



DOSSIER DE PRESSE

CERTAINES CHOSES MERITENT PLUS D'ATTENTION QUE D'AUTRES

Votre prostate, c'est important.
Pour préserver votre vitalité,
n'attendez pas d'avoir 60 ans
pour en parler avec votre médecin.

Journée Nationale de la Prostate
15 septembre 2008
www.urofrance.org

Service de presse et de communication :
MHC Communication
Marie-Hélène Coste / Véronique Simon
38 avenue Jean Jaurès - 94110 Arcueil
Tél. : 01 49 12 03 40 - Fax : 01 49 12 92 19
✉ : MHC@mhccom.eu

SOMMAIRE

EST-CE QUE VOUS SAVEZ A QUOI SERT LA PROSTATE ?	3
L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE OU L'ADENOME	8
PROSTATITES : UN MEME TERME POUR DIFFERENTS MAUX.....	10
LA PROSTATE ET LA SEXUALITE	15
CANCER DE LA PROSTATE : DEPISTAGE INDIVIDUEL ET TRAITEMENT SUR MESURE	17

EST-CE QUE VOUS SAVEZ A QUOI SERT LA PROSTATE ?

A quoi sert la prostate ? Où se trouve-t-elle ? Faut-il prendre soin de sa prostate ? Et si oui, à quel médecin s'adresser ?

Les urologues de l'AFU ont voulu savoir comment des hommes de tous âges, sollicités à brûle-pourpoint, répondent spontanément à ces questions.

L'idée du micro-trottoir tourné à l'occasion de la 4^{ème} Journée de la Prostate, est née de la volonté de partir à leur rencontre. Elle s'est aussi nourrie des conclusions des études mises en oeuvre lors des précédentes éditions de la Journée de la Prostate et de la volonté de :

- ✚ mettre en avant les hommes, acteurs de leur propre santé,
- ✚ en privilégiant l'humour,
- ✚ et un média novateur susceptible d'emporter l'adhésion d'une cible rajeunie.

Les conclusions des précédentes années :

Lors des premières éditions de la Journée de la Prostate, 3 études qualitatives ont permis aux urologues d'explorer :

- les connaissances et les représentations de la prostate,
- les facteurs de dialogues entre les hommes et leurs médecins généralistes,
- le rapport à la sexualité et à la santé sexuelle.

En 2005, la première étude IPSOS Krisis™, commandée par l'AFU, destinée à faire l'état des lieux des connaissances masculines sur la prostate parvenait à ces conclusions :

- les connaissances des hommes sur la prostate sont souvent floues ;
- les hommes attendent qu'on leur en parle (médecin généraliste, campagne nationale d'information) mais ne font pas le premier pas pour en parler à leur médecin ;
- parce qu'ils ne veulent pas s'occuper d'un organe dont les problèmes signent la fin d'**une période de plénitude de la masculinité** et l'entrée dans la vieillesse : « *On devient un vieux quand on a des problèmes de prostate* » ;
- ils connaissent mal les pathologies et les traitements dont ils redoutent les effets secondaires, notamment sexuels ;
- ils attendent l'apparition de symptômes pour consulter.

Par ailleurs, les attentes en matière d'information mettaient en avant la nécessité de communiquer :

- De manière positive
- Sur la santé plutôt que sur la maladie
- En dédramatisant
- Et si possible avec humour

En 2006, l'étude IPSOS Krisis™ consacrée aux généralistes mettait en avant :

- Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le problème de la prostate dans le cadre d'une consultation.
- La peur de gêner le patient, lorsqu'il s'agit de poser des questions sur la sexualité.
- La difficulté des hommes à s'exprimer spontanément sur le sujet (abordé à la sauvette, au moment de partir¹).
- A la différence des femmes qui entrent très jeunes dans un circuit d'accompagnement, vécu très positivement pour les aider **au fur et à mesure** qu'elles vivent règles, sexualité, grossesse...
- D'où l'idée qu'il serait bon de sensibiliser les hommes plus jeunes, par exemple dès 40 ans, afin de faciliter l'introduction, à partir de 50 ans, de gestes diagnostiques.

De cette étude, ressortaient aussi les demandes de la part des médecins :

- De plus d'**interactivité avec les urologues** ;
- D'outils pour relayer les campagnes et favoriser le dialogue.

