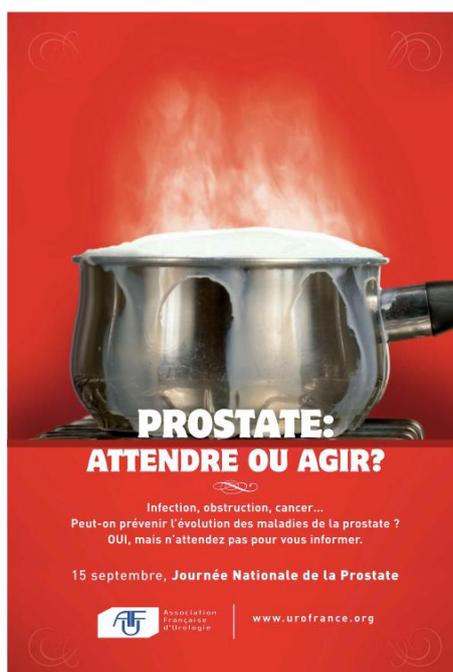


Dossier de presse



Journée de la prostate
15 septembre 2010



« *Prostate : attendre ou agir ?* »

Service de presse et de communication :

MHC Communication

Marie-Hélène Coste

38 avenue Jean Jaurès - 94110 Arcueil

Tél. : 01 49 12 03 40 - Fax : 01 49 12 92 19

✉ : MHC@mhccom.eu

SOMMAIRE

Le cancer de la prostate	2
L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome	10
L'infection de la prostate ou prostatite	19
La prostate et la sexualité	27

Le cancer de la prostate

Quelques données chiffrées

En l'espace de quelques années, le cancer de la prostate est devenu **le cancer le plus fréquent** et la **2^{ème} cause de mortalité** (après le cancer du poumon) **chez l'homme**.

Les dernières estimations nationales du réseau Francim font état de 62 245 nouveaux cas et 9 202 décès enregistrés en France, en 2005. Le taux de mortalité par cancer de la prostate tend pourtant à diminuer (-2,5% entre 2000 et 2005) ; cette réduction pouvant-être mise en rapport avec l'amélioration des conditions de prise en charge (efficacité des traitements et diagnostic à un stade plus précoce). Cependant, le vieillissement de la population et son corollaire, l'augmentation du nombre d'hommes de plus de 65 ans à partir de 2010, laissent présager que le nombre de nouveaux cas sera encore amené à augmenter.

D'après l'INSEE, le nombre d'hommes de 50 ans et plus devrait augmenter de 49 % entre 2000 et 2030, passant de 8,5 millions en 2000 à 12 millions en 2030.

Toutefois, en raison du tabou qui entoure encore les maladies prostatiques et devant les réticences des hommes à en parler à leur médecin généraliste ou à se faire dépister, la prévalence du cancer de la prostate est encore mal connue et de nombreux cas ne sont probablement pas diagnostiqués.

On estime que la fréquence d'apparition des nouveaux cas de cancer de la prostate en France se situe à plus de **36 cas pour 100.000 hommes par an, 95 % diagnostiqués entre 57 et 88 ans**. Les estimations Francim indiquent que 18 060 hommes de moins de 65 ans sont concernés par le cancer de la prostate chaque année en France, soit 27,4 % des cas totaux attendus de cancers de la prostate.

On estime aussi qu'un homme sur huit risque de se voir diagnostiquer un cancer de la prostate au cours de sa vie.

Aujourd'hui, la médiane de survie d'un cancer de la prostate localisé est proche de dix ans.

Chez l'homme âgé, l'évolution est lente et, le plus souvent, le cancer de la prostate ne sera pas responsable de complications mortelles. Il ne faut pas oublier, en revanche, que les évolutions locales et les métastases du cancer de la prostate sont extrêmement douloureuses et difficiles à traiter.

Le risque familial

Le risque pour un homme de développer un cancer de la prostate est d'autant plus grand que le nombre de parents proches ayant eu un cancer de la prostate est élevé et que ces cancers ont été détectés avant 65 ans.

- **La forme héréditaire** comporte le risque le plus élevé. Cette forme correspond aux familles avec au moins 3 cas de cancer de la prostate chez des parents du premier ou du troisième degré - côté paternel ou maternel - ou encore deux cas précoces (avant 55 ans). Le risque est alors multiplié par 10 ou 20 par rapport à la population générale. Cette forme de cancer concerne 5 à 10 % des cancers prostatiques.
- **La forme familiale** correspond aux familles avec 2 cas, quel que soit l'âge au moment du diagnostic. Le risque est multiplié par 5 par rapport à la population générale. Cela concerne 10 à 20 % des cancers.
- En l'absence de cancers familiaux, on parle de **formes sporadiques** qui concernent 70 à 80 % des cancers.

Le risque ethnique

Les hommes d'origine africaine ou antillaise, en France, ont une incidence deux fois plus élevée que celle de la population d'origine métropolitaine.

Le risque lié à l'âge

Les études montrent un bénéfice du dépistage entre 55 et 69 ans.

Les tests du dépistage

- **Le toucher rectal**

Sa situation en avant du rectum rend la prostate facilement accessible au doigt du praticien qui peut en apprécier le volume, la régularité des contours et la consistance. La prostate normale est souple.

Le toucher rectal est un examen clinique qui peut être réalisé en routine au cabinet du médecin généraliste. Plus de 10 % des cancers de la prostate sont révélés par ce seul geste, alors même que la valeur du PSA total est inférieure à la valeur seuil de normalité.

C'est un geste indolore et d'une grande simplicité : le patient peut être debout ou allongé sur la table d'examen. La palpation est rapide et sans aucun effet secondaire.

La plupart des cancers (80 %) se développant en effet dans la zone périphérique postérieure, le médecin peut sentir, dans ce cas de figure, une induration localisée ou étendue pouvant dépasser les contours de la prostate. Cependant, l'absence d'induration n'exclut pas la présence d'un cancer (50%).

- **Le PSA (Prostatic Specific Antigen)**

L'antigène spécifique prostatique est une protéine non toxique qui n'est produite que par la prostate. Elle est présente dans le sperme où elle joue un rôle dans la reproduction. Le PSA est également présent dans le sang en petite quantité, ce qui permet son dosage.

Le taux de PSA dans le sang (comme dans le sperme) est exprimé en nanogrammes par millilitres (ng/ml).

Le dosage se fait par une prise de sang ; il n'est pas nécessaire d'être à jeun. Comme la méthode de dosage et le résultat peuvent varier d'un laboratoire à l'autre, il est recommandé de se rendre dans le même laboratoire pour effectuer les prises de sang pour interpréter les éventuelles variations des résultats successifs.

La prise de sang doit avoir lieu à distance du toucher rectal (au moins 3 jours).

Après une infection urinaire, le taux de PSA peut être multiplié par 10 ou 20. Il faut donc attendre au moins deux mois que le taux soit suffisamment abaissé pour que son interprétation devienne significative.

Le PSA n'est pas un test diagnostique et n'est pas spécifique du cancer. Il est témoin d'une anomalie de la prostate (HBP, infections, cancer). En cas de cancer, il revêt 3 rôles : dépistage, pronostic et marqueur thérapeutique.

De nouvelles pistes ?

Les tests urinaires représentent une nouvelle approche pour identifier les patients à risque de cancer. En effet, la détection de gènes spécifiques du cancer de la prostate dans les urines recueillies après toucher rectal est possible grâce à l'amélioration des techniques de biologie moléculaire. Plusieurs cibles ont été identifiées comme le PCA3, l'Annexine3, la Sarcosine, l'AMACR ou les gènes de fusion dont TMPRSS2:ERG. L'objectif est de pouvoir mieux indiquer les biopsies prostatiques chez les patients ayant un risque accru de cancer et d'évaluer les gènes d'agressivité tumorale. Le test pour PCA3 est peut être le plus développé actuellement et est disponible auprès de certains laboratoires. Il n'est pas encore validé, ni recommandé ou remboursé. Enfin des tests génétiques sont en développement sur les biopsies prostatiques afin de mieux apprécier leur agressivité et donc mieux affiner les indications thérapeutiques.

La biopsie

Dans le cas d'une valeur de PSA au-dessus de la normale ou de son augmentation entre chaque intervalle, ou si le toucher rectal détecte une induration, on doit pratiquer une biopsie. La biopsie utilise l'échographie. Une sonde est introduite dans l'anus pour effectuer des prélèvements à un endroit déterminé de la prostate. Les cellules cancéreuses sont visibles au microscope et la biopsie a donc une importance essentielle pour évaluer le stade tumoral et définir le pronostic de la maladie. Selon les résultats, d'autres examens pourront

être réalisés afin de préciser une éventuelle extension aux ganglions, aux autres organes et/ou aux os.

