

Prostatite chronique et syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme. Enquête auprès des urologues français

Dominique DELAVIERRE

Service Urologie-Andrologie, CHR La Source, Orléans, France

RESUME

Objectif de l'enquête : Connaître les habitudes des urologues français dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des prostatites chroniques.

Matériel et Méthodes : Huit cent dix urologues membres de l'Association Française d'Urologie exerçant en France ont reçu par voie postale en juin 2003 un questionnaire sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des prostatites chroniques.

Résultats : Cent vingt quatre (15%) ont répondu et 61% diagnostiquaient moins de 11 nouveaux cas de prostatite chronique par an. Soixante cinq pourcent ne connaissaient pas la nouvelle classification proposée aux USA en 1995 par le NIH (National institutes of health) avec pour objectifs de sortir cette pathologie du cadre strict de la prostate, de la recentrer sur la notion de douleur et d'introduire la notion de syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme. Quatre vingt trois pourcent effectuaient souvent ou toujours des explorations microbiologiques mais seulement 10% faisaient souvent ou toujours une épreuve de Meares et Stamey comportant l'analyse des sécrétions prostatiques après massage. Soixante huit pourcent ne la faisaient jamais. Par contre 76% faisaient un ECB du 1er jet urinaire, 61% du 2ème jet et 76% une spermoculture. Soixante treize pourcent prescrivaient souvent ou toujours des antibiotiques (82% utilisaient des fluoroquinolones et 43% l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole). Même en l'absence de preuve microbiologique d'infection 41% prescrivaient souvent ou toujours des antibiotiques, 89% prescrivaient parfois ou souvent des alpha-bloquants, 89% parfois, souvent ou toujours des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 81% parfois, souvent ou toujours des antalgiques, 52% parfois ou souvent des anxiolytiques. Soixante six pourcent sollicitaient parfois ou souvent l'avis d'autres spécialistes.

Conclusion : Cette enquête a montré que les prostatites chroniques, désormais regroupées pour la plupart sous l'appellation de syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme, continuaient de poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques aux urologues français.

Mots clés : prostate, prostatite, douleur pelvienne.

Niveau de preuve : 3

Depuis les travaux de DRACH publiés en 1978 [1] les prostatites étaient regroupées en prostatites aiguës, chroniques, bactériennes ou non, et prostatodynies. Cette classification reposait sur la clinique et l'épreuve microbiologique de MEARES et STAMEY (analyse fractionnée et comparative des urines et des sécrétions prostatiques obtenues par massage prostatique) décrite en 1967 [2, 3].

En 1995, le NIH (National institutes of health, USA) et un groupe de travail sur la prostatite chronique (PC) (the chronic prostatitis collaborative research network study group) ont proposé une nouvelle classification avec pour objectif de sortir cette pathologie du cadre strict de la prostate et de la recentrer sur la notion de douleur pelvienne [4]. Toujours basée sur la clinique et la microbiologie, cette classification distingue la prostatite aiguë, la PC bactérienne, le syndrome douloureux pelvien chronique (SDPC), inflammatoire ou non, et une nouvelle entité, la prostatite inflammatoire asymptomatique. Le Tableau I détaille la définition des différentes catégories de prostatites.

En 1999 dans le prolongement de cette classification le NIH et le groupe de travail sur la PC ont proposé un score symptomatique (NIH-CPSI : NIH chronic prostatitis symptom index) utilisant 9

questions concernant la dernière semaine écoulée : 4 sur la douleur (localisation, sévérité, fréquence), 2 sur les troubles mictionnels (irritatifs et obstructifs) et 3 sur la qualité de vie (conséquences des symptômes sur la vie quotidienne) [5].

De nombreuses enquêtes épidémiologiques récentes effectuées en Amérique du Nord, en Europe et en Asie ont montré des prévalences de PC et de SDPC non négligeables dans la population masculine (Tableau II) [6-17]. Ces enquêtes ont également souligné l'impact de cette pathologie sur la qualité de vie, la fonction sexuelle et la santé mentale.

A l'instar d'autres enquêtes réalisées dans divers pays nous avons cherché à connaître les habitudes des urologues français dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la PC.

Manuscrit reçu : août 2006, accepté : novembre 2006

Adresse pour correspondance : Dr. D. Delavierre, Service Urologie-Andrologie, CHR La Source, BP 6709, 45067 Orléans Cedex 2

e-mail : delav.uro@wanadoo.fr

Ref : DELAVIERRE D. Prog. Urol., 2007, 17, 69-76

Tableau 1. Définition et classification des prostatites [4].

Prostatite aiguë bactérienne :	infection aiguë de la prostate (catégorie I)
Prostatite chronique bactérienne :	infection chronique ou récidivante de la prostate par des agents bactériens (catégorie II)
Syndrôme douloureux pelvien chronique (catégorie III) :	douleur pelvienne génito-urinaire sans bactéries évoluant depuis au moins 3 mois parfois associée à des troubles mictionnels et sexuels, inflammatoire (IIIA) ou non (IIIB) selon la présence ou non de leucocytes dans les sécrétions prostatiques, les urines recueillies après massage prostatique ou le sperme.
Prostatite inflammatoire asymptomatique (catégorie IV) :	inflammation histologique ou présence de leucocytes dans les sécrétions prostatiques, les urines recueillies après massage prostatique ou le sperme.

