

Encore des lignes directrices ! ? Laissez-vous guider

Marie-Paule Jammal

Ce que les hommes veulent en fait, ce n'est pas la connaissance, c'est la certitude.
– Bertrand Russell

Depuis quelques années, le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate a énormément évolué : arrivée de nouveaux médicaments et nouvelles techniques chirurgicales. Il demeure cependant possible pour un médecin de famille de suivre les patients atteints. En connaissant les indications de traitement et les complications de la maladie, le médecin pourra, à la suite d'un bilan relativement simple, choisir judicieusement d'orienter son patient en urologie au besoin. Voici donc quelques réflexions reposant sur les nouvelles recommandations de l'Association canadienne d'urologie sur l'hypertrophie.

PAS ENCORE UN AUTRE « guide de pratique » ou une autre « norme » ! Soyez sans crainte, vous n'aurez pas à prendre un antinauséux. Notre article n'est pas une autre ligne directrice.

Peu importe les noms donnés à ces outils de perfectionnement continu, leur simple pluralité en décourage l'application ! En effet, il semble évident à quiconque s'intéresse à l'enseignement pour le maintien de la compétence que le médecin de famille est enseveli, non seulement sous le travail lié à sa clientèle (lourdeur et nombre), mais aussi sous la quantité de documents visant à encadrer la pratique clinique en lien avec chaque problème de santé il peut voir dans sa pratique.

En révisant la littérature scientifique sur l'efficacité des outils visant à modifier la pratique, on réalise que plusieurs barrières en réduisent le taux de réussite¹⁻⁴.

Il existe donc une certaine résistance à la modification des habitudes de pratique associée au type de règles cliniques, à l'exercice des médecins⁵ (efficacité,

interférence dans la relation avec le patient, coûts, scepticisme, etc.) de même qu'au type de patients^{1,6}.

Les recommandations qui font l'objet du présent article ne seront donc pas revues en détail, mais plutôt commentées et disséquées afin qu'elles soient utiles et que vous en reteniez les trois grands points suivants :

1. il faut faire l'évaluation des symptômes du bas appareil urinaire causés par l'hypertrophie bénigne de la prostate ;
2. il faut établir le degré de désagrément du patient dans la décision thérapeutique ;
3. il faut voir l'hypertrophie bénigne de la prostate comme une affection évolutive dont il est possible de prévenir les dommages.

Comment évaluer les symptômes du bas appareil urinaire ?

Ces recommandations visent le patient type de 50 ans et plus, qui présente des symptômes attribuables à une obstruction prostatique. Les pratiques diagnostiques sont obligatoires, fortement suggérées, optionnelles ou non recommandées.

Recommandations obligatoires

Il est bien évident que l'anamnèse et l'examen font

La D^{re} Marie-Paule Jammal, urologue, exerce à la Cité de la Santé de Laval et au Centre hospitalier de Saint-Eustache. Elle est aussi présidente de l'Association des urologues du Québec.

partie des recommandations obligatoires. Toutefois, la controverse concernant la pertinence d'un examen rectal sera abordée dans les articles des D^{rs} L'Abbé et Cossette dans le présent numéro. La recommandation à retenir est qu'une analyse d'urine est incontournable et qu'une hématurie microscopique doit être évaluée.

Recommandations fortement suggérées

Demander au patient de remplir un questionnaire standard pour recenser les symptômes (niveau 2, grade C).

Il existe plusieurs échelles standard, ceux de l'International Prostate Symptom Score (IPSS) ou encore de l'American Urological Association Symptom Index (ANA-SI). Tout questionnaire reproductible est souhaitable pour suivre l'évolution des patients en observation ou évaluer l'efficacité du traitement. Un questionnaire ciblé que le médecin connaît bien est plus utile et probablement plus efficace. Par exemple, certains patients se plaindront surtout de la fréquence mictionnelle nocturne. En leur demandant de noter de façon systématique le nombre de mictions qu'ils ont chaque nuit, on découvre que même si les symptômes se sont plus ou moins atténués, le nombre objectif de mictions peut avoir grandement diminué.

Le questionnaire doit comprendre une question qui évalue le degré d'inconfort ou de désagrément du patient, plusieurs patients étant plus inquiets de leurs symptômes qu'embêtés. Ainsi, à la question : « Est-ce que ça vous dérange beaucoup, au point de prendre un médicament ? », plusieurs répondront qu'ils voulaient surtout être rassurés et se faire dire qu'il n'y a, somme toute, rien de dangereux.

