

La mission de **GlaxoSmithKline** est d'améliorer la qualité de la vie pour que chaque être humain soit plus actif, se sente mieux et vive plus longtemps



Dossier Santé

L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)

Sommaire

- Ce qu'il faut savoir
- Mieux comprendre en images
- Examens expliqués
- Traitements expliqués
- Conseils
- Questions
- Glossaire
- Testez vos connaissances
- Adresses utiles

• Ce qu'il faut savoir

DÉFINITION

La prostate est l'un des organes génitaux de l'homme. Elle fabrique la majeure partie du liquide (le liquide séminal) dans lequel baignent et survivent les spermatozoïdes fabriqués par les testicules avant d'être éjaculés. Cette petite glande de la taille d'une châtaigne se trouve sous la vessie, en avant de l'ampoule rectale. Elle entoure comme un manchon le conduit de sortie de la vessie (conduit appelé urètre) par lequel va s'évacuer soit l'urine soit le sperm selon les situations, mais jamais les deux en même temps. La prostate contient de tout petits muscles (fibres musculaires en langage médical) qui lui permettent de se contracter ou de s'écarter si besoin ⁽¹⁾.



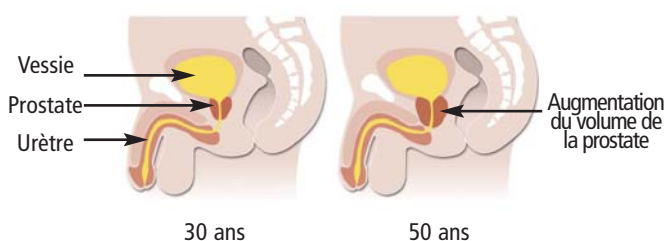
L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), aussi appelée hyperplasie bénigne de la prostate, ou encore adénome de la prostate, touche généralement les hommes de plus de 50 ans ⁽²⁾. Elle se traduit par une augmentation du volume de la prostate, liée à un adénome qui se développe le plus souvent dans la partie située au contact de l'urètre, appelée zone de transition. L'HBP n'est pas un cancer mais une maladie bénigne qui peut provoquer des troubles urinaires.

(>> Voir Mieux comprendre en image : Anatomie de l'appareil génito-urinaire de l'homme, page 6)

Lorsqu'elle est hypertrophiée, la prostate appuie sur l'urètre, le canal qui permet l'évacuation des urines hors de la vessie. Cette compression de l'urètre provoque des Troubles Urinaires du Bas Appareil (TUBA) dont l'intensité et la fréquence ne dépend pas toujours du volume de la prostate.

FACTEURS DE RISQUE

Même si les causes de l'HBP ne sont pas encore toutes identifiées, certains facteurs sont connus. L'HBP est un phénomène évolutif lié à l'âge, en partie sous contrôle hormonal ⁽³⁾. Avec l'âge, une trop grande quantité de testostérone est convertie en dihydrotestostérone (DHT) par une enzyme : la 5-alpha-réductase, favorisant la croissance prostatique.



L'hérédité semble également jouer un rôle : les hommes dont un parent proche souffre d'HBP ont un risque plus élevé de développer la maladie à leur tour. Par ailleurs, si 50% d'hommes caucasiens âgés de 60 ans sont touchés par l'HBP, seuls 5 à 10% d'hommes asiatiques le sont ⁽³⁾.

EPIDÉMIOLOGIE

Dans les pays occidentaux, l'HBP se développe chez 10% des hommes à partir de 30 ans, elle touche 50% d'entre eux à partir de 50 ans et atteint pratiquement la totalité des hommes de 80 ans et plus. En France, la chirurgie de l'HBP est la deuxième opération la plus pratiquée après celle de la cataracte ⁽⁴⁾. Après 60 ans, 43% des hommes se disent gênés par les symptômes liés à l'HBP ⁽⁵⁾. A l'inverse, la maladie est rare dans les pays asiatiques.

Les symptômes urinaires liés à l'HBP sont fréquents. D'après une étude réalisée par l'Association Nationale de Formation Urologique Continue (ANFUC) réalisée sur un panel de 159 patients, 90% d'entre eux se plaignent d'une diminution de la force du jet mictionnel, 87% de pollakiurie (mictions fréquentes) nocturne et 85% de pollakiurie diurne ⁽⁵⁾.

(1) Desgrandchamps F, Cuzin E – Docteur j'ai la prostate, collection la santé simplement. Editions Belin Paris ; avril 2004 pp 25-27.

