



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2016

Thèse N°114

La prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate par les médecins généralistes de la région de Marrakech Tensift Al Haouz

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/07/2016

PAR

M^{me} Nadia ED-DAOUDI

Née Le 11 Septembre 1989 à Tinghir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

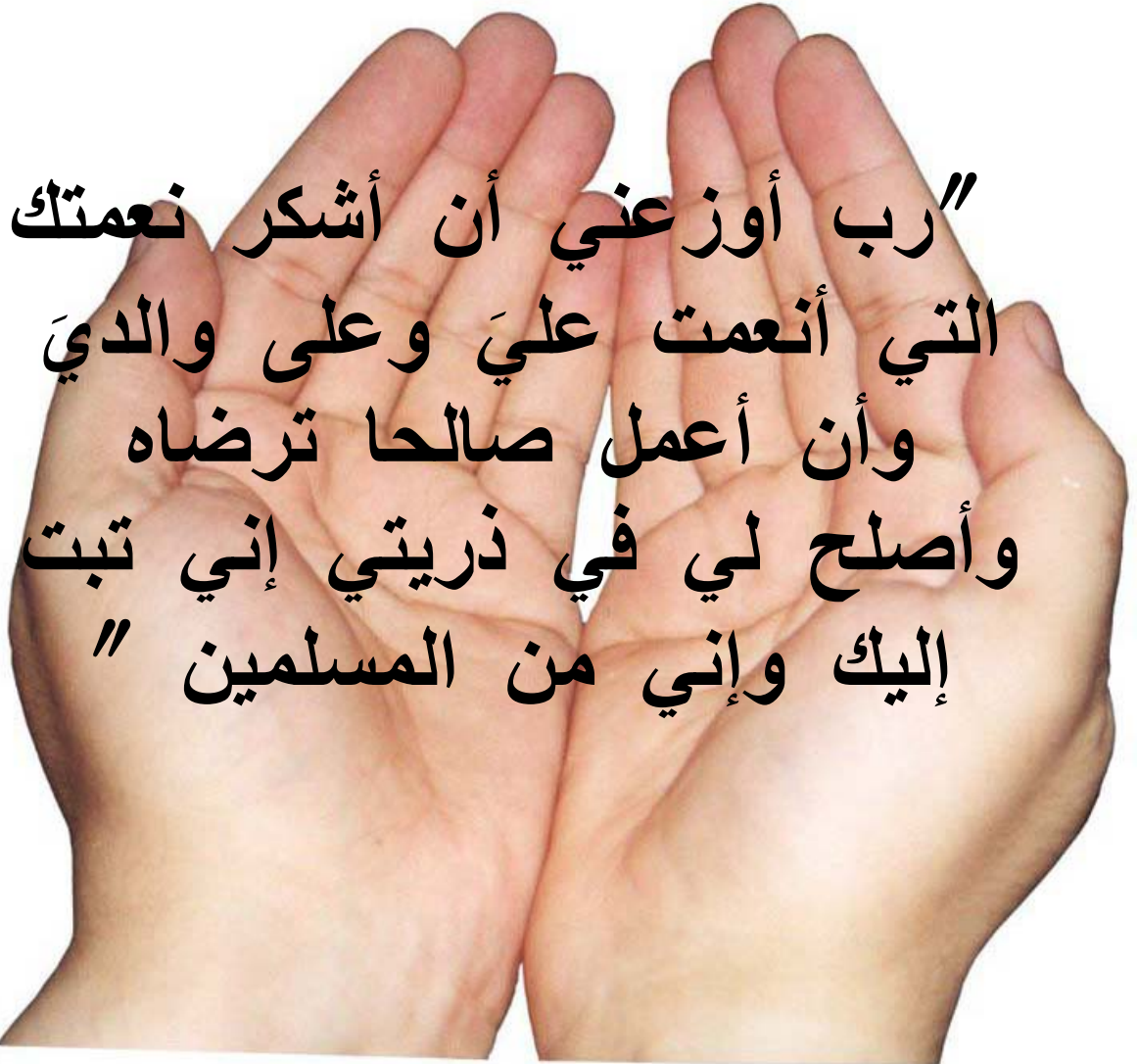
MOTS-CLÉS

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

JURY

M.	D.TOUITI Professeur d'urologie	PRESIDENT
M.	O. GHOUNDALE Professeur agrégé d'urologie	RAPPORTEUR
M.	M. ZYANI Professeur de médecine interne	} JUGES
M.	H. QACIF Professeur agrégé de médecine interne	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



صدق الله العظيم



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE

DES

PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr BadieAzzaman MEHADJI
: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr.Ag. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogique : Pr.EL FEZZAZI Redouane
Secrétaire Générale : MrAzzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillofaciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophthalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgieréparatrice et plastique	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-physiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologiecytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro-entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie

EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo-phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	MicrobiologieVirologie	TOURABI Khalid	Chirurgieréparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgiegénérale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique



DEDICACES



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... ✍

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, Le respect, la reconnaissance... ✍
Aussi, c'est tout simplement que... ✍*



Je dédie cette thèse..... ✍



*Au bon Dieu, Tout puissant
Qui m'a inspirée et m'a guidée dans le bon chemin.
Je vous dois ce que je suis devenue !
Louanges et remerciements pour votre clémence et
miséricorde.*

A MON TRÈS CHER PÈRE MOHAMED

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude ni mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que tu as endurés pour pouvoir m'éduquer. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral tout au long de ma vie. Tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études. Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, et ma reconnaissance.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire... sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie...

Je t'aime PAPA...



A MA TRÈS CHÈRE MÈRE FATIMA

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A une personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te récompenser pour tous tes sacrifices.

Je te dédie cette thèse qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime MAMAN...



A MON TRÈS CHER MARI YOUSSEF

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entourée. Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta patience, ton profond attachement m'ont permis de réussir mes études. Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements, ce travail n'aurait vu le jour.

Merci d'avoir un grand cœur, très généreux,

Merci pour ton soutien tout au long de la réalisation de cette thèse et dans les moments les plus difficiles

Merci d'être toujours là pour moi.

Que Dieu réunisse nos chemins pour une vie sereine et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.



A MON TRÈS CHER PETIT POUSSIN MEHDI

C'est à toi mon adorable ange, ma joie, mon petit trésor que maman dédie ce travail pour te dire que tu resteras pour toujours le rayon du soleil qui égaye ma vie. Je t'aime mon bébé et je te souhaite tout le bonheur du monde.



A MON TRÈS CHER FRÈRE RACHID BIEN AIME

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers toi.

Merci pour ta contribution précieuse dans la réalisation de ce travail.

J'implore Dieu qu'il t'apporte bonheur et t'aide à réaliser tous tes vœux,

J'espère que tu trouveras dans cette thèse l'expression de mon affection pour toi.

Je te souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.

Que Dieu te protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.



A MES CHERES SOEURS FATIHA ET NEZHA

Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour votre soutien moral et vos prières qui ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

Un très grand merci à mes meilleures amies, à mes petites sœurs d'être toujours à mes côtés.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Que dieu vous procure un avenir prospère et plein de succès.



À mes chers Grands-parents maternels et grand-mère Paternelle

Merci pour votre amour, vos prières et vos encouragements qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.

Je suis sûre que vous êtes fiers de moi aujourd'hui.

Vous êtes pour moi une source inépuisable de sagesse. Il y a tant de chaleur dans la bonté de vos cœurs.

Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime énormément et je suis vraiment très fière d'être votre petite-fille...

J'implore Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé et qu'il nous permette de profiter de votre présence à nos côtés...



À la mémoire de mon Grand Père Paternel

Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de ton âme par sa sainte miséricorde.



A MA CHERE TANTE ET MEILLEURE AMIE HAFIDA DAOUDI

Merci pour tout moment passé ensemble. Tu étais toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter et surtout illuminer ma voie et mes décisions. Tu as tant fait pour moi, que Dieu te protège et te procure joie et bonheur auprès de ton mari Youssef et tes enfants Amel, Imrane et Sofia.



A TOUS MES ONCLES ET TANTES

*Mes tantes Touda, Zahra, Rachida, Myriam, Fatima Ed-daoudi, Fatima
Ouha,*

*Mes oncles Mohamed Daoudi, Youssef, Mouad, Ahmed, Ibrahim et
Mohamed Ouha*

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes
sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard,
et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour vous honorer.*

Tous mes vœux de bonheur et de santé.



A mes adorables cousins et cousines

A toute la famille Daoudi

A toute la famille Ouha

A toute la famille Chakouch

A toute la famille Ouâlla

*Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et
leurs grands cœurs.*

*Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour, et toute ma
reconnaissance pour leur infatigable soutien.*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.



A toutes mes chères amies et collègues:

Ikrame Boumendil, Khadija Jabar, Samira Khaddaoui, Amal Haba, Najate Mouzoune, Zahra Elaâsnaoui, Imane Elantaki, Fatime Zahra Elfahiri, Kawtar Elbouaouidi, Saâdia ED-dyb, Zineb Naciri, Laila Talibi, Ilhame Elgourty, Fatima Baadi, Hanane Mortafia, Fatima Faska

Quoique je dise, je ne saurais exprimer le respect et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. En souvenir d'agréables moments passés ensemble en témoignage de notre amitié. Je vous exprime par ce travail toute mon affection et j'espère que notre amitié restera solide et durera pour toujours.

J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, amour et que vos rêves se réalisent.



***A tous les professeurs et maitres
qui m'ont imbibée de leur savoir***

Avec tous mes respects et mon éternelle reconnaissance

A tous nos médecins, civils et militaires

A tout le personnel des CHU Mohammed VI, Ibn Tofail et de l'HMA de Marrakech

A tout le personnel du CHR Ibn Zohar, du centre de santé Alhay Elhassani, Azli, et de l'hôpital de Tinghir

A Tous Mes Enseignants Du Primaire et Secondaire

A tous ceux qui ont pour mission cette pénible tâche de soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien-être physique, psychique, et social

*A tous ceux qui me sont chers
Et dont je n'ai pas pu citer le nom...*





REMERCIEMENTS



*A Dieu tout puissant pour nous avoir permis
de voir ce jour tant attendu.*



*A mon maître et Président de Thèse
Professeur d'Urologie à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech
M. DRISS TOUITI*

Pour le très grand honneur que vous me faites en acceptant de juger et de présider ma thèse. Vos qualités professionnelles m'ont beaucoup marquée mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail mes sincères remerciements et toute la reconnaissance que je vous témoigne.

*A mon Maître, Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Omar GHOUNDALE
Professeur agrégé d'urologie du Val de Grâce Paris
Professeur à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

Vous m'avez accordé un grand honneur en me confiant la réalisation de ce travail. Qu'il me soit permis de vous témoigner toute ma gratitude et mon profond respect d'avoir bien voulu assurer la direction de ce travail qui, grâce à votre esprit didactique et rigoureux, et vos précieux conseils, a pu être mené à bien.

Vous m'avez toujours accueillie avec gentillesse et sympathie.

Votre simplicité, et votre compétence sont pour moi le meilleur exemple à suivre. Je vous prie de trouver ici, le témoignage de ma reconnaissance éternelle, de mon profond respect et de ma haute considération.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

A mon Maître et juge de thèse,

Monsieur le Professeur Mohammed Zyani

Professeur de médecine interne à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

*Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.
Je vous remercie pour la spontanéité et l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce
travail.*

*Veillez trouver, cher maître, à travers ce modeste travail la manifestation de ma plus haute
estime et de mes sentiments les plus respectueux,*

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder santé, prospérité et bonheur.

A mon Maître et juge de thèse,

Monsieur le Professeur HASSAN QACIF

Professeur Agrégé de médecine interne à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

*Vous me faites l'honneur d'accepter d'être dans le jury de cette thèse. Je vous en suis
très reconnaissante. Votre grand savoir et votre sagesse suscitent mon admiration.*

*Qu'il me soit permis de vous exprimer mon profond respect et ma grande
considération*

A tous les médecins généralistes de la région Marrakech Tensift Al Haouz

*Qui ont accepté de participer à mon étude et que je ne peux citer par respect de leur
anonymat*

*Veillez accepter mes sincères remerciements pour votre collaboration et votre
gentillesse. Sans vous ce travail n'aurait pas vu le jour.*





*LISTE DES
TABLEAUX
& FIGURES*



Liste des tableaux

- Tableau I** : Répartition des médecins généralistes vus selon leurs lieux d'installation
- Tableau II** : Caractéristiques des médecins généralistes vus
- Tableau III** : Utilisation de l'IPSS
- Tableau IV** : Place du TR dans le diagnostic de l'HBP
- Tableau V** : Place du PSA dans le diagnostic de l'HBP
- Tableau VI** : Justification de la prescription de la Phytothérapie
- Tableau VII** : Justification de la prescription des alpha-bloquants
- Tableau VIII** : Justifications de la prescription des Inhibiteur de la 5-alpha réductase

Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des MG selon le sexe.
- Figure 2** : Répartition des MG selon le nombre d'années d'exercice.
- Figure 3** : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.
- Figure 4** : Répartition de la population selon le secteur d'activité.
- Figure 5** : Répartition des MG selon le Pourcentage de patients de plus de 50 ans.
- Figure 6** : Répartition des MG selon la date du dernier enseignement sur HBP
- Figure 7** : Utilisation de l'IPSS
- Figure 8** : Les éléments diagnostiques de l'HBP
- Figure 9** : CAT des MG devant des symptômes du BAU en rapport avec une HBP
- Figure 10** : Les critères déterminants du choix d'un médicament au cours de la prise en charge de l'HBP
- Figure 11** : Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP
- Figure 12** : Délai d'efficacité des alpha-bloquants
- Figure 13** : Délai d'efficacité des inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
- Figure 14** : Cas clinique 1 : Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS \leq 18) et un faible volume prostatique (<40g)?
- Figure 15** : Cas clinique 2 : Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS<19) avec un volume prostatique important (>40g) et des facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine ?
- Figure 16** : Principaux moyens de suivi et d'évaluation de l'efficacité des traitements médicaux
- Figure 17** : L'observance évaluée après traitement médical
- Figure 18** : Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP
- Figure 19** : Recours à la consultation spécialisée d'urologie
- Figure 20** : Principaux outils d'enseignement sollicités par les MG
- Figure 21** : Recours à l'urologue selon le Secteur d'activité

- Figure 22** : Réalisation du TR selon le sexe du MG
- Figure 23** : Recours à l'urologue selon le sexe
- Figure 24** : Recours à l'urologue selon le pourcentage de patients hommes de plus de 50 ans
- Figure 25** : Recours à l'urologue selon la date du dernier enseignement sur l'hypertrophie bénigne de prostate
- Figure 26 et 27** : Rapports de la prostate (coupe sagittale)
- Figure 28** : Anatomie zonale de prostate
- Figure 29** : Vascolarisation prostatique
- Figure 30** : Aspect échographique de prostate normale
- Figure 31** : Prévalence de l'HBP en fonction de l'âge [4]
- Figure 32** : Éléments de diagnostic de l'HBP selon nos résultats et ceux des études Françaises
- Figure 33** : Critères du choix des traitements médicaux de l'HBP selon les résultats de notre enquête et ceux de l'étude Trophée
- Figure 34** : Traitement médicaux de l'HBP selon nos résultats et ceux des études Françaises
- Figure 35** : Observance au traitement médical de l'HBP d'après notre série et celle de l'étude Trophée.
- Figure 36** : Evolution des symptômes de l'HBP selon notre étude et l'étude TROPHEE
- Figure 37** : Indications du recours à l'urologue selon notre étude et l'enquête du Maine et Loire & enquête Bretagne.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

AB	: Alpha-Bloquants
CAT	: Conduite à tenir
CHR	: Centre Hospitalier Régional
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
HBP	: Hypertrophie Bénigne de la Prostate
I-5AR	: Inhibiteur de la 5-Alpha Réductase
IPSS	: Score Internationale Symptomatique de la Prostate
IS	: Intensité des Symptômes
MG	: Médecin Généraliste
OSV	: Occlusion Sous Vésicale
PSA	: Antigène spécifique prostatique
SBAU	: Symptômes du Bas appareil Urinaire
SIAAP	: Services d'Infrastructures et d'Actions Ambulatoires Préfecturales
TR	: Toucher rectal
VP	: Volume Prostatique



PLAN



INTRODUCTION	1
PARTICIPANTS & METHODES	4
I. Type d'étude	5
II. La population cible	5
III. Variables à l'étude	6
1. Variables explorant le diagnostic de l'HBP	6
2. Variables explorant la conduite à tenir des médecins généralistes devant des SBAU	6
3. Variables explorant les critères du choix du traitement au cours de la prise en charge de l'HBP	6
4. Variables explorant les différents moyens thérapeutiques médicaux utilisés	6
5. Variables explorant le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement	7
6. Variables explorant les moyens permettant d'évaluer l'efficacité du traitement	7
7. Variables explorant l'observance évaluée après traitement médical	7
8. Autres variables étudiées	7
IV. Description du questionnaire	7
V. Distribution des questionnaires	8
VI. L'analyse des données	8
VII. Considérations éthiques	9
VIII. Difficultés rencontrées	9
1. Le délai de récupération des questionnaires :	9
2. Problème des non-réponses	9
RESULTATS	11
I. Taux de réponse	12
II. Description de la population	12
III. Diagnostique de L'HBP	16
1. Utilisation de l'IPSS	16
2. Moyens diagnostiques de l'HBP	17
IV. Traitements	20
1. La CAT des MG devant des SBAU liés à l'HBP :	20
2. Les critères déterminants du choix des médicaments	20
3. Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP	21
4. Cas cliniques	24
5. Facteurs de risque d'aggravation de l'HBP	26
6. Suivi et évaluation de l'efficacité des traitements médicaux de l'HBP	26
V. L'observance évaluée après traitement médical	27
VI. Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP	27
VII. Recours à la consultation spécialisée d'urologie	28
VIII. Enseignement	29
IX. Différence en fonction du sexe, du secteur d'exercice, de l'ancienneté de l'installation, du pourcentage de patients masculins de plus de 50 ans et de la date de la dernière formation <	29

DISCUSSION	33
I. RAPPELS.....	36
1. Anatomie de la prostate [4].....	36
2. Physiologie de la prostate [8].....	39
3. Echographie prostatique normale (figure 30).....	41
4. l'hyperplasie bénigne de la prostate.....	42
II. DISCUSSION DES RESULTATS.....	46
1. Diagnostic de l'HBP [2].....	46
2. Traitement de l'HBP.....	52
3. Suivre et évaluation des traitements médicaux de l'HBP.....	60
4. Observance thérapeutique.....	60
5. Evolution des symptômes de l'HBP.....	61
6. Recours à l'avis spécialisé d'urologie.....	62
7. Enseignement et formation.....	63
8. Caractéristiques modifiant la prise en charge de l'HBP.....	63
III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	64
CONCLUSION	66
ANNEXE	69
RESUMES	79
BIBLIOGRAPHIE	86



INTRODUCTION



L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) (aussi appelée hyperplasie bénigne ou hyperplasie adénomyomateuse de la prostate ou plus communément adénome prostatique) est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'homme. Elle correspond à une hyperplasie des glandes prostatiques péri-urétrales (zone de transition), dont l'âge et le statut hormonal du patient constituent les facteurs de risque les plus incriminés.

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 [1], 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. [2]

Le diagnostic de l'HBP est clinique. Les examens paracliniques n'ont d'intérêt que pour apprécier le retentissement sur le haut appareil urinaire, et surtout pour éliminer un cancer associé.

Le traitement médical de l'adénome prostatique comprend les classes thérapeutiques suivantes : α -bloquants, inhibiteurs de la 5 α -réductase et la phytothérapie. Les α -bloquants sont efficaces après 48 heures de traitement et sont responsables d'hypotension orthostatique, alors que les inhibiteurs de la 5 α -réductase sont efficaces après 6 mois de traitement et ont pour conséquence de diviser par 2 le taux de PSA (Antigène spécifique prostatique) [3].

Objectif de l'étude :

Le but de notre présent travail était de connaître la prise en charge de l'adénome de prostate par les médecins généralistes de la région de Marrakech Tensift Al Haouz. Nous insisterons sur l'approche diagnostique, sur le type du traitement médical choisi, les critères déterminants de ce choix, et les moyens de surveillance des patients traités. Enfin, nous analyserons et discuterons nos résultats comparativement avec ceux de la littérature.



PARTICIPANTS

&

METHODS



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale d'évaluation de pratiques, sur un mode déclaratif et anonyme, conduite auprès des médecins généralistes de la région de Marrakech Tensift Al Haouz.

