

# L'hyperoestrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique

M. C. DEBLED

## L'hyperoestrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique

G. DEBLED\*

On sait que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

On a pu constater que l'hyperoestrogénie est associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique. Elle est le plus souvent le résultat d'une tumeur de l'ovaire, mais peut être aussi le résultat d'une tumeur de la prostate.

# L'hyperoestrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique

G. DEBLED\*

## INTRODUCTION

L'éjaculation précoce, l'impuissance, la motivation sexuelle, sont les raisons les plus courantes qui déterminent le patient à rechercher une consultation d'andrologie, et ce d'autant plus qu'il ne pense pas être atteint par une affection psychologique.

La démarche diagnostique la plus simple est de s'assurer en premier lieu de l'intégrité du système génital et de celle du bas appareil urinaire, puisque ces deux systèmes se confondent au niveau du carrefour uréthro-déférentiel.

Il est également logique de s'interroger sur l'influence que les hormones sexuelles peuvent avoir sur ces organes.

L'étude systématique de plusieurs centaines de cas d'andrologie nous a permis de mettre en évidence un syndrome qui ne semble pas avoir été décrit jusqu'à présent : l'hyperoestrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique.

Nous possédons plusieurs dizaines d'observations chez l'homme jeune.

L'âge moyen au moment de la première consultation est de 25 ans, le plus jeune patient ayant consulté à 14 ans et 1/2.

## SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie témoigne d'une perturbation de la miction ou de la fonction sexuelle.

Les troubles de la miction sont rencontrés dans 50 % des cas. Ils sont associés ou non à de l'infection

prostato-vésiculaire. En effet, la simple congestion de l'urètre postérieur au demeurant trop étroit peut expliquer les besoins fréquents d'uriner, les examens bactériologiques étant normaux.

En effet, ce n'est que lorsque le débit mictionnel se situe au-dessous de 50 % (moins de 12 cm<sup>3</sup> par seconde), que l'infection s'installe chroniquement à cause de la persistance d'un petit résidu et qu'il se produit des épisodes de prostatite aiguë ou subaiguë à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Quand le débit mictionnel est diminué, mais se situe au-dessus de 50 %, les épisodes infectieux peuvent être espacés de plusieurs années parce que la musculature vésicale se décompense lentement.

Entre les épisodes infectieux proprement dits, objectivés par la clinique et la biologie, la symptomatologie de gêne urétrale, de dysurie, de pollakiurie, de congestion périnéale ou d'urgence mictionnelle, est pratiquement toujours présente, parfois intense, mais très souvent discrète, ce qui pousse les tempéraments placides à patienter.

Lorsque le patient a l'esprit vif, il sera amené à consulter de nombreux urologues jusqu'au moment où la symptomatologie lui sera expliquée. Et dans ce cas, il demandera à être débarrassé de son mal au plus tôt.

On comprend le manque de compréhension qui peut exister entre le praticien, tout à fait de bonne foi, mais qui ne croit pas à la symptomatologie de son patient et ce dernier qui éprouve des symptômes gênants et désagréables.

*L'urétrorragie* non douloureuse sans cause apparente a motivé la consultation de notre plus jeune patient.

L'hématurie inexpliquée doit également faire penser à la congestion de l'urètre postérieur.

\* Rue de Tenbosch, 23-25 - B - 1050 Bruxelles (Belgique).

*Les troubles sexuels* motivent la première consultation une fois sur deux.

En cause : l'éjaculation précoce, l'éjaculation baveuse, l'impuissance progressive, la stérilité, les malformations associées, le manque de motivation sexuelle, et l'hypertrophie mammaire.

*L'éjaculation précoce.* Au départ, un jeune couple peut être confronté à l'éjaculation précoce d'emblée, mais avoir une sexualité tout à fait normale et avoir des enfants, la pathologie s'installant progressivement.

Par conséquent, ce qui caractérise l'éjaculation dans notre cas est qu'elle est pratiquement toujours précoce et que cette situation tend à s'aggraver avec le temps quelles que soient les circonstances.

Ici, la précocité n'a rien de psychologique, ce qui peut être le cas lorsque l'éjaculation a lieu accidentellement sous le coup de l'émotion, ou sélectivement selon l'objet du désir.

On comprend les perturbations du comportement que cela peut engendrer au sein du couple et de l'entourage, d'autant plus que l'évolution est insidieuse et s'aggrave au fil des années.

