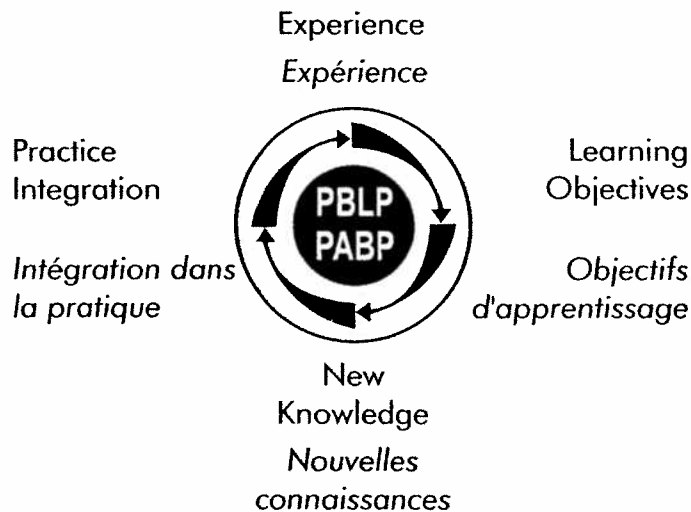


The Foundation for Medical Practice Education



La Fondation pour l'éducation médicale continue

Practice Based Learning Programs (PBLP) Programmes d'apprentissage basé sur la pratique (PABP)

McMaster University
1280 Main Street West • DTC Basement
Hamilton • Ontario • Canada L8S 4L8

Tel: 905-525-9140 ext./poste 22219 • 1-800-661-3249
Fax: 905-540-4988
Email: fmpe@mcmaster.ca
Website: www.fmpe.org



HYPERPLASIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

Si un homme vit suffisamment longtemps, il développera certainement une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP). Au fur et à mesure que la population canadienne vieillit, l'HBP devient un des problèmes les plus fréquents traités en soins de première ligne. Ce problème, de façon typique, mène à des symptômes mictionnels de plus en plus marqués et incapacitants à la longue, et peut se compliquer, par exemple, d'une rétention urinaire aiguë et d'une insuffisance rénale.

Au fil des trouvailles des plus récentes études, la prise en charge de l'HBP est passée d'une approche chirurgicale à une approche médicale avec, du même coup, un rôle de plus en plus important des médecins de famille. Les médecins de famille jouent aussi un rôle essentiel pour amorcer une discussion avec leurs patients masculins sur leur fonction urinaire et sexuelle.

Les défis de la pratique

1. La confusion sur la terminologie des symptômes du bas appareil urinaire.
2. Les changements survenus depuis 10 ans dans l'approche diagnostique de l'HBP.
3. L'écart entre la meilleure pratique et la pratique courante dans l'emploi des tests diagnostiques.
4. La nécessité, en pratique clinique, de mettre au diapason les recherches qui suggèrent une approche de traitement personnalisée et plus nuancée.

Les objectifs de ce module sont:

1. d'aider à l'évaluation des hommes qui se présentent avec des symptômes du bas appareil urinaire suggérant une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)
2. d'identifier les traitements efficaces de l'HBP en tenant compte des circonstances particulières du patient
3. d'aider les médecins en soins primaires à déterminer le moment approprié pour adresser le patient à un urologue.

MODULE DE FORMATION

Vol. 16(10), août 2008

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

HISTOIRES DE CAS**CAS NUMÉRO 1 Roger S., âgé de 68 ans**

Roger S. vient vous voir en se plaignant d'un problème «de tuyauterie» qui a commencé il y a environ un an. Il mentionne qu'il doit uriner très souvent durant la journée et doit aussi se lever au moins trois fois par nuit pour aller uriner. Roger a de la difficulté à commencer à uriner et quand il réussit enfin à uriner, c'est au «goutte-à-goutte». Il mentionne que ses difficultés lui nuisent de plus en plus et interfèrent avec sa vie sociale et son sommeil.

Roger est un homme actif et en bonne santé même s'il a un peu d'embonpoint; il mesure 6 pieds et pèse 220 lb (1,90 m et 100 kg). Son histoire médicale est sans particularité. C'est un vendeur à la retraite qui est marié depuis 40 ans; il a trois enfants et six petits-enfants. Il n'a pas d'histoire familiale de cancer de la prostate. Sa tension artérielle se situe à 130/80 mm Hg et son pouls à 76 bpm.

Quelle autre information au sujet de Roger voudriez-vous connaître?

Quelles analyses de laboratoire demanderiez-vous?

Deuxième partie

Les résultats des analyses de laboratoire de Roger sont les suivants: APS 3,5 ng/mL, glycémie à jeun 4,6 mmol/L, analyse d'urine négative. L'échographie a révélé que la taille de la prostate est modérément augmentée (40 g) et une mesure du résidu post-mictionnel à 40 mL. Puisque ces symptômes incommodent le patient, il préfère avoir un traitement.

Comment prendriez-vous en charge Roger?

CAS NUMÉRO 2 Pierre C., âgé de 83 ans

Pierre C., un patient que vous connaissez bien, se présente avec un problème de nycturie depuis deux mois (en moyenne 5 mictions par nuit) et une sensation de brûlure au bout du pénis lorsqu'il urine. Il se souvient que vous l'avez déjà traité pour une «infection de la prostate», il y a 15 ans. Il a aussi eu un léger AVC, il y a deux ans, mais n'a gardé aucune séquelle.

À l'examen, sa TA se situe à 149/82 mmHg et son pouls à 68 bpm. Le toucher rectal révèle une prostate de taille modérément augmentée avec un lobe gauche gonflé, mais aucune masse ni sensibilité au toucher. Le patient n'arrive pas à fournir un échantillon d'urine au bureau.

Comment prendriez-vous en charge Pierre?

Deuxième partie

Pierre revient pour une visite de suivi. Sa dysurie a disparu après l'antibiothérapie, mais la nycturie est demeurée inchangée même après un essai thérapeutique avec la térazocine (ajustement de la dose jusqu'à 10 mg au coucher). Pierre remplit un questionnaire I-PPS (International Prostate Symptom Score) et obtient un score de 15 (modéré).

Quelle approche envisageriez-vous maintenant pour Pierre?

CAS NUMÉRO 3 Vincent P., âgé de 78 ans

Vincent P dont l'histoire médicale inclut une dépression de longue durée tout comme un cancer de l'intestin, il y a plusieurs années vient vous consulter avec sa femme qui est nettement en meilleure santé que lui. Le patient prend de la nortriptyline depuis plusieurs années pour contrôler sa dépression. Pendant la visite, le patient se plaint d'énurésie qui apparaît sans avertissement au cours des derniers mois et mentionne que son incontinence nocturne le réveille souvent la nuit. Il a un jet urinaire raisonnable, mais parfois hésitant. L'urgence mictionnelle n'est habituellement pas un problème même s'il a eu, à l'occasion, de l'incontinence diurne. Précédemment, vous aviez pensé qu'il avait une vessie hyperactive et vous avez essayé l'oxybutyrine et plus tard la toltérodine, mais sans succès. Une échographie de la vessie a montré un résidu post-mictionnel de 900 mL.

Quelle pourrait être la cause de l'énurésie et de la rétention?