Enfin, en 2007, l'étude Krisis™ portant sur l'exploration des discours sur la sexualité révélait l'opposition entre des hommes :

- stressés à l'égard de leur pratique sexuelle, moins réceptifs aux discours de prise en charge ;
- et des hommes responsables de leur capital sexuel, adoptant souvent une attitude proactive à l'égard des pathologies de la prostate, comme des troubles sexuels.

Les conclusions soulignant notamment *l'importance d'un discours informatif, pratique et surtout pas culpabilisant*.

Les objectifs du micro-trottoir :

Tenant compte de toutes ces analyses, le micro-trottoir, tourné à Paris au mois de juin 2008, vise à provoquer une réflexion qui parte des hommes pour aboutir à l'information sur la santé. Il s'appuie sur le concept de « promotion de la santé », tel que défini par l'OMS en 1984² :

- ⇒ chaque homme doit faire siennes les informations pour acquérir « *le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé* » ;
- ⇒ renforcer sa capacité à agir vis-à-vis de sa santé, en choisissant la prévention plutôt qu'en la subissant ;
- ⇒ ce qui implique une interaction entre les hommes et les acteurs de la santé ;
- ⇒ et une interaction entre les différents acteurs de santé, en l'occurrence, les urologues et les médecins généralistes ;
- ⇒ le micro-trottoir a vocation à devenir un catalyseur de dialogue entre les hommes et leur médecin généraliste, entre les généralistes et les urologues.

¹ Verbatim extrait de l'étude IPSOS Krisis 2006 : « *je me doute un peu parce qu'ils mettent du temps à donner la carte vitale, le chèque, ou quoi que ce soit. Mais surtout, quand ils veulent dire quelque chose, ils n'y arrivent pas* »

² Source : <http://ist.inserm.fr/basisrapports/educsante.html>

Il s'agit de s'adresser aux hommes de tous âges :

- ✚ pour qu'ils **apprennent à se connaître** avant les grands rendez-vous de diagnostic ;
- ✚ pour qu'ils **prennent l'initiative d'engager le dialogue avec leur médecin traitant sur le thème de la prostate et de la santé sexuelle.**

Il s'agit aussi de situer le rôle de l'urologue, spécialiste de l'appareil génital de l'homme.

La campagne s'inscrit donc dans une **vraie démarche d'éducation pour la santé, qui dépasse les messages habituels de prévention (souvent directifs, voire culpabilisateurs) pour intégrer la dimension psychologique et sociale.**

La transmission virale de l'information privilégie le bouche-à-oreille, favorise la discussion entre celui qui transmet et celui qui reçoit l'information : elle contribue donc à stimuler la discussion entre hommes et la prise de conscience.

Il n'est pas là question d'imposer un discours normatif, mais plutôt de suggérer des pistes et de donner envie à chaque homme de mieux se connaître pour mieux se prendre en charge.

Ce que le micro-trottoir révèle

Le tournage du micro-trottoir a fait surgir des réactions spontanées, révélatrices des représentations associées à la prostate.

Il a confirmé « in vivo » les obstacles à la communication - déjà révélés par les études IPSOS Krisis™ des années précédentes – soulignant la nécessité d'un travail sur la promotion de la santé :

- ✚ Manque d'information des plus jeunes (à de rares exceptions), qui ne se sentent pas du tout concernés et ne se sont pas encore intéressés à leur mode de fonctionnement.
- ✚ Amalgame fréquent entre prostate, maladie et vieillesse.
- ✚ Méconnaissance du rôle de l'urologue , en quelque sorte « médecin de l'homme ».

Cependant, le tournage a aussi été l'occasion de mesurer la disponibilité et la demande d'information de chacun.

Les hommes interrogés se sont prêtés au jeu avec simplicité, répondant volontiers aux questions indiscretes du micro de l'AFU.

Leur disponibilité, leur accueil, leur humour, témoignent en faveur de leur ouverture sur le sujet.

Et s'ils étaient loin de tout savoir sur la prostate, ils se sont tous montrés curieux et ont demandé à en savoir plus, après l'interview. Les hommes sont demandeurs de dialogue ; un message encourageant à l'attention des médecins généralistes. Le micro-trottoir a vocation à devenir un outil mis à leur disposition par les urologues. Un catalyseur de communication.