Elle constitue une grande épreuve de vie et seuls les couples qui s'aiment y résistent. Inutile de dire leur soulagement lorsqu'une explication organique vient confirmer leur amour et qu'ils apprennent qu'une solution thérapeutique peut être envisagée.

*L'éjaculation baveuse* au niveau de l'orifice des canaux éjaculateurs est la conséquence de l'enserrement du carrefour uréthro-déférentiel par la fibrose ; elle peut accompagner la diminution ou la disparition de l'orgasme.

Ce même phénomène peut exister dans l'hypertrophie des glandes prostatiques qui provoquent le remaniement de ce carrefour.

L'éjaculation précoce peut y être associée, mais pas nécessairement.

*L'impuissance progressive.* Elle signe très probablement l'atteinte de la vascularisation pénienne. La verge n'est plus suffisamment tumescence et la situation s'aggrave d'autant plus qu'il s'y ajoute de l'éjaculation précoce de cause organique, elle-même accentuée par la crainte de l'échec.

*La stérilité masculine* n'est pas la règle au début de l'affection et certains patients, mariés très jeunes, ont eu des enfants.

Toutefois, le spermogramme peut démontrer une hypospermie et une diminution de la mobilité des spermatozoïdes. Chez un patient qui consulte pour stérilité, et dont le spermogramme démontre ces

particularités, il faut rechercher le syndrome que nous décrivons.

*Les malformations qui peuvent être associées* sont : la courbure des corps caverneux, la varicocèle, la cryptorchidie.

*Le manque de pulsions sexuelles* a également été observé chez un patient parfaitement équilibré psychologiquement et qui ne se sentait motivé ni par l'hétérosexualité, ni par l'homosexualité.

La démarche purement intellectuelle le portait à consulter pour connaître la raison de sa passivité sexuelle, son désir intellectuel étant d'assumer une hétérosexualité active.

*L'hypertrophie mammaire* peut également être embarrassante. Elle témoigne de la réceptivité de l'organe cible à l'hyperœstrogénie (fig. 1).

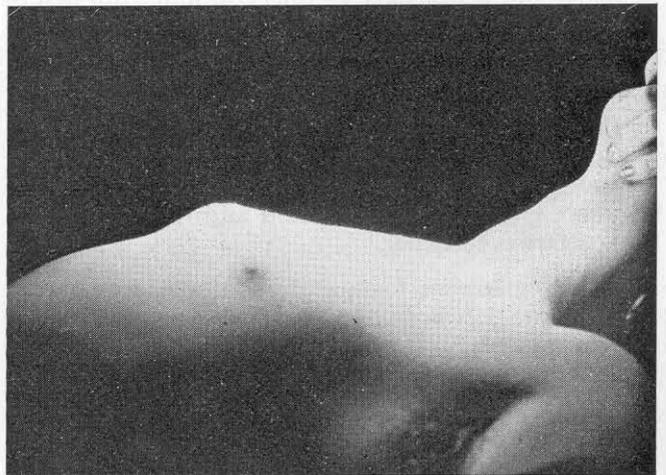


fig. 1

Hypertrophie mammaire unilatérale chez un patient âgé de 24 ans présentant de l'hyperœstrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'offre aucune difficulté. Il suffit d'écouter attentivement l'histoire clinique et de pratiquer un bilan complet de la miction et de la fonction sexuelle.

Ce bilan comprend : l'urographie intraveineuse avec cystographie permictionnelle, le mictiogramme, l'examen microscopique des sécrétions prostatovésiculaires, l'endoscopie, le bilan hormonal, et le spermogramme.

*Lurographie intraveineuse avec cystographie, pré, per et post-mictionnelle* est le premier examen qu'il faut demander pour étudier la miction. L'urographie intraveineuse démontre généralement une voie urinaire normale au-dessus de la vessie ; en revanche, le cliché permictionnel est capital puisqu'il permet d'évaluer la bonne ouverture du col et de l'urètre prostatique (fig. 2).

