



DOSSIER DE PRESSE



Service de presse et de communication :
Marie-Hélène Coste / Véronique Simon / Sophie Morelle
MHC Communication
Tél. : 01 49 12 03 40 - Fax : 01 49 12 92 19

MHC@wanadoo.fr

SOMMAIRE

Connaître la prostate, reconnaître ses pathologies, entretenir son capital sexuel.....	3
Krisis® 2007 : les hommes s'expriment sur leur sexualité	12
Cancer de la prostate	
Le dépistage pour refuser de s'en remettre au hasard.....	19
Prostatites : un même terme pour différents maux	31
En résumé	
L'Hyperplasie Bénigne de la Prostate	36

Connaître la prostate, reconnaître ses pathologies, entretenir son capital sexuel

Qu'est-ce que la prostate ? A quoi sert-elle ? Quel rôle joue-t-elle dans la fertilité et la sexualité masculine ?

Mais aussi comment reconnaître ses pathologies, comment les prévenir ou les dépister avant l'apparition des premiers symptômes ?

C'est pour répondre à toutes ces questions que les urologues de l'**Association Française d'Urologie** organisent, pour la troisième année consécutive,

La journée nationale de la prostate Le 20 septembre 2007

Lors de cette journée, les urologues proposeront outils et études réalisés à l'initiative de l'AFU pour faciliter une information, fondée sur l'analyse de la littérature scientifique et sur leur expérience quotidienne de médecins :

✚ **Un numéro Indigo, le 0820 366 110 (Coût 0,099 euros HT/minute) : les urologues répondront gratuitement à toutes les questions sur la prostate et ses pathologies, les 19 et 20 septembre 2007, de 9 heures à 19 heures.**

✚ **Une affiche : comme chaque année, c'est une femme qui interpelle *individuellement* les hommes et les invite à réfléchir aux bénéfices du dépistage du cancer de la prostate, les encourageant à entamer la discussion avec leur médecin.**

Dans un contexte de polémique autour du dépistage du cancer de la prostate, la journée permettra de rappeler pourquoi il est important de *proposer* information et dépistage à chaque homme, à partir de 50 ans – hors facteur de risque particulier¹, ainsi que les modalités du dépistage.

Responsable de 10 000 décès, chaque année en France, le cancer de la prostate demeure très meurtrier (c'est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme de plus de 50 ans, après le cancer du côlon), malgré l'existence de traitements efficaces et alors que sa prise en charge à un stade précoce permettrait la guérison de 95 % des cancers.

✚ **La publication d'une nouvelle étude Krisis® réalisée par IPSOS, dédiée à l'exploration des discours masculins sur la sexualité : l'analyse a notamment pour objectif d'identifier le vécu de la sexualité chez les hommes, d'identifier les interlocuteurs privilégiés auxquels ils s'adressent pour en parler et de comprendre**

¹ On propose un dépistage à partir de 45 ans aux hommes qui présentent un facteur de risque ethnique (origine afro-américaine ou antillaise).

les mécanismes utiles pour favoriser le dépistage des pathologies masculines, parmi lesquelles celles de la prostate.

- ✚ **Des rencontres pour écouter, informer et expliquer, seront organisées en régions, à l'initiative² des médecins, en collaboration avec l'AFU.**
- ✚ **Et bien sûr, plus que jamais, les urologues de l'AFU se tiennent à votre disposition pour vous aider dans vos papiers, vos reportages et magazines.**

² Pour toute information concernant ces manifestations, vous pouvez contacter MHC Communication au 01 49 12 03 40.

Carte d'identité de la prostate

Située au-dessous de la vessie, au devant du rectum, la prostate a la forme d'une châtaigne. Elle n'est pas visible mais elle est aisément palpable, accessible à l'examen médical par toucher rectal.

La prostate est traversée par l'urètre, le canal qui sert à l'élimination des urines et à l'expulsion de sperme.

C'est à son niveau que les ampoules déférentielles (*où sont stockés les spermatozoïdes qui arrivent des testicules par les canaux déférents*) et les vésicules séminales (*qui sécrètent une part du liquide séminal*) se rejoignent pour former les canaux éjaculateurs qui débouchent dans l'urètre.

La glande prostatique, est, quant à elle, reliée à l'urètre par plusieurs petits canaux indépendants.

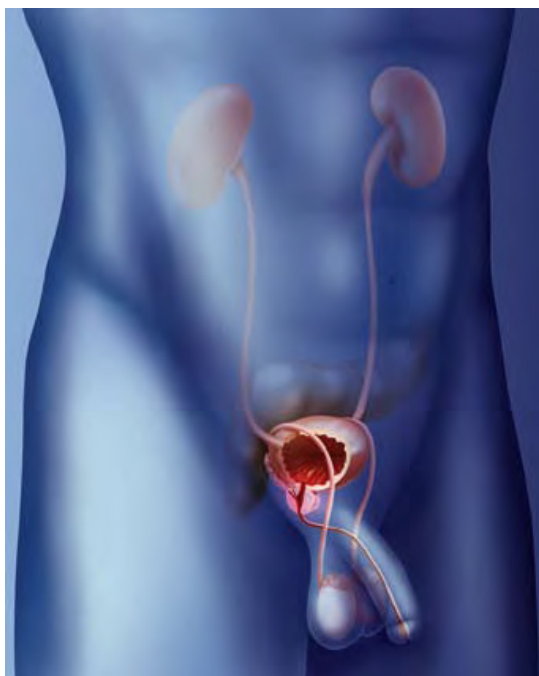


Illustration extraite de *Cancer de la prostate, guide à l'usage des patients et de leur entourage*, réalisé à l'initiative de l'AFU, éditions Bash 2007

Très petite à la naissance, la prostate prend du volume au fil de la vie :

- **à la puberté**, sous l'effet des hormones, pour atteindre un poids moyen de 20 g, chez le jeune adulte ;
- **avec l'âge**, elle a tendance à grossir : ainsi, 50 % des hommes de 50 ans ont une grosse prostate, 60 % des hommes de 60 ans, 70 % des hommes de 70 ans, etc.

La prostate est composée de deux éléments intriqués, recelés au sein d'une enveloppe, la capsule qui la délimite :

- La glande : c'est à elle que l'on pense lorsque l'on parle de prostate. Et c'est elle qui grossit avec l'âge. Elle joue un rôle capital dans la fertilité de l'homme, puisqu'elle sert à fabriquer la substance nutritive des spermatozoïdes. Ce liquide de conservation et d'expansion s'ajoute aux sécrétions des vésicules séminales pour former le liquide séminal. Lors du rapport sexuel, le liquide séminal se mêle aux spermatozoïdes stockés dans les ampoules déférentielles pour former le sperme expulsé par l'urètre au moment de l'orgasme et de l'éjaculation. Le développement et le fonctionnement de la glande prostatique dépendent de la production d'hormones androgènes (lire chapitre sur les hormones).
- Le stroma : on l'oublie parfois mais il représente 40 % du volume de la prostate. Le stroma est le tissu de soutien qui constitue, en quelque sorte, la charpente, « l'emballage » de la glande. Il est composé notamment de vaisseaux et de cellules musculaires lisses. Ces cellules interviennent dans l'expulsion du sperme. Au moment de l'orgasme, le système nerveux central envoie des signaux qui vont entraîner la contraction de toutes ces fibres musculaires, mais aussi des muscles du canal de l'urètre et du périnée pour produire l'éjaculation. Le stroma, lui, ne grossit pas avec l'âge. Cependant, en cas d'adénome de la prostate, les cellules musculaires du stroma sont responsables de 60 % de l'obstacle urinaire. C'est pourquoi les médicaments qui ont un effet sur le tonus musculaire (alpha-bloquants) sont prescrits dans le traitement de l'adénome.

Un organe doublement précieux...

La prostate intervient dans la fertilité masculine.

Avec les vésicules séminales, elle participe à la fabrication du liquide séminal qui transporte et nourrit les spermatozoïdes. Ce liquide contient des facteurs de croissance et de coagulation, du fructose, du zinc, une multitude d'éléments bactéricides, ainsi que des sécrétions acides favorables à la mobilité des spermatozoïdes.

Elle contribue, par sa contraction, à l'expulsion du sperme vers l'urètre, et, ce faisant, elle participe à l'orgasme.

La prostate est donc aussi un organe du plaisir.

Est-ce à dire que sans prostate, la reproduction n'est pas possible ?

