

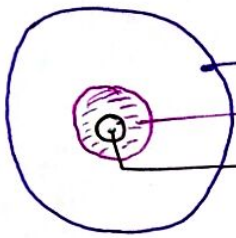
HBP: Adénome de la prostate

Introduction

Généralités:



Phase
 Paroi vésicale ← irritation → sd irritatif : de remplissage
 sous vésical ← obstricte → sd obstructif : mictionnelle et post mictionnelle.
 ↓
 Complications graves
 ↓
 altérat° de la qualité de vie



z. périphérique → Cancer de la prostate
 z. transitionnelle → HBP
 urètre

Facteurs

favorisant

Age
 Statut hormonal

FIR de progression

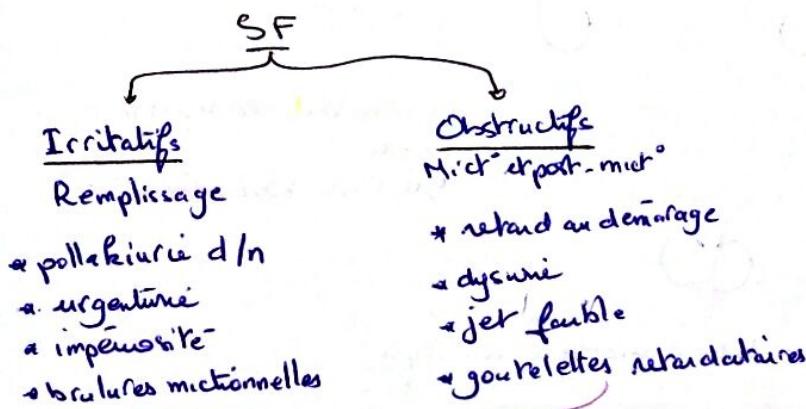
Volume de la prostate
 Taux PSA

Diagnostic:

Dg clinique : Signes irritatifs + obstructifs } → Dg HBP
 TR évocateur

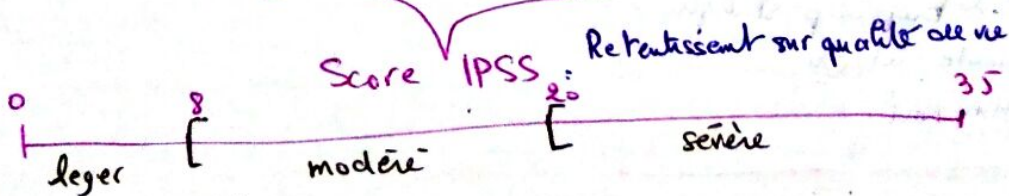
Intéro

Age
 ATCDs
 Trt habituel :
 ? morphiniques
 ? α stimulant
 ? PE lytique



E.P
 ↓
IR:
 ↑ volume
 effacement du sillon
 lésé, régulière
 ferme
 indolore

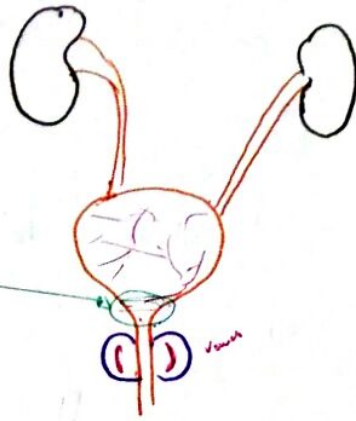
 HBP



Dg HBP
 Eliminer Cancer
 si anomalie au TR
 ↓
 Biopsie

Complications

Aiguës



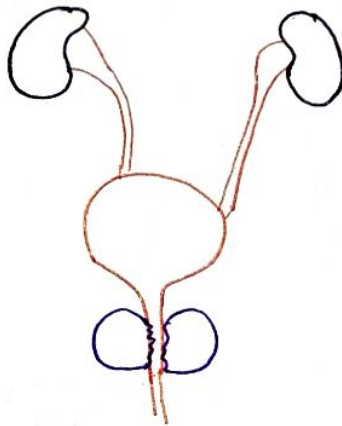
Retension vésicale aiguë
Hématurie **initiale**
Infection uro-génitale

Chroniques

Insuffisance rénale chronique obstructive
(urétéro-hydronephrose)

