Numéro 450 du 18 janvier 2007

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation de l'UnaformeC

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DOCUMENTATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE
SFDRMG

Mots clés :

Prostate
Adénome
Abstention
Accompagnement
Education du patient

Hypertrophie bénigne de la prostate et abstention active

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

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

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

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

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

Peut-on faire de l'abstention-information un « traitement » plus efficace que le placebo ?

C'était l'objectif d'une étude anglaise[3]. 140 hommes vus en urologie à la demande de leur médecin pour troubles fonctionnels de l'HBP ont été randomisés en 2 groupes. Le groupe « soins standard » était traité à la discrétion du médecin, le patient recevant un document écrit d'information sur les troubles du bas appareil urinaire. Au groupe « intervention », il était proposé 6 sessions de 1 à 2 heures en petits groupes pour permettre au patient de réaliser des modifications de style de vie et de comportement, à l'instar des méthodes de self management utilisées dans les maladies chroniques. Le critère principal d'évaluation était l'échec du traitement (élévation de 3 points du score IPSS [international prostate syndrome score], utilisation de médicaments pour les symptômes, rétention aiguë ou geste local).

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

Les points forts de ce « self management »

Le programme était celui d'un consensus anglais[4] :

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

Que conclure pour notre pratique ?

- ***Une abstention médicamenteuse nécessairement « active »***. La simple remise d'un document écrit même accompagné de quelques conseils était inefficace dans l'étude anglaise. Seule une approche active était efficace.
- ***Les principes sont ceux de l'éducation du patient*** selon les modalités élaborées pour d'autres maladies chroniques : passer du paternalisme au partenariat, avoir une approche pédagogique, partager ses connaissances[5].
- ***Le modèle proposé, très structuré, est-il utilisable en pratique courante ?*** Sa mise en œuvre ne semble pas nécessiter de moyens complexes, mais du « temps », que l'on peut répartir en consultations successives[5].

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

Références :

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

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.
Abonnez-vous sur notre site http://www.unaformec.org/php/abo.htm
Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : unadoc@wanadoo.fr