

La sélection des patients est fondamentale

Hypertrophie de la prostate L'univers du paysage thérapeutique chirurgical recèle de nombreuses nouvelles formes de thérapies pour le traitement des troubles de la miction liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate. De nouvelles formes de thérapie se consacrent en partie à des objectifs tout à fait différents de la restitution durable des troubles de la miction.

Prof. Dr Thomas RW Herrmann

Aucun autre domaine de l'urologie n'a connu autant de nouvelles approches chirurgicales et interventionnelles au cours des dernières décennies que le traitement des lower urinary tract symptoms (LUTS) en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate. La raison du potentiel commercial de toutes ces approches est que, d'un point de vue historique, les méthodes classiques telles que l'énucléation de l'adénome prostatique ouverte et la résection transurétrale de la prostate (TURP) présentaient une morbidité élevée et entraînaient donc des réticences à l'égard d'une prise en charge chirurgicale qui perdurent encore aujourd'hui. Et ce, bien que l'éventail des effets secondaires de la technique actuelle du TURP se distingue déjà nettement de celui de la chirurgie, dans le sens positif du terme.

La neuro-urologie et le diagnostic différencié

La miction est une interaction complexe entre les muscles de la vessie et la résistance à l'écoulement (urètre prostatique). À cela viennent s'ajouter l'activation et l'inhibition de la miction, qui constituent aujourd'hui une sous-discipline à part entière, la neuro-urologie. Cette dernière s'intéresse par exemple aux patients qui, à un âge avancé, souffrent à la fois d'une maladie neurodégénérative (Parkinson, par exemple) et d'une obstruction de la voie d'écoulement due à une hypertrophie de la prostate, ce qui nécessite une prise en charge totalement différente de celle d'une hypertrophie de la prostate seule.

Thérapie chirurgicale: l'importance du moment

Du fait du succès du traitement médicamenteux, nous voyons aujourd'hui, en raison de la phase prolongée de la croissance de la prostate, des volumes prostatiques comparables à ceux qui existaient avant l'utilisation (précoce) généralisée du TURP. Ensuite, nous voyons des patients nettement plus âgés en thérapie chirurgicale qui représentent souvent un nouveau défi lié aux anticoagulants, avec ou sans antiagrégation plaquettaire supplémentaire. Par ailleurs, la prolongation médicamenteuse de la phase asymptomatique entraîne souvent des lésions en partie importantes du détrusor, qui se manifestent par des troubles de la vessie parfois extrêmement

gênante, par exemple sous forme d'hyperactivité vésicale (HAV) ou d'hypotonie du détrusor (DU) ou de contractilité du détrusor après une rétention urinaire avec de très grands volumes. Ce dernier point pose problème, car le traitement chirurgical permet uniquement de supprimer l'obstruction, mais pas de rétablir activement la fonction vésicale (le patient peut éventuellement encore avoir besoin d'un cathéter).

Prise de décision et biais de l'opérateur

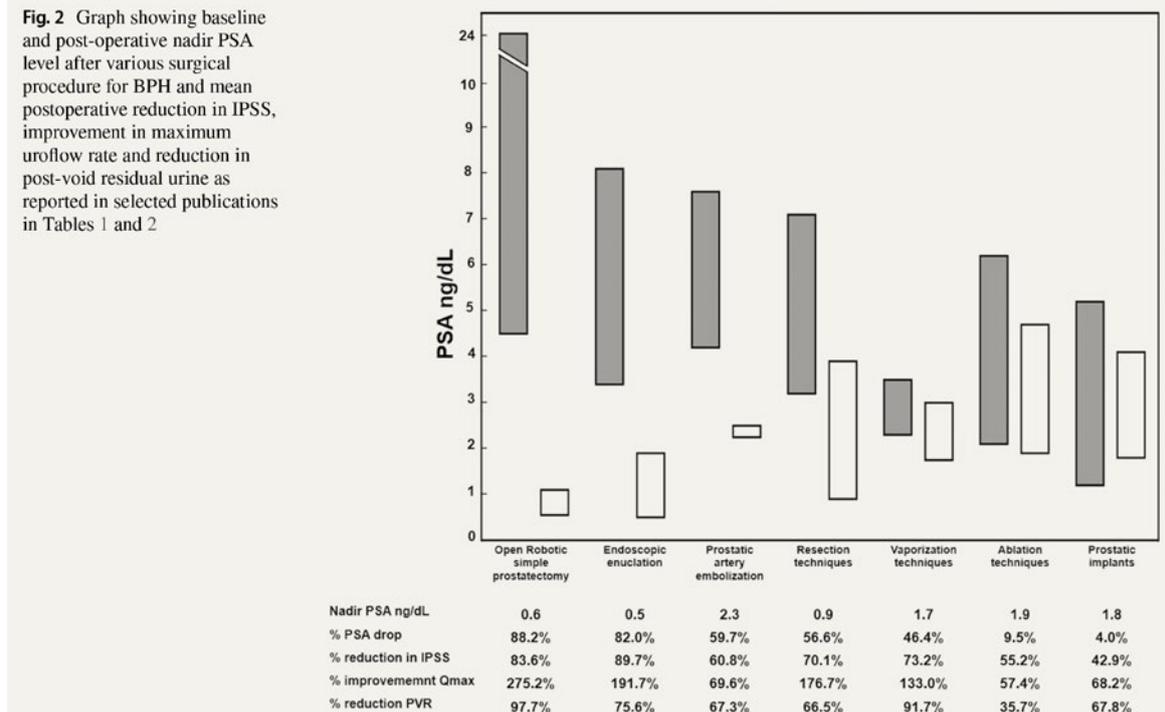
Il est recommandé aujourd'hui de disposer d'aides à la décision telles que (p. ex. EAU Guidelines Male LUTS [1]), qui offrent une hiérarchisation des options thérapeutiques pour différents scénarii (anti-coagulé, dépende de la taille de la prostate, impossibilité d'anesthésie).