Tableau 2 : Epidémiologie de la prostatite chronique et du syndrome douloureux pelvien chronique de l'homme

Auteur (Année)	Pays	Nombre d'hommes	Age (ans)	Prévalence des prostatites ou de symptômes évocateurs
ROBERTS (1998) [16]	USA	2 113	40/79	8,8% aiguës, chroniques ou non précisées
COLLINS (1998) [8]	USA	58 955 visites	≥ 18	8% en urologie 1% en médecine générale
MEHIK (2000) [11]	Finlande	1 832	20/59	14,2% incidence = 37,8/10000/an
NICKEL (2001) [12]	Canada	868	20/74	9,7%
KU (2001) [10]	Corée du sud	16 321	20	6%
COLLINS (2002) [7]	USA	31 681 professionnels de santé		16%
ROBERTS (2002) [15]	USA	1 541	40/79	12% au moins 1 douleur urogénitale 2,2% symptômes de prostatites
TAN (2002) [17]	Singapour	1 087	21/70	2,7%
CHEAH (2002) [6]	Malaisie	3 147	20/50	8,7%
RIZZO (2003) [14]	Italie	8 503		12,8% aiguës ou chroniques
NICKEL (2005) [13]	Canada	8712		2,7%
DANIELS (2005) (9)	USA	5821	≥ 65	25% aiguës ou chroniques (antécédents ou en cours)

MATERIEL ET METHODES

810 urologues membres titulaires ou associés de l'Association Française d'Urologie exerçant en France ont reçu par voie postale en juin 2003 un questionnaire sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des PC (Tableau III).

RESULTATS

Le Tableau IV présente les résultats détaillés de l'enquête.

124 urologues (15%) ont répondu au questionnaire. 61% diagnostiquaient moins de 11 nouveaux cas de PC par an (Figure 1) et 47% suivaient régulièrement moins de 11 patients (Figure 2). 65% ne connaissaient pas la nouvelle classification du NIH. 83% effectuaient souvent ou toujours des explorations microbiologiques (Figure 3) mais seulement 10% faisaient souvent ou toujours une épreu-

ve de MEARES et STAMEY (Figure 4). 68% ne la faisaient jamais. Par contre 76% faisaient un ECB du 1^{er} jet urinaire, 61% du 2^{ème} jet et 76% une spermoculture. 73% prescrivait souvent ou toujours des antibiotiques (82% utilisaient des fluoroquinolones et 43% l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole) (Figure 5). Même en l'absence de preuve microbiologique d'infection 41% prescrivait souvent ou toujours des antibiotiques (Figure 6). 89% prescrivait parfois ou souvent des alpha-bloquants, 89% parfois, souvent ou toujours des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 81% parfois, souvent ou toujours des antalgiques, 52% parfois ou souvent des anxiolytiques. 66% sollicitaient parfois ou souvent l'avis d'autres spécialistes (Figure 7). 89,5% distinguaient dans leur pratique diagnostique et thérapeutique les prostatites aiguës récidivantes des PC. 76% prescrivait parfois, souvent ou toujours une antibioprophy-laxie face à des prostatites aiguës récidivantes (Figure 8).

Tableau III. Enquête sur les prostatites chroniques auprès des urologues français.

Mode d'exercice :	Libéral	Hospitalier	Mixte		
Votre âge :	Moins de 36 ans	36-45	46-55	56-65	Plus de 65 ans
Combien de nouveaux cas de prostatites chroniques diagnostiquez-vous par an ?					
Combien de patients suivez-vous régulièrement pour prostatites chroniques ?					
Connaissez-vous la nouvelle classification des prostatites chroniques proposée aux USA par le NIH au milieu des années 90 ?					
	Oui	Non			
Face à une prostatite chronique ou une suspicion effectuez-vous des explorations ?					
Microbiologiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Radiologiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Echographiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Endoscopiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Urodynamiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Autre (Laquelle ?)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Effectuez-vous notamment l'épreuve microbiologique fractionnée de Meares et Stamey ?					
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Faute d'épreuve de Meares et Stamey quels examens microbiologiques effectuez-vous ?					
ECB des urines	1er jet	2ème jet			
Prélèvement urétral					
Spermoculture					
Autre (Lequel ?)					
Quels traitements prescrivez-vous ?					
Antibiotiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Quelle famille de préférence ?	Pénicillines	Céphalosporines	Cyclines	Macrolides	Fluoroquinolones
		Sulfaméthoxazole/Triméthoprime		Autre (Laquelle ?)	
Alpha-bloquants	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Anticholinergiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Myorelaxants	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Anxiolytiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Antidépresseurs	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Antalgiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Corticoïdes	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Autre (lequel ?)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
En l'absence de preuve microbiologique d'infection prescrivez-vous quand même une antibiothérapie ?					
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Sollicitez-vous l'aide d'autres spécialistes ?					
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Lesquels ?	Infectiologue	Algologue	Psychiatre	Neurologue	Autre
Distiguez-vous dans votre pratique diagnostique et thérapeutique les prostatites chroniques des prostatites aiguës récidivantes ?					
	Oui	Non			
Face à des prostatites aiguës récidivantes prescrivez-vous une antibioprophylaxie ?					
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	

DISCUSSION

Notre enquête a montré que peu d'urologues français connaissaient la nouvelle classification proposée par le NIH. La majorité estimait nécessaire de rechercher un agent infectieux (en faveur d'une PC bactérienne) mais n'effectuait pas le test diagnostique considéré théoriquement comme le plus performant (épreuve de MEARES et STAMEY comportant l'analyse des sécrétions prostatiques après massage). Beaucoup restaient fidèles à la prescription d'antibiotiques (le plus souvent fluoroquinolones ou sulfaméthoxazole/triméthoprime) même en l'absence de preuve microbiologique d'infection mais prescrivaient également des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antalgiques, des alpha-bloquants et des anxiolytiques.

Nos résultats apparaissent comparables à ceux des enquêtes effectuées dans le même domaine ces dernières années dans divers pays du monde (Pays-Bas, Etats-Unis, Canada, Italie, Japon et Corée) avec des taux de participation supérieurs au nôtre.