Répondre à la demande d'information

La campagne de l'AFU ne se contente pas, bien sûr, de susciter la curiosité et les questions des hommes. Elle s'attache aussi à corriger les représentations erronées et à donner l'information qui manque à chacun.

Qu'est-ce que la prostate ?

La prostate est un organe sexuel masculin, composé de glande et de muscle (stroma), situé au-dessous de la vessie, au devant du rectum. Elle est traversée par l'urètre, le canal qui sert à l'élimination des urines.

A quoi sert-elle ?

Elle participe à l'élaboration et à l'expulsion du sperme :

- ✚ La glande prostatique fabrique une substance nutritive qui entre dans la composition du sperme, neutralise les sécrétions acides de l'urètre et du vagin et favorise la conservation et la mobilité des spermatozoïdes. C'est au niveau de la prostate que les ampoules déférentielles (*où sont stockés les spermatozoïdes qui arrivent des testicules par les canaux déférents*) et les vésicules séminales (*qui sécrètent une part du liquide séminal*) se rejoignent pour former les canaux éjaculateurs débouchant dans l'urètre. Lors du rapport sexuel, le liquide séminal se mêle aux spermatozoïdes, stockés dans les ampoules déférentielles, pour former le sperme.
- ✚ Au moment de l'orgasme et de l'éjaculation, grâce aux cellules musculaires lisses du stroma, la prostate se contracte et participe, avec les muscles du canal de l'urètre et du périnée, à l'expulsion du sperme. Ces contractions rythmées font partie des événements mécaniques qui interviennent dans le déclenchement de l'orgasme.

La prostate est donc un organe précieux lié à fois à la fertilité et au plaisir.

« Ma prostate, elle vit sa vie...³ »

La prostate est une glande hormonodépendante, c'est-à-dire qu'elle vit sa vie au gré des fluctuations hormonales, son développement et son volume étant liés à la production de testostérone, ou plutôt à la dihydrotestérone (DHT) une hormone produit de la métabolisation de la testostérone par une enzyme, la 5alpha-réductase.

A la puberté, le développement de la prostate (comme celui des autres organes sexuels) est induit par l'augmentation de la sécrétion de testostérone, transformée en DHT par la 5alpha-réductase.

³ Citation extraite du micro-trottoir, épisode 1

Puis, au cours de la vie, la sécrétion du taux de testostérone évolue : il augmente pour atteindre un pic entre 30 et 45 ans avant de redescendre progressivement pour retrouver des valeurs proches de celles de la préadolescence après 75 ans.

Cependant, et c'est un phénomène encore mal expliqué, la prostate, elle, continue sur sa lancée et ne cesse de grossir. L'hypertrophie bénigne de la prostate est d'abord microscopique, puis macroscopique. Ainsi, **60 % des hommes de 60 ans, ont une grosse prostate, 70 % des hommes de 70 ans et 80 % des hommes de 80 ans.**

L'HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE OU L'ADENOME

L'hypertrophie bénigne de la prostate ou l'adénome n'est pas vraiment une maladie dans la mesure où elle est une conséquence quasi-inéluctable du vieillissement.

Cependant, l'adénome entraîne, dans certains cas, des symptômes gênants, qu'il faut traiter avant qu'ils ne s'aggravent : ainsi **dans 20 % des cas, lorsqu'un homme de 65 ans qui se plaint de signes urinaires liés à un adénome de la prostate ne se soigne pas, il risque une aggravation de ses symptômes, et dans 5 % des cas une rétention des urines, une urgence médicale. Mieux vaut donc ne pas attendre pour se traiter.**

D'autant qu'il existe des traitements efficaces qui améliorent la qualité de vie :

✚ Les médicaments : 3 familles de médicaments **qui sont remboursés par la Sécurité Sociale** :

- **Les extraits de plantes dont l'efficacité est reconnue (Serenoa Repens et pygeum africanum) ;**
- **Les alpha-bloquants qui jouent sur le tonus musculaire** prostatique dont l'excès est responsable de 60 % de l'obstacle urinaire ;
- **Les inhibiteurs de la 5 α -réductase, dont l'action hormonale tend à diminuer le volume de la glande.**

L'association de ces deux dernières familles est désormais utilisée avec succès pour traiter les patients chez qui la monothérapie n'a pas donné de résultats suffisants.

