

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Évaluation des pratiques de la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate par les médecins généralistes du département du Maine-et-Loire en 2015

LE BORGNE Félix

Né le 10/08/1985 à ANGERS (49)

Sous la direction de M. LEBDAI Souhil

Membres du jury

Mr le Professeur AZZOUZI Abdel Rahmene	Président
Mr le Docteur LEBDAI Souhil	Directeur
Mr le Dr CONNAN Laurent	Membre
Mr le Pr MERCIER Philippe	Membre

Soutenue publiquement le :
23 Septembre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Félix LE BORGNE.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **22/08/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

À monsieur le professeur Abdel Rahmène AZZOUZI,
Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.
Vous avez su me tendre la main pour accomplir ce travail.
Votre gentillesse et votre pédagogie resteront gravées.

À Souhil,
Pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail,
Pour ta gentillesse, ta réactivité et ta compétence,
Je désirais ici remercier chaleureusement le docteur et l'homme.
Hope to see you soon.

À Monsieur le docteur Laurent CONNAN,
Vous me faites, à nouveau, l'honneur de participer à un jury.
Votre présence en ce jour m'était primordiale.
Veuillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À Monsieur le Professeur Philippe MERCIER,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
De notre rencontre aux journées d'orientation à Mongazon à l'optionnel d'anatomie topographique, vous avez été une source d'inspiration et de motivation.
Je tenais, ici, à vous témoigner mon profond respect.

Aux nombreux médecins,
Qui ont pris de leur temps pour m'aider dans mon travail,
Soyez assurés de mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

À Jozer,

Pour tous ces souvenirs... Depuis les bancs de prépa plus, en passant par nos soirées « cas cliniques », nos matinées de stage en hématologie ou en pédiatrie, jusqu'à notre petite chambre d'hôtel avant les ECN.

Tu sais ma profonde amitié et mes encouragements. Cela sera, très bientôt, ton tour !

À Samy,

Mon second frère, pour tes précieux conseils et ton écoute.

À Nicolas,

Pour ta confiance, ton amitié. Je me souviendrai de nos stages d'interne à Cholet, de notre camaraderie mais aussi de ton soutien sans faille.

À vous tous, amis et co-internes

Julien, Nicolas, Guillaume, Thomas, François, Jean-Baptiste, Antoine, Katy, Julien...

À ma famille,

Quel plaisir de vous voir réunis. Merci de m'avoir guidé jusqu'ici. J'ai une pensée toute particulière pour ceux, absents aujourd'hui, qui je rends si fiers. Je vous aime

À Meryl,

Last but not least...

Pour le bonheur que tu m'apportes. Rien ne m'est plus précieux. Je t'aime

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Données générales**
- 2. Terminologie**
- 3. Bilan initial**
- 4. Prise en charge initiale**
- 5. Suivi**
- 6. Recommandations**
- 7. Analyse en sous-groupe**
 - 7.1.1. Selon le sexe
 - 7.1.2. Selon l'âge
 - 7.1.3. Selon le milieu d'exercice

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Objectif :

L'objectif était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) par les médecins généralistes (MG).

Sujets et Méthodes :

Deux cent cinquante MG ont été tirés au sort pour remplir un questionnaire de juillet à septembre 2015. Ce questionnaire comportait une partie démographique et interrogeait les praticiens sur leur prise en charge de l'HBP.

Résultats :

Cent quarante-sept réponses ont été recueillies soit un taux de participation de 59%. Nous retrouvions 61% d'hommes. L'âge médian était de 48 ans. Ils étaient 93% à interroger leurs patients mais seulement 8% à utiliser le score IPSS. Le toucher rectal (TR) était pratiqué par 62% des praticiens. La réalisation d'examens complémentaires non recommandés (Antigène spécifique prostatique, échographie des voies urinaires et créatinine) était pratiquée par 71% à 88% des praticiens. Ils étaient 94% à initier un traitement médicamenteux et 41% à instaurer une association médicamenteuse préférentiellement alpha-bloquant et inhibiteurs de la 5-alpha-réductase. L'échec d'une monothérapie était le principal motif de recours à l'avis spécialisé. Le milieu d'exercice ne semblait pas influencer sur la prise en charge. Les MG les plus jeunes pratiquaient moins de TR ($p < 0.01$). Les femmes réalisaient moins de TR ($p < 0.01$). Elles prescrivaient plus d'examen d'urine ($p = 0.013$) et d'échographie ($p = 0.016$). Elles étaient moins nombreuses à instaurer un traitement ($p = 0.02$) ou une association ($p < 0.01$).

Conclusion :

La prise en charge de l'HBP par les MG était une prise en charge de qualité pouvant être encore améliorée.

INTRODUCTION

L'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) est une des pathologies les plus fréquentes de l'homme de plus de 50 ans (1). Elle est caractérisée histologiquement par une hyperplasie stromale et épithéliale localisée au niveau de la zone de transition péri-urétrale de la prostate comme décrit par Mc Neal (Annexe 1). La prévalence de l'HBP passe de 25% chez les 40-49 ans à 80% chez les 70-79 ans (2) (3) (4). Cette hyperplasie peut être responsable de symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) gênants définissant ainsi l'HBP clinique (5). La corrélation entre l'histologie et la clinique est imparfaite si bien que la prévalence de l'HBP clinique des hommes de plus de 60 ans est d'environ 40% (6). Cependant, cette prévalence atteint 58% chez les hommes de 55 à 70 ans consultant leur médecin généraliste (7). L'HBP est de ce fait un motif de consultation très fréquent dans les cabinets de soins primaires.

Au-delà de sa fréquence, la définition clinique de l'HBP est délicate. Elle correspond à l'intrication de plusieurs composantes : une obstruction sous-vésicale (OSV), une augmentation de volume de la prostate, et des SBAU. La relation entre ces trois composantes est complexe. Des patients peuvent avoir une augmentation du volume de la prostate sans SBAU ni OSV ; tous les SBAU ne sont pas liés à une HBP ; l'OSV liée à l'HBP peut être asymptomatique ; l'OSV peut avoir d'autres causes que l'HBP et tous les SBAU ne sont pas gênants pour le patient. L'HBP prend un aspect encore plus complexe du fait de sa fréquente association à des troubles des fonctions sexuelles (8). De nombreuses études ont mis en évidence une relation entre la sévérité des SBAU et des dysfonctions érectile et ejaculatoire (1) (9) voire des troubles de la libido. Bien que « bénigne » l'HBP peut ainsi avoir des répercussions majeures sur la qualité de vie et entraîner des troubles anxiodépressifs marqués (10) (11).

Avant même d'aborder la prise en charge thérapeutique, le bilan initial comporte de nombreuses difficultés liées à des tableaux cliniques complexes et la présence de diagnostics différentiels nombreux voire associés. Ce constat rend essentielle une formation appropriée des médecins généralistes, d'autant que la prise en charge de ces troubles permet une amélioration de la qualité de vie et des troubles de l'humeur (12).

Des recommandations de bonnes pratiques ont été établies par le Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme (CTMH) de l'Association Française d'Urologie (AFU) pour le bilan et la prise en charge

thérapeutique des SBAU en lien avec l'HBP à destination des urologues (13). Lors d'une évaluation de l'impact de ces recommandations, de nombreux urologues avaient fait part de leur désir de disposer d'un guide de prise en charge à l'usage des praticiens de médecine générale (14). Devant une symptomatologie urinaire d'apparence banale chez un homme de plus de 50 ans, le rôle du médecin généraliste, souvent premier interlocuteur du patient, est primordial. Une approche standardisée est souhaitable du fait du retentissement, parfois considérable, sur la qualité de vie du patient, du risque de complications et des difficultés diagnostiques. Pour aider les praticiens de médecine générale le CTMH a ainsi publié en 2015 un guide de prise en charge de l'HBP (15).

Le but de notre travail était dans un premier temps de décrire les standards actuels de la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate, puis de faire un nouvel état des lieux (16) des pratiques cliniques en cabinet de soins primaires dans le département du Maine et Loire. Les résultats de ce travail permettront d'établir des objectifs pédagogiques ciblés pour l'enseignement dans le cadre de FMC, d'EPU et de cours à la faculté.

Les recommandations du CTMH de l'AFU concernant la prise en charge de l'HBP par les médecins généralistes ont été publiées en 2015 et sont disponibles sur le site Urofrance (<http://urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/guide-de-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-symptomes-du-bas-appareil-urinaire-de-lhomm.html>).

DONNEES FONDAMENTALES

Commençons par définir quelques notions fondamentales sur les symptômes du bas-appareil urinaire. La sémiologie actuelle classe les SBAU selon les trois phases de la miction définissant ainsi les SBAU de la phase mictionnelle, de la phase post-mictionnelle et de la phase de remplissage. Les SBAU de la phase mictionnelle sont caractérisés par un jet pouvant être décrit comme haché, hésitant, faible ou en arrosoir et par une miction trainante ou par poussée.

Les troubles de la phase post-mictionnelle sont caractérisés par une sensation de vidange incomplète ou la survenue de gouttes retardataires.

Les SBAU de la phase de remplissage sont caractérisés par une pollakiurie, une nycturie, une urgenturie et une incontinence urinaire.

SYNTHESE DES BONNES PRATIQUES

A) Bilan initial

1- Interrogatoire

L'interrogatoire est un élément essentiel dans le bilan initial et le suivi des patients. En effet, il permet d'identifier les différents types de SBAU et, déjà, d'en orienter le diagnostic étiologique. Du fait de l'importance d'un langage commun, la terminologie de l'International Continence Society (ICS) est à utiliser. Dans le cadre de l'HBP, le tableau classique, chez un homme de plus de 50 ans, associe des SBAU des phases mictionnelles, post-mictionnelles et de remplissage. Il est à noter que les SBAU de la phase mictionnelle sont les plus spécifiques de l'HBP. Un interrogatoire complet est indispensable à la recherche d'autres causes évidentes de ces SBAU. Ce dernier recherchera donc particulièrement les antécédents vésicaux et urologiques d'infections à répétition, de calculs vésicaux, de radiothérapie pelvienne, de tumeur vésicale et de sténose urétrale. Il s'attachera également à vérifier l'absence d'hématurie macroscopique, d'antécédents neurologiques ou de traumatisme pelvien et à lister les traitements médicamenteux à la recherche, notamment, des médicaments à activité anticholinergique. La réalisation d'un questionnaire validé comme l'International Prostate Symptom Score (IPSS) peut être une aide pour le bilan et le suivi (Annexe 2). Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant d'évaluer l'intensité de ces troubles urinaires et la gêne occasionnée. Son évaluation permet d'adapter le choix thérapeutique et d'évaluer la réponse au traitement proposé lors du suivi ultérieur.

Compte tenu de la fréquente association des SBAU et des troubles des fonctions sexuelles, une évaluation de la sexualité est recommandée en s'aidant si besoin d'un questionnaire spécifique comme l'IIEF5 ou le MSHQ (Annexe 3 et 4).

De nombreux autres questionnaires ont été développés, comme celui de Lukacs (17), explorant l'activité physique, intellectuelle, sexuelle et sociale. L'utilisation de ces tests en pratique quotidienne peut sembler contraignante mais ils permettent aux praticiens de réaliser un interrogatoire exhaustif et de disposer de scores reproductibles des symptômes et de leurs retentissements.

2- Examen physique

L'examen physique comporte un examen abdominal, des fosses lombaires, des organes génitaux externes, un examen neurologique du périnée et enfin le toucher rectal.

La palpation abdominale recherche principalement un globe vésical se traduisant cliniquement par une matité sus-pubienne à convexité supérieure. Un examen de la verge, du gland et du méat permet d'éliminer une sténose du méat et un phimosis. Un examen de la sensibilité périnéale et des réflexes périnéaux avec évaluation de la fonction sphinctérienne sont réalisés. L'examen se termine par le toucher rectal, élément fondamental dans le diagnostic d'HBP. Il est effectué avec douceur par l'index coiffé d'un doigtier dans des conditions de lubrification adéquates. Il est réalisé, après vidange vésicale chez un patient décubitus dorsal en position gynécologique sur un plan dur ou en position debout penché en avant, le praticien étant accroupi derrière lui (Annexe 5). Ces deux positions permettent de mettre aisément en contact la pulpe de l'index avec la face antérieure du rectum. Cet examen permet d'évaluer la consistance, la forme et la régularité de la glande. La découverte d'une prostate ferme, lisse, indolore régulière avec disparition du sillon médian signe l'HBP. Le toucher rectal est indispensable dans le bilan initial d'un patient présentant une HBP. Un avis spécialisé est recommandé lorsqu'il n'est pas réalisé.

3- Examens paracliniques

Un examen d'urines par bandelette urinaire (BU) ou examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est indispensable à la recherche d'une bactériurie, d'une leucocyturie ou d'une hématurie.

La pratique d'un calendrier mictionnel, bien que facultative, peut se révéler intéressante notamment chez les patients présentant des troubles de la phase de remplissage prédominants ou en cas de nycturie isolée.

