



LES HOMMES ET LES MEDECINS GENERALISTES AU CŒUR DE LA CAMPAGNE



Service de presse et de communication :

Marie-Hélène Coste / Sophie Morelle
MHC Communication

Tél. : 01 55 42 22 10 - Fax : 01 55 42 00 40

MHC@wanadoo.fr

SOMMAIRE

<i>2005 : l'étude Krisis® 1 : la parole aux hommes</i>	<u>3</u>
<i>2006 : l'étude Krisis® 2 : la parole aux médecins généralistes</i>	<u>8</u>
<i>Le dépistage du cancer de la prostate</i>	<u>18</u>
<i>Les maladies bénignes de la prostate</i>	<u>29</u>
<i>Les urologues et l'andrologie</i>	<u>33</u>
<i>Annexe : le toucher rectal en médecine générale</i>	<u>35</u>

2005 : l'étude Krisis® 1 : la parole aux hommes

Dans le cadre de la première journée nationale de la prostate organisée le 15 septembre 2005, l'AFU avait demandé à la société d'étude IPSOS d'explorer les enjeux psychologiques inconscients liés à la prostate auprès du public masculin. Ce premier volet avait notamment pour objectif d'identifier les raisons pour lesquelles le dépistage précoce du cancer de la prostate, spontané et individuel se développait aussi lentement en France.

IPSOS avait réalisé cette étude selon le protocole qualitatif Krisis® qui permet de faire émerger des opinions et des valeurs personnelles en pulvérisant les tabous liés aux questions posées, en faisant s'exprimer les participants en toute authenticité (cf. méthodologie dans les résultats détaillés de l'étude 2006, ci-jointe).

L'étude mise en œuvre par IPSOS pour l'AFU avait permis de confronter les différents points de vue concernant la prostate, chez trois triades d'hommes âgés de 45 à 60 ans, issus de catégories socioprofessionnelles diverses qui se sont exprimés 3 heures durant avec l'aide de 2 animateurs.

Ces triades avaient été composées en fonction des attitudes des hommes sélectionnés par rapport au sujet.

Une première triade était composée de trois hommes de 51, 55 et 58 ans qui se sentaient concernés et avaient déjà consulté pour leur prostate.

La seconde était composée de trois hommes âgés de 49, 52 et 53 ans totalement réfractaires à l'idée du dépistage ; la troisième, de trois hommes de 48, 49 et 51 ans, sans opinion sur le sujet et qui ne se sentaient pas du tout concernés par le problème.

L'idée ou l'objectif de cette étude était de comprendre ce qui motivait chacune des attitudes à l'égard de la consultation – savoir ou valeurs associées à la prostate, contexte familial – au monde médical en général et au médecin traitant en particulier ; il s'agissait de comprendre la part de choix faite en connaissance de cause et de voir dans quelle mesure l'apport d'une information nourrie et ciblée sur le sujet était susceptible d'influencer l'opinion de chaque homme, de contribuer à convaincre les indécis, voire de convertir les réfractaires.

Au fil des discussions, en poussant les hommes dans leurs derniers retranchements, les propos recueillis ont permis de dégager les représentations que les hommes ont de leur santé, de leur prostate et du dépistage.

Concernant le dépistage, il est clairement apparu que les hommes hésitent à en parler à leur médecin, parce qu'ils redoutent l'examen du toucher rectal, parce qu'ils sont réticents à se soumettre à un examen annuel, mais aussi à cause de leurs représentations de la prostate et de notions confuses sur son rôle dans la sexualité.

Les freins au dépistage des pathologies prostatiques

Il est difficile pour les hommes de s'intéresser à un problème médical tant que des signaux ne les ont pas alertés. Or, la prostate n'inquiète qu'en cas de symptômes urinaires.

Saturés par les messages de prévention en matière de santé, les hommes deviennent indifférents soit par incrédulité, soit par fatalisme.

Le médecin traitant n'aborde pas spontanément le problème de la prostate au cours d'une consultation standard.

La prostate est associée aux valeurs de jeunesse, de vitalité, de virilité, de fertilité, de sexualité, de plaisir. Ses dysfonctionnements marquent, pour les hommes, la fin d'un âge d'or de la séduction, un déficit de puissance virile, très difficile à accepter.

A cette connotation péjorative s'ajoute une grande méconnaissance des symptômes et des traitements.

Les hommes n'ont donc aucune envie d'aller consulter.

Ils ont peur de se retrouver du jour au lendemain dans un univers médicalisé et angoissant, peur de la dégénérescence qu'ils associent aux pathologies de la prostate, peur du ridicule lié au toucher rectal.

Mais dès lors que l'on fait valoir aux hommes les bénéfices du dépistage (qu'il y ait ou non cancer) et que l'on associe le message à l'idée de santé, de préservation de la jeunesse et de la virilité, les hommes deviennent alors plus sensibles aux arguments les incitant à consulter régulièrement leur médecin pour leur prostate.



Les participants à cette étude avaient favorablement accueilli l'idée de l'AFU d'impliquer la femme dans un rôle actif en faveur du dépistage du cancer de la prostate. Ce rôle a donc été mis en scène par l'AFU et illustré par une affiche distribuée aux cabinets médicaux et sur laquelle on voyait une femme mangeant des tagliatelles et l'air ébahi, car on lui demandait : « *Et votre prostate, vous y pensez ?* », question associée à un texte affinant cette interpellation étrange :

« *Bon, quand nous disons "votre" prostate, c'est plutôt celle de votre mari, ami, frère. S'il a plus de 50 ans, il devrait la faire vérifier par un urologue, comme vous-même faites régulièrement surveiller vos seins. La prostate peut grossir ou se modifier avec l'âge et engendrer des troubles urinaires ou sexuels. Le cancer de la prostate est aussi le premier cancer masculin, devant celui du poumon. Ce dépistage, il ne le fera pas sans vous : cette*

vérification n'est pas douloureuse mais elle est taboue, déstabilisante pour un homme ; elle implique un toucher rectal.

C'est sa prostate mais c'est votre problème aussi et c'est sa vie.

Si vous pensez que c'est utile, parlez-lui ou conseillez-lui de consulter www.urofrance.org. »

Cette première étude avait également souligné le peu d'implication des médecins généralistes dans les problèmes de prostate et les hommes souhaitaient que le médecin généraliste assume un rôle de prévention, tout comme le médecin du travail. Certains demandant même à ce que le dépistage soit rendu obligatoire. Cette étude est maintenant publiée et le tiré à part est joint à ce dossier (Bardon Y, Chartier-Kastler E, Moreau JL, Davin JL, Mignard JP, Coulange C). La prostate, symbole de la vulnérabilité masculine : une enquête qualitative AFU-IPSOS Prog Urol. 2006 16:324-327.)

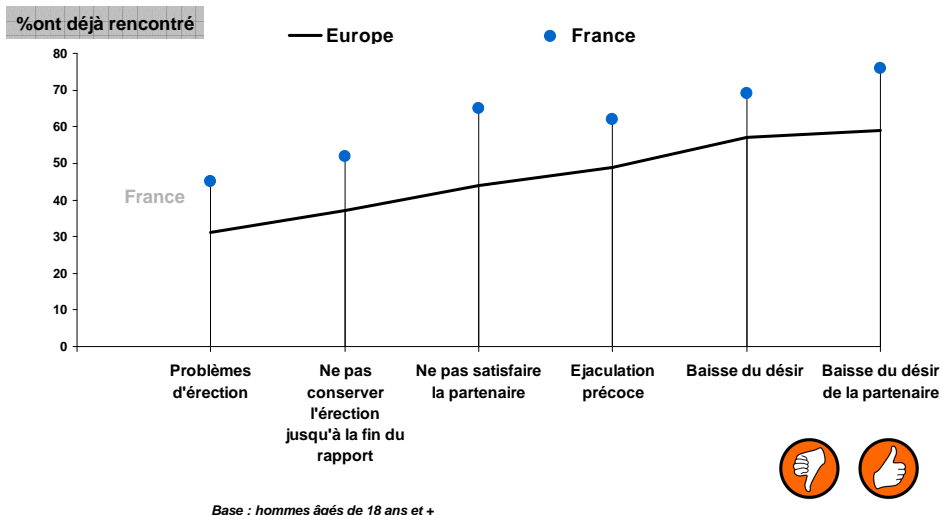
C'est la raison pour laquelle, l'AFU a réalisé une deuxième étude, cette fois auprès de médecins généralistes sélectionnés.

Quelques résultats d'études quantitatives menées récemment en France



Fréquence des problèmes de sexualité

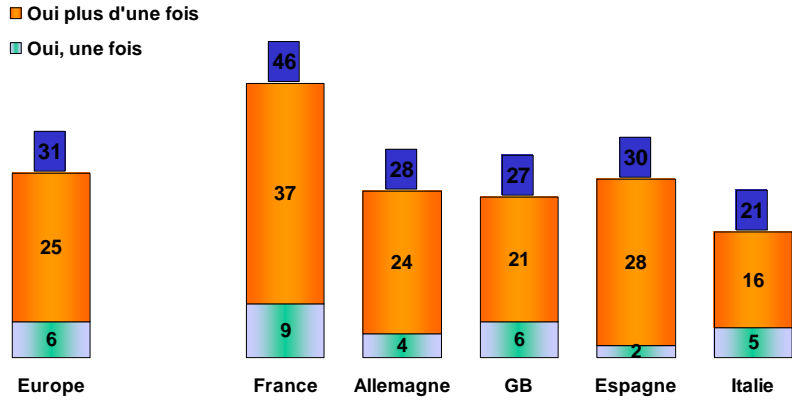
Avec quelle fréquence avez-vous déjà rencontré chacune des choses suivantes ?