D'après une étude récente, la bithérapie permet de :

- Diminuer le risque d'infection.
- Diminuer le risque d'être opéré.
- Préserver la fonction rénale en évitant les complications liées à la rétention urinaire.

✚ La chirurgie soigne avec succès 90 % des adénomes, que ce soit :

- **Par résection transurétrale** (une technique qui utilise les voies naturelles, idéale pour les prostatites de volume moyen) ;
- **Par opération ouverte**, qui consiste à retirer l'adénome par une incision abdominale.

La chirurgie a pour seule conséquence de provoquer une éjaculation rétrograde dont le patient est averti avant l'intervention. Elle expose à un faible risque d'incontinence (1 %).

Mais d'autres techniques chirurgicales (micro-ondes, radiofréquences, laser), moins invasives, permettent d'éliminer du tissu prostatique gênant. Elles ne sont pas toutes validées en France.

Le laser présente une alternative à la résection classique. Il agit en vaporisant les tissus et présente le gros avantage de diminuer les saignements, ce qui le rend compatible avec le traitement d'hommes sous anti-coagulants.

Il diminue :

- La durée d'hospitalisation.
- L'utilisation de sondes.
- Le risque infectieux.

Le Prostiva™ est un système fondé sur l'utilisation de l'énergie des radio-fréquences. Il agit par l'intermédiaire de 2 aiguilles, introduites par les voies naturelles, qui détruisent les tissus et les connexions nerveuses.

Cette méthode a notamment l'avantage, par rapport à la chirurgie classique, d'éviter l'éjaculation rétrograde consécutive à l'opération de l'adénome. Cependant, elle nécessite souvent une réintervention dans les 5 ans.

Son remboursement est effectif depuis peu.

La toxine botulique, une nouvelle piste ?

Une étude internationale de phase 2 est actuellement en cours, à laquelle participent 4 centres français et donne des résultats encourageants : Lyon sud, Toulouse, Strasbourg, La Pitié Salpêtrière à Paris.

L'utilisation de la toxine botulique repose sur la dénervation pharmacologique induite par la toxine botulique (via le blocage de la transmission cholinergique et adrénergique).

Les injections expérimentales réalisées sur des rats ont permis d'observer une diminution de 70 % du tissu prostatique et une atrophie de la glande.

Chez l'homme, les premières études montrent :

- ✚ Une diminution du volume prostatique
- ✚ Une diminution des symptômes
- ✚ Une diminution du résidu vésical après la miction
- ✚ Une diminution du PSA

L'effet du traitement persiste au-delà de 6 mois.

PROSTATITES : UN MEME TERME POUR DIFFERENTS MAUX

La prostatite est une infection de la prostate qui touche même l'homme jeune. On estime qu'elle est à l'origine de 2 millions de consultations, chaque année en France, de 9 % des consultations en urologie et de 1 % des visites chez le généraliste.

Derrière le terme générique, se trouvent essentiellement deux grands types d'affection :

- ⊕ La prostatite aiguë, provoquée le plus souvent par une atteinte bactérienne, qui entraîne une forte fièvre et des signes urinaires. C'est une urgence médicale qui peut se compliquer d'un abcès ou d'une septicémie. On la soigne par l'administration de 3 à 4 semaines d'antibiotiques.
- ⊕ La prostatite chronique, à l'origine de douleurs pelviennes récurrentes et plus diffuses. Elle peut être bactérienne ou non bactérienne.
- ⊕ Dans le premier cas, elle est traitée par une cure d'antibiotiques (lire l'extrait des nouvelles recommandations publiées par l'AFU en février 2008).
- ⊕ Dans le second, elle peut être inflammatoire ou non inflammatoire. Il est important, dans les deux cas, de prendre le temps de parler avec le médecin pour tenter de déterminer ensemble quels sont les facteurs en cause (facteurs urinaires, alimentaires, sexuels, influence du stress, de la pratique sportive, notamment du vélo) dans le déclenchement des douleurs. 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, les thérapies contre le stress ont prouvé qu'elles donnaient de bons résultats. À chaque patient son traitement, à discuter ensemble et longtemps avec l'urologue.