Retension vésicale chronique
Lithiase vésicale de stase
Hernie de l'aîne (efforts de poussée chroniques)

Dg différentiels



Vessie neurologique
Tumeur vésicale
Maladie du col vésical
Prostatite
Sténose métrale
Lithiase urinaire

Examens complémentaires

- ♂ > 50 ans → PSA : Terrain cancer de la prostate.
- S. ischémique → ECBU : élimination infect^e à l'origine des S. urinaires
- S. obstructifs → Débitométrie, Résidu post-mictionnel

Biologie

Créatinine

Débitométrie, résidu post-mict^o
ECBU
BU, FNS, Fibro vésicale

Imagerie

Echographie

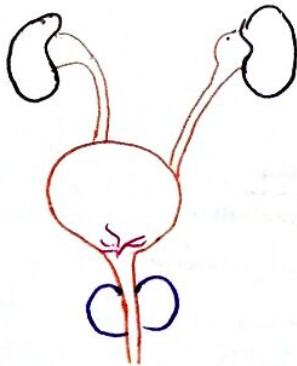
Réno -

Vésico -

Prostatique

IRC obsr
urétéro-hydronephrose

Retention vésicale
Infect^e UG
Hématurie initiale
Lithiase de stase



Doute diagnostique : bilan urodynamique

Indications à la biopsie prostatique :

- ⊕ TR anormale et/ou
- ⊕ PSA > 4 ng/ml

Débitmétrie

Quantifier la disurie

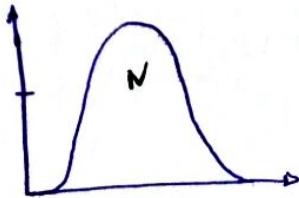
Paramètres étudiés :

Volume uriné (> 150 cc pour être interprétable)

Temps mictionnel

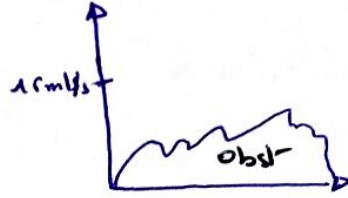
Débit maximal, normal entre 20 - 30 ml/s

Débit moyen



à cloche

débit max 20 - 30 ml/s



aplatie

débit max < 10 ml/s.

Echo - Reno - Vesico - Prostatique -> Recherche sur le haut / bas app urinaire

Reno

haut app. urinaire

dilatation des cavités pyélocalicielles
amincissement du parenchyme
différenciation cortico-médullaire

Vesico -

bas app. urinaire

épaississement pariétal
diverticule (faux) vésical
lithase
résidu post-mictionnel

