



CENTRE D'UROLOGIE TRENEL

Dr Benjamin BRANCHU
Centre d'Urologie Trenel

Clinique Trenel
Sainte Colombe

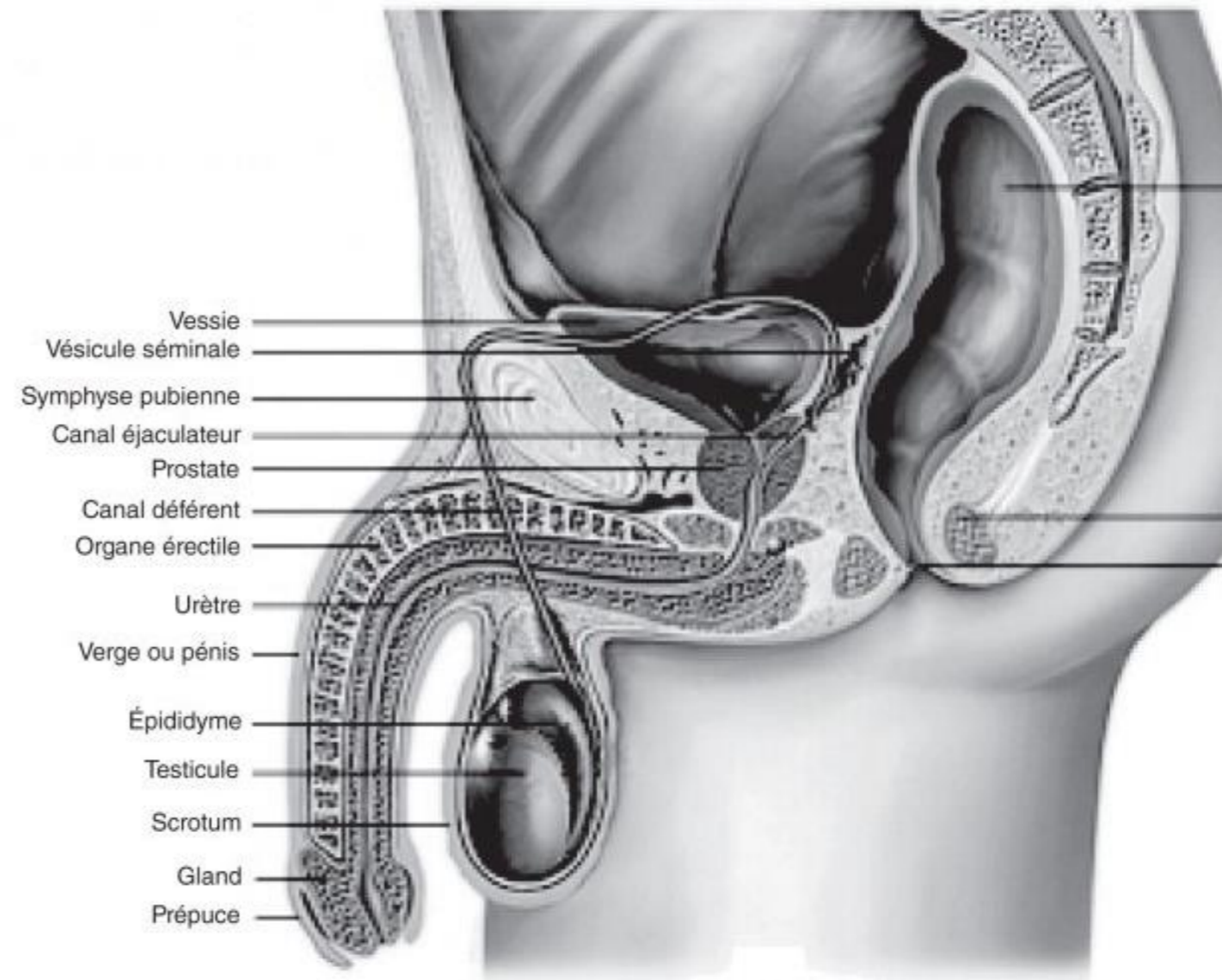


PATHOLOGIES PROSTATIQUES

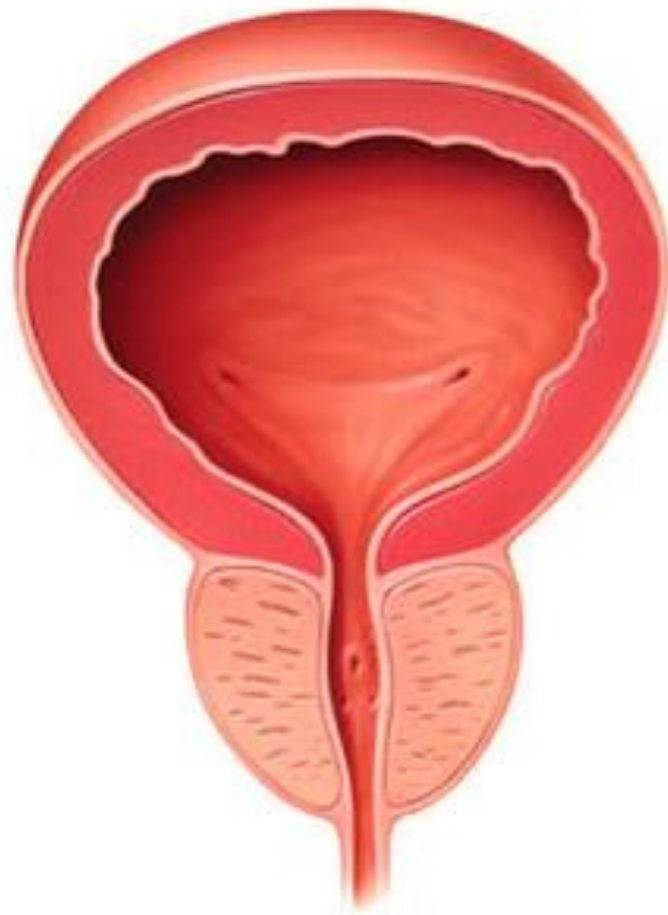
Hypertrophie bénigne de prostate
Cancer de prostate

