



Prostate

Une petite glande de grande importance

Informations sur les maladies les plus fréquentes, à l'intention des patients et des personnes intéressées

Société Suisse d'Urologie (SSU)

Avant-propos

La prostate est une petite glande qui joue un rôle important chez l'homme. Souvent, elle provoque de petites gênes ou des troubles passagers de la santé en fonction de l'âge. Si les causes d'une gêne passagère sont la plupart du temps bénignes, faciles à identifier et à traiter, en présence d'un cancer de la prostate, il est important que les patients et leurs proches soient rapidement informés de manière claire et précise.

L'inflammation de la prostate peut survenir à tout âge et est relativement fréquente. En revanche, l'augmentation du volume de la prostate ne débute que chez l'homme d'âge moyen et gêne de plus en plus le passage de l'urine, au fur et à mesure de la croissance de la glande. Le cancer de la prostate, quant à lui, est une autre maladie qui affecte certes le même organe, mais dont la cause est différente et qui requiert donc un autre traitement. Le lecteur constatera rapidement que les symptômes tels qu'une envie fréquente d'uriner, des mictions nocturnes répétées ou un affaiblissement du jet d'urine ne sont pas caractéristiques d'une maladie prostatique donnée. Des causes très différentes peuvent provoquer des symptômes identiques ou du moins similaires. Il se peut aussi qu'il faille chercher l'origine des troubles en dehors de la prostate, par exemple dans la région de la vessie ou de l'urètre. Un diagnostic précis est essentiel. Ce dernier est posé par le médecin de premier recours, éventuellement avec l'urologue, avant d'instaurer un éventuel traitement. On est ainsi certain non seulement de traiter les symptômes, mais aussi la cause réelle de la maladie.

Les présentes informations ne sont pas conçues pour inciter les lecteurs à poser eux-mêmes le diagnostic et à instaurer d'éventuels traitements de leur propre initiative. Cette brochure a pour objectif réel de permettre aux patients de comprendre les diagnostics posés par le médecin de premier recours et l'urologue ainsi que les plans de traitement envisagés.

*Le Comité de Direction de la Société Suisse d'Urologie
Été 2013*

Sommaire

4	Structure et fonction de la prostate	
6	I. La prostatite	
6	Qu'est-ce qu'une prostatite?	
7	Quelles sont les causes de la prostatite?	
8	Quels sont les troubles provoqués par une prostatite?	
10	Quels sont les examens que pratique le médecin?	
12	Comment traite-t-on la prostatite?	
13	Quelles sont les conséquences possibles d'une prostatite?	
14	Comment éviter les récurrences?	
15	Résumé	
16	II. Le cancer de la prostate	
16	Qu'est-ce que le cancer de la prostate?	
16	Quelles sont les causes du cancer de la prostate?	
16	Quelle est la fréquence du cancer de la prostate?	
18	Quels sont les troubles provoqués par un cancer de la prostate?	
18	Comment découvrir un cancer de la prostate à un stade précoce?	
20	Qui peut tirer profit d'un dépistage précoce?	
20	Un dépistage systématique du cancer de la prostate est-il justifié?	
20	Quels sont les examens que pratique le médecin?	
21	Comment réalise-t-on un prélèvement de tissu prostatique?	
22	Que se passe-t-il après une biopsie?	
22	Comment traite-t-on le cancer de la prostate?	
29	Comment peut-on soulager les symptômes des complications du cancer de la prostate?	
29	Existera-t-il de nouveaux traitements à l'avenir?	
30	Résumé	
32	III. L'hyperplasie bénigne de la prostate (augmentation bénigne du volume prostatique)	
32	Qu'est-ce que l'hyperplasie bénigne de la prostate?	
33	Quelles sont les causes de l'hyperplasie bénigne de la prostate?	
33	Quelle est la fréquence de l'hyperplasie bénigne de la prostate?	
34	Quels sont les troubles provoqués par une hyperplasie bénigne de la prostate?	
36	Quels sont les examens que pratique le médecin?	
37	Comment traite-t-on l'hyperplasie bénigne de la prostate?	
41	Que se passe-t-il après l'opération?	
43	Résumé	
44	Glossaire	
45	Références	
46	Notes	

Structure et fonction de la prostate

La prostate est un organe masculin de la taille d'une châtaigne qui se trouve directement sous la vessie et encercle l'urètre (figure 1).

Elle produit une sécrétion qui est expulsée à travers l'urètre, avec le liquide séminal et les spermatozoïdes, lors de l'éjaculation. Cette sécrétion représente environ les trois quarts du sperme. La prostate est constituée d'une couche glandulaire externe (70 % du volume prostatique) et d'un noyau glandulaire interne (30 % du volume prostatique). Comme elle se trouve près du rectum, on peut, en introduisant un doigt dans l'anus, palper une région relativement importante de la glande (figure 2, page 10).

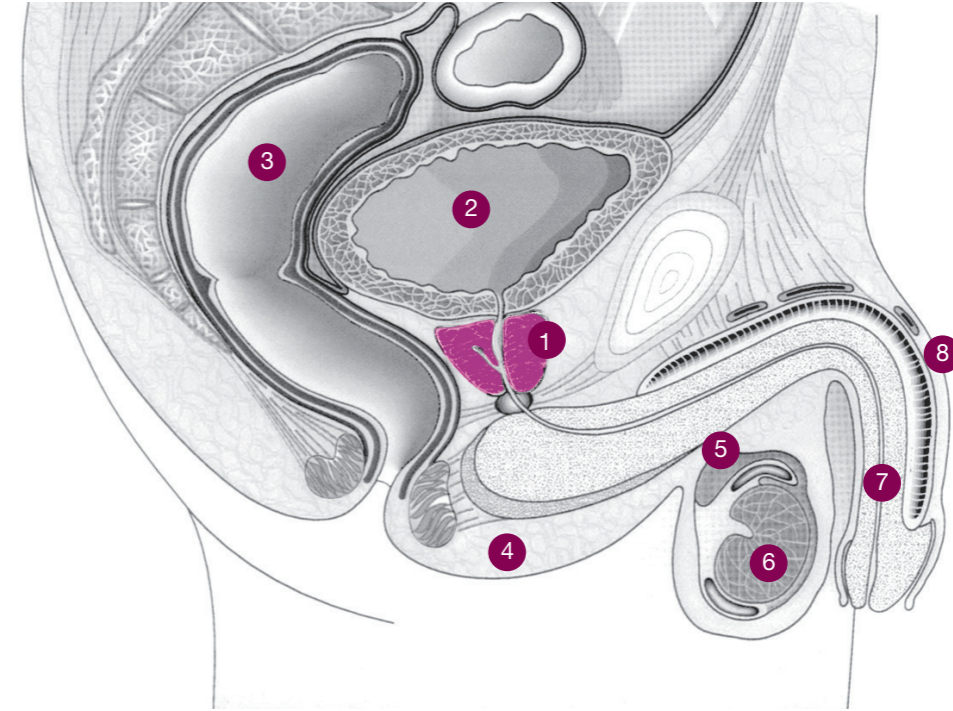


Figure 1: coupe sagittale du bas-ventre masculin

- | | | |
|------------|-------------|----------|
| 1 Prostate | 4 Périnée | 7 Urètre |
| 2 Vessie | 5 Epididyme | 8 Pénis |
| 3 Rectum | 6 Testicule | |

I. La prostatite

Qu'est-ce qu'une prostatite?

On appelle «prostatite» une inflammation de la prostate. Il s'agit d'un ensemble de tableaux pathologiques plus ou moins accentués qui peuvent, en raison de leurs différences, aussi être appelés «syndrome prostatique». Il existe par exemple des cas d'inflammation avec une infection clairement identifiable, des cas d'inflammation sans infection et des cas dans lesquels on ne trouve ni infection, ni inflammation. D'après une classification reconnue à l'échelle internationale, on établit une distinction entre les

formes clairement infectieuses – prostatite bactérienne aiguë et chronique – et le syndrome douloureux pelvien chronique (tableau 1). Le syndrome prostatique est une des maladies urologiques les plus fréquentes, qui affecte des hommes de tout âge. On notera que 5 à 10 % seulement des cas sont des formes bactériennes aiguës ou chroniques, tandis que plus de 90 % sont des syndromes douloureux pelviens chroniques.

Catégorie	Désignation	Explication
I	Prostatite bactérienne aiguë	Infection bactérienne aiguë de la prostate
II	Prostatite bactérienne chronique	Infection bactérienne chronique récurrente de la prostate
III	Syndrome douloureux pelvien chronique	Différents symptômes sans infection objectivable
IIIa	Syndrome douloureux pelvien chronique inflammatoire	Signes d'inflammation dans l'urine après massage de la prostate, dans les sécrétions prostatiques ou dans l'éjaculat
IIIb	Syndrome douloureux pelvien chronique non inflammatoire	Aucun signe d'inflammation dans l'urine après massage de la prostate, dans les sécrétions prostatiques ou dans l'éjaculat
IV	Prostatite inflammatoire asymptomatique	Détection de signes d'inflammation en l'absence de symptômes

Tableau 1: classification des syndromes de prostatite d'après les National Institutes of Health (NIH), www.health.nih.gov

Quelles sont les causes de la prostatite?

La **prostatite bactérienne aiguë** est une maladie sérieuse, accompagnée de fièvre, qui apparaît soudainement et exige souvent une hospitalisation. Suite à une infection remontant l'urètre ou à une pénétration par pression d'urine infectée dans la glande prostatique, des bactéries s'installent dans le tissu spongieux de la prostate et y provoquent une inflammation localisée avec accumulation de cellules inflammatoires. Ces cellules, de leur côté, produisent divers médiateurs qui déclenchent des douleurs et un gonflement de la prostate. En cas de prostatite aiguë, on observe souvent un passage des bactéries dans la circulation sanguine, ce qui provoque typiquement de la fièvre et peut même, si celle-ci est accompagnée de frissons, déboucher sur une septicémie dangereuse.

Dans le cas d'une **prostatite bactérienne chronique**, les symptômes sont généralement moins prononcés et la fièvre peut éventuellement être absente malgré l'infection. Cette forme peut être identifiée par la détection répétée de bactéries dans l'urine et par la survenue d'infections urinaires récurrentes sans autre cause identifiable. A cause de ses symptômes variables, la prostatite bactérienne chronique ne peut pas toujours être distinguée avec certitude du **syndrome douloureux pelvien chronique**. Sachant que, malgré des examens poussés, des bactéries

ne sont détectables que chez 10 % environ des hommes affectés, on considère aujourd'hui que plusieurs facteurs jouent un rôle important. Si les analyses d'urine habituelles ne révèlent pas la présence de germes, il peut néanmoins s'agir d'une infection due à des germes difficiles à mettre en évidence. Un reflux d'urine dans les voies prostatiques peut également provoquer une irritation tissulaire sans infection, avec développement ultérieur d'une inflammation. Ce reflux s'observe essentiellement quand il existe des obstacles à l'écoulement des urines. Ces obstacles peuvent être des rétrécissements du calibre (= sténoses) de l'urètre, des anomalies de l'orifice de la vessie et des contractures du plancher du bassin. Quand on ne trouve pas de causes manifestes, on incrimine souvent des «facteurs psychiques», mais il ne faut pas oublier que les symptômes d'un syndrome prostatique peuvent constituer un stress psychique. Inversement, l'état psychique ne peut pas être tenu pour responsable de la survenue de symptômes de prostatite, mais des facteurs de stress peuvent accentuer des symptômes préexistants.

