

L'Hypertrophie Bénigne de la Prostate

Pr. Rahou Amine
MCA faculté de Médecine Oran
Chef de service Médecine Interne
EHU 1^{er} Novembre 1954



Une Pathologie Fréquente du Vieillissement

Points Clés

L'hypertrophie bénigne de la prostate est une affection très fréquente chez l'homme âgé, touchant à la fois le stroma et l'épithélium de la glande prostatique.

Cette pathologie résulte d'un déséquilibre entre la croissance et l'apoptose cellulaires. Deux caractéristiques essentielles méritent d'être soulignées dès le départ :

- Il n'existe aucun parallélisme entre les aspects anatomiques et cliniques
- La symptomatologie n'est pas directement corrélée à l'obstruction urodynamique

Définition Triple de l'HBP

L'hypertrophie bénigne de la prostate se définit selon trois perspectives complémentaires qui permettent une compréhension globale de cette pathologie complexe.

Définition Histologique

Prolifération simultanée épithéliale et stromale du tissu de la zone transitionnelle de la prostate

Définition Clinique

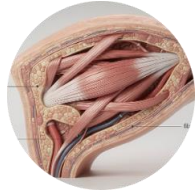
Symptômes de dysfonctionnement du bas appareil urinaire, ni spécifiques ni directement reliés à la glande

Définition Pronostique

Bénignité histologique mais source potentielle de morbidité et mortalité secondaires à l'insuffisance rénale et l'infection

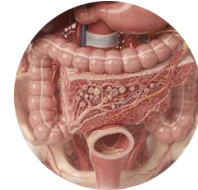
Anatomie Zonale Selon McNeal

La prostate, glande génitale pesant environ 15 grammes chez l'adulte jeune, possède une anatomie zonale précise décrite par McNeal. Cette description prend en compte la morphologie et le type histologique cellulaire.



Zone Antérieure

Constituée de stroma fibromusculaire, dépourvue de glandes. Ne subit aucun processus pathologique.



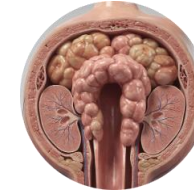
Zone Périphérique

Entoure l'urètre distal, représente 70% du poids prostatique. Sièges de prédilection des adénocarcinomes.



Zone Centrale

Constitue 25% du poids glandulaire. Histologie similaire aux vésicules séminales.



Zone de Transition

Représente 5% du tissu prostatique. Siège unique de l'HBP et origine de 25% des cancers. Séparée par un plan de clivage permettant l'énucléation chirurgicale.

Mécanismes de Développement de l'HBP

Origine Cellulaire

L'HBP résulte d'une prolifération du stroma fibreux et des cellules épithéliales glandulaires. Cette hypertrophie découle d'un déséquilibre entre prolifération cellulaire et apoptose.

Deux facteurs majeurs interviennent : l'âge et la présence d'androgènes, paradoxalement au moment du déclin de production de testostérone.