Anatomie de la prostate

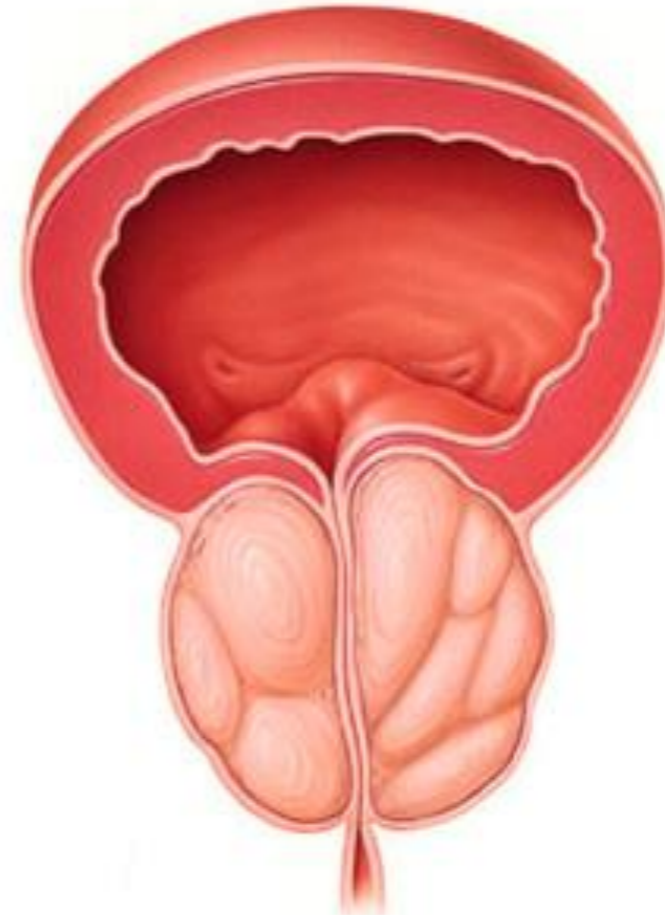
- ❖ Anatomie topographique :
 - ❖ Organe pelvien, profond
 - ❖ Rapports
 - ❖ Trigone vésical (abouchement urétéral) et col vésical au dessus
 - ❖ Urètre et complexe sphinctérien en dessous
 - ❖ Bandelettes vasculo-nerveuses latéralement
 - ❖ Rectum et vésicules séminales en arrière
 - ❖ Pubis en avant
 - ❖ Traversée par l'urètre prostatique et les canaux éjaculateurs



Anatomie de la prostate



Normal Prostate



Enlarged Prostate

Deux pathologies prévalentes

- ❖ Cancer de prostate
 - ❖ 1er cancer de l'homme par son incidence
 - ❖ 2ème cancer de l'homme par sa mortalité
 - ❖ 50 % de prévalence sur une série autopsique d'hommes de 80 ans
- ❖ Adénome prostatique ou hypertrophie bénigne de prostate (HBP)
 - ❖ Un des actes chirurgicaux les plus fréquents en France
- ❖ Et ...
 - ❖ Pathologies infectieuses aiguës ou chroniques

Hypertrophie bénigne de prostate

HBP - Epidémiologie

- ❖ Homme de plus de 50 ans
- ❖ Affection bénigne, caractérisée par une hypertrophie de la zone de transition
- ❖ Très fréquent :
 - ❖ 80 % des hommes développeront HBP
 - ❖ 30 % seront opérés
- ❖ Prévalence
 - ❖ HBP histologique :
 - ❖ Pas avant 30 ans
 - ❖ Augmente avec l'âge
 - ❖ 88 % chez des hommes dans leur 8ème décennie
 - ❖ HBP clinique : 40 % des hommes de 60 ans

HBP - Physiopathologie

- ❖ Obstacle à la vidange vésicale par
 - ❖ Composante mécanique : augmentation de volume
 - Composante dynamique : augmentation du tonus musculaire lisse

Complications:

- ❖ Hypertrophie du détrusor
- ❖ Vessie de lutte (trabéculations, diverticules)
- ❖ Rétention vésicale chronique incomplète (RPM) ou complète (mictions par regorgement)
- ❖ Lithiase vésicale (maladie de la pierre)
- ❖ Retentissement sur le haut appareil (IRO)

Pas de parallélisme anatomo-clinique



HBP - Clinique

- ❖ **Signes fonctionnels**

- ❖ Signes obstructifs : dysurie
 - ❖ Retard à l'initiation du jet
 - ❖ Jet faible
 - ❖ Miction en 2 temps
 - ❖ Vidange incomplète
 - ❖ Incontinence par regorgement
- ❖ Signes irritatifs :
 - ❖ Pollakiurie
 - ❖ Impériosités
 - ❖ Nycturie
 - ❖ Urgenturie

- ❖ **Signes physiques**

- ❖ TR : augmentation de volume, disparition du sillon médian, consistance élastique, contours réguliers, indolore
- ❖ Recherche de complications : globe vésical, contact lombaire

HBP – Score IPSS

- ❖ 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 ?
- ❖ 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 ?
- ❖ Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage ?
- ❖ 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 ?
- ❖ 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 ?
- ❖ Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?
- ❖ 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 du matin) ?

HBP – Score IPSS (2)

- ❖ Evaluation symptomatique
 - ❖ 0 à 7 : peu symptomatique
 - ❖ 8 à 19 : modérément symptomatique
 - ❖ 20 à 35 : très symptomatique

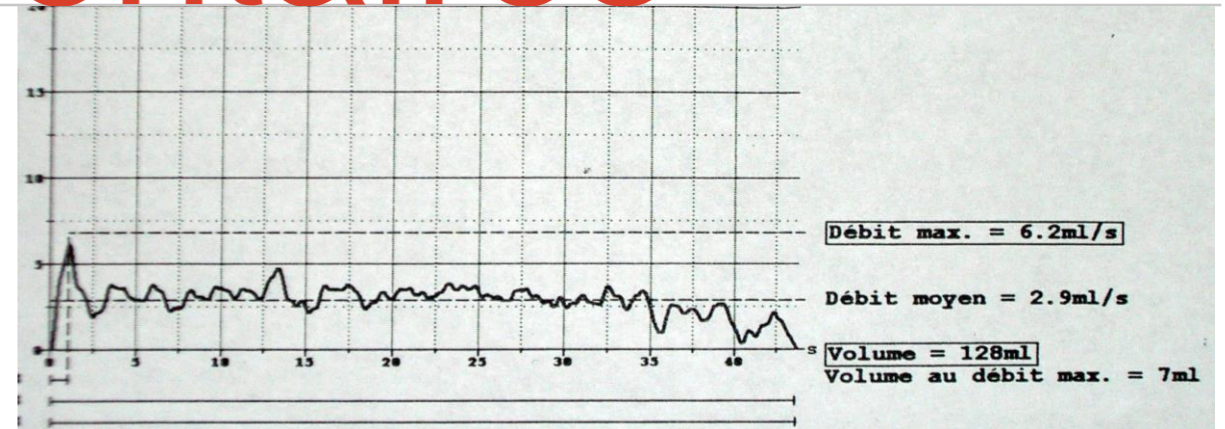
- ❖ Evaluation retentissement sur la qualité de vie
 - ❖ Score de 1 à 6

HBP – Complications

- ❖ Rétention aiguë d'urines
- ❖ Incontinence par regorgement
- ❖ Infection urinaire fébrile ou non
- ❖ Lithiase vésicale de stase
- ❖ Hématurie : rare, varices prostatiques