Informé le patient

L'information des patients est absolument nécessaire avant de procéder aux tests de dépistage. Comme le dépistage a trait au cancer, le patient doit pouvoir apprécier, en toute connaissance de cause, les avantages et les inconvénients des tests qui lui sont proposés. Cette information doit éclairer le patient sur les limites, les risques et les bénéfices du dépistage et sur les différents traitements en cas de cancer avéré.

Expliquer le dépistage

L'AFU recommande d'expliquer le dépistage et ses objectifs en y intégrant les éléments suivants :

- Le cancer de la prostate est une maladie grave, mais pas toujours létale. Il évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. Un décès dû à une autre cause peut survenir pendant cette évolution prolongée.
- Le toucher rectal et le dosage du PSA sont les moyens du dépistage.
- Une valeur normale de PSA n'est pas une certitude de l'absence de cancer (faux négatif).
- A l'inverse, un résultat de PSA élevé, ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement cancer (hypertrophie, infection).
- Un cancer ne peut être affirmé avec certitude qu'après les biopsies prostatiques.
- En cas de cancer avéré, les différentes options thérapeutiques doivent être expliquées avec leurs avantages et leurs inconvénients.
- Les conséquences en termes de survie et de guérison dans le cas d'un refus des traitements proposés ou d'échec de ces traitements doivent être bien comprises. Un cancer de la prostate, diagnostiqué avant 65 ans, tue plus d'une fois sur deux s'il n'est pas traité. Avant cet âge, les bénéfices du dépistage et du traitement sont démontrés.

Les stratégies de dépistage

Alors que le dépistage organisé est en cours d'étude, la détection précoce du cancer de la prostate doit être proposée à titre individuel après information objective, pour ne pas méconnaître et laisser évoluer un éventuel cancer agressif de la prostate.

La détection précoce du cancer de la prostate repose sur un toucher rectal et un dosage du PSA total dont le rythme de réalisation reste à préciser. Selon l'étude ERSPC, le bénéfice en termes de survie spécifique est démontré chez les hommes de 55 à 69 ans, au prix d'un risque de surtraitement. Le dépistage est recommandé à partir de 45 ans chez les hommes à haut risque de cancer de la prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial (au moins deux cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans).

Cependant, le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans en raison d'un âge avancé ou de co-morbidités sévères.

Perspectives

L'utilisation plus précoce du PSA pourrait modifier la fréquence des tests de détection. En effet, la valeur initiale du PSA total dosé avant l'âge de 50 ans, est prédictive du risque ultérieur de développer un cancer de la prostate. Pour un PSA initial $\leq 0,5$ ng/ml, ce risque est inférieur à 7,5% durant les 25 années à venir. Ce risque est multiplié par 2,5 avec un PSA initial compris entre 0,5 et 1 ng/ml, et par 19 pour un PSA initial compris entre 2 et 3 ng/ml. D'autre part, une étude récente a montré qu'avec un PSA initial inférieur à 1,5 ng/ml (dosé avant 50 ans) le risque de développer un cancer de la prostate durant les 9 années suivantes n'était pas accru. Pour une valeur de PSA initial $\geq 1,5$ ng/ml, le risque augmente dès les premières années de suivi.

Il est donc vraisemblable que, dans les années à venir, l'on s'oriente vers une évaluation plus précoce et plus ciblée du risque de développer un cancer de la prostate. La fréquence des tests serait fonction du résultat du premier PSA, dosé avant l'âge de 50 ans. Si à 60 ans, le taux de PSA est < 1 ng/ml, le risque de décéder d'un cancer de la prostate est inférieur à 2% et devrait conduire à arrêter tout dosage de PSA ultérieur.

Les traitements du cancer

Un cancer discret

Contrairement à l'hyperplasie bénigne de la prostate qui peut provoquer des troubles urinaires, le cancer de la prostate évolue en silence, sans aucun symptôme au début.

La tumeur se développe lentement dans la partie périphérique de la glande à partir d'un foyer de cellules anormales qui s'accroît à vitesse variable selon les individus.

Lorsque la tumeur est plus développée, elle peut provoquer des symptômes qui incitent les patients à consulter : troubles urinaires (jet urinaire faible, envies fréquentes d'uriner, sang dans les urines), impression de pesanteur au niveau du pelvis, difficultés sexuelles, fatigue, douleurs osseuses.

Il existe plusieurs types de traitements du cancer de la prostate mais pas de supériorité démontrée d'un traitement à visée curative par rapport à un autre. La supériorité de l'ablation de la prostate par rapport à l'absence de traitement est toutefois démontrée chez les hommes de moins de 65 ans.

Il s'agit là du résultat de la seule étude randomisée prospective comparant la prostatectomie totale à l'absence de traitement avec une surveillance médiane de 12 ans : le risque cumulé de mortalité est divisé par 2 lorsque les hommes de moins de 65 ans ont bénéficié d'une prostatectomie radicale. Cette réduction concerne également la mortalité globale ainsi que les risques d'évolution locale et d'exposition à un traitement hormonal (*étude scandinave Bill-Axelsson : JNCI, vol. 100, 2008*).

Les différentes approches thérapeutiques

- **la chirurgie**, qui s'adresse principalement aux patients dont le cancer ne dépasse pas les limites de la glande ;
- **la radiothérapie**, l'émission de différentes formes de rayonnements qui vont se centrer sur la tumeur et provoquer des altérations des cellules conduisant à la destruction des tissus tumoraux. Elle s'adresse à des cancers volumineux, non accessible à la chirurgie ;
- **la curiethérapie**, l'introduction de petits grains radioactifs dans la prostate qui vont détruire les cellules cancéreuses. Elle peut être envisagée pour des prostatites ni volumineuses, ni symptomatiques.
- **les ultrasons focalisés de haute intensité**, nouvelle technique qui consiste à détruire les foyers tumoraux. Elle est très utile pour les petits foyers tumoraux, les échecs de la radiothérapie et chez les hommes de plus de 70 ans, souhaitant préserver une activité sexuelle ;

- **l'hormonothérapie**, traitement palliatif, qui consiste à administrer des produits bloquant la sécrétion hormonale ;

La surveillance active consiste à s'abstenir d'engager des traitements afin d'en éviter les désagréments. Il s'agit de surveiller le patient en réalisant, tous les 4 mois, un dosage du PSA avec une biopsie de contrôle.

On ne propose de traitement "actif" que si les examens se révèlent alarmants (raccourcissement sensible du temps de doublement du PSA).

La surveillance active permet d'éviter les surtraitements et leurs effets secondaires, sexuels ou urinaires, qui peuvent altérer la qualité de vie. Elle présente néanmoins le risque de laisser passer le moment où il est encore possible de traiter la tumeur et peut aussi se révéler très anxiogène pour le patient.

On estime que 15 % des patients pourraient bénéficier de ce type de prise en charge ; cependant, dans la réalité, les patients informés à qui on la propose préfèrent s'en remettre à d'autres traitements plus "agressifs".

La surveillance active est toujours en cours d'évaluation.

Après traitements conservateurs - radiothérapie, curiethérapie, HIFU (Ultrasons Focalisés de Haute Intensité) – la chirurgie n'est alors plus possible - le taux de PSA peut s'abaisser jusqu'à une valeur de 0,5 à 2 ng/ml ou être indétectable et signifier alors la guérison.

En cas de récurrence, pouvant survenir même après une décennie, le taux de PSA augmente lors des dosages successifs.

En cas d'échec de radiothérapie, un rattrapage par HIFU est possible et inversement.

Les différents stades d'évolution du cancer de la prostate

L'évolution et le pronostic d'un cancer de la prostate sont liés au volume tumoral, au PSA, au stade et au degré de différenciation histologique (grade/score de Gleason) au moment du diagnostic.

