

Prostate: quand référer à l'urologue ?

P. Sèbe, urologue, HUG



15. JHaS
Kongress Congrès

Forum Fribourg
24. & 25. April 2026 / 24 & 25 avril 2026

www.jhascongress.ch

JHaS 

12 <u>Crédits SSMIG</u> <u>Crédits SGAIM</u>	7 <u>Crédits SSP</u> <u>Crédits SGP</u>	2 <u>Crédits SSPP</u> <u>Crédits SGPP</u>
--	---	---

Introduction:

Merci pour votre
invitation

Prostate: la
grande
coupable

Introduction:

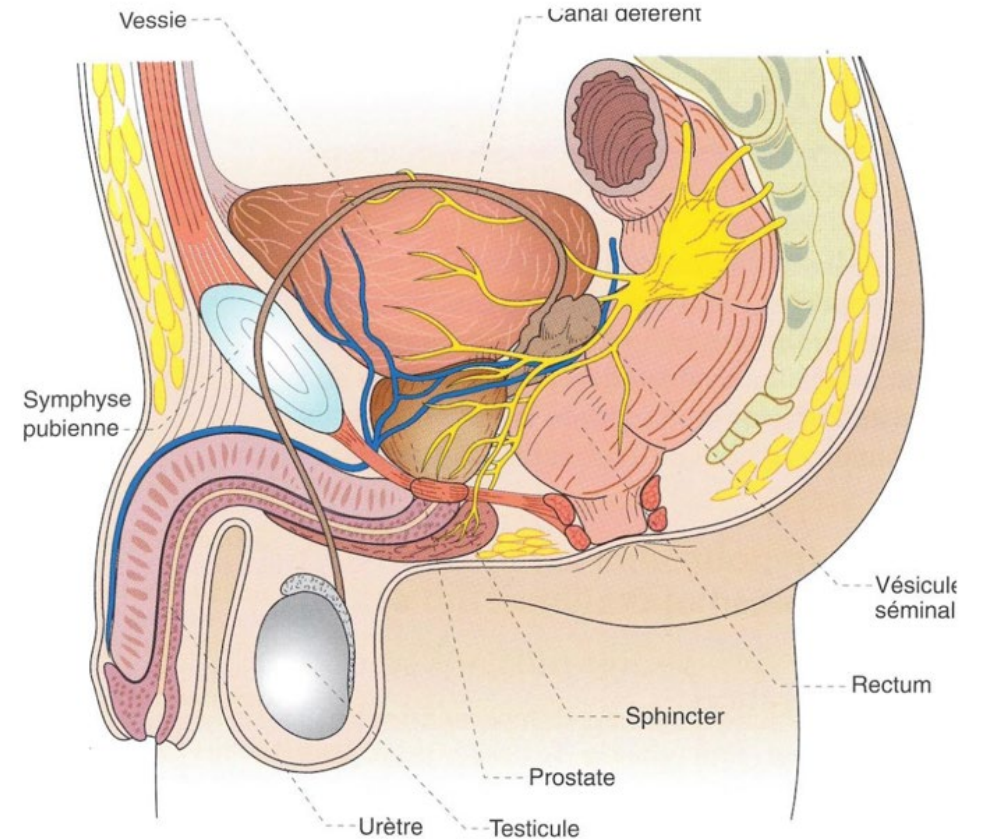
prostate la grande coupable

- Depuis la découverte du PSA: cancer le plus fréquent chez l'homme = la prostate
- Les troubles mictionnels: la prostate
- L'incontinence urinaire: la prostate
- Les troubles de l'érection: la prostate
- Les réveils nocturnes: la prostate
-

Introduction:

prostate la grande coupable

- Depuis la découverte du PSA: cancer le plus fréquent chez l'homme = la prostate
- Les troubles mictionnels: la prostate
- L'incontinence urinaire: la prostate
- Les troubles de l'érection: la prostate
- Les réveils nocturnes: la prostate
- ...



Quand faut-il proposer un dosage du PSA ?

Dosage du PSA – Recommandations de la Société suisse d’Urologie (SSU)

Situation au 6 janvier 2012

Thomas Gasser^{a1}, Christophe Iselin^b, Patrice Jichlinski^c, Beat Kreienbühl^d, Vincent Merz^e, Franz Recker^f, Hans-Peter Schmid^g, Flavio Stoffel^h, Räto Strebeltⁱ, Tullio Sulser^j, George Thalmann^k

Tableau 1. Dans les situations suivantes, un dosage du PSA n’est pas indiqué.

