

Royaume du Maroc المملكة المغربية



كلية الطب والصيدلة  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 052/20

**LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE  
DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE [HBP]  
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA VILLE DE FÈS  
( A propos de 150 cas )**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/03/2020

PAR

Mlle.BELMAATI CHERKAOUI Siham

Née le 30 Mars 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

**Hypertrophie bénigne - Hyperplasie bénigne - Prostate - Médecin généraliste  
Evaluation des pratiques**

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur d'Urologie	
M. MELLAS SOUFIANE.....	} JUGES
Professeur d'Anatomie	
M. TAZI MOHAMMED FADL.....	
Professeur d'Urologie	
M. EL AMMARI JALAL EDDINE.....	
Professeur d'Urologie	
M. AHSAINI MUSTAPHA.....	MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistant d'Urologie	

# PLAN

LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES GRAPHIQUES.....	8
LISTE DES FIGURES.....	11
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>GENERALITES.....</b>	<b>17</b>
I. RAPPELS :.....	18
A. RAPPEL ANATOMIQUE :.....	18
1. Anatomie descriptive :.....	18
2. Anatomie zonale :.....	20
3. Anatomie topographique/Rapports :.....	22
4. Anatomie endoscopique :.....	24
5. Vascularisation et innervation :.....	26
B. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :.....	31
II. L'HYPERPLASIE BENIGNE DE LA PROSTATE :.....	35
A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :.....	35
B. HISTOIRE NATURELLE DE L'HBP :.....	37
C. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HBP :.....	39
D. ANATOMOPATHOLOGIE :.....	43
1. Caractéristiques histologiques :.....	43
2. Développement de l'hypertrophie :.....	43
E. DIAGNOSTIC DE L'HYPERPLASIE BENIGNE DE LA PROSTATE :.....	45
1. Bilan de première intention :.....	45
2. Bilan de deuxième intention :.....	52
F. Diagnostics différentiels :.....	56
G. Complications de l'HBP :.....	57
1. Rétention aigue d'urines :.....	57
2. Retentissement sur le haut appareil :.....	57
3. Calcul vésical :.....	58
4. Infection urinaire :.....	58

5. Incontinence urinaire :.....	58
H. Les traitements de l’HBP en médecine générale :.....	58
1. Abstention et Surveillance .....	59
2. Traitements médicaux :.....	59
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>71</b>
I. MATERIEL :.....	72
A. TYPE DE L’ETUDE :.....	72
B. POPULATION DE L’ETUDE : .....	72
C. CRITERES D’INCLUSIONS :.....	73
D. CRITERES DE NON-INCLUSIONS : .....	73
E. CONSIDERATIONS ETHIQUES :.....	74
F. DIFFICULTES RENCONTREES :.....	74
II. METHODES :.....	75
A. RECUEIL DES DONNÉES .....	75
B. OUTILS DE RECUEIL ET VARIABLES ETUDIEES .....	75
1. La première partie :.....	75
2. La deuxième partie :.....	76
C. DESCRIPTION ET DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE :.....	79
1. Description du questionnaire : .....	79
2. Distribution du questionnaire :.....	80
D. L’ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES : .....	80
<b>RESULTATS .....</b>	<b>82</b>
I. ETUDE DESCRIPTIVE : .....	83
A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : .....	83
1. Taux de réponse : .....	83
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire :.....	84
II. PEC DE L’HBP PAR LES MG INCLUS DANS L’ETUDE :.....	91
A. Diagnostic de l’HBP : .....	91

1. Les différents moyens diagnostiques de l'HBP utilisés par les médecins généralistes : .....	91
2. L'utilisation de l'IPSS en médecine générale : .....	92
3. Place du toucher rectal dans la pratique urologique quotidienne des MG : ..	94
4. Place de la PSA dans la pratique quotidienne de la médecine générale : ....	97
5. Place de l'échographie dans le diagnostic de l'HBP en médecine générale	101
B. Traitement de l'HBP : .....	103
1. CAT des médecins généralistes devant le diagnostic d'HBP : .....	103
2. Les critères déterminants le choix du traitement médical adoptés par les MG : .....	104
3. Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP : .....	105
4. PEC de l'HBP selon son degré de gravité par les MG : .....	109
5. L'observance évaluée après traitement médical : .....	111
6. Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP : .....	112
7. Recours à la consultation spécialisée d'urologie : .....	113
C. L'ENSEIGNEMENT SUR L'HBP : .....	114
III. ETUDE ANALYTIQUE : .....	115
A. Le sexe : .....	115
B. Secteur d'activité et ancienneté d'installation : .....	115
C. Existence d'une formation supplémentaire en HBP : .....	116
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>117</b>
I. DISCUSSION DES RESULTATS : EVALUATION DES PRATIQUES DU MG : .....	118
A. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MG : .....	118
B. EXISTENCE DE FORMATIONS SUPPLEMENTAIRES ANTERIEURES EN HBP : .....	119
C. ACTIVITE UROLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE : .....	120
D. OPINION DES PRATICIENS SUR LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HBP : .....	121
II. DISCUSSION DES ELEMENTS DIAGNOSTIQUES DE L'HBP DANS NOTRE SERIE : ...	121
A. Volet clinique : .....	121
B. Volet paraclinique : .....	127

III. DISCUSSION DES HABITUDES DE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE DES MG DE NOTRE ENQUETE :	131
A. CAT DES MG DEVANT UNE HBP :	131
B. LES CRITERES CHOISIS PAR LES MG POUR CHOISIR UN TRAITEMENT :	131
C. DISCUSSION DE L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE DES MG :	133
D. OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :	136
E. EVOLUTION DES SYMPTOMES DE L'HBP :	137
F. INDICATIONS NECESSITANT UN AVIS SPECIALISE D'UROLOGIE EN MEDECINE GENERALE :	138
IV. ENSEIGNEMENT ET FORMATION :	141
V. CARACTERISTIQUES MODIFIANT LA PRISE EN CHARGE DE L'HBP :	141
VI. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :	144
CONCLUSION	145
RESUME	147
BIBLIOGRAPHIE	154

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Symptômes liés à l'hyperplasie bénigne de prostate.

Tableau n°2 : Examens complémentaires pour le diagnostic de l'HBP selon les recommandations de la HAS.

Tableau n°3 : Avantages et inconvénients des différents traitements médicaux de l'HBP.

Tableau n°4 : présentation, effets secondaires et contre-indications des extraits de plantes disponibles au Maroc.

Tableau n°5 : présentation, effets secondaires et contre-indications des  $\alpha$ -bloquants.

Tableau n°6 : présentation, effets secondaires et contre-indications des inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase.

Tableau n°7 : Répartition des médecins généralistes vus selon leurs lieux d'installation.

Tableau n°8 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge.

Tableau n°9 : répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'années d'exercice.

Tableau n°10 : les moyens diagnostiques d'HBP utilisés par les MG.

Tableau n°11 : les examens biologiques les plus prescrits par les MG.

Tableau n°12 : tableau comparatif entre les données socio-démographiques des MG de notre série et ceux des autres études.

Tableau n°13 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation de l'interrogatoire dans le cadre du DG de l'HBP.

Tableau n°14 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation du score IPSS.

Tableau n°15 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation du TR.

Tableau n°16 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription du taux de PSA.

Tableau n°17 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription de l'échographie vésico-prostatique.

Tableau n°18 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription de l'ECBU+BU.

Tableau n°19 : tableau comparatif entre les différents critères adoptés par les MG pour choisir un traitement.

Tableau n°20 : tableau comparatif entre les différents traitements médicaux choisis par les MG des différentes études.

## LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : répartition des MG en fonction des tranches d'âge.
- Graphique 2 : Répartition des MG selon le sexe.
- Graphique 3 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.
- Graphique 4 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.
- Graphique 5 : Répartition des MG selon le nombre d'années d'exercice.
- Graphique 6 : Répartition des MG selon le nombre de consultations par jour.
- Graphique 7 : Répartition des MG en fonction de l'existence d'une formation supplémentaire en HBP.
- Graphique 8 : Les éléments diagnostiques de l'HBP utilisés par ordre de fréquence.
- Graphique 9 : Répartition des MG en fonction de l'utilisation du score de sévérité IPSS.
- Graphique 10 : Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-utilisation du score IPSS.
- Graphique 11 : Répartition des MG en fonction de la réalisation systématique du TR.
- Graphique 12 : répartition des MG selon leurs CAT devant un TR à surface hétérogène
- Graphique 13 : répartition des MG selon leur prescription du taux de PSA
- Graphique 14 : Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-prescription du taux de PSA.
- Graphique 15 : les bilans biologiques les plus prescrits par les MG dans le cadre d'un check-up complet
- Graphique 16 : répartition des MG selon la prescription de l'échographie vésico-rénale devant des SBAU
- Graphique 17 : Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-prescription l'échographie vésico-rénale.

Graphique 18 : répartition des MG selon leur CAT devant des symptômes du BAU en rapport avec une HBP

Graphique 19 : Les critères déterminants du choix d'un traitement médical au cours de la prise en charge de l'HBP

Graphique 20 : les différents traitements médicaux choisis par les MG pour traiter l'HBP

Graphique 21 : les contre-indications éliminées par les MG avant la prescription d' $\alpha$ -bloquants

Graphique 22 : répartition des MG selon le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité des  $\alpha$ -bloquants

Graphique 23 : les traitements prescrits par les MG devant des SBAU faibles à modérés + un faible volume prostatique

Graphique 24 : les traitements prescrits par les MG devant des SBAU+volume prostatique + risque de survenue de RAU

Graphique 25 : répartition des MG en fonction du degré d'observance thérapeutique chez leurs patients.

Graphique 26 : répartition des MG en fonction de l'évolution des symptômes des leurs patients après traitement

Graphique 27 : répartition des MG en fonction des différents motifs posant indication de référer leurs patients porteurs d'HBP chez un spécialiste.

Graphique 28 : répartition des MG en fonction des différents moyens qu'ils désirent employer pour recevoir des formations supplémentaires en HBP.

Graphique 29 : activité urologique en médecine générale entre les MG de notre série et ceux de la France et de l'Indonésie.

Graphique 30 : les éléments de diagnostic clinique de l'HBP selon nos résultats et ceux des autres études

Graphique 31 : les éléments de diagnostic paraclinique de l'HBP selon nos résultats et ceux des autres études

Graphique 32 : Critères du choix des traitements médicaux de l'HBP selon les résultats de notre enquête et ceux des études françaises

Graphique 33 : Traitements médicaux de l'HBP selon nos résultats et ceux des autres études

Graphique 34 : Observance au traitement médical de l'HBP d'après notre série et celle de l'étude Trophée-2013

Graphique 35 : Evolution des symptômes de l'HBP selon notre étude et l'étude TROPHEE-2013

Graphique 36 : Indications du recours à l'urologue selon notre étude et l'enquête du Maine-et-Loire

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Coupe sagittale montrant la situation de la prostate au sein des organes génitaux masculins [6].
- Figure 2 : Glandes prostatiques et conduit déférent [7]
- Figure 3 : Anatomie zonale de la prostate selon Mc Neal.
- Figure 4 : Rapports de la prostate (coupe sagittale)
- Figure 5 : Repères anatomiques dans l'HBP [10]
- Figure 6 : La vascularisation artérielle de la prostate [11].
- Figure 7 : Vaisseaux et nœuds lymphatiques pelviens et des organes génitaux chez l'homme.
- Figure 8 : Représentation schématique du trajet des nerfs issus du plexus hypogastrique inférieur dans la région pelvienne (d'après Gil Vernet).
- Figure 9 : Fonctionnement de la prostate normale
- Figure 10 : Prévalence de l'HBP en fonction de l'âge [26]
- Figure 11 : Réponse de la vessie à l'HBP (Mostofi FK)
- Figure 12 : Physiopathologie de l'HBP
- Figure 13 : Développement d'une hyperplasie bénigne de la prostate [40]
- Figure 14 : Modalités pratiques de la réalisation du toucher rectal : A : position gynécologique, B : position genou-pectorale
- Figure 15 : Courbe de débimétrie : A : NORMALE B : PATHOLOGIQUE
- Figure 16 : Algorithme diagnostique pour l'évaluation des SBAU de l'homme après 40 ans.
- Figure 17 : Mécanisme d'action et cibles des différentes molécules destinées à traiter une hyperplasie bénigne de la prostate.
- Figure 18 : Mécanisme d'action du finastéride sur une cellule glandulaire de la prostate.

## LISTE DES ABREVIATIONS

- A-bloquant :  $\alpha$ -bloquant
- AR : récepteurs aux androgènes
- BU : bandelette urinaire
- CAT : conduite à tenir
- DE : dysfonction érectile
- ECBU : examen cyto bactériologique des urines
- FMC : formation médicale continue
- HBP : hypertrophie bénigne de la prostate
- ISAR : inhibiteur de la 5- $\alpha$  réductase
- IR : insuffisance rénale
- MG : médecin généraliste
- OSV : obstruction sous-vésicale
- PEC : prise en charge
- RAU : rétention aigue d'urine
- SBAU : symptômes du bas-appareil urinaire
- TR : Toucher rectal
- TUBA : troubles urinaires du bas appareil

# INTRODUCTION

L'hypertrophie bénigne de la prostate, encore appelée « adénome de prostate », est l'affection urologique la plus fréquente chez l'homme de plus de 50 ans, c'est une affection bénigne se définit anatomiquement par une augmentation de la taille de la prostate non due à un cancer, et histologiquement par une hyperplasie de la zone transitionnelle de la prostate entourant l'urètre sous vésical. Quand elle devient symptomatique, elle peut entraîner des symptômes dits irritatifs et/ou obstructifs. Ces symptômes habituellement regroupés sous le terme de prostatisme ont été nommés dans les recommandations « troubles urinaires du bas appareil (TUBA) ». [1]

Cette pathologie est responsable de la grande majorité des troubles mictionnels de l'homme vieillissant, et peut avoir, de ce fait, une répercussion importante sur la qualité de vie voire être responsable de complications nécessitant le recours à des traitements médicamenteux ou chirurgicaux.

La prévalence de l'HBP augmente avec l'âge et continue d'augmenter du fait du vieillissement de la population ce qui fait de cette pathologie un problème de santé publique, et une préoccupation croissante pour l'ensemble des praticiens intervenant dans sa prise en charge : médecins généralistes, urologues, gériatres, anesthésistes. [1]

La prise en charge initiale s'effectue souvent par le médecin généraliste (MG) et 80 % des traitements médicamenteux prescrits pour la prise en charge de l'HBP le sont par ces derniers.

Les traitements médicamenteux de l'HBP sont la phytothérapie, les  $\alpha$ -bloquants (AB) et les inhibiteurs de la 5- $\alpha$ -réductase (I5AR). Ils visent à améliorer la qualité de vie et les constantes urodynamiques ainsi qu'à diminuer les symptômes et le risque de survenue d'une rétention aiguë d'urines (RAU) ou de recours à la chirurgie. [2]

# OBJECTIFS DE L'ETUDE

## **OBJECTIF PRINCIPAL :**

Évaluer le niveau de pratique actuel des médecins généralistes de la ville de Fès en ce qui concerne l'approche diagnostique et thérapeutique en matière d'HBP.

## **OBJECTIFS SECONDAIRES :**

Situer leur niveau de connaissance en termes de dépistage systématique de cancer de la prostate chez la population à risque.

Déterminer les besoins actuels des médecins généralistes en termes de formation ciblée concernant la prise en charge de l'HBP.

Déterminer les différents facteurs qui peuvent être en mesure d'influencer la prise en charge de l'HBP par les MG.

# GENERALITES

## I. RAPPELS :

### A. RAPPEL ANATOMIQUE :

#### 1. Anatomie descriptive :

##### 1.1- Situation :

La prostate est la glande exocrine la plus volumineuse de l'appareil urogénital masculin. Elle est située au croisement des voies génitales et urinaires. Elle mesure environ 3 cm en longueur et 4 cm en largeur pour une épaisseur de 2,5 cm lorsqu'elle est saine.[3]

C'est une glande impaire annexe de l'appareil de reproduction masculin située au niveau de la cavité pelvienne (figure 1).

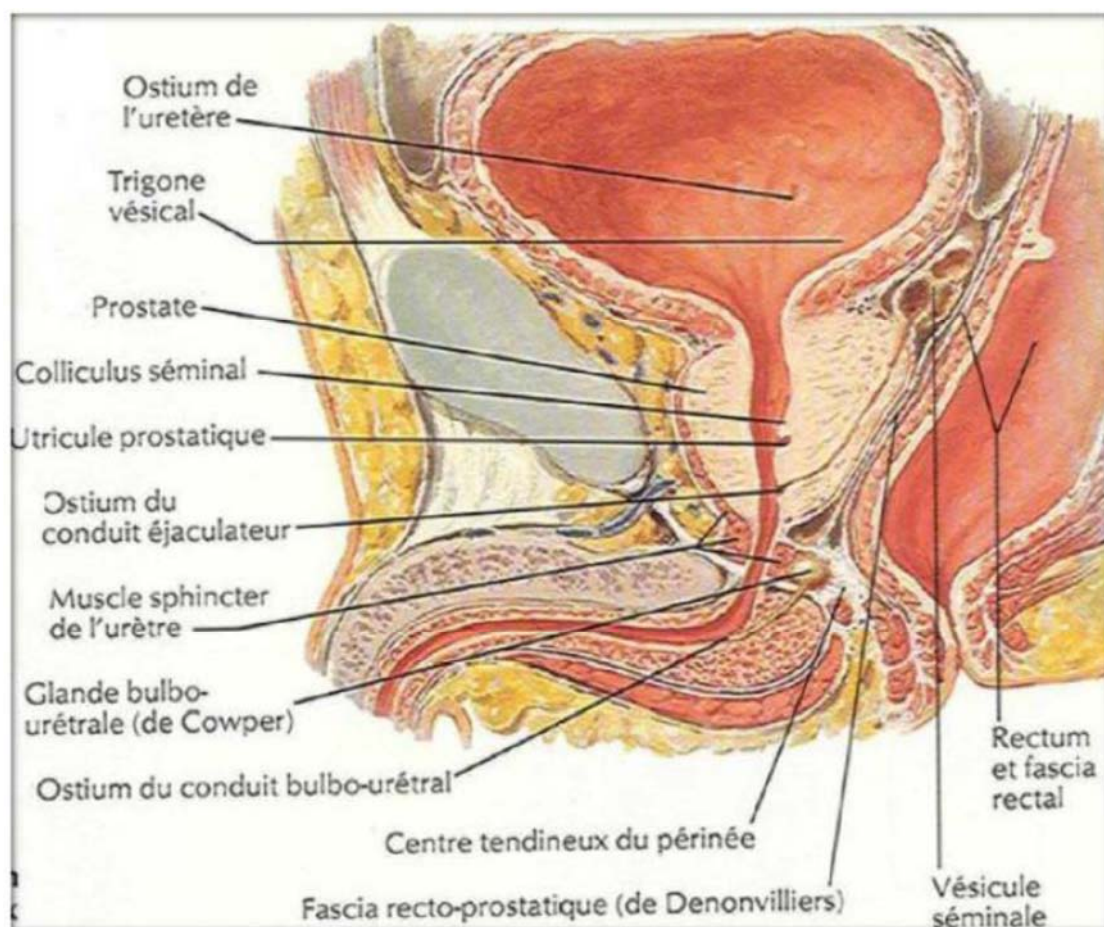


Figure 1 : Coupe sagittale montrant la situation de la prostate au sein des organes génitaux masculins [4].

### **1.2- Configuration externe :**

C'est une glande fibro-musculaire en forme de cône arrondi renversé (environ la taille d'une châtaigne) [5].

Elle a un aspect lisse et homogène et sa couleur varie en fonction de son activité, de gris blanchâtre à rose pâle voire rouge.

De 15 à 20g durant toute la période d'activité génitale intense, elle n'augmente classiquement qu'après la quarantaine [6].

### **1.3- Configuration intérieure :**

Bien qu'étant macroscopiquement homogène la prostate comporte plusieurs zones dont la classification diffère selon les auteurs. Aujourd'hui, la référence est le modèle décrit par Mc Neal [7]. Il est fondé sur de caractéristiques histologiques.

L'urètre est l'axe de référence anatomique divisant la glande en une portion fibromusculaire antérieure et une portion glandulaire postérieure.

L'urètre prostatique fait un angle antérieur de 35 degrés dont le sommet correspond au vérumontanum. Il divise l'urètre en deux segments de longueur équivalente : un segment proximal (ou urètre sus-montanal) et un segment distal (ou urètre sous-montanal), chacun mesurant environ 15 mm de long. (figure 2)

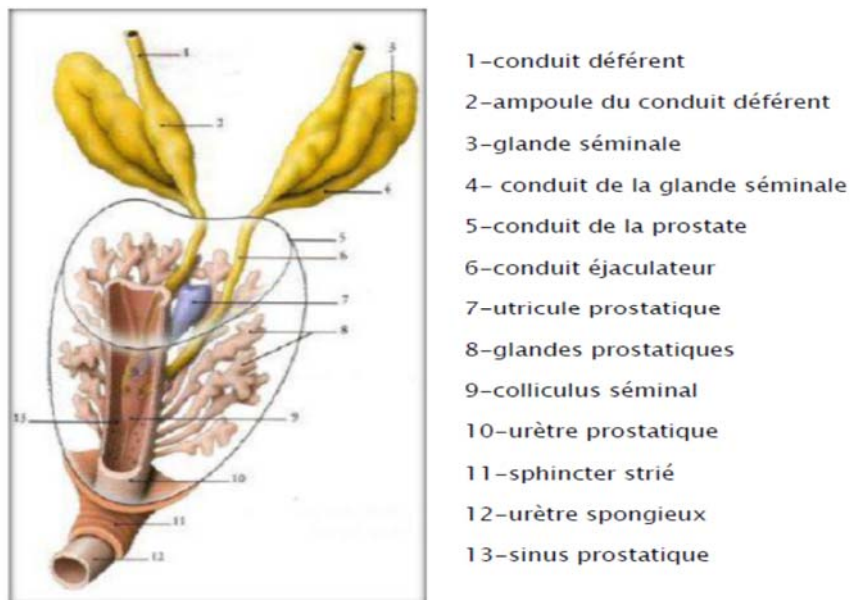


Figure 2 : Glandes prostatiques et conduit déférent.[8]

## 2. Anatomie zonale :

Il existe 5 zones anatomiques : deux sont fibromusculaires et trois sont glandulaires. Les trois zones glandulaires (périphérique, centrale et de transition) occupent 70% de la prostate. [9]. (Figure 3)

**La zone périphérique :** occupe environ 75% du tissu glandulaire. C'est la partie postéro-inférieure et inférieure de la glande. Elle est constituée d'éléments glandulaires dont les canaux s'abouchent de chaque côté de l'urètre distal. Ses cellules ont un cytoplasme large avec de petits noyaux et il y a peu de stroma fibreux. Elle est le siège de 70% des cancers et de la plupart des prostatites ; cette zone est accessible au toucher rectal et aux ponctions biopsiques.

**Zone centrale :** occupe 25% du tissu glandulaire. De forme conique à sommet inférieur, elle occupe la partie postéro-supérieure de la glande. Elle entoure les canaux éjaculateurs. Elle est au contact de l'urètre sus-montanal seulement dans le segment situé au-dessus du vérumontanum. Elle est constituée d'éléments glandulaires avec un stroma peu important et des noyaux beaucoup plus volumineux que ceux de la zone périphérique. Elle est le siège de 10% des cancers. Elle s'atrophie avec l'âge.

**La zone de transition** : elle n'occupe que 5% du tissu glandulaire. Elle est composée de deux petits lobes bordant les faces postéro latérales et inférieures de l'urètre proximal au-dessus du vérumontanum. Elle est le site exclusif de l'HBP avec les éléments glandulaires du sphincter pré prostatique. Elle est le siège de 20% des cancers.

**Le stroma fibromusculaire antérieur** : occupe 30% de la prostate. Il recouvre la partie antéro latérale de la prostate. Il est constitué de fibres musculaires lisses sans élément glandulaire, épais en avant et s'amenuise avec l'apex et en latéral, formant la capsule de la prostate. Il est en continuité en haut avec les fibres musculaires du col vésical et en bas avec celles du sphincter strié externe de l'urètre. Son épaisseur maximale est de 0.5 à 1 cm.

**La zone des glandes péri-urétrales** : donne naissance au lobe médian et se situe dans la paroi musculaire lisse de l'urètre. Elle représente moins de 1% du tissu prostatique. Elle est le point de départ exclusif de l'hypertrophie prostatique du type lobe médian.

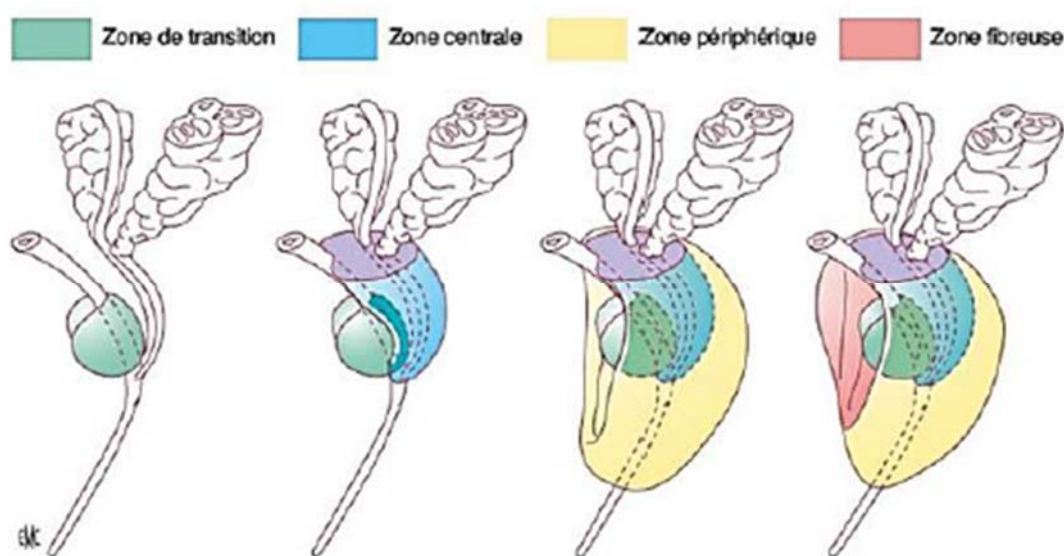


Figure 3 : Anatomie zonale de la prostate selon Mc Neal.

### **3. Anatomie topographique/Rapports :**

La prostate est comprise dans une coque fibreuse (la capsule prostatique) et elle est en rapport [10] :

- En haut avec le col de la vessie ;
- En bas avec le plancher pelvien ;
- En avant avec la symphyse pubienne par l'intermédiaire du fascia prostatique antérieur ;
- En arrière avec le rectum par l'intermédiaire de l'aponévrose de Denonvilliers. On pourra donc apprécier la taille de la prostate par un toucher rectal.

La gaine hypogastrique ou fascia hypogastrique entoure toute la glande. C'est un tissu conjonctif de soutien qui se poursuit latéralement en s'épaississant avec le fascia pelvien recouvrant les structures musculaires latérales. Dans sa partie antérieure et antérolatérale, elle fusionne avec la capsule prostatique et s'épaissit en avant, soutenant le plexus veineux de Santorini et la veine dorsale de la verge. A ce niveau il est dénommé aponévrose pré prostatique.

Le fascia hypogastrique s'épaissit à la base de la prostate, entourant la portion distale des vésicules séminales et le col vésical. Il est en continuité en arrière avec l'aponévrose prosto-péritonéale de Denonvilliers, espace contenant des éléments graisseux et fibro-musculaire. En bas, le fascia hypogastrique se poursuit avec les éléments de l'aponévrose périnéale profonde qui recouvre le diaphragme urogénital.

L'urètre traverse verticalement la prostate, de la base à son sommet ; on parle d'urètre prostatique. Il représente la structure clé autour de laquelle s'arborisent les canaux de chaque région glandulaire.

A la partie postéro-inférieure de l'urètre prostatique se trouve une protubérance : le vérumontanum, aussi appelé colliculus séminal, et son centre une dépression appelée utricule prostatique.

De chaque côté de l'utricule prostatique s'abouchent les orifices des canaux éjaculateurs, formés par la réunion des vésicules séminales et des canaux déférents. Ainsi, la connexion entre les voies urinaires et de la reproduction se fait dans la partie prostatique de l'urètre (Figure 4). L'urètre prostatique est entouré à sa limite proximale d'un sphincter lisse qui, par contraction, empêche l'éjaculation rétrograde et à sa limite distale d'un sphincter strié qui permet d'assurer la continence.

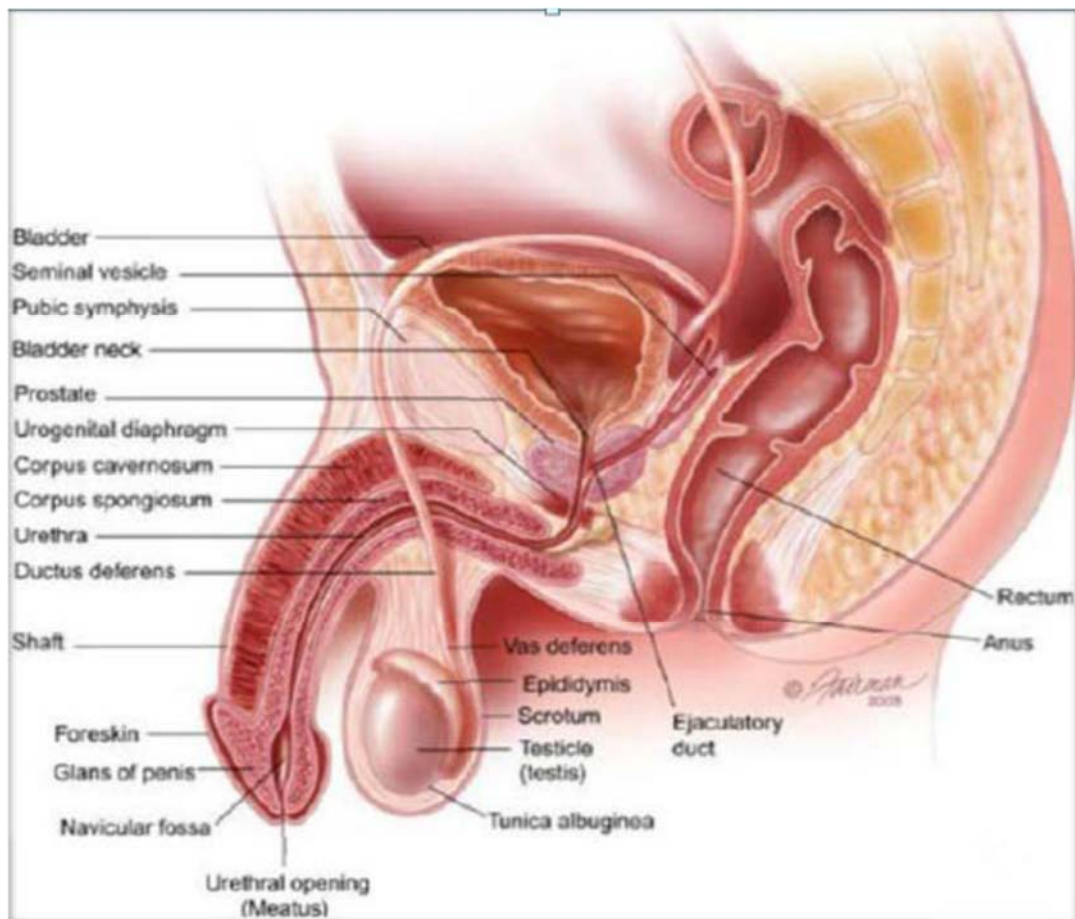


Figure 4 : Rapports de la prostate (coupe sagittale)

#### **4. Anatomie endoscopique :**

La connaissance de cette anatomie est d'une importance capitale dans la pratique de la résection endoscopique. Avant de commencer la résection endoscopique, la localisation des différents points de repères est indispensable. (Figure 5).

Les repères les plus importants tels qu'ils apparaissent avec un optique se présentent comme suit :

- Trigone et orifices urétéraux ;
- Le lobe médian intra vésical ;
- Les lobes latéraux hypertrophiés tels qu'on les voit entre le col de la vessie et le vérumontanum ;
- Le sphincter externe et l'urètre membraneux.

Quand il existe une importante hypertrophie prostatique avec une protrusion intra vésicale marquée, il se crée en arrière une zone aveugle à la cystoscopie, et les orifices urétéraux peuvent ne pas être visibles à l'optique. Le vérumontanum est le repère le plus important, il représente une limite de sécurité pour le sphincter externe. Le sphincter externe commence juste au-dessous du vérumontanum, constitué de bandes circulaires qui se plissent lors du passage du cystoscope. À la résection des lobes apicaux autour du vérumontanum, il y a un risque d'endommagement du sphincter externe en cas de non-repérage. [11]

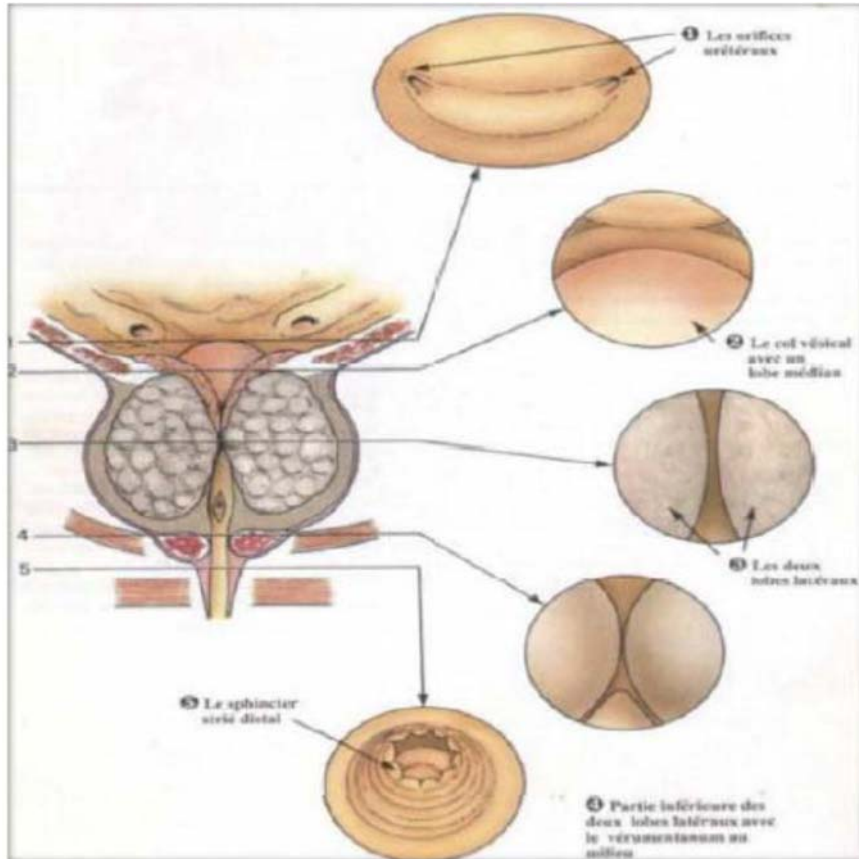


Figure 5 : Repères anatomiques dans l'HBP [11]

## **5. Vascularisation et innervation :**

### **5.1- Artères :**

L'artère vésicale inférieure donne habituellement :

Une ou plusieurs branches vésico-prostatiques qui pénètrent la base de la prostate, près du col vésical, pour descendre le long de l'urètre prostatique jusqu'au colliculus séminal. Elles vascularisent le col vésical, l'urètre, les conduits éjaculateurs et la portion prostatique adjacente supra-colliculaire. Ce groupe des artères se développe de façon importante en cas d'hypertrophie bénigne pour irriguer l'ensemble de cette néoformation. (Figure6)

- Des branches prostatiques qui parcourent les faces latérale et postérieure avant de pénétrer dans la glande. Elles vascularisent la majeure partie de la prostate.
- L'artère honteuse interne qui participe à la vascularisation de la zone fibromusculaire.
- L'artère du conduit déférent et l'artère rectale moyenne participent accessoirement à sa vascularisation. [12]

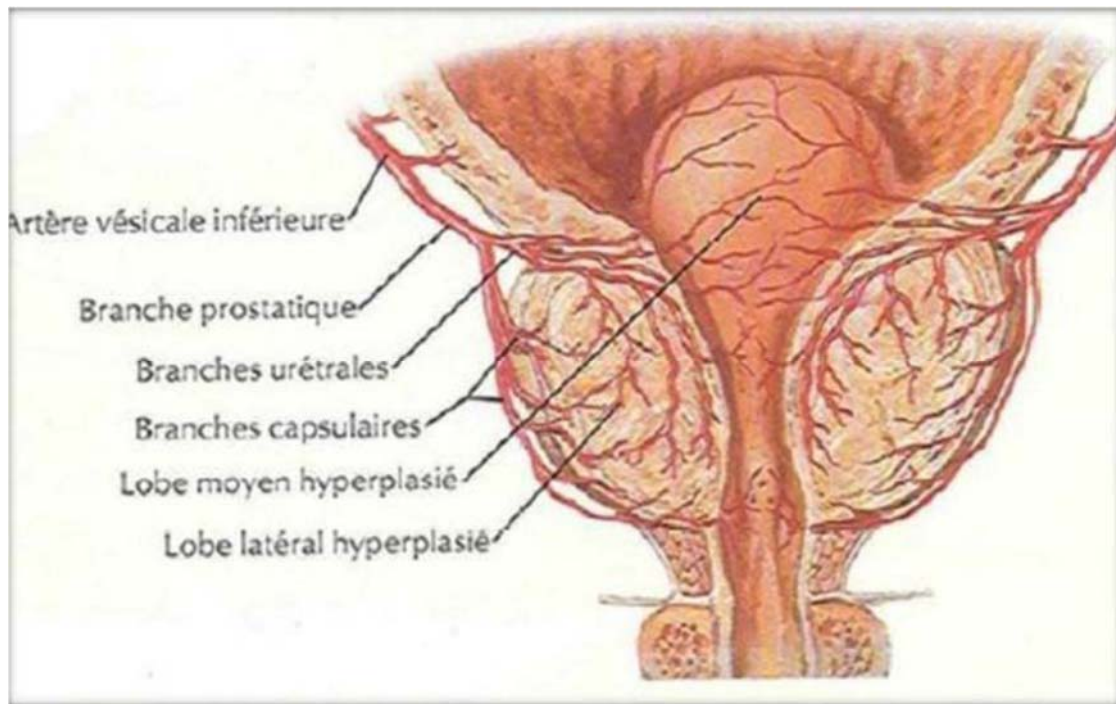


Figure 6 : La vascularisation artérielle de la prostate [12].

### 5.2- Drainage veineux :

Le retour veineux prostatique se jette dans le plexus de santorini. Il se compose de trois groupes distincts :

- Un groupe superficiel antérieur qui chemine à la face antérieure de la prostate ;
- Deux groupes latéraux, intimement en relation avec le groupe antérieur grâce à de nombreuses veines communicantes qui traversent le fascia endopelvien. Ces deux groupes latéraux ont également des ramifications avec les plexus obturateurs.

L'ensemble du réseau veineux forme une sorte de maillage autour de la prostate, se réunissent en formant les veines vésicales inférieures qui se jettent dans la veine iliaque interne. [12].