Hormones et Facteurs de Croissance

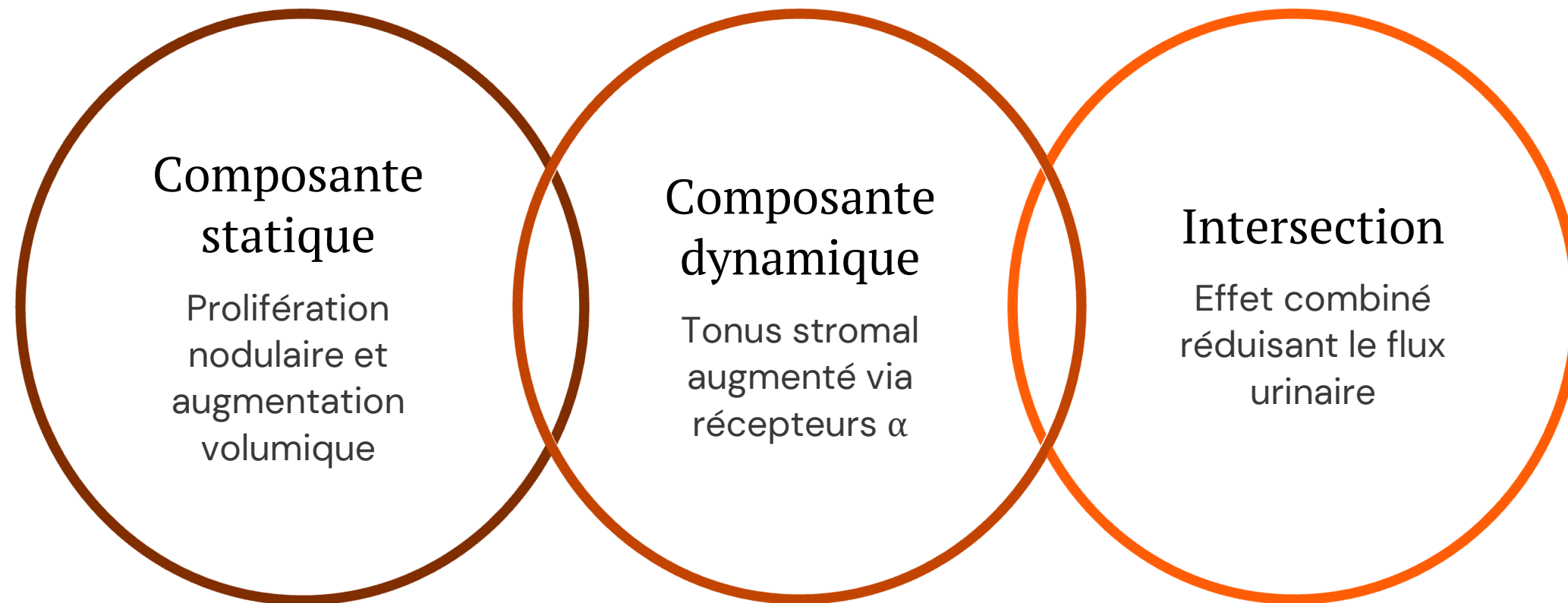
La DHT (dihydrotestostérone) est l'hormone active au niveau prostatique, régulant les facteurs de croissance génétiques.

Les œstrogènes exercent un effet synergique sur l'action des androgènes.

Les facteurs de croissance comme le FGF et l'EGF participent à la régulation cellulaire.

Mécanisme de l'Obstruction Sous-Vésicale

L'obstruction sous-vésicale dans l'HBP résulte d'une combinaison de facteurs mécaniques et dynamiques qui affectent l'écoulement urinaire.



La sévérité des symptômes dépend moins du volume prostatique global que de la taille de la zone de transition. La présence de récepteurs alpha-adrénergiques provoque une constriction permanente de l'urètre, tandis que la modification de sa forme participe à l'obstruction. Un lobe médian peut constituer un clapet obstruant le col vésical.

Épidémiologie de l'HBP

L'hypertrophie bénigne de la prostate se manifeste principalement après 50 ans, bien qu'elle débute histologiquement vers 40 ans. Deux conditions sont constamment présentes : l'âge avancé et la présence d'un testicule fonctionnel.

01

HBP Microscopique

Touche 75 à 85% des hommes de plus de 40 ans

02

HBP Macroscopique

Développement en 5 à 7 ans jusqu'à la taille maximale

03

Prévalence Globale

Environ 50% des hommes de plus de 50 ans développent une HBP macroscopique

Important : L'HBP n'est pas un facteur de risque pour le cancer de la prostate. Les facteurs comme la race, l'environnement, l'alimentation et les habitudes de vie restent hypothétiques.



L'Interrogatoire : Clé du Diagnostic

L'entretien avec le patient est fondamental pour évaluer la nature et la sévérité des troubles du bas appareil urinaire (TBAU) liés à l'HBP.

Symptômes Obstructionnels

- Jet faible et hésitant
- Miction prolongée
- Intermittence du jet
- Sensation de vidange incomplète
- Effort de poussée
- Gouttes post-mictionnelles

Symptômes Irritatifs

- Pollakiurie diurne et nocturne
- Urgence mictionnelle
- Dysurie (douleur à la miction)
- Brûlures mictionnelles (si infection)

Symptômes et Méthodes d'Évaluation

L'interrogatoire constitue l'élément majeur de la démarche diagnostique. Les patients s'habituent progressivement aux symptômes, les considérant comme un signe normal de vieillissement. Il existe deux catégories de symptômes du bas appareil urinaire.

