

Les médicaments de l'hypertrophie bénigne de la prostate

Mots clés :

Prostate
Adénome
Traitement

Une hypertrophie « anatomique » de la prostate (HBP) est fréquente chez l'homme vieillissant : 50% à 60 ans, 90% à 85 ans. Elle n'est pas nécessairement « clinique » et reste asymptomatique chez les 2/3 des hommes après 70 ans. Les complications graves (rétention, hématurie, lithiase, infection, insuffisance rénale) sont rares, relativement imprévisibles, et mettent exceptionnellement en jeu le pronostic vital (diverses études ont rapporté 6 à 20 rétentions aiguës par an pour 1000 patients)¹. Le traitement médical a pour but avant tout de soulager les symptômes, d'améliorer la qualité de vie, peut-être de réduire les complications et d'éviter un geste chirurgical². Il peut faire appel à divers médicaments, dont les effets secondaires doivent être pris en compte.

La phytothérapie

Pygeum africanum (Tadenan®) et Serenoa repens (Permixon®, Capistan®) sont proposés en France. Le dernier aurait une action inhibitrice de la 5 α réductase. Un essai contrôlé rigoureux récent comparant sur 1 an Serenoa repens et placebo chez 225 patients n'a pas montré de bénéfice significatif. Une méta-analyse de 18 essais contrôlés plus anciens montrait un léger bénéfice sur les troubles fonctionnels, mais ces essais avaient de nombreuses limites : faible nombre de participants, durée brève (quelques semaines), maintien de l'aveugle incertain. De plus il est difficile de comparer les concentrations en produit actif des diverses préparations⁴. Il est donc difficile de conclure sur l'efficacité et la sécurité à long terme de ces produits. D'autres études rigoureuses sont nécessaires².

Les α -bloquants

Ils réduisent la composante fonctionnelle de l'obstruction liée à l'HBP, due à une tension des muscles de la prostate. Alfuzosine, doxazosine, prazosine, tamsulosine, térazosine ont une efficacité similaire, comme les formes à longue durée d'action. Ils améliorent le score des symptômes de 30 à 40%, le flux maximum de 15 à 30%. Ils agissent rapidement dans les 48 h. 70% des patients sont répondeurs. Ils ne modifient pas le volume de la prostate et l'évolution de la maladie².

Les effets secondaires sont cardiovasculaires et généraux (hypotension orthostatique pouvant conduire aux urgences, céphalées, vertiges, asthénie, somnolence) et sexuels (troubles de l'éjaculation). Les premiers sont plus fréquents après 74 ans et chez les patients prenant

d'autres médicaments d'action cardiovasculaire. La tamsulosine serait mieux tolérée de ce point de vue, mais avec plus de troubles de l'éjaculation^{2,3}.

Les inhibiteurs de la 5 α -réductase

Les deux produits (finastéride et dutastéride) réduisent lentement (6 mois) le volume prostatique et diminuent le risque de rétention. Ils ont une efficacité similaire dans les essais contrôlés sur la réduction du volume prostatique et l'amélioration des symptômes, observées dans 25% des cas. Les risques de rétention et le besoin de traitement local semblent réduits d'environ 50%. Un patient sur 3 arrête le traitement dans les 2 ans. L'efficacité semble liée au volume prostatique^{2,3}. Les effets secondaires sont sexuels : troubles de l'érection et de l'éjaculation, réduction de la libido, gynécomastie. De plus une grande étude randomisée (18 000 hommes randomisés entre finastéride et placebo suivis 7 ans) a montré avec le finastéride, malgré une réduction du nombre de cancers de la prostate, une augmentation importante des cancers de haut grade, de pronostic très péjoratif⁵.

Y a-t-il intérêt à associer ces deux classes ?

Une grande étude récente a comparé sur 4,5 ans chez 3047 hommes doxazosine, finastéride, leur association, et placebo. Par rapport au placebo, la réduction du risque de rétention est de 31%, 67% et 79% ; pour celui du recours à la chirurgie les chiffres sont identiques au placebo avec doxazosine, et réduits de 64% avec finastéride et 67% avec l'association³.

Que conclure pour notre pratique ?

- **α -bloquants et inhibiteurs de la 5 α -réductase : efficacité prouvée.**

Les premiers ont une action rapide, symptomatique, qui ne modifie pas l'évolution de l'HBP ; les seconds une action lente, dépendant du volume prostatique, bénéfique sur le devenir de l'HBP.

- **Effets secondaires à prendre en compte :** le choix des médicaments dépend de l'âge, des pathologies associées, des attentes du patient, de la durée envisagée. Il reste à lever l'incertitude sur le risque de cancer.

- **Association des 2 ?** Son coût, la nécessité d'un traitement prolongé, avec les risques de cancer agressif, font qu'elle ne peut être systématique et n'a d'intérêt que pour les patients à haut risque de complications³.

Nous reviendrons sur les stratégies d'attente non médicamenteuses.

Références :

1. Prescrire rédaction. Hypertrophie bénigne de la prostate. Ne pas précipiter les interventions thérapeutiques. Rev Prescrire. 2004;252:532-5.
- 2- Patel AK, Chapple CR. Benign prostatic hyperplasia: treatment in primary care. BMJ. 2006;333:535-9.
- 3- Wisard M, Leisinger HJ. Hyperplasie bénigne de la prostate. Rev Med Suisse. 2005;1:173-6.
- 4- Bent S et al. Saw palmetto for benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2006;354:557-66.
- 5- Collectif. Le finastéride peut-il prévenir le cancer de la prostate ? Bibliomed. 2003;314.