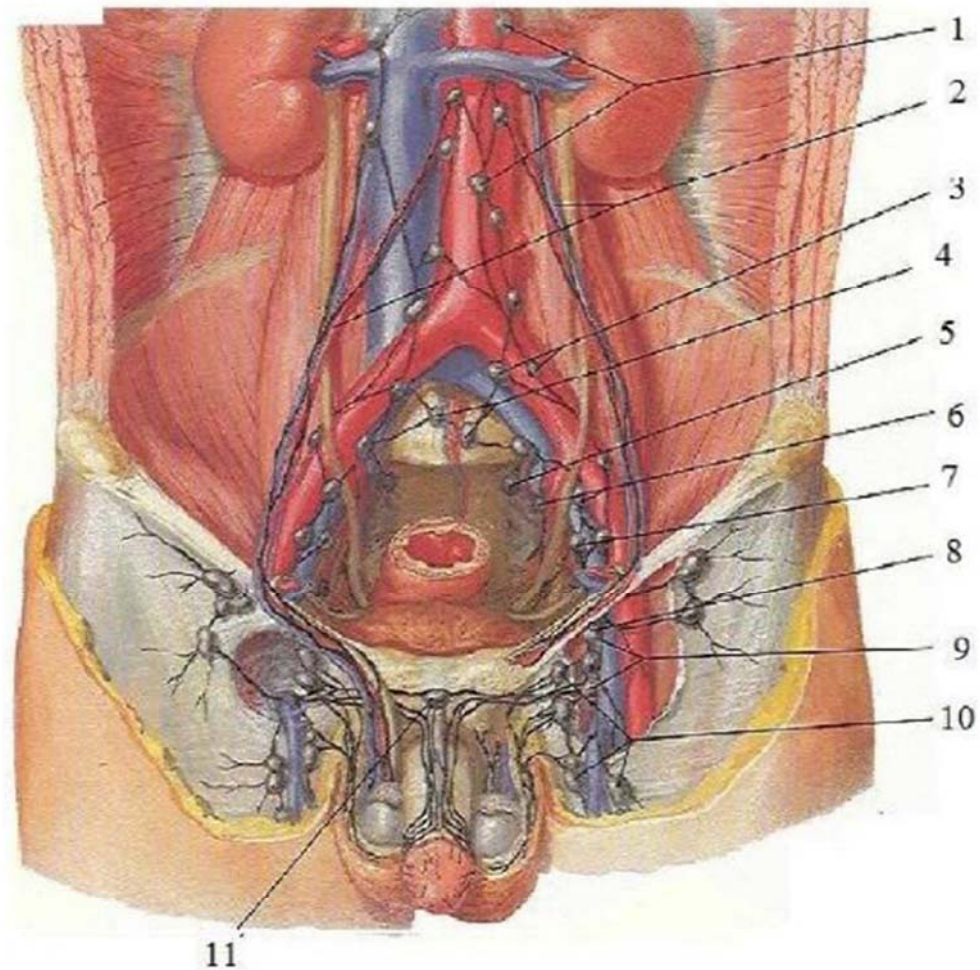
### 5.3- Drainage lymphatique :

Il est proche de celui des autres organes pelviens avec la notion de lymphocentre ilio-pelvien qui reçoit tous les lymphatiques des organes pelviens et qui est subdivisé suivant les axes vasculaires en : (Figure 7)

- Iliaque externe, constant, comprenant trois courants artériels (trois ganglions), artério-veineux (deux ganglions) et sous-veineux (quatre à cinq ganglions).
- Iliaque interne, comprenant un ganglion à l'origine des branches de division de l'artère iliaque interne (ombilicale, vésico-prostatique, pudendale, rectale moyenne et sacrée latérale)
- Iliaque commune, avec deux ganglions latéraux, deux ganglions postérieurs dans la fosse lombo-sacrée au niveau du promontoire.

Le drainage lymphatique de la prostate se fait depuis la glande vers les angles postéro-latéraux de la prostate principalement.

Le drainage de la base prostatique se fait vers les ganglions sous veineux de la chaîne iliaque externe et parfois vers les ganglions artério-veineux de la même chaîne. Le drainage de la partie moyenne de la glande s'effectue vers le ganglion ombilical vésico-prostatique et rectal, dans l'émergence des branches à leur origine sur l'artère iliaque interne. L'apex prostatique se draine par des collecteurs qui longent le muscle élévateur de l'anus dans l'axe des lames sacro-pubiennes puis vers les ganglions sacrés latéraux du groupe iliaque interne ou vers les ganglions pré-sacrés du promontoire de la chaîne iliaque commune. [13]



- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Nœuds pré-aortiques           | 7. Nœuds iliaques externes         |
| 2. Trajets depuis les testicules | 8. Nœud inguinal profond suprême   |
| 3. Nœuds iliaques communs        | 9. Nœuds inguinaux profonds        |
| 4. Nœuds du promontoire          | 10. Nœuds inguinaux superficielles |
| 5. Nœud sacral                   | 11. Nœud pré-symphysaire           |
| 6. Nœuds iliaques internes       |                                    |

Figure 7 : Vaisseaux et nœuds lymphatiques pelviens et des organes génitaux chez l'homme. (Atlas d'Anatomie Humaine : Planche 375)

#### 5.4- Innervation :

Le plexus sympathique prostatique est constitué par les filets nerveux situés sur les faces latérales de la prostate. Ces nerfs proviennent du plexus hypogastrique.

L'innervation parasympathique est assurée par les nerfs viscéraux provenant du plexus sacré (S3 et S4). Ces nerfs stimulent la sécrétion de liquide séminal alcalin diluant le sperme, ils assurent aussi la contraction des fibres musculaires permettant le transport de ce liquide jusqu'à l'urètre [14].

Les branches terminales des plexus nerveux hypogastriques inférieurs sont situées dans le plan inter-fascial de chaque côté de la prostate et dans le dédoublement de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers.

La terminaison des lames sacro-recto-génito-pubiennes contient les fibres nerveuses sensibles, sympathiques et parasympathiques issues et destinées aux organes pelviens, à l'urètre et aux corps érectiles du pénis. Dans certains cas, des nerfs somatiques moteurs traversent le Levator ani pour rejoindre le trajet latéro-vésico-prostatique et se destinent au sphincter de l'urètre.

Les nerfs destinés au corps érectile du pénis issus de la partie inférieure des plexus hypogastriques inférieurs cheminent dans ce qu'il est convenu d'appeler « les bandelettes neuro-vasculaires », mais plus précisément s'étalent sur les faces latérales de la prostate dans le plan interfascial et en arrière de la prostate dans le dédoublement de l'aponévrose de Denonvilliers [15].

Les nerfs de l'érection rejoignent alors les corps caverneux en passant de part et d'autre du sphincter strié et de l'urètre membraneux [16].

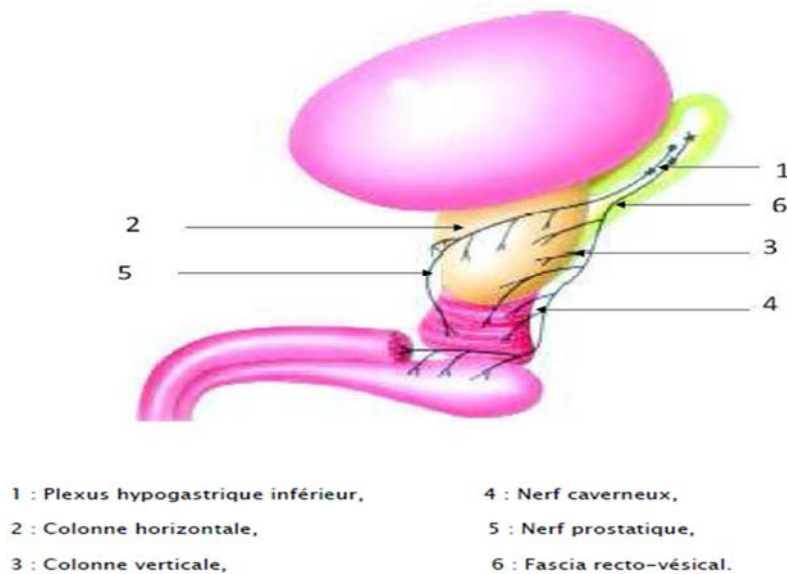


Figure 8: Représentation schématique du trajet des nerfs issus du plexus hypogastrique inférieur dans la région pelvienne (d'après Gil Vernet).

## **B. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :**

En raison de la localisation au carrefour des voies spermatiques et urinaires, la prostate est impliquée dans la miction, la fertilité et l'éjaculation. Les sécrétions prostatiques participent à la formation du sperme et constituent 30% du volume du plasma séminal, soit 0,5 à 1 ml.

Celui-ci est essentiellement composé de liquide sécrété par les vésicules séminales, les glandes bulbo-urétrales (glandes de Cowper) et la prostate. Les sécrétions prostatiques se présentent sous la forme d'un liquide blanchâtre, trouble, avec un pH acide de 6,4. Elles contiennent :

- Des protéines.
- Des électrolytes (Mg, Zn).
- Du cholestérol, contenu dans des vésicules membranaires de phospholipides.
- De l'acide citrique.

Les principales protéines sont l'antigène spécifique prostatique (PSA), la phosphatase acide prostatique, la protéine de sécrétion prostatique (spermine, qui donne son odeur au sperme) et l'albumine.

L'antigène spécifique prostatique est une glycoprotéine, dont le poids moléculaire est de 34 kD. Sa fonction est de liquéfier le sperme en hydrolysant les protéines sécrétées par les vésicules séminales ; elle libère donc les spermatozoïdes du coagulum du sperme. Parmi les électrolytes sécrétés, le zinc joue un rôle important, antibactérien et dans la liquéfaction du sperme. Le pH acide du liquide prostatique est un facteur de vitalité et de mobilité des spermatozoïdes.[17]

Le fonctionnement normal de la prostate repose sur les interactions entre épithélium et stroma, sous l'influence des androgènes (et dans une moindre mesure des œstrogènes) qui guident la différenciation, l'activité cellulaire et l'apoptose, ainsi que l'action des facteurs de croissance et des vitamines. [18]

La régulation de la cellule prostatique inclut différents mécanismes. Les systèmes impliqués font intervenir les éléments suivants [19] :

- Des facteurs endocrines : qui sont des signaux sécrétés à distance (testicules, surrénales, hypophyse...) arrivant à la prostate par la circulation sanguine (testostérone, œstradiol, LH, FSH, prolactine, insuline)
- Des signaux neuroendocrines : provenant d'une stimulation neuronale comme la sérotonine, l'acétylcholine, la noradrénaline et autres neuropeptides
- Des facteurs paracrines ou des facteurs de croissance (b-FGF, EGF, IGF...) produits localement par la prostate, diffusent localement vers les cellules adjacentes via la matrice extracellulaire et stimulent ou inhibent la croissance.
- Des facteurs autocrines ou des facteurs de croissance qui sont libérés par la cellule et qui reviennent sur cette même cellule pour réguler la croissance et la fonction.

- Des facteurs intracrines : à l'inverse des facteurs autocrines, ils ne sont pas libérés par la cellule qui les secrète. Il ne peut s'agir de produit issu du métabolisme de la testostérone
- Des interactions épithélium-membrane, polarisant la cellule, mettent en jeu des facteurs de la matrice extracellulaire qui établissent des contacts directs en s'attachant par des intégrines à la membrane basale et à des composants de la matrice extracellulaire
- Des interactions cellule-cellule de l'épithélium et du stroma par des jonctions avec des protéines intramembranaires comme les molécules d'adhésion cellulaire CAM (par exemple, l'ovomoruline) qui couplent les cellules voisines.

Au-delà de l'effet des androgènes et des œstrogènes, les vitamines (Principalement A et D) sont impliquées dans le métabolisme prostatique [20].

La vitamine D participe à la différenciation de l'épithélium prostatique, régule négativement l'effet stimulant des androgènes, et elle est capable d'inhiber la prolifération de cellules tumorales provoquant l'arrêt du cycle cellulaire, la différenciation, voir l'apoptose [21,22].

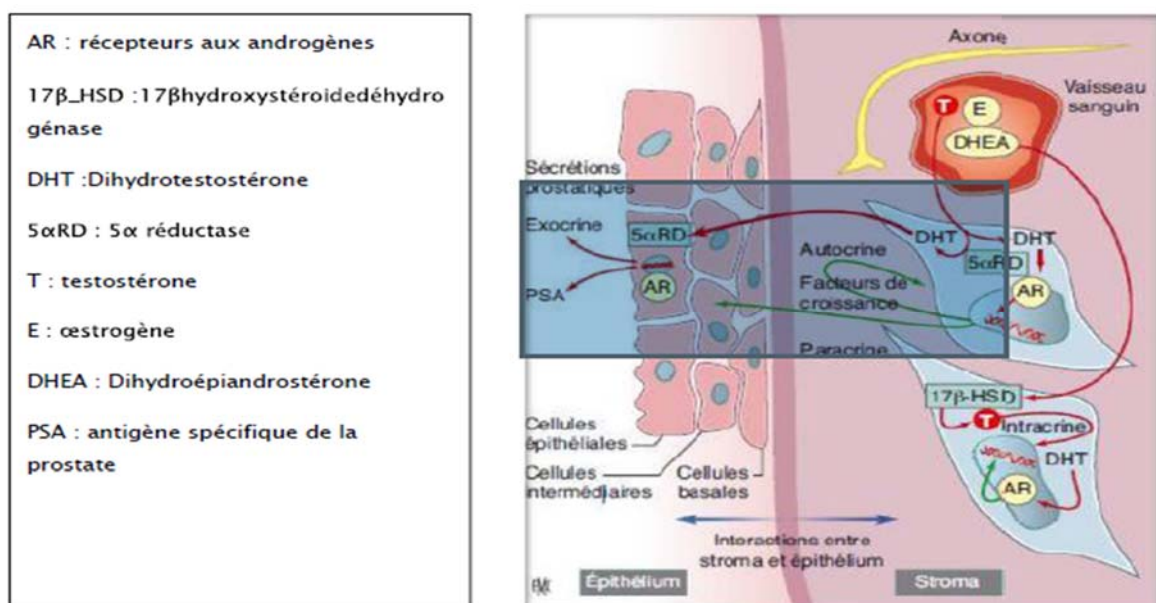


Figure 9 : Fonctionnement de la prostate normale

Le rôle physiologique de la prostate lors de la miction est probablement mineur. La zone fibromusculaire antérieure, en se relâchant, pourrait avoir une fonction de déverrouillage prostatique lors du déclenchement de la miction.

En ce qui concerne l'éjaculation, la prostate prend surtout une part active dans la première phase. Durant cette phase, la musculature lisse de la prostate, de l'épididyme, du canal déférent et du canal éjaculateur se contracte et les différents constituants du sperme s'accumulent dans l'urètre prostatique. Ce dernier se dilate entre les sphincters, lisse proximal et strié distal et forme le sinus prostatique.

Lors de la deuxième phase de l'éjaculation, le rôle de la prostate est moindre. Le sphincter lisse du col est fermé tandis que le sphincter distal s'ouvre. Le sperme est projeté à travers le méat urétral sous l'effet des contractions de l'urètre, des vésicules séminales et des muscles du périnée. Les contractions compriment la prostate qui évacue une nouvelle quantité de liquide prostatique.

Chez le patient ayant subi une adénomectomie prostatique, le sphincter lisse est détruit et le col de la vessie reste béant. Lors de l'éjaculation, le sperme prend le chemin le plus facile : il reflue dans la vessie. C'est l'éjaculation rétrograde [23].

## II. L'HYPERPLASIE BENIGNE DE LA PROSTATE :

### A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

L'hypertrophie bénigne de la prostate est très fréquente (2ème intervention chirurgicale après la cataracte chez les hommes > 65ans).

- Incidence : 9/1000 entre 40-49 ans
- 30/1000 entre 50-59 ans
- 50/1000 entre 60-69 ans
- 60 /1000 > 70 ans [24]

Et donc avant 50 ans, son incidence est très faible. A partir de 50 ans, âge qui correspond à la deuxième poussée de croissance prostatique, la fréquence de l'HBP augmente [25].

Ainsi le pourcentage d'hommes atteints par cette affection est estimé à :

- 50% à 60 ans.
- 90% à 80 ans.

Entre ces deux âges, l'âge moyen de détection est de 65 ans, ce qui signifie qu'un certain nombre de sujets atteints ne sont pas dépistés et diagnostiqués. [26]

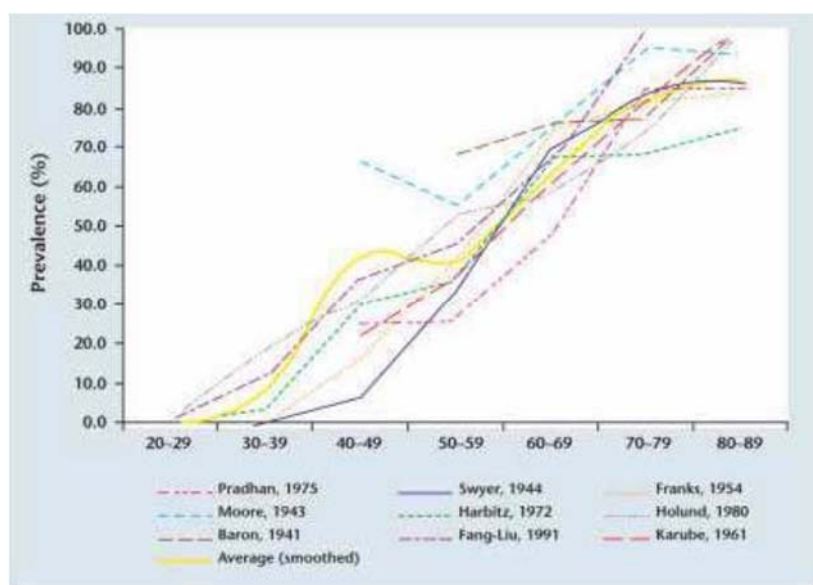


Figure 10 : Prévalence de l'HBP en fonction de l'âge [27]

Ces chiffres élucidés dans la figure (11) correspondent à la fréquence de l'HBP anatomique et non à la fréquence de l'expression clinique de la maladie (il n'existe pas de corrélation entre le volume de la prostate et les symptômes cliniques ressentis par le patient) [28].

Malgré la grande prévalence de l'HBP et la fréquence de sa prise en charge clinique, son épidémiologie est aussi difficile à définir que l'HBP elle-même. En effet, la définition histologique de l'HBP est inapplicable et sans intérêt dans le cadre d'études épidémiologiques.

Une définition plus clinique se heurte au fait que les symptômes ne sont pas spécifiques (les scores symptomatiques d'une population masculine et féminine ayant été retrouvés identiques), que l'hypertrophie glandulaire, imparfaitement appréciée par le toucher rectal, ne résume pas la maladie, de même qu'il existe plusieurs causes d'obstruction sous vésicale. [29]

Il y'a plusieurs facteurs qui permettent d'apprécier le risque de progression de l'HBP :

- Le 1er facteur est l'âge du patient :

La prostate augmente de taille avec l'âge alors que la vessie s'altère. Au-delà de 60 ans, le risque de RAU est 2 fois supérieur à celui des patients plus jeunes, ce risque est linéaire âge. [30]

- Le 2eme facteur de risque est le volume de la prostate :

Lorsque le volume de la prostate est  $>30\text{ml}$ , le risque de progression de l'HBP est significativement augmenté : progression de l'IPSS, du risque de RAU et du risque de traitement chirurgical. [31]

- Le 3eme facteur mis en évidence est le PSA avec un seuil  $>1.6\text{ng/ml}$  associé à une augmentation de risque de progression.

De même Un IPSS > 7 ou une débitmétrie diminuée ( $Q_{max} < 12 \text{ ml/min}$ ) sont des facteurs prédictifs de risque de RAU [32]. D'autres facteurs de risque potentiels font l'objet de plusieurs travaux expérimentaux, comme le syndrome métabolique, l'inflammation chronique, l'activité physique, l'état dépressif et la consommation d'alcool.

## **B. HISTOIRE NATURELLE DE L'HBP :**

Le processus prend des années et évolue de façon très progressive. Les symptômes liés à l'adénome évoluent de façon lente et insidieuse sur plusieurs années. Quand la prostate augmente de volume, elle tente à comprimer l'urètre et gêne ainsi la vidange normale de la vessie. Ce mauvais fonctionnement se traduit par des symptômes : diminution de la force du jet, jet intermittent, difficulté à démarrer le jet, envies pressantes d'uriner, gouttes retardataires, envies fréquentes d'uriner en particulier la nuit.

Au début, la diminution de la force du jet est surtout perceptible le matin au réveil ou après s'être retenu pendant longtemps. La paroi de la vessie devient plus épaisse (vessie de lutte) et tolère moins bien le remplissage entraînant des envies d'uriner fréquentes et une mauvaise vidange de la vessie.

L'obstacle à la vidange vésicale est d'abord bien compensé par la contraction du détrusor, puis entraîne une phase d'hypertrophie du détrusor, puis une phase de décompensation avec un détrusor atone, un résidu post mictionnel important avec distension de la vessie et des reins. Le traitement doit intervenir avant que la vessie et les reins ne se détériorent de façon irréversible. (Figure 11)

Le volume de la prostate n'a pas d'influence directe sur la gravité des symptômes. Certains hommes avec une prostate très volumineuse ont peu de symptômes tandis que d'autres avec une prostate peu volumineuse vont être très

gênés. Cela est probablement dû à la différence de composition de l'adénome qui peut être plus ou moins glandulaire ou plus ou moins fibreux. Le volume de la prostate ou l'augmentation du volume ne sont donc pas à eux seuls des facteurs de gravité de la maladie, et ne sont pas des arguments pour décider un traitement ou une intervention

Parfois, les symptômes sont minimes jusqu'à la survenue d'un blocage complet et brutal avec impossibilité complète d'uriner malgré une envie pressante. Cette "rétention aigue des urines" peut survenir sans cause particulière ou être déclenchée par la prise de certains médicaments. Parfois l'hypertrophie bénigne de la prostate peut causer des problèmes plus sérieux : infections urinaires, dilatation rénale avec insuffisance rénale, calculs vésicaux, incontinence urinaire, distension vésicale. Le traitement doit être suffisamment précoce pour éviter le passage à ces complications.

[24]

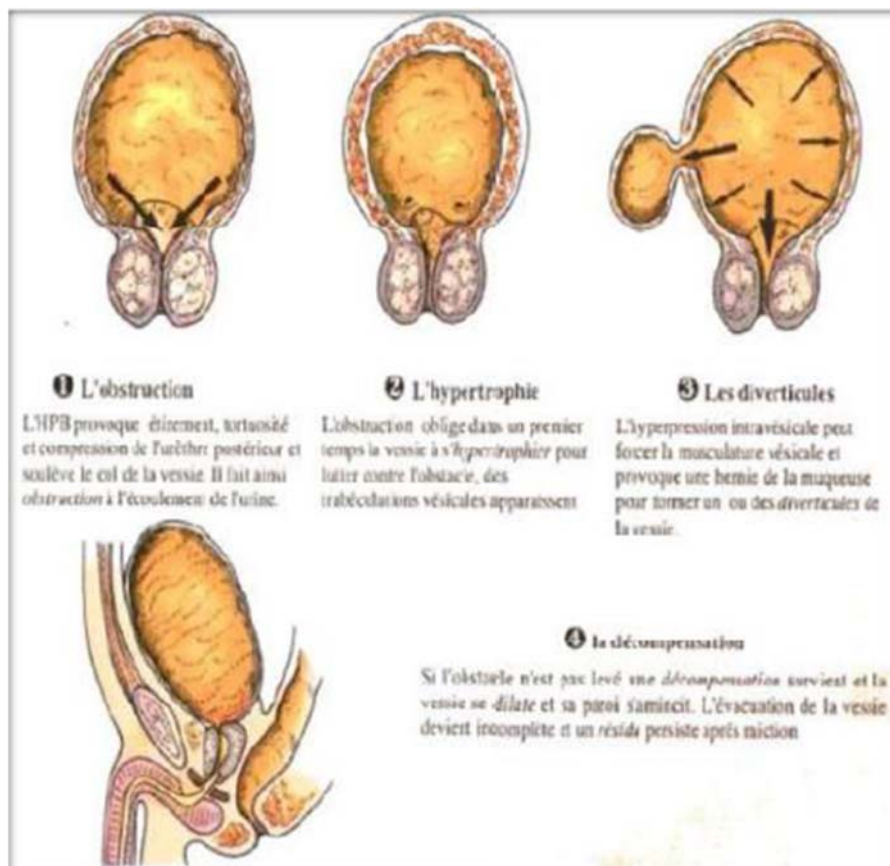


Figure 11 : Réponse de la vessie à l'HBP (Mostofi FK)

## **C. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'HBP :**

La physiopathologie de l'HBP fait intervenir plusieurs paramètres perturbant les fonctions et les interactions cellulaires. Ces paramètres sont :

- **Les anomalies locales du système nerveux autonome :**

Notamment des modifications du système enképhalinergique en lien avec un tonus  $\alpha$  1 adrénergique augmenté ce qui aboutit à une baisse de relaxation des cellules musculaires lisses de la prostate.

- **Les fonctions endocrines prostatiques :**

Les niveaux intra prostatiques de testostérone biodisponible sont abaissés chez les patients porteurs d'HBP, et le rapport estradiol/testostérone biodisponible augmente.

Une régulation positive des AR est cependant rapportée avec l'âge. Par ailleurs, il a été noté une corrélation entre le gène CYP17 de la 17  $\alpha$ -hydroxylase, enzyme clé de la synthèse de la testostérone, et le poids de la prostate.

- **Les cellules neuroendocrines :**

Leur rôle reste mal connu, leur densité semble abaissée dans les nodules de l'HBP mais à la périphérie de ces nodules, des concentrations élevées ont été rapportées.

- **Les interactions entre stroma et épithélium :**

En relation avec le déséquilibre androgènes/œstrogènes accompagnant l'avancée en âge, plusieurs mécanismes ont été incrustés en HBP : Les cellules basales produisent une quantité augmentée de FGF-2 et TGF- $\beta$ 1, qui génère un stroma « réactif », avec croissance des cellules musculaires, production de matrice extracellulaire abondante et transdifférenciation des fibroblastes en myofibroblastes. Cette hyperplasie fibromusculaire médié par le FGFR (IIIc) s'accompagne avec des phénomènes d'angiogenèse. La production d'andromédines (facteurs de croissance régulés par les androgènes) tel FGF-7 induit une hyperplasie épithéliale via la stimulation des FGFR (III et IV).

Tous ces mécanismes semblent favoriser la progression cellulaire et le défaut d'apoptose pour mener à l'HBP.

- **Les anomalies épithéliales :**

L'HBP accompagne l'apparition de cellules épithéliales luminales, de granules de sécrétions dites « corpora amylacea », ainsi que de calculs et calcifications intra prostatiques qui perturbent le drainage canaliculaire et favorisent les épisodes d'inflammation. Le TGF- $\beta$ 1 accentue la croissance des cellules épithéliales et augmente ce phénomène.

- **Le système immunitaire/inflammation :**

L'association entre inflammation chronique et HBP a souvent été évoquée. Les cellules inflammatoires notamment LT 4 et LT 8, les cytokines (IL5) et l'interféron gamma dans le stroma ainsi que dans les cellules basales et stromales, et IL8 dans les cellules épithéliales ont donc été impliqués dans le mécanisme de l'HBP.

Il existe par ailleurs d'authentiques cas d'infection chronique (prostatite chronique) aggravant les troubles cliniques de manière remarquable.

- **Les anomalies génétiques :**

Aucune mutation génétique ni polymorphisme génique ne sont connus pour être associés à l'HBP. Cependant, l'expression de nombreux gènes est modifiée dans les tissus de l'HBP, en particulier ceux associés aux facteurs de croissance et aux cytokines (certains oncogènes sont aussi exprimés différemment).

Par ailleurs, un défaut de méthylation de l'ADN a été mis en évidence dans les tissus de l'HBP.

Les gènes des protéines impliquées dans le métabolisme des androgènes sont corrélés positivement avec le poids de la prostate (AR, récepteur de la vitamine D, récepteur  $\alpha$ 1 adrénergique, nicotinamide adénine dinucléotide [phosphate] hydrogéné : NAD [P] H quinone oxydoréductase, CYP17). [33]

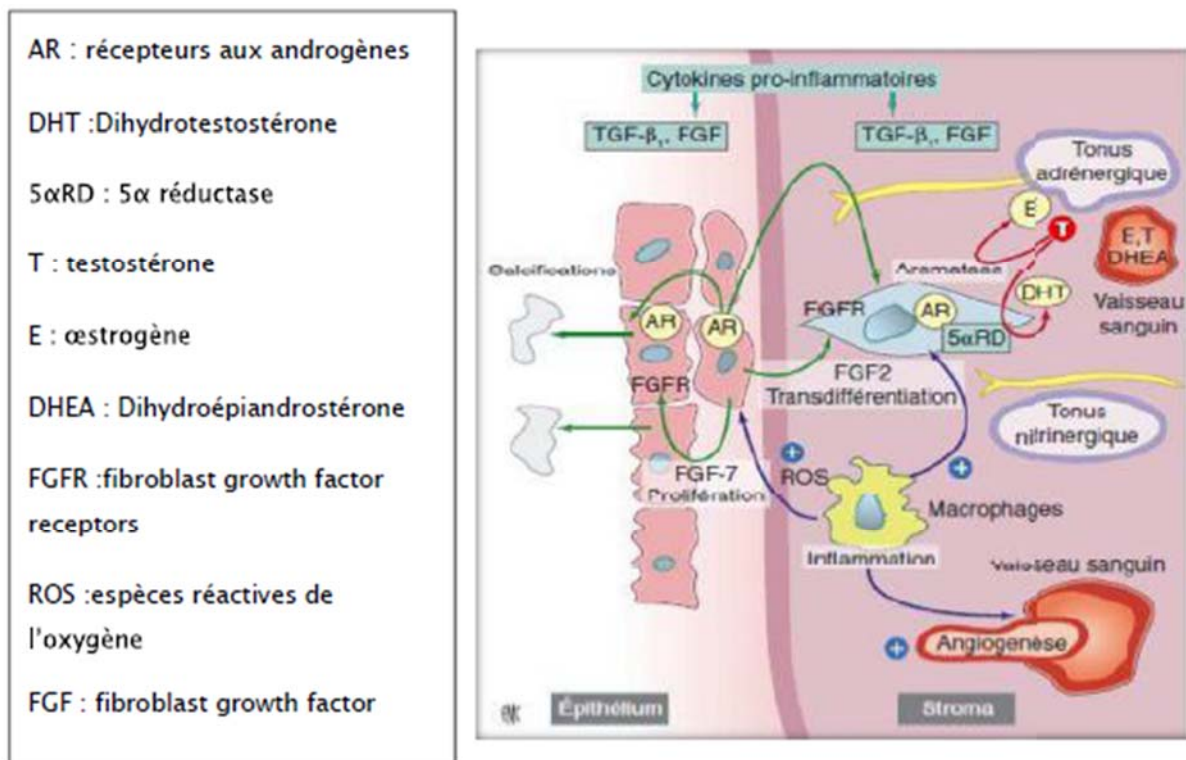


Figure 12 : Physiopathologie de l'HBP

Au total, l'étiologie de l'HBP est multifactorielle, mais elle est aussi peu connue. Un âge avancé et la présence d'obstacles fonctionnels sont les deux facteurs les plus souvent présents pour le développement d'HBP [34,35].

La prostate est fortement dépendante des androgènes pour sa croissance et pour son intégrité fonctionnelle et structurale. [36]

Il en résulte alors deux hypothèses alors peuvent expliquer l'HBP :

- Hypothèse hormonale : certains travaux ont montré une augmentation avec l'âge des concentrations de dihydrotestostérone (D.H.T.) accumulés dans la prostate [37].

Par ailleurs, chez les hommes castrés et chez les hommes ayant un déficit génétique en 5α-réductase (enzyme transformant la testostérone en D.H.T), il n'y a jamais d'HBP. Les œstrogènes auraient un rôle d'initiateur ou de cofacteur de la pathologie [38].

- Hypothèse des facteurs de croissance et apoptose : le rôle des facteurs de croissance dans le développement de l'HBP apparaît très complexe : un équilibre s'installe entre les facteurs de croissance sécrétés par le stroma ou l'épithélium prostatique (EGF : Epidermal Growth Factor, KGF : Keratinocyte Growth Factor, b-FGF : basic Fibroblast Growth Factor, IGFs : Insulin Growth Factors) et ceux qui ont une action inhibitrice sur cette prolifération épithéliale ou stromale (TGF $\beta$  : Tumour Growth Factor beta) [39–40].

Il est très probable que le développement de l'HBP résulte d'une intrication de ces différents phénomènes (bien que l'imprégnation androgénique semble majoritaire pour favoriser la croissance du volume de la prostate).

## **D. ANATOMOPATHOLOGIE :**

### **1. Caractéristiques histologiques :**

L'HBP est une prolifération cellulaire mixte. Deux types de nodules se développent parallèlement et coexistent :

- Les uns sont constitués d'épithélium glandulaire
- Les autres de tissu fibromusculaire lisse

Cette distinction est importante car la composante glandulaire sera plus sensible à un traitement « hormonal » type inhibiteur de la 5  $\alpha$  réductase, alors que la composante fibromusculaire sera sensible à un traitement par  $\alpha$ -bloquant.

Dans certains cas, ce sont les éléments glandulaires qui prédominent, dans d'autres cas, ce sont les éléments fibromusculaires qui sont les plus abondants. Si le contingent fibreux est au premier plan, le volume de la glande reste modeste mais la symptomatologie est bruyante ; si le contingent glandulaire est au premier plan, la tumeur peut prendre un volume considérable avant de devenir gênante.

Le développement ultérieur de l'HBP se fait plus par la croissance de ces nodules que par l'apparition des nouveaux. Ces deux types de nodules ont la même conséquence : l'obstruction sous-vésicale.

### **2. Développement de l'hypertrophie :**

Si l'on se réfère à la classification anatomique de Mc Neal, schématiquement l'HBP se développe aux dépens de la zone de transition et celles des glandes péri-urétrales, c'est-à-dire dans la partie antérosupérieure de la prostate située autour de l'urètre, depuis le col vésical jusqu'au colliculus séminal.

Au départ se constituent un ou plusieurs nodules qui se multiplient et s'étendent de proche en proche aux tissus prostatiques voisins, jusqu'à envahir au maximum la totalité de la zone de transition. La portion inférieure de la prostate sera par la suite plus refoulée qu'envahie.

Il est important de noter :

- Cette extension proliférative, bien que pouvant être importante, ne franchit jamais une barrière naturelle : la capsule externe ;
- Cette prolifération bénigne reste harmonieuse et respecte globalement l'architecture générale de la prostate à l'exception du sillon médian.

Ces deux caractéristiques différencient l'HBP des tumeurs malignes qui détruisent l'architecture prostatique et peuvent, quand elles sont évoluées franchir la capsule externe et envahir les structures voisines. [24]

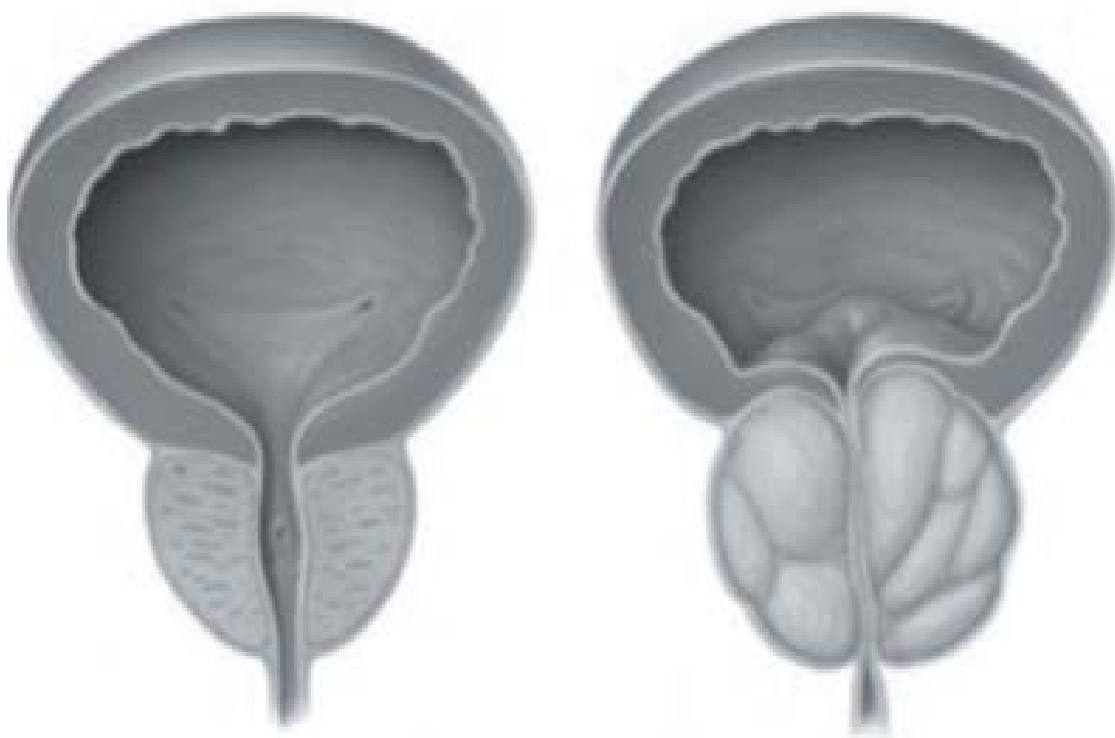


Figure 13: Développement d'une hyperplasie bénigne de la prostate [41]

## **E. DIAGNOSTIC DE L'HYPERPLASIE BENIGNE DE LA PROSTATE :**

### **1. Bilan de première intention :**

Ce bilan initial a pour objectifs :

- De rechercher les éléments susceptibles d'orienter vers le diagnostic d'HBP ;
- De rechercher des signes évocateurs de complications évolutives de l'HBP ;
- D'évaluer de façon précise la gêne liée à l'HBP ressentie par le patient et son retentissement sur la qualité de vie.[42]

Le bilan initial actuellement recommandé comprend :

#### **1.1- Interrogatoire : [43,44]**

Dans l'HBP, l'objectif principal est d'apprécier les signes fonctionnels qui peuvent être classés en signe d'obstruction cervicoprostatique ou en signe d'irritation vésicale.

#### **- Signes obstructifs :**

- Faiblesse du jet,
- Poussées abdominales,
- Retard à l'initiation du jet,
- Mictions en plusieurs temps,
- Sensation de mauvaise vidange vésicale,
- Pollakiurie par vidange incomplète,
- Gouttes retardataires.

#### **- Signes irritatifs :**

- Pollakiurie diurne,
- Pollakiurie nocturne,
- Besoins impérieux, fuites par impériosité.

Tableau n°1 : Symptômes liés à l'hyperplasie bénigne de prostate [45]

Troubles de la phase de miction (anciennement appelés signes obstructifs)	Troubles de la phase de vidange (anciennement appelés signes irritatifs)
Retard au démarrage Jet en pommeau d'arrosoir Jet faible Poussée Jet intermittent Gouttes retardataires Miction prolongée Rétention Miction par regorgement	Pollakiurie Impériosité Mictions nocturnes Urgence mictionnelle Volume mictionnel réduit

Une dysurie et une incontinence « urinaire » témoignent d'une maladie avancée. Les SBAU peuvent avoir un retentissement sur la sexualité des patients. En effet, des données épidémiologiques confirment l'existence d'un lien statistique entre dysfonction érectile (DE) et SBAU chez les patients de plus de 50 ans. Les traitements de l'HBP ayant possiblement un impact sur la fonction sexuelle, l'évaluation de celle-ci est primordiale lors du bilan initial. [45]

Les antécédents sont aussi particulièrement informatifs, en particulier ceux possiblement à l'origine de SBAU autre que l'HBP. C'est le cas du diabète, de la maladie de Parkinson, de toute autre maladie neurologique, la prise de psychotropes ou diurétiques, un antécédent de tumeur de vessie ou une exposition tabagique. En vue de la mise en route d'un traitement médical, certaines précautions seront nécessaires, comme d'interroger le patient sur la possibilité de chirurgie de la cataracte à venir qui contre-indiquerait transitoirement la prescription d' $\alpha$ -bloquants. [46]

## 1.2- Score IPSS :

Le questionnaire IPSS est reconnu comme un standard dans l'évaluation des troubles mictionnels associés à l'hypertrophie bénigne de la prostate. Il s'agit d'un auto-questionnaire structuré et validé, proposé aux médecins pour estimer au mieux la symptomatologie des patients. Un consensus international a proposé d'utiliser ce score IPSS (international Prostate Symptom Score) avec évaluation de la qualité de vie.[47]

L'IPSS comporte sept items interrogeant le patient sur ses symptômes urinaires ressentis au cours du dernier mois. Chaque item est coté de 0 à 5, et le score total varie donc de 0 à 35 en fonction de la sévérité des symptômes. Les symptômes peuvent être arbitrairement divisés en symptômes de la « phase de remplissage » (urgenterie, pollakiurie, nycturie) et symptômes de la « phase mictionnelle » (jet faible, nécessité de pousser, jet intermittent, sensation de vidange incomplète).