Situation	Remarques
Dépistage généralisé chez un homme non informé	Le dosage du PSA sans explication différenciée donnée à l’homme et sans son consentement n’est pas indiqué.
Dépistage avec une espérance de vie de <10 ans	Du fait que le cancer de la prostate évolue généralement très lentement, une espérance de vie d’au moins 10 ans est nécessaire pour pouvoir profiter d’un diagnostic précoce. En général, un dosage après 75 ans n’a pas de sens.
Prostatite aiguë	La prostatite aiguë peut être diagnostiquée par la clinique. En général, le taux de PSA augmente fortement et n’a aucune valeur diagnostique.
Prostatite chronique	Dans la prostatite chronique, les taux de PSA sont généralement augmentés et variables et ne doivent pas forcément faire l’objet d’autres examens.

Quand faut-il proposer un dosage du PSA ?

Tableau 2. Dans les situations suivantes, un dosage du PSA est indiqué.

	Situation	Remarques
Prévention	Demande du patient dûment informé (voir tab. 3) (<i>shared decision</i>) âgé de 50 à 70 ans	Après information détaillée sur les avantages, inconvénients et risques d'un dosage du PSA ou de ne pas le faire, le désir du patient doit être respecté. Des nomogrammes peuvent être utiles pour la prise de décision.
	Anamnèse familiale de carcinome prostatique, âge >45 ans	Les patients ayant un parent au premier degré (père, frère) avec un carcinome prostatique ont un risque accru d'avoir ce cancer.
	Troubles mictionnels	Le carcinome prostatique est asymptomatique dans la très grande majorité des cas. Ce sont les troubles mictionnels qui font que le patient consulte un médecin.
Prévention	Toucher rectal suspect	Tout toucher rectal suspect pour la prostate doit faire l'objet d'examens complémentaires.
	Hématospermie	L'hématospermie est relativement fréquente. Il y a parfois là-dedans un carcinome prostatique.
	Douleurs osseuses chez les hommes de >50 ans	Le carcinome prostatique a une très grande affinité pour les os. Les métastases osseuses en sont parfois le premier symptôme.

Quand faut-il proposer un dosage du **PSA** ?

Dépistage vs diagnostic précoce

- Le dépistage cible des personnes **asymptomatiques** pour détecter une maladie tôt.
- le diagnostic précoce identifie une pathologie dès l'apparition des **premiers symptômes**.

Faut-il proposer
un dépistage du cancer de prostate ?

Faut-il proposer un dépistage du cancer de prostate ?

La position de la Ligue suisse contre le cancer sur le dépistage



Un choix personnel

La décision de se soumettre à un dépistage ou d'y renoncer relève d'un choix personnel. Contrairement au cancer du sein et de l'intestin, le dépistage généralisé du cancer de la prostate (programme de dépistage) au moyen du dosage du PSA à partir de 50 ans n'est pas recommandé en Suisse comme ailleurs dans le monde.

Pour prendre votre décision, discutez avec votre médecin. Il vous expliquera les avantages et les inconvénients du dépistage et vous informera également sur les examens qui devront être réalisés si votre taux de PSA est supérieur à la normale.

Faut-il proposer un dépistage du cancer de prostate ?

Dépistage du cancer de la prostate, oui ou non ?

Faut-il procéder au dépistage ou non ?

Cette question, de nombreux hommes se la posent.

Recommandations

- Pour les hommes ayant des antécédents de cancer de la prostate dans leur famille:
Aborder la question du dépistage avec le médecin dès l'âge de **40 à 45 ans**.
- Pour tous les autres hommes:
Aborder la question du dépistage du cancer en général avec le médecin à partir de **50 ans**.
Le dosage du PSA ne devrait pas être effectué comme un examen de routine, sans discussion préalable.

Faut-il proposer un dépistage du cancer de prostate ?

