

Cancer de la prostate, dysfonction érectile et incontinence

# Affections urologiques fréquentes

Le cancer de la prostate, la dysfonction érectile et l'incontinence sont les trois sujets abordés par Dr méd. Arnas Rakauskas, Chef de clinique, Service d'Urologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), lors d'une conférence virtuelle qui s'est tenue durant le *Update Refresher* de Médecine Interne Générale du 12 novembre 2022 à Lausanne.

Rapport de congrès | Amandine Sasso

● Le cancer de la prostate, la dysfonction érectile et l'incontinence ont été abordés selon trois axes majeurs : un état des lieux de la maladie, l'établissement du diagnostic et les traitements existants. De ces trois pathologies, il faut retenir que deux d'entre elles touchent uniquement les hommes et la dernière majoritairement les femmes.

## Le cancer de la prostate

Mois de novembre ou *Movember* – mois de sensibilisation à la santé masculine – oblige, Dr Rakauskas a débuté sa conférence en rappelant la prévalence de ce cancer extrêmement fréquent chez la population masculine : c'est le deuxième cancer au monde et le numéro un en Suisse chez l'homme. On recense actuellement plus d'un million de cas par année au monde avec 6100 nouveaux cas déclarés en Suisse chaque année. Il représente ainsi un nombre de décès annuel en Suisse de l'ordre de 1300 individus, âgés entre 50 et 75 ans.

Dr Rakauskas a ensuite mis en lumière les principaux facteurs de risques que sont l'âge, la race – en particulier africaine –, l'historique familial et la mutation du gène BRCA<sub>2</sub>. Il a en effet expliqué que les probabilités de développer un cancer de la prostate augmentent signi-

ficativement si le patient fait partie de l'une de ces catégories. Il a donc rappelé l'importance du dépistage, – appuyé par les recommandations de la Commission européenne – car celui-ci réduit la mortalité spécifique au cancer de la prostate. Il a ajouté qu'il est particulièrement recommandé dès 50 ans pour les hommes sans les facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Celui-ci se pratique notamment à l'aide d'un test de PSA et d'un toucher rectal. Le médecin a précisé que si ce dernier est positif ou si le score du PSA est supérieur à 4 ng/ml, une IRM de la prostate est conseillée. Si la suspicion d'une tumeur est confirmée par l'IRM, une biopsie transpérinéale – plus sécuritaire que la transrectale – est fortement recommandée pour asseoir le diagnostic.

Dr Rakauskas a finalement évoqué les différents types de traitement existants : la surveillance active – plutôt préconisée pour les patients à bas risque –, la prostatectomie radicale et la radiothérapie pour les intermédiaires et à haut risque. Ces deux traitements sont très efficaces : environ 80–90% des patients seront guéris. Ils ne sont cependant pas dénués d'éventuels effets secondaires tels que l'incontinence ou un dysfonctionnement érectile. La dernière option proposée par les spé-

cialistes du CHUV est la thérapie focale, qui diminue significativement la toxicité du traitement, mais qui est surtout préconisée si la tumeur est unilatérale et correspond avec les images de l'IRM.

## La dysfonction érectile

Le second sujet du Dr Rakauskas était la dysfonction érectile, qui se définit comme « l'incapacité permanente de parvenir ou de maintenir une érection pénienne de qualité suffisante pour réaliser des rapports sexuels satisfaisants. » Cette pathologie, qui est la hantise de la majorité des hommes, a une prévalence de l'ordre de 52% chez les hommes âgés entre 40 et 70 ans qui feront au minimum une fois dans leur vie l'expérience d'une dysfonction érectile à des degrés différents. Dans la même veine, on constate que 63% des hommes entre 50 et 61 ans ne sont pas satisfaits de leur vie sexuelle.

Dr Rakauskas a ensuite mentionné que le facteur de risque principal est le syndrome métabolique et les risques cardiovasculaires associés. Étiologiquement, chez 70% des hommes, il s'agit d'un trouble vasculaire lié au diabète, à l'hypertension et à l'athérosclérose. L'usage de médicaments spécifiques comme les anti-hypertenseurs ou les antidépres-

seurs, ainsi que les conséquences d'une chirurgie pelvienne: prostatectomie ou cystectomie sont également des facteurs aggravants. Enfin, 10% des dysfonctionnements érectiles sont liés à des problèmes neurologiques ou endocriniens.