Expérience de la dysfonction érectile chez les hommes de 40 ans et plus

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir des problèmes d'érection ?



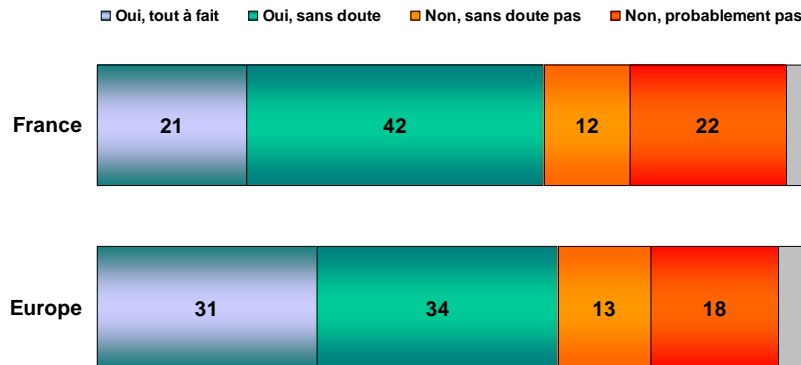
Bayer HealthCare
Pharma

Base : hommes âgés de 40 ans et +



Perception des solutions thérapeutiques

Si vous aviez des problèmes d'érection, est-ce que vous pourriez envisager de prendre des médicaments pour y remédier ?



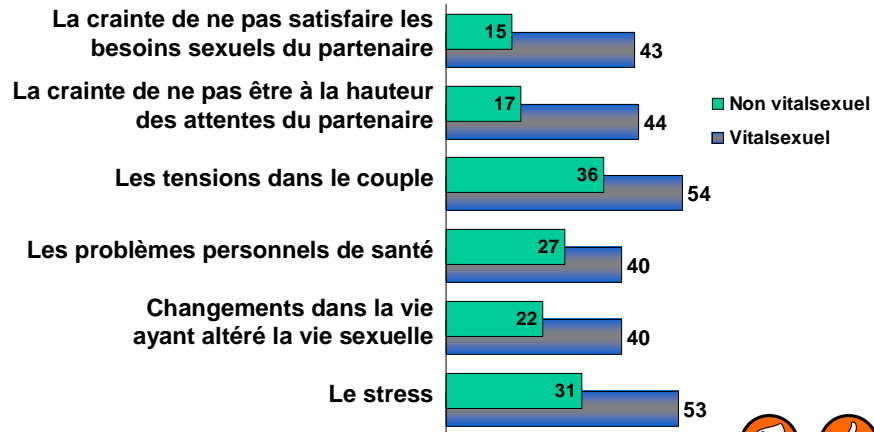
Base : hommes âgés de 18 ans et +





Facteurs affectant la vie sexuelle des VITALSEXUELS

France



Base : hommes âgés de 40 ans et plus

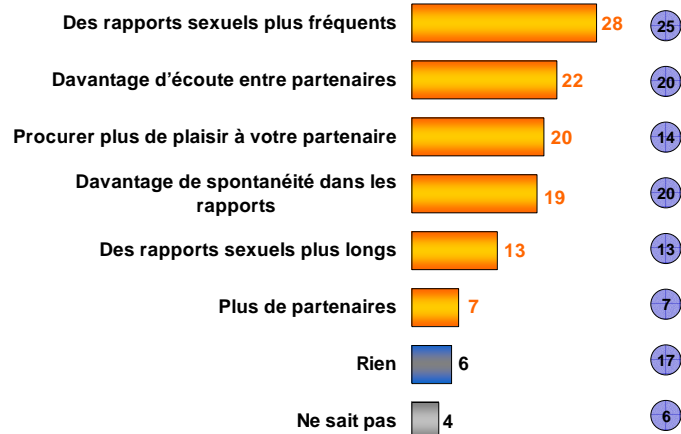


Ce que souhaitent les VITALSEXUELS

Si vous pouviez améliorer quelque chose dans votre sexualité, qu'est-ce que ce serait en priorité ? (2 réponses possibles)

France

Europe



Base : Les Vitalsexuels



2006 : l'étude Krisis® 2 : la parole aux médecins généralistes

La nouvelle étude réalisée auprès de médecins généralistes a eu spécifiquement pour finalité :

- D'explorer les représentations et les valeurs associées à la prostate
- D'identifier le degré de connaissance des médecins généralistes
- De révéler les attentes et les leviers les plus adaptés pour le dépistage :
 - Comment sensibiliser les patients ?
 - Comment dépasser les résistances à l'égard du geste de dépistage ?
 - Quelle interaction construire avec les urologues ?

Cette étude a eu pour fonction de radicaliser les motivations et les résistances des MG selon leur profil de départ.

Il a été tenu compte de la féminisation de la médecine dans ce contexte tout particulier, sachant que l'étude précédente avait souligné la crainte d'une excitation incontrôlable lors du toucher rectal réalisé par un médecin femme.

Diaporama d'Yves Bardon joint au dossier.

La méthode

Conformément à la première étude, la nouvelle session Krisis® auprès des médecins généralistes en octobre 2005 a réuni trois triades :

- La première triade était composée de 3 MG (deux femmes et un homme) proactifs en matière de dépistage ;
- La seconde était constituée de 3 MG (deux femmes et un homme) se sentant dépassés ;
- La troisième comprenait 3 MG (deux femmes et un homme) s'en remettant systématiquement aux urologues.

Ces 9 médecins généralistes ont été recrutés pour leur clientèle diversifiée à Lille et dans sa région.

Résultats

La session avec les médecins généralistes valide la perception des hommes exprimée dans la première étude : **la prostate est au cœur de l'estime de soi.**

Cette session met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le problème de la prostate dans le cadre d'une consultation pour un autre problème médical. Ils cherchent à se justifier par tous les moyens et refusent de se remettre en question.

Aborder spontanément la question de la prostate avec un homme qui n'a rien demandé, ni fait allusion à aucun symptôme, est assimilé à une attaque frontale qui :

- oblige abruptement le patient à se poser des questions sur son âge
- génère automatiquement une blessure narcissique,
- crée une angoisse sur le devenir et la vitalité.

Parler de la prostate à un patient venu consulter pour toute autre chose déstabilise le patient. Il est donc plus confortable pour le MG de ne pas aborder ce problème tant que le patient n'en fait pas spontanément la demande.

Le silence du médecin est rassurant pour le patient qui l'interprète comme un signe de bonne santé.

En évitant d'évoquer la prostate, le médecin ne trouble pas la relation qu'il a avec des patients qu'il voit souvent.

« Vous pouvez regarder un sexe d'homme et lui toucher les testicules, ça ne pose pas de problème s'il est venu avec ses questions... »

Si le patient de lui-même aborde le sujet pour des raisons liées à :

- La présence de pathologies de la prostate dans sa famille
- Des problèmes (urinaires surtout) qui l'ont alerté
- Des difficultés sexuelles,

Les médecins, même femmes, retrouvent un cadre hiérarchique avec un interrogatoire et des gestes de sa pratique.

De façon générale, les MG se sentent désemparés à l'égard de la prostate car c'est l'un des seuls « éléments » du corps qui concentrent autant de connotations négatives ou taboues :

- sexuelles,
- scatologiques
- dégradantes,
- impactant la vitalité du patient.

Ils ont le sentiment de ne pas avoir de moyens « scientifiques » pour sortir de cette spirale et justifier :

- le fait d'alerter leurs patients, de façon tout à fait naturelle, comme pour toute autre partie du corps, parce que la prostate reste encore un tabou social.
- Une démarche strictement professionnelle qui échappe aux jugements de valeur et fasse oublier le sexe du praticien.

Les MG ont besoin que les spécialistes et les institutions de santé publique développent et médiatisent :

- une « andropologie » avec la même influence sociétale que la gynécologie,
- la nécessité absolue du dépistage, compte tenu de son impact sur la population masculine et du vieillissement global des français.

L'état des connaissances de la part des médecins généralistes

Les connaissances sur la prostate

« Si on a plus de cancer de la prostate, c'est que les hommes vivent de plus en plus vieux. »

« Parce que si on a tous 80 à 100 ans, on aura tous un cancer de la prostate. »

Pour les MG, la prostate est :

- une glande **fragile et vulnérable**
- une pathologie **de plus en plus fréquente**, associée au vieillissement
- avec des **conséquences d'autant plus graves que dépistée tardivement**

Ce qu'ils disent des causes

« L'âge... »

« Les afro-américains sont plus sensibles »

« Après il y a le cancer du sein chez la mère »

« Antécédent de cancer de la prostate chez le père »

Ce qu'ils disent des facteurs protecteurs

« La tomate »

« L'activité sexuelle. Tout est bon. »

Ce qu'ils connaissent des traitements

« Le zoladex... »

« Zoladex, Casodex... »

Ils citent :

- **Les antibiotiques**
- **L'hormonothérapie**
- **La radiothérapie**
- **La prostatectomie**

L'état des connaissances est fonction de l'intérêt du MG pour la discipline de l'urologie.

Ce qu'ils disent sur le dépistage

L'échographie, un statut assez flou...

