



ANAMACAP

Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate



**Procès Verbal
de l'Assemblée Générale Ordinaire
du 17 septembre 2011 de 9h à 17h
et interventions de spécialistes**

Hôpital Tenon
(Paris XXème)

b) Compte-rendu financier visé par un expert-comptable

Le Trésorier, M. Jean-Claude ALBERT donne lecture en séance du bilan de l'ANAMACaP visé par notre expert-comptable, le cabinet Michel LEVY de Strasbourg.

Solde

	<u>2010</u>
	-
Au 1^{er} janvier	2 881 €

Produits d'exploitation

	<u>2010</u>	<u>N-1</u>
Dons	33 514 €	28 956 €
Subventions	18 592 €	23 810 €
Cotisations	7 550 €	6 850 €
Remboursement de frais	4 100 €	2 404 €
Divers	20 €	-
TOTAL	63 776 €	62 020 €

Charges d'exploitation

	<u>2010</u>	<u>N-1</u>
Missions / AG / Conf, rmbt frais	25 683 €	16 504 €
Salaires et traitements	19 504 €	15 537 €
Caisses sociales	16 112 €	12 807 €
Fournitures / Matériel	1 425 €	3 302 €
Accès Internet / fax / Tél.	2 599 €	2 841 €
Prestations de services	2 245 €	2 674 €
Frais postaux	2 479 €	2 300 €
Site Internet	3 279 €	1 853 €
Honoraires	666 €	1 179 €
Documentation	821 €	855 €
Assurances	196 €	186 €
Services bancaires	215 €	186 €
Cotisation	90 €	40 €
Affiches / flyers / guides	0 €	23 €
Divers	20 €	-
Chq non encaissé au 31/12/2010	840 €	-
TOTAL	76 174 €	60 287 €

Bilan

	Total des produits d'exploitation 2010	63 776 €
+	Rachat de SICAV placées en 2010	13 907 €
-	Total des charges d'exploitation 2010	76 174 €
-	Achat de SICAV à placer en 2010	0 €
=	TOTAL	1 509 €
+	<u>Report du solde exercice 2009</u>	<u>2 881 €</u>
=	Solde du compte au 31/12/2010	4 390 €
+	<u>Total des SICAV placées au 31/12/2010</u>	<u>56 211 €</u>
=	Total disponibilités au 31/12/2010	60 601 €

c) Budget primitif année 2011

Produits d'exploitation BP 2011

	<u>BP 2011</u>	<u>BP N-1</u>	<u>Réalisé N-1</u>
<i>Dons</i>	41 000 €	31 000 €	33 514 €
<i>Subventions</i>	18 199 €	26 500 €	18 592 €
<i>Cotisations</i>	9 500 €	9 000 €	7 550 €
<i>Remboursement de frais</i>	5 800 €	2 500 €	4 100 €
<i>Divers</i>	501 €	-	20 €
TOTAL	75 000 €	69 000 €	63 776 €

Charges d'exploitation BP 2011

	<u>BP 2011</u>	<u>BP N-1</u>	<u>Réalisé N-1</u>
<i>Salaires et traitements</i>	21 000 €	19 500 €	19 504 €
<i>Missions / AG / Conférences...</i>	18 000 €	20 000 €	25 683 €
<i>Caisses sociales</i>	17 400 €	14 500 €	16 112 €
<i>Prestations de services</i>	2 500 €	1 000 €	2 245 €
<i>Fournitures / Matériel</i>	2 600 €	2 000 €	1 425 €
<i>Accès Internet / fax / Tél.</i>	2 400 €	3 200 €	2 599 €
<i>Frais postaux</i>	2 600 €	3 200 €	2 479 €
<i>Affiches / flyers / guides</i>	550 €	300 €	0 €
<i>Documentation</i>	850 €	900 €	821 €
<i>Site Internet (refonte)</i>	3 000 €	3 500 €	3 279 €
<i>Assurances</i>	210 €	200 €	196 €
<i>Services bancaires</i>	120 €	0 €	215 €
<i>Cotisation</i>	120 €	100 €	90 €
<i>Honoraires</i>	500 €	450 €	666 €
<i>Divers</i>	150 €	150 €	20 €
<i>Loyer du siège</i>	3 000 €	-	-0 €
<i>Chq non encaissé</i>	-	-	840 €
TOTAL	75 000 €	69 000 €	76 174 €

Total

	BP 2011 Produits d'exploitation	75 000 €
=	BP 2011 Charges d'exploitation	75 000 €
	Budget primitif 2011 équilibré	

Après lecture, les membres présents approuvent à l'unanimité le compte-rendu financier de l'exercice 2010 ainsi que le budget primitif 2011 et donnent quitus.

