

- Gén: • Notions anatomiques:
- Volume prostatique normal: env. 25 mL
  - Taille normale de la prostate (comme une châtaigne): 3.5 x 4 x 3 cm



Ultrason d'une prostate normale (coupe transversale).

- Clin: • Clinique irritative lors d'une hypertrophie prostatique bénigne (HPB):
- Pollakisurie (évaluer le nombre de fois où le patient se lève la nuit pour uriner, intervalle entre les mictions)
  - Urgence mictionnelle
- Clinique obstructive:
- Dysurie d'effort ou dysurie initiale (aussi appelée d'attente ou de poussée)
  - Miction incomplète (confirmée par un volume postmictionnel > 50 mL)
  - Diminution du débit urinaire (flux)
- Toucher rectal (TR):
- Agrandissement des deux lobes prostatiques
  - Prostate molle, lisse, homogène et indolore
- Dg: • Le diagnostic d'une HPB est clinique (après exclusion d'un CA prostatique).
- L'auto-évaluation selon l'IPSS: (International Prostate Symptom Score) permet de classer l'importance de l'HPB:
    - [https://qxmd.com/calculate/calculator\\_338/international-prostate-symptom-score-ipss](https://qxmd.com/calculate/calculator_338/international-prostate-symptom-score-ipss)

#### **IPSS: auto-évaluation de la sévérité du prostatisme**

1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?
2. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 h après la dernière miction?
3. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une interruption du jet d'urine (démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage)?
4. Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, combien de fois avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner?
5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une diminution du jet d'urine?
6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner?
7. Au cours du dernier mois, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment du coucher le soir et celui du lever définitif le matin)?

Points (concerne les questions 1 à 6):

Jamais \_\_\_\_\_ 0 point  
 env. 1 x sur 5 \_\_\_\_\_ 1 point  
 env. 1 x sur 3 \_\_\_\_\_ 2 points  
 env. 1 x sur 2 \_\_\_\_\_ 3 points  
 env. 2 x sur 3 \_\_\_\_\_ 4 points  
 Presque toujours \_\_\_\_\_ 5 points

Score spécifiquement pour la question 7:

Jamais \_\_\_\_\_ 0 point  
 1x \_\_\_\_\_ 1 point  
 2x \_\_\_\_\_ 2 points  
 3x \_\_\_\_\_ 3 points  
 4x \_\_\_\_\_ 4 points  
 5x et plus \_\_\_\_\_ 5 points

Interprétation du IPSS:

0-7 points \_\_\_\_\_ Peu symptomatique  
 8-19 points \_\_\_\_\_ Moyennement symptomatique  
 20-35 points \_\_\_\_\_ Fortement symptomatique

BOX: Auto-évaluation de la sévérité de l'HPB (selon IPSS). [Adaptés selon: Br J Urol 1995;75:622-30]  
 IPSS International Prostate Symptom Score

- Att: 1. Exclure une prostatite chronique (qui pourrait expliquer la clinique irritative). On pratique alors le test d'épreuve des 3 verres:

**Test d'épreuve des 3 verres:**

- ① Urine du premier jet. Si présence de germes → infection de l'urètre (urétrite).
- ② Urine du mi-jet. Si présence de germes → infection de la vessie (cystite).