Quels sont les troubles provoqués par une prostatite?

L'évolution de la **prostatite aiguë** est caractéristique: survenue soudaine de troubles mictionnels avec forte sensation de brûlure dans l'urètre et la région de la vessie, souvent douleurs du bas-ventre, envie d'uriner anormalement fréquente et difficultés pour uriner pouvant parfois aller jusqu'à la rétention urinaire. On observe en même temps de la fièvre et des frissons, ce qui est évocateur d'une septicémie. A la palpation, la prostate est extrêmement douloureuse à la pression. Il n'est pas rare qu'une hospitalisation soit nécessaire afin d'instaurer immédiatement un traitement de cette maladie sérieuse.

Les autres formes de prostatite et de syndrome douloureux pelvien ne se distinguent pas par une évolution typique ou par des symptômes permettant une distinction précise fiable. La **prostatite bactérienne chronique** peut être identifiée par la détection répétée de bactéries dans l'urine et par la survenue d'infections urinaires récurrentes. Les formes d'évolution chronique, et en particulier le **syndrome douloureux pelvien**, peuvent se manifester par de nombreux symptômes. Elles sont dominées par une sensation de brûlure ou de douleur dans la région du bassin ou du périnée, ces douleurs pouvant irradier dans le dos, le pénis, les testicules ou les cuisses. On observe parfois

des perturbations dans le domaine sexuel, avec réduction de la libido ou de la capacité d'érection. L'éjaculation peut d'un côté être douloureuse et s'accompagner d'une accentuation des troubles et, d'un autre côté, apporter un certain soulagement. De nombreux patients se plaignent aussi de troubles mictionnels s'accompagnant d'une sensation de brûlure dans l'urètre et d'une envie fréquente d'uriner. Si les symptômes comme des difficultés pour uriner, un jet d'urine affaibli, une miction en plusieurs temps et une sensation de ne pas pouvoir vider sa vessie complètement sont typiquement présents chez les hommes ayant une hyperplasie bénigne de la prostate, on les observe cependant souvent aussi dans le cadre du syndrome de prostatite. Ces troubles surviennent le plus souvent lentement et évoluent habituellement par vagues. Il y a alternance de phases où les symptômes sont relativement discrets et de phases pendant lesquelles les troubles semblent être pratiquement intolérables. Cette longue évolution avec alternance d'améliorations et d'aggravations peut représenter un important stress psychologique pour les hommes affectés; c'est pourquoi une prise en charge médicale rapide, accompagnée d'informations précises au patient, paraît nécessaire.



Quels sont les examens que pratique le médecin?

Pour établir le diagnostic, le médecin doit palper la prostate à travers le rectum (figure 2).

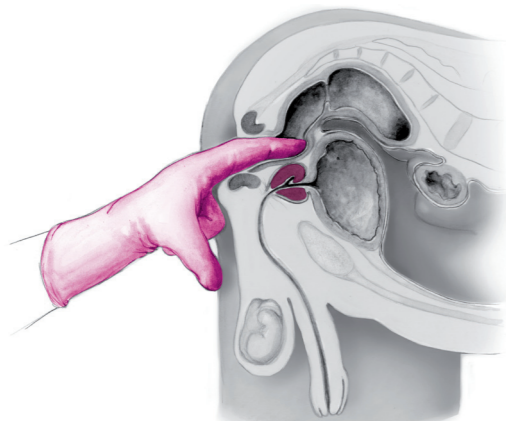


Figure 2: palpation de la prostate (toucher rectal)

Cet examen permet d'évaluer la taille, la consistance et l'éventuelle sensibilité douloureuse de la prostate. Selon la situation, le médecin décidera si un massage de la prostate est nécessaire également. Si tel est le cas, le médecin masse la glande avec le doigt de manière à en exprimer

les sécrétions dans l'urètre. En général, ce massage prostatique est associé à une épreuve dite «des deux verres d'urine» (figure 3).

Pour ce test, le patient émet d'abord une portion d'urines dans un premier gobelet (urine de milieu de jet), ce qui permet de détecter une éventuelle inflammation de la vessie. Ensuite, le médecin effectue le massage prostatique, après quoi le patient urine à nouveau dans un deuxième gobelet (ces urines émises après le massage contiennent la sécrétion prostatique). Cela permet de détecter une inflammation de la prostate.

Il existe un autre examen important, la mesure du jet urinaire, qui peut donner des informations sur un obstacle à l'écoulement des urines, par exemple par suite de rétrécissements de l'urètre. L'échographie permet de savoir si la vessie se vide complètement. Si nécessaire, une sonde échographique particulière, introduite dans l'anus, permet d'examiner précisément la prostate et les vésicules séminales, et de détecter ainsi d'éventuelles anomalies.

Chez chaque patient, le médecin déterminera s'il convient de pratiquer d'autres examens spécifiques tels qu'un examen bactériologique du sperme, un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (abréviation anglaise: PSA) dans le sang, une cystoscopie (examen endoscopique de la vessie) ou un examen urodynamique (mesure de la pression vésicale).

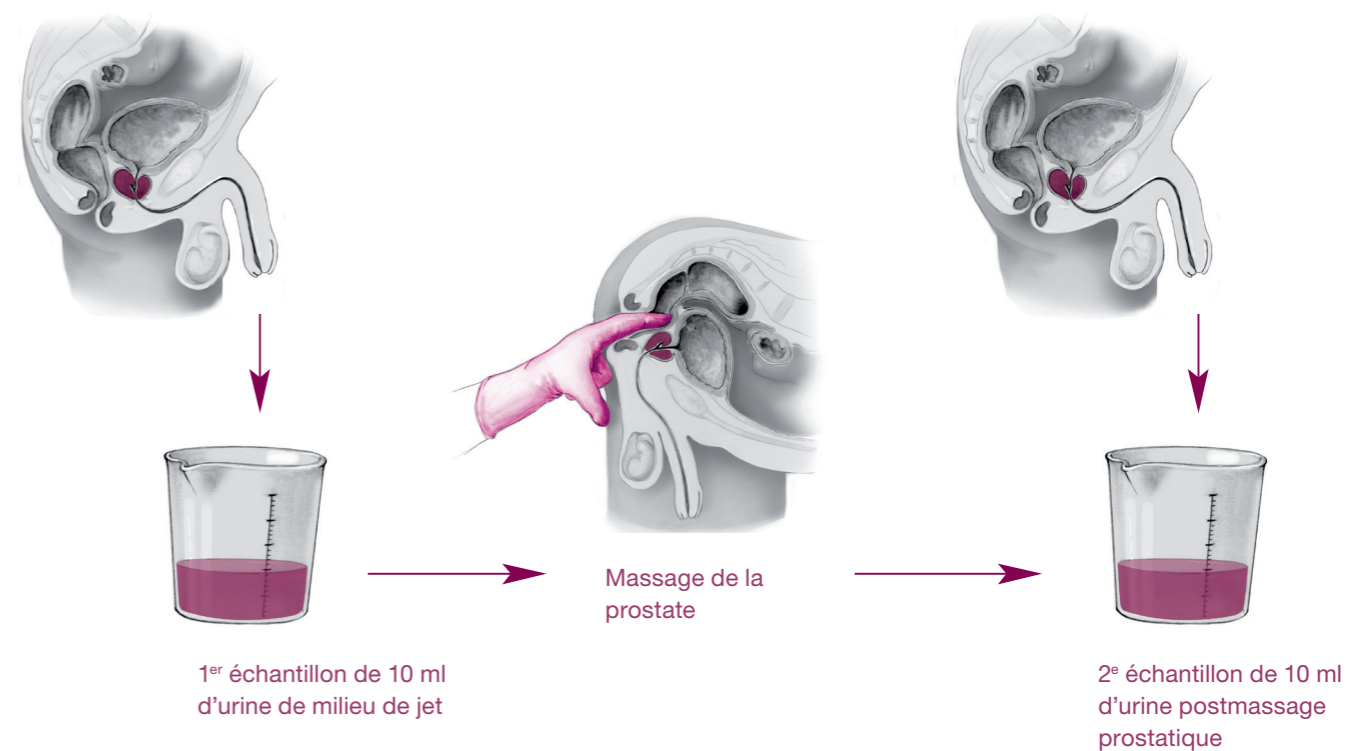


Figure 3: épreuve des deux verres d'urine en cas de prostatite chronique

Comment traite-t-on la prostatite?

Le traitement de la **prostatite bactérienne aiguë** exige l'instauration immédiate d'une antibiothérapie. Après l'obtention d'un échantillon d'urine pour l'examen microbiologique, on administre des antibiotiques à forte dose sans attendre les résultats. Dès que l'on dispose des résultats des tests de sensibilité des bactéries présentes, on peut changer d'antibiotique au besoin. Si la vidange vésicale est insuffisante, il est parfois nécessaire de soulager la vessie par une évacuation des urines à l'aide d'un cathéter introduit à travers la paroi abdominale.

La **prostatite bactérienne chronique** se traite également par antibiotiques. Comme cette forme de prostatite ne constitue généralement pas une situation immédiatement dangereuse, on peut attendre les résultats des tests microbiologiques et choisir l'antibiotique le plus efficace. La durée du traitement peut s'étendre sur plusieurs semaines selon le médicament utilisé. Avec un traitement approprié, les taux de guérison microbiologique peuvent atteindre jusqu'à 80 %.

Le **syndrome douloureux pelvien chronique** est un défi non seulement sur le plan diagnostique, mais aussi sur le plan thérapeutique. Il est très probable que des causes variées et des interactions complexes entre les facteurs neurologiques, inflammatoires, anatomiques et

psychologiques entrent en jeu. Vu l'absence de bactéries détectables dans cette forme de maladie prostatique, l'administration d'antibiotiques n'est pas recommandée.

