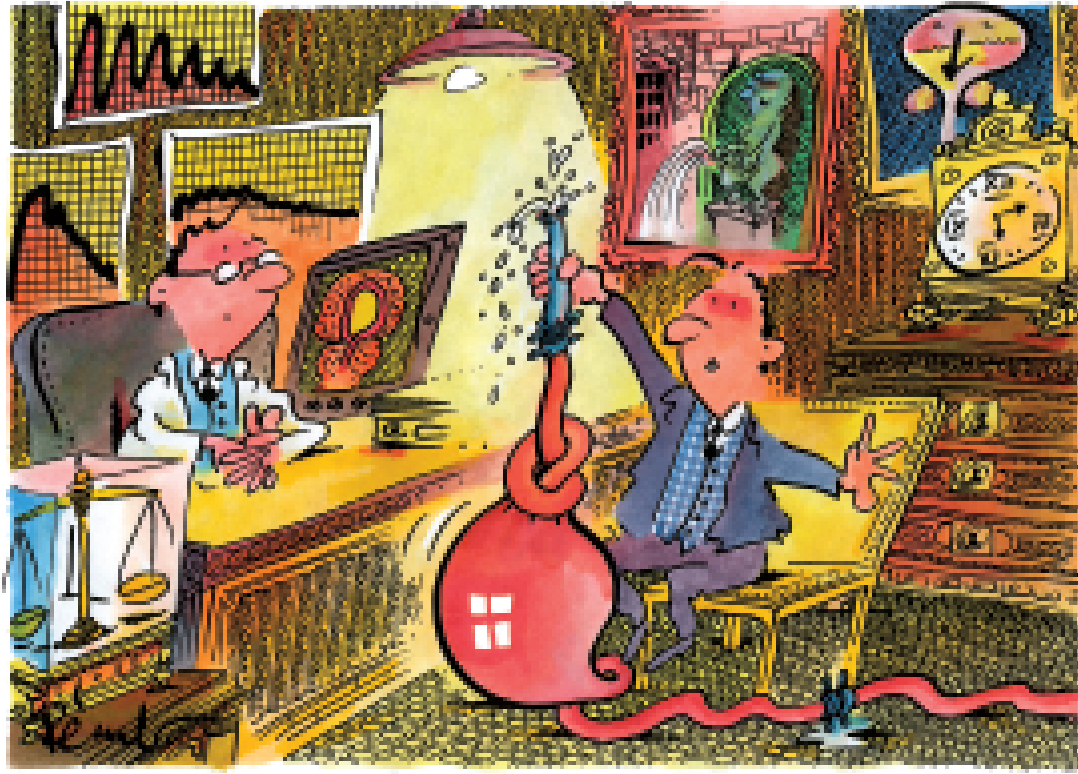


« Docteur, j'ai la prostate! »



Texte

Dr Alain BITTON

Urologue FMH

Genève

Conception et graphisme

Comic Brains, Pé cub

Introduction

« Docteur, j'ai la prostate! Pour moi, ce sera une opération au laser comme mon voisin... »

C'est la réflexion que me fit un patient un jour lors d'une consultation en guise d'entrée en matière pour contrôle de prostate. Même si cette remarque un peu cocasse fait sourire, elle est parfaitement révélatrice de l'ignorance et des préjugés – malheureusement encore tenaces dans l'esprit du grand public – liés à la prostate, son fonctionnement et ses maladies. Cela se comprend, car la prostate fait encore l'objet de nombreux tabous et de non-dits. En effet, beaucoup de mythes à son sujet circulent. La prostate, organe masculin par excellence, possède pourtant cette particularité d'avoir une fonction duelle, en se situant anatomiquement, fonctionnellement et physiologiquement au carrefour des voies urinaires et génitales et, de ce fait, au cœur des pathologies mictionnelles et sexuelles. Le spectre du cancer, bien sûr, qui ne cesse de hanter de nombreux hommes, fait l'objet d'une prise de conscience de plus en plus importante, notamment grâce aux forums de discussion de la part des médias ainsi que des informations véhiculées par l'internet. Mais la prostate est aussi le siège de maladies bénignes et inflammatoires très fréquentes à tous âges. Paradoxalement, ce n'est que très récemment que l'on a commencé à parler ouvertement des maladies de prostate. D'une part, ce phénomène s'explique grâce à la découverte du PSA, antigène produit presque exclusivement par les cellules prostatiques et dont les taux sanguins permettent de dépister et de suivre les maladies ainsi que l'évolution de l'organe. D'autre part, plusieurs hommes célèbres ont fait parler d'eux en raison de leur maladie prostatique ou ont tout simplement décidé de faire connaître au grand public leur cancer prostatique, les traitements subis, ainsi que les répercussions sur leur vie fonctionnelle et sexuelle.

Bien conscient de l'impact que revêt cet organe et surtout au vu du nombre toujours croissant ainsi que de la diversité des questions et remarques suscitées lors des consultations, il nous a paru important d'apporter quelques précisions, afin de lever certains mythes et idées reçues. Ce petit livre, qui est le fruit d'un travail de collaboration avec mon ami Pécub dont le génie artistique a permis de traiter ce sujet sensible avec beaucoup d'humour et de tact, apportera, je l'espère, quelques éléments de réponse.

Je vous en souhaite une excellente lecture!

Alain BITTON, urologue FMH

L'homme et sa prostate: toute une histoire...

2

**« Il y a deux organes inutiles :
la prostate et la présidence de la République. »**

Georges Clemenceau

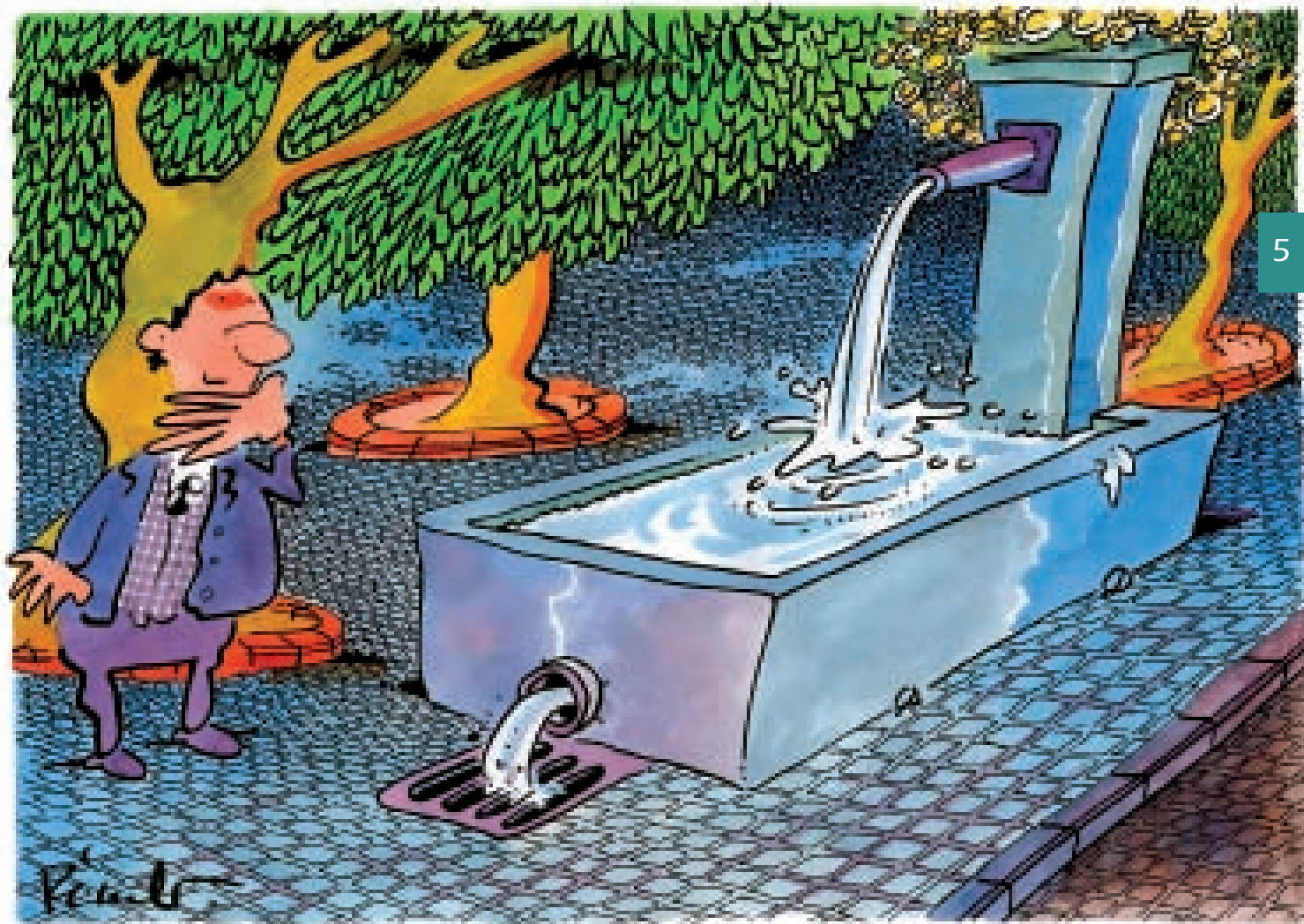
**Pourtant,
la prostate n'est ni une maladie ni inutile...**



La prostate, à quoi ça sert?

4

- La prostate est une petite glande que l'homme a le privilège de partager avec les mammifères supérieurs. En vieillissant, son meilleur ami, le chien, est le seul à développer, comme son maître, une hypertrophie de la glande!
- La prostate n'est pas tout à fait inutile, puisqu'elle assure deux fonctions essentielles:
 - **La miction**: par sa position anatomique stratégique placée entre l'urètre et la vessie, elle participe à la fonction du maintien de la continence urinaire grâce à ses deux «verrous»: les sphincters lisse et strié.
 - **La fonction sexuelle**: la prostate est une glande sexuelle qui participe par ses sécrétions à la constitution du liquide séminal (sperme). Elle n'a pas de fonction hormonale propre. Son développement dépend de la stimulation hormonale produite par la testostérone sécrétée par les testicules. La prostate participe également à l'orgasme par un processus complexe de contraction au niveau de la musculature du périnée et du plancher pelvien durant la période éjaculatoire.