L'ablation totale de la prostate, dans le cadre du traitement du cancer s'accompagne de celle des vésicules séminales et de la section des canaux déférents. Elle entraîne donc la disparition de l'éjaculation et une stérilité.

Cependant, en cas de désir d'enfant, il est possible d'anticiper en congelant le sperme, de manière à pouvoir procéder ensuite à une (ou plusieurs) FIV.

Est-ce à dire que sans prostate, le plaisir diminue ?

Les avis divergent...

Ce que l'on peut dire, c'est que le plaisir ressenti sera probablement différent.

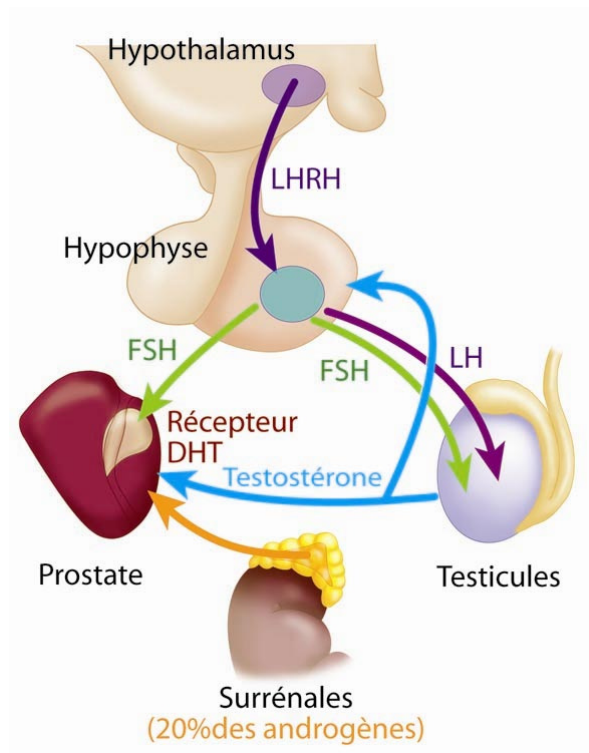
D'abord, parce qu'il n'y a plus d'éjaculation.

Ensuite, parce que l'orgasme est lié à un phénomène de contractions musculaires saccadées. Après l'ablation de la prostate, les contractions disparaissent au niveau de celle-ci mais elles demeurent au niveau des muscles pelviens.

Certains disent que le plaisir est plus court mais plus intense. D'autres pensent qu'il diminue... Et si les avis sont partagés, c'est probablement tant pour des questions psychologiques que physiques, car l'orgasme se passe aussi dans la tête.

Mais dans tous les cas, il n'y a pas de raison objective pour que l'orgasme disparaisse.

La prostate et les hormones



Le développement de la prostate et son volume sont liés à la production de testostérone, via la dihydrotestérone (DHT).

La testostérone est une hormone androgène, c'est-à-dire qu'elle est à l'origine de caractères masculins.

Sa production est initialement régulée au niveau de l'hypothalamus, sorte de chef d'orchestre endocrinien.

L'hypothalamus sécrète une hormone, la LHRH, qui stimule la production d'hormones hypophysaires (FSH et LH), qui à leur tour stimulent la sécrétion de testostérone au niveau :

- ✚ des glandes surrénales (10 % de la production),
- ✚ des testicules (90 % de la production).

Par un mécanisme de rétrocontrôle (voir schéma), la testostérone produite par les testicules, participe à la régulation de la production par l'hypophyse de LH – FSH (à l'origine de la production de testostérone) : un mécanisme qui contribue au maintien de l'équilibre hormonal (voir schéma).

A quoi la testostérone sert-elle ?

Elle est à l'origine du développement des organes sexuels, à la puberté.
Elle initie le processus de formation des spermatozoïdes (spermatogénèse).

Elle est aussi à l'origine de l'apparition des caractères sexuels secondaires masculins, comme :

- ✚ la pilosité
- ✚ la voix
- ✚ le développement de la masse musculaire (c'est une hormone anabolisante)
- ✚ la répartition des graisses en faveur de l'abdomen

Elle agit aussi sur la densité osseuse, et lorsque le niveau de testostérone est bas (du fait de l'âge ou de traitements hormonaux anti-androgéniques), le risque d'ostéoporose augmente.

Elle agit enfin sur le comportement, au niveau neuro-cérébral et favorise :

- ✚ l'énergie et la résistance à la fatigue
- ✚ La motivation (c'est un psychostimulant)
- ✚ l'agressivité
- ✚ la libido

Comment la testostérone agit-elle sur la prostate ?

La prostate est, en réalité, dotée de récepteurs de la dihydrotestostérone (DHT).
La testostérone agit sur le fonctionnement et le volume de la glande prostatique grâce à une enzyme, la 5alpha-réductase, qui transforme la testostérone en DHT.

De fait, lorsque l'on veut diminuer le volume de la prostate, lors du traitement de l'hyperplasie bénigne, on a souvent recours à des médicaments de la classe des inhibiteurs de la 5alpha-réductase. Ceux-ci empêchent la testostérone de se transformer en DHT. Et comme le volume de la glande dépend de la DHT, il diminue.

A la puberté, le développement de la prostate (comme celui des autres organes sexuels) est induit par l'augmentation de la sécrétion de testostérone.

Et au cours de la vie, la sécrétion de testostérone évolue : elle augmente pour atteindre un pic entre 30 et 45 ans avant de redescendre progressivement pour retrouver des valeurs proches de celles de la préadolescence après 75 ans.

C'est ce qu'on appelle le DALA, c'est-à-dire le **déficit hormonal lié à l'âge**.

Existe-t-il un lien entre l'évolution de la production de testostérone et les pathologies de la prostate qui apparaissent avec l'âge ?

Médecins et chercheurs se sont maintes fois posé la question.

Certes, l'hyperplasie bénigne comme le cancer de la prostate, apparaissent plutôt après 50 ans, c'est-à-dire au moment où la baisse de la production de testostérone est plus sensible, mais le lien entre les deux phénomènes n'a jamais été démontré.

De même, on a cherché à mettre en évidence une corrélation entre le risque de développer un cancer de la prostate et le niveau de testostérone des sujets.

Aucun lien n'a pu être prouvé.

Par ailleurs, l'administration de testostérone dans le cadre du traitement d'un DALA n'affecte pas non plus le risque d'apparition d'un cancer ou d'une hyperplasie de la prostate.

Mais la prescription d'un traitement doit être impérativement précédée de la réalisation d'exams de dépistages complets (dosage du PSA, toucher rectal, voire biopsies au moindre doute).

En effet, la testostérone pourrait accélérer le développement d'un cancer naissant.

Toutefois, dès lors que l'on sait qu'il n'y a pas de cancer, l'administration de testostérone n'affectera pas le risque de l'apparition d'une tumeur.

On insistera juste sur l'importance de se soumettre tous les ans aux examens de dépistage classiques (PSA et TR).

Les traitements hormonaux et leurs effets secondaires

Si la testostérone ne semble pas affecter le développement des pathologies de la prostate, dans la mesure où la prostate est une glande hormonodépendante, les traitements hormonaux permettent de jouer sur le cours de leur évolution.

Ainsi, comme on l'a vu précédemment, on utilise **les inhibiteurs de la 5alpha-réductase** dans le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Ces médicaments ont peu d'effets secondaires car ils n'agissent pas sur la testostérone mais sur sa transformation en DHT.

Ils affectent le volume du sperme (il diminue du fait de la diminution des sécrétions prostatiques), mais ils n'affectent pas (ou peu) le tonus ou la libido.

Mais dans la prise en charge des cancers, on a recours à d'autres types de traitements qui comportent plus d'effets secondaires :

- ✚ **Les agonistes de la LHRH** : ces molécules qui ressemblent à la LHRH (produite par l'hypothalamus), agissent comme un leurre et bloquent l'ordre de production de testostérone envoyé vers l'hypophyse et les testicules. Le taux de testostérone chute.
- ✚ **Les anti-androgènes stéroïdiens ou non stéroïdiens** : ils agissent en bloquant la fixation de la testostérone au niveau des cellules et des tissus, la rendant inefficace.
- ✚ **La pulpectomie** (ablation du testicule) qui coupe la production de testostérone, est rarement utilisée car elle comporte des effets secondaires irrémédiables.

Tous ces traitements qui jouent sur le taux de testostérone ont des effets secondaires importants, en rapport avec les fonctions de l'hormone :

- baisse du tonus
- baisse de la pilosité
- baisse de la masse musculaire
- baisse de la libido, etc.