« Dans un documentaire on a entendu dire que l'échographie de la prostate ne servait à rien. »

« Ce sont les urologues. Je suis allé à une conf il n'y a pas longtemps qui disait que l'écho devait être systématique. »

« L'échographie, c'est intéressant dans le cadre du bilan, mais bon à la limite, ce n'est pas nécessaire. »

La question de l'échographie souligne :

- Un **déficit de connaissances** qui permettraient de statuer, d'être sûr de soi et de préconiser le mode de dépistage le plus adapté.
- Un **manque d'informations** sur le statut de l'échographie... avec des idées contradictoires

« C'est un bon moyen. »

« Non, ce n'est pas un examen diagnostique. »

« C'est un examen complémentaire. »

« Ça permet de le sensibiliser et de l'envoyer chez l'urologue, qui est le spécialiste qu'il ne connaît pas à priori, et c'est plus facile pour le TR. »

Pour les proactifs, l'échographie est une technique :

- Inefficace
- Insuffisante
- Trop pratique pour contourner le geste de dépistage

Pour les autres :

- une astuce pour alerter le patient sans dramatiser et faire faire le toucher rectal par l'urologue
- ou bien une technique dans laquelle ils ont confiance et qui suffit

Ce qu'ils pensent du toucher rectal

« Dans la mesure où on n'en fait pas tous les jours, on est moins à même de dépister quelque chose. On est moins compétent sur le sujet et en ayant moins d'expérience on peut moins... »

« C'est plus facile pour l'urologue... il voit le patient une fois... »

Moins les médecins pratiquent le toucher, moins ils sont disposés à le proposer spontanément à leurs patients. Ils s'enferment donc dans une situation complexe ; professionnellement parce que le doute s'installe et psychologiquement parce que le dialogue sur le sujet devient impossible.

Il ne faudrait pourtant pas grand-chose pour que la situation s'inverse, mais il faut que le signal vienne de l'extérieur et, notamment des experts compétents en la matière, les urologues.

Le PSA, un déficit d'information

« Normalement le diagnostic se fait sur le PSA et le toucher rectal. »

« S'il a un PSA normal... je ne fais pas systématiquement le toucher. »

« Il y a dix ans, le PSA n'existait pas. »

« Et ce n'était pas un outil diagnostic, on n'avait pas le droit de le faire. C'était un outil de suivi ! »

Les conditions de la prescription d'un PSA sont mal connues, de même que son utilité, sa pertinence dans le dépistage et sa fiabilité.

La complémentarité PSA / toucher rectal est également mal appréhendée.

Les proactifs pensent que le PSA est une deuxième étape, après le toucher rectal.

Pour les autres le PSA suffit.

Les attitudes et pratiques à l'égard du dépistage

« Je pense qu'on a tous appris le dépistage de l'adénome prostatique et éventuellement du cancer de la prostate, il faut faire un toucher rectal. Et en pratique, personnellement (rires), je ne l'applique pas ».

Pourquoi vous ne l'appliquez pas ?

- *Parce qu'il y a un moyen beaucoup plus facile à faire : le PSA.*
- *Non, ce n'est pas un bon moyen, normalement le PSA c'est avec le toucher rectal.*
- *Oui, mais si on fait le toucher rectal avant, on va fausser le PSA.*

La formation médicale en la matière est une nécessité. Ceux qui ont été sensibilisés par un médecin lui-même actif et impliqué peuvent dépasser leurs résistances personnelles et convaincre le patient de se faire dépister.

Sinon, on se résout à la passivité et, soit on évite d'aborder le sujet, soit on prescrit un PSA seul.

Les motivations des MG proactifs

- *Ce n'est quand même pas le geste qui est compliqué !... c'est comme dépister une anomalie.*
- *La motivation, ce n'est pas le dépistage de la prostate. C'est de dépister un cancer de la prostate. Bon, si on dépiste un adénome, tant mieux, mais le but c'est quand même de savoir si un patient a un cancer ou pas.*

Les proactifs mettent en avant le caractère vital des enjeux. Ils dédramatisent le geste, présenté comme un acte médical comme un autre à comparer peut-être avec la gynécologie.

Pour eux le toucher rectal est :

- Simple
- Rapide et indolore
- Avec une réponse immédiate qui rassure ou permet d'anticiper.

Avec comme bénéfices pour le patient :

- Prolonger sa virilité harmonieusement
- S'engager le plus précocement possible dans un processus de soins.

Les stratégies des MG proactifs

- *Je pense qu'on peut aussi biaiser en posant des questions sur, par exemple, chercher des signes d'adénome de la prostate en leur posant des questions. S'ils ont du mal à vider leur vessie. Donc là, on peut amener l'examen beaucoup plus facilement.*
- *S'il y a une diminution du jet*

Pour les MG proactifs, la meilleure approche consiste à poser des questions simples sur des pratiques quotidiennes qui peuvent être handicapantes ou révélatrices d'une éventuelle pathologie.

- *Quand Mitterrand a eu son cancer, il y a des gens qui sont venus en disant « il faut que vous me le fassiez... ». Lorsqu'un homme public a une maladie, automatiquement il y a un tas de gens qui demandent s'ils ne l'ont pas également...*

S'appuyer sur la médiatisation de la maladie peut aider certains à évoquer le problème.

- *Vraiment en fin, fin de consultation... c'est toujours quand ils vont fermer la porte.*

Certains profitent des dernières minutes de la consultation, au moment où le patient sort son carnet de chèques ou sa carte vitale, pour des questions personnelles et « préparer » psychologiquement la prochaine consultation.

Pour cette catégorie de médecins, le caractère vital des enjeux dépasse l'éventuel malaise créé par le sujet, compte tenu de ce qu'ils connaissent des bénéfices du dépistage. La santé de leurs patients et la possibilité d'anticiper les conséquences d'une pathologie qui pourrait s'avérer lourde en cas de silence, priment sur toute autre considération.

Ils banalisent le toucher rectal, dédramatisent le sujet en soulignant les bienfaits d'une bonne prévention qui permet de prolonger harmonieusement sa virilité. Le dialogue s'instaure facilement avec des questions simples, à propos de pratiques quotidiennes qui pourraient être révélatrices d'une pathologie.

Les freins et les résistances psychologiques

La plupart des femmes ont été examinées pour des grossesses et donc c'est, j'allais dire entre guillemets, une entrée en matière positive. Ou les jeunes, qui ont pris la contraception, la pilule, c'est valorisant pour une jeune de 17 ans.

C'est que chez la femme, on lui parle de ses règles quand elle est jeune. Et il n'y a pas alors cette notion de cancer. Souvent on fait le parallèle entre le cancer et l'adénome prostatique, enfin cancer de la prostate... ça ne veut rien dire, cancer de la prostate et fibrome utérin... mais les femmes qui ont déjà un fibrome, elles ont été depuis longtemps chez le gynéco, elles n'en sont pas à leur premier toucher.

Alors que les hommes, quand on leur parle de l'adénome, ils ont 50, 60 ans, c'est leur premier toucher et ils sont tout de suite face à une possible maladie.

La simple évocation de la prostate déclenche l'irruption d'un schéma de dégénérescence. Lorsqu'on compare les comportements des femmes et des hommes, on constate que la prévention, voire le dépistage s'inscrivent dans des cycles naturels pour les premières, alors

que pour les seconds, dans le cas de la prostate, cette même démarche a tout de suite une dimension pathologique.

- *Alors s'il y a un trouble prostatique... et si on enchaîne sur les troubles sexuels, bonjour le moral hein. Il sort de là la tête dans les mains.*
- *Vous imaginez, si on voit quelqu'un : eh ben voilà, vous avez un problème à la prostate, si vous avez un cancer à la prostate, on vous fait une hormonothérapie, on vous opère et que vous allez voir ça, ça, ça, ça et ça... Non, ce n'est pas possible...*

La difficulté c'est d'avoir à tout expliquer et d'avoir à entrer dans des détails à connotation sexuelle. Cela oblige le MG à entrer dans l'intimité du patient.

- *Déjà, s'il y a leur femme, il va être difficile de leur en parler en général, parce qu'ils se sentent encore plus gênés je trouve.*
- *Parce que ce n'est pas gênant pour la femme qu'on fasse un toucher rectal à l'homme, c'est gênant pour l'homme. Parce que pour l'homme c'est un viol. C'est presque un viol. C'est un peu dégradant qu'on lui mette un doigt dans le derrière devant sa femme.*

La présence des épouses gêne plus les médecins que les hommes eux-mêmes qui n'ont pas montré de réticences à cet égard dans la première session Krisis®.

Enfin, le médecin généraliste non proactif hésite à proposer le dépistage en raison des difficultés pour gérer les suites, s'il connaît bien le patient.

Les freins et les résistances pratiques

Les généralistes se heurtent à deux types de résistances :

- Le silence des patients qui n'abordent jamais spontanément la question, sauf en cas de troubles urinaires et/ou sexuels et s'il s'est présenté des cas de cancer de la prostate dans leur famille ;
- Leurs propres projections psychologiques, avec l'impression de créer un registre d'intimité qui échappe au schéma hiérarchique médecin / patient ou de déstabiliser gravement leur interlocuteur.

Parler de la prostate, c'est aussi poser arbitrairement des questions très personnelles, avec un impact d'autant plus incontrôlable si le médecin est une femme...

Le silence du MG à l'égard de la prostate est donc confortable : pour le patient, parce que le silence du médecin est rassurant et qu'il l'interprète comme un signe de bonne santé ; pour le praticien lui-même, parce qu'il ne trouble pas la relation qu'il a avec des patients qu'il voit souvent et qu'il ne veut pas perdre.

L'âge est aussi exploité pour rationaliser l'absence de dépistage, plus le patient est âgé, moins le dépistage se révèle utile pour modifier son espérance de vie.

