

14 H - 16 H : SYMPOSIUM LILLY

CONSEQUENCES SEXUELLES DE LA PATHOLOGIE PROSTATIQUE

HYPERTROPHIE BENIGNE DE LA PROSTATE ET TROUBLES SEXUELS

Véronique Delaporte, C.H.U Marseille

L'activité sexuelle des hommes vieillissants est importante: 83% déclarent avoir une activité sexuelle avec en moyenne près de 6 rapports mensuels. D'après de nombreuses études épidémiologiques réalisées dans la population générale, on peut considérer que près de 1 homme sur 2 à partir de 50 ans présente une certaine dysfonction érectile. On a longtemps cru que dysfonction sexuelle et hypertrophie de la prostate n'étaient pas liées mais plusieurs enquêtes ont bouleversé les croyances et les pratiques. Il est actuellement démontré que les troubles mictionnels induits par l'hypertrophie bénigne de la prostate sont liés parallèlement à une dégradation de la fonction sexuelle.

Selon l'étude MSAM-7 réalisée sur une population de 14 000 hommes âgés de 50 à 80 ans, la proportion d'hommes présentant des troubles de l'éjaculation est très proche de celle des hommes présentant des troubles érectiles. Les troubles de l'éjaculation surviennent dans 46% des cas. Les principaux troubles observés sont une diminution du volume de l'éjaculat vraisemblablement associés à une diminution du plaisir, de douleur lors de l'éjaculation, d'une éjaculation rapide ou prématurée. Les troubles de l'érection sont présents chez environ 49% des hommes et se manifestent par une érection moins ferme, une détumescence plus rapide et une période réfractaire plus longue.

Les traitements de l'hypertrophie bénigne de prostate peuvent avoir des effets secondaires sur la sexualité (troubles de l'éjaculation, de la libido ou de l'érection); a contrario, certains patients vont avoir un effet bénéfique du traitement de l'hypertrophie bénigne de prostate sur leur sexualité.

Le traitement médical de l'hypertrophie bénigne de prostate s'accompagne de troubles sexuels dans 0 à 10% des cas. Ces effets secondaires sont différents suivant les classes médicamenteuses.

La baisse de la libido et l'insuffisance érectile semblent plus marquées lors de l'utilisation du finastéride alors que les troubles de l'éjaculation sont plus fréquents lors de l'utilisation des alpha-bloquants. Les extraits de plantes sont responsables de quelques effets secondaires dont les taux avoisinent ceux du placebo.

Le traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate est réservé aux patients présentant des complications de cette hypertrophie ou à ceux dont la symptomatologie reste invalidante sous traitement médical.

Les troubles de l'érection varient entre 0 et 35% selon le type d'intervention et selon les études mais l'impact de la chirurgie sur la sexualité est difficile à évaluer tant la sexualité est liée à une représentation subjective.

Les troubles de l'éjaculation sont compris entre 27 et 89% après résection, entre 28 et 62% après incision cervico-prostatique et entre 70 et 80% après adénomectomie.

Les traitements alternatifs de la résection de prostate ne sont pas dénués d'effets secondaires sur la sexualité (diminution du volume de l'éjaculat et hémospemie principalement).

Compte tenu des données scientifiques récentes, il semble indispensable actuellement d'envisager l'approche thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de prostate en incluant les données de la sexualité du patient.

**PROSTATITES CHRONIQUES, SYNDROMES DOULOUREUX PELVIENS CHRONIQUES ET
DYSFONCTIONS SEXUELLES**

Dr Dominique Delavierre, Uro-Andrologue, CHR d'Orléans

INTRODUCTION

- Syndrome douloureux pelvien chronique
 - = Terminologie récente chez l'homme
- Terminologie "habituelle" = Prostatites chroniques
- Pathologie mal connue mais nombreux travaux de recherche et enquêtes épidémiologiques récents
- Impact sur la qualité de vie, la fonction sexuelle et la santé mentale