Traditionnellement, les symptômes sont classés en faibles, modérés et sévères en fonction du score IPSS (0-7, 8-19, 20-35 points). Il a été montré l'absence de corrélation étroite entre la sévérité des symptômes tels que mesurés par l'IPSS, et des données objectives telles que le débit urinaire maximal et moyen, la taille de la prostate, ou les constatations urodynamiques. La question 8 de l'IPSS étudie la gêne provoquée par les symptômes urinaires. Elle n'est pas comptabilisée dans le score des symptômes. [45]

### SCORE INTERNATIONAL SYMPTOMATIQUE DE LA PROSTATE (IPSS)

	Jamals	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau en moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes levés pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin) ?	0	1	2	3	4	5	
IPSS score : 0 - 7 = léger 8 - 19 = modéré 20 - 35 = sévère							
EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE LIEE AUX SYMPTOMES URINAIRES							
	Très satisfait	Satisfait	Satisfait plutôt	Partagé	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous devriez vivre le restant de votre vie de cette manière. Diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6

### 1.3- L'examen physique :

L'examen physique permet de rechercher une anomalie des organes génitaux externes ou un « globe vésical » palpable. L'utilité du toucher rectal est détaillée dans le chapitre suivant. L'examen neurologique est utile si une origine neurologique des SBAU est suspectée.

#### ✓ Toucher rectal : (TR)

Le toucher rectal est important dans l'examen des patients ayant des SBAU :

- Pour exclure la présence d'un cancer de prostate malgré une faible sensibilité et spécificité
- Pour évaluer le tonus du sphincter anal ;
- Pour estimer le volume prostatique. [46]

Le TR est l'élément fondamental du diagnostic de l'HBP, il est pratiqué après vidange vésicale et rectale.

Il admet 2 positions :(figure 14)

- En décubitus dorsal avec les jambes repliées à 90° sur le bassin et les poings placés sous les fesses de manière à décoller le plan de l'anus par rapport à la table de l'examen;(A)
- Le patient est debout penché en avant tandis que le praticien est accroupi derrière lui. (B)

Chez l'adulte jeune, la prostate a grossièrement la dimension d'une châtaigne.

Sa consistance est souple, régulière et élastique. Ses bords sont bien délimités.

On perçoit un sillon médian séparant les lobes latéraux.

En cas d'HBP, la prostate est augmentée de taille. Sa consistance reste élastique et régulière. Ses bords sont bien délimités. Le sillon médian est effacé, il n'y a pas de douleur à la pression.

✓ Examen des organes génitaux externes :

Examen du méat urétral, du prépuce et du contenu scrotal : recherche de nodule épидидymaire, hernie inguino-scrotale.

- ✓ Examen abdomino-lombaire : recherche de globe vésical gros rein.
- ✓ Examen général : terrain, antécédents, tares associées. Ainsi il faut rechercher des signes évocateurs de complications évolutives de l'HBP.

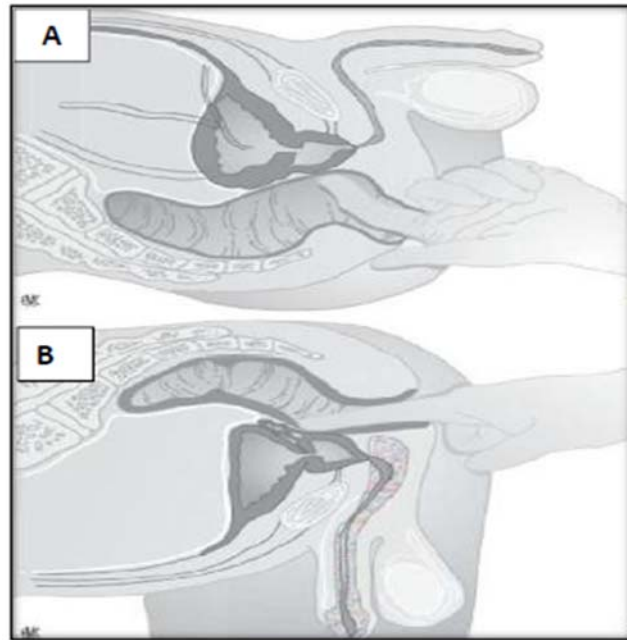


Figure 14 : Modalités pratiques de la réalisation du toucher rectal : A : position gynécologique.

**B : position genou-pectorale****1.4- Paraclinique :****Tableau n°2 : Examens complémentaires pour le diagnostic de l'HBP selon les recommandations de la HAS. [48]**

<b>Examens</b>	<b>Réalisations systématiques</b>	<b>Conditions</b>
Bandelette urinaire	Oui	
Créatinémie	Non	Si symptômes anciens ou autres facteurs de risque d'insuffisance rénale
Prostate specific antigen (PSA)	Non	Dans le cadre de dépistage individuel de cancer de la prostate
Débitmétrie urinaire	Oui (chez l'urologue)	
Bilan urodynamique	Non	Si doute diagnostique Pour préciser les indications thérapeutiques
Echographie de l'arbre urinaire par voie abdominale	Non	Si doute sur vessie de lutte, calcul vésical ou dilatation du haut appareil
Echographie par voie transrectale	Non	Si doute sur le volume prostatique et la technique chirurgicale ou endoscopique
Urétrocystoscopie	Non	Si doute diagnostique ou hématurie

✓ Bandelette urinaire ou ECBU :

- Bandelette urinaire : examen recommandé à la recherche d'une hématurie, d'une protéinurie, des nitrites...
- ECBU+Antibiogramme : examen pour vérifier la stérilité des urines par bandelette urinaire, surtout en cas de signe évocateur ou antécédent d'infection urinaire, et une hématurie qui ferait rechercher une tumeur de vessie. L'HBP peut être responsable d'une hématurie mais c'est un diagnostic d'élimination. Une bandelette urinaire normale peut dispenser d'un ECBU.

✓ Mesure de résidu post-mictionnel :

Volume d'urines restant dans la vessie après avoir fait uriner le patient.

L'échographie peut détecter un résidu post-mictionnel même minime, de l'ordre de 15 à 20 cc. Le résidu est en général surestimé par l'échographie du fait de la distension vésicale qu'on fait habituellement subir au patient pour le temps prostatique de l'échographie. En pratique, on estime qu'un résidu post-mictionnel est vraiment anormal au-dessus de 100 cc.

## 2. Bilan de deuxième intention :

### 2.1- Créatininémie : [49,50]

L'insuffisance rénale chronique est une complication rare de l'HBP. La mesure de la créatininémie n'est pas proposée à titre systématique. Elle n'est recommandée que chez les patients présentant un facteur de risque d'insuffisance rénale. Selon l'étude MTOPS, le dosage de la créatininémie ne serait utile qu'en présence de troubles de la vidange vésicale (résidu post-mictionnel important). La mise en place d'une sonde vésicale permettant d'abaisser la créatininémie apporte la preuve de l'origine prostatique de l'insuffisance rénale.

## 2.2- Échographie vésico-prostatique et rénale : [51]

L'échographie en mode B est un examen peu onéreux et non invasif qui peut visualiser la prostate par voie transpariétale (sus-pubienne) ou voie transrectale.

La détermination du volume prostatique est utile lorsque l'on envisage un traitement par inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase ou une chirurgie de l'HBP. La voie transrectale est plus performante pour évaluer le volume prostatique.

Elle permet d'évaluer :

- Le retentissement de l'obstacle prostatique sur l'appareil urinaire.
- D'éliminer les complications suivantes : résidu post-mictionnel, présence d'un diverticule vésical, calcul vésical de stase et urétéro-hydronephrose ;
- D'apprécier les caractéristiques morphologiques et le volume de la prostate. L'appréciation du volume permet d'orienter la prise en charge thérapeutique. Les coupes sagittales permettent de rechercher un lobe médian.
- L'échographie permet d'éliminer la plupart des diagnostics différentiels en recherchant une anomalie vésicale (polype, épaissement...).

Une imagerie du haut appareil à la recherche n'a pas montré d'intérêt si la créatininémie est normale. Donc, si la créatininémie est mesurée en première intention, une imagerie du haut appareil n'est peut-être pas utile dans le bilan des SBAU.

L'index de protrusion prostatique peut être évalué par échographie transrectale. Selon certains auteurs elle est un bon indicateur de l'OSV. Une augmentation de l'épaisseur de la paroi vésicale visible en échographie pourrait aussi être le reflet d'une OSV.

### 2.3- Débitmétrie :

La débitmétrie urinaire est un examen non invasif qui consiste en l'enregistrement électrique du débit mictionnel à l'aide d'un appareillage spécifique. Le débit urinaire maximal (Qmax) normal se situe entre 20 et 30 mL/s. La débitmétrie permet d'objectiver les troubles de la phase de vidange. L'enregistrement doit être réalisé dans des conditions aussi proches que possible d'une miction normale et pour être interprétable, le volume uriné doit être supérieur à 150 mL.

Un débit maximal inférieur à 10 mL/s pour un volume uriné supérieur à 125 mL associé à une hypertrophie prostatique clinique font suspecter une OSV justifiant un traitement. [51]

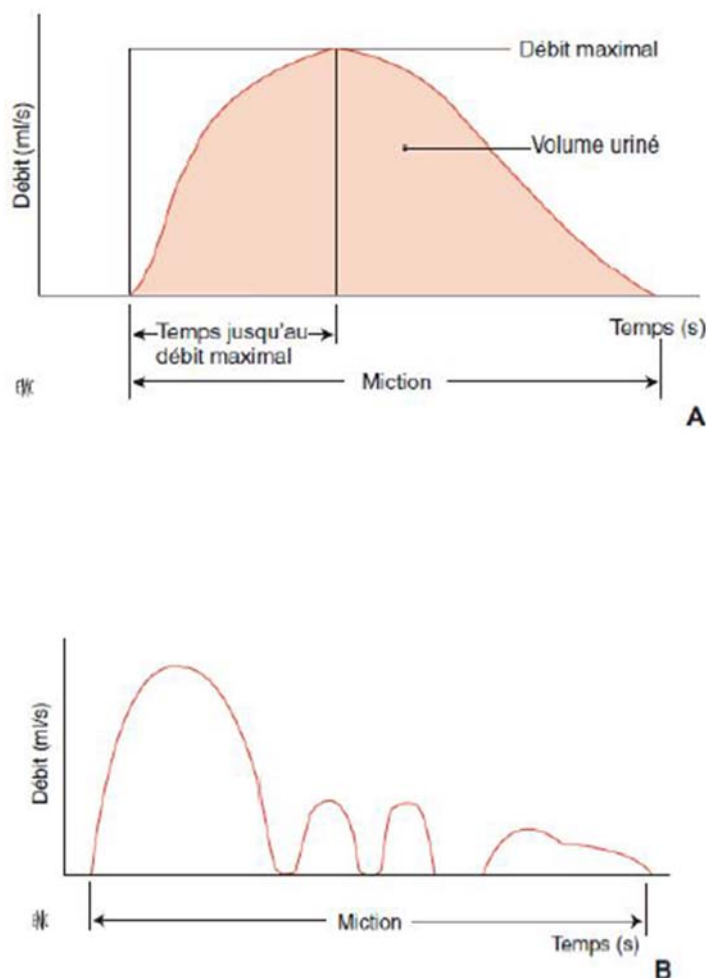


Figure 15 : Courbe de débitmétrie : A : NORMALE B : PATHOLOGIQUE [52]

#### **2.4- Dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) :**

C'est une protéine produite exclusivement par les cellules prostatiques. Le rôle de la PSA est de participer directement à la liquéfaction du sperme après l'éjaculation.

Les principales causes d'augmentation du PSA sérique sont l'adénocarcinome, l'HBP, la prostatite et la rétention aiguë d'urine c'est pourquoi Le PSA est considéré spécifique du tissu prostatique et non du cancer de la prostate. Les valeurs seuils de la normale sont définies statistiquement pour chaque méthode du dosage de la PSA et n'ont qu'une valeur indicative.

Le dosage du PSA a deux intérêts dans le cadre du bilan de l'HBP.

- Il permet tout d'abord de poser l'indication de biopsies de la prostate dans le cadre du dépistage personnalisé chez les patients répondants aux critères.
- Le dosage du PSA permet aussi une estimation indirecte du volume prostatique et oriente ainsi la prise en charge thérapeutique. [51]

#### **2.5- Bilan urodynamique :**

Le bilan urodynamique est un examen invasif qui a pour objectif de mesurer la capacité vésicale, l'évolution des pressions intra-vésicale et intra-urétrale au cours des phases de remplissage et de miction (étude pression-débit qui permet notamment de mettre en évidence l'OSV. Cet examen est optionnel et n'est indiqué que lorsque l'on suspecte une vessie neurogène. [51]

## F. Diagnostics différentiels :

Tous les SBAU de l'homme ne relèvent pas d'une HBP. Beaucoup d'autres affections peuvent se traduire par les mêmes symptômes comme les infections urinaires, les sténoses de l'urètre, les corps étrangers, les tumeurs de la vessie et les vessies neurogènes (liste non exhaustive).

En présence d'une OSV marquée et d'une augmentation du volume de la prostate, il est cohérent de relier des SBAU à une HBP.

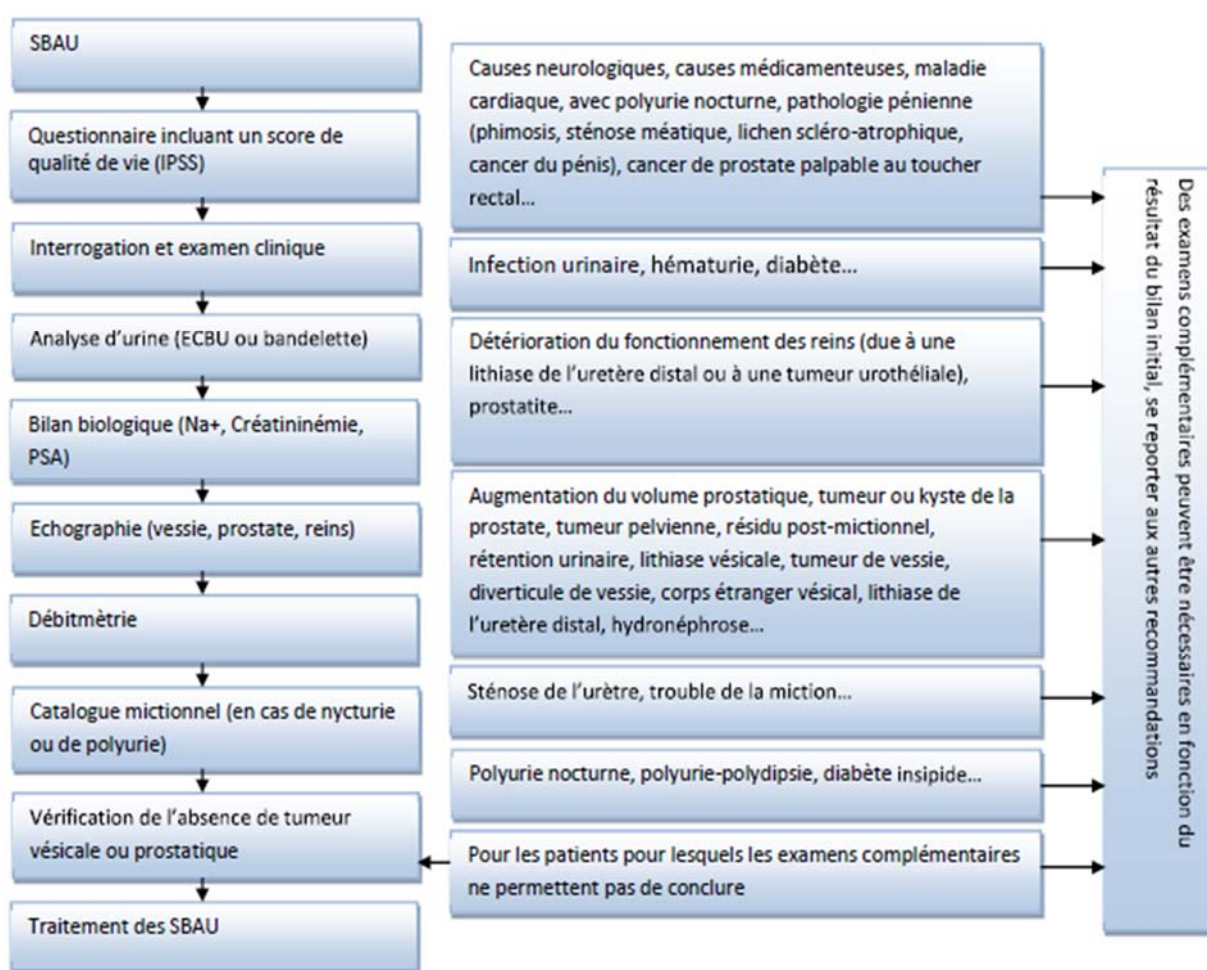


Figure 16 : Algorithme diagnostique pour l'évaluation des SBAU de l'homme après 40 ans. (Le cheminement s'interrompt lorsqu'une étiologie a été identifiée). [50]

## **G. Complications de l'HBP :**

L'évolution naturelle de l'HBP se fait vers l'augmentation de volume. Mais cette augmentation se fait de manière non linéaire, par poussées, sans qu'il existe une véritable corrélation entre volume et symptômes. [53]

Les complications qui peuvent en résulter alors, se divisent en des complications aiguës qui nécessitent un traitement urgent, et des complications chroniques, en partie liées à la rétention vésicale chronique.

### **1. Rétention aiguë d'urines :**

Elle survient d'emblée ou après une période plus ou moins longue de troubles dysuriques. Elle se manifeste au cours d'une poussée inflammatoire de l'HBP ou s'installe au cours d'un repos prolongé avec un apport hydrique important ou d'une envie urinaire longtemps retenue. Elle se manifeste par des efforts désespérés pour uriner sans y arriver avec des douleurs hypogastriques violentes. C'est une urgence urologique qui nécessite un drainage des urines par sondage vésical transurétral ou par cathétérisme sus pubien.

### **2. Retentissement sur le haut appareil :**

Il s'observe dans les suites d'une rétention urinaire. Ce retentissement rénal peut être aigu lorsqu'il accompagne un épisode de rétention aiguë ou un épisode de rétention chronique récente. La fonction rénale récupèrera après drainage vésical. Il faudra se méfier d'un syndrome de levée d'obstacle avec hyper-diurèse et pertes urinaires d'électrolytes. L'insuffisance rénale peut devenir chronique lorsque la rétention chronique installée à bas bruit évolue depuis suffisamment longtemps. Il n'y aura pas ou peu de récupération après drainage vésical.

### **3. Calcul vésical :**

En rapport avec la stase urinaire et/ou l'infection.

Des études d'autopsie ont montré que les calculs vésicaux sont plus fréquents chez les hommes atteints d'HBP mais uniquement 50% de ces hommes ont installé des symptômes d'obstruction sous-vésicale. [54]

### **4. Infection urinaire :**

Elle peut se traduire par des brûlures mictionnelles ou rester asymptomatique, favorisée par la stase, la distension vésicale, la lithiase vésicale ou la distension du haut appareil urinaire. Le sondage transurétral joue également un rôle majeur dans la genèse de cette infection. L'infection peut toucher à la fois le bas et le haut appareil donnant des tableaux de cystite, prostatite ou de pyélonéphrite.[55]

### **5. Incontinence urinaire :**

Peut avoir lieu à cause de la sur-distension vésicale, l'hyper activité du détrusor, et l'avancée sans l'âge.

D'autres complications peuvent survenir : hématurie, dysfonction érectile... etc.  
[54]

## **H. Les traitements de l'HBP en médecine générale :**

L'hyperplasie bénigne de prostate est une pathologie qui affecte la qualité de la vie mais pas sa durée. La gêne causée par les symptômes est l'élément fondamental qui incite à consulter en vue d'un traitement, et la plupart des traitements sont donc indiqués dans le but de soulager ces symptômes.

## **1. Abstention et Surveillance**

L'HBP anatomique étant plus fréquente que l'HBP symptomatique, la simple surveillance est une option raisonnable chez les patients paucisymptomatiques. Elle paraît d'autant plus justifiée que les symptômes liés à l'HBP fluctuent avec le temps, s'aggravent parfois, mais aussi s'amendant spontanément pour de longues périodes. [56]

Toutefois, cette option doit être réservée aux patients dépourvus de facteurs de risque évolutifs, et donc préconisée pour les patients présentant des SBAU en rapport avec une HBP non compliquée et responsables d'une gêne peu importante.

Une explication claire sur l'origine des troubles et leur caractère bénin, leur faible risque de complication et le rythme de la surveillance doivent être données au patient car elles permettent une amélioration significative des SBAU.[57]

En revanche, bien qu'elles soient efficaces de manière transitoire, les règles hygiéno-diététiques ( Le maintien d'une activité physique ,la réduction de la consommation d'alcool et de caféine, l'éviction des médicaments contre-indiqués, le traitement d'une constipation associée et donc le maintien d'un transit intestinal le plus régulier possible et d'un calendrier mictionnel régulier et l'aide à la mobilisation pour les patients invalides) sont les mesures minimales à conseiller qui font actuellement consensus [58,59] ne sont pas suffisants pour modifier l'histoire naturelle de la maladie. [60]

## **2.Traitements médicaux :**

Les années récentes ont été marquées par une diminution notable du nombre d'interventions chirurgicales faites pour l'HBP. Cette évolution s'explique par l'apparition de traitements médicaux efficaces et par l'attrance des patients vers ces solutions non chirurgicales. Le traitement médical de l'HBP a pour objectifs l'amélioration des symptômes urinaires et l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des complications [61]

Les recommandations de prise en charge ont longtemps consisté à hiérarchiser les traitements disponibles en fonction de leur « efficacité » pour les faire correspondre avec la sévérité des symptômes évalués (IPSS). Ces arbres décisionnels sont utiles et ont largement participé à la standardisation des pratiques, mais ils sont dépassés. En effet, d'un coté les SBAU sont responsables d'une gêne très variable d'un individu à un autre. De l'autre, les molécules ont évolué pour offrir des mécanismes d'action et des profils de de tolérance très différents. Les patients ont également changé, avec l'association croissante de pathologies associées et de polymédications. Chaque patient doit donc faire l'objet d'une PEC individuelle, adaptée à la symptomatologie, à ses plaintes et à ses antécédents. [58]

Quatre grands groupes de médicaments sont à disposition dans le traitement des troubles mictionnels de l'HBP seuls ou en association : phytothérapie, traitement  $\alpha$ -bloquant, inhibiteurs de la 5- $\alpha$ -réductase et les anticholinergiques. Le Tableau ci-dessous résume les principaux avantages et inconvénients de chaque traitement.

Tableau n°3 : Avantages et inconvénients des différents traitements médicaux de l'HB

Classe thérapeutique	Avantages	Inconvénients
$\alpha$ -bloquants	Délai d'action rapide	Risque d'hypotension
15AR	Diminution du volume prostatique	Effets secondaires sexuels Délai d'action 3 à 6 mois
Phytothérapie	Tolérance excellente	Efficacité controversée
Anticholinergiques	Efficace sur les troubles irritatifs	Risque de majoration de la dysurie Constipation Sécheresse buccale

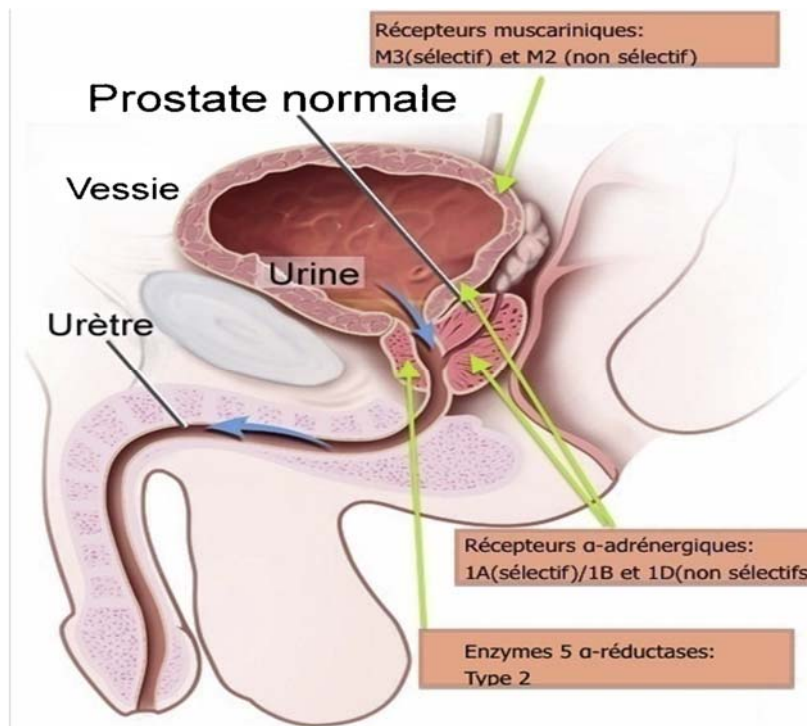


Figure 17 : Mécanisme d'action et cibles des différentes molécules destinées à traiter une hyperplasie bénigne de la prostate.

## 2.1- Traitements à base d'extraits de plantes -Phytothérapie - :[62]

Ces médicaments sont obtenus à partir de graines, de racines, de pollens ou de fruits. De nombreuses spécialités pharmaceutiques ont été formulées. La liste des produits les plus utilisés est la suivante :

- Pygeum africanum, extrait d'écorce de prunier africain ;
- Serenoa repens, extrait de baies de palmier nain américain ;
- Cucurbita pepo, pépins de courges ;
- Hypoxis rooperi, plante d'Afrique du sud en forme d'étoile ;
- Secale cereale, pollen de seigle ;
- Urtica dioica, ortie.

✓ **Mécanisme d'action :**

Le mécanisme d'action de ces médicaments est mal élucidé, bien qu'ait été évoquée la possibilité d'activité anti- androgénique, anti-estrogénique, anti-inflammatoire, voire d'inhibition des facteurs de croissance. Quoiqu'il en soit, des études ont montré une efficacité supérieure au placebo. Leurs effets sur les SBAU sont modestes mais significatifs et ils ont un excellent profil de tolérance qui les rend faciles d'utilisation [57] (niveau de preuve 2).

Ils sont également réputés d'agir sur la congestion prostatique et n'ont aucun effet selon l'AFU). L'association de la phytothérapie avec un autre traitement n'a jamais été étudiée.

✓ **Indications** : Ils peuvent être proposés en monothérapie pour le traitement des troubles mictionnels modérés et les SBAU gênants liés à l'HBP.

Et selon les recommandations de l'AFU 2012 : Les extraits de plantes peuvent être proposés aux patients ayant une HBP associée à une symptomatologie urinaire.

✓ **Présentations, effets secondaires, et contre-indications** : [63]

Tableau n°4 : présentation, effets secondaires et contre-indications des extraits de plantes disponibles au Maroc.

Présentation	Effets secondaires	Contre-indications
<b>TADENAN</b> (Extrait du pygeum Africanum)	Très rares : nausées, constipation ou diarrhée, réaction allergique à l'un de ses composants.	Allergie à l'arachide ou au soja.
<b>PERMIXON</b> (extrait de Serenoa repent)	Très rares : nausées, douleurs abdominales, œdème et éruption cutanée. Exceptionnellement gynécomastie réversible à l'arrêt du traitement.	Allergie à l'un des constituants.

## 2.2- $\alpha$ -bloquants :

Les  $\alpha_1$  - bloquants aussi appelés  $\alpha_1$ -adrénergiques sont le traitement médical de première intention des symptômes du bas appareil urinaire en rapport avec l'hyperplasie bénigne de prostate.

5 molécules disponibles : tamsulosine, terazosine, alfuzosine, doxazosine, silodosine.

### ✓ Mécanisme d'action

Les  $\alpha_1$  - bloquants agissent en bloquant la libération de noradrénaline au niveau des cellules musculaires lisses de la prostate, réduisant ainsi le tonus musculaire et diminuant donc l'obstruction prostatique. Les récepteurs adrénergiques sont impliqués entre autres, dans la régulation des maladies cardiovasculaires, génito-urinaires et la fonction du système nerveux central

Les études ont montré une efficacité équivalente des différentes catégories d' $\alpha$ -bloquants. Ils améliorent significativement les symptômes et le débit urinaires.

La deuxième génération (alfuzosine, la doxazosine, et la térazosine) et la troisième génération (tamsulosine) ont démontré plus de sélectivité pour les récepteurs  $\alpha_1$ -adrénergiques que pour les récepteurs  $\alpha_2$ -adrénergiques (médiateurs de la régulation cardiovasculaire et le système nerveux central). La principale hypothèse est que le blocage des récepteurs  $\alpha_1$ -adrénergiques provoque la relaxation des muscles lisses de la prostate et le col vésical, ce qui améliore l'écoulement urinaire ainsi que les symptômes du bas appareil urinaire. Contrairement à la doxazosine et la térazosine, qui ont été initialement développés pour le traitement de l'hypertension, l'alfuzosine et la tamsulosine sont considérés comme cliniquement urosélectifs, ce qui signifie que chaque agent agit de façon plus importante sur la prostate que sur le système vasculaire, réduisant ainsi au minimum les effets sur la pression sanguine. [64]

Cette efficacité est visible dès les premières heures après la première prise et ne dépend ni de l'âge des patients, ni de l'intensité des symptômes initiaux, ni du volume prostatique. Les  $\alpha$ -bloquants ne diminuent pas le volume prostatique ni le PSA. Leur efficacité semble se maintenir au moins quatre ans, mais n'empêche pas la survenue de rétention aiguë d'urine au long cours.

✓ **Indications :**

Les  $\alpha$ -bloquants sont efficaces sur les SBAU de la phase mictionnelle et de la phase de remplissage et leur action est rapide et stable dans le temps. Ils peuvent être proposés en première intention aux patients ayant une HBP symptomatique c'est-à-dire des SBAU gênants ou au cours des poussées évolutives de l'adénome. Les patients doivent être informés des effets indésirables attendus en fonction de la molécule choisie et des interactions médicamenteuses possibles.

✓ **Présentations, effets secondaires, et contre-indications : [65→75]**

**Tableau n°5 : présentation, effets secondaires et contre-indications des  $\alpha$ -bloquants.**

Catégorie	Présentation	Effets secondaires	Contre-indications
Térazosine	Non commercialisée au Maroc. En France : <b>DYS<math>\alpha</math>*</b> et <b>HYTRIN*</b>	-Asthénie / fatigue, -hypotension orthostatique, -Vertiges, -Somnolence, -Congestion nasale, -rhinite, -Impuissance.	- Hypersensibilité à la térazosine, - Antécédents d'hypotension orthostatique, - Galactosémie congénitale - Syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose ou de déficit en lactase.
Doxazosine	<b>CARDURA*</b>	-Asthénie / fatigue ; -Hypotension ; -Vertiges ; -Œdèmes ; -Dyspnée.	- hypersensibilité connue à l'un de ses excipients ; - Hypotension ou antécédents d`hypotension orthostatique ; - Antécédents d'occlusion gastro-intestinale ou œsophagienne ; - HBP associée à un retentissement sur le haut appareil urinaire ; - Rétention urinaire, anurie ou insuffisance rénale évolutive.
Tamsulosine	<b>UMAX*</b>	-Vertiges ; -Éjaculation anormale ; -Asthénie / fatigue ; -Diminution de la libido ; -Amblyopie.	- hypersensibilité connue à l'un de ses excipients ; - Hypotension orthostatique ; - Insuffisance hépatocellulaire sévère
Alfuzosine	<b>XATRAL*</b> <b>XATRAL LP*</b>	-Infection des voies respiratoires supérieures ; -Vertiges ; -Maux de tête ; -Fatigue.	- hypersensibilité à cette substance ; - Hypotension ou antécédents d'hypotension orthostatique ; - Insuffisance rénale sévère ; - Insuffisance hépatocellulaire.

Silodosine	<b>SILODYX*</b> <b>UROREC*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Syndrome de l'iris flasque peropératoire ;</li> <li>-Éjaculation rétrograde ;</li> <li>-Emission réduite ou nulle du sperme ;</li> <li>Dysfonctionnement érectile ;</li> <li>- Hypotension orthostatique ;</li> <li>- Vertiges ;</li> <li>- Syncope ;</li> <li>- Diarrhée</li> <li>- Nausées,</li> <li>-Sécheresse buccale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hypersensibilité connue à l'un de ses excipients</li> </ul>
------------	-----------------------------------	--	--

### 2.3- Les inhibiteurs de la 5- $\alpha$ réductase :

A l'heure actuelle, deux produits ayant une action 5- $\alpha$ -réductase : un inhibiteur sélectif de la 5- $\alpha$ -réductase de type II, le Finastéride (Proscar), et un inhibiteur des 2 iso-enzymes type I et type II : le Dutasteride (Avodart) [76,77]

#### ✓ Mécanisme d'action : [78 à 80]

Les inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase (5-ARI) agissent en bloquant la transformation de la testostérone en dihydrotestostérone.

Les taux sériques de dihydrotestostérone sont plus effondrés sous dutasteride que sous finasteride sans que cela n'ait de conséquence évidente au niveau prostatique.

Les 5-ARI entraînent une apoptose des cellules épithéliales prostatiques. Ils conduisent ainsi à une réduction du volume prostatique de 20 % à 30 % et du PSA de 50 % après six à 12 mois de traitement, et qui peut être plus importante en cas de traitement prolongé.

Le finastéride a entraîné dans des études contrôlées à long terme contre placebo une amélioration symptomatique significative bien que modeste d'un score proche de l'IPSS, ainsi qu'une amélioration débitmétrique moyenne de 2 ml/s, associée à une

diminution du volume prostatique d'environ 30 % portant sur la composante épithéliale de l'HBP [81]. L'effet maximal est progressif, obtenu seulement au terme de 6 mois mais ne se détériore pas à long terme [82]. Toutefois, l'effet de ce médicament n'est appréciable que pour les patients dont le volume prostatique dépasse 30 ml [83].

Dans une étude randomisée, versus placebo chez 3016 hommes suivis pendant quatre ans, le finastéride a réduit significativement le risque de rétention vésicale complète et d'adénectomie.[84]

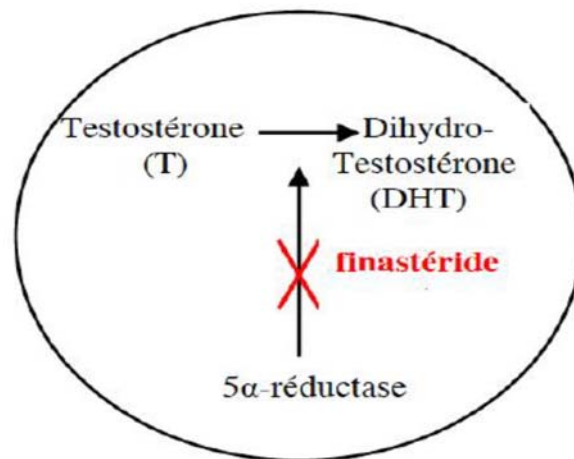


Figure 18 : Mécanisme d'action du finastéride sur une cellule glandulaire de la prostate. [85]

✓ **Indications :**

Indiqué dans le traitement et le contrôle d'HBP afin de :

- Réduire l'hypertrophie prostatique, améliorer le débit urinaire ainsi que les symptômes modérés à sévères liés à l'HBP.
- Réduire l'incidence des rétentions aiguës d'urine et des interventions chirurgicales, notamment les résections transurétrales de la prostate (RTUP) et les prostatectomies.
- Administré aux patients dont la prostate est supérieure à 40 ml. [71]

**Présentations, effets secondaires, et contre-indications :**

Tableau n°6 : présentation, effets secondaires et contre-indications des inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase.

Présentation	Effets secondaires	Contre-indications
FINASTERIDE GT CHIBROPROSCAR AVODART	Les plus fréquents : l'impuissance, la diminution de la libido et troubles de l'éjaculation	– Hypersensibilité connue à l'un de ses excipients ; – Insuffisance hépatique sévère ; – Femme, enfant, adolescent.

**2.4- Association des deux classes thérapeutiques :**

Les inhibiteurs de 5- $\alpha$  réductase ont une pharmacodynamie différente et synergique. L'étude medical therapy of prostatic symptoms (MTOPS) a mis en évidence une supériorité de l'association doxazosine/finastéride par rapport à la doxazosine ou au finastéride utilisé en monothérapie. Cette bithérapie permettrait une évolution plus lente des symptômes avec une diminution significative du risque de rétention aiguë et d'intervention chirurgicale comparativement à une monothérapie. Cette différence a surtout été constatée pour les prostates volumineuses de plus de 40 mL. [86-87]

Cet effet persiste à 4 ans, et se voit complété par une diminution majeure du risque de rétention et d'intervention chirurgicale sur l'HBP [88].

Lorsqu'une bithérapie est retenue, les patients doivent être prévenus de la nécessité d'un traitement prolongé pour obtenir une efficacité (> 1 an), et du cumul des effets indésirables des différentes classes thérapeutiques.

#### **2.5- Autres traitements médicaux ayant fait la preuve de leur efficacité dans l'HBP :**

Il existe d'autres classes thérapeutiques médicamenteuses agissant sur l'HBP. Cependant, ces molécules restent très peu ou pas utilisées en pratique courante de médecine générale, on va contenter de les citer. Parmi ces dites molécules on trouve :

- Les antagonistes des récepteurs muscariniques (les anticholinergiques) ;
- Les analogues de la vasopressine (desmopressine) ;
- Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (iPDE-5).

#### **2.6- Traitement chirurgical :**

La chirurgie reste une partie importante du traitement de l'HBP mais qui reste l'apanage du chirurgien urologue. Différentes formes de chirurgie, classées en chirurgie ouverte, résection transurétrale de la prostate (RTUP) et techniques mini-invasives, sont actuellement couramment utilisées [89].

En revanche, cet arsenal thérapeutique reste l'apanage du chirurgien urologue et donc une indication que le MG pose, pour référer le patient afin d'avoir un avis voire une prise en charge spécialisés.

La chirurgie peut être proposée en seconde intention aux patients ayant des SBAU liés à une HBP gênants et pour lesquels le traitement médical bien conduit est soit insuffisamment efficace, soit mal toléré.

La chirurgie est recommandée d'emblée en cas d'HBP responsable d'une insuffisance rénale obstructive, d'une RAU récidivante malgré un traitement  $\alpha$ -bloquant, d'une RAU avec échec de sevrage de drainage vésical, d'une hématurie macroscopique récidivante, d'infections urinaires récidivantes, d'une lithiase vésicale, ou d'une incontinence urinaire par regorgement.

Un premier épisode de RAU avec sevrage de sonde, d'hématurie, ou d'infection urinaire et la présence d'un résidu post-mictionnel non compliqué ne constituent pas à eux seuls des indications chirurgicales formelles.[90]

# MATERIEL

# ET METHODE

## **I. MATERIEL :**

### **A. TYPE DE L'ETUDE :**

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire sur un mode déclaratif et anonyme (voir annexes) qui a été distribué aux médecins généralistes de la ville de Fès.

### **B. POPULATION DE L'ETUDE :**

La population cible était constituée des médecins généralistes exerçant dans les secteurs publique et privé de la ville de Fès.

Nous nous sommes procurés la liste des médecins généralistes du secteur public de la ville de Fès au niveau de la Direction Régionale de la Santé par les services d'infrastructures et d'actions ambulatoires préfectorales (SIAAP), et celle du secteur privé par le bureau du conseil de l'ordre des médecins.

La ville de Fès abrite 42 centres de santé et 136 médecins généralistes au niveau du secteur public.

Le nombre a été réduit après application des critères de non-inclusions à 115 médecins.

Pour les médecins du secteur libéral, le conseil de l'ordre nous a communiqué une liste de 128 médecins installés en cabinet médical privé avec donc un total de médecins inclus dans l'étude de 254 médecins généralistes.

**Tableau 7 : Répartition des médecins généralistes vus selon leurs lieux  
d'installation**

	<b>Centres hospitaliers &amp; Centres de santé urbains</b>	<b>Cabinets privés à la ville de Fès</b>	<b>Communes rurales et semi urbaines</b>
<b>Nombres de médecins généralistes vus</b>	Hôpital AL GHASSANI: 18 Hôpital IBN AL KHATIB: 16 Hôpital IBN AL BAYTAR: 3 SRES (centres de santé): 78	FES: 125 MOULAY YAAKOUB: 2 SIDI HRAZEM:1	AIN BIDA:2 OULAD TIYEB:1 SIDI HRAZEM:1 SKHOUNAT:2 AIN CHKEF:3 DOUIYAT:2
<b>Total de MG : 254</b>	115	128	11

### **C.CRITERES D'INCLUSIONS :**

Les médecins généralistes des deux secteurs publique et privé de la ville de Fès.