(2) Colombel M. Une hypertrophie bénigne. Dans : Prostate, comprendre pour agir. Larousse 2007. pp 24.

(3) Debré B, Saïghi D, Peyromaure M. Tumeurs. Dans : Urologie. Masson Paris, 2004. pp. 43.

(4) Pfeifer P. L'hypertrophie bénigne de la prostate. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 30-2.

(5) Pfeifer P. Quand la prostate fait des siennes. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 18.

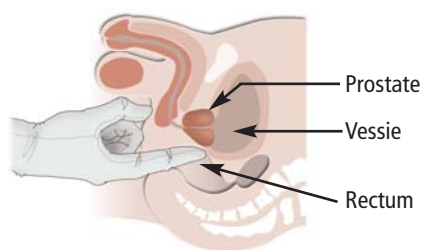
SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

On distingue deux grandes familles de symptômes de l'HBP, les troubles urinaires de type irritatif et les troubles urinaires de type obstructif.

Les troubles urinaires irritatifs sont dus à une irritation de la vessie. Très gênants pour le patient, ils constituent souvent le premier motif de consultation. La **pollakiurie**, caractérisée par un besoin fréquent d'uriner, notamment la nuit, est le symptôme irritatif le plus fréquent, suivi du besoin soudain et irrésistible d'uriner.

Les troubles mictionnels obstructifs, dus à un rétrécissement de la lumière de l'urètre, se traduisent par des difficultés à uriner. La **dysurie** par exemple, est à l'origine d'une diminution de la force du jet mictionnel. Parmi les autres symptômes obstructifs figurent la sensation de vidange incomplète de la vessie et l'apparition de gouttes retardataires. Si vous constatez l'un de ces symptômes, parlez-en à votre médecin.

Le diagnostic de l'HBP est relativement facile à poser. Il repose sur un interrogatoire détaillé et sur l'examen clinique, dont le toucher rectal. Le médecin s'attache néanmoins à exclure toute autre cause pouvant expliquer les troubles urinaires : infection, malformation, calcul urinaire, anomalie neurologique ou cancer de la prostate.



Lors de la consultation le médecin essaie de déterminer l'impact de vos troubles urinaires sur votre qualité de vie. Cette évaluation est importante car elle conditionne le choix du traitement : selon l'importance de la gêne occasionnée, le traitement sera la surveillance, la prise de médicaments ou l'intervention chirurgicale.

(>> Voir Examens expliqués : l'auto-questionnaire, page 7)

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'HBP est souvent capricieuse et son évolution est difficile à prévoir. Pour éviter l'apparition de complications, consultez régulièrement votre médecin. Si vos symptômes s'aggravent, votre médecin peut éventuellement demander des examens complémentaires.

La **rétention aiguë d'urine** est la complication la plus courante de l'HBP. Cette impossibilité totale d'uriner, très douloureuse, doit être soulagée d'urgence par ponction de l'urine. Non traitée, cette rétention risque de devenir chronique et de provoquer une distension de la vessie.

L'apparition d'une **incontinence urinaire**, c'est-à-dire l'impossibilité de retenir ses urines, peut être due à un « débordement » de la vessie. Par ailleurs, une vessie qui ne se vide pas complètement favorise la prolifération de bactéries. Il existe donc un **risque d'infection**. La stagnation de l'urine dans la vessie peut également engendrer des **calculs vésicaux**. Parfois, du sang peut être observé dans les urines, ce que l'on appelle **hématurie**.

A terme, une **insuffisance rénale** peut apparaître. Un suivi et un traitement approprié de l'HBP permettent d'éviter la plupart des complications.

Examens complémentaires

Lors de votre consultation, votre médecin peut demander différents examens pour confirmer son diagnostic ou pour évaluer l'impact de la maladie sur votre appareil urinaire.

L'examen des urines à la bandelette permet de détecter au cabinet du médecin la présence de sang, de protéines ou d'une infection. En cas de signe évocateur, votre médecin pourra vous demander de pratiquer un ECBU.

L'examen cytbactériologique des urines (ECBU) permet de déceler une infection urinaire.

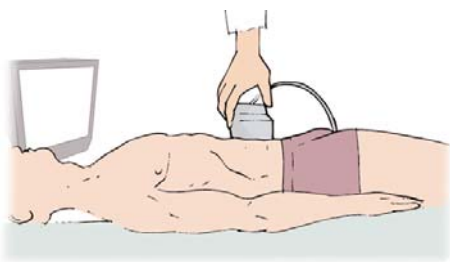
Le bilan rénal permet de révéler un niveau trop élevé de créatinine dans votre sang, pouvant indiquer une insuffisance rénale.