Dosage de l'APS

Hormis la controverse quant à la pertinence du dépistage, le dosage de l'APS est parfois utile pour orienter ou suivre votre patient. Il est prouvé que la quantité d'APS dosée dans le sang reflète de façon assez fiable le volume de la glande. Ainsi, un résultat⁷ de plus de 1,4 ng/ml témoigne d'une glande de plus de 30 cm³.

Ce paramètre est un facteur prédictif du risque d'évolution de l'hypertrophie bénigne de la prostate et donc du risque de complications de la maladie clinique.

Recommandations optionnelles

Six recommandations sont jugées optionnelles :

- ⊗ le dosage de la créatinine ;
- ⊗ la cytologie urinaire (en cas de prédominance de symptômes irritatifs)⁸ ;
- ⊗ le journal des mictions ;
- ⊗ la débitmétrie ;
- ⊗ la mesure du résidu postmictionnel ;
- ⊗ le questionnaire d'évaluation de la fonction sexuelle.

De ces recommandations, la plus utile et certainement la plus pratique, est le journal des mictions. Bien que l'exercice soit fastidieux pour le patient, il permet d'objectiver la capacité vésicale fonctionnelle et de caractériser les plaintes de votre patient. Certains mentionnent une fréquence accrue, mais il faut savoir que huit mictions par 24 heures demeurent dans les limites de la normale au même titre qu'une miction nocturne. Il n'est pas rare de découvrir que certains patients fort occupés jugent trop fréquent de se rendre quatre fois par jour à la toilette ! On peut aussi parfois détecter une inversion du cycle nyctéméral des mictions, attribuée chez la personne âgée à une perte du pic de sécrétion de l'hormone antidiurétique du début de la nuit. On observera alors une augmentation du volume des urines de chaque miction nocturne comparativement aux volumes mesurés durant la journée. Un supplément de desmopressine peut alors être bénéfique.

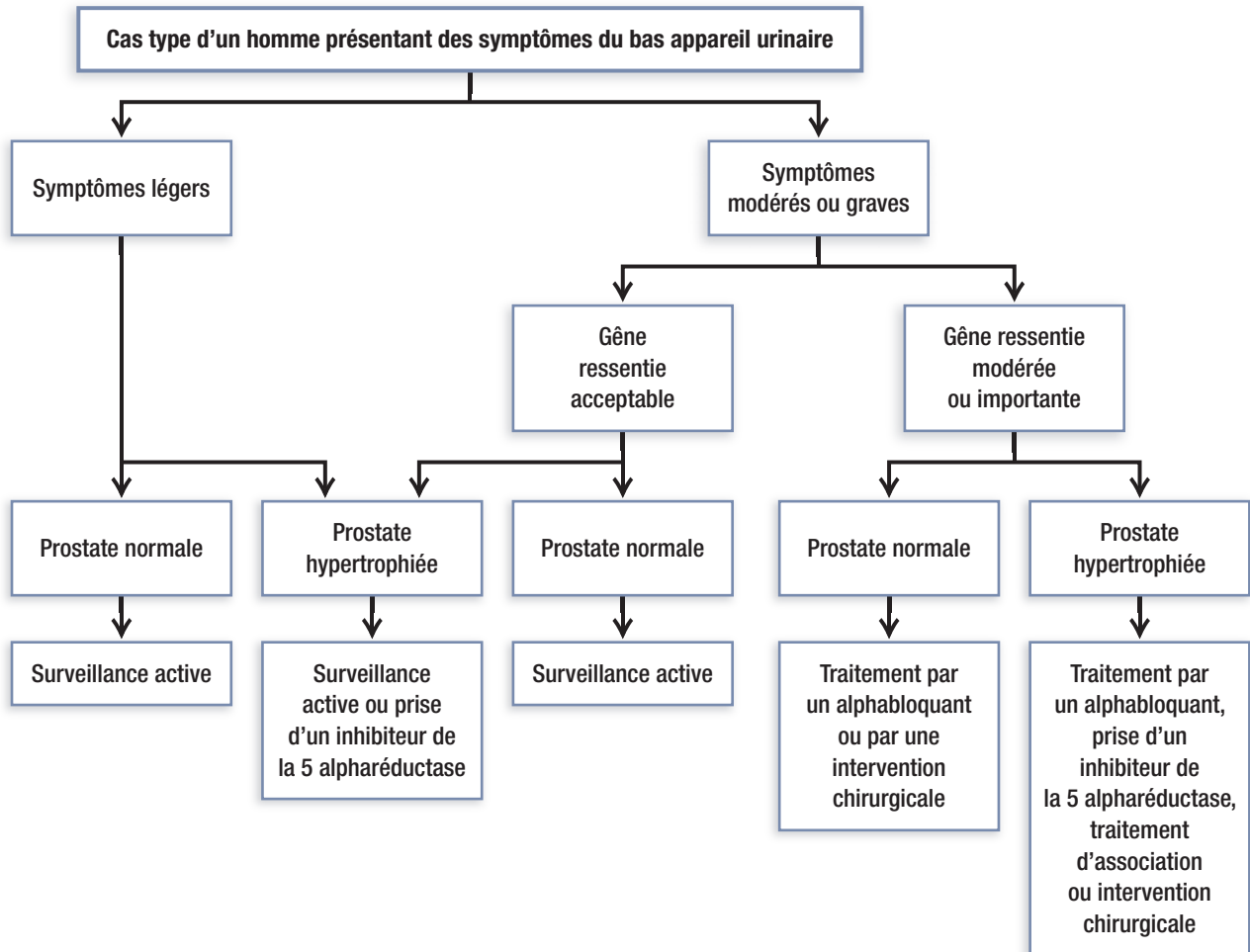
La mesure du résidu postmictionnel peut s'avérer utile chez certains patients chez qui on soupçonnera une hypocontractilité vésicale (neuropathie périphérique, diabétique ou autre ou encore d'origine médicamenteuse, par exemple). Le résultat de l'échographie vésicale doit toutefois être modulé par la présence d'un certain niveau de résidu chronique non nuisible et tolérable du fait d'un système à basse pression. Par ailleurs, toute accumulation de liquide abdominal (ascite, kyste, lymphocèle, etc.) peut engendrer un faux