En 1992 DE LA ROSETTE a interrogé 250 urologues hollandais (136 répondants, taux de réponse de 54%) [18]. 50% effectuaient le test de MEARES et STAMEY. 40% estimaient que les étiologies non bactériennes notamment psychosomatiques étaient les plus fréquentes. L'antibiothérapie était le traitement de 1^{ère} intention, le plus souvent le sulfaméthoxazole/triméthoprime pendant 3 semaines.

Tableau IV. Résultats de l'enquête.

Mode d'exercice :	Libéral 41,9%	Hospitalier 36,3%	Mixte 20,2%	Non précisé 1,6%	
Votre âge :	Moins de 36 ans 12,9%	36-45 25,8%	46-55 37,9%	56-65 21,8%	Plus de 65 ans 1,6%
Combien de nouveaux cas de prostatites chroniques diagnostiquez-vous par an ?	Aucun 4,8%	1 à 10 56,4%	11 à 20 19,4%	Plus de 20 12,9%	Non précisé 6,5%
Combien de patients suivez-vous régulièrement pour prostatites chroniques ?	Aucun 11,3%	1 à 10 35,5%	11 à 20 16,1%	Plus de 20 25,8%	Non précisé 11,3%
Connaissez-vous la nouvelle classification des prostatites chroniques proposée aux USA par le NIH au milieu des années 90 ?	Oui 34,7%	Non 65,3%			
Face à une prostatite chronique ou une suspicion effectuez-vous des explorations ?					
Microbiologiques	Jamais 4%	Parfois 12,9%	Souvent 28,2%	Toujours 54,8%	
Radiologiques	Jamais 16,1%	Parfois 46,7%	Souvent 24,2%	Toujours 12,9%	
Echographiques	Jamais 4%	Parfois 14,5%	Souvent 37,9%	Toujours 43,5%	
Endoscopiques	Jamais 12,9%	Parfois 64,5%	Souvent 17,7%	Toujours 4,8%	
Urodynamiques	Jamais 51,6%	Parfois 48,4%	Souvent 0%	Toujours 0%	
Effectuez-vous notamment l'épreuve microbiologique fractionnée de Meares et Stamey ?	Jamais 67,7%	Parfois 22,6%	Souvent 6,5%	Toujours 3,2%	
En dehors de l'épreuve de Meares et Stamey quels examens microbiologiques effectuez-vous ?					
ECB des urines	1er jet 75,8%	2ème jet 61,3%			
Prélèvement urétral	46,8%				
Spermoculture	75,8%				
Quels traitements prescrivez-vous ?					
Antibiotiques	Jamais 8,1%	Parfois 18,5%	Souvent 47,6%	Toujours 25,8%	
Quelle famille ?	Fluoroquinolones 82,2%	Sulfaméthoxazole/Triméthoprime 43,5%		Tétracyclines 16,1%	Autres 9,7%
Alpha-bloquants	Jamais 10,5%	Parfois 58%	Souvent 31,5%	Toujours 0%	
Anticholinergiques	Jamais 50%	Parfois 50%	Souvent 0%	Toujours 0%	
Myorelaxants	Jamais 69,3%	Parfois 28,2%	Souvent 2,4%	Toujours 0%	
Anxiolytiques	Jamais 48,4%	Parfois 46%	Souvent 5,6%	Toujours 0%	
Antidépresseurs	Jamais 71,8%	Parfois 25%	Souvent 3,2%	Toujours 0%	
Antalgiques	Jamais 18,6%	Parfois 55,6%	Souvent 23,4%	Toujours 2,4%	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Jamais 11,3%	Parfois 50,8%	Souvent 35,5%	Toujours 2,4%	
Corticoïdes	Jamais 71,8%	Parfois 26,6%	Souvent 1,6%	Toujours 0%	
En l'absence de preuve microbiologique d'infection prescrivez-vous quand même une antibiothérapie ?	Jamais 23,4%	Parfois 35,5%	Souvent 35,5%	Toujours 5,6%	
Sollicitez-vous l'aide d'autres spécialistes ?	Jamais 33,9%	Parfois 64,5%	Souvent 1,6%	Toujours 0%	
Lesquels ?	Algologue 27,4%	Infectiologue 23,4%	Neurologue 17,7%	Psychiatre 16,1%	Autres 5,6%
Distinguez-vous dans votre pratique diagnostique et thérapeutique les prostatites chroniques des prostatites aiguës récidivantes ?	Oui 89,5%	Non 10,5%			
Face à des prostatites aiguës récidivantes prescrivez-vous une antibioprofylaxie ?	Jamais 24,2%	Parfois 26,6 %	Souvent 25%	Toujours 24,2%	

En 1997 MOON a interrogé 135 urologues du Wisconsin aux Etats-Unis (60 réponders, 44%) [19]. Ces urologues voyaient en moyenne 173 patients par an avec cette pathologie. 56% ont estimé que 70 à 90% des PC n'étaient pas d'origine infectieuse. 45% effectuaient la culture des sécrétions prostatiques recueillies par massage. 60% prescrivait le sulfaméthoxazole/triméthoprime et 25% les fluoroquinolones ou les tétracyclines. En 2^{ème} intention après les antibiotiques 71% utilisaient les alpha-bloquants et 55% les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

En 1998 NICKEL a interrogé 545 urologues canadiens (151 réponders, 28%) [20]. Ces urologues voyaient en moyenne 22 patients par mois avec cette pathologie. 1/3 effectuaient la mise en culture

des sécrétions prostatiques obtenues par massage ou d'autres prélèvements du bas appareil urinaire. 52% utilisaient le sulfaméthoxazole/triméthoprime en traitement de 1ère intention et 42% les fluoroquinolones. Cette enquête a également témoigné de la frustration des urologues et de leurs difficultés à prendre en charge cette pathologie.