Le rôle du médecin

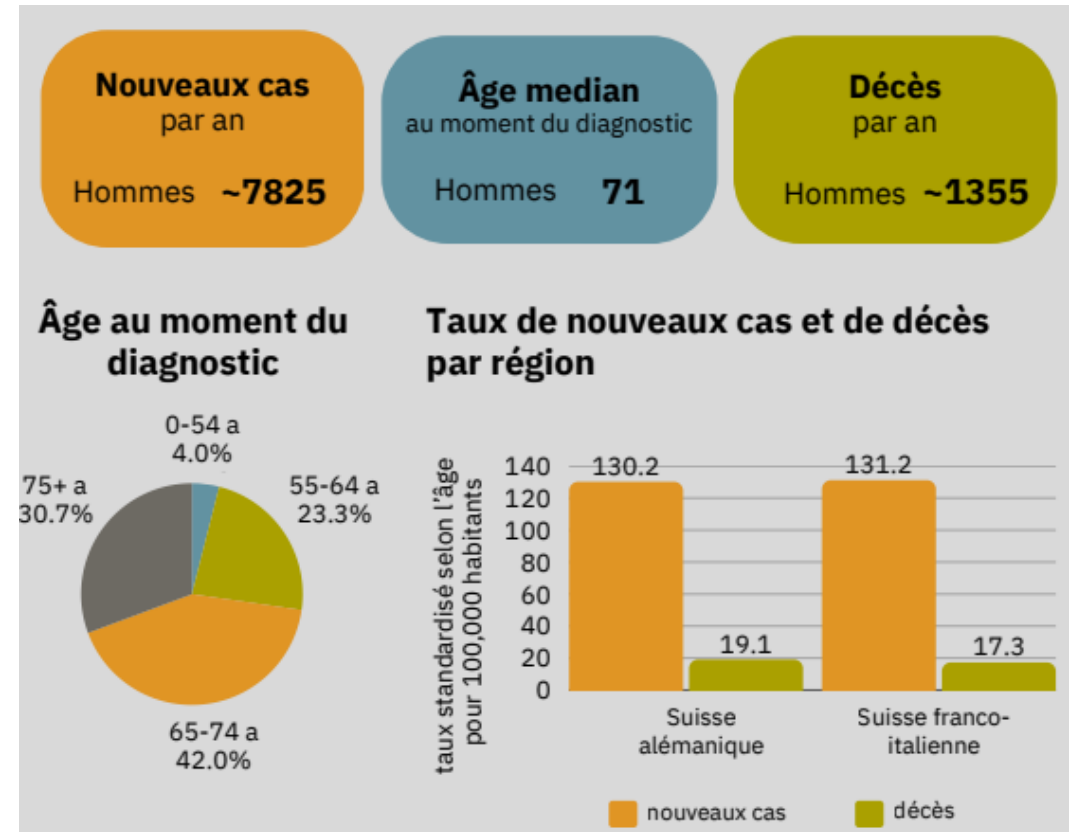
Demandez conseil à votre médecin. Il vous expliquera les différents examens de dépistage et répondra à vos questions. Vous pouvez également lui demander les investigations qui seront réalisées si le taux de PSA est supérieur à la normale et les traitements qui seront réalisés si un cancer de la prostate est diagnostiqué.

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

Arguments en faveur du dépistage :

- Cancer de l'homme le plus fréquent
 - 80 % des diagnostics à un stade localisé, sans symptôme
- Mortalité:
 - 3^{ème} rang de la mortalité par cancer
 - 80 % des décès > 75 ans
- Traitements efficaces au stade localisé:
 - Chirurgie
 - Radiothérapie



Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

Arguments contre le dépistage :

- Problème diagnostic: les traitements de peuvent être bénéfiques que pour les patients qui ont des cellules cancéreuses susceptibles de se transformer en maladie appelée cancer.
- Problème du **surdiagnostic** :
 - Le dépistage permet de diagnostiquer une maladie asymptomatique, potentiellement peu ou pas évolutive.
 - Mais les traitements entraînent des séquelles urinaires et sexuelles.

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?



Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?



Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Définition du **cancer** : **Maladie** provoquée par:
 1. La **transformation de cellules qui deviennent anormales** et **prolifèrent de façon excessive**.
 2. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle **tumeur maligne**.
 3. Les **cellules cancéreuses** ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur.
 4. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (**métastase**).
- **Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?**



Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Définition du **cancer** : **Maladie** provoquée par:
 1. La **transformation de cellules qui deviennent anormales** et **prolifèrent de façon excessive**.
 2. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle **tumeur maligne**.
 3. Les **cellules cancéreuses** ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur.
 4. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (**métastase**).
- **Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?**
- **Pour le cancer de la prostate: NON**

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?
- **Pour le cancer de la prostate: NON**
- Gleason a publié « Classification of prostatic carcinomas » en **1966**.
- Wang a publié « Purification of a human prostatic specific Antigen » en **1979**.
- La biopsie de prostate randomisée échoguidée est décrite par Holm en **1980**.
- L'IRM de prostate est décrite par Steyn en **1982**.