**CLASSIFICATION TRADITIONNELLE
des PROSTATITES CHRONIQUES
(1978 : Drach, Meares et Stamey)**

- Repose sur l'épreuve de Meares et Stamey (1968)
= analyse microbiologique fractionnée des urines et des sécrétions prostatiques
- Prostatite aiguë
- Prostatite chronique bactérienne
- Prostatite chronique abactérienne
- Prostatodynie

**NOUVELLE CLASSIFICATION
Proposée par le NIH (1995)
The chronic prostatitis collaborative
research network study group**

- Prostatite aiguë I
- PROSTATITE CHRONIQUE BACTERIENNE II
- SYNDROME DOULOUREUX PELVIEN CHRONIQUE
 - Inflammatoire III a
 - Non inflammatoire III b
- Prostatite inflammatoire asymptomatique IV

■ POURQUOI UNE NOUVELLE CLASSIFICATION ?

– 2 Objectifs

- Sortir du cadre de la prostate
- Recentrer sur la douleur

■ SUR LE PLAN MICROBIOLOGIQUE elle repose sur :

- Epreuve de Meares et Stamey
- Epreuve microbiologique simplifiée (Nickel)
 - Urines avant et après massage prostatique
- Spermoculture :
 - Germes > 10^3 / ml (10^4 si germes saprophytes)
 - Leucocytes > 10^6 / ml

■ PROSTATITE CHRONIQUE BACTERIENNE II

- "Infection récidivante de l'appareil urinaire ou infection chronique de la prostate par des agents bactériens"

■ SYNDROME DOULOUREUX PELVIEN CHRONIQUE III

- "Douleur pelvienne génito-urinaire, sans bactéries, évoluant depuis au moins 3 mois, parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels"
- Inflammatoire III a ou non inflammatoire III b selon la présence ou non de leucocytes dans le sperme, les sécrétions prostatiques (EPS) ou les urines après massage prostatique (VB3)

INDEX SYMPTOMATIQUE NIH-CPSI
(1999)

Litwin M.S. and the « chronic prostatitis collaboration research network »
Journal of Urology 1999, 162, 369-75

- 9 QUESTIONS
- 4 sur la DOULEUR
 - Localisation, sévérité et fréquence
- 2 sur les TROUBLES MICTIONNELS
 - Irritatifs et obstructifs
- 3 sur la QUALITE DE VIE
 - Conséquences des symptômes sur les activités quotidiennes
- Pas de questions sur la SEXUALITE

EPIDEMIOLOGIE

■ USA

- Roberts (Olmsted County, Minnesota)
 - 1998 : 2115 hommes de 40 à 79 ans
 - Symptômes de prostatite chronique 9 %
 - 2002 : 1541 hommes de 40 à 79 ans (NIH-CPSI)
 - Au moins 1 douleur uro-génitale 12 %
 - Symptômes de prostatite 2,2 %

■ USA

- Collins
 - 1998 : 58 955 visites (hommes de plus de 18 ans)
 - Prostatites chroniques = 2 millions de visites par an
 - 8 % des visites chez l'urologue / 1 % chez le MG
 - 2002 : 31 681 professionnels de santé
 - Prostatites chroniques 16 %

■ EUROPE

- Mehik Finlande 2000
 - 1832 hommes de 20 à 59 ans
 - Prostatites
 - . Prévalence 14,2 % - Incidence 37,8 / 10 000 par an
- Rizzo Italie 2003
 - 8503 hommes consultant en urologie
 - Prostatites 12,8 % (47,1 ans – 16/83 ans)
 - Parmi les prostatites : 63,9 % = douleurs ou gêne lors de l'éjaculation

■ CANADA

- Nickel 2001
 - 868 hommes de 20 à 74 ans
 - Symptômes de prostatite (NIH-CPSI) = 9,7 %
 - . 11,5 % avant 50 ans
 - . 8,5 % à 50 ans et après
 - . Moyenne d'âge
 - . 50 ans contre 52 en l'absence de symptômes

■ ASIE

- Ku Corée du Sud 2001
 - 16 321 hommes de 20 ans
 - Symptômes de prostatites (NIH-CPSI) 6 %
- Tan Singapour 2002
 - 1087 hommes de 21 à 70 ans
 - Symptômes de prostatites 2,7 % (43 ans)

