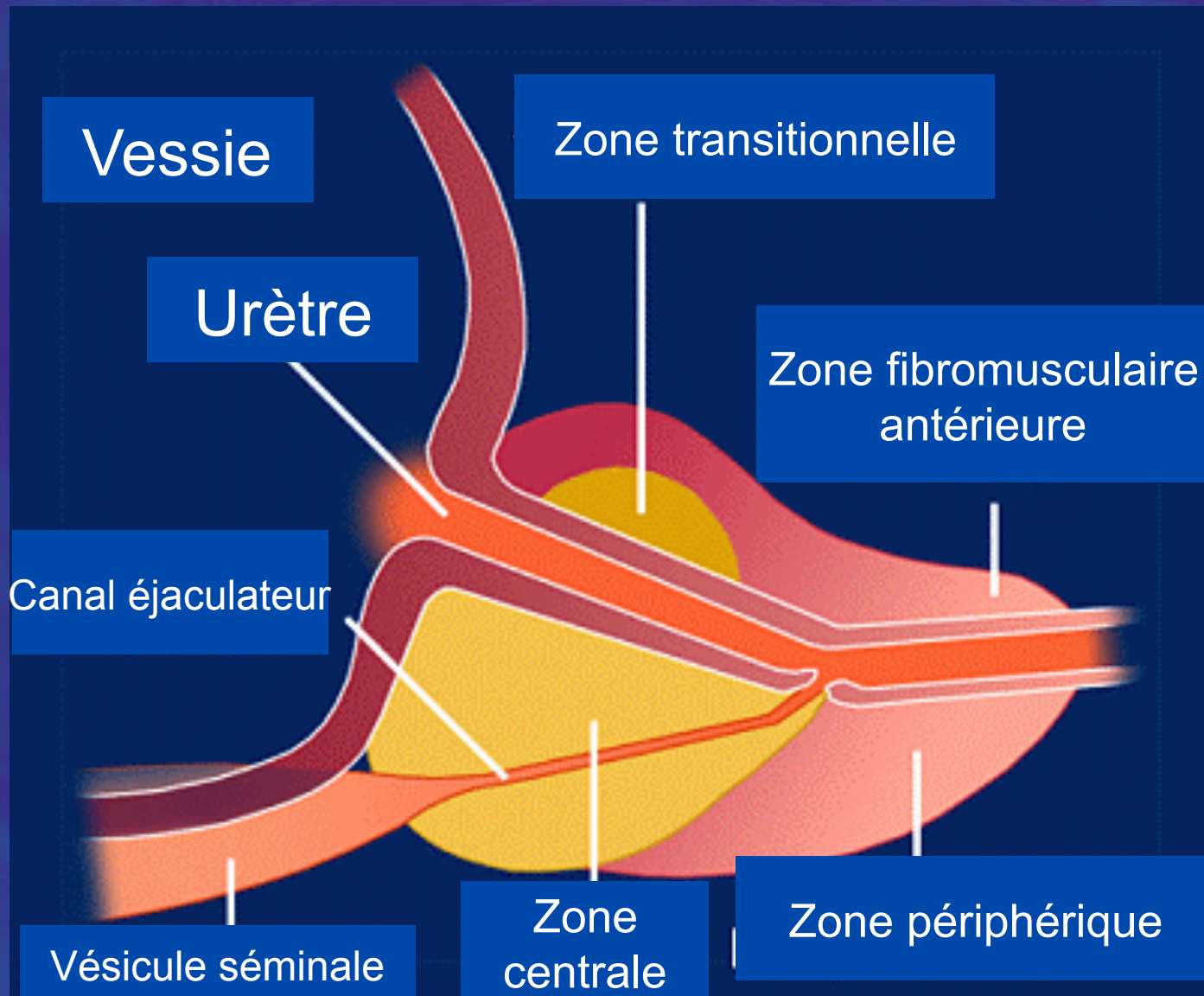
- Définition: Tumeur bénigne caractérisée par une hyperplasie adénofibroleiomyomateuse de la prostate
- Intérêts:
  - Pathologie fréquente chez homme de plus de 50 ans
  - Affecte la qualité de vie et parfois sa durée
  - Diagnostic amélioré par dosage PSA et échographie
  - Ne se cancérisse pas mais peut être associé au cancer

# Rappel anatomique

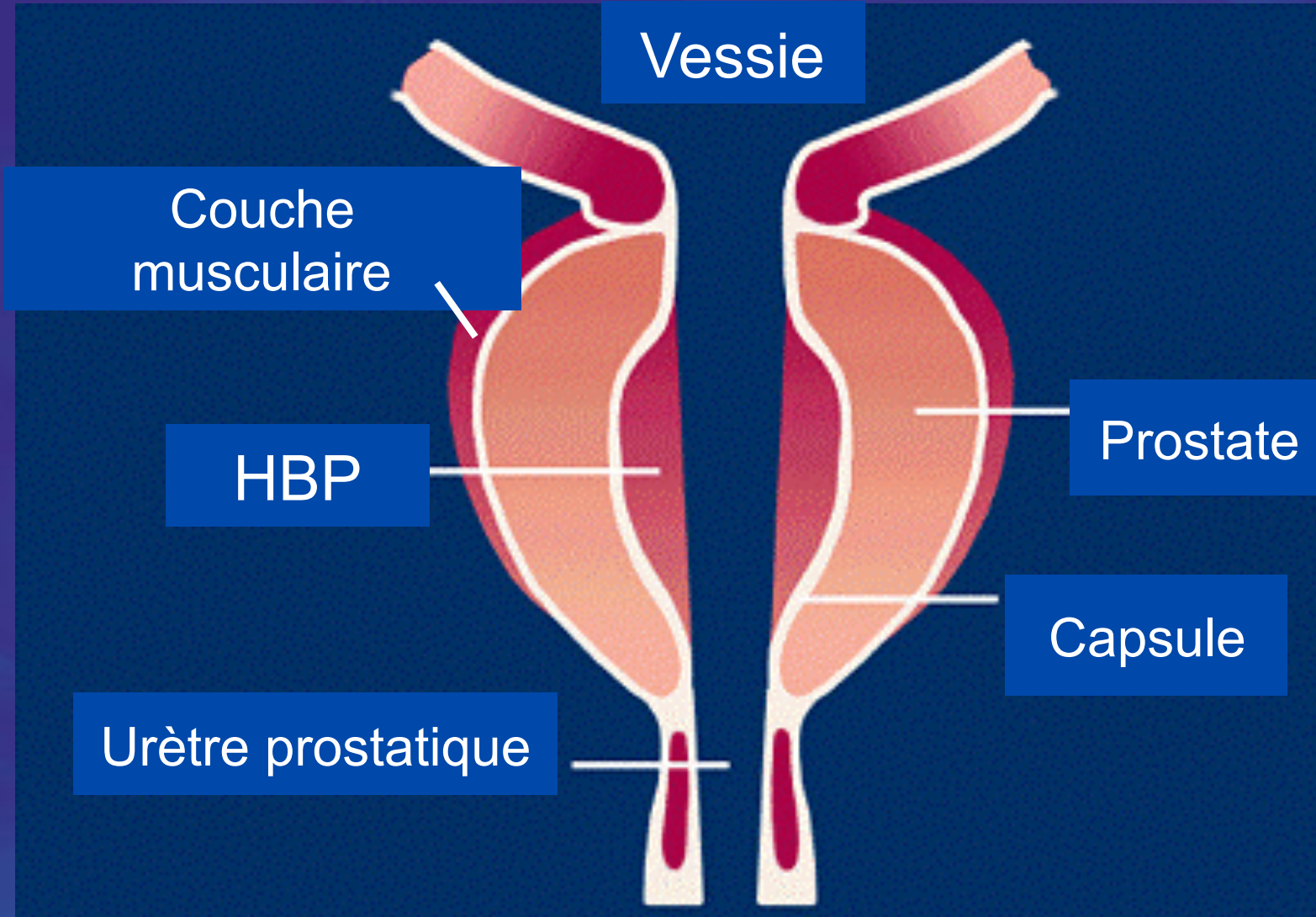
Situation anatomique : carrefour uro-génital



