Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Questions/réponses au comptoir :

« Le médecin m'a parlé d'hypertrophie de la prostate. Qu'est-ce que c'est ? »

L'hypertrophie bénigne de la prostate, aussi appelée adénome prostatique, se caractérise par une augmentation du volume de la glande prostatique. Elle ne concerne que les hommes, généralement d'un âge avancé, à partir de 60 ans.

« Mon frère a eu un cancer de la prostate. Est-ce que l'hypertrophie est une forme précoce de cancer ? »

L'hypertrophie de la prostate, comme son nom l'indique, est bénigne. Elle n'évolue jamais en un cancer de la prostate. Il s'agit de deux pathologies différentes l'une de l'autre, et il n'existe aujourd'hui aucune corrélation statistique significative entre la survenue de ces deux pathologies.

« Mais si c'est bénin, ça veut dire que ça n'est pas grave, non ? »

L'hypertrophie bénigne de la prostate se traduit par l'apparition de symptômes du bas appareil urinaire (SBAU), à savoir une polyurie nocturne, une hyperactivité détrusorienne et/ou une obstruction prostatique à la miction. Un jet faible ou des douleurs mictionnelles peuvent aussi être ressentis. De plus, un adénome prostatique avancé et non traité peut évoluer vers des complications sévères, en l'occurrence des rétentions urinaires, des infections urinaires, des calculs rénaux, une insuffisance rénale ou des troubles de la sexualité.

« Le médecin m'a diagnostiqué ce trouble l'année dernière. Pourquoi décide-t-il seulement maintenant de traiter mon hypertrophie ? Ne s'y prend-il pas trop tard ? »

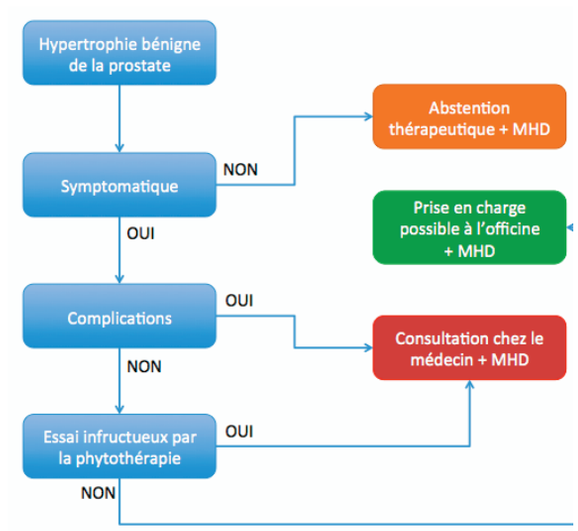
La prise en charge de l'adénome prostatique ne requiert un traitement médicamenteux si et seulement si une altération de la qualité de vie a pu être décelée chez le patient. Avant que les symptômes ne deviennent gênants, seules des mesures hygiéno-diététiques s'avèrent nécessaires.

Mesures hygiéno-diététiques :

Les MHD doivent être initiées dès le diagnostic de l'hypertrophie, et maintenues tout au long de la prise en charge de la maladie. Elles visent à :

- **réduire** la **diurèse**, notamment nocturne en :
  - **diminuant** les **apports hydriques** à partir de **17h** (tout en veillant à assurer une hydratation avec 1,25 à 1,5L de boisson journalière)
  - **raréfiant** la **consommation d'alcool** ou de **caféine**, qui exercent des propriétés diurétiques
- **contrôler** les possibles signes de **constipation** suite à la modification des apports hydriques avec :
  - un apport suffisant de fibres dans l'alimentation
  - une **activité physique** régulière et adaptée au profil du patient
- **écarter** tout **médicament** susceptible d'influer sur le tractus urinaire, comme :
  - les **diurétiques** : limiter leur prise au matin
  - les **anticholinergiques** : proposer une réévaluation de la prescription au médecin

Arbre decisionnel :



Sources :
Urofrance (www.urofrance.org).
Recos Vidal (www.vidal.fr/recommandations).
Cours « Thérapeutique en uro-gynéco-obstétrique », Mme ETIENNESELLOUM.
Pharmacognosie, 5ème édition, Bruneton.