■ ASIE

- Kunishima Japon 2002
 - 502 hommes de 20 à 79 ans
 - Symptômes de prostatites (NIH-CPSI) 5 %
- Cheah Malaisie 2002
 - 3147 hommes de 20 à 50 ans
 - Prostatites chroniques (NIH-CPSI) 8,7 %

FACTEURS DE RISQUE

- Hypertrophie bénigne de la prostate
 - Infections sexuellement transmissibles
 - Troubles urinaires du bas appareil (*TUBA* ou *LUTS*)
 - Stress
 - Déficit d'exposition solaire / Hiver
- Mehik (2000) / Ku (2001) / Collins (2002) / Batstone (2003)

Dysfonctions sexuelles et Troubles urinaires du bas appareil (*TUBA*)

- ALF-ONE study group : Vallancien (J.Urol. 2003)
- 1274 *TUBA* (Europe) Questionnaire DAN-PSSsex
 - 62 % Dysfonction érectile
 - 63 % Ejaculation avec quantité réduite de sperme
 - 23 % Douleurs / gêne lors de l'éjaculation
 - Corrélation avec la sévérité des *TUBA*
 - Corrélation avec l'âge sauf pour les douleurs / gêne lors de l'éjaculation

Dysfonctions sexuelles et Troubles urinaires du bas appareil

- ALF-ONE study group : Nickel (BJU Int. 2005)
- 3700 *TUBA* / BPH (Monde) DAN-PSSsex
 - 18,6 % Douleurs / gêne lors de l'éjaculation (symptôme de prostatite)
 - 72 % Dysfonction érectile (contre 57 % en l'absence)
 - 75 % Ejaculation avec quantité réduite de sperme (contre 56 % en l'absence)
 - 12 % antécédents d'infection des voies urinaires (contre 7 %)
 - Patients plus jeunes / *TUBA* plus sévères

Dysfonctions sexuelles et Troubles urinaires du bas appareil

- MSAM-7 : Rosen (Eur. Urol. 2003 et Prog. Urol. 2004)
 - 12815 TUBA (USA et Europe) DAN-PSSsex
 - 59 % Dysfonction érectile
 - 46 % Ejaculation avec quantité réduite de sperme
 - 7 % Douleurs / gêne lors de l'éjaculation
 - Corrélation avec la sévérité des TUBA et l'âge
 - La corrélation entre dysfonctions sexuelles et TUBA est indépendante des comorbidités *Diabète, HTA, Cardiopathies et Dyslipidémie*

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Keltikangas-Jarvinen (Ann. Clin. Res. 1981)
 - 42 hommes prostatites chroniques
 - Difficultés psychologiques 80 %
 - Anxiété
 - Dépression
 - Fragilité affective
 - Perte d'identité masculine
 - Altération du désir sexuel

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Berghuis (J. Psychosom. Res. 1996)
 - 51 Prostatites chroniques (groupe contrôle de 34 hommes)
 - Réduction des contacts sexuels 85 %
 - Perturbation voire rupture d'une relation 67 %
 - Frein à une nouvelle relation 43 %
 - Stress psychologique et dépression plus fréquents lors de prostatites chroniques

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Screponi (Urology 2001)
 - 26 hommes d'âge moyen 43,8 ans
 - Prostatites chroniques symptomatiques ou non
 - Ejaculation prématurée (IELT* < 2mn lors de plus de 50 % des relations sexuelles depuis plus de 6 mois avec relation hétérosexuelle stable depuis plus d'1an) 61,5 %

* IELT = Intravaginal ejaculation latency time

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Mehik (BJU int. 2001)
 - 261 (14,2 %) prostatites parmi 1832 hommes de 20 à 59 ans
 - Pendant les symptômes
 - Dysfonction érectile 42,5 %
 - Altération du désir sexuel 24,1 %
 - Stress psychologique
 - Hommes nerveux, occupés, méticuleux
 - Difficultés conjugales et relationnelles

