



TROUBLES URINAIRES ET SEXUELS

Troubles urinaires et sexuels

➔ par le Dr Agnès **BOUCHAUD-CHABOT**, *rhumatologue*

Les voies urinaires diffèrent chez l'homme et la femme. L'urètre féminin, très court, prédispose aux infections urinaires. Le premier article de ce dossier fait le point sur ces infections, qui atteignent d'abord la vessie (cystite) et qui peuvent ensuite se diffuser jusqu'au rein (pyélonéphrite). La prostate est une glande du système reproducteur masculin qui peut, en vieillissant, grossir et gêner l'écoulement normal des urines : c'est l'hypertrophie bénigne de la

prostate ou adénome. Elle peut également être le siège de cancer. Le second article informe sur les signes d'alerte et les possibilités de dépistage qui existent. Le troisième sujet de ce dossier s'intéresse aux dysfonctions érectiles. Alors que les troubles de l'érection sont fréquents, bien des hommes sont embarrassés pour consulter pour ce motif alors qu'ils peuvent révéler des problèmes de santé, en particulier un diabète, et que des solutions existent.



Les infections urinaires chez la femme

➔ par le **Dr Clémence MASPERO**, *médecin généraliste*

Les infections urinaires sont un motif très fréquent de consultation et de prescription d'antibiotique en médecine générale. L'appareil urinaire comporte l'urètre, la vessie, les uretères et les reins (figure). Il est différent chez l'homme et chez la femme. Chez la femme, l'urètre est très court, ce qui explique la plus grande fréquence des infections urinaires.

Les infections urinaires se caractérisent par des symptômes et une gravité différente en fonction du terrain et du site atteint sur l'arbre urinaire. Les bactéries responsables sont le plus souvent de la famille des entérobactéries (bactéries d'origine digestive). *Escherichia coli* est la plus fréquemment trouvée. Ces bactéries remontent le long de l'urètre vers la vessie et prolifèrent alors dans l'urine.

La **cystite aiguë** est une infection bactérienne qui se limite à la vessie. Typiquement, la cystite se manifeste par des brûlures pendant les mictions et des besoins fréquents d'uriner. Les urines sont parfois troubles, hémorragiques et/ou malodorantes. Il existe souvent une douleur ou une pesanteur dans le petit bassin. Il n'y a pas de fièvre lors d'une cystite. Le diagnostic repose sur l'existence de ces signes fonctionnels associés à une bandelette urinaire positive.

Le traitement des formes simples repose en première intention sur la prise d'antibiotique mono dose (en une seule prise). Les symptômes peuvent persister deux à trois jours après le traitement. Chez certaines patientes, il existe un risque plus élevé de complications (femme âgée, malformation urinaire, grossesse, insuffisance rénale, immunodépression, ...). Il est alors nécessaire de réaliser un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) et le traitement antibiotique est prolongé (5 à 7 jours).

Les cystites sont dites « à répétition » lorsque leur fréquence est anormalement élevée, c'est-à-dire avec au moins quatre épisodes par an. Dans ce cas, l'antibiothérapie doit être précédée d'un ECBU avec un antibiogramme, pour s'assurer de l'absence de résistance des bactéries. Une échographie de la vessie et des voies urinaires est faite à la recherche d'une anomalie favorisant la survenue des cystites. Un traitement antibiotique préventif peut être discuté.



Lorsque l'infection remonte jusqu'au rein, on parle de **pyélonéphrite aiguë**. Celle-ci donne un tableau beaucoup plus sévère : il associe des signes fonctionnels urinaires, de la fièvre (39 à 40°C), des frissons (lors de décharges bactériennes dans le sang), une douleur lombaire unilatérale, des courbatures, une grande fatigue, des urines troubles, des nausées ou des vomissements, une perte d'appétit.

Le diagnostic repose sur l'ECBU et doit être complété par une échographie rénale pour éliminer un obstacle sur les voies urinaires. Dans certains cas, un scanner est réalisé.