Ils ont donc un retentissement sur la vie sexuelle des patients.

Comment remédier aux effets des traitements sur la vie sexuelle des patients ?

Pour bien comprendre comment l'on remédie aux effets secondaires des traitements sur la vie sexuelle, il faut rappeler quelques éléments fondamentaux.

On peut distinguer deux composantes de la vie sexuelle :

- ✚ Le phénomène global : l'inspiration (libido).
- ✚ Le phénomène local : la mécanique (érection).

L'inspiration ou libido est fortement conditionnée par le niveau hormonal. La baisse du taux de testostérone entraîne donc, à plus ou moins long terme, un tarissement du désir.

Le phénomène se passe au niveau cérébral. Mais les informations, transmises par le cerveau affectent aussi le niveau local (la mécanique de l'érection).

Et si l'on ne peut pas remédier à la baisse de libido et de désir, on peut agir sur le phénomène local. Ainsi, un homme sous traitement hormonal qui souhaiterait, malgré sa baisse de désir, continuer d'avoir une vie sexuelle afin de satisfaire sa compagne, pourrait toujours avoir recours à des stratégies locales (implant pénien, injections intra-caverneuses pour provoquer une érection).

La mécanique dépend de plusieurs facteurs :

- ✚ La transmission d'information par les nerfs érecteurs ou bandelettes (le lien global =>local).
- ✚ Le phénomène artériel (la verge se gonfle de sang jusqu'à l'érection).

- **Lorsque la transmission de l'information ne peut plus se faire** (par exemple lorsque l'on est obligé d'enlever ou de couper les bandelettes, lors du traitement chirurgical du cancer de la prostate), il est possible de pallier l'absence d'érection :
 - en apportant directement l'information au niveau local, en ayant recours aux injections intracaverneuses ;
 - ou bien en créant un gonflement artificiel (implant pénien).
- **Lorsque l'information passe moins bien** (en cas de lésion temporaire des bandelettes), le phénomène artériel est préservé mais insuffisant pour parvenir à une véritable érection. Les traitements médicamenteux de la dysfonction érectile seront efficaces, car ils agissent sur l'afflux de sang vers la verge.

Et le plaisir dans tout ça ?

Le plaisir est un phénomène subtil qui dépend à la fois d'évènements locaux (contractions musculaires) et globaux (transmission nerveuse, décodage cérébral).

L'orgasme est un grand orage sympathique en ce sens que l'érection est sous la dépendance du système parasympathique, alors que l'éjaculation dépend d'une reprise de contrôle brutale par le système sympathique qui inhibe alors le système parasympathique. Bien entendu, les structures cérébrales, et notamment le système limbique, ont un rôle majeur dans la perception de l'orgasme.

Et dès lors que le cerveau entre en jeu, l'influence de l'expérience personnelle et des impressions subjectives du sujet joue.

Ainsi, en théorie, la chute du taux de testostérone se traduit par un tarissement progressif de la libido et, indirectement par une suppression du plaisir et de l'orgasme.

Mais le plaisir de l'homme dépend aussi de la satisfaction de donner du plaisir à sa partenaire, comme en témoignent les hommes qui ont participé à l'étude Krisis® sur l'exploration des discours masculins sur la sexualité, réalisée, cette année, par IPSOS pour l'AFU.

Un homme qui souhaiterait poursuivre une vie sexuelle en ayant recours à des traitements locaux, pourrait en tirer du plaisir.

En revanche, un homme, lassé par sa vie de couple, qui n'éprouve plus de désir pour sa compagne pourra se réfugier derrière les effets secondaires des traitements, et quand bien même ceux-ci ne seraient pas irrémédiables, pour renoncer à travailler la relation avec sa compagne, laissant sa vie sexuelle s'étioler sans agir.

Car parmi les incertitudes liées à la complexité du phénomène, une seule chose est sûre : la prise en charge précoce des problèmes sexuels, qu'ils soient consécutifs aux traitements du cancer de la prostate ou qu'ils ne le soient pas, permet d'améliorer le pronostic de leur évolution.

Une bonne érection, c'est comme une respiration : ça s'entretient...

Confronté à des problèmes d'érection, plus un homme consultera vite, plus il aura de chance de retrouver ou de préserver une vie sexuelle satisfaisante.

« Ce qu'il y a de plus subtil dans l'homme » :

C'est ainsi que Céline parlait de la sexualité.

De fait, elle est l'intrication de bien des phénomènes, locaux ou globaux, neurologiques, cérébraux, psychologiques.

Elle se nourrit de l'histoire de chacun, du contexte social dans lequel elle s'exprime, des peurs ou des envies et de l'interprétation que l'on fait.

Enfin, la sexualité s'inscrit surtout dans la relation : rien n'est jamais acquis, rien n'est jamais perdu et tout est une question de motivation.

C'est pourquoi l'étude Krisis®, réalisée cette année par l'institut IPSOS pour l'AFU, s'est attachée à comprendre la relation des hommes à leur sexualité à travers l'exploration de leur discours.

Krisis® 2007 : les hommes s'expriment sur leur sexualité

En 2007, pour la 3^{ème} année consécutive, l'AFU a commandé à IPSOS une étude publiée dans le cadre de la journée nationale de la prostate.

Krisis® est une étude qualitative qui favorise l'expression d'opinions et de valeurs personnelles.

Il s'agit d'explorer, lors d'une réunion thématique, les questions et tendances soulevées par une problématique, à travers l'analyse du discours de 9 individus, recrutés pour leurs points de vue a priori différents (avant la réunion) sur le sujet :

- ✚ 3 individus très concernés par le sujet
- ✚ 3 totalement réfractaires
- ✚ 3 hésitants

Chacun est invité à s'exprimer, authentiquement et sans tabou, au cours d'une discussion partagée par tous, ou ponctuellement, dans un confessionnal, pour aller plus loin sur une opinion ou une expérience intime.

L'objet de la confrontation du discours des participants est d'identifier les oppositions comme les facteurs de passage d'un point de vue à un autre, de comprendre la façon dont le discours des uns ou des autres va favoriser l'émergence d'une opinion dans le groupe des indécis.

Mieux comprendre les hommes pour mieux les informer

Lors des précédentes journées de la prostate, les urologues de l'AFU ont présenté les résultats de 2 études Krisis® AFU/IPSOS qui ont porté sur :

✚ Les hommes et leur prostate (Krisis® 2005) :

L'analyse du discours des 3 triades d'hommes a fait émerger :

- Les valeurs de jeunesse, de vitalité, de virilité, de fertilité, de sexualité, de plaisir, auxquelles la prostate est associée.
- L'appréhension à l'égard de dysfonctionnements qui marquent la fin d'un âge d'or de la séduction, un déficit de puissance virile.
- La méconnaissance du rôle de l'organe et de ses pathologies.
- L'absence de consultation en l'absence de symptômes.
- **La réceptivité des hommes aux arguments en faveur du dépistage du cancer de la prostate.**
- **Le souhait de pouvoir en parler avec un médecin traitant qui n'ose pourtant pas toujours aborder le sujet.**

🚩 Les médecins généralistes et le dépistage du cancer de la prostate (Krisis® 2006) :

L'analyse du discours des 3 triades de médecins généralistes a révélé :

- Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le problème de la prostate dans le cadre d'une consultation pour toute autre chose.
- L'inconfort à poser des questions qui dérangent leur patient.
- La gêne suscitée par le toucher rectal chez le patient et la peur de le faire fuir.
- La difficile interprétation du toucher rectal.
- Le manque d'informations précises sur les pathologies de la prostate.

Par ailleurs, les généralistes ont exprimé leur souhait d'obtenir un soutien :

- **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.

Ces deux études ont conforté les urologues dans leur démarche d'information et de pédagogie autour des pathologies de la prostate.

Elles ont aussi souligné la différence d'attitude des hommes et des femmes à l'égard du dépistage.

Si les femmes sont habituées, depuis leur jeune âge à se soumettre à des dépistages (frottis, palpation des seins) pour lesquels la pudeur n'est plus un frein, les hommes, eux, sont gênés par les gestes et les questions du médecin sur leur intimité.