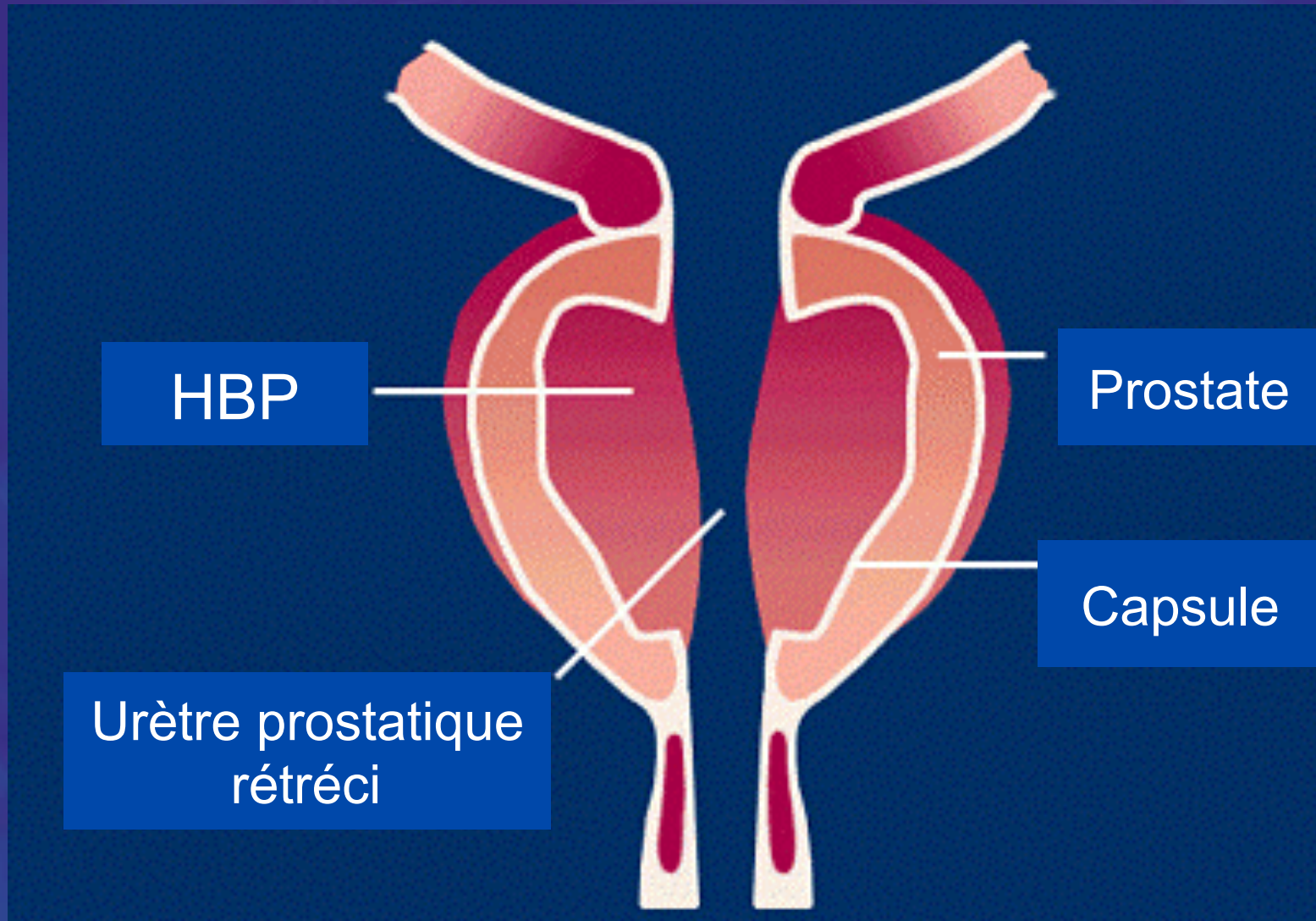
# Modèle de Mc Neal



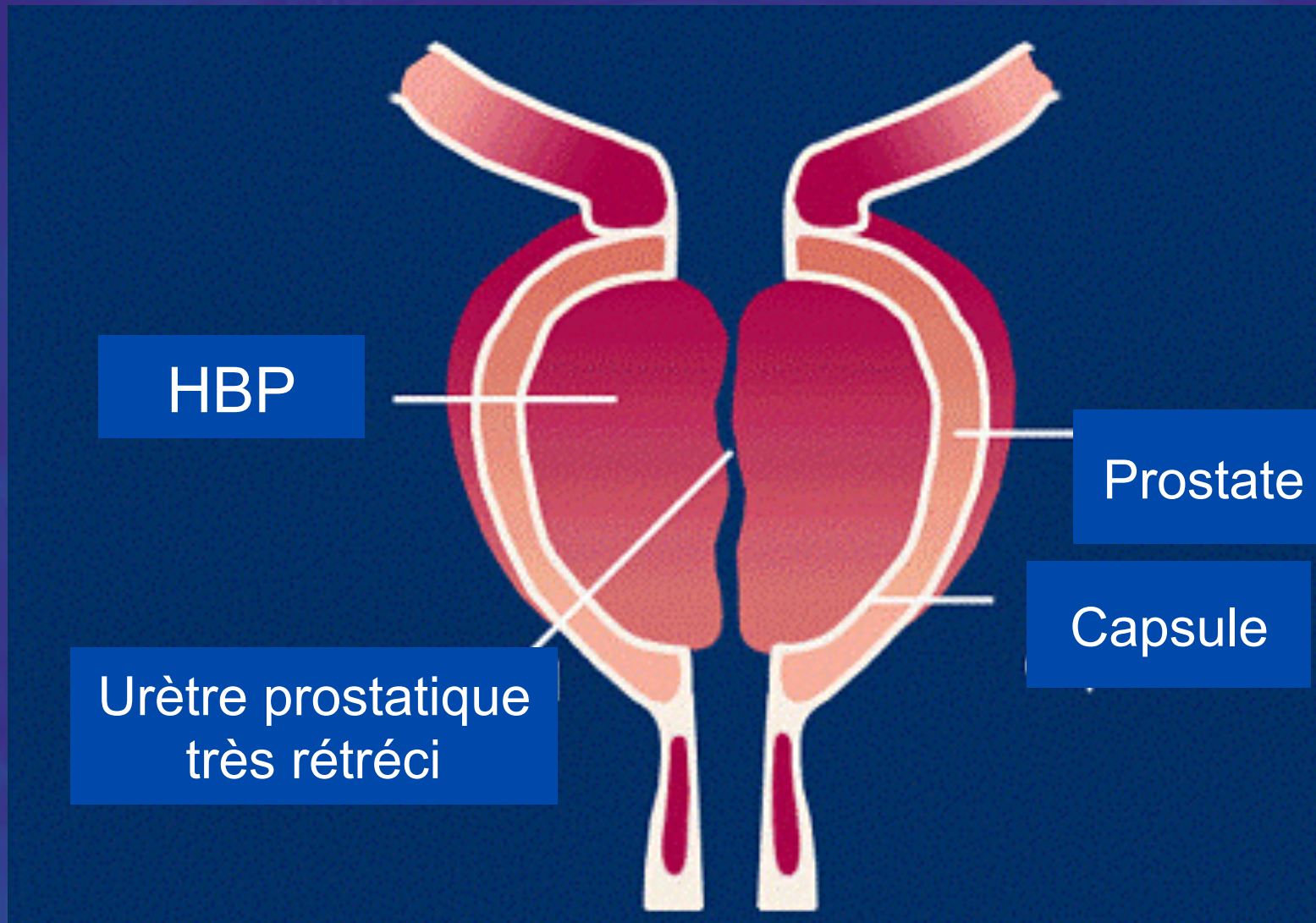
# Développement de l' HBP : Début



# Développement de l'HBP : Intermédiaire



# Développement de l'HBP : Avancé





# Physiologie de la prostate

---

- Glande exocrine
- Sécrétions nutritives et protectrices pour les spermatozoïdes
- Richesse en zinc, potassium, vit C...
- Enzymes multiples dont PSA

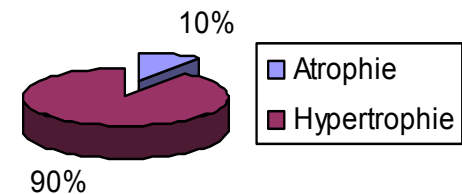
# Facteurs étiopathogéniques

---

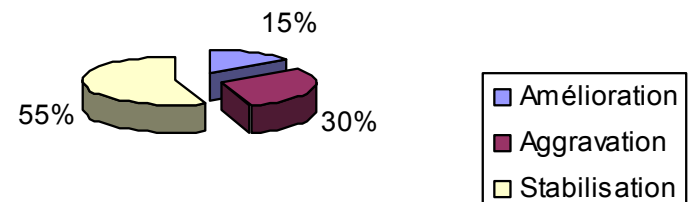
- Anomalies mécanismes de croissance tissulaire prostatique
- Hormono-dépendance
- Influence de l'âge
- Influence de l'alimentation (antioxydants)
- Incidence raciale ?

# Histoire naturelle

- 40-50 ans deux groupes d'hommes
- Evolution des symptômes imprévisibles
- Pas de parallélisme entre volume tumoral et troubles