Quel traitement, s'il y en a, pourriez-vous offrir à Vincent?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**CONTEXTE**

1. L'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) se caractérise par une prolifération cellulaire du tissu prostatique qui se situe tout près de l'urètre et peut ainsi interférer avec le flot urinaire¹. Il s'agit de la tumeur bénigne la plus fréquente chez les hommes, car on la retrouve chez 50 % des hommes de 60 ans et chez 90 % des hommes de 85 ans². Alors que le facteur clé du risque d'HBP est l'âge, des preuves mixtes ont montré une association entre l'HBP et les habitudes de vie, l'obésité, l'histoire familiale et la calvitie^{3,5}.
2. La glande prostatique pèse en moyenne 20 grammes chez un jeune homme et ce poids change peu à moins que l'individu développe une HBP⁶.
3. L'HBP peut avoir énormément de répercussions sur la qualité de vie des hommes qui en souffrent. Le nombre réel d'hommes incommodés par des symptômes du bas appareil urinaire semble beaucoup plus élevé que le nombre d'hommes qui consultent leur médecin pour ce problème. Les hommes qui en souffrent ne dévoilent pas spontanément à leur médecin leurs symptômes génito-urinaires précoces à moins que ce dernier leur pose des questions directes pour évaluer leur fonction sexuelle et urinaire².
4. La terminologie des symptômes du bas appareil urinaire peut amener une certaine confusion. On ne doit pas confondre la terminologie de l'HBP avec une terminologie générale sous laquelle on regroupe une constellation de symptômes urinaires classés en symptômes de rétention, mictionnels et post-mictionnels. Habituellement, lorsqu'on parle de symptômes du bas appareil urinaire chez les hommes, on retrouve surtout l'HBP alors que chez les femmes, on parle plus de vessie hyperactive, mais les médecins doivent toujours envisager les autres possibilités (tableau 1)⁷.
5. Alors que les *symptômes* du bas appareil urinaire font référence à un ensemble de symptômes, l'HBP et la vessie hyperactive font plutôt référence à des *pathologies* sous-jacentes. La vessie hyperactive est toujours associée à des symptômes du bas appareil urinaire alors que l'HBP est, en général (mais pas toujours), associée à des symptômes du bas appareil urinaire. L'HBP et la vessie hyperactive peuvent coexister chez le même patient^{7,8}.

6. La littérature médicale regorge d'autres termes semblables, mais qui ne font qu'ajouter à la confusion. L'HBP est aussi connue comme un élargissement bénin de la prostate. Lorsqu'on utilise les termes obstruction bénigne de la prostate ou obstruction des voies urinaires inférieures ont fait plutôt référence aux symptômes de l'HBP⁷. Par contre, on note que la désignation «symptômes du bas appareil urinaire compatibles avec une HBP causant une obstruction des voies urinaires» a été employée dans des publications récentes⁸.
7. Les symptômes d'HBP peuvent se regrouper en deux catégories : symptômes irritatifs (pollakiurie, nycturie, dysurie, urgence et incontinence) ou obstructifs (difficulté à initier la miction, faiblesse du jet, goutte à goutte, miction incomplète et rétention)⁹. L'HBP peut aussi augmenter le risque de dysfonction érectile et de problème éjaculatoire¹.
8. Parce que l'HBP évolue, elle a une histoire naturelle variable notamment, une amélioration des symptômes chez environ 15% des patients, une stabilisation chez 30% d'entre eux et une aggravation dans 55% des cas¹⁰.

DIAGNOSTIC

Histoire médicale

9. Les questionnaires d'autoévaluation remplis par le patient, par exemple, l'American Urological Association (AUA) Symptom Index et l'I-PSS (International Prostate Symptom Score) peuvent fournir de l'information utile au diagnostic (voir l'annexe 1)¹¹.

TRUCS PRATIQUES

Une alternative simple aux questionnaires standardisés est de poser les questions suivantes au patient:

«Vos symptômes vous incommode-t-ils au point de prendre un médicament à tous les jours ou d'avoir une chirurgie?» ET «Si vous deviez passer le reste de votre vie avec les symptômes urinaires dont vous êtes atteints actuellement, quelle serait votre réaction?»⁷

Examen physique

10. Le toucher rectal (pour évaluer la taille de la prostate) est la partie la plus importante de l'examen physique. Un doigt qui ne peut faire le tour la prostate suggère un volume accru de la glande alors que la présence de nodules augmente les inquiétudes au sujet d'un cancer de la prostate et justifie la consultation d'un spécialiste¹². Il faut remarquer qu'une glande de petite taille ou de taille normale n'élimine pas d'office le diagnostic d'HBP.
11. L'examen physique doit aussi inclure un examen abdominal (à la recherche d'une sensibilité abdominale à la palpation, d'une vessie distendue, ou d'autres masses). Un examen neurologique sommaire pour vérifier l'état mental du patient, sa mobilité et son statut neuromusculaire, et un examen des organes génitaux externes (incluant les testicules et le méat urinaire) peut être approprié chez les patients qui n'ont pas passé un tel examen auparavant⁷.

Analyses de laboratoire

12. Les analyses de laboratoire appropriées incluent l'analyse d'urine pour identifier ou éliminer la possibilité d'infection des voies urinaires, et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) chez les patients sélectionnés: ceux qui ont une espérance de vie d'au moins 10 ans et pour lesquels un diagnostic de néoplasie pourrait changer le traitement en cours, et ceux dont le dosage de l'APS pourrait influencer sur le traitement des symptômes mictionnels¹³.
- On ne recommande plus de faire, de routine, la créatinine sérique, car une insuffisance rénale secondaire à l'HBP est rare^{13,14}; et,
 - Il y a une corrélation entre les valeurs d'APS et la taille de la prostate, on peut donc l'utiliser comme alternative au toucher rectal¹⁵.
13. La littérature médicale suggère la mesure systématique du volume résiduel post-mictionnel par échographie pour le dépistage des hommes qui ont des symptômes du bas appareil urinaire, mais les lignes directrices en font peu écho^{7,16}. La mesure du résidu post-mictionnel permet d'identifier les patients qui ont, ou sont prédisposés, à la rétention urinaire.
- Volume résiduel \leq 50 mL indique un risque minimal de rétention; et,
 - Volume résiduel $>$ 50 mL peut justifier une répétition du test et(ou) la consultation d'un spécialiste.

14. Chez les patients qui ont un résidu post-mictionnel ≤ 50 mL, on peut demander un bilan urodynamique en bonne et due forme ou se contenter de la description des symptômes faite par le patient, par exemple, un jet faible, lent ou intermittent, ou encore de la difficulté à initier la miction et de l'écoulement au goutte-à-goutte ^{7,16}. Un débit urinaire vraiment faible (< 8 mL/s) est un facteur élevé de prédiction d'obstruction des voies urinaires basses alors qu'un bon débit urinaire oriente plutôt vers des problèmes de rétention que d'obstruction.
15. *On ne recommande pas* les radiographies des voies urinaires supérieures chez la plupart des patients ayant des symptômes du bas appareil urinaire qu'on pense liés à l'HBP ¹³.
- Diagnostic différentiel**
16. Il existe une vaste gamme de problèmes urologiques et non urologiques qui peuvent causer des symptômes du bas appareil urinaire (voir le tableau 1). Même si l'HBP est la cause la plus probable des symptômes du bas appareil urinaire chez les hommes, les patients avec des symptômes du bas appareil urinaire et des symptômes de rétention (urgence mictionnelle, avec ou sans pollakiurie et incontinence urinaire) peuvent avoir uniquement une vessie hyperactive ou avoir ce problème en plus de l'HBP, un syndrome caractérisé par une incapacité à retenir un plus grand volume d'urine ⁷. La prévalence (environ 16%) de la vessie hyperactive est semblable chez les hommes et chez les femmes ⁷.
17. Les infections des voies urinaires, de la vessie et de la prostate peuvent causer des symptômes semblables à ceux de l'HBP quoique, en général, ces symptômes sont accompagnés de douleurs génito-urinaires et(ou) pelviennes ¹⁷.
18. Si les symptômes de miction (par exemple, jet faible ou intermittent) prédominent, une cause obstructive (en particulier, l'HBP) a plus de chances d'expliquer le problème alors que si les symptômes de rétention prédominent (urgence, plusieurs mictions) on penchera plutôt vers un diagnostic de vessie hyperactive. On ne doit pas écarter la possibilité d'un double diagnostic d'HBP et de vessie hyperactive ⁷.
19. Chez les hommes souffrant de symptômes du bas appareil urinaire et qui ont reçu un diagnostic d'HBP, la présence de douleur/d'inconfort à l'éjaculation suggère une prostatite associée ¹⁸.