L'une des causes discutées comme pouvant être à l'origine du syndrome douloureux pelvien est une tension tissulaire accrue au niveau de la prostate, constituant un obstacle au flux d'urine et causant éventuellement un reflux d'urine dans les conduits prostatiques. C'est pourquoi on utilise souvent des médicaments (dits alpha-bloquants) qui détendent le tissu prostatique et soulagent les symptômes mictionnels. Si le patient répond bien à ce traitement, on recommande d'en poursuivre l'administration au moins trois à six mois. Les alpha-bloquants sont souvent utilisés en association avec des médicaments anti-inflammatoires. Bien qu'on ne sache pas toujours si les symptômes sont réellement dus à une inflammation, ces agents anti-inflammatoires exercent aussi des effets analgésiques et peuvent ainsi contribuer à réduire les symptômes. Si les symptômes dominants sont des signes d'irritation et des urgences mictionnelles, des médicaments anticholinergiques peuvent être utilisés pour détendre et apaiser la vessie. Bien que l'on ne connaisse pas toujours exactement le mécanisme d'action des médicaments d'origine végétale, on observe régulièrement qu'ils ont une influence bénéfique sur les symptômes. Ces substances

aux faibles incidences d'effets indésirables peuvent être utilisées sans problème pendant une période prolongée, ce qui n'est pas sans importance vu qu'il est généralement nécessaire de poursuivre un traitement pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Une série d'approches non médicamenteuses ont été examinées scientifiquement ces dernières années. Une méthode à mentionner dans ce contexte est la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) qui permet de réduire les symptômes chez environ 50 % des patients. Quelques études décrivent des effets bénéfiques de soins kinésithérapiques tels qu'une relaxation du plancher pelvien ou de points de déclenchement myofasciaux. Il existe aussi des traitements de médecines non conventionnelles comme la médecine traditionnelle chinoise (MTC) ou l'acupuncture. En l'absence de données suffisantes, leur rôle dans le traitement du syndrome douloureux pelvien chronique n'est pas encore définitivement établi.

Il n'est pas toujours possible d'élucider les causes des symptômes d'un syndrome de prostatite. On suppose que différents facteurs peuvent causer des symptômes similaires. Ce fait n'est probablement pas suffisamment pris en compte en cas d'utilisation d'un seul médicament ou d'un seul traitement. On a déjà pu démontrer que la polythérapie associant plusieurs médicaments ou méthodes permet généralement d'atteindre de meilleurs résultats.

Quelles sont les conséquences possibles d'une prostatite?

Dans les formes bactériennes de prostatite, des bactéries venant de la prostate peuvent atteindre l'épididyme par l'intermédiaire du canal déférent et provoquer une épididymite douloureuse. Ce sont souvent des douleurs épididymaires qui conduisent au diagnostic de prostatite. La douleur lors de l'éjaculation, l'impuissance ou la crainte de la partenaire vis-à-vis des infections peuvent avoir des répercussions sur la vie sexuelle. Les troubles chroniques, qui ne disparaissent pas toujours totalement malgré le traitement et réapparaissent parfois avec une intensité variable, peuvent affecter le moral du patient. Il importe donc de savoir que la prostatite est certes une maladie parfois extrêmement pénible et tenace, mais que, dans la grande majorité des cas, son évolution est bénigne et qu'elle n'engendre pas de séquelles durables.

Comment éviter les récurrences?

Par suite de l'inflammation du tissu prostatique, il peut se former de petites cicatrices ou adhérences dans lesquelles les germes s'enkystent parfois, ce qui les rend difficilement accessibles aux antibiotiques. C'est pourquoi des flambées inflammatoires peuvent succéder à des phases de calme assez prolongées. Il existe souvent des facteurs qui déclenchent la réapparition des symptômes. Dans ce contexte, les hommes qui en ont fait l'expérience indiquent en premier lieu un refroidissement du bas-ventre. C'est pourquoi il faut éviter de travailler dans des endroits froids, de s'asseoir sur des surfaces froides, de se refroidir lors d'activités sportives et de porter pendant longtemps des maillots de bain mouillés. L'application locale de chaleur par le biais d'un bain chaud ou d'une douche très chaude peut provoquer une détente et soulager les douleurs. Il arrive parfois que les boissons froides, le vin blanc, le café ou les aliments épicés provoquent également une accentuation des symptômes. Il est donc extrêmement important que le patient s'observe lui-même afin d'éviter les facteurs déclenchants et de prévenir l'aggravation des symptômes.



Résumé

Le syndrome de prostatite est une des maladies urologiques les plus fréquentes. Les formes bactériennes sont principalement traitées aux antibiotiques, ce qui permet d'atteindre une guérison dans la majorité des cas. Le syndrome douloureux pelvien chronique est difficile à diagnostiquer et à traiter. Comme on lui suppose différentes causes, une polythérapie paraît judicieuse en plus d'investigations détaillées. En cela, le médecin traitant s'efforcera – en procédant par étapes – de définir la forme de traitement la mieux adaptée au cas individuel du patient.

II. Le cancer de la prostate

Qu'est-ce que le cancer de la prostate?

On entend par «cancer» le développement incontrôlé de cellules tissulaires, qui détruit les tissus environnants. Le cancer de la prostate débute généralement dans la partie externe de la glande qui est tournée vers l'intestin. C'est pourquoi il est possible de palper, à travers le rectum, des anomalies suspectées d'être cancéreuses. Au stade initial, le cancer se développe dans la prostate. Lors de son évolution ultérieure, il s'étend au-delà des limites de cet organe et se dissémine dans les ganglions lymphatiques et les os. En l'absence de traitement, le cancer peut provoquer un gonflement des jambes par suite d'une obstruction de l'écoulement lymphatique, des douleurs osseuses, mais aussi une stase rénale et, finalement, la mort.

La maladie bénigne de la prostate appelée «hyperplasie bénigne de la prostate», qui est décrite dans un autre chapitre de cette brochure, ne constitue pas un stade précurseur du cancer et apparaît de façon totalement indépendante de celui-ci. La maladie maligne et la maladie bénigne de la prostate peuvent survenir de façon concomitante, mais se développent indépendamment l'une de l'autre.

Quelles sont les causes du cancer de la prostate?

La cause est inconnue. Les principaux facteurs de risque sont l'âge, les antécédents familiaux et les habitudes alimentaires.

Si un parent au premier degré (père ou frère) a présenté un cancer de la prostate, le risque de développer soi-même la maladie est multiplié par deux. Dans le cas de deux parents au premier degré, le risque est multiplié par six à dix. Ce risque est par ailleurs plus élevé chez les Afro-Américains que chez les Caucasiens, tandis qu'il est au contraire plus faible chez les Asiatiques. Il semble que l'alimentation occidentale, probablement la consommation relativement importante de viande et de graisses animales, augmente le risque.

Quelle est la fréquence du cancer de la prostate?

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme à partir de l'âge de 65 ans. Chaque année, environ 6000 Suisses développent cette maladie, 1300 en meurent. C'est donc la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. Le risque d'être confronté au

diagnostic d'un cancer de la prostate avant d'être octogénaire est de 16%. Environ 4% des décès dans la population masculine adulte sont dus au cancer de la prostate. Au total, 87% des hommes qui décèdent d'un cancer de la prostate sont âgés de 70 ans ou plus, et environ un tiers de 85 ans ou plus (figure 4). Cela signifie que la majorité des cancers diagnostiqués ne conduit pas au décès.

Des formes de cancer à croissance peu agressive restent souvent méconnues pendant toute la vie.

La vitesse de croissance du cancer de la prostate varie suivant les patients. Les tumeurs agressives se développent très rapidement et peuvent être mortelles en l'espace de quelques années, tandis que d'autres tumeurs croissent lentement, pendant plusieurs années.

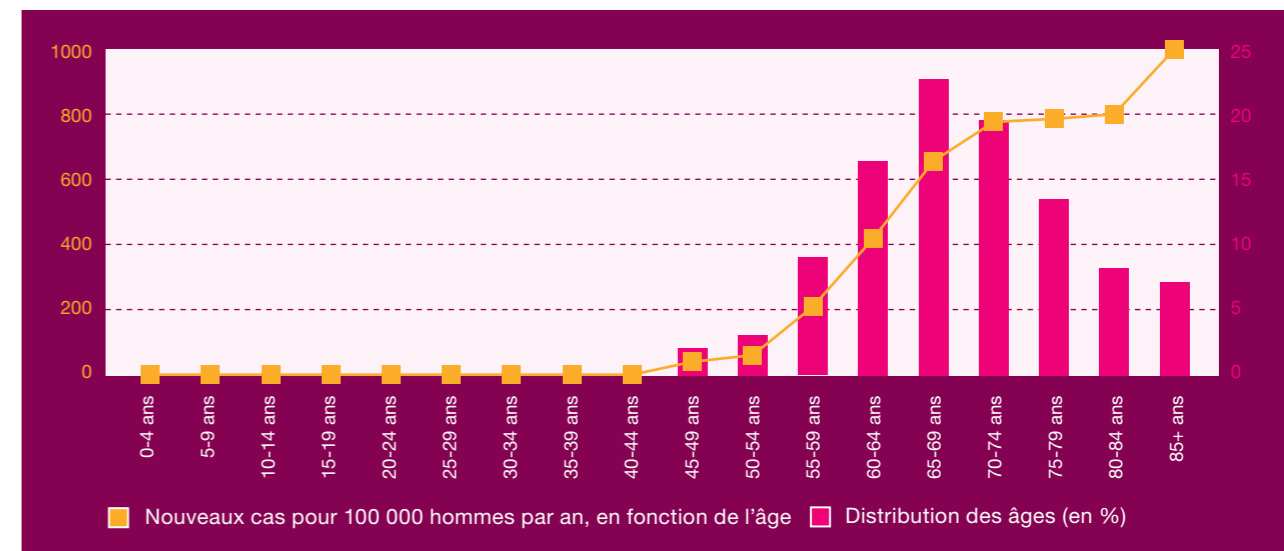


Figure 4: nouveaux cas de cancer de la prostate dans diverses tranches d'âge en Allemagne (1998-2008) Adapté d'après Dörr M et al'

L'évolution de la maladie est difficilement prévisible chez un patient donné; elle dépend de l'agressivité biologique de la cellule cancéreuse et de l'importance de l'atteinte prostatique au moment du diagnostic.

Quels sont les troubles provoqués par un cancer de la prostate?

En général, au stade initial, le cancer de la prostate ne provoque ni symptômes ni troubles. Il est parfois découvert à l'occasion d'un bilan effectué en raison de troubles érectiles. Dans de rares cas, ce sont des douleurs de la région sacrée, dues à des métastases, qui constituent le premier symptôme. A l'heure actuelle, la plupart des cancers sont découverts à l'occasion d'un examen de dépistage par une analyse de sang appelée dosage du PSA (voir plus loin) et par la palpation de la prostate à travers le rectum.

Comment découvrir un cancer de la prostate à un stade précoce?

Le diagnostic précoce du cancer de la prostate permet de découvrir la maladie au stade initial, et donc lorsque

les chances de guérison sont maximales. En principe, le taux de guérison des cancers qui se limitent à la prostate est élevé. En revanche, si le cancer a dépassé les limites de l'organe, il est souvent devenu incurable, même si un effet bénéfique peut être obtenu pendant des années.