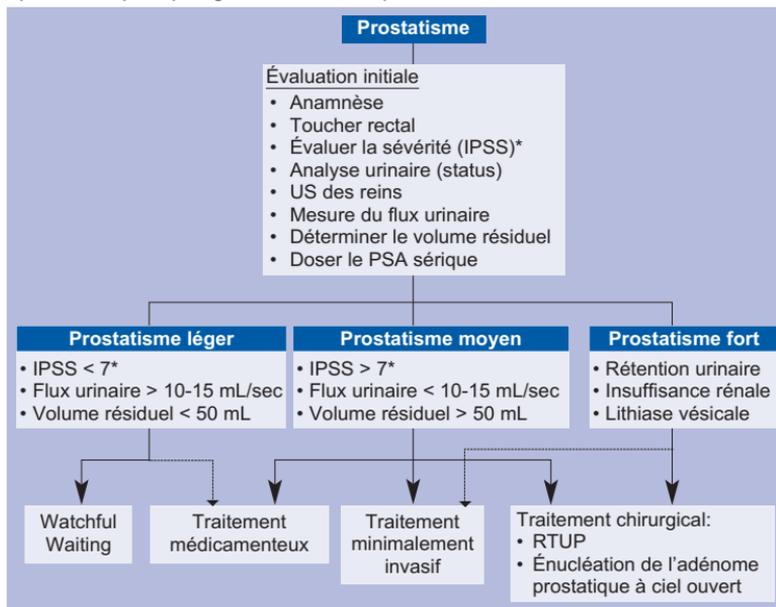
Maintenant, on pratique un massage «doux» de la prostate et juste après on récolte l'urine de fin de miction:

- ③ Urine fin de miction (post massage). Si présence de germes → prostatite.

BOX: Épreuve des 3 verres.

Si l'épreuve des 3 verres est positif, on instaure une AB-thérapie (Doxycycline 100 mg PO bid x 4 sem).

2. Options thérapeutiques globales en cas de prostatisme:



Algorithme: Attitude en cas de prostatisme.

IPSS International Prostate Symptom Score; RTUP Résection transurétrale de la prostate

\* Voir détails de l'IPSS p. 1486

3. Traitement minimalement invasif

Ex: • Thermothérapie par micro-ondes  
• Ablation transurétrale par aiguille (TUNA)

Rem: • Les résultats à long terme montrent qu'une 2<sup>e</sup> séance est souvent nécessaire.

4. Résection transurétrale de la prostate (RTUP)

Gén: • La RTUP peut se réaliser de manière conventionnelle par laser mono- ou bipolaire. Mais il existe différents laser et les résultats d'un système ne s'extrapolent pas aux autres systèmes.

- La RTUP avec le laser HOLMIUM montre de bons résultats qui sont comparables à la RTUP conventionnelle (gold standard) et peut aussi être appliquée chez des patients avec anticoagulation orale ou sous antiagrégant plaquettaire.
- Les résultats intermédiaires avec le laser «greenlight» sont encourageants.

5. Énucléation de l'adénome prostatique à ciel ouvert

Ind: • Prostate volumineuse (> 100 g)

6. Biopsie prostatique [Carter HB, et al (eds.). WB Saunders 1998;3:2519 et NEJM 2001;344:1373]

Gén: • Lorsque l'espérance de vie est < 10 ans et le TR normal, la biopsie prostatique n'est pas recommandée, car même un traitement curatif d'un CA prostatique ne changerait pas l'espérance de vie.  
• Si PSA entre 4 et 10 ng/mL («zone grise»):  
- La biopsie prostatique n'a qu'un faible «rendement diagnostique» (25 %)  
- L'IRM multiparamétrique augmente sensiblement ce «rendement diagnostique».

Ind: 1. Indication clinique (les 3 critères sont requis):

- Espérance de vie ≥ 10 ans
- Le patient est d'accord avec un traitement curatif
- Le TR confirme une prostate suspecte



## 2. Indications associées à la valeur du PSA:

- PSA 2.6-4 ng/mL et PSA libre/total  $\leq$  15 %, chez des hommes de 40-60 ans
  - PSA > 4-10 ng/mL
  - Augmentation du PSA de  $\geq$  0.75 ng/mL/an sur 18 mois.
- INFO: Le PSA ne sera dosé que si le patient est symptomatique et qu'il a été bien informé sur les procédures éventuelles (incl. effets 2nd).