### **D. CRITERES DE NON-INCLUSIONS :**

Nous avons exclu de notre étude les médecins généralistes affectés au niveau de structures spécialisés exerçant des tâches spécifiques et dont les patients sont sélectionnés : centre d'addictologie, maisons d'accouchement, CDTMR (centre de diagnostic de la tuberculose et des maladies respiratoires), centres d'hémodialyse, SAMU, l'hygiène scolaire ainsi que le contrôle sanitaire aux frontières FES-SAISS.

Nous avons essayé de contacter tous les médecins généralistes inclus dans l'étude en faisant le tour des cabinets privés, des centres de santé et des hôpitaux régionaux publics de la ville de Fès.

## **E. CONSIDERATIONS ETHIQUES :**

Les questionnaires étaient administrés après avoir obtenu le consentement oral des participants et après leur avoir expliqué l'objectif de l'étude et le contexte de l'enquête menée.

Nous avons ainsi mis le point sur la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies auprès des MG inclus dans l'étude.

## **F. DIFFICULTES RENCONTREES :**

Au cours de la réalisation de notre enquête, nous avons rencontré plusieurs difficultés :

### **1. Délai de récupération des questionnaires :**

La récupération des questionnaires était rarement immédiate ; et cette opération pouvait exiger une période allant d'une journée à 15 jours pour un seul questionnaire.

### **2. Problème de refus de réponse :**

Plusieurs cas de non-réponses ont été observés lors de l'enquête.

Les raisons de refus étaient variables et les principaux motifs avancés par ces médecins étaient :

- Le manque de temps,
- Le flux énorme des patients,
- La rareté des SBAU comme motif de consultation,
- Les MG femmes rapportaient le refus des patients de sexe masculin à consulter auprès de chez elles pour un motif urologique, et donc absence totale de contact avec cette pathologie en pratique quotidienne.

### **3. Questionnaires remplis de façon incomplète :**

Certains questionnaires ont été remplis de manière incomplète rendant l'exploitation de ces derniers impossible.

4. Médecins du secteur privé ayant changé d'activité (résidanat, médecin de garde dans une clinique...) ou ayant déménagé en dehors de la ville de Fès.
5. Les médecins en congé (maladie, maternité, congé administratif...)

## **II. METHODES :**

### **A. RECUEIL DES DONNÉES**

Les données étaient recueillies par un auto-questionnaire anonyme rempli par les médecins généralistes après leur consentement éclairé. L'enquête sur le terrain s'est déroulée durant 4 mois et ce, depuis Octobre 2019 jusqu'à Janvier 2020.

L'ensemble des données a été saisi sur un fichier EXCEL MICROSOFT OFFICE 2013 après achèvement des tournées.

### **B. OUTILS DE RECUEIL ET VARIABLES ETUDIÉES**

Après une recherche bibliographique sur le sujet nous avons établis un questionnaire composé deux parties répondant aux différents objectifs que nous nous sommes fixés (annexe n°1).

#### **1. La première partie :**

##### Les variables socio-démographiques :

Telles que l'âge (année), le sexe (masculin/féminin), milieu d'exercice (rural /urbain), mode d'activité (privé/public), existence de formations supplémentaires en matière d'HBP, puis des variables quantitatives concernant l'exercice des praticiens interrogés : le nombre d'année d'exercice, nombre moyen de consultations moyennes /jour, pourcentage approximatif de patients hommes âgés de plus de 50 ans, nombre moyen de consultations pour un motif urologique/jour.

## 2. La deuxième partie :

Évaluation des pratiques au quotidien de diagnostic et de traitement de l'HBP ;

Cette partie nous a permis d'étudier :

- 1- L'opinion du médecin généraliste sur son rôle dans le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'HBP ;
- 2- L'utilisation du score de sévérité IPSS (Score International Symptomatique de la Prostate) pour évaluer l'intensité des symptômes et le retentissement de l'HBP ;
- 3- La pratique quotidienne pour établir le diagnostic de l'HBP en utilisant les variables suivantes :
  - L'anamnèse
  - Le score symptomatique IPSS (Score International Symptomatique de la Prostate),
  - L'examen général,
  - Le toucher rectal,
  - L'échographie vésico-prostatique,
  - Les analyses d'urines type bandelette urinaire,
  - ECBU (Examen Cytobactériologique des Urines),
  - Créatininémie,
  - Le taux de PSA.
- 4- La place du TR dans la pratique quotidienne des médecins généralistes en termes de dépistage précoce du cancer de la prostate chez la population à risque ;
- 5- CAT des MG devant un TR à surface nodulaire/irrégulière ;
- 6- La conduite à tenir des MG devant le diagnostic de l'HBP exploré travers les variables suivantes :
  - La surveillance avec conseils hygiéno-diététiques,

- La prescription d'un traitement médical,
- Le recours à un avis spécialisé auprès d'un médecin urologue.

7- Variables explorant les critères du choix du traitement au cours de la prise en charge de l'HBP :

- L'efficacité,
- La tolérance,
- Le volume prostatique,
- L'amélioration attendue de la qualité de vie du patient,
- L'avis du patient.

8- Variables explorant les différents moyens thérapeutiques médicaux utilisés pour traiter l'HBP :

- La phytothérapie,
- Les  $\alpha$ -bloquants,
- Les inhibiteurs de la 5- $\alpha$ -réductase.

9- Variables explorant le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement prescrit :

- Une semaine,
- Trois mois,
- Six mois,
- Un an.

10- Variables mettant en évidence la place de l'avis spécialisé au cours de la prise en charge de l'HBP :

- Une fois le diagnostic est posé,
- En cas de résistance à un traitement médical bien mené,
- En cas de présence d'un seul épisode de rétention aigue d'urines,
- En cas de présence de plusieurs épisodes de rétention aigue d'urines,
- En cas d'infections urinaires à répétition,

- En cas d'insuffisance rénale obstructive,
- Si le patient est demandeur.

11- Variables explorant l'observance évaluée après traitement médical bien mené :

- Observance mauvaise,
- Moyenne,
- Bonne,
- Parfaite.

12- Variables explorant l'intérêt d'être informé des dernières données de la littérature ou recommandations concernant cette pathologie :

- FMC (Formation Médicale Continue),
- Congrès nationaux ou internationaux,
- Internet.

13- Autres variables étudiées :

D'autres variables ont été étudiées à travers ce questionnaire notamment la place de la prescription de la PSA, les différentes contre-indications à éliminer avant la prescription d'a-bloquants, les différents choix thérapeutiques favorisés par rapports à d'autres selon l'intensité des symptômes.

## **C. DESCRIPTION ET DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE :**

### **1. Description du questionnaire :**

Notre questionnaire était de 5 pages et comportait 29 questions, dont 5 questions ouvertes, 10 questions étaient qualitatives dichotomiques (question fermée pour laquelle le choix du répondant se résume à deux possibilités : féminin/masculin, privé/public, rural/urbain, oui/non ...), 8 questions qualitative semi-ouvertes à choix multiples, 4 questions qualitatives à choix unique, et 2 questions rédigées sous forme de mini-cas cliniques.

Ces questions étaient réparties en plusieurs items :

- Les données socio-démographiques des MG inclus dans l'étude sans pour autant dévoiler leurs identités (8 questions) ;
- Le degré de conscience des MG que la PEC de l'HBP révèle de leur périmètre de pratique quotidienne (1 question) ;
- Les différents éléments participant au diagnostic positif de l'HBP (3 questions) ;
- Place des bilans paracliniques dans le dépistage et le diagnostic de l'HBP (3questions) ;
- Les habitudes de prescription médicamenteuse relative à l'HBP (5 questions) ;
- Les différentes situations où les MG peuvent avoir recours à un avis spécialisé auprès des médecins urologues (4 questions) ;
- La CAT des MG devant une situation susceptible être à risque d'un cancer de la prostate (1 question) ;
- Existence d'une formation antérieure supplémentaire, et la volonté des MG d'être informés des dernières recommandations en matière d'HBP (2questions) ;
- Deux questions correspondant à des mini-cas cliniques.

## **2. Distribution du questionnaire :**

Les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes des deux secteurs public et privé au niveau de leurs lieux d'exercice médical (hôpitaux régionaux, centres de santé et cabinets privés) après avoir présenté le contexte de l'enquête, la confidentialité des informations, ainsi que l'objectif de l'étude de façon brève, et demandé aux médecins leur bienveillante participation et sollicité leur consentement.

Les questionnaires ont été récupérés à des périodes différentes. Le délai de récupération d'un seul questionnaire était d'une journée à deux semaines, seuls 12 questionnaires sur un total de 169 questionnaires ont été récupérés sur place.

La durée moyenne de réponse au questionnaire était de dix minutes. La durée totale pour pouvoir récupérer tous les questionnaires, était de 4 mois, allant d'Octobre 2019 à Janvier 2020.

## **D. L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES :**

Les données ont été saisies sur un fichier EXCEL directement après la fin des tournées sur les MG inclus dans l'étude, puis L'analyse statistique de ces données a été réalisée au sein du laboratoire d'épidémiologie, de recherches cliniques et de santé communautaire à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

L'étude statistique ainsi que son analyse a fait appel aux techniques d'analyse descriptive univariée et bivariée à l'aide du logiciel IBM-SPSS.

La présentation des résultats se fera essentiellement sous la forme de pourcentage avec une analyse descriptive.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne  $\pm$  écart type en utilisant le test de Student alors que les variables qualitatives ont été exprimées par la fréquence et le pourcentage.

Une analyse des corrélations entre certaines variables a été effectuée dans notre analyse en utilisant le test de Khi2, les résultats ont été obtenus par la technique de régression logistique en mettant en évidence les facteurs de confusion concernant deux variables d'intérêt, la différence est considérée comme étant statistiquement significative quand la valeur p (indice de Pearson) est inférieure à 0.05.

# RESULTATS

## **I. ETUDE DESCRIPTIVE :**

### **A.DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :**

#### **1. Taux de réponse :**

A la fin de cette enquête, nous avons pu recueillir 169 questionnaires dont 150 questionnaires étaient remplis de manière exploitable.

Nous rappelons que notre population cible était formée de 254 médecins généralistes. Notre échantillon est ainsi représentatif des médecins généralistes de la ville de Fès avec un taux de réponse de 66,5%.

Le reste de l'effectif des médecins est représenté par :

- Les médecins en congé (maladie, maternité, congé administratif...) au nombre de 52.
- Les médecins ayant refusé de remplir le questionnaire au nombre de 22.
- Questionnaires remplis de façon incomplète car leurs taux de remplissage étaient inférieurs à 50% au nombre de 19.
- Médecins du secteur privé ayant changé d'activité (résidanat, médecin de garde dans une clinique...) ou ayant déménagé en dehors de la ville de Fès au nombre de 11.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques de la population des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire :

### 2.1- Age :

L'âge des médecins variait entre 27 et 72 ans avec une moyenne de 46,99 ans et un écart type de 8,458. Le regroupement par tranche d'âge a objectivé une certaine différence ne dépassant pas les 10% entre les trois tranches d'âge choisies avec une légère supériorité pour la tranche d'âge 41—50 ans puis, suit celle au-dessus de 50 ans et une légère infériorité pour la tranche la plus jeune à savoir les 25—40 ans.

Tableau 8: répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'âge

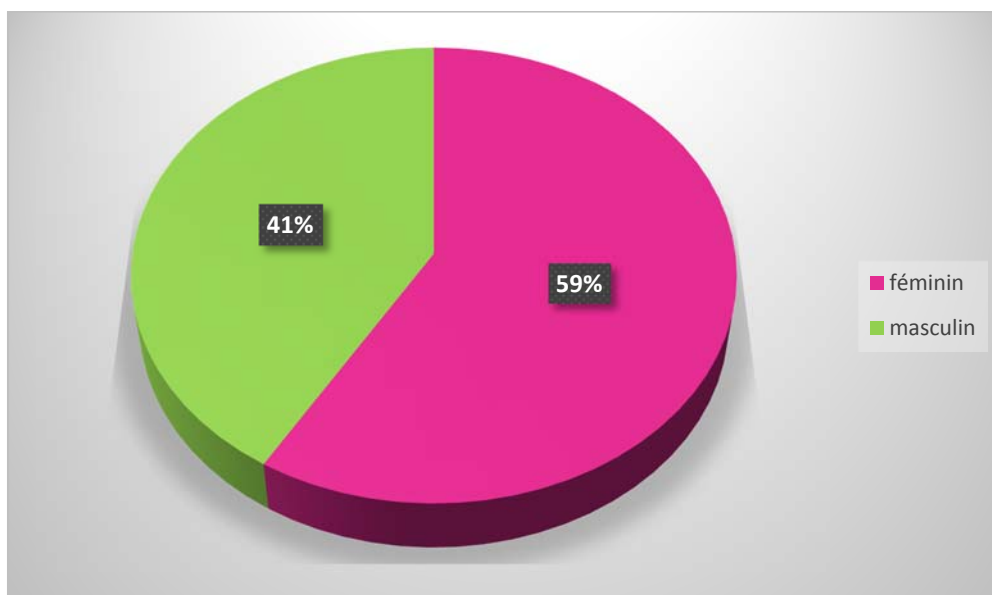
Tranches d'âge En année	Pourcentage	Effectif
25 ---- 40	22,7%	34
41-----50	44,7%	67
Plus de 50 ans	32,7%	49



**Graphique 1: répartition des MG en fonction des tranches d'âge**

## 2.2- Sexe ratio :

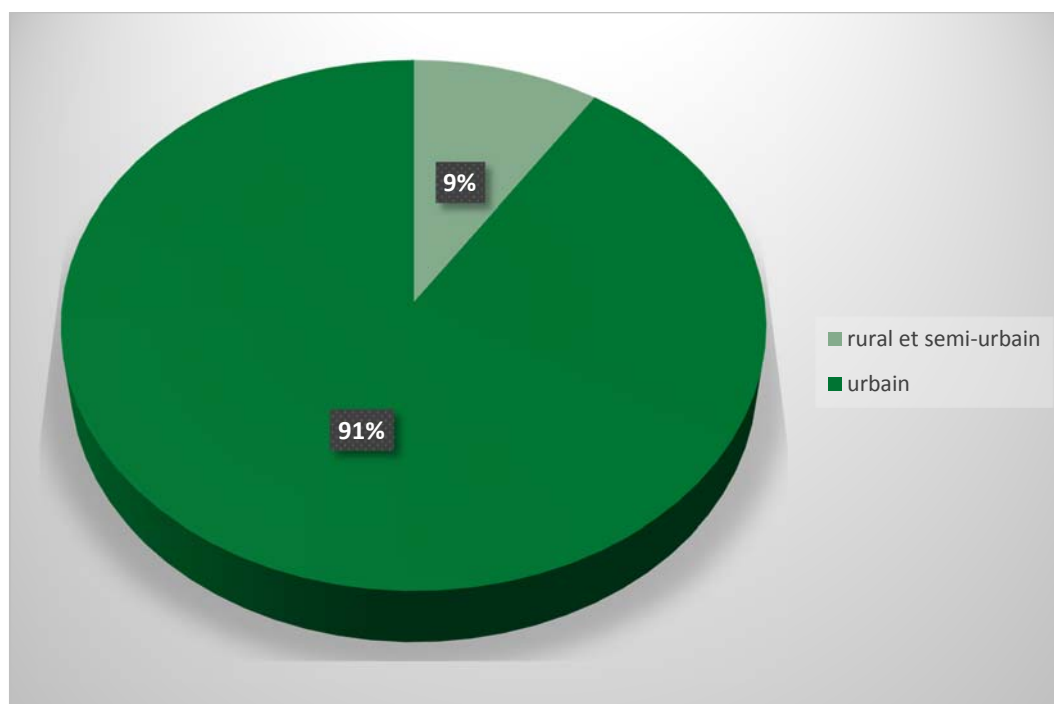
Le sexe féminin était légèrement prédominant dans notre enquête avec un pourcentage de 58.7% versus 41.3 % pour le sexe masculin le sex-ratio H/F =0,70.



Graphique 2: Répartition des MG selon le sexe

## 2.3- Milieu d'exercice :

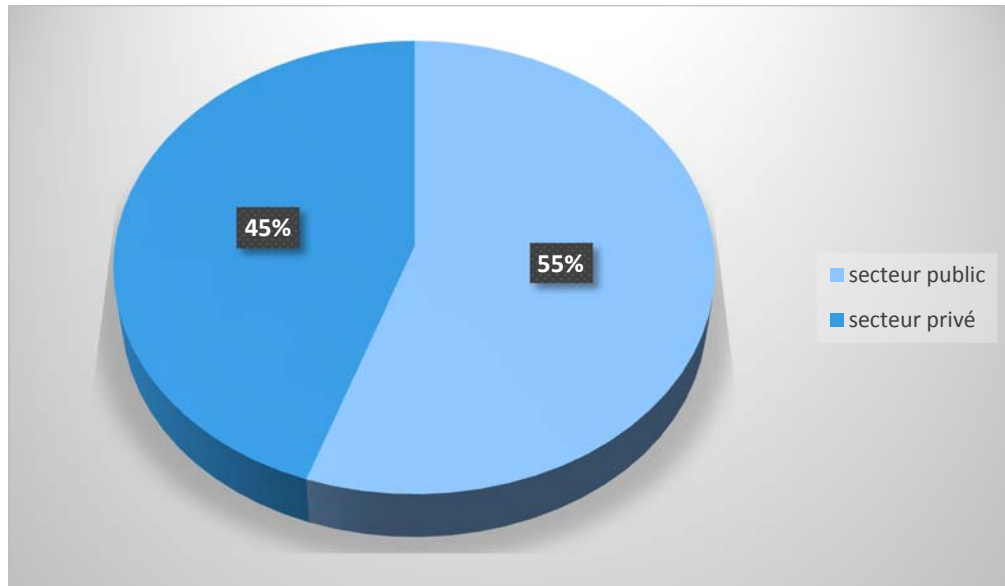
Dans notre enquête, 90,7% des médecins interrogés exerçaient dans le milieu urbain et uniquement 9,3% exerçaient dans les communes rurales et semi-urbaines.



Graphique 3: Répartition des MG selon le milieu d'exercice

#### 2.4- Secteur d'activité :

55,3 % des médecins interrogés travaillaient dans le secteur public contre 44,7% pour le secteur privé.



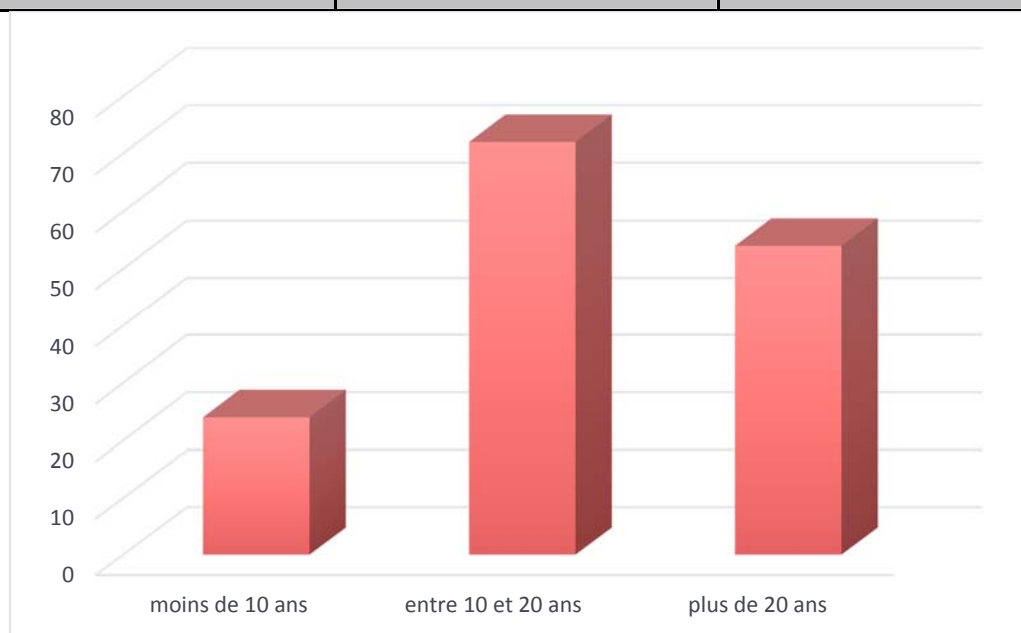
Graphique 4: Répartition des MG selon le milieu d'exercice

## 2.5- Nombre d'années d'exercice :

Le nombre d'années d'exercice de nos médecins variaient entre une année et 34 ans avec une moyenne de 17.89 ans et un écart type de 7.074, la prédominance de la tranche ; entre 10 et 20 ans d'expérience avec un pourcentage de 48%.

Tableau 9: répartition de la population étudiée en fonction des tranches d'années d'exercice

Tranche en année d'exercice	Pourcentage	Effectif
Moins de 10 ans	16%	24
Entre 10 et 20 ans	48%	72
Plus de 20 ans	36%	54



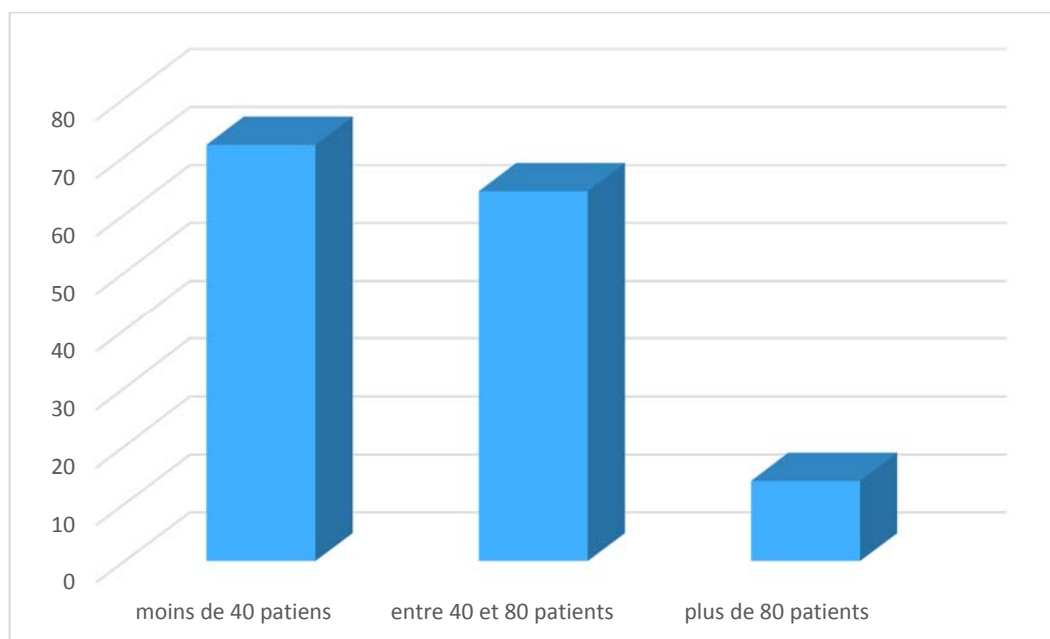
Graphique 5: Répartition des MG selon le nombre d'années d'exercice

## 2.6- Activité globale de médecine générale :

C'est à dire le nombre moyen de patients vus par jour en médecine générale tous motifs confondus. Nous avons réparti les résultats en 3 tranches :

- Groupe 1 : de médecins déclarant consulter moins de 40 patients par jour (72 médecins soit 48.1 %).
- Groupe 2 : de médecins déclarant consulter entre 40 et 80 patients par jour (64 médecins soit 42.6 %).
- Groupe 3 : de médecins déclarant consulter plus de 80 patients par jour (14 médecins soit 9.3 %).

Dans notre étude, près de la moitié (48.1%) des médecins consultaient en moyenne moins de 40 patients par jour et l'autre moitié consultait entre 40 et 80 patients par jour. Au total le nombre moyen de consultations par jour concernant l'ensemble de la population étudiée était de 49.15 avec un écart type de 28,316.



Graphique 6: Répartition des MG selon le nombre de consultations par jour

### **2.7- Pourcentage de patients hommes âgés de plus de 50 ans :**

Pour déterminer cette entité, nous avons réparti les réponses des MG en 3 groupes :

- Groupe 1 : de médecins déclarant voir moins de 10% de patients âgés de plus de 50 ans de l'ensemble de leurs consultations par jour (114 médecins soit 76.2%).
- Groupe 2 : de médecins déclarant voir entre 10% et 30% de patients âgés de plus de 50 ans de l'ensemble de leurs consultations par jour (34 médecins soit 22.7%).
- Groupe 3 : uniquement 2 médecins de notre échantillon ont déclaré voir plus de 30% de patients âgés de plus de 50 ans de l'ensemble de leurs consultations par jour.

Dans notre étude, plus de la moitié des MG ont déclaré que le pourcentage approximatif des patients hommes âgés de plus de 50 ans qu'ils voyaient par jour dans leurs consultations était moins de 10%. Au total le pourcentage moyen approximatif de patients âgés de plus de 50 ans vus par jour par les MG était de 8,96% avec un écart type de 9,68%.

### **2.8- Activité urologique dans l'activité globale de médecine générale :**

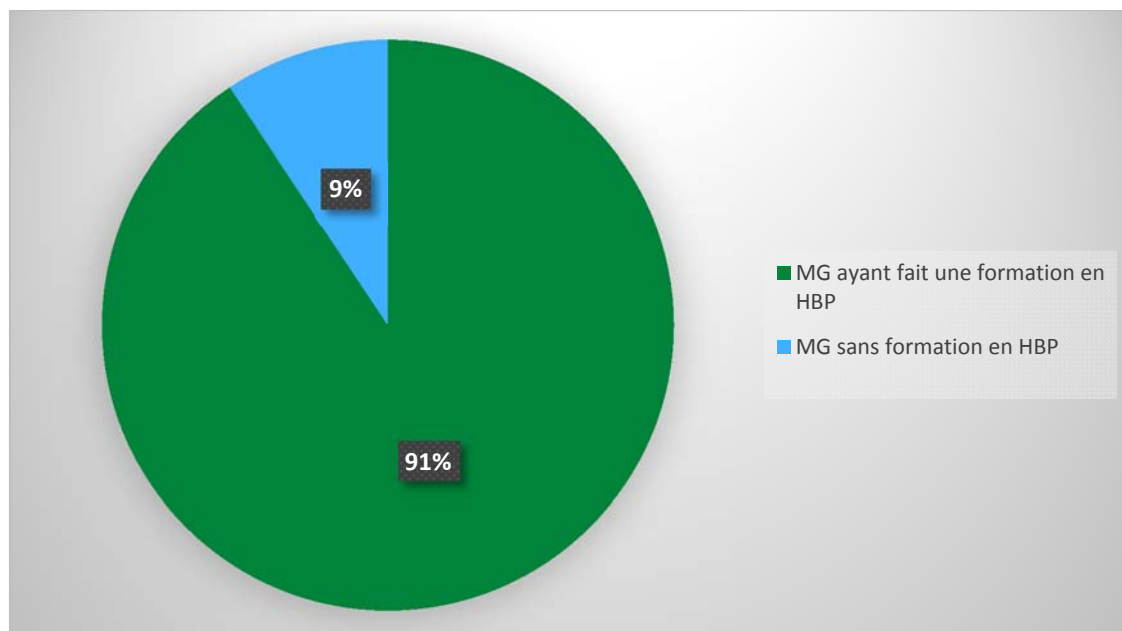
Le nombre de consultations par jour pour un motif urologique variait entre une seule consultation au minimum et 25 consultations comme chiffre maximal par médecin dans notre étude, réalisant donc une moyenne de 3.47 de consultations par jour pour symptômes urologiques avec un écart type de 3.38

### **2.9- Participation aux formations médicales continues :**

90.7% des médecins généralistes interrogés ont annoncé n'avoir participé à aucune formation médicale supplémentaire portant sur le sujet de l'HBP. C'est-à-dire que seulement 14 médecins de notre étude, soit 9.3% ont bénéficié d'une telle formation.

Les moyens utilisés par ces médecins pour bénéficier d'une formation supplémentaire en matière d'HBP étaient différents, on les a répartis comme suit :

- 7 médecins ont utilisé la FMC pour cette finalité ;
- 4 médecins ont assisté à des congrès nationaux et internationaux ;
- 2 médecins ont utilisé des lectures personnelles des dernières données de la littérature et des recommandations via internet ;
- 1 seul médecin a bénéficié d'une formation sous forme de table ronde au sein d'hôpital militaire de Meknès.



Graphique 7: Répartition des MG en fonction de l'existence d'une formation supplémentaire en HBP

### 2.10- Opinion des praticiens sur le rôle des MG dans le dépistage, diagnostic et traitement de l'HBP :

90% des médecins de la ville de Fès interrogés ont affirmé que le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'HBP font partie du rôle du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

## II. PEC DE L'HBP PAR LES MG INCLUS DANS L'ETUDE :

### A. Diagnostic de l'HBP :

#### 1. Les différents moyens diagnostiques de l'HBP utilisés par les médecins généralistes :

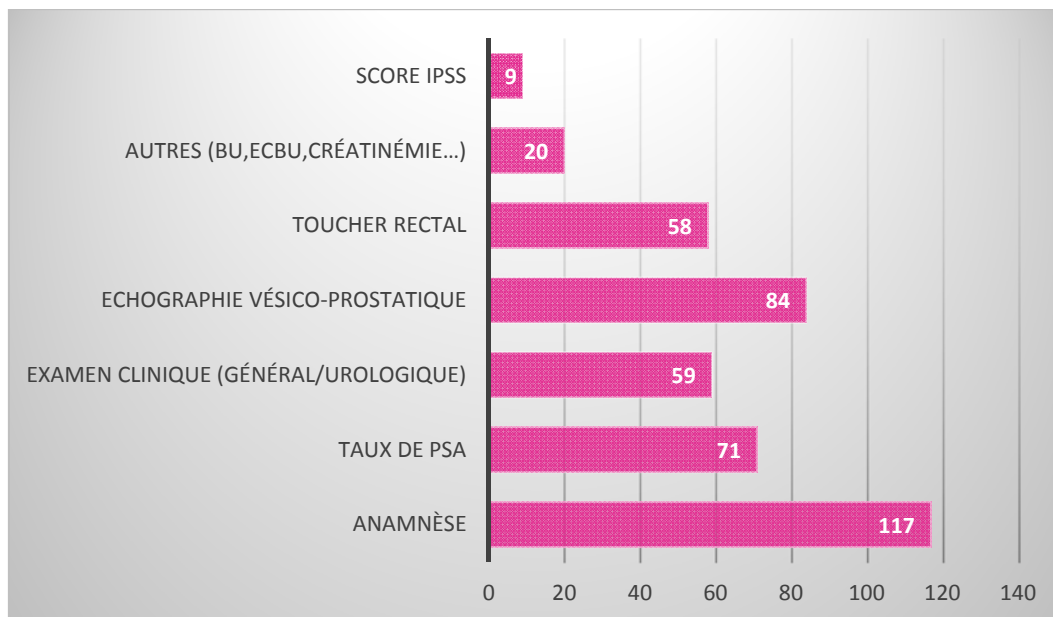
Les éléments diagnostiques les plus utilisés par les MG interrogés pour établir le diagnostic d'HBP étaient selon leur fréquence d'utilisation comme suit :

Tableau 10 : les moyens diagnostiques d'HBP utilisés par les MG

Moyen diagnostique utilisé	Effectif	Pourcentage
Anamnèse	117	78%
Taux de PSA	71	47,3%
Examen clinique (général/urologique)	59	39,3%
Echographie vésico-prostatique	84	56%
Toucher rectal	58	38,7%
Autres (BU,ECBU,créatinémie...)	20	13,3%
Score IPSS	9	6,1%

Au total, les moyens diagnostiques d'HBP utilisés par les MG de notre étude étaient par ordre de fréquence :

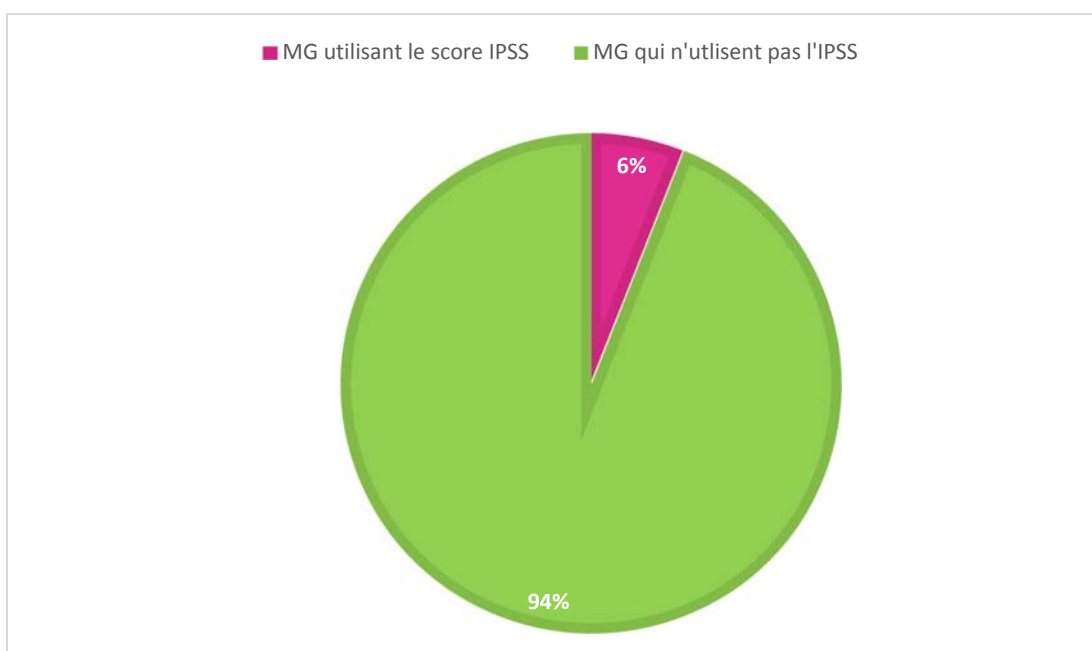
- L'anamnèse (117 MG soit 78%) ;
- Echographie vésico-prostatique (84 MG soit 56%) ;
- Le taux de PSA (71 MG soit 47,3%) ;
- L'examen clinique général/urologique (59 MG soit 39,3%) ;
- Le toucher rectal (58 MG soit 38,7%) ;
- Les analyses d'urines type bandelette urinaire, ECBU, créatininémie (20 MG soit 13,3%).
- En dernier lieu, le Score IPSS (9 MG soit 6.1%) ;



Graphique 8: les éléments diagnostiques de l'HBP utilisés par ordre de fréquence

## 2. L'utilisation de l'IPSS en médecine générale :

Dans notre étude, le score de sévérité IPSS destiné pour évaluer l'intensité des symptômes et voir le retentissement de cette affection sur la vie quotidienne des patients était utilisé uniquement par 9 MG soit 6,1%, et qui ont tous répondu que leur utilisation de ce score se déroulait en interrogeant oralement les patients.

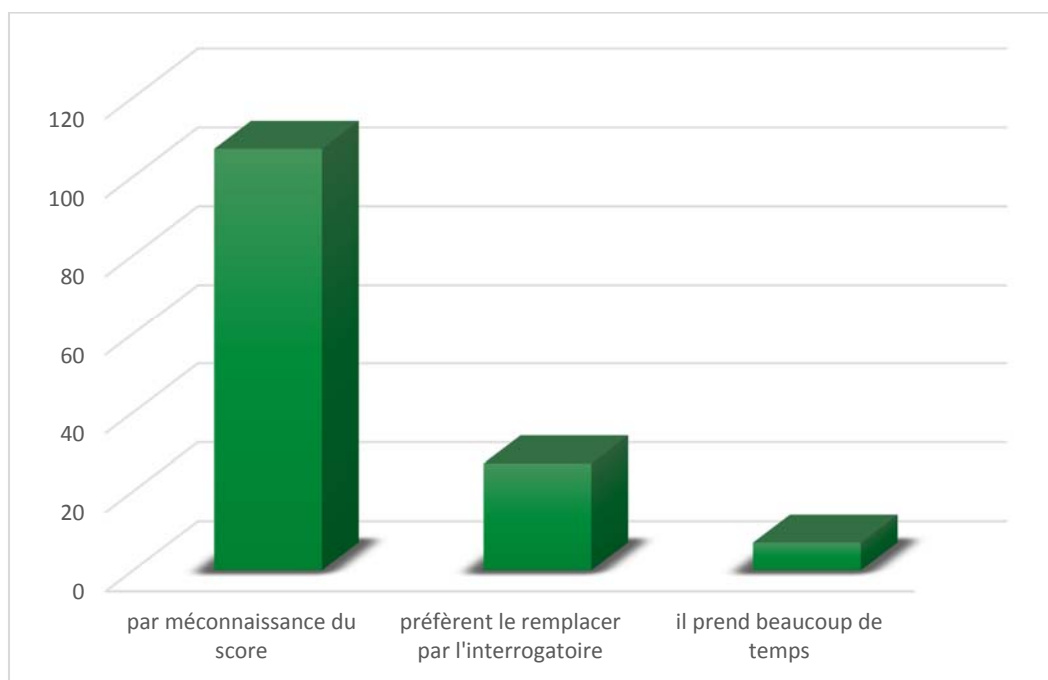


Graphique 9: Répartition des MG en fonction de l'utilisation du score de sévérité IPSS

En contrepartie, 141 MG n'utilisaient pas le score de l'IPSS soit 94% de notre population d'étude en justifiant ceci par plusieurs raisons citées comme suit :

- 107 MG soit 75.9% ont déclaré que leur non-utilisation du score IPSS est due à leur méconnaissance de ce dernier ;
- 27 MG soit 19.1% préféraient remplacer le score de sévérité IPSS par leur interrogatoire ;
- 7 MG soit 4.9% ont déclaré que l'utilisation de ce score leur prenait beaucoup de temps.

Au total plus des deux tiers de l'ensemble des MG de notre étude n'utilisaient pas le score de sévérité IPSS et la principale raison qui justifiait ce choix était la méconnaissance de ce score.

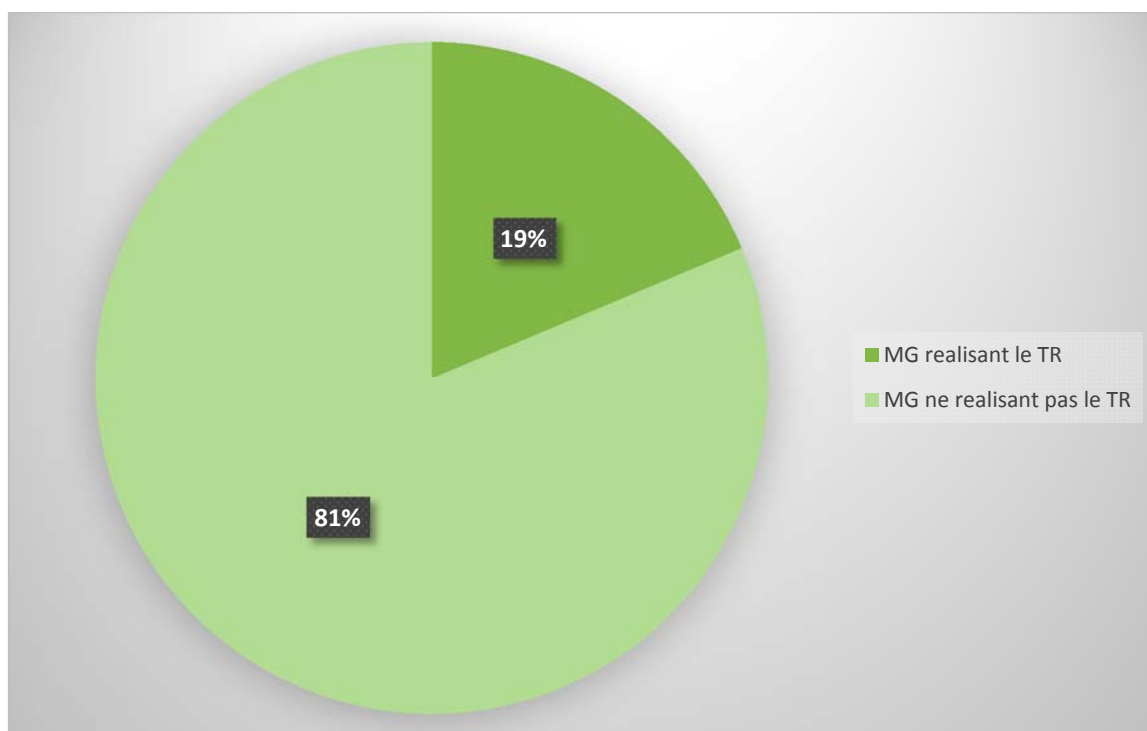


Graphique 10: Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-utilisation du score IPSS

### 3. Place du toucher rectal dans la pratique urologique quotidienne des MG :

Nous avons voulu connaître la place du TR dans la pratique quotidienne des MG de notre étude notamment chez la population à risque c'est-à-dire les patients de sexe masculin âgés de plus de 50 ans dans le cadre de dépistage des pathologies prostatiques aussi bien l'HBP que le cancer de la prostate par la réalisation systématique de cet examen clinique chez les patients à risque, et les résultats étaient comme suit :

- Uniquement 28 MG de notre étude soit 18,7% ont déclaré réaliser le TR systématiquement chez les patients âgés de plus de 50 ans ;
- Alors que le reste des MG qui sont au nombre de 122 médecins soit 81,3% ont répondu avoir abandonné cet examen de manière systématique chez la population à risque.



