

Syndrome douloureux pelvien chronique chez l'homme : prostatite ?

Mots clés :

Douleur chronique ;
Prostatite ;
Soins primaires
[Pain, Chronic;
Prostatitis;
Primary Health
Care]

Le terme de « prostatite » est utilisé pour définir des situations cliniques aussi différentes que des infections bactériennes aiguës ou chroniques de la prostate et des syndromes douloureux chroniques où aucun agent infectieux n'est retrouvé, dont les causes sont multifactorielles et restent souvent inconnues. L'hétérogénéité de ce tableau clinique et les nombreuses incertitudes qui le concernent sont telles qu'il n'existe pas de recommandations spécifiques. Il semble assez mal identifié en médecine générale. Deux excellentes revues générales^{1,2}, un consensus d'experts³ et une enquête auprès de généralistes américains⁴ situent assez bien les enjeux actuels de ce syndrome.

Définitions du National Institute of Health

Le consensus des urologues Européens recommande d'adopter les définitions américaines du NIH (mais aussi des Instituts de diabétologie, de pathologies digestives et rénales)³. Le NIH distingue 3 syndromes prostatiques chroniques (quand les symptômes persistent au moins 3 mois) : la *prostatite chronique bactérienne*, due à une infection bactérienne avec ou sans symptômes de prostatite, le plus souvent avec des infections récurrentes des voies urinaires dues à la même souche bactérienne ; le *syndrome douloureux pelvien chronique* (SDPC, inflammatoire ou non) parfois associé à des troubles mictionnels sans infection urinaire ; la *prostatite inflammatoire asymptomatique* de découverte fortuite (examens faits pour infertilité ou PSA élevés...)

Les plaintes les plus fréquentes

On retrouve plus ou moins intriqués¹⁻³ : dysurie intermittente, symptômes d'obstruction transitoire ou infections récurrentes des voies urinaires, douleurs ou inconfort pelvien (périnée ou prostate 4 fois sur 10, testicule ou scrotum 4 fois sur 10, pénis, vessie, zone dorsale basse pour le reste), douleur éjaculatoire ou dysfonction érectile, sans infection documentée. La prostate peut être normale ou nodulaire, plus ou moins sensible au moment des poussées. Au total, les données cliniques sont donc assez peu spécifiques...

Epidémiologie incertaine...

Il n'existe pas de données fiables. La prévalence de symptômes évoquant ces prostatites est estimée à 10% environ en population générale^{1,4}. Diverses causes ont été évoquées : infections prostatiques, infections sexuellement transmissibles (chlamydias, uréaplasmas et autres trichomonases...), diverses anomalies immunologiques ou psychologiques... Dans un contexte aussi mal

défini, aucun test ou traitement du SPDC n'a fait ses preuves¹⁻³...

Recherche de germes pathogènes

S'il s'agit d'une *prostatite bactérienne* (histoire infectieuse récurrente), la culture des urines au moment des poussées identifie le germe (avant et après massage prostatique, mais le test des « 4 verres » de Meares-Stamey souvent cité ne semble en fait pas très utilisé) ; la biologie sanguine (cytologie, signes inflammatoires) et le dosage de PSA n'ont aucune indication¹. Les doser imposerait de les vérifier jusqu'à une hypothétique normalisation... Si des infections récurrentes sont confirmées, des examens urologiques spécialisés sont indispensables.

S'il n'y a pas d'antécédents infectieux, la recherche microbienne n'est positive que dans moins de 10% des cas, comme chez des hommes asymptomatiques... Divers examens urologiques (évaluation urodynamique, échographie transrectale, biopsies prostatiques...) ont été proposés dans ce cas¹⁻³.

Traitements

L'antibiothérapie est le traitement de référence pour la prostatite bactérienne (cf *Bibliomed* 680) pour une durée de 4 semaines (les essais randomisés avec des fluoroquinolones rapportent 75 à 90% de succès à 6 mois). Quelques petits essais randomisés ont montré que le SDPC était amélioré 1 fois sur 2 ou 3 par la prise d' α -bloquants pendant 12 à 14 semaines¹⁻³. La diversité des autres mesures urologiques proposées, chirurgie comprise, montre surtout la complexité du problème. L'hypothèse d'algie neuropathique actuellement évoquée ouvre de nouvelles recherches sur différents analgésiques (prégabaline et gabapentine, mémantine, tricycliques...)².

Que conclure pour notre pratique ?

Malgré une prévalence de l'ordre de 10% en population générale, sans doute environ 1% des consultations de médecine générale⁴, **le syndrome douloureux pelvien chronique semble fréquemment méconnu** : dans l'enquête américaine⁴, 4 généralistes sur 10 disaient n'en avoir jamais vu, 1 sur 2 connaissaient mal la classification du NIH. Les nombreuses incertitudes sur ses causes et son traitement¹⁻³ expliquent sans doute cette méconnaissance. Nous ne savons pas si ces patients sont traités pour d'autres douleurs chroniques ou consultent un urologue en première intention.

Ce syndrome douloureux, au delà de ses incertitudes et de ses particularismes, **pose la question beaucoup plus générale du traitement de la douleur chronique non cancéreuse** : il pourrait en ce sens être un bon modèle pour la réflexion et la formation à la décision en situation d'incertitude⁴.

Références

- 1- Schaeffer AJ. Chronic Prostatitis and the Chronic Pelvic Pain Syndrome. *N Engl J Med.* 2006;355:1690-8.
- 2- Strauss AC et al. The initial treatment for chronic bacterial prostatitis new treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Nat Rev Urol.* 2010;7:127-35.
- 3- Grabe M et al. Guidelines on Urological Infections. *European Association of Urology.* 2010.
- 4- Calhoun EA et al. Primary care physician practices in the diagnosis, Treatment and management of men with chronic Prostatitis/chronic pelvic pain syndrome Prostate Cancer Prostatic Dis. 2009;12:288-95.