Le traitement de la pyélonéphrite comporte une antibiothérapie, avec un ou plusieurs antibiotiques associés selon la gravité de l'infection. Une hospitalisation est parfois nécessaire en cas de pyélonéphrite compliquée ou survenant chez des personnes fragiles.

La pyélonéphrite obstructive est une urgence médico-chirurgicale imposant un drainage chirurgical des urines. Sans ce drainage, l'infection peut se propager et aboutir à une septicémie voire un choc septique.

Le risque d'infection urinaire est augmenté pendant la grossesse. Lorsque l'utérus grossit, il pèse sur la vessie et les canaux urinaires ce qui entraîne des envies d'uriner plus fréquentes. Cependant, il est fréquent que les femmes enceintes n'arrivent pas à vider complètement leur vessie.

Les hormones de la grossesse diminuent le tonus de la vessie. L'urine qui stagne dans la vessie augmente le risque de cystite, en favorisant la multiplication des bactéries responsables de ces infections. Les urines moins acides pendant la grossesse sont également un facteur favorisant. Les femmes souffrant de diabète gestationnel ont un risque encore plus élevé d'infection urinaire.

- ➔ Afin de limiter les risques d'infection urinaire, notamment à répétition, il est important de suivre des conseils hygiéniques simples :
 - ➔ boire au moins 1,5 litre d'eau ou de liquide non alcoolisé par jour
 - ➔ vider correctement sa vessie à chaque miction
 - ➔ lutter contre la constipation
 - ➔ s'essuyer avec le papier hygiénique en allant d'avant vers l'arrière
 - ➔ uriner immédiatement après les rapports sexuels et arrêter les éventuels spermicides
 - ➔ après la ménopause, l'application locale d'oestrogène peut réduire le risque d'infection urinaire
 - ➔ éviter les pantalons serrés et les sous-vêtements en fibres synthétiques qui favorisent la transpiration et la multiplication des germes.

Un complément alimentaire, la canneberge (cranberry), peut être proposé en prévention des cystites récidivantes à *Escherichia coli*.



Appareil génito-urinaire de la femme

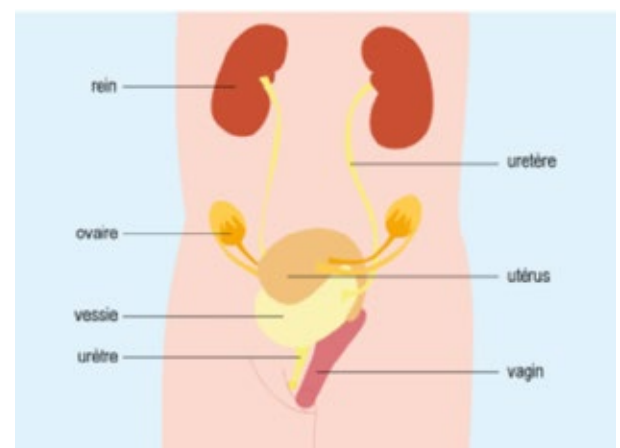


Figure : l'appareil génito-urinaire de la femme
(source : www.ameli.fr)



La prostate après 50 ans

➔ par le Dr Alexandre COLAU, urologue

La prostate est une glande du système reproducteur masculin située sous la vessie, en avant du rectum (figure). Elle entoure l'urètre, canal qui sort de la vessie et qui permet d'évacuer l'urine. Elle sécrète le liquide qui compose le sperme.

La cinquantaine est la décennie à partir de laquelle les pathologies prostatiques commencent à se manifester. Deux types principaux de maladies prostatiques existent : l'**hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)** et le **cancer de la prostate**. Ces deux pathologies n'ont aucun lien l'une avec l'autre, en particulier l'HBP ne « dégénère » pas en cancer. En revanche, ces deux pathologies fréquentes peuvent coexister. Contrairement à une idée répandue, ces maladies de la prostate ne sont en général pas directement responsables de problèmes sexuels et leur cause de survenue n'est pas clairement identifiée.