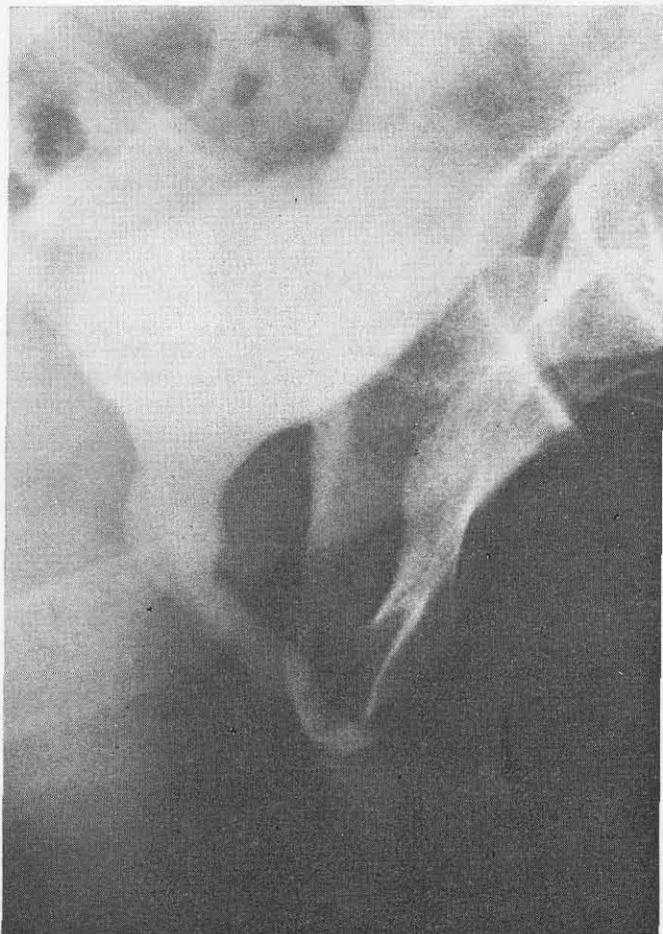


fig. 2

Urétrocystographie permictionnelle normale. Remarquez la bonne ouverture du col vésical.

Le syndrome que nous décrivons constitue par conséquent un exemple typique de pathologie urinaire avec urographie intraveineuse normale pour autant que cet examen radiologique soit limité à l'étude de la vessie et des arbres urinaires supérieurs.

Lorsque cet examen est complété par l'urétrocystographie permictionnelle, il démontrera souvent une mauvaise ouverture de l'urètre postérieur.

Il faut signaler que les patients qui ont des difficultés à uriner devant l'appareil de radiographie sont souvent ceux qui présentent une obstruction au niveau de l'urètre prostatique et qu'il faut éviter de les taxer de psychisme ou de nervosisme. En fait, ils ont besoin d'une relaxation suffisante pour pouvoir uriner et ce d'autant plus que l'ouverture du col vésical est difficile. Ces mêmes patients débarrassés de leur obstacle mictionnel urinent très bien devant l'appareil de radiographie (fig. 3).

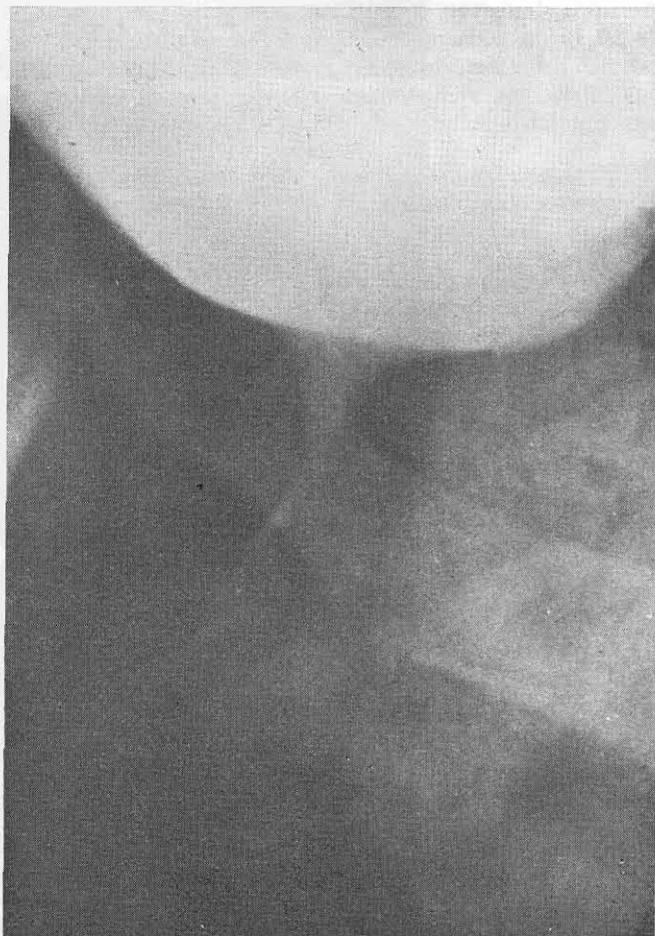


fig. 3

Urétrocystographie permictionnelle pathologique dans l'hyperœstrogénie. Le col vésical et l'uretère postérieur ne s'ouvrent pas normalement.