HBP- Examens complémentaires

- ❖ Débitmétrie : débit max abaissé



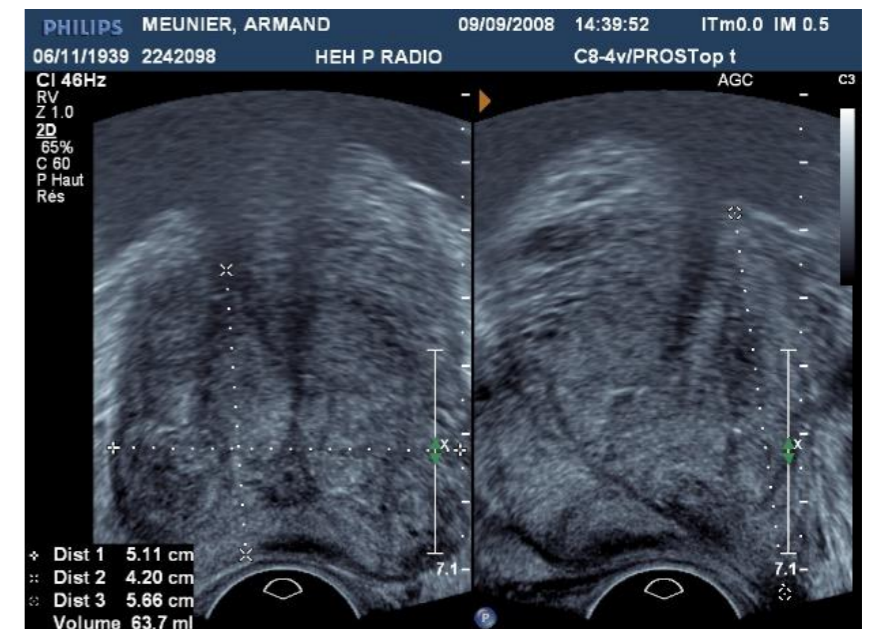
- ❖ Echographie rénale , vésicale et prostatique (EER) :
 - ❖ Dilatation du haut appareil, parenchyme aminci
 - ❖ Résidu post-mictionnel, hypertrophie détroisor, diverticules
 - ❖ Volume prostatique, lobe médian

- ❖ ECBU

- ❖ Créatininémie

- ❖ +/- fibroscopie

- ❖ +/- urétrographie rétrograde et mictionnelle



HBP- Examens complémentaires



Vue prostate en cystoscopie

HBP – Objectifs du bilan

- ❖ Bilan clinique et paraclinique initial
 - ❖ Retentissement sur la qualité de vie
 - ❖ Recherche de complications
 - ❖ Éléments de décision thérapeutique

- ❖ Bilan de suivi
 - ❖ Fréquence annuelle
 - ❖ Clinique (TR, IPSS, débitmétrie)
 - ❖ +/- paraclinique (échographie)

HBP - Traitement

❖ Surveillance

- ❖ Tout patient qui tolère bien sa symptomatologie est candidat à une surveillance simple tant qu'il ne développe pas une complication (indication impérative à la chirurgie)

❖ Traitement médical (non curatif, purement symptomatique)

- ❖ HBP symptomatique non compliquée

❖ Traitement chirurgical

- ❖ HBP compliquée : indication de nécessité
- ❖ Echec, insuffisance ou contre indication du traitement médical : indication relative

HBP – Traitement médical

- ❖ **Extraits de plantes**
 - ❖ Action sur la congestion prostatique
 - ❖ Efficacité inconstante
 - ❖ TADENAN
 - ❖ PERMIXON
- ❖ **Alpha-bloquants : +++**
 - ❖ Relaxation du col et du tonus urétral
 - ❖ Favorisent la contraction du détrusor
 - ❖ Tamsulosine : OMIX, OMEXEL, JOSIR, MECIR...
 - ❖ Alfuzozine : XATRAL ...
 - ❖ Silodosine : UROREC, SILODYX ...
- ❖ **Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase**
 - ❖ Diminution du volume prostatique
 - ❖ CHIBROPROSCAR
 - ❖ AVODART
- ❖ Inhibiteur phosphodiesterase 5 (CIALIS 5mg dose quotidienne)

HBP – Traitement chirurgical

- ❖ Techniques endoscopiques :

- ❖ **Enucléation prostatique laser (HoLEP, ThuLEP)**

Pas de limite de taille, pas de risque de TURP syndrome

- ❖ **résection endo-urétrale de prostate (REUP ou RTUP)**

- ❖ Volume < 80-100 grammes

- ❖ **vaporisation prostatique au laser (Greenlight)**

- ❖ **Rezum**

- ❖ **Uro Lift**

- ❖ Techniques chirurgicales proprement dites :

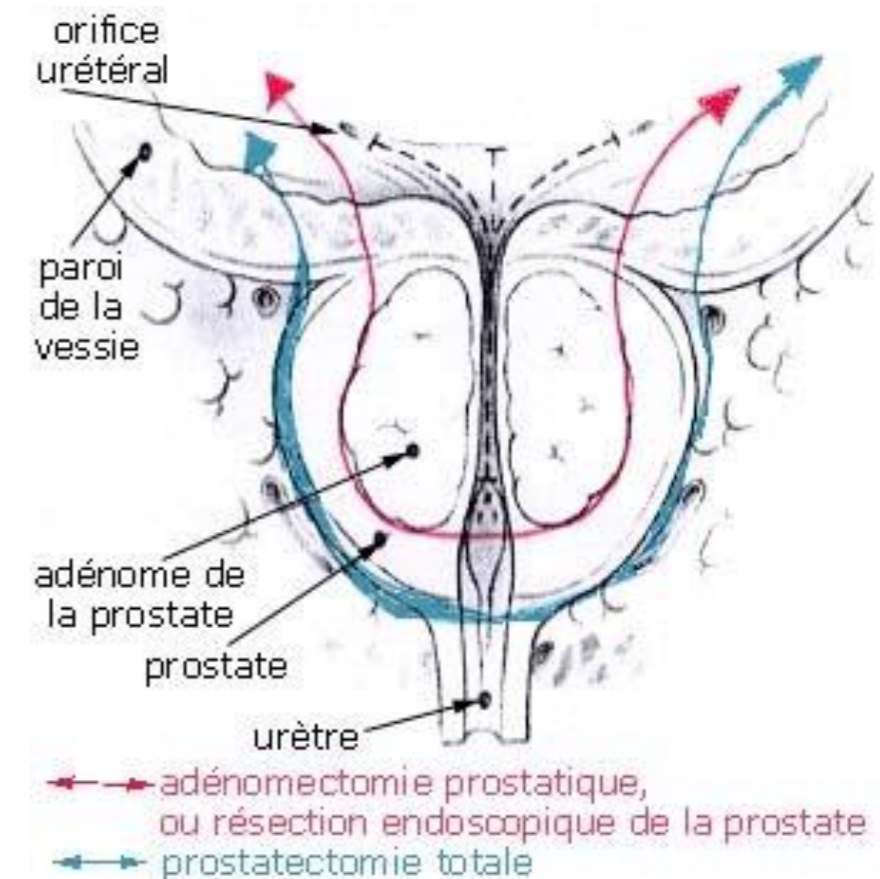
- ❖ **adénomectomie voie haute**

- ❖ Volume > 60-80 grammes

- ❖ Geste associé : diverticulectomie ...