L'**HBP** est une maladie bénigne de la prostate associant une augmentation de volume de la prostate et des symptômes urinaires. Ces deux critères sont nécessaires au diagnostic. Le seul fait d'avoir une augmentation de volume de la prostate n'est pas suffisant. En effet le volume de la prostate augmente avec l'âge (volumes très variables individuellement) et il n'y a pas de corrélation avec l'intensité des symptômes.

Par conséquent, le fait d'avoir une prostate augmentée de volume ne doit pas faire automatiquement débiter un traitement.

Les symptômes de l'HBP surviennent en général progressivement sur plusieurs années et peuvent être fluctuants. Il s'agit d'une baisse du débit urinaire avec une sensation d'écoulement des urines avec jet faible. Ce symptôme est souvent associé à un accroissement du

nombre de levers nocturnes ainsi qu'à une augmentation de la fréquence des mictions pendant la journée. S'y associe parfois des envies pressantes d'uriner et plus rarement un saignement urinaire (ce dernier symptôme impose de consulter en urologie). Dans d'autres cas, l'HBP se manifeste d'emblée par une complication, avec la survenue d'une rétention urinaire (impossibilité d'uriner avec une forte douleur dans le bas ventre).

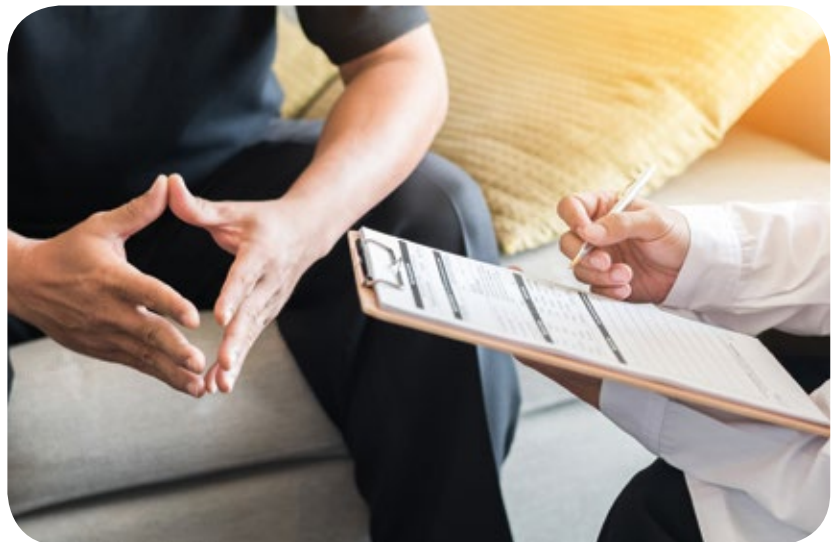
La prostate est augmentée de volume mais reste souple à la palpation rectale. Une échographie urinaire, si elle est pratiquée, mesure le volume de la prostate et surtout cherche les conséquences obstructives sur les organes urinaires sus-jacents. Si la vessie se vide mal, il se constitue à bas bruit un résidu urinaire. Si ce résidu est trop important, l'évacuation rénale peut être altérée avec survenue d'une insuffisance rénale, stade ultime (rare de nos jours). En fonction, l'urologue pourra proposer une surveillance simple ou initier un traitement.

A l'inverse, le **cancer de la prostate** est une maladie maligne de la prostate qui ne donne de symptômes qu'à un stade avancé. Les formes localisées, c'est-à-dire sans métastase, sont curables. C'est pour cette raison que certaines sociétés savantes proposent un dépistage orienté. Celui-ci se fait par la recherche à l'interrogatoire d'antécédents familiaux de cancer de la prostate chez le père, les oncles et les frères, l'exposition éventuelle à des toxiques (en particulier le chlordecone).