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Liang (BJU int. 2004)
 - 2498 prostatites chroniques (NIH-CPSI) 20/59 ans
 - 21,8 % douleurs sexuelles
 - 1768 éligibles pour l'évaluation de la fonction sexuelle (IEF)
 - Dysfonctions sexuelles 49 %
 - Ejaculation prématurée (IELT < 2mn lors de plus de 50 % des relations sexuelles depuis plus de 6 mois avec relation hétérosexuelle stable depuis plus d'1an) 26,2 %
 - Dysfonction érectile 15 % (mais exclusion de patients présentant certains facteurs de risque = diabète, HTA, maladies psychiatriques, cardiopathies, médicaments)
 - Les 2 associées 7,7 %

Dysfonctions sexuelles et PC / SDPC

- Gonen (J. Androl. 2005)
 - Syndrome douloureux pelvien chronique (NIH-CPSI)
66 hommes de 21 à 55 ans (groupe contrôle de 30 hommes)
 - Ejaculation prématurée (IELT < 2mn lors de plus de 50 % des relations sexuelles depuis plus de 6 mois avec relation hétérosexuelle stable depuis plus d'1an) 51 (77,3 %)
 - Ejaculation prématurée + dysfonction érectile (IIEF) 10 (15,2 %)
 - Pas de lien avec l'âge ni l'intensité ou l'ancienneté des symptômes
 - Différence significative avec le groupe contrôle
 - Dysfonction érectile = 10 patients :
 - Pharmacovo-écho-doppler pénien et bilan hormonal normaux
 - Considérée comme psychologique

Prévalence de la prostatite chronique lors d'éjaculation prématurée

- Screponi (Urology 2001)
 - Ejaculation prématurée (IELT < 2mn lors de plus de 50 % des relations sexuelles depuis plus de 6 mois avec relation hétérosexuelle stable depuis plus d'1an)
 - 46 hommes de 18 à 68 ans (groupe contrôle de 30 hommes)
 - Dysfonction érectile = critère d'exclusion
 - Test de Meares et Stamey
 - Signes cliniques de prostatites 28,2 %
 - Prostatites chroniques 56,5 %
 - Bactériennes (aérobies ou uréaplasma uréalyticum) 47,8 % (Groupe contrôle 9 %)
 - Inflammatoires 8,7 %

CONCLUSION

- Prostatites chroniques et syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme = nombreux travaux (depuis moins de 10 ans) mais physiopathologie encore imprécise
- Impact sur la qualité de vie et la fonction sexuelle mais données épidémiologiques encore limitées
- Implication psychologique à l'origine des dysfonctions sexuelles mais beaucoup d'incertitudes sur d'autres mécanismes éventuellement en cause

Pierre Bondil, CHG Chambéry, France 73000

En 20 ans, le cancer de prostate s'apparente de plus en plus à une maladie chronique d'où l'importance de se préoccuper aussi de la qualité de vie des patients. Quel que soit l'âge la sexualité doit être prise en compte car elle est un paramètre important de la qualité de vie pour une majorité de patients et tous les traitements du cancer de prostate sont délétères pour la vie sexuelle. Quoique le mot cancer soit toujours prioritaire, la qualité du dialogue médecin-patient et le souci d'une information adaptée et partagée permettent souvent de « rassurer » le patient car sa demande et sa crainte quant aux séquelles sexuelles sont souvent masquées ou dissimulées. Pour ces raisons, le bilan du «statut» sexuel initial du patient est un paramètre à part entière du choix de traitement conciliant au mieux les objectifs carcinologique et de qualité de vie. Mais, la place de la sexualité ne doit pas être surévaluée comme le prouvent les faits suivants : a) ce cancer concerne une majorité d'hommes âgés, b) avant 70 ans, près d'un quart des sujets traités pour cancer de prostate a déjà un trouble de l'érection significatif, c) un nombre non négligeable de patients n'est pas ou peu demandeur d'une prise en charge d'un trouble sexuel iatrogène en l'absence d'altération de leur qualité de vie personnelle et / ou du couple, d) la demande sexuelle varie nettement avec le temps, les hiérarchies de valeurs du sujet, le stade du cancer, l'état général et...l'attitude du soignant. En pratique, le recul clinique montre que la sexualité est un paramètre pertinent mais rarement prioritaire dans le choix initial du traitement pour une large majorité des patients. Par contre, la demande et les attentes sexuelles reviennent souvent au premier plan dans des sous-populations de patients (principalement des hommes encore jeunes, sans comorbidités importantes et ayant eu une activité sexuelle régulière) qui doivent bénéficier d'un bilan et d'un suivi attentifs de leur santé sexuelle. En conclusion, l'importance de la sexualité ne doit être ni sous ni surestimée car la demande et la perception de la sexualité varie beaucoup d'un individu à un autre et la proportion d'hommes ayant déjà un trouble sexuel avant tout traitement est importante puis augmente avec l'âge ce qui minimise le problème sexuel. S'il faut toujours s'efforcer de concilier les objectifs carcinologique et de qualité de vie, la prise en compte de la santé et de la vie sexuelle lors du bilan initial et du suivi permet aussi de concilier les objectifs d'une médecine technicienne et humaniste en faisant chez tout patient, un traitement et un suivi personnalisés, c'est à dire « à la carte », en fonction de trois paramètres : a) le cancer , b) le terrain, c) le souhaits de qualité de vie.