Tableau 1. Étiologies et facteurs de risque des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)

Étiologies à envisager	Médicaments (qui peuvent causer ou exacerber les SBAU)	Envisager les autres facteurs de risque
Hyperplasie bénigne de la prostate Vessie hyperactive Cancer de la prostate ou de la vessie Prostatite Calculs au niveau de la vessie Cystite radique ou interstitielle Infection des voies urinaires Diabète Maladie de Parkinson Insuffisance cardiaque congestive Hernie discale lombo-sacrée Sclérose en plaques Sténose de l'urètre	Antidépresseurs tricycliques Anticholinergiques Diurétiques Narcotiques Antihistaminiques de première génération Décongestionnants	Obésité Tabagisme Consommation abusive d'alcool TA élevée

SBAU = symptômes du bas appareil urinaire

Adapté de:

- Rosenberg MT, Staskin DR, et al. A practical guide to the evaluation and treatment of male lower urinary tract symptoms in the primary care setting. *Int J Clin Pract* 2007; 61(9):1535-1546.
- Haidinger G, Temml C et al. Risk factors for lower urinary tract symptoms in elderly men. *Eur Urol* 2000;37:413-20.
- Gades NM et al. Prevalence of conditions potentially associated with lower urinary tract symptoms in men. *BJU Int* 2005; 95:59-53.

20. La prostatite et l'infection des voies urinaires sont probablement les coupables lorsque le patient se présente avec de la fièvre et de la douleur; une infection des voies urinaires pourrait aussi donner une hématurie chez les hommes avec une HBP¹². L'hématurie microscopique ou macroscopique est un «signal d'alarme» d'une maladie potentiellement sérieuse et justifie une investigation plus approfondie.

PRISE EN CHARGE

21. L'HBP est un problème qui évolue lentement; sans traitement et dans les stades les plus sévères, ce problème peut amener des complications notamment, une rétention urinaire aiguë et une probabilité accrue de chirurgie. Les choix de traitement dépendent surtout de la sévérité des symptômes et du niveau d'inconfort du patient¹³ (voir l'annexe 2a et 2b).

22. Les patients ont tendance à croire que l'HBP évoluera en cancer de la prostate¹⁹ l'éducation du

patient peut contrecarrer cette fausse perception (voir le feuillet d'information destiné aux patients, à la dernière page de ce module).

Habitudes de vie et «observation vigilante»

23. Selon la stratégie traditionnelle, les patients qui présentent des symptômes légers (p.ex., I-PSS < 7) et ceux qui mentionnent que leurs symptômes n'ont pas de répercussions néfastes sur leur qualité de vie, peuvent être pris en charge avec une observation vigilante et, en général, un suivi annuel pour vérifier la sévérité/la progression des symptômes^{1,13}. Toutefois, cette approche traditionnelle tend à changer (voir les commentaires des réviseurs dans l'encadré de la page 8 ET la section Renseignements généraux, points 28 à 30).

24. Des changements aux habitudes de vie peuvent améliorer les symptômes:^{1,13}

- la restriction de la prise de liquide, en particulier, en soirée;

Tableau 2. Médicaments pour traiter l'hyperplasie bénigne de la prostate

Médicament	Posologie habituelle et coût quotidien*	Début d'action	Effets indésirables possibles
alpha-bloquants non sélectifs Doxazosine (Cardura®)	1 à 8 mg par jour 0,25 à 1,10 \$	2 à 4 semaines	Étourdissement, symptômes des voies respiratoires supérieures, céphalée, fatigue, hypotension orthostatique, risque de syncope
Térazosine (Hytrin®) †	1 à 10 mg par jour 0,25 à 1,15 \$	2 à 4 semaines	
alpha-bloquants sélectifs Alfuzosine (Xatral®)	1 à 10 mg par jour 0,95 à 1,15 \$	2 à 4 semaines	Céphalée, asthénie, étourdissement, somnolence, insomnie, diarrhée, nausées, symptômes des voies respiratoires supérieures, éjaculation anormale
Tamsulosine (Flomax®) †	0,4 à 0,8 mg par jour 1,05 à 2,10 \$	1 à 2 semaines	
Inhibiteur de l'enzyme 5- alpha-réductase Finastéride (Proscar®) Dutastéride (Avodart®)	5 mg par jour 1,75 \$ 0,5 mg par jour 1,95 \$	6 mois 3 à 12 mois	Diminution de la libido, dysfonction érectile, éjaculation anormale, gynécomastie

REMARQUE: † La dose initiale de térazosine devrait être prise au coucher; ‡ Traitement de deuxième ligne, uniquement si un essai thérapeutique de 6 semaines avec la doxazosine et la térazosine n'a pas donné de résultats.

Tableau adapté à partir de:

- Stendardo S, Dull P. Caring for Patients Who Have Benign Prostatic Hyperplasia. CME Bulletin American Academy of Family Physicians 2007; 6(4):1-6 www.aafp.org.

*Évaluation des coûts à partir des données suivantes:

- www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/obdf_eformulary.htm Ontario Drug Benefit Formulary;
- www.rxfiles
- www.ti.ubc.ca Letter 58. Accès à tous les sites Web vérifié en août 2008.

- l'élimination des aliments et des breuvages irritants (p.ex., alcool, caféine);
- la surveillance/l'arrêt de certains médicaments (p.ex., diurétiques, décongestionnants, antihistaminiques et antidépresseurs);
- les mictions à heure fixe et programmée (entraînement de la vessie);
- les exercices du plancher pelvien, par exemple, Kegel, biofeedback du plancher pelvien et physiothérapie; et,
- éviter la constipation et la traiter.

Traitement pharmacologique

25. Plusieurs médicaments sont utilisés dans le traitement de l'HBP (voir le tableau 2). Les objectifs du traitement sont de soulager les symptômes et de prévenir les complications⁹. Donc, même les patients qui ne sont pas incommodés par leurs symptômes pourraient bénéficier d'un traitement.

26. Les α -bloquants offrent un soulagement modeste des symptômes du bas appareil urinaire secondaires à l'HBP⁹. L'alfuzosine, la doxazosine, la tamsulosine et la térazosine sont des choix appropriés avec une efficacité comparable⁷, alors qu'on ne recommande pas la prazosine. Environ 70 % des hommes obtiendront une bonne réponse thérapeutique avec ce traitement²⁰ et, si c'est le cas, le soulagement des symptômes apparaîtra après 2 à 4 semaines de traitement⁷. Les effets secondaires peuvent inclure les céphalées, les étourdissements, la somnolence et l'hypotension orthostatique²¹.

Même s'ils ne sont pas plus efficaces, les α -bloquants sélectifs ont été associés à moins d'hypotension orthostatique et ont l'avantage de ne pas exiger un titrage. Par contre, ils coûtent plus cher.

27. Les inhibiteurs de l'enzyme 5 α -réductase limitent la croissance de la prostate, diminuent la rétention urinaire aiguë et le recours à la chirurgie pour l'HBP mais peuvent interférer avec la fonction sexuelle^{7,9}. Ces médicaments ne sont pas utiles pour traiter les symptômes du bas appareil urinaire sans preuves cliniques d'hyperplasie de la prostate⁷ et exigent une utilisation prolongée pour être efficaces²².