Tx: **1. Régime** (peu épicé)

## 2. Traitement médicamenteux

### 2.1. $\alpha$ 1-bloquant sélectif

- Gén: • Mécanisme d'action: diminution du tonus musculaire dans la zone périprostatique et autour du col de la vessie.
- Effet sur la dynamique mictionnelle:
    - Délai d'action (indépendamment de la taille de la prostate): env. 2 sem.
    - Augmentation significative de flux urinaire après 1-2 mois.
    - Effet maximal atteint après 2-3 mois.
  - Les  $\alpha$ 1-bloquants n'influencent pas le taux sérique du PSA.
  - La combinaison  $\alpha$ 1-bloquant + inhibiteur de la 5 $\alpha$  réductase ( $\rightarrow$  2.2.) n'est indiquée que si la prostate est volumineuse (> 50 mL ou > 50 g).

Ind: • HPB fonctionnelle symptomatique

- 2nd: • Angine (PRUDENCE chez les patients avec maladie coronarienne)
- Asthénie, malaise
  - Thrombopénie
  - Somnolence (10 %), céphalée, vertige, troubles visuels
  - Palpitations, tachycardie, hypotension artérielle, syncope (< 1 %)
    - Le Tamsulosine est légèrement moins hypotenseur comparé aux autres  $\alpha$ 1-bloquants sélectifs.
  - Douleurs abdominales, nausée, diarrhée, xérostomie
  - Impuissance (2 %)
  - Éjaculation rétrograde:

- Sous Alfuzosine: rare (le col vésical est moins détendu que sous Tamsulosine, Silodosine et Térazosine)
- Sous Tamsulosine, Térazosine, Silodosine: présente

Ex: ■ Alfuzosine XATRAL® co 2.5 mg, forme retard «Uno» co 10 mg

- Dosage:

a) Forme non retard (2.5 mg)

I. Sans facteur de risque cardiovasculaire: 1<sup>ère</sup> dose le soir (2.5 mg PO), puis 2.5 mg PO tid après les repas.

II. Avec facteur de risque cardiovasculaire:

- 2.5 mg PO bid (1-0-1)

- > 75 ans: 2.5 mg PO bid (1-0-1)

- Insuffisance rénale: 2.5 mg PO bid (max. 2.5 mg tid)

- Insuffisance hépatique légère: 2.5 mg PO i.d. (max. 2.5 mg bid)

- Insuffisance hépatique sévère (CHILD C): contre-indiqué

b) Forme retard («Uno» 10 mg): 10 mg PO i.d.

- Insuffisance rénale: pas d'adaptation nécessaire

- Insuffisance hépatique: contre-indiqué

■ Tamsulosine OMIX Ocas® Retard, PRADIF® T Retard

- Dosage: 0.4 mg PO i.d. le matin (repas indépendant). Le comprimé «retard» ne doit pas être mâché, ni écrasé.

- Associé au Dutastéride (inhibiteur de la 5 $\alpha$  réductase): DUODART®

caps (Dutastéride 0.5 mg + Tamsulosine 0.4 mg): 1 caps PO i.d. au cours des 30 min après un repas.

■ Silodosine UROREC® caps 4 et 8 mg: 4-8 mg PO i.d. pendant le repas

- Pas d'adaptation de la posologie nécessaire chez la personne âgée.

- Si CICr 30-50 mL/min  $\rightarrow$  utilisation pas recommandée

- Si CICr < 30 mL/min  $\rightarrow$  contre-indiqué

■ Térazosine HYTRIN® BPH emb départ (7 co à 1mg, 7 co à 2mg), co 5 mg

- Dosage: 1<sup>ère</sup> sem: 1 mg PO au coucher. 2<sup>e</sup> sem: 2 mg PO au coucher.

Entretien: 5-10 mg PO i.d. (le matin, si possible à la même heure).

- Dose max. 20 mg/j

### 2.2. Inhibiteurs de la 5 $\alpha$ réductase

- Gén: • Mécanisme d'action: inhibition du métabolisme de testostérone en dihydrotestostérone, ce qui occasionne une diminution du volume prostatique d'env. 25 %.

• Délai d'action: 1-3 mois. Effet maximal après > 6-12 mois.

• L'effet sur la réduction du volume de la prostate persiste durant 5 ans (chez des patients qui n'arrêtent pas le traitement).