Le dosage du PSA est réalisé par une simple prise de sang. Cette substance naturellement sécrétée par la prostate est généralement présente dans le sang à un

très faible taux. Lorsque sa concentration est élevée, un cancer doit être suspecté mais d'autres examens sont nécessaires pour confirmer le diagnostic car le PSA peut s'élever dans toutes les maladies prostatiques, hypertrophie bénigne en particulier.

La biopsie de la prostate permet d'exclure un cancer.

L'échographie permet à votre médecin de visualiser votre appareil urinaire et de détecter d'éventuels calculs vésicaux, diverticules ou un résidu post-mictionnel indiquant que votre vessie ne se vide pas totalement lorsque vous urinez. Il n'est pas nécessaire pour le diagnostic, le bilan ou la surveillance d'une HBP symptomatique.



(>> Voir Examens expliqués, page 8)

Le toucher rectal est un examen indolore et incontournable dans le diagnostic initial de l'HBP.

(>> Voir Examens expliqués, page 8)

La débitmétrie urinaire est un examen optionnel pratiqué par l'urologue en général. Il mesure le débit ou le flux urinaire.

Le bilan urodynamique permet d'évaluer le degré de sévérité des troubles mictionnels en mesurant notamment le volume et la durée de vos mictions. Les résultats peuvent révéler une altération de la qualité du jet mictionnel dont vous n'étiez pas conscient. Cet examen n'est pas systématique mais il peut être utile dans l'optique d'une intervention chirurgicale.

L'urographie intraveineuse consiste à injecter un produit de contraste dans une de vos veines puis, en prenant des radiographies, à observer son cheminement dans l'appareil urinaire. Votre médecin peut ainsi observer d'éventuelles anomalies au niveau de l'appareil urinaire : malformations, tumeurs, calculs mais aussi une hypertrophie bénigne de la prostate. Cet examen n'est pas utile lors du bilan initial d'une HBP symptomatique.

PRISE EN CHARGE

Maladie bénigne, l'HBP peut néanmoins affecter sévèrement votre qualité de vie. En fonction de vos symptômes et des résultats de vos examens, votre médecin peut vous proposer plusieurs stratégies thérapeutiques :

- Simple surveillance,
- Traitement médicamenteux,
- Geste chirurgical voire instrumental (non-chirurgical)

Simple surveillance

Si vos troubles urinaires sont bénins et sans véritable gêne pour vous, il est probable que votre médecin vous propose une simple surveillance de l'HBP, par exemple sous la forme d'une visite de contrôle une fois par an ⁽⁶⁾. Ne négligez pas pour autant quelques mesures hygiéno-diététiques élémentaires, comme boire normalement pendant la journée et peu le soir.

Traitement médicamenteux

Si la simple surveillance ne suffit plus, votre médecin peut vous prescrire des médicaments pour soulager vos troubles urinaires. Son choix sera partagé avec vous et guidé par la taille de votre prostate, l'importance de vos symptômes, votre âge, etc. Deux classes de médicaments ont transformé le traitement médical de l'HBP ⁽⁶⁾ : les alpha-bloquants et les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase.

Les alpha-bloquants diminuent le tonus des fibres musculaires de la prostate et du col de la vessie. Ainsi, la partie de l'urètre qui passe dans la prostate se dilate, facilitant les mictions. Des chutes de tension lors du passage de la position couchée à la position debout et des vertiges sont des effets indésirables possibles. La prudence s'impose si vous prenez des antihypertenseurs ⁽⁶⁾ (contre la pression artérielle).

Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase bloquent la transformation de la testostérone en dihydrotestostérone (DHT), entraînant une réduction du volume prostatique. Les effets indésirables sont l'apparition possible de troubles de l'érection et de la libido ⁽⁶⁾.

(6) Debré B, Saïghi D, Peyromaure M. Tumeurs. Dans : Urologie. Masson Paris, 2004. pp. 48-50.

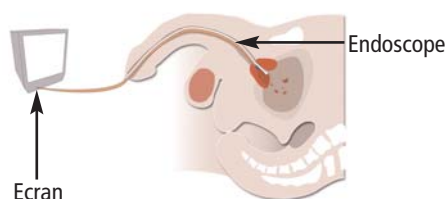
Outre les traitements médicamenteux, la **phytothérapie**, c'est-à-dire les extraits de plantes, peut soulager certains symptômes. Elle a l'avantage d'avoir peu d'effets indésirables.