Le dosage de la créatininémie a longtemps été recommandé dans le cadre du bilan de l'HBP du fait du risque d'insuffisance rénale chronique obstructive. L'amélioration du dépistage et de la prise en charge des patients a permis de faire diminuer la fréquence de cette complication. Aujourd'hui, la plupart des insuffisances rénales chroniques n'étant pas d'origine obstructive (18) chez ces patients, le dosage de la créatinine est considéré comme optionnel (13) (15). Dans une revue de littérature réalisée par l'ANAES la prévalence de l'insuffisance rénale liée à l'HBP était de 1.8% à 2.3% (18) (19). Le dosage de la créatinine permet essentiellement de dépister une insuffisance rénale associée à des comorbidités telles que le diabète ou l'hypertension.

Les cellules de la zone de transition, zone prostatique où se développe l'HBP, produisent beaucoup plus de PSA que les autres cellules prostatiques d'où la probable explication de l'élévation du PSA avec l'augmentation du volume prostatique dans l'HBP. Le dosage du PSA n'étant pas spécifique, il n'est pas recommandé dans le bilan et le suivi des patients présentant une HBP. Le seul intérêt de son dosage dans le suivi de ces patients demeure le dépistage d'un cancer de la prostate dont la découverte modifierait la prise en charge de l'HBP. Il est donc recommandé avant tout traitement chirurgical.

L'échographie de l'appareil urinaire permet de rechercher une dilatation du haut-appareil urinaire, une pathologie vésicale (tumeur, calcul, diverticule), une anomalie du parenchyme rénal et permet une mesure du résidu post-mictionnel (RPM). Sa réalisation par voie endorectale permet également d'apprécier précisément le volume prostatique. Sa pratique est jugée optionnelle lors du bilan initial mais devient indispensable lors du suivi en cas d'HBP compliquée.

La liste des examens recommandés est rapportée en annexe 6.

B) Suivi des patients présentant une HBP

Le suivi des patients présentant une HBP est exclusivement clinique. Comme mentionné, la réalisation d'un score symptomatique comme le score IPSS permet d'évaluer l'intensité de la gêne et d'évaluer

l'efficacité d'un éventuel traitement. En cas de prise en charge médicamenteuse, une évaluation est recommandée dans les 6 mois puis tous les ans.

C) Traitement des SBAU liés à une HBP

1- Surveillance active et consignes hygiéno-diététiques

Une information claire sur les troubles mictionnels et leur caractère bénin peut permettre une amélioration de la symptomatologie (20). Une surveillance active est une option thérapeutique préconisée pour les patients paucisymptomatiques. Les conseils hygiéno-diététiques, pouvant améliorer la symptomatologie (21), doivent être rappelés (22). Il peut notamment être conseillé de réduire les apports hydriques après 18h, de diminuer les consommations d'alcool et de café, d'adapter les traitements médicamenteux du patient ou de prendre en charge une éventuelle constipation. Lorsqu'un traitement médicamenteux est envisagé, il est licite de proposer en première intention un traitement de phytothérapie ou un alpha-bloquant.

2- Phytothérapie

Bien que leur mécanisme d'action ne soit pas élucidé, les extraits de plante peuvent être proposés aux patients présentant des SBAU invalidants du fait de leur efficacité et de leur bonne tolérance (23). Les deux extraits de plantes utilisés dans cette indication en France sont l'extrait de *Pygeum africanum* et l'extrait de *Serenoa Repens*.

De nombreuses études ont mis en évidence que la prise de *Pygeum africanum* améliorait significativement la symptomatologie, le score IPSS, le résidu post mictionnel et la débitmétrie (24) (25) (26). Bien que concernant un faible nombre de patients avec des durées de suivi courtes, une méta-analyse avait conclu à une efficacité supérieure du *Pygeum africanum* par rapport au placebo (27) avec un profil de tolérance excellent (28). Le *Serenoa Repens* présentait également une efficacité sur les SBAU légers à modérés en lien avec une HBP (29) significativement supérieure au placebo concernant l'auto-évaluation de la symptomatologie urinaire, la débitmétrie et l'amélioration du score IPSS (30) (31) et comparable aux inhibiteurs de la 5-alpha réductase (31) avec moins d'effets

secondaires sur la sexualité (31) (32). D'autres études ont rapporté des résultats contradictoires, ne mettant pas en évidence de différence entre le *Serenoa Repens* et le placebo concernant la symptomatologie évaluée par le score American Urological Association Symptom Index (AUASI) et la débitmétrie (33) (34). Une méta-analyse concluait à l'absence de supériorité du *Serenoa Repens* versus placebo dans le traitement des SBAU en lien avec une HBP (35). Une efficacité clinique identique à la tamsulosine a été mise en évidence concernant l'amélioration de l'IPPS et du débit urinaire (36). Il a également mis en évidence une amélioration de la symptomatologie et des résultats de débitmétrie et du RPM supérieure chez les patients recevant une association *Serenoa Repens* et tamsulosine versus chacune des 2 monothérapies (37) non retrouvée par d'autres études (38) (39).

En conséquence, l'association avec d'autres traitements utilisés dans l'HBP n'est donc pas recommandée.

3- Les alpha-bloquants

Les alpha-bloquants sont efficaces sur les SBAU liés à l'HBP (40) (41) (42). Ils entraînent une réduction du tonus des cellules musculaires lisses de la prostate et du col de la vessie diminuant ainsi l'obstruction prostatique. Les molécules disponibles dans cette indication sont l'alfuzosine, la doxazosine, la prazosine, la silodosine, la tamsulosine et la térazosine. Les effets indésirables sont principalement des vertiges, une asthénie, des céphalées, des troubles de l'éjaculation et des manifestations cardiovasculaires, tachycardie, palpitations et hypotension orthostatique. Ils sont considérés de peu fréquents à fréquents selon les molécules (43) (44) (45) (46) (47) (48).

Les effets indésirables, notamment cardiovasculaires, bien que généralement peu sévères, étaient plus fréquents avec la térazosine (41) et la doxazosine (49) qui sont des alpha-bloquants non sélectifs contrairement à la tamsulosine, la silodosine et à l'alfuzosine qui ont une meilleure sélectivité prostatique. Malgré une amélioration globale de la fonction sexuelle sous alpha-bloquant, des troubles éjaculatoires peuvent survenir. Ces troubles étaient observés principalement avec la tamsulosine (50) (51) (52) mais paradoxalement pas avec l'alfuzosine (53) (54). Le risque de survenue du syndrome de

l'iris flasque peropératoire (SIFP), pouvant compliquer la chirurgie de la cataracte, justifie d'interrompre le traitement par alpha-bloquant 1 à 2 semaines avant l'intervention ou de différer son instauration. Il n'existe pas à ce jour de preuve suffisante pour recommander un alpha-bloquant plutôt qu'un autre.

4- Les inhibiteurs de la 5 alpha réductase

Le finasteride et le dutastéride sont les deux inhibiteurs de la 5 alpha réductase disponibles. Ils semblent être les seuls à limiter l'évolution clinique de l'HBP en cas de prise prolongée (55), améliorant ainsi la symptomatologie et le risque de prise en charge chirurgicale ou de rétention aigue d'urines (55). Une méta-analyse réalisée par Yin n'a pas mis en évidence de différence d'efficacité entre les deux molécules à l'exception d'une amélioration significativement plus importante du score IPSS avec le dutastéride (56) avec une différence moyenne de -1.80 [IC95 : -2.90 ; -0.11].

Bien que leur prise soit associée à une réduction globale de la survenue de cancer de la prostate, il persiste un doute sur un risque de cancer de la prostate de haut-grade (57) (58) (59) lié au traitement. Leur utilisation dans la prise en charge des SBAU de l'HBP n'est cependant pas corrélée à une augmentation de la mortalité par cancer de la prostate (60). En inhibant l'action de la 5-alpha réductase, les 5 ARI empêchent la métabolisation de la testostérone en dihydrotestostérone (DHT), métabolite actif stimulant la croissance prostatique. De ce fait, les 5 ARI entraînent une réduction de l'ordre de 20% du volume prostatique et de 50% du taux de PSA après une prise de 6 à 12 mois (61).

En conséquence, la réalisation d'un PSA avant l'instauration du traitement et une surveillance annuelle du PSA doit être réalisée. Toute augmentation du PSA dans ce cadre doit être contrôlée et peut justifier un avis spécialisé.

L'association à un alpha-bloquant est plus efficace pour prévenir la progression clinique de l'HBP que chacune des monothérapies (62) (63). L'association n'est cependant pas plus efficace pour prévenir une rétention aigue d'urine ou une prise en charge chirurgicale qu'une monothérapie par 5ARI (63).

L'avis de la commission de transparence de l'HAS conclut que l'efficacité supplémentaire de la forme combinée est faible. La prescription de la forme combinée n'est envisageable que pour les patients

présentant un bénéfice clinique après une prise séparée des deux principes actifs pendant une période d'au moins 6 mois (64).

5- Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V

Le tadalafil en prise quotidienne à 5mg par jour a démontré une efficacité dans la prise en charge des SBAU comparés au placebo (65) (66) et équivalente aux alpha-bloquants (65). Il permet une amélioration clinique assez rapide des SBAU (67) et également de la dysfonction érectile et de la qualité de vie (65).

En présence d'une dysfonction érectile, le tadalafil en une prise quotidienne est une alternative à envisager. Il est également à noter que l'association d'un inhibiteur la phosphodiesterase de type V, utilisé pour traiter une dysfonction érectile, à un traitement de l'HBP est possible.

6- Les anticholinergiques

Bien qu'ils ne soient pas à proprement parler des traitements de l'HBP, la persistance de symptômes de la phase de remplissage peut nécessiter la prescription d'un traitement anticholinergique. Des deux médicaments anticholinergique utilisés dans ce cadre, l'oxybutinine et la toltérodine, seule la toltérodine a prouvé une efficacité dans les SBAU de la phase de remplissage en lien avec l'HBP (68) . Cependant, du fait du risque de majoration d'une dysurie, de la survenue d'une rétention aigue d'urine et du fait des nombreux diagnostics différentiels devant des SBAU de la phase de remplissage, un avis spécialisé est recommandé pour évaluer l'indication et décider de l'instauration du traitement.

7- Les traitements chirurgicaux

Une prise en charge chirurgicale doit être proposée d'emblée en cas d'HBP compliquée (insuffisance rénale obstructive, incontinence urinaire par regorgement, rétention aiguë d'urine avec échec de sevrage de la sonde, lithiase vésicale) ou secondairement en cas de SBAU invalidants pour lesquels le traitement médicamenteux est insuffisant ou mal toléré. Les techniques de référence traditionnelles

sont l'incision cervico-prostatique pour les patients jeunes avec un faible volume prostatique (<30 mL), la résection transurétrale de prostate (RTUP) monopolaire et bipolaire, en cas de volume prostatique entre 30 et 80 mL et l'adénomectomie par voie haute (AVH) pour les prostates plus volumineuses (>80 mL). La photovaporisation de la prostate par laser GreenLight® (PVP), et l'énucléation au laser Holmium (HoLEP) représentent aujourd'hui des alternatives aux gold-standards (13) (69) (70) (71). Ces techniques permettent une réduction des durées de sondage et d'hospitalisation et une diminution du risque hémorragique permettant une prise en charge des patients sous antiagrégants voire anticoagulants ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire (72) (73). Les techniques mini-invasives comme la thermothérapie par micro-ondes, la thermothérapie par radiofréquence ou les prothèses urétrales demeurent d'indication et de pratique rares. Les injections intraprostatiques de toxine botulique ou d'éthanol ou les prothèses intraprostatiques sont toujours en phase d'évaluation (74) (75).

D) Synthèse

Un des principaux enjeux de la prise en charge de l'HBP est d'identifier les situations pour lesquelles un avis spécialisé est recommandé. Ainsi, chez un patient présentant une symptomatologie atypique, une anomalie aux examens cliniques ou paracliniques, un échec thérapeutique ou en cas de complications, un avis urologique est indispensable.

À l'occasion de la publication du guide de prise en charge de l'HBP (15) à l'attention des médecins généralistes, il nous est apparu essentiel de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du département du Maine-et-Loire concernant la prise en charge des SBAU en lien avec une HBP.

MÉTHODES

Sur les 739 médecins généralistes en activité en juin 2015 dans le département du Maine-et-Loire, 250 ont été tirés au sort pour remplir un questionnaire anonyme sur une période de 3 mois allant du 1er juillet au 30 septembre 2015.

Les praticiens effectuant des gardes dans les Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) du département ont trouvé dans leur CAPS de rattachement le questionnaire à compléter. En cas de non-participation, un contact téléphonique ou courriel était initié afin de solliciter la participation du praticien. Les autres médecins ont été contactés par courrier et/ou téléphone et/ou en accès direct à leur cabinet.