Prostatique

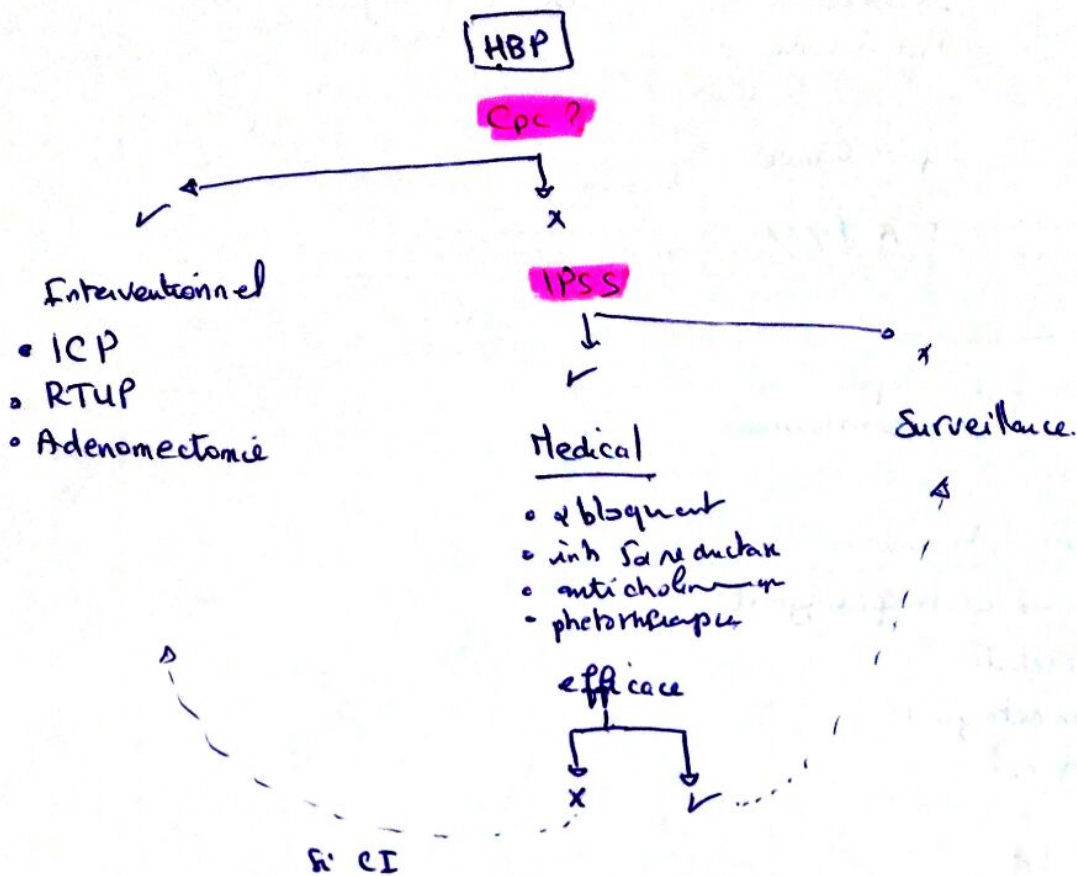
-> Voie endorectale

Volume prostatique

Hématurie -> fibroscopie vésicale -> éliminer une tumeur de la vessie

Bilan initial : débitmétrie, résidu post-mictionnel } obligatoires
ECHO

PSA
Créatinine } lorsqu'un ttt chirurgical est envisagé
ECHO



- Sonde à demeure
- endoprothèse urétrale (sous AG)

Surveillance

- Cpc
- IPSS
- Debitmetrie
- Residu post mit^o
- Creatinine

50-75ans → TR, PSA → annuel

Abstinence/Surveillance	→	6 mois	puis	annuel
α bloquants	→	6 s	6 m	puis / an
inh SA ne ductale	→	12 s	6 m	puis / an
chir	→	6 s	3 m	puis / an