Commissaire aux comptes :

M. REGNIER Daniel s'est proposé l'an passé d'être le commissaire aux comptes de l'association. Le Président informe les membres qu'il ne se sent pas bien actuellement et qu'il s'excuse auprès de l'Assemblée car il ne pourra pas effectuer son travail de commissaire aux comptes. Néanmoins, le Président rappelle aux membres qu'un expert comptable établit le bilan de l'association chaque année et que les comptes sont à la disposition de tous ceux qui souhaitent les lire ou les étudier.

-  **Question :** Les placements de l'association ne sont-ils pas risqués dans ce contexte économique ?
-  **Réponse M. Albert :** Nous n'avons pas connu de pertes. Le placement en SICAV est relativement sécurisé. En outre et pour plus de sûreté, l'ensemble de nos SICAV ont été transférées vers un livret A depuis mars 2011.
-  **Question :** L'ANAMACaP ayant été reconnue d'utilité publique, n'y a-t-il rien à attendre des pouvoirs publics en matière de subvention ?
-  **Réponse M. Muntz :** Je me suis rendu de nombreuses fois au Ministère de la Santé sans grand succès. Concernant les subventions privées, nous essayons d'élaborer des partenariats efficaces avec des laboratoires (ex. : le financement de nos conférences grand public dans les grandes villes de France). Par ailleurs, si l'un de nos membres a des connaissances pour monter des dossiers de demande de subvention et/ou a des liens avec des partenaires industriels susceptibles de nous financer, il est le bienvenu.

d) Compte-rendu d'activités

Le Président présente le compte-rendu d'activités 2010 à l'assemblée.

RENDEZ-VOUS – REUNIONS DE TRAVAIL :

- **26/01/10** : RV étudiants école des Mines – Interview sur étude de controverse
- **26/01/10** : RV Me GIOMMONI – Affaire ERNEST
- **26/01/10** : RV Pr OUDARD : traitements prometteurs
- **05/02/10** : RV Labo Rottapharm – Collaboration éventuelle
- **05/02/10** : RV Pr CUSSENOT et MANGIN – Finalisation Fédération Associations
- **05/02/10** : RV Labo FERRING : partenariat conférences
- **08/03/10** : RV Pr JEANNIN et groupe de travail ANAMACaP – Rencontre avec de jeunes chercheurs - essai clinique potentiel
- **30/03/10** : RV CRAV Alsace et Mairie Strasbourg pour l'organisation d'une conférence
- **31/03/10** : RV Conseil Général 67 pour l'organisation de la conférence de Strasbourg
- **26/04/10** : Visite amphî Hôpital St Antoine pour l'assemblée générale
- **26/04/10** : RV ADMD (Association Droit à Mourir dans la Dignité) avec M. VOLK, membre
- **27/04/10** : RV Pr CULINE – nouvelles approches oncologiques avec MM. FRATI et LE PECHON, membres
- **18/05/10** : Réunion de la Direction ANAMACaP à Sarrebourg
- **02/06/10** : RV Pr JEANNIN
- **03/06/10** : RV Me GIOMMONI – Affaire ERNEST
- **03/06/10** : RV Pr CUSSENOT – préparation prochaine AG reportée
- **07/06/10** : Audience affaire ERNEST
- **25/06/10** : RV avec M. ARNOLD – candidature bureau ANAMACaP
- **25/06/10** : RV Pr VILLERS – Nouvelles approches oncologiques
- **28/06/10** : RV Dr DUPAGNE (atoute.org) – collectif de médecins contre le dépistage du CaP
- **28/06/10** : RV Pr DEBRE
- **29/06/10** : RV Pr FIZAZI – Nouvelles approches oncologiques avec M. KLEIN
- **29/06/10** : RV Dr MULLER (CEA – CeRePP) – Marqueurs génétiques pour diagnostic précoce du CaP
- **29/06/10** : RV BV Conseils (agence communication)
- **08/07/10** : RV Pr CUSSENOT
- **08/07/10** : RV M. MESTRE – candidature bureau ANAMACaP
- **09/07/10** : RV M. SONTAG – candidature bureau ANAMACaP

RENDEZ-VOUS – REUNIONS DE TRAVAIL (suite)

- **09/07/10** : RV Pr OUDARD : nouvelles approches oncologiques avec M. SONTAG
- **21/07/10** : RV M. ALBERT : candidature bureau ANAMACaP
- **21/07/10** : RV Mme ERNEST : conventions
- **12/08/10** : RV Pr CUSSENOT
- **23/09/10** : RV avec la Fondation de France
- **23/09/10** : RV avec le Dr VIRAG : préparation prochaine conférence grand public
- **01/10/10** : Réunion staff ANAMACaP avant l'assemblée générale
- **25/10/10** : RV Pr CUSSENOT : mise en place ATU Abiraterone
- **26/10/10** : RV CNAMTS avec le Pr CUSSENOT et M. SONTAG, Vice-président
- **27/10/10** : RV M. OSSENKOP-HUSS, Vice-président : journée des patients à Munich
- **25/11/10** : RV Pr ANDRIEU : Affaire ERNEST
- **02/12/10** : RV Pr ANDRIEU et Me GIOMMONI : affaire ERNEST