28. L'étude PLESS (Proscar Long-term Efficacy and Safety Study), un essai contrôlé et randomisé d'une durée de 4 ans portant sur la finastéride, a révélé qu'un traitement à long terme pourrait modifier l'évolution naturelle de l'HBP et prévenir la rétention urinaire aiguë [preuves de niveau I-2]^{23,24}. Cette étude a aussi montré qu'en présence d'une glande prostatique

augmentée de volume, un APS de base à 1,4 ng/mL ou plus, prédit mieux la réponse thérapeutique à long terme de la finastéride [preuves de niveau I-2]²³. Ce médicament réduit le taux d'APS d'environ 50% en moins de 6 mois²⁵.

29. Lors de la décision de traiter, il est important de noter que l'étude d'envergure PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial)²⁶ a révélé que le traitement par finastéride diminue, de façon significative, la prévalence du cancer de la prostate chez les hommes évalués à faible risque de ce cancer et qui sont âgés de 55 ans et plus (réduction de 25% du risque relatif, réduction de 6% du risque absolu, sur un suivi de 7 ans) [preuves de niveau 1-2]^{27,28}. La finastéride diminue aussi le volume prostatique médian de 24%, augmentant ainsi la précision de la détection des cancers de haut grade lors d'une biopsie²⁸.

30. En se fondant sur des preuves acceptables, les lignes directrices canadiennes sur l'HBP recommandent l'usage optionnel d'un inhibiteur de l'enzyme 5 α -réductase chez les patients qui ont un volume prostatique élevé, mais aucun symptôme inconfortable pour prévenir l'évolution de la maladie^{7,13}.

31. Certains hommes avec une HBP sont à risque plus élevé de progression de la maladie. Il s'agit:

- de ceux qui ont un taux d'APS élevé sans cancer ni volume prostatique élevé; et,
- de ceux qui ont des symptômes du bas appareil urinaire avec un résidu post-mictionnel élevé (en particulier, ceux qui n'ont pas obtenu de réponse thérapeutique aux seuls α -bloquants).

Le traitement combiné à long terme (α -bloquants adrénergiques et inhibiteurs de l'enzyme 5 α -réductase) est aussi approprié et efficace:

- a. Un essai clinique contrôlé et randomisé marquant qui comparait l'efficacité du traitement combiné (doxazosine et finastéride) à la monothérapie a révélé que le traitement combiné diminue la progression clinique de l'HBP de façon plus significative que l'un ou l'autre de ces médicaments utilisé séparément^{27,29} [preuves de niveau I-1]. On peut offrir aux patients traités avec succès avec le traitement combiné de cesser les α -bloquants après 6 à 12 mois et de les recommencer si les symptômes réapparaissent¹³.
- b. Une étude semblable a examiné si le traitement combiné (dutastéride et tamsulosine) est plus efficace que la monothérapie de chacun de ces deux médicaments à améliorer les symptômes et

les résultats à long terme chez les hommes avec des symptômes du bas appareil urinaire modérés à sévères et un volume prostatique >30 mL. Après deux ans, ce traitement combiné chez ces hommes a donné des bénéfices beaucoup plus marqués que la monothérapie avec l'un ou l'autre de ces médicaments ³⁰ [preuves de niveau I-1].

32. Si les symptômes suggèrent la présence d'une vessie hyperactive (en plus de l'HBP ou de façon isolée) et/ou si le traitement standard de l'HBP demeure inefficace, on peut commencer un traitement par des anticholinergiques oraux (p.ex., oxybutynine, tolterodine) ⁷. Quoique ce traitement est contre-indiqué chez les patients qui souffrent de rétention urinaire, on a prouvé son efficacité dans les cas de vessie hyperactive (preuves de niveau I-1) ⁷. Il est prudent de révéifier le résidu post-mictionnel en suivi pour s'assurer qu'il n'y a pas de rétention; un volume post-mictionnel supérieur à 50 mL exige de cesser ce traitement et de consulter un spécialiste ⁷.
33. Dans le cas d'une prostatite associée (ou isolée) diagnostiquée à partir des trouvailles cliniques, certaines preuves soutiennent l'emploi, pendant un minimum de 4 semaines, d'une antibiothérapie empirique à large spectre ³¹ [preuves de niveau 2-II].

Commentaires des réviseurs -

Mise à jour du traitement clinique de l'HBP

- Il y a eu un changement à l'approche traditionnelle de prise en charge des patients présentant un volume prostatique accru qu'on suivait auparavant avec une «observation vigilante». Des preuves de niveau I ^{15,29} indiquent que les hommes asymptomatiques (avec peu ou pas de symptômes) et un volume prostatique accru ont toujours un risque d'évolution vers l'HBP. Donc, ces patients ont besoin qu'on leur offre le choix d'un traitement par inhibiteurs de l'enzyme 5 α -réductase non pas pour prendre en charge les symptômes encore inexistantes, mais pour prévenir une possible évolution de la maladie prostatique.
- Toutefois, la décision de prendre 1 ou 2 médicaments par jour (avec un coût associé et des effets secondaires) pour un problème qui ne cause pas encore de symptômes significatifs appartient entièrement au patient.

Médicament complémentaire et alternatif

34. Les preuves sur l'efficacité des produits à base de plantes pour traiter l'HBP sont contradictoires et limitées; donc ces produits *ne sont pas recommandés*, pour le moment, en traitement standard ¹³.

Bien que des résultats acceptables provenant de revues systématiques d'études plus petites et plus ou moins bien conçues montrent que les extraits de *palmier nain* et de *pygeum Africanum* (prunier d'Afrique) peuvent soulager les symptômes du bas appareil urinaire secondaires à l'HBP, des essais cliniques mieux conçus n'ont toujours pas confirmé ces résultats. De plus, des questions au sujet de la sécurité de ces traitements à long terme demeurent toujours sans réponse ^{22,32,34}.

Chirurgie

35. La prise en charge chirurgicale de l'HBP par résection transurétrale de la prostate (RTUP) qui est maintenant le standard de référence, est appropriée chez les patients qui ont des symptômes incommodes et/ou des complications, par exemple, obstruction de la vessie ou rétention urinaire aiguë ¹. La RTUP est le traitement le plus efficace de l'HBP, mais comporte toujours un risque d'hématurie, d'incontinence, de dysfonction érectile, d'éjaculation rétrograde, de possibilité de devoir répéter la chirurgie en plus d'autres complications ¹⁷.

36. Les indications absolues à la RTUP sont: ¹³

- l'échec au traitement médicamenteux;
- la rétention urinaire ne répondant pas au traitement conservateur; et,
- l'insuffisance rénale causée par l'obstruction prostatique.

Les indications relatives pour recommander la RTUP comprennent: ¹³

- la cystite récurrente;
- la lithiase de la vessie; et,
- le saignement prostatique persistant.

37. Les coûts sur 5 ans associés à la résection transurétrale de la prostate semblent comparables à ceux du traitement médicamenteux ²¹.
38. D'autres interventions chirurgicales, dont certaines moins invasives, sont aussi disponibles ¹³. Même si, en général, elles seront réalisées par un urologue, elles peuvent être discutées dans un contexte de soins primaires (voir l'annexe 2b).

Indications pour une consultation en spécialité

39. Les indications pour adresser le patient à un urologue comprennent: ⁷

- antécédents d'infection récurrente des voies urinaires ou autres infections;
- hématurie;
- antécédents de chirurgie génito-urinaire;
- taux élevé d'APS;
- examen anormal de la prostate (nodules);
- suspicion de rétention urinaire;
- sténose du méat urinaire;
- antécédents de traumatisme génito-urinaire;
- diagnostic incertain; et,
- douleurs pelviennes.