Dans certains cas, votre médecin peut vous proposer une association de deux médicaments cités ci-dessus.

• Le traitement chirurgical

Lorsque le traitement médicamenteux n'est plus efficace ou en cas de complications répétées, comme des rétentions aiguës d'urine ou des infections urinaires, l'intervention chirurgicale s'impose. Le traitement chirurgical consiste à enlever du tissu prostatique pour que l'urine puisse à nouveau s'écouler normalement. Cette intervention peut se faire par voie endoscopique (par les voies naturelles à l'intérieur de la verge) ou par voie chirurgicale⁽⁷⁾ (ouverture par le ventre).

La **résection endoscopique** de la prostate est aussi appelée résection trans-urétrale. L'urologue introduit un endoscope dans l'urètre pour visualiser la prostate puis il enlève de petits copeaux de tissu prostatique obstructif⁽⁸⁾ qui sont ensuite évacués et analysés en laboratoire. L'intervention se déroule sous anesthésie péridurale ou générale et nécessite une hospitalisation de 4 à 6 jours⁽⁸⁾.



L'**adénomectomie** par voie sus-pubienne⁽⁷⁾, au contraire, concerne les prostates de gros volume.

(>> Voir Traitements expliqués, page 9)

Les complications de la résection endoscopique et de l'adénomectomie sont similaires. L'éjaculation rétrograde est la plus fréquente. Dans ce cas, une partie du sperme reflue dans la vessie lors de l'éjaculation. Les complications plus rares sont les hémorragies, les infections, les troubles sexuels et l'incontinence urinaire⁽⁷⁾. Les récurrences sont rares mais possibles et nécessitent parfois une nouvelle intervention.

• Les alternatives à la chirurgie

Des alternatives à ces techniques permettent de minimiser les troubles urinaires en intervenant sur le col vésical et sur l'urètre, sans toucher la prostate.

L'**incision cervico-prostatique**⁽⁹⁾ vise à faciliter l'évacuation de l'urine en élargissant le col vésical, c'est-à-dire la jonction entre la vessie et la prostate, par une incision. Cette intervention se pratique par les voies naturelles, sans ouverture abdominale.

L'**endoprothèse**⁽⁹⁾ est placée au niveau de l'urètre prostatique sous contrôle endoscopique. La prothèse, en forme de cylindre, maintient écartés les lobes de la prostate, diminuant l'obstruction de l'urètre. La pose d'une endoprothèse se fait sous anesthésie générale, locale ou péridurale. Cette solution est provisoire car elle comporte de nombreuses complications (infections urinaires, migration de la prothèse dans la vessie, formation de calculs, etc.).

La thérapie par micro-ondes et les lasers sont des techniques encore peu pratiquées en France en raison de leur coût élevé.

(7) Debré B, Saïghi D, Peyromaure M. Tumeurs. Dans : Urologie. Masson Paris, 2004. pp. 50-3.

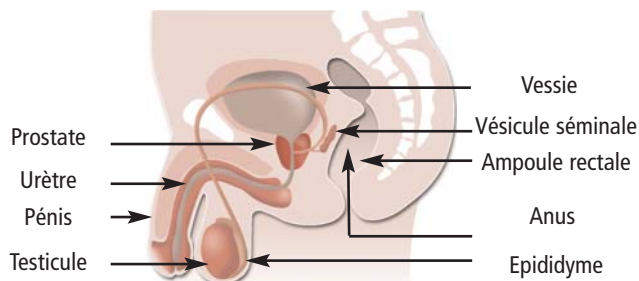
(8) Colombel M. Le traitement chirurgical. Dans : Prostate, comprendre pour agir. Larousse 2007. pp 62-67.

(9) Pfeifer P. Les alternatives à la chirurgie de l'HBP. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 66-7.

Dossier Santé : L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate

• Mieux comprendre en image

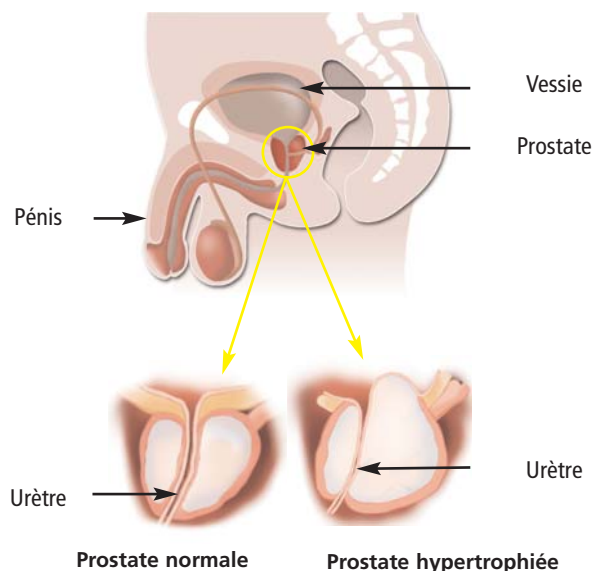
ANATOMIE DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME



Les organes impliqués dans la miction sont très proches anatomiquement parlant des organes reproducteurs et certains ont même une double fonction : l'urètre, par exemple, transporte le sperme au moment de l'éjaculation ainsi que l'urine lors de la miction.