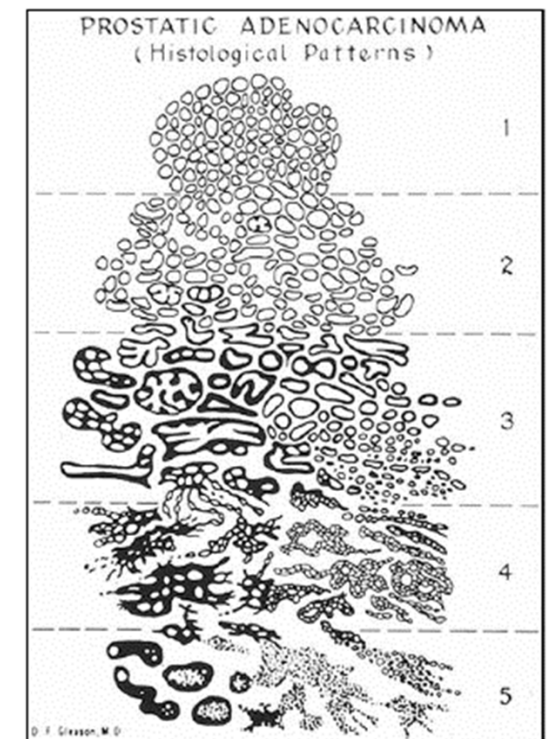


Figure 1: Drawing that shows original Gleason grading.

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?
- **Pour le cancer de la prostate: NON**
- **Dans les années 90**, un cancer de la prostate localisé était défini comme une tumeur confinée à la glande prostatique, non palpable ou limitée à un lobe (stades T1-T2), **avec un score de Gleason généralement faible allant de 2 à 10 (souvent ≤ 6 ou 7)** et un taux de PSA qui commençait à être utilisé comme marqueur, souvent inférieur à 10 ng/ml.

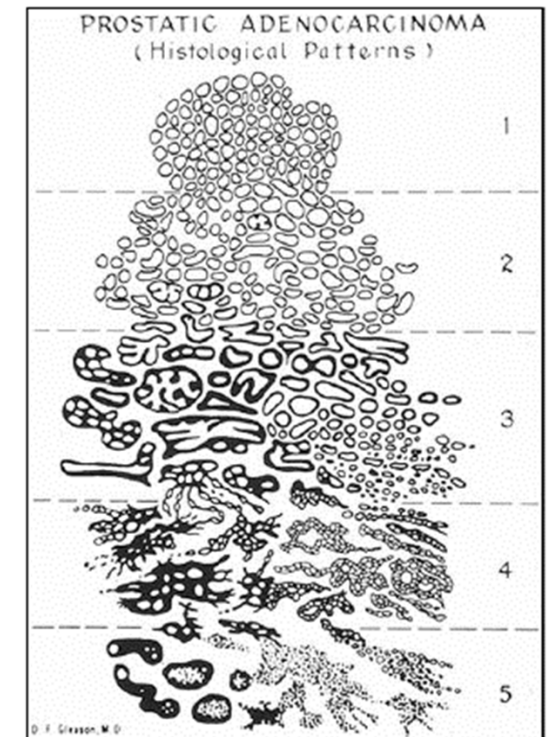
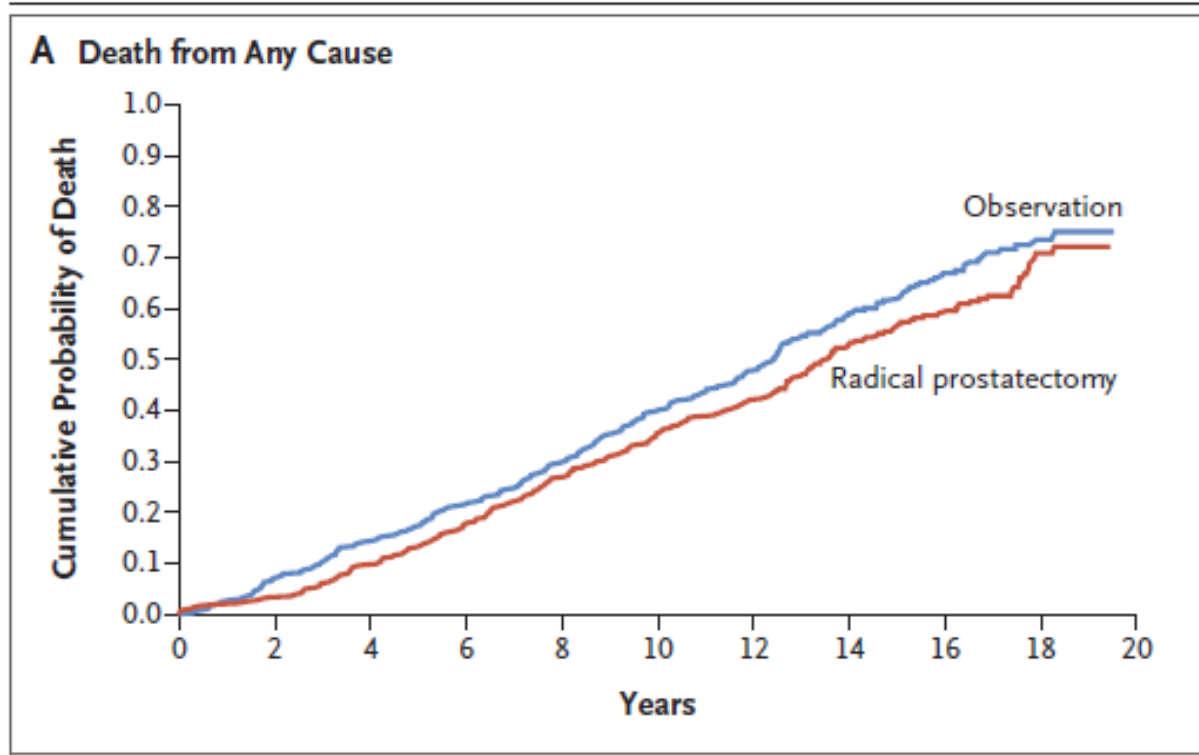