Le questionnaire soumis (Annexe 7) abordait :

- Les données démographiques (âge, sexe, milieu d'exercice, distance d'un spécialiste urologue, date de la dernière formation sur l'HBP et le pourcentage d'homme de plus de 50 ans dans la patientèle)
- La terminologie sémiologique employée
- Les examens cliniques et paracliniques du bilan initial et du suivi
- La prise en charge thérapeutique
- La connaissance des recommandations de la prise en charge de l'HBP

L'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels Microsoft Excel™ et SPSS™. Les variables quantitatives ont été comparées en utilisant un chi 2 de Paerson, la significativité statistique était définie par une valeur de $p < 0,05$. Pour les analyses statistiques en sous-groupes, nous avons considéré 2 types de réponses, « non » regroupant les réponses « non » et « oui rarement » et « oui » regroupant les réponses « oui souvent » et « oui toujours ».

RÉSULTATS

1. Données générales

Nous avons soumis 250 questionnaires et 147 réponses ont été recueillies et analysées. Le taux de participation était de 59%. Les caractéristiques des praticiens ayant participé ont été détaillées dans le tableau I.

Tableau I

Tableau I : Caractéristiques de la population			
Questions		n=	%
Sexe	Hommes	89	61
	Femmes	58	39
Age	< 40 ans	42	30
	40-50 ans	34	24
	50-60 ans	43	30
	> 60 ans	22	16
Milieu d'exercice	Rural	38	26
	Semi-rural	69	47
	Urbain	40	27
Distance d'un spécialiste urologue	<15 km	75	51
	15-30 km	55	37
	>30 km	17	12

2. Terminologie

Quatre-vingt-dix pour cent des praticiens ne connaissaient pas la terminologie de l'International Continence Society (ICS). La majorité d'entre eux (de 75 à 93% selon les items) employait l'ancienne terminologie. Les réponses ont été reportées dans le tableau II.

Tableau II

Tableau II: Terminologie employée		
	Nouvelle terminologie (%)	Ancienne terminologie (%)
Hyperplasie vs Hypertrophie	13	87
Symptômes du bas appareil urinaire vs Troubles urinaires du bas appareil	25	75
SBAU de la phase mictionnelle vs Symptômes obstructifs	9	91
SBAU de la phase de remplissage vs Symptômes irritatifs	7	93

3. Bilan initial

Quatre-vingt-treize pour cent des praticiens interrogeaient souvent ou toujours leurs patients concernant leur symptomatologie urinaire. Pour l'évaluation des symptômes, 89% utilisaient un interrogatoire simple et 11% s'aidaient en plus d'un score symptomatique.

Le score IPSS était connu de 40% des praticiens. Chez ces derniers, il était rarement utilisé par 47%, jamais par 36%, souvent par 17% et toujours par 2% des praticiens. Ainsi seulement 8% des praticiens utilisaient souvent ou toujours le score IPSS. Les raisons les plus fréquemment évoquées de la sous-utilisation de ce score étaient l'oubli du questionnaire et sa durée de réalisation trop longue (Figure 1). Les médecins femmes étaient 76% à ne pas connaître ce score contre 49% d'hommes.

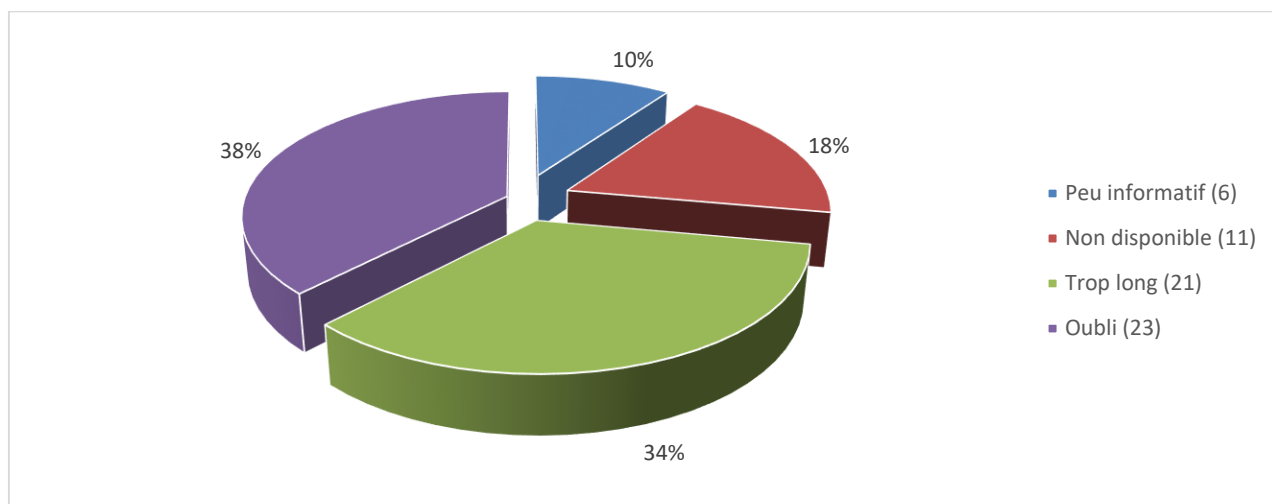


Figure 1 : Raisons de la sous-utilisation du score IPSS

Le volume prostatique était évalué par 82% des praticiens, majoritairement par échographie prostatique (82%), par toucher rectal (81%) et par dosage du PSA (51%). Le volume de la prostate influait sur la prise en charge de 55% d'entre eux.

La pratique du toucher rectal (TR) était réalisée « souvent ou toujours » par 62% des praticiens. Le TR permettait d'évaluer le volume prostatique pour 88% et d'éliminer un diagnostic différentiel pour 90%. Les principaux facteurs limitant la réalisation du TR sont détaillés figure 2. Les femmes étaient 34% à réaliser « toujours ou souvent » un toucher rectal contre 80% des hommes. Près de 30% des praticiens de médecine générale déclaraient manquer d'expérience pour interpréter le TR.

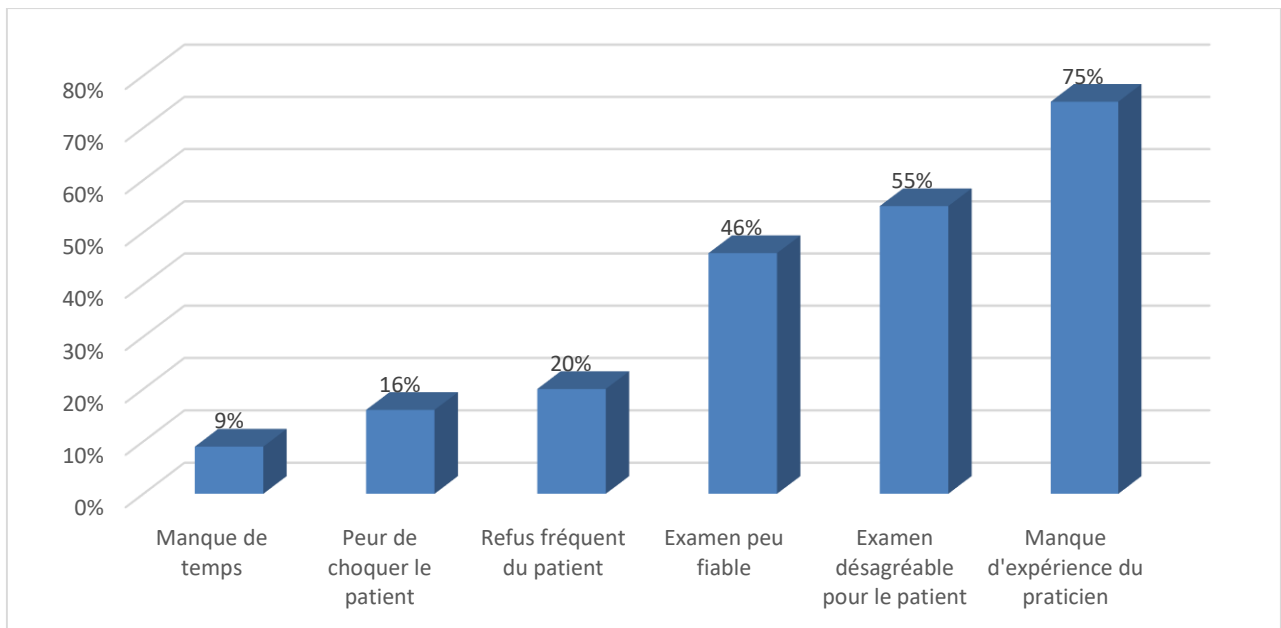


Figure 2 : Motifs de la non-réalisation du toucher rectal

Un examen d'urine était réalisé par 57% des praticiens, soit par BU simple (16%) ou soit par ECBU systématique (46%).

Cinquante-trois pour cent des médecins généralistes interrogeaient leurs patients sur leur sexualité. Pour ce faire, ils avaient recours soit à un interrogatoire simple (98%) soit à un questionnaire spécifique (1%).

Le PSA était utilisé dans le bilan initial des patients présentant des SBAU en lien avec une HBP par 88%. La motivation de sa réalisation était principalement le souhait de bénéficier d'une valeur de référence (93%) et d'éliminer un diagnostic différentiel (79%).

La synthèse des examens réalisés par les praticiens de médecine générale dans le bilan initial chez un patient présentant des SBAU en lien avec une HBP est représentée dans la figure 3.

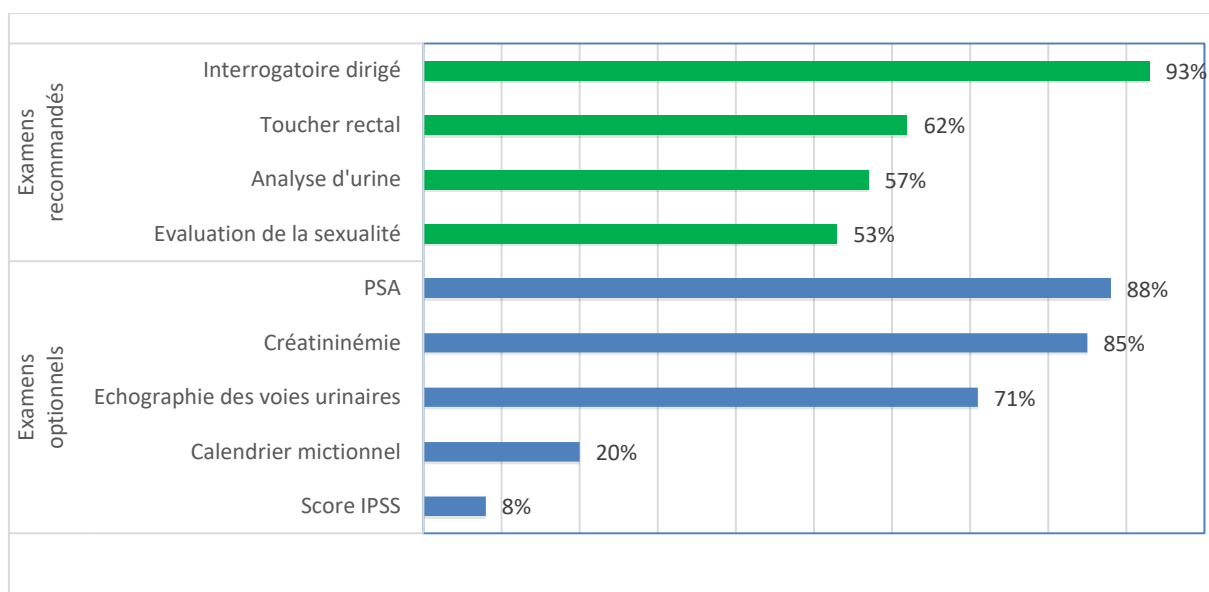


Figure 3 : Examens réalisés (recommandés en rouge, optionnels en bleu) dans le bilan initial des SBAU en lien avec une HBP par les médecins généralistes

4. Prise en charge initiale

Quatre-vingts pour cent des praticiens ne traitaient pas systématiquement leurs patients paucisymptomatiques. Ils étaient 75% à estimer qu'une surveillance simple était suffisante dans ce cas et 38% souhaitent éviter d'exposer ces patients aux effets indésirables des médicaments.

Ils étaient 20% à traiter d'emblée leurs patients paucisymptomatiques craignant une aggravation en l'absence de traitement pour 70% et en prévention de complications pour 44%.

L'AMM du CIALIS en prise quotidienne dans l'HBP était connue par 45% des médecins. Parmi ces praticiens, 24% l'utilisaient. Quarante-trois pour cent d'entre eux se disaient prêts à le prescrire après avoir pris connaissance de cette indication.

Un traitement médicamenteux était débuté par 94% des généralistes. Ils se tournaient principalement vers les alpha-bloquant (83%) et la phytothérapie (81%) (Figure 4).

