

Canadian **U**rological Association
The Voice of Urology in *Canada*



Association des **U**rologues du Canada
La voix de l'urologie au *Canada*

LES SYNDROMES DE TYPE PROSTATITE

J. CURTIS NICKEL, M.D., FRCSC
Département d'urologie,
Université Queen's, Kingston, Ont.

Conflits d'intérêts potentiels | Curtis Nickel

Liens avec des
partenaires
financiers :

• Farr Labs		consultant (inactif depuis déc. 2020)
• Seikagaku Corp	Oui	consultant
• Redleaf Medical	Oui	étude scientifique/essai/consultant
• Urogen Pharma	Oui	consultant
• Kanglaite		consultant
• Alivio		consultant
• MicroGenDx		étude scientifique/essai/consultant
• Valensa Int		consultant
• Inmunotek		étude scientifique/consultant
• Japan TC Pharma		consultant
• OM Pharma		consultant
• HengRui, É.-U.		consultant
• UTIVA		participant/conférencier à des congrès
• Zambon SpA		consultant
• Shionogi		consultant



Divulgation du soutien financier

Ce programme a reçu le soutien financier d'Astellas sous la forme d'une subvention à l'éducation.

Possibilité de conflits d'intérêts :

- Les membres du Comité de planification scientifique (Alan Bell, Peter Lin et Arthur Kushner) ont reçu des honoraires de l'Association des urologues du Canada
- Curtis Nickel a reçu des honoraires de l'Association des urologues du Canada
- Astellas met au point/vend sous licence/distribue/bénéficie de la vente, etc., d'un produit qui sera discuté dans ce programme



Atténuation des biais potentiels

Le Comité de planification scientifique responsable de ce programme exerce un contrôle total sur son contenu.

Les commanditaires n'ont exercé aucune influence sur le contenu.



Divulgations 2021

- Farr Labs consultant (inactif depuis déc. 2020)
- Seikagaku Corp Oui consultant
- Redleaf Medical Oui étude scientifique/essai/consultant
- Urogen Pharma Oui consultant
- Kanglaite consultant
- Alivio consultant
- MicroGenDx étude scientifique/essai/consultant
- Valensa Int consultant
- Immunotek étude scientifique/consultant
- Japan TC Pharma consultant
- OM Pharma consultant
- HengRui, É.-U. consultant
- UTIVA participant/conférencier à des congrès
- Zambon SpA consultant
- Shionogi consultant



Objectifs :

À l'issue de ce programme, les participant·e·s seront en mesure de :

- classer les syndromes de prostatite
- appliquer les considérations thérapeutiques particulières
- discuter des traitements dirigés au niveau des soins primaires



La prostatite est une énigme médicale

- Près de 9 % des hommes canadiens présentent des symptômes de prostatite au cours d'une année
 - 6 % des hommes sont incommodés par ces symptômes
 - Un tiers d'entre eux connaîtront une rémission en moins d'un an
- Les symptômes de prostatite cliniquement significatifs entraînent ~3 % des consultations externes d'urologues par les hommes au Canada (~ 1 % chez les médecins de premier recours)
- < 10 % des patients sont atteints de prostatite bactérienne aiguë ou chronique, qui se prête généralement à un traitement antimicrobien
- La majorité des hommes atteints de prostatite chronique ont un syndrome de douleur pelvienne chronique (SDPC), caractérisé par une douleur pelvienne, des symptômes urinaires variables et un dysfonctionnement sexuel — le diagnostic et le traitement sont difficiles

Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J* 2011;5:306-15.



Classification des syndromes de type prostatite

- **Catégorie I** : Prostatite bactérienne aiguë (PBA)
- **Catégorie II** : Prostatite bactérienne chronique (PBC)
- **Catégorie III** : Prostatite chronique/syndrome de douleur pelvienne chronique (PC/SDPC)

Nickel JC. Prostatitis. *Can Urol Assoc J* 2011;5:306-15.