II. La population cible

L'enquête a concerné les médecins généralistes, du secteur public et privé, installés dans la région de Marrakech Tensift AL Haouz.

Les listes des médecins généralistes du secteur public inclus dans l'étude ont été fournies par les services d'infrastructures et d'actions ambulatoires préfectorales (SIAAP) et par les délégations de ministère de santé correspondantes. Les listes des médecins généralistes du secteur libéral ont été fournies par des délégués des laboratoires médicaux.

Tableau I : Répartition des médecins généralistes vus selon leurs lieux d'installation.

	Centres hospitaliers & Centres de santé urbains	Cabinets privés	Communes rurales et semi urbaines
Nombres de médecins généralistes vus	MARRAKECH : 43	MARRAKECH : 38	LOUDAYA : 1
	KELAA DES SRAGHNA :10	KELAA DES SRAGHNA : 2	SIDI ZOUINE : 1
	TAHANAOUTE : 1	TAHANAOUTE : 1	SAADA : 1
		BENGUERIR : 2	OUAHAT SIDI BRAHIM : 1
		AIT OURIR : 3	
TOTAL : 104	54	46	4

III. Variables à l'étude

1. Variables explorant le diagnostic de l'HBP

Les variables explorant le diagnostic étaient les 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.

2. Variables explorant la conduite à tenir des médecins généralistes devant des SBAU (Symptômes du Bas appareil Urinaire)

Les variables qui explorent la CAT de nos médecins généralistes devant des signes cliniques en faveur de l'HBP étaient les suivantes: La surveillance avec conseils hygiéno-diététiques ; le traitement médical ; le recours à l'avis spécialisé.

3. Variables explorant les critères du choix du traitement au cours de la prise en charge de l'HBP

Ces variables étaient: l'efficacité, la tolérance, le volume prostatique, l'amélioration attendue de la qualité de vie du patient, l'avis du patient.

4. Variables explorant les différents moyens thérapeutiques médicaux utilisés

Ces variables étaient : la phytothérapie, les alpha-bloquants et les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase.

5. Variables explorant le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement

Les variables explorant le délai d'action des différents médicaments prescrits étaient comme suit: Une semaine, trois mois, six mois et un an.

6. Variables explorant les moyens permettant d'évaluer l'efficacité du traitement

Ces variables étaient les suivantes: la modification du score IPSS; le ressenti du patient à l'interrogatoire; la diminution du volume prostatique; la débitmétrie réalisée chez l'urologue; la diminution du résidu post-mictionnel à l'échographie ; le taux de PSA.

7. Variables explorant l'observance évaluée après traitement médical

Les variables explorant l'observance étaient les suivantes : observance mauvaise, moyenne, bonne et parfaite.

8. Autres variables étudiées

D'autres variables ont été étudiées notamment l'évolution des symptômes après traitement médical; la place de l'avis spécialisé au cours de la prise en charge de l'HBP et enfin l'intérêt d'être informé des dernières données de la littérature ou recommandations concernant cette pathologie.

IV. Description du questionnaire

Notre questionnaire était composé de 22 questions dont certaines sont fermées (questions à choix unique) et d'autres sont semi-ouvertes (questions à choix multiples). Ces questions ont été réparties en 7 items à savoir:

- L'identité des médecins (7 questions) ;
- Les éléments participant au diagnostic positif de l'HBP : (2 questions) ;
- Les habitudes de prescription médicamenteuse relative à l'HBP : (3 questions) ;
- Le suivi et la collaboration avec les urologues : (6 questions) ;
- Le degré de conscience des médecins généralistes des facteurs de risque d'aggravation de la maladie : (Une question) ;
- L'intérêt de la formation médicale en matière d'HBP (une question) ;
- Deux questions correspondaient à des mini cas cliniques.

V. Distribution des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes du secteur public et privé au niveau de leurs lieux de travail (centres hospitaliers, centres de santé et cabinets privés) après avoir présenté le contexte de l'enquête et son objectif 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 une semaine avec un maximum de trois semaines, seuls quelques questionnaires ont été récupérés sur place.

La durée moyenne de réponse au questionnaire était de six minutes. La durée totale pour pouvoir récupérer tous les questionnaires, était de 5 mois, allant du décembre 2015 à avril 2016.

VI. L'analyse des données

L'analyse statistique des données a fait appel aux techniques d'analyse descriptive uni-variée et bi-variée à l'aide de logiciel Sphinx plus Version 5.

VII. Considérations éthiques

Nous avons veillé au respect de la confidentialité et à l'anonymat des médecins durant l'étude. Les questionnaires étaient administrés après avoir obtenu le consentement oral des participants et après leur avoir expliqué l'objectif de l'étude.

VIII. Difficultés rencontrées

Tout au long de la réalisation de notre enquête, nous avons rencontré certaines 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 une semaine avec un maximum de 20 jours.

2. Problème des non-réponses

Plusieurs cas de non-réponses totales ou partielles ont été observés lors de l'enquête. Les raisons de refus étaient variables. Les commentaires de certains médecins refusant de répondre sont les suivants :

« Désolé, je n'ai pas le temps pour vous remplir ce questionnaire ».

« Ce sujet ne mérite pas d'être un travail de thèse ».

« Je viens de commencer ma carrière de médecin, je n'ai pas assez d'expérience pour remplir le questionnaire, dans la plupart des cas j'adresse le patient au spécialiste ».

« Faites d'abord des études évaluant les pratiques des urologues, avant d'évaluer les médecins généralistes ! ».

« En tant que médecin femme, la plupart des patients de ma consultation sont des femmes et des enfants, je vois un homme dans dix jours minimum, qui vient consulter pour autres pathologies type angine ou bronchite ».



RESULTATS



I. Taux de réponse

Parmi les 104 médecins que comptait notre échantillon, 88 ont accepté de répondre à notre questionnaire, soit un taux de réponse de 84,6%. 16 médecins ont refusé d'y répondre (12 médecins à MARRAKECH, 3 médecins à KELAA DES SRAGHNA et un médecin à AIT OURIR).

Six questionnaires ont été exclus de l'étude car leurs taux de remplissage étaient inférieurs à 50%.

II. Description de la population

Quatre-vingt-deux réponses ont été obtenues et analysées (79 %). Les caractéristiques des médecins ayant répondu ont été reportées dans le tableau ci-après :

Tableau II: Caractéristiques des médecins généralistes vus

	Effectifs (n=82)	Pourcentage (%)
Sexe :		
-Masculin	34	41,5
-Féminin	48	58,5
Nombre d'années d'exercice :		
-Moins de 10 ans	33	40,2
-Entre 10 et 20 ans	32	39,0
-Plus de 20 ans	17	20,7
Milieu d'exercice :		
-Urbain	75	91,5
-Semi urbain	2	2,4
-Rural	5	6,1
Secteur d'activité :		
-Santé publique	46	56,1
-Secteur libéral	36	43,9
Pourcentage de patients de plus de 50 ans :		
-Moins de 10%	31	37,8
-10 à 30%	36	43,9
-Plus de 30%	15	18,3
Date du dernier enseignement sur HBP :		
-Moins d'un an	31	37,8
-1 à 10 ans	32	39,0
-Plus de 10 ans	15	18,3
-Je n'ai pas le souvenir ou n'ai pas eu d'enseignement sur le sujet	4	4,9

58,5% des médecins participant à l'enquête sont de sexe féminin.

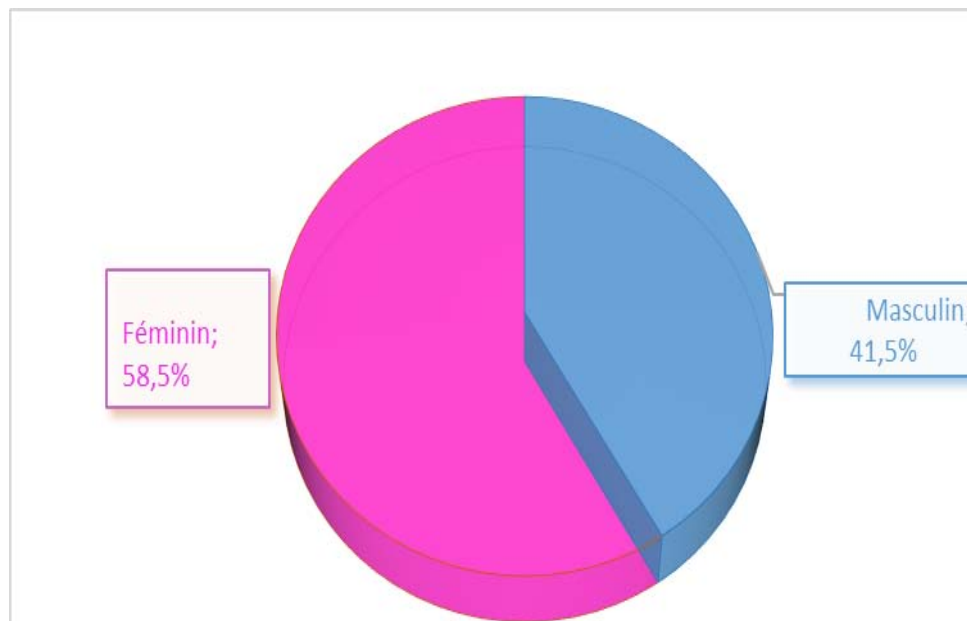


Figure 1 : Répartition des MG selon le sexe.

Dans notre étude, 17 médecins généralistes (20,7%) ont une ancienneté dépassant 20 ans.

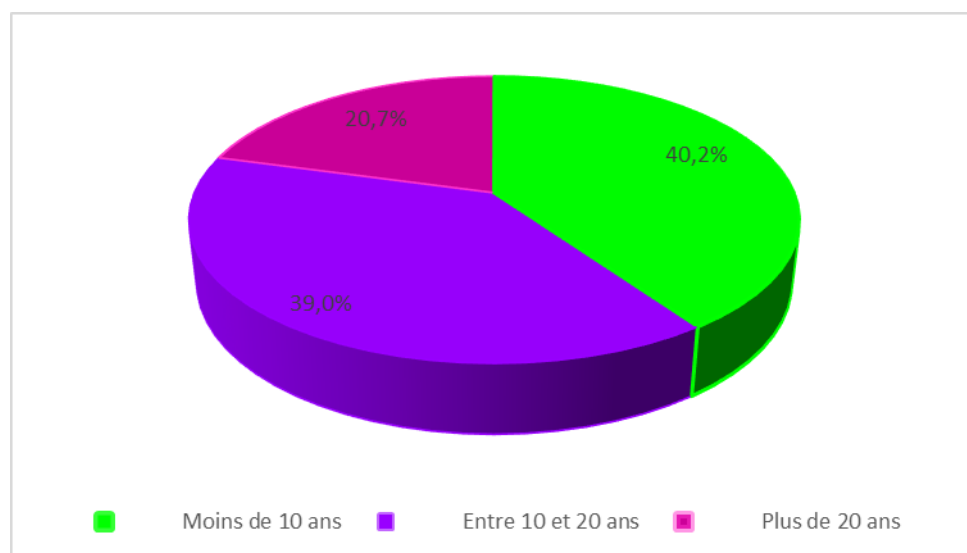


Figure 2 : Répartition des MG selon le nombre d'années d'exercice.

Dans notre enquête, 91,5% des médecins interrogés exerçaient dans le milieu urbain.

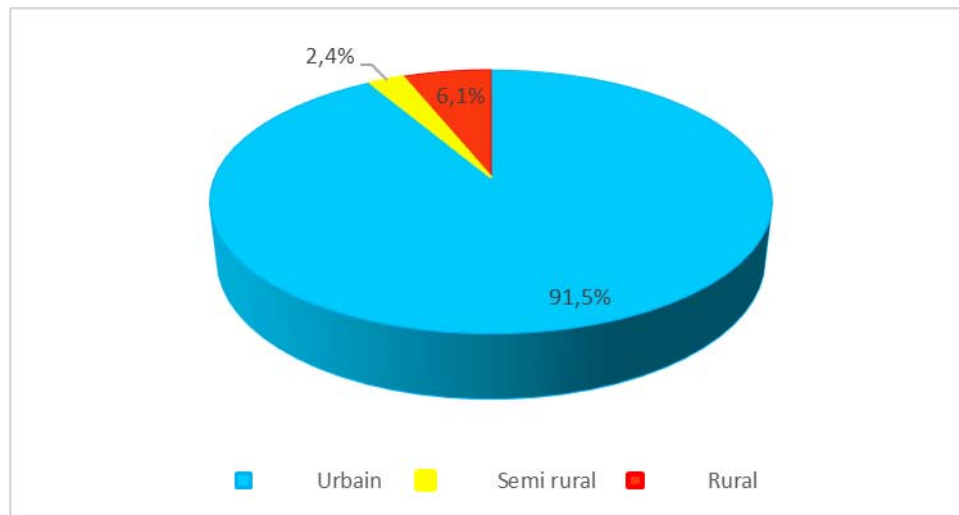


Figure 3 : Répartition des MG selon le milieu d'exercice.

Au cours de notre enquête, 46 médecins exerçaient dans le secteur public et 36 dans le secteur privé.

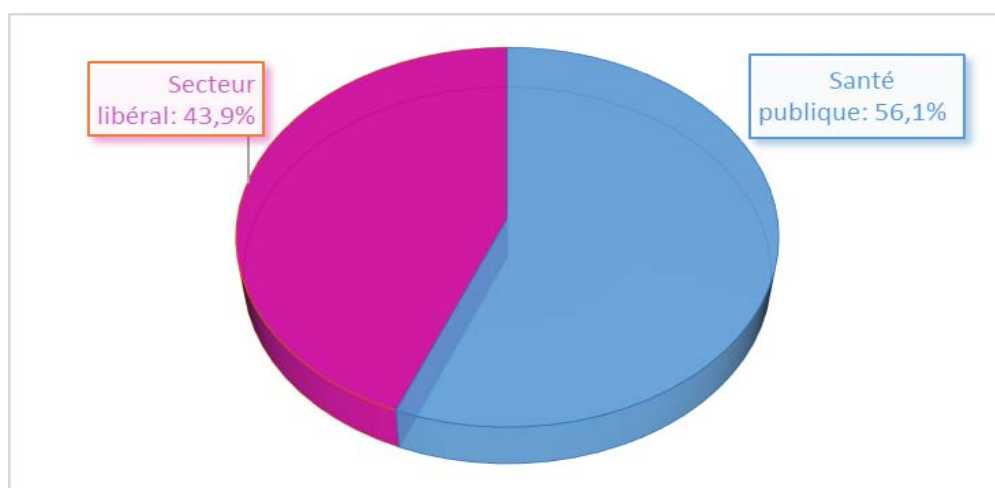


Figure 4 : Répartition de la population selon le secteur d'activité.

Trente-six médecins (43,9%) ont déclaré que le pourcentage de patients âgés de plus de 50 ans dans leur consultation est situé entre 10% et 30%.

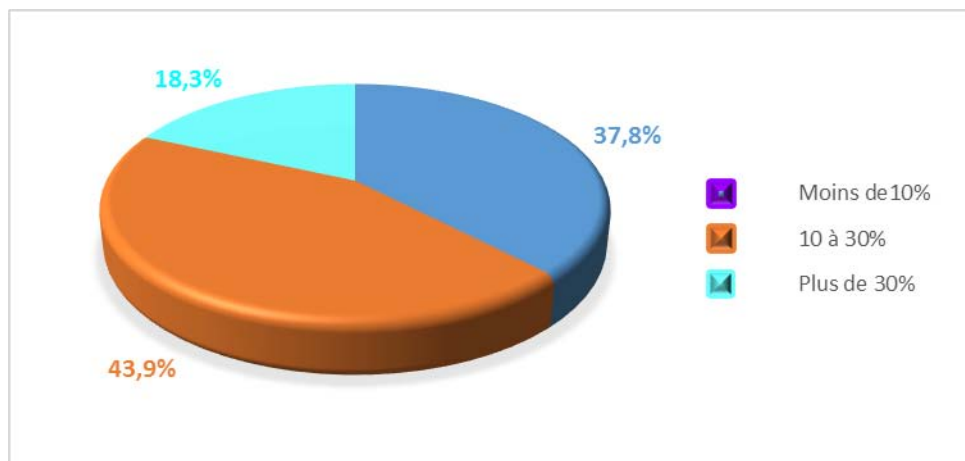


Figure 5 : Répartition des MG selon le pourcentage de patients de plus de 50 ans.

Parmi les MG participants à notre enquête, trente et un médecins (soit 37,8%) ont affirmé avoir un enseignement sur l'HBP datant de moins d'un an.

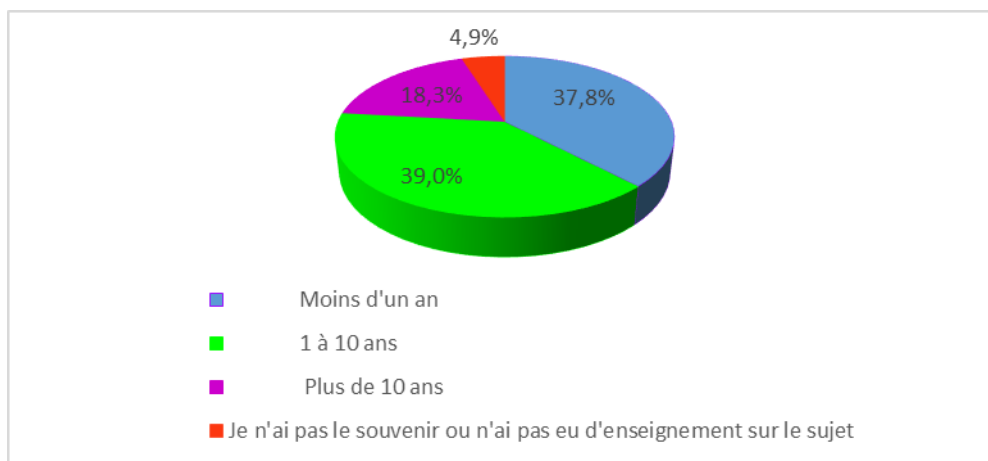


Figure 6 : Répartition des MG selon la date du dernier enseignement sur HBP.

III. Diagnostic de L'HBP

1. Utilisation de l'IPSS

Un score de sévérité pour évaluer l'intensité des symptômes et/ou surveiller l'évolution sous traitement médical était utilisé par 5 MG (6,1%). Parmi eux, 4 l'utilisaient par oral (4,9%) et 1 MG par écrit (1,2%). Les MG qui ne l'utilisaient pas le justifiaient principalement par la méconnaissance de ce score (29 MG soit 35,4%) ou par le fait que son utilisation demandait trop de temps (6 MG soit 7,3%) et lui préféraient un interrogatoire classique (42 MG soit 51,2%).

Tableau III : utilisation de l'IPSS

	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	<u>5</u>	<u>6,1</u>
-Je l'utilise en interrogeant le patient oralement;	4	4,9
-Je l'utilise en interrogeant le patient par écrit.	1	1,2
Non :	<u>77</u>	<u>93,9</u>
-Je n'en connais pas ;	29	35,4
-Ça prend trop de temps ;	6	7,3
-Je le remplace par mon interrogatoire.	42	51,2

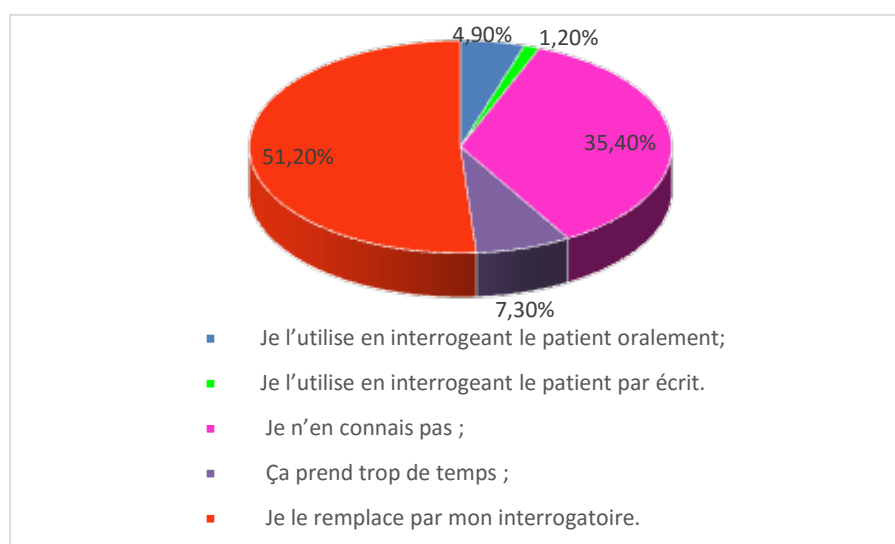


Figure 7 : Utilisation de l'IPSS

2. Moyens diagnostiques de l'HBP

Les éléments diagnostiques les plus utilisés par les MG interrogés pour établir le diagnostic d'HBP étaient, par ordre, l'anamnèse, l'échographie, le PSA, le toucher rectal, l'examen général, et en dernier lieu, les analyses d'urines (type bandelette urinaire, ECBU, créatininémie).