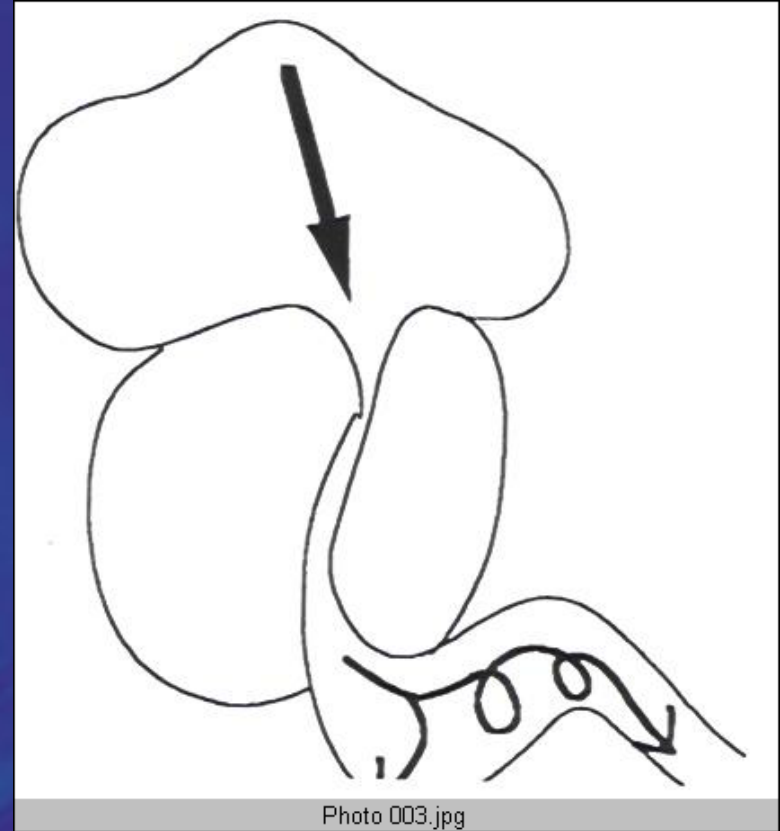
Evolution naturelle prostate



Evolution naturelle HBP

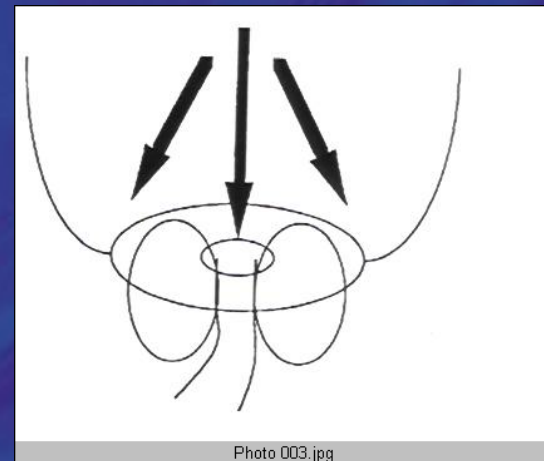
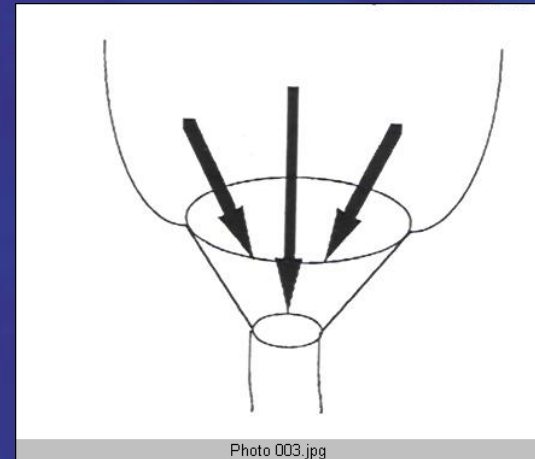
# Physiopathologie

- Ecrasement urétral
  - rétrécissement
  - flux accéléré
  - perte flux laminaire
- Hypertonie urétrale
  - augmentation résistance et pression de clôture



# Physiopathologie

- Défaut d'infundibulisation
- Dispersion latérale forces d'expulsion
- Turbulences et perte de charge



# Retentissement sur vessie

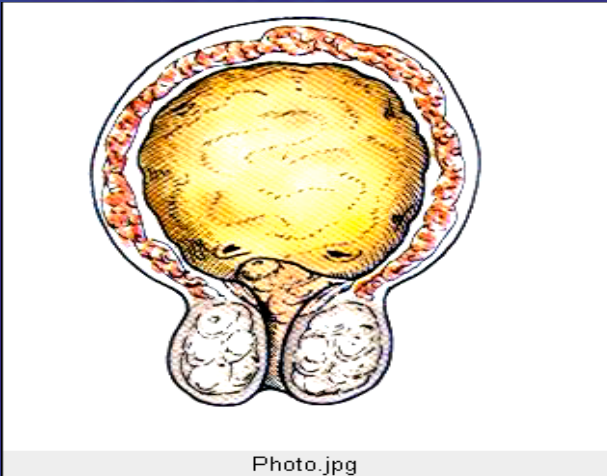


Photo.jpg

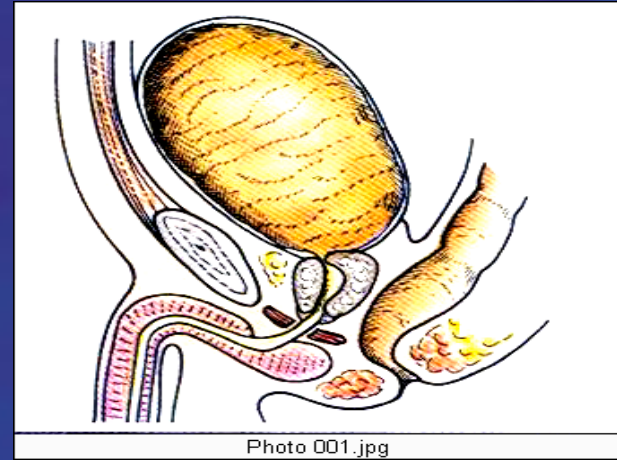


Photo 001.jpg

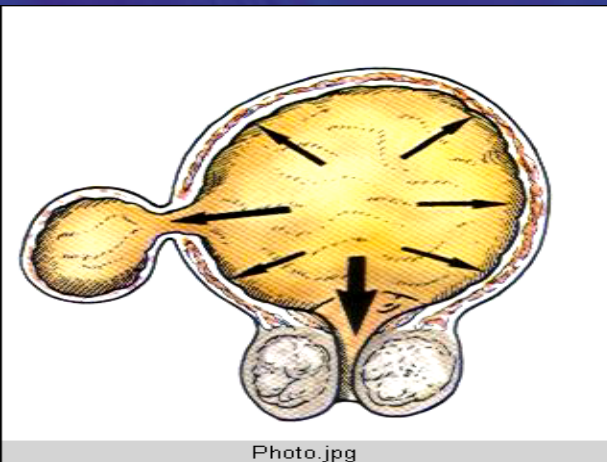
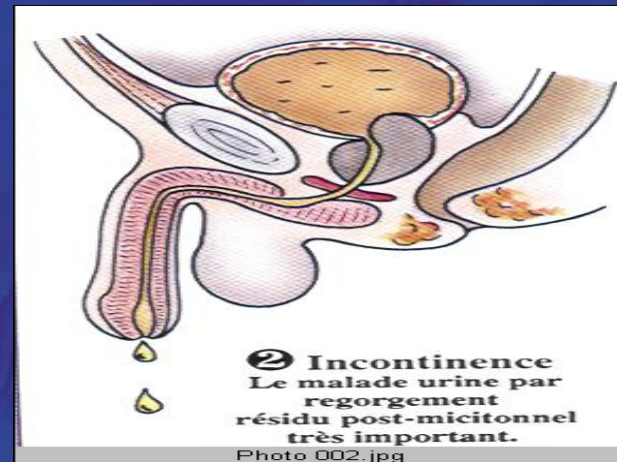


Photo.jpg

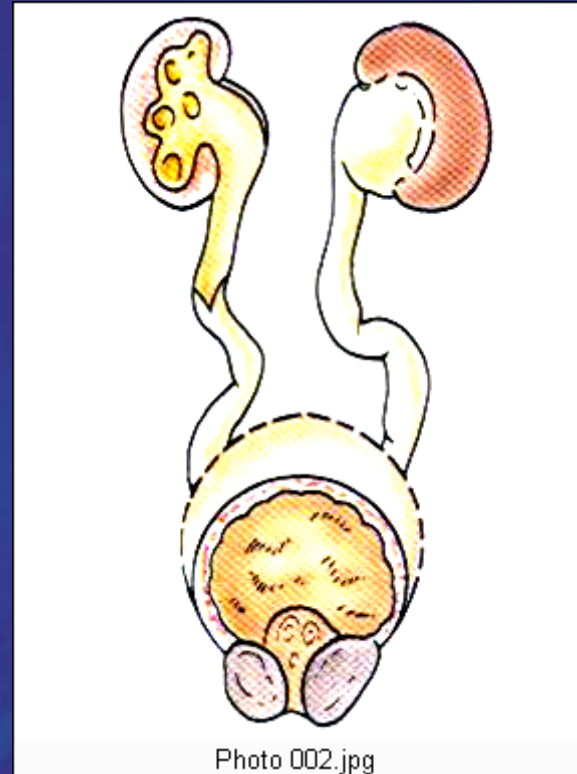


**② Incontinence**  
Le malade urine par  
regorgement  
résidu post-mictionnel  
très important.

Photo 002.jpg

# Conséquences sur haut appareil urinaire

- Urétéro-hydronéphrose
- Infections
- Insuffisance rénale



# Conséquences sur la paroi abdominale

---

Hernie des dysuriques



# Diagnostic clinique (1)

---

- **Circonstances du diagnostic**
  - Soit **TUBA +++**
  - Soit complications révélatrices
  - Soit troubles sexuels

# Diagnostic clinique (2)

---

- **Interrogatoire**
  - Age du patient
  - Nature et durée des troubles génito-urinaires
  - ATCD chirurgicaux ( urologiques et pelviens)
  - ATCD médicaux
  - Traitements

# Diagnostic clinique (3)

## TUBA

### S. Obstructifs

- Dysurie
- Pesanteur rectale et pelvienne
- Pseudo incontinence
- Sensation de mauvaise vidange (distension vésicale)

### S. Irritatifs

- Pollakiurie
  - Nocturne + NYCTURIE
  - Diurne
- Urgenturie = Besoins impérieux
- Fuites par impériosités.