PARTICIPATION MEETINGS, CONFERENCES, FORMATIONS :

- **17/03/10** : Colloque de la Sorbonne « comprendre et améliorer la qualité de vie du patient » (Mme OSTY, membre)
- **08/04/10** : Relecture d'un guide patient à l'INCa (M. KLEIN, membre)
- **15-20/04** : Steering committee EAU + AG Europa Uomo Barcelone (M. MUNTZ)
- **20/05/10** : Colloque INSERM « ensemble pour les sciences de la vie et de la santé » (M. MUNTZ)
- **02/06/10** : Réunion du SNITEM (M. MUNTZ)
- **04/06/10** : INCa : réunion plateforme cancer info (M. MUNTZ)
- **18/06/10** : PFIZER, cercle des associations « connaître et comprendre les médias »
- **10/09/10** : Commission AFSSAPS – représentation M. LE PECHON, membre
- **11-12/09** : Conférence PCRI à Los Angeles (M. ARNOLD, membre)
- **22/09/10** : Réunion du SNITEM (M. MUNTZ)
- **24/09/10** : PFIZER, cercle des associations « optimiser les relations presse » (MM. MUNTZ et SONTAG, membre)
- **08/10/10** : INSERM – formation en immunologie (M. SONTAG, Vice-président)
- **16/10/10** : Journée des patients à Munich (M. OSSENKOP-HUSS, Vice-président)
- **28/10/10** : 5^{ème} forum des associations (M. SONTAG)
- **4-5/11/10** : Rencontres en cancérologie à Lyon (M. MUNTZ)
- **09/11/10** : VII^{ème} forum UNESCO « Prévention des cancers et de leur rechute » (M. SONTAG)
- **19/11/10** : 4^{ème} journée MEDTRONIC (MM. MUNTZ et SONTAG)
- **24/11/10** : INCa – 2^{ème} rencontre annuelle (M. SONTAG)
- **26/11/10** : PFIZER, 3^{ème} forum patients « Mise en place de communication externe et de partenariat » (MM. MUNTZ et MESTRE, secrétaire)
- **30/11/10** : SNITEM, 2^{ème} rencontre en progrès médical : intervention M. MUNTZ
- **02/12/10** : Rencontres HAS (M. SONTAG)

ORGANISATION DE CONFERENCES / PROMOTION DE L'ANAMACaP :

- **08/01/10** : Interview de M. MUNTZ pour la revue de l'infirmière
- **09/03/10** : Interview de M. MUNTZ dans le journal « DNA »
- **17/03/10** : Interview de M. MUNTZ pour la chaîne LCI, polémique dépistage
- **29/04/10** : Organisation d'une conférence grand public à Strasbourg
- **03/09/10** : Interview de M. MUNTZ pour le « magazine « Pleine vie » - dépistage et surtraitement
- **02/10/10** : Organisation de l'Assemblée générale de l'ANAMACaP
- **12/10/10** : Participation de M. MUNTZ à une émission de radio RLD Nord pas de Calais sur le thème du cancer
- **08/11/10** : Organisation d'une conférence grand public à Cannes

e) Rapport moral

Le Président présente le rapport moral à l'assemblée.

Programmes d'accompagnement thérapeutique

L'ANAMACaP projette de mettre en place des programmes d'accompagnement thérapeutique :

- sur l'hormonothérapie et ses effets secondaires avec le concours du Pr CUSSENOT et du laboratoire FERRING
- sur la chimiothérapie et ses effets secondaires avec le concours du Pr OUDARD

Affaires juridiques / contentieux

❖ **Affaire ERNEST** - Rappel page 11 du [PV AG 2010](#)

Avant de décéder, M. ERNEST a fait promettre au Président de continuer à poursuivre son médecin généraliste qu'il considérait comme l'auteur de sa mort.

L'ANAMACaP a suivi le dossier et à avancer les frais de justice à la famille ERNEST. L'association a été soutenue par le Pr ANDRIEU, Chef du Service Oncologie de l'hôpital Européen Georges Pompidou, en qualité de sapiteur.

Dénouement : la famille ERNEST a gagné ; 70.000 € de dommages et intérêts lui ont été versés. L'ANAMACaP a reçu la somme symbolique de 1 € en dommages et intérêts et a été remboursée des frais de justice par la famille ERNEST qui a également fait un don de 2.000 € à l'association.

Le Président ajoute que si le dépistage systématique n'est pas dans les mœurs de notre pays, par contre, en cas de dépistage individuel (quand le patient demande à son médecin le contrôle de sa prostate) le médecin généraliste « DOIT » faire face à cette demande en pratiquant un toucher rectal, un contrôle PSA et en expliquant les tenants et les aboutissants des traitements qui sont susceptibles de lui être appliqués si un cancer est diagnostiqué.