Le lien entre prostatite et troubles sexuels

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-adrénargique 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 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).

Les nouvelles recommandations de l'AFU en matière de diagnostic et de traitement des prostatites bactériennes aiguës

L'Association Française d'Urologie a publié en mars 2008, dans sa revue Progrès en Urologie (Volume 18, supplément 1), de nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement des infections communautaires bactériennes de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme adulte (cystites et pyélonéphrites aiguës) et de l'appareil génital de l'homme adulte (prostatites aiguës).

Ces recommandations, demandées par le Comité des Pratiques professionnelles (CPP) et le Conseil scientifique de l'Association Française d'Urologie ont été réalisées par le comité d'infectiologie de l'Association Française d'Urologie (CIAFU) avec l'aide méthodologique de la commission des recommandations de bonnes pratiques cliniques du CPP.

Elles sont destinées :

- ✚ à l'ensemble des chirurgiens urologues,
- ✚ aux médecins urgentistes,
- ✚ aux médecins généralistes,
- ✚ aux médecins infectiologues.

Elles ont été écrites pour permettre de répondre aux questions cliniques suivantes :

- ✚ Quelle est la définition bactériologique des infections de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme adultes et de l'appareil génital de l'homme adulte ?
- ✚ Quelle est l'écologie bactérienne habituelle des infections communautaires de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme adultes et de l'appareil génital de l'homme adulte ?
- ✚ Quels sont les symptômes et signes permettant d'évoquer le diagnostic de cystite aiguë, pyélonéphrite aiguë, prostatite aiguë ?
- ✚ Y a-t-il une évaluation complémentaire à réaliser devant des symptômes et signes de cystite aiguë, pyélonéphrite aiguë, prostatite aiguë ?

Elles s'attachent aussi à expliquer :

- ✚ L'importance de varier les choix d'antibiotiques
- ✚ La nécessité de diminuer autant que possible la consommation d'antibiotiques
- ✚ L'importance de varier les choix 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

Extrait des recommandations de l'AFU concernant le diagnostic et le traitement des prostatites aiguës :

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.

Quels sont les symptômes et signes permettant d'évoquer le diagnostic de prostatite aiguë ?

Les critères de diagnostic d'une prostatite aiguë dans sa forme typique reposent sur les symptômes et signes suivants :

- ✚ un syndrome infectieux : fièvre (température ≥ 38 °C et souvent à 40 °C) associée à des frissons, une sensation de malaise, des myalgies, le tout pouvant évoquer un syndrome grippal ;
- ✚ symptômes urinaires avec des brûlures mictionnelles, une pollakiurie, une impériosité mictionnelle, une dysurie ;
- ✚ douleurs pelviennes, périnéales, urétrales, péniennes, parfois rectales ;
- ✚ prostate douloureuse au toucher rectal ;
- ✚ l'examen clinique recherchera des signes d'une épididymite ou une orchio-épididymite associée, des signes d'une pyélonéphrite associée.

Un tableau d'infection urinaire fébrile chez l'homme doit faire évoquer a priori le diagnostic de prostatite aiguë.

Le diagnostic peut être moins évident dans ses formes atypiques avec :

- ✚ un syndrome infectieux prédominant ;
- ✚ des signes urinaires prédominants ;
- ✚ l'absence de douleur prostatique au toucher rectal.

Ces critères cliniques de diagnostic d'une prostatite aiguë seront complétés par des critères bactériologiques avec la réalisation systématique d'un examen cyto-bactériologique urinaire.

En cas de symptômes et signes non évidents, une évaluation complémentaire adaptée est nécessaire.

Faut-il réaliser systématiquement un ECBU ?

Devant toute suspicion de prostatite bactérienne aiguë, la réalisation d'un examen cyto-bactériologique urinaire (ECBU) s'impose.

- ✚ Le massage prostatique est contre indiqué dans les formes aiguës de la prostatite.
- ✚ Le germe le plus fréquemment rencontré est *E Coli* qui représente plus de 80 % des cas, suivi des autres entérobactéries (*Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas aeruginosa*).
- ✚ Les infections à germes à Gram positif sont plus rares et dominées par les entérocoques (*Enterococcus faecalis*).
- ✚ La signification de la présence intracellulaire de *Chlamydia trachomatis* reste incertaine.
- ✚ Un ECBU négatif (sans prise d'antibiotique avant le prélèvement), ce qui est rare, n'élimine pas le diagnostic, néanmoins une évaluation complémentaire s'impose à la recherche d'un diagnostic différentiel de la PBA.