D'une manière générale, si les femmes ont appris à gérer leur santé sexuelle, les hommes hésitent encore à confier tout problème lié à la sexualité, y compris la prostate, **parce qu'ils n'ont pas d'interlocuteur à qui se référer** (contrairement aux femmes qui s'adressent régulièrement à leur gynécologue), **parce que les problèmes arrivent souvent avec l'âge, et parce qu'ils les assimilent à des faiblesses.**

C'est pourquoi les urologues, qui sont aussi les spécialistes de l'appareil génital de l'homme - comme les gynécologues sont les spécialistes de l'appareil génital de la femme - ont voulu mieux comprendre le rapport des hommes à leur sexualité, comment les hommes parlent de sexualité, et avec qui.

D'où l'étude Krisis® 2007 dédiée à l'exploration des discours masculins sur la sexualité.

Krisis® 2007 AFU/IPSOS
Exploration des discours masculins sur la sexualité

L'étude commandée par l'AFU à l'Institut IPSOS, a pour objet :

- ✚ **D'identifier le vécu et les expressions de la sexualité chez les hommes ;**
- ✚ **De déterminer les types de situations liées à la sexualité ;**
- ✚ **D'identifier les interlocuteurs « attribués » à telle ou telle situation (collègues de travail, médecin généraliste, spécialiste...)** ;
- ✚ **De faire le point sur les sources d'information ;**
- ✚ **De révéler des éléments de langage ;**
- ✚ **De comprendre les mécanismes utiles pour favoriser le dépistage des pathologies masculines, notamment de la prostate.**

Elle a réuni 9 hommes de 50 à 60 ans :

- ✚ 3 hommes s'exprimant facilement sur leur sexualité, mais peu sensibles aux discours sur les dépistages.
 - « *Ça n'arrive qu'aux autres* »
- ✚ 3 hommes n'en parlant pas, y compris à leur MG.
 - « *Je ne sais pas en parler* »
- ✚ 3 hommes sensibles aux discours / dépistages.
 - « *Je veux être responsable* »

La sexualité est un miroir

La sexualité est le reflet de la vitalité, de la jeunesse et du potentiel de séduction de chaque homme.

Elle est un miroir, un des éléments essentiels au fondement de l'estime de soi. Et chaque homme mesure *aussi* sa réussite personnelle à l'aune de sa vie sexuelle.

En cela, la sexualité est norme.

La sexualité est une norme

Chacun se situe par rapport à la norme en fonction de critères imposés par la société, comme...

... La réussite de la vie conjugale : suis-je heureux en couple, ma vie sexuelle me satisfait-elle ?

... La performance sexuelle : est-ce que j'ai une érection ? Est-ce que je fais suffisamment souvent l'amour (par rapport aux critères statistiques normatifs) ? Est-ce que je suis sexuellement endurant ? Est-ce que je satisfais ma partenaire ?

Les hommes perçoivent tous ces critères avec d'autant plus d'anxiété que la pression sociale s'est accrue en même temps que sont apparues de nouvelles exigences féminines. Désormais, les femmes revendiquent une sexualité épanouie, elles en parlent librement et sans tabou.

- ✓ *Moi, je vois dans la sexualité, surtout de la part des femmes depuis quelques années, c'est extraordinaire, surtout dans mon travail, j'ai beaucoup de jeunes femmes, elles parlent de la sexualité de façon très crue, ouverte, sans aucun problème. Tout le monde entend, elles ne se gênent pas pour en parler.*
- ✓ *Ça peut être déstabilisant quand c'est trop. Il y a une montée en puissance de la femme depuis vingt ou vingt cinq ans. J'ai eu vingt ans en 1973. Je connais les générations des jeunes filles éduquées à l'ancienne. C'est dingue le changement en 20-25 ans, des femmes sur ce point de vue là (...). Moi, j'ai quitté des jeunes filles à vingt ans toutes timides, toutes renfermées sur elles-mêmes et je retrouve des femmes maintenant qui parlent de manière assez crue.*

Les hommes se sentent désarçonnés par ce nouveau visage des femmes. Ils ont l'impression d'avoir à se soumettre à un cahier des charges/charmes de plus en plus contraignant. Ils craignent même que leur évaluation sexuelle ne retentisse sur leur image professionnelle, via le discours des femmes. Ils se sentent, en quelque sorte, menacés par l'émancipation sexuelle et professionnelle de celles-ci.

- ✓ *On est comptable de sa technique aujourd'hui. Avant, j'ai l'impression qu'on était plus naturels.*
- ✓ *La réelle performance, c'est la performance à deux mais pas la performance individuelle.*
- ✓ *L'orgasme, d'abord c'est quoi ? Pour la femme et pour l'homme. Pour l'homme, c'est quand l'homme éjacule, mais pas nécessairement. Dans ce qu'on peut lire, ce n'est pas que ça. Pour la femme, ce n'est pas uniquement la pénétration. La performance, ça ne veut rien dire. Aujourd'hui, on peut être au top et demain.... La performance, on est dans un monde où on parle toujours de performance et de technique. La performance, c'est quelque chose de crétin.*
- ✓ *La performance est quotidienne, comme dans le travail...*
- ✓ *Si tu sors avec une secrétaire et que ça se passe mal, je peux te dire que tu vas te faire casser, quelle que soit ta fonction dans l'entreprise.*

Certains réagissent à la pression sociale par la dénégation

Confrontés à une difficulté d'ordre sexuel (baisse du désir, problème d'érection), à la difficulté, voire à l'impossibilité de se conformer à la norme, certains hommes, qui se sentent profondément atteints dans leur confiance en eux, préfèrent faire l'autruche. En effet, penser problème sexuel, c'est penser problème de couple, et donc problème tout court.

- ✓ *Maintenant on peut tomber sur quelqu'un qui a un poste à responsabilité, qui est en divorce avec deux enfants, il a peut être deux pensions à verser, avec une pension compensatrice pour son épouse qui ne travaille pas... Mais maintenant, il faut que vous sachiez une chose, c'est qu'il y a de plus en plus de*

divorces. Les mariages ne durent pas plus de deux ou trois ans. Moi, j'ai des amis avocats qui font leur argent là-dessus. On ne voyait pas ça il y a dix ou quinze ans.

Et faire le constat de l'échec de sa vie de couple, c'est remettre en question toute une partie de sa vie et reconnaître son échec.

Les hommes en couple qui revendiquent leur fidélité sont les plus stressés à l'égard de leur pratique sexuelle, les plus en attente de compréhension de la part de leur partenaire, en cas de problème. **Confrontés à une baisse de désir, ou à un problème d'érection, ils se réfugieront souvent derrière des alibis pour ne pas consulter.**

- ✓ *Si c'est un vrai couple, il n'y aura pas de problèmes majeurs mais compréhension.*
- ✓ *Surtout que ce qu'on croit être un problème majeur n'en est pas forcément un pour la femme surtout quand on arrive à un certain âge. On polarise. Ça devient presque une obsession.*
- ✓ *Là, j'estime que c'est une défaillance sporadique, épisodique ou rare, j'estime que par rapport à l'âge qu'on a, c'est ni anormal, ni angoissant.*

D'autres, au contraire, les vital-sexuels, ceux qui prennent en main leur « pack sexuel » (« le sexe est un tout ») parlent plus volontiers de leur sexualité, à condition de ne pas entrer dans le récit de l'intimité.

- ✓ *Je fonctionne dans un univers où on est assez ouvert là-dessus. (...) On va parler de sexe mais sur l'aspect général, pas sur l'intimité.*

Confrontés à un problème sexuel, par exemple un problème d'érection, ils le traiteront sous l'angle mécanique, ils envisageront les problèmes de la manière la plus froide et rationnelle possible, afin de se prémunir contre les considérations psychologiques ou affectives très déstabilisantes.

- ✓ *Le problème d'un homme qui arrive à 45 ou 50 ans, c'est s'il bande ou pas. Point final. Ça, c'est un problème. C'est ce qui l'intéresse le plus. Les femmes veulent s'assurer qu'elles sont désirables. Et les hommes, c'est s'ils fonctionnent. Surtout s'il n'est pas en couple, s'il a une vie sexuelle assez dispersée. C'est la question qui l'intéresse le plus.*
- ✓ *Je répète que quel que soit l'endroit du corps qui est défaillant, je pense qu'il vaut mieux une intervention rapide et immédiate qui va nécessiter peut-être un tout petit traitement palliatif plutôt que d'attendre un mois, deux mois, trois mois, etc...*

Ces hommes qui se sentent responsables de leur pack sexuel, adoptent souvent une attitude proactive à l'égard des pathologies de la prostate. Leur discours rationnel, parsemé d'illustrations et d'histoires personnelles finit par convaincre les autres.