Anatomie et fonctions

6

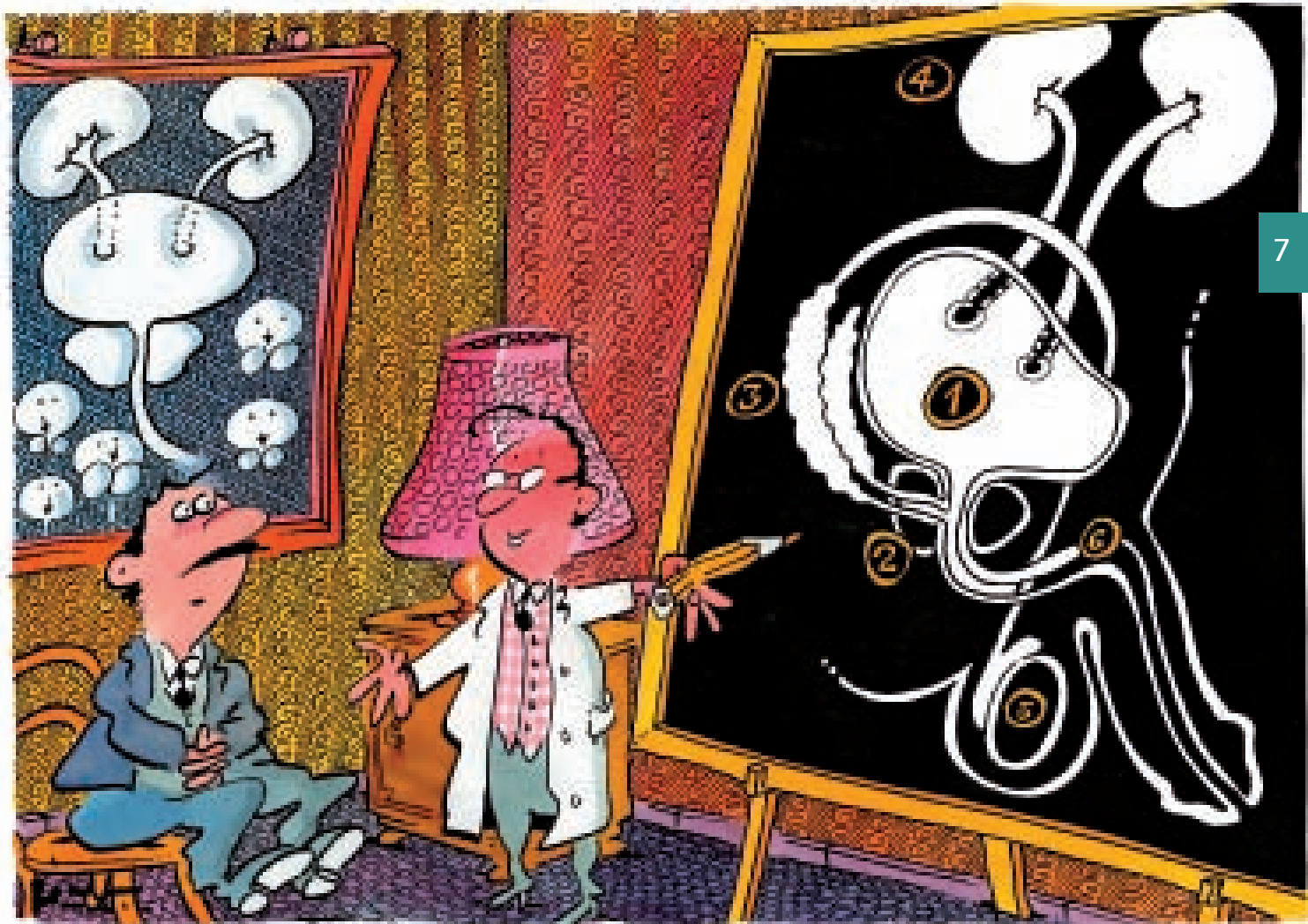
La prostate est un organe fibromusculaire et glandulaire ayant la forme d'une châtaigne de consistance ligneuse, mesurant environ 2x3 cm en position sous-vésicale, prérectale et rétro-symphysaire. Elle est traversée d'une part par les canaux éjaculateurs, et d'autre part par l'urètre. Elle est imbriquée dans les sphincters : lisse, au-dessus, automatique et strié, au-dessous, volontaire.

La prostate est divisée en plusieurs zones dont les plus importantes sont la zone de transition (lieu de développement de l'hyperplasie bénigne de la prostate) et la zone périphérique (lieu d'origine du cancer).

Elle se contracte durant l'éjaculation et se rétracte durant la miction.

La prostate produit la partie non fécondante du sperme. Le liquide prostatique normal est indolore, isotonique, contenant du calcium, des protéines ainsi que du zinc, de l'acide citrique et des phosphatases acides. Le zinc, qui jouerait un rôle fondamental dans le pouvoir fécondant des spermatozoïdes, est extrait de la circulation sanguine par la prostate.

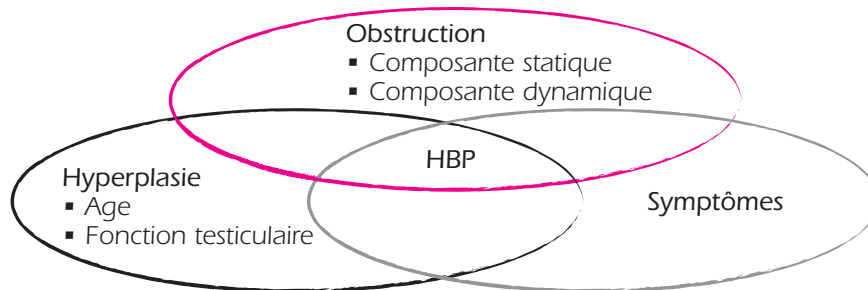
☞ Il s'agit donc d'un organe qui constitue un véritable carrefour des voies urinaires et génitales.



Qu'est-ce que l'HBP ?

8

L'étiopathogénèse de l'HBP ou hyperplasie bénigne de la prostate est encore imparfaitement comprise. Ceci, bien que l'implication de la testostérone ou plutôt de son métabolite actif, la dihydrotestostérone (DHT) – dont la transformation intraprostatique s'effectue sous l'action enzymatique de la 5-alpha-réductase – soit incontestée. En effet, le rôle des hormones dans la genèse de l'HBP n'est plus à démontrer. A partir d'un certain âge (45-50 ans) et ceci pour une raison encore mystérieuse, nos cellules pensent que la puberté revient et qu'elles doivent s'activer au niveau de la prostate. Sous l'action de la DHT, la prostate augmente de taille et des modifications au niveau de sa vascularisation apparaissent: il s'agit du développement de l'hyperplasie bénigne de la prostate ou HBP, encore appelée adénome prostatique. L'HBP est définie comme l'intersection de plusieurs facteurs prédisposant ayant une prépondérance variable d'un patient à l'autre.





L'ampleur du problème

10

- La croyance populaire veut qu'avec l'âge les hommes présentent des difficultés à uriner et qu'ils aient « la prostate ».
- La moitié d'entre eux parlent de leurs symptômes urinaires, car ils sont considérés comme une fatalité due à l'âge et au vieillissement.
- Il est vrai que l'hyperplasie bénigne de la prostate est liée au vieillissement et que près de 80 % des hommes auront à souffrir à un moment ou à un autre de leur existence d'un problème de prostate.
- Globalement, 50 % des hommes de plus de 50 ans sont touchés par l'HBP.
- En Suisse, 15 à 30 % des hommes de plus de 50 ans souffrent de troubles mictionnels secondaires dus à une HBP. Pourtant, tous ne consultent pas...