Y-a-t-il des examens complémentaires à réaliser ?

Devant des symptômes et signes de prostatite aiguë bactérienne, une évaluation complémentaire s'impose à la recherche de facteurs dits « de gravité » et de facteurs dits « de risque ou de complication » pour différencier une prostatite aiguë « non compliquée ou simple », d'une prostatite aiguë « grave ou compliquée ».

Cette évaluation repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique, des examens biologiques et radiologiques et doit permettre 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 ?

Le résultat de l'évaluation va conditionner les modalités du traitement et du suivi.
Une évaluation complémentaire est aussi nécessaire en cas de doute diagnostique.

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

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).

2^e 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.

3^e 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 épидидymite ou d'une orché-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 tomodensitométrie.

2^e objectif : recherche d'une rétention vésicale

- ✚ Elle 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.

3^e 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 (5^e 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).

LA PROSTATE ET LA SEXUALITE

La prostate et la fonction sexuelle :

Lors du rapport sexuel, lorsque l'homme atteint le point de non retour, les sécrétions de la prostate et des vésicules séminales se mélangent aux spermatozoïdes pour former le sperme, dans l'urètre prostatique. Au moment de l'orgasme, le sperme est propulsé vers le méat urétral, sous la pression des muscles. C'est l'éjaculation.

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. 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 secondaire⁴. **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, réalisée par le médecin, a pour objectif de réduire ces troubles urinaires et sexuels et d'améliorer sa qualité de vie.

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 :

- ✦ 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 situation 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, partant, une stérilité ; il faut le savoir et s'y préparer car le phénomène est irréversible.

⁴ On parle d'éjaculation prématurée secondaire lorsqu'une éjaculation prématurée apparaît chez un homme qui, jusqu'alors, ne souffrait pas de ce trouble sexuel.

- ⊕ 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, 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). Les résultats sont souvent meilleurs lorsque le traitement est plus précoce.

Le spécialiste pourra prescrire selon les cas :

- Des injections intracaverneuses si les bandelettes sont sectionnées ;
- Des comprimés (inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 : sildénafil, vardénafil, tadalafil) ;
- Ces troubles de l'érection peuvent être temporaires après traitement chirurgical.

Il est aussi possible d'avoir recours à des techniques de seconde ligne mais néanmoins efficaces :

- Vacuum, la pompe à induire l'érection, 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. Cette technique nécessite un certain entraînement.
- Les implants péniliens permettent eux aussi d'atteindre la rigidité nécessaire au rapport sexuel. 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 souple. 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 située dans le scrotum. À la fin du rapport, une manœuvre simple permet de retrouver un pénis flaccide.

Dans tous les cas, l'orgasme devrait persister après une intervention sur la prostate car il n'est pas lié à l'émission de sperme.

CANCER DE LA PROSTATE : DEPISTAGE INDIVIDUEL ET TRAITEMENT SUR MESURE

Le cancer de la prostate représente **plus de 50 000 nouveaux cas et 10 000 décès chaque année**, en France. C'est le cancer le plus fréquent, la **deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme, la première après 50 ans**.

Le cancer de la prostate est une maladie qui évolue généralement lentement : il s'écoule en moyenne de 10 à 15 ans entre l'apparition de la tumeur et l'évolution de la maladie vers le décès. Ce qui pourrait être une bonne nouvelle si ce cancer n'était pas aussi silencieux.

En effet, si chez un homme âgé de plus de 75 ans, le cancer de la prostate a peu de chance d'affecter l'espérance de vie, en revanche, chez un homme de moins de 65 ans, il entraîne le décès 3 fois sur 4, s'il n'est pas traité.

Pourtant, les traitements existent et ont prouvé leur efficacité sur des tumeurs localisées, lorsqu'elles sont détectées à des stades peu avancés, et **l'on pourrait guérir près de 95 % de ces tumeurs si elles étaient prises en charge à temps**.