# Score international des symptômes prostatiques (I-PSS)

	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	Score
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	
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois ou plus	
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 soir et celui de votre lever définitif le matin) ?	0	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL I-PSS Score S =</b>							

# Question 8 de l' IPSS

## QUALITE DE VIE LIEE AUX SYMPTOMES URINAIRES

	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait, ni ennuyé)	Plutôt ennuyé	Très ennuyé	Extrêmement ennuyé
8. 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 :	0	1	2	3	4	5	6

Index de qualité de vie L =

Score: .../6

# Score international des symptômes prostatiques (I-PSS)

---

## – Score IPSS +++

- HBP peu symptomatique  $\Rightarrow$  IPSS = 0 à 7
- HBP modérément symptomatique  $\Rightarrow$  IPSS = 8 à 19
- HBP sévèrement symptomatique  $\Rightarrow$  IPSS = 20 à 35

# Diagnostic clinique (5)

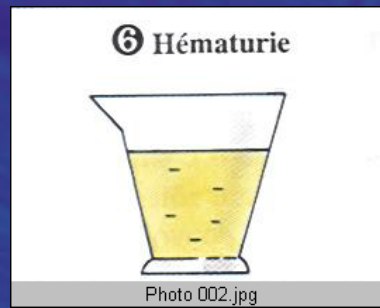
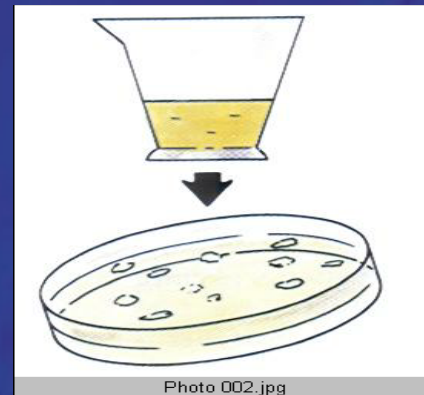
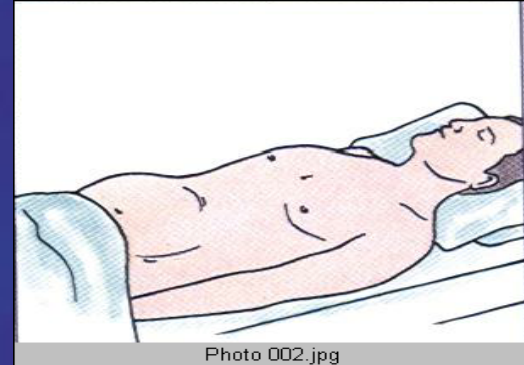
## Examen clinique complet :

- ✓ Examen neuro-urologique++
  - **Toucher rectal +++**
  - Réflexes ostéo-tendineux et cutanés
    - réflexe anal : S4
    - réflexe bulbo-caverneux : S3
    - réflexe médio-plantaire : S2
  - Territoires sensitifs
    - face postérieure cuisse : S2
    - fesse et région coccygienne : S3
    - région péri-anale : S4
- ✓ Appréciation des orifices herniaires

# Diagnostic clinique (6)

## Recherche de complications

- Rétention d'urine
  - Aiguë
  - chronique
- Infections :
  - Adénomite,
  - Orchi-épididymite,
  - Cystite
- Hématurie





# Diagnostic clinique (7)

## Recherche de complications

- Signes d'insuffisance rénale fonctionnelle
- Lithiase vésicale
- Diverticules vésicaux



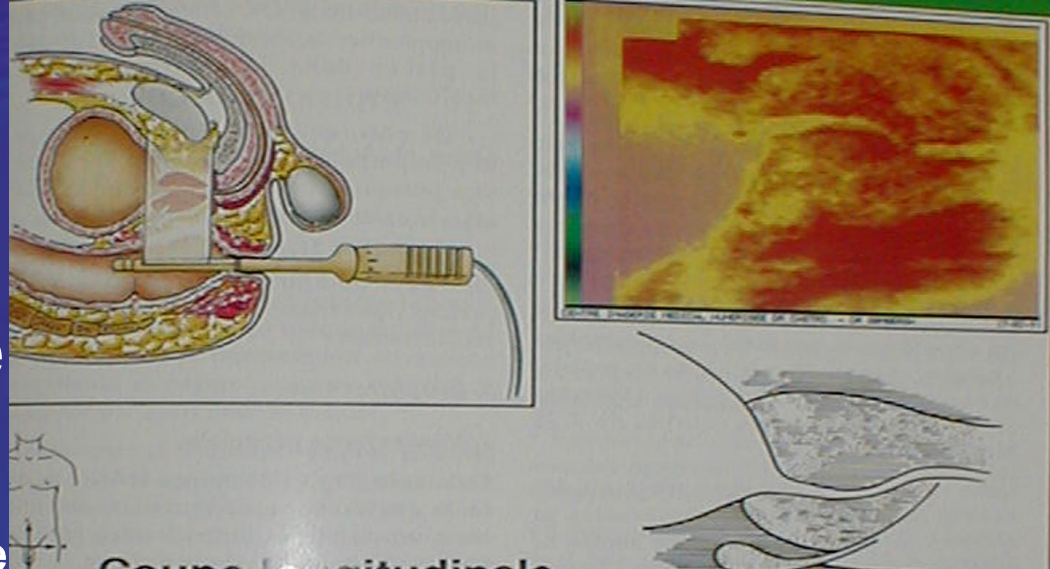
# Diagnostic Paraclinique (1)

- **Imagerie Médicale**

- Echographie prostatique

- Endorectale +++
- Sus pubienne à défaut

Résultats : volume prostatique,  
état vessie, état haut appareil urinaire  
, résidu post mictionnel



# Diagnostic Paraclinique (1)

- **Imagerie Médicale**
  - UIV+clichés mictionnels
    - signes directs
    - signes indirects



# Diagnostic Paraclinique (2)

- **Biologie**

- PSA

- A distance d' un TR (15 jours)

- Résultats

- PSA total < 4 ng/ml

- $4 < \text{TPSA} < 10$  : PSA libre/ PSA total

- HBP : L/T > 0,15

- ECBU

- Recherche de germe et antibiogramme éventuel

- Dosage créatinine sanguine

# Diagnostic Paraclinique (3)

- **Bilan urodynamique :**

Débitmétrie : évaluation degré d' obstruction

- Débit mictionnel max < 15 ml/sec
- Interprétable si volume > 150 ml
- Élément objectif de surveillance

- **Examen anatomopathologique**

# Diagnostic Paraclinique (4)

---

## Autres examens

- Urétrocystoscopie
- Cytologie urinaire

# Diagnostic différentiel

---

- Cancer de la prostate
- Prostatites
- Sténose urétrale
- Sclérose du col
- Cancer de Vessie
- Vessie neurologique
- Lithiase vésicale

# Diagnostic positif

---

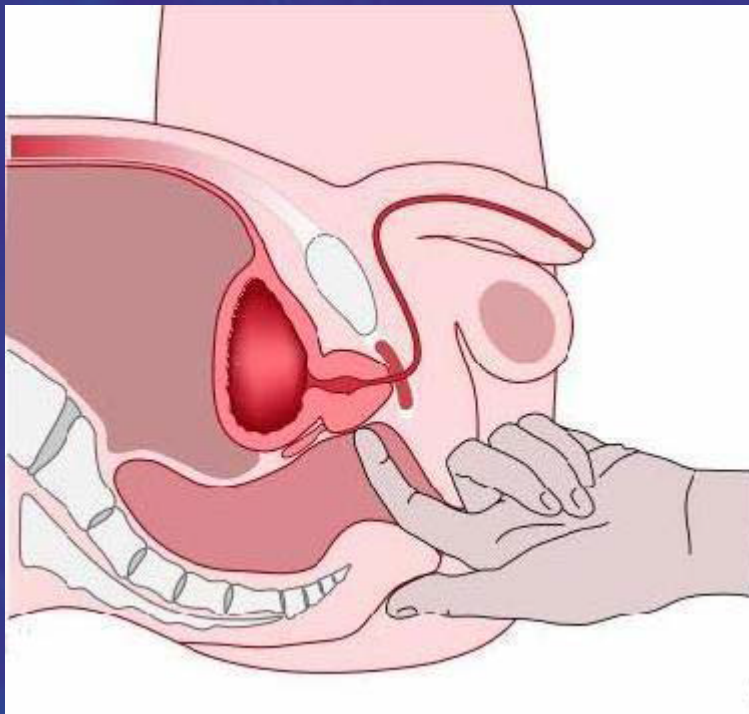
- Toucher rectal
- Examen anatomo-pathologique  
(association cancer possible)



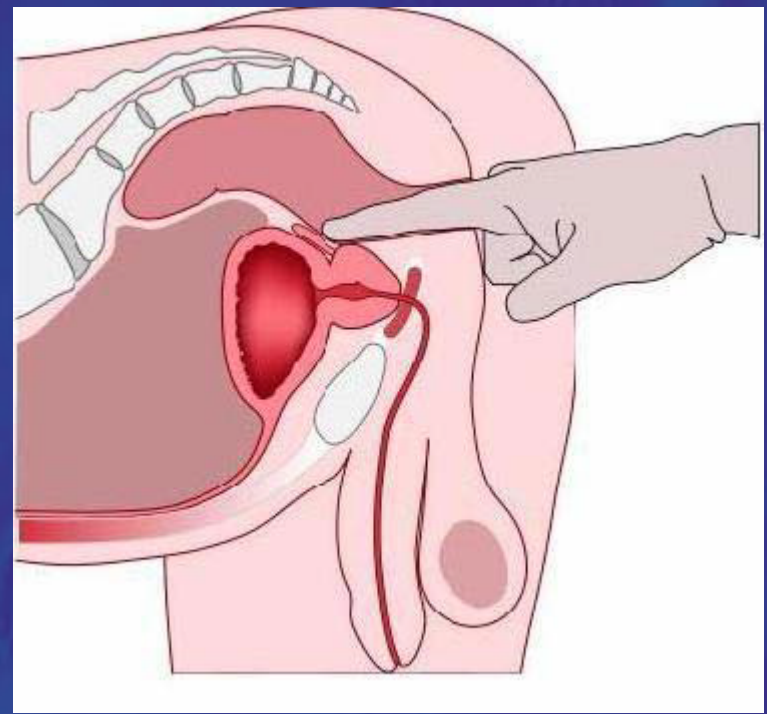
# Examen physique 1/2

## Toucher rectal +++

Patient à plat dos en position gynécologique sur un plan dur



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



---

# Recommendations

# Recommandations

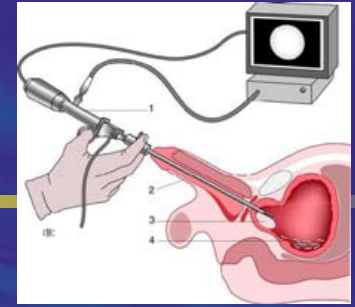
- **Motif de consultation : TUBA**
- **Examens fortement recommandés**
  - Bilan clinique
    - Interrogatoire
    - Examen physique (TR+++)
  - Bilan biologique
    - ECBU
    - Créatinine
    - PSA
  - Bilan d'imagerie
    - Echographie

# Devenir du patient?

---

- Les symptômes fonctionnels de l'adénome prostatique vont, en général, en s'aggravant progressivement.
- Le risque de rétention aiguë d'urine est de 10% dans les 5 ans

# Quand référer le patient



## au chirurgien?

- Indications de nécessité (indications absolues)
  - 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, entraînant: calcul de vessie; résidu post mictionnel important ; vessie de lutte, voire au maximum, présence de diverticule de vessie.

