



Incidence et profil des patients avec hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) symptomatique, pour lesquels les urologues instaurent une bithérapie

Alexandre de la Taille¹, François Desgrandchamps², Sophie Marliac³, Denis Comet⁴, Liliane Lamézac³

¹ Hôpital Henri-Mondor, Service d'urologie (AP-HP), Créteil.

² Hôpital Saint-Louis, Service d'urologie (AP-HP), Paris.

³ Laboratoires MSD-Chibret, Paris.

⁴ Axonal, Nanterre.

Incidence and profile of patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia (BPH), treated by urologists using bithérapie

Résumé

Depuis les dernières recommandations de l'ANAES en 2003, les pratiques ont évolué et différentes études ont confirmé l'intérêt d'associations thérapeutiques pour le traitement des troubles urinaires du bas appareil liés à l'HBP (TUBA/HBP). Une enquête observationnelle française a été réalisée dans les conditions réelles de suivi en consultation d'urologie, afin d'évaluer la fréquence et les raisons du recours à une association médicamenteuse chez les patients adressés par le médecin généraliste (MG). Début 2008, 105 urologues français ont inclus 2 588 patients vus en consultation pour TUBA/HBP. L'instauration d'une association a été décrite et la recherche de facteurs associés à cette option thérapeutique a été réalisée par analyses de régression logistique (Odds ratio). À l'issue de la consultation, une association thérapeutique était instaurée chez 33,7 % des patients, 23,6 % recevant désormais un alphabloquant et un inhibiteur de la 5-alpha réductase (SARI). Le choix de cette option thérapeutique était principalement motivé par l'insuffisance d'une mono thérapie (60,9 %), la sévérité des symptômes (31,1 %) et un volume prostatique important (28,3 %). Les facteurs les plus fortement liés à l'instauration d'une bithérapie étaient un I-PSS modéré/sévère (OR = 3,9/3,4) et un volume prostatique > 50 ml (OR = 4,1). En conclusion, pour un tiers des patients consultant un urologue pour HBP symptomatique, une association thérapeutique a été instaurée et principalement justifiée par l'insuffisance d'une mono thérapie, la sévérité des symptômes et un volume prostatique important.

Mots-clés : Hypertrophie bénigne de la prostate, association thérapeutique, facteurs de risque.

Abstract

Since guidelines of the French Health Authority published in 2003, the management of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH) benefited from large study results that confirmed the interest of prescribing combination therapy in some patients. A french survey was conducted, aiming to evaluate the frequency and reasons of the initiation of a combination therapy in LUTS/BPH patients referred to urologists by general practitioners. Beginning 2008, 105 urologists included 2588 patients who consulted them for LUTS/BPH. The initiation of the combination therapy was described, looking for related factors using logistic regression analyses (Odds ratio). Further to the urology consultation, a combination was initiated in 33,7 % of the patients, including an alpha-blocker and a 5 alpha-reductase inhibitor in 23,6 % of cases. Urologists mainly justified this therapeutic choice by the fact a previous single treatment was insufficient (60,9 %), the patient presented severe LUTS (31,1 %) and a large prostatic volume (28,3 %). Among risk factors, a moderate (OR = 3,9) or severe (OR = 3,4) I-PSS score and a prostatic volume greater than 50 ml (OR = 4,1) were the most correlated to the initiation of a combination therapy. Thus, the initiation of a combination therapy in one out of three LUTS/BPH patients who consulted a urologist, was mainly justified by the insufficiency of a single treatment, the severity of the urinary disorders and a high prostatic volume.

Key-words: Benign prostatic hyperplasia, combination therapy, risk factors.

