



Hypertrophie bénigne de prostate, quoi de neuf ?

DÉPISTAGE ET DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DE PROSTATE

FMC Haguenau - Avril 2024



Hypertrophie bénigne de prostate, quoi de neuf ?

Soirée FMC Haguenau-Wissembourg

9 avril 2023

Kevin CAILLET



Mr P. 55 ans

- Troubles mictionnels modérés depuis 1 an
 - Dysurie
 - Pollakiurie nocturne x 3

- Quel est votre bilan complémentaire ?

- 
- Echographie réno vésicale et prostatique
 - Volume de la prostate (N <30 mL)
 - Résidu post mictionnel
 - Retentissement sur le haut appareil urinaire
 - Dosage du PSA
 - ECBU

- 
- => Prostate 60 mL, présence d'un lobe médian
 - => PSA total : 1,16 ng/mL
 - => ECBU stérile

 - Diagnostic d'hypertrophie de prostate

 - Quelle est votre prise en charge ?



Traitement médical en 1^{ère} intention

- Plusieurs possibilités :
 - Permixon 160 mg x2 par jour
 - Alpha bloquant : Alfuzosine LP 10 mg 1 par jour
 - IPDE 5 : Tadalafil 5 mg 1 par jour

- 
- Un traitement alpha-bloquant par alfuzosine a permis une bonne amélioration de la qualité mictionnelle

- 
- 2 ans plus tard, rétention aiguë d'urine après une cure de hernie inguinale
 - Pose d'une sonde urinaire
 - Retrait de la sonde urinaire quelques jours après l'intervention

 - Echec de sevrage de sonde vésicale à distance, toujours sous alfuzosine

 - Qu'en pensez-vous ?

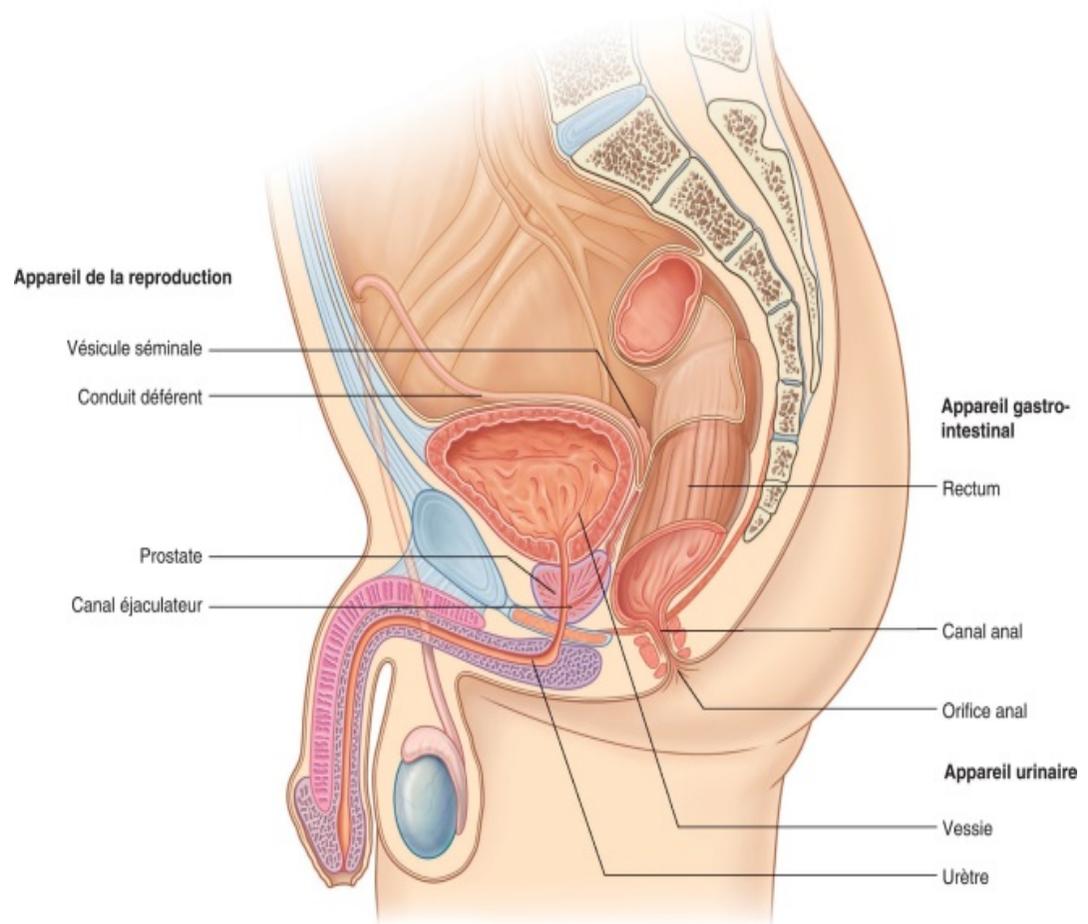


Traitement chirurgical de 2^{ème} intention

- Résection trans-urétrale de prostate (RTUP) monopolaire ou bipolaire
- Enucléation au laser Holmium de l'adénome prostatique (HoLEP)
- Photovaporisation laser de prostate (Greenlight)

