

L'hypertrophie bénigne de la prostate

L'hypertrophie bénigne, ou adénome, de la prostate (HBP) est une tumeur bénigne qui associe une prolifération des cellules prostatiques et une augmentation progressive du volume de la prostate, entraînant une obstruction du canal urétral avec diminution du jet urinaire.

Ce n'est pas une maladie, mais la conséquence du vieillissement.

Elle est extrêmement fréquente et touche 50 à 75% des hommes de plus de 50 ans.

L'hérédité semble jouer un rôle prépondérant. Certaines habitudes alimentaires sont mises en cause : les régimes riches en graisses animales, mais aussi l'[obésité](#), le [diabète](#), le [tabagisme](#), l'[hypertension artérielle](#), l'hypercholestérolémie et l'inactivité physique qui sont autant de facteurs de risque.

Les principales complications de l'HBP :

- *Rétention aiguë d'urine*. Elle nécessite un traitement évacuateur en urgence par sondage ou pose d'un cathéter sus-pubien.
- *Infection urinaire* due à la stase des urines (résidu vésical post-mictionnel). Elle peut se compliquer en prostatite, majorant l'obstacle à la miction et peut se propager aux reins (pyélonéphrite) ou aux testicules (orchépididymite)
- *Lithiases vésicales*, complication liée à la sédimentation engendrée par le résidu vésical chronique.
- *Insuffisance rénale*, à un stade évolué.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'hypertrophie bénigne de la prostate est une manifestation naturelle liée à l'âge. On peut parler dans ce cas de tumeur bénigne ; l'HBP ne dégénère jamais en cancer. HBP et cancer de la prostate sont deux maladies totalement différentes et sans relation. L'adénome se développe plutôt dans la partie centrale de la prostate tandis que le cancer se développe dans la zone périphérique. Néanmoins, il peut arriver qu'elles coexistent chez un même patient. Ceci explique le dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA (Antigène Prostatique Spécifique) dans le cadre de la prise en charge d'une HBP. De même, en cas d'intervention chirurgicale, le tissu prostatique retiré est systématiquement analysé.

La prostate n'ayant aucun rôle sur la production des spermatozoïdes, l'érection et le mécanisme d'éjaculation, l'HBP n'entraîne pas de risque de stérilité ni d'impuissance. En revanche, le traitement chirurgical parfois nécessaire

entraîne très fréquemment un problème d'éjaculation rétrograde. C'est également le cas avec certains traitements médicaux destinés à traiter l'HBP.

L'hypertrophie bénigne de la prostate ne doit pas non plus être confondue avec une prostatite. La prostatite est une inflammation d'origine infectieuse. Elle se traduit par une forte fièvre ainsi que des troubles urinaires.

Le diagnostic d'HBP :

L'HBP est longtemps silencieuse et peut le rester.

Le diagnostic clinique repose sur l'interrogatoire et la recherche des symptômes urinaires du bas appareil.

La compression progressive de l'urètre est responsable de deux types de troubles urinaires :

1. Des signes irritatifs liés à un résidu post-mictionnel : pollakiurie diurne et nocturne, envies répétées et impérieuses (urgenturies) quelquefois accompagnées de fuites urinaires par régurgitation.
2. Des signes obstructifs liés à la nécessité de franchir l'obstacle prostatique : efforts mictionnels douloureux ou pas, faiblesse du jet, mictions prolongées, gouttes retardataires en fin de miction.

L'hypertrophie de la prostate est suspectée devant ces signes ; le toucher rectal est indispensable et oriente le diagnostic.

Les examens complémentaires permettent d'évaluer le retentissement sur l'appareil urinaire et de rechercher un éventuel cancer de la prostate associé : dosage du PSA, examen cytobactériologique urinaire, échographie des voies urinaires, débitmétrie mictionnelle.

Les traitements médicamenteux :

Il n'existe pas de traitement étiologique spécifique de l'HBP.

Les traitements médicamenteux ne sont que symptomatologiques.

Ils sont souvent mal tolérés.

- *Les Alphabloquants*, appelés aussi alpha 1 adrénergiques, agissent en bloquant la libération de noradrénaline au niveau des cellules musculaires lisses de la prostate, réduisant ainsi le tonus musculaire et diminuant donc l'obstruction prostatique.