❖ **Affaire REGNIER** - Rappel page 10 du [PV AG 2010](#)

M. REGNIER était cadre commercial chez L'Oréal. On lui a diagnostiqué un cancer de la prostate « commun » : PSA 7 ng/ml – Gleason 6 – temps de doublement du PSA supérieur à 3 ans, caractéristiques d'un cancer qui rentre dans la définition de la surveillance active. Son urologue lui a proposé une prostatectomie radicale. M. REGNIER a souhaité avoir un deuxième avis et est allé consulter un éminent urologue de Marseille qui lui a confirmé le choix du traitement. Ce dernier lui a indiqué que les effets secondaires étaient temporaires et supportables. Malheureusement, quelques mois après la prostatectomie, M. REGNIER a constaté la persistance d'une impuissance totale (d'où divorce) et d'une incontinence sévère (d'où perte de son emploi).

M. REGNIER a demandé une indemnisation auprès de la CRCI (commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux) de Marseille. Le rapport d'expertise a conclu à 3 % d'invalidité pour l'impuissance (alors qu'elle est totale) et à 3 % pour l'incontinence (alors que M. REGNIER va se faire poser un sphincter artificiel).

Cette affaire continue dans la mesure où beaucoup de personnes se penchent sur ce cas dont un directeur de cabinet de Ministre et un journaliste du Point.

Aujourd'hui, les médecins généralistes doivent savoir que s'ils ne prescrivent pas de PSA sur demande du patient et s'il y a un membre de l'ANAMACaP qui est en cause, ils seront poursuivis. De la même manière, nous souhaitons que le surtraitement n'ait plus sa place en France (nous avons des patients de 80 ans PSA 6 – Gleason 5 qui subissent des prostatectomies).

❖ Affaire Ossenkop-Huss

Le Président donne la parole à M. OSSENKOP-HUSS, Vice-président de l'ANAMACaP, qui expose son cas.

2 professionnels de santé ont retardé d'environ 2 ans le diagnostic de mon cancer de la prostate. :

- La directrice d'un laboratoire d'analyses médicales qui avait décrété que la valeur de normalité de taux de PSA est inférieure à 6 ng/ml alors qu'usuellement, cette valeur doit être inférieure à 4 ng/ml.
- Un médecin généraliste qui a fait confiance au laboratoire et à ses normes et qui ignorait totalement le dépistage et les valeurs de PSA.

Les faits : à 60 ans, en novembre 2001, informé sur la prévention du cancer de la prostate par un article paru dans la presse, j'ai réclamé à mon médecin généraliste le contrôle du taux de PSA. Effectué dans le même mois, il est de 3,89 ng/ml. Le laboratoire ajoute la mention : homme de plus de 40 ans, normalité inférieure à 6 ng/ml. Le médecin généraliste m'indique que le résultat est excellent et que l'on procèdera à nouveau à cette analyse l'année suivante.

En octobre 2002, le même laboratoire trouve un taux de PSA sérique de 4,65 ng/ml. La vélocité sur 11 mois est de 0,76 ng/ml ce qui est déjà douteux. J'appelle l'attention de mon médecin sur la valeur usuelle de 4 ng/ml que j'avais lu dans la presse et sur la vélocité. Il me fait remarquer que comme l'indique le laboratoire, le taux de PSA est normal en dessous de 6 ng/ml. Il m'indique que tout est bon et que l'on procèdera à nouveau à cette analyse l'année suivante.

En décembre 2003, le même laboratoire effectue les analyses. Le PSA total est de 7,10 ng/ml. Le rapport PSA libre/total est de 15 %, ce qui est très mauvais. La vélocité est d'environ 2,45 ng/ml. Immédiatement, je quitte le cabinet de mon médecin et je consulte un urologue qui effectue 12 prélèvements de biopsie. Le lobe droit révèle 6 carottes positives sur 6. Conclusion : adénocarcinome prostatique infiltrant. Score de Gleason 3 + 3. Stade PT1c.

Au vu des résultats de la biopsie et en tenant compte que le stade clinique est souvent minoré par rapport au stade réel de la tumeur, je pense qu'il est fort probable que la tumeur ait infiltré et même dépassé la capsule prostatique. Cette présomption me conduit à choisir d'urgence la prostatectomie radicale. Seul traitement qui permet de savoir immédiatement si toute la tumeur est enlevée ou non.

En février 2004, je subis donc une prostatectomie. La pièce opératoire démontre que le stade est PT3a. Par chance, l'urologue a laissé des marges négatives.

2 ans plus tôt, j'aurais probablement été au stade 2 et les statistiques de récurrence auraient de ce fait été d'environ 2 % alors que l'expert l'a conclu à 35 %. De plus, j'ai dû opter pour un traitement invasif alors que j'aurais pu choisir une thérapie plus douce.