Le « stade » du cancer de la prostate indique le degré de son extension locale, aux tissus avoisinants et aux autres organes (classification TNM) :

- T1 : la tumeur n'est pas perceptible à la palpation lors du toucher rectal. Sa découverte est alors fortuite ;
- T2 : la tumeur est palpable au toucher rectal, mais elle n'a pas franchi les limites de la glande ;
- T3 : la tumeur a franchi la capsule qui entoure la prostate ;
- T4 : la tumeur s'est étendue au voisinage (vessie, rectum, muscles) et peut avoir gagné les ganglions lymphatiques et créé des métastases (os, poumons, foie, cerveau) ;

- N0 : pas de ganglions atteints ;
- N+ : ganglions atteints ;
- M0 : pas de métastase à distance ;
- M+ : métastases à distance (atteinte osseuse dans presque tous les cas).

REFERENCES

1. ANDRIOLE GL, GRUBB RL 3rd, BUYS SS, CHIA D, CHURCH TR, FOUAD MN, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial *N Engl J Med*, 2009, 360: 1310-1319.
2. SCHRODER FH, HUGOSSON J, ROOBOL MJ, TAMMELA TL, CIATTO S, NELEN V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*, 2009, 360: 1320-1328.
3. LILJA H, ULMERT D, BJORK T, BECKER C, SERIO AM, NILSSON JA, et al. Long-term prediction of prostate cancer up to 25 years before diagnosis of prostate cancer using prostate kallikreins measured at age 44 to 50 years. *J Clin Oncol*, 2007, 25: 431-436.
4. TANG P, SUN L, UHLMAN MA, ROBERTSON CN, POLASCIC TJ, ALBALA DM, et al. Initial prostate specific antigen 1.5 ng/ml or greater in men 50 years old or younger predicts higher prostate cancer risk. *J Urol*, 2010, 183: 946-950.
5. Etude scandinave Bill-Axelson. *JNCI*, vol. 100, 2008.

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome

Qu'est-ce que l'hypertrophie bénigne de la prostate ?

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), appelée aussi hyperplasie bénigne ou adénome de la prostate, se caractérise par l'augmentation du volume de la prostate. Ce n'est pas une maladie mais plutôt une conséquence quasi-inéluctable du vieillissement. Le développement d'une HBP est vraisemblablement sous influence hormonale (testostérone) et évolue avec l'âge.

Non cancéreuse et d'évolution lente, l'HBP ne s'exprime en général qu'à partir de 40 ans pour augmenter en fréquence avec l'âge. Petite à la naissance, la prostate se développe jusqu'à la puberté, se stabilise à l'âge adulte et tend à croître proportionnellement au nombre des années sans que l'on en sache, aujourd'hui encore, les raisons.

Cause fréquente de troubles urinaires, l'HBP touche un homme sur sept entre 40 et 49 ans et un homme sur deux entre 60 et 69 ans.

Comment reconnaître les premiers signes ?

Il n'existe pas de parallélisme strict entre le volume de la prostate et la gêne occasionnée. L'HBP peut donc être parfaitement asymptomatique.

Dans un premier temps, l'hypertrophie est d'abord microscopique puis elle s'accroît et devient macroscopique. Hypertrophiée, la prostate appuie sur l'urètre, le canal qui permet l'évacuation des urines hors de la vessie. Cette compression entraîne dans certains cas des troubles urinaires appelés TUBA (Troubles Urinaires du Bas Appareil).

On distingue alors deux types de symptômes :

⊕ **Les troubles mictionnels irritatifs**, ou troubles du stockage des urines.

Ces troubles se traduisent par une **pollakiurie**, c'est-à-dire une augmentation de la fréquence des mictions pendant la journée et l'apparition de mictions nocturnes. Très gênants pour le patient, ils constituent souvent le premier motif de consultation. Les mictions excessives, liées à une sensation de plénitude vésicale (le patient a l'impression d'avoir la vessie pleine), sont en réalité dues à l'irritation de la vessie. Ces premiers signes peuvent s'accompagner de besoins impérieux d'uriner et parfois de fuites urinaires.

10 % de la population masculine souffre ainsi d'une incontinence imputable à l'hypertrophie de la prostate.

⊕ **Les troubles mictionnels obstructifs**, ou troubles de l'évacuation des urines.

Ces troubles se manifestent par des difficultés à uriner. La plus caractéristique étant la **dysurie** : le patient ressentira le besoin de pousser pour uriner et constatera une diminution de la force du jet urinaire. Parmi les autres symptômes, il pourra avoir la sensation d'une vidange incomplète de la vessie avec notamment l'apparition de gouttes retardataires. Ces troubles viennent d'une difficulté progressive du muscle de la vessie à se contracter. La vessie se vidange mal et retient un résidu d'urine en fin de miction, responsable d'infections urinaires.

Des inquiétudes qui freinent la consultation...

Aujourd'hui en France, 800 000 hommes prennent un traitement quotidien pour pallier les symptômes consécutifs à l'hypertrophie de la prostate et 80 000 autres ont déjà été opérés.

Néanmoins, beaucoup d'hommes hésitent encore à consulter, au détriment de leur qualité de vie, parce qu'ils craignent d'avoir recours à des traitements lourds et à d'éventuels effets secondaires, en particulier un retentissement sur leur sexualité.

Il existe pourtant des traitements éprouvés qui n'affectent pas ou peu la vie sexuelle et qui, tout en apportant un confort précieux, permettent d'éviter qu'une simple gêne ne dégénère en véritable maladie : **lorsqu'un homme de 65 ans se plaint de signes urinaires liés à un adénome de la prostate et ne se soigne pas, il risque une aggravation de ses symptômes dans 20 % des cas et une rétention des urines dans 5 % des cas.**

Dès lors que l'adénome devient "symptomatique", que la gêne s'installe et qu'elle altère ou dégrade la qualité de vie : mieux vaut consulter pour éviter ces complications.

Quand consulter ?

Les signes suivants doivent inciter à consulter :

- **impériosité** (envies pressantes d'uriner) parfois accompagnée de fuites d'urine ;
- **augmentation de la fréquence des mictions** et apparition de mictions nocturnes (ou augmentation de leur fréquence) ;
- **attente du jet** ;
- **nécessité de "pousser" pour uriner** ;
- **faiblesse du jet** ;
- **allongement du temps de la miction** qui "n'en finit pas" ;
- **survenue de "gouttes retardataires"**.

D'autres circonstances doivent conduire à consulter :

- **une hématurie** (urines teintées de sang). Spectaculaire mais non douloureuse, elle est rarement liée à l'HBP ;
- **des brûlures urinaires** +/- fièvre et frissons ;
- **une incontinence (par regorgement quand la vessie est trop pleine)**.

Ces derniers symptômes peuvent traduire une infection urinaire, compliquant alors l'HBP. Dans cette situation, le caractère aigu et mal supporté par le patient rend la consultation inévitable et souvent urgente. Néanmoins, l'infection n'est pas toujours synonyme d'HBP.

Un diagnostic facile à poser

Aucun examen systématique n'est recommandé pour aller rechercher une HBP silencieuse. Il n'existe donc pas d'examen de dépistage de l'HBP. Si le patient connaît des troubles urinaires ou s'il découvre des affections connues pour être des complications possibles d'une HBP (infection urinaire, insuffisance rénale, calcul vésical, rétention aiguë d'urine, hématurie...), il doit s'adresser à son médecin généraliste qui pourra l'orienter vers un urologue.

Le diagnostic de l'HBP repose principalement sur un examen clinique comportant un interrogatoire et un toucher rectal. Cet examen doit permettre d'identifier et de caractériser les troubles urinaires, de mettre en évidence une augmentation de volume de la prostate et d'écarter une éventuelle complication liée à l'HBP (résidu d'urine dans la vessie après miction ou hernie favorisée par les efforts de poussée lors de la miction).

L'interrogatoire avec un médecin spécialiste permet d'identifier les éventuels troubles urinaires évocateurs d'HBP (irritabilité vésicale) et d'en mesurer les retentissements sur la qualité de vie du patient. Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire appelé I-PSS (International Prostate Symptom Score). Celui-ci sera réutilisé dans le cadre du suivi du patient pour évaluer l'efficacité du traitement prescrit. Il est également conseillé de tenir un calendrier mictionnel, le médecin appréciera d'autant mieux la sévérité des troubles.

Les troubles urinaires expliquent parfois une baisse de la libido. Le patient doit pouvoir profiter de cet échange pour poser toutes ses questions, y compris les plus intimes. Celles-ci peuvent aider à établir un diagnostic et orienter le praticien dans le choix du traitement.