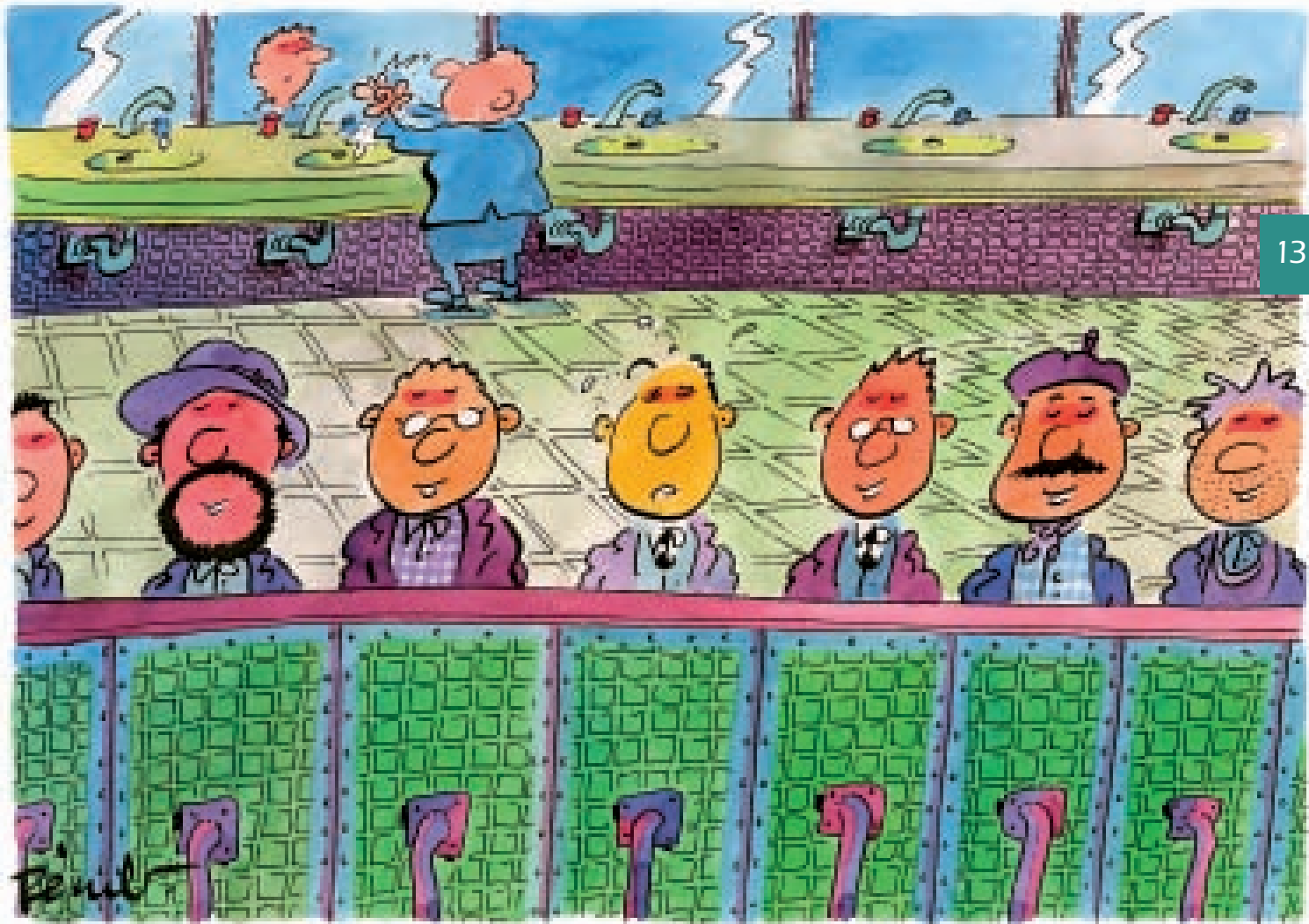


Les premiers symptômes

12

Les premiers changements histologiques liés à l'HBP sont identifiables au niveau de la prostate déjà à partir de l'âge de 30 ans. Ces modifications ne se traduiront par des symptômes que vers l'âge de 50 ans chez un homme sur deux. A partir de la 8^e ou 9^e décade de vie, c'est l'ensemble des hommes qui est touché. Chez les patients âgés de 60 à 70 ans, les troubles mictionnels représentent 20 à 50% des problèmes de santé, et la chirurgie de la prostate est l'intervention la plus couramment pratiquée à partir de 65 ans, chez un homme sur quatre. Il s'agit donc d'un véritable phénomène de société et de santé publique touchant l'homme à partir de la cinquantaine.

- ☞ **Les symptômes irritatifs** (témoins d'une perturbation de la capacité de réservoir de la vessie) sont représentés par les mictions impérieuses, la pollakiurie (émission fréquente et rapprochée d'une faible quantité d'urine) ainsi que la nycturie, obligeant le patient à se lever la nuit.
- ☞ **Les symptômes obstructifs** (témoins d'une perturbation de la vidange vésicale) sont représentés par la difficulté à uriner (dysurie) ou à initier la miction, la faiblesse du jet urinaire, les gouttes retardataires, ainsi qu'une sensation de vidange incomplète.

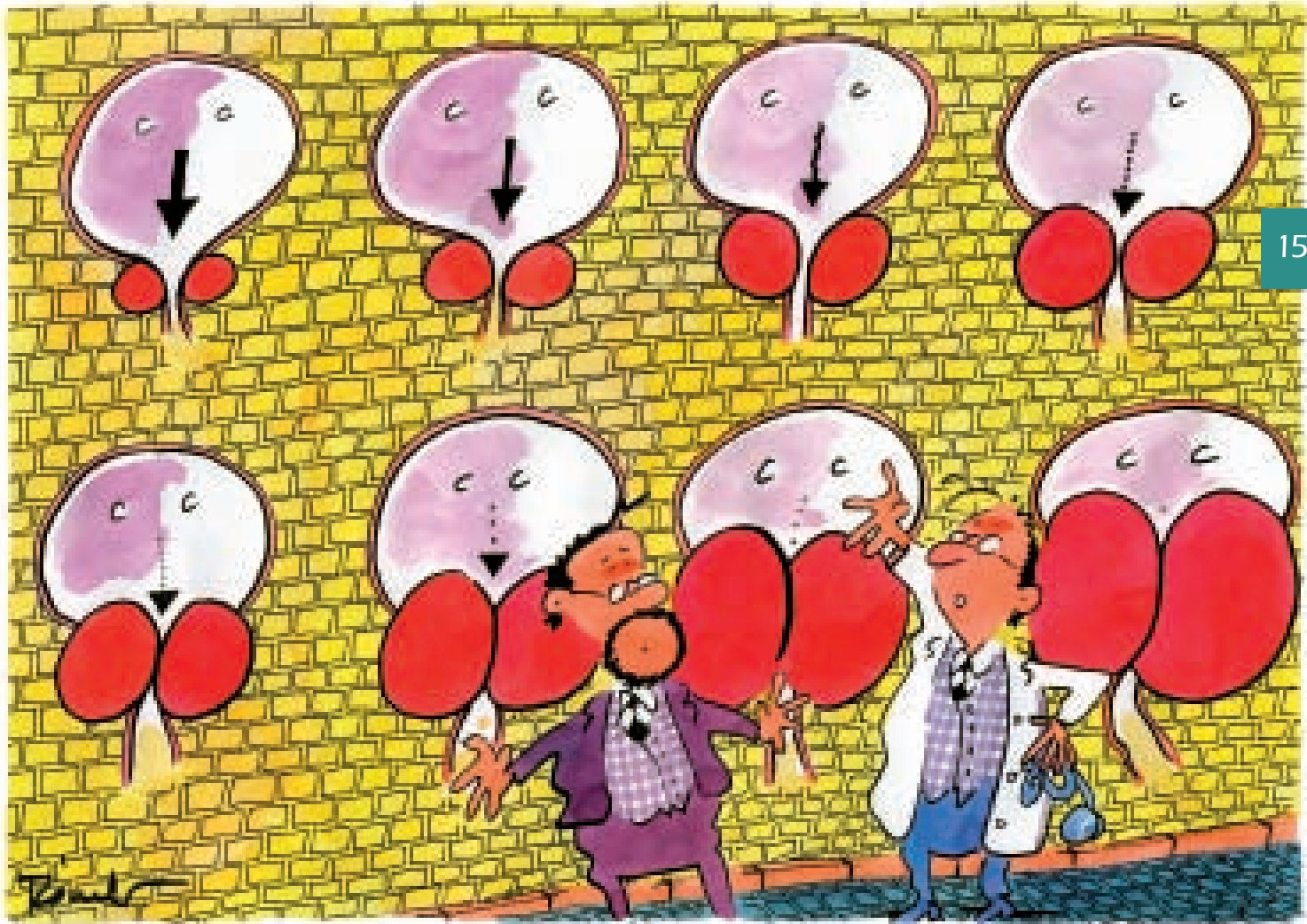


Réponse de la vessie à une HBP

14

L'hyperplasie bénigne comprend deux composantes: dynamique et statique.

- **La composante dynamique** est due à l'action du tonus de la musculature lisse localisée essentiellement au niveau de l'urètre prostatique, du trigone et du col de la vessie et contrôlée par des récepteurs du système nerveux sympathique. Cliniquement, elle se traduit par les symptômes irritatifs.
- **La composante statique** est, quant à elle, le reflet de l'augmentation du volume de l'adénome prostatique dont l'évolution est inéluctable après la puberté, correspondant à une augmentation moyenne de 0,2 à 0,5 ml par année de volume prostatique. Cliniquement, elle se traduit par les symptômes obstructifs.
 - ☞ Soumise à un obstacle progressivement plus important et gênant, la vessie peut répondre de différentes façons. La décompensation du muscle vésical s'effectue en général en 3 phases variables dans le temps et dépendantes du degré d'obstruction ainsi que de la prédominance de la composante dynamique, statique ou bien des deux à la fois:
 1. Hypertrophie de la musculature vésicale.
 2. Infiltration du tissu prostatique par du tissu cicatriciel.
 3. Dénerivation parasymphatique, décompensation du muscle vésical qui transforme la vessie en baudruche, flasque, ayant perdu toute capacité contractile.