Pour le diagnostic précoce, le médecin dispose des examens suivants:

1. Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le sang

Contrairement à une opinion largement répandue, le dosage du PSA n'est pas vraiment un test de cancer. Il s'agit en fait d'une protéine qui est synthétisée exclusivement dans la prostate et joue un rôle important dans la fertilité masculine en fluidifiant le sperme.

Chez tous les hommes, une petite fraction du PSA passe dans le sang où l'on peut alors la quantifier. En cas de maladie prostatique, le taux sanguin de PSA augmente. La limite supérieure de la normale est généralement fixée à entre 2,5 et 4 ng/ml, selon le laboratoire. Si le taux dépasse ce seuil, il faut effectuer un bilan mais en aucun cas conclure immédiatement qu'il s'agit d'un cancer. Une augmentation du taux sanguin de PSA peut être due à une hyperplasie bénigne de la prostate, à une inflammation (prostatite) ou à un cancer. En général, les taux de

PSA élevés (supérieurs à 10 ng/ml) ou qui augmentent pendant des mois et des années doivent faire suspecter un cancer. Dans ce cas, il faut pratiquer des examens complémentaires (voir plus loin).

Une fois que le diagnostic de cancer est posé, l'évolution du taux de PSA permet de suivre la croissance de la tumeur. Ainsi, des taux qui augmentent rapidement peuvent indiquer une importante activité tumorale. Si, après le traitement du cancer, on décèle à nouveau une augmentation du taux de PSA, cela suggère une reprise de la croissance tumorale.

Le dosage du PSA n'étant pas vraiment un test de cancer, demandez à votre médecin traitant de vous expliquer avant le test quelles en sont les conséquences possibles (par exemple diagnostic de cancer avec ou sans nécessité d'agir, résultat faux positif, non-détection d'un cancer prostatique agressif de signification sérieuse, effets indésirables de la biopsie).

2. Palpation de la prostate à travers le rectum (toucher rectal)

La palpation de la prostate est un examen simple, indolore, même s'il est parfois désagréable (figure 2, page 10). Le médecin enfle un gant lubrifié et introduit un doigt

pour palper la surface postérieure de la glande prostatique et évaluer ainsi sa forme et sa consistance. La présence d'une zone dure indique la présence d'un cancer. Le meilleur moyen de découvrir précocement un cancer de la prostate consiste à associer un dosage du PSA et un toucher rectal. Si le toucher rectal est normal et que le taux de PSA est inférieur à la limite supérieure pour l'âge de l'individu, la probabilité de cancer de la prostate est très faible. Diverses organisations de santé recommandent de faire effectuer cet examen une fois par an entre 50 et 70 ans, tandis que d'autres le déconseillent.

Qui peut tirer profit d'un dépistage précoce?

Un dépistage précoce peut être recommandé aux hommes bien informés de plus de 50 ans, dont l'espérance de vie est supérieure à dix ans. Chez les patients de plus de 75 à 80 ans, le dépistage du cancer de la prostate n'est plus justifié étant donné que le bénéfice d'un traitement ne se manifeste généralement qu'au bout de dix ans du fait de la lenteur de la croissance de ce cancer.

Les hommes dont un parent au premier degré (père ou frère) a présenté un cancer de la prostate devraient envisager de se soumettre à un examen de contrôle dès l'âge de 45 ans.

Enfin, tous les hommes qui présentent des troubles urinaires (en particulier la présence de sang dans les urines), des douleurs abdominales ou des douleurs dorsales doivent consulter leur médecin même si, à première vue, ces troubles n'ont rien à voir avec la prostate.

Un dépistage systématique du cancer de la prostate est-il justifié?

Chez les hommes dont l'espérance de vie est inférieure à dix ans, cette recherche spécifique n'a généralement

guère de sens; en effet, les conséquences du traitement peuvent parfois être plus graves que le cancer lui-même. En revanche, les hommes dont l'espérance de vie dépasse dix ans peuvent tirer profit d'un dépistage ciblé du cancer de la prostate, car la maladie peut alors être découverte à un stade précoce, c'est-à-dire à un moment où le cancer est encore curable. Un traitement n'est pas nécessaire dans chaque cas, cela dépend du type de tumeur ainsi que de l'âge et de l'état de santé du patient. Il revient finalement à chacun de décider s'il souhaite se soumettre à un examen de dépistage du cancer de la prostate dans le cadre d'un bilan de santé. Il est donc important de parler avec son médecin afin de discuter des conséquences possibles d'un tel bilan.

Quels sont les examens que pratique le médecin?

Ni le dosage du PSA ni le toucher rectal ne permettent de prouver l'existence d'un cancer de la prostate. Le diagnostic ne peut être formellement établi que par le prélèvement d'un échantillon tissulaire (biopsie). Les méthodes d'examen comme la radiographie, l'échographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique ou autres procédés ne peuvent pas remplacer la biopsie

tissulaire, mais peuvent fournir des indications sur la présence et la localisation d'un cancer.

La biopsie permet de déterminer s'il s'agit d'une hyperplasie bénigne de la prostate, d'un stade susceptible d'être précancéreux appelé «néoplasie intra-épithéliale prostatique» (NIP), ou d'un cancer de la prostate. Il faut savoir qu'il ne s'agit là que de prélèvements d'échantillons, si bien qu'il est possible de méconnaître de petites tumeurs. S'il s'agit d'un stade précancéreux (NIP) ou si le taux de PSA continue à augmenter après une biopsie négative, il faut parfois pratiquer une deuxième, voire une troisième biopsie.

Comment réalise-t-on un prélèvement de tissu prostatique?

La biopsie prostatique est un examen invasif qui est généralement effectué au cabinet d'un urologue ou dans un service d'hôpital de jour (en ambulatoire).

Le médecin se guide avec le doigt (toucher rectal) ou – bien plus souvent de nos jours – avec une sonde à ultrasons (transrectale) et introduit une aiguille dans la prostate à travers le rectum (figure 5). En règle générale, il prélève entre huit et douze cylindres tissulaires. Étant donné que l'examen est pratiqué à travers le rectum et qu'une

contamination bactérienne est vraisemblable, une antibiothérapie préventive est indispensable. L'intervention a généralement lieu sous anesthésie locale. Les patients qui ont des anomalies des valvules cardiaques doivent impérativement en informer l'urologue avant la biopsie pour qu'il puisse choisir l'antibiotique adapté. Il faut également signaler au médecin tous les autres médicaments utilisés par le patient, surtout s'il s'agit de médicaments anticoagulants. Après la biopsie, on peut noter, temporairement (jusqu'à quatre semaines environ), la présence de sang dans les urines, dans les selles ou dans le sperme. Une infection avec fièvre ou frissons est rare (<1%). Il arrive parfois qu'une biopsie provoque une rétention urinaire, ce qui veut dire que, après la biopsie, le patient ne peut plus vider sa vessie. Dans ce cas, il faut mettre en place une sonde vésicale temporaire.

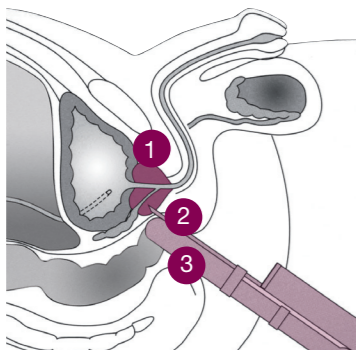


Figure 5: la biopsie prostatique 1 Prostate
2 Aiguille à biopsie
3 Sonde à ultrasons

Que se passe-t-il après une biopsie?

Même si une première biopsie de tissu prostatique n'a montré aucun signe de présence de cellules cancéreuses, il faut discuter et envisager une deuxième biopsie car le diagnostic de cancer ne peut pas être exclu avec une certitude absolue.

Un nouveau toucher rectal et le suivi de l'évolution du taux de PSA aident à choisir la conduite à tenir.

Si la biopsie a confirmé la présence de cellules cancéreuses dans la prostate, on complète généralement le bilan en

utilisant des procédés d'imagerie tels que la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la scintigraphie osseuse pour exclure la présence de grosses métastases ganglionnaires ou osseuses.

Comment traite-t-on le cancer de la prostate?

Le traitement optimal doit toujours être choisi individuellement car il dépend de divers facteurs tels que l'âge du patient, le stade de la maladie, l'agressivité de la tumeur, etc.

Il existe diverses possibilités de traitement dont le patient peut discuter avec son médecin de premier recours, son urologue et/ou les divers spécialistes, comme un oncologue ou un radio-oncologue, qui s'occupent également de cette maladie. Pour le choix du traitement, il faut tenir compte d'un élément décisif: le cancer est-il limité à la prostate (localisé) ou a-t-il déjà dépassé les limites de l'organe et/ou donné naissance à des métastases? Une guérison, c'est-à-dire la disparition de toute cellule cancéreuse de l'organisme, n'est possible qu'au stade où le cancer est localisé. Dans ce cas, on peut envisager une opération, une radiothérapie ou un simple suivi de l'évolution naturelle. En cas de cancer de la pros-

tate avancé (ayant dépassé les limites de l'organe, avec métastases), on commence généralement par ralentir l'évolution de la maladie par un traitement hormonal. Là aussi, le moment du début du traitement est fixé au cas par cas et dépend essentiellement des symptômes et de l'étendue de la tumeur.

A. Possibilités de traitement du cancer de la prostate localisé

1. Opération (prostatectomie radicale)

La prostatectomie totale ou radicale (à ne pas confondre avec l'opération réalisée en cas d'hyperplasie bénigne, voir le chapitre consacré à cette question à la page 39 de cette brochure) consiste à enlever la totalité de la prostate avec les fragments terminaux des canaux déférents et les vésicules séminales (figure 6). Cette opération vise à éliminer entièrement la prostate atteinte de cancer, autrement dit à guérir le cancer.

L'urologue expliquera au patient les diverses méthodes opératoires, avec leurs avantages et inconvénients. A l'heure actuelle, on peut retirer la prostate par voie abdominale (rétropubienne), à partir du périnée (par voie périméale) ou par voie endoscopique (laparoscopie ou chirurgie assistée par robot). Le choix de la méthode dépend

de la constitution du patient, du type de la tumeur, de son extension, des maladies associées et de l'expérience du chirurgien. En l'état actuel des connaissances, les trois méthodes sont identiques sur le plan des chances de guérison. La durée d'hospitalisation est fonction de la méthode opératoire choisie, elle est comprise entre quatre et douze jours. La durée de convalescence varie suivant les activités professionnelles; elle est comprise entre deux semaines et cinq mois.

L'examen soigneux du tissu prélevé, c'est-à-dire de la prostate, des vésicules séminales et des éventuels ganglions lymphatiques, permet d'évaluer plus précisément les dimensions, l'extension et l'agressivité de la tumeur. La meilleure guérison est obtenue si l'examen microscopique montre que le cancer est circonscrit à l'intérieur de la capsule prostatique.