Dépistage : les discours convaincants

Les hommes qui ne se sentent pas encore concernés par le dépistage des pathologies de la prostate **sont interpellés par les exemples concrets...**

- ✓ *J'ai eu plusieurs personnes dans ma famille qui ne se préoccupaient pas de leur santé et qui se sont retrouvées très mal jusqu'à décéder pour certaines d'entre elles. Moi, j'en ai pris conscience. Moi, j'ai dit « jamais ». Depuis 20 ans, c'est ma motivation.*
- ✓ *On a besoin d'avoir des conseils... La prostate, ce sont des interrogations sur l'avenir. Moi, je me dis que dans vingt ans ou trente ans, comment sera ma sexualité. Ce sont des réponses que j'aimerais avoir avec des émissions spécialisées, et des expériences partagées.*

...et par l'information relayée dans les médias, qui permettent d'avoir accès aux expériences des autres, tout en restant dans l'anonymat.

- ✓ *Alors, on s'aperçoit qu'on n'est pas seuls à ressasser ces sujets là. Dans la mesure où on voit ce qui est abordé par les journalistes, par la presse, et les médias en général, on se dit « tiens, je ne suis pas tout seul, c'est un vrai sujet donc un vrai problème. Je ne suis pas tout seul. Ça va me libérer.*
- ✓ *Parfois, le fait d'aller voir un médecin, on peut être gêné. Tandis que dans les médias, on peut avoir des réponses....*

A condition que le discours médiatique soit concret, neutre, objectif, informatif, pratique et surtout pas culpabilisant.

Les autres relais potentiels identifiés

Les autres relais potentiels de l'information sur la prostate sont :

- Les femmes, bien informées mais souvent déstabilisantes => « *J'ai souvent été étonné, déstabilisé. Maintenant, je suis, si on peut dire, de nouveau sur le marché. J'ai connu mariage, puis divorce et compagnie. Je vois les mêmes femmes avec 20 ans de plus parler de sexualité... ça décoiffe !!!* ».
- Les médecins généralistes, à condition de parvenir à établir une relation de confiance => « *Moi, je discute beaucoup avec mon médecin. Il connaît un peu ma vie aussi. Ce n'est pas voulu. C'est en parlant, ça vient naturellement. Ce qu'il faut rechercher dans la relation patient-médecin, c'est quelqu'un où on se sent bien d'aller consulter et tout, d'être bien* ».
- Les sexologues, identifiés à leur approche pragmatique => « *Le sexologue, il est là pour avoir des solutions, par pour couper les cheveux en quatre. Sinon, c'est le psy, et ça commence et tu sais pas quand ça va s'arrêter* ».

- Les urologues, appréciés pour leur expertise médicale => « *Poser les bonnes questions sur le plan clinique et savoir si c'est une défaillance physique, physiologique. C'est purement médical. Urologue, c'est médical à 100 %. Déjà, il peut te rassurer pour savoir si tu es bien foutu, si tu n'as pas une fuite quelque part, ça va être hyper technique mais déjà, c'est une bonne étape* ».

Même s'ils ne sont pas spontanément associés au règlement des problèmes sexuels, les urologues apparaissent donc comme des référents compétents, des experts de la machine (sans connotation « psy », déstabilisante), à même de rassurer les hommes et de leur apporter les solutions qu'ils recherchent.

Cancer de la prostate

Le dépistage pour refuser de s'en remettre au hasard

Le cancer de la prostate représente **plus de 50 000 nouveaux cas et environ 10 000 décès chaque année**, en France. C'est le cancer le plus fréquent, la **deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme, la première, après 50 ans**. On estime qu'**un homme sur huit** sera, un jour, atteint d'un cancer de la prostate.

A partir de 2010, avec le vieillissement de la population et le nombre croissant des plus de 65 ans, ces données chiffrées seront encore plus importantes.

Du fait de l'allongement de la vie, le risque d'en mourir augmente, lui aussi : lorsque l'on diagnostique, aujourd'hui, **un cancer de la prostate avant 65 ans, il tue 3 fois sur 4, s'il n'est pas traité**.

Or, le cancer de la prostate évolue silencieusement. En l'absence d'examens de dépistage réguliers son diagnostic demeure fortuit ou tardif :

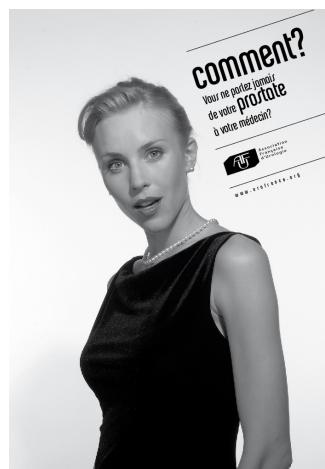
- on détectera le cancer de la prostate à l'occasion d'une visite chez le médecin pour une autre pathologie. *Par exemple : lors d'une consultation pour l'hyperplasie bénigne de la prostate, qui elle, se manifeste par des symptômes urinaires ;*
- ou alors, lorsque la gêne est déjà là (pression de la tumeur sur l'urètre occasionnant des troubles mictionnels, douleurs lombaires dues à des métastases osseuses) : mais les traitements à ces stades avancés ne sont plus aussi efficaces, voire ne permettent plus de guérir le cancer.

En effet, seule la détection précoce d'une tumeur à un stade peu avancé, c'est-à-dire silencieux, asymptomatique, donne **95 % de chances de guérir**.

C'est pour **éviter de livrer au hasard la découverte du cancer de la prostate, et de compter sur la chance** des uns chez qui le diagnostic précoce est fait lors d'une consultation pour toute autre chose, ou la chance des autres d'être touchés par une tumeur peu agressive, que les urologues recommandent de **proposer le dépistage du cancer de la prostate à tous les hommes ou à partir de 50 ans, 45 ans pour les hommes avec un facteur de risque ethnique ou familial (hommes d'origine africaine ou antillaise, hommes dont un ou plusieurs parents ont été atteints)**.

C'est pourquoi l'Association Française d'Urologie s'est mobilisée afin de sensibiliser les hommes au dépistage.

Visuels affiches 2005-2006



2007



Quel dépistage ? Pourquoi ? Où ? Quand ? Comment ?

Pour favoriser le dépistage des tumeurs à un stade précoce et guérissable, les urologues recommandent de proposer aux hommes à partir de 50 ans, un dépistage individuel du cancer de la prostate, fondé sur le dosage du PSA et le toucher rectal réalisé par le médecin généraliste ou l'urologue.

Explications...

Les urologues s'appuient sur...

- ✚ L'analyse de la littérature scientifique (lire chapitre sur les études menées au sujet du dépistage) ;
- ✚ La connaissance des traitements, de leurs effets en fonction du stade d'évolution du cancer, y compris des effets secondaires ;
- ✚ Leur pratique quotidienne de l'urologie, et notamment leurs discussions avec les patients et leurs familles ;

Pour recommander le **dépistage individuel du cancer de la prostate**.

Pourquoi un dépistage individuel ?

Le dépistage demeure individuel car il est aujourd'hui trop tôt pour conclure à la nécessité d'organiser un dépistage de masse au niveau national :

- ✚ Parce que l'on ne dispose pas d'un recul suffisant pour tirer des conclusions définitives ;
- ✚ Parce que certaines études visant à évaluer l'efficacité à grande échelle du dépistage ne sont pas toutes achevées (lire encadré 1), dont le protocole européen randomisé de dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA (ERSPC) auquel participe la France dans les départements du Tarn et de l'Hérault.
- ✚ Parce qu'il faudrait bien d'autres études, dont des évaluations économiques croisées, pour que l'on se lance dans un dépistage de masse.

Mais aussi parce que les urologues n'envisagent le dépistage du cancer de la prostate que dans le cadre d'une discussion avec le patient, visant à informer celui-ci :

- ✚ De la maladie, de son évolution et de ses symptômes ;
- ✚ Des possibilités offertes par les traitements ;
- ✚ Des effets secondaires des traitements, notamment sur les plans sexuel et urinaire : **il faut, avant même la prescription des examens, que soient clairement énoncées les conséquences possibles des traitements qu'il faudra mettre en œuvre si un cancer est détecté.**

Le dépistage concerne...