L'étude Concord⁵, publiée dans The Lancet Oncology en août 2008 a analysé les taux de survie à 5 ans des patients pour les 5 cancers les plus fréquents, dont le cancer de la prostate, à partir de données recueillies dans 31 pays.

Les Etats-Unis sont arrivés en première position dans le traitement des cancers de la prostate, avec un taux de survie à cinq ans de 91,1 %, la France en 6^{ème} position avec un taux de survie à 5 ans de 73,7 %.

Or, aux Etats-Unis, l'utilisation du dosage du PSA est plus répandue qu'en France et depuis plus longtemps. Il est probable que la détection précoce de tumeurs localisées a contribué à améliorer les chances de survie des patients.

Aujourd'hui, de plus en plus de médecins proposent des examens de dépistage et grâce à cet usage large du PSA, la révélation du cancer à un stade métastatique, avec atteinte ganglionnaire ou un PSA > 5 ng/ml est passée de 24 % à 6 % entre 1995 (*étude Francim*) (*réf. Soulié*) et 2003 (*réf. Villers oncologie*).

Informez les hommes pour qu'ils choisissent en connaissance de cause.

C'est pourquoi, les urologues de l'AFU s'engagent depuis plusieurs années dans des campagnes d'information et de réflexion sur le dépistage du cancer de la prostate, afin de permettre aux hommes de choisir en connaissance de cause, de se soumettre ou non au dépistage.

⁵ Coordonnée par le Pr. M. Coleman (Cancer Research UK), l'étude CONCORD fournit des données comparables sur la survie à 5 ans après cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum (hommes et femmes) dans 31 pays. Elle a réuni plus de 100 scientifiques. Son analyse s'est effectuée à partir des données sur 1,9 million de patients (15 à 99 ans) diagnostiqués entre 1990 et 1994, recueillies auprès de 101 registres du cancer. Les données ont été ajustées afin de tenir compte de la différence des taux de mortalité dans la population générale selon les pays, et les âges.

- ✚ **Le dépistage peut être proposé aux hommes :**
 - ✚ **de 50 à 75 ans**, lorsqu'il n'y a pas de facteur de risque connu ;
 - ✚ à partir de 45 ans pour les hommes d'origine africaine ou antillaise, ou pour ceux dont un ou plusieurs membres de la fratrie ont été atteints ;
 - ✚ ou en règle générale aux hommes qui disposent de plus de 10 ans d'espérance de vie.

- ✚ **Avant de s'engager dans le choix du dépistage, il est indispensable que le patient soit informé sur la maladie, ses traitements, leurs effets secondaires (sexuels et urinaires) et les traitements éventuels de ces effets secondaires (Lire encadré : Les recommandations de l'ANAES 2004).**

- ✚ Pour une efficacité optimale, le dépistage implique 2 examens :
 - ✚ **Un toucher rectal**, un examen rapide et indolore réalisé par le médecin traitant ou l'urologue.
 - ✚ **Une prise de sang pour doser le PSA total** (l'antigène spécifique de la prostate).
Il arrive, en effet, que l'on détecte un cancer par le toucher rectal alors que le dosage du PSA ne le laissait pas suspecter.

- ✚ **Le dépistage est annuel** car la progression du PSA est plus significative que sa valeur absolue.
Ainsi, la vitesse de doublement du PSA⁶ pourrait constituer un indicateur de la virulence de la tumeur. Elle est aussi un élément prédictif utile dans l'évaluation du risque de récurrence après le traitement.

De nouvelles pistes à suivre en matière de dépistage ?

La piste du test urinaire de dépistage du cancer de la prostate semble donner de très bons résultats. Ce test développé par l'équipe du Dr Arul Chinnaiyan (Université du Michigan) repose sur l'identification dans les urines de 4 biomarqueurs.

Les chercheurs ont récolté des échantillons d'urine auprès de 234 hommes, dont 138 atteints d'un cancer de la prostate. Tous ont subi un test urinaire, une biopsie prostatique - c'est-à-dire un prélèvement de tissu prostatique pour analyse - ainsi qu'un dosage du PSA. En comparant les informations fournies par les trois techniques de dépistage, les chercheurs ont constaté que le test urinaire était fiable à 75 %, bien devant le dosage du PSA. C'est un indicateur prometteur.