- ❖ Enucléation de l'adénome

- ❖ Attention : différent de la prostatectomie radicale



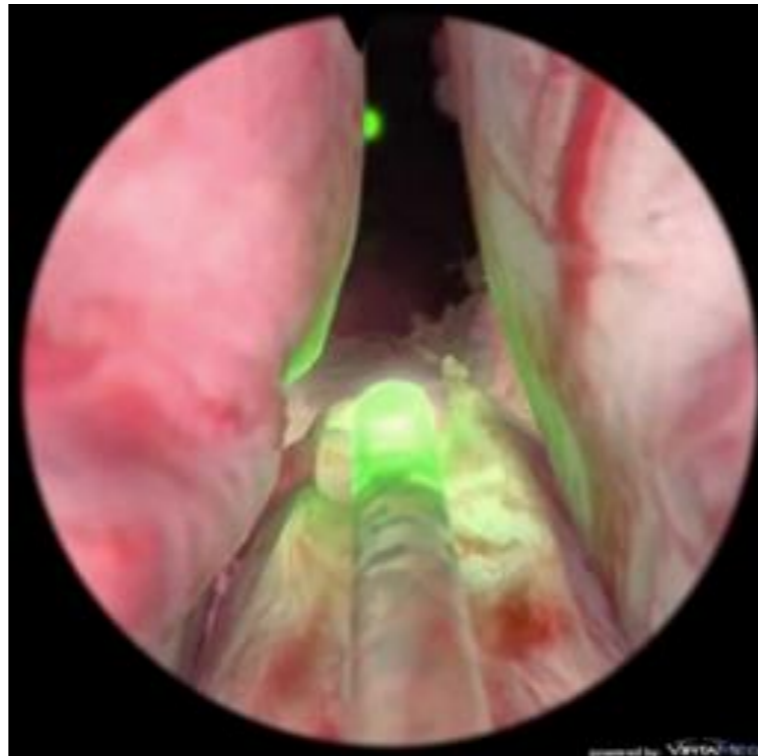
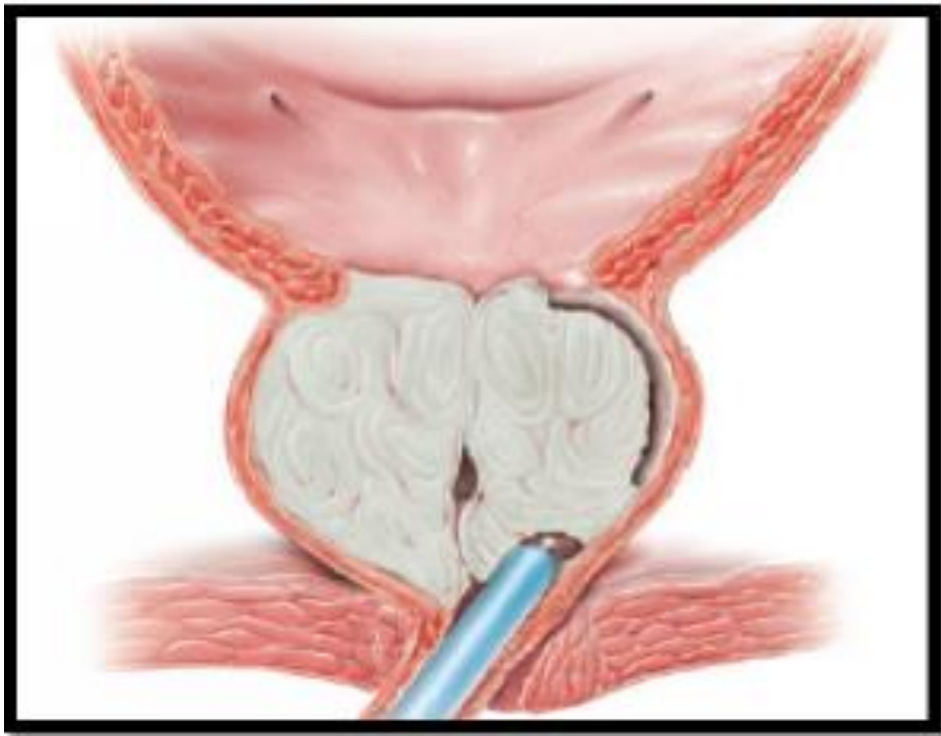
HBP – Traitement chirurgical



HBP – Traitement chirurgical



Enucléation Laser (HoLEP)



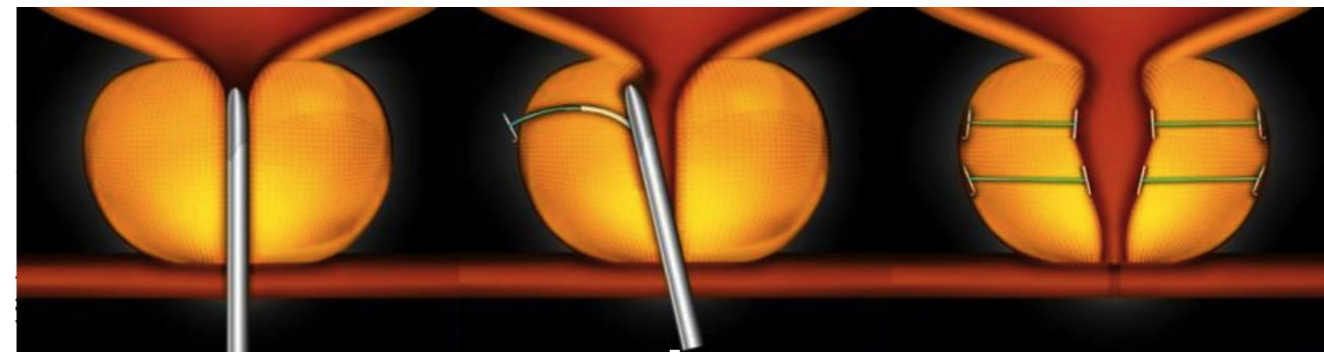
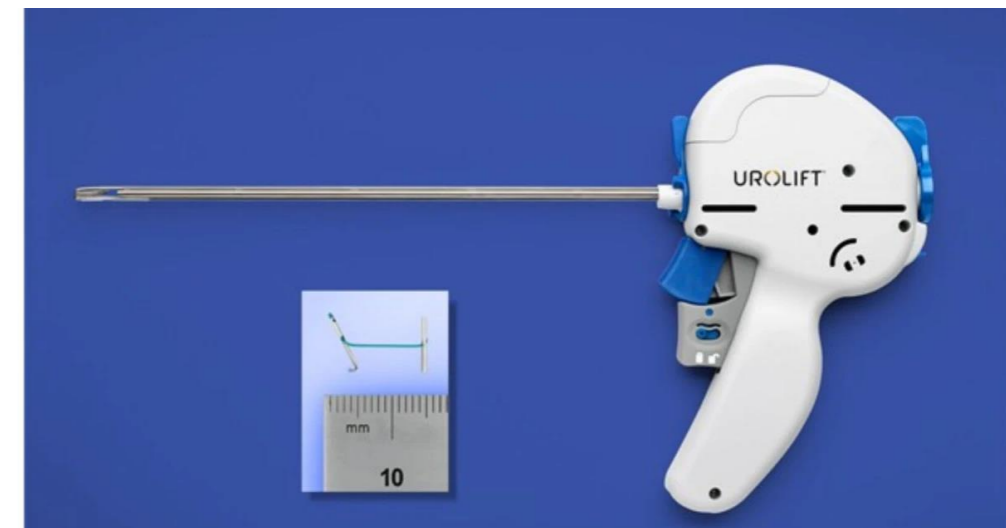
HBP – Traitement chirurgical