En revanche, si la tumeur a franchi les limites de la prostate, les chances de guérison diminuent. Pour l'instant, il n'existe pas de méthode parfaitement fiable pour déterminer, avant l'opération, si la tumeur est localisée. Dans environ 20% des cas, il s'avère après l'opération que la tumeur a déjà dépassé les limites de la prostate. Il faut alors envisager des méthodes thérapeutiques complémentaires (radiothérapie, traitement hormonal, voir plus loin).

A l'heure actuelle, l'opération radicale offre de bonnes

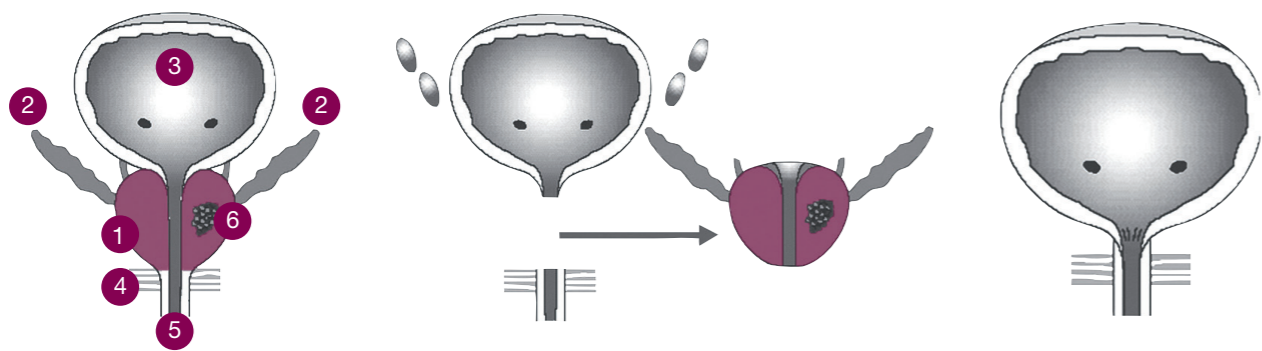


Figure 6: représentation schématique de la prostatectomie radicale

- | | | | | | |
|---|-------------------|---|-----------|---|--------|
| 1 | Prostate | 3 | Vessie | 5 | Urètre |
| 2 | Vésicule séminale | 4 | Sphincter | 6 | Tumeur |

perspectives de guérison tout en ne provoquant plus que peu d'effets indésirables. Aujourd'hui, le risque de perte incontrôlée des urines (incontinence) a diminué; il n'est plus que d'environ 1 à 5%. Des troubles de l'érection surviennent dans 40 à 80% des cas mais ce problème peut être traité de différentes manières (médicaments, injection dans les corps caverneux, etc.). La fréquence de ces effets indésirables dépend de l'âge du patient et du stade de la maladie.

2. La radiothérapie

A partir de certaines doses, les rayons X permettent de détruire les cellules cancéreuses.

La radiothérapie de la prostate est réservée aux patients pour lesquels un traitement à visée curative est envisageable et qui refusent l'opération pour des raisons personnelles, à cause des effets indésirables possibles comme des troubles de l'érection et une incontinence urinaire, ou qui ne peuvent pas être opérés du fait d'une maladie concomitante.

2.1 La radiothérapie externe

La radiothérapie dite externe a été standardisée au fil de plusieurs décennies (figure 7). Lors d'un examen préliminaire, on définit les champs d'irradiation en fonction du volume, de la forme et de la structure de la prostate. Cela permet de centrer la dose totale nécessaire de rayons sur la prostate et de détruire les cellules cancéreuses. Les organes voisins (vessie, rectum) doivent être protégés au maximum contre les rayons. Ce traitement s'effectue en ambulatoire. Pendant six à huit semaines, le patient reçoit une fois par jour, les jours ouvrables, une dose définie de rayons.

Ce traitement est généralement bien toléré et permet au patient de reprendre rapidement son activité professionnelle. Cependant, au fil du temps, des douleurs vésicales peuvent apparaître, un besoin impérieux d'uriner allant jusqu'à l'incontinence (1 à 2% des cas) ainsi que des troubles de l'érection. Ces derniers ne surviennent pas immédiatement, comme après l'opération, mais se développent sur des semaines, voire des mois. Au bout de deux ans, 30 à 70% des patients présentent une impuissance. Il ne faut pas négliger les troubles de la défécation provoqués par les rayons, avec douleurs à la défécation, présence de sang dans les selles, sensation de brûlure locale et diarrhée. Les études de grande ampleur qui ont comparé l'opération à la radiothérapie montrent qu'au bout de deux ans, la qualité de vie des patients est prati-

quement identique. Il reste à démontrer si les formes modernes de radiothérapie externe permettent d'obtenir des taux de survie à quinze ans aussi bons que l'opération.

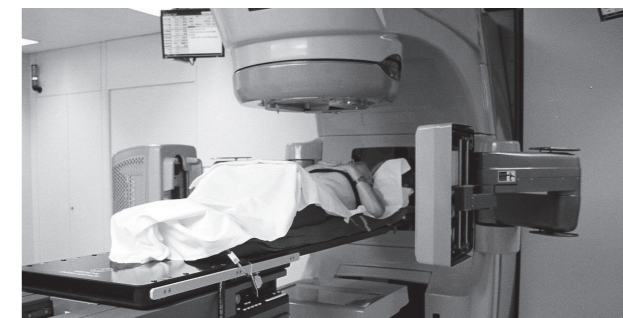


Figure 7: la radiothérapie externe

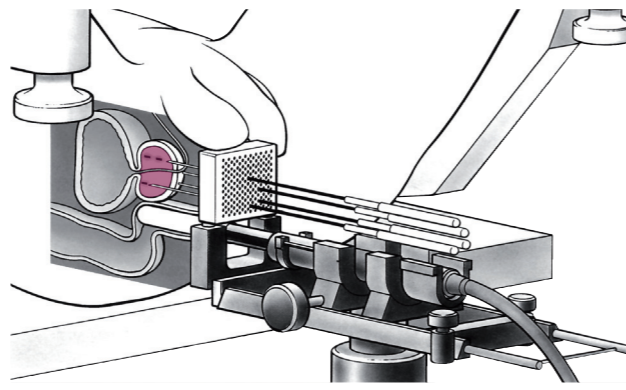
Pour éviter l'effet néfaste des rayons sur les organes voisins de la prostate, il faut limiter soigneusement la dose de rayons. En conséquence, il se peut que certains foyers cancéreux ne soient pas suffisamment irradiés et continuent à se développer au fil du temps. C'est pourquoi, dans les cas de cancer localement avancé, un traitement associant radiothérapie externe et traitement hormonal (voir page 27) est très prometteur.

Etant donné que la prostate et ses annexes ne sont pas retirées du corps, les cellules cancéreuses ne peuvent pas

être examinées avec précision. Il est donc plus difficile de formuler un pronostic individuel après une radiothérapie qu'après une prostatectomie radicale.

2.2 Curiéthérapie (brachythérapie)

Ce traitement consiste à placer, dans la prostate, de petites particules radioactives à l'aide d'aiguilles creuses, à partir du périnée, sous anesthésie et sous contrôle échographique (figure 8). Un ordinateur calcule la répartition de la dose. Au lieu d'être irradiées de l'extérieur, les cellules cancéreuses sont tuées par le rayonnement des éléments radioactifs placés dans la prostate. La survenue de troubles urinaires, de la défécation et de l'érection dépend de la dose de rayons, des symptômes préexistants et du temps d'observation écoulé après le traitement. Peu après le traitement, ces troubles sont rares chez les patients bien sélectionnés. Cependant, deux ans après le traitement, une impuissance s'observe aussi dans 30 à 50 % des cas. Pour l'instant, il n'existe pas de résultats à long terme, au-delà de quinze ans. En l'état actuel des connaissances, dans certaines catégories de patients, le taux de guérison n'est pas aussi élevé qu'après une opération ou une radiothérapie externe. Cette méthode est donc surtout envisageable en particulier pour les patients dont la tumeur est relativement peu agressive et qui n'ont que peu de troubles mictionnels ou aucun.



© Groupe de cliniques privées Hirslanden

Figure 8: curiéthérapie (brachythérapie)

3. Attitude d'expectative prudente (= attendre et surveiller)

On sait que certains types de cancer de la prostate se développent très lentement et n'occasionnent pas de troubles de santé. Dans le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate localisé à faible risque, la difficulté est de distinguer les patients atteints d'un cancer prostatique cliniquement significatif, et donc qui profiteraient d'un traitement radical, de ceux qui n'ont pas besoin de traitement. La plupart des patients chez lesquels on a décelé un cancer de la prostate par biopsie prostatique ne mourront pas de ce cancer mais d'une autre cause. Cela vaut tout particulièrement pour

les patients âgés présentant en même temps d'autres maladies. Dans ces cas, en renonçant à un traitement immédiat, on peut éviter d'altérer la qualité de vie du patient. Avec un cancer peu agressif, le taux de survie à vingt ans est bon et l'on a une plus grande probabilité de mourir d'autre chose. Chez les hommes au-delà de 60 ans et éventuellement aussi chez des hommes plus jeunes, après les avoir informés de manière exhaustive des risques et en fonction des résultats de biopsie, on pourra appliquer une stratégie de surveillance active avec dosage régulier du taux de PSA et palpation de la prostate, ainsi que des biopsies de la prostate à intervalles de un à deux ans. Cela est nécessaire car il est possible qu'une petite tumeur agressive passe inaperçue à côté d'une plus grosse tumeur bien différenciée. Vous pouvez discuter l'option d'une telle surveillance active avec votre urologue traitant. Celui-ci pourra vous renseigner sur votre risque de progression de la maladie d'après vos résultats de biopsie et d'autres facteurs.

B. Possibilités de traitement du cancer de la prostate avancé

1. Le traitement hormonal

Le développement et la croissance du cancer de la prostate dépendent d'hormones sexuelles masculines telles que la testostérone. Le blocage ou l'inhibition de l'effet des hormones permet d'influencer la croissance de la tumeur. Un tel traitement ne vise plus à guérir le cancer mais à en ralentir la croissance ultérieure. Le traitement hormonal permet en outre de soulager les douleurs provoquées par les métastases. On parle ici de traitement palliatif, c'est-à-dire d'un traitement qui vise à soulager les symptômes.

Il existe différentes méthodes pour réaliser le traitement hormonal: on peut effectuer une opération (appelée «orchidectomie») ou bien utiliser des médicaments (appelés «analogues de la LH-RH», «antagonistes de la LH-RH» et «antiandrogènes» [figure 9]).

Lors de l'opération effectuée sous anesthésie générale ou sous anesthésie partielle (rachianesthésie), on retire le tissu testiculaire qui produit les hormones. L'arrêt souhaité de la synthèse hormonale survient alors immédiatement.