Une expertise au Tribunal de Grande Instance de Strasbourg m'a été accordée. Je sollicite l'avis d'un expert urologue-oncologue. Le tribunal désigne le Pr SCHRAUB, radiologue-oncologue à la retraite qui se fait assister d'un sappeur, le Pr JACQMIN, urologue. Le Pr SCHRAUB procède à l'expertise à titre de docteur sans le Pr JACQMIN qui ne se présente pas.

Résultat : extrait des questions les plus pertinentes du Tribunal posées aux experts :

👉 Question : Dire si compte tenu des données acquises de la science à l'époque des faits, le médecin a prescrit les analyses nécessaires et suffisantes pour permettre le dépistage précoce du cancer de la prostate.

⇒ Réponse de l'expert : Le médecin a répondu aux données de la science.

N.B. : il faut savoir que c'est moi, en tant que patient, qui ait demandé au médecin l'analyse de mon taux de PSA, lui ne me l'a jamais proposé.

👉 Question : Donner son avis sur l'éventuel retard d'un diagnostic de la maladie, et, dans le cas où ce retard serait avéré, sur l'éventuelle responsabilité du médecin ou du laboratoire.

⇒ Réponse de l'expert : Il y a eu un retard dans le diagnostic de la maladie puisque le taux de PSA était supérieur à 4 ng/ml en 2002. La responsabilité en incombe au laboratoire par sa norme inférieure à 6 ng/ml. Le médecin a fait confiance au laboratoire et à ses normes, néanmoins, il aurait dû être au courant du taux considéré comme normal.

👉 Question : Dire quelle aurait été l'évolution prévisible de l'état de santé de M. OSSENKOP-HUSS si la maladie avait été détectée plus tôt.

⇒ Réponse de l'expert : Il est impossible de donner une réponse formelle à cette question. Le cancer aurait plus que probablement eu une taille moins grande en 2002 car le taux de PSA est en général corrélé avec le volume tumoral. L'éventuelle diminution du volume tumoral aurait été relativement modérée car la tumeur est d'un score faible correspondant à une évolution lente. Les déficits auraient été les mêmes puisque le type d'intervention aurait été identique si elle avait été pratiquée en 2002.

Conclusions : l'expert avance qu'en 2002 et 2003 le test PSA ne constitue pas un test de dépistage individuel ou collectif du cancer de la prostate. Qu'un médecin peut informer un patient de l'existence de ce test avec les incertitudes quant à son intérêt et l'existence des effets secondaires liés au diagnostic et au traitement d'un cancer.

Le rapport m'est favorable car il a constaté un retard mais les préjudices sont difficilement évaluables. A moi de le démontrer puisque va suivre une procédure civile pour attaquer le laboratoire bien qu'à mon avis, le médecin a une forte responsabilité.

Le Président reprend la parole et indique à l'assemblée que beaucoup d'affaires juridiques liées au cancer de la prostate sont en cours. L'ANAMACaP peut en sélectionner mais il doit s'agir de cas emblématiques qui peuvent se répercuter dans le cadre d'une politique nationale vis-à-vis des médecins généralistes et/ou des urologues et/ou des laboratoires.

❖ **Getty Images**

Lors de la création de l'ANAMACaP en 2002, les caisses de l'association n'étaient pas très fournies. Nous avons donc fait appel à un étudiant en webmastering pour la création de notre site Internet et pour une somme modique.

8 ans plus tard, l'énorme société américaine Getty images nous réclame 4500 € pour avoir utilisé 2 de leurs photos sur notre site sans avoir acheté les droits de diffusion. Après vérification, le Webmaster n'avait pas acheté les droits. Nous avons immédiatement retiré les photos en question. Nous négocions actuellement l'annulation des sommes avec leur cabinet d'avocats parisiens.

f) Points divers

Site Internet : règles de bonne conduite

Les rubriques « interactives » tels que le « forum d'entraide » ou « les témoignages » posent parfois problèmes d'autant plus que la loi française actuelle ne rend pas responsable les utilisateurs mais le site ANAMACaP, et par voie de conséquence son Président. Il faut intervenir très fréquemment pour recadrer les intervenants : un pharmacien veut vendre de la poudre de perlimpinpin, un internaute écrit une fantaisie sur le toucher rectal, un gourou raconte des histoires sur un problème de nutrition quelconque etc...

Le bureau a donc décidé du cadre que le forum devait avoir et des règles de conduite à tenir par les utilisateurs. Evidemment, cela a posé quelques problèmes et je le regrette d'autant plus que j'ai beaucoup d'affection pour les personnes qui modéraient dans le passé ce forum, notamment M. Jean DUVAL. M. DUVAL est toujours membre de notre association mais il a souhaité se retirer de la modération et prendre du recul par rapport aux nouvelles directives fixées au forum d'entraide.

Il subsiste encore quelques débordements aux règles de bonne conduite et les membres du bureau se posent la question de fermer ou non le forum si cela perdure. A voir lors de la prochaine assemblée générale.