Toutes les options disponibles aujourd'hui ont un potentiel différent d'amélioration des symptômes à court et à long terme. Plus la zone dite de transition, dans laquelle se produit l'hyperplasie de la prostate, est retirée complètement, plus l'effet thérapeutique est durable et marqué. L'énucléation de l'adénome prostatique ouverte était autrefois la seule possibilité pour l'élimination complète de la prostate. Aujourd'hui, l'énucléation endoscopique de la prostate par l'urètre avec conservation complète de la glande externe (avec structures neurovasculaires annexes pour l'érection et pour l'appareil sphinctérien) représente la variante la plus douce. La prostatectomie laparoscopique et assistée par robot a permis de réduire de nombreuses complications supplémentaires par rapport à la chirurgie ouverte. Toutefois, l'énucléation endoscopique est aujourd'hui considérée comme le procédé de premier choix pour les prostatites de gros volume (EEP, HoLEP, ThuLEP, BipoleP).

Résumé pour vous par:

Congrès SSU
Du 5 au 7 octobre 2022
Kursaal Bern

Fig. 2 Graph showing baseline and post-operative nadir PSA level after various surgical procedure for BPH and mean postoperative reduction in IPSS, improvement in maximum uroflow rate and reduction in post-void residual urine as reported in selected publications in Tables 1 and 2



Rapport entre la chute PSA après opération et baisse de volume et réduction des symptômes après opération [2].

Pour les volumes moins importants, la TURP ou l'incision endoscopique (TUI) entrent en ligne de compte et, pour les patients avec anti-coagulants, des méthodes laser ou une énucléation de la partie centrale de la prostate (HoLEP, ThuLEP et la vaporisation photosélective PVP).

L'introduction de nouvelles procédures peu invasives a mis l'accent sur le maintien de l'éjaculation. Ces nouvelles procédures fonctionnent avec de la vapeur d'eau pulvérisée dans la partie interne de la glande prostatique via l'urètre (Rezūm), au moyen d'ancres tissulaires qui maintiennent l'urètre prostatique de manière permanente (Urolift), ou élargissent temporairement le col vésical avec un implant (iTIND). Il existe aujourd'hui de nouvelles méthodes qui, au moyen d'un jet d'eau, désagrègent le tissu prostatique (aquablation).

Pour les volumes moins importants, la TURP ou l'incision endoscopique (TUI) entrent en ligne de compte et, pour les patients avec anti-coagulants, des méthodes laser ou une énucléation de la partie centrale de la prostate (HoLEP, ThuLEP et la vaporisation photosélective PVP).

L'introduction de nouvelles procédures peu invasives a mis l'accent sur le maintien de l'éjaculation. Ces nouvelles procédures fonctionnent avec de la vapeur d'eau pulvérisée dans la partie interne de la glande prostatique via l'urètre (Rezūm), au moyen d'ancres tissulaires qui maintiennent l'urètre prostatique de manière permanente (Urolift), ou élargissent temporairement le col vésical avec un implant (iTIND). Il existe aujourd'hui de nouvelles méthodes qui, au moyen d'un jet d'eau, désagrègent le tissu prostatique (aquablation).

Toutes les nouvelles méthodes susmentionnées telles que TURP et l'énucléation ont en commun le fait que, correctement réalisées, elles ne détériorent pas une bonne capacité d'érection préexistante. Il est possible, même avec une TURP limitée, de préserver l'éjaculation de l'urètre. Les nouvelles thérapies ont également en commun le fait qu'en raison de la faible ablation de tissus de la partie centrale de la

prostate, la poursuite de la croissance de la prostate ne peut pas être stoppée [2].

Toutes les méthodes susmentionnées (y compris l'énucléation et la TURP) ont en commun le fait que, correctement réalisées, elles ne détériorent pas une bonne capacité d'érection préexistante. Il est possible, même avec une TURP limitée, de préserver l'éjaculation de l'urètre. Par ailleurs, les nouvelles méthodes thérapeutiques ont en commun leurs limites concernant la pérennité de l'effet thérapeutique. En raison de la faible ablation de tissus de la partie centrale de la prostate, la poursuite de la croissance de la prostate ne peut pas être stoppée [2].

Dans la plupart des cas, il suffit d'expliquer aux patients que même sans éjaculation par l'urètre, la sensation d'orgasme est la même et sans modification de l'érection. Malgré un intérêt initial pour les nouvelles procédures, le patient informé se tourne souvent vers la procédure qui lui promet une intervention unique.

Correspondance

thomas.herrmann[at]stgag.ch



Références

Liste complète des références sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr Thomas RW Herrmann

Directeur de la clinique d'urologie de la Spital Thurgau AG est membre de la commission de lignes directrices de la Société européenne Male LUTS.