Médecin généraliste femme : un handicap supplémentaire

- *Je mets quand même un bémol, parce que quand un homme vient me voir pour des hémorroïdes ou pour une histoire sexuelle ou une banalité... enfin bref, je lui dis vous voulez me le montrer ou bien est-ce que ça vous dérange ? Et neuf fois sur dix, il n'y a pas de problème. Mais s'il se trouve qu'il dise « non, il est hors de question que je vous le montre », moi je dis que la médecine ne peut pas se faire à travers le pantalon, alors si vous ne voulez pas me le montrer à moi, à ce moment là, je veux bien vous donner quelque chose d'après ce que vous me décrivez, mais il faut aller voir un autre médecin homme. Et ça arrive qu'ils reviennent me voir en me disant qu'ils sont allés voir mon collègue. C'est plutôt difficile quand on est une femme.*

Les MG femmes souffrent d'un manque de préparation psychologique. Elles éprouvent des difficultés à dépasser la différence sexuelle, à franchir le cap du toucher rectal. Elles craignent en outre les réactions de leur patient et redoutent de ne plus jamais le revoir.

Les effets de contexte

Médecine de groupe et pratiques médicales

- *Nous sommes quatre. On ne parle jamais de problème de dépistage de prostate. Si, on va parler d'un cas, bah tiens j'ai vu ça, j'ai vu ça... tiens j'ai ça, j'ai un patient qui a ça...*
- *Moi, je suis inscrit à l'hôpital. 80 associés à l'hôpital. Jamais parlé du cancer de la prostate avec mes associés.*

Le fait d'exercer en cabinet de groupe ne change rien à la situation et n'implique pas davantage.

Les facteurs socioculturels sont jugés négligeables

- *Je ne pense pas non plus que ce soit un problème socioculturel ou socioéconomique.*

Le sentiment de dévalorisation et de castration symbolique est universel

- *J'aurais plus de facilité à faire un toucher rectal à un homme de 70 ans, qui est effectivement à la retraite qu'à un homme de 50 ans en pleine force de l'âge, parce que je pense qu'il y a cette notion de déclin...*

La rumeur peut être préjudiciable aux femmes

- *Devenir le docteur TR, ça se sait. Les patients le savent. Bon enfin, je raconte une anecdote, mais je ne fais plus de transmission, je ne fais que des feuilles. C'est incroyable le nombre de personnes qui savent par leur voisin que je fais des feuilles et que ce n'est pas la peine de me donner la carte vitale. Parce qu'ils se le disent entre eux. Donc, le jour où je fais un toucher rectal à un homme de 50 ans, je pense qu'ils vont se le dire. Ah tu as vu, elle fait des TR, fais gaffe !!!*

Implications de l'étude

La formation est une nécessité

« C'est quand même une pathologie qui est relativement simple, au niveau thérapeutique il n'y a pas grand-chose de nouveau... »

« Parce qu'on ne peut pas être au point sur tout... »

« En fac on a eu que quelques heures ; je crois que c'était deux heures : une d'adénome et une de cancer... »

« Il me manque des informations par rapport à ce geste là : comment faire un toucher rectal efficace... »

« Moi je me souviens du Pr. P. un gastroentérologue qui se mettait à quatre pattes dans l'amphi pour nous montrer comment il fallait mettre un patient pour faire un toucher rectal... »

Compte tenu des déficits de connaissances, des blocages psychologiques éprouvés par certains d'entre eux, et/ou des besoins de se « rafraîchir » la mémoire, les MG doivent bénéficier d'une formation qui leur permettrait de s'impliquer davantage en matière de dépistage.

De manière générale, les généralistes ne se sentent pas à jour à l'égard des pathologies de la prostate : ils fonctionnent avec l'héritage de leur cours, ils pensent que le sujet ne se renouvelle pas et ils manquent de pratique. Seuls les plus motivés s'impliquent dans la lecture de la presse médicale ou vont à des EPU (enseignement post-universitaire).

Un partenariat plus étroit est à construire avec les urologues

« Le médecin référent, ça va être nous... »

« C'est une dimension non négligeable parce que, être médecin référent, ça veut dire que maintenant le médecin qui a signé le papier est responsable de cette affaire... »

« Tu t'engages à tout faire... »

Le statut de « référent » est souvent vécu comme une charge supplémentaire, qui impose de nouvelles responsabilités aux généralistes, plus ou moins malgré eux et sans les moyens que cela suppose. Ils attendent une assistance ou une aide pour qu'ils puissent faire face aux demandes, d'où l'importance de construire du lien avec les spécialistes.

« S'il y avait un dépistage systématique par le toucher rectal, un dépistage de masse... »

« Voilà, si on nous disait : de même que vous faites un frottis, vous devez systématiquement faire un toucher rectal chez l'homme de plus de 50 ans... »

« Les arguments, ce serait de dire : bon après 50 ans, les problèmes de prostate, ça peut aller des choses les plus bénignes aux choses beaucoup plus graves... »

« On peut imaginer une campagne qui banalise le geste et effectivement à ce moment là, moi je pense que je le ferai... »

Les généralistes attendent des actions à trois niveaux :

- Institutionnel, avec une médiatisation sur le nombre et l'impact des pathologies de la prostate pour rendre le public réellement conscient de leur fréquence et de leur gravité, y compris en rendant obligatoire le dépistage.
- Professionnel, avec plus d'interactivité avec les urologues, des formations (notamment pour perfectionner la maîtrise du geste en vue du diagnostic).
- Communicationnel, avec des outils pour relayer les campagnes de dépistage du cancer de la prostate et expliquer le toucher rectal : brochures, affiches... pour la salle d'attente.

L'andrologie : une nouvelle discipline à développer

Contrairement aux femmes, qui sont très vite accompagnées, c'est sur le tard que les hommes sont mis en présence de discours et de gestes liés à leur vie sexuelle. Les femmes entrent en effet très jeunes dans un circuit d'assistance vécu plutôt positivement pour les aider au fur et à mesure qu'elles vivent règles, sexualité, grossesse, ménopause... Elles s'habituent donc vite à des gestes intimes dont le bénéfice est évident, de la contraception à l'accouchement, en passant par toutes sortes de situations ou de problèmes. Sauf pathologie grave ou drame, elles ne vivent pas la consultation et ses « gestes » comme une sanction, mais comme une étape dans leur vie de femme.

Les hommes, sauf exception liée à des difficultés particulières, ne sont pas accompagnés.

On ne les sensibilise pas progressivement à leur prostate, mais on leur assène la nécessité du dépistage, ce qui est vécu comme la sanction de leur vieillissement, crée la hantise du cancer, fait entrer dans un circuit d'autant plus dégradant que le geste de dépistage est une humiliation symbolique.

Il faut donc réfléchir à la notion globale « d'accompagnement sexuel » des hommes, en créant par exemple une sorte de « programme capital sexuel », alertant sur tout ce qui est important pour eux.

Plus on anticipera en expliquant très tôt les fonctions de la prostate, les différents types de pathologies, plus il sera à la fois simple de banaliser le dépistage, de rassurer sur l'évolution des traitements de moins en moins invasifs, et de déconstruire l'équation morbide : problèmes de prostate = fin de la vie.

Le dépistage du cancer de la prostate

Toucher rectal et dosage du PSA : de leur bon usage

Le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent, la 2^{ème} cause de mortalité (après le cancer du poumon) chez l'homme.

On estime qu'un homme sur huit risque la survenue d'un cancer de la prostate au cours de sa vie.

Plus de 50 000 cancers de la prostate sont détectés chaque année en France et 10 000 décès sont comptabilisés. Avec le vieillissement de la population et le nombre croissant des plus de 65 ans à partir de 2010, ces données chiffrées seront encore plus importantes.

Même si les traitements ont beaucoup progressé au cours des dernières années, le diagnostic le plus précoce augmente considérablement les chances de guérison.

Le cancer de la prostate évolue silencieusement, et il est souvent détecté après une consultation pour des troubles urinaires et / ou sexuels ou pour d'autres symptômes invalidants, mais peut l'être également par le dépistage.

Le dépistage du cancer de la prostate a pour objectif de détecter une tumeur à un stade précoce et asymptomatique.

Les conclusions de l'ANAES en 1998 ne recommandaient pas la mise en œuvre du dépistage de masse du cancer de la prostate au prétexte que les bénéfices attendus n'étaient pas clairement démontrés.

Plusieurs études prospectives internationales randomisées sont en cours, fondées sur la pratique d'un dosage sanguin du PSA et parfois d'un toucher rectal. La France, avec les départements de l'Hérault et du Tarn, participe à l'étude européenne ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) et organise une étude nationale sur les populations à risque.

Les résultats des études de dépistage sur la mortalité et la qualité de vie ne seront publiés qu'à partir de 2008. Pour l'instant, les résultats à 9,9 ans des études randomisées-pilotes de Rotterdam, préalables à l'ERSPC, montrent, sur des effectifs faibles, une diminution importante de la mortalité par cancer dans le bras dépistage. Dans la cohorte de patients pris en charge avant la mise en route des études de dépistage, le taux de tumeurs découvertes à un stade métastatique était de 24 %, contre 0,6 % depuis la mise en route du dépistage. (Références ERSPC De Koning BJUI).

De même, dans la population française, sous l'effet de l'usage plus large du PSA, la révélation du cancer à un stade métastatique, d'atteinte ganglionnaire ou avec un PSA > 5 ng/ml est passé de 24 % à 6 % entre 1995 (*étude Francim*) (réf. Soulié) et 2003 (réf. Villers *oncologie*).