*Le mictiogramme* confirme ou non la difficulté mictionnelle. Il suffit au patient d'uriner dans un appareil électronique qui se trouve dans un local isolé, ce qui lui permet d'uriner en toute quiétude, et de commander lui-même l'arrêt de l'appareil en fin de miction.

Le mictiogramme enregistre le débit mictionnel par seconde et indique la quantité totale urinée. Le débit moyen normal est de 20 cc à 25 cc par seconde.

Ce test extrêmement simple permet de détecter la pathologie débutante et de suivre son évolution.

Dans certains cas d'interprétation difficile, il faut recourir à l'étude urodynamique complète qui permet d'enregistrer les pressions trop élevées dans l'urètre prostatique, c'est-à-dire au sein même de l'obstacle à l'instar du cathétérisme cardiaque.

Dans le syndrome que nous décrivons, le débit mictionnel moyen est pratiquement toujours réduit de 50 % ou plus au moment de la première consultation. En effet, lorsque cette diminution n'atteint pas 50 %, les symptômes sont discrets et n'attirent pas particulièrement l'attention du patient.

*L'examen microscopique* des sécrétions protato-vésiculaires est indispensable pour détecter l'infection.

*L'endoscopie* démontre un rétrécissement du col vésical et de l'urètre prostatique. Il faut être rompu à l'endoscopie pour faire le diagnostic bien que les signes soient extrêmement précis :

— l'hypertrophie du col vésical ne permet pas de voir en enfilade le plancher de l'urètre prostatique et le trigone : ce signe est constant (fig. 4 et 5) ;

— la congestion intense des parois de l'urètre prostatique lui donne une couleur rouge et la dilatation du réseau capillaire est caractéristique, ce signe peut faire défaut ;

— dans un cas, nous avons même constaté une hypertrophie importante du *veru montanum* en association aux lésions que nous venons de décrire. Ce *veru montanum* géant avait un aspect blanchâtre et occupait une grande partie de la lumière de l'urètre prostatique au point de jouer un rôle obstructif (fig. 6 et 7) .

*Le bilan hormonal* explore l'axe hypophyse-testicules dans un premier temps. Il démontre toujours une élévation des œstrogènes sanguins et particulièrement de l'œstradiol qui peut atteindre des valeurs de 100 pg/ml.

Dans certains cas, le taux d'œstrogènes sanguins varie dans les limites supérieures de la normale ; dans d'autres cas, c'est le taux d'excrétion urinaire qui est anormalement élevé.

Ces anomalies doivent attirer l'attention car le taux d'hormones peut varier : par exemple, lors d'une congestion mammaire, le taux d'œstrogènes peut être très élevé alors qu'il ne l'était pas avant l'épisode congestif.

Certains patients présentent une diminution importante du taux de testostérone sanguine, qu'il

s'agisse d'un défaut de synthèse biochimique ou du résultat d'une castration bilatérale.

Ici, la balance hormonale penche du côté des œstrogènes à cause de la carence des hormones mâles. Cette situation peut être aggravée par une hyperœstrogénie associée.

Ces variations hormonales entraînent des réponses de l'hypophyse dont il est indispensable de tenir compte pour comprendre l'ensemble du tableau clinique et biochimique.

*Le spermogramme* démontre une hypospermie et une diminution de la mobilité des spermatozoïdes. Lorsque ces caractéristiques sont mises en évidence et qu'aucune cause classique n'a été décelée, il faut rechercher le syndrome d'hyperœstrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les cas ayant nécessité une levée de l'obstacle urétral, l'analyse du tissu pathologique a démontré chaque fois une fibrose des parois de l'urètre postérieur, et, parfois une hyperplasie myofibreuse de la prostate associée ou non à une atrophie ou à une absence des glandes prostatiques (fig. 8).