Le toucher rectal permet de mettre en évidence une augmentation du volume prostatique. Le médecin apprécie la consistance de la prostate, sa sensibilité et recherche la présence d'un éventuel nodule. Cet examen se pratique le patient allongé sur le dos, les jambes repliées et les cuisses écartées. Le médecin introduit son index ganté et vaseliné par l'anus pour explorer la face postérieure de la prostate au contact de la paroi rectale. Classiquement, en cas d'hypertrophie bénigne la prostate est souple. Il n'existe pas de nodule palpable et aucune sensibilité particulière. Rapide et indolore, le toucher rectal a également l'intérêt d'écartier l'hypothèse d'un cancer.

Des examens complémentaires peuvent éventuellement être pratiqués si le médecin le juge nécessaire, notamment si une autre pathologie de l'appareil urinaire est suspectée ou si la vidange vésicale paraît incomplète.

- Mesure du débit urinaire
- Analyse d'urines (ECBU)
- Dosage sanguin du PSA
- Dosage sanguin de la créatininémie à la recherche d'une insuffisance rénale
- Echographie de l'appareil urinaire (rein, vessie, prostate)
- Fibroscopie souple uréthro-vésicale
- Bilan urodynamique
- Réalisation d'un agenda mictionnel par le patient

Selon la gêne occasionnée par les troubles urinaires et les résultats des examens complémentaires, le médecin proposera une stratégie thérapeutique allant de la simple surveillance, au traitement médicamenteux jusqu'au geste chirurgical voire instrumental.

Evolution et complications... pour ne pas en arriver là, n'attendez pas !

Les complications sont souvent liées à la rétention d'urine dans la vessie. Cette rétention peut être aiguë (de survenue brutale), nécessitant alors un traitement en urgence ; ou chronique (de survenue progressive). Ses conséquences sont multiples : infection, fuites urinaires par regorgement, calcul vésical ou atteinte rénale.

Rétention aiguë des urines

Il s'agit d'une impossibilité brutale et totale d'uriner alors que la vessie est pleine. Très douloureuse, cette complication courante peut être favorisée par :

- l'inflammation subite de l'HBP (adénomite),
- une infection urinaire,
- un excès alimentaire (en particulier prise d'alcool et de boissons abondantes),
- une station assise ou un alitement prolongé,
- des médicaments contre-indiqués.

La rétention aiguë d'urine est une urgence. Il est impératif de consulter rapidement un médecin ou de se rendre aux urgences afin d'évacuer au plus vite les urines.

Infections

La présence d'un résidu après la miction, c'est-à-dire une vessie qui ne se vide pas complètement, favorise la prolifération de bactéries. Il s'ensuit une inflammation vésicale mais aussi prostatique (prostatite) qui peut augmenter la difficulté à uriner, allant parfois jusqu'à l'impossibilité totale d'uriner (rétention aiguë). D'autre part, l'infection peut se propager, en particulier vers les testicules (orchépididymite).

Lithiase vésicale

Du fait du résidu après la miction, la stagnation de l'urine dans la vessie peut former des calculs. Ces calculs ont parfois pour conséquences :

- une irritation vésicale (responsable de saignement : hématurie),
- une infection urinaire
- un blocage complet de l'urine, responsable de rétention aiguë.

Fuites urinaires par regorgement

Dans des formes très obstructives et/ou évoluées d'HBP, des fuites urinaires par "débordement" de la vessie peuvent donner l'impression d'une incontinence.

Atteinte rénale

A un stade avancé de la maladie, le rein peut s'abîmer et évoluer vers une insuffisance rénale due à la mauvaise évacuation des urines et/ou la répétition d'infections plus ou moins ressenties par le patient.

Les raisons de traiter : améliorer les symptômes et prévenir le risque de complications

⊕ La surveillance

La surveillance est proposée en cas d'HBP non ou peu symptomatique. Elle consistera à une réévaluation annuelle par consultation, la décision d'un traitement pouvant être remise à plus tard. En présence de troubles urinaires ou de complications, un traitement est envisagé en s'appuyant sur les résultats des examens complémentaires. L'urologue, après avoir écarté l'éventualité d'un cancer associé et évalué les risques de complications, choisira un traitement adéquat et sur mesure.

⊕ Les traitements médicamenteux

Il existe 4 classes thérapeutiques principales :

1. **Les extraits de plantes** dont le Serenoa Repens et le Pygeum Africanum. L'efficacité est prouvée et ces traitements ont une excellente tolérance.
2. **Les alpha-bloquants** (Alfuzosine, Tamsulosine, Doxazosine, Silodosine) provoquent une relaxation des fibres musculaires de la prostate. L'effet est maintenu dans le temps. Le délai d'action est de 24 heures environ.
3. **Les inhibiteurs de la 5-alpha réductase** (finastéride et dutastéride) permettent une diminution du volume prostatique, une amélioration des symptômes et une baisse du risque de rétention aigue d'urine et de recours ultérieur à la chirurgie. L'efficacité est admise en cas de volume prostatique supérieur à 40 ml. Sachant que sous traitement le PSA (l'antigène spécifique prostatique) s'abaisse de moitié, il sera nécessaire pour le médecin de multiplier son taux par deux lors d'un dépistage du cancer. Les effets secondaires sont rares. Le délai d'action est de 3 à 6 mois. Il s'agit donc d'une prescription au long cours.
L'association d'un alpha-bloquant et d'un inhibiteur de la 5 alpha réductase a montré une efficacité supérieure à chacune des thérapeutiques prises séparément, mais leurs effets secondaires s'accumulent alors.
4. **Les anticholinergiques** peuvent avoir une indication chez les patients présentant des troubles mictionnels irritatifs prédominants. Ils peuvent être utilisés en association avec les alpha-bloquants.

⊕ La chirurgie classique

- **L'incision cervico-prostatique** consiste en une incision transurétrale du col vésical et de la prostate. Elle est rapide, simple et permet en général de conserver des éjaculations.

Elle ne s'applique qu'aux petites prostates sans lobe médian proéminent. Le patient doit être informé de la possibilité de réintervention ultérieure.

- **La résection endoscopique (ou transurétrale) de prostate** est la technique la plus utilisée qui consiste à retirer l'adénome sous forme de copeaux par voie naturelle en laissant la coque prostatique. Les copeaux sont analysés en anatomopathologie. Une sonde vésicale est laissée en place pendant 2 à 3 jours. Le saignement postopératoire nécessite un lavage vésical continu au sérum physiologique. L'intervention entraîne une éjaculation rétrograde (reflux de l'éjaculat vers la vessie) dans 80% à 100% des cas, une incontinence dans 2% des cas, une sténose de l'urètre dans 2 à 3% des cas. Les principales complications postopératoires sont le risque de phlébite, d'infection urinaire et d'hémorragie.
- **L'adénomectomie prostatique par voie sus pubienne** (par incision abdominale): en cas de gros adénome (>60 à 100gml selon les chirurgiens), il est possible par une courte incision abdominale d'énucléer en un seul bloc l'adénome au doigt. Les effets secondaires sont les mêmes que pour la résection de prostate et la sonde vésicale doit être laissée en place au moins 4 jours.

⊕ Alternatives à la chirurgie classique

Des alternatives à la chirurgie classique existent, qui semblent diminuer les pertes sanguines et pourraient donc être proposées en priorité aux patients sous anticoagulants. On peut citer la vaporisation ou la résection laser, et la vaporisation ou résection par un courant bipolaire.

- **Techniques mini-invasives**

Depuis plusieurs années, des techniques mini-invasives se sont développées pour traiter l'HBP, en particulier les injections d'éthanol intraprostatique, la thérapie par micro-ondes, la radiofréquence. La radiofréquence est la technique actuellement la plus utilisée en France. Les injections intraprostatiques de toxine botulinique sont en cours d'évaluation. Ces techniques dites mini-invasives ne sont pas équivalentes à un traitement chirurgical mais se placent comme alternative à un traitement médical prolongé.

- **Sonde urinaire et cathéter sus pubien**

La sonde vésicale à demeure ou le cathéter sus pubien peuvent être proposés dans le cadre d'une rétention urinaire chez des patients en attente d'un traitement chirurgical de la prostate. La sonde vésicale au long cours est parfois proposée aux patients grabataires ou ayant une contre-indication formelle à la chirurgie.

Quel traitement choisir ?

Le traitement n'est pas standardisé. Les indications du traitement de l'HBP dépendent de la sévérité des symptômes, de la gêne, du souhait du patient et de l'importance de l'obstacle à la vidange vésicale. Aucun traitement n'est censé provoquer d'impuissance ou de diminution de la libido. L'objectif du traitement est de soulager le patient et de diminuer l'obstacle à la vidange vésicale.