Dans l'attente des résultats définitifs, et suite aux conclusions de son comité de cancérologie (composé d'urologues, d'oncologues médicaux, de radiothérapeutes, de pathologistes et de radiologues), l'Association Française d'Urologie propose une recommandation sur le dépistage du cancer de la prostate.

L'AFU souhaite associer à cette démarche l'ensemble des médecins généralistes en les incitant à proposer ce dépistage à leurs patients selon des modalités précises : l'âge de la population cible, le toucher rectal et le dosage du PSA et l'information à délivrer aux patients concernant les bénéfices et les risques du dépistage et des éventuels traitements en cas de détection d'un cancer.

L'AFU souhaite aussi aider les médecins généralistes à avoir un bon usage du PSA.

La prostate : un organe facilement accessible

La prostate est un organe génital exclusivement masculin, située juste sous la vessie en avant du rectum ce qui la rend facilement accessible. Elle a la taille et la forme d'une châtaigne, mesurant de 3 à 4 cm de long et de 3 à 5 cm de large et pesant environ 20 grammes chez l'homme jeune.

La prostate entoure l'urètre par lequel s'écoule l'urine après ouverture du col vésical lors de la miction.

Petite à la naissance, elle se développe jusqu'à la puberté.

Compte tenu de sa situation stratégique entre la voie urinaire et la voie génitale, la prostate peut être le siège de trois affections principales : le cancer de la prostate, l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome, et l'infection de la prostate ou prostatite.

Le rôle de la prostate dans l'appareil urinaire

La prostate joue un rôle important dans la continence ou lors de la miction.

Mais lorsque le volume de la prostate tend à augmenter, celle-ci exerce une pression sur l'urètre et peut gêner la miction.

Prostate et appareil génital

La prostate joue un rôle essentiel dans la reproduction en produisant, avec les vésicules séminales, glandes accessoires situées à sa proximité, le liquide séminal. Au moment de l'éjaculation, les spermatozoïdes issus des testicules parviennent à la prostate, via les canaux déférents pour produire le sperme.

La prostate, les canaux déférents et les vésicules séminales sont dotés de cellules musculaires lisses. Au moment de l'orgasme, le système nerveux central envoie des signaux qui vont entraîner la contraction de toutes ces fibres musculaires et des muscles du canal de l'urètre et du périnée pour produire l'éjaculation.

La prostate comprend 4 zones distinctes : antérieure, périphérique, centrale et transitionnelle. C'est dans la zone périphérique que se développent le plus souvent les cancers de la prostate. Cette zone est facilement palpable au toucher rectal.

C'est dans la zone qui entoure l'urètre, dite de transition, que se développe l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Le dépistage : pour tous les hommes de 50 à 75 ans

Avant 50 ans, le taux de détection d'un cancer de la prostate est très faible, inférieur à 0,5 %. Après 75 ans, le cancer de la prostate évolue lentement et, compte tenu de l'espérance de vie au-delà de cet âge (10 ans), le dépistage n'est plus recommandé. Au vu des bénéfices et des inconvénients attendus, on estime que le patient doit avoir une espérance de vie supérieure à 10 ans pour pouvoir bénéficier d'un traitement curatif.

Le dépistage est cependant recommandé à partir de 45 ans, aux hommes qui ont des antécédents familiaux (2 parents proches atteints de cancer de la prostate) ou en fonction de l'origine ethnique (africaine ou antillaise).

Le risque familial

Le risque pour un homme de développer un cancer de la prostate est d'autant plus grand que le nombre de parents proches ayant eu un cancer de la prostate est élevé et que ces cancers ont été détectés avant 65 ans.

- La forme héréditaire comporte le risque le plus élevé. Cette forme correspond aux familles avec au moins 3 cas de cancer de la prostate chez des parents du premier ou du troisième degré – côté paternel ou maternel – ou encore deux cas précoces (avant 55 ans). Le risque est alors multiplié par 10 ou 20 par rapport à la population générale. Cette forme de cancer concerne 5 à 10 % des cancers prostatiques.
- La forme familiale correspond aux familles avec 2 cas, quel que soit l'âge au moment du diagnostic. Le risque est multiplié par 5 par rapport à la population générale. Cela concerne 10 à 20 % des cancers.
- En l'absence de cancers familiaux, on parle de formes sporadiques qui concernent 70 à 80 % des cancers.

Le risque ethnique

Les hommes d'origine africaine ou antillaise, en France, ont une incidence deux fois plus élevée que celle de la population d'origine métropolitaine.

Les tests du dépistage : toucher rectal et dosage du PSA

Le toucher rectal

Sa situation en avant du rectum, rend la prostate facilement accessible au doigt du praticien qui peut en apprécier le volume, la régularité des contours et la consistance. La prostate normale est souple.

Le toucher rectal est un examen clinique qui peut être réalisé en routine au cabinet du médecin généraliste. Près de 10 % des cancers de la prostate sont révélés par ce seul geste, alors même que la valeur du PSA total est inférieure à la valeur seuil de normalité.

C'est un geste indolore et d'une grande simplicité : le patient peut être debout ou allongé sur le dos sur la table d'examen. Le médecin introduit dans l'anus son index protégé et lubrifié. La palpation est rapide et sans aucun effet secondaire.

La plupart des cancers (80 %) se développant en effet dans la zone périphérique inférieure, le médecin peut sentir, dans ce cas de figure, une induration, localisée ou étendue, pouvant dépasser les contours de la prostate. Cependant, l'absence d'induration n'exclut pas la présence d'un cancer.

Il importe également de signaler qu'au moins 10 % des hommes ayant un cancer de la prostate ont un taux de PSA normal, ce qui rend absolument nécessaire le toucher rectal.

Le toucher rectal ne doit pas être le seul outil car des cancers peuvent passer inaperçus alors même que le dosage du PSA indique sa présence.

Le PSA (Prostatic Specific Antigen)

L'antigène spécifique prostatique est une protéine non toxique qui n'est produite que par la prostate. Elle est présente dans le sperme où elle joue un rôle dans la reproduction. Le PSA est également présent dans le sang en petite quantité, ce qui permet son dosage.

Le taux de PSA dans le sang (comme dans le sperme) est exprimé en nanogrammes par millilitres (ng/ml).

Environ 70 % du PSA sérique total circule sous forme liée aux protéines du sang, et 30 % sous forme libre. Les tests sanguins permettent le dosage du PSA total, soit uniquement en fractions libres (PSA libre), soit liée (PSA complexé). La forme libre augmente en cas d'hyperplasie bénigne de la prostate. La forme liée augmente en cas de cancer. Le rapport PSA libre/ PSA total s'abaisse en cas de cancer (< 20 %).

L'examen

Le dosage se fait par une prise de sang ; il n'est pas nécessaire d'être à jeun. Comme la méthode de dosage et le résultat peuvent varier d'un laboratoire à l'autre, il est recommandé de se rendre dans le même laboratoire pour effectuer les prises de sang pour interpréter les éventuelles variations des résultats successifs.

La prise de sang doit avoir lieu à distance du toucher rectal (au moins 3 jours).

Après une infection urinaire, le taux de PSA peut être multiplié par 10 ou 20. Il faut donc attendre au moins deux mois que le taux soit suffisamment abaissé pour que son interprétation devienne significative.

Un dosage du PSA total suffit en première intention

Il n'est pas rare, en l'absence de précisions sur la prescription du praticien, que les laboratoires de biologie réalisent, dans le même temps, le taux de PSA total et le taux de PSA libre. **Il s'agit d'une pratique inutile qui n'est pas sans conséquence sur le plan macro-économique, puisque le coût de l'examen est multiplié par deux (32 euros au lieu de 16,20 euros).**

Le rapport PSA libre / PSA total n'a en effet aucune signification en première intention. Il ne peut être utile que pour les patients dont le PSA total est compris entre 4 et 10 ng/ml et est

particulièrement indiqué chez les patients qui ont eu une première série de biopsies qui n'ont pas révélé de cancer et qui ont un PSA entre 4 et 10 ng/ml.

Interprétation des résultats

La valeur de normalité du PSA la plus généralement indiquée est inférieure à 4 ng/ml.

L'augmentation de PSA s'observe en cas de cancer, mais également en présence d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou d'une prostatite.

La fréquence du dosage

La valeur du PSA lors du premier test indique l'intervalle entre chaque dosage. S'il n'y a pas de facteurs de risque (familiaux et/ou ethniques), et que le PSA est inférieur à 2 ng/ml, il est légitime de ne faire réaliser le dosage que tous les deux ans.

Dans le cas contraire, la fréquence recommandée est annuelle. Si le dosage du PSA montre une élévation > 0,75 ng/ml, même si le PSA reste < 4 ng/ml, cela amène à envisager la réalisation d'une biopsie.

La cinétique d'élévation du PSA est donc tout aussi importante que le taux de PSA lui-même.

La biopsie

Dans le cas d'une valeur de PSA au-dessus de la normale ou de son augmentation entre chaque intervalle, ou si le toucher rectal détecte une induration, on doit pratiquer une biopsie.

La biopsie utilise l'échographie. Une sonde est introduite dans l'anus pour effectuer des prélèvements à un endroit déterminé de la prostate. Les cellules cancéreuses sont visibles au microscope et la biopsie a donc une importance essentielle pour évaluer le stade tumoral et définir le pronostic de la maladie.

Selon les résultats, d'autres examens pourront être réalisés afin de préciser une éventuelle extension aux ganglions, aux autres organes et/ou aux os.