Les autres maladies de la prostate : les prostatites

16

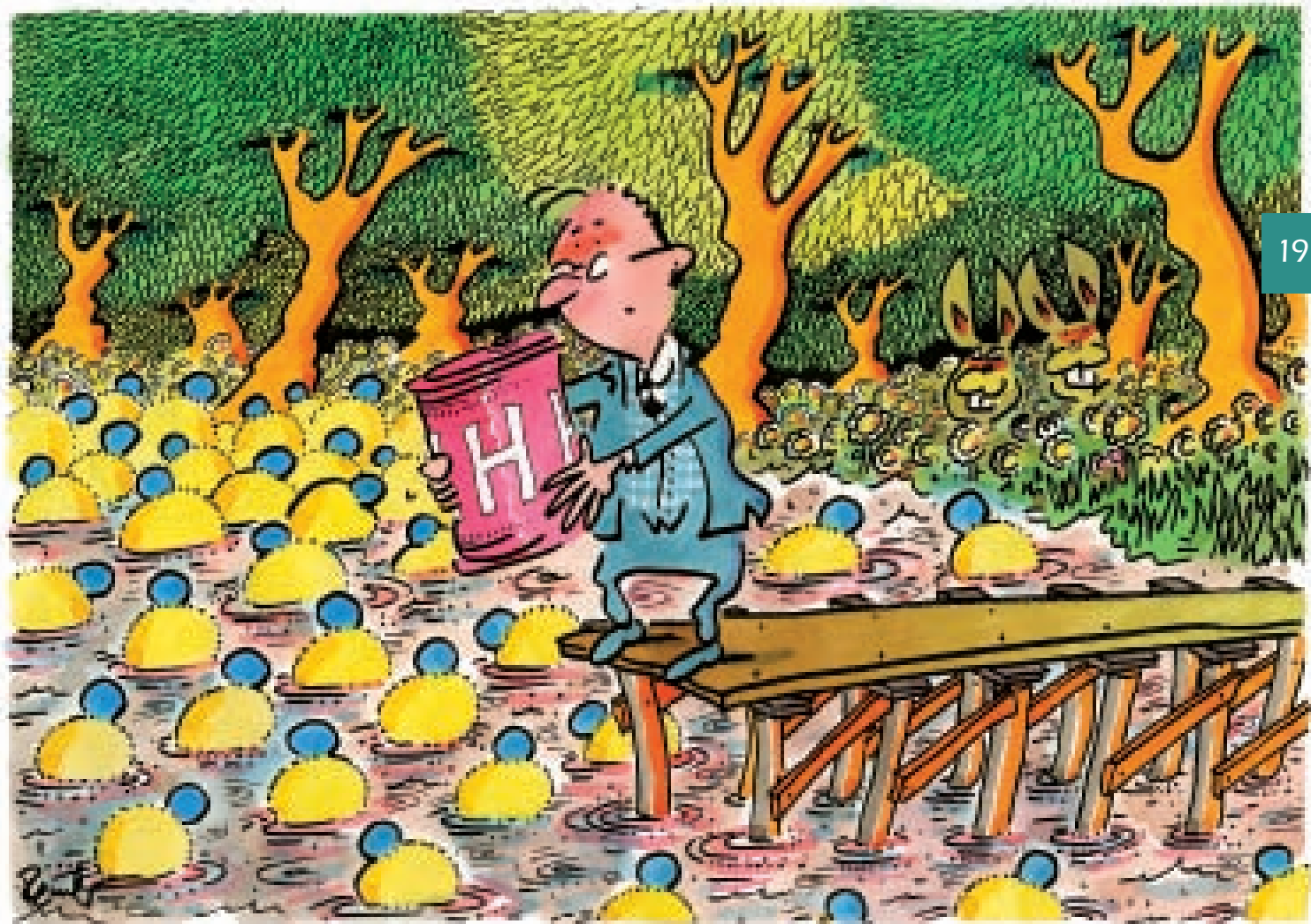
- Ce terme désigne les différentes formes d'inflammation ou d'infection de la prostate. La plus classique est la prostatite aiguë bactérienne, qui se manifeste par un état fébrile, ainsi que des symptômes urinaires irritatifs et obstructifs. A l'examen, la prostate est molle, rénitente, douloureuse. Le massage de la glande ou les manipulations diagnostiques à travers l'urètre sont formellement contre-indiqués en raison du risque de dissémination sanguine de l'infection.
- Chez les hommes jeunes, sexuellement actifs, la forme la plus fréquemment retrouvée est connue sous le terme générique et actuellement désuet de « prostatite chronique ». Aujourd'hui, l'on parle plus volontiers de syndrome inflammatoire pelvien, dont les symptômes principaux sont représentés par la douleur sus-pubienne, avec gêne à la miction, irradiation des douleurs au niveau des testicules, brûlures urétrales irradiant vers le périnée. A l'examen rectal, la prostate est rarement douloureuse ou anormale. L'analyse d'urine peut montrer, surtout après massage de la prostate et récolte des sécrétions, des germes spécifiques (chlamydiae, uréaplasmes), mais le plus souvent l'examen est non contributif.
- Rappelons que cette affection, qui se manifeste par des phases alternant poussées aiguës ou subaiguës sur un fond de douleur et de gêne chroniques, n'a aucun caractère malin ou dangereux. Elle ne prédispose en rien la prostate au développement ultérieur d'un cancer.



Les autres maladies de la prostate : le cancer

18

- Premier cancer de l'homme après 50 ans, son incidence en Suisse est élevée et la maladie est diagnostiquée chez environ 3000 à 3500 hommes par année. A l'heure actuelle il n'y a pas de facteur de risque externe connu. Certains facteurs environnementaux (encore discutés), tels que la quantité de calories consommée ou certains aliments pourraient jouer un rôle positif ou négatif. Les antécédents familiaux ont certainement un rôle, puisque le risque est multiplié par deux si un parent au premier degré (père, frère) en est atteint. Le risque s'accroît également avec l'âge.
- Du fait que le cancer de la prostate peut rester longtemps silencieux, ne provoquant aucun symptôme, il est actuellement recommandé d'effectuer un dépistage précoce, afin d'augmenter les chances de survie. Ce dépistage comprend un examen par toucher rectal et une analyse sanguine du PSA chez tous les hommes à partir de l'âge de 50 ans ou plus tôt (40 à 45 ans) en cas d'antécédents familiaux.
- Une fois le diagnostic posé, le choix du traitement dépendra de plusieurs facteurs : âge du patient, qualité de vie, facteurs de risque, localisation du cancer à l'organe seul ou présence de métastases à distance. Il est impératif de réaliser que quel que soit le type de traitement choisi, ce dernier devra tenir compte des altérations fonctionnelles ainsi que des possibles effets secondaires après traitement : perturbation de la sexualité, perte de la puissance et du désir, troubles urinaires même transitoires.



Le bilan urologique

20

La prise en charge des patients avec HBP tient compte des facteurs suivants :

- **Description des symptômes**, notamment grâce au score IPSS (score international symptomatique de la prostate). Ce score établi par une conférence de consensus internationale et recommandé par l'OMS est utilisé comme outil d'évaluation pour chaque patient souffrant de symptômes liés à l'HBP. Il permet de quantifier l'importance de la gêne fonctionnelle, d'évaluer l'efficacité d'un traitement ou de poser une indication opératoire.
- **Examen clinique** comprenant les organes génitaux externes ainsi que la palpation de la prostate (toucher rectal).
- **Mesure du flux urinaire** par débitmétrie libre : analyse du volume ainsi que de la vitesse de la miction, aspect de la courbe, retard à l'initiation ou prolongement du temps mictionnel.
- **Echographie abdominale**. La prostate, la vessie sont appréciées ainsi que d'éventuelles répercussions sur le haut appareil urinaire (reins). La quantification du résidu postmictionnel permet en outre d'évaluer le risque d'infections ou encore de formation de calculs intravésicaux.
- **Dosage biologique** : PSA sérique et fonction rénale (urée, créatinine).
- **Analyse du sédiment urinaire** à la recherche d'une infection, hématurie ou de cristaux amorphes.
 - ☞ Ainsi, environ 90 à 95 % des hommes présentant des troubles mictionnels peuvent être diagnostiqués et pris en charge de manière tout à fait satisfaisante.



PSA (antigène spécifique de la prostate)

22

- Produit par les cellules épithéliales prostatiques, il s'agit d'une glycoprotéine indispensable à la liquéfaction du liquide séminal. Le PSA est un marqueur spécifique du tissu prostatique (dépendant de l'organe), mais non du cancer (dépendant du cancer). Sa demi-vie dans le sang est de 2,2 à 3,2 jours. Habituellement, c'est le PSA total qui est dosé, mais le PSA peut se présenter sous forme libre (10 à 40%) ou complexée à des globulines (60 à 90%). Le pourcentage de PSA libre est plus bas dans le cancer que dans l'HBP. Un rapport PSA libre-PSA total inférieur à 10% est suspect de cancer, alors qu'un rapport supérieur à 20% est évocateur d'une maladie bénigne (HBP, prostatites). En outre, la valeur prédictive positive de cancer s'accroît avec l'augmentation du taux de PSA. En cas d'HBP, l'augmentation du taux moyen ne dépasse pas 0,75 ng/ml par année. Par contre, la vélocité du PSA est suspecte si le taux augmente de plus de 0,75 ng/ml par an.
- Dosage sanguin (valeurs normales) :
 - méthode immuno-enzymatique: 0,5 à 4 ng/ml
 - méthode radio-immunologique: 0,3 à 2,5 ng/ml
- Le taux peut également être augmenté en cas de :
 - pathologies bénignes : HBP, prostatites;
 - manipulations prostatiques : urétrocystoscopie, échographie endorectale;
 - éjaculation dans les 48 heures qui précèdent la mesure;
 - compression chronique du périnée : position assise prolongée, vélo, etc.



Le toucher rectal

24

- Etymologiquement parlant, le mot prostate vient du grec **prostates** qui signifie « placé en avant » ou « être exposé ». En effet, la prostate est facilement perceptible par le doigt lors d'un toucher rectal.
- Même à l'ère du PSA et des moyens techniques et diagnostiques de pointe, le toucher rectal reste un examen simple, mais fondamental, et qui doit faire partie de l'examen général systématique.
- En effet, près de 15 % des cancers de la prostate (souvent les plus agressifs) présentent un PSA normal. Ce n'est qu'au toucher que l'on peut, parfois, percevoir une anomalie.
- Le toucher rectal devra également permettre un examen clinique plus complet comprenant la recherche d'un globe vésical, la palpation des fosses lombaires, la palpation des organes génitaux externes y compris la verge et le méat. Parfois, la palpation des orifices herniaires permettra de retrouver une voussure traduisant une répercussion des efforts de poussée sur un adénome de longue date. La sensibilité périnéale ainsi que le réflexe bulbo-caverneux devront également être appréciés.