Plusieurs cas de figure sont possibles :

HBP sans obstruction sévère et non gênante

Dans ce cas la surveillance est de règle. Actuellement aucun traitement préventif n'est préconisé.

HBP sans obstruction sévère mais gênante

Le traitement de première intention est médicamenteux en monothérapie avec une réévaluation des troubles à 3-6 mois. Les patients ayant une prostate volumineuse sont candidats à un traitement par adénomectomie prostatique par voie sus pubienne.

La réévaluation à 3 mois distinguera les patients soulagés pour lesquels le traitement sera poursuivi (ou interrompu si les troubles sont modestes) des patients non soulagés pour lesquels il pourra être effectué un changement de thérapie au sein de la même classe ou vers une autre classe, une association en cas de troubles sévères, voire un traitement mini-invasif. Après échec de cette deuxième ligne de traitement, un traitement chirurgical sera proposé.

HBP avec obstruction sévère

En présence d'un obstacle sévère à la vidange vésical, le traitement chirurgical est de règle.

Ce sera :

- Une incision cervico-prostatique en cas de petite prostate sans lobe médian proéminent et lorsque le patient souhaite éviter des éjaculations rétrogrades.
- Une résection trans-urétrale de prostate si la prostate est <60-80ml environ
- Une adénomectomie prostatique par voie sus-pubienne si la prostate est > 60-80 ml environ.
- Une technique laser ou bipolaire si le risque hémorragique est sévère.

Conclusion

L'HBP est une maladie extrêmement répandue qui est une cause fréquente de troubles urinaires chez l'homme de plus de 50 ans. Se développant au centre de la prostate, elle peut faire obstacle à la vidange vésicale. L'objectif de la prise en charge médicale est multiple : le médecin doit s'assurer que l'HBP est seule en cause dans les troubles urinaires, car la responsabilité vésicale est fréquemment associée. Le médecin doit évaluer la gêne ressentie par le patient, et le degré d'obstruction provoquée par l'HBP. Il doit proposer un dépistage de cancer de prostate chez les patients de moins de 75 ans, tout en expliquant qu'il n'y a pas de lien entre le cancer de prostate et l'HBP, mais que les deux maladies peuvent être associées chez un même patient. Il doit expliquer au patient l'évolution possible de la maladie et doit si nécessaire lui proposer un traitement. Ce traitement sera adapté à chaque patient, en tenant compte notamment de la gêne ressentie, du degré d'obstruction urinaire, des effets secondaires et de l'efficacité attendue par chaque modalité thérapeutique.

L'infection de la prostate ou prostatite

Prostatite : un mot pour différents maux

La prostatite est l'infection et l'inflammation de la prostate, très fréquente chez l'homme entre 40 et 60 ans. **Chaque année en France, on estime qu'elle est à l'origine de 2 millions de consultations, de 9 % des consultations en urologie et de 1 % des visites chez le généraliste.**

Cette fréquence est probablement expliquée par l'ambiguïté du terme générique "prostatite" qui recouvre des entités très différentes, comprenant aussi bien les infections aiguës et chroniques de la prostate que des syndromes douloureux pelviens dont l'origine prostatique est loin d'être certaine.

En effet, chez l'homme, toute infection urinaire accompagnée de fièvre est nommée prostatite, à l'exception des pyélonéphrites (infections rénales) qui restent exceptionnelles, contrairement à la femme. Souvent la conséquence d'infections urinaires répétées, les prostatites peuvent cacher une adénomite : la complication d'une hypertrophie bénigne de la prostate qui favorise le stockage et la stagnation des urines dans la vessie. Mais elles peuvent être également dues à une contamination sexuelle, en particulier après des rapports anaux.

Depuis 1995, la classification du NIH américain (National Institute of Health) fait l'objet d'un consensus. Elle est divisée en quatre classes :

⊕ **La prostatite aiguë** (classe I)

La prostatite aiguë concerne tous les hommes mais touche plus favorablement les jeunes hommes. Souvent provoquée par une infection bactérienne d'origine intestinale, elle entraîne une forte fièvre et des signes urinaires.

Dans la majorité des prostatites bactériennes, les responsables sont des entéro bactéries (bactéries présentes dans l'intestin), en particulier *Escherichia coli* (appelé aussi colibacille). Ces germes pénètrent par voie rétrograde, comme dans la cystite de la femme, colonisent l'urètre, remontent jusqu'à la prostate et l'infectent. D'autres mécanismes, marginaux, ont été décrits où les germes atteignent la prostate par voie sanguine ou lymphatique.

La prostatite aiguë peut être favorisée par certaines pratiques sexuelles (rapports anaux), des anomalies acquises ou congénitales de l'appareil urinaire (rétrécissement ou obstruction

de l'urètre, anomalie de la vessie...), ou des manœuvres instrumentales urologiques (biopsie de prostate, fibroscopie, sondage urinaire).

Quand consulter ?

La prostatite est une affection relativement fréquente et pourtant méconnue, car **les manifestations sont très proches d'une grippe**. Le début en est brutal et bruyant, comme une grippe, mais il s'accompagne de troubles mictionnels et d'une infection urinaire. C'est la présence de ces symptômes urinaires associés qui permet de rectifier le diagnostic.

- Un syndrome infectieux : **fièvre (température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et souvent à 40°C)** associée à des **frissons**, une sensation de **malaise**, des **douleurs musculaires**, le tout pouvant évoquer un syndrome grippal.
- Des **brûlures mictionnelles** avec **impériosité, des mictions fréquentes et une difficulté à uriner**.
- De possibles douleurs pelviennes, périnéales, urétrales, péniennes et parfois rectales.
- Une prostate douloureuse au toucher rectal (mais l'absence de douleur n'exclut pas le diagnostic de prostatite).

En règle générale, toute infection urinaire fébrile, chez l'homme, doit être a priori considérée comme une prostatite aiguë.

Une prostatite aiguë est une urgence médicale dans la mesure où il s'agit de l'infection d'un tissu. Si on ne la traite pas rapidement, on s'expose à des complications (passage à la chronicité, abcès de la prostate, voire une septicémie.)

En présence de tout ou partie de ces symptômes, une consultation rapide s'impose.

Le diagnostic :

Il repose sur :

- **La réalisation d'un examen cyto-bactériologique urinaire (ECBU) avec antibiogramme.**
- **Une évaluation des facteurs dits « de gravité » ou « de risque ou de complication ».** Elle repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique, des examens biologiques et radiologiques complémentaires, si nécessaire, dans le but de répondre à 3 questions :
 - **y a-t-il des signes et symptômes évoquant une infection grave ?**
 - **y a-t-il une rétention vésicale ?**
 - **y a-t-il d'autres facteurs de complication ?**

Cette évaluation conditionne **les modalités du traitement et du suivi**.

On parle de prostatite « non compliquée » ou « simple » **en l'absence** :

- **de signe de gravité de l'infection ;**
- **d'anomalie fonctionnelle, anatomique ou pathologique de l'appareil urinaire et notamment sans rétention vésicale ;**
- **d'intervention ou d'acte récent sur l'appareil urinaire ;**
- **d'épisode récent ou récidivant ;**
- **de maladies en cours, modifiant le statut immunitaire.**

Le diagnostic différentiel :

- C'est non pas tant une **cystite qui est exceptionnelle chez l'homme** (les mêmes symptômes, **sans fièvre**)...
- **... qu'une pyélonéphrite (infection du rein) dont les symptômes sont très proches et associés à une douleur lombaire.** Cependant les pyélonéphrites aiguës bactériennes de l'homme sont exceptionnelles¹.

Le traitement de la prostatite aiguë bactérienne :

On la soigne par l'administration d'antibiotiques durant 3 à 4 semaines mais le traitement peut être prolongé. Il est essentiel de choisir une molécule adaptée, active sur le germe en cause et qui pénètre bien dans la prostate (seuls quelques antibiotiques répondent à cet impératif), faute de quoi le risque de récurrence ou d'évolution vers une prostatite chronique est important.

Le traitement doit être lancé dès le début de la prise en charge du patient, sans attendre les résultats des prélèvements bactériologiques.