Nouveaux Traitements
(Conservation éjaculation)

Rezüm



UroLift



HBP – Surveillance post-opératoire

- ❖ Rôle de l'infirmière de service

- ❖ Après HoLEP

Surveillance couleurs des urines, sortie à J1 dans 80% des cas.

- ❖ Après REUP/RTUP

- ❖ Troubles conscience, troubles visuels, hypertension artérielle = possible TURP syndrome

- ❖ Après REUP/RTUP ou adénomectomie

- ❖ Sonde vésicale (2 à 5 j.) avec lavages continus

- ❖ Couleur des urines : adapter débit de lavage

- ❖ Vacuité de la sonde : décaillotages seringue

Rétention aiguë d'urine

Définition

Impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

Symptomes:

Envie pressante et douloureuse d'uriner.

Le diagnostic est généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical.

Un globe vésical se définit comme une masse sus-pubienne, douloureuse, à convexité supérieure et mate à la percussion. Le globe vésical correspond à une vessie douloureuse et tendue.

Prise en charge

La rétention aiguë d'urine est une urgence thérapeutique

Elle se traite par la vidange vésicale

Le drainage des urines peut se faire :

- Par les voies naturelles : sonde vésicale
- Par voie percutanée : cathéter sus-pubien.

Quelle que soit la modalité de drainage, il faut systématiquement :

- Relever le volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si inférieur à 600 ml)
- Surveiller la diurèse horaire
- Prévenir le syndrome de levée d'obstacle, et l'hématurie a vacuo.

Prise en charge

Sondage urinaire à demeure (sondage vésical)

Le sondage vésical est le mode drainage le plus fréquemment utilisé.

Modalités de mise en place d'une sonde urinaire :

- Sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de stérilité
- Utiliser du gel lubrifiant en seringue
- Maintenir un système clos : interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage
- Utiliser des sondes à double courant si une irrigation est nécessaire (en cas d'hématurie macroscopique)
- Instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire
- Prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour les examens cytobactériologiques
- Éviter les sondes de petit calibre en première intention, (utiliser une Charrière 18–20 chez les hommes susceptibles d'avoir une HBP)
- Utiliser de l'eau pour préparation injectable pour gonfler le ballonnet de la sonde urinaire. Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet : le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher le dégonflage du ballonnet par la suite ; ballon gonflé à 8–10 ml habituellement
- Toujours recalotter le malade en fin de geste (risque de paraphimosis). •

Contre-indications du sondage vésical :

- Sténose urétrale
- Traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin associée à une urétrorragie)
- Prostatite aiguë (contre-indication relative, possibilité de sondage si le patient est apyrétique et après mise en route d'une antibiothérapie)
- Présence d'un sphincter urinaire artificiel (nécessité de désactivation du système préalablement).

Prise en charge



Prise en charge

Cathétérisme sus-pubien

Le cathéter sus-pubien constitue une excellente méthode de drainage des urines, dont les avantages sont les suivants :

- Pas de risque de fausse route urétrale
- Épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle
- Moins de complications locales au long cours
- Bon système de drainage à moyen terme.

• Modalités de mise en place d'un cathéter sus-pubien :

- Indication en cas d'échec ou de contre-indication au sondage vésical
- Toujours s'assurer de l'existence d'un globe vésical avant de mettre en place un cathéter sus-pubien. En l'absence de globe, il y a un risque élevé de perforation d'une anse intestinale
- C'est un acte médical
- Informer le patient, lui expliquer le principe du soin et son utilité, le rassurer
- Strictes conditions d'asepsie et de stérilité, désinfection de la zone de ponction en quatre temps

• Contre-indications du cathéter sus-pubien :

- Absence de globe vésical (contre-indication absolue)
- Pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémoral croisé) (contre-indication absolue)
- Antécédents de cancer de la vessie (risque d'essaimage du cancer dans la paroi)
- Hématurie macroscopique (risque de cancer de vessie méconnu et risque d'obstruction du cathéter par des caillots)
- Troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant
- Cicatrices de laparotomie (contre-indication relative, il faut s'assurer avec une échographie qu'il n'y ait pas d'anse digestive intercalée entre la vessie et la paroi).