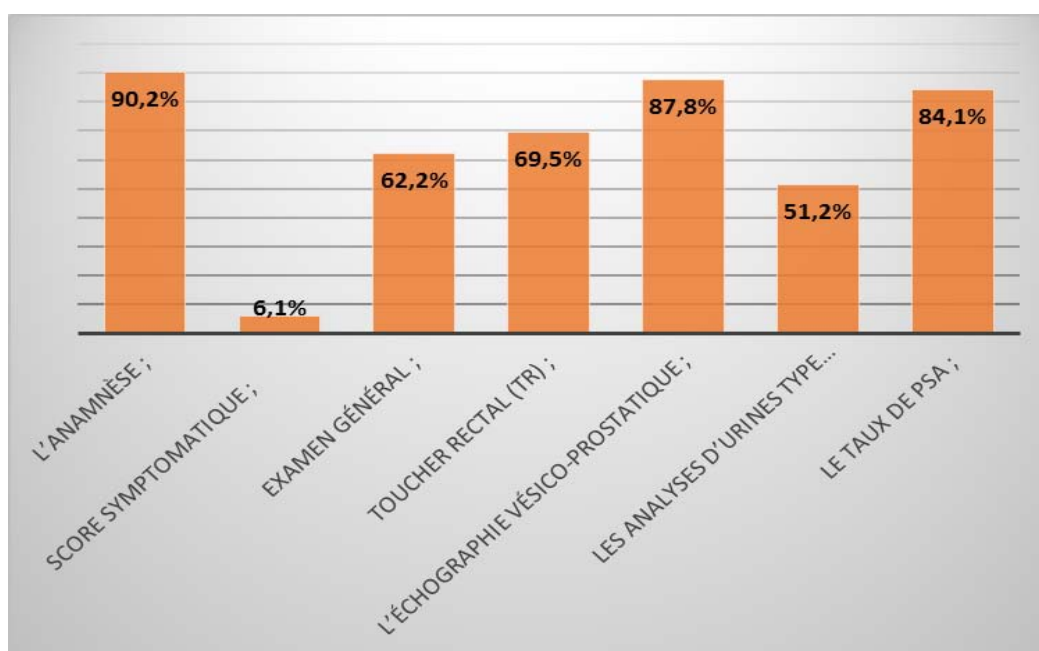


Figure 8 : Les éléments diagnostiques de l'HBP

Les 57 médecins utilisant le TR pour diagnostiquer l'HBP, l'ont justifié principalement par son utilité dans l'appréciation de l'augmentation homogène du volume prostatique (52 MG soit 91,2%) et uniquement 5 MG (8,8%) l'utilisaient pour éliminer un diagnostic différentiel.

25 médecins ne faisant pas le TR (30,5%), l'ont justifié essentiellement par le refus fréquent des patients (23 MG). Un MG exerçant au secteur public a signalé que ses conditions de travail ne permettaient pas d'effectuer cet examen clinique, d'où son recours à d'autres moyens pour établir le diagnostic de l'HBP.

Tableau IV: place du TR dans le diagnostic de l'HBP

	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	<u>57</u>	<u>69,5</u>
.Permet d'apprécier l'augmentation homogène du volume de prostate	52	91,2
.Permet d'éliminer un diagnostic différentiel	5	8,8
Non :	<u>25</u>	<u>30,5</u>
.Refus fréquent des patients	23	92
.Appréciation du volume de prostate difficile	1	4
.Autre	1	4

Parmi les 69 MG qui demandaient le taux de PSA pour diagnostiquer une HBP, 56 (81,2%) 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 13 MG (18,8%) ont rapporté que cet outil leur permet d'évaluer le volume prostatique.

En ce qui concerne les MG ne demandant pas le taux de PSA, quatre ont annoncé que son coût élevé les empêchait de le prescrire ; trois praticiens ont signalé qu'il est inutile dans le diagnostic de l'HBP et trois autres lui préféraient les autres moyens diagnostiques à savoir l'anamnèse, le TR, l'échographie et la BU. Finalement, trois médecins considéraient que cette analyse doit être demandée et interprétée par le spécialiste et non par le généraliste.

Tableau V : place du PSA dans le diagnostic de l'HBP

	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	<u>69</u>	<u>84,1</u>
<input type="checkbox"/> Parce qu'il évalue le volume prostatique	13	18,8
<input type="checkbox"/> Permet d'éliminer un diagnostic différentiel	56	81,2
Non :	<u>13</u>	<u>15,9</u>
<input type="checkbox"/> Il est inutile dans l'HBP	3	23,1
<input type="checkbox"/> Il est trop coûteux	4	30,7
<input type="checkbox"/> L'anamnèse, l'examen général, le TR et la BU suffisent à éliminer les diagnostics différentiels	3	23,1
<input type="checkbox"/> Autre	3	23,1

IV. Traitements

1. La CAT des MG devant des SBAU liés à l'HBP :

Devant des symptômes du bas appareil urinaire en rapport avec une HBP, cinq MG (6,1%) ont estimé qu'une surveillance avec conseils hygiéno-diététiques pourrait être suffisante pour améliorer les symptômes, par contre 44 MG (53,7%) ont affirmé qu'un traitement médical devrait être instauré et 46 MG (56,1%) ont jugé nécessaire de demander un avis spécialisé.

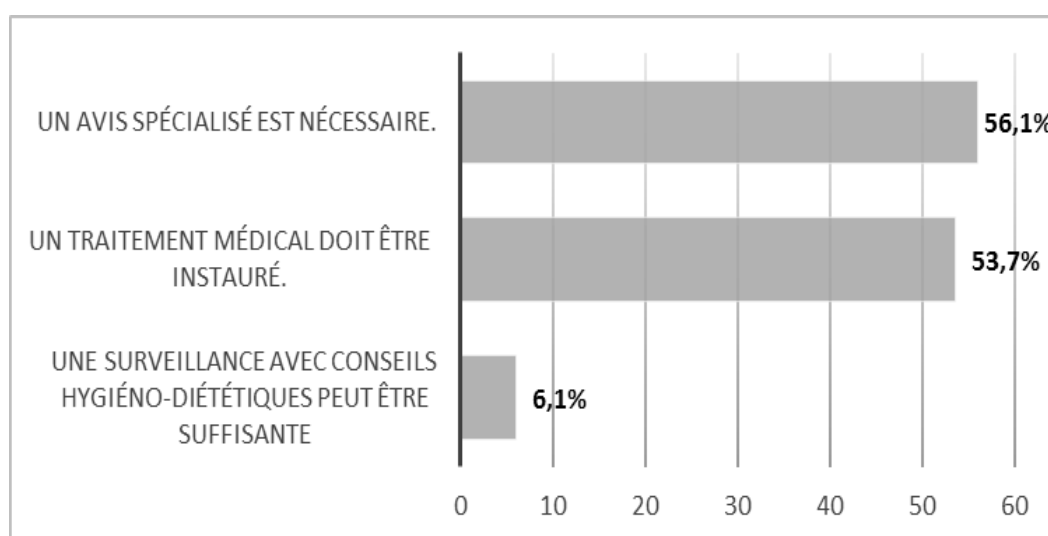


Figure 9 : CAT des MG devant des symptômes du BAU en rapport avec une HBP

2. Les critères déterminants du choix des médicaments

Les principaux critères déterminant le choix des médicaments lors du traitement de l'HBP par les médecins généralistes étaient, par ordre, l'efficacité, la tolérance, l'amélioration attendue de la qualité de vie du patient, et en dernier lieu le volume prostatique et l'avis du patient.

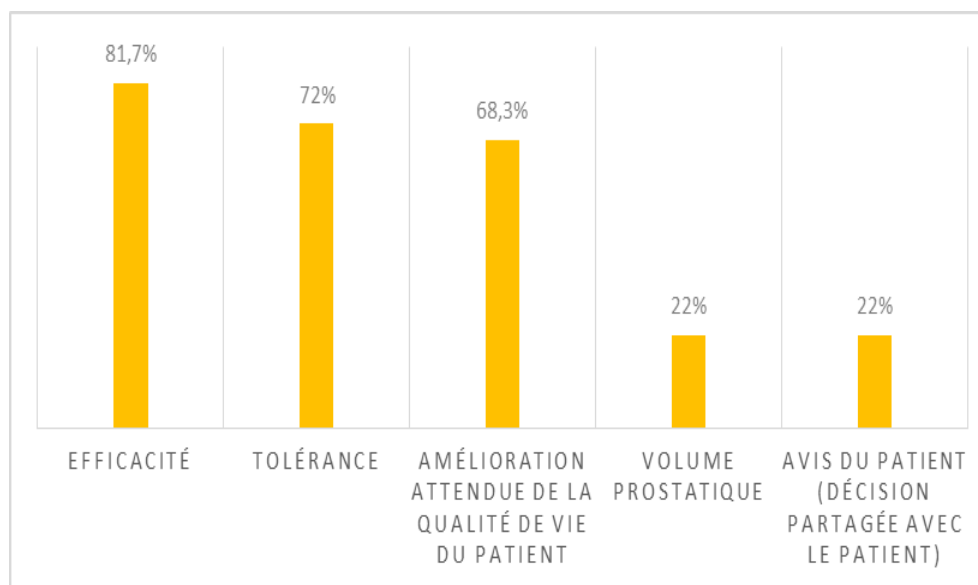


Figure 10 : Les critères déterminants du choix d'un médicament au cours de la prise en charge de l'HBP

3. Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP

La phytothérapie était prescrite par 31,7% des MG qui justifiaient sa prescription principalement par l'absence d'effets indésirables (88,5%). En revanche, les médecins ne prescrivant pas la phytothérapie l'ont expliqué par son mécanisme d'action inconnu (35,7%) et sa moindre efficacité par rapport aux autres principes actifs (35,7%).

Les AB étaient prescrits par 82,9% des MG qui justifiaient leur prescription principalement par leur rapidité d'action (60,3%).

Les I-5AR étaient prescrits par 26,8% des MG essentiellement pour diminuer le volume prostatique (45,5%). Pour les 73,2% des médecins ne les prescrivant pas, le délai d'action trop long n'était évoqué que par 23,3% d'entre eux.

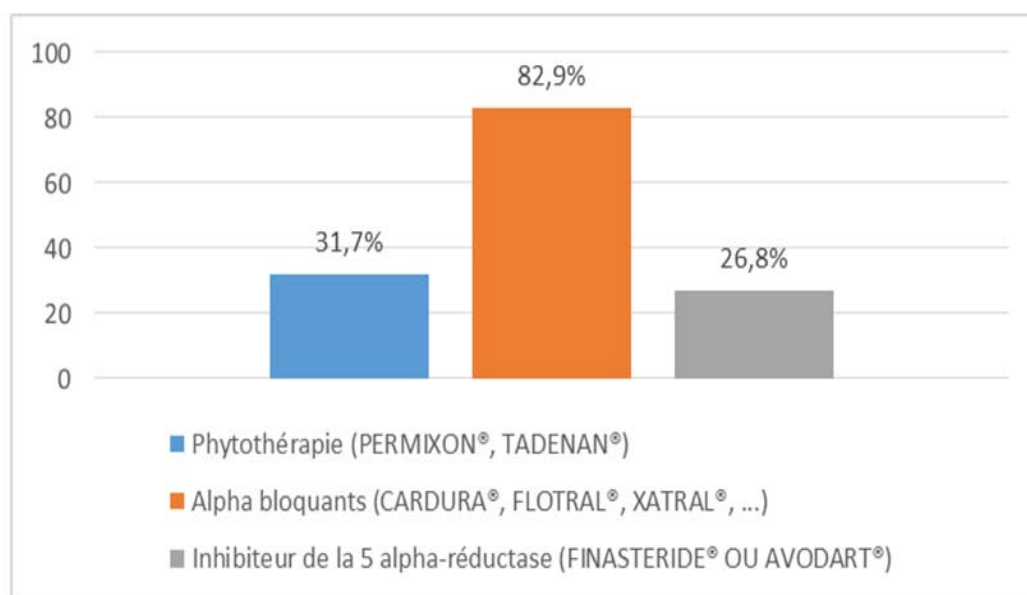


Figure 11 : Habitudes de prescription médicamenteuse relatives à l'HBP

Tableau VI : Justification de la prescription de la Phytothérapie

	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	26	31,7
-Pas d'effets indésirables connus	23	88,5
-Rapidité d'action	2	7,7
-Diminue le volume prostatique	1	3,8
Non :	56	68,3
-Mécanisme d'action inconnu	20	35,7
-Moindre efficacité que les autres principes actifs	20	35,7
-Trop d'effets indésirables	1	1,8
-Délai d'action trop long	6	10,7
-Autre	9	16,1

Tableau VII : Justification de la prescription des alpha-bloquants

<i>Alpha bloquants (FLOTRAL°, CARDURA°, XATRAL°, ...)</i>	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	68	82,9
.Pas d'effets indésirables connus	6	8,8
.Pas d'interactions médicamenteuses	1	1,5
.Pression commerciale des laboratoires pharmaceutiques	1	1,5
.Rapidité d'action		
.Diminue le volume prostatique	41	60,3
.Autres	18	26,5
	2	3
Non :	14	17,1
.Trop d'effets indésirables	3	21,4
.Délai d'action trop long	2	14,3
.Trop d'interactions médicamenteuses	2	14,3
.Autre	7	50,0

**Tableau VIII : Justifications de la prescription des Inhibiteurs
de la 5-Alpha réductase**

<i>Inhibiteur de la 5-alpha réductase</i>	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui :	22	26,8
.Pas d'effets indésirables connus	2	9,1
.Pas d'interactions médicamenteuses	1	4,5
.Rapidité d'action	5	22,7
.Diminue le volume prostatique	10	45,5
.Autres	4	18,2
Non :	60	73,2
.Mécanisme d'action inconnu	24	40,0
.Délai d'action trop long	14	23,3
.Moindre efficacité que les autres principes actifs	6	10,0
.Trop d'interactions médicamenteuses	2	3,4
.Autre	14	23,3

Concernant le délai d'efficacité de ces traitements, 23,2% l'estimaient à une semaine pour les AB et 6,1 % à six mois pour les I-5AR.

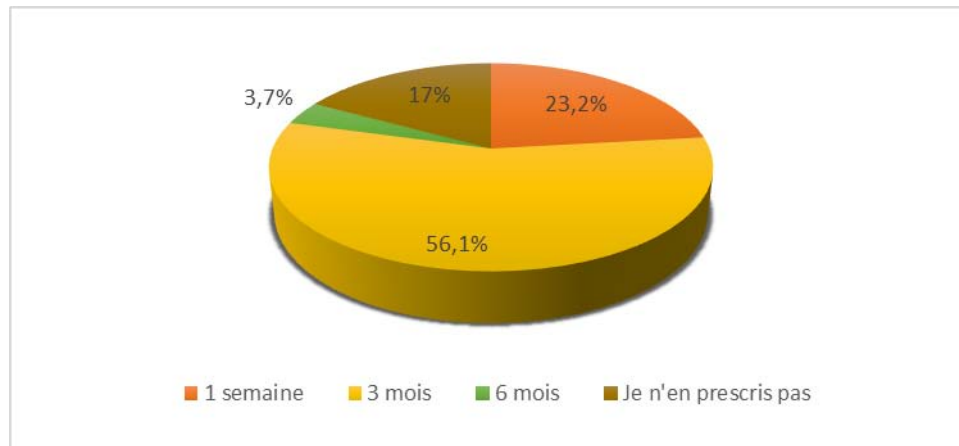


Figure 12 : Délai d'efficacité des alpha-bloquants

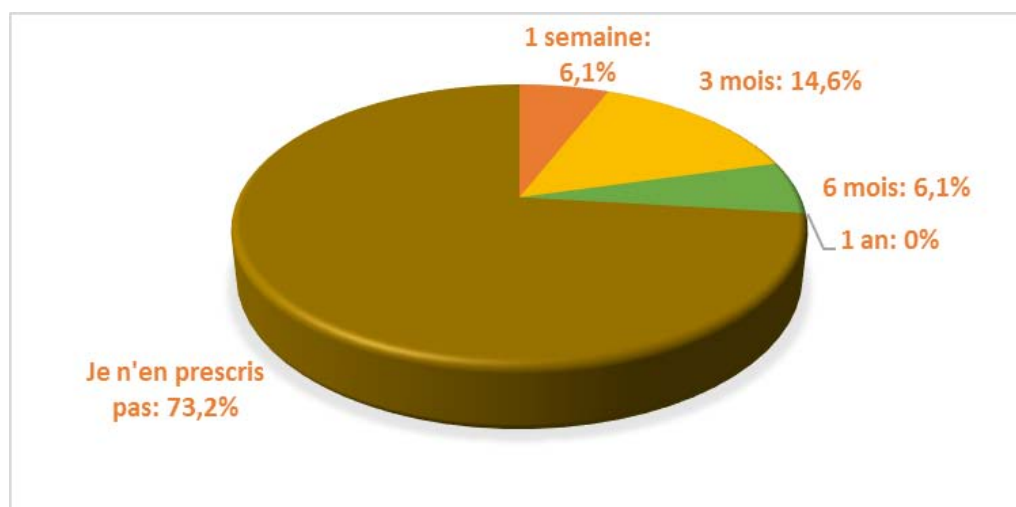


Figure 13 : Délai d'efficacité des inhibiteurs de la 5 alpha-réductase

4. Cas cliniques

Devant des symptômes faibles à modérés ($IPSS \leq 18$) et un faible volume prostatique ($<40g$), les MG prescrivait majoritairement une monothérapie à base des AB (54% des MG). L'association médicamenteuse la plus prescrite était la phytothérapie + AB (17% des MG).

Devant des symptômes faibles à modérés (IPSS<19) avec un volume prostatique important (>40g) et des facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine, la majorité des MG demandaient un avis spécialisé (48%).

Les réponses à ces deux cas cliniques ont été retranscrites dans les figures suivantes :

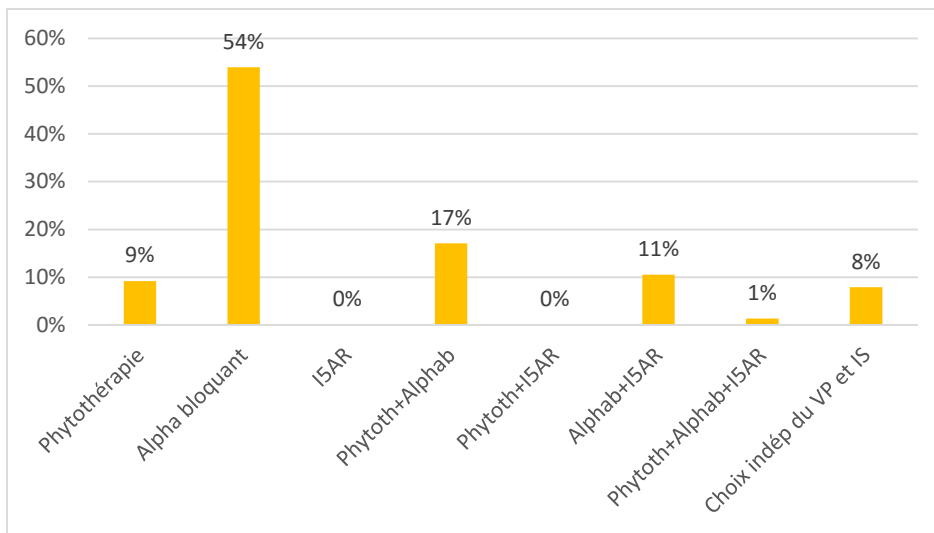


Figure 14 : Cas clinique 1 : Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS<ou=18) et un faible volume prostatique (<40g)?