---

# Conclusion

- 
- **HBP = affection relativement fréquente**
  - **Evaluation clinique et paraclinique indispensable pour une prise en charge correcte**

---

# Traitement de l' Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)



# Objectifs

---

- **Général** : maîtriser la prise en charge thérapeutique de l' HBP.
- **Spécifiques** :
  - Expliquer les bases physiologiques des traitements
  - Décrire les principaux moyens de traitement de l' HBP
  - Effectuer une revue schématique des indications

# Plan

---

## Introduction

- 1- Rappels
- 2- But du traitement de l' HBP
- 3- Les moyens et méthodes
- 4- Indications
- 5- Résultats

## Conclusion

# Introduction

---

- \* Installation progressive d' un RPM qui va de moins de 100ml d' urines à plus de 300ml
- \* Menace du haut appareil urinaire et de la vie du patient
- \* Nécessité d' empêcher ou de combattre cette rétention d' urines.

# But et moyens du traitement

---

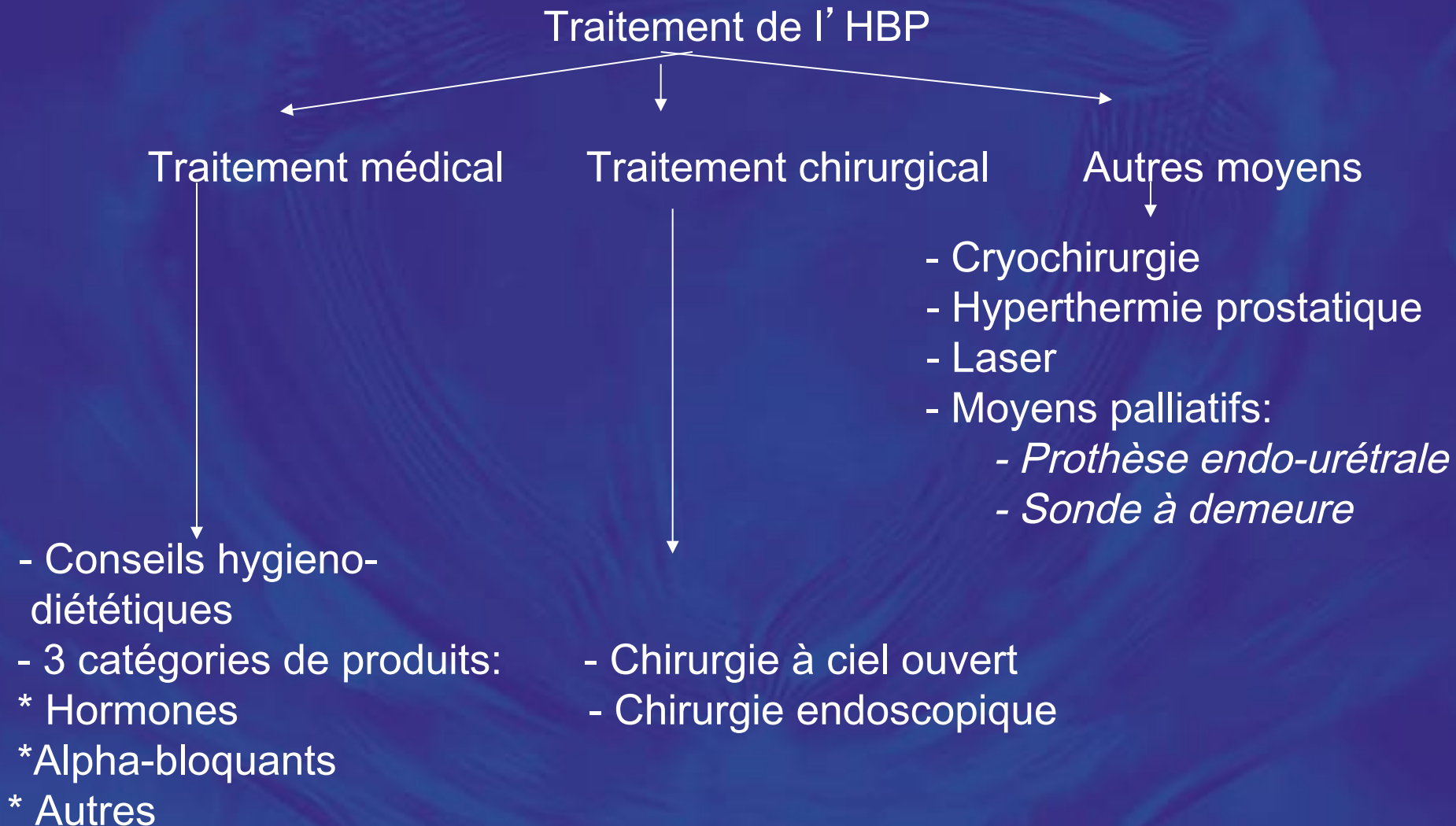
- But :

Diminuer voire supprimer les troubles de la miction

- Moyens :

- Abstention - surveillance
- Traitement médical
- Traitement chirurgical
- Autres