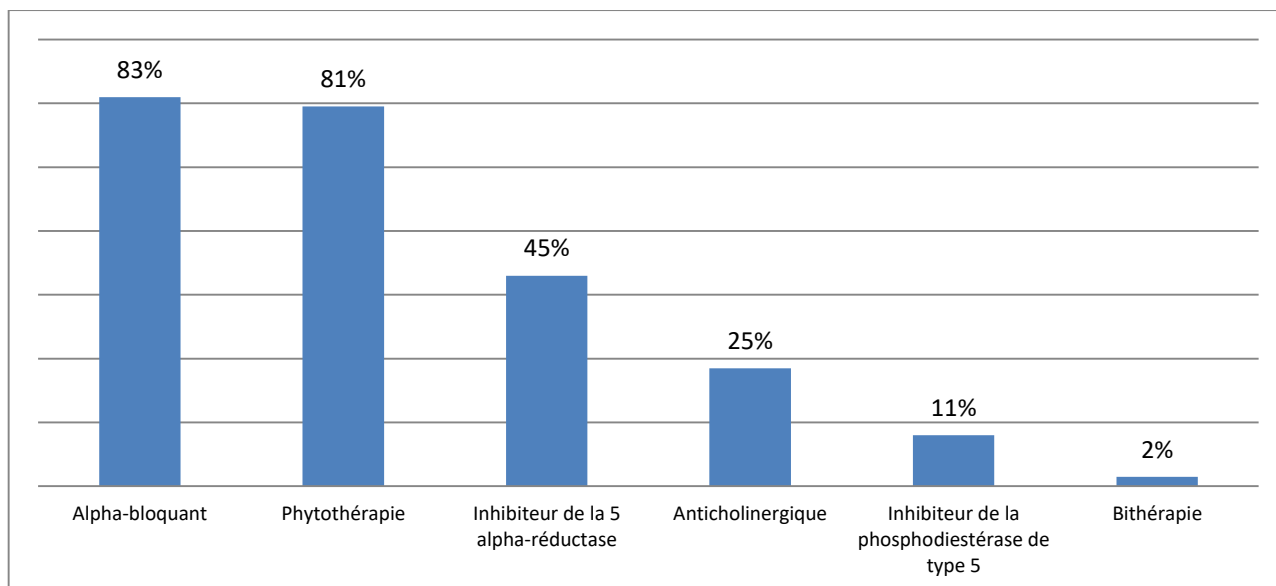


Figure 4 : Traitements instaurés en première intention

Une association thérapeutique était initiée par 41% des médecins interrogés. Les associations préférentielles étaient alpha-bloquant et inhibiteur de la 5-alpha-réductase pour 47% ou alpha-bloquant et phytothérapie pour 42%. Les autres associations médicamenteuses étaient rarement proposées (Figure 5).

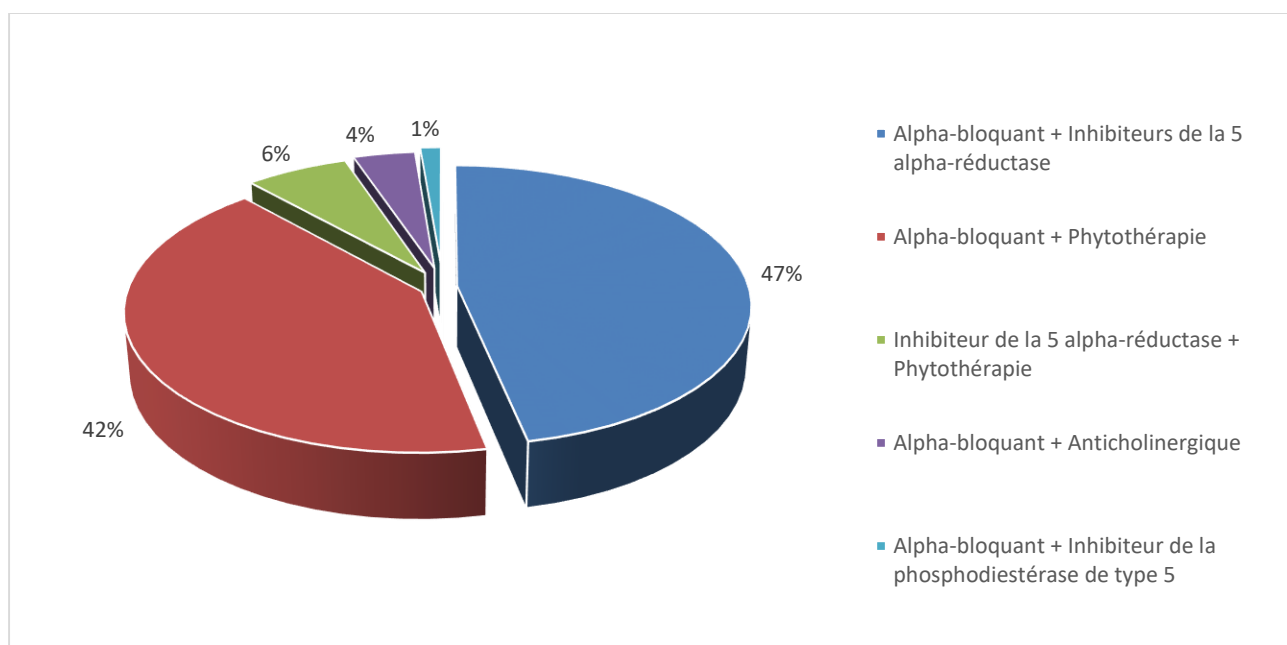


Figure 5 : Associations thérapeutiques prescrites

La prescription d'un inhibiteur de la 5-alpha-réductase nécessitait l'évaluation du volume prostatique pour 61% des praticiens. Ils étaient 73% à déclarer doser le PSA avant l'instauration d'un tel traitement,

62% à le surveiller pendant la durée du traitement et 65% à en tenir compte dans l'interprétation du résultat.

L'association fixe COMBODART® était connue par 74% des médecins. Elle avait déjà été instaurée par 36% d'entre eux. Aucun ne la prescrivait en 1^{ère} intention devant des SBAU. Parmi les prescripteurs, ils étaient 90% à l'avoir déjà instaurée après échec d'une monothérapie par alpha-bloquant, 67% après échec d'une monothérapie par inhibiteurs de la 5 alpha-réductase, 54% après une prise séparée d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5 alpha-réductase pendant au moins 3 mois et 38% après une prise séparée d'un AB et d'un 5ARI pendant 6 mois.

La poursuite d'une prise en charge médicamenteuse par les praticiens de médecine générale dans différentes situations cliniques est représentée figure 6.

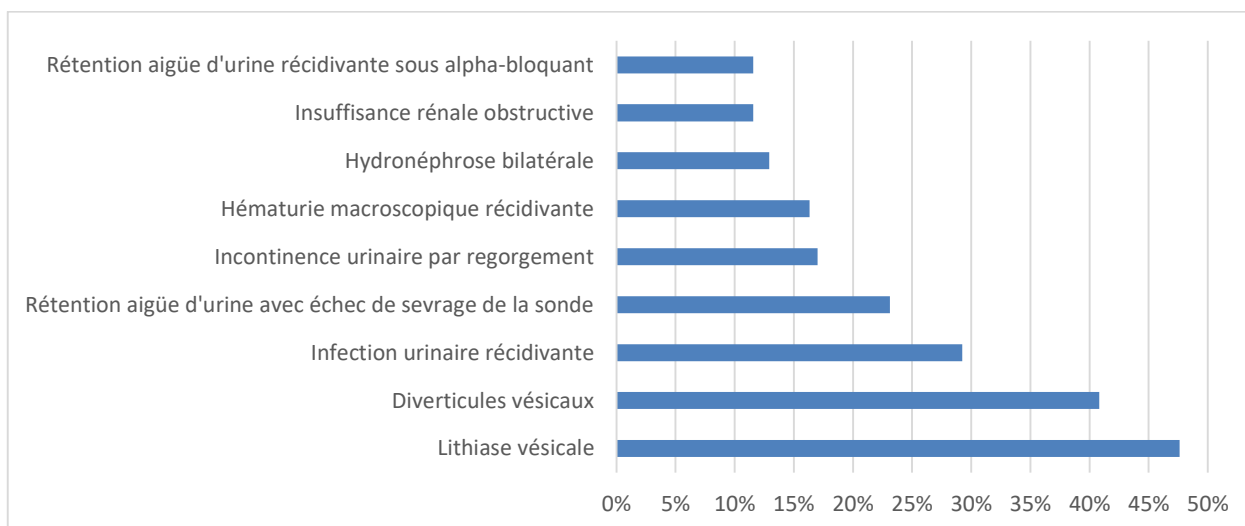


Figure 6 : Situations avec poursuite d'une prise en charge médicamenteuse sans recours à un avis spécialisé

5. Suivi

Dans notre étude, 87% des praticiens interrogés réalisaient un dosage du PSA dans le suivi de leurs patients présentant une HBP.

Soixante-deux pour cent des praticiens adressaient leurs patients à l'urologue après l'échec d'une monothérapie. Ils étaient 20% à solliciter un avis spécialisé après échec d'une bithérapie, 14% à le

faire d’emblée et 4% attendaient la survenue d’une complication ou d’une indication chirurgicale. Les motifs du recours à l’avis spécialisé sont résumés dans la figure 7.

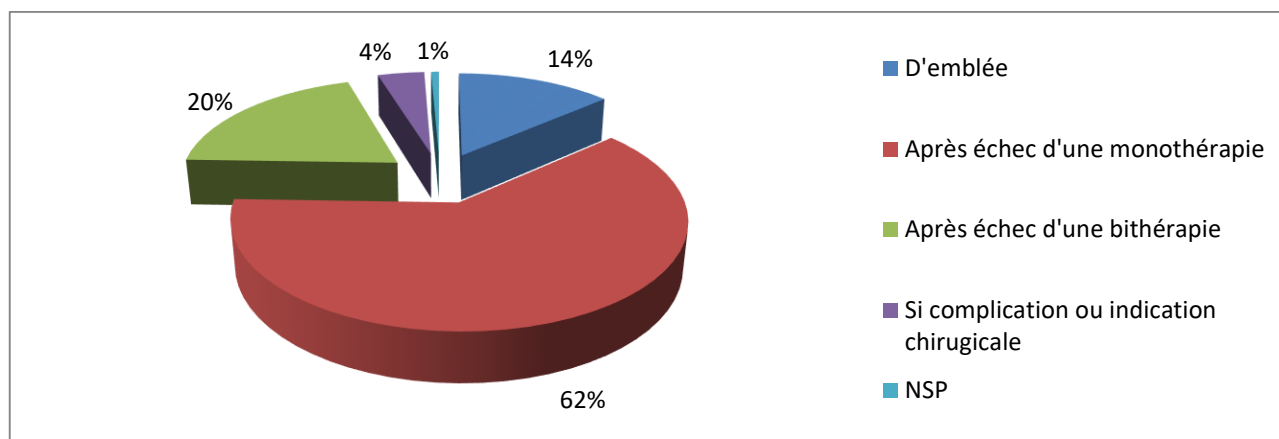


Figure 7 : Motifs de recours à un avis spécialisé urologique

6. Recommandations

Sur les 10 médecins informés de cette parution, 6 avaient lu cet article et 4 ne l’avaient pas lu, 3 par manque de temps et 1 par manque d’intérêt.

Les moyens de diffusions souhaités pour ces recommandations sont décrits dans la figure 8.

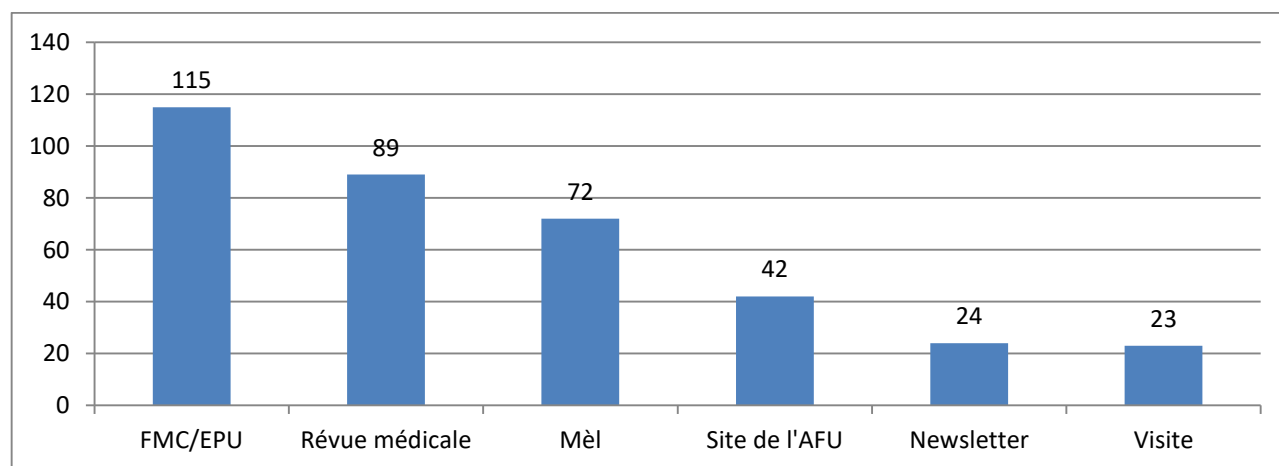


Figure 8 : Moyens d’information souhaités pour la parution du guide de prise en charge

Quatre-vingt-sept pour cent des praticiens pensaient que ce guide de prise en charge pouvait les aider et 96% des praticiens se disaient prêts à modifier leur pratique en se basant sur ces recommandations.