Pour ce qui est des médicaments, les patients disposent des analogues de la LH-RH et des antagonistes de la

LH-RH qui sont injectés à intervalles d'un, de trois ou de six mois selon le produit utilisé et qui remplacent ainsi l'opération. Il s'agit de substances synthétiques qui sont analogues aux hormones naturelles et inhibent la production des hormones sexuelles par l'intermédiaire du diencéphale ou bloquent le récepteur. Les effets et les effets indésirables (diminution de la libido et de la puissance sexuelle, bouffées de chaleur, ostéoporose à long terme, syndrome métabolique avec excès de poids, hypertension et hyperglycémie) sont comparables à ceux de l'ablation chirurgicale des testicules.



Figure 9: médicaments pour le traitement hormonal

Les antiandrogènes sont un autre type de traitement médicamenteux hormonal. Ils inhibent les effets de la testostérone directement au niveau de la cellule tumorale, mais ont moins d'effets sur la puissance sexuelle ou la libido. Leur effet indésirable le plus fréquent est une douloureuse augmentation de volume des glandes mammaires, qui peut être nettement atténuée grâce à une radiothérapie externe préalable. Les antiandrogènes se présentent généralement sous forme de comprimés à prendre une à trois fois par jour selon le médicament. Les effets à long terme de la monothérapie ne sont pas supérieurs à ceux du traitement hormonal conventionnel ou à ceux de l'opération.

2. Traitement du cancer de la prostate hormono-résistant

Au bout de plusieurs mois à plusieurs années, le traitement hormonal perd son efficacité. On parle alors de «cancer de la prostate hormono-résistant» qui peut à nouveau provoquer des troubles. Le médecin est donc obligé d'utiliser d'autres méthodes thérapeutiques comme la chimiothérapie, la radiothérapie des métastases ou des médicaments qui agissent sur l'évolution des métastases osseuses par le biais du métabolisme osseux. Il existe désormais aussi la possibilité de passer à un traitement hormonal ou à une chimiothérapie en deuxième intention. Votre urologue traitant décidera, en collaboration avec

des spécialistes (oncologues ou radio-oncologues), quel traitement doit être considéré dans votre cas particulier. L'évolution de la maladie est surveillée par des dosages du PSA et d'autres méthodes diagnostiques comme la tomodensitométrie, l'IRM ou la scintigraphie osseuse.

Comment peut-on soulager les symptômes des complications du cancer de la prostate?

Les métastases osseuses ou ganglionnaires peuvent occasionner de vives douleurs, des thromboses ou des fractures osseuses spontanées. La croissance tumorale locale incontrôlée de la prostate peut provoquer des hémorragies urinaires, une rétention urinaire ou un blocage des voies urinaires supérieures. Les examens de contrôle réguliers ont pour but d'identifier à temps ces complications liées à l'évolution de la maladie cancéreuse, de façon à permettre d'instaurer rapidement un traitement approprié (par exemple par des médicaments, une radiothérapie, une sonde, un traitement chirurgical pour lever les obstacles sur les voies urinaires).

Existera-t-il de nouveaux traitements à l'avenir?

D'autres traitements du cancer limité à la prostate ont été développés et sont en cours d'évaluation. Il s'agit essentiellement de l'emploi de méthodes physiques qui provoquent une destruction des cellules cancéreuses par l'utilisation locale, sur la prostate, de chaleur ou de froid. Après une longue période sans nouveau médicament pour le traitement du cancer prostatique, on a vu ces dernières années de nouvelles spécialités arriver sur le marché. Outre cela, de nombreuses nouvelles approches sont actuellement en cours de développement. Les nouveaux médicaments proviennent essentiellement de récents acquis de la recherche génétique et de l'étude des mécanismes de biologie cellulaire en rapport avec la genèse du cancer. En cela, on tente d'obtenir un effet ciblé avec le minimum d'effets indésirables. Des études cliniques sont actuellement menées pour évaluer l'efficacité de ces nouvelles options thérapeutiques.

Résumé

A l'heure actuelle, le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. La guérison est possible si la maladie est décelée à un stade précoce. Dans cette phase, il n'y a généralement pas de symptômes. Le diagnostic précoce repose sur la palpation classique de la prostate par toucher rectal et sur un examen de sang qui permet de doser une protéine libérée par la prostate (PSA). Quand les résultats sont suspects, on effectue une biopsie prostatique. Si l'on trouve une tumeur limitée à la prostate, il faut avant tout envisager l'ablation de la prostate ou la radiothérapie. Dans le cas d'une tumeur bien différenciée, il est possible – en tenant compte de l'âge et des autres maladies du patient – d'opter pour une stratégie de surveillance active avec des contrôles réguliers. Au stade avancé du cancer, le traitement hormonal permet d'obtenir un effet favorable sur l'évolution de la maladie.



III. L'hyperplasie bénigne de la prostate (augmentation bénigne du volume prostatique)

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

L'augmentation bénigne du volume de la prostate est la plus fréquente des maladies prostatiques. Avec l'âge, presque tous les hommes sont concernés sous une forme plus ou moins marquée.

Le terme médical utilisé pour désigner cette affection est «hyperplasie bénigne de la prostate», en abrégé HBP. On utilise aussi parfois les termes «hypertrophie prostatique» ou «adénome prostatique» qui ne désignent toutefois rien de plus que l'augmentation de volume de la prostate par suite d'une prolifération cellulaire

bénigne dans le tissu prostatique. Cette croissance bénigne touche essentiellement le noyau glandulaire situé immédiatement au contact de la paroi de l'urètre. Le noyau glandulaire peut se développer principalement dans trois directions, de façon irrégulière (figure 10):

- 1 un développement vers l'intérieur et en direction de la vessie peut rapidement provoquer un rétrécissement de l'urètre et, de ce fait, des problèmes pour uriner;
- 2 un développement vers l'extérieur provoque une augmentation de volume prostatique palpable par le médecin, mais pas toujours à des problèmes mictionnels;

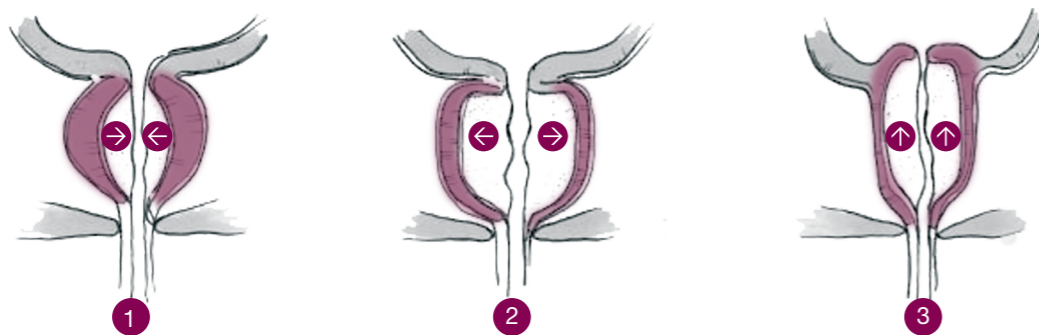


Figure 10: les trois principales directions de l'augmentation de volume de la prostate

1 Vers l'intérieur
2 Vers l'extérieur

3 Vers le plancher de la vessie

- 3 un développement vers le plancher de la vessie peut provoquer de graves anomalies vésicales liées à une stase.

Quelles sont les causes de l'hyperplasie bénigne de la prostate?

La cause de l'hyperplasie bénigne de la prostate n'est pas encore formellement élucidée et les recherches se poursuivent dans ce domaine. On connaît déjà les facteurs suivants qui favorisent l'apparition d'une augmentation bénigne du volume prostatique:

- âge avancé;
- production de l'hormone masculine appelée «testostérone» par les testicules. Sans testostérone, le volume prostatique n'augmente pas. Le traitement par des anti-hormones masculines, parfois nécessaire en cas de cancer de la prostate, provoque aussi une diminution de volume des parties de la prostate qui présentent une hyperplasie bénigne;
- hérédité : chez certains des patients chez lesquels une importante hyperplasie de la prostate se manifeste déjà avant l'âge de 60 ans, cette prédisposition semble être héréditaire.

Quelle est la fréquence de l'hyperplasie bénigne de la prostate?

L'hyperplasie bénigne de la prostate est très fréquente et sa fréquence augmente avec l'âge.

Chez 20 % des hommes de 50 ans et environ 50 % des hommes de 60 ans, il existe des signes décelables d'hyperplasie bénigne de la prostate. Parmi les hommes de plus de 80 ans, 90 % présentent une hyperplasie bénigne de la prostate (figure 11).

En Suisse, 15 à 30 % des hommes de plus de 50 ans présentent des troubles mictionnels dont la cause la plus fréquente est l'hyperplasie bénigne de la prostate. Les troubles s'accroissent avec l'âge (figure 12).

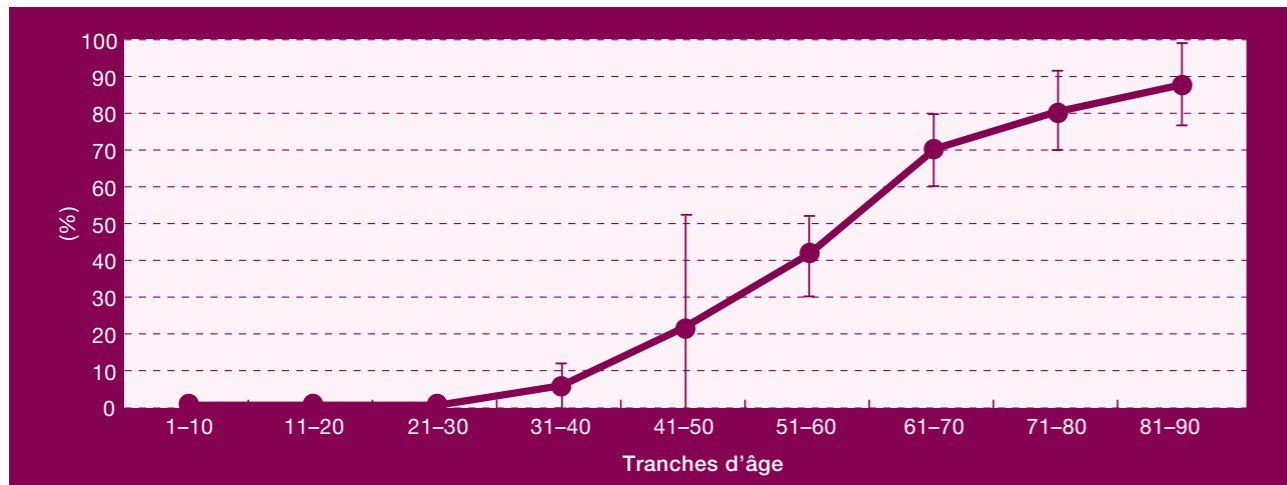


Figure 11: fréquence de l'hyperplasie bénigne de la prostate en fonction de l'âge

Adapté d'après Berry et al²

Quels sont les troubles provoqués par une hyperplasie bénigne de la prostate?