En 2000 McNAUGHTON COLLINS a interrogé 791 urologues des USA (504 réponders, 64%) [21]. Ces urologues avaient vu en moyenne 30 nouveaux cas de PC dans l'année précédente. 80% effectuaient rarement ou jamais l'épreuve de MEARES et STAMEY, 4% presque toujours. 40% prescrivait des antibiotiques à tous leurs patients et 42% à plus de la moitié.

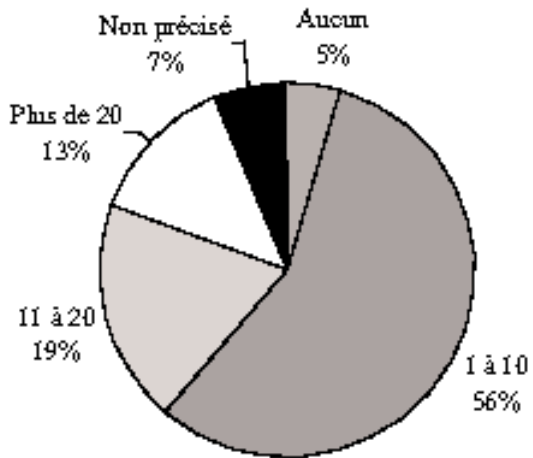


Figure 1. Combien de nouveaux cas de prostatites chroniques diagnostiquez-vous par an ?

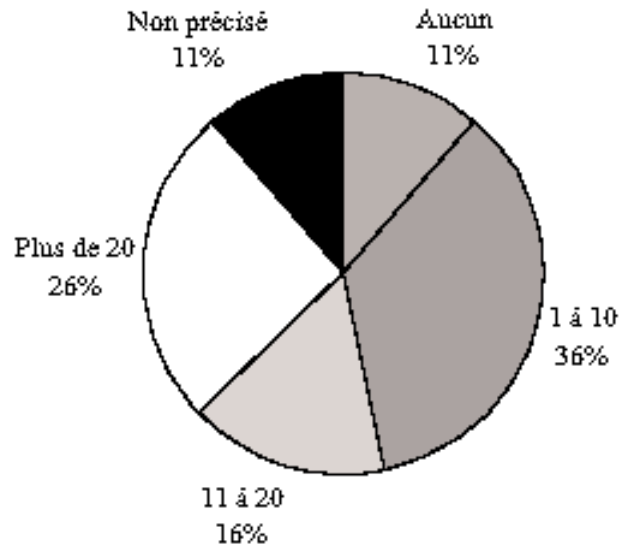


Figure 2. Combien de patients suivez-vous régulièrement pour prostatite chronique ?

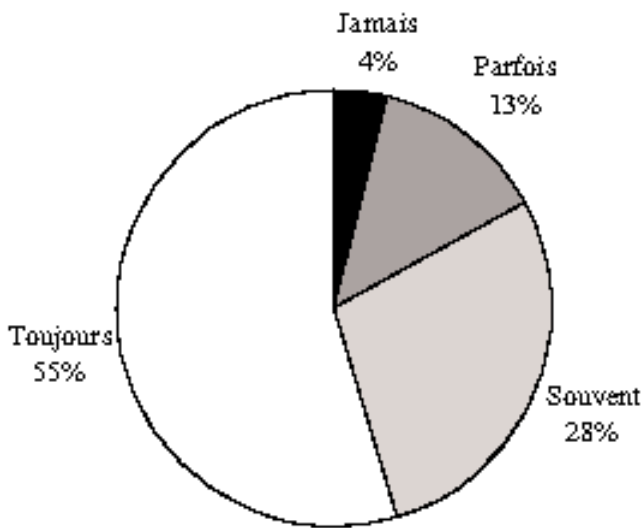


Figure 3. Face à une prostatite chronique ou une suspicion effectuez-vous des explorations microbiologiques ?

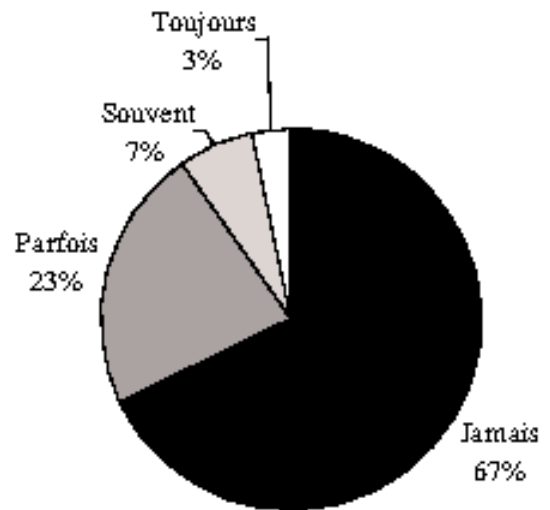


Figure 4. Face à une prostatite chronique ou une suspicion effectuez-vous l'épreuve de Meares et Stamey ?

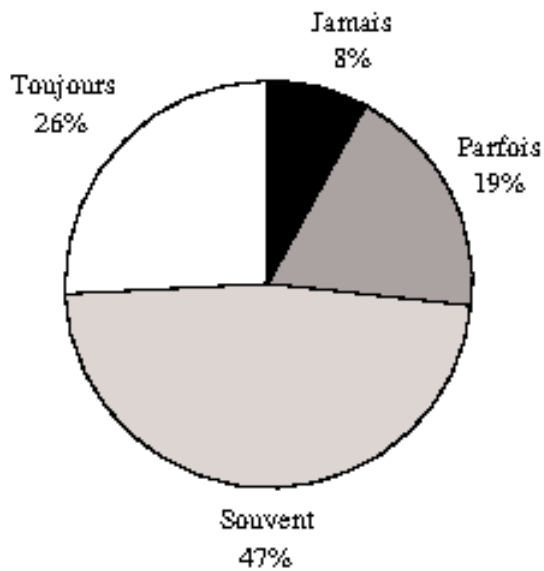


Figure 5. Face à une prostatite chronique prescrivez-vous des antibiotiques ?