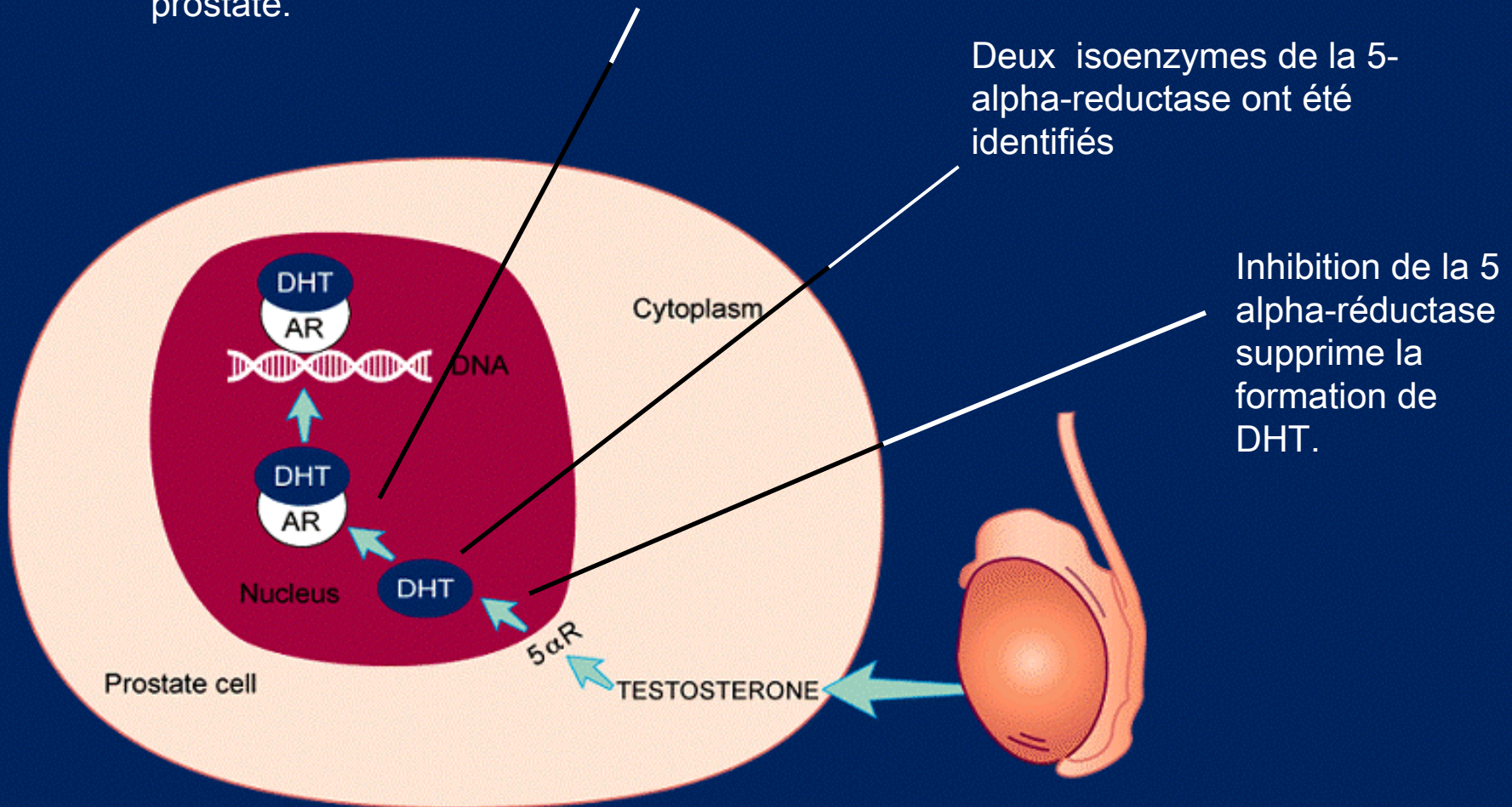
# Aperçu des moyens thérapeutiques



# Les anti-hormonaux

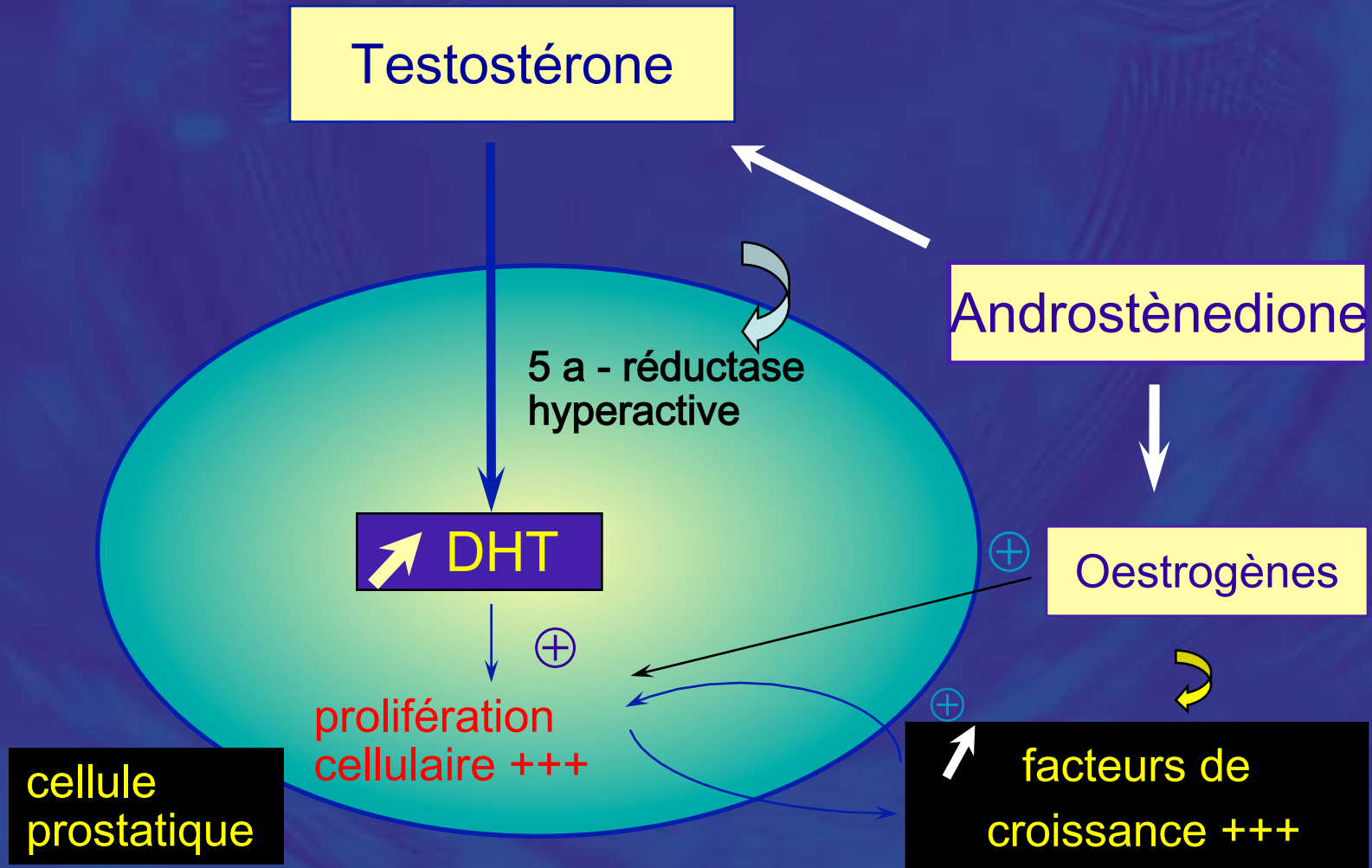
## Développement de la prostate

Dihydrotestostérone (DHT) est le métabolite actif du développement de la prostate.



# Les anti-hormonaux

## Rôle des facteurs de croissance



# Les anti-hormonaux

---

Trois types d' action hormonale :

- bloquer la production hormonale  
ex : Castration
- empêcher l' action des androgènes  
ex : Anti-androgènes
- empêcher l' action des oestrogènes  
ex : Anti-oestrogènes



# Les anti-hormonaux

Traitement	Impact sur HBP	Impact négatif sur érection	Indication
CASTRATION			
Chirurgicale	+	Oui	Néant
Agonistes de LHRH	+	Oui	Peu utilisés
ANTIANDROGENES			
Stéroïdiens	+	Oui	Peu utilisés
Pures	+	+/-	Peu utilisés
PROGESTATIFS	?	Oui	Non utilisés

# Les anti-hormonaux

Traitement	Impact sur HBP	Impact négatif sur érection	Indication
ANTI-PROLACTINE (Bromocriptine)	0	NON	Peu utilisés
INHIBITEURS 5 ALPHA REDUCTASE (Finasteride)	+	OUI	OUI

# Autres traitements médicaux

Ni hormones  
Ni  $\alpha$ -bloquants

← Phytothérapie :

- \* *Pygeum africanum*
- \* *Serenoa repens*

→ Hygiéno dietétiques  
anti- métaboliques  
(Ac urique et cholestérol)

↓  
Opothérapie :  
extraits d'organes  
(prostate, testicule)

# Autres traitements médicaux

## Phytothérapie

-Mécanisme d' action :

- \* anti-inflammatoire

- \* élévation de l' élasticité vésicale

- \* diminution de l' excitabilité et contractilité de la vessie

- \* régénération de l' épithélium prostatique

- \* action anti-androgénique

-Tolérance → bien tolérés

→ effets II : troubles digestifs passagers

# Alpha bloquants

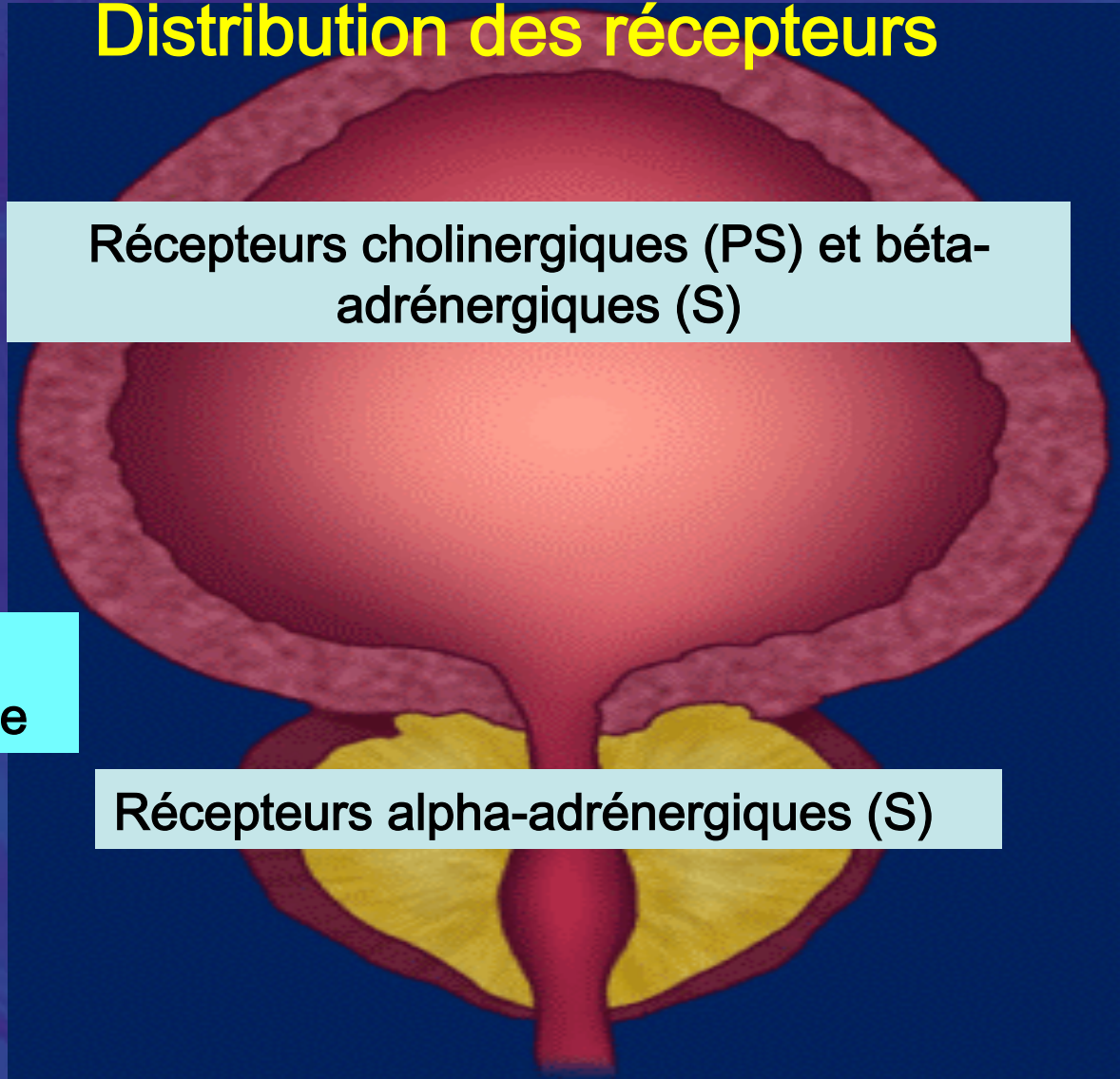
## Distribution des récepteurs

Détrusor

Récepteurs cholinergiques (PS) et béta-adrénergiques (S)

Sphincter lisse  
+ urètre prostatique

Récepteurs alpha-adrénergiques (S)