Suivi du patient

40. Si à l'évaluation initiale, le patient a une espérance de vie d'au moins 10 ans, alors le suivi du patient (annuel) inclut l'évaluation des symptômes, le toucher rectal et un dosage de l'APS ³⁵. On peut aussi envisager un bilan urodynamique et la mesure du résidu post-mictionnel (par échographie) ³⁵.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- L'HBP fait référence à une pathologie qui est, en général, (mais pas toujours) symptomatique;
- Même si l'HBP peut avoir des répercussions significatives sur leur qualité de vie, la gêne peut souvent empêcher les patients d'aborder ce sujet;
- L'HBP est un problème qui évolue lentement et qui comporte un risque de complications, en particulier, s'il n'est pas traité;
- En fonction de la sévérité des symptômes et du niveau d'inconfort, les choix de prise en charge peuvent inclure une observation vigilante, des modifications aux habitudes de vie, un traitement médicamenteux et/ou une chirurgie; et,
- Les récentes études confirment qu'un traitement combiné d'un α -bloquant en plus d'un inhibiteur de l'enzyme 5 α -réductase est efficace chez les hommes exposés à un risque élevé de progression de la maladie.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS**CAS NUMÉRO 1 Roger S., âgé de 68 ans****Quelle autre information au sujet de Roger voudriez-vous connaître?**

Lors de l'histoire médicale, il serait approprié de poser des questions à Roger pour spécifier la durée et le volume de ses mictions diurnes et nocturnes. Les questions à poser pourraient être: Combien de temps cela vous prend-il pour vider votre vessie? Avez-vous l'impression que la quantité d'urine est pareille, diminuée ou accrue? Avez-vous l'impression que votre vessie se vide complètement? De plus, on pourrait ajouter certains items du questionnaire de l'AUA et le score I-PSS (voir la section Renseignements généraux, point 9 et annexe 1). Un toucher rectal pourrait aider à évaluer la taille de la prostate et permettre d'identifier une possible pathologie (voir la section Renseignements généraux, point 10).

Quelles analyses de laboratoire demanderiez-vous?

Le dosage de l'APS et l'analyse d'urine (pour identifier une infection) seraient justifiés dans ce cas (voir la section Renseignements généraux, point 12). On pourrait aussi envisager la mesure du résidu post-mictionnel par échographie pour permettre d'identifier un problème de rétention (voir la section Renseignements généraux, point 13) qui peut augmenter le risque d'infection des voies urinaires, et exige la surveillance de certains médicaments, par exemple, les antihistaminiques ou les décongestionnants.

Deuxième partie:**Comment prendriez-vous en charge Roger?**

L'approche standard dans ce cas serait de commencer un traitement par térazosine dont on ajusterait progressivement la dose. Si la térazosine est inefficace ou donne des effets secondaires indésirables (p.ex., hypotension), un α -bloquant sélectif (par exemple, tamsulosine ou alfuzosine) pourrait donner des résultats satisfaisants. On pourrait aussi envisager un essai concomitant avec de la finastéride étant donné les preuves récentes qui ont révélé les bénéfices d'un traitement combiné (voir la section Renseignements généraux, point 29) et la possibilité que le finastéride diminue le risque de cancer de la prostate. Il serait important d'informer le patient des effets secondaires de ce médicament. L'emploi de la finestéride (dont

les effets sont subtils) exige aussi un suivi serré – on peut déterminer son score IPSS (International Prostate Symptom Score) avant de commencer ce médicament, après 6 mois et 12 mois de traitement. Il serait aussi judicieux de répéter le dosage de l'APS (on s'attend à une réduction de 50% après 6 mois) (voir la section Renseignements généraux, point info 28).

CAS NUMÉRO 2 Pierre C., âgé de 83 ans

Comment prendriez-vous en charge Pierre?

La sensation de Pierre de brûlure au bout du pénis est un symptôme fréquent de la prostatite. Les autres étiologies possibles incluent : l'urétrite, les infections transmissibles sexuellement, la balanite, la sténose, la lithiase et la cystite.

L'analyse d'urine de routine incluant une culture bactérienne serait appropriée. Même en l'absence d'un échantillon d'urine pour confirmer ou éliminer ce diagnostic, il serait avisé de commencer une antibiothérapie (p.ex., la norfloxacine pour une période de 4 à 6 semaines) (voir la section Renseignements généraux, point 33). Dans ce cas, il ne serait pas justifié de faire un dosage de l'APS puisqu'un cancer confirmé de la prostate ne modifierait pas la mortalité des hommes dans ce groupe d'âge (voir la section Renseignements généraux, points 12 et 40). Si le patient était plus jeune, il faut noter que la prostatite élèverait les taux d'APS.

Deuxième partie

Quelle approche envisageriez-vous maintenant pour Pierre?

La nycturie chronique de Pierre justifie un essai avec la térazosine (titrée jusqu'à 10 mg/jour). Puisque le patient n'a pas constaté d'amélioration avec cette posologie, il vaudrait la peine de faire un essai avec un α -bloquant sélectif. S'il n'y a toujours pas d'amélioration, il serait raisonnable d'envisager le diagnostic de vessie hyperactive (voir la section Renseignements généraux, point 32). Lorsqu'on suspecte une vessie hyperactive, avant de commencer un essai avec l'oxybutynine ou la toltéridone on devrait mesurer le résidu post-mictionnel par échographie pour déterminer si ce patient a un risque élevé de rétention urinaire avec ce traitement et, si c'est le cas, la consultation d'un spécialiste pour une chirurgie serait justifiée (voir la section Renseignements généraux, point 32).

CAS NUMÉRO 3 Vincent P., âgé de 78 ans

Quelle pourrait être la cause de l'énurésie et de la rétention?

Il est possible que l'oxybutynine et(ou) la toltérodine, tout comme la nortriptyline, aient causé une rétention urinaire chez ce patient (voir la section Renseignements généraux, point 32). On pense que l'énurésie est probablement causée par le regorgement de la vessie distendue secondaire à la rétention urinaire. Une infection de la prostate peut aussi avoir aggravé le problème. Chez les patients plus âgés, une hydrocéphalie à pression normale peut aussi causer de l'énurésie, mais cette étiologie est rare et les patients affectés par ce problème ont pratiquement toujours une démarche anormale. On devrait envisager les autres causes possibles de rétention (p.ex., autres médicaments, infection, hernie discale). Si on est dans un contexte de résidu post-mictionnel normal, on devrait commencer un essai thérapeutique avec l'oxybutynine.

Quel traitement, s'il y en a, pourriez-vous offrir à Vincent?

On devrait cesser la nortriptyline et l'oxybutynine/toltéridone qu'on devrait remplacer par un ISRS pour traiter la dépression.

Après avoir expliqué au patient et à sa femme qu'une intervention chirurgicale sera probablement nécessaire, la consultation d'un urologue serait la prochaine étape appropriée (voir la section Renseignements généraux, point 39). Parfois, une période d'utilisation de cathétérisme (en général, plusieurs semaines) permet aussi à la vessie de rapetisser et de retrouver sa fonction normale. Le cathétérisme fait par le patient n'est pas un choix réaliste dans ce cas. Si le patient peut tolérer la chirurgie, la résection transurétrale de la prostate pourrait amener une bonne amélioration chez ce patient (voir la section Renseignements généraux, points 35 et 36).