Les organes principaux de l'appareil reproducteur masculin sont : le pénis, les testicules, l'épididyme, le canal déférent, les vésicules séminales et la prostate.

RAPPORTS ANATOMIQUES DE LA PROSTATE



On comprend bien sur ce schéma que si la prostate augmente de volume, elle entraînera un rétrécissement de la lumière de l'urètre et expliquera les troubles urinaires.

L'augmentation de volume sera perçue au toucher rectal.

On comprend aussi les complications possibles :

- rétention d'urine, voire l'impossibilité d'uriner quand le rétrécissement urétral est total
- et le retentissement en amont sur les uretères et les reins.

Dossier Santé : L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate

• Examens expliqués

AUTO QUESTIONNAIRE IPSS (INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE) ÉLABORÉ À PARTIR DE L'AUA-SI (AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION – SYMPTOM INDEX) ⁽¹⁰⁾

Répondez aux questions suivantes en entourant le chiffre à l'endroit qui vous paraît correspondre le mieux à ce que vous ressentez :

Score international des symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate (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 de 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	
Total I-PSS score S =							
Qualité de vie liée aux symptômes urinaires							
	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait ni ennuyé)	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
8. Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous deviez passer 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 =							

Notez votre score et parlez-en à votre médecin.

(10) ANAES – Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Mars 2003.

L'ÉCHOGRAPHIE

L'échographie endorectale de la prostate est indolore. En position allongée sur le côté, le médecin introduit doucement par l'anus une sonde d'échographie, de la taille d'un doigt⁽¹¹⁾. L'introduction de la sonde est facilitée par un gel. Cet examen n'est pas recommandée lors du bilan initial de l'HBP symptomatique mais le cliché obtenu peut être utile en cas d'indication opératoire pour choisir la voie d'abord en fonction du volume prostatique⁽¹⁰⁾.

L'échographie abdominale permet de visualiser votre vessie et vos reins. Votre médecin peut également déterminer la taille approximative de votre prostate. La vessie doit être pleine au moment de l'examen. Après vidange de la vessie, l'échographie peut révéler un éventuel résidu post-mictionnel, à savoir la quantité d'urine restée dans la vessie après la miction.

Contrairement à la radiographie, l'échographie utilise des ultrasons, et non des rayons X pour obtenir une image.

LE TOUCHER RECTAL

Le toucher rectal est un examen incontournable⁽¹²⁾ pour détecter une hypertrophie bénigne de la prostate, ou toute autre maladie prostatique. Rapide et pratiquement indolore, cet examen permet à votre médecin d'apprécier la taille, la consistance et la sensibilité de la prostate.

Votre médecin vous indique dans quelle position vous placer : en position « gynécologique » sur le dos, à quatre pattes, allongé sur le côté gauche avec les jambes repliées en chien de fusil, ou bien debout, le buste légèrement incliné en avant. Le médecin utilise un gant en plastique et de la vaseline. Il introduit son index dans l'anus du patient pour palper les contours de la prostate à travers la paroi rectale. Votre médecin peut ainsi détecter une éventuelle infection de la prostate, ou des nodules, qui sont des zones plus dures, susceptibles d'être cancéreuses.

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE URINAIRE (ECBU)

Sur un échantillon d'urines fraîches le laboratoire d'analyses recherche des microbes qui pourraient être responsables d'une infection urinaire.

Plusieurs examens sont possibles : l'examen direct des urines au microscope peut visualiser des bactéries, il peut aussi retrouver des globules blancs qui sont alors souvent le signe d'une infection urinaire.

L'échantillon d'urine est aussi mis en culture et si des germes sont présents ils vont se multiplier sur ces milieux et formeront des colonies de bactéries visibles à l'oeil nu. Leur aspect et un nouvel examen au microscope permettront l'identification des germes.

