

Beaucoup d'innovations, (encore) peu de preuves

Procédés thérapeutiques mini-invasifs en cas de syndrome prostatique bénin

L'hypertrophie bénigne de la prostate avec les troubles mictionnels qui en résultent (symptômes du bas appareil urinaire [SBAU]) est également appelée syndrome prostatique bénin (SPB). En raison de sa fréquence et de son importance dans la pratique clinique, il s'agit de l'une des principales entités pathologiques à l'interface entre les médecins de famille et les urologues. Les approches thérapeutiques médicamenteuses en cas de SPB/SBAU comprennent les agents phytothérapeutiques, les antagonistes des récepteurs $\alpha 1$, les inhibiteurs de la 5- α -réductase, les antimuscariniques, les agonistes $\beta 3$ et les inhibiteurs de la phosphodiesterase-5. Les indications absolues pour un traitement interventionnel sont les rétentions urinaires et les infections urinaires récidivantes, les calculs vésicaux et l'insuffisance rénale post-rénale. Les indications relatives pour une intervention dépendent souvent de la qualité de vie du patient et sont souvent une décision discrétionnaire. La procédure de référence pour les glandes d'un volume compris entre 30 et 80 cm³ est la résection transurétrale de la prostate (RTUP), l'une des opérations les plus fréquemment pratiquées dans le monde.

Ces dernières années, divers traitements mini-invasifs (TMI) ont été introduits. Les TMI sont classés dans la catégorie des dispositifs médicaux («medical devices»), et les dispositifs médicaux sont soumis à des conditions d'autorisation beaucoup moins strictes que les médicaments. Il en résulte souvent une utilisation dans le quotidien clinique avant que des preuves scientifiques suffisantes n'aient pu être réunies. Dans leur article de revue paru dans ce numéro du *Forum Médical Suisse* [1], Oliver Dudeck et son groupe interdisciplinaire d'auteurs ont remarquablement réussi à présenter objectivement ces TMI, avec leurs avantages et leurs inconvénients, et à toucher ainsi un large public. La comparaison avec les principales lignes directrices internationales et le tableau qui résume précisément cet article de revue sont deux points particulièrement positifs.

Deux de ces procédés mentionnés méritent un commentaire approfondi: l'aquabla-

tion et l'embolisation des artères prostatiques (EAP). Contrairement au stent en nitinol, au «prostatic uretral lift», à l'ablation à la vapeur d'eau et à l'EAP, l'aquablation ne peut pas être qualifiée de TMI. L'anesthésie, la durée d'hospitalisation, les soins, la convalescence et les complications sont pratiquement identiques à ceux de la RTUP. C'est également ce que montre notre propre expérience avec plus de 120 interventions d'aquablation. Cette procédure nécessite en outre, à la fin de la procédure, les mêmes instruments que la RTUP pour obtenir une hémostase ponctuelle au niveau du col de la vessie. L'avantage par rapport à la RTUP est la possibilité de préserver l'éjaculation. L'aquablation devrait plutôt être qualifiée de «procédé de résection innovant» et non de «procédé mini-invasif».

L'EAP est présentée de manière détaillée et claire, et elle possède des avantages indéniables: réalisation sous anesthésie locale, possible en ambulatoire, anticoagulation complète autorisée, pas de convalescence, plus grande probabilité de préservation de l'éjaculation et moins d'effets indésirables qu'avec la RTUP. De plus, en cas de réponse insuffisante, toutes les méthodes restent applicables sans restriction. L'inconvénient général par rapport à la RTUP est son efficacité moindre en termes de désobstruction, ce qui se traduit par des taux de ré-intervention relativement élevés. Dans une étude prospective randomisée intitulée «Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia», 10 patients sur 48 (21%) ayant subi une EAP ont nécessité une RTUP dans les deux premières années en raison d'un résultat insuffisant [2]. En revanche, l'exposition aux radiations lors de l'EAP, qui correspond à deux ou trois tomographies de l'abdomen, ne peut guère être considérée comme un inconvénient [3]. Zumstein et al. ont simulé le risque de décès ultérieur par cancer dû à l'exposition aux radiations à l'aide de la méthode de Monte Carlo. Pour un homme de 66 ans, le risque de mourir ultérieurement d'un cancer est de 0,12% [3]. Ce taux est inférieur à celui de la mortalité asso-

ciée à la RTUP, qui est de 0,7% au cours des trois premiers mois postopératoires.

Des études supplémentaires sont nécessaires, en particulier avec des données à long terme, pour finalement montrer lesquels de ces TMI passeront l'épreuve du temps. Des facteurs non scientifiques peuvent également jouer un rôle. Ainsi, le «Prostatic Uretral Lift» est certes recommandé dans les lignes directrices, mais n'est pratiquement jamais réalisé dans la pratique, notamment parce que les coûts ne sont pas pris en charge par les caisses d'assurance maladie. Tous les TMI ne conviennent pas à un patient donné, mais il est possible de trouver le TMI le mieux adapté à chaque patient, pour autant qu'il s'agisse d'une option raisonnable pour le patient en question.

Correspondance

Prof. Dr méd. Hans-Peter Schmid
Klinik für Urologie, Institut für Medizin
Universität St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
hans-peter.schmid[at]kssg.ch

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Dudeck O, Szabo L, Zantl N, Baumgartner M. Hyperplasie bénigne de la prostate: nouvelles procédures mini-invasives. *Forum Med Suisse*. 2022;22(39):642-46.
- Abt D, Müllhaupt G, Hechelhammer L, Markart S, Gusewell S, Schmid H-P, et al. Prostatic artery embolisation versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: 2-yr outcomes of a randomised, open-label, single-centre trial. *Eur Urol*. 2021;80:34-42.
- Zumstein V, Binder J, Gusewell S, Betschart P, Pratsinis M, Müllhaupt G, et al. Radiation exposure during prostatic artery embolisation: A systematic review and calculation of associated risks. *Eur Urol Focus*. 2021;7:608-11.



Prof. Dr méd. Hans-Peter Schmid
Klinik für Urologie, Institut für Medizin,
Universität St. Gallen, St. Gallen



Dr méd. Gautier Müllhaupt
Klinik für Urologie, Spital Thun, Thun