Il est compréhensible d'avoir besoin d'échanger des émotions et nous sommes là pour partager nos peurs et nos espoirs. Mais les dérives sectaires ne sont pas admissibles. Les modérateurs de l'ANAMACaP ne peuvent pas toujours jouer aux gendarmes. Les internautes doivent comprendre qu'il y a des règles à respecter pour que le forum comme l'ensemble de notre site puissent perdurer.

Je dois ajouter que le fait d'avoir réservé la lecture depuis le 01/01/2011 de notre forum et de notre rubrique questions-réponses uniquement à nos membres a fait exploser le nombre d'adhésions.

Site Internet : refonte du site

Le président demande à la secrétaire, Laetitia, de présenter les mises à jour à effectuer sur le site Internet.

Rappel : Le site de l'association a été créé en 2002. Il est la vitrine de l'ANAMACaP sur le net (environ 20.000 visites par mois). Nous avons donc souhaité le rafraichir et effectuer quelques mises à jour.

1^{ère} tranche : travaux effectués :

- Nouvelle présentation plus moderne et dynamique. Mise en valeur des points importants sur la page d'accueil (actualités, dernières communications...)
- Autonomie des mises à jour (sans l'intervention d'un Webmaster)
- Amélioration de la navigation et de certaines rubriques

Projet 2^{ème} tranche : Certaines améliorations n'ont pas pu être réalisées lors de cette 1^{ère} tranche de travaux. Le webmaster a rencontré quelques difficultés techniques car le site contient énormément d'informations, de documents, de témoignages... De plus, le modèle de base de données utilisé en 2002 est dépassé. Il est difficile de combiner les anciennes bases avec certaines rubriques de la nouvelle version. Certains points demandent plus de temps pour être développés et pour étudier la méthodologie à utiliser. Il est donc nécessaire d'engager « une deuxième tranche de travaux » pour finaliser la refonte du site (classement de certaines rubriques par thèmes, facilité l'accès des membres, notification de réponses, amélioration du forum et des rubriques interactives...)



Question :

Il serait navrant de fermer le forum d'entraide. Au début de ma maladie, cette rubrique m'a beaucoup servie. Je n'y suis pas retourné depuis quelques temps car il faut chercher les réponses. Ne pourrait-on pas être informé personnellement lorsqu'une réponse est validée ?



Réponse Laetitia :

Justement, cette deuxième tranche prévoit l'envoi d'une notification sur la messagerie personnelle de l'utilisateur dès lors qu'une réponse lui est adressée.



Question :

La rubrique questions-réponses devrait rester ouverte aux non membres.



Réponse M. MUNTZ :

Depuis que les 2 rubriques sont réservées uniquement aux membres, le nombre d'adhésions a augmenté. L'ANAMACaP n'est pas une administration où tout est dû. De plus cette rubrique est l'un des fleurons de notre site, il faut donc au minimum être membre pour y accéder.

Réactualisation du logo : Rappel page 13 du [PV AG 2010](#)

Lors de la dernière assemblée générale, il a été convenu de présenter aux membres en 2011 plusieurs propositions de logos pour les 10 ans de l'association.

Une petite dizaine d'ébauches de logo est présentée à l'assemblée. Deux d'entre elles obtiennent une majorité de votes à main levée. Le temps étant limité pour laisser la place aux mini-conférences de l'assemblée, il est décidé de recueillir l'avis de l'ensemble des membres par courrier et par email pour trancher entre ces 2 ébauches de logo.

Conférence PCRI à Los Angeles (les 9, 10 et 11 septembre 2011) :

Le Président laisse la parole à M. Christian ARNOLD, Vice-président chargé des relations avec le monde anglo-saxon.

Cette conférence est organisée par l'association PCRI (Prostate Cancer Research Institute) tous les ans à Los Angeles en Californie. Elle dure 2 jours et demi et regroupe surtout des patients (environ 850 à 900, 90 % de l'assistance). Des médecins/professeurs font des exposés et font le point sur les traitements.

Les associations de patients sont également présentes, en particulier USTOO (jeu de mots qui se traduit par « nous aussi »), l'une des plus grandes associations de patients du cancer de la prostate aux Etats-Unis et qui regroupe 320 antennes de l'association à travers tout le pays. Il ne faut pas attendre de « scoop » de cette réunion, l'ANAMACaP n'a aucun complexe à avoir en France en termes de médecine ou de taux de survie mais il est intéressant de voir comment ils fonctionnent, comment ils travaillent et comment réagissent les associations outre-Atlantique.