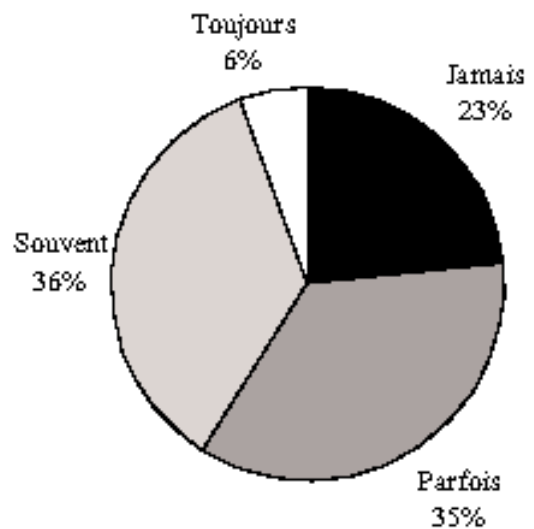


Figure 6. En l'absence de preuve microbiologique d'infection prescrivez-vous quand même une antibiothérapie ?

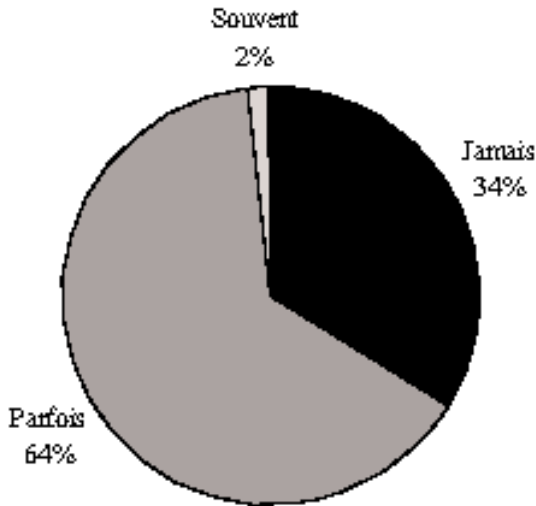


Figure 7. Face à une prostatite chronique sollicitez-vous l'avis d'autres spécialistes ?

En 2003 RIZZO a coordonné une étude multicentrique italienne concernant 70 urologues et 1074 hommes présentant une PC (14, 22). 21,6% avaient eu une mise en culture des sécrétions prostatiques obtenues par massage mais seulement 2,6% un test de MEARES et STAMEY complet.

En 2003 KIYOTA a interrogé 1869 urologues japonais (761 répondants, 41%) [23]. Durant le mois précédent 64% avaient diagnostiqué 1 à 5 nouveaux cas et 19% 6 à 10. 36% pensaient que la PC/SDPC était toujours ou parfois une maladie infectieuse. 98,5% n'effectuaient pas le test de MEARES et STAMEY (89% l'estimaient trop compliqué) mais 78% faisaient un test simplifié consistant à prélever des urines avant massage prostatique puis de nouveau des urines ou des sécrétions prostatiques après ce massage.

En 2005 KU a interrogé 850 urologues coréens (275 répondants, 32%) [24]. 52% pensaient que la PC bactérienne était en réalité liée à une infection non diagnostiquée. 10,2% effectuaient presque toujours un test de MEARES et STAMEY mais 75,6% le faisaient rarement ou jamais. 44,4% estimaient toutefois que la culture des sécrétions prostatiques recueillies par massage aidait à distinguer les différents types de PC. En 1^{ère} intention 96,4% prescrivait des antibiotiques (75,3% des fluoroquinolones, 12,7% des tétracyclines et 8% le sulfaméthoxazole/triméthoprime), 71,6% des alpha-bloquants et 57,5% des anti-inflammatoires non stéroïdiens. En 2^{ème} intention 69,5% prescrivait des alpha-bloquants, 57,8% des antibiotiques et 45,1% des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les bains de siège et les massages prostatiques étaient très utilisés également.

Ces enquêtes ont mis en question l'intérêt du test de MEARES et STAMEY pourtant érigé en gold standard par les experts de la PC depuis près de 40 ans. Manifestement ce test compliqué à effectuer et à interpréter n'est pas adapté à la pratique des urologues. NICKEL et le groupe de travail du NIH sur la PC ont d'ailleurs proposé un test microbiologique simplifié comportant une analyse des urines avant puis après massage prostatique [25]. La PC bactérienne ne constitue toutefois qu'entre 5 et 10% de l'ensemble des prostatites et des syndromes douloureux pelviens chroniques [26, 27]. De nombreux micro-organismes ont été suspectés d'être responsables de PC bactériennes mais seuls les bacilles gram négatif et l'entérocoque faecalis sont des pathogènes prostatiques reconnus [28] (Tableau V). L'origine infectieuse de cette pathologie est d'autant plus discutée

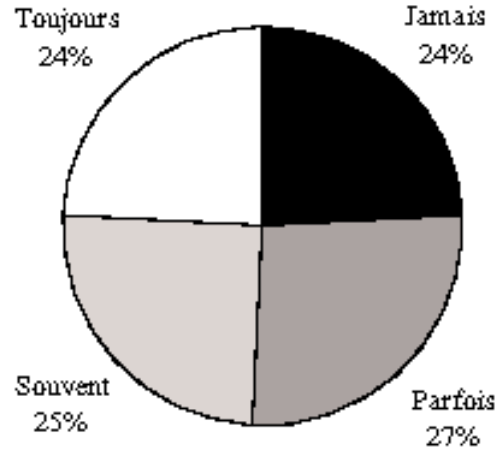


Figure 8. Face à des prostatites aiguës récidivantes prescrivez-vous une antibioprofylaxie ?