- ✚ **Les hommes de 50 à 75 ans**, lorsqu'il n'y a pas de facteur de risque connu. Au-delà, étant donné que le cancer de la prostate évolue en 10 voire 15 ans, sa découverte n'affectera probablement pas l'espérance de vie du patient. Et l'on estime que le patient doit avoir une espérance de vie supérieure à 10 ans pour pouvoir bénéficier d'un traitement curatif, au vu des bénéfices et des inconvénients attendus.
- ✚ A partir de 45 ans, pour les hommes d'origine africaine ou antillaise, ou pour ceux dont des parents proches ont été atteints d'un cancer de la prostate.

Le dépistage comprend...

- ✚ **Un dosage du PSA** (l'antigène spécifique de la prostate) effectué par prise de sang, dans un laboratoire³ ;
- ✚ **Un toucher rectal** effectué par un médecin.

Ces deux examens sont essentiels et complémentaires. Couplés, ils augmentent les chances de dépistage de la tumeur à un stade précoce.

En effet :

- ✚ Il arrive que l'on détecte un cancer grâce au toucher rectal alors que le dosage du PSA reste inférieur au seuil de la normalité – c'est le cas dans près de 10 % des cancers diagnostiqués.
- ✚ A l'inverse, il arrive aussi que le dosage du PSA donne l'alerte, avec un toucher rectal rassurant.

Le toucher rectal est un examen clinique indolore d'une grande simplicité, qui peut être réalisé, en routine, au cabinet du médecin généraliste. Le patient est 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.** Il faut savoir que 80 % des cancers se développent dans la zone périphérique inférieure de la prostate. Dans ce cas de figure, le médecin peut percevoir à la palpation une induration, localisée ou plus étendue, pouvant dépasser les contours de la prostate. On notera cependant que l'absence d'induration n'exclut pas la présence d'un cancer.

Le dépistage est annuel...

Car la progression du PSA⁴ est plus significative pour le diagnostic que sa valeur absolue. L'évolution du PSA dans le temps donne des indications précieuses sur la pathologie. Ainsi, en cas d'hyperplasie bénigne de la prostate, la courbe du PSA évolue de façon curvi-linéaire, en cas de cancer, elle évolue de façon exponentielle. La vitesse de doublement du PSA⁵ pourrait constituer un indicateur de la virulence de la tumeur. Cet outil se révèle, par ailleurs, un élément prédictif utile dans l'évaluation du risque de récurrence après le traitement.

³ Lire « Du bon usage du PSA ».

⁴ Pour plus de détail, lire la partie consacrée au PSA.

⁵ Cf. « Temps de doublement du PSA et son calcul », dans *Progrès en Urologie 2005*

<http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-2005-00151035/TEXF-PU-2005-00151035.PDF>

La réponse des urologues aux détracteurs du dépistage

Certains remettent en question l'utilité du dépistage du cancer de la prostate, aux motifs qu'il entraîne un surdiagnostic et des surtraitements préjudiciables à la qualité de vie des patients.

A cela les urologues répondent :

- ✚ **Que le surdiagnostic n'existe pas puisque le diagnostic repose sur l'analyse des biopsies ;**
 - ✚ **Qu'il n'y a pas de surtraitement car la prise en charge du cancer ne signifie pas son traitement ;**
 - ✚ **Que la découverte précoce d'un cancer localisé, silencieux, chez un homme jeune, permet la mise en œuvre de traitements susceptibles de sauver sa vie, en limitant les effets secondaires, c'est-à-dire notamment, en préservant la possibilité d'une vie sexuelle ;**
 - ✚ **Que les effets secondaires sont de mieux en mieux prévenus et pris en charge.**
- **Le surdiagnostic n'existe pas...**

Parce que le diagnostic n'est posé qu'après l'analyse des biopsies par le médecin anatomopathologiste. Celui-ci procède à l'observation au microscope des prélèvements réalisés ; si les prélèvements révèlent la présence de cellules tumorales, le cancer est avéré.

Et dès lors que le cancer est là, il ne peut pas disparaître...

On peut bien sûr avancer que le cancer de la prostate évolue généralement lentement et que le patient aura, sans doute, plus de chances de mourir d'autre chose que de son cancer ; que, par conséquent, lui infliger des traitements qui affecteront souvent sa continence et sa vie sexuelle et donc son plaisir à vivre, n'est peut-être pas raisonnable.

Cependant, un tel argumentaire repose sur la considération d'une espérance de vie moyenne.

Or, comment peut-on assurément deviner qu'un homme vivra 78 ans, 85 ou plus ?

Comment parier sur la durée moyenne, toute statistique, de l'évolution du cancer de la prostate ?

Comment décider pour tous les hommes et par procuration que les traitements et leurs effets secondaires sont si terribles qu'il vaut mieux courir le risque de mourir plus tôt ?

Les urologues n'envisagent pas les choses de telle façon. Ils pensent que les hommes ont leur mot à dire et ont le droit d'être informés pour participer pleinement à ce choix. C'est le fondement même de leur engagement fort dans les campagnes de sensibilisation au dépistage.

- **Il n'y a pas de surtraitement :**

Face à un diagnostic de cancer de la prostate, il est possible de choisir de ne pas engager de traitement, à condition que la tumeur soit localisée, peu agressive et découverte à un stade précoce.

On optera alors pour ce que l'on appelle « la surveillance active ». Cette option thérapeutique consiste à surveiller la tumeur et ne la traiter que s'il existe des signes d'évolution (lire chapitre Surveillance active).

➤ **Préserver la vie et le capital sexuel de l'homme jeune :**

La découverte précoce d'une tumeur très localisée chez un homme jeune (moins de 55 ans) permettra, avec l'accord de celui-ci, d'envisager un traitement chirurgical au cours duquel on mettra tout en œuvre pour préserver les nerfs érecteurs et limiter les effets secondaires sexuels très traumatisants, parce que fortement liés à l'idée de vieillissement et de dégénérescence⁶.

Le même homme, avec le même cancer, dépisté plus tard à cause de symptômes révélateurs de maladie plus évoluée, aura à subir, avec son accord, des traitements lourds, notamment hormonaux qui supprimeront sa libido :

- ✚ sa vie sexuelle sera condamnée,
- ✚ sa qualité de vie s'en trouvera affectée,
- ✚ son espérance de vie diminuera⁷.

➤ **L'amélioration de la prise en charge des effets secondaires des traitements.**

Aujourd'hui, on dispose de solutions pour pallier les effets secondaires :

- ✚ Urinaires : pour traiter une éventuelle incontinence, prescription de séances de rééducation, en amont et en aval des interventions chirurgicales, techniques mini-invasives, sphincter artificiel.
- ✚ Sexuels : pour traiter une éventuelle dysérection, traitement médicamenteux (sildénafil, tadanafil, etc.), injections intracaverneuses ou implants pénien. La prise en charge précoce des effets secondaires sexuels contribue, quand cela est possible à la préservation durable de la vie sexuelle du patient.

⁶ Cf. étude Krisis® sur les *Stratégies d'alerte du cancer de la prostate*, IPSOS/AFU 2005.

⁷ Les hommes de moins 55 ans, chez qui l'on identifie un cancer de la prostate que l'on ne traite pas, ont 100 % de risques de mourir de leur cancer, Cf. *Journal of Urology*, 1995.

Encadré 1 : Le dépistage du cancer de la prostate diminue le nombre des cancers découverts à un stade métastatique

Parmi les nombreuses études sur lesquelles le comité de cancérologie de l'AFU⁸ (composé d'urologues, d'oncologues médicaux, de radiothérapeutes, de pathologistes et de radiologues), s'appuie, plusieurs études prospectives internationales randomisées sont en cours.

Les études portent sur la pratique d'un dosage sanguin du PSA et parfois d'un toucher rectal. La France, dans les départements de l'Hérault et du Tarn, participe à l'étude européenne randomisée ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer). Cette participation française à l'étude ERSPC est essentielle et doit se poursuivre cette année par une nouvelle série de dosage du PSA chez tous les hommes inclus.

La France organise par ailleurs 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).

⁸ Le comité de cancérologie de l'AFU est composé d'urologues, d'oncologues médicaux, de radiothérapeutes, de pathologistes et de radiologues.

Le bon usage du PSA

Le PSA (**Prostatic Specific Antigen**), 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 liées (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 %).

Le dosage du PSA :

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 hyperplasie 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 toute aussi importante que le taux de PSA lui-même (lire temps de doublement du PSA).

🚩 Quand la biopsie doit-elle intervenir ?