Prise en charge

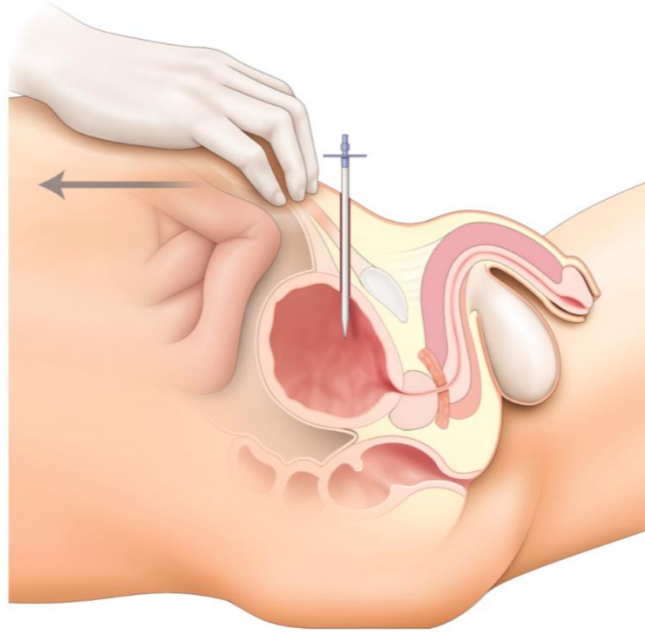
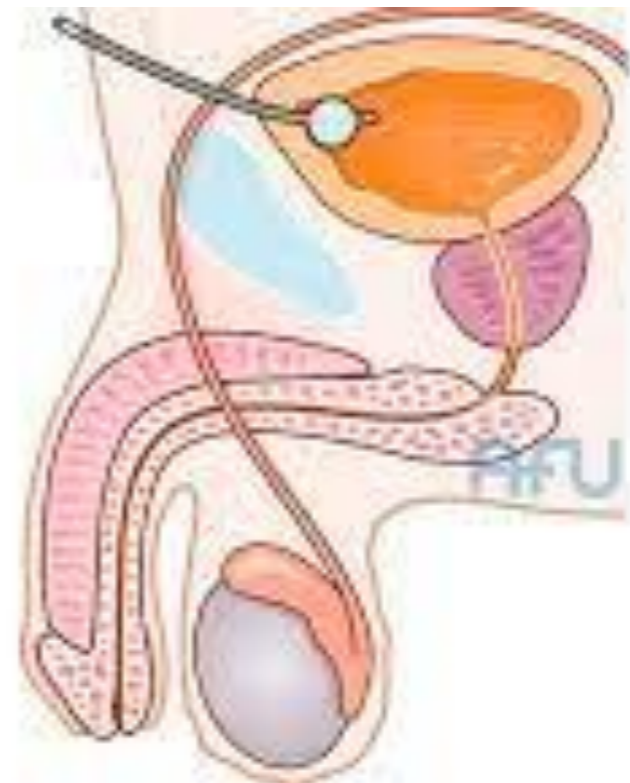


Figure 5.3

Mandrin de ponction en place dans la vessie.

Le cathéter prépositionné est ensuite poussé en intravésical.



Cancer de prostate

Cancer - Epidémiologie

- ❖ 70 000 nouveaux cas/an en France
- ❖ 8300 décès/an

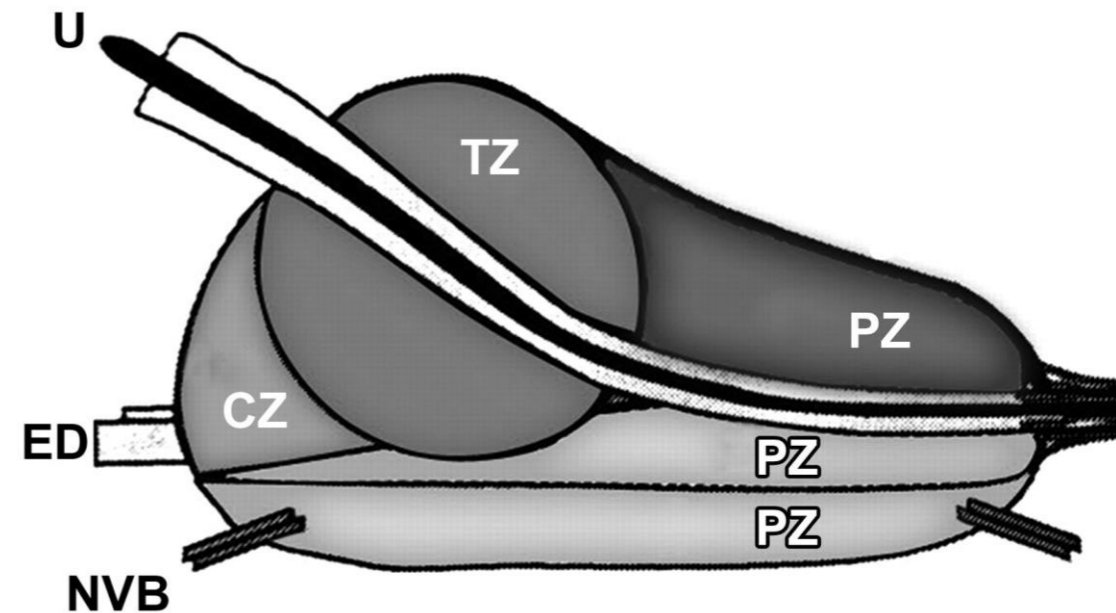
- ❖ Le plus souvent infra-clinique depuis la mise en place d'un dépistage

- ❖ Cancer de l'homme âgé
 - ❖ Fréquence augmente avec l'âge
 - ❖ A partir de 50 ans
 - ❖ Exceptionnel avant 40 ans

- ❖ Facteurs favorisants
 - ❖ Héréditaires : formes familiales, hommes jeunes
 - ❖ Ethniques : afro-antillais

Cancer - Anatomopathologie

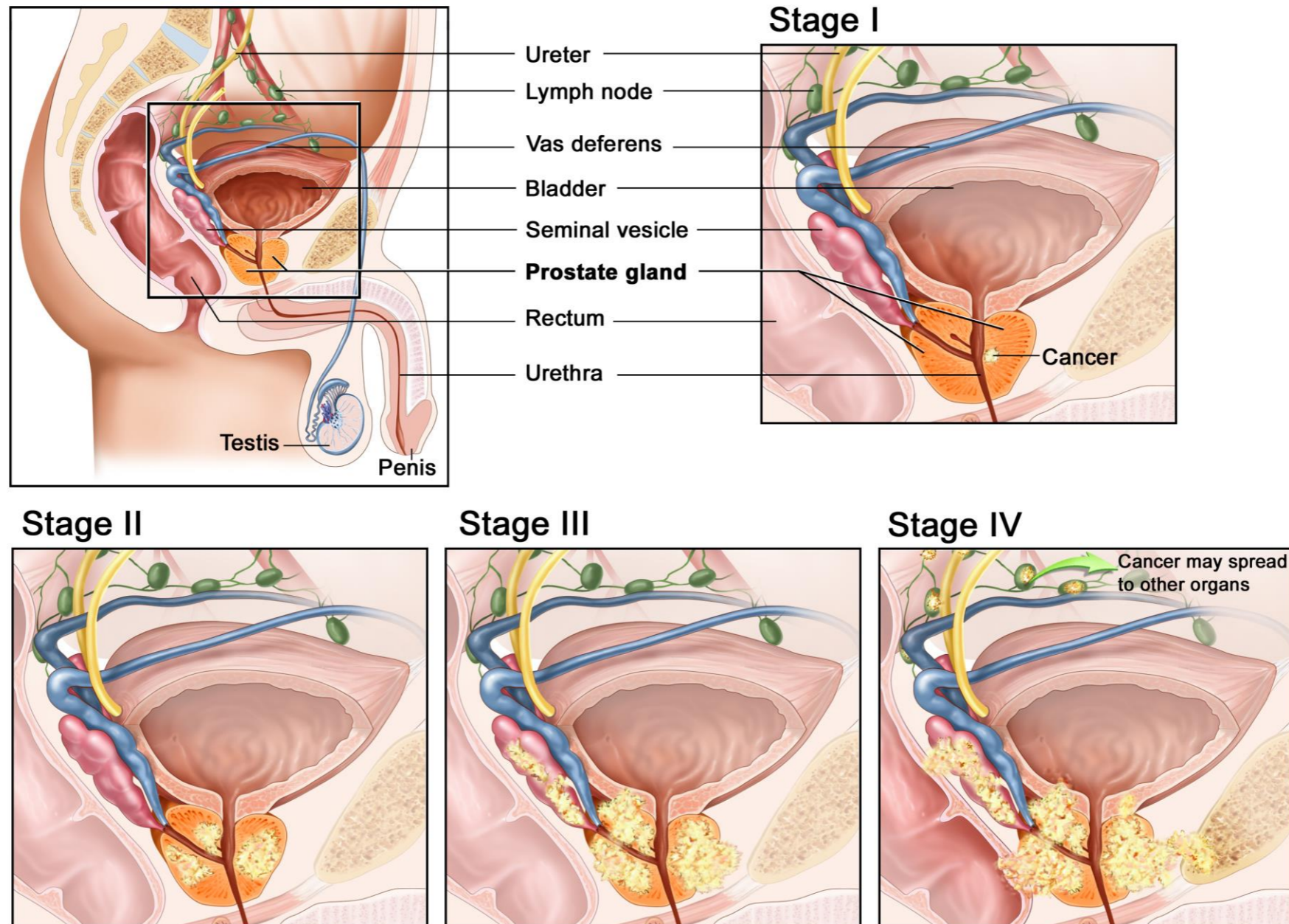
- ❖ Cancer androgéno-dépendant
- ❖ Adénocarcinome dans 99 % des cas
- ❖ Score histopronostique de Gleason
 - ❖ Témoigne de l'agressivité de la tumeur
 - ❖ De 2 à 10
 - ❖ 2 à 6 : bon pronostic
 - ❖ 7 : pronostic intermédiaire
 - ❖ 8 à 10 : mauvais pronostic
- ❖ **Pas de lien avec l'HBP** mais ...
- ❖ Dans 20 % des cas, développé au niveau de la zone de transition (80 % zone périphérique)
- ❖ Souvent multifocal



