



Pipi au tapis : Agents d'association contre l'hypertrophie bénigne de la prostate

QUESTION CLINIQUE

Chez les patients atteints d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), le traitement d'association par alpha-bloquant et inhibiteur de la 5 α -réductase est-il plus efficace que les alpha-bloquants seuls?

CONCLUSION

Dans le meilleur des cas, l'ajout aux alpha-bloquants d'un inhibiteur de la 5 α -réductase réduit le nombre d'hommes qui ont une progression clinique (5 % c. 10 % sous alpha-bloquants seuls) et le nombre qui nécessite la chirurgie (2 % c. 8 % sous alpha-bloquants seuls). Les effets indésirables liés aux médicaments passent de 19 % sous alpha-bloquants seuls à 28 % sous l'association.

DONNÉES PROBANTES

- Une revue systématique¹ a relevé 6 études avec répartition aléatoire et contrôlées (ERAC), dont 2 pour lesquelles le suivi a duré > 1 an^{2,3}. Les patients inscrits étaient des hommes symptomatiques de race blanche qui subissaient d'autres examens (p. ex. échographie transrectale) et recevaient des soins spécialisés^{2,3}. Les résultats à quatre ans sont rapportés ci-dessous.
- Doxazosine (1 mg augmenté à 8 mg), doxazosine et finastéride (5 mg) ou placebo (n = 3047)²:
 - Progression clinique : Composée de l'aggravation des symptômes (variation de > 4 points au score AUAS [*American Urological Association Score*]), rétention aiguë, incontinence ou

- infections urinaires récidivantes. La progression des symptômes représentait ~80 % du paramètre d'évaluation composé.
- Doxazosine 10 %, association 5 % : Nombre de sujets à traiter (NST) = 20 (placebo 17 %).
 - Chirurgie pour HBP :
 - Doxazosine 3 %, association 1 % : NST = 50 (placebo 5 %).
 - Effets indésirables, statistiques non rapportées⁴ :
 - Réduction de la fonction érectile : Doxazosine 13 %, association 17 % (placebo 13 %).
 - Tamsulosine (0,4 mg) ou tamsulosine et dutastéride (0,5 mg) (n = 4844)³ :
 - Progression clinique : Composée de l'aggravation des symptômes (variation de ≥ 4 points au score IPSC [*International Prostate Symptom Score*] à 35 points), rétention aiguë, incontinence, infections urinaires récidivantes, urosepsie ou insuffisance rénale. La progression des symptômes représentait ~65 % du paramètre d'évaluation composé.
 - Tamsulosine 22 %, association : 13 % : NST = 12.
 - Chirurgie pour HBP :
 - Tamsulosine 8 %, association 2 % : NST = 23.
 - Effets indésirables :
 - Tout effet indésirable lié au médicament : tamsulosine 19 %, association 28 %; nombre nécessaire pour nuire = 12.
 - Dysfonction érectile : tamsulosine 5 %, association 9 %, pas de différence statistique.
 - Étourdissements : Aucune différence.

CONTEXTE

- Les inhibiteurs de la 5 α -réductase réduisent peut-être l'incidence du cancer de la prostate, mais les cancers découverts sont de plus haut grade^{5,6}.
 - Suivi à 17 ans : Aucune différence quant à la mortalité par cancer de la prostate⁷.
- Les inhibiteurs de la 5 α -réductase abaissent de ~50 % le taux d'antigènes prostatiques spécifiques (APS)⁸, ce qui pourrait retarder le diagnostic de cancer de la prostate⁹.
 - En cas de suivi, le taux d'APS doit être multiplié par 2-2,3 chez les patients sous inhibiteurs de la 5 α -réductase^{5,6}.
- Les lignes directrices canadiennes recommandent¹⁰ :
 - Alpha-bloquants : Première intention.
 - Association : Si la prostate est élargie.

RÉFÉRENCES

1. Füllhase C, Chapple C, Cornu JN *et coll.* Eur Urol. 2013 Aug; 64(2):228-43
2. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM *et coll.* N Engl J Med. 2003 Dec 18; 349(25):2387-98
3. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J *et coll.* Eur Urol. 2010 Jan; 57(1):123-31
4. Fwu CW, Eggers PW, Kirkali Z *et coll.* J Urol. 2014 Jun; 191(6):1828-34.
5. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM *et coll.* N Engl J Med. 2003 Jul 17; 349(3):215-24
6. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW *et coll.* N Engl J Med. 2010 Apr 1; 362(13):1192-202
7. Thompson IM Jr, Goodman PJ, Tangen CM *et coll.* N Engl J Med. 2013 Aug 15; 369(7):603-10

AUTEURS

Emelie Braschi, M.D. CCMF Ph.D.,
Michael R Kolber, M.D. CCMF
 M.Sc.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

8. Etzioni RD, Howlader N, Shaw PA *et coll.* J Urol. 2005 Sep; 174(3):877-81
9. Sarkar RR, Parsons JK, Bryant AK *et coll.* JAMA Intern Med. 2019 Jun 1; 179(6):812-819
10. Nickel JC, Aaron L, Barkin J *et coll.* Can Urol Assoc J. 2018 Oct; 12(10): 303-312.

OUTIL DE LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les **D^{rs} G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.