Symptômes Irritatifs

- **Pollakiurie nocturne** : plus de 3 mictions par nuit perturbant le sommeil
- **Pollakiurie diurne** : impossibilité de retenir plus de 2 heures
- **Besoin impérieux** : envie pressante que le sphincter peut inhiber ou non
- **Incontinence** : miction par regorgement due à une rétention chronique

Symptômes Obstructifs

- Diminution de la force du jet urinaire
- Sensation de miction incomplète persistante
- Miction en plusieurs temps
- Nécessité de pousser pour expulser les urines
- Rétention urinaire aiguë ou chronique

Le score IPSS et la qualité de vie permettent d'objectiver ces symptômes subjectifs pour le suivi thérapeutique.

Examens Diagnostiques

1

Toucher Rectal

Élément fondamental : prostate ferme, lisse, régulière, élastique, ayant perdu son sillon médian

2

ECBU + Antibiogramme

Indispensable devant toute dysurie pour détecter une infection urinaire

3

Fonction Rénale

Évalue le retentissement sur le haut appareil urinaire

4

Dosage PSA

Valeur normale inférieure à 4 ng/mL. La zone transitionnelle exprime 2,7 fois plus de PSA

5

Débitmétrie

Mesure du débit mictionnel. Débit maximal ≥ 15 mL/s élimine pratiquement une obstruction

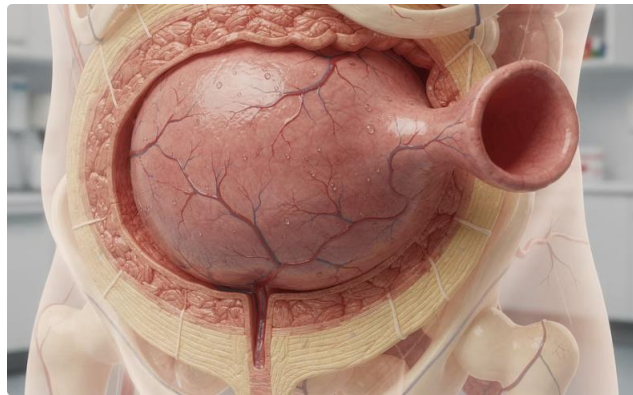
6

Échographie

Endo-rectale ou sus-pubienne : évalue le volume, le résidu post-mictionnel et le retentissement vésical

Évolution et Complications de l'HBP

L'HBP peut rester asymptomatique mais évolue souvent vers une accentuation des symptômes et diverses complications nécessitant une surveillance régulière.



Complications Mécaniques

- Rétention urinaire chronique ou aiguë
- Diverticules vésicaux par hernie muqueuse
- Lithiases vésicales dues à la stase
- Insuffisance rénale obstructive



Complications Infectieuses

- Prostatite aiguë et adénomite
- Infection urinaire basse récidivante
- Pyélonéphrite ascendante
- Septicémie urinaire