Auteurs:	D' Jim Faught, CCFP <i>Médecin de famille</i> Waterdown, Ontario
	D' Jim Williams, CCFP, FCFP <i>Médecin de famille</i> Dundas, Ontario
Réviseurs:	D' John Hickey <i>Médecin de famille</i> Antigonish, Nouvelle-Écosse
	D' Darrell Drachenberg, FRCSC <i>Urologic Oncologist</i> Winnipeg, Manitoba
Rédacteur médical en chef:	D' Richard Russek, CCFP <i>Médecin de famille</i> Cambridge, Ontario
Rédactrice médicale:	Gabrielle Bauer, BSc Toronto, Ontario
Rechercheur:	Wendy Leadbetter, RN, BScN Hamilton, Ontario
Traduction:	Biograph

L'équipe de rédaction du module de La Fondation tient à remercier les groupes-pilotes PGBP facilités par D' Peter Butt (Saskatoon, Sask.), ainsi que D^{re} Ingrid Tiessen (Ottawa, Ont.), qui ont testé ce module de formation.

Divulgence de conflits d'intérêts:

Jim Faught, Jim Williams, Darrell Drachenberg et Richard Russek n'en ont déclaré aucun.

John Hickey a reçu une subvention à la formation de Merck Frosst Pharmaceuticals et des honoraires de Merck Frosst pour animer un cours de formation.

NIVEAUX DE PREUVES

Catégories de preuves et recommandations

- I-1 Preuves obtenues dans le cadre de méta-analyses, revues systématiques ou études comparatives randomisées d'envergure.
- I-2 Preuves obtenues dans le cadre d'au moins une étude comparative convenablement randomisée.
- II-1 Preuves obtenues dans le cadre d'études comparatives non randomisées bien conçues.
- II-2 Preuves obtenues dans le cadre de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
- II-3 Preuves découlant de comparaisons à différents moments ou selon qu'on a recours ou non à une intervention. Résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives.
- III Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapport de comités d'experts.

Classification des recommandations

- A Preuves suffisantes pour inclure
- B Preuves acceptables pour inclure
- C/I Preuves insuffisantes pour inclure ou exclure
- D Preuves acceptables pour exclure

Adapté de:

The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm Accès vérifié en août 2008. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3S):21-35. PMID: 11306229

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Références bibliographiques

- (1) Miner M, Rosenberg MT, Perelman MA. Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function. *Clin Ther* 2006; 28(1):13-25. PM:16490576
- (2) Epperly TD, Moore KE. Health issues in men: part I: Common genitourinary disorders. *Am Fam Physician* 2000; 61(12):3657-3664. PM:10892636
- (3) Wilt TJ, N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 1—diagnosis. *BMJ* 2008; 336(7636):146-149. PM:18202067
- (4) Fritschi L, Tabrizi J, Leavy J, Ambrosini G, Timperio A. Risk factors for surgically treated benign prostatic hyperplasia in Western Australia. *Public Health* 2007; 121(10):781-789. PM:17540423
- (5) Zucchetto A, Tavani A, Dal ML, Gallus S, Negri E, Talamini R et al. History of weight and obesity through life and risk of benign prostatic hyperplasia. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29(7):798-803. PM:15917855
- (6) Cunningham GR, Kadmon D. *Epidemiology and pathogenesis of Benign Prostatic Hyperplasia*. UpToDate. Wellesley MA: 2008. www.uptodate.com. Accessed August 2008.
- (7) Rosenberg MT, Staskin DR, Kaplan SA, Macdiamid SA, Newman DK, Ohi DA. A practical guide to the evaluation and treatment of male lower urinary tract symptoms in the primary care setting. *Int J Clin Pract* 2007; 61(9):1535-1546. PM:17627768
- (8) Chapple CR, Patel AK. A pragmatic approach to the primary care management of men with lower urinary tract symptoms. *Int J Clin Pract* 2007; 61(9):1423-1425. PM:17686085
- (9) Tejani A, Musini V, Perry TL, Jr., Mintzes B, Wright JM. Benign prostatic hypertrophy: update on drug therapy. *Can Fam Physician* 2006; 52(9):1075-1078. PM:17279217
- (10) McSherry J, Weiss R. Managing benign prostatic hyperplasia in primary care. Patient-centred approach. *Can Fam Physician* 2000; 46:383-389. PM:10690495
- (11) American Urological Association. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. *J Urol* 2003; 170(2 Pt 1):530-547. PM:12853821
- (12) Payne RE, Brooks SK. Medscape. Improving Outcomes in BPH: A Review of Intervention Strategies in the Primary Care Setting. 2006. www.medscape.com. Accessed August 2008.
- (13) Nickel JC, Herschorn S, Corcos J, Donnelly B, Drover D, Elhilali M et al. Canadian guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. *Can J Urol* 2005; 12(3):2677-2683. PM:16011814
- (14) Roehrborn CG. Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. American Urological Association. 2003. www.auanet.org <see Clinical Guidelines, BPH>. Accessed August 2008.
- (15) Roehrborn CG. BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. *BJU Int* 2008; 101 Suppl 3:17-21. PM:18307681
- (16) Kaplan SA. Update on the American urological association guidelines for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Rev Urol* 2006; 8 Suppl 4:S10-S17. PM:17215996
- (17) Stendardo S, Dull P. Caring for Patients Who Have Benign Prostatic Hyperplasia. *CME Bulletin American Academy of Family Physicians* 2007; 6(4):1-6. www.aafp.org Accessed August 2008.
- (18) Nickel JC, Elhilali M, Vallancien G. Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH. *BJU Int* 2005; 95(4):571-574. PM:15705082
- (19) Kaplan S, Naslund M. Public, patient, and professional attitudes towards the diagnosis and treatment of enlarged prostate: A landmark national US survey. *Int J Clin Pract* 2006; 60(10):1157-1165. PM:16942587
- (20) Patel AK, Chapple CR. Benign prostatic hyperplasia: treatment in primary care. *BMJ* 2006; 333(7567):535-539. PM:16960209
- (21) Dull P, Reagan RW, Jr., Bahnson RR. Managing benign prostatic hyperplasia. *Am Fam Physician* 2002; 66(1):77-84. PM:12126034
- (22) Cunningham GR, Kadmon D. *Medical treatment of Benign Prostatic Hyperplasia*. UpToDate. Wellesley MA: 2008. www.uptodate.com. Accessed August 2008.
- (23) Roehrborn CG, Boyle P, Bergner D, Gray T, Gittelman M, Shown T et al. Serum prostate-specific antigen and prostate volume predict long-term changes in symptoms and flow rate: results of a four-year, randomized trial comparing finasteride versus placebo. PLESS Study Group. *Urology* 1999; 54(4):662-669. PM:10510925
- (24) McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, Andriole G, Lieber M, Holtgrewe HL et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. *N Engl J Med* 1998; 338(9):557-563. PM:9475762
- (25) Guess HA, Gormley GJ, Stoner E, Oesterling JE. The effect of finasteride on prostate specific antigen: review of available data. *J Urol* 1996; 155(1):3-9. PM:7490873
- (26) Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med* 2003; 349(3):215-224. PM:12824459
- (27) Jewett MA, Klotz LH. Advances in the medical management of benign prostatic hyperplasia. *CMAJ* 2007; 176(13):1850-1851. PM:17576985
- (28) Klotz L. PCPT, MTOPS and the use of 5ARIs. *Canadian Urological Association Journal* 2007; 1(1):17-21
- (29) McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Jr., Dixon CM, Kusek JW et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349(25):2387-2398. PM:14681504

- (30) Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Danjoo R, Major-Walker K, Morrill B et al. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. *J Urol* 2008; 179(2):616-621. PM:18082216
- (31) Nickel JC, Moon T. Chronic bacterial prostatitis: an evolving clinical enigma. *Urology* 2005; 66(1):2-8. PM:15992891
- (32) Ishani A, MacDonald R, Nelson D, Rutks I, Wilt TJ. Pygeum africanum for the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Am J Med* 2000; 109(8):654-664. PM:11099686
- (33) Ishani A, MacDonald R, Nelson D, Rutks I, Wilt TJ. Pygeum africanum for the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Am J Med* 2000; 109(8):654-664. PM:11099686
- (34) Bent S, Kane C, Shinohara K, Neuhaus J, Hudes ES, Goldberg H et al. Saw palmetto for benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2006; 354(6):557-566. PM:16467543
- (35) Burnett AL, Wein AJ. Benign prostatic hyperplasia in primary care: what you need to know. *J Urol* 2006; 175(3 Pt 2):S19-S24. PM:16458735