Cancer – Histoire naturelle

- ❖ 3 grands stades évolutifs :
 - ❖ **Stade localisé** à la glande : le + fréquent (70% des cas)
 - ❖ **Stade localement avancé**
 - ❖ Franchissement de la capsule prostatique
 - ❖ Atteinte des organes de voisinage : vésicules séminales, col de la vessie, urètre, rectum, muscle pelviens, pubis
 - ❖ Atteinte ganglionnaire pelvienne
 - ❖ **Stade métastatique**
 - ❖ Cancer ostéophile : métastase osseuses
 - ❖ Rares métastases viscérales
- ❖ Cinétique évolutive habituellement lente

Cancer - Stadification



Cancer - Dépistage

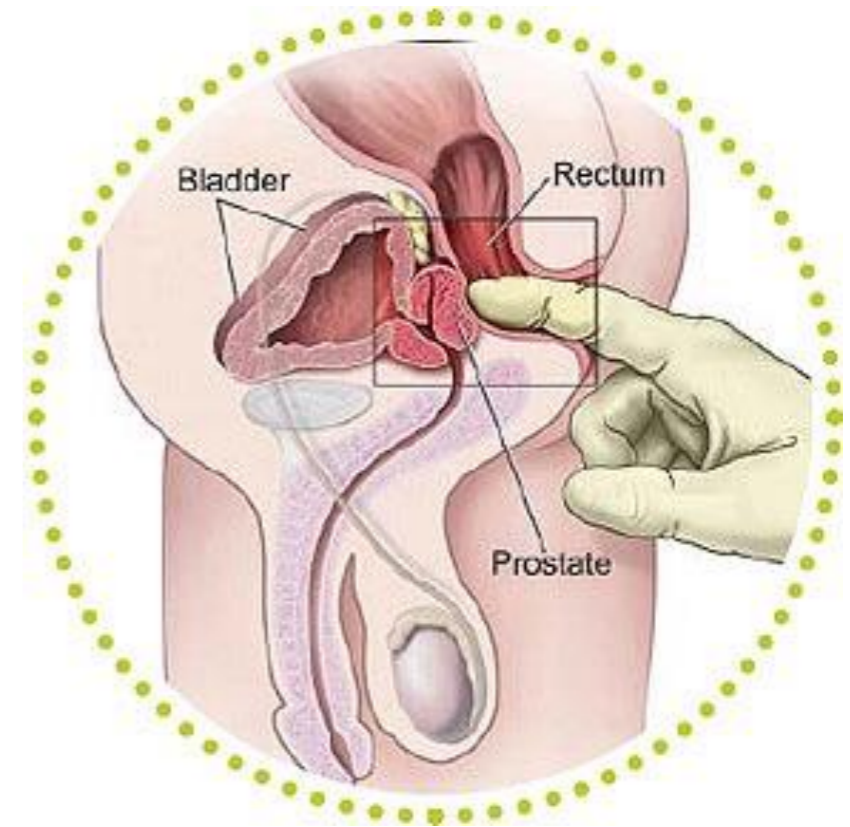
- ❖ Dépistage individuel (pas de démarche institutionnelle)
- ❖ Proposé à tous les hommes de 50 à 75 ans
- ❖ A partir de 45 ans si sujet à risque
- ❖ Tous les 1 à 2 ans
- ❖ Par TR et dosage du PSA (*Prostate Specific Antigen*)

- ❖ **PSA : non spécifique du cancer**
- ❖ Augmenté aussi dans ...
 - ❖ Pathologies infectieuses ou inflammatoire de la prostate
 - ❖ HBP
 - ❖ Traumatisme

- ❖ 30 % de cancers à PSA normal
- ❖ TR : détecte la tumeur dans 50 % des cas seulement

Cancer – Mode de découverte

- ❖ Le plus souvent asymptomatique
 - ❖ élévation du PSA > 4 ou cinétique en hausse
 - ❖ Nodule prostatique au TR
- ❖ Signes urinaires obstructifs : dysurie
- ❖ Hématurie
- ❖ Envahissement du trigone et des bas uretères
 - ❖ Insuffisance rénale obstructive
 - ❖ Douleurs lombaires : dilatation des reins
- ❖ Troubles du transit par compression rectale
- ❖ Compression veineuse : phlébites, œdème des membres inférieurs
- ❖ Douleurs osseuses
- ❖ Fractures pathologiques, compression médullaire
- ❖ Altération de l'état général