Tout questionnaire reproductible est souhaitable pour suivre l'évolution des patients en observation ou évaluer l'efficacité du traitement.

Repère

Figure 1

Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate



Source : Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF et coll. 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Collaborative consensus document prepared for the Canadian Urological Association. Site Internet : www.cua.org/userfiles/files/guidelines/bph_2009_en_v2a.pdf (Date de consultation : le 7 décembre 2010). Reproduit avec autorisation.

positif. Les mesures du résidu postmictionnel répétées sur une certaine période dans le temps permettent aussi de suivre la réponse au traitement ou encore de s'assurer qu'un patient, peu embarrassé par ses symptômes et suivi en surveillance active, ne surdistendra pas sa vessie de façon progressive risquant ainsi une décompensation et, par conséquent, un risque d'insuffisance rénale post-rénale.

Pratiques non recommandées

- La cystoscopie
 - L'étude urodynamique
 - La biopsie de la prostate
 - L'échographie prostatique transrectale
 - L'imagerie du haut appareil urinaire
- Il s'agit ici des méthodes qui sont généralement

Un taux d'APS de plus de 1,4 ng/ml témoigne d'une glande de plus de 30 cm³.

Repère

proposées aux patients que vous avez orientés en urologie, uniquement en cas de non-réponse au traitement ou de présomption d'un diagnostic autre que l'hypertrophie bénigne de la prostate non compliquée, comme un cancer vésical ou prostatique ou encore une obstruction qui n'est pas d'origine prostatique.

La *figure 1* résume la méthode diagnostique suggérée par l'Association canadienne d'urologie.

Est-ce que cela vous dérange ?

Il faut savoir qu'il existe à l'occasion une dichotomie entre les symptômes du patient et le désagrément que ceux-ci lui causent. Ainsi, selon l'échelle de cotation des symptômes IPSS, le score total peut être assez élevé même si la réponse à la question : « Quel est votre degré de gêne ? » est parfois de 1 sur une échelle de 0 à 6.

L'Association canadienne d'urologie recommande donc d'inclure le patient dans le processus décisionnel.

Il est aussi possible d'offrir à un patient une surveillance active accompagnée ou non d'une modification de ses habitudes de vie. Sans être un traitement médicamenteux, elle peut amener un certain soulagement des symptômes que le patient juge incommodes, mais qui ne le sont pas suffisamment pour exiger un traitement ou une intervention chirurgicale. Comme les autres traitements seront abordés de façon plus détaillée dans les articles des D^{rs} Simard et Hanna, seule la surveillance active sera commentée ici.