Classification des syndromes de type prostatite

Catégorie I :

Prostatite bactérienne aiguë (PBA), associée à des symptômes graves de prostatite, à une infection généralisée et à une infection bactérienne aiguë des voies urinaires (IVU)



Classification des syndromes de type prostatite

Catégorie II :

Prostatite bactérienne chronique (PBC), causée par une infection bactérienne chronique de la prostate, avec ou sans symptômes de prostatite, et généralement avec des IVU récurrentes causées par la même souche bactérienne



Classification des syndromes de type prostatite

Catégorie III :

Prostatite chronique/syndrome de douleur pelvienne chronique (PC/SDPC), caractérisée par des symptômes de douleur pelvienne chronique et éventuellement des symptômes mictionnels en l'absence d'IVU



Prostatite bactérienne vs prostatite chronique/SDPC

- La prostatite peut être une source de frustration pour le médecin traitant et le patient
- Le diagnostic de prostatite bactérienne aiguë ou chronique repose sur l'anamnèse, l'examen physique et la culture d'urine
- La PC/SDPC est plus difficile à traiter, car sa cause est mal connue
 - syndrome de douleur pelvienne neuromusculaire chronique
 - commence par une infection, un traumatisme ou une autre affection
 - propagée par des facteurs génétiques, anatomiques, physiologiques ou neuroendocriniens
 - apparition d'une sensibilisation du système nerveux périphérique et plus tard du système central (douleur neuropathique)
 - modulée par des paramètres psychologiques

Diagnostic de PBA (catégorie 1)

- **Douleur** — dans la région sus-pubienne ou périnéale, ou dans les organes génitaux externes
 - dysurie
- **Symptômes urinaires** — stockage (irritation) — mictions impérieuses, pollakiurie et/ou symptômes mictionnels (obstructifs) — jet lent ou intermittent, dysurie initiale, rétention urinaire
- **Symptômes généralisés** — fièvre, frissons, malaise, nausées, vomissements et signes de septicémie
- **Examen physique**
 - Prostate — sensible, volumineuse et enflée; palper doucement, ne pas masser
 - Abdomen — une vessie palpable et distendue indique une rétention urinaire
- **Examens** — Culture d'urine, échographie (facultative), pas de mesure de l'APS

Diagnostic de PBC (catégorie II)

- **Tableau clinique :**

- Infection urinaire récurrente ou récidivante, urétrite ou épидидymite avec la même souche bactérienne

- **Symptômes :**

- Urinaires : peut présenter des symptômes de stockage (irritation) ou de miction (obstruction)
- Douleur : testiculaire, périnéale, lombaire, éjaculatoire, pénienne distale

- **Examen physique :**

- Généralement afébrile; ne semble pas malade
- Diverses zones douloureuses — sus-pubienne, périnéale, rarement au niveau des organes génitaux externes
- Examen pelvien/toucher rectal : la prostate peut être normale, sensible au toucher ou enflée

- **Examens :**

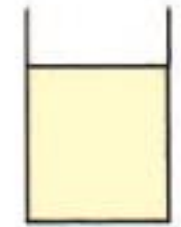
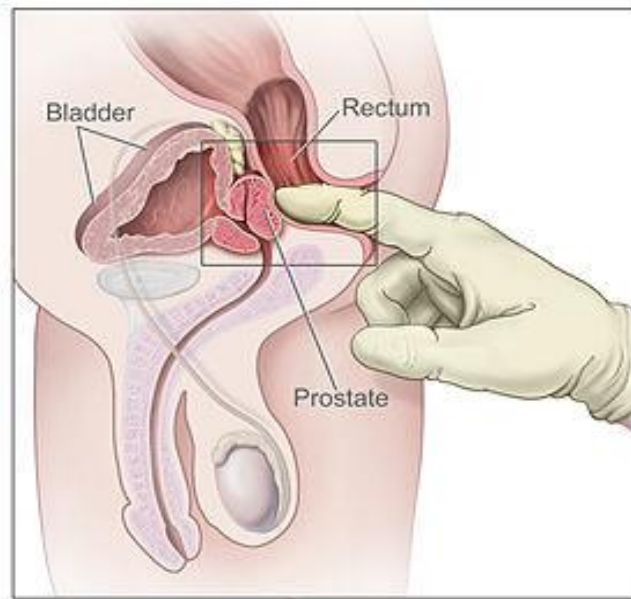
- Les cultures d'urine sont importantes — test des 2 verres (l'échantillon d'urine à mi-jet peut être stérile entre les épisodes symptomatiques)