Hypertrophie bénigne de prostate (HBP)

- **Définition** : hyperplasie des glandes de la prostate (zone de transition de la prostate) entourant l'urètre.
- **Epidémiologie** : 1 homme / 2 > 50ans et 80% des hommes > 70 ans.



Prostate normale



HBP



Symptômes

Symptômes de la phase de **vidange** vésicale ⇔

Dysurie

- Jet urinaire faible
- Retard à l'initiation de la miction
- Miction en plusieurs temps
- Sensation de mauvaise vidange vésicale
- Gouttes retardataires

Symptômes de la phase de **remplissage** vésicale

- **Pollakiurie** : mictions fréquentes, levers nocturnes pour uriner
- **Urgenturies** : envies très pressantes d'uriner

Non spécifiques de l'HBP et non corrélés au volume de la prostate (dépendent du degré d'obstruction de l'urètre par la prostate)



Complications

- **Aigues :**

- **Rétention aigue d'urines** +/- insuffisance rénale aigue obstructive
- Infections urinaires
- Hématurie

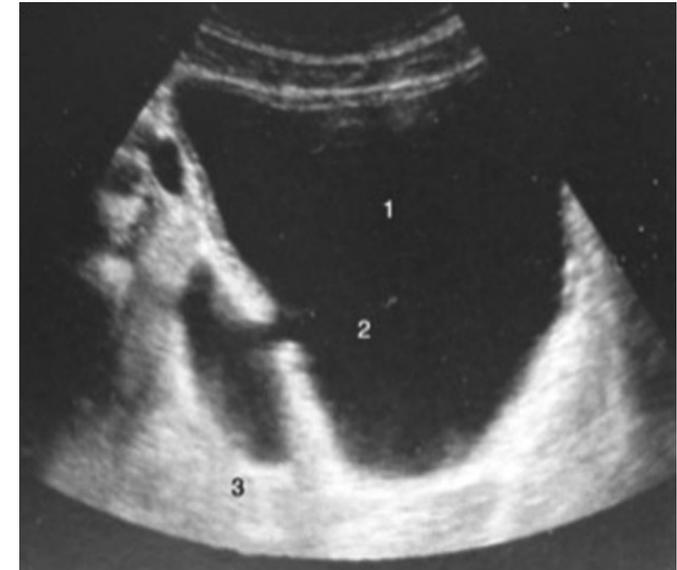
- **Chroniques :**

- Rétention chronique d'urines +/- insuffisance rénale chronique obstructive
- Calculs de vessie

Bilan

- **Toucher rectal**
- Dosage du **PSA**
- ECBU

- **Echographie réno-vésico-prostatique**
 - Volumétrie prostatique (N<30 mL)
 - Résidu post mictionnel
 - Retentissement sur le haut appareil urinaire
 - Complications : diverticules ou calculs vésicaux de stase





Traitement médical

- Extraits de palmiers de Floride (PERMIXON)
- **Alpha-bloquants** (ex : UROREC, XATRAL, MECIR, SILODYX...)
- **Inhibiteurs de la 5-alpha réductase** (ex : AVODART, CHIBROPROSCAR...)
- Association de 2 traitements
- **Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5** (Tadalafil)

Traitement médical : indications et EI

- **Extraits de palmiers de floride (Permixon)**

- Indications : troubles urinaires du bas appareil légers

- **Alpha-bloquants**

- Indications : troubles urinaires du bas appareil modérés à sévères
- EI : Ejaculation rétrograde, hypotension orthostatique, syndrome de l'iris hypotonique per-opératoire

- **Inhibiteurs de la 5-alpha réductase :**

- Indications : troubles urinaires du bas appareil modérés à sévères + risque de majoration de l'HBP (prostate > 40mL)
- Divise le taux de PSA +++
- Traitement de longue durée, > 6 mois pour être efficace
- EI : troubles de la libido, gynécomastie, troubles de l'érection

- **Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 :**

- **Indication** : troubles modérés à sévères avec ou sans *dysfonction érectile* associée
- EI : Céphalées, congestion nasale