Dans 50% des cas environ, l'augmentation du volume prostatique entraîne un rétrécissement de l'urètre constituant un obstacle pour le jet d'urine. En conséquence, pour expulser les urines, la vessie doit vaincre une résistance accrue. D'une part cela entraîne une irritation vésicale avec les symptômes mictionnels d'irritation décrits

ci-après et, d'autre part, cette surcharge de travail épuise de plus en plus la vessie qui ne parvient plus à se vider complètement. Il se forme alors un résidu urinaire.

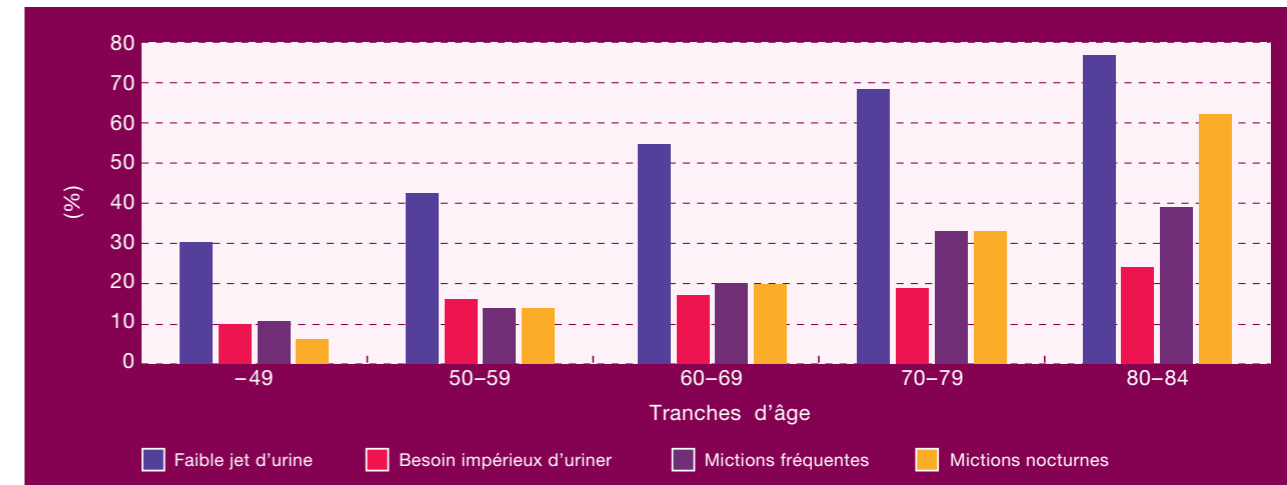


Figure 12: fréquence des troubles mictionnels chez les hommes de plus de 50 ans

Adapté d'après Bushman W³

Symptômes typiques:

- interruptions du sommeil nocturne (parfois plusieurs fois par nuit) pour uriner
- début laborieux de la miction
- affaiblissement du jet d'urine
- allongement de la durée des mictions
- sensation de résidu urinaire
- écoulement goutte à goutte après la miction
- a la fin de la miction, une petite fraction se vide dans

un deuxième temps

- nécessité de comprimer la vessie pour pouvoir la vider complètement
- sensation de brûlure
- mictions fréquentes (par exemple toutes les heures)
- besoin impérieux d'uriner (le patient doit impérativement uriner immédiatement; c'est à peine s'il a le temps d'atteindre les toilettes).

Ces troubles sont plus ou moins bien supportés et leur intensité n'est pas identique chez tous les sujets. Des symptômes (troubles) comparables peuvent aussi être provoqués par des cicatrices sténosantes de l'urètre. Il est important ici d'éviter une décompensation (dilatation excessive) de la vessie et une stase chronique qui se répercute sur les reins.

Certains hommes vieillissants considèrent que les modifications de la miction n'altèrent que peu, voire pas du tout, leur qualité de vie. Cependant, ces troubles provoquent souvent des perturbations de la vie quotidienne, une altération de la qualité de vie et des troubles sexuels.

Une baisse de qualité de vie due à des problèmes mictionnels constitue, en plus des motifs impératifs (voir chapitre concernant le traitement chirurgical, page 39), un critère essentiel de traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Quels sont les examens que pratique le médecin?

La consultation chez l'urologue commence habituellement par un interrogatoire détaillé à propos des symptômes et des habitudes lors des mictions. Le médecin pose en outre des questions à propos des antécédents

urologiques, des traitements antérieurs et de la survenue de maladies prostatiques chez les parents proches (père, frères).

Avant l'examen physique, une prise de sang est effectuée. Elle sert, d'une part, à évaluer la fonction rénale, car les maladies prostatiques peuvent perturber la fonction rénale et, d'autre part, à un dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate) à partir de 50 ans (dans certains cas aussi chez des hommes plus jeunes) (voir le chapitre consacré au cancer de la prostate, page 18). L'élément essentiel de l'examen physique est la palpation et l'examen de la prostate à travers le rectum. Le médecin détermine ainsi la forme, la dimension, les irrégularités de la surface et le caractère douloureux de cet organe.

Généralement avant l'examen physique, on effectue aussi une mesure du débit urinaire. Le patient urine dans un appareil de mesure qui détermine le volume d'urine émis ainsi que la vitesse du jet d'urine. Cet examen permet d'évaluer l'ampleur de l'obstacle à l'écoulement. Après la mesure du débit d'urine, on détermine par échographie la quantité d'urine restée dans la vessie.

Dans certains cas, au vu des résultats obtenus jusque-là, l'urologue conseille en outre un examen endoscopique de la vessie (examen de l'urètre et de la vessie avec un instrument que l'on introduit dans la vessie par l'urètre)

afin de pouvoir exclure d'autres causes possibles des symptômes que l'hyperplasie bénigne de la prostate et de choisir la forme de traitement optimale si une opération est envisagée.

Comment traite-t-on l'hyperplasie bénigne de la prostate?

Dans de nombreux cas, l'hyperplasie bénigne de la prostate ne constitue pas un problème pathologique et n'exige aucun traitement. En effet, un traitement n'est nécessaire qu'en présence de symptômes.

Le choix du traitement dépend des résultats des examens décrits ci-dessus. A l'heure actuelle, les options thérapeutiques envisageables sont les suivantes:

A. Expectative prudente (attendre et surveiller)

Cette approche est envisageable si le patient n'a que peu de troubles, un résidu urinaire faible et un bon jet d'urine.

B. Mesures d'ordre diététique

De nombreuses études ont montré que ni les habitudes alimentaires, ni les régimes spécifiques ne permettent d'influencer directement la croissance de la prostate. La

modération dans la consommation de substances susceptibles d'être irritantes comme le poivre, le piment, les épices, la bière, le vin blanc, etc. et la pratique régulière d'activités physiques sont recommandées car ces mesures permettent parfois de contribuer à soulager les symptômes. Si les troubles sont légers, la prise de graines de courge est souvent bénéfique.

C. Traitement médicamenteux

Si les patients ont des troubles moyennement sévères, un affaiblissement du jet d'urine et un résidu urinaire de moins de 1 dl (100 ml), on envisage un traitement médicamenteux.

1. Médicaments qui agissent sur le métabolisme prostatique (inhibiteurs de la 5-alpha-réductase)

La croissance de la prostate est contrôlée par des hormones sexuelles masculines appelées «androgènes». Les médicaments tels que les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase bloquent la transformation de l'hormone sexuelle masculine testostérone dans les cellules. C'est pourquoi un traitement par ce type de médicaments provoque une diminution de volume prostatique d'environ 30 % et améliore un peu la force du jet d'urine. Dix pour cent des patients se plaignent d'une diminution de l'éjaculation, d'une baisse de la libido et parfois même de troubles de

l'érection. Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase provoquent une diminution de 50 % du taux de PSA (antigène spécifique de la prostate), ce dont il faut tenir compte lors du diagnostic différentiel d'un cancer de la prostate.

2. Les alpha-bloquants

Les alpha-bloquants n'agissent pas sur le volume de la prostate mais diminuent la tension musculaire et provoquent un relâchement du col vésical, de la prostate et de l'urètre. Pour que ce traitement soit mieux toléré, on utilise aujourd'hui ce que l'on appelle des «alpha-1-bloquants», c'est-à-dire des médicaments qui agissent beaucoup plus spécifiquement sur l'urètre, la prostate et le col vésical. Néanmoins, dans de rares cas, on est contraint d'arrêter ce traitement en raison d'effets indésirables comme une baisse de la pression artérielle, une obstruction nasale, des troubles de l'érection et une éjaculation dans la vessie.

3. Les médicaments phytothérapeutiques

Ces médicaments sont des extraits de plantes. Leurs effets thérapeutiques s'expliquent essentiellement par un effet anti-hormonal et anti-inflammatoire. En dehors de l'allergie, il n'existe aucune contre-indication à ces médicaments. Ils sont bien tolérés.

4. Les anticholinergiques

Ces médicaments ont des effets apaisants sur la musculature lisse de la vessie. Lors d'une hyperplasie bénigne de la prostate associée à des symptômes d'irritation, ils peuvent être administrés en complément d'un traitement aux alpha-bloquants. Les anticholinergiques ne doivent cependant pas être utilisés seuls lors de symptômes dus à une augmentation du volume prostatique car cela entraînerait, pour le patient, un risque de rétention urinaire (incapacité d'uriner) soudaine. Les effets indésirables typiques des anticholinergiques sont la constipation, la sécheresse buccale, les troubles visuels ou la désorientation. Une prise parallèle d'anticholinergiques exige impérativement l'avis de l'urologue traitant.

Le choix de la classe médicamenteuse dans le cas individuel dépend essentiellement de la tolérance dont fait preuve le sujet. Le médicament est choisi d'un commun accord par le patient et son médecin traitant. En général, on utilise des extraits végétaux (phytothérapie) chez les patients qui souffrent essentiellement de symptômes d'irritation vésicale ou chez lesquels les alpha-bloquants ne peuvent pas être utilisés. Les alpha-bloquants demeurent le traitement de première intention pour les patients qui souffrent d'une perturbation du jet urinaire (obstacle). Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase conviennent sur-

tout aux patients qui ont une grosse prostate d'un volume supérieur à 40 ml. Depuis quelque temps, on utilise cependant fréquemment aussi des associations fixes (alphabloquant + inhibiteur de la 5-alpha-réductase).

D. Traitement chirurgical

Si l'effet des médicaments est insuffisant ou si leur efficacité diminue, une opération devient nécessaire. Si la vessie ne se vide pas de façon satisfaisante malgré un traitement médicamenteux, il se forme un résidu urinaire qui peut provoquer une distension excessive de la paroi vésicale. Tôt ou tard, les lésions vésicales peuvent éventuellement devenir si sévères que le patient ne peut plus uriner par les voies naturelles. Comme autres conséquences d'un résidu urinaire trop important, forçant à opérer, il faut citer les inflammations de la vessie à répétition, l'apparition de calculs vésicaux et la stase urinaire remontant jusqu'aux reins. Tous les procédés chirurgicaux ont pour caractéristique commune un évidement de la prostate.