Correspondance

Alexandre de la Taille

Service d'urologie

Hôpital Henri-Mondor

51, av. du Mal de-Lattre-de-Tassigny

94010 Créteil cedex

alexandre.de-la-taille@hmn.aphp.fr

Introduction

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est l'une des affections les plus fréquentes chez l'homme de plus de 40 ans [1]. En France, plus de 5 millions d'hommes souffriraient d'HBP, mais en l'absence de gêne exprimée, seulement 2 millions sont diagnostiqués [2, 3]. Trois classes thérapeutiques (alpha-bloquant, inhibiteur de la 5-alpha réductase [5ARI], et extraits de plantes/phytothérapie) ont démontré leur efficacité sur la réduction des troubles urinaires du bas appareil (TUBA) liés à l'HBP (TUBA/HBP). Les dernières recommandations de l'ANAES remplacée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS) datent de 2003 [2] et, en dehors des cas d'HBP compliquée, ne préconisent pas de stratégie thérapeutique concernant l'utilisation particulière de l'une ou l'autre de ces différentes classes. Depuis, les pratiques ont évolué et différentes études ont confirmé l'intérêt d'associations thérapeutiques, le plus souvent initiées par les urologues [4, 5, 6]. Début 2008, une enquête observationnelle française a été réalisée dans les conditions réelles de suivi en consultation d'urologie, afin d'évaluer la fréquence et les raisons du recours à une association médicamenteuse chez les patients adressés par le médecin généraliste (MG) pour TUBA/HBP.

Matériel et méthode

Deux cents urologues français devaient participer à cette enquête, inclure chacun 30 patients vus en consultation pendant une période d'une à trois semaines, et sélectionner parmi ceux-ci les 5 premiers pour lesquels l'instauration d'une association par alphabloquant et 5ARI avait été librement décidée. Les informations suivantes étaient recueillies : motif(s) de la consultation en urologie, ancienneté et sévérité (scores global I-PSS) de l'HBP, volume prostatique et taux de PSA (si disponibles) ; traitement actuel (en classes), et prise en charge thérapeutique déterminée à l'issue de la consultation. Pour les 5 patients sélectionnés, l'urologue devait également préciser le principal motif de ce choix et les modalités de suivi du patient à l'issue de la consultation.

Statistiques

L'instauration d'une association thérapeutique à l'issue de la consultation a été décrite avec son intervalle de confiance à 95 %, et la recherche de facteurs associés à cette option thérapeutique a été réalisée par analyses de régression logistique uni puis multivariées (Odds ratio). Tous les tests étaient bilatéraux avec un seuil de significativité de 5 %.

L'approbation de la réalisation de cette enquête a fait l'objet d'une demande spécifique auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Commission nationale de l'information et des libertés.

Résultats

Caractéristiques des patients

Au total, 105 urologues ont participé à cette enquête, ont inclus 2 588 patients les ayant consultés pour TUBA/HBP et en ont sélectionné 564 pour lesquels une association alphabloquant et 5ARI avait été instaurée à l'issue de la consultation. Les caractéristiques des 2 588 patients et les stratégies thérapeutiques initiales et à l'issue de la consultation sont présentées dans le **tableau I**.

Les patients étaient adressés en consultation d'urologie en raison d'une aggravation des symptômes (51,5 %), pour réalisation d'examens complémentaires (23,5 %), en raison de complications (21,3 %) principalement de type rétention aiguë d'urine (RAU) (10,7 %) ou infection urinaire (9,0 %), pour chirurgie (5,1 %) ou pour un autre motif (12,5 %).

Tableau I : Caractéristiques des patients avec TUBA/HBP consultant en urologie (N = 2588).

Âge (ans) [Moyenne ± SD (min. ; méd. ; max.)]	68,3 ± 9,9 (19 ; 68 ; 99)			
Ancienneté de l'HBP	<1 an	1-5 ans	>5-10 ans	>10 ans
% patients (n)	17,0 % (439)	50,4 % (1 300)	24,4 % (630)	8,1 % (210)
I-PSS [Moyenne ± SD (min. ; méd. ; max.)]	17,3 ± 6,5 (1 ; 18 ; 35)			
	Léger (= 0 – 7)	Modéré (= 8 – 19)	Sévère (= 20 – 35)	
% patients (n)	6,2 % (140)	57,0 % (1 297)	36,8 % (837)	
Score L [Moyenne ± SD (min. ; méd. ; max.)]	3,1 ± 1,1 (0 ; 3 ; 6)			
Volume prostatique (mL) [Moyenne ± SD (min.; méd. ; max.)]	53,5 ± 23,4 (10 ; 50 ; 250)			
	<30 ml	30-50 ml	>50 ml	
% patients (n)	5,3 % (137)	52,6 % (1 353)	42,0 % (1 080)	
Taux PSA (ng/mL) [Moyenne ± SD (min. ; méd. ; max.)]	4,7 ± 15,4 (0 ; 3,3 ; 570)			
	<4 ng/ml	4-10 ng/ml	>10 ng/ml	
% patients (n)	57,1 % (1 399)	39,0 % (956)	4,0 % (97)	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273984>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273984>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)