- **Une antibiothérapie probabiliste** sera débutée dès les prélèvements bactériologiques réalisés, sans en attendre les résultats.
- **L'antibiothérapie de relais** est guidée par les données de l'antibiogramme. Elle repose sur le choix d'un antibiotique efficace, à bonne pénétration prostatique en respectant les grandes règles du bon usage des antibiotiques (entre autres, les doses doivent être suffisantes pour prévenir l'émergence de bactéries résistantes et **le spectre aussi étroit que possible.**²)
- **C'est un traitement prolongé : la cure de 3 à 6 semaines d'antibiotiques fait consensus.** La tendance actuelle est au raccourcissement des durées de traitement afin d'éviter la sélection de bactéries multirésistantes (certains proposent même un raccourcissement du traitement à 2 à 4 semaines) mais les données à long terme sur les risques de chronicisation sont manquantes.

¹ Parmi les symptômes qui distinguent la pyélonéphrite :

- douleur de la fosse lombaire, en règle unilatérale, spontanée ou provoquée par la palpation ;
- symptômes et signes digestifs (nausées, vomissements, météorisme abdominal, diarrhée) souvent inconstants, mais parfois au premier plan et donc trompeurs.

² A efficacité et tolérance égales, le CIAFU recommande de donner la préférence à l'antibiotique le moins coûteux.

⊕ **La prostatite chronique** (classe II)

Elle peut être bactérienne ou non bactérienne. Elle peut être inflammatoire ou non inflammatoire.

La prostatite chronique bactérienne est moins fréquente et beaucoup plus complexe. Elle est invalidante car elle entraîne une gêne, voire une douleur pelvienne ou périnéale récurrente et diffuse, associée à des troubles de la miction. L'évolution se fait sur des mois ou des années.

La mise en évidence du germe responsable est souvent très difficile et aléatoire. Il faut, là encore, un traitement antibiotique très prolongé (3 mois, parfois plus), utilisant des molécules à bonne pénétration prostatique.

⊕ **Le syndrome douloureux pelvien chronique**

- Inflammatoire (avec présence de leucocytes dans les urines) (classe III a).
- Non inflammatoire (pas de présence de leucocytes dans les urines) (classe III b).

Leurs causes sont multiples (neurologiques, musculaires, psychosomatiques) et ne sont en fait pas toujours en rapport avec la prostate. C'est dans notre ignorance des véritables causes que l'on avait accusé à tort la prostate d'en être responsable.

Globalement, les prostatites bactériennes ne représentent que 5 % de l'ensemble des prostatites. La prostatite n'est pas une pathologie grave ou menaçante mais elle est très invalidante. C'est par contre une affection fréquente : en 1995, sur les 13 millions de consultations effectuées par les urologues américains 5,3 % l'étaient pour prostatite.

⊕ **La prostatite inflammatoire asymptomatique** (classe IV)

Dite « histologique », elle est découverte par hasard lors d'une résection ou d'une biopsie de la prostate dont le patient ne souffre pas forcément et qui entraîne exceptionnellement une consultation.

Il est important, dans tous les cas, de prendre le temps de parler avec le médecin pour tenter de déterminer ensemble quels sont les facteurs en cause dans le déclenchement des douleurs (facteurs urinaires, alimentaires, sexuels, influence du stress, de la pratique sportive, notamment du vélo). La prescription d'alpha-bloquants qui permettent une amélioration de la miction donne parfois de bons résultats en cas d'inflammation. Les anti-inflammatoires et les antalgiques soulagent la douleur et les thérapies contre le stress ont prouvé qu'elles donnaient de bons résultats. À chaque patient son traitement, il est donc nécessaire de prendre le temps d'en discuter avec le médecin urologue.

Les recommandations de l'AFU :

La recherche de facteurs de gravité, de risque ou de complication

La prostatite aiguë est une inflammation aiguë d'origine microbienne de la glande prostatique. Toute infection de l'appareil urinaire masculin a une potentialité d'atteinte prostatique : elle doit donc être explorée et traitée en conséquence.

- ⊕ Quelle est la définition bactériologique des infections de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme adulte ?
- ⊕ Quels sont les symptômes et signes permettant d'évoquer le diagnostic de prostatite aiguë ?
- ⊕ Y a-t-il une évaluation complémentaire à réaliser devant des symptômes et signes de prostatite aiguë ?

1^{er} objectif : recherche de symptômes et signes de gravité de l'infection

Apprécier la gravité de l'infection suppose une évaluation en trois temps : le premier temps immédiat est purement clinique, le second temps est biologique, le troisième temps évolutif est clinique et radiologique.

1^{er} temps : Evaluation clinique initial (interrogatoire et examen clinique).

- Consultation retardée après le début des symptômes.
- Recherche d'un urosepsis : Le syndrome septique en urologie est diagnostiqué quand il existe une évidence clinique d'infection, accompagnée de signes d'inflammation systémique (fièvre ou hypothermie, tachycardie, tachypnée, hypotension, oligurie).

2e temps : évaluation biologique

- La numération formule sanguine (NFS) peut être utile pour apprécier la gravité de l'infection soit avec une hyperleucocytose importante, soit avec au contraire une leucopénie.
- Les marqueurs de l'inflammation (CRP) n'ont pas d'intérêt dans l'appréciation de la gravité de l'infection et n'influent pas sur la conduite du traitement. La normalisation de la CRP constitue un marqueur de l'efficacité thérapeutique.
- Les hémocultures sont souvent réalisées dans le bilan d'une prostatite aiguë et sont systématiques pour certains. Elles ne sont pas un critère de gravité et n'influencent pas sur le choix ou la durée du traitement antibiotique.
- **Elles sont nécessaires en présence de signes de gravité. Il est recommandé de ne pas faire systématiquement des hémocultures, en l'absence de signes cliniques de gravité de l'infection.**

3e temps : évaluation de l'évolution

En cas d'aggravation de l'état septique ou de sa persistance au-delà de 72 heures, malgré un traitement antibiotique adapté, une nouvelle évaluation s'impose.

Évaluation clinique

- À la recherche d'une collection prostatique au toucher rectal, d'une épididymite ou d'une orchite-épididymite.

Évaluation radiologique

- Une échographie de l'appareil génito-urinaire est indiquée à la recherche d'un obstacle du bas appareil urinaire passé inaperçu ou du haut appareil urinaire associé et non connu, à la recherche d'un abcès prostatique, aidée en cas de doute par un examen tomodensitométrique.

2e objectif : recherche d'une rétention vésicale

La recherche d'une rétention vésicale est d'abord faite par l'examen clinique. Elle repose essentiellement sur l'échographie vésico-prostatique par voie sus-pubienne (à l'aide d'un échographe classique ou plus simplement à l'aide d'un *bladder scan*), réalisée après une miction, à la recherche d'une rétention vésicale complète ou incomplète.

Il est recommandé de faire une échographie pelvienne post mictionnelle permettant de détecter une rétention vésicale nécessitant un geste de drainage.

Sa réalisation est souhaitable dans les meilleurs délais (au mieux dans les 24 heures) en l'absence de signes de gravité. Ce bilan s'impose en urgence en présence de signes de gravité ou en cas d'évolution anormale dans les heures qui suivent le diagnostic clinique de PBA.

3e objectif : recherche des autres facteurs de complications

Épisode récent de prostatite aiguë ou prostatite récidivante

- Échec d'un traitement antimicrobien récent.
- Rechute précoce.
- Infection récidivante de l'appareil urinaire (définie arbitrairement pour les cystites et pyélonéphrites par ≥ 3 épisodes/an ou 2 épisodes dans les 6 derniers mois ou un dernier épisode < 3 mois).

Hématurie

- La présence d'une hématurie macroscopique n'est pas inhabituelle dans les prostatites aiguës et ne représente pas en tant que tel un facteur de complication. Néanmoins, elle ne doit pas être rattachée à tort trop facilement à une prostatite aiguë. Les tumeurs de la vessie sont bien sûr le diagnostic à rechercher en priorité, de par leur fréquence et leur gravité potentielle (5e cancer de l'homme).
- L'interrogatoire recherche l'existence de troubles mictionnels irritatifs en dehors de l'épisode aigu et de facteurs de risque : tabac, professionnels (industries chimiques, du caoutchouc...), liés au traitement (antalgiques : phénacétine, paracétamol, cyclophosphamide, radiothérapie).
- L'existence de ces facteurs de risque associée à une hématurie macroscopique nécessitera un bilan complémentaire.

Anomalies de l'appareil urinaire et antécédents urologiques

- Anomalie fonctionnelle, anatomique ou pathologique de l'appareil urinaire.
- Intervention récente sur l'appareil urinaire (hospitalisation, sondage, biopsie prostatique).