Cancer - Diagnostic

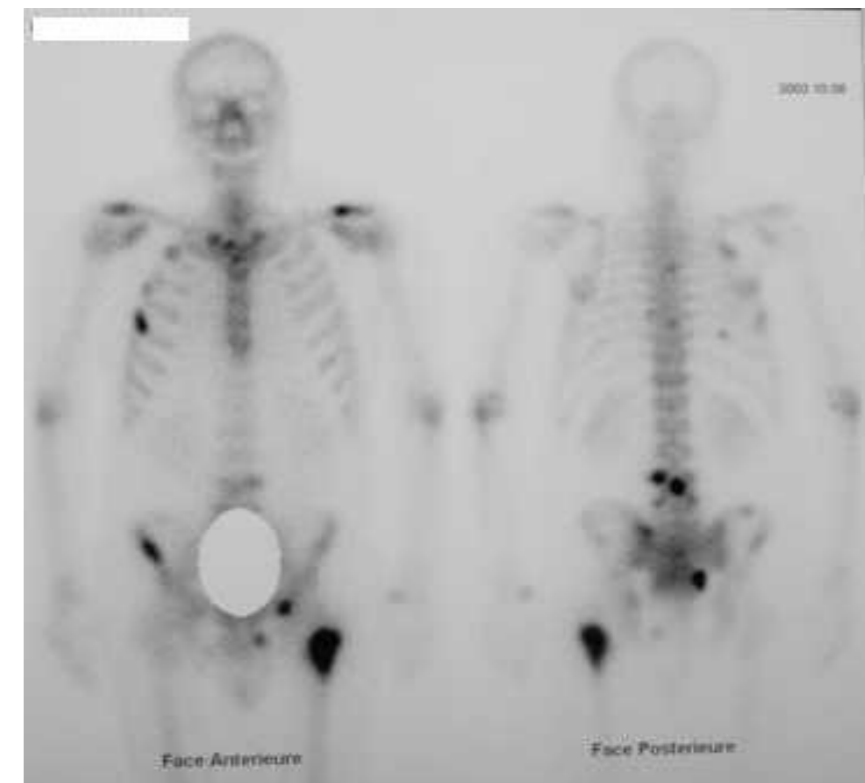
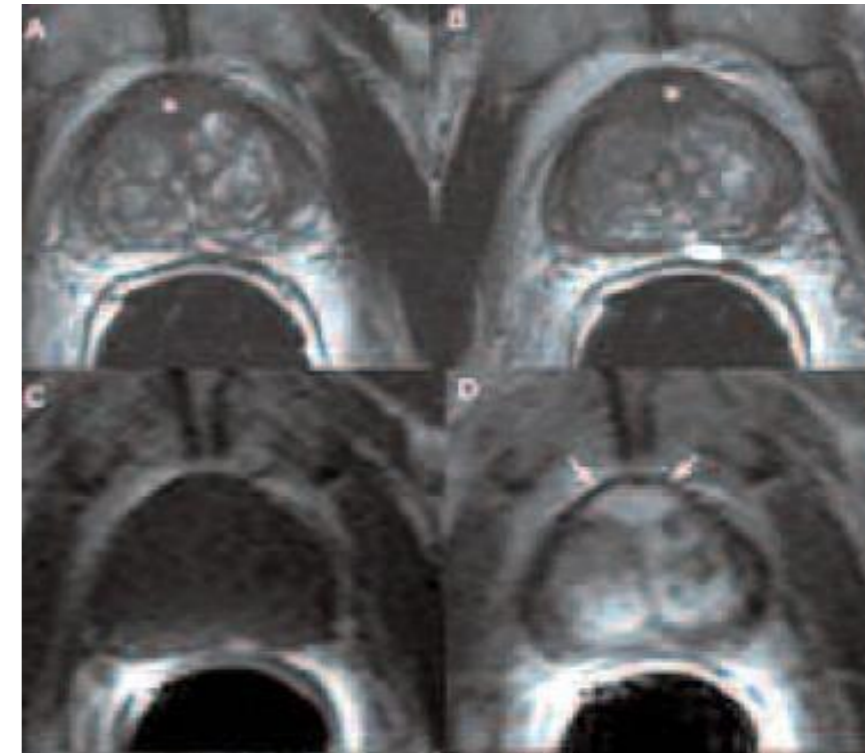
- ❖ Sur une preuve histologique
- ❖ **Ponctions biopsies prostatiques**
 - ❖ 12 carottes
 - ❖ Systématisées
 - ❖ Sous échographie par voie endo-rectale
 - ❖ Sous anesthésie locale
- ❖ Risques
 - ❖ Infectieux : prostatite (2%)
 - ❖ Saignement



PBP = diagnostic positif, stadification, pronostic

Cancer – Bilan d'extension

- ❖ Buts : évaluation
 - ❖ Franchissement capsulaire
 - ❖ Atteinte ganglionnaire
 - ❖ Atteinte métastatique
- ❖ Aucun si risque faible
- ❖ Scanner abdomino-pelvien : ganglions
- ❖ IRM prostatique et pelvienne
- ❖ Scintigraphie osseuse



Cancer – Modalités de traitement

- ❖ Surveillance
- ❖ Chirurgie : prostatectomie radicale
 - ❖ Sus pubienne
 - ❖ Coelioscopie
 - ❖ Robotique
 - ❖ Prostatectomie totale
- ❖ Radiothérapie
 - ❖ Radiothérapie externe
 - ❖ Curiethérapie
- ❖ Ultrasons focalisés de haute intensité : HIFU ou Ablatherm
- ❖ Cryothérapie
- ❖ Traitement hormonal
 - ❖ Castration chirurgicale
 - ❖ Castration chimique
- ❖ Chimiothérapie, nouvelles hormonothérapies

Cancer – Conséquences et complications du traitement

- ❖ Découlent des rapports étroits de la prostate avec :
 - ❖ Complexe sphinctérien : incontinence urinaire
 - ❖ Bandelettes vasculo-nerveuses : dysfonction érectile
 - ❖ Rectum : perforation rectale, rectite radique, fistules uréthro-rectales
 - ❖ Vessie : cystite radique

Cancer – Indications thérapeutiques

- ❖ **Prise en compte de l'espérance de vie (EDV)**
- ❖ **Stade localisé**
 - ❖ EDV > 10 ans : chirurgie ou radiothérapie
 - ❖ EDV < 10 ans : surveillance ou HIFU
- ❖ **Stade localement avancé**
 - ❖ EDV > 10 ans : chirurgie rarement, radio-hormonothérapie
 - ❖ EDV < 10 ans : surveillance ou hormonothérapie
- ❖ **Stade métastatique**
 - ❖ Hormonothérapie
 - ❖ Chimiothérapie si échappement hormonal
- ❖ **Traitement des complications**

Cancer - Suivi

- ❖ Tous les 6 mois
 - ❖ TR, examen général
 - ❖ PSA
 - ❖ +/- imagerie
- ❖ Pronostic
 - ❖ Fonction du stade initial, de l'agressivité de la tumeur, de la présence de métastases
 - ❖ Stade métastatique : 50% de mortalité à 2 ans, 90 % à 5 ans.
 - ❖ Survie prolongée nettement par les nouveaux traitements
 - ❖ Maladie chronique