Principaux points qui en sont ressortis :

- Sur les 850 à 900 personnes présentes, les femmes sont plus impliquées et plus présentes (environ 120-150, trois fois plus qu'il y a deux ans).
- Priorité renouvelée au dépistage par test de PSA.
- Traitements après diagnostic = 3 méthodes (1/3 de patients pour chacune) : chirurgie, radiothérapie et surveillance active puis combinaison avec hormonothérapie et immunothérapie.
- Évolution de ces méthodes vers une efficacité accrue : chirurgie avec robotique (vers 90% des cas traités d'ici 5 ans !), radiothérapie, brachythérapie (ou curiethérapie), contrôle de l'image par ordinateur, détection des cas graves dans le cadre de la surveillance active et traitement immédiat de ce groupe par chirurgie ou radiothérapie.
- Approbation du vaccin Provenge par la FDA -Food and Drug Administration (équivalent à notre Autorisation de Mise sur le Marché en France)
- Nouveaux traitements : pour les cas de cancers métastasés avec résistance à la castration = novel taxane cabazitaxel, hormone abiraterone acetate et en immunothérapie, le sipuleucel-Test. D'autres agents hormonaux sont en phase d'essai clinique = Medivation MDV3100, Aragon ARN-509 et aussi un vaccin basé sur le virus ProstVac VF (Bavarian Nordic).
- Importance du régime Méditerranéen et de l'exercice pour limiter l'obésité, les diabètes et l'hypertension
- Traitement de 2ème ligne d'hormonothérapie = ketoconazole, estradiol et leukine
- Traitements pour les cancers avancés = Zytiga et Jevtana approuvés par la FDA et aussi amélioration du Taxotere avec platine, Xeloda, Revlimid et Avastin
- Développement de l'immunothérapie (à l'inverse du traitement par ultra sons HIFU toujours refusé par FDA, traitement couteux au Mexique)
- Problèmes érectiles = en parallèle aux 3 traitements oraux (Viagra, Cialis et Levitra), MUSE (en combinaison), Injections (bons résultats) et aussi la pompe (Vacuum) et l'implant pénien (couvert par l'Assurance publique Medicare)
- Les groupes de soutien : avec UsToo (principale association aux USA) 320 « chapitres » régionaux, rôle de soutien psychologique des groupes
- Rôle de l'institut du Cancer américain qui développe également des réseaux de soutien et d'autres organisations communautaires (« gay » Afro-American, groupes de femmes militaires, organisations locales)
- Rôle accru des sites internet, excellent site de UsToo, (www.ustoo.org - de l'institut du cancer www.cancer.gov - voir le site officiel des essais en cours clinicaltrials.gov et aussi une organisation de lobbying auprès des élus zerocancer
- Développement très important des forums et des blogs qui permettent à chaque patient de s'exprimer, d'exposer leur cas et de dialoguer.

Projets : l'ANAMACaP fête ses 10 ans

En 2012, l'association fêtera ses 10 ans. Voici quelques idées soumises à l'assemblée pour suggestion :

- prévoir une campagne particulière dans les médias notamment en septembre pour la journée de la prostate ? (pique-nique géant modèle Beljanski ? Course à pied ? Etc... ?)
- effet boule de neige : créer des affiches et en distribuer à chaque membre pour les apposer à proximité de leur lieu de résidence (pharmacies, médecins, hôpitaux, kinésithérapeutes, spécialistes de leur connaissance). Résultats : plus de membres donc plus de puissance au niveau politique ; permet de faire connaître l'association pour que les hommes touchés par la maladie, s'ils le souhaitent, ne vivent pas leur maladie de façon triste et solitaire.

Projets : divers

- préparer un recueil contenant les questions et les réponses récurrentes traitées lors des assemblées générales et via la rubrique questions-réponses de notre site Internet
- traduire de l'anglais une fois par mois des newsletters scientifiques liées au cancer de la prostate par un ou plusieurs volontaires. La langue véhiculaire des scientifiques est l'anglais. Nous ne pouvons pas toujours demander aux mêmes personnes d'effectuer des traductions. Nous lançons un appel aux anglophones de manière à élaborer une liste plus étendue de traducteurs.
- mettre en place avec les Prs HAAB et CUSSENOT un système plus vivant de questions-réponses sur notre site (rendez-vous mensuel ? Chat ? etc...)

Le Président demande l'avis de l'assemblée. Toutes les suggestions faites seront notées, retenues et retravaillées en bureau.



Suggestion d'un membre :

La meilleure promotion n'est-elle pas de s'introduire auprès des personnes qui réalisent des émissions médicales ?



Réponse du Président :

Bien évidemment mais nous ne savons pas comment faire. Nous sommes déjà intervenus dans le magazine de la santé sur France 5. Au niveau local, nous avons déjà fait la promotion de l'Association en organisant des conférences grand public dans les grandes villes de France, en contactant les ERI (Espace de Rencontres et d'Information), via notre site Internet etc...



Suggestion d'un membre :

Je connais un journaliste de l'émission Télématin sur France 2, je me propose de vous communiquer ses coordonnées.



Suggestion d'un membre :

Nous pourrions contacter les caisses de retraites, les mutuelles pour promouvoir l'association.