Taux de détection, stade de révélation du cancer et taux de curabilité en fonction de la valeur de PSA

PSA (ng/ml)	Taux de détection	Stade du cancer et taux de curabilité
3 à 7	25 %	Très précoce et curable dans plus de 8 cas/10
7 à 30	65 %	Précoce, mais curable dans moins de 5 cas/10
30 à 100	90 %	Avancé, non curable , présence de métastases régionales
100 à 1000	100 %	Tardif, non curable , présence de métastases osseuses ou à distance

Dosage du PSA et suivi après traitement d'un cancer

Le rythme des dosages pour les malades traités pour cancer de prostate est, en règle générale, semestriel. Seul le PSA total est dosé. Le PSA libre n'a aucune utilité dans le suivi.

Après une prostatectomie totale, en l'absence de cancer résiduel, le PSA est pratiquement indétectable (< 0,1 ou 0,2 ng/ml selon les méthodes de dosages) dès le premier mois après l'intervention.

Si le PSA reste dans ces valeurs pendant 5 à 7 ans il n'y a plus de risque de récurrence et la guérison est affirmée.

Si le taux du PSA est supérieur à 0,1 ng/ml et augmente lors des dosages successifs, le cancer est en récurrence biologique.

Après traitements conservateurs - radiothérapie, curiethérapie, UFHI (Ultrasons Focalisés de Haute Intensité) ou autres - le taux de PSA peut s'abaisser jusqu'à une valeur de 0,5 à 2 ng/ml, ou être indétectable et signifier alors la guérison.

En cas de récurrence, qui peut survenir même après une décennie, le taux de PSA augmente lors des dosages successifs.

Après traitement hormonal, le PSA s'abaisse à un taux variable en 3 à 6 mois. Le taux le plus bas observé (qui peut aller jusqu'à l'indétectable), est d'un bon pronostic pour une survie prolongée sans récurrence.

Dépistage et information du patient

L'information des patients est absolument nécessaire avant de procéder aux tests de dépistage. Même si de plus en plus d'hommes peuvent avoir spontanément une démarche de prévention à l'égard de leur propre santé, il n'en demeure pas moins que la plupart d'entre eux ignorent tout de la prostate ou presque, de son fonctionnement et de ses dysfonctionnements. Comme le dépistage a trait au cancer, il est nécessaire que le patient puisse apprécier en toute connaissance de cause, les avantages et les inconvénients des tests qui lui sont proposés. Cette information doit éclairer le patient sur les limites, les risques et les bénéfices du dépistage et sur les différents traitements en cas de cancer avéré.

L'AFU souligne que cette information doit comprendre les éléments suivants :

- ④ En quoi consiste le dépistage ?
- ④ Le cancer de la prostate est une maladie grave, mais pas toujours létale. Il évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. Un décès dû à une autre cause peut survenir pendant cette évolution prolongée.
- ④ Le toucher rectal et le dosage du PSA permettent son diagnostic dans la plupart des cas.
- ④ Une valeur normale de PSA n'est pas une certitude de l'absence de cancer ; un cancer de très faible volume peut exister.
- ④ A l'inverse, un résultat de PSA élevé, ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement cancer.
- ④ Un cancer ne peut être affirmé avec certitude qu'après les biopsies prostatiques.
- ④ Des biopsies négatives n'excluent pas la présence d'un cancer. Il est parfois nécessaire de refaire des biopsies si les premières se sont avérées négatives, alors que les tests sont très suspects.
- ④ En cas de cancer avéré, les différentes options thérapeutiques doivent être expliquées avec leurs avantages et leurs inconvénients.
- ④ Les conséquences, en termes de survie et de guérison, en cas de refus des traitements proposés ou en cas d'échec de ces traitements doivent être bien comprises. Un cancer de la prostate, diagnostiqué avant 65 ans, tue 3 fois sur 4 s'il n'est pas traité.

Le dépistage : une recommandation de plus en plus largement admise et confortée par des études prospectives

Depuis le lancement des études, et plus précisément depuis 2000, le taux de cancer dépisté est en augmentation annuelle de 15 %. Le dépistage spontané par dosage du PSA qui se développe dans la population est la cause de cette augmentation de l'incidence.

L'incidence par stade change ; en 2003, les formes localisées représentent 80 % des cas de cancer détectés.

Une grande étude multicentrique européenne : l'ERSPC

L'étude ERSPC (étude européenne de dépistage randomisé du cancer de la prostate) par dosage sérique de l'antigène prostatique spécifique a débuté en 1994. Huit pays, dont la France, y participent avec les départements de l'Hérault et du Tarn.

Méthodes : il s'agit d'une étude clinique contrôlée randomisée avec consentement de dépistage du cancer de la prostate chez tous les hommes de 55 à 69 ans par dosage du PSA. La moitié de l'effectif fait l'objet du dépistage. L'autre moitié est simplement suivie par les registres des cancers (incidence et mortalité).

Critères de jugement : le taux de mortalité, avec au moins 10 ans de suivi après le dépistage et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer prostatique.

Une biopsie prostatique est pratiquée si PSA > 3 ng/ml.

De 2003 à 2005, le premier tour d'inclusion a été réalisé avec 63 037 hommes dans l'Hérault et 22 378 dans le Tarn.

Les résultats

Le taux de réponse a été de 40 % et le taux de participation avec dosage de 37 %.

Les taux médians concernant le PSA sont les suivants :

PSA total = 1,14 ng/ml

PSA libre : 0,33 ng/ml

Rapport PSA libre/total = 28 %

Tableau de répartition des valeurs de PSA :

PSA (ng/ml)	< 1	entre 1 et 2	entre 2 et 3	entre 3 et 4	entre 4 et 10	> 10
N = 4 219	43,20%	30,40%	11,40%	6,10%	8%	0,90%

Ainsi, 85 % des hommes présentaient une valeur de PSA proche de la valeur de normalité, tandis que 15 % d'entre eux étaient au-dessus et ont donc bénéficié d'une biopsie.

Un cancer a été détecté chez 31 % des hommes ayant un PSA > 3 ng/ml, ce qui correspond à 3 % du total des hommes ayant subi un dosage du PSA.

Dans le groupe contrôle, ceux qui n'ont pas bénéficié du dosage, le taux de cancer détecté a été de 1,2 %.

Le taux de participation de 37 % est proche des taux pour les autres cancers. Le taux de détection de 3 % est proche de celui des autres pays participant à l'étude.

Tests de dépistage et augmentation des cas de cancer

Une enquête de routine a été réalisée dans le Nord Pas de Calais entre 1998 et 2002 sur les variations d'incidence du cancer de la prostate en fonction du temps.

Huit centres d'urologie publics et privés ont participé à cette enquête en recueillant des données concernant les circonstances du diagnostic, le stade, le taux de PSA et la prise en charge initiale.

Résultats

L'analyse a porté sur 123, 122 et 195 patients en 1998, 2002 et 2004. L'âge moyen au moment du diagnostic variait de 71 à 68 ans et le PSA moyen de 98,2 ng/ml à 71,4 ng/ml et à 23,5 ng/ml sur les trois années.

PSA	< 10	< 10-20	20-50	> 50	Métastatiques
1998	22,80%	23,60%	19,50%	22%	16,30%
2002	42,70%	23,40%	12,90%	16,10%	8,90%
2004	46,20%	28,20%	14,90%	9,20%	3,60%

L'augmentation constatée les années 2002 et 2004 pour des cancers avec des PSA < 10 ng/ml s'explique par l'augmentation du nombre de tests de dépistage.

Les principaux avantages du dépistage

Les différentes études confortent les urologues et les autres experts concernés par le cancer de la prostate dans l'idée de recommander le dépistage le plus large possible aux hommes de 50 ans jusqu'à 75 ans.

Les avantages pèsent aujourd'hui davantage dans la balance que les inconvénients. Car même si les résultats des tests peuvent générer une anxiété légitime, les bénéfices d'une éventuelle prise charge précoce avant l'apparition des symptômes permettent d'éviter les conséquences souvent dramatiques d'un cancer métastatique.

Et si les tests sont normaux, le patient repart rassuré.

Le cancer de la prostate

En raison du tabou qui entoure encore les maladies prostatiques et devant les réticences des hommes à en parler à leur généraliste, comme celles de celui-ci face au dépistage, la prévalence du cancer de la prostate est encore mal connue.

Beaucoup de cas ne sont pas diagnostiqués.

On estime que la fréquence d'apparition des nouveaux cas de cancer de la prostate en France se situe à plus de 36 cas pour 100 000 hommes par an ; 95 % des cas sont diagnostiqués entre 57 et 88 ans.

Chez l'homme âgé l'évolution est lente et le cancer de la prostate ne sera pas responsable des complications mortelles.

D'autre part, la prévalence d'autres pathologies létales chez l'homme plus jeune empêche le diagnostic de cancer de la prostate.

La pratique du dépistage spontané dans la population a conduit au diagnostic de cancer de la prostate à un stade plus précoce et à un âge plus jeune.

Depuis quelques années, on observe une réduction de la mortalité liée :

- à l'amélioration des traitements des stades avancés et métastatiques,
- au dépistage par le toucher rectal et le PSA,
- au traitement des formes localisées de grade élevé et de croissance rapide.

Le nombre de cas diagnostiqués en France en 2000 était de 40 309 et le nombre de décès s'élevait à 10 004.

A titre de comparaison, en 1990, on avait diagnostiqué 19 499 cas de cancer de la prostate et 8 790 décès.