Tableau V. Micro-organismes impliqués dans les prostatites chroniques bactériennes [28].

o Pathogènes prostatiques reconnus

- Bacilles gram négatif (Escherichia coli, Klebsiella, Pseudomonas et autres)
- Enterocoque faecalis

o Pathogènes prostatiques suspectés

- Staphylocoque aureus
- Staphylocoque coagulase-négative
- Chlamydia trachomatis
- Ureaplasma urealyticum
- Anaérobies
- Levures (Candida)
- Trichomonas vaginalis
- Corynebacteries

que des patients asymptomatiques ont des micro-organismes et des marqueurs de l'inflammation dans les sécrétions prostatiques [28, 29].

Le groupe de travail du NIH sur la PC a effectué des travaux très contributifs sur une cohorte de patients présentant une PC ou un SDPC (Chronic prostatitis cohort - CPC - study) afin de préciser l'origine infectieuse ou non de cette pathologie.

SCHAEFFER a étudié 488 patients présentant un SDPC (catégorie III) [27]. La prévalence de la sous catégorie IIIa (inflammatoire) variait de 54 à 90% (c'est à dire quasiment du simple au double !) selon les critères microbiologiques retenus. Seulement 8% avaient au moins 1 germe dans le sperme, les sécrétions prostatiques ou les urines recueillies après massage prostatique (et ont été ainsi reclassés dans la catégorie II). Enfin il n'y avait pas de corrélation entre les comptes de leucocytes et de germes et la sévérité des symptômes évalués par le NIH-CPSI.

NICKEL a étudié 463 patients et 121 sujets contrôles [26]. Il a dénombré statistiquement plus de leucocytes dans les sécrétions prostatiques ou les urines recueillies après massage prostatique chez les patients avec PC ou SDPC que chez les sujets contrôles mais la prévalence de la présence de leucocytes dans le groupe contrôle était élevée et il n'y avait pas de différence dans le sperme entre les 2 groupes. Par ailleurs en ce qui concerne les bactéries uropathogènes il n'y avait pas de différence significative dans le sperme, les sécrétions prostatiques ou les urines recueillies après massage prostatique entre le groupe PC ou SDPC (8%) et le groupe contrôle (8,3%).

Ces travaux ont confirmé la faible proportion de PC bactériennes et l'existence d'autres facteurs à l'origine des symptômes de SDPC.

Des enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence certains facteurs de risque de PC/SDPC : hypertrophie bénigne de la prostate, infections sexuellement transmissibles, symptômes du bas appareil urinaire notamment obstructifs, infections urinaires ou urétrales, stress, déficit d'exposition solaire [7, 11, 22, 30-33]. Selon ces enquêtes certains facteurs seraient associés à des symptômes plus sévères : jeune âge, éducation ou revenus plus faibles, dépression, hiver. D'autres facteurs sont suspectés mais les enquêtes connaissent des limites méthodologiques et de nombreux biais qui compliquent leur interprétation et limitent leur fiabilité, notamment échantillons insuffisants, absence de population contrôle ou tests diagnostiques non reproductibles [32]. Les résultats de ces enquêtes sont souvent préliminaires et volontiers contradictoires [32]. Le travail le plus intéressant est l'évaluation de la cohorte du NIH (NIH-CPC) (463 hommes) comparée à une population témoin ajustée pour l'âge (121 hommes) [34, 35]. Ce travail a montré une association significativement plus fréquente avec certaines maladies cardiovasculaires (11% contre 2) (hypertension artérielle, athérosclérose), gastro-intestinales (25% contre 7) (intestin irritable, spasmes coliques), neurologiques (41% contre 14) (paresthésies des membres inférieurs, pathologie ou chirurgie disco-vertébrale), psychiatriques (29% contre 11) (dépression, anxiété ou crise de panique) ou hématologiques, lymphatiques ou infectieuses (41% contre 20) (sinusite).

Diverses hypothèses physiopathologiques ont également été avancées pour expliquer le SDPC : des spasmes ou contractures de la musculature pelvi-périnéale, une élévation (sympatho-médiée) de la pression urétrale prostatique lors de la miction, un reflux urinaire intra-prostatique, des phénomènes auto-immunitaires ou inflammatoires et un contexte psychologique particulier [36]. Chez certains patients les symptômes de PC/SDPC correspondraient en réalité à une cystite interstitielle, ce diagnostic étant certainement sous-estimé chez l'homme [36, 37]. Dans un article de synthèse publié en 2004 Pontari a souligné l'intrication entre des facteurs psychologiques (stress, terrain anxio-dépressif) et des dysfonctions endocriniennes (altération des récepteurs androgéniques), immunitaires (déséquilibre entre les cytokines pro et anti-inflammatoires, phénomènes auto-immunitaires) et neurologiques (faibles taux locaux de β -endorphines, implication du facteur de croissance nerveuse NGF) [38]. Il est apparu également de ce travail que le stress oxydatif jouerait un rôle dans la survenue de la PC et du SDPC.

D'autres travaux sont indispensables pour préciser les mécanismes physiopathologiques de cette pathologie complexe et certainement multifactorielle.

CONCLUSION

La nosologie de la PC a évolué depuis 10 ans. A la terminologie habituelle de PC s'est substituée dans de nombreuses situations celle de SDPC de l'homme. Cette pathologie reste néanmoins mal connue et continue de poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques aux urologues comme en témoignent les enquêtes effectuées ces dernières années dans diverses régions du monde.

REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Henry BOTTO et le Docteur Jean-Michel BENOIT, du Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie, pour leur aide à l'élaboration du questionnaire.