Suivi

- Réévaluation à 3 mois pour surveillance efficacité/tolérance
- Si efficace : maintien du traitement à vie
- Si inefficace :
 - switch pour une autre classe d'alpha bloquant
 - ajout d'un inhibiteur de la 5 alpha réductase (rarement seul en 1^{ère} intention, délais d'action trop long)
- Si inefficace, ma tolérée ou refus des EI potentiels :
 - Traitement chirurgical
 - Arrêt des traitements médicaux



Traitement chirurgical

- Traitement par voie endoscopique :
 - Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique

Incision cervico-prostatique

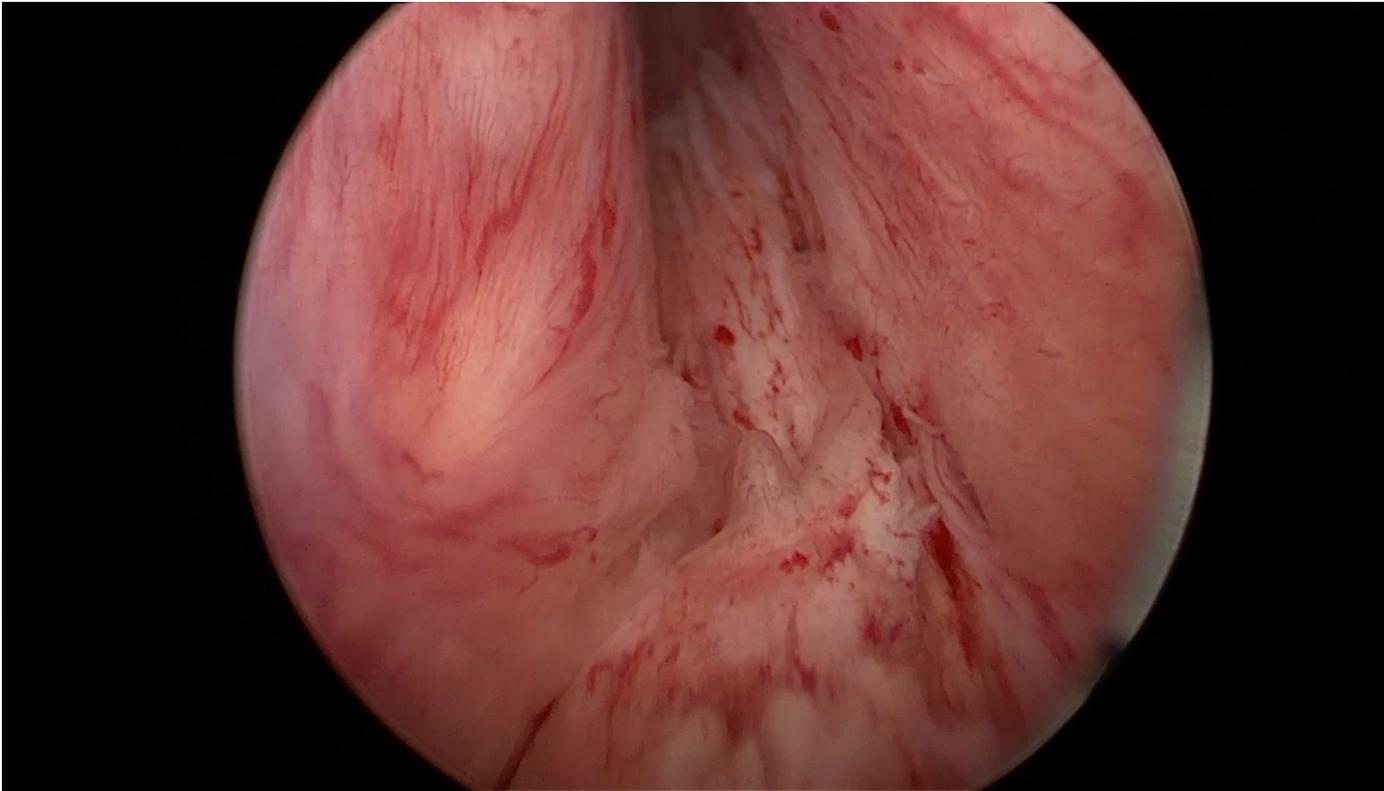




Traitement chirurgical

- Traitement par voie endoscopique :
 - Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique
 - Prostate 30 – 80mL :
 1. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP), monopolaire ou bipolaire

