

## **Perspectives et traitement de l'HBP**

Ph. Grise, F. Cour, B. Lukacs

L'Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une condition liée à l'âge, elle devient une maladie en cas de troubles mictionnels ou de complications. Il est estimé que 60% des hommes de plus de 60 ans ont une HBP, ce chiffre s'accroît avec l'âge. Il n'est pas utile de traiter préventivement une HBP non symptomatique. L'analyse des symptômes est guidée par le questionnaire IPSS, l'impact sur la qualité de vie, et le choix du patient. Seuls 20% des patients d'un groupe témoin non traité vont s'aggraver à 5 ans et le risque de rétention aiguë d'urine ne concerne que moins de 5% des cas. Les facteurs de risque d'aggravation sont l'âge, la sévérité des symptômes, le volume prostatique, le résidu post-mictionnel, le débit maximum, ainsi que l'absence de réponse au traitement médical.

Les objectifs du traitement médical sont la réduction des symptômes, du risque de rétention aiguë, une amélioration de la qualité de vie et du débit urinaire. Les traitements validés pour ces objectifs sont les alphabloquants, les extraits de plantes, les inhibiteurs de la 5 alpha réductase. Un volume prostatique au dessus de 40 cm<sup>3</sup> oriente vers les inhibiteurs. La possibilité d'associer deux classes de molécule (alphabloquants et inhibiteurs) a permis d'augmenter la durée du traitement médical avant d'envisager une solution chirurgicale, notamment pour les prostates de petit volume. La combinaison des alphabloquants avec les antimuscariniques semble efficace en cas d'échec de la monothérapie chez certains patients gênés par des symptômes d'hyperactivité vésicale et sélectionnés. Une nouvelle option semble être apportée par un antagoniste de la LH-RH.

Les traitements instrumentaux non invasifs sont une alternative au traitement chirurgical qui reste le gold standard en cas de complication ou d'inefficacité du traitement médical. L'énucléation prostatique par laser dans le plan de la capsule ou la photovaporisation laser donnent des résultats fonctionnels identiques à la résection endoscopique classique mais avec une morbidité moindre surtout hémorragique, et un raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Un inconfort mictionnel durant le premier mois peut être observé dans quelques cas.

La thermothérapie a pour objectif une destruction tissulaire localisée avec des dispositifs trans-urétraux, elle peut être réalisée par le procédé de radiofréquence (TUNA) ou par des micro-ondes. Ces procédés permettent une amélioration symptomatique pour les prostates petites ou moyenne, leur efficacité est intermédiaire entre les médicaments et la résection. Une meilleure sécurité pour le TUNA a justifié l'obtention du remboursement de l'acte.

Les endoprothèses métalliques temporaires peuvent être utiles pour sélectionner des patients fragiles et difficiles afin d'évaluer l'intérêt d'une résection endoscopique. L'utilisation des endoprothèses définitives n'est à réserver qu'aux patients présentant une contre indication anesthésique formelle face à une rétention chronique.

### Références

1-Desgrandchamps et al. Management of non-complicated BPH : proposition of a renewed decision tree. World J. Urol. 2006; 24 (4): 367-370

2-Cornu JN.; Roupret M. Innovations thérapeutiques récentes dans le traitement médical de l'hypertrophie bénigne de prostate. Prog Urol. 2007 ; 17 (5 Supp 1) : 1020-1022

3-Bachman A. et al. Photoselective vaporisation of the prostate, the Basel experience. *Eur Urol* 2005; 47 : 798-804

4-Knutson T. Can prostate stents be used to predict the outcome of transurethral resection of the prostate in the difficult cases. *Curr Opinion Urol* 2004;14:35-39

5-Hoffman RM et al. Transurethral microwave thermotherapy vs transurethral resection for treating benign prostatic hyperplasia: a systematic review. *Brit J Urol* 94;(7):1031-1036

6-Boyle P et al. A meta analysis of trials of thransurethral needle ablation for treating symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Brit J Urol* 2004;94(1):83-88