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 est réalisée sous échographie. Une sonde est introduite dans l'anus pour effectuer des prélèvements à des endroits déterminés de la prostate.

Les cellules cancéreuses sont mises en évidence par l'examen 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

🚩 Le temps de doublement du PSA :

Le temps de doublement du PSA (PSADT) est un outil d'évaluation de l'agressivité potentielle d'une tumeur :

- Il est utilisé comme outil prédictif dans la surveillance active des tumeurs.
- Lorsque l'indication d'hormonothérapie est discutée (par exemple, lors d'une récurrence biologique après traitement curatif), le PSADT pourrait avoir un intérêt, afin de diminuer la durée de traitement pour éviter des effets secondaires sur le long terme.

Il permet aussi de surveiller le risque de récurrence après traitement.

Ainsi, on considère que :

- Un PSADT court (inférieur à 12, ou a fortiori, à 6 mois) est un facteur de risque de récurrence biologique précoce après traitement curatif.
- Un PSADT court pourrait être un facteur pronostique du risque de décès spécifique par cancer de la prostate après traitement curatif.

La surveillance active

La surveillance active est une option thérapeutique à part entière qui a fait l'objet de nombreuses communications au congrès d'urologie d'Orlando (février 2007). On estime que 15 % des patients pourraient bénéficier de ce type de prise en charge, avec l'avantage notoire d'échapper aux effets secondaires des traitements.

Définition :

La surveillance active consiste à :

- ✚ s'abstenir d'engager des traitements afin d'en éviter les désagréments,
- ✚ surveiller le patient en réalisant, tous les 6 mois, un dosage du PSA.

Si les examens se révèlent alarmants (raccourcissement sensible du temps de doublement du PSA), on proposera un traitement.

A qui s'adresse-t-elle ?

Il y a quelques années, elle n'était réservée qu'aux patients présentant une tumeur bien localisée, avec une espérance de vie inférieure à 10 ans.

Aujourd'hui, études à l'appui, on a élargi cette option aux patients avec une espérance de vie supérieure à 10 ans, à condition que :

- ✚ La tumeur soit petite
- ✚ Bien différenciée (score de Gleason <7⁹)
- ✚ Le PSA <10
- ✚ Le temps de doublement du PSA > 12, 18 mois
- ✚ Le patient, informé, ait donné son consentement éclairé

Cependant, la surveillance active ne s'adresse pas, a priori¹⁰, à l'homme jeune, comme l'illustre le tableau ci-dessous qui met en évidence l'impact de l'absence de traitement sur l'espérance de vie, en fonction de l'âge du patient au diagnostic, d'une étude publiée dans le Journal of Urology, en 1995.

Age du diagnostic	% des décès consécutifs au cancer
Moins de 55 ans	100 %
55-64 ans	70 %
65-75ans	50 à 60 %
> 75 ans	< 60 %

⁹ Le score de Gleason sépare les cancers en 5 classes et permet de fixer le degré de différenciation de la tumeur. Ce score additionne les deux populations de cellules cancéreuses majoritaires dans les prélèvements examinés au microscope par le médecin anatomopathologiste. Plus il est élevé, moins la tumeur est différenciée, plus la structure de la glande s'éloigne plus de la norme. Dès qu'il dépasse 7, le pronostic est moins bon.

¹⁰ A priori, parce que le patient est libre d'accepter ou de refuser de se faire traiter dès lors qu'il est informé.

Les avantages de la surveillance active :

Elle évite les effets secondaires des traitements :

- ✚ organiques
- ✚ sexuels
- ✚ urinaires
- ✚ d'origine psychologique

Cela pourrait réduire le coût de la prise en charge, surtout si l'on inclut dans le coût, le traitement des effets secondaires.

Les inconvénients de la surveillance active :

- ✚ Elle peut générer stress et anxiété chez le malade qui connaît son cancer et redoute les échéances répétées des examens de contrôle.
- ✚ Elle comporte le risque de laisser passer la fenêtre thérapeutique (c'est-à-dire le moment où il est possible de guérir la tumeur).

Pesant le pour et le contre de la surveillance active, la plupart des patients à qui on la propose, ne la choisissent pas.

Cela étant, l'amélioration des outils d'évaluation de la tumeur pourrait permettre, à l'avenir, un plus large recours à ce type de prise en charge.

Prostatites : un même terme pour différents maux

La prostatite est une inflammation de la prostate très fréquente de l'homme entre 40 et 60 ans. **On estime qu'elle est à l'origine de 2 millions de consultations, chaque année en France, de 9 % des consultations en urologie et de 1 % des visites chez le généraliste.**

Cette grande fréquence est probablement expliquée par l'ambiguïté du terme " prostatite" qui recouvre des entités très différentes, comprenant aussi bien les infections aiguës et chroniques de la prostate, que des syndromes douloureux pelviens dont l'origine prostatique est loin d'être certaine

Depuis 1995 la classification du NIH américain (National Institute of Health) fait l'objet d'un consensus. Elle est divisée en quatre classes

- ✚ La prostatite aiguë (classe I).
- ✚ La prostatite chronique bactérienne (classe II).
- ✚ Le syndrome douloureux pelvien chronique,
 - inflammatoire (avec présence de leucocytes dans le sperme) (classe III a).
 - non inflammatoire (pas de présence de leucocytes dans le sperme) (classe III b).
- ✚ La prostatite inflammatoire asymptomatique dite « histologique », découverte par hasard, lors d'une résection ou d'une biopsie de la prostate, dont le patient ne souffre pas et qui n'entraîne pas de consultation (classe IV).

I / La prostatite aiguë :

Elle est provoquée le plus souvent par une atteinte bactérienne.

Dans la majorité des prostatites bactériennes, ce sont des entéro bactéries (bactéries présentes dans l'intestin) qui sont responsables et en particulier *l'escherichia coli* (aussi appelé colibacille).

Les germes pénètrent par voie rétrograde, comme dans la cystite de la femme, colonisent l'urètre et remontent jusqu'à la prostate.

D'autres mécanismes, marginaux, ont été décrits où les germes atteignent la prostate par voie sanguine ou lymphatique.

La prostatite aiguë bactérienne peut concerner tous les hommes.

Elle touche majoritairement l'homme jeune : l'activité sexuelle pourrait être un facteur favorisant, sans toutefois que cela ait été prouvé, même si certaines pratiques comme les rapports anaux, contribuent à son développement.

Elle est aussi favorisée par les obstacles du bas appareil urinaire (rétrécissement de l'urètre, obstruction prostatique...), par les manœuvres instrumentales urologiques (biopsie de prostate, fibroscopie, sondage urinaire).

La prostatite n'est pas classée dans les maladies sexuellement transmissibles. Sauf dans les rares cas de prostatites liées à des germes sexuellement transmissibles (gonocoques, chlamydiae, mycoplasme), on ne peut pas contaminer sa ou son partenaire. Mais généralement la douleur n'incite pas le patient à avoir des rapports.

Les manifestations de la prostatite aiguë sont très proches d'une banale grippe, ce qui explique que le diagnostic est souvent méconnu :

- Un syndrome infectieux : **fièvre (température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et souvent à 40°C)** associée à des **frissons**, une sensation de **malaise**, des **douleurs musculaires**, le tout pouvant évoquer un syndrome grippal.

C'est la présence de symptômes urinaires associés qui permet de rectifier le diagnostic.

- Des **brûlures mictionnelles** avec **impériosité, des mictions fréquentes, et une difficulté à uriner.**
- De possibles douleurs pelviennes, périnéales, urétrales, péniennes, parfois rectales.
- Une prostate douloureuse au toucher rectal (mais l'absence de douleur au TR n'exclut pas le diagnostic de prostatite).

En règle générale, toute infection urinaire fébrile, chez l'homme, doit être a priori considérée comme une prostatite aiguë.