REFERENCES

1. DRACH G.W., FAIR W.R., MEARES E.M., STAMEY T.A. : Classification of benign diseases associated with prostatic pain : prostatitis or prostatodynia ? *J. Urol.*, 1978 ; 120 : 266.
2. MEARES E.M., STAMEY T.A. : Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest. Urol.*, 1968 ; 5 : 492-518.
3. SIBERT L., GRISE P., BOILLOT B., LOULIDI S., GUERIN J.G. : Valeur diagnostique du test de Stamey dans les prostatites chroniques. *Prog. Urol.*, 1996 ; 6 : 107-111.
4. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH SUMMARY STATEMENT : National Institutes of Health/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease workshop on chronic prostatitis. Bethesda, December 1995.
5. LITWIN M.S., MCNAUGHTON-COLLINS M., FOWLER F.J. JR, NICKEL J.C., CALHOUN E.A., PONTARI M.A., ALEXANDER R.B., FARRAR J.T., O'LEARY M.P. AND CHRONIC PROSTATITIS COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK : The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index : development and validation of a new outcome measure. *J. Urol.*, 1999 ; 162 : 369-375.
6. CHEAH P.Y., LIONG M.L., YUEN K.H., TEH C.L., KHOR T., YANG J.R., YAP H.W., KRIEGER J.N. : Chronic prostatitis, symptom survey with follow-up clinical evaluation. *Urology*, 2003 ; 61 : 60-64.
7. COLLINS M.M., MEIGS J.B., BARRY M.J., WALKER CORKERY E., GIOVANNUCCI E., KAWACHI I. : Prevalence and correlates of prostatitis in the health professionals follow-up study cohort. *J. Urol.*, 2002 ; 167 : 1363-1366.
8. COLLINS M.M., STAFFORD R.S., O'LEARY M.P., BARRY M.J. : How common is prostatitis ? A national survey of physician visits. *J. Urol.*, 1998 ; 159 : 1224-1228.
9. DANIELS N.A., EWING S.K., ZMUDA J.M., WILT T.J., BAUER D.C. FOR THE OSTEOPOROTIC FRACTURES IN MEN RESEARCH GROUP : Correlates and prevalence of prostatitis in a large community-based cohort of older men. *Urology*, 2005 ; 66 : 964-970.
10. KU J.H., KIM M.E., LEE N.K., PARK Y.H. : The prevalence of chronic prostatitis-like symptoms in young men : a community-based survey. *Urol. Res.*, 2001 ; 29 : 108-112.
11. MEHIK A., HELLSTROM P., LUKKARINEN O., SARPOLA A., JARVELIN M. : Epidemiology of prostatitis in Finnish men : a population-based cross-sectional study. *BJU Int.*, 2000 ; 86 : 443-448.
12. NICKEL J.C., DOWNEY J., HUNTER D., CLARK J. : Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *J. Urol.*, 2001 ; 165 : 842-845.
13. NICKEL J.C., TEICHMAN J.M., GREGOIRE M., CLARK J., DOWNEY J. : Prevalence, diagnosis, characterization, and treatment of prostatitis, interstitial cystitis, and epididymitis in outpatient urological practice : the Canadian PIE Study. *Urology*, 2005 ; 66 : 935-940.
14. RIZZO M., MARCHETTI F., TRAVAGLINI F., TRINCHIERI A., NICKEL J.C. : Prevalence, diagnosis and treatment of prostatitis in Italy : a prospective urology outpatient practice study. *BJU Int.*, 2003 ; 92 : 955-959.
15. ROBERTS R.O., JACOBSON D.J., GIRMAN C.J., RHODES T., LIEBER M.M., JACOBSEN S.J. : Prevalence of prostatitis-like symptoms in a community based cohort of older men. *J. Urol.*, 2002 ; 168 : 2467-2471.
16. ROBERTS R.O., LIEBER M.M., RHODES T., GIRMAN C.J., BOSTWICK D.G., JACOBSEN S.J. : Prevalence of a physician-assigned diagnosis of prostatitis : the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Urology*, 1998 ; 51 : 578-584.
17. TAN J.K., PNG D.J., LIEW L.C., LI M.K., WONG M.L. : Prevalence of prostatitis-like symptoms in Singapore : a population-based study. *Singapore Med. J.*, 2002 ; 43 : 189-193.
18. DE LA ROSETTE, HUBREGTSE M.R., KARTHAUS H.F., DEBRUYNE F.M. : Results of a questionnaire among Dutch urologists and general practitioners concerning diagnostics and treatment of patients with prostatitis syndromes. *Eur. Urol.*, 1992 ; 22 : 14-19.
19. MOON T.D. : Questionnaire survey of urologists and primary care physicians' diagnostic and treatment practices for prostatitis. *Urology*, 1997 ; 50 : 543-547.