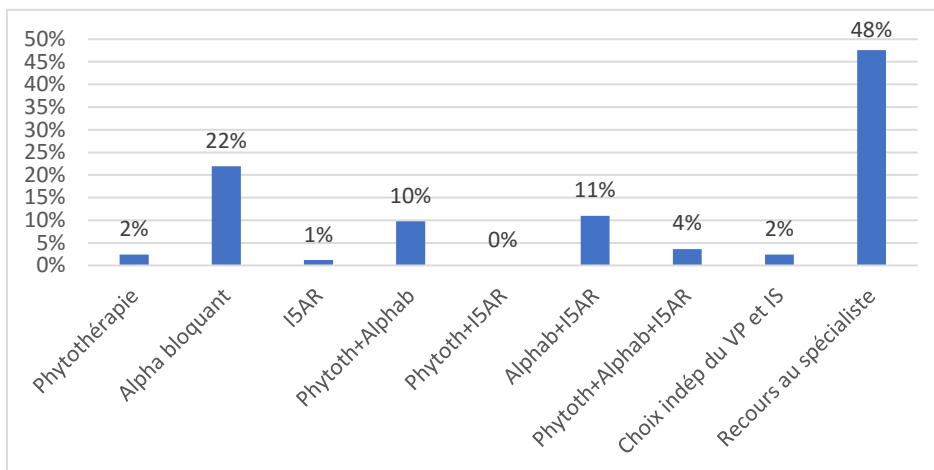


Figure 15 : Cas clinique 2 : Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS<19) avec un volume prostatique important (>40g) et des facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine ?

5. Facteurs de risque d'aggravation de l'HBP.

84,1% (69) des MG affirmaient connaître les facteurs de risque d'aggravation de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine et de recours à la chirurgie, à savoir l'âge, le volume prostatique, le statut hormonal (taux de PSA) et l'intensité des symptômes (score IPSS).

6. Suivi et évaluation de l'efficacité des traitements médicaux de l'HBP

D'après les MG interrogés, les principaux moyens de suivi et d'évaluation de l'efficacité des traitements médicaux étaient, par ordre, le ressenti du patient à l'interrogatoire (82,2%), la réduction du volume prostatique à l'échographie (50%) et enfin la diminution du résidu post mictionnel (48,8%).

Le TR et la mesure de PSA n'étaient réalisés que par 17,1% et 32,9% des médecins interrogés respectivement.

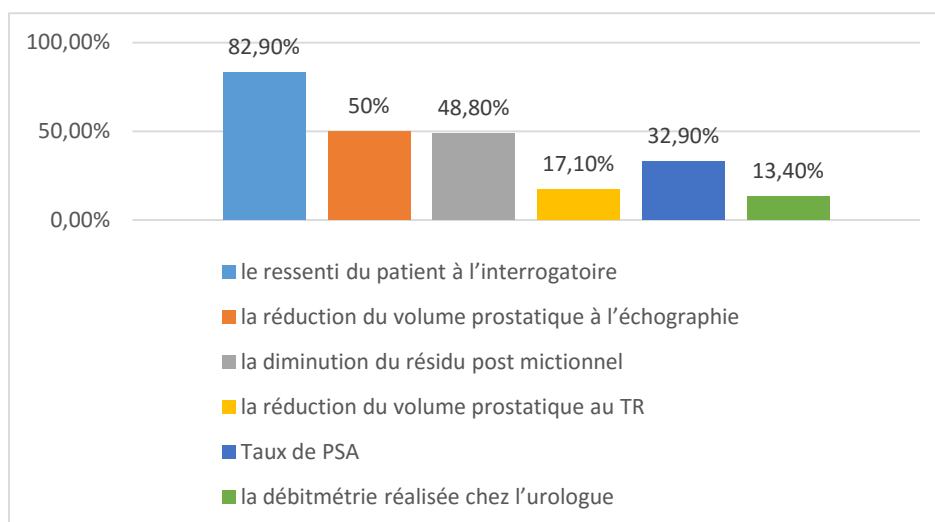


Figure 16 : les principaux moyens de suivi et d'évaluation de l'efficacité des traitements médicaux

V. L'observance évaluée après traitement médical

L'observance au traitement médical était bonne pour 23 MG, moyenne pour 43 et mauvaise pour 10 praticiens justifiant leur avis essentiellement par le défaut d'éducation thérapeutique des patients.

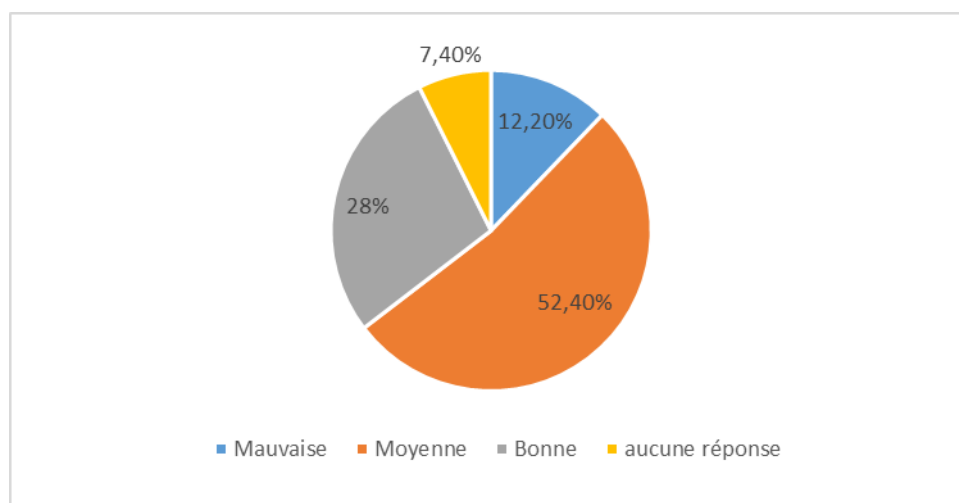


Figure 17 : L'observance évaluée après traitement médical

VI. Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP

Le taux de réponse à cette question était de 87,8%.

Parmi les MG ayant répondu à cette question 38 (52,7%) ont rapporté une amélioration clinique après le traitement médical. Par ailleurs, 31 MG ont estimé que les symptômes évoluaient en général vers la stabilisation, tandis qu'une aggravation des signes a été rapportée par trois médecins seulement.

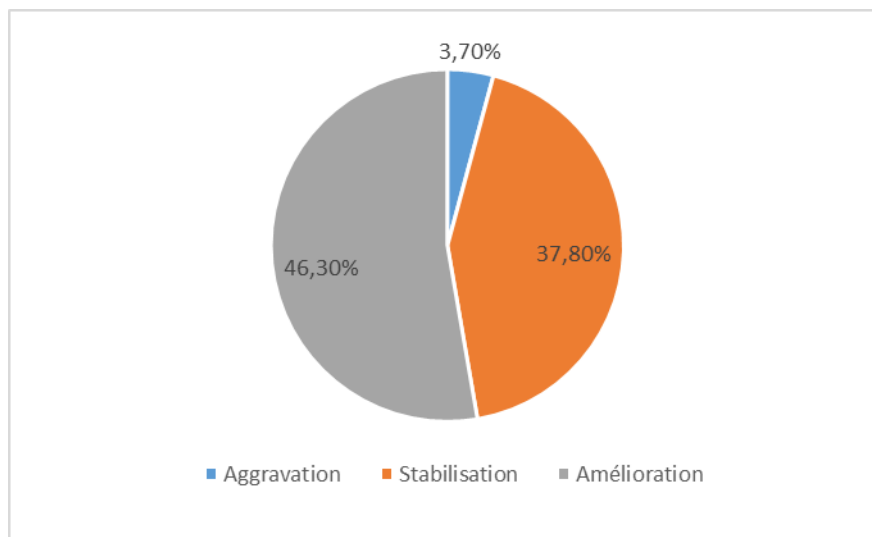


Figure 18 : Evolution des symptômes au cours de la prise en charge de l'HBP

VII. Recours à la consultation spécialisée d'urologie

L'urologue était sollicité en cas d'échec du traitement médical bien conduit, pour un suivi annuel systématique ou pour le diagnostic initial dans respectivement 79,3 %, 37,8 % et 31,7 % des cas.

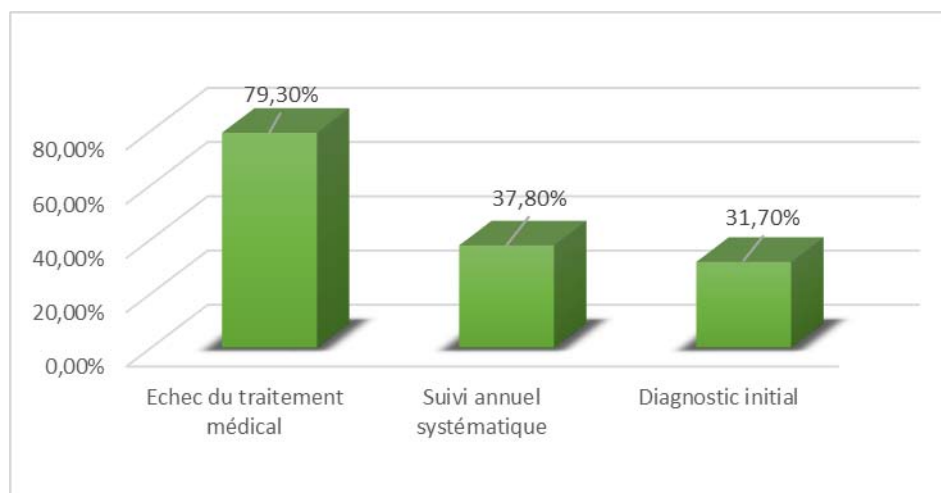


Figure 19 : Recours à la consultation spécialisée d'urologie

VIII. Enseignement

37,8% des MG interrogés avaient reçu un enseignement sur le sujet datant de moins d'un an, 39 % entre un et dix ans et 18,3 % n'en avaient pas reçu depuis plus de dix ans; 92,7 % estimaient utile d'être informé des dernières recommandations sur l'HBP dont 90,8 % par formation médicale continue et 5,3% par Internet. A l'inverse 6 médecins déclaraient leur désintéressement total à la formation en matière de l'HBP.

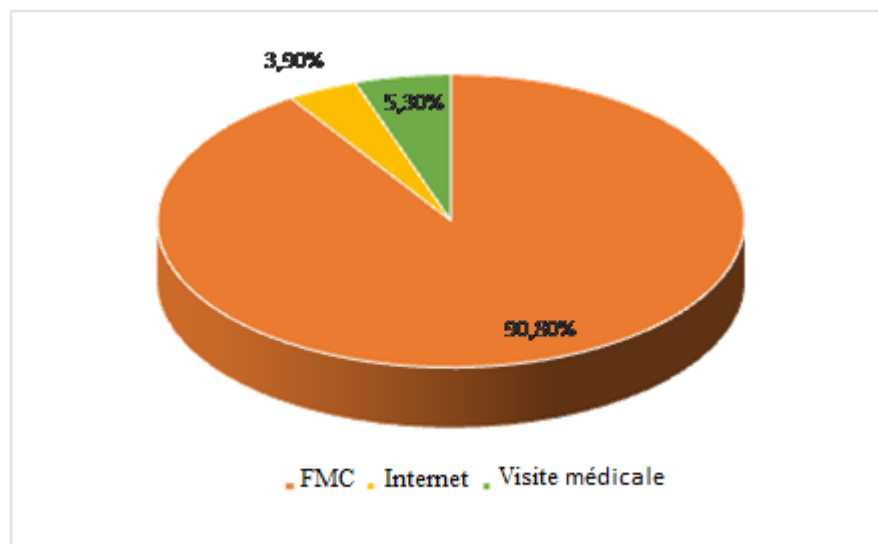


Figure 20 : Principaux outils d'enseignement sollicités par les MG

IX. Différence en fonction du sexe, du secteur d'exercice, de l'ancienneté de l'installation, du pourcentage de patients masculins de plus de 50 ans et de la date de la dernière formation

Il n'existait pas de différence dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique selon l'ancienneté des médecins. En revanche, les médecins généralistes du secteur libéral adressaient moins leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic de l'HBP.

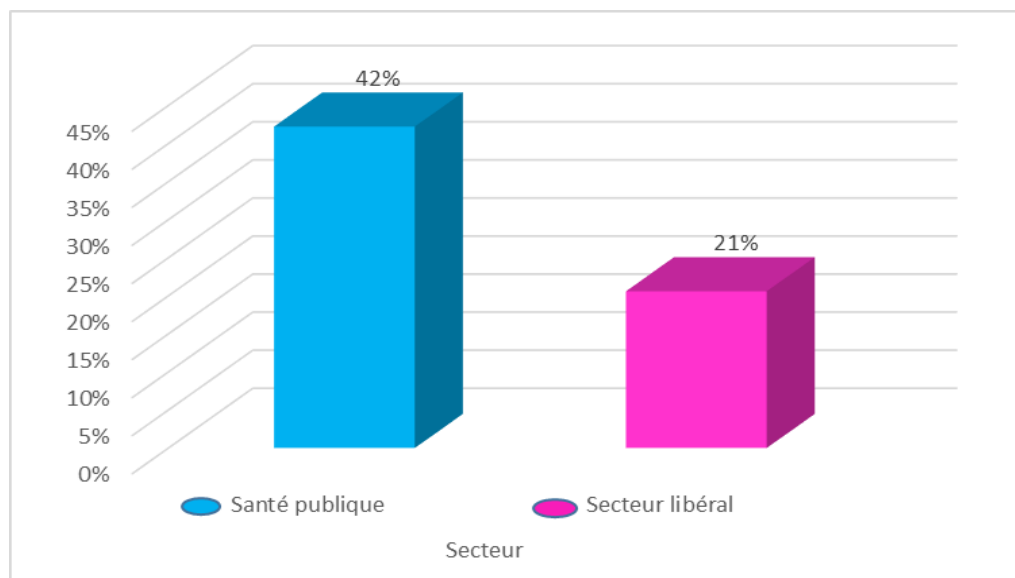


Figure 21 : Recours à l'urologue selon le Secteur d'activité

Il ressort de notre étude également que les médecins femmes réalisaient moins de TR et adressaient plus souvent leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic ou pour un suivi annuel systématique.

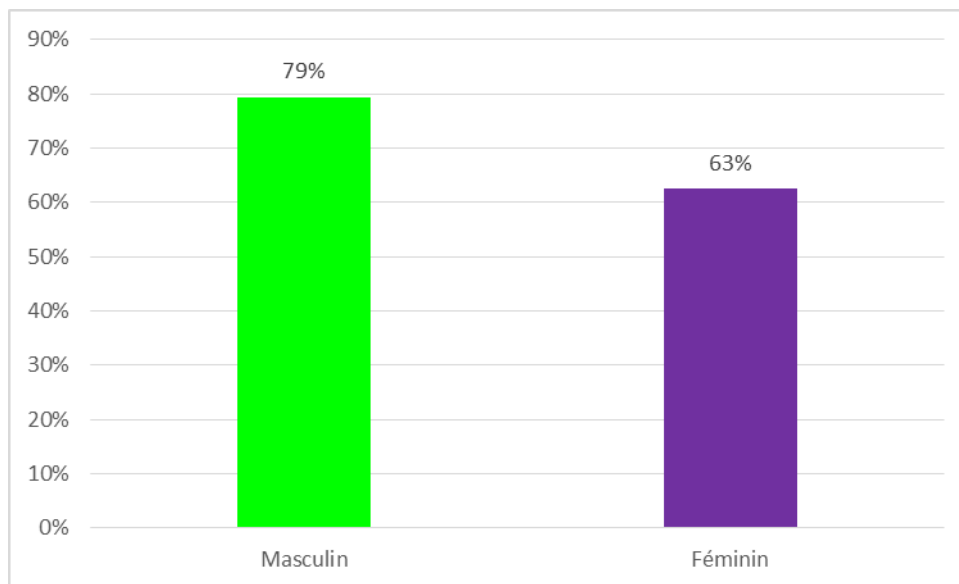


Figure 22 : Réalisation du TR selon le sexe du MG

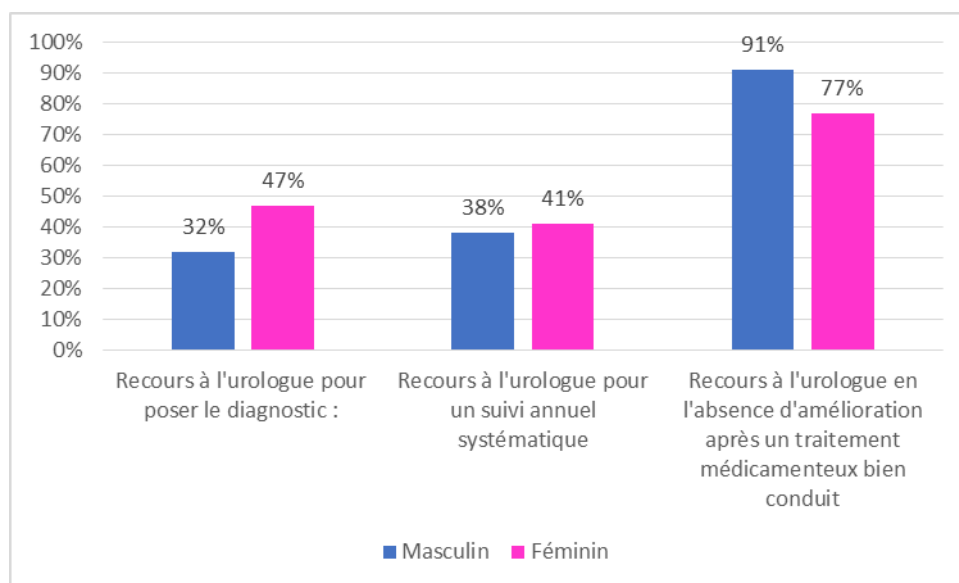


Figure 23 : Recours à l'urologue selon le sexe

Le recours à l'urologue pour établir le diagnostic diminuait avec le vieillissement de la patientèle masculine.

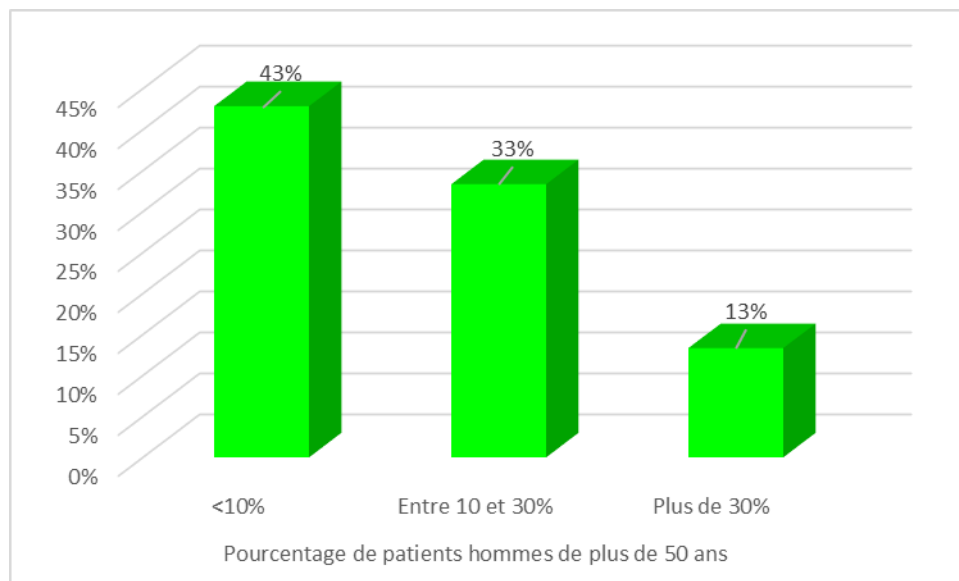


Figure 24 : Recours à l'urologue selon le pourcentage de patients hommes de plus de 50 ans

On constatait également que plus la date du dernier enseignement était éloignée, plus le recours à l'urologue pour établir le diagnostic était fréquent.

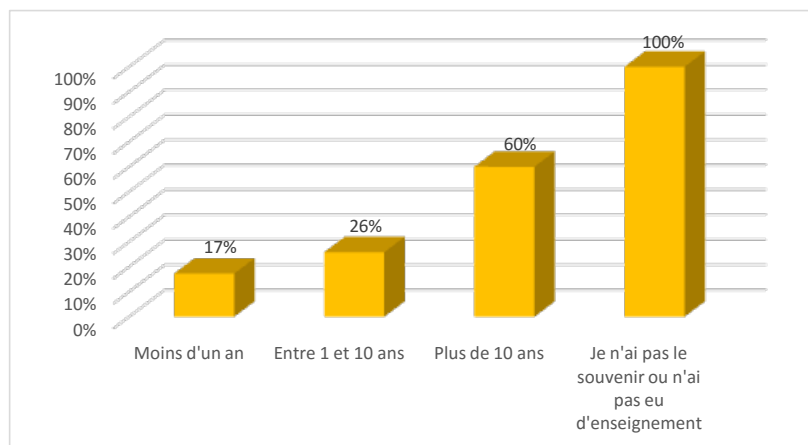


Figure 25 : Recours à l'urologue selon la date du dernier enseignement sur l'hypertrophie bénigne de prostate



DISCUSSION



I. RAPPELS

1. Anatomie de la prostate [4]

La prostate est une glande sexuelle. Elle mesure chez l'adulte en moyenne 30 mm de hauteur et 25 mm d'épaisseur, avec un poids moyen de 20 grammes Elle est entourée d'une capsule conjonctive mince, dont les fibres déterminent en profondeur des cloisons isolant des lobes glandulaires.