Résection transurétrale de prostate sous AG ou ALR



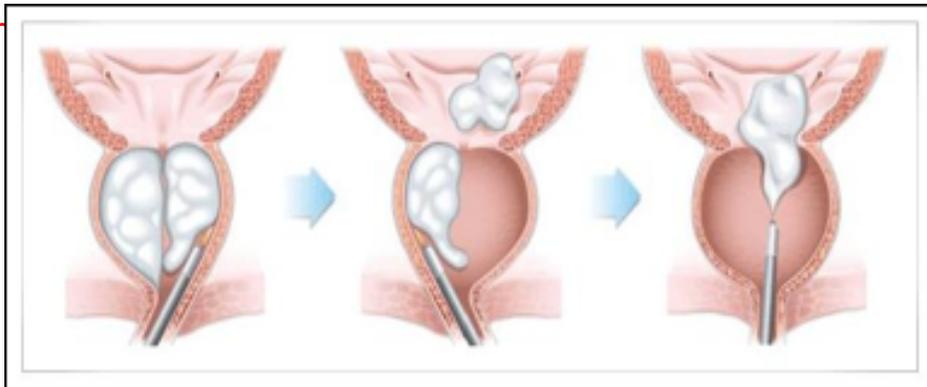


Complications

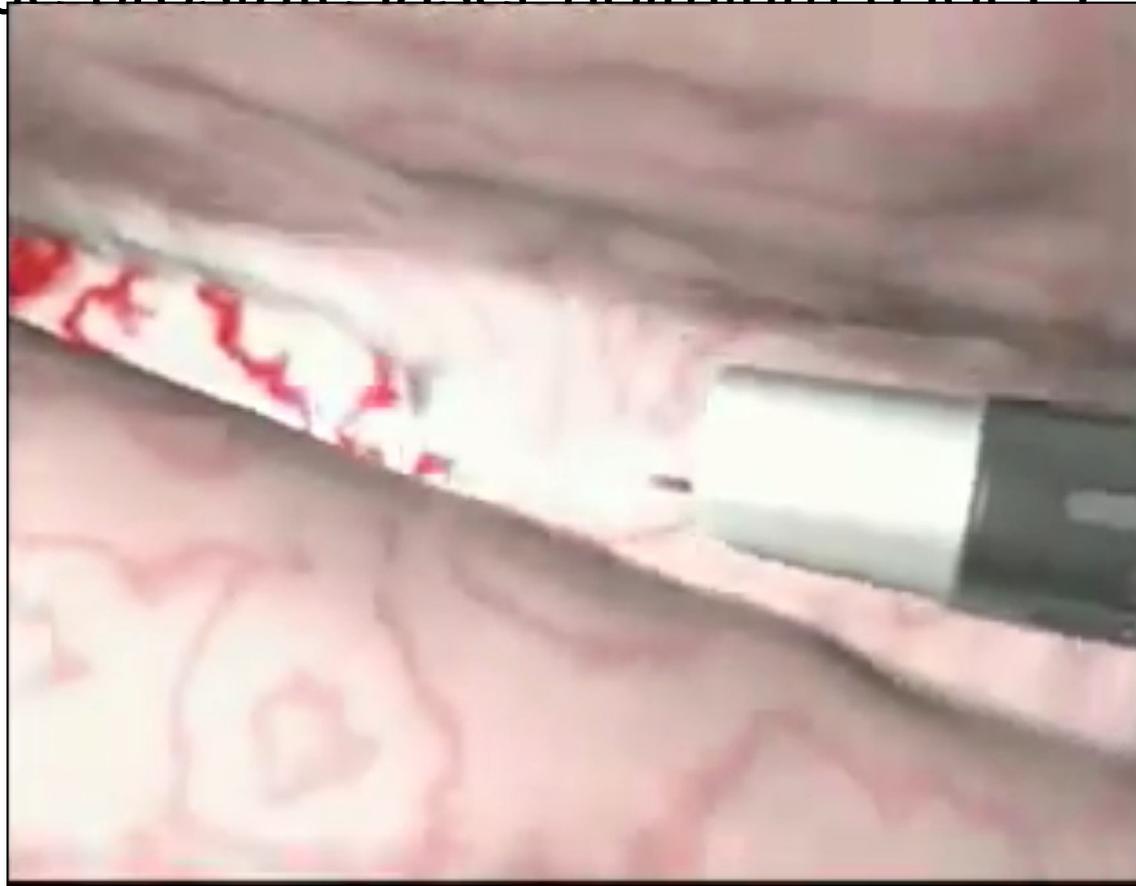
- Hématurie
- Ejaculation rétrograde
- Sténose urétrale
- Sclérose du col vésical
- TURP syndrome si résection monopolaire (hyponatrémie liée au passage systémique du soluté d'irrigation)
- Incontinence urinaire
- Infections urinaires
- Risque de récurrence

Traitement chirurgical

- Traitement par voie endoscopique :
 - Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique
 - Prostate 30 – 80mL :
 1. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP), monopolaire ou bipolaire
 2. **Enucléation**



Enucléation de prostate laser holmium (HoLEP)