Par ailleurs, un nouveau test diagnostique génique du cancer de la prostate s'apprête à sortir sur le marché américain. La société Health Discovery qui le commercialise, a rendu publics, au début du mois d'août 2008, les résultats des essais cliniques de phase III. Ils annoncent une sensibilité du test de **90 % et une spécificité de 97 %**.

⁶ Cf. « Temps de doublement du PSA et son calcul », dans *Progrès en Urologie 2005*
<http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-2005-00151035/TEXF-PU-2005-00151035.PDF>

Et après le dépistage, quelle prise en charge ?

Le choix du traitement est déterminé en accord avec le patient, en fonction de son âge, de son espérance de vie, de l'évaluation de l'agressivité de la tumeur, du stade de développement du cancer, mais aussi des préférences du patient, informé des effets secondaires des traitements.

Il existe plusieurs types de traitements du cancer de la prostate :

- la chirurgie
- la radiothérapie
- la curiethérapie (introduction de petits grains radioactifs dans la prostate)
- l'hormonothérapie
- la surveillance active.

La surveillance active consiste à s'abstenir d'engager des traitements afin d'en éviter les désagréments, surveiller le patient en réalisant, tous les 6 mois, un dosage du PSA.

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

La surveillance active peut être proposée quand :

- ✚ La tumeur est petite
- ✚ Bien différenciée (score de Gleason < 7⁷)
- ✚ Le PSA <10
- ✚ Le temps de doublement du PSA > 12, 18 mois
- ✚ Le patient, informé, a donné son consentement éclairé
- ✚ Elle ne concerne pas, a priori, l'homme jeune

La surveillance active permet d'éviter les « surtraitements » et leurs effets secondaires, sexuels ou urinaires, qui peuvent altérer la qualité de vie ; mais elle présente le risque de laisser passer la fenêtre thérapeutique (c'est-à-dire le moment où il est encore possible de traiter la tumeur) et peut aussi se révéler très anxiogène.

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 en cours d'évaluation dans l'étude ERSPC.

⁷ Le score de Gleason sépare les cancers en 5 classes et permet de fixer le degré de différenciation de la tumeur. Ce score additionne les deux populations de cellules cancéreuses majoritaires dans les prélèvements examinés au microscope par le médecin anatomopathologiste. Plus il est élevé, moins la tumeur est différenciée, plus la structure de la glande s'éloigne plus de la norme. Dès qu'il dépasse 7, le pronostic est moins bon.

Les recommandations de l'ANAES 2004 :

En 2004, l'ANAES publiait des recommandations concernant la conduite à tenir en matière de dépistage du cancer de la prostate, à l'issue d'un travail réalisé en collaboration avec l'Association Française d'Urologie.

Ce document souligne l'absence de recommandation du dépistage de masse.

En effet, en l'absence de données concrètes étayant son bénéfice sanitaire et économique, aucune mesure ne saurait être engagée.

Le dépistage du cancer de la prostate est actuellement évalué dans le cadre d'une étude européenne ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) dont les résultats devraient être publiés en 2009.

Toutefois, certains résultats intermédiaires montrent, sur des effectifs faibles, une diminution importante de la mortalité par cancer dans le bras dépistage.

Dans l'attente de résultats définitifs, l'ANAES (la HAS aujourd'hui) s'en remet au médecin qui décide, au cas par cas, de la pertinence du dépistage et doit toujours fournir, en amont des examens, une information complète et objective au patient :

« Lorsque la démarche de dépistage est envisagée, la décision doit être partagée avec la personne qui consulte. Elle relève de son appréciation individuelle en fonction notamment de son anxiété et de son aversion pour le risque. »

« Cette décision doit être éclairée par une information claire, objective et hiérarchisée, non seulement sur les bénéfices potentiels escomptés mais également les risques auxquels pourrait l'exposer ce choix, notamment en termes d'effets indésirables et de qualité de vie.

Le groupe réaffirme la primauté de l'information orale et considère qu'il est utile qu'une information écrite soit communiquée au patient afin de l'aider dans sa réflexion. Les éléments d'information présentés ci-après, sous forme de questions-réponses, peuvent y contribuer. »

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/information_kp_recommandations-2006.pdf