Graphique 11: Répartition des MG en fonction de la réalisation systématique du TR

Afin de mieux comprendre ce faible taux de réalisation systématique de TR chez les patients à risque, nous avons étudié les raisons avancées par les médecins généralistes de notre étude et les résultats se présentaient comme suit :

- 108 MG soit 72% ont justifié essentiellement leur non-réalisation de TR par le refus fréquent des patients.
- 9 MG soit 7,3% ont déclaré que le TR ne leur permettait pas d'apprécier facilement le volume prostatique
- 5 MG ont avancé d'autres raisons comme :
  - Le TR n'est pas un examen de référence.
  - Les conditions de travail ne permettaient pas d'effectuer cet examen clinique, d'où le recours à d'autres moyens pour établir le diagnostic de l'HBP.
  - Le TR n'est réalisé que si le patient est symptomatique.

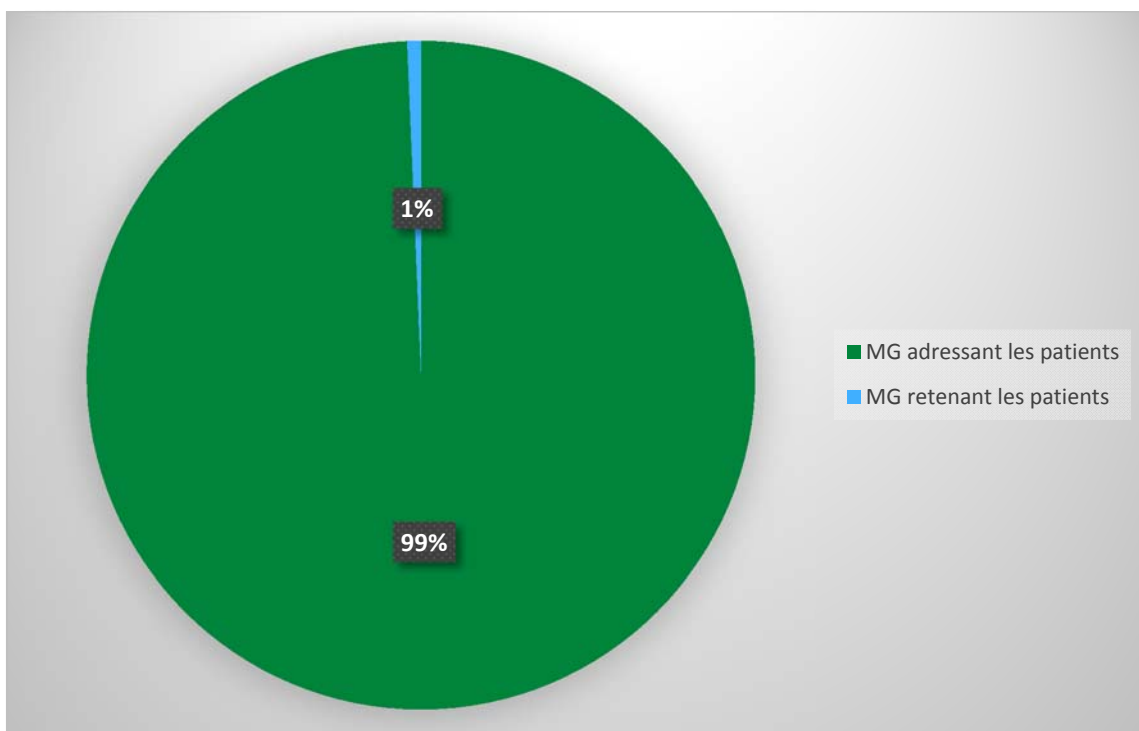
En contrepartie, nous avons voulu également connaître les différentes raisons qui poussaient les 28 MG à effectuer le TR systématiquement chez les patients à risque et les résultats se présentaient comme suit :

- 9 MG soit 6% ont justifié la réalisation du TR par son utilité dans l'appréciation de l'augmentation homogène du volume prostatique ;
- 9 MG soit 6% ont déclaré que le TR leur permettait d'éliminer un diagnostic différentiel notamment le cancer de la prostate ;
- 10 soit 7,6% ont coché les deux raisons citées ci-dessus au même temps.

On abordera dans un chapitre ultérieur, les différents paramètres pouvant influencer la faisabilité du TR dans la pratique quotidienne des MG.

Toujours dans le but de connaître la place du TR dans la pratique quotidienne des MG de notre étude, nous avons voulu mettre en évidence leurs CAT devant un TR hétérogène à surface nodulaire/irrégulière afin d'avoir une idée sur l'attitude de ces médecins en cas de situation susceptible être à risque de cancer de la prostate. Les résultats étaient comme suit :

- 149 MG de notre population soit 99,3% ont répondu d'adresser directement le patient chez un chirurgien urologue devant une telle situation.
- Et uniquement 1 seul MG soit 0,7% a déclaré qu'il faut d'abord réaliser une échographie vésico-prostatique puis voir en fonction du résultat s'il faudrait traiter ou adresser le patient.
- Aucun de nos MG se contentait de surveiller de près le patient ou de s'acharner à le traiter.

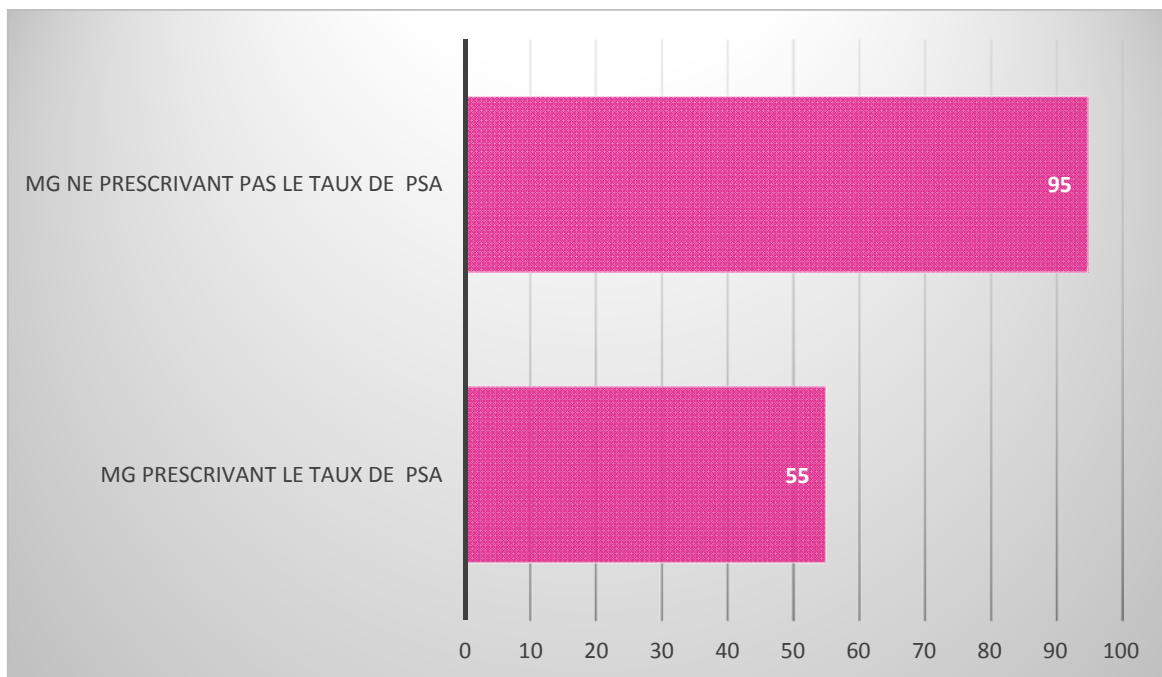


Graphique 12: répartition des MG selon leurs CAT devant un TR à surface hétérogène

#### 4. Place de la PSA dans la pratique quotidienne de la médecine générale :

Afin d'avoir une idée concrète sur le taux de prescription de la PSA systématiquement chez les patients de sexe masculin âgés de plus de 50 ans par les MG de notre étude, nous avons pu diviser notre échantillon en 2 groupes :

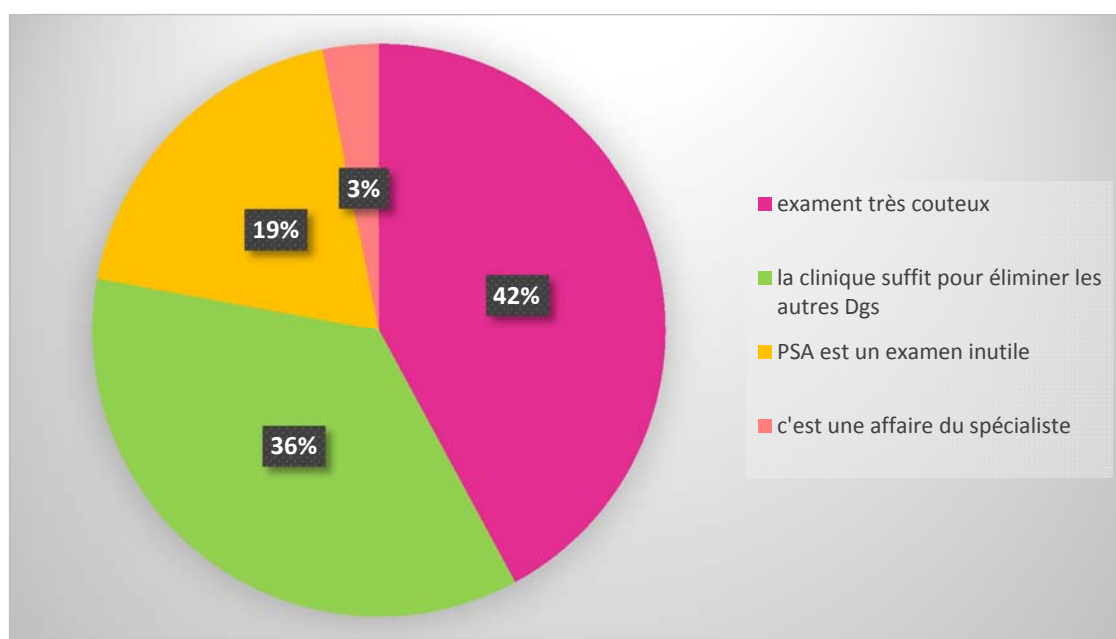
- Groupe 1 : les MG qui prescrivaient de manière systématique le taux de PSA chez les patients âgés de plus de 50 ans et qui étaient au nombre de 55 soit 36,7% de la population.
- Groupe 2 : les MG qui ne prescrivaient pas systématiquement le taux de PSA chez les patients hommes de plus de 50 ans et qui étaient au nombre de 95 soit 63,3% de notre échantillon.



Graphique 13: répartition des MG selon leur prescription du taux de PSA

Pour mieux comprendre les raisons qui expliquaient ce faible taux de prescription de ce bilan biologique, nous avons pu mettre le point sur quelques motifs avancés par les 95 MG justifiant leurs choix. Les résultats étaient comme suit :

- 40 MG soit 41,1% ont déclaré qu'ils ne prescrivaient pas la PSA systématiquement chez les patients à risque car cet examen est très couteux par rapport au faible niveau socio-économique de leurs patients ;
- 34 MG soit 35,8% ont annoncé que l'anamnèse, l'examen général, le TR et la BU suffisaient pour éliminer les diagnostics différentiels ;
- 18 MG soit 18,4% ont répondu que la PSA est un examen inutile en matière d'HBP.
- Enfin, 3 MG considéraient que cette analyse doit être demandée et interprétée par le spécialiste et non par le généraliste.



Graphique 14: Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-prescription du taux de PSA

En contrepartie, Parmi les 55 MG qui demandaient le taux de PSA chez les patients de sexe masculin âgés de plus de 50 ans, 47 d'entre eux soit (85,5 %) ont expliqué leur choix par l'importance de cette analyse dans l'élimination d'un diagnostic différentiel notamment le cancer de la prostate, alors que 8 MG soit (14,5%) ont rapporté que cet examen leur permettait d'évaluer le volume prostatique.

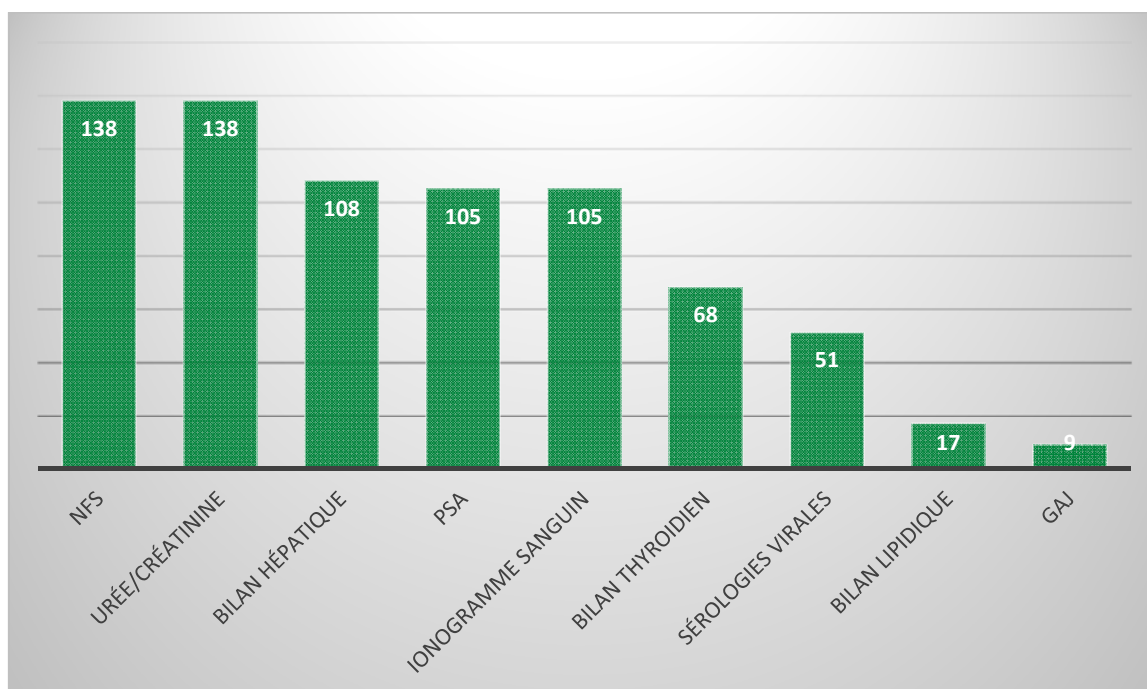
Toujours dans le but de connaître la place de la PSA dans la pratique quotidienne des MG, nous avons voulu savoir si cet examen figurait parmi d'autres chez un patient totalement asymptomatique et demandeur d'un check-up biologique complet, et les résultats se présentaient respectivement comme suit :

- Les 2 bilans biologiques les plus prescrits par les MG de notre étude dans le cadre d'un check-up biologique complet étaient NFS et le bilan rénal (urée, créatinine...etc.).
- Puis le bilan qui venait en seconde place était le bilan hépatique ;
- Ensuite les 2 bilans biologiques qui se situaient en 3<sup>e</sup> place étaient le taux de PSA et l'ionogramme sanguin
- Enfin, les bilans biologiques les moins prescrits dans ce cadre étaient le bilan thyroïdien, bilan lipidique, GAJ et sérologies virales.

Au total, les bilans biologiques les plus prescrits par les MG dans le cadre d'un check-up biologique complet étaient en chiffres comme suit :

**Tableau 11 : les examens biologiques les plus prescrits par les MG**

Bilan biologique	Effectif	Pourcentage
– NFS – Bilan rénal (urée, créatinine...)	138	92%
– bilan hépatique	108	72%
– PSA – ionogramme sanguin	105	70%
– bilan thyroïdien	68	45,3%
– sérologies virales	51	34%
– bilan lipidique	17	11,3%
– GAJ	9	6%

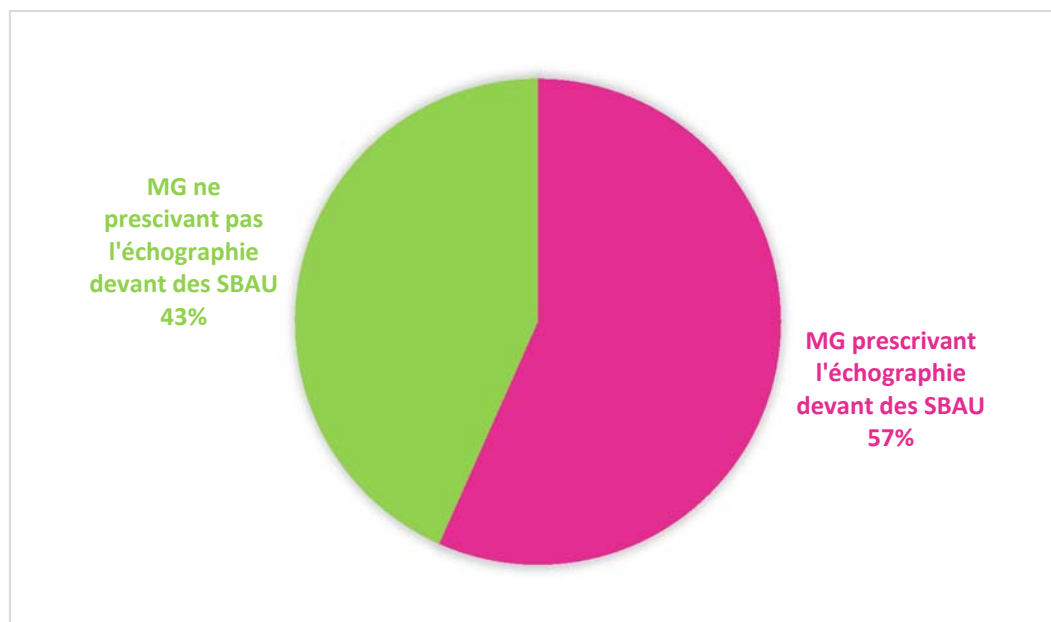


**Graphique 15: les bilans biologiques les plus prescrits par les MG dans le cadre d'un check-up complet**

## 5. Place de l'échographie dans le diagnostic de l'HBP en médecine générale :

Dans le but de connaître les différents contextes qui poussent les MG à avoir recours à l'échographie vésico-rénale devant des SBAU, nous avons pu diviser notre population d'étude en 2 groupes :

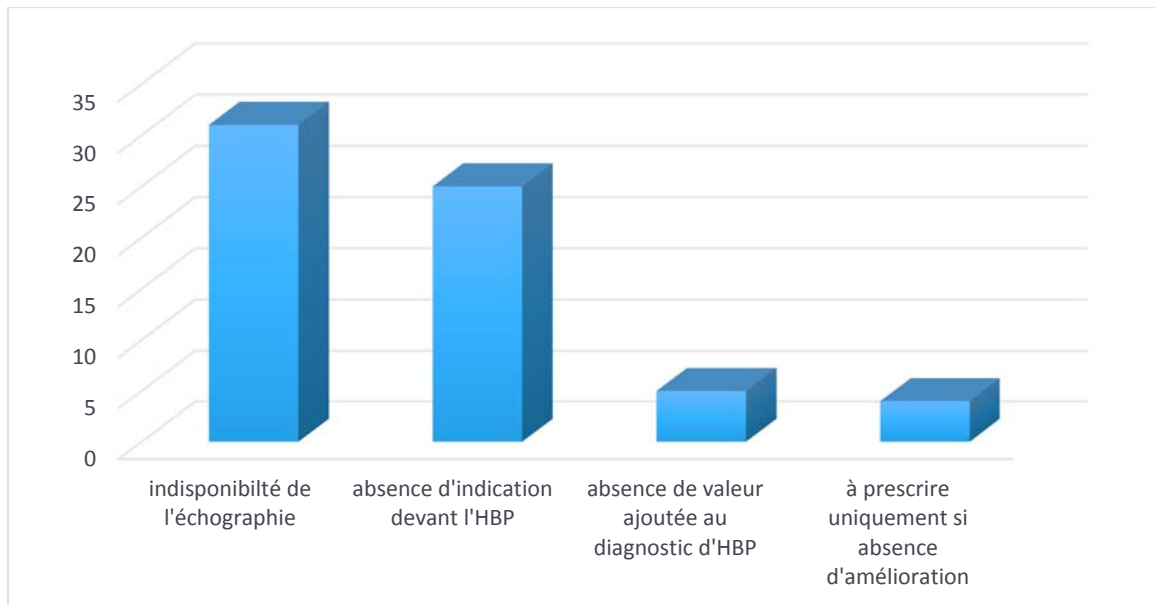
- Groupe 1 : 85 MG soit 56,7% de notre échantillon ont répondu avoir le réflexe de prescrire systématiquement une échographie vésico-rénale devant des SBAU, et la majorité parmi eux (72 MG soit 84,7%) ont justifié ce choix d'abord par le rôle que joue cet examen radiologique dans la mise en évidence du retentissement de l'HBP sur le haut appareil urinaire ainsi que sur la vessie, ensuite par son utilité dans l'évaluation du volume prostatique, enfin par son intérêt dans le dépistage des lésions suspectes de la vessie.
- Groupe 2 : 65 MG soit 43,3% des médecins de notre étude ont déclaré ne pas avoir l'habitude de prescrire une échographie vésico-rénale devant des SBAU.



Graphique 16: répartition des MG selon la prescription de l'échographie vésico-rénale devant des SBAU

Afin de mettre le point sur les raisons qui peuvent expliquer cette tendance à ne pas demander l'échographie chez presque la moitié des MG de notre étude ; nous avons pu déceler les résultats comme suit :

- 31 MG soit 47% ont justifié leurs choix par l'indisponibilité de l'échographie au sein des structures sanitaires où ils travaillent ainsi que la difficulté rencontrée par les patients pour bénéficier de cet examen radiologique (soucis de la couverture sociale, cout élevé de l'échographie au secteur privé, absence de médecin radiologue aux structures sanitaires publiques les plus proches, éloignement des structures hospitalières disposant d'une échographie surtout pour les patients venant du milieu rural...etc.)
- 25 MG soit 37,9% ont jugé que l'échographie n'avait pas d'indication dans ce cas.
- 5 MG soit 7,6% ont déclaré que malgré la présence de son indication, l'échographie reste un examen dont l'utilité et la valeur ajoutée apportées au diagnostic restent quasi-absentes.
- 4 MG soit 7,5% ont considéré que l'échographie est un examen à prescrire uniquement devant l'absence d'amélioration des symptômes après la prescription d'un traitement médical bien mené.



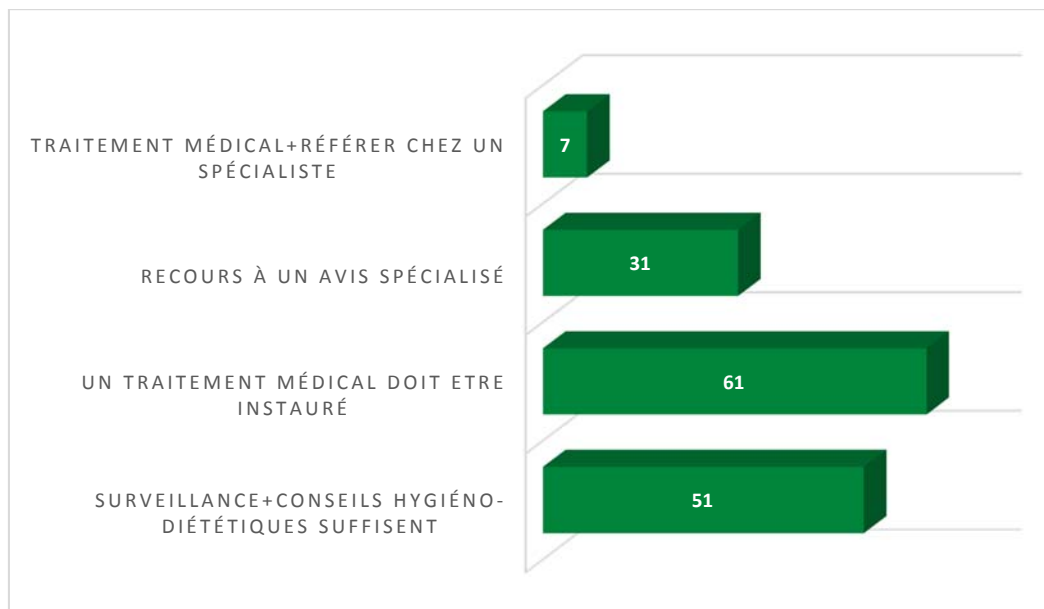
Graphique 17: Répartition des MG en fonction des raisons de leur non-prescription l'échographie vésico-rénale

## **B. Traitement de l'HBP :**

### **1. CAT des médecins généralistes devant le diagnostic d'HBP :**

On a voulu connaître la CAT des MG de notre étude devant des symptômes du bas appareil urinaire en rapport avec une HBP confirmée et on a eu comme résultats :

- Groupe 1 : 51 MG soit 34% ont estimé qu'une surveillance avec conseils hygiéno-diététiques pourrait être suffisante pour améliorer les symptômes ;
- Groupe 2 : 61 MG soit 40,7% ont affirmé qu'un traitement médical devrait être instauré tout de suite ;
- Groupe 3 : 31 MG soit 20,7% ont jugé nécessaire de demander un avis spécialisé une fois le diagnostic est posé ;
- Enfin 7 MG ont opté à la fois pour la prescription d'un traitement médical et par la suite référer le patient chez un urologue pour qu'il puisse bénéficier d'un suivi à long terme.



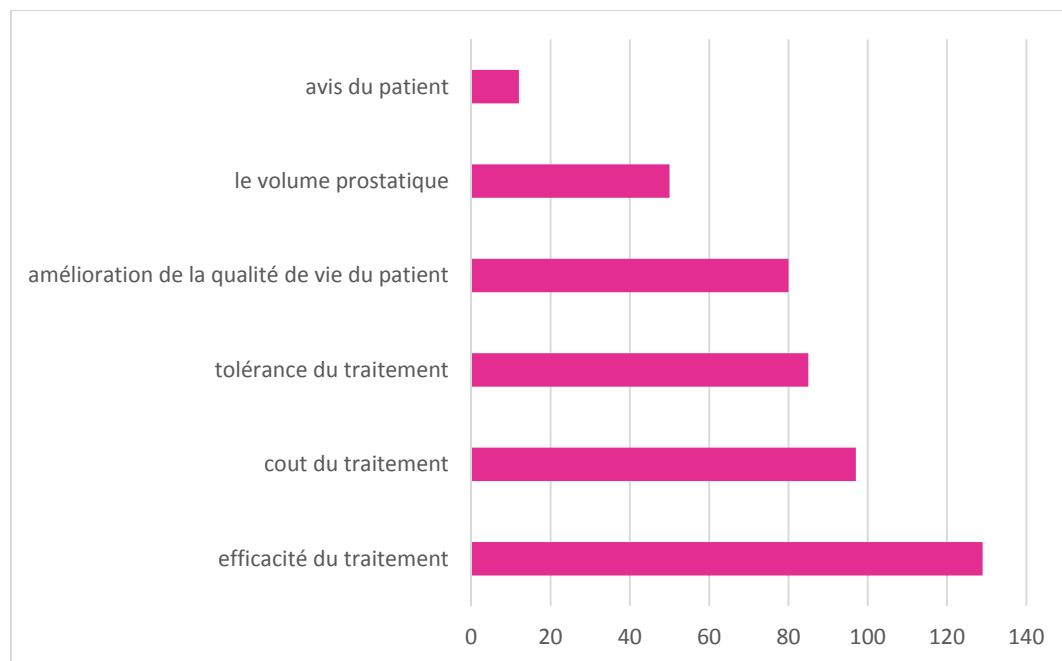
Graphique 18: répartition des MG selon leur CAT devant des SBAU en rapport avec une HBP

## 2. Les critères déterminants le choix du traitement médical adoptés par les MG :

Afin de déceler les différents critères adoptés par les MG pour favoriser le choix d'un traitement médical par rapport à un autre, on a pu mettre en ordre décroissant les différents critères choisis en fonction de leur degré d'utilisation sachant que plusieurs critères ont été cochés au même temps :

- L'efficacité était le critère le plus choisi par les MG de notre étude puisqu'il a été adopté par 129 médecins soit un pourcentage de 86% de l'ensemble de notre échantillon ;
- Puis vient en second lieu le critère du coût du traitement opté par 97 MG soit 64,7% ;
- Ensuite le critère de la tolérance vient en 3<sup>e</sup> lieu puisqu'il a été adopté par 85 MG soit 56,7% ;
- Enfin l'amélioration de la qualité de vie du patient était un critère choisi par 80 MG réalisant un pourcentage de 53,3%.

- En dernier lieu, le volume prostatique et l'avis du patient étaient les deux critères les moins choisis par les médecins de notre étude, puisqu'ils étaient adoptés respectivement par 50 et 12 MG.



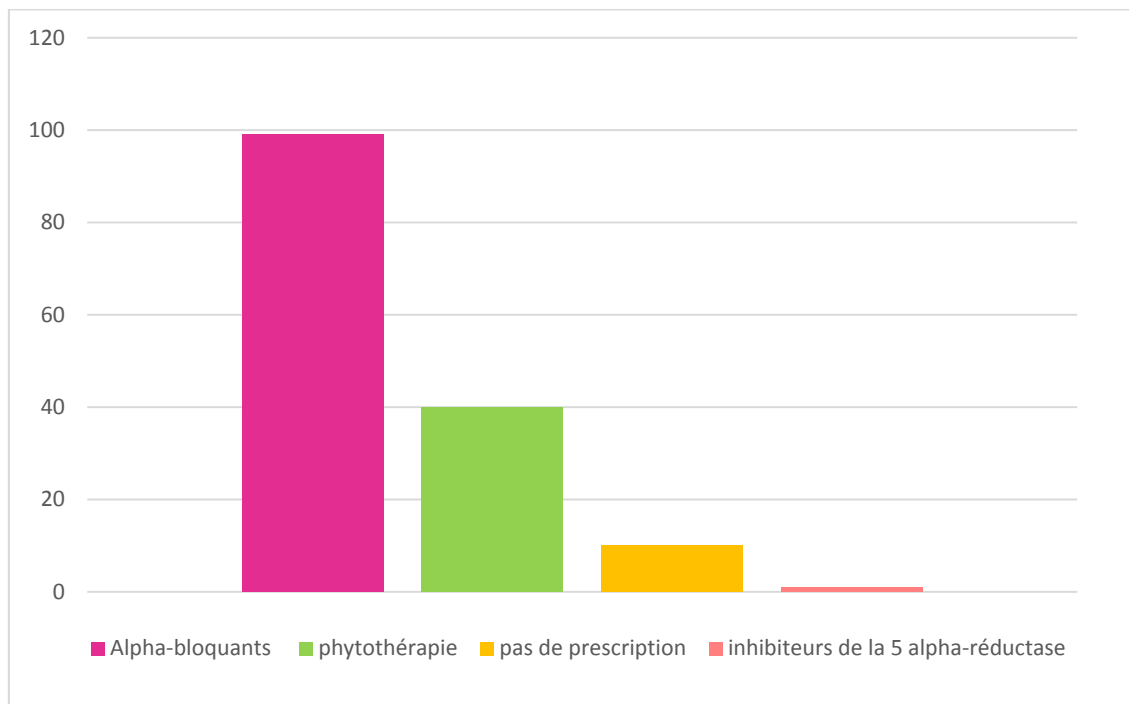
Graphique 19: Les critères déterminants le choix d'un traitement médical au cours de la prise en charge de l'HBP

### 3. Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP :

On a voulu savoir le traitement médical le plus prescrit par les MG de notre étude afin de traiter l'HBP, et les résultats étaient comme suit :

- Groupe 1 : 99 MG soit 66% de notre échantillon ont déclaré avoir l'habitude de prescrire les  $\alpha$ -bloquants en 1ere intention. La majorité de ces MG n'ont pas manqué de déclarer à maintes reprises lors de la récupération des questionnaires, que leur choix est justifié principalement par la rapidité d'action de cette molécule ;
- Groupe 2 : 40 MG soit 26,7% ont choisi la phytothérapie comme traitement le plus prescrit dans leur pratique quotidienne ;

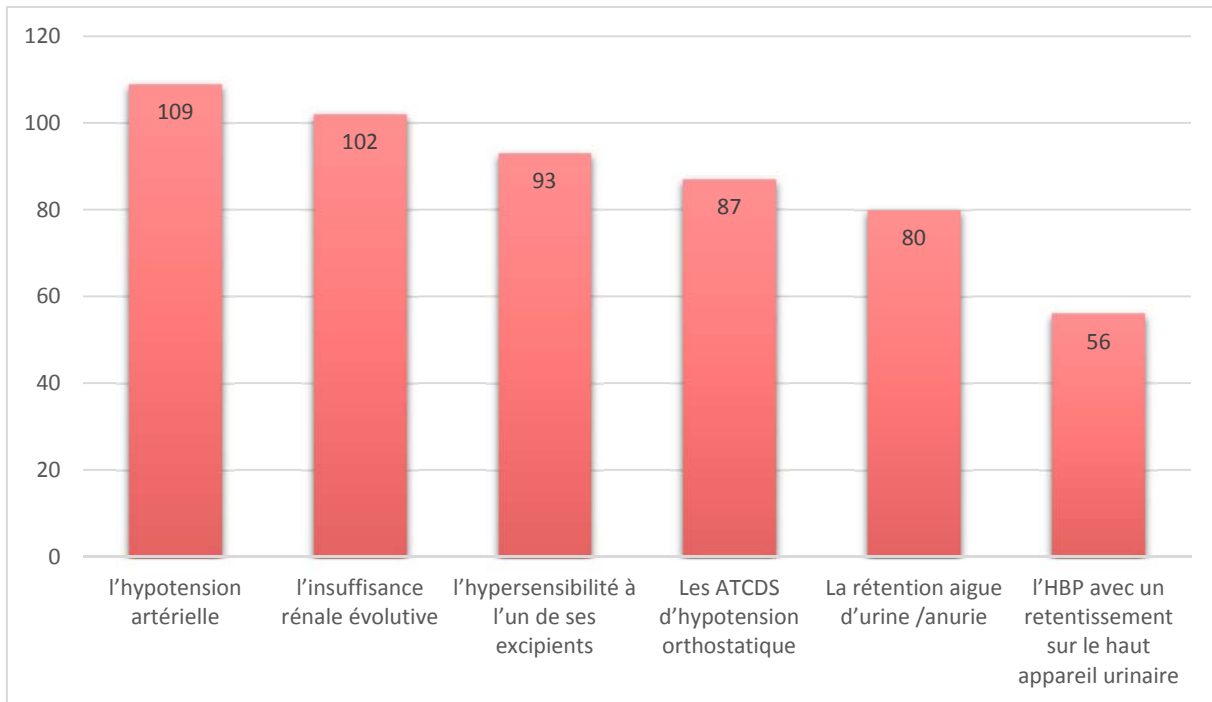
- Groupe 3 : 10 MG soit 6,7% ont répondu ne pas prescrire de traitement médical et avoir tendance à adresser le patient chez un spécialiste ;
- Et uniquement 1 seul MG dans l'ensemble de notre population d'étude a opté pour les inhibiteurs de la 5  $\alpha$ -réductase comme traitement de choix.



Graphique 20: les différents traitements médicaux choisis par les MG pour traiter l'HBP

Puisque les  $\alpha$ -bloquants étaient les molécules les plus prescrites par les MG pour traiter l'HBP, on a voulu savoir les différentes contre-indications que ces médecins avaient tendance à éliminer avant d'administrer le traitement aux patients, et les résultats étaient par ordre comme suit :

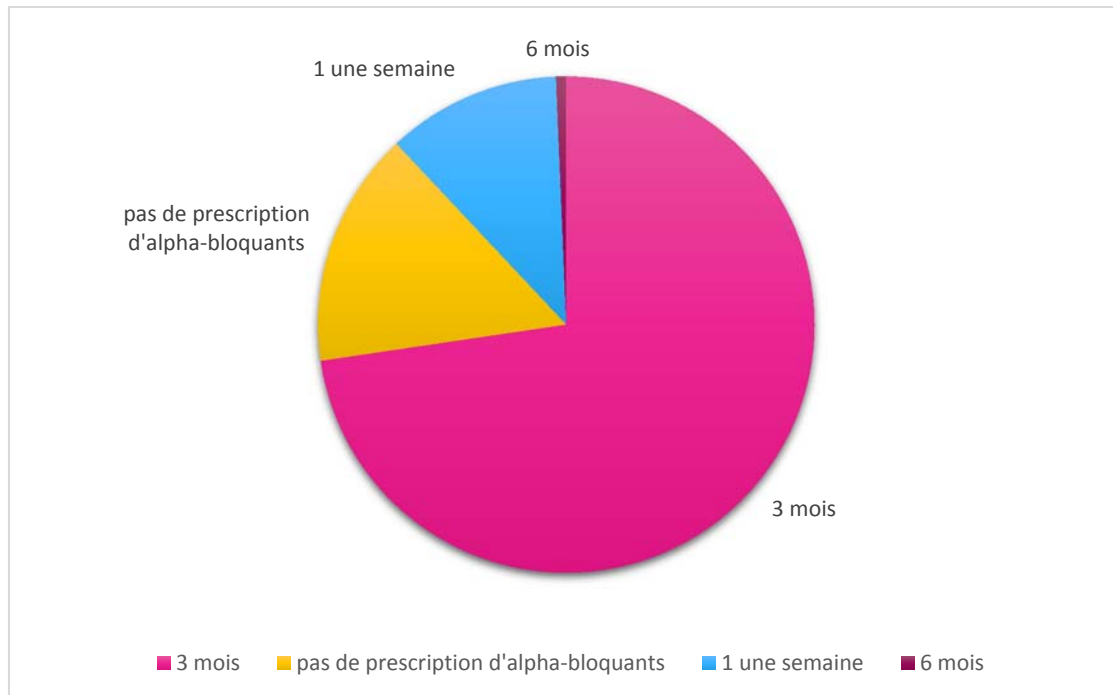
- D'abord l'hypotension artérielle ;
- Puis l'insuffisance rénale évolutive ;
- Ensuite l'hypersensibilité à l'un de ses excipients ;
- Les ATCDS d'hypotension orthostatique ;
- La rétention aigue d'urine /anurie ;
- Enfin l'HBP avec un retentissement sur le haut appareil urinaire.



**Graphique 21: les contre-indications éliminées par les MG avant la prescription d' $\alpha$ -bloquants**

Toujours dans le cadre de la prescription d' $\alpha$ -bloquants, nous avons voulu connaître le délai qui s'avère suffisant aux MG pour évaluer leur efficacité :

- 109 MG soit 72,7% ont déclaré donner un délai de 3 mois pour évaluer leur efficacité ;
- 17 MG soit 11,3% ont répondu que le délai d'une semaine était suffisant pour cette fin ;
- 1 MG uniquement a opté pour un délai de 6 mois ;
- 23 MG soit 15,3% ont annoncé ne pas avoir tendance à prescrire les  $\alpha$ -bloquants et préfèrent brancher le patient dans une consultation de médecine générale qui s'occupe du suivi des maladies chroniques à savoir l'HBP, ou le référer chez un spécialiste pour une PEC et un suivi à long terme ;



**Graphique 22 : répartition des MG selon le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité des a-bloquants**

En contrepartie, nous avons voulu connaître le délai donné par les MG pour évaluer l'efficacité des inhibiteurs de la 5  $\alpha$ -réductase malgré le faible taux de prescription de cette molécule en médecine générale, les résultats étaient comme suit :

- Uniquement 7 MG soit 4,7% ont déclaré qu'ils peuvent prescrire cette molécule si leur indication s'impose, et ont tous estimé que le délai de 3 mois était suffisant pour évaluer leur efficacité ;
- Alors que les 143 MG restants soit 95,3% de notre échantillon ont déclaré ne pas avoir l'habitude de prescrire cette molécule de manière radicale dans leur pratique quotidienne.

