

# Prostatite chronique / syndrome douloureux pelvien chronique

*Résumé vulgarisé des articles :*

- « Approche symptomatique des douleurs prostatiques chroniques et du syndrome douloureux pelvien chronique »

- « Traitements spécifiques de la prostatite chronique abactérienne et du syndrome douloureux pelvien chronique »

Publiés par Elsevier Masson dans « Progrès en urologie », septembre 2010 et rédigés par : Dr D. DELAVIERRE, Dr J. RIGAUD, Dr L. SIBERT, Dr JJ LABAT.

La prostatite chronique, qui est désormais appelée syndrome douloureux pelvien chronique est une douleur pelvienne génito-urinaire sans bactérie évoluant depuis plus de 3 mois, parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels, avec ou sans aspect inflammatoire, (selon la présence ou non de globules blancs dans les urines ou le sperme). Bien que la prostate ne semble pas forcément impliquée dans ces douleurs pelvi-périnéales chez l'homme, le terme de « prostatite chronique » (non bactérienne) reste plus utilisé que celui de « syndrome douloureux pelvien chronique », le terme de PC lui reste donc accolé.

## 1) Hypothèses sur les causes

**Les causes et processus de survenue de la PC/SDPC ne sont pas connus à ce jour mais font l'objet de plusieurs théories :**

### ❖ Théorie infectieuse

Cette théorie repose sur l'idée que des agents pathogènes seraient impossibles à détecter par les explorations microbiologiques actuelles (théorie de l'infection occulte). Le rôle de germes comme le *Chlamydiae trachomatis* et les mycoplasmes génitaux a été suspecté dans l'origine de la PC/SDPC.

L'origine infectieuse de la PC/SDPC reste néanmoins discutée car on peut retrouver des marqueurs de l'infection dans les sécrétions prostatiques de patients ne présentant pas les symptômes de la PC. Par exemple, les prélèvements effectués dans des bilans d'infertilité montrent également des *prévalences* (nombre de cas recensés) élevées de ces germes chez des hommes qui sont *asymptomatiques* (sans douleur).

Des travaux ont montré une prévalence élevée d'antécédents infectieux dans le passé des hommes porteurs d'une PC/SDPC. L'infection agirait comme un événement initiateur en provoquant des lésions tissulaires et une inflammation. Cette hypothèse rejoint la théorie de l'hypersensibilisation.

### ❖ Théorie inflammatoire

Le rôle de l'inflammation prostatique dans la PC/SDPC est discuté. La présence de leucocytes en serait le témoin mais, comme pour les germes, de nombreux patients asymptomatiques présentent des leucocytes dans les examens effectués.

De nombreux travaux ont cherché d'autres marqueurs de l'inflammation que les leucocytes (sans intérêt pratique pour le moment). D'autres mécanismes pourraient conduire également à une inflammation prostatique : déséquilibre moléculaire,

processus auto-immuns, défaut de récepteurs aux hormones masculines au niveau des organes génitaux (les hormones ne peuvent pas agir normalement).

#### ❖ Théorie de l'hypersensibilisation

L'hypersensibilisation est responsable d'une *allodynie* (douleur au simple contact) et d'une hyperalgésie (réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse). Ce mécanisme est commun à d'autres syndromes douloureux tels que la fibromyalgie et le SDRC (syndrome douloureux régional complexe encore appelé *algodystrophie*). Un élément déclencheur : infection, intervention chirurgicale, traumatisme...va entraîner une réaction locale douloureuse avec la sécrétion de substances *algogènes* (qui génèrent la douleur) qui vont activer les fibres nerveuses et envoyer le message douloureux à la moelle épinière et au cerveau. Cette excitation des neurones va entraîner une diffusion exagérée et une pérennisation des messages douloureux. Ces mécanismes expliquent que le niveau auquel la douleur est perçue est abaissé et que la douleur puisse se propager aux régions et organes proches du site de la douleur initiale.

#### ❖ Théorie de la cystite interstitielle/ syndrome douloureux vésical chez l'homme

Il y a des similitudes entre la CI et la PC dans l'expression des symptômes et les hypothèses sur les causes. Dans les deux cas, il ne s'agirait pas d'une maladie de la vessie ou de la prostate, mais de l'expression locale d'une maladie ou d'un dysfonctionnement régional neurologique. **Néanmoins les résultats des études sur le sujet sont contradictoires et malgré les similitudes, on ne peut pas assimiler CI et PC.**

#### ❖ Théorie neuromusculaire

Un syndrome myofascial avec spasme musculaire pelvien pourrait être à l'origine des symptômes de PC/SDPC. Ce syndrome musculaire pourrait témoigner d'une hypersensibilisation musculaire rejoignant la théorie décrite précédemment. La présence d'un spasme musculaire reste difficile à interpréter car il peut être secondaire à la douleur elle-même.