Elle est située au fond du pelvis et contenue dans une loge dont la conception reste discutée.

1.1. La loge prostatique

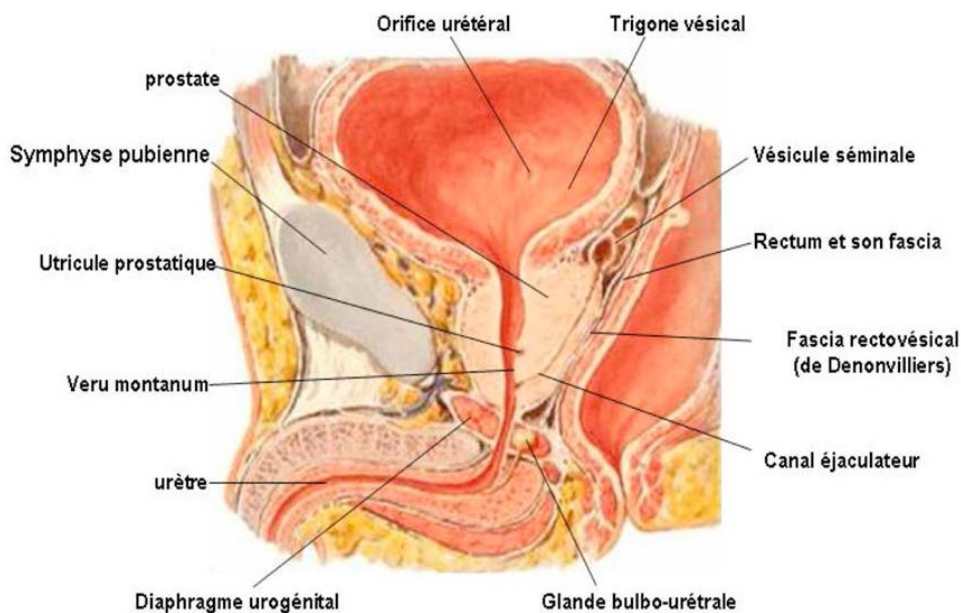
La loge prostatique est formée :

- En bas et latéralement par l'aponévrose pelvienne ;
- En arrière par l'aponévrose de Denonvilliers ;
- En haut par les connexions avec la base vésicale ;
- En avant par le pubis.

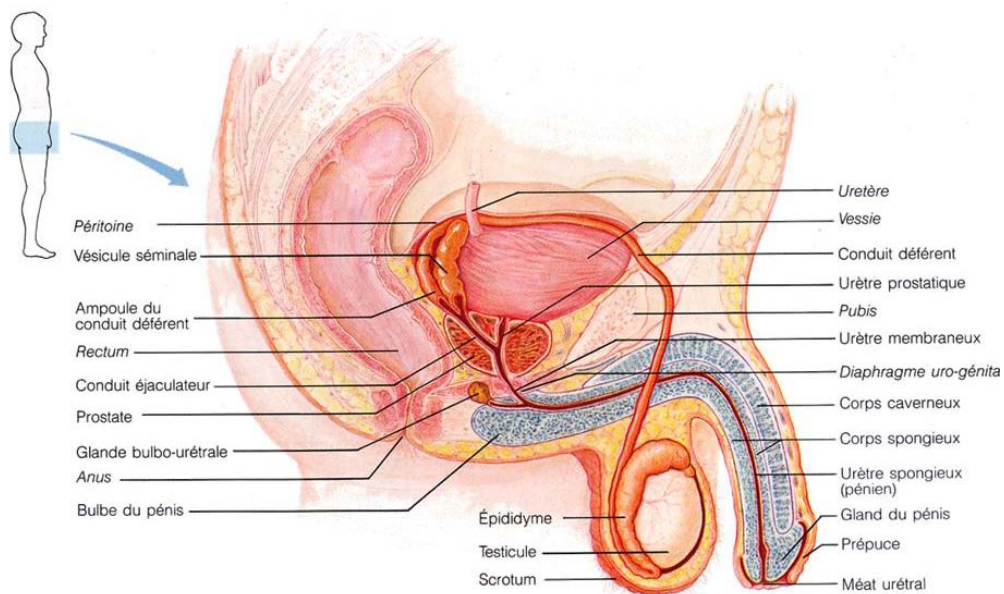
1.2. Les rapports de la prostate (figure 26 et 27)

Les rapports de la prostate par l'intermédiaire de l'aponévrose pelvienne se font avec :

- En avant le sphincter strié de l'urètre ;
- Latéralement, le muscle releveur de l'anus limite l'espace pelvi-rectal ou est située la prostate ;
- En arrière la prostate répond au rectum dont elle est séparée par l'aponévrose de Denonvilliers, celle-ci contient au-dessus de la prostate, les vésicules séminales et la terminaison des canaux déférents.



(26)



(27)

Figure 26 et 27 : Rapports de la prostate (coupe saqittale)

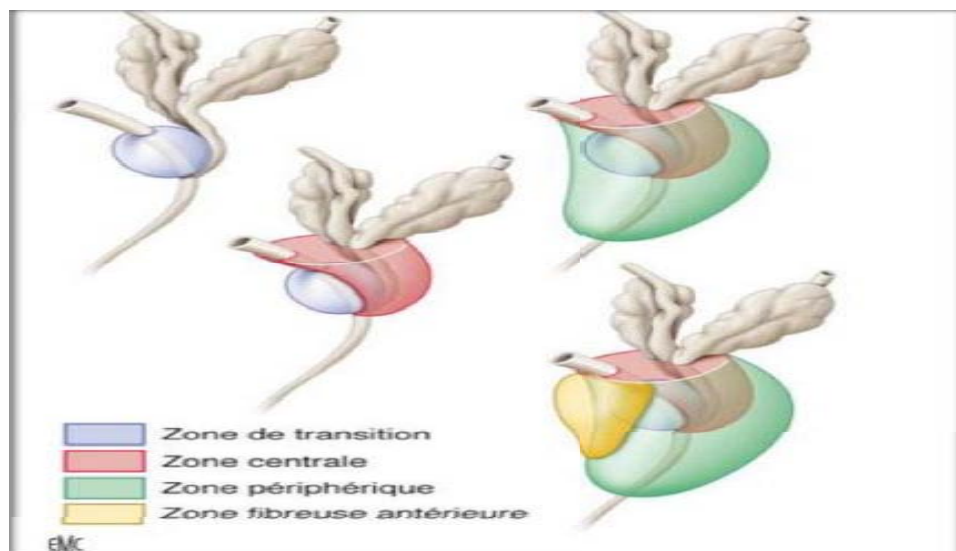
1.3. Répartition topographique des lobes de la prostate normale

La glande est clivée par le passage de deux structures : l'urètre prostatique et les canaux éjaculateurs.

- L'urètre prostatique décrit une courbe à concavité antérieure, au sommet de la courbe siège une saillie médiane; (veru montanum) de part et d'autre duquel viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs.
- Les canaux éjaculateurs sont formés par la réunion de la vésicule séminale et du canal déférent ipsilatéral, ils sont obliques vers le bas et l'avant dans l'épaisseur de la glande.

Le modèle de Mc Neal (figure 28) diffère de celui de Gil Vernet car il définit :

- Une prostate centrale correspondant au lobe pré- spermatique, correspondant à 25% du volume de la glande prostatique.
- Une prostate périphérique en situation externe dont les canaux excréteurs dans la portion sous mentanale de l'urètre.
- Une zone de transition entre ces deux parties (correspondant à 5% du volume de la glande) siège entre le sphincter prostatique et la partie proximale de l'urètre.



1.4. Vascularisation: [6]

a. Artères (figure 29)

Elle est assurée par la branche prostatique de l'artère vésico-prostatique issue de l'artère iliaque interne, elle se divise en deux artères terminales l'une centrale ou urétrale qui pénètre dans la prostate à proximité du col vésical, l'autre périphérique ou capsulaire chemine dans le pédicule neuro-vasculaire a la face postéro-latérale de la prostate et perfore la capsule pour assurer la vascularisation des deux tiers de la glande. La vascularisation de l'apex prostatique et du sphincter strié est assurée par une branche issue de l'artère honteuse interne.

b. Veines (figure 29)

Les veines péri-prostatiques se jettent dans les plexus séminal et de Santorini. Les veines efférentes de ces derniers forment les veines vésicales qui gagnent la veine hypogastrique.

c. Lymphatiques

Les lymphatiques prostatiques forment d'abord un réseau péri-prostatique qui donne en arrière quatre pédicules :

- Pédicule iliaque allant aux ganglions iliaques externes ;
- Pédicule hypogastrique satellite à l'artère prostatique et allant aux ganglions iliaques internes ;
- Pédicule postérieur allant aux ganglions sacrés latéraux et du promontoire ;
- Pédicule inférieur satellite de l'artère honteuse interne et allant à un ganglion iliaque interne.

1.5. Innervation [6]

L'innervation de la prostate dérive du plexus hypo gastrique pelvien. Les fibres sympathiques issues de la moelle thoraco-abdominales D11-L2 gagnent le plexus hypogastriques. De là, elles descendent dans le bassin et forment avec les fibres

parasympathiques venues de la moelle sacrée S2-S4 les plexus pelviens sur les faces latérales du rectum. Du rebord antéro-inferieur de chaque plexus pelvien partent des fibres pour innerver la prostate et les vésicules séminales, les nerfs caverneux, détachés de la partie la plus basse du plexus pelvien, croisent les bords latéraux de l'aponévrose prostatopéritoneale de Denonvilliers, passent immédiatement en dehors de l'apex prostatique en lui dormant quelques fibres avant de traverser le diaphragme urogénital.

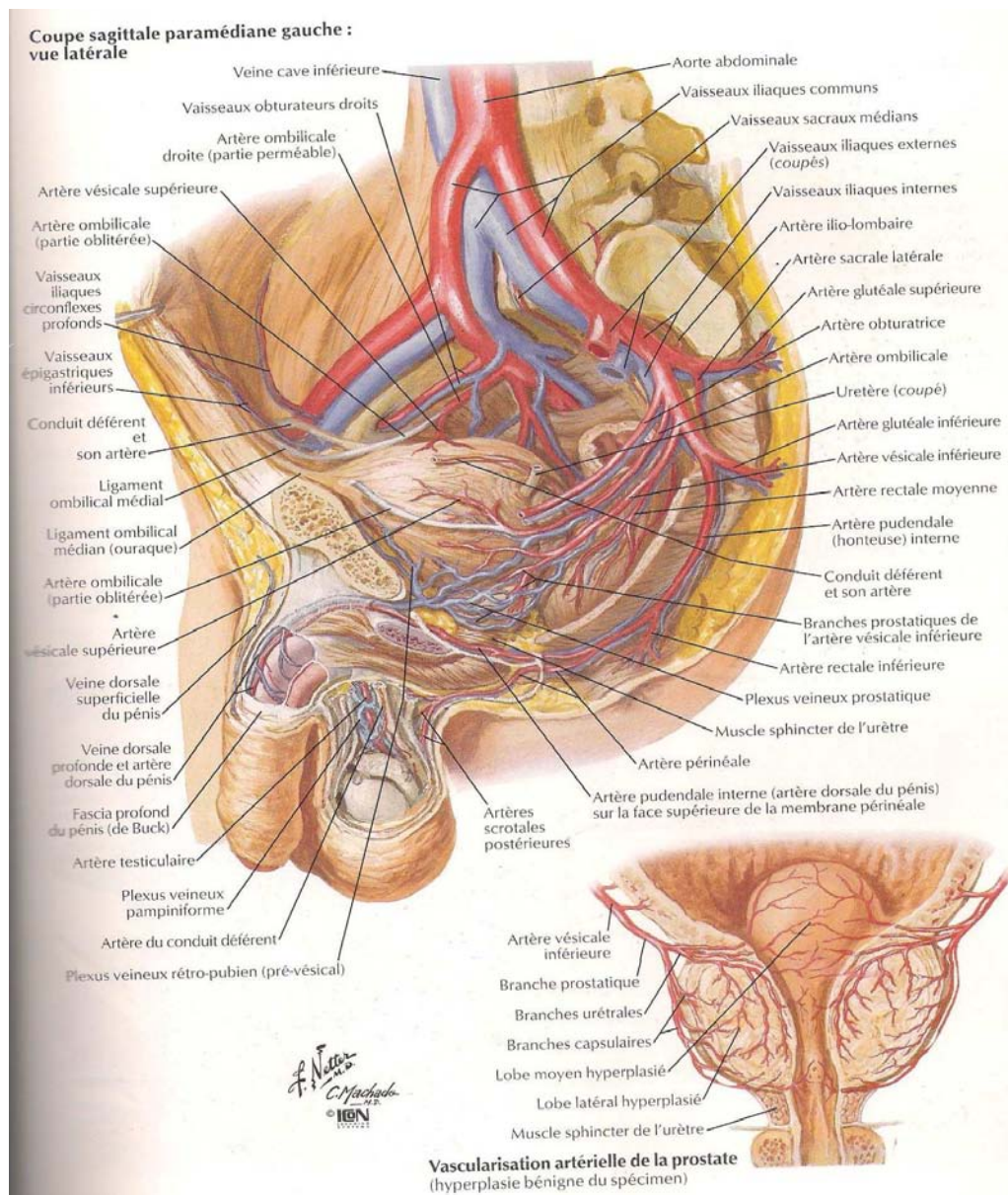


Figure 29 : Vascularisation prostatique [7]

2. Physiologie de la prostate [8]

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.

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.

3. Echographie prostatique normale (figure 30)

On distingue d'une part la zone périphérique et la zone centrale constituant la glande externe, et d'autre part, la zone de transition en position interne. Cette dernière apparaît moins échogène que la glande externe. Les canaux éjaculateurs sont visibles au sein de la glande centrale qu'on ne peut différencier de la zone périphérique. Par voie transrectale, on note souvent une bande hypoéchogène postérieure au contact de la zone périphérique. Elle correspond à la condensation des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif qui forment la capsule. Elle ne doit pas être interprétée comme suspecte.

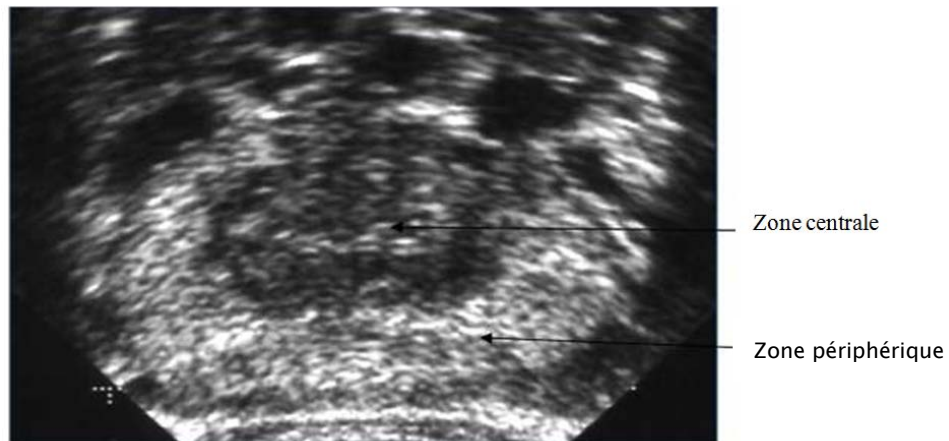


Figure 30: Aspect échographique de prostate normale

4. l'hyperplasie bénigne de la prostate

4.1. Epidémiologie

L'HBP est la plus fréquente des maladies tumorales bénignes affectant l'homme de plus de 60 ans. Sa fréquence augmente progressivement avec l'âge [9].

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 [10].

Ainsi le pourcentage [11] 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.

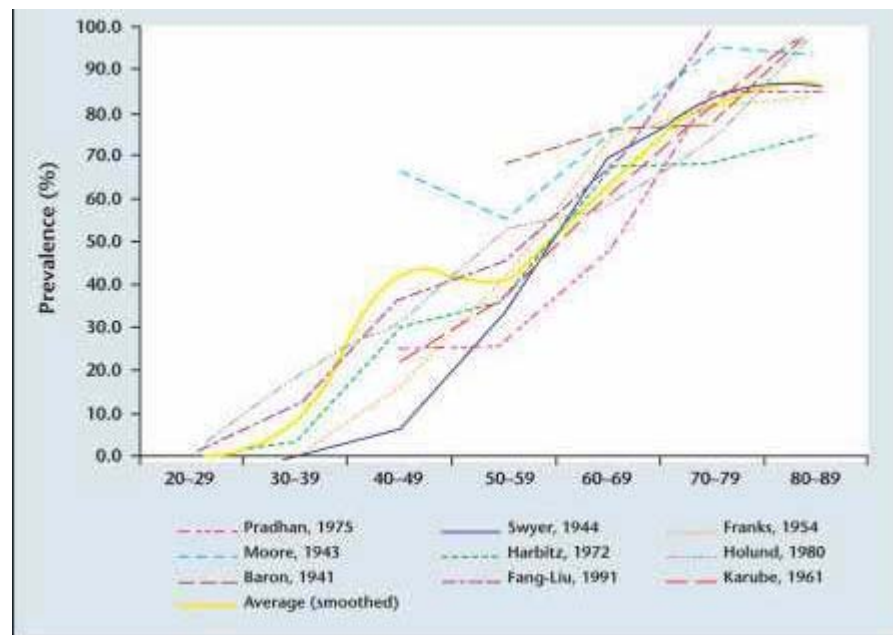


Figure 31: Prévalence de l'HBP en fonction de l'âge [12]

Ces chiffres élucidés dans la figure (31) 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) [13].

4.2. Etiopathogénie :

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 [2, 14, 15]. La prostate est fortement dépendante des androgènes pour sa croissance et pour son intégrité fonctionnelle et structurale. [16]. Cependant, d'autres facteurs biochimiques ont aussi montré leur rôle majeur dans la progression de la maladie.

Plusieurs hypothèses ont été avancées :

- *Hypothèse hormonale* : certains travaux ont montré une augmentation avec l'âge des concentrations de dihydrotestostérone (D.H.T.) accumulés dans la prostate [17].

Par ailleurs, chez les hommes castrés et chez les hommes ayant un déficit génétique en 5 α -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 [18].

- *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 β : Tumour Growth Factor beta) [19–24].

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).

4.3. Complications

Les complications de l'HBP [25] sont la rétention vésicale complète, complication aiguë qui nécessite un traitement urgent, et les complications chroniques, en partie liées à la rétention vésicale chronique.

a. Rétention aiguë d'urines :

Elle survient d'emblée ou après une période plus ou moins longue de troubles dysuriques. Elle se manifeste volontiers 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.

b. 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 hyperdiurèse 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.

c. Calcul vésical :

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

d. 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.

Le traitement de l'HBP doit être considéré comme un traitement de confort ; Le but principal de la prise en charge est d'améliorer la qualité de vie du patient. L'approche thérapeutique de l'HBP a évolué profondément, évolution touchant à la fois le volet chirurgical que médical.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Diagnostic de l'HBP [2]

1.1. Les symptômes de bas appareil urinaire de l'homme liés à l'HBP

Il s'agit des symptômes concernant le stockage vésical (pollakiurie diurne et nocturne, impériosité mictionnelle) et la vidange vésicale (dysurie, diminution de taille et de force du jet, gouttes retardataires, mictions en deux temps).

Les symptômes concernant le stockage traduisent les modifications du fonctionnement vésical consécutives à l'obstacle mécanique à la vidange et ont été regroupés sous le terme de symptômes irritatifs.

Les symptômes concernant la vidange traduisent les effets directs de la diminution de calibre de l'urètre prostatique et ont été regroupés sous le terme de symptômes obstructifs.

Parallèlement à l'évaluation de la fréquence et de l'intensité de ces symptômes, il est très important d'évaluer leur tolérance et leur retentissement sur la qualité de vie des patients.