HoLEP : complications

- Ejaculation rétrograde = 100%
- Transfusion < 1%
- Reprise opératoire = 1%
- Sténose urètre: 1 à 2%
- Pas de TURP syndrome
- Pas de sclérose de la loge
- Pas de dysfonction érectile par lésion des BNV
- Incontinence urinaire post opératoire persistante
 - à 3 mois < 10%,
 - 1 % à 1 an
 - FDR : âge, diabète, volume prostate, durée opératoire

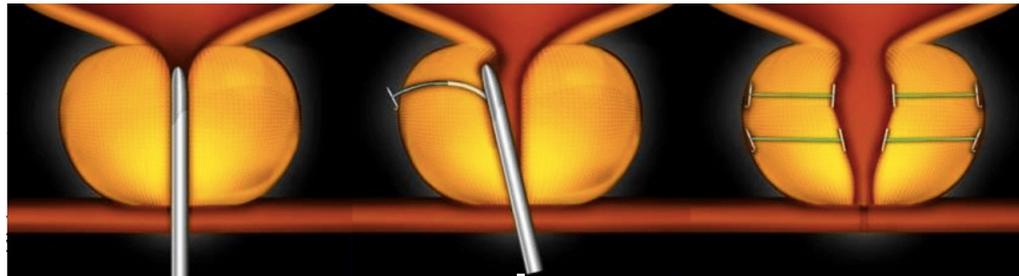


Traitement chirurgical

- Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique
- Prostate 30 – 80mL :
 1. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP), monopolaire ou bipolaire
 2. Enucléation au laser Holmium de l'adénome prostatique (HoLEP)
 3. Photovaporisation laser de prostate (Greenlight)

Traitement chirurgical

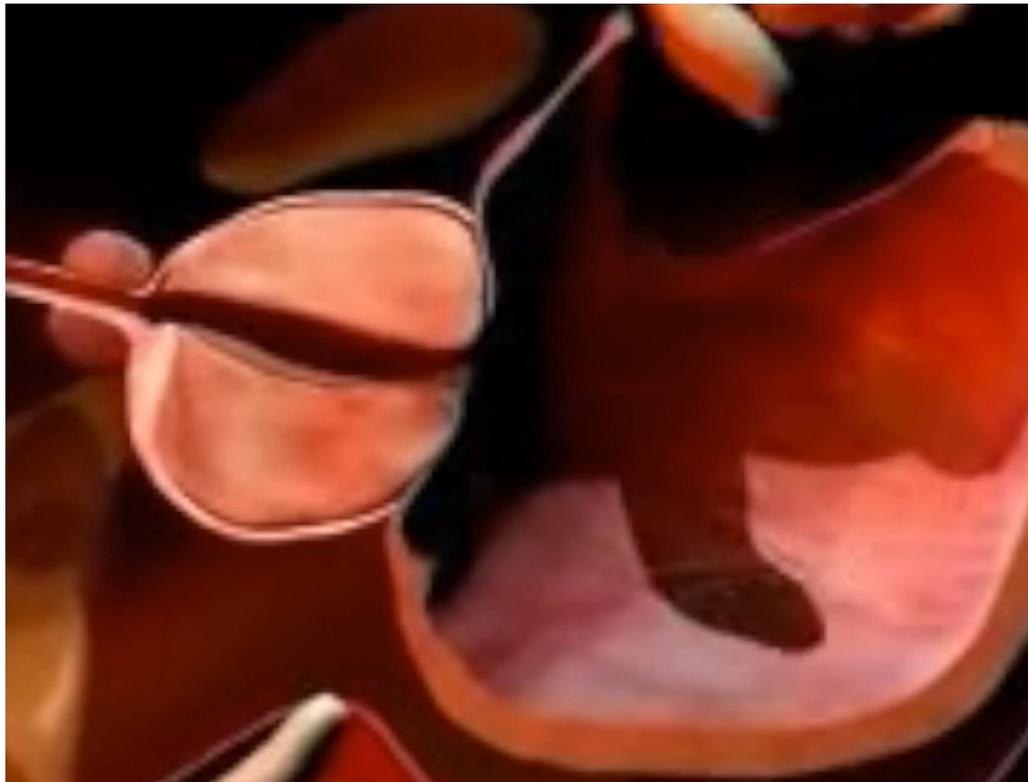
- Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique
- Prostate 30 – 80mL :
 1. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP), monopolaire ou bipolaire
 2. Enucléation au laser Holmium de l'adénome prostatique (HoLEP)
 3. Photovaporisation laser de prostate (Greenlight)
 4. Urolift < 70mL