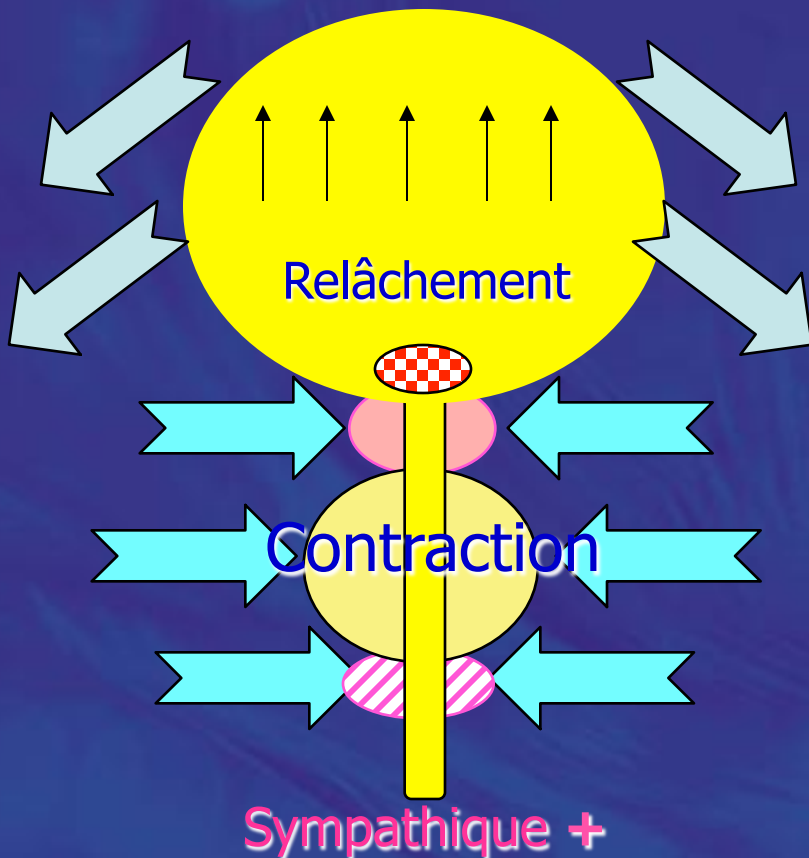


# Alpha bloquants

## La coordination vésico-sphinctérienne

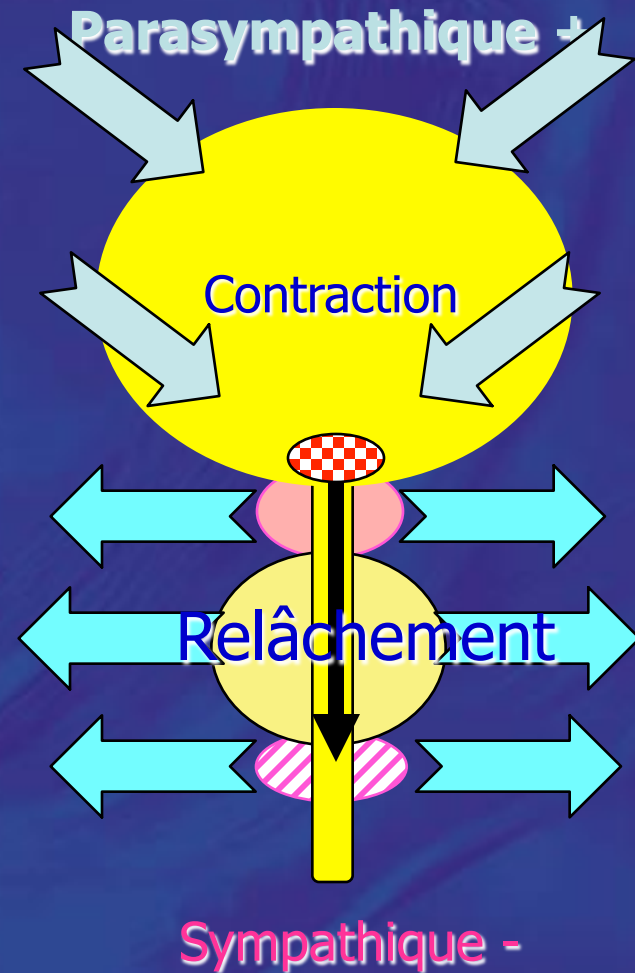
### Remplissage vésical

Parasympathique -



### Miction

Parasympathique +

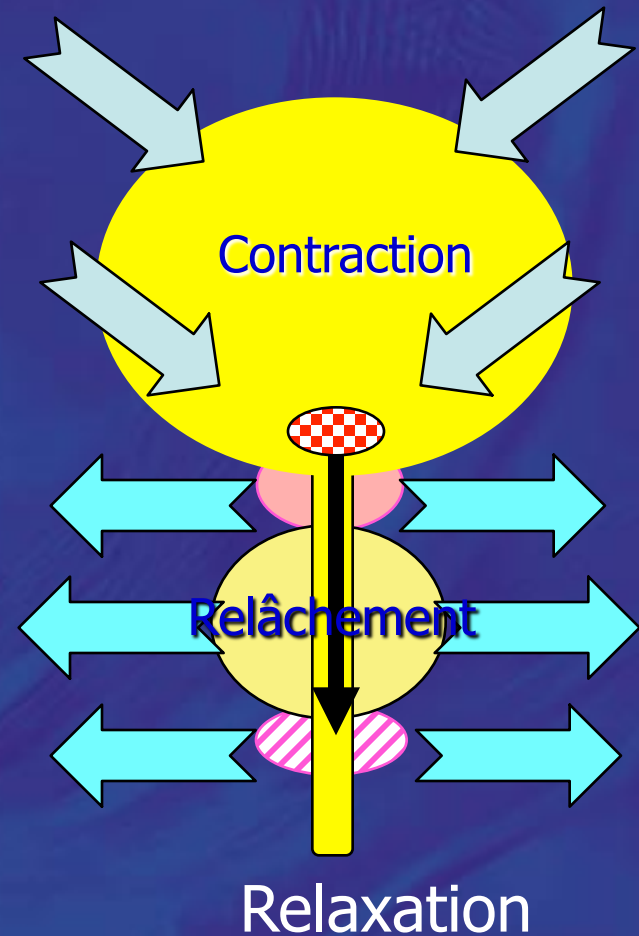
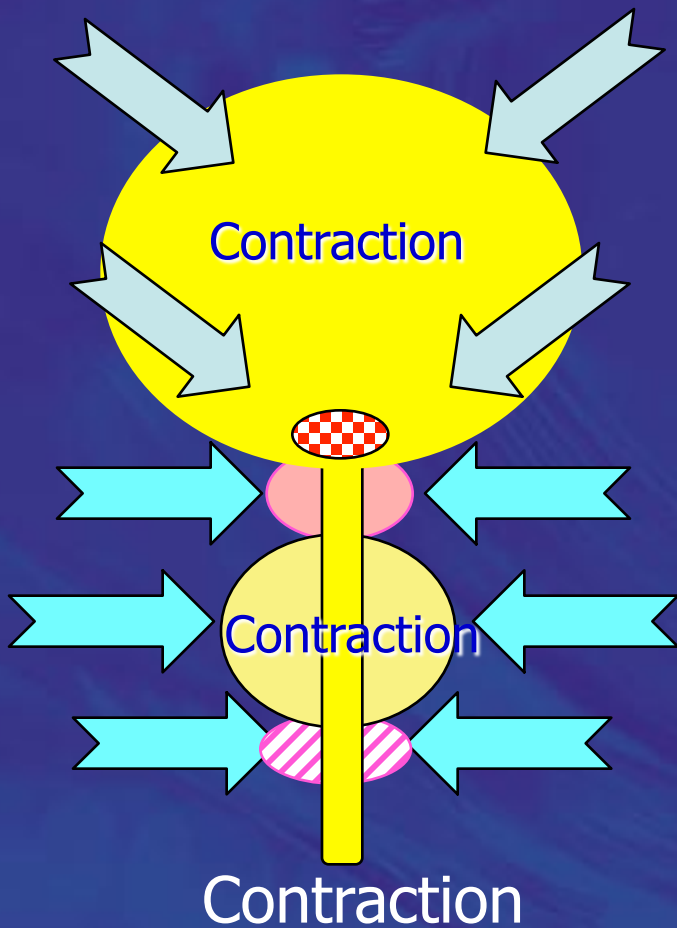


# Mécanisme d'action des $\alpha$ bloquants

Miction

Dysurie

$\alpha$  bloquants



# Bénéfice des $\alpha$ -bloquants dans l' HBP

```
graph TD; A[ ] --> B[Augmentation du débit urinaire]; A --> C["- Bonne tolérance<br>- Meilleure Qualité de vie"]; A --> D["- Rapidité d' action<br>- Réduction des symptômes irritatifs et obstructifs"];
```