1.2. Moyens diagnostics de l'HBP [26]

a. Interrogatoire

L'interrogatoire a pour objectif d'éliminer une cause de SBAU ou d'occlusion sous vésicale (OSV) autre que l'HBP, et d'évaluer la gravité des symptômes et leur retentissement sur la vie quotidienne.

Une dysurie et une incontinence « urinaire » témoignent d'une maladie avancée. Les SBAU peuvent avoir un retentissement sur la sexualité des patients. 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 ».

b. Scores symptomatiques

Plusieurs instruments validés existent pour évaluer l'intensité des symptômes, la gêne et la qualité de vie.

International Prostate Symptom Score (IPSS)

L'IPSS constitue le standard international. Il est dérivé du score de l'AUA décrit par Barry et al. auquel a été ajoutée une question sur la gêne. 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 » (urgurie, 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.

c. Examen physique

L'examen physique permet de rechercher une anomalie des organes génitaux externes (telle qu'un phimosis) 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.

d. Toucher rectal

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.

L'échographie est plus performante que le toucher rectal pour estimer le volume prostatique

e. Mesure du PSA sérique

Facteurs influençant le niveau de PSA sérique

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 comme étant spécifique de l'organe et non pas du cancer.

- PSA pour la prédiction du volume prostatique

Plusieurs rapports ont montré la corrélation étroite qui existe entre le PSA et le volume prostatique. Pour Stamey et al., l'HBP est responsable de 0,3 ng/mL de PSA pour 10 g de tissu d'HBP, contre 3,5 ng/mL par millilitre de cancer.

- Valeur pronostique du PSA dans l'HBP

Dans le bras placebo de l'étude MTOPS, un PSA initial supérieur à 1,6 ng/mL était prédictif du risque de survenue ultérieure de rétention aiguë d'urine et de chirurgie de l'HBP « (niveau de preuve 2) ».

f. Créatininémie

Dans une étude récente chez 2741 patients ayant des SBAU en rapport avec une HBP, 161 avaient une insuffisance rénale chronique. Trois facteurs indépendants étaient significativement associés à l'insuffisance rénale : une OSV et un antécédent d'hypertension artérielle ou de diabète. Comiter et al. ont rapporté que la dysurie non neurologique n'était pas prédictive d'élévation de la créatininémie et de l'urémie. L'étude MTOPS, enfin, suggère que le dosage de la créatininémie n'est pas utile si la vidange vésicale est normale (niveau de preuve 3).

g. Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

L'ECBU est utile à la recherche d'un diagnostic différentiel ou d'une complication de l'HBP : il permet de rechercher une leucocyturie témoin d'une prostatite ou d'une cystite, 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.

h. Imagerie

Une imagerie du haut appareil à la recherche d'une hydronéphrose 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 initial des SBAU (niveau de preuve 3).

L'échographie de la vessie permet de rechercher des calculs vésicaux, des diverticules de vessie et d'évaluer simultanément le résidu post-mictionnel « (niveau de preuve 4) ».

La prostate peut être visualisée par échographie transpériéale (sus-pubienne) ou 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 (niveau de preuve 3). L'échographie permet aussi de visualiser un lobe médian. L'index de protrusion prostatique peut être évalué

par échographie transrectale. C'est selon certains auteurs un bon indicateur de l'OSV (niveau de preuve 4). Enfin, une augmentation de l'épaisseur de la paroi vésicale visible en échographie pourrait aussi être le reflet d'une OSV (niveau de preuve 4).

i. Débitmétrie

Les principaux paramètres étudiés par la débitmétrie sont le volume uriné, le débit maximal et la forme de la courbe de débitmétrie. Toutes ces informations sont utiles pour éviter des artefacts. 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 (niveau de preuve 4). Une courbe en plateau évoque une sténose urétrale.

j. Résidu post-mictionnel

La mesure du résidu post-mictionnel est utile dans la prise en charge initiale des SBAU. Il doit être calculé par échographie transpariétale. C'est une technique simple et non invasive. Dans les études MTOPS, un résidu initial élevé était associé à un risque accru de détérioration des symptômes. En outre, le suivi de résidu permet, en cas d'augmentation progressive, de prédire une rétention aiguë (niveau de preuve 2). Néanmoins, la valeur prédictive du résidu pour poser l'indication d'un traitement invasif est faible et il n'y a pas de corrélation évidente entre le risque d'infection urinaire et le résidu post-mictionnel (niveau de preuve 2).

1.3. Discussion des éléments diagnostiques de l'HBP dans notre série

Nous avons pu constater que les pratiques diagnostiques de l'HBP des MG installés dans la région de Marrakech Tensift Al Haouz ne sont pas conformes aux recommandations. En effet, 87,8% et 84,1% des MG prescrivent une échographie et un dosage des PSA alors qu'ils ne sont pas recommandés ou de façon optionnelle et à l'inverse seulement 51,2% et 6,1% prescrivent des analyses d'urine type bandelette urinaire, ECBU et créatininémie et réalisent un score IPSS alors qu'ils sont recommandés.

Des résultats similaires avaient été retrouvés dans une étude française datant de 2010, évaluant les pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire dans le diagnostic de l'HBP [27]. Parmi les 171 MG ayant répondu, respectivement 90,6%, 69,6%, 15,8%, et 15,2 utilisaient le dosage des PSA, l'échographie vésico prostatique, une bandelette urinaire et le score IPSS.

Des résultats similaires avaient été retrouvés également dans une étude de pratiques sur le diagnostic positif de l'HBP datant de 2004 mais concernant les urologues [28].

Parmi 184 urologues interrogés, respectivement 98,3%, 72%, 61,8% et 23,3% utilisaient le dosage des PSA, une bandelette urinaire, une échographie vésicoprostatique et l'IPSS pour établir le diagnostic d'HBP. Le dosage des PSA et l'échographie vésicoprostatique, bien que non recommandés ou recommandés de façon optionnelle pour le diagnostic positif d'HBP sont donc largement prescrits et les scores de sévérité clinique tel que l'IPSS sont moins utilisés que ce que l'on pourrait attendre au regard des recommandations. Une raison évoquée à cette utilisation fréquente d'examen complémentaires selon Coeurdacier et al. est la crainte de ne pas dépister un cancer de la prostate [29]. Cependant, cette différence entre recommandations et pratiques pourrait également être expliquée par l'hétérogénéité entre les recommandations concernant les examens nécessaires au diagnostic d'HBP [27].

L'utilisation du dosage des PSA et de l'échographie pour établir le diagnostic d'HBP conduit nécessairement à une augmentation des dépenses de santé pour la prise en charge de l'HBP et nécessiterait donc l'élaboration de recommandations claires dans ce sens.

À l'inverse, l'IPSS est réalisé de façon confidentielle par 6,1 % des MG bien qu'ils ne soient que 35,4% à ne pas le connaître. Cette faible utilisation de l'IPSS a été documentée à plusieurs reprises [27,28].

L'IPSS est donc délibérément non utilisé par une grande majorité des médecins de notre échantillon ce qui pose la question de sa faisabilité en médecine générale. Parmi les explications évoquées par les MG de notre échantillon on cite sa durée de réalisation trop longue, peu compatible avec une activité libérale. Une réhabilitation de son utilisation en médecine générale pourrait également être obtenue par une nouvelle diffusion des recommandations [30].

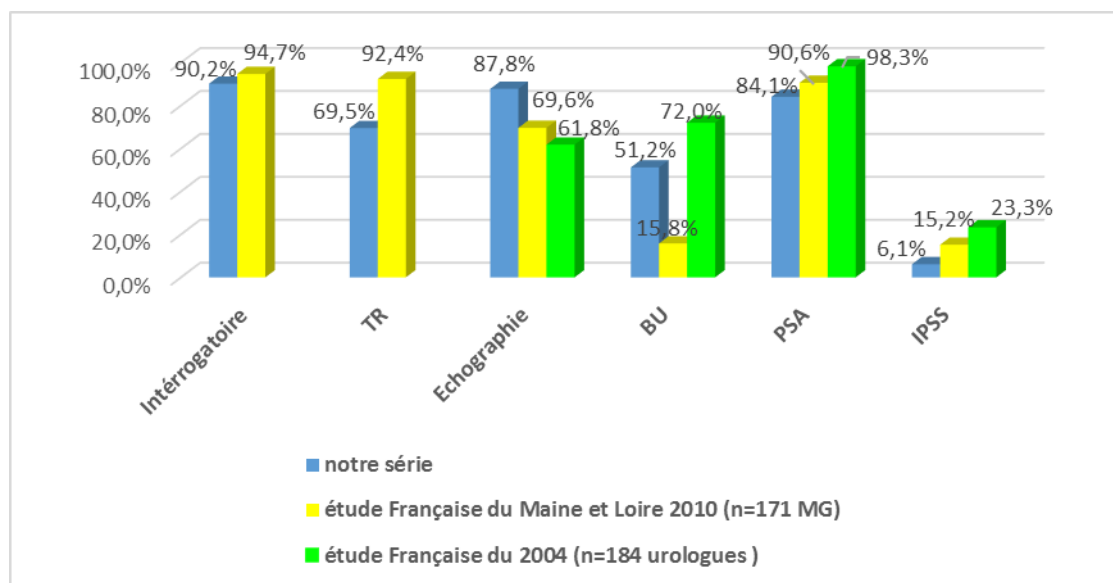


Figure 32 : Éléments de diagnostic de l'HBP selon nos résultats et ceux des études Françaises

2. Traitement de l'HBP

2.1. Méthodes thérapeutiques de l'HBP en médecine générale

a. **Abstention et Surveillance [31]**

Une surveillance sans traitement est préconisée pour les patients présentant des SBAU en rapport avec une HBP non compliquée et responsables d'une gêne peu importante.

Des explications claires sur l'HBP, son caractère bénin, son faible risque de complication et le rythme de la surveillance doivent être données au patient car elles permettent une amélioration significative des SBAU.

La surveillance des patients peut être assortie de conseils hygiéno-diététiques bien que leur impact sur l'évolution de la pathologie soit modéré.

b. Traitement médical [32-34]

b.1. La phytothérapie

Elle est représentée par deux composés, Pygeum africanum extrait de l'écorce d'un africain et Serenoa repens extrait des baies d'un palmier américain dont l'État de Floride est particulièrement riche. Leur principe actif ne peut être isolé, de même que leur mode d'action reste largement inconnu, 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 les ont montrés supérieurs au placebo et non différents du finasteride [35] ou de la Tamsulosine [36].

Leurs effets sur les SBAU sont modestes mais significatifs et ils ont un excellent profil de tolérance qui les rend faciles d'utilisation [31] (niveau de preuve 2).

Indication [31] : Ils peuvent être proposés en monothérapie aux patients présentant des SBAU gênants liés à une HBP

b.2. Les alpha-bloquants

Les alpha-bloquants, aussi appelés alpha 1-adrénergiques 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. Cinq médicaments de cette catégorie existent : alfuzosine, doxazosine, tamsulosine, terazosine et silodosine. Les études ont montré une efficacité équivalente des différents alpha-bloquants. Ils améliorent significativement les symptômes et le débit urinaires. 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.

Les effets secondaires les plus fréquents sont fatigue, hypotension artérielle, vertiges, somnolence. Ce risque d'hypotension est majoré en association avec les autres médicaments hypotenseurs. Les alpha-bloquants ne diminuent pas la libido, améliorent la dysfonction érectile, mais peuvent provoquer des troubles de l'éjaculation.

De plus, ils provoquent, lors d'une intervention de la cataracte, le syndrome de l'iris mou (intra-operative floppy syndrome), avec risque de déchirure iridienne lors de l'intervention. Il est donc utile de s'enquérir de l'état ophtalmologique des patients avant la prescription de telles molécules, et d'indiquer à ceux qui les prennent de le signaler lors d'une consultation ophtalmologique. Le délai pendant lequel ils doivent être arrêtés avant intervention de la cataracte n'est pas déterminé. Enfin, les alpha-bloquants peuvent être prescrits de façon intermittente.

Indications [31] : 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 des SBAU gênants. Les patients doivent être informés des effets indésirables attendus en fonction de la molécule choisie et des interactions médicamenteuses possibles.

b.3. Les inhibiteurs des 5-alphas réductases

Ils sont représentés par deux molécules, le finastéride inhibant l'isoforme de type 2 de l'enzyme [37], tandis que le dutastéride est un inhibiteur des isoformes de type 1 et de type 2 entraînant une chute plus importante de la dihydrotestosterone (DHT) [38]. Le finastéride à la dose de 5 mg 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 débitométrique moyenne de 2 ml/s, associée à une diminution du volume prostatique d'environ 30 % portant sur la composante épithéliale de l'HBP [39]. L'effet maximal est progressif, obtenu seulement au terme de 6 mois mais ne se détériore pas à long terme [40].

Toutefois, l'effet de ce médicament n'est appréciable que pour les patients dont le volume prostatique dépasse 30 ml [41].

Enfin, une autre étude de longue durée a montré que le finastéride ramenait le taux de rétention aiguë à 4 ans à 3 % contre 7 % dans le groupe placebo [42]. Le dutastéride est apparu plus tard sur le marché avec une meilleure efficacité biologique sur la chute de la DHT sans que cela ne se traduise par un avantage majeur sur la réduction des symptômes cliniques ou la débitmétrie [43].

Des études bien conduites ont permis de conclure qu'il agissait sur les prostates de tout volume, avec le même effet retardé, et qu'il réduisait aussi le risque évolutif de l'HBP [44], abaissant à 4 ans le risque de rétention aiguë d'urines de plus de 70% [45]. La réduction du volume prostatique obtenue par les molécules de cette classe entraîne une réduction de la valeur du PSA qui atteint 50% au sixième mois, et qui peut être plus importante en cas de traitement prolongé [46].

Le praticien doit donc toujours s'enquérir de la prise d'inhibiteur de la 5-réductase avant d'interpréter le résultat de ce dosage, et dans ce cas le multiplier par deux. Les principaux effets secondaires de ces traitements à visée hormonale sont le retentissement sexuel, observé chez 10% des patients en moyenne, avec diminution de la libido, dysfonctionnement érectile et réduction du volume de l'éjaculat.

Il est à noter que ces effets sont d'apparition précoce, dans les 6 premiers mois, et n'apparaissent plus guère après cette période, et qu'ils sont réversibles à l'arrêt du traitement. Enfin, il existe un notable effet « nocebo », le simple fait de prévenir le patient de ces possibles effets sexuels de même que la lecture de la notice du médicament suffisant à multiplier leur incidence par trois dans une étude randomisée [47].

Indications[31] : Les inhibiteurs des 5-alphas réductase peuvent être proposés pour une durée >1 an à des patients présentant des SBAU gênants en rapport avec une hypertrophie prostatique (> 40 cc).

Les patients doivent être informés que l'amélioration clinique ne se fera qu'après 6 mois de traitement, et prévenus des effets indésirables en particuliers sexuels.

Une augmentation du PSA chez les patients traités par I-5AR doit être contrôlée et peut conduire à demander un avis spécialisé.

b.4. Traitements médicaux associés :

L'association des deux classes thérapeutiques majeures, alpha-bloqueurs et inhibiteurs de la 5-alpha-réductase apparaît logique, dans la mesure où la première cible la composante dynamique de l'obstruction, tandis que la seconde en cible l'aspect statique. Une étude associant à long terme (4 ans) doxazosine et finasteride [48] montrant une meilleure diminution et une moindre évolutivité des symptômes, ainsi qu'une réduction du risque de rétention aiguë d'urine dans le groupe recevant le traitement combiné. Cette étude a plus récemment été confortée par une autre associant dutasteride et tamsulosin. L'analyse à 2 ans montre une meilleure diminution des symptômes et une amélioration du débit dans le bras recevant le traitement associé comparé à chaque monothérapie [49]. 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 [50].

Indications [31] : l'association d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5-alpha réductase peut être proposée à des patients présentant des SBAU en rapport avec une HBP et ayant une prostate de plus de 40 cc.

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

L'association de la phytothérapie avec un autre traitement n'a pas montré de bénéfice et n'est donc pas préconisée.

2.2. Habitudes de prescription médicamenteuse des MG de l'enquête

Devant un nouveau diagnostic d'HBP, 53,7% des MG déclaraient prescrire systématiquement un traitement et seul 6,1% ont estimé qu'une surveillance peut être suffisante pour améliorer les symptômes. 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 [1].

Le choix du traitement reposait essentiellement sur son efficacité (81,7%) tandis que seul un nombre faible de médecins (22%) déclarait prendre en compte l'avis de leurs patients dans ce choix. Des résultats similaires ont été rapportés dans l'étude trophée [1] 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 » [51]. Celle-ci a été réalisée en France auprès d'un échantillon de 17953 patients vus en consultation par des MG.

Dans cette étude, 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 [1].

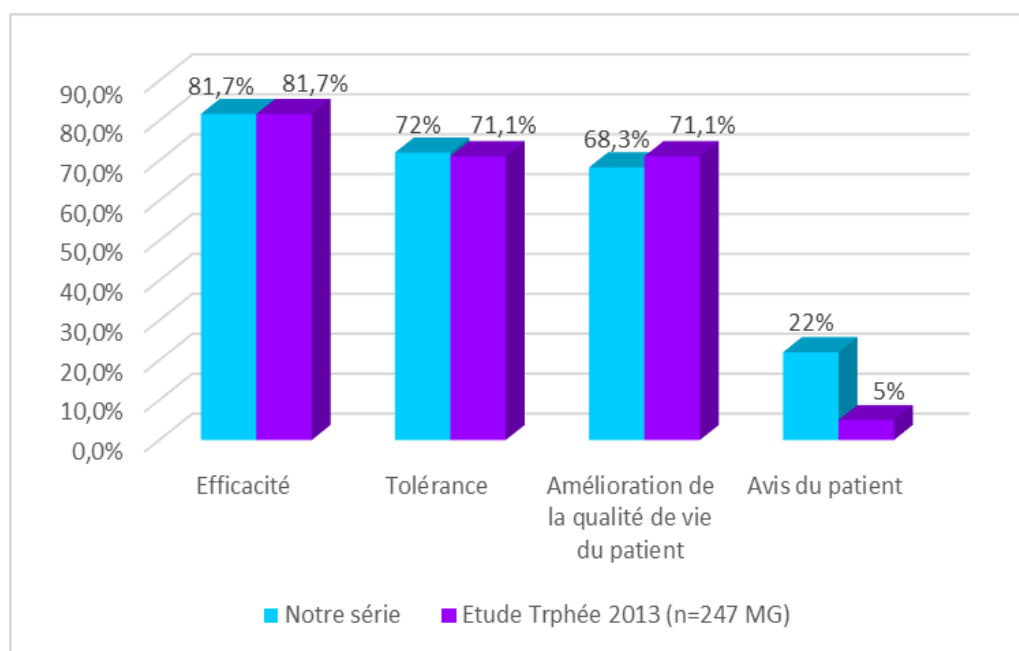


Figure 33 : Critères du choix des traitements médicaux de l'HBP selon les résultats de notre enquête et ceux de l'étude Trophee

Sur le plan thérapeutique, nous avons remarqué que les généralistes privilégiaient l'innocuité ou l'action symptomatique marquée et rapide par le recours majeur aux AB (82,9%) et à la phytothérapie (31,7%). Ce qui rejoint les résultats d'une étude française faite auprès de médecins généralistes de la région de Maine et Loire [27] puisque 95,3% et 85,4% des répondants prescrivaient respectivement les AB et la phytothérapie, et ceux de l'étude trophée [1] où la phytothérapie et les AB constituaient les traitements de première intention pour 26% et 58,1% des médecins interrogés.

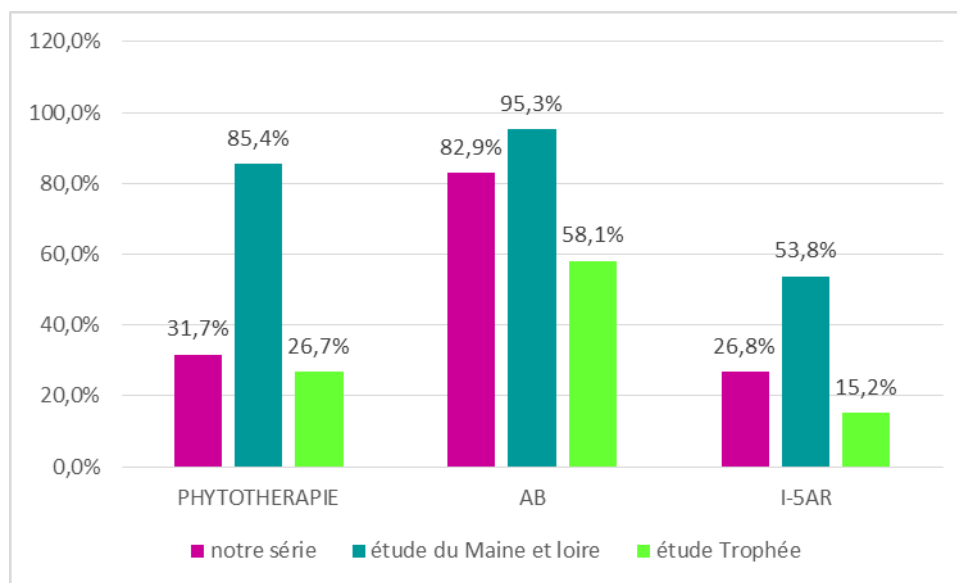


Figure 34 : Traitements médicaux de l’HBP selon nos résultats et ceux des études Françaises

Les cas cliniques ont illustré une importante prescription des AB et de la phytothérapie en dépit des I-5AR et des associations. Des résultats similaires ont été retrouvés dans l’étude française de Maine et Loire [27] où la prescription des I-5AR et de l’association AB+I-5AR ne dépassaient pas 15%.