Éléments clés de l'examen physique — PC/SDPC (CAT II/III)

• Examen de l'abdomen, du pelvis et de la prostate

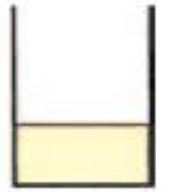
- Douleur, spasme, points gâchette (trigger points), douleur myofasciale, sensibilité de la prostate
- Test des 2 verres



Avant le massage



Massage de la prostate



Après le massage

Test des 2 verres

Traitement de la prostatite bactérienne aiguë et chronique

ANTIBIOTIQUES

- Difficile
- Durée
 - Aiguë : 2 à 4* semaines
 - Chronique : 4 à 12* semaines
- Les principaux piliers du traitement ~~sont~~ étaient les suivants :
 - Triméthoprimé avec ou sans sulfaméthoxazole
 - Fluoroquinolones (p. ex. ciprofloxacine, lévofloxacine)

* En fonction de l'antibiotique prescrit et de la réaction du patient

Shoskes, *Urol Update Series* 2021



MAIS les fluoroquinolones constituent un problème

RAPID COMMUNICATION

Dangerous fluoroquinolones: The urologist's dilemma

J. Curtis Nickel, MD; R. Christopher Doiron, MD

Department of Urology, Queen's University, Kingston, ON, Canada

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2020;14(4):85-6. <http://dx.doi.org/10.5489/auaj.6498>

that tendonitis and serious te

Table 1. FDA safety warnings

Date	Warning – Fluoroquinolones are associated with:
July 2008	Tendonitis and tendon rupture
August 2013	Permanent peripheral neuropathy
July 2018	Serious mental disturbances
July 2018	Serious and significant decrease in blood sugar levels
December 2018	Increased risk of aortic dissection



Le nouveau paradigme antibiotique pour la prostatite bactérienne*

- Triméthoprimé +/- sulfaméthoxazole
 - 1 comprimé DD 2 f.p.j. pendant 4 à 12 semaines
- Fosfomycine – 3 g aux 48 heures pendant 2 à 6 semaines
- Doxycycline – 100 mg 2 f.p.j. pendant 4 semaines
- Clarithromycine/azithromycine – dernière option

* à mesure que nous cessons progressivement d'utiliser les fluoroquinolones dans cette indication

Rees et al. *BJU Int* 2015; 116 : 509–525
Shoskes, *Urol Update Series* 2021



Considérations particulières quant au traitement de la PBA (cat. I)

- La PBA peut être une infection grave accompagnée de fièvre, de douleurs locales intenses et de symptômes généraux
- Il y a toujours un risque de septicémie et d'urosepsis
- Éléments à prendre en compte dans le traitement de la PBA :
 - envisager un antibiotique à large spectre par voie parentérale pour le traitement initial*
 - déterminer la nécessité d'un drainage urinaire (sonde de Foley de petit calibre)
 - hospitalisation si le tableau clinique et les facteurs de risque le justifient
 - mesures auxiliaires destinées à améliorer les résultats (soutien général, AINS [p. ex. ibuprofène], alpha-bloquants [p. ex. tamsulosine à 0,4 mg/jour])
 - Imagerie en l'absence d'amélioration (échographie, TDM)



Considérations particulières quant au traitement de la PBC (cat. II)

- Traiter les symptômes mictionnels (obstructifs)
- Imagerie en l'absence d'amélioration (échographie, TDM) et/ou cystoscopie
- Une prophylaxie ou une suppression à faible dose et à long terme peut être nécessaire en cas de PBC (p. ex. triméthoprime-sulfaméthoxazole, 1 comprimé 2 f.p.j. pendant 3 à 4 mois)