Autres maladies en cours qui modifient le statut immunitaire

- Diabète sucré.
- Insuffisance hépatique.
- Prolifération néoplasique.
- Immunodépression.
- Cette recherche repose essentiellement sur l'interrogatoire.
- Un bilan biologique complémentaire à la recherche :
 - d'un diabète sucré (glycémie à jeun),
 - d'une insuffisance rénale (créatinine plasmatique, clairance de la créatinine pour choisir et adapter au mieux l'antibiotique et sa posologie).

La prescription de ces examens sera adaptée au contexte clinique.

Évaluation complémentaire en cas de doute diagnostique

Une évaluation complémentaire est aussi nécessaire en cas de symptômes et signes non évidents de PBA après un bilan clinique bien conduit (interrogatoire et examen clinique).

Le bilan biologique

- La numération formule sanguine (NFS), les marqueurs de l'inflammation (CRP) peuvent être utiles pour confirmer l'infection (hyperleucocytose) et la réaction inflammatoire.
- Leur normalité doit faire reconsidérer le diagnostic de PBA et faire rechercher un autre diagnostic.

- L'hémoculture peut être utile dans certaines circonstances : prise d'antibiotique avant l'ECBU, doute diagnostique, présence d'une prothèse (valvulaire, vasculaire, ostéoarticulaire).

Ces recommandations s'attachent ainsi à expliquer :

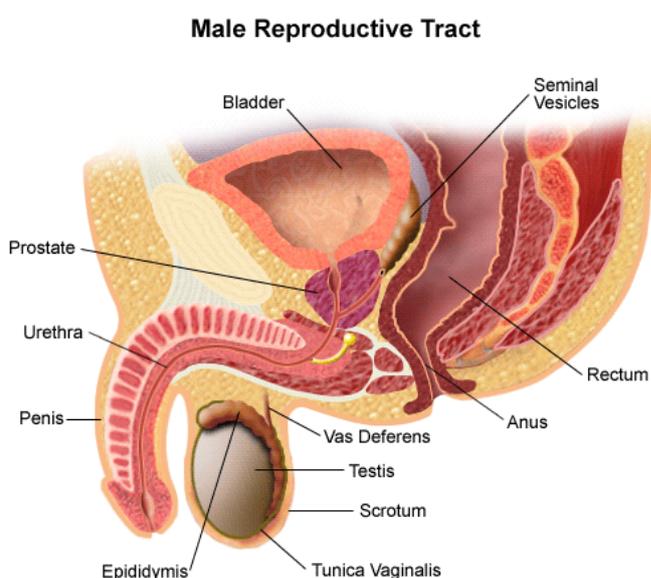
- ⊕ L'importance de varier les choix d'antibiotiques
- ⊕ La nécessité de diminuer autant que possible la consommation d'antibiotiques
- ⊕ Le choix du bon antibiotique à la bonne dose et pour une durée de traitement adaptée
- ⊕ L'importance de la monothérapie et les conditions exceptionnelles de la bithérapie
- ⊕ Le choix de la voie d'administration

La prostate et la sexualité

La prostate et la fonction sexuelle

La prostate sécrète un liquide nutritif pour les spermatozoïdes, qui entre dans la composition du sperme, participant ainsi pour un tiers au volume du sperme. Traversée par l'urètre, elle est composée de fibres musculaires et de glandes. Lors d'un rapport sexuel, lorsque l'homme atteint le point de non retour, les sécrétions de la prostate et des vésicules séminales se mélangent aux spermatozoïdes (en provenance des ampoules déférentielles où ils sont stockés) dans l'urètre prostatique et sont propulsées vers le méat urétral sous la pression des muscles du périnée, au moment de l'orgasme. C'est l'éjaculation.

Si la prostate joue un rôle-clé dans l'éjaculation, elle n'a, en revanche, rien à voir avec l'érection.



Les maladies prostatiques interagissent-elles avec les fonctions sexuelles ?

Le fait que les hommes qui souffrent de symptômes liés à une maladie de la prostate (hypertrophie bénigne ou prostatite chronique par exemple) aient plus fréquemment que les autres des perturbations de leurs fonctions sexuelles a été longtemps considéré comme un effet du vieillissement. On sait aujourd'hui, qu'indépendamment de l'âge, les dysfonctions sexuelles masculines (baisse du désir, troubles de l'éjaculation, de l'orgasme et dysfonction

érectile) sont plus fréquentes chez les patients atteints de maladies prostatiques. En effet, la prostate, organe du système urinaire et génital, est au centre de ces 2 systèmes et ses pathologies entraînent logiquement une association de troubles urinaires et sexuels. Parmi les hommes consultant pour des troubles urinaires du bas appareil en rapport avec une HBP, 70 % souffrent de dysfonction érectile et 60% de troubles de l'éjaculation. Seuls 25% prennent des inhibiteurs de PDE5 (Viagra, Cialis, Levitra) alors que plus de 80% se disent sexuellement actifs et ont une partenaire.

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une des pathologies les plus fréquentes de l'homme au-delà de 50 ans, tout comme les troubles de la sexualité et notamment la dysfonction érectile. Longtemps considérées indépendantes, ces 2 pathologies ont pourtant un lien clairement démontré dans des études récentes, suggérant même l'HBP comme un facteur de risque de troubles de la sexualité.

Les relations physiopathologiques entre ces 2 pathologies ne sont pas encore clairement élucidées mais il semble que plusieurs facteurs pourraient participer à la genèse concomitante de la dysfonction érectile et de l'HBP chez les hommes avançant en âge :

- l'athérosclérose des artères du pelvis,
- les altérations de la sécrétion du Monoxyde d'Azote (NO) pouvant faire intervenir la fragilité constitutionnelle (génétique déterminée) d'une enzyme (NOsynthase endothéliale)
- l'hyperactivité du système nerveux autonome (Rho-kinase, nor-épinéphrine, endothélines)
- les modifications de l'équilibre métabolique estrogène/testostérone

L'association entre troubles urinaires et dysfonction érectile est même d'autant plus fréquente que les hommes sont jeunes.

Parmi les symptômes, la nycturie (le fait de se lever la nuit pour uriner) est sans doute le symptôme le plus impliqué dans l'altération de la fonction érectile. La prostatite chronique serait également une cause d'éjaculation prématurée secondaire³.

La découverte d'une dysfonction sexuelle chez un homme doit donc conduire à rechercher une maladie prostatique de même que la découverte de symptômes urinaires liés à une maladie prostatique doit conduire à interroger le patient sur ses fonctions sexuelles. La prise en charge globale, réalisée par le médecin, a pour objectif de réduire ces troubles urinaires et sexuels et d'améliorer ainsi sa qualité de vie.

³ On parle d'éjaculation prématurée secondaire lorsqu'une éjaculation prématurée apparaît chez un homme qui, jusqu'alors, ne souffrait pas de ce trouble sexuel.

Qu'est-ce qui change dans la sexualité quand on soigne la prostate ?

Tout dépend de ce que l'on soigne et il faut distinguer les traitements du cancer de ceux de l'adénome de la prostate ou d'une prostatite :

✚ Lorsque l'on est soigné pour un adénome de la prostate

Dans la plupart des cas, on améliore sa sexualité. Une étude effectuée en France, en 1993, a même montré que 20 % des hommes qui déclaraient n'avoir aucune activité sexuelle avant une intervention retrouvaient une sexualité après l'opération ; d'autres cependant voient une dégradation ou aucune modification de leur vie sexuelle.

Mais il faut savoir qu'une intervention chirurgicale entraîne le plus souvent une disparition de l'éjaculation (le sperme se mêle à l'urine vésicale) et, ce faisant, une stérilité ; il faut en être informé et s'y préparer car le phénomène est irréversible. Une conservation de sperme au CECOS peut être réalisée avant l'intervention et les spermatozoïdes peuvent être récupérés dans les urines pour réaliser une FIV si cela s'avérait nécessaire.

Globalement, plus un homme a des troubles urinaires, plus il a un risque d'être atteint de troubles de l'érection et ce, de façon indépendante des autres pathologies connues pour être des facteurs de risque de trouble de l'érection et/ou de la sexualité dont il peut être atteint, telles que le diabète. De façon similaire, le pourcentage d'homme sans activité sexuelle augmente avec l'âge et avec la sévérité des troubles mictionnels (levés nocturnes, difficulté à uriner...).

Très récemment, il a été observé que le traitement d'un des 2 troubles améliorerait le second : c'est ainsi que des patients traités pour une dysfonction érectile ont vu une diminution de leurs troubles urinaires et que les patients traités pour des troubles mictionnels médicalement ou chirurgicalement avaient une meilleure sexualité.