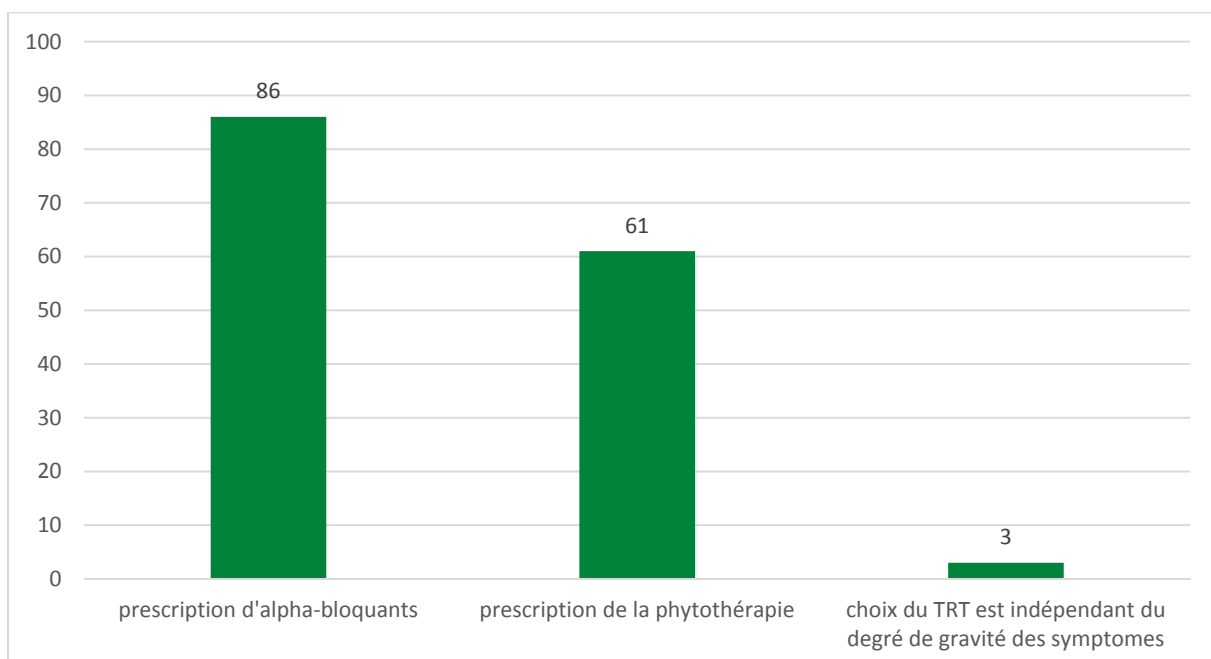
#### 4. PEC de l'HBP selon son degré de gravité par les MG :

Dans le but de connaître le raisonnement des MG devant des SBAU de gravité variable en relation avec l'HBP et savoir si ce facteur aurait un impact sur le choix de leur PEC thérapeutique, nous avons établi deux mini-cas cliniques traitant ce point

➤ Premier cas clinique :

Ayant pour but connaître le traitement prescrit en première intention par les MG devant des symptômes faibles à modérés du bas appareil urinaire, avec un faible volume prostatique, nous avons eu les réponses comme suit :

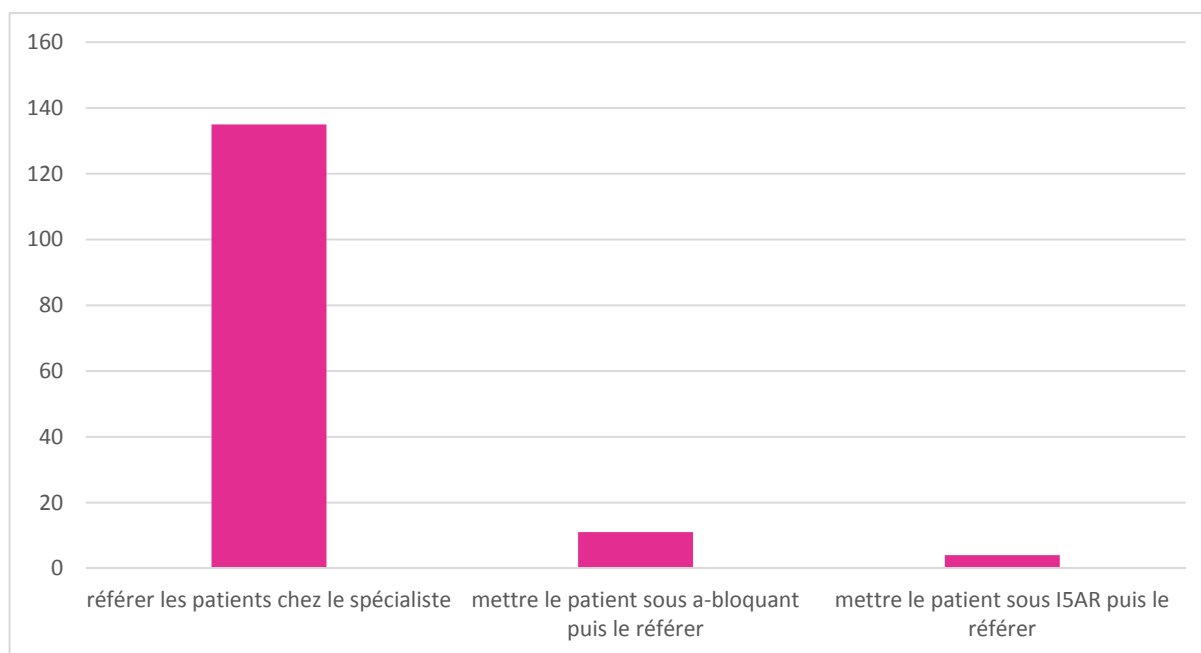
- Groupe 1 : 86 MG soit 57,3% prescrivait majoritairement une monothérapie à base d'α-bloquants.
- Groupe 2 : 61 MG soit 40,7% ont déclaré que la phytothérapie était le traitement médical le plus adéquat devant un tel tableau clinique ;
- Groupe 3 : 3MG soit 2% ont affirmé que le choix du traitement était indépendant du volume prostatique et de l'intensité des symptômes.



Graphique 23 : les traitements prescrits par les MG devant des SBAU faibles à modérés + un faible volume prostatique.

➤ Deuxième cas clinique :

Afin de connaître la CAT des MG devant un tableau clinique comportant des symptômes faibles à modérés du bas appareil urinaire, un volume prostatique important , et un grand risque de survenue d'une rétention aigue d'urine, la majorité des MG qui étaient au nombre de 135 médecins soit 90% ont déclaré adresser le patient directement au spécialiste sans prescrire un traitement médical, alors que 15 MG soit 10% de notre échantillon ont répondu que devant un tel tableau ont tendance à mettre d'abord le patient sous  $\alpha$ -bloquants (11 MG) ou sous inhibiteurs de la 5- $\alpha$  réductase (4 MG), puis le référer chez un chirurgien urologue pour un avis spécialisé.

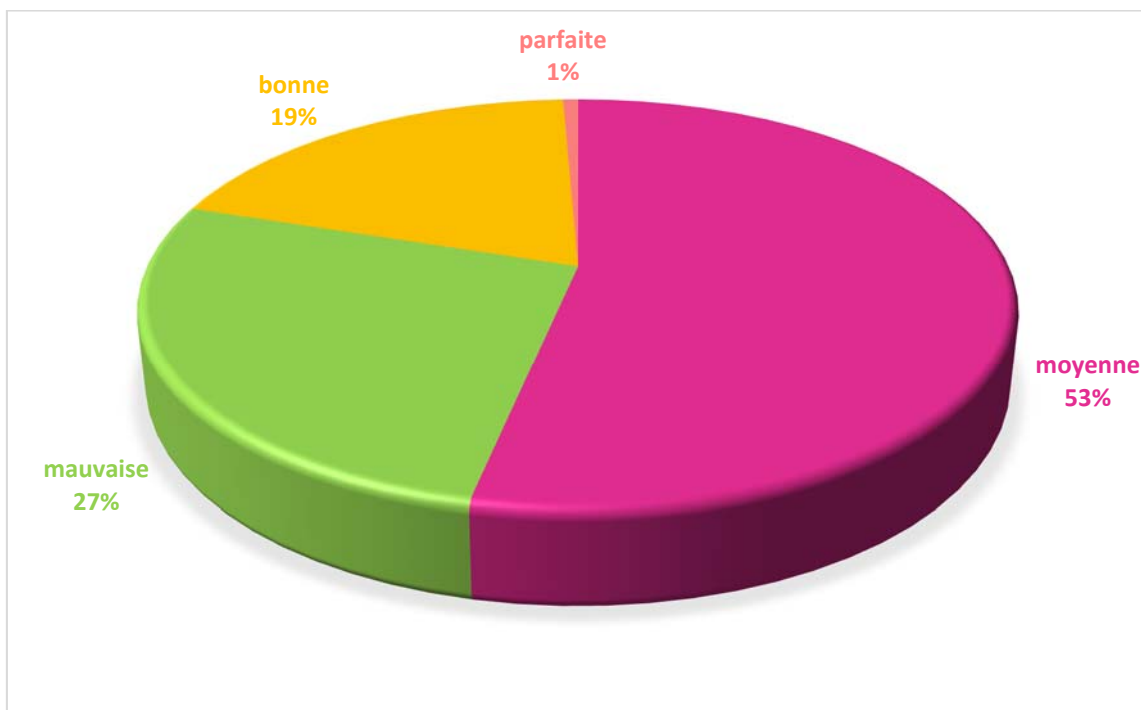


Graphique 24 : les traitements prescrits par les MG devant des SBAU+volume prostatique + risque de survenue de RAU

## 5.L'observance évaluée après traitement médical :

Afin d'évaluer le degré d'observance thérapeutique auprès des patients suivis pour HBP et qui sont mis sous un traitement médical bien mené, les réponses des MG étaient comme suit :

- 80 MG soit 53,3% ont jugé que degré d'observance thérapeutique de leurs patients était moyenne ;
- 40 MG soit 26,7% ont estimé que cette dernière était mauvaise justifiant essentiellement leur réponse par le défaut d'éducation thérapeutique du patient ;
- 29 MG soit 19,3% ont déclaré que l'observance thérapeutique chez leurs patients était bonne ;
- Et uniquement 1 seul médecin a jugé ce paramètre de parfait chez ses patients.

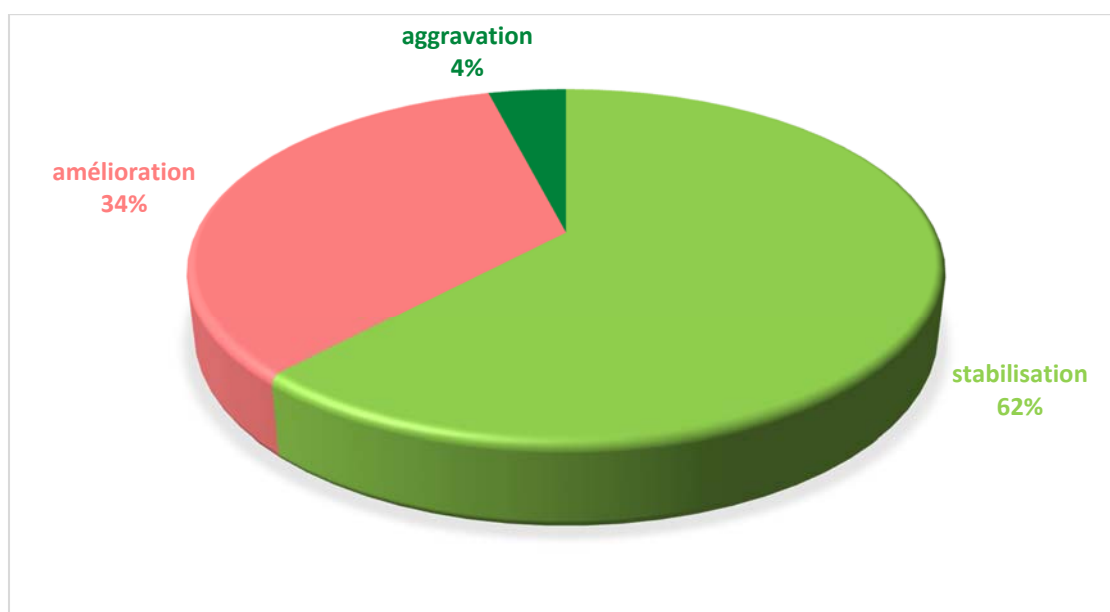


Graphique 25 : répartition des MG en fonction du degré d'observance thérapeutique chez leurs patients.

## 6. Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP :

Au cours de la PEC de l'HBP, on a voulu déceler l'évolution des symptômes après instauration d'un traitement médical adéquat. Les réponses des MG de notre échantillon étaient basées essentiellement sur le ressenti du patient à l'interrogatoire ainsi que sur les données de l'échographie de contrôle chose qui a été mentionnée oralement par nos médecins lors de la récupération des questionnaires. Les résultats se présentaient comme suit :

- 93 MG soit 62% ont jugé que l'évolution de leurs patients se faisait vers la stabilisation puisqu'ils rapportaient une amélioration clinique de leurs symptômes et restaient par la suite stables sous traitement ;
- 51 MG soit 34% ont estimé que l'évolution de la maladie après traitement se faisait vers l'amélioration aussi bien sur le plan clinique que sur le plan radiologique en se référant aux données de l'échographie vésico-prostatique qui montrait dans pas mal de cas une nette diminution du volume prostatique ;
- Et uniquement 6 MG soit 4% ont répondu par l'aggravation des symptômes comme évolution de cette pathologie chez leurs patients.

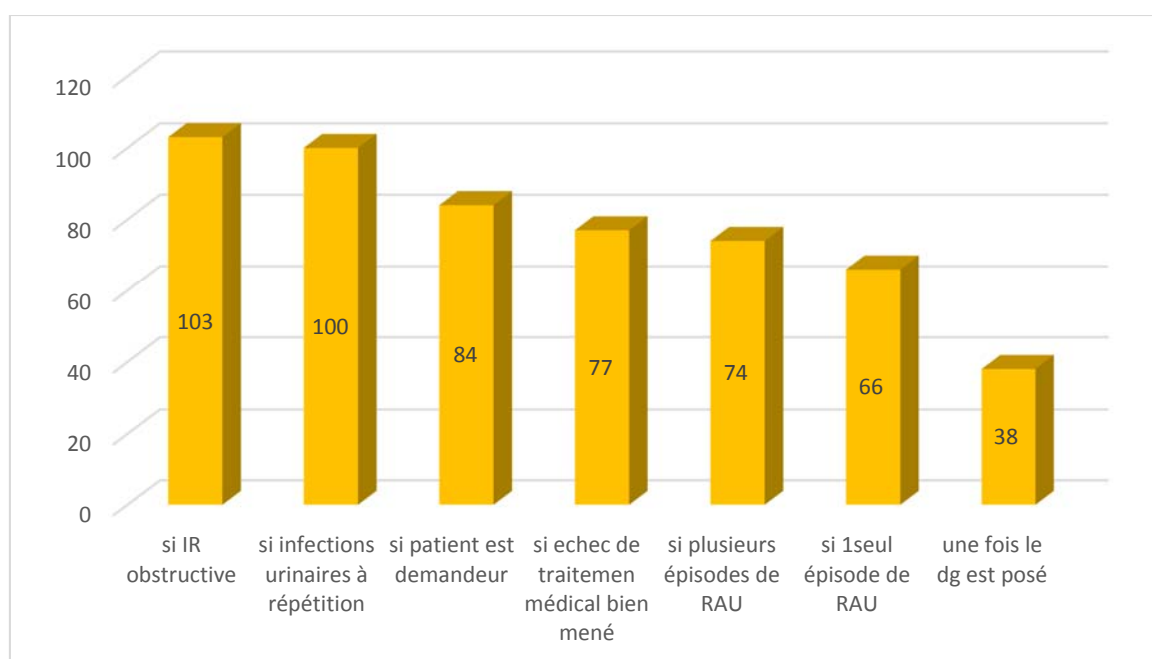


Graphique 26 : répartition des MG en fonction de l'évolution des symptômes des leurs patients après traitement

## 7. Recours à la consultation spécialisée d'urologie :

Afin de déceler les différents contextes qui motivent les MG à adresser les patients chez un chirurgien urologue dans le cadre d'HBP, nous avons eu les réponses des médecins de notre étude qui se présentèrent comme suit :

- En premier lieu l'insuffisance rénale obstructive était l'indication la plus choisie puisque 103 MG soit 68,7% ont jugé celle-ci un motif nécessitant la PEC urgente par un spécialiste en la matière,
- Puis les infections urinaires à répétitions venaient en deuxième lieu et donc étaient considérées une indication formelle à une consultation spécialisée par un urologue puisque 100 MG soit 66,7% ont choisi ce motif,
- Ensuite l'avis du patient vient en troisième lieu, puisque 84 MG soit 56% ont déclaré qu'ils ont tendance à adresser leurs patients porteurs d'HBP chez un médecin urologue si ces derniers le souhaitent,
- Enfin l'avis d'un urologue était sollicité en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit, en cas de présence de plusieurs épisodes de RAU, en cas de présence d'un seul épisode de RAU, et pour la PEC de la maladie ainsi que le suivi une fois le diagnostic initial est posé dans respectivement 51,3%, 49,3%, 44% et 25,3%.



Graphique 27 : répartition des MG en fonction des différents motifs posant indication de référer leurs patients porteurs d'HBP chez un spécialiste.

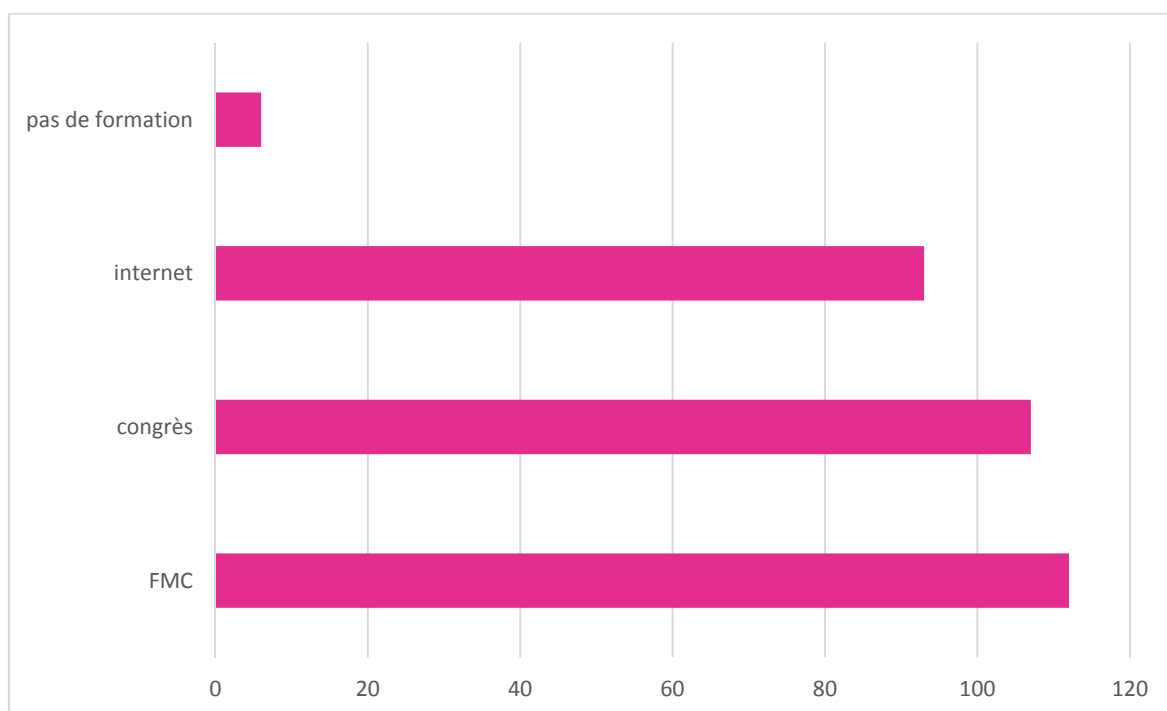
### C.L'ENSEIGNEMENT SUR L'HBP :

Nous avons voulu connaître l'avis des MG de notre étude sur leur souhait de participer aux différentes formations médicales explorant les dernières données de la littérature ainsi que les recommandations mondiales récentes concernant l'HBP :

- 144 MG soit 96% ont estimé que cette initiative serait très utile pour leur pratique quotidienne, et ont exprimé leur bonne volonté de participer aux différentes formes d'éventuelles formations si celles-ci leurs seraient proposées ;

Les différents moyens de formation choisis par ces médecins étaient d'abord la FMC (74,7%), puis les congrès nationaux ou internationaux (71,3%), et enfin l'internet (62%).

- Et uniquement 6MG soit 4% de notre échantillon ont approuvé leur désintérêt vis-à-vis de ces formations.



Graphique 28 : répartition des MG en fonction des différents moyens qu'ils désirent employer pour recevoir des formations supplémentaires en HBP.

### **III. ETUDE ANALYTIQUE :**

Nous avons voulu savoir s'il existe des paramètres qui peuvent influencer la démarche des MG sur la PEC de l'HBP, et donc on a eu recours dans notre analyse au test de Khi2, la différence est considérée comme étant statistiquement significative quand la valeur p est inférieure à 0,05.

#### **A. Le sexe :**

Il ressort de notre étude que parmi les 88 médecins femmes incluses dans notre étude, 73.9% entre elles ne réalisaient pas de TR avec un p significatif inférieur à 0,001 et elles adressaient plus souvent leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic soit 58.7% avec un p significatif  $< 0.001$  ou pour un suivi annuel systématique.

#### **B. Secteur d'activité et ancienneté d'installation :**

Il n'existait pas de différence dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique selon l'ancienneté des médecins puisque 84.6% des MG ayant une ancienneté d'installation inférieure à 10 ans adoptaient relativement les mêmes attitudes diagnostiques et thérapeutiques que 79.5% des MG ayant une ancienneté en exercice de profession médicale supérieure à 10 ans, et donc le p dans ce cas n'était pas significatif = 0,156.

En revanche, seulement 14.9% des médecins généralistes du secteur libéral adressaient leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic de l'HBP  $p < 0.01$  contrairement aux MG du secteur public dont 85.1% parmi eux adressaient leurs patients au spécialiste.

Concernant la réalisation du TR, uniquement 38.7% des MG de notre série le réalisaient dans le cadre de l'examen clinique devant un tableau suspect d'HBP, alors

que 82% ne le réalisaient pas de manière systématique chez les patients hommes âgés de plus de 50 ans dans le cadre de dépistage d'un éventuel cancer de la prostate, et il s'avère que parmi les MG optant pour ce choix 56.8% étaient des MG du secteur public avec un  $p$  significatif = 0.0345 justifiant cette attitude par était les conditions du travail ainsi que le flux énorme des patients qui les empêchaient d'expliquer l'intérêt de cet examen aux patients et donc s'abstiennent de le réaliser, alors que 43.2% étaient du secteur privé avec  $p=0.0218$ , et ces derniers n'ont pas justifié leurs choix tandis qu'une dizaine parmi eux (au nombre de 11) ont déclaré que cet examen leur prend beaucoup de temps et leur occupe la salle d'examen. Ceci nous permet de déduire que le secteur d'activité peut empêcher la réalisation du TR et donc être un facteur influant la PEC de l'HBP ainsi que le dépistage du cancer de la prostate.

### **C. Existence d'une formation supplémentaire en HBP :**

Les MG ayant bénéficié d'une formation supplémentaire antérieure en matière d'HBP étaient très peu nombreux (9.3%), mais 98.7% parmi eux avaient tendance à réaliser le TR,  $p<0.001$  dans leur examen clinique et adressaient moins 22.6% leurs patients chez le spécialiste avec  $p = 0,0189$ .

# DISCUSSION

# I. DISCUSSION DES RESULTATS : EVALUATION DES PRATIQUES DU

## MG :

### A.CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MG :

Au total, 150 médecins généralistes ont participé à notre étude. Les caractéristiques démographiques et professionnelles de ces médecins ainsi que celles d'études similaires menées en France dans la région Maine-et-Loire [2] et en Indonésie à Jakarta [99] sont présentées dans le tableau ci-dessous. Concernant l'étude PHARE [96], toutes les régions de France métropolitaine étaient représentées :

Tableau n°12 : tableau comparatif entre les données socio-démographiques des MG de notre série et ceux des autres études.

Séries		P.costa (France-étude PHARE) 2004	P.Bigot (Maine-et- Loire) 2010	F.Abidi (Indonésie) 2014	Notre série
Nombre de MG		1688	171	200	150
Age moyen		48.7	-	31.6	44.99
Secteur D'activité	Rural	28%	30.4%	8%	4.2%
	Semi- rural	23.8%	34.5%	8.5%	5.1%
	Urbain	48.2%	35.1%	83.5%	90,7%
Pourcentage de MG femmes		6%	24%	-	58.7%
Nombre d'années d'exercice	Moins de 10 ans	-	17.5%	62.5%	16%
	Entre 10 et 20 ans	-	53.2%	37.5%	48%
	Supp a 20 ans	-	29.2%	0%	36%

Au Total, les résultats de notre étude étaient relativement proches du reste des autres études surtout l'âge des MG qui était généralement aux alentours des quarantaines, le secteur d'activité qui était majoritairement urbain et plus rarement rural, le nombre d'années d'exercices qui était entre 10 et 20 ans dans notre série et dans la série du Maine-et-Loire et qui ne dépassait pas les 10 ans dans la série Indonésienne, enfin le sexe féminin de l'ensemble de ces MG prédominait dans notre série.

## **B. EXISTENCE DE FORMATIONS SUPPLEMENTAIRES ANTERIEURES EN HBP :**

La formation médicale continue FMC est d'abord une obligation morale et déontologique. C'est aussi un droit du patient et de la société qui exige des soins de qualité, conformes à l'évolution de la science. Elle est de plus en plus encadrée dans de nombreux pays par des textes législatifs.

Parmi les médecins généralistes que nous avons interrogés, seulement 9.3% ont déclaré avoir participé à une formation supplémentaire en matière d'HBP. Par contre cette participation dépassait les 90% dans l'étude menée à la région Maine-et-Loire en France.

Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que la FMC est une obligation légale en France encadrée par plusieurs comités et organisations.

Au Maroc, la FMC est toujours facultative et très parcellaire (elle se limite aux associations, sociétés savantes, facultés, laboratoires pharmaceutiques...). Il y a actuellement une ébauche de l'obligation légale, mais il n'y a toujours pas de décrets d'applications ni d'actions officielles sur le terrain.

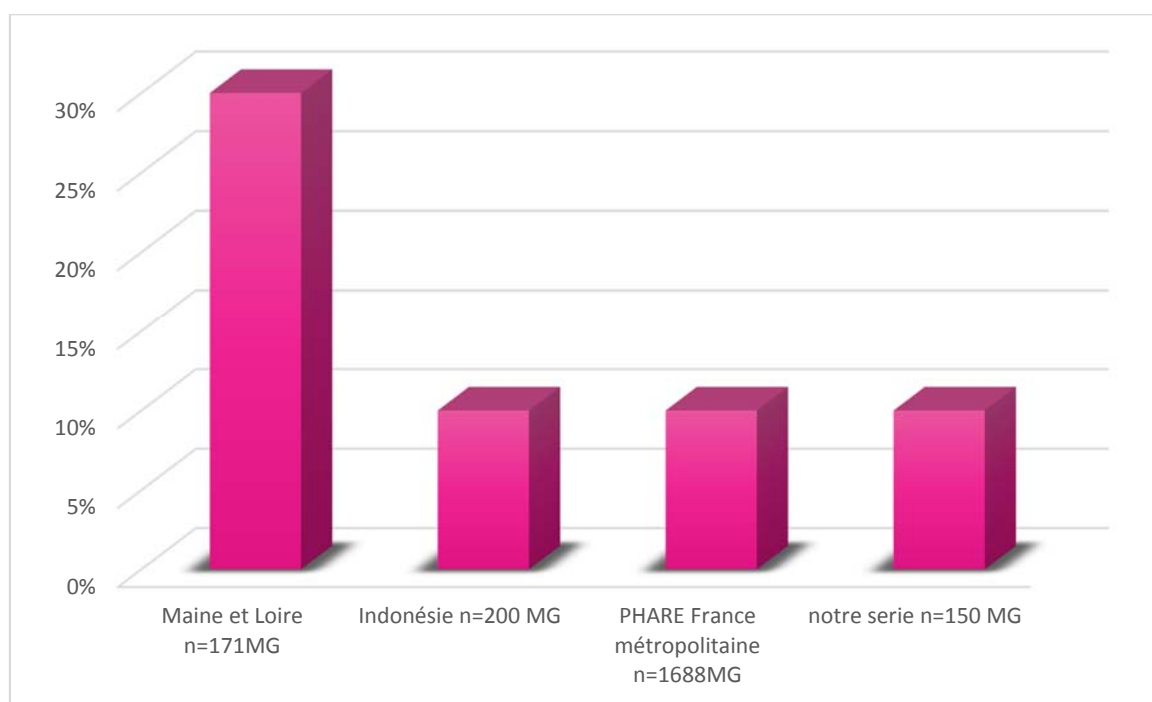
Ceci laisse présager de la possibilité d'amélioration de la participation des MG, si un programme de formation était mis en place. Pour la réussite d'un tel programme, une étroite collaboration entre les différentes structures de formation et les sociétés savantes est nécessaire.

### C. ACTIVITE UROLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE :

Dans la région Maine et Loire, les consultations urologiques concernant les patients âgés de plus de 50 ans représentent entre 10 et 30% des motifs de consultations chez le médecin généraliste.[2].

En Indonésie, à Jakarta [99], le nombre de consultations moyen pour un motif urologique était inférieur à 10% de l'ensemble des consultations en médecine générale auprès des patients hommes âgés de plus de 50 ans, des résultats similaires ont été retrouvés à l'étude PHARE menée au sein de toute la France métropolitaine [96] ainsi que dans notre étude où le pourcentage des consultations urologiques en médecine générale ne dépassait pas les 10%.

A la vue de ces chiffres, on a pu donc considérer que l'activité urologique des médecins de notre étude, de l'étude indonésienne et de l'étude française étaient similaires et aux mêmes temps relativement diminués par rapport à l'étude menée en Maine-et-Loire.



Graphique 29 : activité urologique en médecine générale entre les MG de notre série et ceux de la France et de l'Indonésie.

## **D. OPINION DES PRATICIENS SUR LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HBP :**

En France la plupart des omnipraticiens (87,4 %) voient l'HBP comme un problème de santé dans lequel ils devraient jouer un plus grand rôle selon une étude Trophée menée en 2012 auprès de 247 MG du pays [91]. Et donc la prise en charge de l'HBP en France relève principalement du MG qui prescrit environ 80 à 90 % des traitements médicamenteux. [92]

Le même constat a été retrouvé dans notre étude puisque 90% des MG de la ville de Fès interrogés ont affirmé que le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'HBP font partie du rôle du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne. Il s'agit là d'un bon départ pour engager la discussion sur les difficultés rencontrées et les solutions possibles.

## **II. DISCUSSION DES ELEMENTS DIAGNOSTIQUES DE L'HBP DANS**

### **NOTRE SERIE :**

Nous avons pu constater d'après les résultats de notre étude en comparaison avec ceux de la littérature que les MG de la ville de Fès adoptent certaines pratiques diagnostiques de l'HBP qui ne sont pas conformes aux recommandations alors que d'autres s'approchent aux données de la littérature.

### **A.Volet clinique :**

Nous avons voulu comparer les différents moyens diagnostiques cliniques utilisés par les MG dans notre étude avec ceux des recommandations :

L'interrogatoire est considéré comme première étape à réaliser pour établir le diagnostic d'HBP, et notre étude a montré qu'effectivement 78% des MG de notre série

l'utilisent devant des SBAU, un résultat qui reste relativement similaire avec celui de l'étude PHARE et de l'étude TROPHEE puisque 78.9% et 80.7% des MG l'utilisent respectivement comme premier moyen diagnostique. Au même moment ce moyen est utilisé par 94.7% et 92% respectivement par les MG de la région Maine-et-Loire et de Jakarta. On pourrait donc déduire que les MG restent proches des recommandations en ce qui concerne ce volet puisque la majorité parmi eux l'utilisent dans leur pratique quotidienne pour diagnostiquer l'HBP.

Tableau n°13 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation de l'interrogatoire dans le cadre du DG de l'HBP.

Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France-étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries utilisant l'interrogatoire	94.7%	78.9%	92%	80.7%	78%

Au même moment que le score IPSS, l'examen clinique, plus spécialement le TR doit tous figurer sur le bilan de première intention devant des SBAU selon les recommandations, uniquement 6.1%et 38.7% des MG de notre série les réalisent respectivement.

Des résultats différents avaient été retrouvés dans les autres études françaises et indonésienne : l'utilisation du score IPSS par les MG était généralement rare et ne dépassait pas les 53% dans l'étude ayant le plus d'effectif.

Tableau n°14 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation du score IPSS.

Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France-étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries utilisant le score de sévérité IPSS	15.2%	53.7%	44%	3.6%	6.1%

Au total, 94% des MG de notre étude déclarent ne pas utiliser le score de sévérité IPSS et 75,9% parmi eux ont répondu que la principale raison qui expliquait ce choix était la méconnaissance de ce score.

Cependant, l'IPSS est réalisé de façon confidentielle par 15,2 % des MG de la région du Maine-et-Loire bien qu'ils ne soient que 29,9% à ne pas le connaître. Parmi les explications évoquées par ces médecins on cite sa durée de réalisation trop longue, peu compatible surtout avec une activité libérale. [93]

Ceci laisse à comprendre que presque la majorité des MG marocains, français et indonésiens ne respectent pas les recommandations d'utilisation de l'IPSS, ce score qui devrait normalement être utilisé en première intention devant des SBAU. Cependant, les raisons qui se cachent derrière ces attitudes diffèrent : si les MG marocains s'abstiennent de l'utiliser, ceci est dû à leur méconnaissance de ce score et donc préféreraient un interrogatoire plus classique, contrairement aux MG français et indonésiens dont le choix est surtout justifié par sa durée de réalisation trop longue. [94,99] ce qui pose la question de sa faisabilité en médecine générale.

Une réhabilitation de son utilisation en médecine générale pourrait être obtenue par une nouvelle diffusion des recommandations [94].

De la même façon, et afin de promouvoir l'utilisation de ce score, on pourrait opter pour la mise en disponibilité d'une version traduite et validée en arabe dialectale qui prendrait en compte les spécificités culturelles et linguistiques de notre population, dans le but de simplifier et faciliter son utilisation par le patient. Ce dernier pourrait lui-même se charger de son remplissage en dehors du temps de consultation et ce, avant et après administration du traitement. Ce processus nous permettra d'atteindre 2 principaux buts :

- L'auto-évaluation aidera les professionnels de santé à juger l'efficacité du traitement et l'évolution de la symptomatologie des patients de la manière la plus objective possible.
- Eviter la perte de temps que pourrait prendre le remplissage de ce score par le MG en temps de consultation.

En contrepartie et devant des SBAU, la pratique des MG marocains concernant l'examen clinique et plus spécifiquement la réalisation du TR reste non conforme aux recommandations, car uniquement 38,7% parmi eux réalisaient ce geste, et il apparaît que le toucher rectal n'a pas été systématiquement pratiqué lors de l'examen clinique chez les patients asymptomatiques par plus de 82% des MG de notre série, alors qu'il reste indispensable puisqu'il permet d'évaluer le volume de la prostate et la présence d'induration et donc dépister un éventuel cancer.

En contrepartie, 92.4% et 87.4% des MG français des études Maine-et-Loire et PHARE respectent respectivement les données de la littérature concernant ce point et réalisent cet examen devant un tableau clinique suspect d'HBP. Comme ils le réalisent également chez les patients âgés de plus de 50 ans qui consultent pour tous motifs confondus. Des données relativement similaires étaient rapportées aussi dans l'étude TROPHEE et l'étude indonésienne. Les principales raisons avancées par ces médecins étaient l'utilité de cet examen dans l'appréciation du volume de la prostate ainsi que le rôle qu'il joue pour éliminer d'autres diagnostics différentiels à savoir le cancer de la prostate.[52]

**Tableau n°15 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes d'utilisation du TR.**

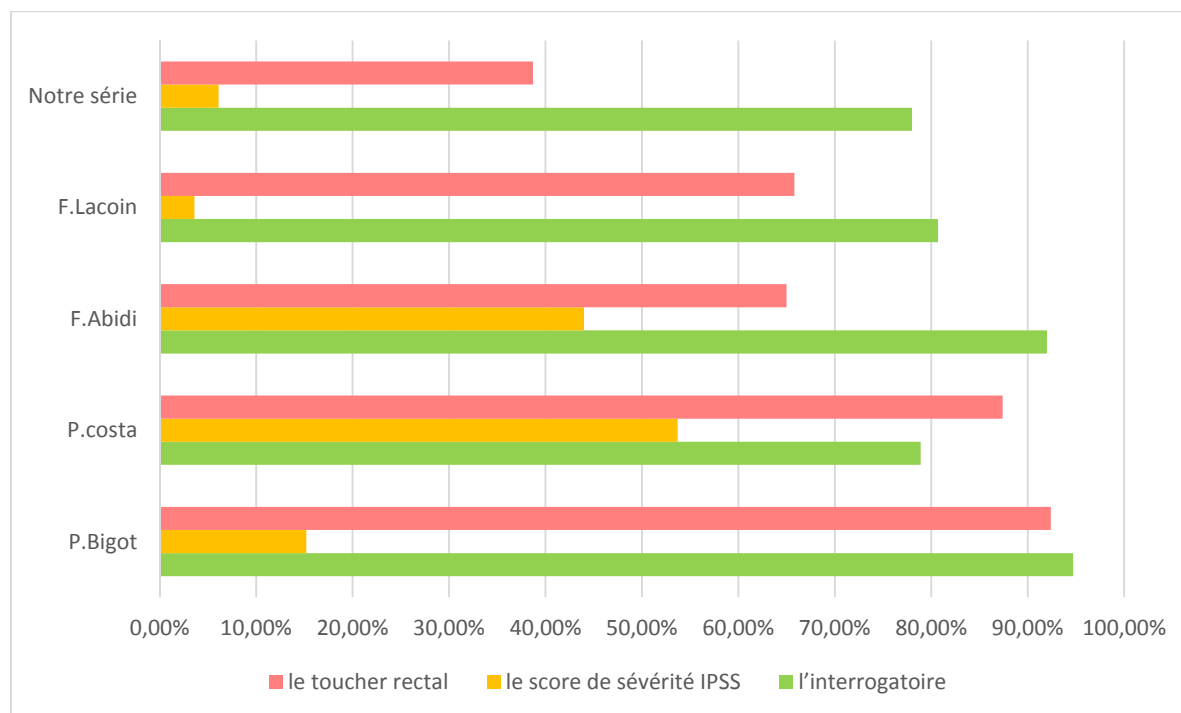
Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France-étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries utilisant le toucher rectal	92.4%	87.4%	65%	65.8%	38.7%

Ce faible taux d'utilisation de TR parmi les MG de notre série était justifié majoritairement par le refus fréquent des patients 72%. Cette justification pourrait être en relation étroite avec les médecins femmes qui ont du mal à aborder le sujet de la réalisation de cet examen avec le patient et donc finissent par prescrire des examens paracliniques pour poser le diagnostic ou par adresser le patient chez un spécialiste surtout si le patient est demandeur puisque plus de 73.9% des MG femmes ne réalisent pas le TR avec  $p < 0.001$  et ont plus tendance à adresser le patient chez le chirurgien urologue soit 58.7% avec un  $p < 0.001$ . Ces résultats étaient similaires entre notre étude et celle menée dans la région du Maine-et-Loire puisque les MG femmes font de moins en moins le TR  $p < 0.001$  et adressent de plus en plus les patients atteints de pathologie prostatique aux urologues.[46]

Une 2<sup>e</sup> raison qui pourrait expliquer cette faible tendance à réaliser le TR est la subjectivité de cet examen puisque 7.3% des MG de notre série ont considéré que le TR n'est pas un examen de référence et ont du mal à apprécier le volume prostatique par le TR c'est pourquoi ils optent pour des moyens paracliniques plus objectifs.