Surveillance active et modification des habitudes de vie

Idéalement, tout programme de surveillance signifie, comme son nom l'indique, que le patient devra se soumettre à des consultations médicales périodiques. Le médecin peut se servir de l'âge du patient, de la taille de la prostate ou du taux d'APS de même que de l'intensité des symptômes au moment de l'évaluation initiale pour conseiller le patient sur les complications possibles. Par exemple, si les symptômes embêtent peu le patient, mais que la prostate est très grosse, des options thérapeutiques plus vigoureuses peuvent être envisagées pour prévenir certaines complications. Il arrive aussi que le patient se rendorme facilement après ses périodes

de nycturie, ce qui n'est pas nécessairement le cas du partenaire, ce qui suscite alors un certain intérêt pour un traitement ou pour un suivi plus étroit.

Les recommandations de base sont les suivantes :

1. restreindre les liquides en soirée ;
2. éviter les boissons caféinées et épicées ;
3. s'assurer que les diurétiques sont pris en matinée ;
4. éviter les décongestionnants, vérifier les autres médicaments anticholinergiques, notamment les antidépresseurs ;
5. mettre en place un programme de mictions en série à heures fixes ;
6. prévenir toute constipation ;
7. faire une rééducation périnéale.

Peut-on éviter l'évolution de la maladie ?

Comme les avenues thérapeutiques seront largement détaillées dans le numéro actuel, quatre situations spécifiques couvertes par les règles de pratique clinique canadiennes semblent dignes de mention.

Absence de symptômes et grosse prostate

Les patients sans symptômes, mais ayant une grosse prostate devraient se voir offrir un traitement à base d'un inhibiteur de la 5 alpha-réductase dans le but de prévenir l'évolution de la maladie et les possibles complications. **Recommandation optionnelle**⁹⁻¹².

Rétention urinaire aiguë

Les hommes en rétention urinaire aiguë devraient se voir offrir un essai mictionnel après un essai thérapeutique de deux à sept jours sous cathéter et alpha-bloquants (spécifiquement la tamsulosine et l'alfuzosine). Un tel traitement augmente les chances que le patient urine et diminue les risques qu'il subisse une intervention chirurgicale à moyen terme^{13,14}. **Recommandation de grade A, niveau de preuves 1.**

Si l'essai mictionnel est infructueux, le patient devra considérer un traitement chirurgical.

Hématurie macroscopique d'origine prostatique

Le diagnostic d'hématurie macroscopique d'ori-

L'Association canadienne d'urologie recommande d'inclure le patient dans le processus décisionnel.

Repère

gine prostatique est évidemment pris en compte seulement alors qu'une évaluation complète de tout l'appareil urinaire n'a décelé aucune autre cause.

Chez de tels patients, un essai thérapeutique à base de médicaments inhibiteurs de la 5 alpharéductase est recommandé. Si le saignement recommence, une opération devrait être envisagée. **Recommandation de grade B, niveau de preuves 3.**

Risque de cancer de la prostate

Chez certains patients à risque, dont le taux d'APS a augmenté ou qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate par exemple, il est recommandé de proposer un traitement préventif par un inhibiteur de la 5 alpharéductase. Effectivement, une fois que la biopsie prostatique (lorsqu'elle est indiquée) s'est révélée négative, plusieurs études ont montré une réduction du risque relatif de cancer de la prostate lorsque les patients sont traités par cette classe de médicaments. **Recommandation de grade A, niveau de preuves 1^{15,16}.**

La figure 2 résume l'arbre thérapeutique décisionnel.

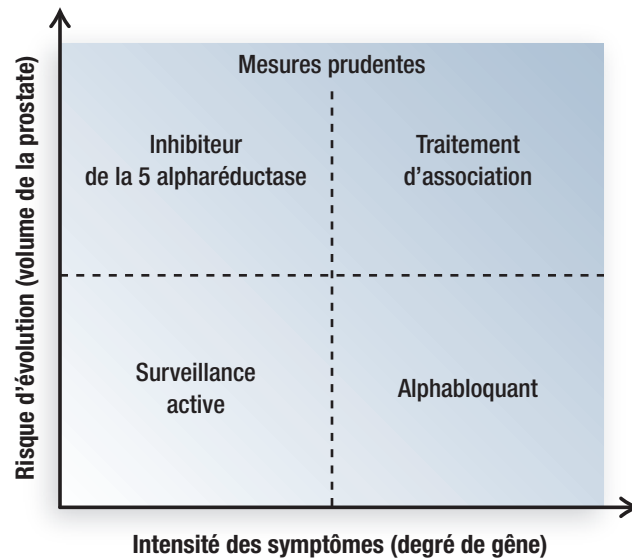
EN CONCLUSION, l'évaluation des symptômes urinaires liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate reste une tâche facilement applicable dans le contexte d'une pratique en médecine familiale. Il faudra surtout se souvenir que l'analyse d'urine est le seul élément obligatoire recommandé. La notion d'inconfort évoqué par le patient est certainement le plus fréquent déclencheur du traitement médical.