#### **La prostatite chronique/syndrome douloureux pelvien chronique est certainement un syndrome multifactoriel.**

L'hypersensibilisation neurologique illustre son caractère multifactoriel : l'infection et l'inflammation pourraient être impliquées dans la survenue de la PC/SDPC non comme des causes directes mais des éléments déclencheurs de ce phénomène d'hypersensibilisation.

La PC/SDPC est souvent associée à d'autres pathologies ou syndromes douloureux. Des associations entre les syndromes douloureux pelviens chroniques non expliqués (prostatite chronique, cystite interstitielle, vulvodynie) et des syndromes douloureux chroniques non pelviens (fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire, syndrome de l'intestin irritable) ont été démontrées (Rodriguez et al –NIDDK).

## 2) L'évaluation diagnostique

Elle repose principalement sur l'examen clinique car peu d'examens ont un intérêt diagnostique. Ils visent essentiellement à éliminer d'autres pathologies.

### ❖ L'interrogatoire

L'interrogatoire porte principalement sur :

#### ✓ Les antécédents des patients :

- éventuelles interventions uro-génitales,
- infections (sexuellement transmissibles, de l'appareil uro-génital)

#### ✓ La description des symptômes (des douleurs) :

- le mode d'installation (*souvent brutal*),
- son ancienneté (*doit être supérieure à 3 mois*)
- son intensité (*parfois sévère*)
- sa localisation : *périnéale ou génitale, hypogastrique (entre l'ombilic et le pubis) mais également anorectale ou même rachidienne lombaire.*
- son évolution : *souvent variable avec des périodes de rémission et de rechute*

#### ▪ Les troubles mictionnels associent *pollakiurie* (envies fréquentes) et *urgenterie* (envies pressantes d'uriner).

#### ▪ Les dysfonctions sexuelles comprennent les douleurs à l'éjaculation, l'éjaculation prématurée, les troubles de l'érection et l'altération du désir.

**Les douleurs à l'éjaculation sont assez spécifiques d'un PC/SDPC et prédictives d'une évolution plus sévère.**

#### ✓ Le retentissement sur la qualité de vie

Le praticien peut également utiliser le questionnaire NIH-CPSI (élaboré par le National Institutes of Health – Chronic Prostatitis Symptom Index) qui complète l'interrogatoire.

Ce questionnaire comprend 9 questions dont 4 sur la douleur, 2 sur les troubles mictionnels et 3 sur la qualité de vie.

### ❖ L'examen clinique

Il concerne la verge, le scrotum et son contenu, le périnée, la prostate, les régions péri-anale et *inguinale* (*pli de l'aîne*).

- Le toucher rectal évalue la prostate, le plus souvent elle est normale.

Il permet également d'éliminer une compression du nerf pudendal (signe de Tinel : déclenchement d'une douleur exquise au niveau de l'épine ischiatique).

- L'examen recherche également les points gâchettes myofasciaux douloureux et les anomalies squeletto-musculaires.

### ❖ Examens de laboratoire

#### ✓ Examen obligatoire : L'ECBU (examen cyto bactériologique des urines)

Est par définition stérile dans le cas d'une prostatite chronique abactérienne. La présence de bactéries ou d'hématies orientent vers un autre diagnostic.

✓ **Examen recommandé : mesure du débit mictionnel associé à une mesure du résidu post-mictionnel.**

Un bilan urodynamique complet doit être réservé aux patients dont les troubles mictionnels résistent aux traitements.

*Les autres examens sont optionnels et dépendent des antécédents du patient* (spermoculture, prélèvement urétral, PSA, cytologie urinaire, imagerie, cystoscopie).

**Il n'y a donc pas de marqueur spécifique (biologique ou imagerie) de la PC/SDCP**

### 3) Traitements spécifiques à la PC/SDPC

**Le traitement d'une prostatite chronique bactérienne est bien codifié contrairement au traitement de la PC/SDPC qui n'est ni codifié ni consensuel pour les raisons suivantes :**

- L'origine complexe et multi-factorielle de la PC/SDPC
- L'absence de test ou de marqueur diagnostique
- L'insuffisance d'études randomisées contrôlées contre placebo pour les traitements proposés (aucun traitement n'est à ce jour validé scientifiquement).