Une autre raison avancée par les MG de notre enquête et notamment ceux du secteur public concernant la non réalisation du TR (56.8% un p significatif= 0.0345) ont justifié cette attitude par les conditions du travail ainsi que le flux énorme des patients qui les empêchaient d'expliquer l'intérêt de cet examen aux patients et donc s'abstiennent de le réaliser, tandis que les MG du secteur libéral (43.2% avec p=0.0218) n'ont pas justifié leurs choix alors qu'une dizaine parmi eux (au nombre de 11) ont déclaré que cet examen leur prend beaucoup de temps et leur occupe la salle d'examen. Ceci nous permet de déduire que le secteur d'activité peut empêcher la réalisation du TR et donc être un facteur influant la PEC de l'HBP ainsi que le dépistage du cancer de la prostate.

On note également que les MG de notre étude qui avaient antérieurement bénéficié d'une formation supplémentaire en matière d'HBP, avaient plus tendance à faire le TR p=0.024, ceci pourrait expliquer le rôle que pourrait jouer la FMC et l'impact positif qu'elle pourrait apporter aux les attitudes diagnostiques de nos MG, et donc les pousser à prêter plus d'attention à cet examen simple et facile à réaliser et entre autres éviter la prescription d'examens paracliniques notamment pour les patients de bas niveau socio-économique.



**Graphique 30 : les éléments de diagnostic clinique de l'HBP selon nos résultats et ceux des autres études**

## **B. Volet paraclinique :**

Selon les résultats de notre étude, presque la moitié soit 56% et 47,3% des MG prescrivent une échographie et un dosage de PSA en première intention alors qu'ils ne sont pas recommandés ou de façon optionnelle, sans oublier de mentionner que 48% de ces MG étaient du secteur public et 52% étaient du secteur privé et donc il n'existait pas de différence significative entre les MG des deux secteurs d'activité en termes de prescription de ces examens  $p=0.089$ . A l'inverse seulement 17,3% de l'ensemble des MG de notre série prescrivent des analyses d'urine type bandelette urinaire et ECBU alors qu'ils sont recommandés et considérés comme étant un bilan de première intention devant des SBAU.

Des résultats relativement différents avaient été retrouvés concernant la prescription du PSA : puisque les MG français des 3 études à savoir : l'étude TROPHEE, PHARE, Maine-et-Loire qui avaient très tendance à prescrire le PSA avec des

pourcentages assez élevés, et ce constat concerne même les urologues français auprès d'une étude menée en 2004 pour évaluer les pratiques du diagnostic positif de l'HBP concernant cette fois-ci les spécialistes [93]. En effet, Parmi 184 urologues interrogés, 98.3% utilisaient le dosage des PSA bien que non recommandé ou recommandé de façon optionnelle pour le diagnostic positif d'HBP. Donc ce bilan reste largement prescrit auprès des médecins européens par rapport aux MG marocains et indonésiens (23.5%).

Tableau n°16 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription du taux de PSA.

Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France- étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	A.de la Taille (Spécialistes)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries prescrivant le dosage de PSA	90.6%	93.4%	23.5%	57.8%	98.3%	47.3%

A la lumière de ces résultats, on pourrait bien constater que plus de la moitié des MG de la ville de Fès et des MG indonésiens respectent les recommandations de prescription du taux de PSA devant un tableau clinique d'HBP.

On peut expliquer cette attitude selon les réponses des MG de notre série par le cout élevé et l'indisponibilité de ces examens paracliniques au sein des structures sanitaires publiques, et donc se contentent uniquement par le volet clinique pour poser le diagnostic d'HBP sans oublier de mentionner que presque 64% des MG de notre série ne prescrivent pas de PSA systématiquement chez les patients hommes

âgés de plus de 50 ans asymptomatiques dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, contrairement aux pays européens la majorité des patients bénéficient de la gratuité et de la grande disponibilité des examens biologiques ainsi que radiologiques chose qui rend leur faisabilité facile.

En ce qui concerne la prescription de l'échographie vésico-prostatique, les MG de l'Indonésie étaient les seuls à respecter les recommandations puisqu'uniquement 17% parmi eux prescrivaient cet examen radiologique devant une suspicion d'HBP, le reste des études à savoir Françaises et la nôtre : plus des deux tiers des MG demandaient une échographie devant une suspicion d'HBP chose qui reste non conforme aux données de littérature.

Tableau n°17 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription de l'échographie vésico-prostatique.

Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France-étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries prescrivant l'échographie	69.6%	65.2%	17%	55.9%	56%

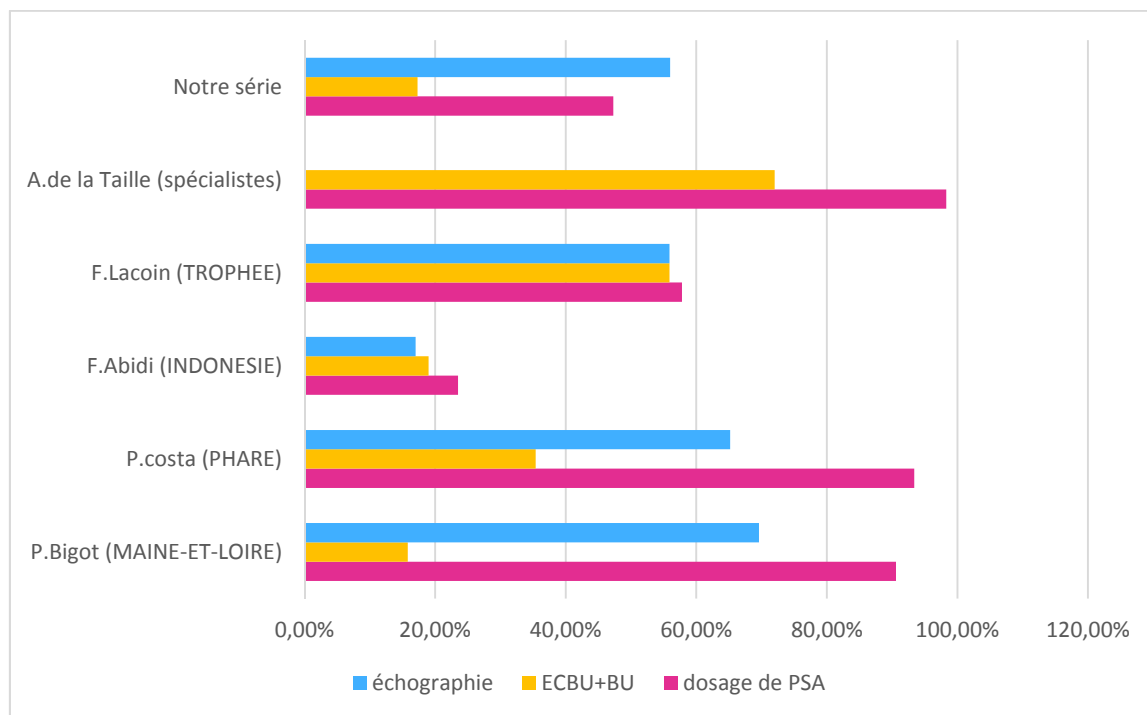
Parmi les raisons évoquées par les médecins en Europe à cette utilisation fréquente des examens paracliniques dans une étude menée en Bretagne en 2002 selon Coeurdacier et al. Est la crainte de ne pas dépister un cancer de la prostate [95].

Enfin, concernant l'ECBU et les bandelettes urinaires qui normalement figurent parmi le bilan de 1ere intention devant des SBAU seulement la moitié des MG de l'étude TROPHEE respectent ces recommandations et les prescrivent en cas de suspicion d'HBP clinique. En contrepartie, la majorité des MG des différentes autres

études à savoir marocaine, indonésienne et française ne prescrivent pas ces bilans quant aux médecins spécialistes français 72% parmi eux les prescrivent en 1ere intention devant des SBAU. On pourrait donc déduire que la prescription de ces deux bilans paracliniques ne se fait pas en pratique quotidienne de médecine générale chose qui reste non conforme aux recommandations mondiales.

Tableau n°18 : tableau comparatif entre les MG de notre série et ceux des autres études en termes de prescription de l'ECBU+BU

Séries	P.Bigot (Maine-et-Loire)	P.costa (France-étude PHARE)	F.Abidi (Indonésie)	F.Lacoin (Trophée)	A.de la Taille (Spécialistes)	Notre série
Pourcentage des MG des différentes séries prescrivant ECBU+BU	15.8%	35.4%	19%	55.9%	72%	17.3%



Graphique 31 : les éléments de diagnostic paraclinique de l'HBP selon nos résultats et ceux des autres études

### **III. DISCUSSION DES HABITUDES DE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE DES**

#### **MG DE NOTRE ENQUETE :**

##### **A. CAT DES MG DEVANT UNE HBP :**

Devant un nouveau diagnostic d'HBP, 40.7% des MG déclaraient prescrire systématiquement un traitement médical et 34% ont estimé qu'une surveillance peut être suffisante pour améliorer les symptômes., alors 60% des MG indonésiens adressaient leurs patients vers le spécialiste.

A l'inverse, les recommandations sur la prise en charge de l'HBP, élaborées au cours des dernières années ont souligné l'intérêt de la surveillance avec conseil hygiéno-diététiques dans l'amélioration des symptômes notamment lorsque la gêne symptomatique est jugée acceptable par le patient [91].

Et donc plus que la moitié des MG de notre étude respectent relativement les recommandations en optant pour une surveillance avec des conseils hygiéno-diététiques pour leurs patients porteurs d'HBP.

##### **B. LES CRITERES CHOISIS PAR LES MG POUR CHOISIR UN TRAITEMENT :**

Le choix du traitement reposait essentiellement sur son efficacité (86%) tandis qu'un nombre faible de médecins (8%) déclarait prendre en compte l'avis de leurs patients dans ce choix.

Des résultats similaires ont été rapportés dans l'étude trophée [91] où l'efficacité est le principal critère déterminant le choix des médicaments (81,7%) et l'avis du patient n'était pris en compte que par 5% des MG participant à l'enquête.

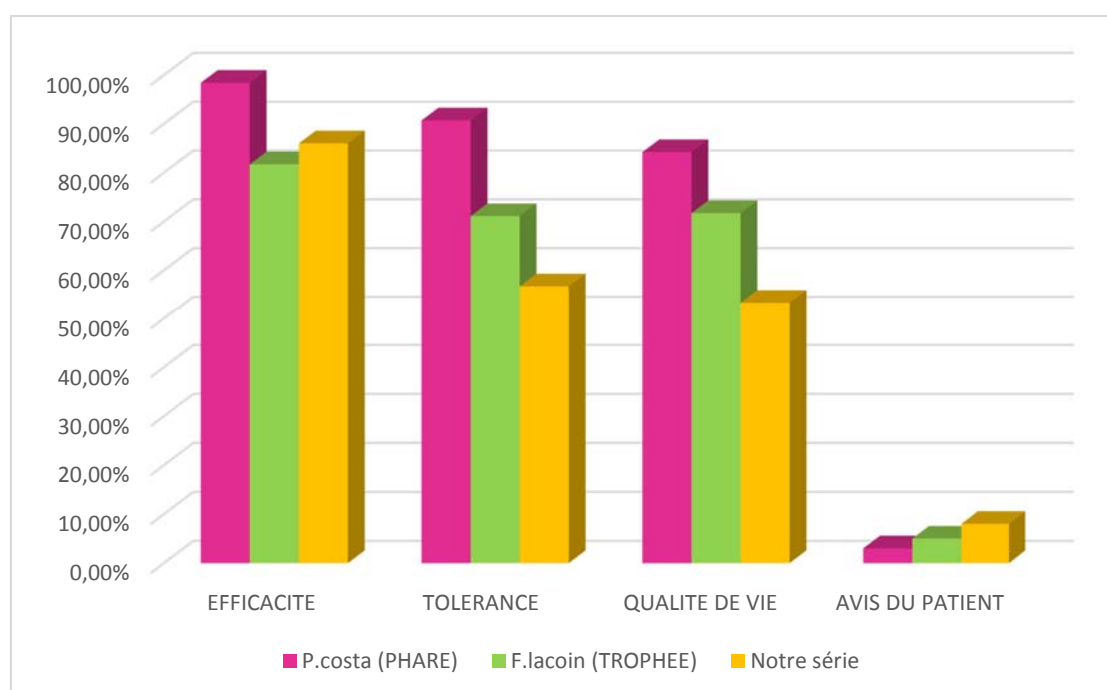
Ce déficit peut s'expliquer par une insuffisance dans le partage de la décision médicale avec le patient ainsi que par l'asymétrie d'information médecin patient qui a par ailleurs déjà été rapportée dans l'étude « Phare » [96] auprès d'un échantillon

de 17953 patients vus en consultation par des MG, qui avaient déclaré que pour choisir un traitement médicamenteux, ils tenaient compte de l'efficacité du traitement (98.4% des médecins ont jugé ce critère important ou très important pour mettre en œuvre le traitement).

Afin d'expliquer ce choix, plus de la moitié des MG jugeaient leurs patients mal informés sur l'HBP. Cette situation ne semble pas optimale pour une pathologie où l'impact sur la qualité de vie peut être très important et où une décision médicale partagée entre médecin et patient est recommandée.[91]

Tableau n°19 : tableau comparatif entre les différents critères adoptés par les MG pour choisir un traitement.

	P.costa (PHARE)	F.lacoin (TROPHEE)	Notre série
EFFICACITE	98,4%	81,70%	86%
TOLERANCE	90,7%	71,10%	56,70%
QUALITE DE VIE	84,2%	71,70%	53,30%
AVIS DU PATIENT	3%	5%	8%



Graphique 32 : Critères du choix des traitements médicaux de l'HBP selon les résultats de notre enquête et ceux des études françaises

## **C.DISCUSSION DE L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE DES MG :**

Sur le plan thérapeutique, nous avons remarqué que plus que la moitié des médecins généralistes de notre étude privilégiaient l'innocuité ou l'action symptomatique marquée et rapide par le recours majeur en premier lieu aux AB (66%) puis en 2<sup>e</sup> lieu à la phytothérapie (26.7%), alors que 6.7% des MG ont déclaré ne rien prescrire à ces patients puisqu'ils considéraient l'HBP une pathologie lourde et difficile à gérer.

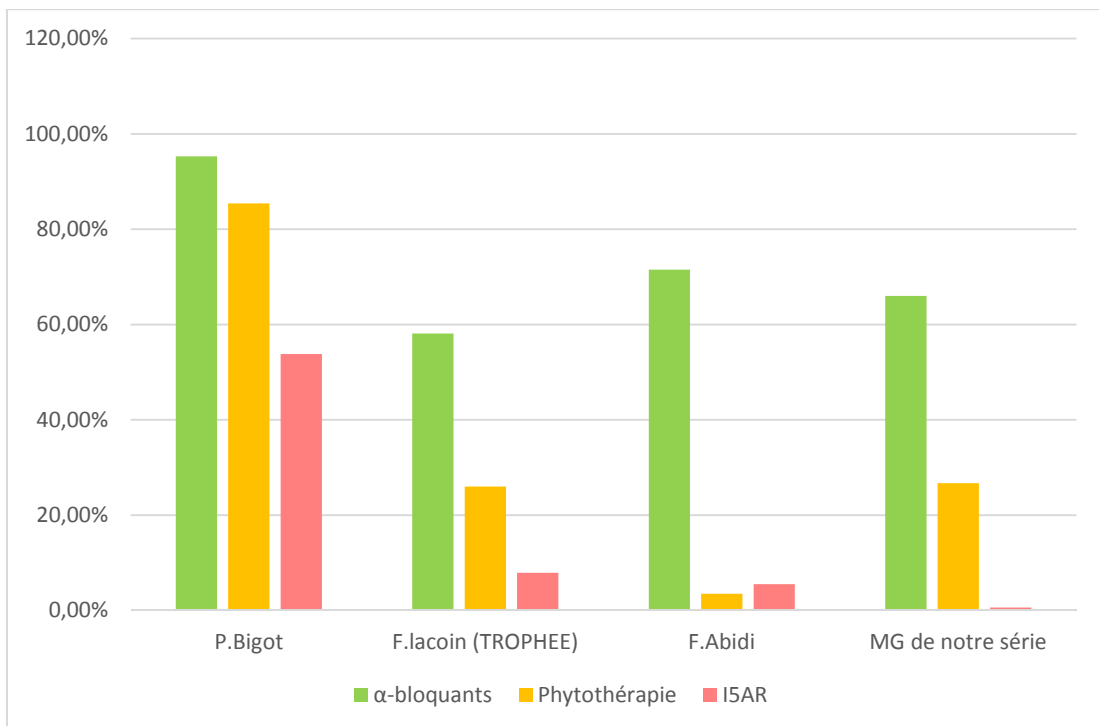
Ces résultats étaient similaires avec ceux de l'étude française faite auprès de médecins généralistes de la région de Maine et Loire puisque 95,3% et 85,4% des répondants prescrivait respectivement les AB marqués par leur rapidité d'action et la phytothérapie marquée par l'absence d'effets indésirables et les interactions médicamenteuses. Les résultats étaient similaires également avec ceux de l'étude Trophée [91], où la phytothérapie et les AB constituaient les traitements de première intention pour 26% et 58,1% des médecins interrogés.

Les I5AR ne sont prescrits presque jamais par les MG de notre étude puisqu'uniquement 1 seul médecin de notre série a déclaré avoir tendance à prescrire cette molécule lorsque l'indication s'impose. A l'inverse, 53 .8% des MG de la région Maine-et-Loire prescrivait les I5AR essentiellement pour diminuer le volume prostatique alors que 43.3% refusaient les prescrire.

On a noté également que les médecins de notre série avaient tendance à éliminer des contre-indications avant la prescription des AB mais à des fréquences variables, puisqu'ils éliminaient respectivement l'hypotension artérielle 72.6%, l'IR évolutive 68%, et les allergies 62% alors que la RAU 53.3% ainsi que HBP avec retentissement sur le haut appareil urinaire 37.3% étaient relativement négligés par les 2/3 des MG de notre étude, alors qu'ils devraient être éliminés en premier lieu selon les données de la littérature.

**Tableau n°20: tableau comparatif entre les différents traitements médicaux choisis par les MG des différentes études**

	P.Bigot (Maine-et-Loire)	F.lacoin (TROPHEE)	F.Abidi (Indonésie)	MG de notre série
$\alpha$ -bloquants	95.3%	58.1%	71.5%	66%
Phytothérapie	85.4%	26%	3.5%	26.7%
I5AR	53.8%	7.9%	5.5%	0.6%



**Graphique 33 : Traitements médicaux de l’HBP selon nos résultats et ceux des autres études**

Au total, les AB restent les molécules les plus prescrites en médecine générale vu leur rapidité d’action et leur grande efficacité et plus de 72% des MG éliminent leurs contre-indications avant de les administrer sur ordonnance, puis on trouve la phytothérapie qui vient en second lieu vu la rareté de ses effets indésirables mais qui reste tout de même prescrite avec précaution car ses mécanismes d’action sont toujours mal élucidés pour les MG, par contre les I5AR restent très rarement voire jamais prescrits.

Les cas cliniques confirment ces mêmes données. En effet, ils ont illustré une importante prescription des AB et de la phytothérapie en dépit des I-5AR et des associations.

Les MG de notre série avaient plus tendance à prescrire des AB 57% et la phytothérapie 40.7% devant un tableau évocateur d'HBP avec des SBAU faibles à modérés, des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude française de Maine et Loire puisque devant ce même tableau 47% et 45.8% des MG ont opté respectivement pour les AB et la phytothérapie.

A l'inverse, devant des symptômes faibles à modérés avec présence de facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine, 90% des MG de notre enquête ont répondu avoir tendance à référer leurs patients directement chez un spécialiste sans prescrire un traitement médical, alors que 10% ont déclaré mettre leurs patients sous AB puis référer par la suite pour un avis spécialisé.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude française de Maine et Loire où la prescription des I-5AR et de l'association AB+I-5AR devant un tel tableau ne dépassaient pas 15% alors que 85% des MG français avaient tendance à référer leurs patients vers des structures spécialisées devant un tel tableau.

Ces cas cliniques ont également permis de confirmer les constatations de Fourcade et al. qui décrivaient récemment une prescription importante de phytothérapie et d'AB en France en première intention et une faible utilisation des I-5AR et des associations. [97]

En outre, Il semble que les MG de notre étude connaissaient peu la pharmacodynamie des traitements de l'HBP. En effet, si 66% des médecins prescripteurs d'AB mettaient légitimement en avant leur rapidité d'action, ils n'étaient que 11.3 % à connaître le délai d'efficacité d'une semaine. De même, parmi les prescripteurs d'I-5AR seuls 4.7% connaissaient le délai d'efficacité de six mois.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de la région Maine-et-Loire puisqu'uniquement 35% des MG français connaissaient que le délai d'une semaine était suffisant pour évaluer l'effet des AB, de même seuls 15,6% connaissaient que le délai d'efficacité des ISAR était de 6 mois.

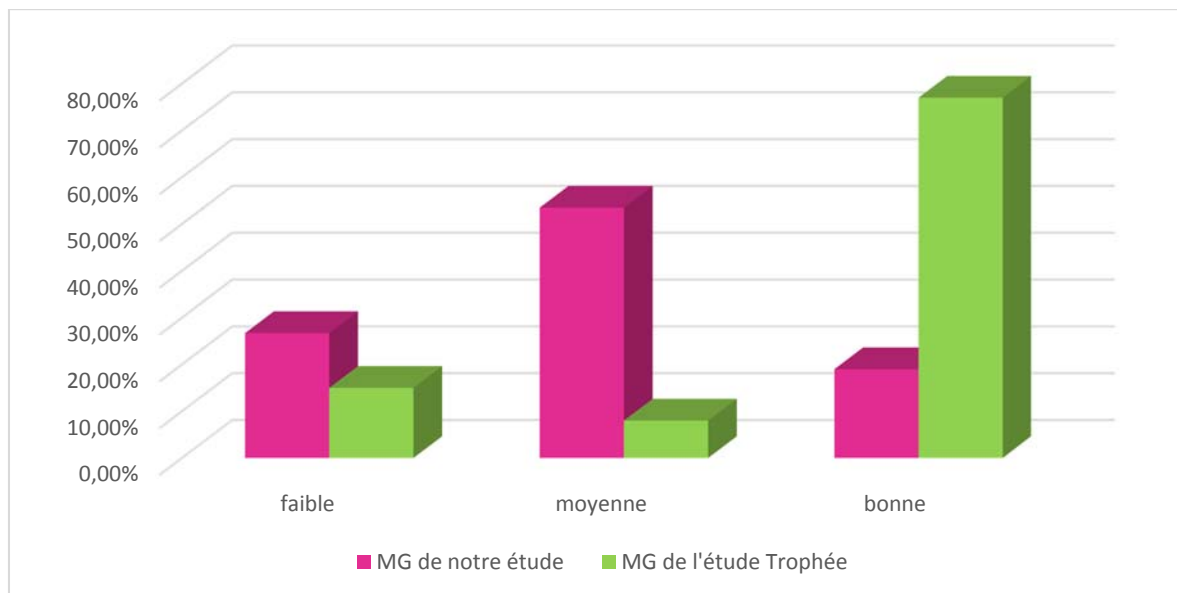
Ces constatations sont d'autant plus préoccupantes que les MG sont les premiers prescripteurs des traitements de l'HBP et que leur conduite thérapeutique dans le traitement de l'HBP est un véritable enjeu de santé publique.

#### **D. OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :**

Notre étude révèle un niveau d'observance thérapeutique moyen par le un tiers des MG de notre série 53,3% et faible par 26,7% alors qu'il était satisfaisant pour 19% des MG.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux déjà observés dans l'étude française Trophée, où uniquement 15% des MG rapportaient un faible niveau d'observance thérapeutique alors que 77% des MG ont déclaré que leurs patients avaient un bon niveau d'observance auprès de leurs patients.

On constate que les médecins de notre série sous-estiment l'observance par rapport aux patients de la série française. L'explication de cette mauvaise observance dans notre contexte peut être liée à l'efficacité partielle du traitement, au défaut d'éducation thérapeutique et à la difficulté pour nos patients de percevoir rapidement le bénéfice thérapeutique face à la fluctuation des symptômes ressentis.



**Graphique 33 : Observance au traitement médical de l'HBP d'après notre série et celle de l'étude Trophée-2013.**

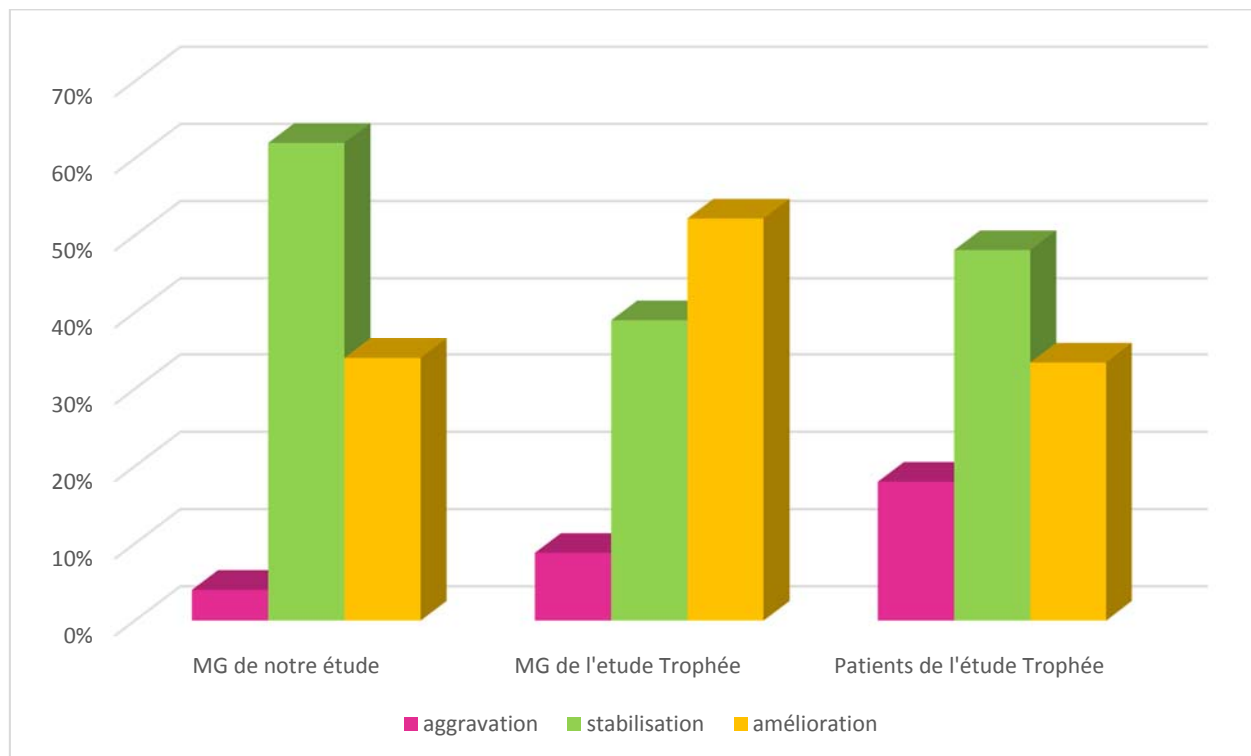
## **E. EVOLUTION DES SYMPTOMES DE L'HBP :**

En ce qui concerne l'évolution des symptômes de l'HBP, presque la moitié des médecins généralistes de notre série soit 62% ont rapporté une stabilisation des symptômes après traitement médical tandis que 4% ont estimé que l'évolution se fait en général vers l'aggravation.

Ces résultats rejoignent légèrement ceux de l'étude française trophée, puisque 52% des MG interrogés ont rapporté une amélioration des signes cliniques de l'HBP traitée et 8,8% ont estimé que l'évolution se faisait plutôt vers l'aggravation. Ces résultats étaient relativement discordants avec ceux rapportés par les patients de la même étude, puisque pour la moitié d'entre eux soit 52,7% les symptômes de l'HBP étaient stables après traitement et alors que 18% des patients ont vu leurs symptômes s'aggraver. De ce fait la corrélation entre l'évaluation du médecin et celle du patient était plus ou moins faible.

Ces résultats illustrent donc une attente insatisfaite des patients par rapport à la prise en charge proposée actuellement. Celle-ci pourrait ainsi être optimisée par

un suivi régulier des patients et surtout une meilleure écoute des plaintes et des préférences des patients, d'assurer l'adaptation de la stratégie thérapeutique à l'évolution des symptômes.



Graphique 34 : Evolution des symptômes de l'HBP selon notre étude et l'étude TROPHEE-2013

## F. INDICATIONS NECESSITANT UN AVIS SPECIALISE D'UROLOGIE EN MEDECINE GENERALE :

Les résultats de notre étude montrent que les MG ont certaines habitudes relativement conformes aux recommandations alors que d'autres non.[89] puisqu'ils ont tendance à référer leurs patients chez un urologue lorsque l'indication se présente dans certains cas, et en absence de celle-ci dans d'autres cas.

En effet, la majorité de nos médecins soit 66% réfèrent leurs patients lorsqu'ils présentent principalement des complications liées à l'HBP à savoir une IR obstructive ou des infections urinaires à répétitions ou une RAU alors que 56% des MG de notre

série adressent leurs patients chez l'urologue car ils sont demandeurs, 51% réfèrent à cause de l'échec d'un traitement médical bien conduit ou à cause de la survenue d'un seul ou de plusieurs épisodes de RAU, et uniquement 25% de nos MG demandent un avis spécialisé pour poser le diagnostic de l'HBP et faire son suivi.

Il ressort également de notre étude que parmi les 88 médecins femmes incluses dans notre étude, 58.7% adressaient plus souvent leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic avec un  $p$  significatif  $< 0.001$  ou pour un suivi annuel systématique.

De la même manière, il s'avère que seulement 14.9% des médecins généralistes du secteur libéral adressaient leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic de l'HBP  $p < 0.01$  contrairement aux MG du secteur public dont 85.1% parmi eux adressaient leurs patients au spécialiste.

Nos résultats s'approchent relativement de ceux de l'étude menée dans la région du Maine-et-Loire puisque 27,5 % des MG français adressent leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic d'HBP alors que la quasi-totalité des MG les adressent après échec du traitement de première intention, Cette tendance semble s'accroître puisque dans une étude de pratiques menée en région Bretagne en 1996, 79 % de MG adressaient leurs patients à l'urologue dans ce contexte [95].

En Indonésie, les MG semblent ne pas adresser leurs patients aux spécialistes même devant des complications, puisque moins de 33% des MG uniquement ont recours à un avis spécialisé devant l'installation d'une IR obstructive ou devant plusieurs épisodes de RAU par contre plus de 38% des MG réfèrent leurs patients aux spécialistes pour établir le diagnostic.

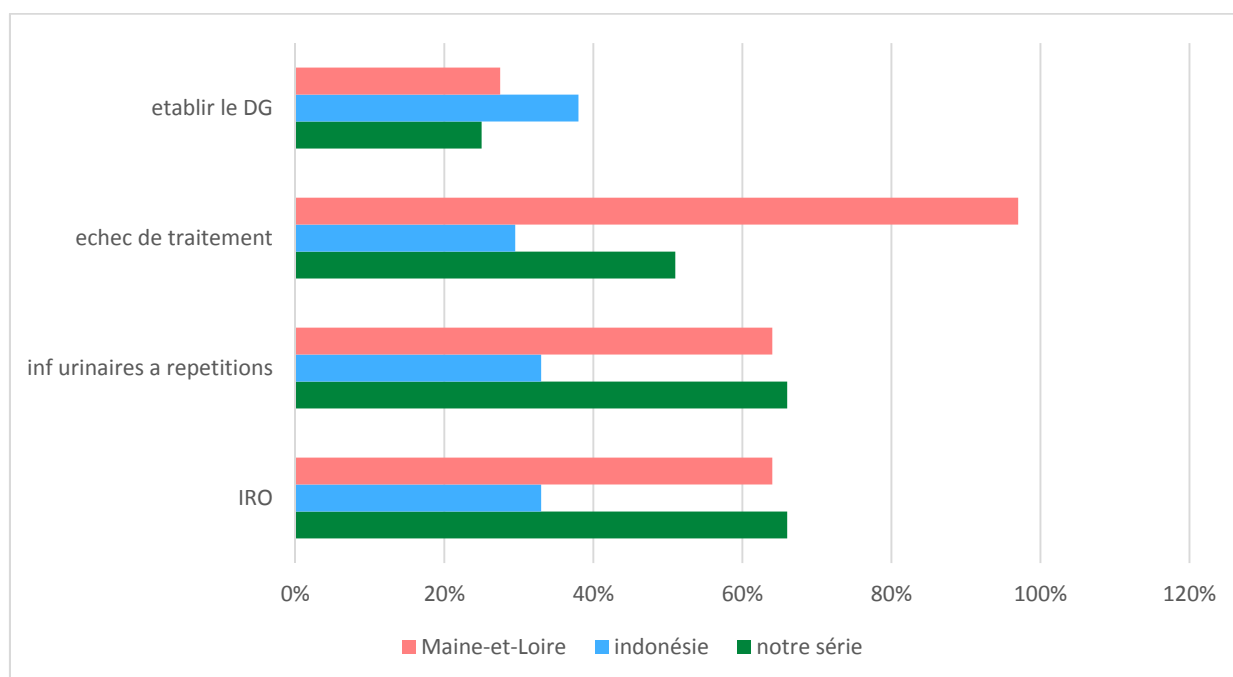
Au total, la majorité des MG de notre série et de l'étude de la région du Maine-et-Loire n'adressent leurs patients aux spécialistes que si une complication pathologique s'installe chose qui reste conforme aux recommandations, car il existe une forte probabilité que le patient devienne candidat à la chirurgie. Au même

moment, cette faible tendance à ne pas adresser le patient chez l'urologue lorsqu'un traitement médical bien mené se voue à l'échec expose le patient au risque de développer une complication si l'attitude thérapeutique correcte par la suite n'est pas établie. Contrairement aux MG français qui préfèrent ne pas temporiser et demandent un avis spécialisé une fois le traitement médical bien conduit échoue.

Puis, les MG indonésiens ont moins tendance à adresser leurs patients aux spécialistes devant des complications et plus tendance à les adresser chez eux pour établir le diagnostic initial chose qui reste non conforme aux recommandations.

Les MG marocains et français ont des attitudes relativement correctes par rapport aux recommandations concernant le recours à l'avis spécialisé.

On abordera en détails dans un chapitre ultérieur, les différents éléments influençant le recours au spécialiste par les MG de notre étude.



**Graphique 35 : Indications du recours à l'urologue selon notre étude et l'enquête du Maine-et-Loire**

#### **IV. ENSEIGNEMENT ET FORMATION :**

Il nous est apparu que les MG de notre étude souhaitaient massivement avoir un complément de formation sur l'HBP 96% et principalement à travers la formation médicale continue 74,7% et les congrès nationaux et internationaux 23,9%.

Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'étude menée dans la région du Maine-et-Loire puisque 88,9 % estimaient utile d'être informé des dernières recommandations sur l'HBP dont 59,6 % par formation médicale continue et 14,6 % par Internet.

Ceci pourrait s'expliquer par la rapidité des avancées thérapeutiques de cette pathologie au cours de ces dix dernières années (bithérapie, vaporisation laser, résection bipolaire...)

#### **V. CARACTERISTIQUES MODIFIANT LA PRISE EN CHARGE DE L'HBP :**

D'abord, Parmi les caractéristiques qui modifient la prise en charge de l'HBP : nous avons mis en évidence que les MG femmes réalisaient moins de TR et adressaient plus souvent leurs patients à la consultation spécialisée d'urologie pour établir le diagnostic et effectuer un suivi annuel systématique puisque parmi les 88 médecins femmes de incluses dans notre enquête, 73.9% ne réalisent pas le TR avec un  $p < 0.001$ . Ces résultats étaient similaires entre notre étude et celle menée dans la région du Maine-et-Loire avec un  $p$  toujours très significatif inférieur à 0,001.[46]

Bardon et al. [98] ont évoqué ces données en 2007 « qu'être une femme est vécu comme un handicap supplémentaire, avec un réel manque de préparation psychologique et une gêne difficile à oublier, liée à la différence sexuelle, aux connotations du geste, à la peur des réactions du patient avec l'intimité à gérer qui peut poser des problèmes », cela pourrait expliquer cette différence de prise en charge entre homme et femme.

Puis, le secteur d'activité était aussi un des paramètres influençant la PEC des MG de cette pathologie, puisqu'on a noté que seulement 14.9% des médecins généralistes du secteur privé adressaient leurs patients aux urologues, contrairement aux MG du secteur publique dont 85.1% parmi eux avaient tendance à adresser leurs patients aux spécialistes pour établir le diagnostic de l'HBP ou devant l'installation de l'une de ses complications.

Concernant la réalisation du TR, uniquement 38.7% des MG de notre série le réalisaient dans le cadre de l'examen clinique devant un tableau suspect d'HBP, alors que 82% ne le réalisaient pas de manière systématique chez les patients hommes âgés de plus de 50 ans dans le cadre de dépistage d'un éventuel cancer de la prostate, et il s'avère que parmi les MG optant pour ce choix 56.8% étaient des MG du secteur public avec un  $p$  significatif = 0.0345 justifiant cette attitude par était les conditions du travail ainsi que le flux énorme des patients qui les empêchaient d'expliquer l'intérêt de cet examen aux patients et donc s'abstinent de le réaliser, alors que 43.2% étaient du secteur privé avec  $p=0.0218$ , et ces derniers n'ont pas justifié leurs choix alors qu'une dizaine parmi eux (au nombre de 11) ont déclaré que cet examen leur prend beaucoup de temps et leur occupe la salle d'examen. Ceci nous permet de déduire que le secteur d'activité peut empêcher la réalisation du TR et donc être un facteur influant la PEC de l'HBP ainsi que le dépistage du cancer de la prostate.

En revanche ce paramètre n'a pas été traité dans les études réalisées en France, ceci est probablement en relation avec la gratuité et la disponibilité des prestations de soins et de santé qui sont garantis par l'état et par les services de la couverture sociale pour la majorité de la population.

Ensuite, l'ancienneté d'installation n'était pas un facteur influençant la PEC de l'HBP en médecine générale, puisque les MG fraîchement diplômés ou installés (moins

de 10 ans) avaient des attitudes diagnostiques et thérapeutiques proches de celles des MG anciennement installés (plus de 10 ans).

Des données similaires ont été rapportées dans l'étude menée dans la région du Maine et Loire puisqu'il n'existait pas de différence dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique selon l'ancienneté d'installation des médecins. [46].

Enfin, malgré que les MG ayant bénéficié d'une formation supplémentaire antérieure en matière d'HBP étaient très peu nombreux, mais 98.7% parmi eux avaient tendance à réaliser le TR,  $p < 0.001$  dans leur examen clinique et adressaient moins 22.6% leurs patients chez le spécialiste avec  $p = 0,0189$ .

Des données similaires ont été rapportées également dans l'étude française du Maine et Loire dont les résultats pourraient être expliqués par le fait que la FMC est une obligation légale en France encadrée par plusieurs comités et organisations et que 90% des MG en bénéficient de manière régulière et donc sont toujours au fil d'actualité des dernières recommandations concernant plusieurs pathologies.

Ceci ne fait que refléter le grand bénéfice que peuvent apporter les formations complémentaires à la pratique courante des médecins notamment si cette formation intéresse une pathologie fréquente, et assez lourde à gérer vu sa chronicité, ses volets thérapeutiques, son suivi et ses éventuelles complications.

## VI. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :

Cette étude présente des limites avec le risque qu'elle ne soit pas représentative de l'ensemble des MG de la ville de Fès et son caractère déclaratif peut être en effet une source de biais malgré l'anonymat du recueil.