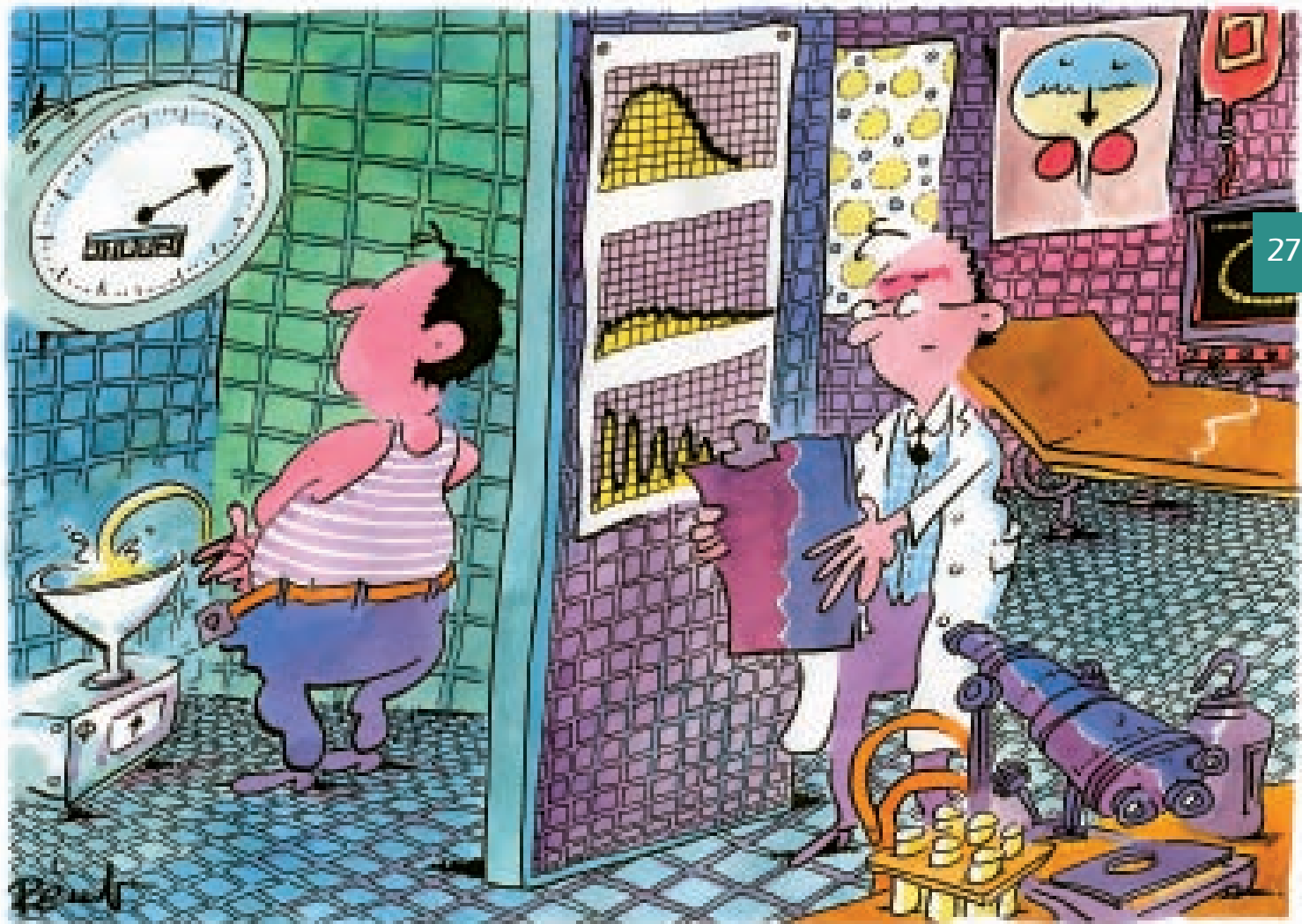


Les examens complémentaires

26

En fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique, le médecin pourra effectuer ou demander des examens complémentaires permettant d'apprécier les répercussions de la maladie prostatique sur l'état général du patient :

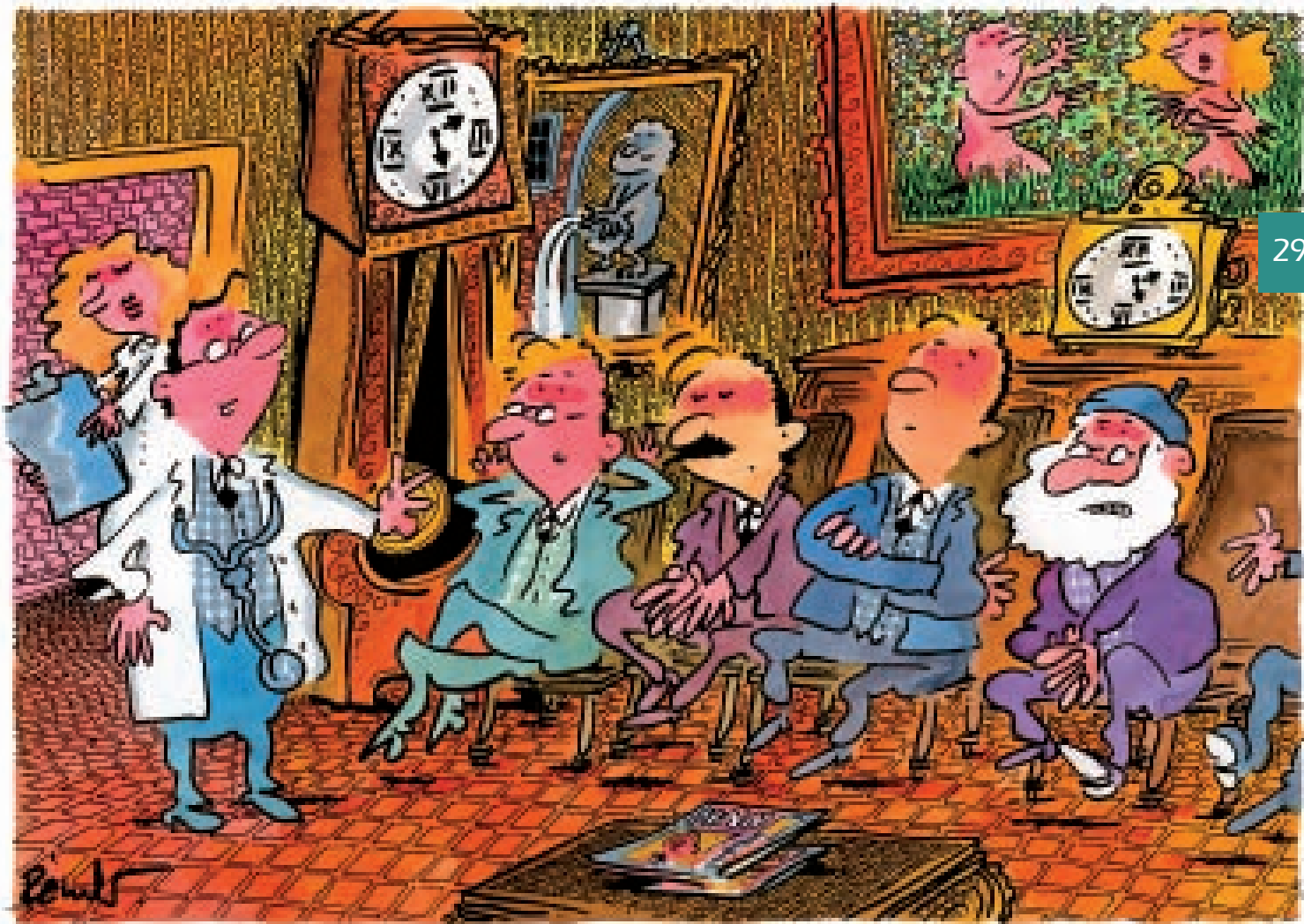
- **Echographie endorectale** : permet une évaluation plus précise du volume de la glande ainsi qu'une analyse de la texture du parenchyme prostatique et des glandes annexes (vésicules séminales).
- **Urétro-cystoscopie** : permet de visualiser le caractère obstructif de l'adénome ainsi que les répercussions de l'obstruction au niveau vésical (lithiases, muqueuse traduisant une vessie de lutte). Elle permettra d'exclure une tumeur ou un saignement d'origine prostatique en cas d'hématurie.
- **Bilan uro-dynamique** : surtout indiqué avant de planifier une intervention ou en cas de doute quant au diagnostic, notamment chez les patients ayant une vessie hyperactive ou une maladie neurologique associées.



Thérapeutique, pour qui, pourquoi, comment?

28

- Dans la prise en charge des patients souffrant d'HBP, il sera important de garder à l'esprit le célèbre adage devant servir de principe de base en médecine: **primum non nocere**. L'essentiel étant de ne pas proposer ou mettre en route des traitements plus délétères que la maladie elle-même que l'on veut soigner.
- Le but du traitement quel qu'il soit devrait être:
 - à court terme: atténuer les symptômes;
 - à long terme: prévenir les complications;
 - dans tous les cas: minimiser les effets indésirables du traitement tout en préservant la qualité de vie.
- Le type de traitement choisi dépendra de la taille de l'adénome appréciée tant à l'examen clinique qu'à l'échographie et l'endoscopie, de ses répercussions fonctionnelles sur la qualité mictionnelle du patient ainsi que de l'existence ou non de complications pouvant être liées à une obstruction infravésicale, telles qu'une rétention urinaire, une insuffisance rénale ou un état fébrile.