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 utilisations des I-5AR et des associations [52]

En outre, Il semble que les MG connaissaient peu la pharmacodynamie des traitements de l’HBP. En effet, si 60,3% des médecins prescripteurs d’AB le justifiaient par leur rapidité d’action, ils n’étaient que 23,2% à connaître le délai d’efficacité d’une semaine. De même, parmi les prescripteurs d’I-5AR seuls 6,1% connaissaient le délai d’efficacité de six mois.

Enfin, près d’un tiers des MG interrogés prescrivaient des associations médicamenteuses non fondées sur l’evidence based medicin (phytothérapie + α -bloquant + I-5AR ; phytothérapie + AB). 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 [27].

3. Suivre et évaluation des traitements médicaux de l'HBP

L'HBP étant une maladie progressive, toutes les recommandations publiées préconisent un suivi de cette pathologie [26]. Ce suivi s'appuie, d'après notre enquête, sur le ressenti du patient à l'interrogatoire (82,9% des MG), ce qui rejoint les données de la littérature.

En effet, après introduction d'un traitement, une évaluation de l'efficacité et de la tolérance à l'interrogatoire est requise dans les six premiers mois puis de façon annuelle [31]. Par contre, 50% des MG interrogés se basaient sur la diminution du volume prostatique à l'échographie, ce qui ne concorde pas avec les recommandations puisque le suivi d'un patient ayant des SBAU stables est uniquement clinique, et des échographies répétées n'ont pas d'indication en l'absence de l'évolution clinique franche [31].

4. Observance thérapeutique

Par ailleurs, notre étude révèle un niveau moyen ou faible d'observance au traitement pour 64,6% des médecins généralistes interrogés (52,4% +12,2%), et un niveau satisfaisant pour 28%. Ces résultats ne concordent pas avec ceux déjà observés dans l'étude Trophée [1], réalisée en France auprès de MG et de patients atteints de l'HBP, où 15% des patients rapportaient une faible observance.

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, un défaut d'éducation thérapeutique et à la difficulté pour nos patients de percevoir rapidement le bénéfice thérapeutique face à la fluctuation des symptômes ressentis.

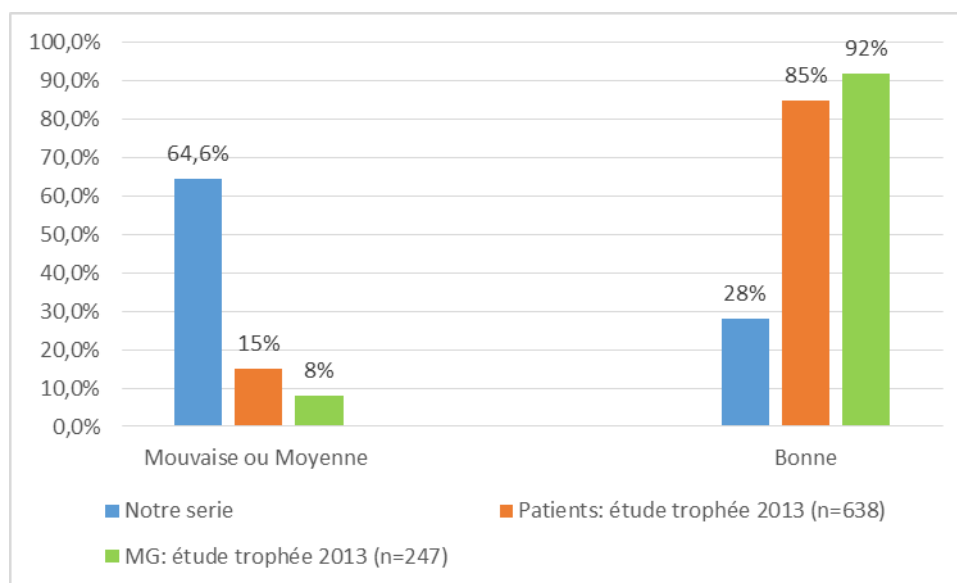


Figure 35 : Observance au traitement médical de l'HBP d'après notre série et celle de l'étude Trophée.

5. Evolution des symptômes de l'HBP

En ce qui concerne l'évolution des symptômes de l'HBP, presque la moitié des médecins généralistes de notre série ont rapporté une amélioration des symptômes après traitement médical tandis que 3,7% ont estimé que l'évolution se fait en général vers l'aggravation.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude trophée [1] où 52,2% des MG interrogés ont rapporté l'amélioration des signes cliniques de l'HBP traitée et 8,8% ont estimé le contraire. Par contre ces résultats ne concordent pas avec ceux rapportés par les patients de la même étude, puisque pour la moitié d'entre eux les symptômes de l'HBP étaient stables et uniquement 33,4% des patients ont vu leurs symptômes s'améliorer. De ce fait la corrélation entre l'évaluation du médecin et celle du patient était 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 afin

d'assurer l'adaptation de la stratégie thérapeutique à l'évolution des symptômes. Les préférences des patients représentent en effet un élément important du trépied de l'evidence based medicine [1].

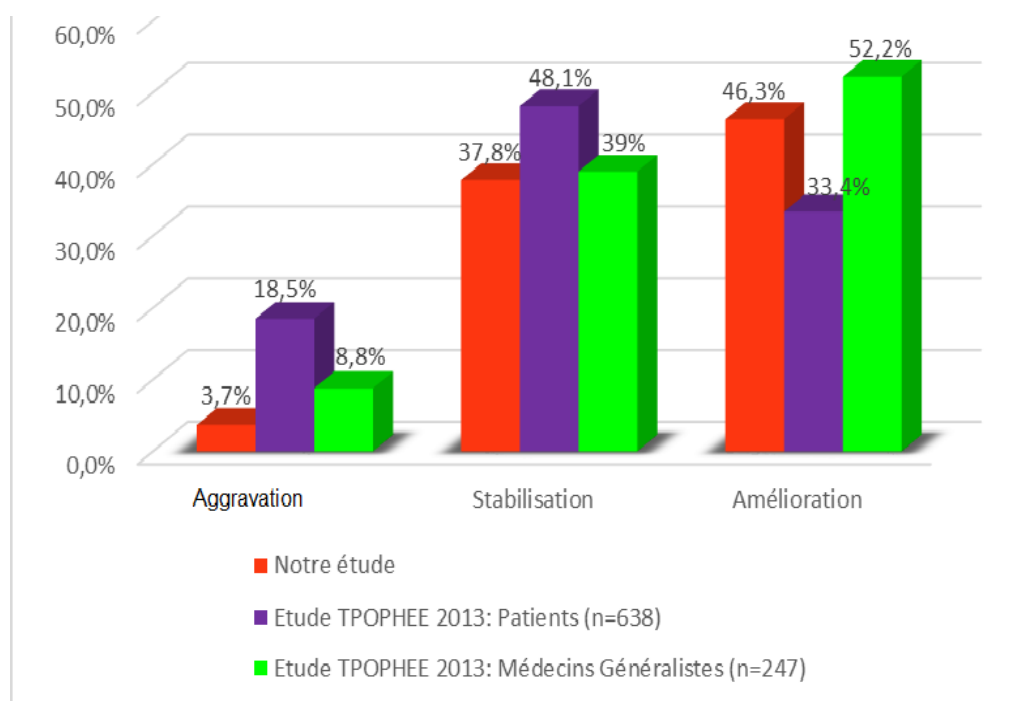


Figure 36 : Evolution des symptômes de l'HBP selon notre étude et l'étude TROPHEE

6. Recours à l'avis spécialisé d'urologie

Si l'on considère les rapports entre urologues et MG, notre enquête met en évidence que si 31,7 % des MG adressent leurs patients à l'urologue pour établir le diagnostic d'HBP, la quasi-totalité des MG les adresse après échec du traitement de première intention (79,3%). 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 [29] et dans l'étude française de pratiques menée dans la région de Maine et Loire [27] 96,6% des MG adressaient le patient à l'urologue en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit.

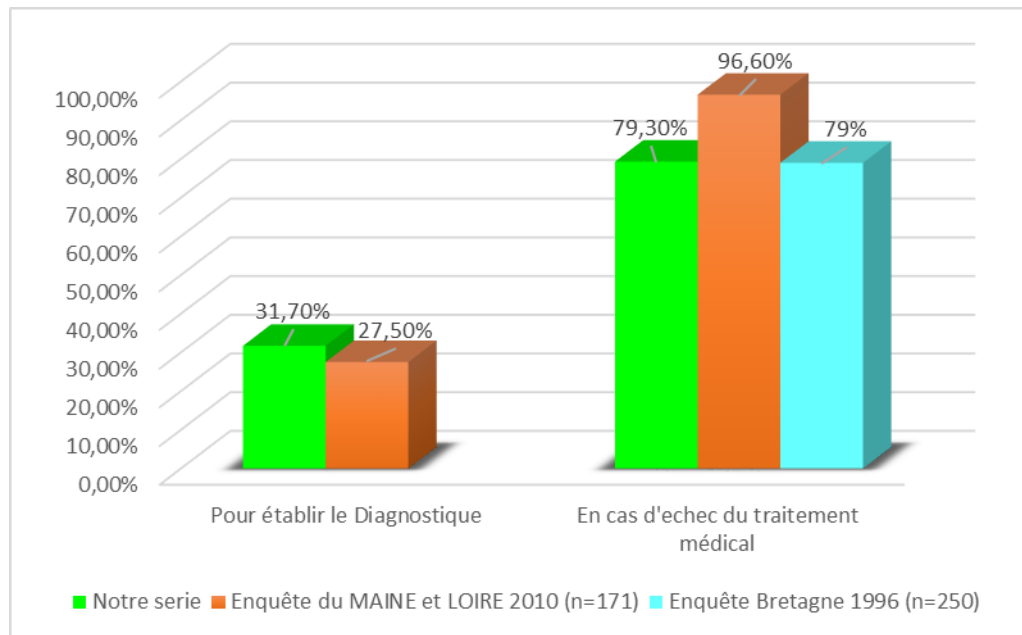


Figure 37 : Indications du recours à l'urologue selon notre étude et l'enquête du Maine et Loire & enquête Bretagne

7. Enseignement et formation

Il nous est apparu que quelle que soit la date de leur dernière formation, les MG souhaitaient massivement avoir un complément de formation sur l'HBP (92,7%) et principalement sous la forme de formation médicale continue. Ceci pourrait s'expliquer par la rapidité des avancées thérapeutiques de cette pathologie au cours de ces dix dernières années (bithérapie, Prostiva®, vaporisation laser, résection bipolaire...) [27].

8. Caractéristiques modifiant la prise en charge de l'HBP

Enfin, parmi les caractéristiques qui modifient la prise en charge de l'HBP, nous avons mis en évidence que les femmes MG 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. Bardon et al. évoquaient 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 [53].

Nous avons également constaté que le recours à la consultation d'urologie était plus fréquent avec l'éloignement de la dernière formation et moins fréquent chez les MG ayant une forte population d'hommes de plus de 50 ans parmi leurs patients.

Une formation récente sur l'HBP ainsi qu'une forte population de patients atteints d'HBP parmi la patientèle d'un MG semblent ainsi donner l'expérience suffisante pour mieux appréhender cette pathologie et diminuer le recours à la consultation spécialisée d'urologie [27].

III. 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 région de Marrakech Tensift al Haouz. Son caractère déclaratif est 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.

En outre, l'auto administration 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 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 terme 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



Cette enquête, réalisée auprès des médecins généralistes de la région de Marrakech Tensift Al Haouz, confirme qu'il existe un écart certain entre les recommandations sur la prise en charge de l'HBP et la pratique clinique en médecine générale. En effet, les résultats de cette étude ont montré que les recommandations concernant le diagnostic de l'HBP sont insuffisamment suivies par les MG de notre région. De même, leurs habitudes de prescription médicamenteuse semblent hétérogènes et parfois non conformes à l'*evidence based medicine* et aux recommandations.

Enfin, malgré l'intérêt du partage de la décision médicale avec le patient dans l'optimisation de la prise en charge des SBAU, seul un faible nombre de médecins a pris en considération l'avis du patient lors du choix du traitement.

Ce décalage entre recommandations et pratique clinique peut être dû à l'absence de consensus entre les différentes recommandations, les avancées récentes dans le traitement de l'HBP et les modifications aussi bien démographiques que du mode d'exercice des MG [27].

L'on a également constaté, au travers de cette enquête, que les MG de notre région souhaitent massivement avoir une formation médicale continue sur la prise en charge de l'HBP, ce qui témoigne de l'intérêt porté à cette pathologie et les difficultés rencontrées dans sa prise en charge.

A la lumière de cette enquête, nous proposons de :

- ✚ Réaliser d'autres études comparant la perception de l'HBP du médecin généraliste et du patient, sur le plan de la sévérité, de l'évolution des symptômes et de l'observance thérapeutique, tout en objectivant le degré de la satisfaction des patients par rapport aux soins fournis en médecine générale.

- ✚ Optimiser la formation médicale continue : il paraît nécessaire d'être régulièrement informé des dernières recommandations. Dans ce cadre, nous mettons l'accent sur la nécessité d'une évaluation régulière des bonnes pratiques médicales et ce, par l'organisation de tables rondes et de conférences en faveur surtout des MG. Ceci permettra une meilleure concordance des prises en charge avec les données les plus récentes de la littérature.

- ✚ D'autre part, la création des sites web et des réseaux de soins utilisant des équipements de télémédecine, permettra d'améliorer l'échange d'information entre l'urologue et le médecin généraliste, et d'avoir un Feed-back concernant les malades adressés au spécialiste.



ANNEXE



QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL ANONYME

Actuellement interne en septième année de médecine, je réalise mon travail de thèse au service d'Urologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech sous la direction du Professeur Omar GHOUNDALE.

Je vous sollicite pour répondre à un questionnaire abordant la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans l'hypertrophie bénigne de prostate. 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. Merci de votre collaboration.

Temps imparti = 6 minutes.

1- *Sexe :*

- M F

2- *Nombre d'années d'exercice :*

- Moins de 10 ans
 Entre 10 et 20 ans
 Plus de 20 ans

3- *Milieu d'exercice :*

- Rural
 Semi rural
 Urbain

4- *Secteur :*

- Santé publique
 Secteur libéral

5- *Pourcentage de patients hommes de plus de 50 ans:*

- <10%
 Entre 10 et 30%
 Plus de 30%

6- *Orientation particulière (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, enseignant, remplaçant,...) :.....*

7- *Date du dernier enseignement sur l'hypertrophie bénigne de prostate (lectures, Formation Médicale Continue, autres) :*

- Moins d'un an
- Entre 1 et 10 ans
- Plus de 10 ans
- Je n'ai pas le souvenir ou n'ai pas eu d'enseignement sur le sujet.

8- Utilisez-vous un score de sévérité et de qualité de vie validé pour évaluer l'intensité des symptômes et le retentissement de l'HBP?

..... - Score international des symptômes de prostatisme (IPSS : international prostate symptom score) [8].

Symptômes	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours	
1 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	
2 Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5	
3 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	
4 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	
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	
6 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	
7 Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif du matin)	Jamais 0	1 fois 1	2 fois 2	3 fois 3	4 fois 4	5 fois 5	
Score I-PSS total =							
Qualité de vie							
Vous venez d'expliquer comment vous urinez. Si vous deviez vivre le restant de votre vie de cette manière, diriez-vous que vous en seriez :	Très satisfait 0	Satisfait 1	Plutôt satisfait 2	Partagé (si satisfait si ennuyé) 3	Plutôt ennuyé 4	Ennuyé 5	Très ennuyé 6
	Score Qualité de vie (QdV) =						

التقييم الدولي لاعراض تضخم البروستاتا (International Prostate Symptom Score _ IPSS)

الدرجة	في أغلب الوقت	أكثر من نصف عدد المرات	حوالي نصف عدد المرات	أقل من نصف عدد المرات	أقل من مرة كل ٥ مرات	لا مطلقا	في خلال الشهر الماضي
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة شعرت بأنك لم تفرغ المثانة بشكل كامل بعد الانتهاء من التبول؟
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة اضطرت للتبول مرة أخرى قبل مرور ساعتين من آخر عملية تبول؟
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة حدث تقطع للتبول (عدة مرات) أثناء التبول؟
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة شعرت بصعوبة تأجيل أو تأخير التبول حتى تصل إلى دورة المياه؟
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة شعرت أن اندفاع البول ضعيف أو بطيء؟
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة اضطرت أن تضغط بقوة و تشد على المثانة لكي تبدأ عملية التبول؟
	٥ مرات	٤ مرات	٣ مرات	مرتان	مرة	لا اقوم ليلا	
	٥	٤	٣	٢	١	٠	كم مرة تحتاج للقيام ليلا للتبول؟
							النتيجة الكلية

١ الي ٧ = اعراض بسيطة A الي ١٩ = اعراض متوسطة الحدة ٢٠ الي ٣٥ = اعراض شديدة ومتقدمة

A/ NON :

- Je n'en connais pas
- Ça prend trop de temps
- Je le remplace par mon interrogatoire
- J'utilise l'échelle visuelle analogique
- Autre :.....

B/ OUI :

- J'utilise le « Index Prostatic Symptom Score » (score IPSS) en Interrogeant par écrit le patient
- J'utilise le « Index Prostatic Symptom Score » (score IPSS) en interrogeant oralement le patient
- J'utilise un autre score
- Autre :.....

9- A partir de quels éléments faites-vous spécifiquement le diagnostic positif de l'hypertrophie bénigne de prostate? (plusieurs réponses possibles)

A/ l'anamnèse

- OUI
- NON

B/ Score symptomatique

- OUI

NON

C/ l'examen général

OUI

NON

D/ le TR (Toucher Rectal)

OUI :

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

Il permet d'éliminer un diagnostic différentiel

Autre :.....

NON :

Appréciation du volume de prostate difficile

Refus fréquent des patients

Autre :.....

E/ L'échographie vésico-prostatique

OUI

NON

F/ les analyses d'urines type bandelette urinaire, ECBU, créatininémie

OUI

NON

G/ le taux de PSA :

OUI :

Parce qu'il évalue le volume prostatique

Pour éliminer un diagnostic différentiel

Autre :.....

NON

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 différentiels

Autre :.....

10- Devant des symptômes du bas appareil urinaire en rapport avec une HBP :

- Une surveillance avec conseils hygiéno-diététiques est suffisante pour améliorer les symptômes.
- Un traitement médical doit être instauré.
- Un avis spécialisé est nécessaire.

11- Vos critères déterminants du choix d'un médicament au cours de la prise en charge de l'HBP

- Efficacité
- Tolérance
- Volume prostatique
- L'amélioration attendue de la qualité de vie du patient
- Avis du patient (décision partagée avec le patient)

12- Au Cours de la prise en charge d'un patient ayant une HBP, vous arrive-t-il de prescrire:

A/ La phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)

- OUI
 - Pas d'effets indésirables connus
 - Pas d'interactions médicamenteuses
 - Pression commerciale des laboratoires pharmaceutiques
 - Rapidité d'action
 - Diminue le volume prostatique
 - Autre :.....
- NON
 - Mécanisme d'action inconnu
 - Moindre efficacité que les autres principes actifs
 - Trop d'effets indésirables (le ou lesquels:.....)
 - Trop d'interactions médicamenteuses
 - Délai d'action trop long
 - Autre :.....

B/ Alpha-bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRAL®, URADOX®.....)