Annexe 1: Questionnaire de pointage des symptômes et de la qualité de vie liés à l'HBP

American Urological Association (AUA) Cotation des symptômes d'HBP	Jamais	Moins de 1 fois sur 5	Moins de 1 fois sur 2	Environ 1 fois sur 2	Plus de 1 fois sur 2	Presque toujours
<i>Encercler la meilleure réponse à chaque question:</i>						
1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression de n'avoir pas vidé complètement votre vessie après avoir uriné?	0	1	2	3	4	5
2. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau dans un intervalle de deux heures?	0	1	2	3	4	5
3. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous constaté un jet qui s'est arrêté et qui a repris plusieurs fois pendant que vous uriniez?	0	1	2	3	4	5
4. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à attendre avant d'uriner?	0	1	2	3	4	5
5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous constaté un jet faible?	0	1	2	3	4	5
6. Au cours du derniers, combien de fois avez-vous eu à pousser ou faire un effort pour commencer à uriner?	0	1	2	3	4	5
	Aucune	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois et+
7. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous réveillé pour aller uriner entre le coucher et le réveil?	0	1	2	3	4	5
SCORE GLOBAL: (additionner tous les nombres encerclés) _____						
Résultat correspondant au score global: léger (0-7), modéré (8-19), ou sévère (20-35)						

Reproduit avec la permission de:

• Barry, MJ, Fowler, FJ Jr, O'Leary, MP, Bruskewitz, RC, Holtgrewe, HL, Mebust, WK, et. al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol, 148: 1549, 1992.

Le score I-PSS (International Prostate Symptom Score)

Utiliser les sept mêmes questions du pointage de l'AUA (présentées ci-dessus) en plus de la **question sur la qualité de vie spécifique à la maladie (le degré d'inconfort)** sur une échelle de de 0 à 6 (très heureux à très affligé):

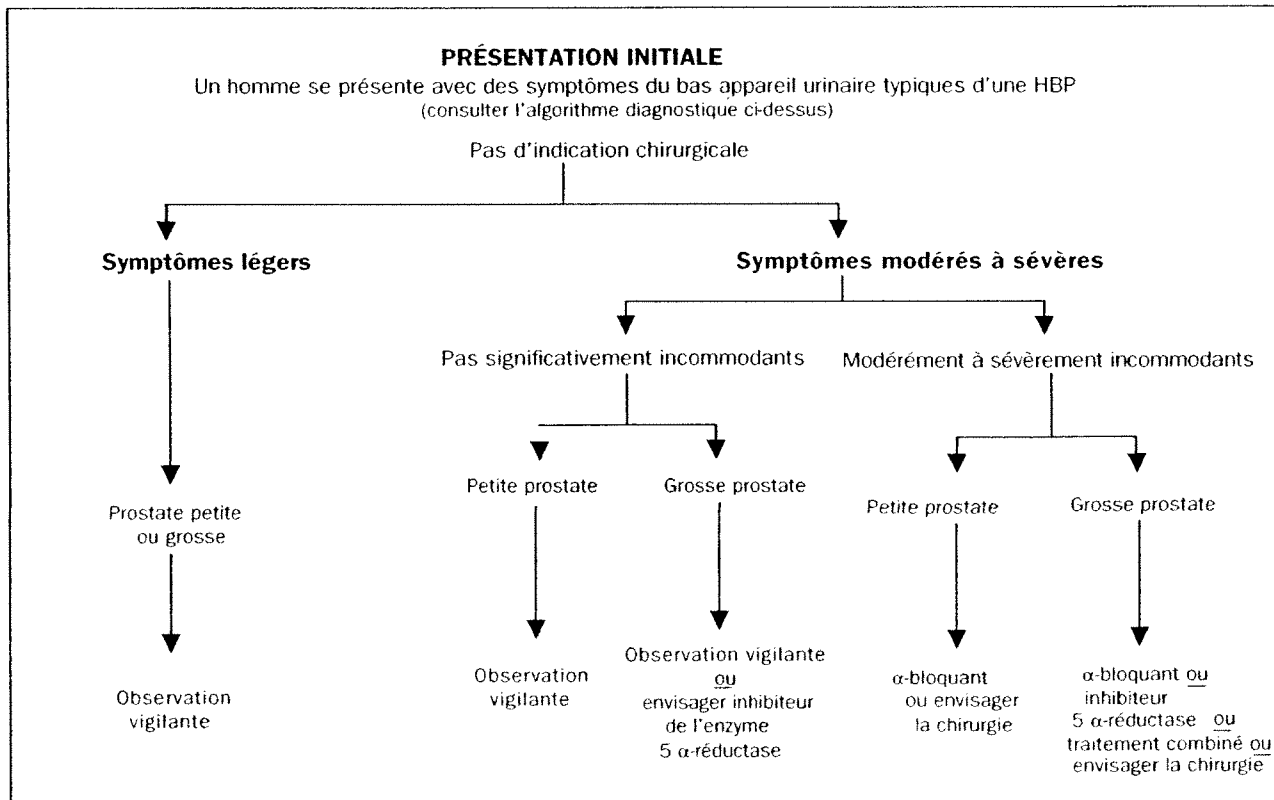
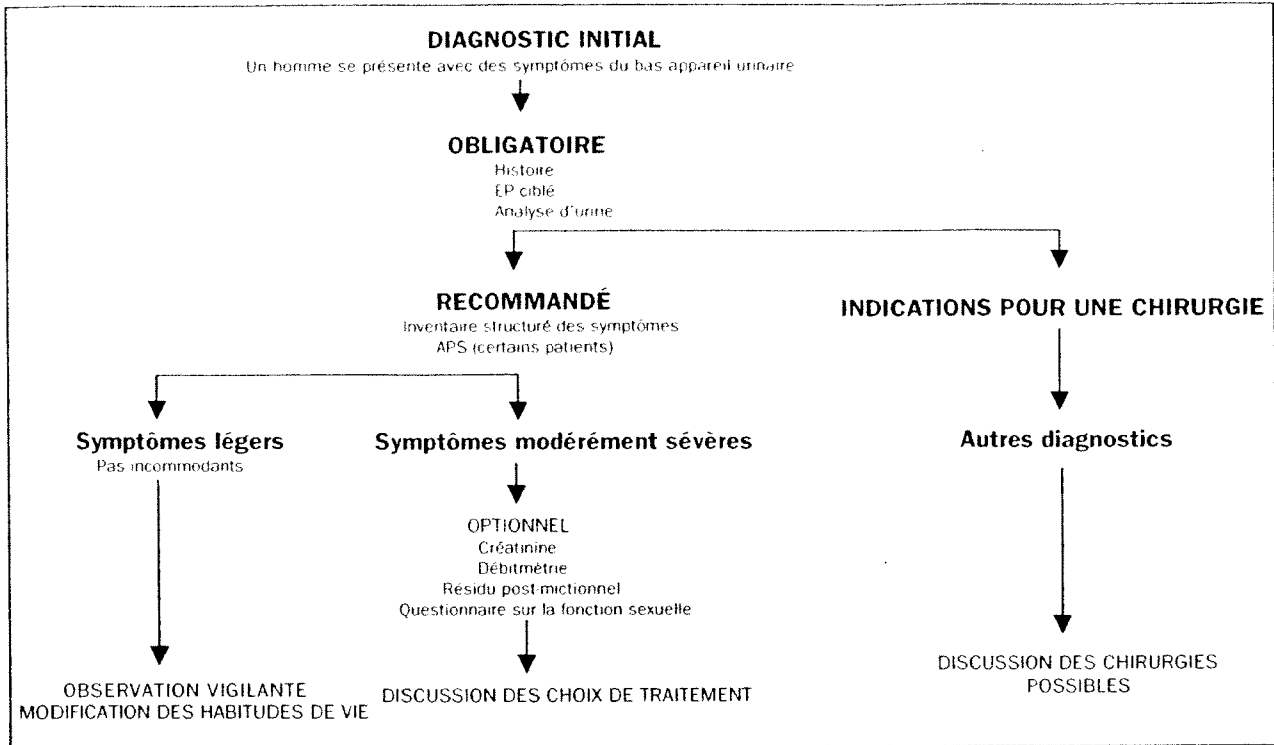
«Si vous deviez souffrir pour le reste de votre vie des symptômes urinaires dont vous êtes atteint actuellement, quelle serait votre réaction?»