PC/SDPC (catégorie III) : Éléments clés de l'anamnèse

- Examen complet des systèmes et organes
 - antécédents médicaux et chirurgicaux (en particulier urologiques)
 - antécédents de traumatismes, de médicaments et d'allergies
- Pas d'IVU, pas de bienfait avec la prise d'antibiotiques
- Vérifier la présence des symptômes suivants :
 - localisation de la douleur (intensité, fréquence et durée)
 - douleur associée à l'éjaculation
 - symptômes des voies urinaires inférieures (obstructifs/mictionnels et irritation/stockage)
 - symptômes ou syndromes douloureux associés
 - impact sur les activités/la qualité de vie

Doiron, Nickel. *Can Urol Assoc J* 2018; 12 (Suppl 3)



- L'indice des symptômes de prostatite chronique du Chronic Prostatitis Collaborative Research Network (CPCRN) des NIH est un questionnaire validé disponible à l'adresse suivante www.prostatitis.org/symptomindex.html.
- **NIH-CPSI — 9 questions simples** (score total de 0 à 43)
 - **Douleur** (0-21)
 - Endroit (0-6)
 - Fréquence (0-5)
 - Gravité (0-19)
 - **Symptômes urinaires** (0-10)
 - Mictionnels/obstructifs (0-5)
 - Stockage/irritation (0-5)
 - **Impact/qualité de vie** (0-12)



- L'indice des symptômes de prostatite chronique du Chronic Prostatitis Collaborative Research Network (CPCRN) des NIH est un questionnaire validé disponible à l'adresse suivante www.prostatitis.org/symptomindex.html.
- **NIH-CPSI — 9 questions simples** (score total de 0 à 43)
 - **Douleur** (0-21)
 - Endroit (0-6)
 - Fréquence (0-5)
 - Gravité (0-19)
 - **Symptômes urinaires** (0-10)
 - Mictionnels/obstructifs (0-5)
 - Stockage/irritation (0-5)
 - **Impact/qualité de vie** (0-12)

Le score permet au médecin de déterminer

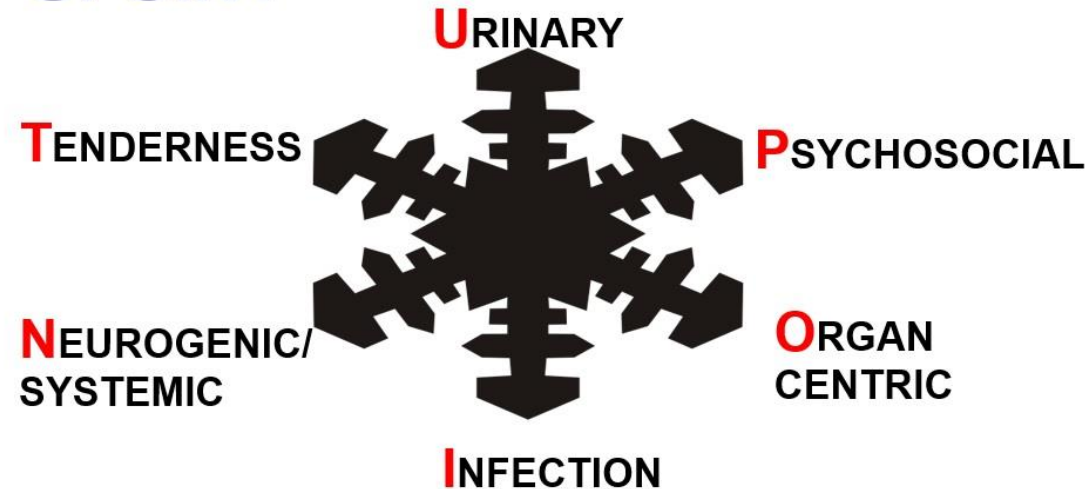
1. Tous les domaines sont couverts
2. Contribution de chaque domaine au tableau clinique
3. Modification des symptômes et de la qualité de vie par le traitement

Clé de la prise en charge de la PC/SDPC (catégorie III)

- Déterminer le tableau clinique
- Considérer chaque patient comme un cas distinct
- Élaborer une stratégie thérapeutique personnalisée axée sur le phénotype
- Envisager une approche multimodale et/ou multidisciplinaire