Mots clés : cancer, prostate, sexualité, séquelles sexuelles, qualité de vie

ASPECTS THERAPEUTIQUES SUR LES CONSEQUENCES SEXUELLES POTENTIELLES ASSOCIEES A LA PATHOLOGIE PROSTATIQUE (ADENOME ET CANCER) ET A SES TRAITEMENTS

D. CHEVALLIER

Dpt Urologie Andrologie et Transplantation rénale (J. AMIEL)

Hôpital Universitaire Pasteur, NICE

Dans ce travail, une revue réactualisée des conséquences sexuelles potentielles de la pathologie prostatique et de ses traitements est abordée sous l'angle thérapeutique à la lumière de récentes données.

Dans la pathologie prostatique, si l'on oppose le dépistage à l'absence de dépistage, et le traitement à la simple surveillance, les différences observées en terme d'espérance de vie, ajustées à la qualité de vie, sont marginales.

Par conséquent, une attention particulière devrait être portée à l'analyse de variables apparemment mineures telles que les conséquences fonctionnelles potentielles iatrogènes de nos traitements sur le confort de vie globale du patient. A ce titre, la sexualité occupe une place de choix.

Si certains auteurs ont tenté de définir la sexualité comme « l'expression la plus intime du rapport à soi-même et aux autres », elle comprend chez l'Homme de multiples facettes, à savoir, libido, qualité de l'orgasme, éjaculation, fertilité et érection.

Néanmoins, aucune publication ne fait état d'une évaluation globale de la sexualité. L'ensemble des auteurs s'est attaché à faire l'évaluation et la prise en charge de la sexualité sous l'angle forcément réducteur de l'érection seule, parce que dans ce domaine, différents outils d'évaluation validés nous sont actuellement proposés.

Enfin, la dimension psycho affective de la pathologie prostatique est à prendre en considération, la prostate étant souvent représentée comme un organe mythique de localisation mal définie mais siège de la « puissance masculine » et de la « fertilité » : la pathologie prostatique devient alors synonyme pour l'homme qui en souffre d'un virage évolutif et inexorable vers la vieillesse. Cette représentation ne va pas manquer de retentir sur la sexualité.

S'agissant de considérations thérapeutiques peu ou prou de publications proposent une prise en charge thérapeutique des perturbations de l'éjaculation induite par la prise en charge thérapeutique d'une hypertrophie bénigne ou d'un cancer de prostate. Seule une attitude d'information éclairée et de prévention est conseillée.

Par contre, les perturbations de l'érection répondent remarquablement à un traitement de relance pharmacologique par voie orale (les inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5) ou par voie intracaverneuse (la prostaglandine E₁).

Ces traitements seront d'autant plus efficaces qu'ils seront proposés tôt dans le post thérapeutique de la pathologie prostatique (avant le 3^{ème} mois). Des guérisons sont même attendues.

En pratique quotidienne, la relation entre prostate et sexualité doit être évaluée lors de toute consultation médicale motivée par l'une ou l'autre de ces pathologies et avant toute décision thérapeutique.