• Les inhibiteurs de la 5 $\alpha$  réductase sont moins efficaces que les  $\alpha$ 1-bloquants.

- Les inhibiteurs de la 5 $\alpha$  réductase réduisent les taux sériques du PSA d'environ 50 % et ceci après env. 6 mois de traitement.
- Ind: • HPB en présence d'une prostate volumineuse (> 50 mL ou > 50 g).  
 • Le traitement combiné avec un  $\alpha$ 1-bloquant est possible si on recherche une efficacité clinique rapide (à savoir dans les 2 semaines).
- Rem: • Une réduction de la posologie n'est pas nécessaire en cas d'insuffisance rénale (mais ClCr > 10 mL/min).
- 2nd: • Impuissance chez env. 10 % des patients (significativement plus que sous  $\alpha$ 1-bloquants)  
 • Troubles d'éjaculation  
 • Gynécomastie
- Ex: ■ Finastéride PROSCAR® co 5 mg: 1x 5 mg PO i.d. (repas indépendant).  
 - Si ClCr > 10 mL/min → pas d'adaptation de la posologie nécessaire.  
 - Remarque: le Finastéride existe aussi en galénique de co 1 mg (en Suisse sous le nom commercial de PROPECIA®). L'indication de cette molécule est l'alopecie légère à modérée chez les hommes.  
 ■ Dutastéride AVODART® caps 0.5 mg: 0.5 mg PO i.d. (repas indépendant).  
 - Associé au Tamsulosine ( $\alpha$ 1-bloquant): DUODART® caps (Dutastéride 0.5 mg + Tamsulosine 0.4 mg): 1 caps PO i.d. au cours des 30 min après un repas.
- 2.3. Inhibiteur de la 5-PDE (5-phosphodiesterase)
- Ex: ■ Tadalafil CIALIS® co 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg  
 - Dosage: 2.5-5 mg PO i.d.
- C-I: • Insuffisance hépatique sévère (CHILD C), maladie coronarienne grave, insuffisance cardiaque NYHA  $\geq$  II, dans les 90 jours post infarctus du myocarde, patients avec angine ou douleurs angineuses pendant les rapports sexuels, arythmies non contrôlées, hypotension artérielle (< 90/50 mmHg), HTA non contrôlée, status post AVC au cours des 6 derniers mois.  
 • Prise simultanée de donateurs de NO (ex: nitrés) - intervalle libre entre la prise d'un inhibiteur 5-PDE et le dérivé nitré > 48 h.
- 2nd: • Céphalées, vertiges, palpitations, tachycardie, bouffées vasomotrices, hypotension, congestion nasale, dyspepsie, priapisme (rare), autres

### 3. Phytothérapie

- Gén: • Mécanismes d'action: anti-oedémateux, anti-inflammatoire, antiandrogénique, inhibition du facteur de croissance de la prostate  
 • La majorité des études avec les agents phytothérapeutiques sont des études «in vitro» avec des cultures cellulaires - non basées sur l'évidence.
- Ind: • HPB légère à modérée
- Ex: • Extraits d'écorce de prunier africain + extraits de racines d'orties  
 - PROSTATONIN caps® 1 caps PO bid après les repas  
 • Extraits de sabal (sorte de palmier):  
 - A. VOGEL ProstaMed® caps 1 caps PO i.d. après le repas  
 - PROSTA-URGENIN® caps 1 caps PO i.d. (à la même heure)  
 - SABCAPS® caps 1 caps PO i.d.