La rétention urinaire

30

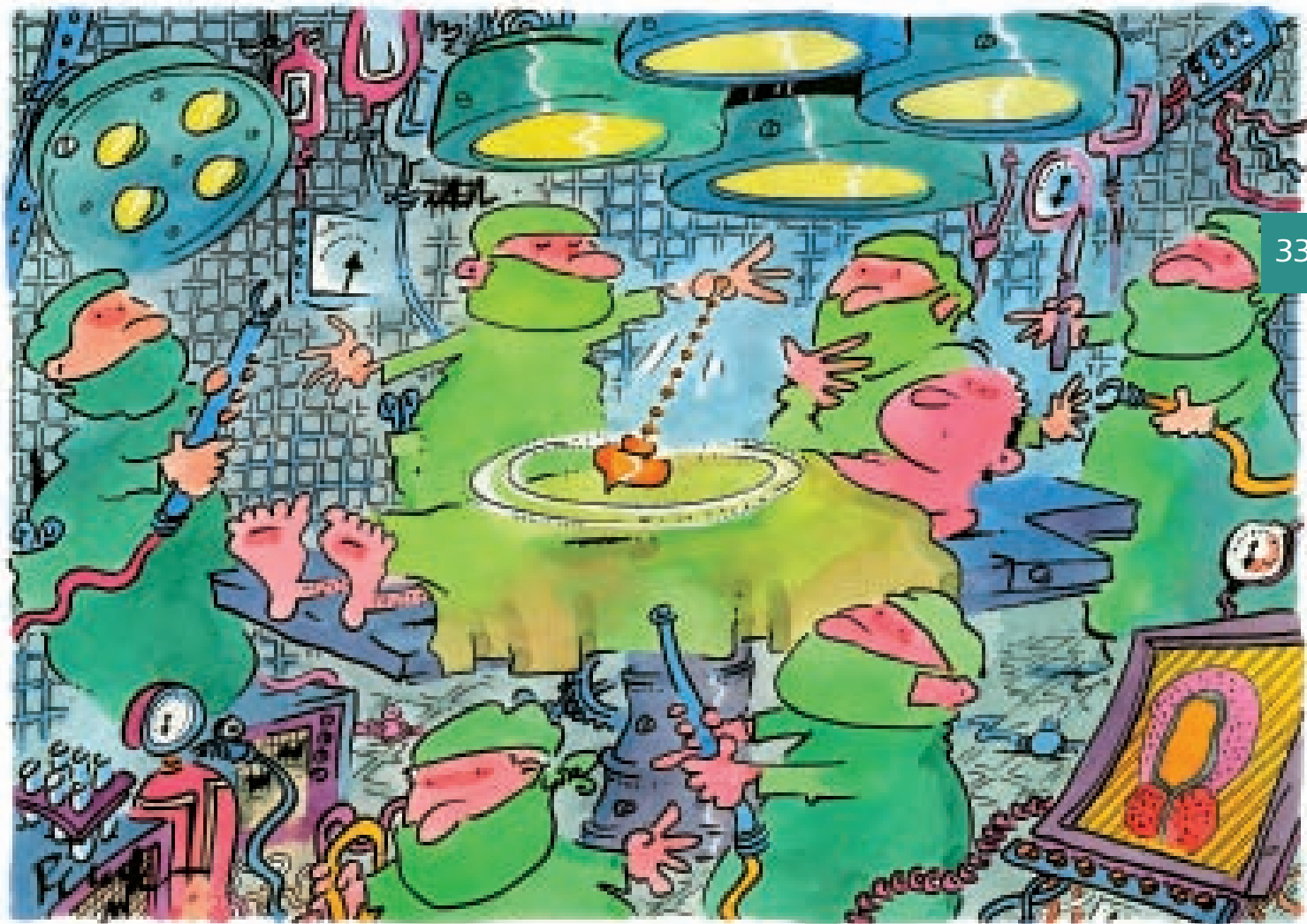
- Le blocage brutal ou rétention peut survenir chez une personne qui, jusque-là, urine plus ou moins difficilement. Elle traduit une impossibilité douloureuse d'uriner malgré les efforts de poussée.
- L'abdomen est tendu et douloureux à la palpation : c'est une véritable urgence urologique!
- Il va falloir que le médecin soulage le patient en drainant les urines, soit en introduisant une sonde souple par les voies naturelles après avoir anesthésié localement l'urètre, soit en plaçant une sonde suspubienne (tuyau souple) introduit directement dans la vessie à l'aide d'un guide de ponction à travers la peau anesthésiée et sous contrôle échographique. Cette dernière méthode sera privilégiée lorsque la rétention urinaire s'accompagne d'une infection de l'urètre ou/et de la prostate, ou dans le cas où le sondage par les voies naturelles n'est pas possible (sténose de l'urètre, fausse route).



La chirurgie

32

La résection transurétrale de la prostate (RTU-P), ainsi que la prostatectomie ouverte (pour des volumes prostatiques supérieurs à 80 ou 100 ml) représentent toujours le traitement de choix pour les patients présentant des symptômes importants ou un degré d'obstruction sous-vésicale élevé malgré un traitement médicamenteux bien conduit. La chirurgie permet de traiter de manière tout à fait efficace l'obstruction et les symptômes que ni le traitement médicamenteux ni les thérapies peu invasives ne peuvent égaler. Toutefois, comme toute intervention, la résection transurétrale de la prostate (comme d'ailleurs la prostatectomie transvésicale) encourt à certaines complications et risques. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un risque de réabsorption du liquide de résection (RTU-P surtout), de transfusion sanguine, quoique rare de nos jours, de la nécessité parfois d'une nouvelle hospitalisation dans les 30 premiers jours postopératoires ainsi que de troubles fonctionnels sous forme d'éjaculation rétrograde dans 75 à 95% des cas. De plus, 8 à 15% des patients devront être réopérés dans un délai de 8 à 10 ans en raison de la repousse d'un adénome. A long terme, ce sont parfois les sténoses du méat ou de l'urètre qu'il faut attendre. Grâce aux progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie endoscopique tridimensionnelle ainsi que la sécurité d'emploi du matériel de résection, les risques d'incontinence urinaire totale sont exceptionnels de nos jours.



J'ai été opéré de la prostate, et après ?

34

- Pour beaucoup de patients, il s'agit d'une opération ressentie comme un pas franchi vers la vieillesse.
- Les facteurs psychologiques, notamment concernant la sphère sexuelle, sont importants et ne doivent jamais être négligés lors de la discussion préopératoire.
- Les préjugés, les fausses informations peuvent favoriser l'impuissance chez un patient dont l'activité sexuelle était parfois déjà limitée.
- Pourtant, il n'est pas inutile de rappeler que les voies nerveuses et vasculaires de l'érection ne sont pas modifiées par la chirurgie de l'HBP. Il n'y a aucun effet négatif sur la libido. L'orgasme, dont la sensation peut être parfois modifiée, est conservé en qualité. Les troubles érectiles postopératoires sont transitoires et souvent d'origine psychologique.
- La seule modification observée est la disparition de l'éjaculation qui se fait de façon rétrograde (vers la vessie) dans 75 à 95% des cas. A noter qu'à cet égard, les thérapies peu invasives, comme la thermothérapie par exemple, permettraient de préserver une meilleure fonction sexuelle ainsi qu'une éjaculation normale.



Les traitements alternatifs

36

Au cours de ces 10 dernières années, l'on a vu se développer toute une gamme de thérapies peu invasives dans le but d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hyperplasie de prostate symptomatique. Les plus connues sont les différentes thermothérapies transurétrales et les traitements par laser.

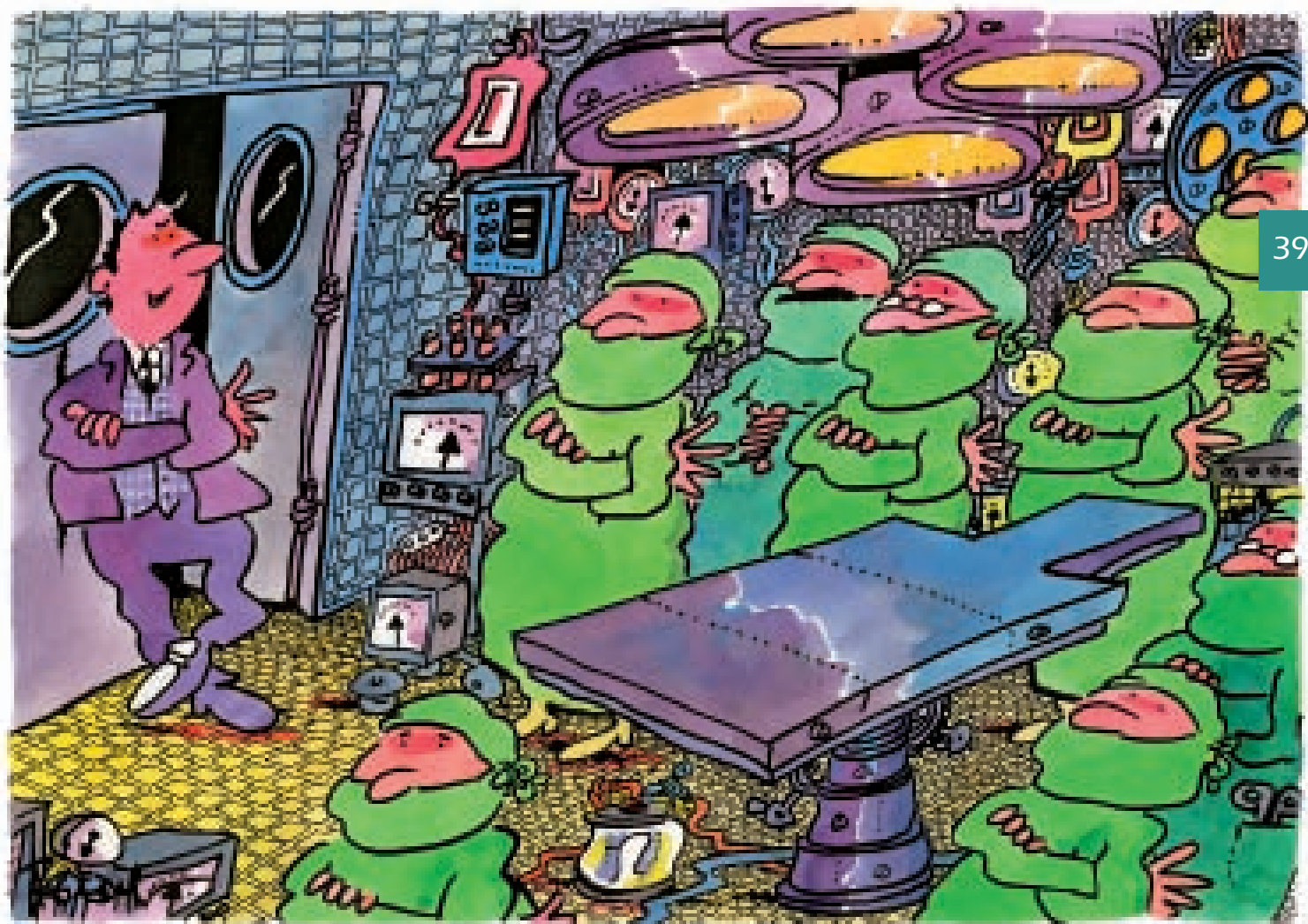
- Les méthodes par **thermothérapie** utilisent toutes le même principe de réduction de l'adénome prostatique par application de chaleur et formation d'une nécrose de coagulation. La morbidité périopératoire est faible et les troubles fonctionnels postopératoires bien moindres que lors d'une intervention classique.
- Selon le type de **laser** utilisé, le niveau d'énergie, la longueur d'ondes, la durée d'efficacité ou la méthode d'application du faisceau laser, on observe des effets différents sur les tissus traités, et donc une variation dans les effets attendus et les résultats cliniques. L'effet principal fait également intervenir la chaleur par le biais d'un effet de coagulation, vaporisation ou les deux conduisant à une nécrose de coagulation du tissu traité. Les techniques les plus prometteuses restent le Laser KTP («greenlight») ainsi que l'Holmium Laser.