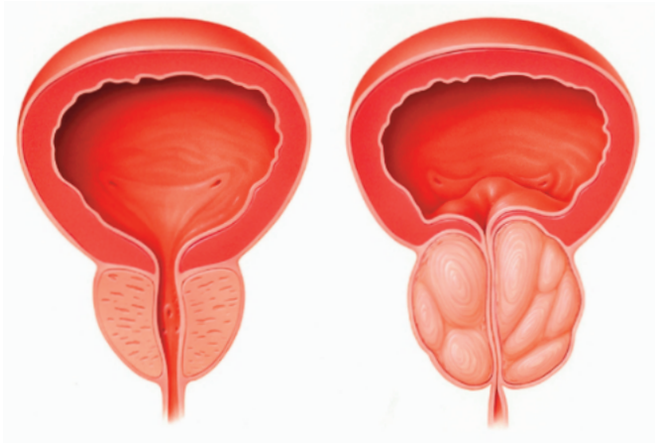
Conseils à l'officine :

Phytothérapie :

- Extrait de **Palmier de Floride** (*Serenoa repens*) :
  - **PERMIXON®**, (160 mg), 1 gélule 2 fois par jour, cure de 6 à 8 semaines renouvelable
  - **PROSTAMOL®**, (320 mg), 1 gélule par jour, cure de 3 mois renouvelable
- Extrait de Prunier d'Afrique (*Pygeum africanum*) :
  - **TADENAN®**, (50 mg), 1 capsule 2 fois par jour, cure de 6 à 8 semaines renouvelable
- Huile de **pépins de courge** (*Cucurbita pepo*) :
  - **ARKOGELULES HUILE DE PEPINS DE COURGE®**, (500 mg), 1 capsule 3 fois par jour, cure de 2 mois renouvelable

Homéopathie :

- **Sabal serrulata 9CH**, 3 granules au coucher, si mictions nocturnes et fréquentes
- **Chimaphila umbellata 9CH**, 3 granules 3 fois par jour, si mictions difficiles
- **Clematis erecta 9CH**, 3 granules 3 fois par jour, si jet faible et écoulement postmictionnel.
- **Prostate 15CH**, 1 ampoule buvable le matin, pendant 1 mois



Surveillance clinique et biologique :

La surveillance repose sur :

- le **toucher rectal**
- le **dosage du taux plasmatique de PSA**
- la débitmétrie urinaire
- la mesure du volume urinaire résiduel

La fréquence est variable :

- si abstention thérapeutique : 0, 6 mois puis annuellement
- si traitement par :
  - α-bloquants : 0, 6 semaines, 6 mois puis annuellement
  - inhibiteurs de la 5α-réductase : 0, 12 semaines, 6 mois puis annuellement

Arsenal thérapeutique :

	α-bloquants	**inhibiteurs de la 5α-réductase**	**Phytothérapie**	**Inhibiteur de la PDE5**
Action pharmacologique	Diminution du tonus de l'urètre postérieur après 48h de traitement	Diminution du volume prostatique après 6 mois de traitement	Mal élucidée	Mal élucidée
EI	Hypotension orthostatique, éjaculation rétrograde, vertiges	Troubles de l'érection, diminution de la libido, gynécomastie	Rares, céphalées, douleurs abdominales	Vasodilatation coronaire, hypotension orthostatique, vertiges
CI, IM	CI : IPDE5* AD : inhibiteurs calciques	PE : inhibiteur CYP3A4	Aucune	CI : α-bloquants*, dérivés nitrés PE : inhibiteur CYP3A4
Exemples	Alfusozine (**XATRAL®**), tamsulosine (**JOSIR®, OMIX®**)	Finastéride (**CHIBRO-PROSCAR®**), dutastéride (**AVODART®**)	*Serenoa repens* (**PERMIXON®**), *Pygeum africanum* (**TADENAN®**)	Tadalafil (**CIALIS®**), uniquement le dosage à 5 mg

* : sauf la tamsulosine