Figure 1: Drawing that shows original Gleason grading.

Dépistage du cancer de prostate

- Etude PIVOT :
 - Inclusions: 1994-2002



2009, Contemp Clin Trials, Wilt et al.
 2017, N Eng J Med, Wilt et al.

Table 2
 Baseline tumor characteristics

	WW (n)	RP (n)	P
PSA (ng/mL): mean (SD)	10.2 (7.7)	10.2 (7.7)	
Median	7.7	7.7	
PSA categories			.99
<4.0 (%)	10.9	11.5	
4.0–9.9	54.1	53.9	
10.0–19.9	24.9	24.2	
20.0–49.9	10.1	10.4	
Bone scan			.48
Normal (%)	52.3	48.1	
Abnormal, not suggestive of malignancy	46.6	50.7	
Clinical stage			.38
1A (A1)	3.0	1.1	
1B (A2)	2.5	1.4	
1C	49.9	50.8	
2A (B1)	23.2	26.4	
2B (B2)	12.0	12.9	
2C	9.0	6.6	
Tumor size (digital rectal examination)			.80
Not palpable	48.0	49.9	
Palpable ≤1.5 cm	30.1	31.1	
Palpable >1.5 cm	12.1	10.7	
Unknown	9.9	8.3	
Gleason grade			.61
2–4	21.5	22.9	
5–6	53.1	48.7	
7	18.9	21.5	
8–10	5.6	6.7	
Mean Gleason grade (SD)	5.5 (1.6)	5.6 (1.5)	.47
Histologic grade			.65
Well differentiated (%)	24.2	25.1	
Moderately well differentiated	64.2	60.5	
Poorly differentiated	6.1	8.0	
Unknown	5.5	6.4	
Tumor risk category (based on PSA, Gleason grade and tumor stage)			.81
Low	44.0	42.6	
Medium	34.9	37.2	
High	21.1	20.2	

WW = watchful waiting; RP = radical prostatectomy.



Dépistage du cancer de prostate



ARTICLES: UROLOGIE

3 décembre 2003

L'antigène spécifique de la prostate (PSA): un marqueur tumoral en fin de règne?

David Deperthes , Christian M. Gygi , Patrice Jichlinski , Hans-Jürg Leisinger

DOI: 10.53738/REVMED.2003.61.2461.2377

0022-5347/04/1724-1297/0
THE JOURNAL OF UROLOGY®
Copyright © 2004 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

Vol. 172, 1297–1301, October 2004
Printed in U.S.A.
DOI: 10.1097/01.ju.0000139993.51181.5d

Oncology: Prostate/Testis/Penis/Urethra

THE PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN ERA IN THE UNITED STATES IS OVER FOR PROSTATE CANCER: WHAT HAPPENED IN THE LAST 20 YEARS?