Méd → x 6 m / an — x [abstr → ∅
ab → 6 semaines
sans → 12 semaines

chir → x 3 m / an — x = 6 semaines

α bloquants

Inh 5α réductase

AntiCholin

Inh PDE 5

Tamsulosine G1

Dutastéride

Sm remplissage

Dysfonction érectile

Sildenafil G2

Finastéride

après 48h

après 6 mois

PSA ↓ 1/2



Combiner prise séparée ou combinée

Cpc: Hémorragie → hématurie

Infection → orchite/épididymite

Thrombophlébite

Circulation rétrograde

Sténose du col

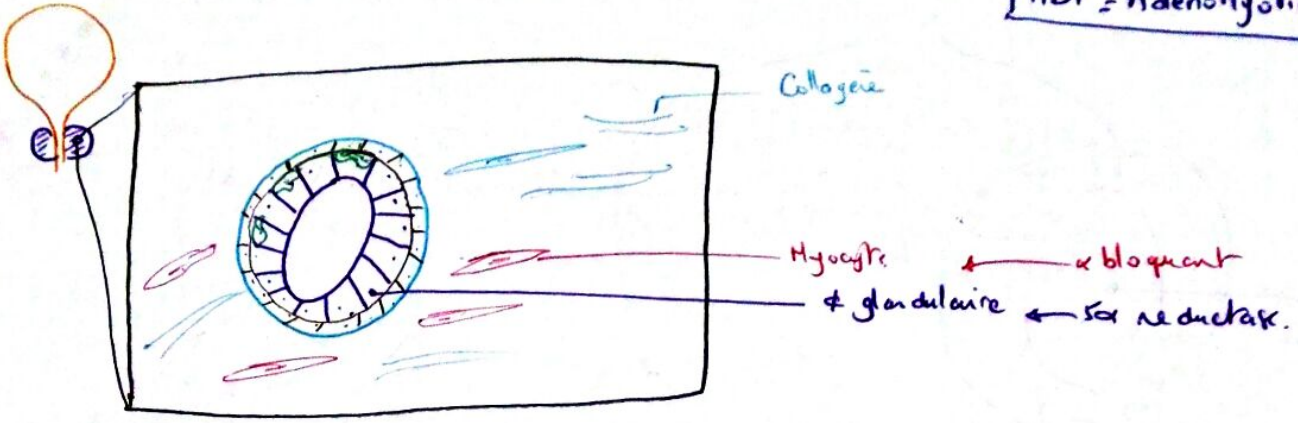
RTUP → TURP sd



→ sonde urinaire à demeure
→ endoprothèse urétrale (stent)