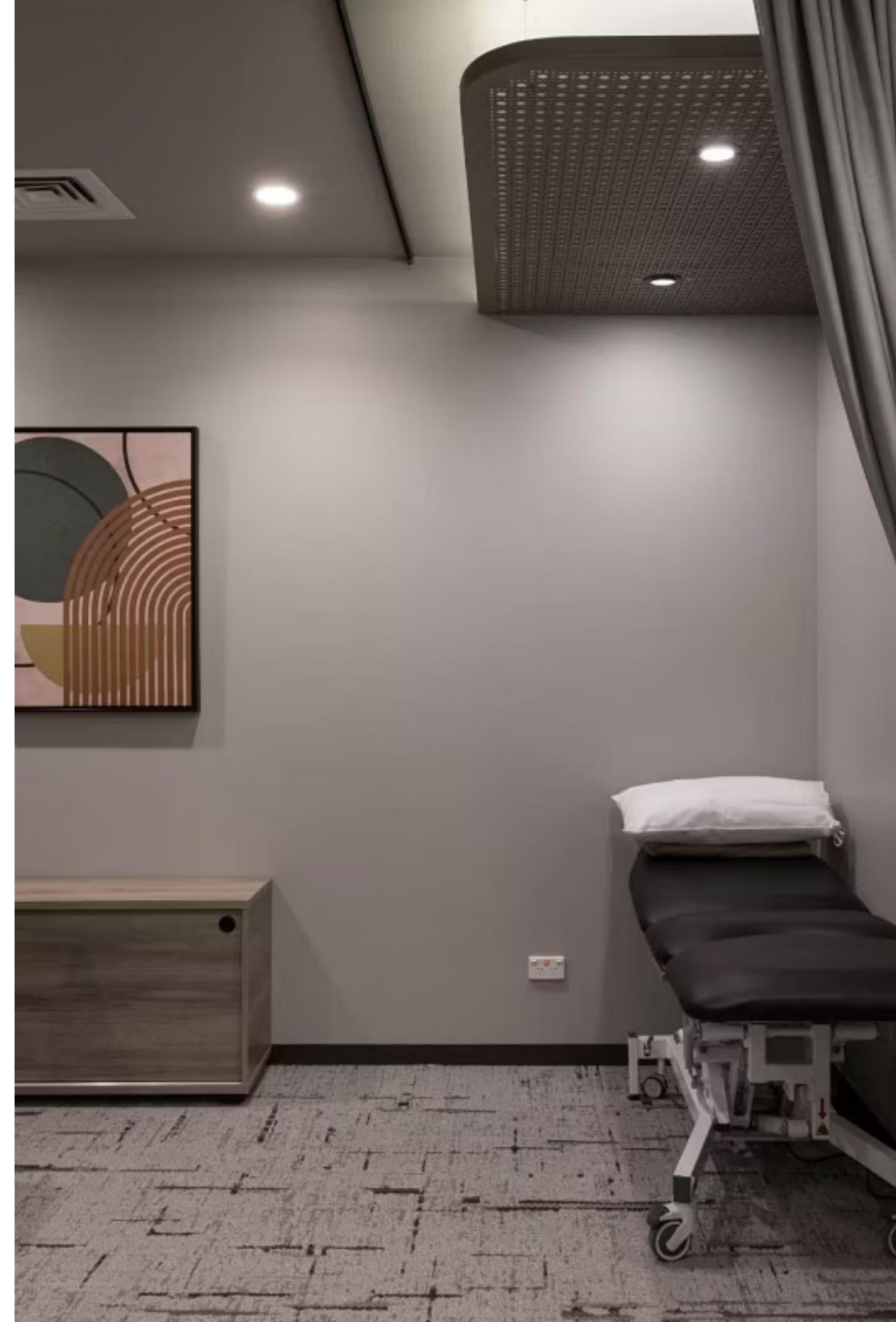


Hématurie

L'HBP elle-même ne saigne pas, mais l'urètre et la vessie peuvent saigner suite aux phénomènes inflammatoires associés. Typiquement initiale, elle peut témoigner d'une poussée congestive, cystite, lithiase ou tumeur vésicale nécessitant des explorations complémentaires.

Cancer de la Prostate

Le cancer de la prostate représente le cancer le plus fréquent chez l'homme après 50 ans et constitue la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer bronchique. Avec un taux d'incidence de 35,8 pour 100 000, cette pathologie nécessite une approche diagnostique rigoureuse et une prise en charge multidisciplinaire adaptée.



Circonstances de Découverte

Découverte Fortuite

30% des cas : Examens systématiques incluant le dosage du PSA chez un patient totalement asymptomatique. Le PSA augmente avec la taille tumorale mais n'est pas spécifique du cancer.

Signes Urinaires

40% des cas : Consultation pour symptômes urinaires – pollakiurie, dysurie – souvent sans rapport direct avec le cancer mais motivant la consultation.

Découverte Histologique

12% des cas : Examen anatomopathologique lors d'une intervention pour adénome, notamment après résection endo-urétrale.

Complications Révélatrices

10% des cas : Métastases osseuses ou autres complications comme première manifestation de la maladie.

Sémiologie Clinique : L'Examen Essentiel

La recherche de signes cliniques est fondamentale lors de la suspicion d'un cancer de la prostate, même si les symptômes initiaux sont souvent non spécifiques.