Il existe deux procédés chirurgicaux qui sont présentés ici avec leur désignation médicale et expliqués dans les sections correspondantes.

- Résection prostatique transurétrale (TURP) au moyen du courant à haute fréquence ou du laser
- Prostatectomie à ciel ouvert

1. La résection prostatique transurétrale (TURP)

En langage populaire, la TURP est appelée «raclage». A l'aide d'une anse à résection qui est introduite dans la vessie par l'urètre à travers un endoscope rigide (cystoscope), le médecin enlève le tissu prostatique à l'aide de courant à haute fréquence, tout en sclérosant les vais-

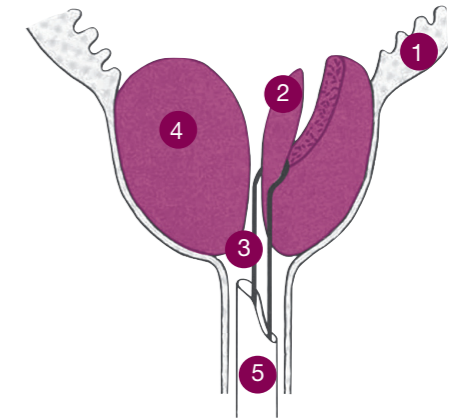


Figure 13: la résection prostatique transurétrale (TURP)

- 1 Paroi vésicale
- 2 Fragment de prostate en cours d'ablation
- 3 Anse électrique mobile
- 4 Prostate
- 5 Instrument

seaux qui saignent (figure 13).

La TURP constitue aujourd'hui pour nous une méthode fiable, bien éprouvée et très efficace, qui ne provoque que peu de complications. Selon la dimension de la prostate et l'âge du patient, la durée d'hospitalisation est comprise entre quatre et six jours.

Cette excellente méthode opératoire a une conséquence essentielle:

Après l'opération, il apparaît généralement ce que l'on appelle «une éjaculation rétrograde», c'est-à-dire que, lors d'un rapport sexuel, le sperme n'est plus expulsé vers l'extérieur par l'urètre mais passe dans la vessie et est éliminé ultérieurement dans les urines. Cela signifie aussi que la fertilité est diminuée (ce qui est également le cas lors d'une opération au laser).

D'autre part, pendant l'opération elle-même et durant un certain temps après celle-ci, des hémorragies peuvent se produire. Dans de rares cas, elles nécessitent une nouvelle intervention afin d'éliminer les caillots de sang accumulés dans la vessie et de tarir à nouveau l'hémorragie. Les autres complications sont devenues extrêmement rares quand l'intervention est réalisée par un urologue expérimenté utilisant des instruments modernes. Lors d'une résection au laser, le tissu prostatique est également retiré par l'urètre (voie transurétrale). Ce procédé utilise le rayon laser au lieu du courant électrique comme bistouri

(laser Holmium). L'opération au laser vert élimine le tissu prostatique couche par couche. Les deux procédés au laser offrent l'avantage d'une moindre tendance aux hémorragies pendant l'opération, ce qui permet de réaliser l'intervention même sous traitement médicamenteux anticoagulant.

2. La prostatectomie à ciel ouvert

En langage populaire, cette intervention est appelée «grande opération de la prostate».

La prostatectomie à ciel ouvert, au travers d'une incision abdominale, est effectuée lorsque la prostate est devenue si grosse (en général d'un volume dépassant 100 ml) que son ablation par voie transurétrale n'est plus possible sans risque accru de complications. Le recours à cette méthode est devenu rare (2 à 10 % des cas) car l'augmentation de volume de la prostate est généralement identifiée précocement. Sur le plan de l'efficacité et des risques, cette opération est comparable à la résection transurétrale, mais il s'agit bien sûr d'une opération plus lourde en termes de durée et de retentissement médical, et elle occasionne une incapacité de travail postopératoire plus longue. Les effets indésirables mentionnés plus haut à propos de la TURP (éjaculation rétrograde et possibilité d'hémorragie pendant ou après l'opération) sont les mêmes avec la prostatectomie à ciel ouvert.

Que se passe-t-il après l'opération?

Les opérations mentionnées permettent généralement une nette amélioration de la fonction mictionnelle directement après l'intervention.

Pendant approximativement trois mois après la sortie de l'hôpital, les urines peuvent encore contenir des globules blancs (leucocyturie) ou des globules rouges (hématurie). La leucocyturie peut être un signe d'infection. Cependant, en général, une antibiothérapie postopératoire n'est pas nécessaire, sauf si le patient présente des symptômes de cystite (inflammation de la vessie). Les efforts physiques – qui doivent impérativement être évités pendant les quatre semaines suivant une opération – peuvent provoquer une hémorragie plus ou moins importante. On peut souvent contrôler une telle hémorragie en buvant plus d'eau qu'à l'ordinaire. Dans de rares cas, il faut recourir à un urologue.

Environ trois mois après l'opération, il ne doit plus y avoir ni infection ni sang dans les urines, et le patient doit pouvoir vider complètement sa vessie avec un jet suffisamment puissant. Le phénomène des mictions impérieuses (besoin impérieux d'uriner) devrait également avoir disparu. Si ces objectifs ne sont pas atteints, il est recommandé de retourner consulter l'urologue.

Après une opération motivée par une hyperplasie béni-

gne de la prostate, moins de 5 % des patients présentent une perte de la capacité d'érection. En revanche, l'«orgasme sec» (éjaculation dans la vessie) est de règle après l'opération. Etant donné que, lors du traitement chirurgical d'une hyperplasie bénigne de la prostate, on ne retire que le fragment glandulaire qui a proliféré autour de l'urètre sans retirer la capsule et que la prostate proprement dite reste en place sous forme de «prostate chirurgicale», un cancer de la prostate peut encore se développer ultérieurement. Les recommandations pour le dépistage précoce du cancer de la prostate s'appliquent donc aussi à ces patients (voir le chapitre consacré au cancer de la prostate, page 20).

Même après une intervention chirurgicale soignée, une nouvelle augmentation du volume prostatique est possible au bout de huit à dix ans (nouvelle croissance tissulaire).



Résumé

L'hyperplasie bénigne de la prostate est une maladie fréquente de l'homme vieillissant. Elle ne provoque pas toujours des troubles qui exigent un traitement. Si les troubles ne sont que modérés et le résidu urinaire faible, un traitement médicamenteux suffit souvent. En revanche, si les troubles sont plus intenses et les mictions difficiles, les médicaments ne sont généralement plus efficaces et un traitement chirurgical devient nécessaire. Dans tous les cas, la décision doit être prise d'un commun accord entre le patient et le médecin.

Les termes médicaux expliqués de façon compréhensible

Biopsie Prélèvement de tissu dans un organe en vue d'un examen au microscope.

Cancer de la prostate hormono-résistant Cancer de la prostate qui ne répond plus à un traitement hormonal.

Cystoscopie Examen endoscopique de la vessie.

Ejaculation Emission du sperme.

Ejaculation rétrograde Emission du sperme vers l'arrière, dans la vessie.

Epreuve des deux verres d'urine Examen pratiqué en cas de suspicion de prostatite.

Examen invasif Examen au cours duquel des instruments sont introduits dans le corps.

Examen transrectal de la prostate Examen de la prostate à travers le rectum.

Examen urodynamique Examen destiné à évaluer la fonction vésicale.

Ganglions lymphatiques Organes qui filtrent les substances étrangères à l'organisme.

Hématurie Présence de sang dans les urines.

Hormones Substances synthétisées par l'organisme lui-même et servant à la transmission de l'information et à la régulation des processus du corps, en coopération avec le système nerveux.

Incontinence urinaire Emission involontaire d'urine.

Infection Contamination par des germes pathogènes.

Inflammation Réponse tissulaire à une irritation, pour éliminer une affection.

IRM (imagerie par résonance magnétique) Procédé similaire à la tomodensitométrie, mais reposant sur l'utilisation de champs magnétiques et non de rayons X.

Leucocyturie Présence de globules blancs dans les urines.

Lymphes Liquide tissulaire.

Métastases Tumeurs filles/dissémination à distance d'un cancer.

Miction en plusieurs temps Arrêt involontaire et répété du jet d'urine, qui oblige le patient à reprendre la miction.

Miction impérieuse Nécessité d'uriner dès la perception de l'envie d'uriner.

NIP (néoplasie intra-épithéliale prostatique) Stade précurseur du cancer.

Prostatite Inflammation de la prostate.

PSA (antigène spécifique de la prostate) Protéine exclusivement synthétisée dans la prostate et libérée dans le sang en petite quantité. Une augmentation de son taux sanguin indique une maladie de la prostate.

Récepteurs Sites de liaison des messagers du corps (p. ex. des hormones) qui contrôlent diverses fonctions cellulaires. Les messagers s'adaptent à leurs récepteurs

comme une clef à sa serrure.

Résidu urinaire Présence d'urine résiduelle dans la vessie après la miction.

Rétention urinaire Bien que la vessie soit pleine, le sujet ne peut pas uriner.

Scanner: Appareil d'imagerie.

Scintigraphie osseuse Méthode d'examen faisant appel à des substances radioactives et qui permet de visualiser les métastases osseuses.

Stade métastaté Le cancer se trouve à un stade où il y a déjà des métastases.

Testostérone Principale hormone sexuelle mâle, essentiellement synthétisée dans les testicules.

Tomodensitométrie (TD), ou tomographie informatisée Forme particulière d'examen radiologique qui consiste à examiner des coupes du corps.

Toucher rectal Palpation de la prostate à travers le rectum (situé immédiatement derrière la prostate). Cet examen permet de découvrir par exemple des nodules tumoraux.

Traitement curatif Traitement qui vise à guérir une maladie.

Traitement endocrinien Traitement hormonal.

Traitement palliatif Traitement qui vise à soulager les symptômes d'une maladie.

Tumeur Grosseur (bénigne ou maligne).

Urines de milieu de jet: Urines recueillies par une technique particulière en vue d'un examen bactériologique.

Urines recueillies après massage: Urines recueillies après une palpation de la prostate.

Références

1. Martin Dörr, Anne Schlesinger-Raab and Jutta Engel (2013). Epidemiology of Prostate Cancer, Advances in Prostate Cancer, Dr. Gerhard Hamilton (Ed.), ISBN: 978-953-51-0932-7, InTech, DOI: 10.5772/52150. www.intechopen.com/books/advances-in-prostate-cancer/epidemiology-of-prostate-cancer
2. Berry et al: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol 132: 474-479; 1984
3. Bushman W: Etiology, Epidemiology and Natural History. Urol Clin N Am 36: 403-415; 2009

Cachet du cabinet médical

P006746_ZH-TokioWL_07/13

Brochure d'information de la
Société Suisse d'Urologie
www.urologie.ch

Avec le généreux soutien de la société
AstraZeneca SA
Grafenau 10
6301 Zoug
info@astrazeneca.ch
www.astrazeneca.ch