Les traitements médicamenteux

38

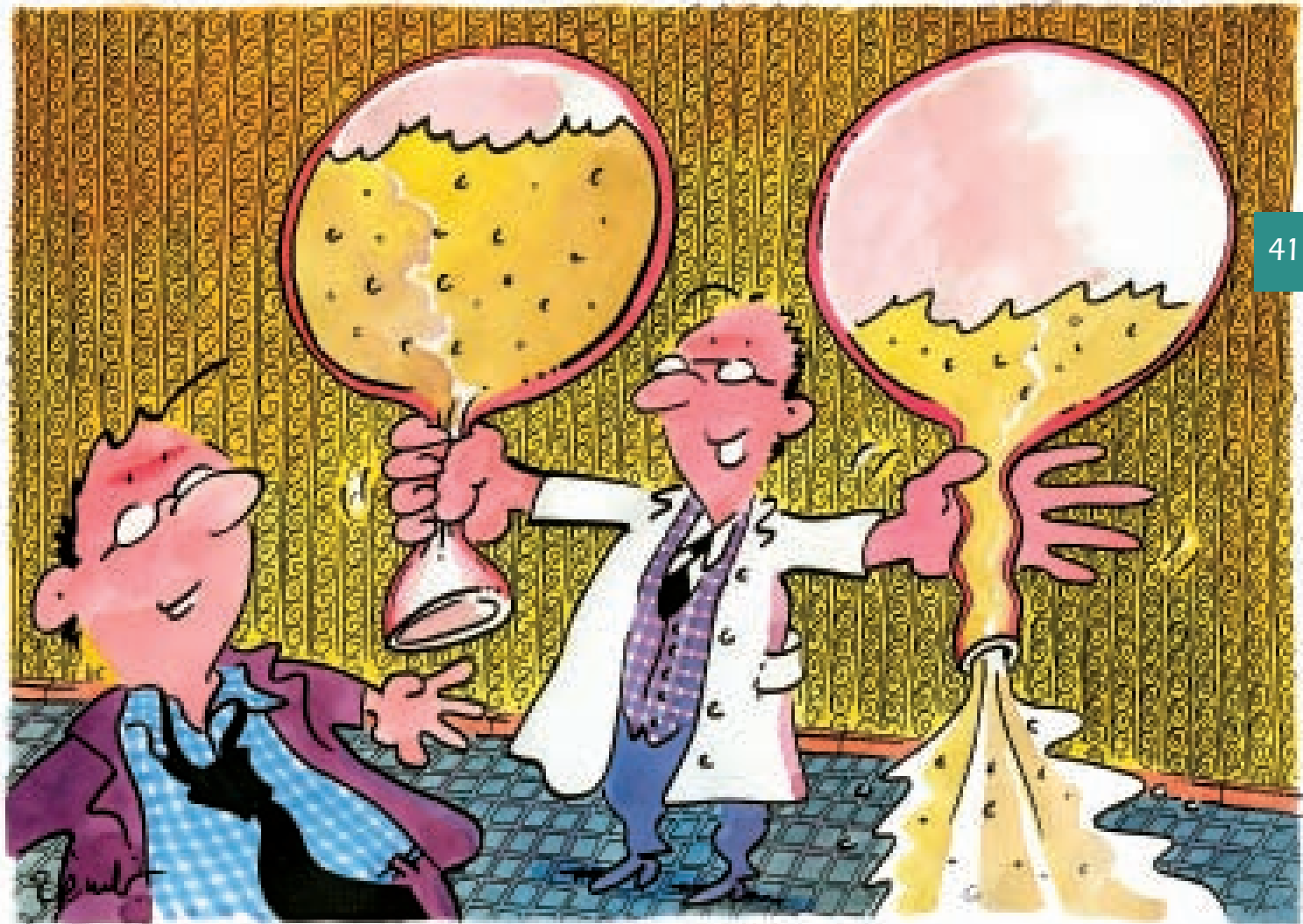
Une question d'actualité concernant l'évolution naturelle de la maladie, notamment pour des raisons socio-économiques, est le fait de savoir si un traitement médicamenteux permettrait de diminuer, voire de supprimer le risque de développer une rétention urinaire ou la nécessité de devoir subir une intervention. A l'heure actuelle, la palette des médicaments à disposition dans l'arsenal thérapeutique permet de prescrire d'excellentes molécules permettant de soulager rapidement le patient et d'améliorer les symptômes et la qualité de vie. Dans le cas où le patient n'est plus satisfait (soit en raison d'effets secondaires, soit en raison de l'inefficacité) du traitement médicamenteux, il faudrait envisager un traitement plus radical, afin d'éviter de décompenser le système urinaire. En effet, la poursuite du traitement médicamenteux, sans tenir compte des facteurs de risque de l'évolution de la maladie ou de l'inefficacité sur les symptômes, risquerait d'aboutir à une détérioration de la fonction du muscle vésical (détrusor), ainsi qu'à de moins bons résultats fonctionnels postopératoires, nécessitant un drainage vésical à long terme et parfois définitif. Choisir le temps opportun pour l'intervention est donc critique!



Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase

40

Nous avons déjà mentionné que la croissance prostatique et notamment en cas l'HBP était sous la dépendance hormonale de la DHT (forme active de la testostérone). La transformation de la testostérone en DHT au niveau prostatique nécessite l'action enzymatique de la 5-alpha-réductase. A l'heure actuelle, nous disposons de 2 produits ayant une action antagoniste de la 5-alpha-réductase: un inhibiteur sélectif de la 5-alpha-réductase de type II, le finastéride, et un inhibiteur des 2 iso-enzymes type I et type II, le dutastéride. L'efficacité clinique de ces deux produits est comparable. Sous l'action des inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, on observe une réduction de 20 à 30% du volume prostatique, une amélioration du débit urinaire maximal de 1,5 à 2 ml/s, ainsi qu'une diminution des symptômes. A l'opposé des alphabloquants, qui eux permettent une amélioration des symptômes dans les jours qui suivent la prise du médicament, les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase ne peuvent être efficaces qu'après une durée de 3 à 6 mois. Il est important de mentionner que les valeurs de PSA sérique sont diminuées environ de moitié chez les patients prenant l'un ou l'autre des médicaments inhibiteurs de la 5-alpha-réductase. Ces deux préparations sont bien tolérées. Les effets secondaires les plus marquants concernent la sphère sexuelle où l'on observe environ 5% de difficultés érectiles et parfois une baisse de la libido.



Les alphabloquants

42

Environ 50 % de la pression urétrale est due à un tonus musculaire α -1 adrénergique (récepteurs dans la musculature du col de la vessie et de l'urètre prostatique). Les médicaments alphabloquants diminuent ce tonus, entraînant ainsi une moindre résistance au flux urinaire. Quatre classes d'alphabloquants sont à disposition à l'heure actuelle et largement utilisées. Pour chacune de ces substances, nous disposons d'études prospectives comparées à des placebos faisant état d'une efficacité certaine. Ainsi, on observe de 15 à 25 % d'amélioration du débit maximal, une réduction de 30 à 40 % des symptômes, ainsi qu'une réduction de 50 % du résidu post-mictionnel. Pourtant, le volume prostatique n'est pas influencé. Les effets secondaires les plus fréquents concernent surtout le système vasculaire périphérique en raison des effets vasodilatateurs et, par voie de conséquence, une hypotension. Ces effets sont rarement observés avec certaines classes d'alphabloquants, alors que d'autres provoquent une éjaculation rétrograde réversible par relâchement des fibres musculaires lisses du col vésical, et ainsi une diminution du volume de l'éjaculat d'environ 5 %.