Traitement chirurgical

- Si prostate < 30mL → Incision cervicoprostatique
- Prostate 30 – 80mL :
 1. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP), monopolaire ou bipolaire
 2. Enucléation au laser Holmium de l'adénome prostatique (HoLEP)
 3. Photovaporisation laser de prostate (Greenlight)
 4. Urolift < 70mL
- Prostate > 80mL :
 1. Enucléation au laser Holmium de l'adénome prostatique (HoLEP)
 2. Adénomectomie voie haute (AVH) si HoLEP non disponible

Adénomectomie voie haute (incision sous ombilicale)



Comparaison HoLEP et adénomectomie voie haute (AVH)

- 60 HoLEP vs 60 AVH, essai randomisé
- Résultats fonctionnels (score AUA, Qmax et RPM) à 5 ans: pas de différence
- Durée opératoire **HoLEP 72 mn** contre **AVH 58 mn**
- Durée de sondage vésical **HoLEP 1,5 jours** contre **AVH 4,1 jours**
- Durée moyenne d'hospitalisation **HoLEP 2,7 j** contre **AVH 5,4 j**
- Taux de transfusion supérieur pour AVH (**RR=6; p<0,001**)

Holmium Laser Enucleation of the Prostate versus Open Prostatectomy for Prostates Greater than 100 Grams: 5-Year Follow-Up Results of a Randomised Clinical Trial

Rainer M. Kuntz ^{a,*}, Karin Lehrich ^a, Sascha A. Ahyai ^b

^a Department of Urology, Auguste Viktoria Hospital, Berlin, Germany

^b Department of Urology, Hamburg University Hospital Eppendorf (UKE), Hamburg, Germany



Enucléation de prostate laser holmium (HoLEP)

- Avantages
 - Permet de traiter TOUT volume
 - Pas de risque de TURP syndrome (irrigation au sérum physiologique)
 - Efficacité à 10 ans
 - Durée de sondage et d'hospitalisation plus courte (-1 jour)
 - Moins de risque de saignement
- Inconvénients
 - Disponibilité
 - Courbe d'apprentissage



Traitements alternatifs (faible grade de recommandations)

- Endoscopique :
 - Résection trans-urétrale au laser Thullium (ThuVARP)
 - Enucléation bipolaire
 - Plasmakinetic (PKEP)
 - Plasma (BPEP)
 - Enucléation au laser Thullium (ThuLEP)
 - Enucléation au laser Diode (DiLEP)
 - Enucléation au laser Greenlight de l'adénome prostatique (GreenLEP)
 - Vaporisation trans-urétrale de prostate bipolaire
- Enucléation mini-invasive coelioscopique ou robot-assistée



Traitements alternatifs (faible grade de recommandations)

- Embolisation des artères prostatiques
 - Efficacité moindre
 - Collaboration uro/radiologue
 - Pour ceux qui veulent éviter une chirurgie
- Aquablation
 - En cours d'essai



Take Home Message HBP

- Fréquent, parfois invalidant
- Traitement médical en 1^{ère} intention
- Traitement chirurgical
 - HoLEP +++