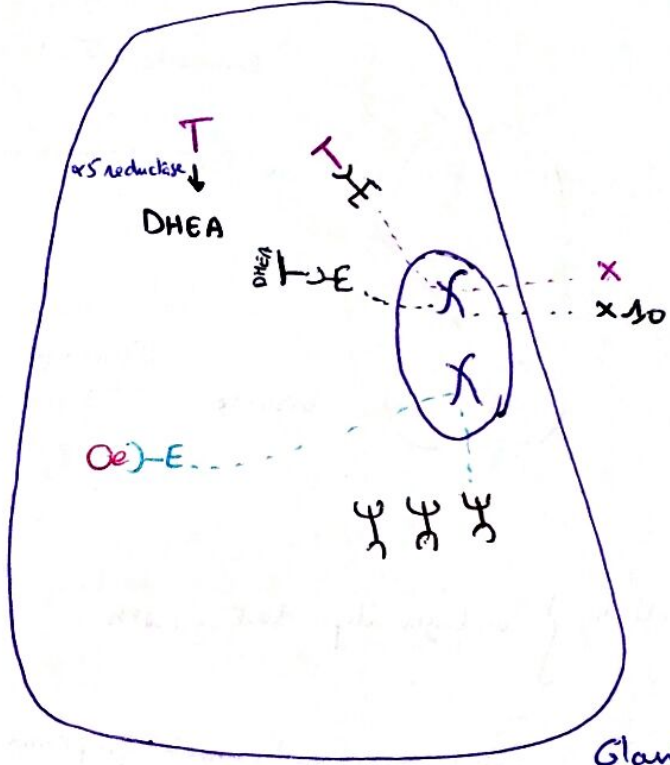
} Mdd inefficace
chir CI

HBP - Adenomyofibrose



Aging: ↑ 5α réductase
 ↓ Testostérone
 ↑ œstrogènes

Environnement: ↑ 5α réductase



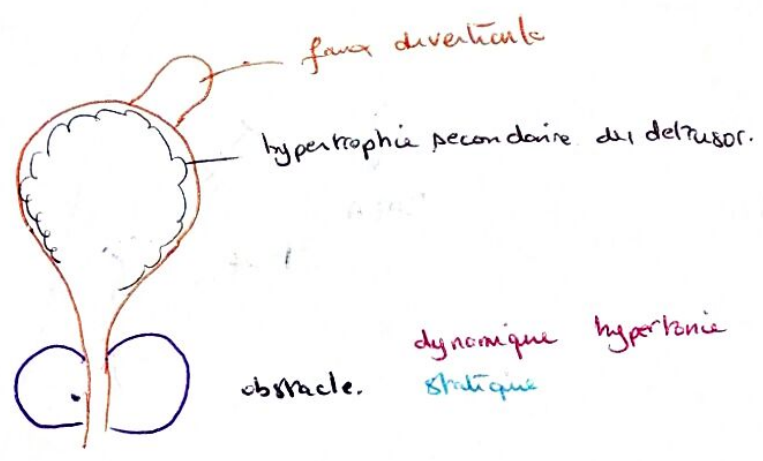
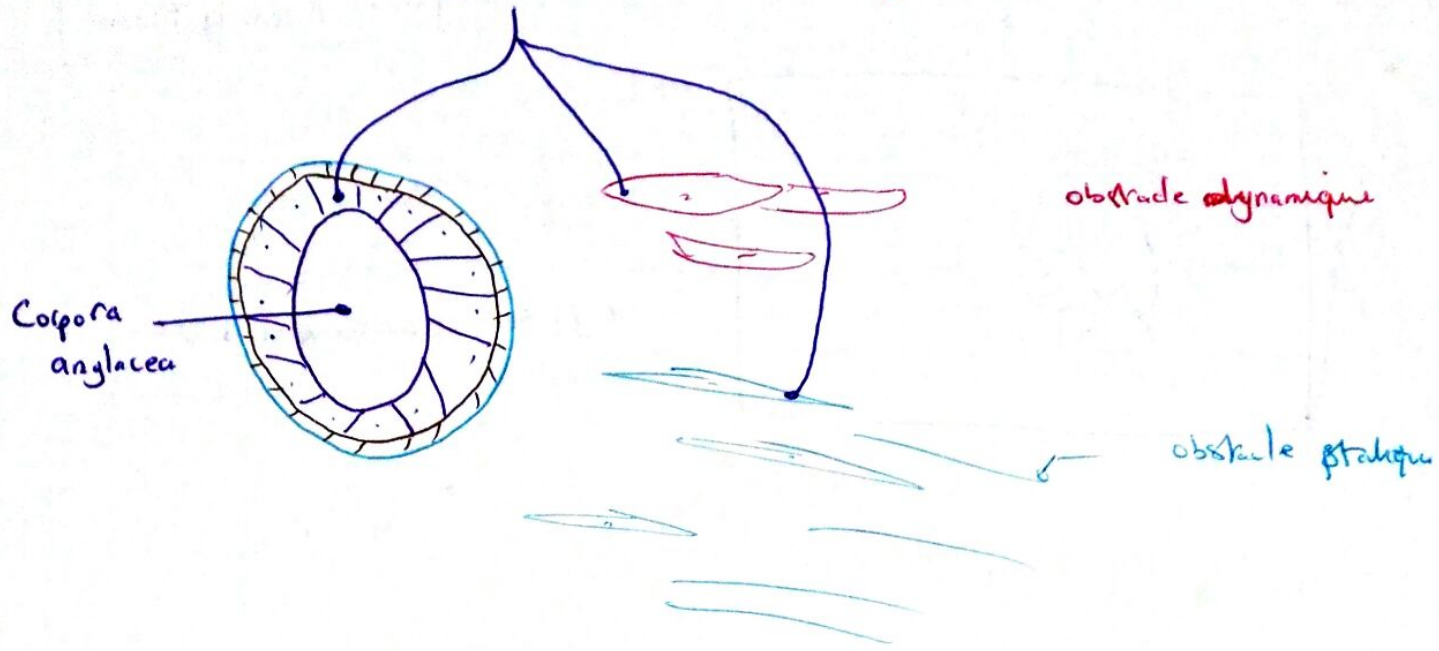
Testostérone → Survie, croissance et multiplication.

Glandular or Stromal cell

DHEA, T 5α réductase DHEA : box + puissant que T.

œstrogènes : Sensibilizes prostatic cells to Testostérone effect.

DHEA → Adeno Myo Fibrose



dynamique hypertensie
statica

↑ Time ?

Glandular epithelium } androgen dependent growth
Stromal

No correlation between prostate size and clinical symptoms
Obstructione Sm may result from: - intrinsic prostate stromal smooth muscle contract°
- capsular contract°