Organe cible des œstrogènes, le *veru montanum* hypertrophié dont nous avons parlé plus haut, était constitué essentiellement de tissu vasculaire.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

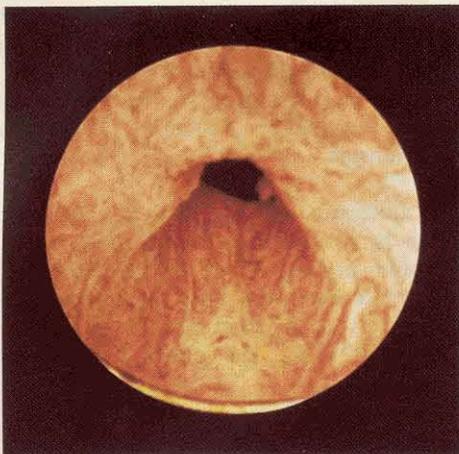
Il faut distinguer le syndrome que nous décrivons des malformations congénitales de la structure musculaire ou collagénique du col vésical ou de l'urètre prostatique. Ces malformations sont présentes à la naissance et sont responsables de l'énurésie et de l'infection urinaire chez le jeune enfant. La levée de l'obstacle entraîne la guérison.

Dans le cas de la fibrose avec hyperœstrogénie, la levée de l'obstacle doit s'accompagner d'un traitement aux antiœstrogènes. L'absence des troubles urinaires avant la puberté, leur apparition et leur aggravation après la puberté, permettent de penser qu'il s'agit d'un trouble biochimique de l'invasion hormonale de l'organisme mâle.

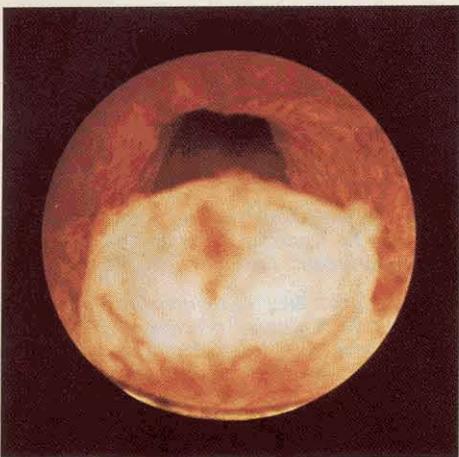
## HEREDITE

Dans notre série, nous relevons des jumeaux vrais ayant pratiquement la même diminution du débit mictionnel et le même taux d'œstrogènes sanguins.

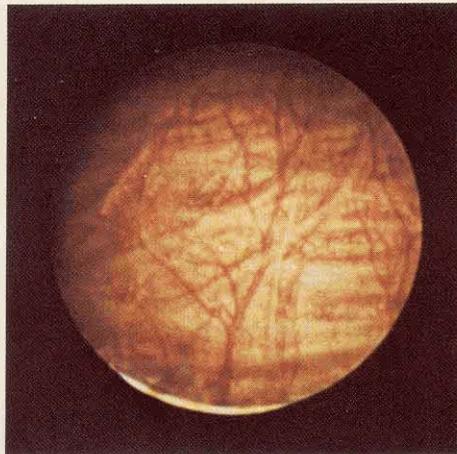
*fig. 4*  
Urétroscopie  
postérieure.  
Sténose du col  
vésical et  
congestion  
vasculaire  
intense.



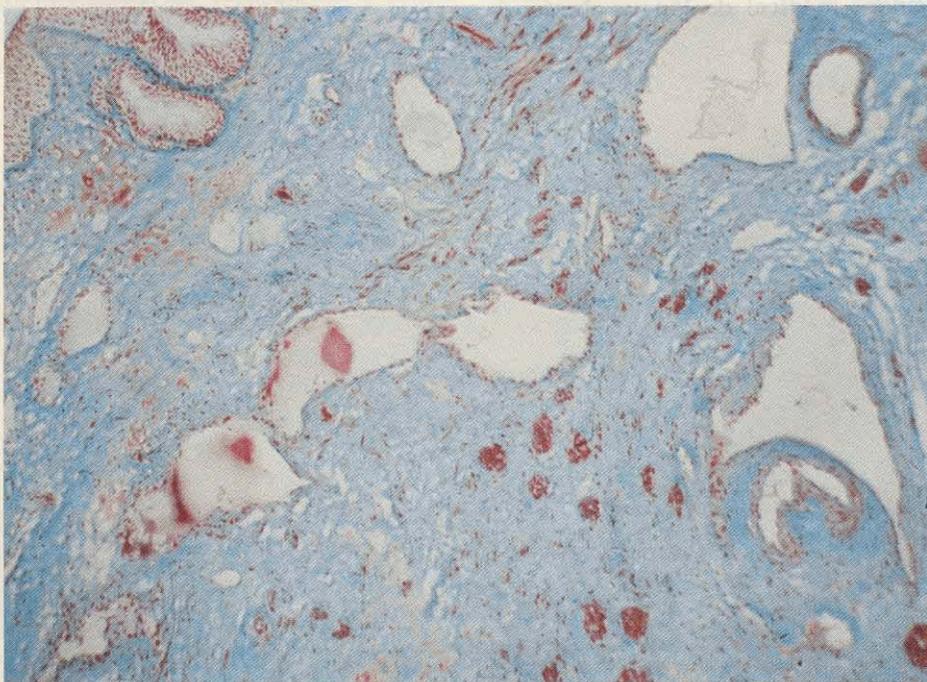
*fig. 5*  
La cystoscopie  
démontre une  
vessie à colonnes  
au-dessus de  
l'obstacle  
démontré à la  
figure 4.