DÉPISTAGE ET DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DE PROSTATE

DR TRISTAN ZORES
CHIRURGIEN UROLOGUE
CLINIQUE ST-FRANÇOIS
HAGUENAU

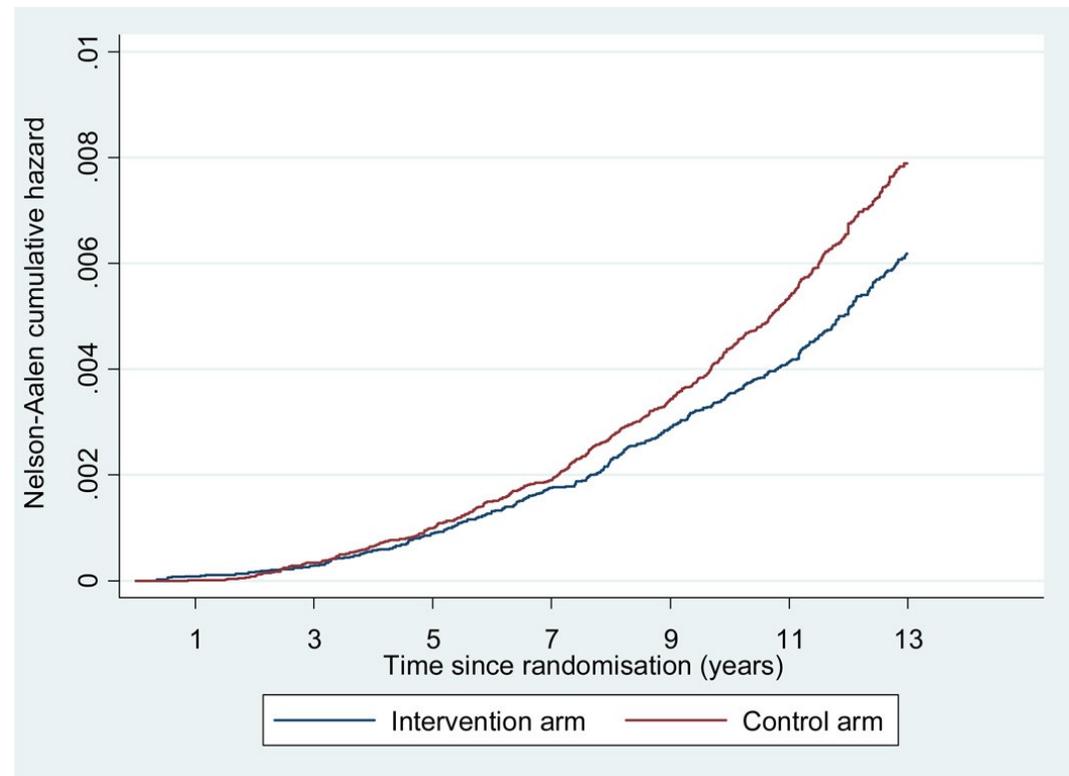
DÉPISTAGE ET DÉTECTION PRÉCOCE

- Dépistage:
 - Rechercher la maladie de façon systématique dans une population asymptomatique
 - Obj: réduction de la mortalité spécifique et maintien de la qualité de vie
- Détection précoce:
 - Rechercher la maladie de façon individuelle chez un individu
 - Obj spécifique individuel



DÉPISTAGE ORGANISÉ

- **Aucune étude n'a établi le bénéfice d'un dépistage organisé dans la population générale**
- Une seule étude probante: ERSPC (dépistage entre 50 et 69 ans dans une population européenne, par dosage du PSA, avec biopsies si PSA > 3 ng/mL)
 - Augmentation de la survie spécifique de 21% après 16 ans de suivi
 - Nbr de patients à dépister: 570: nbr de patients à traiter: 18
 - Difficultés: risque de surtraitement; absence de données concernant la qualité de vie



DÉTECTION PRÉCOCE – A QUI

- Si probabilité de survie > 10 ans
- Si incidence du cancer élevée:
 - 50 ans dans la population générale
 - 45 ans si origine africaine ou caribéenne
 - 45 ans si histoire familiale
 - 40 ans (ou 10 ans avant le cas la plus jeune) si mutation BRCA2 ou HOXB13 connue



HISTOIRE FAMILIALE

Forme familiale							
	3 cas de cancer de prostate chez apparentés de la même branche du 1er ou 2ème degré						
	2 cas de cancer de prostate avant 55 ans chez apparentés de la même branche du 1er ou 2ème degré						
	1 cas de cancer de prostate avant 50 ans						
Forme associée aux cancers du sein et de l'ovaire							
	Cancer du sein < 40 ans						
	Cancer du sein bilatéral						
	Cancer de l'ovaire						
	Cancer du sein chez un homme						



DÉTECTION PRÉCOCE - COMMENT

- Première étape:
 - Toucher rectal
 - Dosage PSA
- Si risque faible de cancer: surveillance
- Si risque élevé: IRM de prostate



AGE 50-75ANS, NON AFRO-ANTILLAIS SANS FORME FAMILIALE ET SANS MUTATION BRCA2

- TR anormal: IRM de prostate
- PSA < 1 = contrôle à 5 ans
- PSA entre 1 et 3 = contrôle entre 2 et 4 ans
- PSA > 3 = IRM de prostate selon:
 - La densité du PSA (rapport PSA/volume prostatique)
 - La cinétique du PSA



AGE 45-75 ANS, AFRO-ANTILLAIS

- TR anormal: IRM de prostate
- PSA annuel
- $PSA > 3 =$ IRM de prostate



AGE 45-75 ANS, HISTOIRE FAMILIALE

- TR anormal: IRM de prostate
- PSA < 1 = contrôle à 5 ans
- PSA entre 1 et 3 = contrôle entre 2 et 4 ans
- PSA > 3 = IRM de prostate



AGE 40-75 ANS (OU 10 ANS AVANT LE CAS LE PLUS JEUNE), MUTATION BRCA2 OU HOXB13

- TR anormal: IRM de prostate
- < 65 ans: IRM tous les 2-3 ans
- 55-60 ans: seuil PSA > 2
- 60-75 ans: seuil PSA > 2,5



IRM DE PROSTATE

- 1,5 ou 3 T
- Multiparamétrique (T2, diffusion, T1 avec injection)
- Systématique avant biopsies
- Interprétation:
 - Volume prostatique
 - Description des zones cibles (Pi-Rads)
 - Bilan d'extension loco-régional