**Une prostatite aiguë est une urgence médicale dans la mesure où il s'agit de l'infection d'un tissu. Si on ne la traite pas rapidement, on s'expose à des complications (passage à la chronicité, abcès de la prostate, voire une septicémie.)
En présence de tout ou partie de ces symptômes, une consultation rapide s'impose.**

Le diagnostic :

Il repose sur :

- **La réalisation d'un examen cyto-bactériologique urinaire (ECBU) avec antibiogramme.**
- **Une évaluation des facteurs dits « de gravité » ou « de risque ou de complication ».**
Elle repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique, des examens biologiques et radiologiques complémentaires, si nécessaire, dans le but de répondre à 3 questions :
 - **y a-t-il des signes et symptômes évoquant une infection grave ?**
 - **y a-t-il une rétention vésicale ?**
 - **y a-t-il d'autres facteurs de complication ?**

Cette évaluation conditionne **les modalités du traitement et du suivi.**

On parle de prostatite « non compliquée » ou « simple » **en l'absence :**

- **de signe de gravité de l'infection ;**
- **d'anomalie fonctionnelle, anatomique ou pathologique de l'appareil urinaire et notamment sans rétention vésicale ;**
- **d'intervention ou d'acte récent sur l'appareil urinaire ;**
- **d'épisode récent ou récidivant ;**
- **de maladies en cours, modifiant le statut immunitaire.**

Le diagnostic différentiel :

- C'est non pas tant une **cystite qui est exceptionnelle chez l'homme** (les mêmes symptômes, **sans fièvre**)...
- ... qu'une **pyélonéphrite (infection du rein) dont les symptômes sont très proches et associés à une douleur lombaire**. Cependant les pyélonéphrites aiguës bactériennes de l'homme sont rares¹¹.

A partir de l'analyse de la littérature scientifique et à la demande du Comité des Pratiques Professionnelles (CPP) et du Conseil scientifique de l'Association Française d'Urologie, le Comité d'Infectiologie de l'Association Française d'Urologie (CIAFU) a travaillé à l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique concernant le diagnostic, le traitement et le suivi des infections communautaires bactériennes de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme (cystites aiguës, pyélonéphrites aiguës) et de l'appareil génital de l'homme (prostatites aiguës). Editées sous la forme d'une plaquette de poche, elles spécifieront tous les éléments nécessaires au diagnostic différentiel et présenteront les éléments essentiels au choix des traitements.

Le traitement de la prostatite aiguë bactérienne :

Il doit être lancé dès le début de la prise en charge du patient, sans attendre les résultats des prélèvements bactériologiques.

- **Une antibiothérapie probabiliste** sera débutée dès les prélèvements bactériologiques réalisés, sans en attendre les résultats.
- **L'antibiothérapie de relais** est guidée par les données de l'antibiogramme. Elle repose sur le choix d'un antibiotique efficace, à bonne pénétration prostatique en respectant les grandes règles du bon usage des antibiotiques (entre autres, les doses doivent être suffisantes pour prévenir l'émergence de bactéries résistantes et **le spectre aussi étroit que possible**.¹²)
- **C'est un traitement prolongé : la cure de 3 à 6 semaines d'antibiotiques fait consensus.** La tendance actuelle est au raccourcissement des durées de traitement afin d'éviter la sélection de bactéries multirésistantes (certains proposent même un raccourcissement du traitement à 2 à 4 semaines).

¹¹ Parmi les symptômes qui distinguent la pyélonéphrite :

- douleur de la fosse lombaire, en règle unilatérale, spontanée ou provoquée par la palpation ;
- symptômes et signes digestifs (nausées, vomissements, météorisme abdominal, diarrhée) souvent inconstants, mais parfois au premier plan et donc trompeurs.

¹² A efficacité et tolérance égales, le CIAFU recommande de donner la préférence à l'antibiotique le moins coûteux.

II/ La prostatite chronique bactérienne :

La prostatite chronique bactérienne est beaucoup plus complexe que la prostatite bactérienne aiguë. Elle est peu fréquente et représente moins de 5% des prostatites chroniques. Elle peut apparaître consécutivement à des récurrences à répétition de prostatites aiguës.

Les symptômes de la prostatite chronique :

Moins spécifiques que ceux de la prostatite aiguë, et associent des douleurs et des troubles mictionnels :

- une gêne ou une douleur périnéale,
- une douleur qui irradie dans les bourses ou dans la verge,
- des troubles de la miction.

Cet ensemble de signes évoque une prostatite chronique et le diagnostic s'attachera à établir si celle-ci est d'origine bactérienne ou non.

Les symptômes durables (la prostatite chronique évolue sur des mois voire des années) peuvent se révéler très invalidants.

Le diagnostic :

Il est établi à partir du résultat des examens suivants :

- ECBU avec antibiogramme ;
- analyse de prélèvements de sperme, s'il y a lieu ;
- analyse de sécrétions prostatiques après massage prostatique (au mieux le test de Meares et Stamey).

La mise en évidence du germe responsable est souvent très difficile et aléatoire.

Ces examens sont valables pour le diagnostic de l'ensemble des prostatites chroniques. C'est à partir de leurs résultats que l'on posera le diagnostic de prostatite chronique bactérienne ou de syndrome douloureux pelvien (lire paragraphe III).

Le traitement :

Le traitement antibiotique repose sur l'administration prolongée (8 voire 12 semaines) de molécules à bonne pénétration prostatique.

III/ Les syndromes douloureux pelviens chroniques :

Le syndrome douloureux pelvien est l'appellation sous laquelle on désigne les prostatites chroniques non bactériennes.

Très invalidant du fait des douleurs chroniques et du stress consécutif, il altère la qualité de vie de nombre d'hommes.

Il représente 95% des prostatites chroniques – qui représentent elles-mêmes 4 à 8% des patients qui consultent en centres de prise en charge de la douleur, et 15% de ceux qui consultent en milieu urologique.

Cependant, il est difficile à diagnostiquer et ses causes, multiples (neurologiques, musculaires, psychosomatiques), ne sont en fait pas toujours en rapport avec la prostate.

Il faudrait d'ailleurs parler des symptômes douloureux pelviens.

Le syndrome douloureux pelvien peut être inflammatoire (présence de leucocytes dans le sperme) ou non inflammatoire (absence de leucocytes dans le sperme).

Les traitements :

Le traitement du syndrome douloureux pelvien est très difficile et mal connu. En l'absence de cause retrouvée, on se contente de traiter la douleur elle-même.

S'il s'agit d'un syndrome inflammatoire le traitement repose essentiellement sur :

- Les antalgiques et les anti-inflammatoires, qui soulagent la douleur.
- Les alpha-bloquants qui améliorent la miction et donnent parfois de bons résultats.

Qu'ils soient inflammatoires ou non, il est important, de prendre le temps de parler avec le patient pour tenter de déterminer ensemble quels sont les facteurs en cause (facteurs urinaires, alimentaires, sexuels, influence du stress, de la pratique sportive, notamment du vélo) dans le déclenchement des douleurs, et pour discuter, ensemble, de la stratégie à mettre en œuvre (traitement ou règles d'hygiène de vie).

En résumé

L'Hyperplasie Bénigne de la Prostate

L'hyperplasie bénigne de la prostate n'est pas une maladie. C'est une conséquence quasi-inéluctable du vieillissement. Elle croît proportionnellement au nombre des années : ainsi, **60 % des hommes de 60 ans, 70 % des hommes de 70 ans et 80 % des hommes de 80 ans ont une grosse prostate. 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 ;**
- ✦ Troubles sexuels.

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, 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 un adénome de la prostate 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'association de ces deux dernières familles est désormais utilisée avec succès pour traiter les patients chez qui la monothérapie n'a pas donné de résultats suffisants.

D'après une étude récente, la bithérapie permet de :

- Diminuer le risque d'infection
- Diminuer le risque d'être opéré
- Préserver la fonction rénale en évitant les complications liées à la rétention urinaire.

✚ 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.

Mais d'autres techniques chirurgicales (micro-ondes, radiofréquences, laser) moins invasives, permettent de dénerviser la prostate et de pallier les symptômes à la manière des alphabloquants, tout en évitant l'inconvénient d'une prise quotidienne de médicaments.

Le laser présente une alternative à la résection classique. Il agit en vaporisant les tissus et présente le gros avantage de diminuer les saignements, ce qui le rend compatible avec le traitement d'hommes sous anti-coagulants.

Il diminue :

- La durée d'hospitalisation
- L'utilisation de sondes
- Le risque infectieux

Le Tuna est un système fondé sur l'utilisation des micro-ondes. Il agit par l'intermédiaire de 2 aiguilles, introduites par les voies naturelles, qui détruisent les tissus et les connexions nerveuses.

Cette méthode a notamment l'avantage, par rapport à la chirurgie classique, d'éviter l'éjaculation rétrograde consécutive à l'opération de l'adénome. Cependant, elle nécessite souvent une réintervention dans les 5 ans.

Son remboursement devrait être prochainement annoncé (septembre ou octobre 2007).