Le praticien doit informer le patient du lien entre ces 2 pathologies mais aussi du fait que le traitement médical ou chirurgical des troubles urinaires liés à l'HBP peut engendrer des troubles sexuels.

Les médicaments :

Les inhibiteurs de la 5 alpha-réductase sont connus pour entraîner une réduction de la libido, voire des troubles de l'érection. Certains alpha-bloquants (tamsulozine) peuvent provoquer l'absence d'éjaculation (paralysie du muscle lisse des vésicules séminales, du col de la vessie et de la prostate). Globalement, l'alfuzozine, la terasozine et la doxazosine et la phytothérapie sont responsables de moins d'effets secondaires sexuels que les autres médicaments.

L'évolution du marché des médicaments de l'HBP va se faire vers la commercialisation d'associations d'alpha-bloquants et d'inhibiteurs de la 5 alpha-réductase pour retarder le

recours à un traitement chirurgical mais qui seront à l'origine de plus d'effets secondaires sexuels.

Les nouvelles recherches sur l'utilisation des inhibiteurs de PDE5 (sildenafil, tadalafil et vardenafil) dans le traitement de l'HBP sont prometteuses. Des recherches sont en cours pour tester les associations synergiques pour le traitement de l'HBP et les dysfonctions sexuelles utilisant les IPDE5 (+ alphabloquants, + 5ARI).

La chirurgie :

Le traitement chirurgical de l'HBP tel que la résection transurétrale ou l'adénomectomie a pour conséquence une éjaculation rétrograde. La fonction érectile est améliorée ou préservée chez 80% des hommes mais des altérations de la qualité des érections peuvent survenir après traitement chirurgical d'un adénome le plus souvent chez des hommes âgés ou présentant des comorbidités.

Les nouveaux traitements utilisant la vaporisation laser, particulièrement utiles chez les patients sous anticoagulants, semblent également pouvoir altérer modérément la fonction érectile de certains hommes.

Il faut noter que les troubles liés au traitement médical sont réversibles à l'arrêt de ce dernier, alors que **l'éjaculation rétrograde** après chirurgie est définitive en raison de la destruction du col vésical.

L'ouverture du dialogue sur les troubles sexuels est donc indispensable avec le patient qui consulte pour des troubles urinaires liés à une HBP. D'une part parce que 3 fois sur 4 il en souffre avant tout traitement, d'autre part parce que le traitement peut induire des troubles dont il doit être informé et qu'enfin, même s'il n'en parle pas, il est inquiet à ce propos et attend du médecin qu'il en parle le premier.

⊕ Lorsque l'on est soigné pour une prostatite

Les patients atteints de prostatite chronique, ou syndrome douloureux pelvien chronique, sont plus souvent que la population générale, sujets aux dysfonctions sexuelles. Plus de la moitié d'entre eux souffrent de troubles de l'éjaculation (éjaculation prématurée, éjaculations douloureuses) et plus d'un tiers de dysfonction érectile.

Les altérations du désir sexuel et de la qualité du sperme sont également plus fréquentes avant 50 ans.

Les hypothèses physiopathologiques qui pourraient expliquer l'association des troubles urinaires du bas appareil et les dysfonctions sexuelles sont, en dehors de l'âge et des effets secondaires des traitements, une hyperactivité alpha-adrénergique et une diminution de la

biodisponibilité du NO (monoxyde d'azote) liée à une dysfonction endothéliale. Les effets psychologiques de l'altération de la qualité de vie liée aux troubles urinaires et aux douleurs chroniques peuvent également modifier la réponse sexuelle.

L'utilisation d'inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil) chez des patients atteints de troubles urinaires et de dysfonction érectile permet d'améliorer de façon significative à la fois les symptômes urinaires et sexuels. La diminution de l'inflammation prostatique et le traitement antibiotique d'une prostatite chronique bactérienne permettent d'améliorer les symptômes urinaires mais également le contrôle de l'éjaculation (*EL-Nashaar and Shamloul J Sex Med 2007, 4 ; 491-6*).

✦ **Lorsque l'on est soigné pour une tumeur maligne localisée**

La chirurgie (prostatectomie totale), la radiothérapie externe ou la curiethérapie peuvent induire, à plus ou moins long terme et selon les techniques, des troubles de l'érection dus à la lésion ou à la section (obligatoire dans certains cancers) des bandelettes neurovasculaires (les faisceaux de nerfs qui commandent l'érection). La radiothérapie et l'HIFU induisent une destruction du tissu prostatique et des lésions des structures avoisinantes qui sont également responsables de troubles sexuels (dysfonction érectile, hémospemie, dysorgasmie, hypospermie ou anéjaculation).

L'orgasme est en générale préservé après traitement du cancer de la prostate. Il peut être cependant modifié en qualité et intensité.

Ces dernières années, l'amélioration des techniques chirurgicales et une meilleure connaissance des mécanismes impliqués dans la genèse de la dysfonction érectile après traitement du cancer de la prostate localisée ont permis de limiter les conséquences des traitements. La standardisation progressive des protocoles de Surveillance Active permet à certains patients d'éviter, au moins pendant un certain temps, les conséquences du traitement curatif.

La chirurgie :

Bien que les preuves scientifiques manquent encore il est aujourd'hui évident que les améliorations de la vision chirurgicale (macro, 3D) et la précision des gestes permis par le Robot Da Vinci vont aboutir à des modifications techniques qui permettent une récupération plus complète et rapide de l'érection.

La radiothérapie :

Les techniques évoluent pour améliorer l'efficacité et réduire les morbidités induites grâce à la modulation d'intensité et à la curiethérapie.

L'HIFU (Ultrasons focalisés de haute intensité) :

Les indications et les modalités d'applications de cette technique sont en cours d'évaluations notamment en ce qui concerne les conséquences sexuelles et la possibilité de traitement focaux qui réduiraient la morbidité.

Mais c'est aussi par une amélioration de l'environnement du traitement du cancer que de nombreux progrès ont pu être faits en cours des dernières années. Consultation d'annonce, prise en charge psychologique et sexologique au cours de consultations dédiées à la prise en charge des troubles sexuels par des praticiens et des personnels paramédicaux spécialisés.

Quelles solutions ?

La rééducation érectile

Après le traitement chirurgical il est aujourd'hui clairement établi que la prise en charge doit débiter rapidement (dans les 3 mois). On parle de rééducation érectile active ou passive.

Le spécialiste pourra prescrire selon les cas et en fonction de la demande du patient (du couple) :

- **Des injections intracaverneuses** si les bandelettes sont sectionnées ;
- **Des comprimés** (inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 : sildénafil, vardénafil, tadalafil) à la demande ou quotidiennement.
- **Un érecteur à dépression : Vacuum** qui fonctionne en aspirant le sang vers la verge pour créer artificiellement une tumescence maintenue trente minutes maximum par la pose d'un anneau à la base de la verge.

L'objectif étant de permettre une oxygénation précoce du tissu caverneux et d'éviter la rétraction du pénis le temps nécessaire à la régénération nerveuse.

L'objectif est également de permettre en fonction des souhaits du patient de retrouver une activité sexuelle adaptée à ses possibilités.

Les implants pénis

En l'absence de récupération d'érections naturelles après 18 à 24 mois il est possible de proposer au patient qui ne souhaiterait pas poursuivre les injections ou le vacuum, la mise en place au cours d'une intervention chirurgicale d'implants pénis ou prothèse d'érection.

Ces implants internes permettent d'atteindre la rigidité nécessaire au rapport sexuel sans préparation particulière.

Il en existe deux sortes :

- **L'implant semi-rigide**, une prothèse malléable qui confère de la rigidité au pénis en toute circonstance. Lorsque le patient souhaite avoir un rapport, il lui suffit de placer la prothèse dans la bonne position pour parvenir à la pénétration.
- **L'implant gonflable** est d'une utilisation plus simple. Il est doté d'un réservoir d'eau qui va permettre d'obtenir la rigidité au moment voulu, grâce à l'action d'une petite pompe interne située dans le scrotum. À la fin du rapport, une manœuvre simple permet de retrouver un pénis flaccide.

La sexualité est un paramètre à considérer dans le choix de la stratégie thérapeutique car le risque sexuel iatrogène (induit par le traitement) est réel. Un trouble sexuel ou les signes d'une pathologie prostatique doivent donc être un médiateur au dialogue pour une information éclairée du patient.