Aujourd'hui, la médiane de survie d'un cancer de la prostate localisé est proche de dix ans.

Alors qu'il est très difficile de connaître le nombre exact de patients traités chaque année par radiothérapie conformationnelle, on évalue très précisément le nombre de patients traités par prostatectomie radicale, en 2005 par exemple, à 23 400 (source PMSI).

En 2005, on estime à 334 000 le nombre total d'hommes ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer de la prostate.

L'évolution de l'incidence du cancer de la prostate est indissociable de l'évolution des techniques diagnostiques et en particulier de la diffusion du dosage de PSA.

Dans les années à venir

L'augmentation de l'espérance de vie et l'impact du baby-boom vont augmenter le nombre de cas de cancer de la prostate dans les prochaines années.

D'après l'INSEE, le nombre d'hommes de 50 ans et plus devrait augmenter de 49 % entre 2000 et 2030, passant de 8 448 437 en 2000 à 12 612 094 en 2030.

Le cancer de la prostate peut rester longtemps silencieux

Contrairement à l'hyperplasie bénigne de la prostate qui peut provoquer des troubles urinaires, le cancer de la prostate se développe en silence, sans aucun symptôme.

La tumeur se développe lentement dans la partie périphérique de la glande à partir d'un foyer de cellules anormales qui s'accroît à vitesse variable selon les individus, sous l'effet de la stimulation exercée par les hormones sexuelles.

Lorsque la tumeur est plus développée, elle peut provoquer des symptômes qui incitent les patients à consulter : troubles urinaires (jet urinaire faible, envies fréquentes d'uriner, sang dans les urines), impression de pesanteur au niveau du pelvis, difficultés sexuelles, fatigue, douleurs osseuses, etc.

Les différents stades d'évolution du cancer de la prostate

L'évolution et le pronostic d'un cancer de la prostate sont liés au volume tumoral, au PSA, au stade et au degré de différenciation histologique (grade/score de Gleason) au moment du diagnostic.

Le « stade » du cancer de la prostate indique le degré de son extension locale et aux tissus avoisinants et aux autres organes (classification TNM) :

- T1 : la tumeur n'est pas perceptible à la palpation lors du toucher rectal (sa découverte est alors fortuite, comme lors d'une intervention chirurgicale) ;
- T2 : la tumeur est palpable au toucher rectal, mais elle n'a pas franchi les limites de la glande ;
- T3 : la tumeur a franchi la capsule qui entoure la prostate ;
- T4 : la tumeur s'est étendue au voisinage (vessie, rectum, muscles) et peut avoir gagné les ganglions lymphatiques et créé des métastases (os, poumons, foie, cerveau) ;
- N0 pas de ganglions atteints ;
- N+ ganglions atteints ;
- M0 pas de métastase à distance ;
- M+ métastases à distance (atteinte osseuse dans presque tous les cas).

Les maladies bénignes de la prostate

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome

Le volume de la prostate tend à augmenter à partir de 40 ans sans que l'on en sache encore aujourd'hui les raisons.

Mais l'on sait avec certitude que

- 40 % des hommes de 40 ans
 - 50 % des hommes de 50 ans
 - 60 % des hommes de 60 ans
 - 70 % des hommes de 70 ans
 - 80 % des hommes de 80 ans
- ont une grosse prostate.

L'hyperplasie bénigne de la prostate ou l'adénome de la prostate n'est pas une maladie, mais une conséquence quasi inéluctable de l'avancée en âge.

Aujourd'hui, en France, 800 000 hommes prennent un comprimé chaque jour et 80 000 hommes au total ont été opérés pour pallier les symptômes consécutifs à l'hyperplasie.

Car l'adénome entraîne dans certains cas des symptômes gênants :

- ⊕ Troubles mictionnels ;
- ⊕ Incontinence : **10 % de la population masculine souffre d'une incontinence imputable à l'hyperplasie de la prostate.**

Cependant, beaucoup d'hommes hésitent encore à consulter, au détriment de leur qualité de vie, parce qu'ils craignent d'avoir recours à des traitements lourds et à d'éventuels effets secondaires, en particulier un retentissement sur leur sexualité.

Il existe pourtant des traitements éprouvés qui n'affectent pas ou peu la vie sexuelle et qui, tout en apportant un confort précieux, permettent d'éviter qu'une simple gêne ne dégénère en véritable maladie : **car dans 20 % des cas, lorsqu'un homme de 65 ans qui se plaint de signes urinaires liés à une HBP ne se soigne pas, il risque une aggravation de ses symptômes, et dans 5 % des cas une rétention des urines.**

En l'absence de moyens de prévention, mieux vaut consulter dès l'apparition des symptômes afin d'éviter ces complications.

L'urologue, après avoir écarté l'éventualité d'un cancer associé et évalué les risques de complications choisira un traitement adéquat, sur mesure. Pour cela, il dispose de plusieurs atouts :

- ⊕ L'atout médical, avec 3 familles de médicaments **qui sont remboursés par la Sécurité Sociale** :
 - **Les extraits de plantes dont l'efficacité est reconnue (Saw palmetto et pygeum africanum) ;**
 - **Les alpha-bloquants qui jouent sur le tonus musculaire** et s'attaquent aux contractions responsables de 60 % de l'obstacle urinaire ;
 - **Les inhibiteurs de la 5 α -réductase, dont l'action hormonale tend à faire dégonfler la glande.**

- ⊕ L'atout chirurgical, qui soigne avec succès 90 % des adénomes, que ce soit
 - **Par résection transurétrale** (une technique qui utilise les voies naturelles, idéale pour les prostatites de volume moyen) ;
 - **Par incision** qui consiste à retirer l'adénome par une incision pratiquée dans la vessie.
La chirurgie a pour seul effet secondaire de provoquer une éjaculation rétrograde dont le patient est averti avant l'intervention.

D'autres techniques, marginales aujourd'hui, sont actuellement en cours d'évaluation, comme les micro-ondes ou les radiofréquences qui permettraient de dénervé la prostate et de pallier les symptômes à la manière des alphas bloquants, tout en évitant l'inconvénient d'une prise quotidienne de médicaments. En fonction des résultats des études en cours, elles pourraient, dans les années qui viennent, se développer et améliorer la prise en charge des troubles urinaires liés à l'adénome de la prostate.

HBP et sexualité

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est une des pathologies les plus fréquentes de l'homme au-delà de 50 ans, tout comme les troubles de la sexualité comme la dysfonction érectile. Longtemps considérées comme 2 pathologies indépendantes, des études récentes démontrent clairement le lien entre ces 2 pathologies allant même jusqu'à suggérer l'HBP comme un facteur de risque de troubles de la sexualité. La physiopathologie de ces 2 pathologies n'est pas encore clairement définie mais il semble que des troubles de la vascularisation puissent être à leur origine.

Globalement, plus un homme a des troubles urinaires, plus il a un risque d'être atteint de troubles de l'érection et ce, de façon indépendante des autres pathologies connues pour être des facteurs de risque de trouble de l'érection et/ou de la sexualité dont il peut être atteint, telles que le diabète. De façon similaire, le pourcentage d'homme sans activité sexuelle augmente avec l'âge et avec la sévérité des troubles mictionnels (levés nocturnes, difficulté à uriner...).

Le praticien doit informer le patient du lien entre ces 2 pathologies mais aussi du fait que le traitement médical ou chirurgical des troubles urinaires liés à l'HBP peut engendrer des troubles sexuels : les inhibiteurs de la 5 alpha réductase sont connus pour entraîner une réduction de la libido, voire une impuissance. Certains alpha-bloquants peuvent provoquer l'absence d'éjaculation. Le traitement chirurgical pour l'HBP tel que la résection transurétrale ou l'adénomectomie a pour conséquence une éjaculation rétrograde. Il faut noter que les troubles liés au traitement médical restent réversibles à l'arrêt de ce dernier, alors que l'éjaculation rétrograde après chirurgie est définitive.

Très récemment, il a été observé que le traitement d'un des 2 troubles améliorerait le second : c'est ainsi que des patients traités pour une dysfonction érectile ont vu une diminution de leurs troubles urinaires et que les patients traités pour des troubles mictionnels médicalement ou chirurgicalement avaient une meilleure sexualité.

La prostate, organe du système urinaire et génital, est au centre de ces 2 systèmes et ses pathologies entraînent logiquement une association de troubles urinaires et sexuels. Le patient doit donc être informé qu'une prise en charge globale est réalisée par le médecin, ayant pour objectif de réduire ses troubles urinaires et sexuels et d'améliorer sa qualité de vie.

L'infection et l'inflammation de la prostate ou prostatite

Le terme de prostatite recouvre diverses pathologies, infectieuses ou inflammatoires, de la prostate, qui ont été classées par le NIH américain (National Institute of Health) en quatre types :

- La prostatite aiguë ;
- La prostatite chronique bactérienne ;
- Le syndrome douloureux pelvien chronique, inflammatoire ou non inflammatoire ;
- La prostatite inflammatoire asymptomatique (découverte par hasard, lors d'une résection ou d'une biopsie de la prostate).

La prostatite aiguë est simple

C'est une infection bactérienne qui touche l'homme jeune. Des germes provenant de l'intestin colonisent l'urètre et peuvent remonter jusqu'au niveau de la prostate et l'infecter.

Elle peut être favorisée par certaines pratiques sexuelles (rapports anaux, par des anomalies acquises ou congénitales de l'appareil urinaire [rétrécissement ou obstruction de l'urètre, anomalie de la vessie...]), par des manœuvres instrumentales urologiques (biopsie de prostate, fibroscopie, sondage urinaire).