Néanmoins, les réponses obtenues couvraient des milieux d'exercice différents à savoir des CHR, des centres de santé urbains et ruraux et des cabinets privés. Cette diversité permet ainsi de limiter les biais de sélection.

De plus, l'administration en personne du questionnaire a permis de limiter le biais d'information lié à la présence d'un intermédiaire.

Par ailleurs, nous n'avons pas interrogé les MG sur les modalités de suivi des patients traités, l'évaluation de la fonction sexuelle des patients suivis pour HBP, le seuil d'augmentation significative du volume prostatique, leur prise en charge de certaines complications de l'HBP telles que l'infection urinaire, et le degré de leur collaboration avec les urologues dans la gestion de complications post chirurgicales.

Néanmoins, il s'agit de questions plus spécifiques et leur analyse aurait nécessité d'allonger le questionnaire au risque d'abaisser le taux de réponse.

Il ne faut pas négliger le risque de la subjectivité des médecins concernant certaines questions, et cette présente étude a besoin d'être enrichie par le point de vue notamment des patients ayant une HBP, ce qui pourra être bénéfique pour comparer la perception de l'HBP du patient et du MG en termes d'évolution des symptômes, de l'observance au traitement et enfin du degré d'implication du patient dans la décision thérapeutique.

Malgré les limites de notre enquête, les résultats trouvés ne restent pas moins utiles pour évaluer le degré de suivi des recommandations sur la gestion de l'HBP, et pourront servir de référence dans le cadre d'évaluations ultérieures qui renseigneront sur l'évolution de la prise en charge de l'HBP par les médecins généralistes marocains.

# CONCLUSION

L'HBP est une affection assez fréquente, insuffisamment recherchée, et donc insuffisamment diagnostiquée.

Dans notre étude, nous avons essayé de rendre le recueil des données assez exhaustif, confirmant qu'il existe un écart certain entre les recommandations sur la prise en charge de l'HBP et la pratique clinique en médecine générale. De même, certaines habitudes de prescription médicamenteuse semblent hétérogènes et parfois non conformes aux recommandations, sans oublier que la majorité des MG de notre ville ne dépistent pas le cancer de la prostate chez la population à risque chose qui peut expliquer le retard diagnostique de cette pathologie au sein de notre pays.

On a également constaté, à travers cette enquête, le grand bénéfice que pourraient apporter les formations supplémentaires à la pratique courante des médecins c'est pourquoi il serait optimal de rendre la FMC une obligation légale pour tous les médecins pratiquants quelle que soit leur spécialité, leur ancienneté ou leur secteur d'activité et donc doivent être régulièrement informés des dernières recommandations. Dans ce cadre, nous mettons l'accent sur la nécessité d'une évaluation régulière des habitudes de pratique médicale et ce, par l'organisation de tables rondes et de conférences pour les MG. Ceci permettra de cerner les lacunes des médecins et de les corriger en les informant des dernières données de la littérature. La création des sites web, d'applications sur Smartphone et des réseaux de soins utilisant des équipements de dernière génération, permettra aussi d'améliorer à la fois l'échange de l'information entre l'urologue et le médecin généraliste ainsi qu'entre le patient et son médecin, et donc avoir un Feed-back concret et récent permettant d'orienter l'attitude du médecin traitant vis-à-vis de son patient, sans oublier bien évidemment, de mettre à leur disposition les outils et moyens logistiques et financiers nécessaires à la concrétisation de ces projets.

# RESUME

## RESUME

**Introduction** : L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome prostatique constitue un obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines, son évolution peut entraîner un retentissement sur le bas et haut appareil urinaire. Il s'agit d'une affection bénigne, fréquente touchant près des trois quarts des hommes âgés de plus de 55 ans occasionnant des signes fonctionnels urinaires altérant leur qualité de vie et constitue, de ce fait, une préoccupation croissante pour le médecin généraliste.

**Matériel et méthodes** : Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale au moyen d'un questionnaire auprès des médecins généralistes exerçant au secteur libéral et public dans la ville de Fès et ce au cours de la période allant d'Octobre 2019 à Janvier 2020.

**Résultats** : Parmi les 150 médecins généralistes ayant répondu, 58.7% étaient des femmes. 36% de l'ensemble des médecins généralistes exerçaient depuis plus de 20 ans et 64 % depuis moins de 20 ans. L'interrogatoire, l'échographie vésico-prostatique et le dosage du prostatique spécifique antigen (PSA) étaient utilisés par plus de 75% des MG alors que le toucher rectal (TR) n'était utilisé que par 38% de ces derniers pour poser le diagnostic de l'HBP, et 83% des médecins généralistes n'utilisaient pas l'IPSS pour évaluer les symptômes par méconnaissance de ce score. La phytothérapie et les  $\alpha$ -bloquants étaient prescrits respectivement par 27% et 66% des MG alors que les inhibiteurs de la 5- $\alpha$ -réductase ne sont pas du tout prescrits, tandis que 7% des MG ne prescrivaient aucun traitement médical.

Le choix du traitement reposait principalement sur son efficacité. L'avis du patient n'était pris en compte dans ce choix que par 8% des MG. 70% des médecins avaient recours à l'urologue après installation de complications. Il n'y avait pas de

différence dans la prise en charge de l'HBP en fonction de l'ancienneté des médecins. Par contre, les femmes réalisaient moins de TR et adressaient plus les patients aux urologues. Enfin, 96% de ces derniers souhaitaient recevoir une formation sur les dernières recommandations concernant la prise en charge de l'HBP.

**Discussion** : les attitudes en médecine générale dans le traitement de l'HBP n'ont pas été conformes aux recommandations des sociétés savantes. Il paraît donc nécessaire de rétablir le lien entre recommandations et pratiques par l'intermédiaire de recommandations claires et adaptées diffusées au cours de séances de formation médicale continue.

**Conclusion** : Le médecin généraliste représente la pierre angulaire dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate, dans l'orientation des patients vers le spécialiste, ainsi que dans le dépistage du cancer de la prostate ce qui justifie l'organisation de campagnes de sensibilisation et de dépistage du cancer de la prostate impliquant les médecins généralistes en collaboration étroite avec les urologues.

## Abstract

**Introduction:** Benign prostatic hyperplasia (BPH) or prostatic adenoma is a sub-vesical obstacle to the flow of urine, its evolution can cause repercussions on the lower and upper urinary tract. It is a common benign condition affecting almost three-quarters of men over the age of 55 causing urinary functional signs that affect their quality of life and is therefore a growing concern for the general practitioner.

**Method:** We realized a cross-sectional descriptive survey by means of a questionnaire among GPs practicing in the liberal and public sector in the city of Fez during the period from October 2019 to January 2020.

**Results:** Among the 150 GPs who answered, 58.7% were women. 36% of all GPs have been practicing for more than 20 years and 64% for less than 20 years. The medical interview, the ultrasound scan and the assay of the prostatic specific antigen (PSA) were used by more than 75% of GPs while digital rectal examination (DRE) was used only by 38% of them. 83% of GPs did not use the IPSS (International Prostate Symptom Score) to assess symptoms due to ignorance of this score. phytotherapy and  $\alpha$ -blockers were respectively prescribed by 27% and 66% of GPs, while 5- $\alpha$ -reductase inhibitors were not prescribed at all, and 7% of GPs did not prescribe any medical treatment.

The choice of treatment was mainly based on its effectiveness. The patient's opinion was only taken into account in this choice by 8% of GPs. 70% of GPs addressed the patient to a urologist after occurrence of complications. There was no difference in the management of BPH according to the seniority of practitioners. However, women performed less DRE and referred more patients to urologists than men.

Finally, 96% of them were interested in having an update on the last BPH's treatment recommendations.

**Discussion**: Choices of the treatment of BPH in general medicine have not been in parallel with the recommendations of learned societies. Therefore, it seems necessary to restore the link between recommendations and practice through clear and appropriate recommendations aired during continuing medical education programs.

**Conclusion** : The general practitioner represents the cornerstone in the diagnostic and therapeutic management of benign prostatic hypertrophy, in the referral of patients to the specialist, as well as in the screening for prostate cancer which justifies the establishment of prostate cancer awareness and screening campaigns involving general practitioners in close collaboration with urologists

## ملخص

### مقدمة

يشكل تضخم الموثة الحميد أو ورم الموثة الحميد حاجز تحت المثانة أمام تدفق البول ، ويمكن أن يتسبب تطوره في حدوث تداعيات على الجهاز البولي السفلي والعلوي .إنها حالة حميدة شائعة تصيب قرابة ثلاثة أرباع الرجال الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا مما تسبب في ظهور علامات وظيفية في المسالك البولية تؤثر على نوعية حياتهم وبالتالي فهي مصدر قلق متزايد للطبيب العام

### المواد والأساليب

أجرينا دراسة وصفية مستعرضة عن طريق توزيع استمارة على الأطباء العاملين في القطاع الخاص والعام في مدينة فاس وذلك خلال الفترة من أكتوبر 2019 إلى يناير 2020

### النتائج

من بين 150 طبيب عام الذين أجابوا، 58.7% كانوا نساء، 36% من ممارسي الطب العام مارسوا أكثر من 20 عامًا و64% لأقل من 20 عامًا

تم استخدام الاستجواب الطبي ، الموجات فوق الصوتية البروستاتية ، وتحديد مستضد البروستاتا المحدد من قبل أكثر من 75% من الأطباء في حين تم استخدام الفحص الإصبعي للمستقيم فقط من قبل 38% منهم لوضع تشخيص و 83% من الممارسين العاملين لم يستخدموا درجة أعراض البروستاتا الدولية لتقييم الأعراض بسبب عدم معرفته .تم وصف الأدوية العشبية وحاصرات ألفا من طرف 27% و 66% من الأطباء ، على التوالي في حين لم يتم وصف مثبطات 5 ألفا مختزلة على الإطلاق و 7% من الأطباء لم يصفوا أي علاج طبي

اختيار الدواء المناسب يستند على فعاليته في المقام الأول، ولا يؤخذ رأي المريض بعين الاعتبار إلا من طرف 8% من المشاركين فقط .بالنسبة للاستشارة الطبية المختصة، فيتم اللجوء إليها بعد وقوع مضاعفات لم نلاحظ من خلال هذه الدراسة أي فرق في التعامل مع هذا المرض وفقا لأقدمية الطبيب المعالج. بالمقابل، لاحظنا أن النساء أقل قياما بالفحص الإصبعي المستقيم، وأكثر توجيها للمرضى إلى الطبيب المختص أخيرًا أراد 96% منهم تلقي تدريب على أحدث التوصيات المتعلقة بالتعامل مع هذا المرض

### مناقشة

هكذا يتضح أن طريقة تعامل الأطباء العاملين مع هذا المرض لا تتفق في مجملها مع توصيات الجهات المختصة .لذلك يبدو من الضروري تفعيل هذه التوصيات على أرض الواقع من خلال إجراء حصص للتكوين المستمر في هذا المجال لفائدة الأطباء العاملين

### خاتمة

يمثل الطبيب العام حجر الزاوية في تشخيص وعلاج تضخم الموثة الحميد ، في إحالة المرضى إلى الأخصائي ، وكذلك في الكشف عن سرطان الموثة الذي يبرر تنظيم حملات التوعية بسرطان البروستاتا وفحصها بمشاركة الممارسين العامين بالتعاون الوثيق مع أطباء المسالك البولية ..

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), « RPC : Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate » Mars 2003
- [2] : P. Bigota, F. Vannier<sup>b</sup>, M. Orsata, S. Lebdaia, J.-F. Huez<sup>b</sup>, S. Fanelloc, A.-R. Azzouzia  
Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate ; Progrès en urologie (2010) 20, 65—70
- [3] : Testut TL, Jacob O. Traité d'anatomie topographique. Paris : Doin ;1914
- [4] : Atlas d'anatomie humaine. s.l. : 2007. 358.
- [5] : Imagerie de la prostate : principes, applications et perspectives. s.l: Editions Masson, 2005. 2- 6 5. C, 116.Roy
- [6] : PH, Doroz.  
Guide pratique des médicaments ; 24ème Editions. s.l: Editeur : Maloine, 2004.
- [7] : D, Medico : dysfonctions sexuelles masculines et rapport à l'autre. Perspectives sexo- analytiques. s.l. : Andrologie, 2003. 13 (2) : 110-4.
- [8] : kamina P, 2005 .
- [9]: . Sagnier PP, Girman CJ, Garraway M, Kumamoto Y, Lieber MM, Richard F et al.  
International comparison of the community prevalence of symptoms of prostatism in four countries. s.l: Eur Urol, 1996. 29: 15-20.
- [10] : Kramer G, Mitteregger D, MarbergerM.  
Is benign prostatic hyperplasia (BPH) an immune inflammatory disease? s.l: Eur Urol , 2007. 51:1202-16.
- [11] : S, Khoury.  
Anatomie endoscopique de la prostate. L'HBP en questions. s.l: SCI Ed, 1991. 29-30.

- [12] : Nichol MB, Knight TK, Wu J, Barron R, Penson.  
Evaluation use patterns of and adherence to medications for benign Prostatic hyperplasia. s.l: J Urol , 2009. 5:2214–21.
- [13]: Brossner C, Ringhofer H, Hernady T, Kuber W, Madersbacher S, Pycha A.  
Lymphatic drainage of prostatic transition and peripheral zones visualized on a three-dimensional work station. s.l: Urology , 2001. 57:389–93.
- [14] : Mellal, Ahmed. Application pratique de l'anatomie humaine – Tome 1 – Viscères du tronc. In 2010. p. 240.
- [15] : Walsh P.C., Donker P.J. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. J Urol 1982;128:492–497
- [16]: Galiano M., Pignot G., Costa C., Vallancien G., Virag R. Dysfonction érectile et cellules endothéliales cavernueuses. Prog Urol 2010 ;20:188–193
- [17]: G. Carpenter, M. Wahl  
The epidermal growth factor family MB Sporn, AB Roberts (Eds.), Peptide growth factors and their receptors, Springer, Heidelberg ((1990)), pp. 69–171
- [18] : Martin PM, Muracciole X, Berenguer C, Boudouresque F, Ouafik LH  
évolution de la cellule normale à la cellule cancéreuse prostatique hormonodépendante–hormono–indépendante Médecine Nucléaire 32(2008) 5–23
- [19] : Ohi M, Ito K, Suzuki K, Yamanaka H. Diagnostic significance of PSA density adjusted by transition zone volume in males with PSA levels between 2 and 4 ng/ml Eur Urol 2014 ;45 :92–6
- [20]: Cornu JN, Cussenot O. biologie moléculaire de la prostate normale et pathologique,  
Urologie 2011 18–500–B–10
- [21] : Stewart LV, Weigel NL, Vitamin D and prostate cancer, Exp Biol Med 2004 ; 229 :277

- [22] : Ylikomi T, Laaksi I, Lou Y-R, Martikainen P, Miettinen S, Pennanen P, et al.  
Antiproliferative action of vitamin D. *Vitam Horm* 2002 ;64 :357- 406  
Epidémiologie
- [23]: G. Carpenter, M. Wahl  
The epidermal growth factor family MB Sporn, AB Roberts (Eds.), *Peptide growth factors and their receptors*, Springer, Heidelberg ((1990)), pp. 69-171
- [24]: Fourcade R.-O., Tamn M.  
Hypertrophie bénigne de la prostate. s.l: *Encyclopédie médico- chirurgicale, néphrologie Urologie* , 2000. 18-550-A-10.
- [25] : 10. R. Derynck  
Transforming growth factor- $\alpha$ : structure and biological activities  
*J. Cell Biochem*, 32 ((1986)), pp. 203-204.
- [26]: M. Stor  
Polypeptide modulators of prostatic growth and development  
*Cancer Surveys*, 11 ((1991)), pp. 123-146
- [27] T. Hunter  
The epidermal growth factor receptor gene and its product.  
*Nature*, 311 ((1984)), pp. 414-416.
- [28]. G. Carpenter  
Receptors for epidermal growth factor and other polypeptide mitogens *Ann Rev Biochem*, 56 ((1987)), pp. 881-914.
- [29] : Boyle P, Robertson C, Mazzetta C. A comparison of lower urinary tract symptoms in men and women in four centers. 2000 : The Urepik study. *J Urol* . 163 (suppl):48.
- [30] : Meigs JB, Barry MU, Giovannucci U, Rimm EB, Stampfer MU, Kawachi U. *the health professionals follow-up study*. s.l. : Juro, 1999. 162;376.82.

- [31] : Crawford ED, Wilson SS, Mc Connel JD, Smith JA, et al. *Baseline Factors as predictors of clinical progression of BPH in men treated with placebo* . s.l. : Juro, 2006. 175:1433–6 discussion 1426–7.
- [32]: Jacobson SJ, Jacobson DJ, Girman CG, Roberts RO, Rhodes T, Guess HA, et Al. Natural history of prostatism risk factors for acute urinary retention. s.l. : Juro, 1997. 158;481–7.
- [33] : CHATELAIN.C  
Orientations thérapeutiques nouvelles dans l'hypertrophie bénigne de la prostate. s.l. : Chirurgie (PARIS), 1999. 124 : 223–231.
- [34] : J.D. McConnell, C.G. Roehrborn, O.M. Bautista, G.L. Andriole Jr., C.M. Dixon, J.W. Kusek et al. Medical Therapy of Prostatic Symptoms (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*, 349 (2003), pp. 2385–2396
- [35] : T. Flam, V. Montauban  
Dépistage de l'hypertrophie bénigne de la prostate clinique en médecine générale : enquête sur 18450 hommes *Prog Urol*, 13 (2003), pp. 416–424.
- [36] : A. de la Taille, F. Desgrandchamps, S. Marliac, D. Comet, L. Lamézec  
Incidence et profil des patients avec hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) symptomatique, pour lesquels les urologues instaurent une bithérapie *Prog Urol–FMC*, 19 (2009), pp. F19–F22
- [37] : B. Lukacs  
Management of symptomatic BPH in France: who is treated and how?  
*Eur Urol*, 36 (Suppl. 3) (1999), pp. 14–20
- [38] : J.N. Cornu, Y. Merlière, E. Vicaut, A. Fournier, C. Hodée, M. Aout et al.  
Management of benign prostatic hyperplasia in current clinical practice: lessons learned from a comprehensive nation-wide, 2 million patients survey.  
*J Urol*, 185 (Suppl) (2011), pp. e693–e694.

[39] : M. Emberton, M. Marberger, J. de la Rosette.

Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Europe: the prostate research on behaviour and education (PROBE) survey.

Int J Clin Pract, 62 (2008), pp. 18–26.

[40] : A. Hutchison, R. Farmer, K. Verhamme, R. Berges, R.V. Navarrete

The Efficacy of Drugs for the Treatment of LUTS/BPH, A Study in 6 European Countries Eur Urol (2006) (in press).

[41] :S. Droupy. Benign prostatic hyperplasia. Service d'Urologie Andrologie, CHU

Carémeau, 4 r du professeur Robert- Debré, 30029 Nîmes, France. Sexologies (2014) 23 , 78–84

[42] : Lahlaïdi K, et al.

Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment ? Rev Med Interne (2014)

[43] : E., Chartier.

Adénome de la prostate. s.l. : Medline, 2000. Chapitre 15, 115.

[44] : Bitton A., Müller R.M., Madersbacher S., et al.

Hyperplasie bénigne de la prostate. s.l. : RMH, 2008. n°1.

[45] : Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et

al. Bilan initial et suivi de l'hyperplasie bénigne de prostate : revue de littérature du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22:977–88.

[46] : A. Descazeauda, G. Robert, N.B. Delongchamps, J.-N. Cornu, C. Saussine, O.

Haillot, M. Devonec, M. Fourmarier, C. Ballereau, B. Lukacs, O. Dumonceau, A.R. Azzouzi, A. de la Taille.

Bilan initial et suivi de l'hyperplasie bénigne de prostate : revue de littérature du CTMH de l'AFU, 1166–7087/\$ — see front 2011

[47] : P. Perrin \*, C. Némoz, P. Paparel, A. Ruffion

Comparison of IPSS and ICS male SF in the initial assessment of urinary Disorders Progrès en urologie (2008) 18, 519—526

- [48] : De la Rosette J, Alivizatos S, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, et al.  
Guidelines on benign prostatic hyperplasia. s.l. : Arnhem: European Association of Urology , 2009. p. 5–3.
- [49] : Bautista OM, Kusek JW, Nyberg LM, McConnell JD, Bain RP, Miller G, et al.  
Study design of the Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) trial. s.l. : Control Clin Trials, 2003. 24:224–43.
- [50] : CG., Roehrborn.  
BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. s.l. : BJU Int, 2008. 101(Suppl. 3):17–21.
- [51]: K. Lahlaoui, M.M. Ariane , E. Fontaine.  
Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment ? s.l. : La Revue de médecine interne , 2014. 35;189–195.
- [52] : P. Bigot, F. Vannier, M. Orsat, S. Lebdaoui, J.-F. Huez, S. Fanello, A.-R. Azzouzi,  
Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. Prog urol (2010) 20, 65–70.
- [53]: L. Bastien, R.O. Fourcade, B. Makhoul, P. Meria, F. Desgrandschamps  
*Hyperplasie bénigne de la prostate.*  
s.l. : Elsevier Masson SAS, 2011. 18–550–A–10.
- [54] : Millan-Rodriguez F, Izquierdo-Latorre F, Montlleo-Gonzalez M, Rousaud-Baron F, Rousaud-Baron A, Villavicencio-Mavrich H.  
Treatment of bladder stones without associated prostate surgery: results of a prospective study. Urology 2005; 66(3): 505e9. Epub 2005/09/06.
- [55]: Marberger MJ.  
Long-term effects of finasteride in patients with benign prostatic hyperplasia: a double-blind, placebo-controlled, multicenter study. PROWESS Study Group.  
Urology 1998; 51: 677–86.

- [56] : Lee AJ, Garraway WM, Simpson RJ, Fisher W, King D. The natural history of untreated lower urinary tract symptoms in middle-aged and elderly men over a period of five years. s.l. : Eur Urol , 1998. 34:325– 32.
- [57] : A. Descazeaud, N. Barry Delongchamps.–N. Cornu, A.R. Azzouzi, D. Buchon,A. Benchikh, P. Coloby, O. Dumonceau,M. Fourmarier, O. Haillot, S. Lebdai, R. Mathieu,V. Misrai, C. Saussine, A. de La Taille, G. Robert, Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'Association française d'urologie (CTMH–AFU) Guide de prise en charge en médecine générale des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme liés à une hyperplasie bénigne de la prostate Prog Urol (2015)
- [58] : G. Robert, A. Descazeaud, N. Barry Delongchampsd, J.–N. Cornue, A.R. Azzouzi, O. Haillot, M. Devonech, M. Fourmarieri, C. Ballereauj, B. Lukacse, O. Dumonceauk, C. Saussinel, A. de la Taillem. Traitement médical de l'hyperplasie bénigne de la prostate : revue de la littérature par le CTMH/AFU s.l. : Progrès en urologie, 2012. 22, 7 12.
- [59] : Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, et al. Self-management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. s.l. : BMJ, 2007. 334(7583): 25..
- [60]: Brown CT, van der Meulen J, Mundry AR, O'Flynn E , Emberton M. Defining the components of a selfmanagement programme for men with uncomplicated lower urinary tract symptoms: a consensus approach. s.l. : Eur Urol, 2004. 46(2):254 62 [discussion 263;].
- [61]: A., Descazeaud. Traitement medical de l'hyperplasie bénigne de la prostate s.l. : Prog Urol, 2009. 19(12):890 2.

- [62] : Matthias Oelke, Alexander Bachmann, Aurelien Descazeaud, Mark Emberton, Stavros Gravas, Martin, C. Michel, James N. Dow, Jorgen Nordlin, Jean. J de la Rosette  
*EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction.*  
s.l. : EUROPEAN UROLOGY, 64 (2013) 118 140. 64;118 140.
- [63] : Bulletin officiel. 6245, Maroc : s.n. 3875,3843.
- [64] : Claus G Roehrborn, Raymond C Rosen.  
Medical therapy options for aging men with benign prostatic hyperplasia: focus on alfuzosin 10 mg once daily. s.l. : Dove Medical Press Ltd, 2008. 3(3) 511 524.
- [65]. maloine, Editions. s.l. : Guide pratique des médicaments, 2003. 23<sup>ème</sup> édition.
- [66]. Laboratories, Abbott. Terazosin. 2003.
- [67]. Inc, Pfizer. Doxazosin. 2003.
- [68] La lettre du pharmacologue. Les médicaments de l'HBP : les inhibiteurs  $\alpha 1$  adrénergiques 1999. 13.n1 : 18-22.
- [69] : NARAYAN.P, LEPOR.H.  
Long-term, open label, phase III multicenter study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia . s.l. : Urology, 2001. 57, n3:466-470
- [70]: -P. Tamsulosin: current clinical experience. s.l. : Urology, 2001. 58:42-48.
- [71]: WILT.T-J, MC DONALD.R, NELSON D.  
Tamsulosin for treating lower urinary tract symptoms compatible with benign Prostatic obstruction: a systematic review of efficacy and adverse effects. s.l.: The journal of urology , 2002. 167:177-183.
- [72] : Vidal 2013, mise à jour du 14/06/2013.
- [73] : Pharmaceuticals, Boehringer Ingelheim. Tamsulosin. 2003
- [74] : G., Vallencien.  
Sexual function assessed by the BSFI is improved with alfuzosin 10mg once daily. s.l. : Eur.Urol., 2004. EAU04, abstract 353.
- [75] : Sanofi-Synthelabo. Alfuzosin. 2004.

[76] : MOULI .M, COQUEREL.A.

Abrégé de pharmacologie : médicaments bloquants les récepturs  $\alpha$  adrénergiques.s.l. : Edit MASSON, 2002.

[77]: Evans CP, Fleshner N, Fitzpatrick JM, Zlotta AR.

An evidence-based approach to understanding the pharmacological class effect in the management of prostatic diseases.

BJU Int 2005; 95: 743–9.

[78]: AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter1: Diagnostic and treatment recommendations.

J Urol2003; 170: 530–47

[79] : Clark RV, Hermann DJ, Cunningham GR, Wilson TH, Morrill BB, Hobbs S. Marked suppression of

dihydrotestosterone in men with benign prostatic hyperplasia by dutasteride, a dual 5- $\alpha$  reductase inhibitor. s.l. : J Clin Endocrinol Metab , 2004. 89(5):2179–84.

[80]: . Zhu YS, Imperato-McGinley JL. 5- $\alpha$  reductase isozymes and androgen actions in the prostate. s.l. : Ann N Y Acad Sci, 2009. 1155:43–56.

[81] . Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM. The influence of Finasteride on the development of prostate cancer. s.l. : N Engl J Med , 2003. 349:215–24.

[82] : F.C. Lowe, J. Batista, R. Berges, E. Chartier-Kastler, G. Conti, F. Desgrandchamps et al.

Risk factors for disease progression in patients with lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): a systematic analysis of expert opinion.

Prostate Cancer Prostatic Dis, 8 (2005), pp. 206–209.

[83] : GJ. Gormley

Finasteride: a clinical review.

Biomedicine & Pharmacotherapy,

Volume 49, Issues 7-8, 1995, Pages 319-324.

[84]: . F. Debruyne, G. Koch, P. Boyle, F.C. Da Silva, J.G. Gillenwater, F.C. Hamdy et al.

Comparison of a phytotherapeutic agent (Permixon) with an  $\alpha$ -blocker (Tamsulosin) in the treatment of benign prostatic hyperplasia: a 1-year randomized international study.

Eur Urol, 41 (2002), pp. 497-506.

[85] : McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, Andriole G, Lieber M, Holtgrewe HL et al. The

effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. s.l. : New Engl J med, 1998. 338(9):557-63.


[86]: Clark RV, Hermann DJ, Cunningham GR, Wilson TH, Morrill BB, Hobbs S. Marked

suppression of dihydrotestosterone in men with benign prostatic hyperplasia by dutasteride, a dual 5- $\alpha$  reductase inhibitor. s.l. : J Clin Endocrinol Metab, 2004. 89(5):2179-84.

[87]: Montorsi F, Roehrborn C, Garcia-Penit J, Borre M, Roelvelde TA, Alimi JC, et al.

The effects of dutasteride or tamsulosin alone and in combination on storage and voiding symptoms in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyperplasia (BPH): 4-year data from the combination of avodart and tamsulosin (CombAT) study. BJU Int 2011;107:1426-31.

[88] : Roehrborn CG. BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. BJU Int 2008;101(Suppl. 3):17-21.

- [89] : Hunter Wessells, Johnny Roy, John Bannow, John Grayhack, Alvin M Matsumoto, Lisa Tenover, Richard Herlihy, William Fitch, Richard Labasky, Stephen Auerbach, Raul Parra, Jacob Rajfer, Jennifer Culbertson, Michael Lee, Mark A Bach, Joanne Waldstreicher. PLESS STUDY GROUP  
Incidence and severity of sexual adverse experiences in finasteride and placebo-treated men with benign prostatic hyperplasia. *Urology*, Volume 61, Issue 3, March 2003, Pages 579–584
- [90]: . B. Djavan, Y. Bostanci, A. Kazzazi.  
Traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate : résection bipolaire et traitements laser. s.l. : EMC – Techniques chirurgicales – Urologie, 2013. 41–273–M.
- [91] : F. Lacoïn <sup>a, □</sup> , R.-O. Fourcade <sup>b, †</sup>, M. Rouprêt <sup>c</sup>, A. Slama <sup>d</sup>, C. Le Fur <sup>d</sup>, E. Michel <sup>e</sup>, A. Sitbon <sup>e</sup>, F.-E. Cotté <sup>d</sup>  
Perceptions of benign prostatic hyperplasia according to the perspective of patients and general practitioners – the Trophée study; *Progrès en Urologie* Volume 23, n° 1 ,50–57 (january 2013)
- [92]: Cornu JN, Merlière Y, Vicaut E, Fournier A, Hodée C, Aout M, et al.  
Management of benign prostatic hyperplasia in current clinical practice: lessons learned from a comprehensive nationwide, 2 million patients survey. *J Urol* 2011;185(Suppl):e693–4.
- [93] : A de la Taille, Desgrandchamps F, Saussine C, Lukacs B, Haillet O.  
Les urologues appliquent-ils les recommandations sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate ? Enquête sur les modalités de prescription des examens complémentaires en France. *Prog Urol* 2004 ;14(3):320–5.].

- [94] : Duclos A, Touzet S, Perrin P, Colin C.  
Suivi évolutif de la réalisation des scores IPSS en centre hospitalier universitaire.  
Prog Urol 2007;17(1):65—8].
- [95] : Coeurdacier P, Staerman F, Thoquenne G, Cipolla B, Guille F, Lobel B.  
Le médecin généraliste face aux troubles mictionnels de l'homme de plus de 50 ans 250 médecins interrogés en Bretagne. Prog Urol 1996;6(1):52—9].
- [96] : Costa P, Ben Naoum K, Boukaram M, Wagner L, Louis JF.  
Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) : prévalence en médecine générale et attitude pratique des médecins généralistes français. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17 953 patients.  
Prog Urol 2004; 14:33—9.1
- [97] : Fourcade RO, Theret N, Taieb C.  
Profile and management of patients treated for the first time for lower urinary tract symptoms/ benign prostatic hyperplasia in four European countries.  
BJU Int 2008; 101(9):1111—8.
- [98] : Bardon Y, De la Taille A, Chartier-Kastler E, Moreau J, Davin J, Mignard J, et al.  
La prostate: identification des attentes du médecin généraliste. Une enquête qualitative. Association française d'urologie (AFU)-IPSOS. Prog Urol 2007; 17: 199—202
- [99] : Faisal Abdi Matondang, Harrina Erlianti Rahardjo,  
Management of male lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia by general practitioners in Jakarta. Department of Urology, Cipto Mangunkusumo Hospital, University of Indonesia Faculty of Medicine, Jakarta, Indonesia. Prostate Int 2014;2(2):97-103

# ANNEXE

## **La prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate [HBP] par les médecins généralistes de la ville de Fès**

### Questionnaire confidentiel anonyme

Actuellement interne en septième année de médecine, je réalise mon travail de thèse au service d'Urologie au centre hospitalier universitaire Hassan II-Fès sous la direction des Professeurs Moulay Hassan FARIH et Mustapha AHSAINI.

Sur ce, je me permets de solliciter les médecins généralistes de la ville de Fès de répondre à ce questionnaire ayant pour objet la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'*hypertrophie bénigne de prostate* [HBP] par ces derniers. Le but de l'étude n'est pas tant d'évaluer nos pratiques mais plutôt de mettre en avant les spécificités de la prise en charge en médecine générale dans le cadre de l'hypertrophie bénigne de prostate.

**N.B** : Pour répondre au questionnaire, veuillez SVP cocher par une croix (X) la ou les cases vides, et répondre clairement aux questions ouvertes.

Merci pour votre collaboration.



Si OUI, Comment vous l'utilisez ?

J'utilise le score IPSS en Interrogeant par écrit le patient

J'utilise le score IPSS en Interrogeant oralement le patient

J'utilise un autre score

Autres : .....

Si NON, Pourquoi ?

Je n'en connais pas

Ça prend trop de temps

Je le remplace par mon interrogatc

Autres : .....

4. Réalisez-vous systématiquement le Toucher Rectal (TR) chez les patients âgés de plus de 50 ans ?  Oui  Non

Si OUI, Pourquoi ?

Il permet d'apprécier l'augmentation homogène du volume de prostate

Il permet d'éliminer un diagnostic différentiel

Autres : .....

Si NON, Pourquoi ?

Appréciation du volume de prostate difficile

Refus fréquent des patients

Autres : .....

5. Lorsque vous trouvez chez un patient une prostate hétérogène ou à surface nodulaire/irrégulière au TR :
- Vous continuez le même traitement prescrit antérieurement pour HBP
  - Vous changez de molécule
  - Vous associez 2 molécules différentes
    - Vous vous contentez de surveiller le patient de près
  - Vous adressez le patient directement chez un chirurgien urologue
  - Autres \_\_\_\_\_

6. Demandez-vous systématiquement le taux de **PSA** chez les patients âgés de plus de 50 ans ?  Oui  Non

7. Dans le cadre d'un bilan général chez un patient asymptomatique désirant effectuer un check-up biologique complet, quels sont les bilans que vous demandez le plus souvent :

Si OUI, Pourquoi ?

Parce qu'il évalue le volume prostatique

Il permet d'éliminer un diagnostic différentiel

Autres : .....

NFS

Bilan rénal (urée, créatinine...)  
bilirubine...)

PSA

Sérologies virales

.....

Si NON, Pourquoi ?

Il est inutile dans l'HBP

Il est trop coûteux

L'anamnèse, l'examen général et le TR et la BU suffisent à éliminer les diagnostics différentiel

Autres : .....

Ionogramme sanguin

Bilan hépatique (GOT, GPT, bilirubine...)

Bilan thyroïdien

Autres :

8. Devant des patients présentant des symptômes du bas appareil urinaire, demandez-vous systématiquement une échographie vésico-rénale ?

Oui  Non

Si OUI, Pourquoi ?

Elle permet de mettre en évidence le retentissement sur le haut appareil urinaire

Elle permet d'évaluer le volume prostatique

Elle permet de voir le retentissement sur la vessie

Elle permet de dépister des lésions suspectes de la vessie

Autres : .....

Si NON, Pourquoi ?

Elle n'a pas d'intérêt en matière d'HBP

Elle n'est pas indiquée dans ce cas

Elle ne permet pas de voir le retentissement sur la vessie

Echographie indisponible

Autres :

.....

9. Lorsque vous posez le diagnostic de l'HBP :

Vous surveillez le patient avec conseils hygiéno-diététiques pour améliorer les symptômes

- Vous prescrivez un traitement médical
  - Vous référez le patient chez un spécialiste
  - Autres : à Préciser.....
10. Quels sont les critères sur lesquels vous vous basez pour le choix de médicaments lors de la prise en charge thérapeutique de l'HBP :
- Efficacité       Coût       Tolérance       Volume prostatique
  - Amélioration de la qualité de vie du patient    Avis du patient (décision partagée avec le patient)
11. Au cours de votre prescription médicale pour traiter l'HBP vous optez le plus souvent pour :
- La phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)
  - $\alpha$ -bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRAL®, URADOX® .....)
  - Inhibiteur de la 5  $\alpha$ -réductase (AVODART®, FINASTERIDE®...)
  - Bithérapie       Autres : .....
12. Lorsque vous prescrivez un  $\alpha$ -bloquant, quels sont les contre-indications que vous éliminez en premier temps chez les patients :
- Hypersensibilité à l'un de ses excipients       Hypotension artérielle
  - ATCDS d'hypotension orthostatique       Rétention urinaire / anurie
  - HBP avec retentissement sur le haut appareil urinaire       Insuffisance rénale évolutive
  - Autres : .....
13. Si vous prescrivez un  $\alpha$ -bloquant, quel délai vous donnez-vous pour évaluer son efficacité?
- 1 semaine       3 mois       6 mois       1 an
  - Je n'en prescris pas
14. Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés avec un faible volume prostatique :
- Phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)
  - $\alpha$  bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRA®L, URADOX®)
  - Inhibiteur de la 5  $\alpha$ -réductase (AVODART®, FINASTERIDE®)
  - Le choix est indépendant du volume de prostate et l'intensité des symptômes

15. Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés, et des facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine ? (Associations possibles)

- Phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)
- $\alpha$  bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRA®L, URADOX®)
- Inhibiteur de la 5  $\alpha$ -réductase (AVODART®, FINASTERIDE®)
- Le choix est indépendant du volume de prostate et l'intensité des symptômes
- Vous adressez au spécialiste

16. Si vous prescrivez un inhibiteur des 5  $\alpha$ -réductases, quel délai vous donnez-vous pour évaluer son efficacité ?

- 1 semaine
- 3 mois
- 6 mois
- 1 an
- Je n'en prescris pas

17. Quand est-ce que vous jugez qu'il y a indication d'adresser le patient chez un spécialiste en chirurgie urologique en matière d'HBP :

- Une fois que vous posez le diagnostic
- En cas de résistance à un traitement médical bien mené
- En cas de présence d'un seul épisode de rétention aigue d'urines
- En cas de présence de plusieurs épisodes de rétention aigue d'urines
- En cas d'infections urinaires à répétition
- Insuffisance rénale obstructive
- Si le patient est demandeur

L'observance évaluée après traitement médical est en général :

- Mauvaise
  - Efficacité partielle du traitement
  - Défaut d'éducation thérapeutique du patient
- Moyenne
- Bonne
- Parfaite

18. Au cours de la prise en charge de l'HBP l'évolution des symptômes se fait en général vers :

- Aggravation
- stabilisation
- Amélioration

19. Estimeriez-vous utile d'être informé des dernières données de la littérature ou recommandations en matière d'HBP :  Oui  Non

Si Oui par quel Moyen ?

FMC (Formation Médicale Continue)  congrès nationaux ou internationaux

Internet  autre : .....

## Annexe du questionnaire :

International Prostate Symptom Score (IPSS), comportant 7 items cotés de 0 à 5, pour un total sur 35.

	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau en moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
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 ?	0	1	2	3	4	5	
Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5	
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes levés pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin) ?	0	1	2	3	4	5	
IPSS score : 0 - 7 = léger    8 - 19 = modéré 20 - 35 = sévère							
<b>EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE LIEE AUX SYMPTOMES URINAIRES</b>							
	Très satisfait	Satisfait	Satisfait plutôt	Partagé	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous devriez vivre le restant de votre vie de cette manière. Diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
+0524001+ | +015115+ A +000X0+  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 20 /052

سنة 2020

# معالجة تضخم الموثة الحميد من قبل الأطباء العامين بمدينة فاس ( بصدد 150 حالة )

## الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/03/06

## من طرف

الآنسة سهام بلمعطي شرقاوي

المزداة في 1994/03/30 بفاس

## لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

## الكلمات الأساسية

تضخم حميد - فرط تنسج حميد - الموثة - طبيب عام - تقييم الممارسات

## اللجنة

الرئيس و المشرف	السيد مولاي حسن فريح
	أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
الأعضاء	السيد ملاس سفيان
	أستاذ في علم التشريح
	السيد تازي محمد فضل
	أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
	السيد جلال الدين العماري
	أستاذ في علم أمراض المسالك البولية
عضو مساعد	السيد مصطفى احسايني
	أستاذ مساعد في علم أمراض المسالك البولية