- OUI
 - Pas d'effets indésirables connus
 - Pas d'interactions médicamenteuses
 - Pression commerciale des laboratoires pharmaceutiques
 - Rapidité d'action
 - Diminue le volume prostatique

- Autre :.....
- NON
 - Mécanisme d'action inconnu
 - Moindre efficacité que les autres principes actifs
 - Trop d'effets indésirables (le ou lesquels:.....)
 - Trop d'interactions médicamenteuses
 - Délai d'action trop long
 - Autre :.....

C/ Inhibiteur de la 5 alpha-réductase (AVODART®, FINASTERIDE®)

- OUI
 - Pas d'effets indésirables connus
 - Pas d'interactions médicamenteuses
 - Pression commerciale des laboratoires
 - Rapidité d'action
 - Diminue le volume prostatique
 - Autre :.....
- NON
 - Mécanisme d'action inconnu
 - Moindre efficacité que les autres principes actifs
 - Trop d'effets indésirables (le ou lesquels:.....)
 - Trop d'interactions médicamenteuses
 - Délai d'action trop long
 - Autre :.....

13- Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS<ou=18) et un faible volume prostatique (<40g)? (Associations possibles)

A/ Phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)

- OUI
- NON

B/ Alpha bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRA®L, URADOX®)

- OUI
- NON

C/ Inhibiteur de la 5 alpha-réductase (AVODART®, FINASTERIDE®)

- OUI
- NON

D/ Le choix est indépendant du volume de prostate et l'intensité des symptômes

- OUI

NON

14- Connaissez-vous les facteurs de risque d'aggravation de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine et de recours à la chirurgie (l'âge, le volume prostatique le statut hormonal (taux de PSA) et l'intensité des symptômes)?

- OUI
 NON

15- Quel traitement prescrivez-vous en première intention pour des symptômes faibles à modérés (IPSS<19) avec un volume prostatique important (>40g) et des facteurs de risque d'évolution de la maladie ou de survenue d'une rétention aigue d'urine ? (Associations possibles)

A/ Phytothérapie (PERMIXON®, TADENAN®)

- OUI
 NON

B/ Alpha-bloquants (XATRAL®, CARDURA®, FLOTRAL®, URADOX®)

- OUI
 NON

C/ Inhibiteur de la 5 alpha-réductase (AVODART®, FINASTERIDE®)

- OUI
 NON

D/ Le choix est indépendant du volume de prostate et l'intensité des symptômes

- OUI
 NON

E/ Vous adressez au spécialiste.

16- 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

17- 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

18- Pour évaluer l'efficacité d'un traitement vous vous reposez sur :

A/ La modification du score IPSS :

- OUI
- NON

B/ Le ressenti du patient à l'interrogatoire :

- OUI
- NON

C/ La diminution du volume prostatique :

- OUI :
 - Au TR
 - A l'échographie
- NON

D/ La débitmétrie réalisée chez l'urologue :

- OUI
- NON

E/ La diminution du résidu post-mictionnel à l'échographie :

- OUI
- NON

F/ Le taux de PSA :

- OUI
- NON

19- L'observance évaluée après traitement médical est en général :

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

20– Au cours de la prise en charge de l’HBP l’évolution des symptômes se fait en général vers :

- Aggravation
- Stabilisation
- Amélioration

**21– Dans le cadre des troubles urinaires du bas appareil urinaires sur HBP probable, vous adressez le patient à l'urologue pour:
(Plusieurs réponses possibles)**

A/ Pour poser le diagnostic

- OUI
- NON

B/ Pour un suivi annuel systématique

- OUI
- NON

C/ En l'absence d'amélioration après un traitement médicamenteux bien conduit

- OUI
- NON

22– Estimeriez-vous utile d’être informé des dernières données de la littérature ou recommandations :

- Oui par FMC (formation médicale continue)
- Oui par visite médicale
- Oui par internet
- Oui autre :.....
- Non

23– Commentaires :.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



RESUMES

RESUME

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une affection fréquente chez l'homme de plus de 50 ans. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes du bas appareil urinaire qui en résultent ont souvent un impact délétère sur la qualité de vie des patients.

La prise en charge thérapeutique de cette pathologie a fait l'objet de plusieurs études concluant à des propositions et des recommandations thérapeutiques afin de respecter et de rationaliser les prescriptions.

Dans le but de connaître la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) par les médecins généralistes (MG) de la région de Marrakech Tensift Al Haouz, nous avons réalisé une étude descriptive et transversale portant sur un collectif de 104 médecins généralistes exerçant dans les deux secteurs de soins : public et privé et dans les milieux : urbain, semi urbain et rural, et ce au cours de la période allant du Décembre 2015 à Avril 2016. Les données étaient collectées à travers un questionnaire anonyme comportant 22 questions.

Parmi les 82 MG ayant répondu, 58,5% étaient des femmes. 91,5%, 2,4% et 6,1% exerçaient respectivement en milieu urbain, semi-urbain et rural. 40,2%, 39% et 20,7% exerçaient respectivement depuis moins de dix ans, de dix à 20 ans et plus de 20 ans. L'interrogatoire, l'échographie vésico-prostatique et le dosage du *prostatic specific antigen* (PSA) étaient utilisés par plus de 80% des MG alors que le toucher rectal (TR) et l'*international prostatic score symptom* (IPSS) l'étaient par 69,5% et 6,1%. La phytothérapie, les alpha-bloquants et les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase étaient prescrits respectivement par 32,7%, 82,9% et 26,8% des MG.

Le choix du traitement reposait principalement sur son efficacité. L'avis du patient était pris en compte dans ce choix par 22% des MG. Soixante-dix-neuf pourcent des MG avaient recours à l'urologue après échec du traitement de première intention. 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, 92,7% des MG souhaitaient recevoir une formation sur les dernières recommandations concernant la prise en charge de l'HBP.

Au total, 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.

ABSTRACT

The benign prostatic hyperplasia (BPH) is a common condition for men over 50 years. When they occur, symptoms of lower urinary tract resulting often have a deleterious impact on the quality of life of patients. The therapeutic management of this disease has been the subject of several studies that led to proposals and therapeutic recommendations in order to respect and rationalize prescriptions.

In order to know the diagnostic and therapeutic management of benign prostatic hyperplasia (BPH) by general practitioners (GPs) in the region of Marrakech Tensift Al Haouz, we conducted a descriptive cross-sectional study on a collective of 104 general practitioners working in both health care sectors: public and private, and in the environments: urban, semi urban and rural, and that during the period from December 2015 to April 2016. Data were collected through an anonymous survey of 22 questions.

Eighty two GPs answered. Among them 58.5% were women, 91.5% worked in urban areas, 2.4% worked in semi-urban areas and 6.1% worked in rural areas. 40.2% had been working less than 10 years, 39% had been working between 10 and 20 years and 20.7% had been working more than 20 years. The medical interview, the ultrasound scan and the assay of the prostatic serum antigen (PSA) were performed by more than 80% of the GPs whereas the digital rectal examination (DRE) and the international prostatic score symptom (IPSS) were respectively used by only 69.5% and 6.1% of them. Phototherapy, Alpha-blockers and inhibitors of 5 alpha reductase were respectively prescribed by 31.7%, 82.9% and 26.8% of the GPs. The choice of a treatment was mainly based on treatment effectiveness, and the patient's opinion was taken into account by 22% of GPs. 79.3% of the GPs addressed the patient to an urologist after the failure of the first line treatment. There were no differences in the treatment of BPH according to the seniority of practitioners. However, women performed less DRE and sent more patients to

urologist than men. Finally, 92.7% of the GPs were interested in having an update on the last BPH's treatment recommendations.

In total, attitudes in general practice towards the treatment of BPH have not been consistent with the recommendations of learned societies. It therefore seems necessary to restore the link between recommendations and practice through clear and appropriate recommendations aired during medical continuing education sessions.

ملخص

تضخم الموتة الحميد هو حالة شائعة في صفوف الرجال الذين تتجاوز أعمارهم الخمسين عاما، وتكون أعراضه خفيفة عند بعض الرجال ولا تحتاج لعلاج، وفي حالات أخرى، يمكن أن تكون مزعجة للغاية ولها تأثير كبير على نوعية حياتهم.

هناك العديد من العلاجات المتوفرة لهذا المرض، وتشمل تغييرات نمط الحياة (مثل تجنب الكحول والكافيين)، الدواء أو الجراحة. وقد أجريت العديد من الدراسات والأبحاث بهدف تقنين وعقانة الطرق العلاجية لتضخم الموتة الحميد.

يهدف التعرف على طرق تشخيص وعلاج هذا المرض، المعتمدة من طرف الأطباء العاميين بجهة مراكش تانسيفت الحوز، قمنا بدراسة وصفية مقطعية شملت 104 طبيبا عاما يمارسون المهنة في القطاعين العام والخاص، وفي كل من المجال الحضري، شبه الحضري والقروي. وهذا خلال الفترة الممتدة من دجنبر 2015 إلى أبريل 2016. وقد تم جمع المعلومات من خلال استمارات مجهولة الاسم تضم 22 سؤالا.

بلغت نسبة المشاركة في هذه الدراسة 79% (82 طبيبا)، حيث شكلت النساء نسبة 58.5% من مجموع المشاركين. أما نسبة الأطباء الذين يزاولون المهنة بالمجال الحضري، فقد بلغت 91.5%. فيما يخص الأقدمية في الميدان، فهي لم تتجاوز 10 سنين بالنسبة ل 40% من المشاركين

أكثر الوسائل استعمالا في تشخيص هذا المرض كانت: الاستجواب الطبي، الفحص بالموجات فوق الصوتية، والفحص الدموي للمستضد البروستاتي النوعي، وذلك بنسبة تجاوزت 80%. أما الفحص الإصبعي للمستقيم، فقد تم الاتفاق على ضرورته في التشخيص الأولي للمرض من طرف 69.5% من الأطباء، في حين لم تتجاوز نسبة استعمال اختبار القياس الدولي لأعراض البروستاتا (IPSS) 61% من المشاركين. فيما يخص العلاج الدوائي، فنسبة 82.5% من الأطباء تقوم بوصف ألفا حاصرات (Alpha bloquants)، و32.7% العلاج النباتي و26.8% مثبطات 5 ألفا مختزلة (Inhibiteur 5-alpha-réductase).

اختيار الدواء المناسب يستند على فعاليته في المقام الأول، ولا يؤخذ رأي المريض بعين الاعتبار إلا من طرف 22% من المشاركين فقط. بالنسبة للاستشارة الطبية المختصة، فيتم اللجوء إليها من طرف 79% من الأطباء بعد فشل العلاج الدوائي الأولي.

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 توجيهها للمرضى إلى الطبيب المختص. أخيرا، نسبة 92.7% من الأطباء المشاركين أبدت رغبتها في تلقي تكوين حول أحدث التوصيات المتعلقة بالتعامل مع هذا المرض.

هكذا يتضح أن طريقة تعامل الأطباء العاميين 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 العاميين.



BIBLIOGRAPHIE



1. **F. Lacoïn, R.-O. Fourcade, M. Rouprêt, A. Slama, C. Le Fur d, E. Michel, A. Sitbone, F.-E. Cottéd**
Perceptions de l'hypertrophie bénigne de la prostate par le patient et le médecin généraliste — étude Trophée.
Prog Urol (2013) 23, 50—57
2. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).**
Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Mars 2003
3. **S. Lebdai, A. Descazeaud, Et les membres du CTMH de l'Association Française d'Urologie.**
Prise en charge des symptômes du bas appareil urinaires liés à l'hypertrophie bénigne de prostate.
Prog Urol, 2014, 24, 14, 929–933
4. **BRESSET. J.M ET DUCLOS. J.M.**
Chirurgie de l'adénome prostatique.
EMC. Paris techniques chirurgicales, urologie gynécologie. 1998–41270, 4.8, 06
5. **S.-J. Drouin, M. Rouprêt.**
Hypertrophie bénigne de la prostate.
s.l. EMC, 2010. 5–0690
6. **Taylor A., Rockall A. G., Reznick R.H., Powell M.E.**
Mapping pelvic lymph nodes: guidelines for delineation in intensity-modulated radiotherapy Int.J.Radiat.
Oncol. Biol. Phys. 2005; 63: 1604–1612
7. **Frank H. Netter, MD**
ATLAS ANATOMIE Humain, section V : pelvis et périnée
Editeur : Novartis, 2012
8. **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

- 9. H Marquandt, MW Hunkapiller, LE Hood, DK Twardzik, JR De Larco, JR stephenson, GJ Todaro.**
Transforming growth factors produced by retrovirus-transformed rodent fibroblasts
bvand human melanoma cells: amino acid sequence homology with epidermal growth
factor
Proc Natl Acad Sci U S A, 80 ((1983)), pp. 4684-4688
- 10. R. Derynck**
Transforming growth factor- α : structure and biological activities
J. Cell Biochem, 32 ((1986)), pp. 203-204.
- 11. M. Stor**
Polypeptide modulators of prostatic growth and development
Cancer Surveys, 11 ((1991)), pp. 123-146
- 12. T. Hunter**
The epidermal growth factor receptor gene and its product.
Nature, 311 ((1984)), pp. 414-416.
- 13. G. Carpenter**
Receptors for epidermal growth factor and other polypeptide mitogens Ann Rev Biochem,
56 ((1987)), pp. 881-914.
- 14. 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
- 15. 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.
- 16. 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

- 17. B. Lukacs**
Management of symptomatic BPH in France: who is treated and how?
Eur Urol, 36 (Suppl. 3) (1999), pp. 14–20
- 18. 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.
- 19. 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.
- 20. S.J. Hong, W. Rayford, L. Valiquette, M. Emberton**
The importance of patient perception in the clinical assessment of benign prostatic
hyperplasia and its management.
BJU Int, 95 (2005), pp. 15–19.
- 21. G. Robert, A. Descazeaud, N.B. Delongchamps, J.N. Cornu, A.R. Azzouzi, O. Haillet et al.**
Traitement médical de l'hyperplasie bénigne de la prostate : revue de littérature par le
CTMH/AFU
Prog Urol, 22 (2012), pp. 7–12
- 22. AUA practice guidelines committee: AUA guideline on management of benign prostatic
hyperplasia (2003).**
Chapter 1: diagnosis and treatment recommendations
J Urol, 170 (2003), pp. 530–547.
- 23. P. Boyle, C. Robertson, F. Lowe, C. Roehrborn**
Updated meta-analysis of clinical trials of Serenoa repens extract in the treatment of
symptomatic benign prostatic hyperplasia.
BJU Int, 93 (2004), pp. 751–756.
- 24. 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).

25. **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.
26. **A. Descazeuda, G. Robert, N.B. Delongchamps, J.-N. Cornu, C. Saussine, O. Haillet, M. Devonec, M. Fourmarier, C. Ballereau, B. Lukacs, O. Dumonceau, A.R. Azzouzi, A. de la Taille, Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'Association française d'urologie.**
Bilan initial et suivi de l'hyperplasie bénigne de prostate: revue de littérature du CTMH de l'AFU, 1166–7087/\$ — see front matter © 2011 Elsevier
Masson SAS. doi:10.1016/j.purol.2011.09.011.
27. **P. Bigot, F. Vannier, M. Orsat, S. Lebdai, 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.
28. **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.].
29. **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].
30. **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].
31. **A. Descazeaud, N. Barry Delongchamps.-N. Cornu, A.R. Azzouzi, D. Buchon, A. Benchikh, P. Coloby, O. Dumonceau, M. Fourmarier, O. Haillet, 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)

32. **McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al.**
The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia.
N Engl J Med 2003; 349:2387-98.
33. **M.J. Barry, F.J. Fowler Jr., M.P. O'Leary, R.C. Bruskewitz, H.L. Holtgrewe, W.K. Mebust**
The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association
J. Urol, 148 (1992), pp. 1549-1557.
34. **J.M. Reynard, Q. Yang, J.L. Donavan, T.J. Peters, W. Schafer, J.J. De la Rosette et al.**
The ICS-BPH study: uroflowmetry, lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction Br
J Urol, 82 (1998), pp. 619-623.
35. **Bruskewiz RC, and Christensen MM :**
Critical evaluation of transurethral resection and incision of the prostate.
Prostate (suppl.) 3: 27-38, 1990.
36. **Lepor H, and rigaud G :**
The efficacy of transurethral resection of the prostate in men with moderate symptoms of prostatic hyperplasia.
J Urol 143: 533-537, 1990.
37. **Drach GW, Layton TN, and Binard WJ :**
Male peak urinary flow rate: relationships to volume voided and age.
J Urol 122: 210-214, 1979.
38. **J.H. Wasson, D.J. Reda, R.C. Bruskewitz, J. Elinson, A.M. Keller, W.G. Henderson**
A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate.
N. Engl J Med, 332 (1995), pp. 75-79
39. **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.

- 40. GJ. Gormley**
Finasteride: a clinical review.
Biomedicine & Pharmacotherapy,
Volume 49, Issues 7-8, 1995, Pages 319-324.
- 41. 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.
- 42. Kirby RS, Roehrborn C, Boyle P, Bartsch G, Jardin A, Cary MM, et al.**
Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial.
Urology 2003; 61:119-26.
- 43. H. Lepor, W.O. Williford, M.J. Barry, M.K. Brawer, C.M. Dixon, G. Gormley,**
Veterans Affairs Cooperative Studies Benign Prostatic Hyperplasia Study Group et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia.
N. Engl J Med, 335 (1996), pp. 533-539.
- 44. S.A. Kaplan, J.D. McConnell, C.G. Roehrborn, A.G. Meehan, M.W. Lee, W.R. Noble et al.**
Combination therapy with doxazosin and finasteride for benign prostatic hyperplasia in patients with lower urinary tract symptoms and a baseline total prostate volume of 25 ml or greater.
J. Urol, 175 (2006), pp. 217-220 discussion 220-1.
- 45. 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).
- 46. Andersen JT, Ekman P, Wolf H, Beisland HO, Johansson JE, Kontturi M, Lehtonen T, Tveter K**
Can Finasteride reverse the process of benign prostatic hyperplasia? A two-year placebo-controlled study.
Urology 1995; 46: 631-7.
- 47. Nickel J, Curtis MD, Fradet Y, Boake R, Pommerville PJ.**
Efficacy and safety of finasteride therapy for benign prostatic hyperplasia: Results of a 2-year randomized controlled trial (the PROSPECT study).

- Can Med Assoc J 1996; 155: 1251–9.
- 48. FOURCADE R.O., LANSON Y., TEILLAC P.**
Les résultats du traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate.
Prog. Urol., 1993, 5, 823–915.
- 49. C.J. Girman, S.J. Jacobsen, H.A. Guess, J.E. Oesterling, C.G. Chute, L.A. Panser et al.**
Natural history of prostatism: Relationship among symptoms, prostate volume, and
peak urinary flow rate.
J.Urol., 153 (1995), pp. 1510–1515
- 50. 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
- 51. 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 franc_ais. Résultats d'une étude réalisée auprès de 17
953 patients.
Prog Urol 2004; 14:33–9.1
- 52. 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.
- 53. 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.

قسم الطبيب

اقسمُ باللهِ العَظِيمِ

أن أراقبَ اللهَ في مِهْنَتِي.

وأن أصونَ حياةَ الإنسانِ في كافَّةِ أطوارها في كلِّ الظروفِ والأحوالِ

بأدلاً وسعي في استنقاذها من الهلاكِ والمرَضِ والألمِ والقلقِ.

وأن أحفظَ للناسِ كرامَتَهُمْ، وأسترَ عَوْرَتَهُمْ، وأكتمَ سِرَّهُمْ.

وأن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ اللهِ، بأدلاً رعايتي الطبيةَ للقريبِ والبعيدِ، للصالحِ والطالحِ، والصديقِ والعدوِّ.

وأن أثابرَ على طلبِ العلمِ، أسخره لنفعِ الإنسانِ .. لا لأذاهِ.

وأن أوقرَ من علّمني، وأعلّمَ من يصغرنِي، وأكونَ أحياناً لِكُلِّ زميلٍ في المهنةِ الطبيّةِ

مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ،

نقيّةً ممّا يشينها تجاهَ اللهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

واللهِ على ما أقولُ شهيدٌ

معالجة تضخم الموثة الحميد
من قبل الأطباء العامين
بجهة مراكش تانسيفت الحوز

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/07/11
من طرف

السيدة نادية الداودي

المزداة في 11 شتنبر 1989 بتنغير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

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

اللجنة

الرئيس

السيد د. تويتي

أستاذ في أمراض المسالك البولية

المشرف

السيد ع. غونزال

أستاذ مبرز في أمراض المسالك البولية

الحكام

السيد م. زياني

أستاذ في الأمراض الباطنية

السيد ح. قاصف

أستاذ مبرز في الأمراض الباطنية