7. Analyse en sous-groupes

7.1. Selon le sexe du praticien

Les différences dans le bilan et la prise en charge des patients selon le sexe des praticiens sont représentées tableau III. L'âge moyen des praticiens de sexe féminin était de 43 ans contre 50 ans pour les hommes ($p < 0.01$). Il n'était pas retrouvé de différence du milieu d'exercice ($p = 0.665$). Les médecins femmes réalisaient moins de TR ($p < 0.05$) mais plus d'examens d'urine ($p = 0.02$) et d'échographie ($p = 0.03$). Elles instauraient moins de traitement médicamenteux ($p < 0.01$) et d'association médicamenteuse ($p < 0.01$). Elles étaient 25% à solliciter un avis spécialisé urologique pour l'instauration d'un traitement contre 6% des hommes ($p < 0.01$).

Tableau III

Tableau III: Bilan et prise en charge de l'HBP selon le sexe					
	Femme		Homme		p
	N=	%	N=	%	
IPSS (connaissance)	14	24	45	51	<0,01
IPSS (utilisation)	3	21	8	18	0,53
Interrogatoire	54	93	83	93	0,97
Toucher rectal	20	34	71	80	<0,05
Examen d'urine	40	69	44	49	0,02
Calendrier mictionnel	13	22	16	18	0,51
Evaluation sexualité	28	48	49	55	0,42
PSA	51	88	79	89	0,87
Echographie	47	81	57	64	0,03
Créatininémie	50	86	74	83	0,61
Instauration traitement	50	86	88	99	<0,01
Instauration association	11	19	48	54	<0,01

7.2. Selon l'âge du praticien

Les médecins ont été classés en 2 groupes selon l'âge médian défini ci-dessus. Les praticiens les plus jeunes connaissaient moins bien le score IPSS ($p < 0.01$) et réalisaient moins de TR ($p < 0.01$). Il n'était pas noté de différence significative dans le reste du bilan et la prise en charge des patients selon l'âge des praticiens (tableau IV). Il était à noter la prédominance de praticiens masculins chez les praticiens les plus âgés et la prédominance des praticiens féminins chez les plus jeunes ($p < 0.01$). Il n'était pas retrouvé de différence du milieu d'exercice ($p = 0.303$).

Tableau IV

Tableau IV: Bilan et prise en charge de l'HBP selon l'âge					
	≤ 48 ans		> 49 ans		P
	N=	%	N=	%	
IPSS (connaissance)	21	29	38	51	<0,01
IPSS (utilisation)	5	24	6	16	0,48
Interrogatoire	68	93	69	93	0,90
Toucher rectal	35	48	56	76	<0,01
Examen d'urine	46	63	38	51	0,12
Calendrier mictionnel	17	23	12	16	0,28
Evaluation sexualité	37	51	40	54	0,68
PSA	62	85	68	92	0,19
Echographie	53	73	51	69	0,62
Créatininémie	61	84	63	85	0,79
Instauration traitement	66	90	72	97	0,08
Instauration association	24	33	35	47	0,07

7.3. Selon le milieu d'exercice du praticien

Les médecins ont été classés en 3 groupes selon leur milieu d'exercice, rural, semi-rural ou urbain. Il n'était pas noté de différence de l'âge moyen ($p=0.303$) et du sexe ratio ($p=0.665$) dans les 3 sous-groupes. Il n'était pas noté de différence significative dans le bilan et la prise en charge (tableau V).

Tableau V

Tableau V: Bilan et prise en charge selon le milieu d'exercice							
	Rural		Semi-rural		Urbain		P
	N=	%	N=	%	N=	%	
IPSS (connaissance)	4	24	4	15	3	19	0,77
IPSS (utilisation)	17	45	26	38	16	40	0,74
Interrogatoire	36	95	64	93	37	93	0,91
Toucher rectal	21	55	44	64	26	65	0,61
Examen d'urine	24	63	37	54	23	58	0,62
Calendrier mictionnel	8	21	14	20	7	18	0,91
Evaluation sexualité	20	53	36	52	21	53	0,99
PSA	33	87	61	88	36	90	0,88
Echographie	31	82	44	64	29	73	0,18
Créatininémie	30	79	58	84	36	90	0,39
Instauration traitement	36	95	67	97	35	88	0,13
Instauration association	17	45	28	41	14	35	0,68

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate par les praticiens en cabinet de soins primaires. Nous avons tiré un sort un échantillon de médecins généralistes parmi ceux installés dans le département du Maine-et-Loire. Les participants à notre étude avaient des caractéristiques démographiques comparables aux médecins généralistes installés dans le département avec 39% de médecins femme dans notre étude (38.5% au niveau départemental) et un âge médian de 48 ans (49 ans au niveau départemental).

Nous avons mis en évidence que le bilan initial tel qu'il était pratiqué par les médecins interrogés n'étaient pas conformes aux recommandations du CTMH. S'ils étaient 93% à interroger leurs patients sur leurs SBAU, ils n'étaient que 53% à évaluer leur sexualité, 57% à pratiquer un examen d'urines et 62% à réaliser un TR alors que leurs réalisations sont jugées nécessaires. A contrario, ils étaient 71% à pratiquer une échographie réno-vésico-prostatique et respectivement 85% et 88% à doser la créatininémie et le PSA qui sont des examens considérés comme optionnels. Ces résultats étaient globalement concordants avec ceux de l'étude de Bigot et al (16) en 2008 qui retrouvait 94.7% de praticiens réalisant un interrogatoire, 69.6% pratiquant une échographie des voies urinaires et 90.6% dosant le PSA. Cependant, 92.4% des praticiens pratiquaient un TR alors qu'ils n'étaient que 62% dans notre étude à déclarer le réaliser « souvent ou toujours ». L'étude de Costa et al (7) retrouvait des résultats similaires avec un taux de réalisation du TR à 87.4%. Le pourcentage plus élevé de femmes dans notre échantillon (39% contre 24% pour Bigot et al et 6% pour Costa et al) explique probablement cette différence, ces dernières réalisant moins de TR. Elles étaient, en effet, 34% à le réaliser « toujours ou souvent » dans notre étude contre 80% des hommes. Les praticiens de 48 ans et moins avaient également tendance à moins réaliser cet examen que les praticiens de plus de 49 ans (respectivement 48% et 76%). Ce constat peut s'expliquer par la plus forte présence de femmes dans le groupe des praticiens les plus jeunes pouvant constituer un facteur confondant. Les choix de réponses proposées dans notre étude à certaines questions (« non », « oui rarement », « oui souvent », « oui toujours ») nous ont permis de classer les praticiens en 2 groupes « non » (« non » et « oui rarement ») et « oui » (« oui souvent » et « oui toujours ») ayant comme possible conséquence de majorer l'effectif dans le

groupe « non » mais permettant d'apporter plus de nuances que dans les autres études. En outre, près de 30% des praticiens de médecine générale déclarent manquer d'expérience pour interpréter le TR ce qui est problématique compte tenu de l'importance de cet examen.

Seulement 40% des médecins connaissaient le score symptomatique IPSS et 8% l'utilisait « souvent ou toujours ». Bien que sa réalisation ne soit pas recommandée à titre systématique, il n'en demeure pas moins un outil d'évaluation précieux et un facteur prédictif essentiel dans le suivi et le traitement de l'HBP. Lors de l'évaluation des pratiques réalisée en 2008 (16), 75% des praticiens connaissaient ce score et ils étaient 15% à l'utiliser. Une nouvelle fois, la proportion plus importante de femmes dans notre échantillon peut expliquer en partie cette différence, ces dernières étant seulement 24% à connaître ce score contre 51% des hommes. Cependant, la proportion d'hommes connaissant le score était également bien plus faible que dans l'échantillon de 2008 et il semble qu'il soit moins bien connu des plus jeunes puisque seulement 29% des moins de 49 ans connaissaient le score. Ces points peuvent ainsi constituer des objectifs pédagogiques à rappeler lors des FMC, et des cours de DES.

Une des explications évoquées à la pratique non recommandée d'examen complémentaires était la crainte d'une pathologie sous-jacente, notamment un cancer de la prostate, comme le proposait Coeurdacier et al (76). La réalisation de ces examens complémentaires non recommandés est à l'origine d'un surcoût économique pour une pathologie dont la charge est déjà considérable (77). Costa et al ajoutaient même que la généralisation du dosage du PSA se faisait peut-être même aux dépens du TR (7). Cette supposition était confirmée par notre étude puisque 79% des praticiens réalisant le PSA le faisaient pour éliminer un diagnostic différentiel et non pour évaluer le volume prostatique. Cependant, la réalisation des examens biologiques ou d'imagerie ne semblait pas plus fréquente chez les praticiens ne pratiquant pas le TR.

La prise en charge initiale des patients paucisymptomatiques était adaptée puisque 80% des médecins se contentaient d'une surveillance. Lorsqu'un traitement était nécessaire, ils étaient 94% à initier un traitement choisissant préférentiellement l'alpha-bloquant (AB) (83%) et la phytothérapie (81%) comme recommandé. Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (5-ARI) (45%), les anticholinergiques (25%) et les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V (11%) demeuraient malgré tout prescrits

en première intention contre l'avis des recommandations. Lors de la prescription d'un 5-ARI, ils étaient 73% à doser le PSA avant l'instauration et 62% à le surveiller pendant la durée du traitement. Les 5ARI ont pour effet de diminuer artificiellement les PSA de 50% après 6 à 12 mois de traitement. Ce phénomène doit être pris en compte lors de l'interprétation du dosage du PSA et de son évolution. De plus, selon certains auteurs la prise de 5ARI favoriserait la survenue de cancers de prostate de haut risque alors qu'il a été démontré dans l'étude PCPT (57) qu'il diminuait significativement l'incidence des cancers de prostate en général. Ces données rendent indispensable le dosage du PSA avant l'instauration traitement puis de façon annuelle pendant la durée du traitement.

Quarante et un pour cent des praticiens débutaient une association thérapeutique privilégiant les associations AB et 5-ARI (47%) et AB et phytothérapie (42%).

Seulement 38% déclaraient avoir déjà instauré un traitement par COMBODART® après 6 mois de prise séparée des 2 monothérapies par AB et 5-ARI conformément aux recommandation de l'HAS. Il serait donc intéressant de rappeler aux praticiens les recommandations de prescription de cette association, qui ont principalement pour objectifs de limiter la survenue d'effets indésirables de ces molécules (63). Ils étaient 87% à doser les PSA pour le suivi de leurs patients. Cet examen n'est pas recommandé pour le suivi de l'HBP. Le dosage du PSA prend tout son sens si le diagnostic d'un cancer de la prostate amène à modifier la prise en charge de l'HBP.

La majorité des praticiens (62%) sollicitait l'avis spécialisé après échec d'une monothérapie. Ils n'étaient que 14% à le solliciter d'emblée pour le bilan initial et instaurer un traitement. Cela traduisait l'intérêt des médecins pour la prise en charge des symptômes du bas appareil urinaire de leurs patients. Comme le mentionnait Coeurdacier (76), la crainte d'une pathologie sous-jacente pouvait conduire les médecins généralistes à demander un avis spécialisé devant des SBAU non soulagés par une monothérapie.

Les praticiens reconnaissaient la majorité des situations nécessitant un avis spécialisé. Ce recours rapide à l'urologue permet d'éliminer un diagnostic différentiel comme un cancer des voies urinaires en cas d'hématurie. Il permet également de prévenir des complications chroniques de l'HBP comme la rétention vésicale chronique responsable d'infection urinaire et d'une incontinence urinaire, ou

l'insuffisance rénale chronique obstructive. Ils étaient cependant 48% à poursuivre une prise en charge médicamenteuse en cas de lithiase vésicale et 41% en cas de diverticules vésicaux dont la présence signe pourtant une stase vésicale chronique et un obstacle sur les voies urinaires.

Notre étude d'évaluation des pratiques concernait un faible échantillon des praticiens de médecine générale. Bien qu'ayant des caractéristiques démographiques proches de celle des médecins généralistes de notre département, la répartition des praticiens selon leur sexe a mis en évidence une nette différence de l'âge moyen à l'origine d'un possible biais de confusion.

La prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate par les médecins généralistes dans cette étude était est une prise en charge de qualité qui pouvait toutefois être améliorée. Cette étude a permis de mettre en évidence les éléments de la prise en charge les moins bien maîtrisés. Ils pourront faire l'objet de rappels lors de prochaines formations d'autant que 96% des praticiens se disaient prêts à modifier leur prise en charge. L'uniformisation des recommandations concernant la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate en médecine générale dans le guide de prise en charge réalisé par le CTMH de l'AFU devrait permettre l'actualisation des connaissances des praticiens de soins primaires. Il serait souhaitable de réaliser dans les années à venir une nouvelle évaluation des pratiques afin de juger de l'impact de ces recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol*. 2003 Dec;44(6):637-49.
2. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol*. 1984 Sep;132(3):474-9.
3. Sarma AV, Wei JT. Clinical practice. Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med*. 2012 Jul 19;367(3):248-57.
4. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 2013 Jul;64(1):118-40.
5. Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu J-N, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial et suivi de l'hyperplasie bénigne de prostate : revue de littérature du CTMH de l'AFU. *Prog En Urol*. 2012 Jan;22(1):1-6.
6. Lahlaïdi K, Ariane MM, Fontaine E. Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment ? *Rev Médecine Interne*. 2014 Mar;35(3):189-95.
7. Costa P, Ben Naoum K, Boukaram M, Wagner L, Louis J-F. [Benign prostatic hyperplasia (BPH): prevalence in general practice and practical approach of French general practitioners. Results of a study based on 17,953 patients]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. 2004 Feb;14(1):33-9.
8. Colson M-H. Conséquences psychologiques et sexuelles de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). *Sexologies*. 2014 Apr;23(2):85-90.
9. Wein AJ, Coyne KS, Tubaro A, Sexton CC, Kopp ZS, Aiyer LP. The impact of lower urinary tract symptoms on male sexual health: EpiLUTS. *BJU Int*. 2009 Apr 1;103:33-41.
10. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int*. 2009 Apr;103 Suppl 3:4-11.
11. Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Intern Med*. 2006 Nov 27;166(21):2381-7.
12. Rosen RC, Seidman SN, Menza MA, Shabsigh R, Roose SP, Tseng LJ, et al. Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. *Int J Impot Res*. 2004 Aug;16(4):334-40.
13. Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu J-N, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. *Prog En Urol*. 2012 Dec;22(16):977-88.
14. Lebdaï S, Rahmène Azzouzi A, Delongchamps NB, Benchikh A, Campeggi A, Cornu JN, et al. Évaluation de l'impact des recommandations du Comité des troubles mictionnels de l'homme sur la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de prostate. *Prog En Urol*. 2015 Jan;25(1):47-53.

15. Descazeaud A, Barry Delongchamps N, Cornu J-N, Azzouzi AR, Buchon D, Benchikh A, et al. 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 En Urol*. 2015 Jun;25(7):404-12.
16. Bigot P, Vannier F, Orsat M, Lebdaï S, Huez J-F, Fanello S, et al. Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Prog En Urol*. 2010 Jan;20(1):65-70.
17. Lukacs B, Comet D, Grange J c., Thibault P, the BPH group in General Practice. Construction and validation of a short-form benign prostatic hypertrophy health-related quality-of-life questionnaire. *Br J Urol*. 1997 Nov 1;80(5):722-30.
18. HBP 2003 Argumentaire - hbp_2003_argumentaire.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 18]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hbp_2003_argumentaire.pdf
19. Hunter DJ, Berra-Unamuno A, Martin-Gordo A. Prevalence of urinary symptoms and other urological conditions in Spanish men 50 years old or older. *J Urol*. 1996 Jun;155(6):1965-70.
20. Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, et al. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Jan 6;334(7583):25.
21. EAU-Extended-Guidelines-2015-Edn..pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Extended-Guidelines-2015-Edn..pdf>
22. Publications HH. Try these techniques to relieve common urinary symptoms without medication [Internet]. Harvard Health. [cited 2016 Aug 23]. Available from: <http://www.health.harvard.edu/mens-health/try-these-techniques-to-relieve-common-urinary-symptoms-without-medication>
23. Allkanjari O, Vitalone A. What do we know about phytotherapy of benign prostatic hyperplasia? *Life Sci*. 2015 Apr 1;126:42-56.
24. Breza J, Dzurny O, Borowka A, Hanus T, Petrik R, Blane G, et al. Efficacy and Acceptability of Tadenan®(Pygeum africanum Extract) in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH): A Multicentre Trial in Central Europe. *Curr Med Res Opin*. 1998 Jan 1;14(3):127-39.
25. Danilov VV, Elisseva EV, Vasil'chenko AV. [Tadenan treatment of prostatic adenoma]. *Urol Mosc Russ* 1999. 2009 Apr;(2):68, 70-3.
26. Chatelain C, Autet W, Brackman F. Comparison of once and twice daily dosage forms of Pygeum africanum extract in patients with benign prostatic hyperplasia: a randomized, double-blind study, with long-term open label extension1. *Urology*. 1999 Sep;54(3):473-8.
27. Fagelman E, Lowe FC. Herbal medications in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). *Urol Clin North Am*. 2002 Feb;29(1):23-29, vii.
28. Ishani A, MacDonald R, Nelson D, Rutks I, Wilt TJ. Pygeum africanum for the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Am J Med*. 2000 Dec 1;109(8):654-64.
29. Pavone C, Abbadessa D, Tarantino ML, Oxenius I, Laganà A, Lupo A, et al. [Associating *Serenoa repens*, *Urtica dioica* and *Pinus pinaster*. Safety and efficacy in the treatment of lower urinary tract symptoms. Prospective study on 320 patients]. *Urologia*. 2010 Mar;77(1):43-51.

30. Shi R, Xie Q, Gang X, Lun J, Cheng L, Pantuck A, et al. Effect of Saw Palmetto Soft Gel Capsule on Lower Urinary Tract Symptoms Associated With Benign Prostatic Hyperplasia: A Randomized Trial in Shanghai, China. *J Urol*. 2008 Feb;179(2):610–5.
31. Wilt TJ, Ishani A, Stark G, MacDonald R, Lau J, Mulrow C. Saw palmetto extracts for treatment of benign prostatic hyperplasia: A systematic review. *JAMA*. 1998 Nov 11;280(18):1604–9.
32. Carraro J-C, Raynaud J-P, Koch G, Chisholm GD, Di Silverio F, Teillac P, et al. Comparison of phytotherapy (Permixon®) with finasteride in the treatment of benign prostate hyperplasia: A randomized international study of 1,098 patients. *The Prostate*. 1996 Oct 1;29(4):231–40.
33. Bent S, Kane C, Shinohara K, Neuhaus J, Hudes ES, Goldberg H, et al. Saw Palmetto for Benign Prostatic Hyperplasia. *N Engl J Med*. 2006 Feb 9;354(6):557–66.
34. Effect of Increasing Doses of Saw Palmetto Extract on Lower Urinary Tract Symptoms: A Randomized Trial | Sep 28, 2011 | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104439>
35. Tacklind J, Macdonald R, Rutks I, Stanke JU, Wilt TJ. *Serenoa repens* for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD001423.
36. Debruyne F, Koch G, Boyle P, Da Silva FC, Gillenwater JG, Hamdy FC, 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*. 2002 May;41(5):497–506-507.
37. Morgia G, Russo GI, Voce S, Palmieri F, Gentile M, Giannantoni A, et al. *Serenoa repens*, lycopene and selenium versus tamsulosin for the treatment of LUTS/BPH. An Italian multicenter double-blinded randomized study between single or combination therapy (PROCOMB trial). *The Prostate*. 2014 Nov 1;74(15):1471–80.
38. Hizli F, Uygur MC. A prospective study of the efficacy of *Serenoa repens*, Tamsulosin, and *Serenoa repens* plus Tamsulosin treatment for patients with benign prostate hyperplasia. *Int Urol Nephrol*. 2007 Jan 4;39(3):879–86.
39. P G, C C, T B, B G, R M, G L. [Tamsulosin with or without *Serenoa repens* in benign prostatic hyperplasia: the OCOS trial]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. 2002 2002;12(3):395–403; discussion 404.
40. Djavan B, Marberger M. A meta-analysis on the efficacy and tolerability of alpha1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 1999;36(1):1–13.
41. Wilt TJ, Howe RW, Rutks I, Macdonald R. WITHDRAWN: Terazosin for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD003851.
42. Wilt TJ, Macdonald R, Rutks I. WITHDRAWN: Tamsulosin for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD002081.
43. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0214481.htm>
44. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0220714.htm>

45. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0254808.htm>
46. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0240645.htm>
47. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0214853.htm>
48. [cited 2016 Aug 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/urorec_-_ct-_8135.pdf
49. MacDonald R, Wilt TJ. Alfuzosin for treatment of lower urinary tract symptoms compatible with benign prostatic hyperplasia: A systematic review of efficacy and adverse effects. *Urology*. 2005 Oct;66(4):780–8.
50. Chapple CR, Wyndaele JJ, Nordling J, Boeminghaus F, Ypma AF, Abrams P. Tamsulosin, the first prostate-selective α 1A-adrenoceptor antagonist. A meta-analysis of two randomized, placebo-controlled, multicentre studies in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). European Tamsulosin Study Group. *Eur Urol*. 1996;29(2):155–67.
51. Lepor H. Phase III multicenter placebo-controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. Tamsulosin Investigator Group. *Urology*. 1998 Jun;51(6):892–900.
52. Narayan P, Tewari A. A second phase III multicenter placebo controlled study of 2 dosages of modified release tamsulosin in patients with symptoms of benign prostatic hyperplasia. United States 93-01 Study Group. *J Urol*. 1998 Nov;160(5):1701–6.
53. van Kerrebroeck P, Jardin A, Laval KU, van Cangh P. Efficacy and safety of a new prolonged release formulation of alfuzosin 10 mg once daily versus alfuzosin 2.5 mg thrice daily and placebo in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. ALFORTI Study Group. *Eur Urol*. 2000 Mar;37(3):306–13.
54. Buzelin JM, Roth S, Geffriaud-Ricouard C, Delauche-Cavallier MC. Efficacy and safety of sustained-release alfuzosin 5 mg in patients with benign prostatic hyperplasia. ALGEBI Study Group. *Eur Urol*. 1997;31(2):190–8.
55. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, Andriole G, Lieber M, Holtgrewe HL, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. *N Engl J Med*. 1998 Feb 26;338(9):557–63.
56. Yin T, Qiao Z, Li Y, Li D, Jiang M, An C, et al. Comparisons of the Efficacy and Safety of Finasteride and Dutasteride for Benign Prostatic Hyperplasia: A Network Meta-Analysis. *Am J Ther*. 2015 Aug 28;
57. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG, et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Engl J Med*. 2003 Jul 17;349(3):215–24.
58. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, Gomella LG, Marberger M, Montorsi F, et al. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med*. 2010 Apr 1;362(13):1192–202.
59. Theoret MR, Ning Y-M, Zhang JJ, Justice R, Keegan P, Pazdur R. The risks and benefits of 5 α -reductase inhibitors for prostate-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2011 Jul 14;365(2):97–9.

60. Murtola TJ, Karppa EK, Taari K, Talala K, Tammela TL, Auvinen A. 5-Alpha reductase inhibitor use and prostate cancer survival in the Finnish Prostate Cancer Screening Trial. *Int J Cancer*. 2016 Jun 15;138(12):2820–8.
61. Descazeaud A. Traitement médical de l'hyperplasie bénigne de prostate. *Prog En Urol*. 2009 Dec;19(12):890–2.
62. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, 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 Dec 18;349(25):2387–98.
63. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010 Jan;57(1):123–31.
64. COMBODART_Ins_avis2 annule et remplace_postaudition_CT9291_24oct2012 - combodart_05092012_avis_ct9291.pdf [Internet]. [cited 2016 Jun 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/combodart_05092012_avis_ct9291.pdf
65. Oelke M, Giuliano F, Mirone V, Xu L, Cox D, Viktrup L. Monotherapy with Tadalafil or Tamsulosin Similarly Improved Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia in an International, Randomised, Parallel, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Eur Urol*. 2012 May;61(5):917–25.
66. Oelke M, Giuliano F, Baygani SK, Melby T, Sontag A. Treatment satisfaction with tadalafil or tamsulosin vs placebo in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic hyperplasia (BPH): results from a randomised, placebo-controlled study. *BJU Int*. 2014 Oct 1;114(4):568–75.
67. Oelke M, Shinghal R, Sontag A, Baygani SK, Donatucci CF. Time to onset of clinically meaningful improvement with tadalafil 5 mg once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: analysis of data pooled from 4 pivotal, double-blind, placebo controlled studies. *J Urol*. 2015 May;193(5):1581–9.
68. Rovner ES, Kreder K, Sussman DO, Kaplan SA, Carlsson M, Bavendam T, et al. Effect of tolterodine extended release with or without tamsulosin on measures of urgency and patient reported outcomes in men with lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2008 Sep;180(3):1034–41.
69. Cornu J-N, Ahyai S, Bachmann A, de la Rosette J, Gilling P, Gratzke C, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Obstruction: An Update. *Eur Urol*. 2015 Jun;67(6):1066–96.
70. Cornu J-N, Madersbacher S. Greenlight Photovaporisation of the Prostate: Now Ready for Prime Time. *Eur Urol*. 2016 Jan;69(1):103–4.
71. Thomas JA, Tubaro A, Barber N, d'Ancona F, Muir G, Witzsch U, et al. A Multicenter Randomized Noninferiority Trial Comparing GreenLight-XPS Laser Vaporization of the Prostate and Transurethral Resection of the Prostate for the Treatment of Benign Prostatic Obstruction: Two-yr Outcomes of the GOLIATH Study. *Eur Urol*. 2016 Jan;69(1):94–102.