Aux examens cyto bactériologiques sont souvent associés des antibiogrammes qui déterminent la sensibilité ou la résistance de la bactérie à tel ou tel antibiotique, c'est-à-dire que le laboratoire recherche le meilleur antibiotique pour lutter contre la bactérie responsable de l'infection.

DÉBITMÉTRIE

Le patient urine dans un appareil qui mesure la vitesse et la puissance du jet ainsi que la quantité d'urines émises lors de la miction. Cet examen objective les troubles urinaires.

Il n'est pas toujours demandé. Il peut être utile dans un bilan pré-opératoire.

• Traitements expliqués

Lors d'une rétention aiguë d'urine, c'est-à-dire lors d'une impossibilité totale d'uriner où la vessie continue de se remplir, il faut intervenir rapidement pour soulager le patient car c'est très douloureux et les complications seront plus fréquentes si la rétention persiste : infection urinaire, retentissement sur la paroi vésicale, sur les reins avec risque d'insuffisance rénale. La vessie est très bombée, distendue, elle forme ce que les médecins appellent un globe vésical qui peut remonter jusqu'au nombril.

(10) ANAES – Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie benigne de la prostate. Mars 2003.

(11) Pfeifer P. L'échographie. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 24-5.

(12) Pfeifer P. Le toucher rectal. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 22-3.

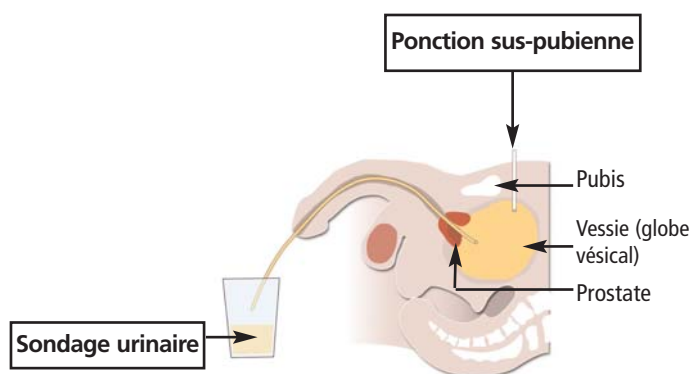
Les deux gestes possibles sont le sondage urinaire ou la ponction sub-pubienne :

- **Le sondage urinaire :**

C'est le passage d'une sonde (petit tuyau) urinaire à travers l'urètre par le **mét urinaire** jusque dans la vessie. La vessie doit être vidée lentement.

- **La ponction sus-pubienne :**

Quelquefois, la sonde ne passe pas car la lumière de l'urètre est trop étroite, il faut alors passer par le haut, c'est-à-dire faire une ponction directement dans la vessie. C'est un geste chirurgical simple : il suffit de poser un cathéter par un petit trou fait avec un trocart juste au-dessus de la symphyse pubienne (au niveau des poils du pubis), la vessie est derrière la peau et les muscles abdominaux. Comme pour le sondage, la vessie doit être drainée lentement.



L'ADÉNOMECTOMIE

La technique consiste à débiter le tissu qui comprime l'urètre en petits copeaux puis à les évacuer. A cet effet, le chirurgien pratique une incision de quelques centimètres au-dessus du pubis. Pour procéder à l'ablation de l'adénome, il accède à la prostate en passant par la vessie ou en incisant la capsule prostatique qui entoure la prostate. Les deux techniques donnent des résultats équivalents⁽⁸⁾. L'opération est pratiquée sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation de 7 à 10 jours⁽⁷⁾. Après l'intervention, une sonde vésicale est mise en place afin de permettre l'élimination des urines pendant que le tissu résiduel prostatique cicatrise.

L'adénomectomie modifie rarement la qualité des érections car seule la partie obstructive de la prostate, c'est-à-dire la partie centrale, est enlevée⁽⁸⁾. L'incontinence, une complication rare, touche surtout les hommes qui présentaient déjà ce trouble urinaire avant l'intervention.

A la différence de la résection endoscopique, l'adénomectomie est une intervention chirurgicale ouverte, nécessitant une période de récupération plus longue. Les suites opératoires sont généralement plus douloureuses et il existe un risque d'infection et d'hématome au niveau de la paroi abdominale.

Votre urologue vous fera passer une visite de contrôle postopératoire afin de s'assurer que vous n'avez aucune complication de type infection ou saignement. Chaque année, vous devez passer une visite de contrôle durant laquelle votre médecin réalise un toucher rectal et un dosage de PSA⁽⁶⁾. Notez que ces visites de contrôle peuvent également être effectuées par votre généraliste avec l'aval de votre urologue.