URINAIRES

Troubles Urinaires

Fréquents, souvent similaires à ceux de l'hypertrophie bénigne de la prostate : pollakiurie (envies fréquentes), dysurie (difficulté à uriner), nycturie (envies nocturnes) et, plus rarement, hématurie (sang dans les urines).

LOCO-RÉGIONAUX

Extension Locale

Peuvent apparaître en cas d'extension de la tumeur au-delà de la capsule prostatique : douleurs pelviennes, hématospermie (sang dans le sperme), ou troubles de l'érection.

MÉTASTATIQUES

Manifestations à Distance

Témoignent d'une maladie plus avancée : douleurs osseuses (rachis, bassin), fractures pathologiques, et plus rarement, signes de compression médullaire.

Sémiologie Clinique : L'Examen Essentiel

Le Toucher Rectal

Examen fondamental et incontournable du diagnostic

Modalités de Réalisation

- Position génu-pectorale ou décubitus dorsal
- Recherche systématique d'un nodule dur
- Précision de la localisation (base ou apex)
- Mesure du plus grand diamètre

Caractère du Nodule

Nodule **dur**, typiquement intra-capsulaire au début, de consistance pierreuse contrastant avec le tissu prostatique normal

Évaluation de l'Extension

Appréciation du respect de la **capsule prostatique** et des **vésicules séminales** - éléments cruciaux pour le staging

Palpation Ganglionnaire

Examen systématique des aires ganglionnaires pelviennes et inguinales recherchant des adénopathies suspectes

Signes Fonctionnels Urinaires

Pollakiurie

Augmentation de la **fréquence des mictions** sans augmentation du volume uriné. Le patient se plaint de devoir uriner plus souvent, particulièrement la nuit (nycturie), perturbant son sommeil et sa qualité de vie.

Dysurie

Difficulté de la miction se manifestant par un jet urinaire faible, intermittent, ou nécessitant une poussée abdominale. Le patient décrit une sensation de vidange incomplète de la vessie.

Attention Diagnostique

Ces signes fonctionnels sont **souvent sans rapport direct avec le cancer** lui-même mais avec l'hyperplasie bénigne associée. Ils motivent néanmoins la consultation et permettent la découverte.



Classification Clinique TNM (a titre d'information)

01

T1a - Découverte Histologique Minime

Tumeur de découverte histologique avec ≤ 3 copeaux envahis à la résection trans-urétrale

03

T2a - Tumeur Limitée Petite

Tumeur limitée à la glande, $\leq 1,5$ cm de diamètre, sans dépassement capsulaire

05

T3 - Extension Locorégionale

Tumeur non fixée envahissant l'apex, dépassant la capsule, le col vésical ou les vésicules séminales

02

T1b - Découverte Histologique Extensive

Tumeur de découverte histologique avec > 3 copeaux envahis à la résection

04

T2b - Tumeur Limitée Volumineuse

Tumeur limitée à la glande $> 1,5$ cm ou occupant plus d'un lobe

06

T4 - Envahissement Adjacent

Tumeur fixée ou envahissant les structures adjacentes (rectum, muscles releveurs, paroi pelvienne)

❏ **M1** indique la présence de métastases à distance, principalement osseuses (vertèbres, bassin, côtes) modifiant radicalement la prise en charge thérapeutique.

Bilan Diagnostique et d'Extension

Confirmation Diagnostique

- Biopsie Prostatique

À l'aiguille, sous guidage échographique trans-rectal en ambulatoire (attention au risque infectieux)

- Dosage PSA

Immuno-enzymatique, réalisé avant le TR ou 2 semaines après pour éviter les fausses élévations

Imagerie d'Extension

- Échographie Trans-rectale

Évalue le volume tumoral et guide les biopsies, particulièrement pour tumeurs non palpables

- TDM ou IRM Pelvienne

Pour tumeurs volumineuses (T3, T4) précisant l'extension aux vésicules et à la vessie

- Scintigraphie Osseuse

Recherche systématique de métastases osseuses

La lymphadénectomie extra-péritonéale ou pelviscopie rétro-péritonéale permet une stadification ganglionnaire précise, déterminante pour le choix entre chirurgie radicale et radiothérapie exclusive.