THOMAS A. STAMEY,* MITCHELL CALDWELL, JOHN E. McNEAL, ROSALIE NOLLEY,
MARCI HEMENEZ AND JOSHUA DOWNS

From the Department of Urology, School of Medicine, Stanford University, Stanford, California

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?
- Pour le cancer de la prostate: **NON**
- Dans les années 2000, un cancer de la prostate localisé était défini comme une tumeur confinée à la glande prostatique, non palpable ou limitée à un lobe (stades T1-T3), avec un score de Gleason allant de 6 à 10

Risk Profile	Criteria [†]	Approximate Proportion of Newly Diagnosed Cases [‡]
Favorable		
Very Low Risk	<ul style="list-style-type: none"> • T1c • Gleason score 6 • PSA < 10 ng/ml • Fewer than 3 biopsy cores positive, ≤50% cancer in any core • PSA Density < 0.15 ng/ml/cc 	35%
Low Risk	<ul style="list-style-type: none"> • T1 or T2a • Gleason score 6 • PSA < 10 ng/ml 	
Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> • T2b-T2c or • Gleason score 7 or • PSA 10-20 ng/ml 	33%
High	<ul style="list-style-type: none"> • T3a or • Gleason score 8-10 or • PSA > 20 ng/ml 	32%

[†] Adapted from Mohler, J., et al., *Prostate cancer, Version 3.2012: featured updates to the NCCN guidelines*. J Natl Compr Canc Netw, 2012. 10(9): p. 1081-7. and based on T stage, Gleason score, PSA, PSA density, number and percentage of biopsy cores with cancer; T1c (non palpable cancer), T2a (minimally palpable cancer in one lobe), T2b-T2c (substantial palpable cancer felt to be localized to prostate gland), T3a (palpable cancer thought to have extended beyond the prostate gland).

[‡] Proportions from Surveillance, Epidemiology, and End Results Program of NCI as reported by Shao, Y-H, et al., *Risk profiles and treatment patterns among men diagnosed as having prostate cancer and a prostate-specific antigen level below 4.0 ng/ml*. Arch Intern Med, 2010. 170(14): p. 1256-61.

Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

- Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?

- Depuis 2014, on utilise la classification ISUP allant de 1 à 5

Score de Gleason	Groupe ISUP	Caractéristiques
6	Groupe ISUP 1	<ul style="list-style-type: none"> • Moins agressif • Croissance très lente • Risque bas
3+4=7	Groupe ISUP 2	<ul style="list-style-type: none"> • Légèrement agressif • Croissance lente • Risque bas à intermédiaire
4+3=7	Groupe ISUP 3	<ul style="list-style-type: none"> • Modérément agressif • Croissance rapide • Risque intermédiaire à élevé
8	Groupe ISUP 4	<ul style="list-style-type: none"> • Agressif • Croissance plus rapide • Risque élevé
9-10	Groupe ISUP 5	<ul style="list-style-type: none"> • Hautement agressif • Croissance plus rapide • Risque élevé

Dépistage du cancer de prostate



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study

Fritz H. Schröder, M.D., Jonas Hugosson, M.D., Monique J. Roobol, Ph.D.,
Teuvo L.J. Tammela, M.D., Stefano Ciatto, M.D., Vera Nelen, M.D.,
Maciej Kwiatkowski, M.D., Marcos Lujan, M.D., Hans Lilja, M.D.,
Marco Zappa, Ph.D., Louis J. Denis, M.D., Franz Recker, M.D.,
Antonio Berenguer, M.D., Liisa Määtänen, Ph.D., Chris H. Bangma, M.D.,
Gunnar Aus, M.D., Arnaud Villers, M.D., Xavier Rebillard, M.D.,
Theodorus van der Kwast, M.D., Bert G. Blijenberg, Ph.D., Sue M. Moss, Ph.D.,
Harry J. de Koning, M.D., and Anssi Auvinen, M.D., for the ERSPC Investigators*