Les effets secondaires les plus fréquents sont fatigue, hypotension, vertiges, somnolence, éjaculation rétrograde.

- *Les inhibiteurs de la 5 alpha réductase (I5AR)* : la testostérone a une action sur la croissance des cellules prostatiques par l'intermédiaire de l'un de ses métabolites, la dihydrotestostérone (DHT). La transformation de la testostérone en DHT se fait sous l'action d'une enzyme, la 5 alpha-réductase.
Les I5AR, en diminuant le volume prostatique, améliorent significativement les symptômes de rétention et le débit urinaire. En même temps ils diminuent artificiellement par deux le taux de PSA.
Les effets secondaires : diminution de la libido, dysfonction érectile, troubles de l'éjaculation, gynécomastie.
- *Les anticholinergiques* : l'acétylcholine est le principal neurotransmetteur des récepteurs muscariniques, présents à la surface du muscle vésical. Ainsi les anticholinergiques diminuent les contractions du muscle lisse vésical. Leurs indications sont les troubles d'hyperactivité vésicale manifestés par une pollakiurie et des urgencies.
Les principaux effets secondaires : sécheresse buccale, constipation, dysurie, troubles nasopharyngés, fatigue.

En cas d'hypertrophie de la prostate certains médicaments sont contre-indiqués car ils majorent le risque de rétention d'urine : les anticholinergiques (antiparkinsoniens, antispasmodiques, antinaupathiques, certains antihistaminiques, certains psychotropes, ou vasoconstricteurs, Certains antihypertenseurs sont contre indiqués en association aux alpha bloquants.

Les traitements chirurgicaux et optionnels :

- *La résection endo-urétrale* peut être pratiquée lorsque le volume de la prostate est inférieur à 100 ml. La séquelle quasi-permanente est l'éjaculation rétrograde et il existe un important risque de stérilité.
- *L'adénectomie par chirurgie ouverte* (laparotomie médiane) vise à réaliser une énucléation de l'adénome lorsque celui-ci est volumineux. Les complications sont essentiellement hémorragiques.

- *La radiofréquence interstitielle (TUNA)* : technique ambulatoire intéressante pour des patients en échec de traitement médical et contre-indiqués à la chirurgie. Elle consiste à délivrer une énergie de radiofréquence créant les lésions de nécrose de coagulation.
- *Le traitement endoscopique au laser* : n'ayant pas de risque hémorragique cette technique est utile chez des patients sous anticoagulants ou aux risques hémorragiques importants.
- *La thermographie* : on délivre des microondes par voie trans urétrale et trans anale. Il n'y a pas d'exérèse de tissu prostatique. Cette technique est encore expérimentale.

L'apport de l'homéopathie dans le traitement de l'HBP :

Les remèdes homéopathiques agissent là aussi sur la symptomatologie de l'HBP, sans effet secondaire, mais aussi et surtout ils prennent en compte le terrain du sujet, son mode réactionnel et ainsi permettent de redresser le déséquilibre chronique dans lequel la personne évolue. Ici la diathèse est principalement du domaine de la sycose.

Répertorisation à l'aide de RADAR, nous trouvons :

➤ Dans la **rubrique PROSTATE** :

- **Gonflement, hypertrophie, adénome**, 6 seulement des 116 remèdes sont au 3^{ème} degré : **Bar-C, Calc., Chim., Con., Dig., Puls.**
- **Hypertrophie, adénome chez les personnes âgées** : 3 remèdes sont seuls et au 3^{ème} degré : **Bar-C. Dig. Sel.**

➤ **Des sensations** :

- . de gonflement de la prostate : alum. berb. bry. chim. cycl. nux-v. senec. *Ther.*
- . d'être assis sur une boule : cann-i. *Chim. SEP.* sil.

➤ **Des besoins urgents** :

- . Miction impérieuse : ser-a-c.
- . Besoins impérieux accompagnés d'une émission d'urine peu abondante : **CANN-XYZ. CANTH. DIG. DULC. NUX. PULS. RUTA. SPONG. STAPH.**

- **Des envies fréquentes d'uriner** ; parmi les 349 remèdes on ne retiendra que les remèdes au 3^o degré :

AM-C. APIS ARG-MET. ARG-N. BAR-C. CALC. CALC-AR. CANTH. CASTM. CAUST EUPHR. GRAPH. IGN. LAC-AC. LACH. LYC. MERC. MERC-C.