20. NICKEL J.C., NIGRO M., VALIQUETTE L., ANDERSON P., PATRICK A., MAHONEY J., BUCKLEY R., CORCOS J., HOSKING D. : Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada. *Urology*, 1998 ; 52 : 797-802.
21. MCNAUGHTON COLLINS M., FOWLER F.J. JR, ELLIOTT D.B., ALBERTSEN P.C., BARRY M.J. : Diagnosing and treating chronic prostatitis : do urologists use the four-glass test ? *Urology*, 2000 ; 55 : 403-407.
22. RIZZO M., MARCHETTI F., TRAVAGLINI F., TRINCHIERI A., NICKEL J.C. : Clinical characterization of the prostatitis patient in Italy : a prospective urology outpatient study. *World J. Urol.*, 2005 ; 23 : 61-66.
23. KIYOTA H., ONODERA S., OHISHI Y., TSUKAMOTO T., MATSUMOTO T. : Questionnaire survey of Japanese urologists concerning the diagnosis and treatment of chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. *Int. J. Urol.*, 2003 ; 10 : 636-642.
24. KU J.H., PAICK J.S., KIM S.W. : Factors influencing practices for chronic prostatitis : a nationwide survey of urologists in South Korea. *Int. J. Urol.*, 2005 ; 12 : 976-983.
25. NICKEL J.C. : The pre and post massage test (PPMT) : a simple screen for prostatitis. *Tech. Urol.*, 1997 ; 3 : 38-43.
26. NICKEL J.C., ALEXANDER R.B., SCHAEFFER A.J., LANDIS J.R., KNAUSS J.S., PROPERT K.J. AND CHRONIC PROSTATITIS COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK STUDY GROUP : Leukocytes and bacteria in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome compared to asymptomatic controls. *J. Urol.*, 2003 ; 170 : 818-822.
27. SCHAEFFER A.J., KNAUSS J.S., LANDIS J.R., PROPERT K.J., ALEXANDER R.B., LITWIN M.S., NICKEL J.C., O'LEARY M.P., NADLER R.B., PONTARI M.A., SHOSKES D.A., ZEITLIN S.I., FOWLER J.E. JR, MAZURICK C.A., KUSEK J.W., NYBERG L.M. AND CHRONIC PROSTATITIS COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK STUDY GROUP : Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis : the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. *J. Urol.*, 2002 ; 168 : 1048-1053.
28. NICKEL J.C. : Prostatitis : an infectious disease ? *Infect. Urol.*, 2000 ; 13 : 31-38.
29. NABER K.G., WEIDNER W.J. : Chronic prostatitis-an infectious disease ? *Antimicrob Chemother.*, 2000 ; 46 : 157-161.
30. BATSTONE G.R., DOBLE A. : Chronic prostatitis. *Curr. Opin. Urol.*, 2003 ; 13 : 23-29.
31. KU J.H., KIM M.E., LEE N.K., PARK Y.H. : Influence of environmental factors on chronic prostatitis-like symptoms in young men: results of a community-based survey. *Urology*, 2001 ; 58 : 853-858.
32. KU J.H., KIM S.W., PAICK J.S. : Epidemiologic risk factors for chronic prostatitis. *Int. J. Androl.*, 2005 ; 28 : 317-327.
33. ROTHMAN I., STANFORD J.L., KUNIIYUKI A., BERGER R.E. : Self-report of prostatitis and its risk factors in a random sample of middle-aged men. *Urology*, 2004 ; 64 : 876-879.
34. PONTARI M.A., MCNAUGHTON-COLLINS M., O'LEARY M.P., CALHOUN E.A., JANG T., KUSEK J.W., LANDIS J.R., KNAUSS J., LITWIN M.S. AND THE CPCRN STUDY GROUP : A case-control study of risk factors in men with chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int.*, 2005 ; 96 : 559-565.
35. SCHAEFFER A.J., LANDIS J.R., KNAUSS J.S., PROPERT K.J., ALEXANDER R.B., LITWIN M.S., NICKEL J.C., O'LEARY M.P., NADLER R.B., PONTARI M.A., SHOSKES D.A., ZEITLIN S.I., FOWLER J.E. JR, MAZURICK C.A., KISHEL L., KUSEK J.W., NYBERG L.M. AND CHRONIC PROSTATITIS COLLABORATIVE RESEARCH NETWORK GROUP : Demographic and clinical characteristics of men with chronic prostatitis : the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J. Urol.*, 2002 ; 168 : 593-598.
36. SCHAEFFER A.J. : Etiology and management of chronic pelvic pain syndrome in men. *Urology*, 2004 ; 63 : 75-84.
37. FORREST J.B., SCHMIDT S. : Interstitial cystitis, chronic nonbacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome in men : a common and frequently identical clinical entity. *J. Urol.*, 2004 ; 172 : 2561-2562.
38. PONTARI M.A., RUGGIERI M.R. : Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol.*, 2004 ; 172 : 839-845.

SUMMARY

Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome : a survey of French urologists

Objective of the survey : To determine the usual practice of French urologists in relation to the diagnostic and therapeutic management of chronic prostatitis.

Material and Methods : A questionnaire on the diagnostic and therapeutic management of chronic prostatitis was sent by mail in June 2003 to 810 urologists, members of the Association Française d'Urologie and working in France.

Results : 124 (15%) urologists returned the questionnaire. 61% of these urologists diagnosed less than 11 new cases of chronic prostatitis per year and 65% were not familiar with the new classification proposed in 1995 in the USA by the NIH (National Institutes of Health) designed to remove this disease from the strict context of the prostate, placing greater emphasis on the concept of pain and introducing the concept of male chronic pelvic pain syndrome. 83% of urologists performed microbiological investigations often or always, but only 10% often or always performed a Meares and Stamey test comprising analysis of prostatic secretions after massage and 68% never performed this test. On the other hand, 76% of urologists ordered a first-stream urine culture, 61% ordered a second-stream urine culture and 76% ordered semen culture. 73% often or always prescribed antibiotics (82% used fluoroquinolones and 43% used the trimethoprim-sulfamethoxazole combination). Even in the absence of microbiological proof of infection, 41% of urologists often or always prescribed antibiotics, 89% sometimes or often prescribed an alpha-blocking agent, 89% sometimes, often or always prescribed a non-steroidal anti-inflammatory drug, 81% sometimes, often or always prescribed analgesics, 52% sometimes or often prescribed anxiolytics, and 66% sometimes or often referred the patient to another specialist.

Conclusion : This survey shows that chronic prostatitis, now generally referred to as "chronic pelvic pain syndrome", continues to raise diagnostic and therapeutic problems for French urologists.

Key words : prostate, prostatitis, pelvic pain.