ORIGINAL ARTICLE

Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial

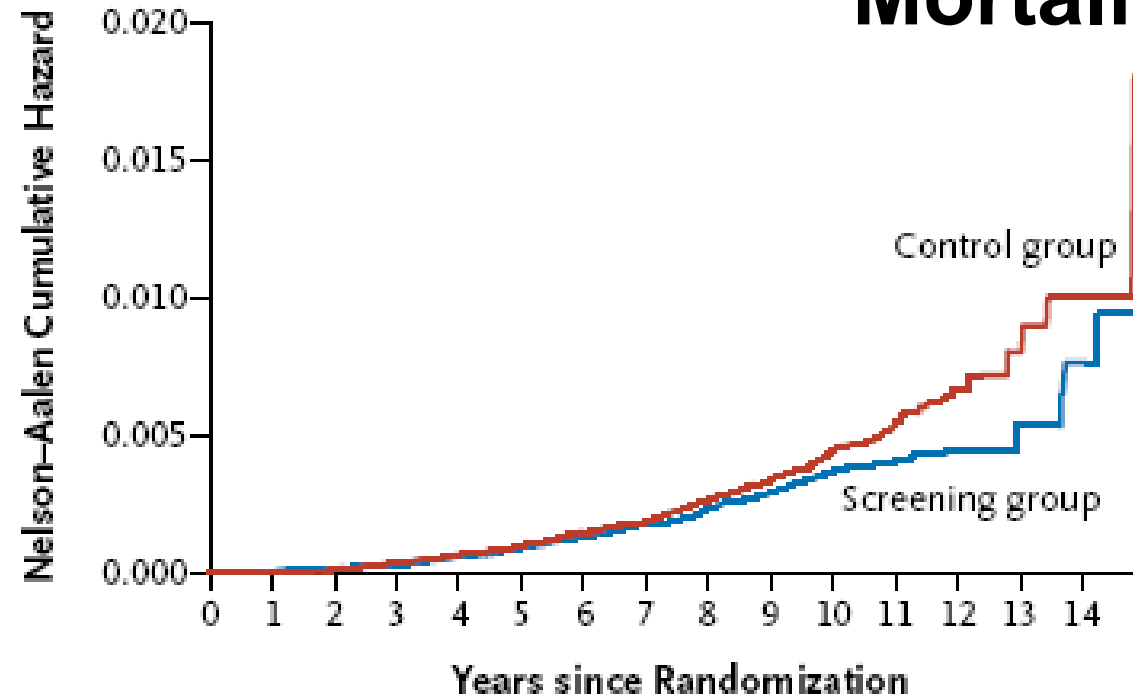
Gerald L. Andriole, M.D., E. David Crawford, M.D., Robert L. Grubb III, M.D.,
Saundra S. Buys, M.D., David Chia, Ph.D., Timothy R. Church, Ph.D.,
Mona N. Fouad, M.D., Edward P. Gelmann, M.D., Paul A. Kvale, M.D.,
Douglas J. Reding, M.D., Joel L. Weissfeld, M.D., Lance A. Yokochi, M.D.,
Barbara O'Brien, M.P.H., Jonathan D. Clapp, B.S., Joshua M. Rathmell, M.S.,
Thomas L. Riley, B.S., Richard B. Hayes, Ph.D., Barnett S. Kramer, M.D.,
Grant Izmirlian, Ph.D., Anthony B. Miller, M.B., Paul F. Pinsky, Ph.D.,
Philip C. Prorok, Ph.D., John K. Gohagan, Ph.D., and Christine D. Berg, M.D.,
for the PLCO Project Team*

Publiés le 26 mars 2009

Dépistage du cancer de prostate

- Etude européenne: **2 lectures**
 - Groupe dépisté:

Mortalité = - 20 %



No. at Risk

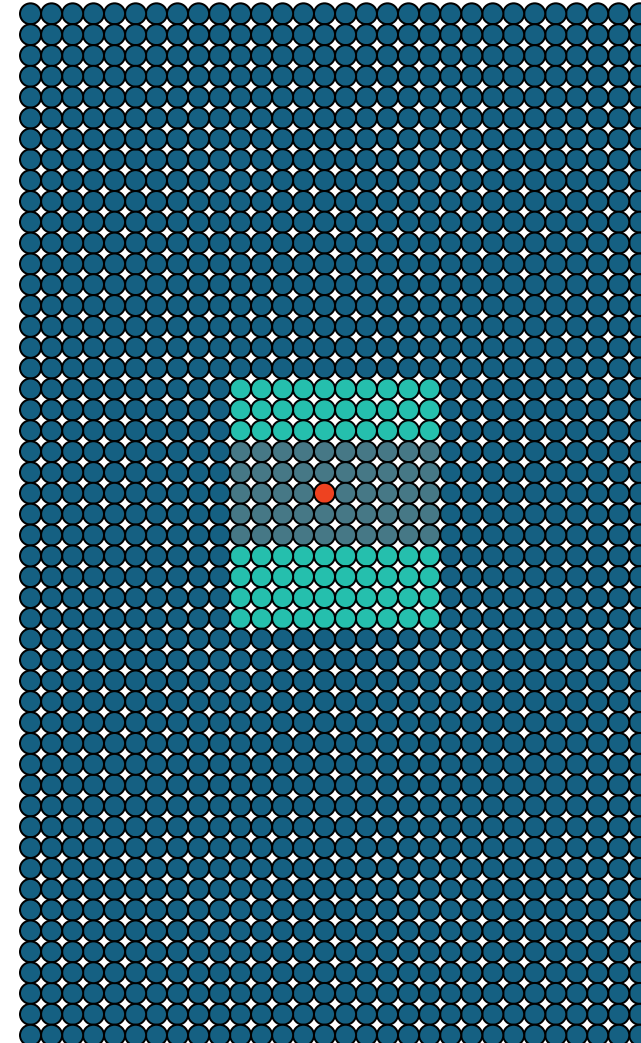
Screening group	65,078	58,902	20,288
Control group	80,101	73,534	23,758