➤ **Des fuites urinaires :** Miction involontaire chez des hommes avec hypertrophie de la prostate : *All-s. Aloe.* apoc. *Cic.* dig. *Iod.* kali-p. nux-v. *Pareir. Sec. Thuj.*

➤ **Des mictions incomplètes :**
Berb. Calc. Caust. CLEM. Gels. Helon. HEP. hydrog. *Kali-c. LACH. Lyc. MAG-M. Nat-c. Nat-p. SEL.* sil. *Staph. Thuj.*

➤ **Une miction retardée :**

- Peut uriner uniquement debout : alum. caust. *Chim.* con. hyper. **SARS.** syp.
- Peut uriner uniquement debout, avec les pieds écartés et le corps penché en avant : *Chim.*
- Avec un jet dispersé, en arrosoir : cann-xyz. kreos.
- Doit attendre pour que l'urine sorte, avec quelques gouttes retardataires : caust. mand.
- Obligé de faire des efforts prolongés avant que la miction ne commence ; (54 remèdes) *Acon. ALUM. Apis. Arn. Bell. Cact. CAUST. Coc-c. HEP. Hyos. Kali-c. Kreos. Laur. MAG-M. MUR-AC. Nit-ac. OP. Prun. Rhus-t. Sep.*
- Obligé de faire des efforts prolongés avant que la miction ne commence et l'urine sort goutte-à-goutte : bell. plb.
- Obligé de faire des efforts prolongés avant que la miction ne commence avec de fréquents besoins impérieux et émission peu abondante : thuj.

➤ **Une miction interrompue, intermittente:** *Agar. Carb-an. Caust. CLEM. CON. Dulc. Gels. Graph. Iod. Kali-c. Led. Lyc. M-aust. Op. Ph-ac. Puls. Sulph. Thuj.*

➤ **Une miction incomplète ;** obligé d'uriner cinq ou six fois avant de vider sa vessie : *Thuj.*

➤ **Une miction goutte-à-goutte :** *Aloe Dig. Nux-v. Puls. Staph.*

➤ **Une miction plus longue ;** *Agath-a.*

➤ **Des gouttes retardataires après la miction :** **SEL.**

➤ **Un jet urinaire faible et intermittent :**

ALUM. Apis **ARG-N. ARN.** Bell. Berb. Calc-p. Camph. Caust. **CLEM.** Coloc. Dig. Gels. **HELL. HEP.** Kali-bi. Kali-c. Kali-p. Laur. M-aust. Med. **MERC. MERC-C. MUR-AC.** Nit-ac. **OP** Petr. Ph-ac. Prun. Rhus-t. **SARS.** Sep. Stram. **SULPH**

➤ **Une pollakiurie nocturne ou nycturie :(169 remèdes au total) :**

Alum. Alumn. Am-c. Am-m. Anac. Apis. Arg-met. **BAR-C. Bar-m. BELL. BORX.** Cact. **CALC.** Calc-f. Canth. Carb-ac. **CARB-AN.** Carbn-s. Caust. **CINA** Con. Cupr. Cycl. Equis-h. Eug. Glon. Graph. Hyos. Kali-bi. Kali-c. **KALI-N. KREOS.** Lac-c. Lach. Lith-c. **LYC.** M-aust. **MED.** Meph. **MERC. MURX.** Nat-c. Nat-m. Nat-p. Nat-s. Nit-ac. Nux-v. Ph-ac. Podo. Puls. Rhus-t. Rumx. Sang. Sars. Senec. **SEP.** Sil. Squil. Stram. **SULPH.TER.** Thuj. Uran-n.

Quelques remèdes de la Matière médicale :

Sarsaparilla officinalis :

Douleur violente à la fin de la miction avec ténesme vésical douloureux.
Assis urine goutte à goutte ; debout urine librement.

Pareira brava :

Besoins constants ; doit faire de grands efforts pour uriner.
Douleur irradiant dans les cuisses au moment où le sujet s'efforce d'uriner.
Le sujet ne parvient à expulser l'urine que lorsqu'il se met à genoux, en mettant la tête en appui.
Odeur ammoniacale de l'urine.
Sensation de plénitude de la vessie même après la miction.