Le médecin a souligné par la suite, que bien souvent la dysfonction érectile est annonciatrice d'un événement cardiaque futur. Il a donc suggéré de faire un bilan cardiologique et angiologique systématique, dès lors qu'un patient avec facteurs de risque cardiovasculaires se présente pour une dysfonction érectile. Ensuite, un examen des organes génitaux, voire un test PSA ou un toucher rectal pour les plus de 50 ans, ainsi qu'un bilan biologique (mesure du glucose, profil lipidique et dosage de la testostérone) pourraient aider à identifier la cause sous-jacente.

Les traitements existants sont d'ordre sociologique, médicamenteux et mécanique: le premier a pour objectif de diminuer les risques, en proposant au patient de modifier son mode de vie (augmentation de l'activité physique, arrêt de l'alcool, du tabac et perte de poids). Le tout suivi de physiothérapie à l'aide des exercices du renforcement du plancher pelvien, qui donnent d'assez bons résultats.

Si toutefois, le problème est plus important, le traitement de première ligne reste les médicaments comme les inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase (5-PDE) que le patient doit prendre une heure avant un rapport sexuel. C'est un remède très efficace et bien accepté, avec un léger bêmol: il n'est pas accessible en cas de cardiopathie sévère. Il existe donc une autre option: les injections intra-caverneuses dont les résultats sont très probants, mais dont peu d'hommes veulent se servir en raison de la contrainte du traitement: une piqûre avant chaque rapport sexuel. Une autre alternative est la pompe à vide, qui permet de tirer et de maintenir le sang dans la verge. Enfin, le dernier recours très peu usité car non remboursé par les assurances, est la prothèse pénienne. L'intervenant a conclu sa démonstration en affirmant que le choix du traitement est très personnel et dépend toujours de l'anamnèse/préférences du patient.



Dr méd. Arnas Rakauskas  
Chef de clinique, service Urologie  
Centre hospitalier universitaire vaudois  
Lausanne

### Incontinence urinaire

La dernière pathologie présentée par Dr Rakauskas était l'incontinence urinaire. Selon la définition de la société internationale d'incontinence, il s'agit de « toute perte involontaire d'urine ».

Il a débuté son exposé en rappelant que l'incontinence urinaire a une prévalence très importante: le nombre de personnes atteintes de ce trouble pourrait former le 3<sup>e</sup> plus grand pays dans le monde. Cette pathologie est malheureusement sous-diagnostiquée et sous-traitée. Il a rappelé que cette maladie touche trois fois plus les femmes que les hommes. Souvent considérée comme « honteuse », cette affection a de grandes répercussions sur la vie des patient-e-s: aussi bien physiques, psychologiques que sociales et financières.

Le médecin a continué son argumentaire en énumérant les nombreux facteurs de risque: allant de l'obésité et du tabagisme à une activité sportive intense, en passant par l'âge, les grossesses et accouchements pour finir par la ménopause ou le cancer vésical. Il a donc attiré l'attention sur l'importance de déterminer le type d'incontinence via une anamnèse poussée, avant d'instaurer un traitement ad hoc. Il existe en effet cinq sortes d'incontinence: d'effort, d'urgence, mixte (un mélange des deux précédentes), fonctionnelle et par regorgement, qui nécessite souvent l'in-

tervention d'un spécialiste en raison de la présence d'un obstacle infra-vésical.

Pour pallier ces différents troubles urinaires, Dr Rakauskas a décrit les traitements existants en fonction du type d'incontinence. Le traitement d'incontinence d'effort en premier consiste à ce que la personne modifie son hygiène de vie de manière durable. Le second – la physiothérapie de renforcement – est déjà suffisant pour la majorité des patient-e-s. Enfin, il existe plusieurs solutions chirurgicales comme les bandelettes sous-urétrales synthétiques et biologiques, la colposuspension selon Burch ou encore un ballon péri-urétral. Celles-ci sont plutôt recommandées pour les femmes. Pour les hommes, on préconise un sphincter urinaire artificiel qui est une méthode avec de très bons résultats. Pour l'incontinence d'urgence, le traitement médicamenteux est recommandé en première ligne. Il s'agit des médicaments anticholinergiques ou bêtamimétiques. Le spécialiste quant à lui peut proposer d'autres options comme la stimulation du nerf tibial avec physiothérapie type TENS, la neuromodulation sacrée, voire des injections intra-détrusoriennes de toxine botulique.

Dr Rakauskas a conclu sa conférence en rappelant que peu importe le type d'affection urologique et son degré de gravité, le traitement doit toujours être adapté de manière efficiente à la patiente/au patient au regard de son historique médical et de son choix personnel. O

**Source** | Exposé virtuel « Les infections urologiques les plus fréquentes », *Update Refresher* Médecine Interne Générale, Lausanne, 12 novembre 2022.