♂ vieillissent

Prostate

2. transition

Glandes + stroma

Inflammation chronique

Sous vésical obstruction

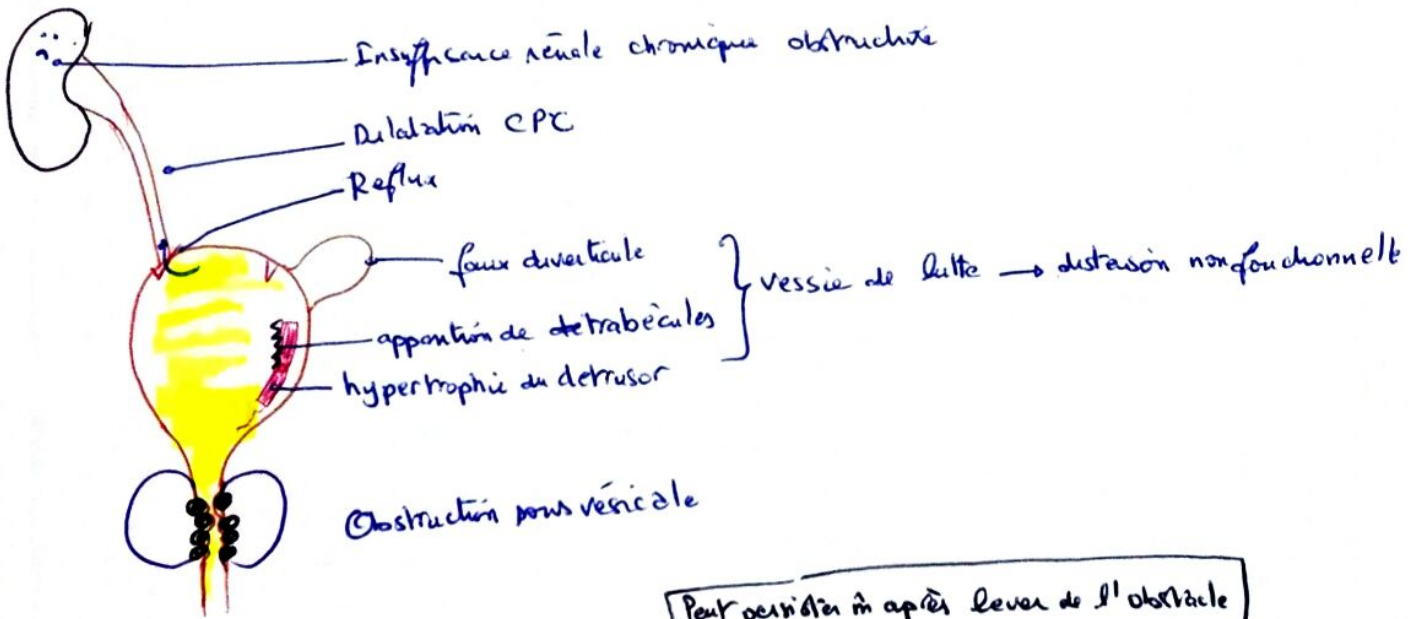
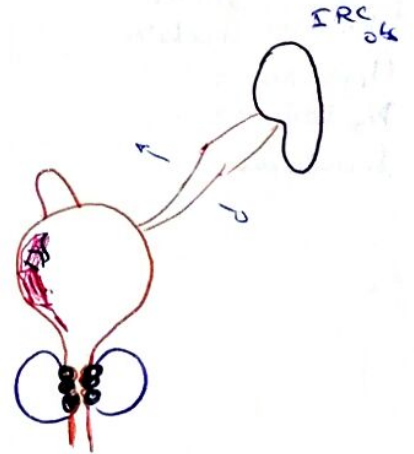
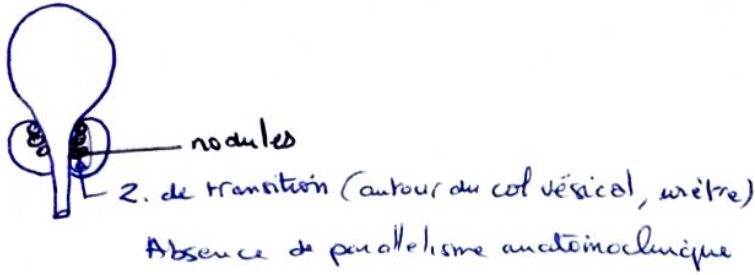
Vessie hyperactivité II^m irritabilité

} → SBAU → qualité de vie
→ CPC!

♂ vieillissent Asx B

HBP → X → cancer mais m terrain

Adénomyofibrome.



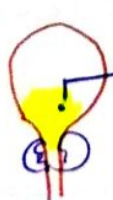
Evolution ↑

Peut persister m après lever de l'obstacle

Hyperactivité vésicale:
 * vessie de litte contre l'obstruction chronique
 * inflammation chronique de la prostate
 * protrusion extra vésicale importante



Pleine



V. de charge incomplète

Residu post-mictionnel
 Lo S. irritables! mimant l'hyperactivité
 (↓ capacité fonctionnelle)