Chimaphila umbellata :

Constants besoins d'uriner, le sujet se lève plusieurs fois dans la nuit.
Il doit forcer pour que le flux commence ; il doit se pencher en avant jambes écartées.
Sensation d'avoir une balle dans le périnée.
Dans le langage populaire cette plante est parfois appelée « herbe à pisser ».

Sabal serrulata :

Les mictions sont très fréquentes, surtout la nuit.
Elles peuvent être douloureuses, parfois sanglantes.
Le jet est intermittent.

***Clematis erecta* :**

Impossibilité de vidanger la vessie en une seule fois.

Miction intermittente avec interruption du jet qui est très fin.

Urine goutte à goutte avec douleurs urétrales.

Persistance de quelques gouttes après la miction.

***Selenium* :**

Écoulement involontaire d'urine goutte à goutte en marchant après avoir uriner.

Sensation constante comme si une goutte d'urine voulait sortir.

Contexte d'épuisement physique et mental.

***Digitalis* :**

Faiblesse génitale chez un cardiaque.

Besoin constant d'uriner, miction goutte à goutte avec douleurs aiguës au col de la vessie.

***Staphysagria* :**

Pollakiurie, douleur urétrale en dehors des mictions et pertes de quelques gouttes d'urine après la miction.

Il est intéressant d'ajouter ce médicament homéopathique au traitement de l'adénome de la prostate, il agit directement sur les symptômes du prostatisme, mais également sur le fond ; en effet, tout ce qui touche à l'appareil urinaire chez l'homme pourrait en être justiciable. Cette souche pourra accompagner les gestes médicaux invasifs et/ou pouvant être ressentis comme tels, toucher rectal, sondage urinaire, échographie par voie rectale ... et prévenir les troubles psy qui pourraient en résulter.

Les principaux traitements de fond :

***Baryta carb.* :**

Remède d'action lente et profonde, ayant une tendance aux hypertrophies et aux indurations glandulaires et ralentissement psychomoteur.

La miction est difficile avec des besoins urgents la nuit.

***Calcarea carb.* :**

Tempérament lymphatique avec engorgement glandulaire généralisé, tendance à l'obésité.

Conium :

Induration des tissus en particulier des glandes avec grosse prostate indurée.

Le jet urinaire est intermittent, long à venir, avec des douleurs lombaires.

La vessie ne se vide pas complètement : résidu post-mictionnel et vessie de lutte.

Tendance à la dépression, aux vertiges et à la paralysie progressive ascendante.

Iodum :

Tuberculinique avec son excitation motrice permanente mais avec une grande faiblesse.

Mictions fréquentes et abondantes. La prostate est hypertrophiée et indurée.

Lycopodium :

Contexte d'impuissance génitale avec des désirs persistants, sur terrain arthritique.

Polyurie nocturne. L'urine est longue à s'écouler et par un jet faible.

Thuya :

Roi de la sycose ; action profonde avec apparition d'excroissances, tumeurs bénignes ou malignes ; constitution hydrogéoïde.

Douleur et sensation de brûlure ressenties au col de la vessie. Besoins fréquents et impérieux d'uriner.

La gemmothérapie :

- ***Vaccinium vitis idaea 1 DH*** : l'airelle, antiseptique, anti-inflammatoire et antispasmodique est utile dans les infections du bas appareil urinaire.
- ***Sequoia gigantea Decaisne*** de la famille des Cupressacées, il est connu pour ses propriétés anti- vieillissement. Il a une action tonifiante et stimulante sur la prostate.

La lithothérapie déchélatrice de drainage :

- ***Adulaire D8*** : variété de feldspath blanc, nacré et transparent, également appelée *Pierre de lune*, elle est composée d'aluminosilicate de potassium.
- ***Blende D8*** : également appelée sphalérite, elle contient du sulfure de zinc

- **Monazite D8** : minéral entrant dans la composition [de](#) certaines terres rares ;Il contient du cérium, du lanthane et du thorium.