#### ❖ Antibiotiques

L'antibiothérapie reste le traitement de référence malgré les incertitudes sur les origines infectieuses de cette pathologie et l'absence de preuve d'efficacité. Ce traitement ne peut donc pas être recommandé.

#### ❖ Alpha-bloquants

L'utilisation empirique des alpha-bloquants également très prescrits repose sur le fait que les patients présentent souvent des troubles mictionnels et un syndrome obstructif sur le bas appareil urinaire. Selon des études, les traitements alpha-bloquants pourraient être efficaces chez des patients précocement diagnostiqués, présentant des troubles mictionnels, n'ayant jamais reçu de traitement et avec une durée de traitement suffisamment longue : de 12 semaines à 6 mois.

#### ❖ Phytothérapie

**La quercétine** (bioflavonoïde aux effets anti-inflammatoires et anti-oxydants), les **extraits de pollen** semblent présenter un réel intérêt dans le traitement de la PC/SDPC avec l'avantage d'une tolérance satisfaisante. Ces études qui ont été réalisées sur de petits effectifs méritent d'être confirmées

#### ❖ Polysulfate de pentosan sodique (\*Elmiron)

Il s'agit d'un **mucopolysaccharide\*** indiqué dans le traitement de la cystite interstitielle. Une première étude indique des résultats satisfaisants qui sont à confirmer dans une étude de plus grande ampleur.

*\*association de protides et de glucides que l'on retrouve dans le tissu conjonctif.*

### ❖ Thérapie par ondes de choc extracorporelles par voie périnéale

Une première étude indique des résultats satisfaisants qui seraient à confirmer dans une étude de plus grande envergure.

### ❖ Autres traitements

Pour certains traitements, des études menées sur un nombre réduit de patients montrent une efficacité qui reste à confirmer sur des études plus larges :

- ✓ **La mépartricine**  
*Antibiotique et antifongique avec une action anti-ostrogénique*
- ✓ **La stimulation électrique pelvienne**
- ✓ **La thérapie micro-ondes trans-urétrale (TMTU)**  
*Traitement par la chaleur produite par un micro-onde et administré par voie trans-urétrale*
- ✓ **L'acupuncture**
- ✓ **Le finastéride** (chibroproscar)  
*Anti-androgène qui diminue le volume prostatique*

D'autres traitements, non validés à ce jour, sont également proposés:

- Les antalgiques, anti-inflammatoire et opiacés
- Les traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques (anti-dépresseur, anticonvulsivants, tramadol).
- La physiothérapie : rééducation pelvienne (avec ou sans biofeedback)

**Les avancées en matière de traitement de la PC/SDPC ne pourront venir que de nouveaux travaux de recherche. L'enjeu consistera à proposer des schémas thérapeutiques adaptés aux symptômes prédominants compte tenu de la diversité des profils des patients. (Classification proposée récemment par Shokes et al.).**

## **Ce qu'il faut retenir**

La prostatite chronique bactérienne représente seulement 5 à 10% de l'ensemble des prostatites chroniques. A la terminologie habituelle de prostatite chronique non bactérienne s'est substituée celle de syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme car la prostate ne semble pas expliquer toutes les douleurs concernées.

L'infection et l'inflammation prostatiques pourraient être impliquées dans l'origine de la PC/SDPC non pas comme cause directe mais comme éléments initiateurs d'un phénomène d'hypersensibilisation. Malgré sa fréquence et son retentissement sur la qualité de vie et la sexualité, la PC/SDPC reste mal connue et mal diagnostiquée. L'évaluation diagnostique repose sur avant tout sur l'examen clinique et l'interrogatoire du patient. L'examen obligatoire est l'ECBU pour orienter le diagnostic. Il est recommandé de procéder à une mesure du débit mictionnel complétée par la mesure du résidu contenu dans la vessie après la miction. Les

autres examens sont optionnels et prescrits en fonction des antécédents des patients afin d'éliminer d'autres pathologies.

Les traitements de la PC/ SDPC ne sont pas à ce jour validés. Les antibiotiques ne sont pas recommandés, les alpha-bloquants pourraient être efficaces dans certaines conditions (patients récemment diagnostiqués, n'ayant jamais reçu de traitement, durée de 12 semaines à 6 mois). La phytothérapie pourrait être efficace. La chirurgie de la prostate et du col cervical n'est pas recommandée (c'est un point de consensus). D'autres traitements semblent apporter des résultats qui demandent à être confirmés.

**Avec la contribution et la validation scientifique du Dr JJ LABAT**