Source:

• Stenardo S. Caring for Patients Who Have Benign Prostatic Hyperplasia. 2007. www.aafp.org Accessed August 2008 .



Annexe 2a: Algorithme canadien du diagnostic et du traitement de l'HBP



Reproduit avec la permission de:

• Nickel JC et al. Canadian guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Can J Urol 2005; 12(3):2677-2683.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Août 2008



Annexe 2b: Résumé de la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate

Lignes directrices du diagnostic	Choix de traitement
<p>Obligatoire Histoire Examen physique incluant un toucher rectal Analyse d'urine</p> <p>Recommandé Inventaire structuré des symptômes (AUA, I-PSS et niveau d'inconfort) APS (chez patients sélectionnés)</p>	<p>Observation vigilante avec modification des habitudes de vie</p> <p>Médicamenteux α-bloquants (sélectifs, non-sélectifs) Inhibiteurs de l'enzyme 5 α-réductase Traitement combiné Traitement par produits de santé naturels (herbes/plantes)</p>
<p>Optionnel Créatinine Journal des mictions Débitmétrie Résidu post-mictionnel Questionnaire sur la fonction sexuelle</p> <p>Pas recommandé Cystoscopie Cytologie Bilan urodynamique Radiographies des voies urinaires supérieures Échographie de la prostate Biopsie de la prostate</p>	<p>Chirurgie Chirurgie invasive Résection transurétrale de la prostate (RTUP) Incision transurétrale de la prostate Prostatectomie abdominale Prostatectomie par laser</p> <p>Thérapies minimalement invasives Thérapie transurétrale par micro-ondes Thermoablation transurétrale à l'aiguille Tuteurs urétraux (stents)</p> <p>Pas recommandées actuellement Dilatation urétrale par ballonnet, injection d'éthanol absolu, ultrasons focalisés de haute intensité, coagulation du tissu, prostatique par laser interstitiel, thermothérapie, plasma kinetic tissue management system*</p>

Remarque: AUA= American Urological Association; I-PSS=International Prostate Symptom Score; APS = Antigène prostatique spécifique.

* *NDT* Cette technique est récente et aucune traduction française n'est proposée à ce jour.

Reproduit avec la permission de:

- Nickel JC, Herschorn S, Corcos J, Donnelly B, Drover D, Elhilali M et al. Canadian guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Can J Urol 2005; 12(3):2677-2683.



Annexe 3: Sources d'information en ligne

Pour les médecins, les patients et les autres professionnels de la santé

Le Conseil canadien sur les maladies de la prostate	http://www.canadian-prostate.com/ (bons feuillets destinés aux patients en anglais et en français en plus d'un liste des liens provinciaux)
Association des urologues du Canada	http://www.cua.org/ (voir la section «Info-patient») disponible en anglais ou en français
American Family Physician	www.aafp.org (taper «Benign Prostatic Hyperplasia») en anglais seulement
* Voir le feuillet destiné aux patients à la dernière page du module: <i>Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) - La prostate qui grossit.</i>	

Accès à tous les sites vérifié en août 2008



Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) — La prostate qui grossit

Qu'est-ce que la prostate?

La prostate est une glande qui sécrète le liquide séminal. Chez les hommes, elle est localisée sous la vessie et entoure l'urètre. L'urètre est le tube qui amène l'urine de la vessie jusqu'au pénis pour l'évacuer.

Qu'est-ce que l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)?

Au fur et à mesure qu'un homme vieillit, sa prostate devient de plus en plus grosse. Ainsi, elle peut faire une pression sur l'urètre et ralentir l'évacuation de l'urine ou réduire la force du jet urinaire. On appelle aussi ce problème l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) – hyperplasie est un terme médical qui signifie grossissement. L'HBP – un grossissement bénin de la prostate – est tout à fait différente du cancer de la prostate et n'augmente pas non plus les chances d'avoir ce cancer.

Quels sont les signes de l'HBP?

Au début de l'HBP, il se peut que vous n'avez aucun symptôme. Après un certain temps, vous pourriez avoir certains des symptômes suivants:

- difficulté à commencer à uriner;
- sensation que vous devez uriner souvent;
- écoulement goutte-à-goutte alors que vous pensiez avoir fini d'uriner;
- besoin de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner; et,
- diminution de la force du jet urinaire.

Parlez-en à votre médecin si vous éprouvez l'un ou l'autre de ces symptômes. Ils peuvent refléter non seulement une HBP mais aussi d'autres problèmes médicaux.

Si j'ai des symptômes d'HBP, qu'est-ce que mon médecin va faire?

Votre médecin vous posera des questions au sujet de votre débit urinaire. Il vous fera un toucher rectal pour évaluer la taille de votre prostate et vérifier s'il n'y a pas d'autres problèmes de prostate. Il peut aussi demander d'autres analyses, par exemple, vérifier un échantillon d'urine à la recherche de sang ou d'infection.

Que puis-je faire si j'ai une HBP?

Voici quelques actions que vous pouvez entreprendre:

- prévoyez suffisamment de temps pour uriner complètement
- éviter de boire de l'alcool et de la caféine en soirée
- éviter de prendre des médicaments contre le rhume et les allergies, par exemple, des décongestionnants et des antihistaminiques.

Comment traite-t-on l'HBP?

Votre médecin peut décider d'attendre pour voir si votre miction s'améliorera avec le temps. Si ce n'est pas le cas, vous aurez le choix de prendre un médicament contre la pression appelé α -bloquant qui peut aider les muscles de l'urètre à relaxer ou une autre sorte de médicament qui fera rapetisser votre prostate. Certains hommes prennent des produits de santé naturels à base de palmier nain; parlez-en à votre médecin avant d'essayer ce médicament.

Les médicaments peuvent éliminer la nécessité de chirurgie chez plusieurs patients avec une HBP. Toutefois, si la chirurgie s'avère nécessaire, des techniques chirurgicales, par exemple, la résection transurétrale de la prostate peut résoudre le problème. De nouvelles techniques chirurgicales qui utilisent la chaleur, les micro-ondes ou le laser peuvent enlever le tissu prostatique et ont l'avantage d'avoir des effets secondaires mineurs. Vous et votre spécialiste pourrez décider de la technique la plus appropriée pour vous.

Remarque: Si vous avez une HBP, vous et votre médecin pouvez trouver ensemble le meilleur traitement.

Adapté de:

- American Academy of Family Physicians. Benign Prostatic Hyperplasia. 2002. www.aafp.org ET Healthy Ontario Patient Information. Benign Prostatic Hyperplasia. 2007. Accès vérifié en août 2008.