Il est ensuite pratiqué un dosage sanguin du taux de PSA total. Ce taux est inconstamment élevé en cas de cancer, raison pour laquelle il doit être couplé à un toucher prostatique. En cas de cancer, une induration nodulaire de la prostate est le plus souvent palpée. En cas de doute et pour préciser ces anomalies, une IRM prostatique peut être pratiquée. Le diagnostic de certitude est établi en réalisant l'examen au microscope de biopsies prostatiques. Il s'agit d'un prélèvement réalisé sous anesthésie locale, sous couvert d'un traitement antibiotique pour diminuer le risque d'infection lié à ce geste. L'infection de la prostate après la biopsie est la complication principale (estimée à 5% des cas) et peut être grave. En aucun cas la réalisation de biopsies ne peut favoriser la diffusion et l'implantation de cellules cancéreuses en dehors de l'organe. Le résultat confirme la présence d'un cancer de la prostate (adénocarcinome) et permet de préciser son risque évolutif grâce à une observation des glandes prostatiques tumorales. Ce risque est estimé par le score de Gleason, variant de 6 à 10. Plus il est élevé et plus la tumeur est agressive. Dans certains cas, il faut s'assurer du caractère localisé ou non du cancer en réalisant des examens radiologiques (selon le cas : scanner abdominal, scintigraphie osseuse ou TEP-Scanner).

Après ce bilan, la stratégie de prise en charge de cette maladie repose sur la mise en balance, d'une part de l'évolution naturelle de ce cancer (qui dépend principalement de son stade et du score de Gleason), d'autre part de l'espérance de vie du patient (âge physiologique et présence de maladies associées qui pourraient réduire cette espérance de vie). L'attitude thérapeutique peut donc varier totalement pour un même type de cancer, en fonction de ces paramètres. C'est pour cela que la décision thérapeutique peut aller de traitements parfois mutilants pour les formes de cancers agressifs (ablation de la prostate) à une simple surveillance sans traitement pour les formes à évolutions lentes.



Appareil génital masculin

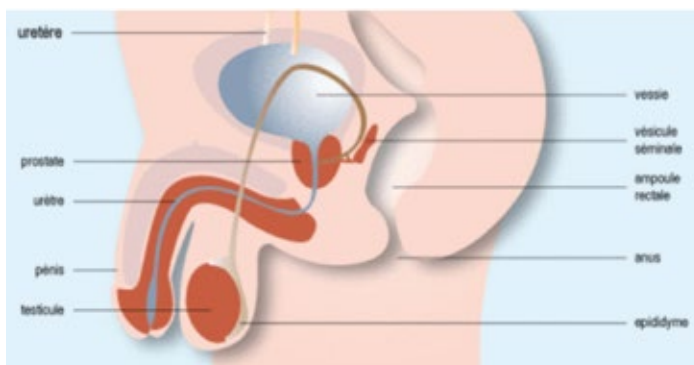


Figure : l'appareil génital masculin
(source : www.ameli.fr)

Dans tous les cas, il ne faut pas hésiter pas à consulter un médecin en cas de symptômes ou pour discuter de l'opportunité de réaliser un dépistage.

Les troubles de l'érection

➔ par le **Dr Olivier NAHON**, *urologue*

La dysfonction érectile est définie comme l'incapacité persistante et/ou permanente à maintenir une érection en vue d'un rapport sexuel qui soit satisfaisant pour les deux partenaires. On parle de problèmes d'érection seulement lorsqu'ils durent plus de six mois, ou lorsqu'ils se répètent à chaque relation sexuelle. Ces troubles se différencient d'une éventuelle panne d'érection temporaire. Ce dernier phénomène, tout à fait banal, ne doit pas être considéré comme un problème.