72. Stone BV, Chughtai B, Forde JC, Tam AW, Lewicki P, Te AE. Safety and Efficacy of GreenLight XPS Laser Vapoenucleation in Prostates Measuring Over 150 mL. *J Endourol Endourol Soc.* 2016 Aug;30(8):906–12.
73. Elhilali MM, Elkoushy MA. Greenlight laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic obstruction: evidence from randomized controlled studies. *Transl Androl Urol.* 2016 Jun;5(3):388–92.
74. Beurrier S, Peyromaure M, Belas O, Barry Delongchamps N. La pose d'implants intra-prostatiques UroLift® est-elle une alternative chez les patients ayant une hyperplasie bénigne de la prostate ? Résultats initiaux et facteurs prédictifs d'échec. *Prog En Urol.* 2015 Jul;25(9):523–9.
75. Jones P, Rajkumar G, Rai B, Aboumarzouk O, Cleaveland P, Srirangam S, et al. Medium Term Outcomes of Urolift (Minimum 12 Months Follow-Up): Evidence From a Systematic Review. *Urology* [Internet]. 2016 May [cited 2016 May 23]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429516301510>
76. Coeurdacier P, Staerman F, Thoquenne G, Cipolla B, Guillé F, Lobel B. [General practitioners' approach to urination disorders in men over the age of 50. A survey of 250 physicians in Brittany]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol.* 1996 Feb;6(1):52–9.
77. SAIGAL CS, JOYCE G. ECONOMIC COSTS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN THE PRIVATE SECTOR. *J Urol.* 2005 Apr;173(4):1309–13.
78. Bastien L, Fourcade† RO, Makhoul B, Meria P, Desgrandchamps F. Hyperplasie bénigne de la prostate. *EMC - Urol.* 2011 Jan;4(4):1–13.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Raisons de la sous-utilisation du score IPSS.....	14
Figure 2 : Motifs de la non-réalisation du toucher rectal	15
Figure 3 : Examens réalisés (recommandés en rouge, optionnels en bleu) dans le bilan initial des SBAU en lien avec une HBP par les médecins généralistes	16
Figure 4 : Traitements instaurés en première intention	17
Figure 5 : Associations thérapeutiques prescrites	17
Figure 6 : Situations avec poursuite d'une prise en charge médicamenteuse sans recours à un avis spécialisé.....	18
Figure 7 : Motifs de recours à un avis spécialisé urologique	19
Figure 8 : Moyens d'information souhaités pour la parution du guide de prise en charge.....	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I13

Tableau II13

Tableau III20

Tableau IV21

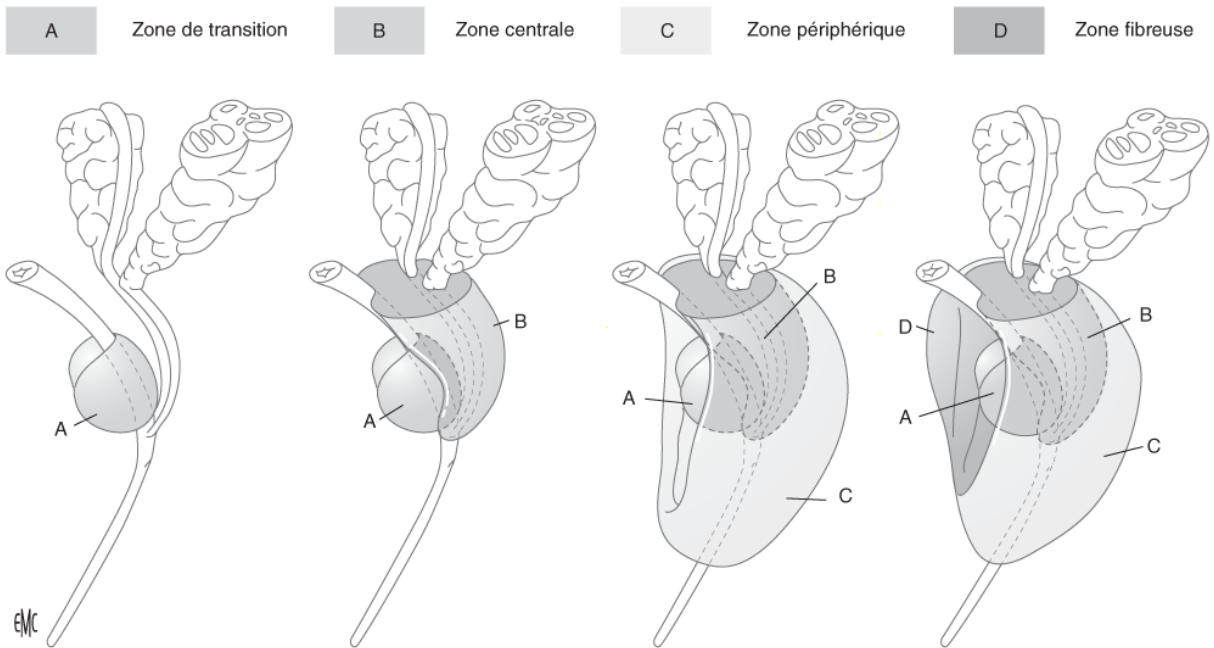
Tableau V21

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	12
RÉSULTATS.....	13
1. Données générales	13
2. Terminologie.....	13
3. Bilan initial	14
4. Prise en charge initiale	16
5. Suivi	18
6. Recommandations	19
7. Analyse en sous-groupes	20
7.1. Selon le sexe du praticien	20
7.2. Selon l'âge du praticien	20
7.3. Selon le milieu d'exercice du praticien.....	21
DISCUSSION ET CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	26
LISTE DES FIGURES.....	32
LISTE DES TABLEAUX	33
TABLE DES MATIERES.....	34
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Zones prostatiques selon Mc Neal (78)



Annexe 2 : Score IPSS – Qualité de vie

IPSS : International Prostate Score Symptom						
	Jamais	Environ 1 fois sur 5	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	0	1	2	3	4	5
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	0	1	2	3	4	5
Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5
Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois
Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ?	0	1	2	3	4	5

TOTAL IPSS

- 0 – 7 = SBAU légers
- 8 – 19 = SBAU modérés
- 20 – 35 = SBAU sévères

Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires							
	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé (ni satisfait, ni ennuyé)	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez :	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 3 : Score IIEF-5

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au cours des 6 derniers mois :

- i. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?
 1. Pas sûr du tout
 2. Pas très sûr
 3. Moyennement sûr
 4. Sûr
 5. Très sûr
- ii. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?
 0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- iii. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?
 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- iv. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?
 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
 1. Extrêmement difficile
 2. Très difficile
 3. Difficile
 4. Un peu difficile
 5. Pas difficile
- v. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?
 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
 1. Presque jamais ou jamais
 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
 5. Presque tout le temps ou tout le temps

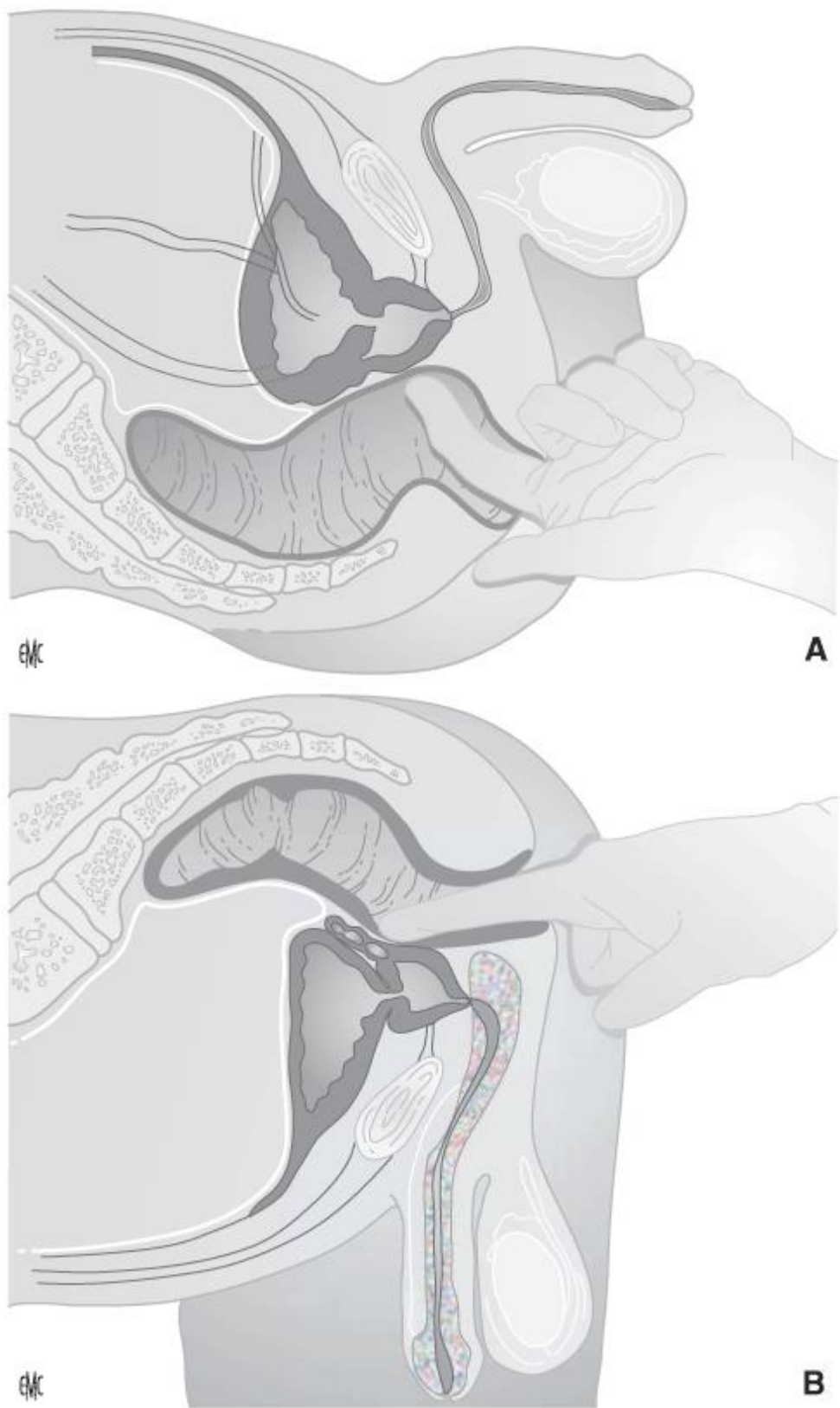
Interprétation : Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).

Annexe 4 : Score MHSQ EjD

Avec quelle fréquence avez-vous été capable d'éjaculer au cours de vos rapports sexuels ?	Tout le temps (5)	Le plus souvent (4)	Une fois sur deux (3)	Moins d'une fois sur deux (2)	Jamais / Absence d'éjaculation (1)	
Comment considérez-vous la force de votre éjaculation ?	Toujours aussi forte (5)	Un peu moins forte qu'avant (4)	Plutôt moins forte qu'avant (3)	Moins forte qu'avant (2)	Beaucoup moins forte qu'avant (1)	Ne peut pas éjaculer (0)
Comment évaluez-vous la quantité de sperme lorsque vous éjaculez	Toujours autant (5)	Un peu moins qu'avant (4)	Plutôt moins qu'avant (3)	Moins qu'avant (2)	Beaucoup moins qu'avant (1)	Ne peut pas éjaculer (0)
Si vous avez eu des difficultés ou n'avez pas réussi à éjaculer, en avez-vous été gêné ?	Pas de problème avec mes éjaculations (0)	Pas du tout gêné (1)	Un peu gêné (2)	Modérément gêné (3)	Très gêné (4)	Extrêmement gêné (5)

Ce score est réalisé à partir de 3 questions concernant les symptômes (score de 1 à 15) et une question concernant la gêne (score de 0 à 5).

Annexe 5 : Modalités de réalisation du TR



D'après EMC (78)

Annexe 6 : Examens recommandés et optionnels dans le bilan des SBAU

Examens	Recommandés	Optionnels
Interrogatoire dirigé sur les SBAU	X	
IPSS		X
Evaluation de la sexualité	X	
TR	X	
Echographie prostatique et des voies urinaires		X
PSA		X
Créatininémie		X
Analyse d'urine	X	
Calendrier mictionnel		X

Annexe 7 :

Madame, Monsieur,

Actuellement médecin remplaçant, j'effectue mon travail de thèse de médecine générale sur les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate. Dans ce cadre, je vous saurais gré de participer à cette étude en acceptant de remplir le questionnaire ci-joint. Durée estimée : 6 à 7 minutes.

Félix LE BORGNE

Données démographiques :

Votre âge :

Votre Sexe :

Nombre d'années d'exercice :

Année de thèse :

Milieu d'exercice : rural / semi rural / urbain

Distance d'un spécialiste urologue : <15 km / 15-30 km / >30 km

Pourcentage d'hommes de plus de 50 ans parmi vos patients

Date de votre dernière formation sur l'HBP :

Les questions 1 à 5 concernent la **terminologie** employée.

