

Mots clés :

Prostate  
Adénome  
Abstention  
Accompagnement  
Éducation  
du patient

## Hypertrophie bénigne de la prostate et abstention active

La stratégie de prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est classiquement basée sur une « escalade thérapeutique » : abstention sans traitement, traitements médicaux, gestes locaux<sup>1,2</sup>. Peu de données sont apportées sur la manière de gérer cette abstention. Doit-elle être une simple attente avant les traitements médicamenteux ou locaux ? Une abstention « active » de type comportemental peut-elle apporter un bénéfice au patient et repousser les autres alternatives ? Une étude anglaise apporte des données intéressantes sur la réalisation et l'efficacité d'un « *self-management* » actif<sup>3</sup>.

### Comment évoluent les symptômes selon les modes de prise en charge ?

Il n'y a pas de données précisant la part de l'abstention dans l'HBP. Selon l'Anaes, en 1998, 11% des hommes de plus de 60 ans recevaient un médicament pour des troubles fonctionnels liés à l'HBP<sup>1</sup>.

Une synthèse américaine montrait que les symptômes s'amélioraient dans 31% des cas sans traitement, 55 à 60% des cas avec les médicaments, 75 à 95% avec les interventions. Toutes les études prospectives randomisées montraient un important effet placebo, pouvant durer jusqu'à deux ans<sup>1</sup>.

Les professionnels britanniques déclarent tous donner des conseils sur le style de vie aux patients pour qui ils proposent l'abstention ; ces avis étaient très divers et ne semblaient pas modifier les symptômes<sup>3</sup>.

### Peut-on faire d'une abstention-information un « traitement » plus efficace que le placebo ?

C'était l'objectif d'une étude anglaise<sup>3</sup>. A 140 hommes adressés en urologie par leur médecin pour troubles fonctionnels de l'HBP, l'abstention était conseillée. Pour le suivi, ils étaient randomisés en 2 groupes. Le groupe « soins standard » recevait une information écrite sur les troubles du bas appareil urinaire et était traité à la discrétion du médecin. Aux patients du groupe « self management », il était proposé 6 sessions de 1 à 2 heures en petits groupes pour apprendre à réaliser des modifications de style de vie et de comportement, à l'image des méthodes utilisées dans les maladies chroniques. Le critère principal d'évaluation était l'échec du traitement (élévation de 3 points du score IPSS [international prostate syndrome score], utilisation de médicaments pour les symptômes, rétention aiguë ou geste local).

### Que conclure pour notre pratique ?

- **Une abstention médicamenteuse nécessairement « active »**. La simple remise d'un document écrit même accompagné de quelques conseils était inefficace dans l'étude anglaise. Seule une approche active était efficace.

- **Les principes sont ceux de l'éducation du patient** selon les modalités élaborées pour d'autres maladies chroniques : passer du paternalisme au partenariat, avoir une approche pédagogique, partager ses connaissances<sup>5</sup>.

- **Le modèle proposé, très structuré, est-il utilisable en pratique courante ?** Le problème est moins celui des moyens que l'on peut simplifier, mais du « temps », que l'on peut répartir en consultations successives, comme le propose J Ph Assal dans un autre domaine<sup>5</sup>.

*Il reste à en démontrer l'efficacité et l'utilité pour le patient dans un contexte différent de celui exploré dans d'autres maladies chroniques.*

A 3, 6 et 12 mois, l'échec de traitement était moins fréquent dans le groupe self management (7 vs 27, 13 vs 39, 18 vs 44 patients). Le score IPSS était amélioré alors qu'il restait stable dans le groupe soins standard. A 1 an, les patients prenant un médicament étaient 6 vs 18. Il n'y a eu ni rétention ni chirurgie. Les auteurs concluent à l'efficacité des méthodes de self management face aux troubles du bas appareil urinaire chez l'homme, mais pensent que ce résultat doit être confirmé par un essai multicentrique plus étoffé, et pour éliminer les biais, notamment celui d'une exceptionnelle qualité des intervenants dans le groupe self management<sup>3</sup>.

### Les points forts de ce « self management »

Le programme était celui d'un consensus anglais<sup>4</sup> :

- information sur les causes des symptômes, l'histoire naturelle de l'HBP ; réassurance sur l'absence de cancer de la prostate ;
- gestion de l'apport de liquides : quantité journalière adaptée aux circonstances, prises limitées quand les symptômes peuvent être gênants, et 2 heures avant le coucher ;
- éviction de la caféine (utilisation de décaféinés) et de l'alcool le soir en cas de nocturie gênante ;
- adaptation de tout traitement pouvant interférer avec le système urinaire avec par exemple remplacement de diurétiques antihypertenseurs par un autre médicament ;
- conseils d'entraînement vésical : miction en 2 temps, pression urétrale pour la goutte post-mictionnelle, exercices de contrôle vésical pour réduire la pollakiurie et les urgences mictionnelles
- prévention de la constipation.

### Références :

- 1- Anaes. *Prise en charge thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate*. 2003, 104 p.
- 2- Les médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Bibliomed*. 2007;449.
- 3- Brown CT et al. *Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial*. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.39010.551319.AE
- 4- Brown CT et al. *Defining the components of a self management programme for men with uncomplicated lower urinary tract symptoms: a consensus approach*. *Eur Urol*. 2004;46:254-63.
- 5- Collectif. *L'éducation du patient pour mieux soigner les asthmatiques*. *Bibliomed*. 2002;281.