IRM DE PROSTATE

- IRM négative = PiRads 1 ou 2
 - Densité du PSA (PSA/volume prostatique) $< 0,15$: surveillance
 - dPSA $> 0,15$: biopsies à discuter
- IRM positive = PiRads 3
 - dPSA $> 0,1$: biopsies de prostate
 - dPSA $< 0,1$: surveillance à discuter
- IRM positive = PiRads 4 ou 4
 - Biopsies



BIOPSIES DE PROSTATE

- Voie transrectale; sous AL
- Arrêt des antiagrégants/anticoagulants
- Contrôle crase 48h avant
- Antibioprophylaxie par Monuril 1 sachet 2h avant les biopsies
- Préparation rectale à la Bétadine
- Biopsies systématisées (12 prélèvements) + ciblées (fusion cognitive)

	Traitement	Délai arrêt	Relais	Biologie
Antiagrégants plaquettaires	Aspirine	Maintien	Non	Non
	Clopidogrel (Plavix®)	J-5	Aspirine	Non
	Prasugrel (Eflent®)	J-7	Non*	Non
	Ticagrélor (Brilique®)	J-5	Non*	Non
Anticoagulants oraux directs	Rivaroxaban (Xarelto®)	J-3	Non	Non
	Apixaban (Eliquis®)	J-3	Non	Non
	Edoxaban (Lixiana®)	J-3	Non	Non
	Dabigatran (Pradaxa®)	DFG ≥ 50 ml/min J-4 DFG 30-50 ml/min J-5	Non	Non
Antivitamine K	Warfarine (Coumadine®)	J-5**	HBPM/HNF**	INR 1.10 à J-7 J-1
	Fluindione (Previscan®)			
	Acenocoumarol (Sintrom®, Minisintrom®)			

BIOPSIES - COMPLICATIONS

- Hémospérmié et hématurie
- Dysfonction érectile transitoire (1-6 mois)
- Majoration transitoire des SBAU
- Infections urinaires: biantibiothérapie par C3G + aminoside
- Rétention urinaire



ANAPATH-CLASSIFICATION

GROUPES PRONOSTIQUES DE LA CLASSIFICATION ISUP 2016.

Groupe 1	Anciennement score de Gleason 6 (3+3)
Groupe 2	Score de Gleason 7 (3 majoritaire)
Groupe 3	Score de Gleason 7 (4 majoritaire)
Groupe 4	Score de Gleason 8 (4+4, 3+5, ou 5+3)
Groupe 5	Score de Gleason 9 ou 10

CLASSIFICATION DE D'AMICO

Faible risque	PSA \leq à 10 ng/ml, et score ISUP 1, et stade clinique T1c ou T2a
Risque intermédiaire	PSA entre 10 et 20 ng/ml, ou score 2 ou 3, ou stade clinique T2b
Risque élevé	PSA > 20 ng/ml, ou score ISUP > 3, ou stade clinique T2c



BILAN D'EXTENSION

Recommandation		Grade
Patients à faible risque	IRM prostatique et pelvienne* Pas de bilan complémentaire	Fort
Patients à risque intermédiaire	IRM prostatique et pelvienne* Scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM (si ISUP = 3)	Fort
Patients à haut risque - Bilan standard	IRM prostatique et pelvienne* Scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM + TDM TAP	Fort
Patients à haut risque - Bilan optionnel	L'imagerie TEP/TDM peut s'envisager en bilan d'extension.	Faible
	La TEP/TDM à la FCH peut s'envisager en bilan d'extension. L'impact bénéfique de son utilisation sur les résultats oncologiques n'est pas démontré	Faible
	La TEP/TDM au [68Ga]Ga-PSMA-11 est supérieure à la scintigraphie osseuse avec acquisition TEMP/TDM associée au TDM pour la détection des métastases ganglionnaires et à distance. L'impact bénéfique de son utilisation sur les résultats oncologiques n'est pas démontré **	Fort



SURVEILLANCE ACTIVE

- Option curative
- Retarder le traitement en restant dans la fenêtre de curabilité
- Concerne
 - Tous les patients avec un cancer de grade 1 (même si PSA > 10)
 - Certains patients avec un cancer de grade 2
- Nécessite des biopsies de reclassification dans l'année suivant le diagnostic



MODALITÉS DE SURVEILLANCE

- Dosage du PSA tous les 3-6 mois (avec calcul du temps de doublement)
- TR tous les 6-12 mois
- IRM tous les 1-2 ans
- Biopsies dans 6-12 mois puis tous les 3 ans
- Durée: 10 ans au moins



ARRÊT SURVEILLANCE ACTIVE

- En cas de progression tumorale sur les biopsies
 - Grade 2 (en fonction du nombre de carottes positives et du % d'envahissement)
 - Grade 3-5