Les traitements phytothérapeutiques :

- ***Serenoa repens***, le palmier nain de Floride : il inhibe la formation de prostaglandines et de leucotriènes et freine la prolifération des cellules de la prostate.
- ***Pygeum africanum***, le prunier d’Afrique : anti-œdémateux, anti-inflammatoire, il diminue les symptômes de l’hypertrophie bénigne de la prostate.
- ***Cucurbita pepo***, l’huile de pépins de courge : riche en acide linoléique, cucurbitine, vitamine E et phytostérols, elle inhibe la fixation de la dihydrotestostérone sur des cultures cellulaires de cellules prostatiques.
- ***Urtica dioica***, l’ortie : riche en bêtasitostérols, elle permet de freiner l’augmentation du volume de la prostate et d’augmenter le flux urinaire et la force du jet, diminuant ainsi la désagréable sensation d’absence de vidange de la vessie.

Conclusion :

L’HBP est manifestement la résultante d’une « sycotisation » du sujet. Si l’on peut améliorer le confort urinaire de la personne par ces traitements, il est indispensable d’y associer un traitement de la sycose sous-jacente par les traitements de terrain de façon à ralentir voire diminuer l’évolution de la sclérose et dans ce cas le volume de la prostate.

Enfin quelques mesures hygiéno-diététiques simples peuvent aider à réduire les symptômes de l’HBP :

- . Réduire le stress en pratiquant régulièrement des exercices physiques et des techniques de relaxation comme la méditation.
- . Prendre le temps de vider la vessie complètement pour éviter d’avoir à retourner trop rapidement aux toilettes.
- . Réduire les quantités de liquides ingérés le soir et notamment avant le coucher.
- . Éviter les boissons alcoolisées et le café. Les deux peuvent avoir un effet sur le tonus musculaire vésical.

Un cas clinique :

Mr. R., 64 ans consulte car depuis 3 mois, il se lève 4 fois par nuit et pousse pour uriner surtout le matin. Il a du mal à retenir ses urines surtout lorsqu'il a la vessie pleine. Son épouse avoue qu'il est obligé de s'arrêter plusieurs fois sur le bord de la route pour se soulager.

Pas d'antécédents notables en dehors d'un tabagisme à 30 paquets années. Il ne prend aucun traitement.

Il s'agit d'un homme présentant une prise de poids récente, avec un IMC à 30. L'interrogatoire note un certain repli sur soi depuis plusieurs mois, une perte du désir sexuel, des troubles de la mémoire avec oublis fréquents. Ce changement est survenu après un licenciement.

Son urologue consulté récemment lui a trouvé une grosse prostate peu souple sans nodule ; l'échographie confirme l'hypertrophie (70 g) et l'absence de nodule ; le résidu post-mictionnel est de 50 cc. Les PSA sont normaux.

Le traitement par Alpha-Bloquants de l'urologue lui occasionne des vertiges et une sensation de malaise. Il décide de changer de mode de traitement.

Un premier traitement de trois mois lui est prescrit :

- Du lundi au samedi : Sabal serrulata 4 CH le soir
Baryta carbonica 4 CH le matin
- 1^{er} et 3^{ème} dimanches : Staphysagria 15 CH
- 2^{ème} et 4^{ème} dimanches : Calcarea carbonica 15 CH
- Andulaire D8 : une ampoule le soir
- Blende D8 : une ampoule un matin sur 2
- Monazite D8 : une ampoule un matin sur 2

Mr. R. reviens après trois mois, seul. Il demande de renouveler son traitement.

Il ne se lève plus qu'une à deux fois par nuit et même parfois pas du tout.

Depuis qu'il s'est obligé à marcher chaque jour et qu'il a diminué ses rations alimentaires, il a perdu 5 kg. Enfin il se sent beaucoup mieux moralement, expliquant qu'il profite de son chômage, attendant sa retraite.

Je lui conseille de revoir son urologue pour évaluer l'effet du traitement, de poursuivre le mode de vie qu'il a adopté et je lui propose un deuxième traitement de trois mois :

- Sabal serrulata 4 CH le soir
- Baryta carb. 4 CH le matin
- Calcarea carbonica 15 CH une dose par mois.

Une lettre de l'urologue relate l'amélioration de la symptomatologie et une réduction notable du volume de la prostate de Mr R. Il propose de poursuivre cette thérapeutique avec nouveau contrôle dans un an.

L'ordonnance est renouvelée avec indication de stopper le traitement symptomatologique si l'amélioration se poursuit.

Bibliographie :

- RadarOpus
- Matière médicale de Boerike
- Les diathèses homéopathiques de Max Tétou
- Précis de Thérapeutique Homéopathique de Léon Vannier
- Traité de Matière Médicale de Henry Duprat