Hypothèse du flocon de neige

UPOINT



Conservateurs

- Diagnostic
- Éducation
- Exercice
- Exercices
- Alimentation
- Évitement
- Soutien psychologique

Doiron, Nickel. Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Can Urol Assoc J* 2018;12(Suppl3)



Conservateurs

- Diagnostic → poser un diagnostic
- Éducation → informer le patient
- Exercise → faible impact
- Exercices → étirements, yoga
- Alimentation → régime d'élimination
- Évitement → fort impact, bicyclette, etc.
- Psychologiques → psychologue spécialisé dans la maîtrise de la douleur

Traitements dirigés par les soins primaires pour la PC/SDPC - 2

CLASSIQUES

- Antibiothérapie
- Alpha-bloquants
- Traitement anti-inflammatoire

TRÈS UTILES

- Physiothérapie du plancher pelvien

UTILES

- Relaxants musculaires
- Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
- Agents neuromodulateurs
- Phytothérapies

Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FME. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): The studies, the evidence, and the impact. *World J Urol* 2013;31:747-53.

Doiron, Nickel. Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Can Urol Assoc J* 2018;12(Suppl3)



Traitements dirigés par les soins primaires pour la PC/SDPC - 2

CLASSIQUES

- Antibiothérapie → jamais traité par antibiotiques
- Alpha-bloquants → symptômes mictionnels (obstructifs)
- Anti-inflammatoires → inflammation

TRÈS UTILES

- Physiothérapie du plancher pelvien → douleur due à une dysfonction du PP

UTILES

- Relaxants musculaires → spasme des muscles du PP
- Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase → hommes âgés atteints d'HBP
- Agents de neuromodulation → douleur de type neuropathique
 - gabapentine, prégabaline, amitriptyline
- Phytothérapies → ne cause pas de tort/utiles dans certains cas
 - Quercétine
 - Extrait de pollen de seigle (Cernilton)

Rees et al. *BJU Int* 2015; 116 : 509–525

Doiron, Nickel. *Can Urol Assoc J* 2018;12(Suppl3)



Traitements dirigés par les spécialistes pour la PC/SDPC

- Traitement par injection dans le nerf pelvien
- Acupuncture
- Thérapie par ondes de choc de faible intensité
- Stimulation électromagnétique
- Modulation du nerf pudendal
- Chirurgie

Doiron, Nickel. Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Can Urol Assoc J* 2018;12(Suppl3)



Quand consulter un urologue

- **PBA (CAT I)**

- Ne répond pas aux antibiotiques dans les 24 heures
- Incapable d'insérer une sonde de Foley pour traiter la rétention urinaire aiguë
- Les symptômes persistent après la disparition de l'infection

- **PBC (CAT II)**

- Ne répond pas aux antibiotiques appropriés
- Les symptômes persistent même sous antibiotiques
- L'infection bactérienne réapparaît

- **PC/SDPC (CAT III)**

- Échec de la prise en charge conservatrice en soins primaires
- Échec des traitements de première intention
- Impossibilité de poser un diagnostic
- Autres problèmes urologiques (p. ex. symptômes urinaires, hématurie)



Clé de la prise en charge des syndromes de prostatite

- **Déterminer ce qui se passe (poser le diagnostic!)**
« tableau clinique »
- **Prendre en charge le patient** (éducation, alimentation, exercice)
- **Traiter l'organe — la prostate** (médicaments, interventions, chirurgie)
- **Cerner et prendre en charge les autres sources de douleur** (plancher pelvien, intestin, fibromyalgie)
- **Fournir un soutien psychologique général « verre à moitié plein »**
- **Objectifs réalistes**
- **Savoir quand orienter vers un e urologue**



Canadian **U**rological Association
The Voice of Urology in *Canada*



Association des **U**rologues du Canada
La voix de l'urologie au *Canada*

LES SYNDROMES DE TYPE PROSTATITE

J. CURTIS NICKEL, M.D., FRCSC
Département d'urologie,
Université Queen's, Kingston, Ont.