*fig. 6*  
Urétroscopie  
postérieure :  
importante  
hypertrophie du  
*veru montanum*  
et sténose du col  
vésical.



*fig. 7*  
Urétroscopie  
postérieure après  
résection  
endoscopique de  
l'obstacle fibreux  
et du  
*veru montanum*  
hypertrophié  
démontrés à la  
figure 6 : la loge  
est déshabillée.



*fig. 8*

L'anatomie pathologique des parois de l'urètre prostatique dans l'hyperœstro-  
génie démontre une fibrose intense et de nombreux lacs veineux.

Une rétention d'urine a imposé la résection endoscopique de l'obstacle prostatique chez un patient de 40 ans dont le taux d'œstrogènes était très élevé. Il s'agit de l'oncle du plus jeune patient de notre série qui présente également une hyperœstrogénie.

Ces faits suggèrent une hérédité récessive.

## LE TRAITEMENT

Le Tamoxifen (Nolvadex®), utilisé comme traitement palliatif du cancer mammaire, et dont les effets reposent sur l'inhibition d'un processus qui peut être stimulé par l'œstradiol, constitue le traitement de choix.

Nous avons vérifié la chute du taux d'œstrogènes dans de nombreux cas parallèlement à une amélioration de la symptomatologie. Plusieurs éjaculateurs précoces, incapables d'avoir une activité sexuelle normale ont retrouvé une sexualité satisfaisante.

La posologie est de 10 à 30 mg de Nolvadex® par jour. Elle est adaptée en fonction du taux d'œstrogènes sanguins.

Lorsque le taux de testostérone est insuffisant, il faut administrer également des androgènes.

Le testicule cryptorchide et la varicocèle doivent être corrigés chirurgicalement avant d'entreprendre le traitement hormonal. Dans ces cas, la fonction endocrine du testicule s'améliore et évite parfois de recourir au traitement médical de longue durée.

Pour juger l'effet du traitement hormonal, il faut patienter au moins 6 mois, car l'amélioration est lente et progressive. Si après une année de traitement, la puissance sexuelle n'est pas restaurée, on peut envisager la mise en place de prothèses péniennes.

Lorsque la fibrose de l'urètre prostatique provoque la rétention d'urine ou l'infection urinaire chronique, il faut lever l'obstacle avant d'entreprendre le traitement aux antiœstrogènes. Dans ce cas, il faut recourir à la chirurgie endoscopique qui constitue le traitement de choix de l'obstacle prostatique (fig. 7).

## Résumé

*L'hyperœstrogénie associée à la dysectasie fibreuse de l'urètre prostatique est un syndrome qui ne semble pas avoir été décrit jusqu'à présent.*

*Cette pathologie est responsable de troubles de la miction comme la dysurie, la pollakiurie, l'urgence mictionnelle, la gêne périnéale, l'urétrorragie, l'hématurie.*

*Elle peut être également responsable de troubles sexuels comme l'éjaculation précoce, la stérilité, le manque de motivation sexuelle, l'impuissance associés ou non à l'hypertrophie mammaire ou à des malformations génitales.*

*Le traitement consiste en l'administration d'antiœstrogènes. Lorsqu'il existe une rétention d'urine ou de l'infection urinaire chronique, il est parfois indispensable d'éliminer l'obstacle prostatique par la chirurgie endoscopique.*