**Augmentation du débit urinaire**

**- Bonne tolérance  
- Meilleure Qualité de vie**

**- Rapidité d' action  
- Réduction des symptômes irritatifs et obstructifs**



# Traitement chirurgical



## 2 types de techniques

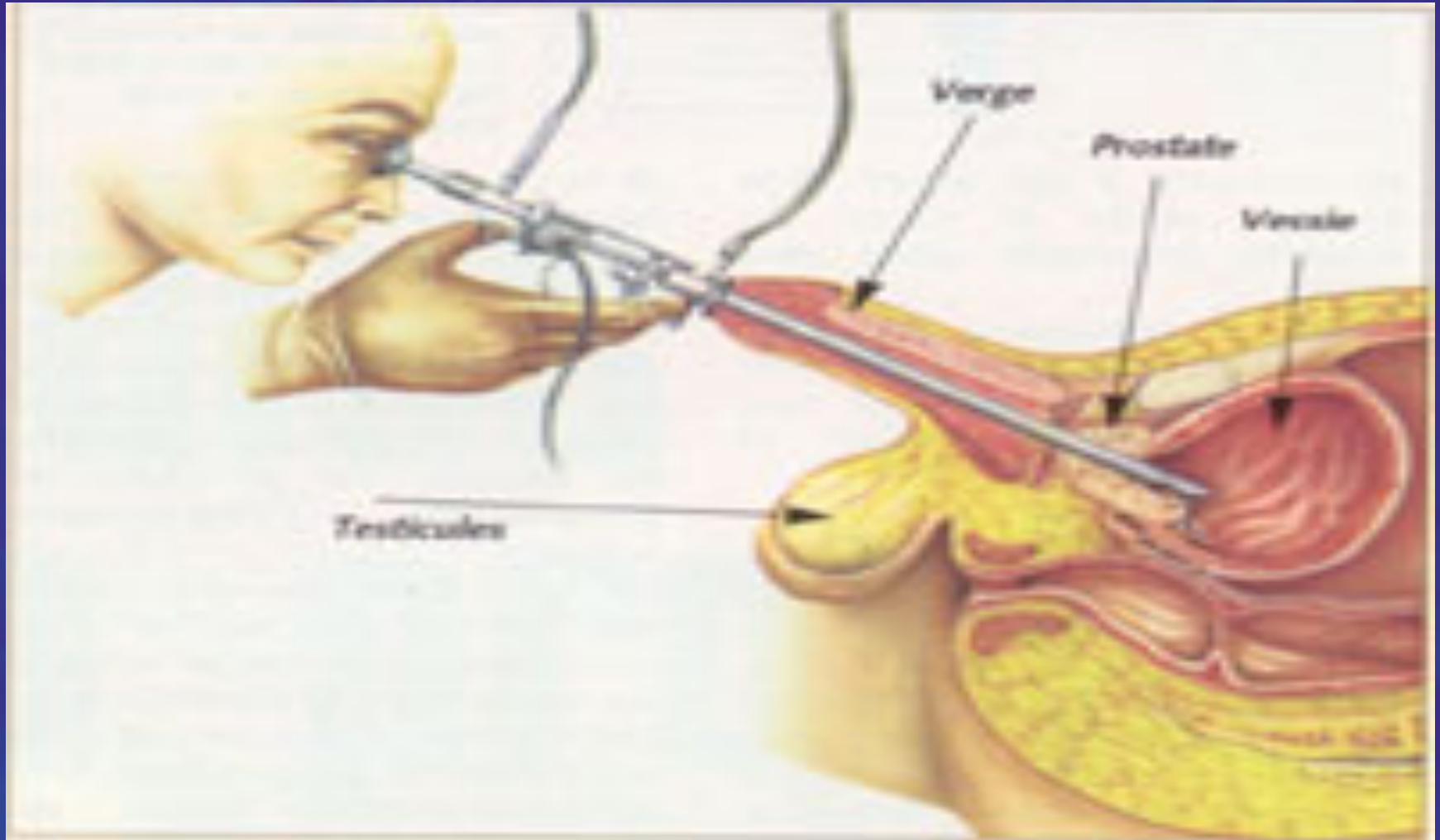
**Chirurgie à ciel ouvert**

**Chirurgie endoscopique (RTUP)**

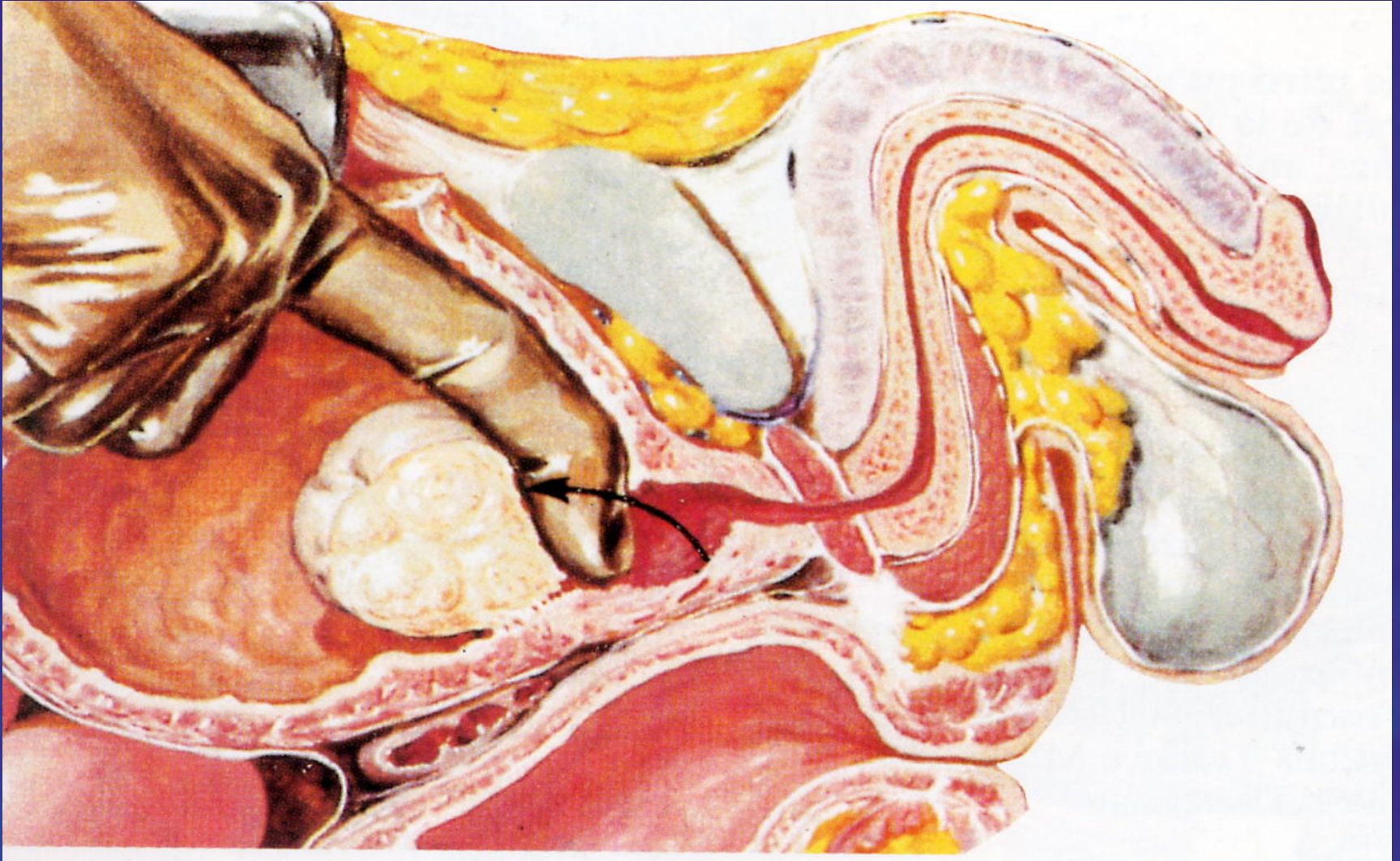
## 2 types d'actes

- Incision cervico-prostatique
- Exérèse de la tumeur

# Traitement chirurgical : RTU prostatique



# Traitement chirurgical : Adénomectomie prostatique



# Traitement chirurgical



## Indications absolues :

- RAU rebelle
- Infections urinaires récidivantes
- Insuffisance rénale
- Calculs vésicaux
- Hématurie persistante
- Diverticule vésical lié à l' HBP
- Echec du traitement médical

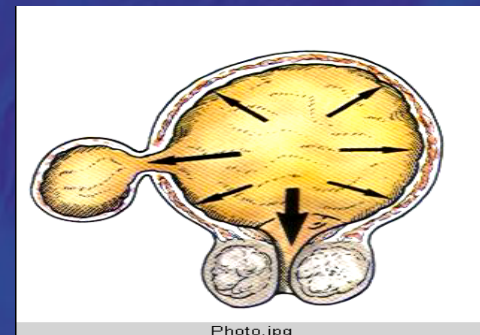


Photo.jpg

# Traitement chirurgical



**Dans autres cas, chirurgie est une option parmi les autres options**

**Sévérité des symptômes**

**+**

**Baisse significative du débit urinaire**

**+**

**Important RPM**



**Critères en faveur de la chirurgie**



# Traitement chirurgical



## Critères de choix

- Incision cervico-prostatique: à ciel ouvert ou endoscopique
  - dysurie
  - petite HBP
  - désir de paternité
- Exérèse de la tumeur
  - à ciel ouvert
    - volume important
    - absence d'équipement endoscopique
  - endoscopique
    - volume inf à 80ml

# Traitement chirurgical

## Complications de la chirurgie

Type de complications	Chirurgie à ciel ouvert	Chirurgie endoscopique
Hémorragie	++	+
Ejaculation rétrograde	+++	+++
Incontinence urinaire	+	++
Infection urinaire	++	+
Sténose urétrale iatrogène	+	+
Réabsorption du liquide d'irrigation		+
Récidive de l'HBP	+/-	+

# Autres moyens thérapeutiques

---

- Cryochirurgie
- Hyperthermie prostatique
- Laser
- Prothèse endo- uréthrale
- Dilatation de l'urètre prostatique (par ballonnets)



# Rôle de l'infirmière

- Premier contact du patient
- Améliorer la qualité de vie
- Dispenser les soins
- Soulager la douleur
- Suivi péri opératoire: préparation , surveillance irrigation vésicale, pansement
- Soutien psychologique

# Conclusion

- **Hypertrophie prostatique asymptomatique**
  - **Surveillance annuelle**
- **HBP symptomatique**
  - **Non compliquée**
    - Traitement médical
  - **Complicquée ou résistant au traitement médical**
    - Infection : traitement médical
    - Autres complications avec contre-indications opératoires : traitement médical ou autres moyens
    - Autres complications sans contre-indications opératoires : chirurgie à ciel ouvert ou endoscopique

# Conclusion

---

- La prise en charge est faite en équipe médicale et **paramédicale**

---

Je vous remercie pour votre aimable  
attention