• Conseils

Les hommes, contrairement aux femmes, voient relativement peu leur médecin traitant pendant leur vie d'adulte sauf quand ils sont malades, il est néanmoins nécessaire de faire le point régulièrement.

Sur le plan épidémiologique, 50 ans est un âge où un certain nombre de maladies apparaissent plus fréquemment. Il est conseillé de rencontrer son médecin traitant afin de faire un bilan sur sa santé et entre autres, un bilan prostatique.

Quand la prostate fait parler d'elle, il faut aller consulter son médecin traitant. Le patient et le médecin parleront ensemble de la conduite à tenir, de l'intérêt de traiter ou non la maladie.

(6) Debré B, Saïghi D, Peyromaure M. Tumeurs. Dans : Urologie. Masson Paris, 2004. pp. 48-50.

(7) Debré B, Saïghi D, Peyromaure M. Tumeurs. Dans : Urologie. Masson Paris, 2004. pp. 50-3.

(8) Colombel M. Le traitement chirurgical. Dans : Prostate, comprendre pour agir. Larousse 2007. pp 62-67.

Le médecin en tout état de cause, proposera à son patient de le revoir régulièrement pour faire le point.

CONSEILS SUR L'HYGIÈNE DE VIE À TENIR

Si vous êtes atteint d'hypertrophie bénigne de la prostate, une modification de votre hygiène de vie peut s'avérer bénéfique pour améliorer vos symptômes et éviter les complications.

Adoptez une **alimentation** riche en fruits, légumes, fibres et antioxydants. Evitez les aliments à forte teneur en acides gras saturés, notamment les graisses d'origine animale (viandes rouges, charcuterie). Le poivre et la moutarde favorisent les brûlures urinaires⁽¹³⁾ et sont donc à éviter. En revanche, l'ail, les oignons et les échalotes ont des vertus anticancéreuses, mangez-en. Les poissons gras, comme le maquereau, la sardine, le thon et le saumon, qui contiennent des acides gras de la famille oméga-3, ont des propriétés anti-tumorales.

Limitez votre consommation de **boissons alcoolisées** car elles irritent la vessie et augmentent la production d'urine. Pensez tout de même à boire suffisamment de liquide au cours de la journée car les urines concentrées qui stagnent trop longtemps dans la vessie favorisent la survenue d'infections et de calculs. Le soir, au contraire, limitez votre consommation de liquide afin de ne pas devoir vous relever la nuit pour uriner.



La vessie est un muscle, l'**activité physique** lui permet donc de mieux fonctionner. Evitez le vélo, qui comprime la prostate, mais favorisez la marche, qui vous est tout particulièrement recommandée : une étude⁽¹²⁾ a montré que les hommes qui marchent 2 à 3 heures par semaine voient leur risque de souffrir d'HBP diminuer de 25%⁽⁸⁾. Enfin, les longs voyages en train, voiture ou avion en position assise sont déconseillés car ils favorisent la rétention aiguë d'urines⁽¹²⁾.

La prise de **médicaments** vasoconstricteurs⁽¹²⁾, utilisés contre la diarrhée ou la congestion nasale, peuvent augmenter les difficultés à uriner. Lisez attentivement les précautions d'emploi afin de vous assurer que tel ou tel médicament n'est pas contre-indiqué en cas de troubles prostatiques. Si vous êtes victime d'hypertrophie bénigne de la prostate et que vous prenez d'autres

médicaments, parlez-en à votre médecin. Les antihistaminiques, les diurétiques, les antispasmodiques, les tranquillisants et certains types d'antidépresseurs peuvent aggraver l'HBP.

• Questions

Mon PSA est élevé, qu'est-ce que ça veut dire ?

Le PSA n'est pas une substance toxique, il reflète simplement l'activité de la prostate. Un PSA élevé nécessite une consultation médicale avec examen de la prostate et de l'appareil urinaire. Votre médecin pourra alors, si nécessaire, vous prescrire d'autres examens appropriés et un traitement s'il découvre une anomalie de la prostate.

Je dois subir une biopsie de la prostate, existe-t-il un risque ?

Une biopsie de la prostate peut engendrer une infection, mais ce risque est minimisé par la prise d'un antibiotique, le matin avant l'examen et le lendemain. Il vous suffit de surveiller votre température et de prendre contact avec votre médecin si celle-ci s'élève. D'autre part, la biopsie se déroule sous anesthésie locale ; l'examen est donc peu douloureux. Notez toutefois que la présence de sang dans le sperme, les selles ou les urines est normale pendant les semaines qui suivent la biopsie.