L'hypertrophie bénigne de la prostate est une maladie qui évolue lentement et dont les complications peuvent être évitées grâce à une intervention thérapeutique précoce visant à diminuer le risque de recours à une intervention chirurgicale.

Voilà donc un outil que l'on espère un peu plus utile que le simple énoncé des recommandations de l'Association canadienne d'urologie. Bien que la plupart de vos patients soient atteints de problèmes de santé autrement plus sérieux, il ne faut pas sous-estimer les répercussions des symptômes urinaires sur leur qualité de vie. Cela peut paraître peu, mais vos patients vous

Figure 2

Prise en charge médicale des symptômes urinaires liés à une hypertrophie bénigne de la prostate^{17,18}



Reproduit avec l'autorisation de Science & Medicine Canada inc.

seront reconnaissants de ne plus avoir comme principale préoccupation de trouver une toilette! 🚽

Date de réception : le 7 décembre 2010

Date d'acceptation : le 6 janvier 2010

La D^{re} Marie-Paule Jammal est conférencière et consultante pour Pfizer, GlaxoSmithKline et Sanofi (2010-2011). Elle est également conférencière pour Astellas Pharma et Ferring (2010-2011), et travaille présentement sur un projet de recherche avec AstraZeneca et Pfizer.

Bibliographie

1. Saillour-Glenisson F, Michel P. Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003; 51(1 Pt 1): 65-80.
2. Stewart RE, Vroegop S, Kamps GB et coll. Factors influencing adherence to guidelines in general practice. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19 (3): 546-54.
3. Cabana MD, Rand CS, Powe NR et coll. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282 (15): 1458-65.
4. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GP's attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007; 57 (545): 971-8.
5. Carlsen B, Norheim OE. "What lies beneath it all?" – An interview study of GP's attitudes to the use of guidelines. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 218.

6. Teunissen D, van den Bosch W, van Weel C et coll. Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24 (1): 56-61.
7. Levitt JM, Slawin KM. Prostate-specific antigen and prostate-specific antigen derivatives as predictors of benign prostatic hyperplasia progression. *Curr Urol Rep* 2007; 8: 269-74.
8. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. *J Urol* 2003; 170 (2 Pt 1): 530-47.
9. Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC et coll. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2002; 60: 434-41.
10. McConnell JD, Roehrborn CG, Oliver OM et coll for the MTOPS Research Group. The long term effect of doxazosin, finasteride and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349: 2385-96.
11. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J et coll. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostate enlargement: two-year results from the CombAT study. *J Urol* 2008; 179: 616-21.
12. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P et coll. and the PLESS Study Group. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1998; 338: 557-63.
13. Lucas MG, Stephenson TP, Nargund V. Tamsulosin in the management of patients in acute urinary retention from benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2005; 95: 354-7.
14. McNeill SA, Hargreave TB, Roehrborn CG. Alfuzosin study group. Alfuzosin 10 mg once daily in the management of acute urinary retention: Results of a double-blind placebo-controlled study. *Urology* 2005; 65: 83-9.

Summary

More guidelines!? Follow the guide. This article looks into the various potential practical applications of the Canadian Urological Association guidelines in a family medicine context, for the diagnosis, follow-up and treatment of benign prostatic hyperplasia. It also comments the use of these recommendations by the primary care physician. What must be principally remembered is that, in most cases, indications for the treatment of this condition remain relative and should be generally oriented towards an enhanced quality of life. Decisional process must, therefore, implicate the patient. Physicians must bear in mind that some complications of this progressive disease can be prevented and that an active treatment will be required for specific conditions.

15. Thompson IN, Goodman PJ, Tangen CM et coll. The influence of finasteride in the development of prostate cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 211-20.
16. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW et coll. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med* 2010; 362 (13): 1192-202.
17. Nickel JC, Méndez-Probst CE, Whelan TF et coll. 2010 Update: Guidelines for the management of benign prostatic hyperplasia. Collaborative consensus document prepared for the Canadian Urological Association. Site Internet: www.cua.org/userfiles/files/guidelines/bph_2009_en_v2a.pdf (Date de consultation: le 7 décembre, 2010).
18. Carlson K, Fleming M, Fournier C et coll. *Programme d'éducation sur la santé prostatique*. Richmond Hill: Science and Medicine.