## Prostatic specific antigen — PSA

- N: • PSA < 4 ng/mL
- Gén: • Le PSA est une glycoprotéine (237 acides aminés) synthétisée spécifiquement par les cellules épithéliales de la prostate. Le PSA est une protéase lysant les protéines du liquide séminal. Ceci augmente la mobilité des spermatozoïdes.
- Jusqu'à 25 % des hommes avec un CA prostatique ont un PSA normal (< 4 ng/mL). [Eur Urol 2002;1 Suppl1:21]
  - Le PSA a une valeur prédictive négative (VPN) de 90 % → parmi les hommes qui ont un PSA < 4 ng/mL, 9/10 n'ont pas de CA prostatique et 1/10 en a un (10 % de faux négatifs).
  - Le PSA a une valeur prédictive positive (VPP) de 30 % → parmi les hommes qui ont un PSA > 4 ng/mL, 3/10 ont un CA prostatique et 7/10 n'en ont pas (70 % de faux positifs).
  - Risque de CA prostatique en fonction du taux sérique du PSA:

| PSA sérique | Risque de CA prostatique |
|-------------|--------------------------|
| < 2.5 ng/mL | < 2 %                    |
| 2.5-4 ng/mL | 18 %                     |
| 4-10 ng/mL  | 25-30 %                  |
| > 10 ng/mL  | jusqu'à > 67 %           |

Tableau 1: Risque de CA prostatique en fonction du taux sérique du PSA. [Eur Urol 2002;1 Suppl1:24]

- Un carcinome prostatique peut être tellement indifférencié (dans sa phase terminale), qu'il ne synthétise plus de PSA; ceci explique des valeurs faussement basses.
- Ind: • En règle générale, ce sont surtout les hommes à haut risque de CA prostatique qui profitent d'un dépistage du PSA.

### Chez quels hommes est-ce que le dépistage du PSA est indiqué?

Le dépistage du PSA sera uniquement effectué chez des hommes informés par rapport à tous les risques et bénéfices du dépistage du PSA (Grade 2B).

- Hommes > 50 ans (40-45 ans si peau noire) qui ont une espérance de vie de plus de 10 ans et qui ont un risque potentiel significatif de développer un CA prostatique, à savoir:

1. Anamnèse familiale positive pour un CA prostatique
2. Présence (ou suspicion) de la mutation du BRCA1 (breast cancer 1)

- Rem: • Intervalle du dépistage du PSA (pas de consensus):
- Si PSA normale, évtl. répéter aux 2-4 ans [2B]
  - Si PSA 4-7 ng/mL, répéter après plusieurs semaines [2C]
- Quand faut-il arrêter le dépistage du PSA? [2B]
- Lorsque l'espérance de vie est < 10 ans (comorbidité significative, ≥ 75 ans)
  - Le dépistage peut être arrêté à l'âge de 65 ans si le PSA est < 1.0 ng/mL.
- Conditions du dosage du PSA:
- a) Durant les 48 h avant la prise de sang, le sujet n'ose pas faire du vélo et ne pas avoir d'éjaculation
  - b) Une éventuelle prostatite doit être traitée par une AB-thérapie adéquate (→ p. 910) avant la mesure du PSA.
- Lab: • PSA total (utile pour le dépistage et le suivi du carcinome prostatique)
- PSA libre (N: 10-20 % du PSA total):
  - En présence d'un CA prostatique, la fraction du PSA libre est diminuée. Un rapport «PSA libre/total» ≤ 15 % représente un risque accru de CA prostatique. L'origine de cette baisse du taux sérique reste peu claire.
  - Le PSA libre améliore la spécificité du PSA (→ moins de résultats faussement positifs)
- Selon le taux sérique du PSA, une biopsie prostatique peut être recommandée → p. 1488
- Clin: • Influence sur le taux sérique du PSA:

| Paramètre/trigger   | Influence sur le taux sérique du PSA  |
|---|---|
| Toucher rectal (TR)   | • Le TR n'influence généralement pas le PSA (mais un massage prostatique intense peut l'augmenter). |
| α1-bloquants:<br>• Alfuzosine, Silodosine,<br>Tamsulosine, Térazosine | • Pas d'influence sur le taux du PSA.   |
| Inhibiteurs de la 5α-réductase<br>• Finastéride, Dutastéride          | • Diminution du taux du PSA.  |

Tableau 2: Influence du toucher rectal et de certains médicaments utilisés pour traiter une hypertrophie prostatique bénigne sur le taux sérique du PSA.