La dysfonction érectile est une pathologie liée au vieillissement (comme les troubles visuels et auditifs), qui va apparaître progressivement à partir de 40 ans. L'allongement de la durée de vie en bonne santé a été considérable ces dernières décennies, faisant naître une demande d'activité sexuelle chez les couples jusqu'à un âge avancé (l'espérance de vie à la naissance en France était de 27 ans sous Louis XIV vers 1700, de 48 ans en 1900 et près de 80 ans aujourd'hui).

Les problèmes d'érection peuvent être dus à des facteurs psychologiques. Il s'agit principalement de l'anxiété ou du stress. L'anxiété « de performance » est la première cause psychologique des problèmes d'érection : l'homme craint de ne pas pouvoir avoir d'érection et de ne pas arriver à satisfaire sa partenaire. Ses peurs anticipatoires empêchent l'apparition d'une érection normale.

Pour avoir une érection de qualité, outre un état psychologique calme et serein, les nerfs et les artères du petit bassin doivent être dans le meilleur état possible. Lorsque des facteurs de risques cardio-vasculaires existent, ils se cumulent et accélèrent l'installation et l'aggravation de la dysfonction sexuelle. Ces facteurs sont l'intoxication tabagique, le diabète (l'hémoglobine glyquée HbA1c supérieure à 8% est très péjorative), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité, la sédentarité, la dépression et l'anxiété/le stress chronique.

De nombreux traitements des troubles de l'érection ont été développés depuis 25 ans (médicament IPDE5 type Viagra, gel urétral type Vitaros, vacuum, injection intra caverneuse type Edex, prothèse érectile de verge). Ces traitements permettent le maintien d'une activité sexuelle de qualité

chez les hommes motivés mais nécessitent obligatoirement une maîtrise des facteurs de risque cardio-vasculaires et des facteurs additionnels d'aggravation, comme les troubles urinaires du bas appareil (la gêne prostatique entraîne un risque relatif de dysfonction érectile multiplié par 7,5), la consommation excessive d'alcool ou la prise de certains médicaments. C'est pourquoi l'apparition d'une gêne érectile doit attirer votre attention et encourager à venir consulter votre médecin dans le but de réaliser d'abord un bilan médical complet puis à trouver une solution personnalisée afin de restaurer une activité sexuelle satisfaisante.

Il est beaucoup plus efficace de démarrer le traitement lorsqu'il existe toujours une activité sexuelle résiduelle que d'attendre la « panne » totale permanente. Ce traitement sera personnalisé, et peut impliquer plusieurs professionnels de santé (rééducation psycho/sexo thérapeutique, médicaments, correction des mauvaises habitudes alimentaires et de la sédentarité, etc.). Il prendra en compte votre sexualité dans son ensemble que vous ayez une sexualité de couple, de rencontre ou autre. Le fait d'inclure la partenaire pour une prise en charge globale du couple est un facteur de succès, notamment en comprenant que le médicament facilite l'érection mais ne remplace pas la partenaire. Les éventuels problèmes médicaux de la partenaire pourront aussi être évalués dans le but d'améliorer l'activité sexuelle dans son ensemble et notamment les difficultés liées au vieillissement, à la ménopause ou à l'état de santé qui peuvent venir se surajouter et aggraver la dysfonction érectile de l'homme.

En conclusion, les problèmes d'érection sont fréquents et trouvent une solution dans la majorité des cas.

Évitez de vous focaliser sur la situation, car l'anxiété peut aggraver la dysfonction érectile. Améliorer son hygiène de vie est utile : arrêter de fumer, avoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, éviter l'abus d'alcool, perdre du poids en cas de surpoids ou d'obésité contribuent à améliorer le diabète ou l'hypertension artérielle, et font baisser le cholestérol. Il ne faut pas hésiter à consulter un médecin avec lequel vous vous sentez à l'aise si les troubles sont responsables d'une souffrance physique ou psychologique car des solutions existent.