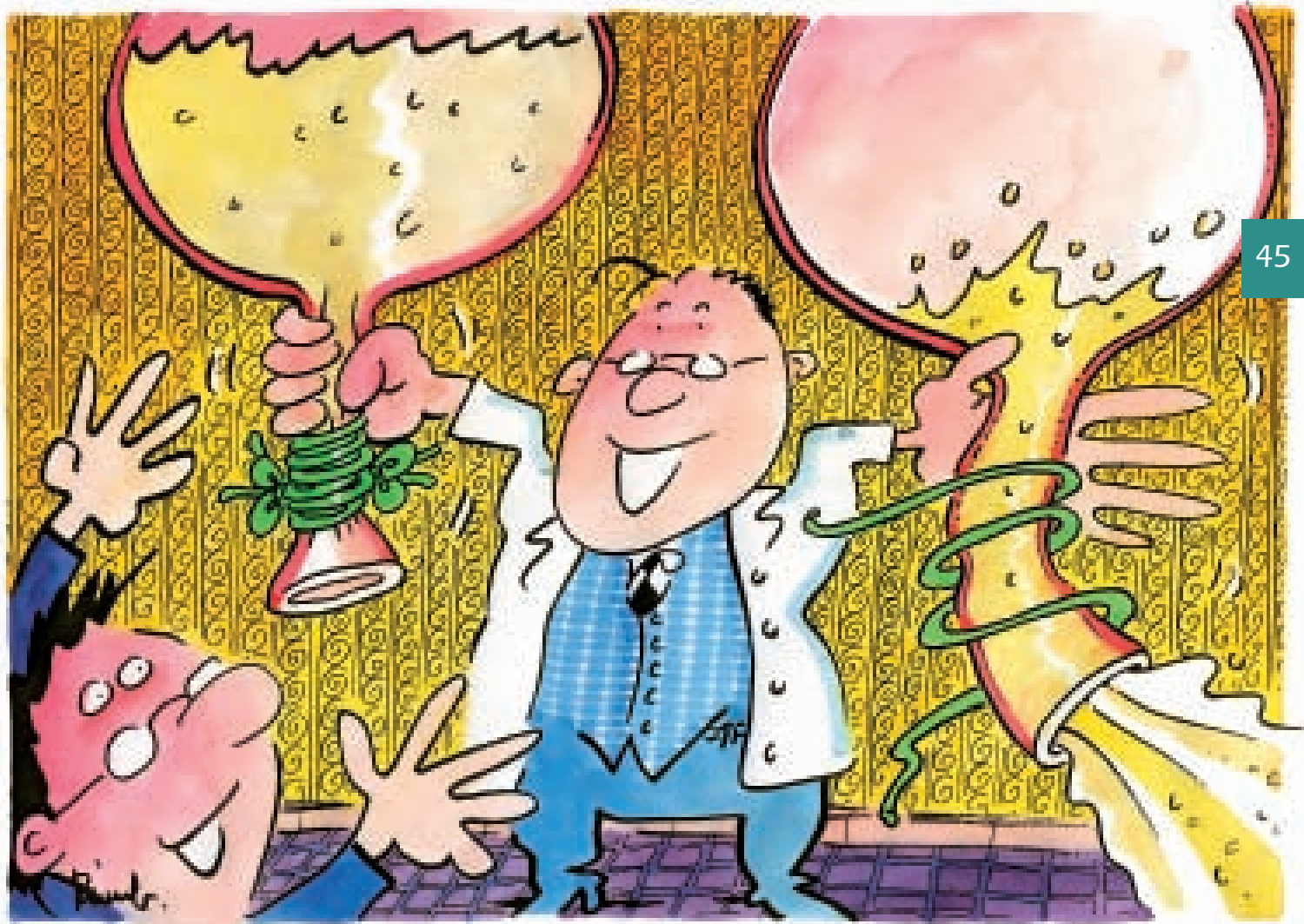
La bithérapie

44

Les résultats d'une des études les plus importantes randomisées menées concernant l'HBP («MTOPS») montrent qu'une bithérapie combinant un inhibiteur de la 5-alpha-réductase à un alphabloquant permettrait d'améliorer les résultats à long terme.

Pourtant, la durée optimale de la bithérapie n'est pas encore déterminée. Il faut également tenir compte de l'aspect économique de la prescription d'un traitement combiné.

A cet effet, les alphabloquants sont souvent abandonnés après 6 à 12 mois. Pourtant de nombreuses études montrent que la combinaison de ces deux médicaments concourt à retarder l'évolution naturelle de la maladie, diminuer le risque de rétention urinaire ainsi que l'ultimatum d'une intervention chirurgicale au niveau de la prostate.



Hygiène alimentaire et médecine naturelle

46

- En dehors de l'âge, il y a peu de facteurs favorisant l'apparition d'un adénome. Comme déjà mentionné, il n'y a aucune évidence que la maladie bénigne de la prostate soit influencée par une quelconque alimentation ou un mode de vie. Les maladies inflammatoires ont parfois une évolution capricieuse en raison de l'influence de facteurs de stress, d'une alimentation déséquilibrée et trop épicée ou lors d'excès d'alcool.
- Les préparations phytothérapeutiques représentent les médicaments les plus anciens, mais leur usage de routine reste contesté. A l'heure actuelle, nous disposons de quelques substances comme le *Serenoa repens*, les β -sitostérol, les extraits de courge, le sabal, ou encore les extraits d'orties, utilisées seules ou en association qui font l'objet d'études randomisées et reconnues sur le plan international. Ces produits naturels permettent d'obtenir une diminution des symptômes, surtout irritatifs. Bien que ces médicaments ne soient pas encore prescrits de routine, leur indication peut trouver sa place chez les patients jeunes présentant un début d'HBP ou lors de maladies inflammatoires en association avec un traitement antibiotique.



Qualité de vie

48

- Le diagnostic, le traitement ainsi que la prise en charge de l'HBP présentent et représentent bien souvent un problème pour le patient, mais également pour le couple, notamment concernant les éventuelles répercussions sur la sexualité.
- Le médecin devra impérativement en discuter avec le patient (et si possible avec sa compagne) **avant** la mise en route de tout traitement, surtout chirurgical, même si peu invasif.



Bilan médical et prise en charge

50

- La cinquantaine constitue bien souvent un tournant pour l'homme tant sur le plan physiologique que psychologique. L'hyperplasie de la prostate et sa constellation de symptômes, surtout lorsque d'autres pathologies s'en trouvent associées, telles que la dysfonction érectile, des troubles éjaculatoires ou de la libido, constitue un stress pour le patient. Concourant à aggraver le spleen de cette période charnière de la vie, les demandes de la part des patients concernant ces pathologies, que ce soit auprès du médecin de famille ou même des spécialistes consultés, sont timides et parfois peu explicites.
- Le médecin de famille, de par son rôle de confident pour le patient et de garant de sa santé, devrait représenter le premier interlocuteur en ouvrant le dialogue, suscitant l'écoute, afin de pouvoir aborder avec le patient en toute franchise et empathie les troubles mictionnels pouvant être liés à des problèmes de prostate. Il devra également s'assurer de la prévention, et savoir au besoin instaurer un traitement symptomatique.



L'homme, l'avenir et la prostate

52

- Trop souvent perçue comme un organe inutile, la prostate – glande qui n'a aucune fonction hormonale – tient pourtant une place prépondérante tout au long de la vie de l'homme. Les problèmes de prostate ne touchent pas que les hommes du troisième âge. En effet, le contrôle qu'exerce la prostate en régulant la cadence mictionnelle ainsi qu'en s'intégrant à la vie sexuelle et reproductrice (notamment par la production d'une grande partie du liquide spermatique), montre son importance chez le jeune adulte.
- La prostate peut être le siège de maladies diverses dont les plus fréquentes apparaissent à l'âge mûr. A cet égard, l'on ne saurait que trop insister sur la nécessité de diagnostiquer les maladies prostatiques dont la plus fréquente est l'adénome et la plus redoutable le cancer qu'il faudra dépister à partir de 50 ans chez tous les hommes et 40 ans chez les patients ayant des antécédents familiaux. En outre, il n'est pas inutile de mentionner que l'adénome bénin ne dégénère jamais en cancer. Les deux maladies coexistent même très souvent au sein de la prostate!
- Les difficultés urinaires ne sont pas une fatalité, mais constituent bien souvent le reflet d'une maladie prostatique potentiellement traitable. Consulter ne devrait plus être une perspective vécue comme une obligation génératrice d'angoisse, mais bien au contraire une démarche préventive prise en toute conscience d'un homme nouveau, moderne et qui sait s'assumer en prenant son destin en mains.



Dégagement de responsabilité

Le contenu de la brochure est destiné à fournir aux lecteurs des informations objectives concernant les questions médicales relatives à la prostate et à ses maladies.

Elle est destinée à l'origine à des personnes ayant leur résidence en Suisse, et donc soumise au droit suisse. Le contenu de la présente brochure a été rédigé en toute indépendance et objectivité par le docteur Alain Bitton, spécialiste urologue FMH, sur la base des connaissances médicales actuelles dans le domaine de la prostate en Suisse et engage la seule responsabilité de son auteur.

Le contenu de la présente brochure ne saurait être compris comme pouvant servir de base à des prises de décision ou autres actes et agissements de quelque nature que ce soit.

Les informations médicales figurant dans cette brochure ne sauraient se substituer à la nécessité de rechercher un avis médical dûment fondé. Dans tous les cas, il est indispensable de s'adjoindre le conseil avisé d'un professionnel qualifié du domaine médical avant toute action concernant un problème abordé dans cette brochure.

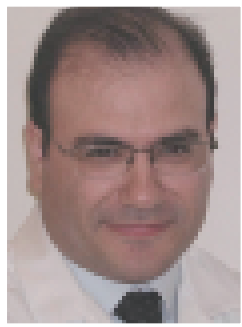
Cet ouvrage a pu être réalisé grâce à l'aimable soutien sans conditions
de MSD Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Opfikon-Glattbrugg

© D^r Alain Bitton, urologue FMH, Genève

Tous droits chez l'auteur.

Toute reproduction et copie sous forme de microfilms, photocopies, microcarte, offset, etc., sont interdites.

Reproduction d'articles ou d'illustrations, même partielles, uniquement sur autorisation écrite de l'auteur.



Dr Alain Bitton

Urologue FMH, Genève

Au terme d'une formation de chirurgie et d'urologie au sein de plusieurs cliniques universitaires en Suisse, le docteur Alain Bitton obtient le titre d'urologue FMH (Hôpital de l'Île, Berne) ainsi que celui de Fellow of the European Board of Urology. Il décide alors de parfaire sa formation lors d'un séjour au Bristol Urological Institute (UK) en tant que clinical Fellow in Uro-Oncology, au terme duquel il est admis comme Member of the British Association of Urological Surgeons. Installé à Genève dans un cabinet privé depuis 2001, ses centres d'intérêts sont – hormis la chirurgie urologique – l'androgénologie, l'urodynamique ainsi que les méthodes alternatives et «minimal invasive» dans le traitement des maladies prostatiques.



Pierpaolo Pugnale, Pécub

Dessinateur et philosophe

51 ans en 2006. A passé toute sa vie professionnelle avec l'industrie pharmaceutique. Une vie faite de séminaires, de congrès, de livres, de bochures, d'actions d'éducation, pour les patients et pour les médecins. Aux quatre coins du monde, et pour accompagner tous les organes et les métiers du corps humain. Il ne compte pas, pour l'instant, s'arrêter en chemin.