Terminologie :

1) Connaissez-vous la terminologie de l'ICS (International Continence Society) pour l'HBP ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

Pour les questions 2 à 5, choisissez, parmi les 2 termes proposés, celui que vous utilisez le plus régulièrement

2) Parmi les termes suivants, lequel utilisez-vous ? (Cochez votre choix)

☐ Hyperplasie Bénigne de Prostate / ☐ Hypertrophie Bénigne de Prostate

3) Parmi les termes suivants, lequel utilisez-vous ? (Cochez votre choix)

☐ Troubles Urinaires du Bas Appareil (TUBA) / ☐ Symptômes du Bas Appareil Urinaire (SBAU)

4) Parmi les termes suivants, lequel utilisez-vous ? (Cochez votre choix)

☐ Symptômes obstructifs / ☐ SBAU de la phase mictionnelle ou post-mictionnelle

5) Parmi les termes suivants, lequel utilisez-vous ? (Cochez votre choix)

☐ SBAU de la phase de remplissage / ☐ Symptômes irritatifs

Les questions 6 à 10 concernent **votre bilan initial** devant des symptômes évocateurs d'une HBP.

Bilan initial d'une HBP :

6) Par quel moyen évaluez-vous les symptômes de votre patient ? (Cochez votre choix)

☐ Interrogatoire simple

☐ Interrogatoire et réalisation d'un score symptomatique

7) Connaissez-vous le score IPSS ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

Si vous avez répondu oui à la question 7, merci de répondre à la question 7a. Si non, passez directement à la question 8

7a) Si oui, l'utilisez-vous ? (Cochez votre choix)

☐ Oui, toujours

☐ Oui, souvent

☐ Oui, rarement

☐ Non

7b) Si vous n'utilisez pas ou rarement le score IPSS, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chacun des items)

- Peu informatif

OUI / NON

- Trop long

OUI / NON

- Questionnaire non disponible

OUI / NON

- Oubli

OUI / NON

8) Évaluez-vous le volume prostatique ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

Si oui, l'évaluez-vous en faisant ? (Entourez votre choix pour chacun des items de la question 8)

8a) Toucher rectal

OUI / NON

8b) Échographie

OUI / NON

8c) PSA

OUI / NON

9) Le volume prostatique a-t-il une incidence sur votre prise en charge thérapeutique ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

10) Parmi les examens ci-dessous, lequel (Lesquels) fait (font) partie de votre bilan initial des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) de l'homme à priori liés à une hyperplasie bénigne de prostate (HBP) ? (Précisez chaque fois que cela est possible la(les) raison(s) de votre choix. Plusieurs réponses possibles pour chaque question)

10a) Interrogatoire dirigé sur les SBAU (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10b) Toucher rectal (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10b1a) Si vous le réalisez toujours ou souvent, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Pour évaluer le volume prostatique
OUI / NON
- Pour éliminer un diagnostic différentiel
OUI / NON
- Autre
(précisez) :
.....

10b1b) Vous ne pratiquez pas ou rarement cet examen car (Entourez votre choix pour chaque item)

- Il s'agit d'un examen désagréable pour le patient
OUI / NON
- Vous avez peur de choquer le patient
OUI / NON
- Vous le trouvez peu fiable, quel que soit l'expérience
OUI / NON
- Vous manquez d'expérience/d'habitude pour l'analyser
OUI / NON
- Le patient refuse fréquemment quand vous le proposez
OUI / NON
- Vous manquez de temps lors de la consultation
OUI / NON

10c) Analyse d'urines (Entourez votre choix pour chacun des items)

- BU simple
OUI / NON
- ECBU systématique
OUI / NON

10d) Catalogue mictionnel (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10e) Évaluation de la sexualité (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10e1) Si vous le réalisez toujours ou souvent, par quels moyens ? (Cochez votre choix)

- ☐ Interrogatoire simple
- ☐ Interrogatoire avec questionnaire spécifique

10f) PSA (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10f1) Si vous le réalisez toujours ou souvent, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Pour apprécier le volume prostatique
OUI / NON
- Pour éliminer un diagnostic différentiel
OUI / NON
- Pour avoir une valeur de référence pour le suivi
OUI / NON
- Dans certaines circonstances
OUI / NON
 - Lesquelles :

10f2) Si vous ne pratiquez pas ou rarement cet examen, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Il est inutile pour le diagnostic positif de l'HBP
OUI / NON
- Risque de « surdiagnostiquer » des cancers de prostate
OUI / NON
- Autre
(précisez) :

.....

10g) Échographie des voies urinaires (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

10h) Créatininémie (Cochez votre choix)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, rarement
- ☐ Non

Les questions 11 à 17 concernent votre **prise en charge initiale**.

Prise en charge initiale et traitement :

11) Traitez-vous systématiquement vos patients paucisymptomatiques ? (Entourez votre choix)
OUI / NON

11a) Si oui, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Risque d'aggravation de la symptomatologie
OUI / NON
- Prévention des complications
OUI / NON
- Autre (précisez) :

11b) Si non, pourquoi ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Effets indésirables des traitements
OUI / NON
- Surveillance sans traitement suffisante
OUI / NON
- Autre
(précisez) :
.....

12) Savez-vous que le CIALIS, en prise quotidienne de 5 mg, a l'AMM dans l'HBP ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

12a) Si oui, l'utilisez-vous ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

12b) Si non, l'utiliseriez-vous ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

13) Lorsque l'instauration d'un traitement vous semble justifiée, débutez-vous ce traitement vous-même ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

13a) Si oui, vous arrive-t-il de débiter en 1ère intention les traitements suivants ? (Entourez votre choix)

- Alpha-bloquant (XATRAL / JOSIR / OMIX ...)

OUI / NON

- Phytothérapie (PERMIXON / TADENAN)

OUI / NON

- Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase (CHIBROPROSCAR / AVODART)

OUI / NON

- Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (CIALIS)

OUI / NON

- Anticholinergiques (DITROPAN / CERIS)

OUI / NON

- Bithérapie d'emblée

OUI / NON

14) Vous-arrive-t-il d'instaurer une association thérapeutique ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

14a) Si oui, quelle association utilisez-vous préférentiellement ? (Cochez votre choix)



Alpha-bloquant + Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase



Alpha-bloquant + Phytothérapie

- ☐ Alpha-bloquant + Anticholinergiques
- ☐ Alpha-bloquant + Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5
- ☐ Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase + Phytothérapie
- ☐ Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase + Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

15) Lorsque vous prescrivez un traitement par inhibiteurs de la 5 alpha-réductase 5(CHIBROPROSCAR / AVODART) :

15a) Évaluez-vous le volume prostatique ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

15b) Vérifiez-vous le PSA avant l'instauration du traitement ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

15c) Surveillez-vous le PSA pendant le traitement ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

15d) Tenez-vous compte de ce traitement dans l'interprétation d'un résultat de PSA ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

16) Connaissez-vous l'association fixe COMBODART ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

16a) L'avez-vous déjà instaurée ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

16a1) Si oui dans quelles circonstances ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- D'emblée en première intention

OUI / NON

- Après échec d'une monothérapie par alpha-bloquant

OUI / NON

- Après échec d'une monothérapie par un inhibiteur de la 5 alpha-réductase

OUI / NON

- Après une prise séparée d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5 alpha-réductase pendant au moins 3 mois

OUI / NON

- Après une prise séparée d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5 alpha-réductase pendant au moins 6 mois

OUI / NON

17) En cas de soulagement des symptômes, continueriez-vous une prise en charge médicamenteuse dans les circonstances suivantes :

- Lithiase vésicale

OUI / NON

- Diverticules vésicaux

OUI / NON

- Infections urinaires récurrentes

OUI / NON

- Hématurie macroscopique récurrente

OUI / NON

- Incontinence urinaire par regorgement

OUI / NON

- Hydronéphrose bilatérale

OUI / NON

- Insuffisance rénale obstructive

OUI / NON

- Rétention aiguë d'urines récurrentes sous alpha-bloquant

OUI / NON

- Rétention aiguë d'urine avec échec de sevrage de la sonde urinaire

OUI / NON

Les questions 18 et 19 concernent le **suivi** de vos patients présentant une HBP

Suivi

18) Réalisez-vous un dosage du PSA lors du suivi de vos patients ayant des SBAU ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

19) Concernant les SBAU en lien avec une HBP, dans quelle circonstance adressez-vous le patient à l'urologue ? (Cochez votre choix)

- ☐ Vous l'adressez pour débiter le traitement initial
- ☐ Vous l'adressez après échec d'une monothérapie bien conduite que vous avez mis en place
- ☐ Vous l'adressez après échec d'une bithérapie bien conduite que vous avez mis en place
- ☐ Vous attendez la survenue de complications ou d'une indication chirurgicale

Recommandations

20) Êtes-vous informés de la réalisation par le CTMH (Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme) de l'AFU (Association Française d'Urologie) d'un guide de prise en charge en médecine générale des SBAU liés à une HBP ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

20a) Si oui, l'avez-vous lu ? (Entourez votre choix)

OUI / NON

20a1) Si non pourquoi ? (Cochez votre choix)

- ☐ Vous n'y avez pas accès
- ☐ Vous n'avez pas le temps
- ☐ Sujet peu intéressant
- ☐ Connaissances suffisantes sur le sujet

20b) Si non, par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous être informé ? (Entourez votre choix pour chaque item)

- Sur le site de l'Association Française d'urologie

OUI / NON

- Dans une revue à destinée des médecins généralistes

OUI / NON

- Par mèl de vos confrères urologues

OUI / NON

- Par FMC/EPU (Formation Médicale Continue/Enseignement Post-Universitaire)

OUI / NON

- Par visite médicale

OUI / NON

- Par newsletter

OUI / NON

- Autre (précisez) :
.....

21) Seriez-vous prêts à modifier votre prise en charge en médecine générale des SBAU liés à une HBP ?

(Entourez votre choix)

- OUI / NON

21a) Si oui, pensez-vous que le guide de prise en charge en médecine générale des SBAU réalisé par le CTMH de l'AFU pourrait vous y aider ?

- OUI / NON

LE BORGNE Félix

Prise en charge de l'hyperplasie bénigne de prostate par les médecins généralistes : Evaluation des pratiques

RÉSUMÉ

Objectif :

L'objectif était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) par les médecins généralistes (MG).

Sujets et Méthodes :

Deux cent cinquante MG ont été tirés au sort pour remplir un questionnaire de juillet à septembre 2015. Ce questionnaire comportait une partie démographique et interrogeait les praticiens sur leur prise en charge de l'HBP.

Résultats :

Cent quarante-sept réponses ont été recueillies soit un taux de participation de 59%. Nous retrouvons 61% d'hommes. L'âge médian était de 48 ans. Ils étaient 93% à interroger leurs patients mais seulement 8% à utiliser le score IPSS. Le toucher rectal (TR) était pratiqué par 62% des praticiens. La réalisation d'exams complémentaires non recommandés (Antigène spécifique prostatique, échographie des voies urinaires et créatinine) était pratiquée par 71% à 88% des praticiens. Ils étaient 94% à initier un traitement médicamenteux et 41% à instaurer une association médicamenteuse préférentiellement alpha-bloquant et inhibiteurs de la 5-alpha-réductase. L'échec d'une monothérapie était le principal motif de recours à l'avis spécialisé. Le milieu d'exercice ne semblait pas influencer sur la prise en charge. Les MG les plus jeunes pratiquaient moins de TR ($p < 0.01$). Les femmes réalisaient moins de TR ($p < 0.01$). Elles prescrivaient plus d'examen d'urine ($p = 0.013$) et d'échographie ($p = 0.016$). Elles étaient moins nombreuses à instaurer un traitement ($p = 0.02$) ou une association ($p < 0.01$).

Conclusion :

La prise en charge de l'HBP par les MG était une prise en charge de qualité pouvant être encore améliorée.

Mots-clés : hyperplasie bénigne de prostate, symptômes du bas-appareil urinaire, évaluation des pratiques, recommandations, thérapeutique.

Assessment of benign prostatic hyperplasia management by the general practitioners of Maine-et-Loire

ABSTRACT

Aim : The aim was to assess the management of the benign prostatic hyperplasia (BPH) by the general practitioners (GPs) in the Maine-et-Loire.

Methods : Among the 739 GPs, 250 have been selected at random to fill in a survey from July until September 2015. The questionnaire had a demographic part and evaluated the management of BPH.

Results : One hundred and forty seven answers were collected, the response rate was 59%. There were 61% of men. The median age was 48 years old. Ninety three percent were asking patients about their lower urinary tract symptoms (LUTS) but only 8% were using the International Prostat Score Symptom (IPSS). The digital rectal examination (DRE) was performed by 62% of the GPs. Non recommended complementary examinations (Prostat Specific Antigen, urinary ultrasonography and creatinine) were performed by 71% to 88% of them. An initial treatment was initiated by 94%. There were 41% to start a bitherapy more likely alpha-blockers and 5-alpha reductase inhibitors. The failure of a single therapy was the main reason evoked by GPs to refer the patient to a urologist. The working environment did not seem to impact the management of BPH. The youngest GPs performed less DRE ($p < 0.01$). Men performed more DRE ($p < 0.01$) than women. Women asked more for urine tests ($p = 0.013$) and ultrasonography ($p = 0.016$) than men. Women provided patients with less, monotherapy ($p = 0.02$) or bitherapy ($p < 0.01$).

Conclusion : The management of BPH by the GPs was a high standard management that still could be improved.

Keywords : benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms, guidelines, assessment.