Comment se déroule une biopsie de la prostate ?

L'examen se déroule au cabinet médical généralement sans anesthésie. Le médecin effectue 10 à 12 prélèvements de la prostate avec une aiguille fine, par voie endorectale sous contrôle échographique. Les échantillons prélevés sont ensuite examinés au microscope.

(8) Colombel M. Le traitement chirurgical. Dans : Prostate, comprendre pour agir. Larousse 2007. pp 62-67.

(12) Pfeifer P. Le toucher rectal. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 22-3.

(13) Pfeifer P. Les gestes santé au quotidien. Dans : Docteur, c'est la prostate ? Alpen 2006. pp 56-7.

Dossier Santé : L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate

Je dois subir une opération de la prostate, quelles seront les conséquences sur ma sexualité ?

La résection de la prostate ne rend pas systématiquement impuissant mais elle entraîne des éjaculations retrogrades (en direction de la vessie). Les orgasmes sont maintenus mais les troubles de l'érection sont constants après l'intervention. Le retour à une vie sexuelle satisfaisante est toutefois possible après l'ablation de la prostate. Avant l'intervention, abordez avec votre urologue les moyens à mettre en œuvre pour résoudre les troubles de l'érection.

• Glossaire

- **Adénome** : tumeur bénigne qui se développe au sein de la glande prostatique et qui provoque une hypertrophie de la prostate.
- **Diverticules** : petites hernies au niveau de la paroi d'un organe.
- **Dysurie** : difficulté à uriner qui se manifeste par des mictions lentes, pénibles, nécessitant plusieurs passages aux toilettes et de pousser.
- **Enzyme 5-alpha-réductase** : est une enzyme qui agit sur la prostate et la fait grandir quand la puberté commence. Ensuite, cette enzyme permet à la prostate de maintenir sa taille adulte. En empêchant cette enzyme d'agir, la prostate diminue de taille⁽¹⁴⁾.
- **Hématurie** : présence de sang dans les urines.
- **Hypotension orthostatique** : chute de la pression artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout pouvant être responsable de vertiges et de malaises.
- **Insuffisance rénale** : réduction de la capacité des reins à éliminer des substances toxiques du sang, à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sel et à réguler la pression sanguine.
- **Phytothérapie** : traitement par des plantes.
- **Pollakiurie** : besoin fréquent d'uriner (diurne : le jour, nocturne : la nuit).

- **PSA** : *Prostate Specific Antigen* = marqueur prostatique dont le dosage est utilisé pour le diagnostic de pathologies de la prostate.

- **Résection** : ablation d'un fragment de la prostate par chirurgie ouverte ou par voie endoscopique.

- **Testostérone** : hormone mâle sécrétée par les testicules chez l'homme et, en faible quantité, par les ovaires et les glandes surrénales chez la femme.

- **Urètre** : canal qui permet l'écoulement de l'urine hors de la vessie.

- **Vésical** : relatif à la vessie.

• Testez vos connaissances

1°) L'hypertrophie de la prostate s'accompagne toujours de troubles urinaires

Oui Non

2°) La rétention aiguë d'urine nécessite un traitement médico-chirurgical immédiat

Oui Non

3°) En cas d'HBP, la prostate peut gêner l'écoulement de l'urine par l'urètre

Oui Non

4°) La prostate est l'un des organes génitaux de l'homme

Oui Non

5°) Une prostate hypertrophiée peut provoquer une éjaculation rétrograde

Oui Non

(14) Desgrandchamps F, Cuzin E – Docteur j'ai la prostate, collection la santé simplement. Editions Belin Paris ; avril 2004 pp 54.

Dossier Santé : L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate

6°) Le PSA est mesuré par une analyse d'urines

Oui Non

7°) Le toucher rectal est un examen indispensable dans le diagnostic de l'HBP

Oui Non

8°) L'urètre passe à travers la vessie

Oui Non

9°) HBP = Hypertrophie Basique de la Prostate

Oui Non

10°) Une prostate hypertrophiée est une prostate qui a rétréci

Oui Non

• Adresses utiles

- Site sur les maladies de la prostate :

<http://www.prostate.fr/>

- Association Française d'Urologie :

<http://www.urofrance.org/>

- Uropage - le site patient en urologie :

www.uropage.com

Réponses :

- 1°/Non - 2°/Oui - 3°/Oui - 4°/Oui - 5°/Oui - 6°/Non - 7°/Oui - 8°/Non -
9°/Non - 10°/Non