Dépistage du cancer de prostate

- Etude européenne: 2 lectures
 - **Pour prévenir 1 décès:**
 - Dépister 1410 patients
 - Traiter 48 patients



No. at Risk			
Screening group	65,078	58,902	20,288
Control group	80,101	73,534	23,758



The New York Times

The Great Prostate Mistake

By RICHARD J. ABLIN

Published: March 9, 2010

Tucson

EACH year some 30 million American men undergo testing for prostate-specific antigen, an enzyme made by the prostate. Approved by the Food and Drug Administration in 1994, the P.S.A. test is the most commonly used tool for detecting prostate cancer.



The New York Times

The Great Prostate Mistake

By RICHARD J. ABLIN

Published: March 9, 2010

Tucson

EACH year some 30 million American men undergo testing for prostate-specific antigen, an enzyme made by the prostate. Approved by the Food and Drug Administration in 1994, the P.S.A. test is the most commonly used tool for detecting prostate cancer.



« I never dreamed that my discovery four decades ago would lead to such a **profit-driven public health disaster**.

The medical community must confront reality and stop the inappropriate use of P.S.A. screening.

Doing so would save billions of dollars and **rescue millions of men from unnecessary, debilitating treatments.** »

Cas pratique



- 68 ans
- tabagisme à 50 PA sevré depuis 20 ans
- coronaropathie ischémique: stent coronarien il y a 10 ans
- hypercholestérolémie traitée
- parfait état général, sportif
- pas de gêne mictionnelle
- Toucher rectal: prostate de 20 cc souple
- **PSA ou non ?**

Cas pratique

- 68 ans
- tabagisme à 50 PA sevré depuis 20 ans
- coronaropathie ischémique: stent coronarien il y a 10 ans
- hypercholestérolémie traitée
- parfait état général, sportif
- pas de gêne mictionnelle
- Toucher rectal: prostate de 20 cc souple
- **PSA = 7,1 ng/ml**
- **IRM : 1 cible Pi-RADs 4 de 9 mm du lobe gauche**
- **Biopsies: adénocarcinome de prostate Gleason 7 (4+3)**

Cas pratique

- Nomogramme MSKCC: <https://www.mskcc.org/nomograms/prostate>

- Cas clinique:

- 68 ans
- tabagisme à 50 PA sevré depuis 20 ans
- coronaropathie ischémique: stent coronarien il y a 10 ans
- hypercholestérolémie traitée
- parfait état général, sportif
- **Risque intermédiaire: PSA = 7,1 ng/ml; T1c; Gleason 7 (4+3)**

+ 15-YEAR SURVIVAL WITHOUT IMMEDIATE TREATMENT FOR PROSTATE CANCER 15 YR 21%

- 15-YEAR SURVIVAL WITH SURGERY FOR PROSTATE CANCER 15 YR 25%



This number shows, as a percentage, the probability that you will survive for 15 years following surgery for prostate cancer. This probability means that for every 100 patients like you, 25 will be alive 15 years after surgery, and 75 will have died from prostate cancer OR other causes within 15 years.

Cas pratique

- Nomogramme MSKCC:
<https://www.mskcc.org/nomograms/prostate>

- **Cas clinique:**

- 68 ans
- pas de cardiopathie ischémique
- pas de tabagisme actif
- parfait état général, sportif
- **Risque intermédiaire: PSA = 7,1 ng/ml; T1c; Gleason 7 (4+3)**

+ 15-YEAR SURVIVAL WITHOUT IMMEDIATE TREATMENT FOR PROSTATE CANCER 15 YR 46%

- 15-YEAR SURVIVAL WITH SURGERY FOR PROSTATE CANCER 15 YR 54%



Quand référer à l'urologue ?

- Patient symptomatique avec des troubles mictionnels persistants
- Élévation du PSA dans le cadre d'un diagnostic précoce
- Dépistage **après information du patient**