C'est une affection relativement fréquente et souvent méconnue, car le tableau ressemble beaucoup à celui d'une banale grippe. Le début en est brutal et bruyant, comme une grippe, mais il s'accompagne de troubles mictionnels et d'une infection urinaire.

Le traitement, qui doit être prolongé (1 mois, parfois plus) est à base d'antibiotiques. Il est essentiel de choisir une molécule adaptée, active sur le germe en cause et qui pénètre bien dans la prostate (seuls quelques antibiotiques répondent à cet impératif), faute de quoi le risque de récurrence ou d'évolution vers une prostatite chronique est important.

La prostatite chronique bactérienne

Elle est moins fréquente et beaucoup plus complexe. Elle est invalidante car elle entraîne une gêne, voire une douleur pelvienne ou périnéale quasi permanente, associée à des troubles de la miction. L'évolution se fait sur des mois ou des années.

La mise en évidence du germe responsable est souvent très difficile et aléatoire. Il faut, là encore, un traitement antibiotique très prolongé (3 mois, parfois plus), utilisant des molécules à bonne pénétration prostatique.

Les syndromes douloureux pelviens

Inflammatoires ou non (autrefois appelés prostatodynies ou prostatites chroniques non bactériennes), sont en plein développement. Leurs causes sont multiples (neurologiques, musculaires, psychosomatiques) et ne sont en fait pas toujours en rapport avec la prostate. C'est dans notre ignorance des véritables causes que l'on avait accusé à tort la prostate d'en être responsable.

Globalement, les prostatites bactériennes ne représentent que 5 % de l'ensemble des prostatites. La prostatite n'est pas une pathologie grave ou menaçante, mais elle est très invalidante. C'est par contre une affection fréquente : en 1995, sur les 13 millions de consultations effectuées par les urologues américains 5,3 % l'étaient pour prostatite.

Les urologues et l'andrologie

L'urologie est une discipline qui prend en charge :

- le diagnostic
- le traitement médical et chirurgical
- le suivi des différentes pathologies de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme (rein, uretère, vessie, urètre), ainsi que les problèmes spécifiques à l'homme (prostate, sexualité, fertilité).

Les urologues sont au nombre de 1 127 en France, soit un pour 60 000 habitants.

Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et de la demande de soins ainsi que du vieillissement de la population, cette discipline est appelée à connaître un essor important dans les années à venir.

Les récentes révolutions technologiques dans le domaine chirurgical, les avancées de la recherche (facteurs génétiques et environnementaux), le dépistage et la prévention, permettent aujourd'hui une meilleure prise en charge des patients et élargissent le champ de compétences des urologues.

Le vieillissement masculin

Au début de ce siècle, le nombre de centenaires hommes s'élevait en France à 30 000 (160 000 femmes). On estime qu'en 2050, ils seront 450 000 (pour plus de 2 millions de femmes).

En 2010, les plus de 65 ans représenteront 20 % de la population masculine au lieu de 13,2 % en 1999.

Un nombre croissant d'hommes atteint donc un âge où la prévalence des maladies chroniques et invalidantes est élevée.

Cette situation va imposer une nouvelle approche en matière de soins et de qualité de vie de l'homme âgé. Elle s'appuiera sur une meilleure connaissance des pathologies et de leurs conséquences avec l'âge, sur une stratégie de prévention qui nécessitera le développement des relations entre les différents intervenants médicaux et familiaux.

Le vieillissement masculin est donc un véritable défi qui concerne toutes les spécialités médicales.

Et l'urologie est en première ligne.

Le DALA : la ménopause de l'homme

Vieillir n'est pas une maladie. Cependant, l'avancée en âge s'accompagne, chez l'homme, d'un déficit des androgènes (hormones sécrétées par les testicules).

Or, les androgènes ont un rôle anabolique essentiel dans le maintien du capital musculaire et osseux et une action très importante sur les paramètres psychologiques, même en dehors de la sphère sexuelle.

Chez l'homme, la testostérone est le principal androgène.

La chute progressive de la sécrétion de la testostérone par les testicules s'étale sur plusieurs années ; un déclin progressif qui commence dès l'âge de 30 ans, mais qui reste très variable d'un individu à l'autre. Son déficit (qui peut être majoré par des comorbidités et des traitements médicamenteux) peut aboutir, chez certains individus, à une valeur critique qui laisse apparaître diverses pathologies cliniques.

Ce déficit biologique associé à un syndrome clinique compatible avec un déficit en testostérone définit le DALA (déficit androgénique lié à l'âge) qui le différencie du processus physiologique normal.

De nombreuses études ont démontré les conséquences du déficit androgénique : un aspect physique modifié avec une obésité à prédominance viscérale, une plus grande fatigabilité, une diminution de la force musculaire, des troubles de l'humeur avec tendance dépressive et chute de l'énergie, une altération de la fonction sexuelle... Si l'on a longtemps pensé que l'hormone mâle pouvait avoir un effet défavorable sur le système cardio-vasculaire et la prostate, les travaux récents montrent que le déficit androgénique lié à l'âge pourrait au contraire constituer un facteur de risque.

Certains spécialistes avancent même l'hypothèse que la baisse de la testostérone favorise le déficit cognitif et la maladie d'Alzheimer.

Le diagnostic de DALA est évoqué par les symptômes et confirmé par les dosages biologiques de la testostérone sanguine.

Le traitement androgène ne peut être envisagé qu'en l'absence de contre-indications. Le cancer de la prostate est une contre-indication formelle.

Pour envisager ce traitement, le toucher rectal et le PSA doivent être normaux et la surveillance très régulière.

L'urologue occupe donc une position clé dans cette stratégie, et ses compétences l'autorisent à s'impliquer plus largement dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du DALA.

Pour répondre aux souhaits émis par les médecins généralistes au cours de l'étude Krisis®, l'urologue pourrait intervenir en amont, en collaboration avec les autres acteurs concernés, et ainsi favoriser un vieillissement masculin harmonieux en reculant l'apparition d'un état fragile ou dépendant.

Annexe : le toucher rectal en médecine générale

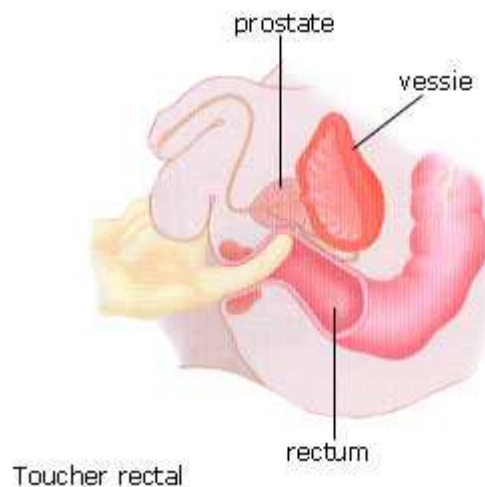
Le toucher rectal est un examen clinique simple, bien accepté lorsqu'il est bien expliqué, et « rentable » par les informations qu'il va apporter au clinicien.

Comment le pratiquer ?

Avant même de réaliser le geste, le patient doit être informé du geste et de sa pratique mais surtout de son importance pour le diagnostic.

La position du patient dépend des habitudes du médecin même si le décubitus dorsal, les jambes fléchies et les poings sous les fesses est le plus souvent pratiqué. L'examen peut aussi être réalisé en position penchée en avant les coudes posés sur la table de l'examen, en décubitus latéral droit ou gauche, ou sur une table d'examen gynécologique en position gynécologique.

Le médecin introduit son index ganté et lubrifié par de la vaseline afin de palper la prostate.



Que rechercher ?

Le toucher rectal va apporter plusieurs types d'information :

- En avant, la prostate : la prostate normale a une consistance souple, régulière et bilobée.

En cas de prostatite, la prostate est douloureuse, voire molle en cas d'abcès (situation très rare).

En cas d'hyperplasie bénigne de la prostate, cette dernière peut être augmentée de volume, perdre son sillon médian mais elle conserve un aspect régulier et homogène.

La plupart des cancers se développent dans la zone périphérique postérieure de la prostate et peuvent donc être accessibles au toucher rectal. En cas de cancer de la prostate, il peut être noté un nodule intra prostatique, un nodule débordant la prostate ou au maximum un aspect figé du pelvis en cas d'envahissement extra prostatique. Dans ces cas, la prostate est irrégulière et pierreuse. Attention, un toucher rectal normal n'élimine pas un cancer.

- En arrière et latéralement, le rectum : il faut systématiquement noter une éventuelle lésion de la paroi rectale.
- L'anus : le tonus musculaire est à rechercher, en particulier chez les patients atteints de maladie neurologique.
- Les selles : recherche d'un fécalome, d'un méléna ou d'une rectorragie (hémorroïdes ou lésion rectale ?).
- Le cul de sac de Douglass : en cas de douleur pelvienne et abdominale, la douleur à la palpation du cul de sac de Douglass correspond à une inflammation péritonéale (péritonite).

Pour quel patient ?

Le toucher rectal est indiqué :

- En urgence pour les douleurs abdominales et les douleurs pelviennes.
- Dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate de 50 à 75 ans, voire à partir de 45 ans pour les patients à risque de cancer tels que les afro-antillais et les patients ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate.
- En cas de visites médicales de routine à la recherche d'éventuelle lésions du rectum.
- En cas de troubles mictionnels liés ou non à une hyperplasie bénigne de la prostate.
- En cas de recherche d'un cancer de la prostate quel que soit l'âge.