Suggestion d'un membre :

L'association a une vocation nationale. Pourquoi ne pas impliquer des bénévoles dans chaque région pour représenter l'ANAMACaP et animer des petits groupes d'entraide localement.



Réponse du Président :

Il y a 7 ou 8 ans, nous avons essayé d'avoir des délégations régionales. Une seule région a répondu : la région PACA. Ce sont des Hollandais et des Allemands qui connaissent ce type d'organisations pyramidales existantes dans leur pays, qui se sont proposés pour monter une antenne régionale en PACA. Nous avons donc organisé une réunion : seulement 5 personnes étaient présentes.

Néanmoins, toutes les aides sont les bienvenues pour ré-essayer de créer ce type d'antennes locales.

Le président demande aux membres présents si le mois de septembre convient pour la tenue des assemblées générales.

La très grande majorité y est favorable.

Enfin, le président rappelle que tous les 3 ans, l'assemblée doit procéder à l'élection des membres du bureau. L'an prochain, il faudra donc élire le Président, le Trésorier et le Secrétaire. Si l'un des membres souhaite avoir des responsabilités au sein de l'association, il sera le bienvenu.

ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE ET PRIVATION ANDROGENIQUE

⌘ Présenté par le Pr Olivier CUSSENOT- urologue-oncologue à l'Hôpital Tenon - Paris 20^{ème},
Université Paris 6

Le terme hormonothérapie est souvent utilisé mais c'est un mauvais terme car il s'agit de privation androgénique partielle ou complète à testostérone haute ou à testostérone basse.

En fonction des molécules que l'on utilise, les effets vont forcément être différents.

Objectifs dans le suivi :

- Obtenir un contrôle optimal de la Testostérone sachant que l'élément le plus important est la mesure de la dihydrotestostérone dans les cellules prostatiques, que l'on ne peut pas doser directement et dont on a qu'un reflet approximatif à partir du dosage de la testostérone.
- Obtenir un contrôle optimal du PSA

Pour le suivi et à partir de ces 2 éléments, on peut déduire le type de prise en charge thérapeutique à appliquer et les effets secondaires que l'on peut attendre ou pas de cette privation en androgènes.

I) PRINCIPES ET HISTORIQUE

PRINCIPES THERAPEUTIQUES DE LA PRIVATION ANDROGENIQUE

La commande de production de testostérone par les testicules vient du cerveau (hypothalamus et hypophyse).

Ces médicaments sont donc produits avec une hormone hypothalamique, la LHRH, et vont impacter cette LHRH.

La commande de production de testostérone par les testicules va agir sur tous les organes sexuellement secondaires : la prostate, donc les cellules prostatiques, donc le cancer de la prostate.

Une petite partie des androgènes provenant des glandes surrénales est active sur le tissu prostatique.

La testostérone présente dans les cellules prostatiques est transformée en une hormone active : la dihydrotestostérone (DHT). La testostérone se trouve dans le sang circulant, elle est donc facile à doser.

Cette dihydrotestostérone agit sur le récepteur des androgènes qui est responsable de l'action sur le cancer de la prostate.

Aujourd'hui, il existe différents niveaux d'action :

- La castration : principe le plus connu et le plus ancien. Il consiste à bloquer la production de testostérone (donc plus de transformation en dihydrotestostérone, donc plus d'action sur le récepteur).
- Les inhibiteurs d'enzymes : il s'agit de diminuer la transformation de la testostérone en dihydrotestostérone dans le tissu. On peut l'utiliser dans le traitement du cancer de la prostate mais il est plus couramment utilisé dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Il s'agit des inhibiteurs de la 5- α réductase entre autres.
- Les compétiteurs : molécules qui ressemblent vaguement à la dihydrotestostérone et qui prennent sa place sur le récepteur (comme une fausse clef dans une serrure). Ces molécules sont alors en compétition avec la dihydrotestostérone.
- Enfin, les nouveaux traitements comme l'Abiratérone ou le MDV3100.

HISTORIQUE

- 1941 : 1ère publication montrant la régression du cancer de la prostate en faisant baisser la testostérone avec des œstrogènes (C. HUGGINS)
- 1971 : amélioration du traitement par le contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire (A. SCHALLY). Développement des hormones hypophysaires qui vont être des agonistes de la LHRH et sont aujourd'hui des antagonistes de la LHRH depuis les années 80 (les travaux datent de 1973).
- 1981 : notion de compétiteurs du récepteur des androgènes (F. LABRIE). Démonstration d'un bénéfice à développer des médicaments de ce type.
- 2004 : inhibiteurs enzymatiques tel que l'Abiratérone qui arrive enfin sur le marché.
- 2009 : inhibiteurs du récepteur tel que le MDV3100

II) PRIVATION ANDROGENIQUE : LES TRAITEMENTS

TYPOLOGIE DE LA PRIVATION ANDROGENIQUE

Réduction de l'activité androgénique	
Castration	<i>Chirurgicale</i>
Castration médicale réversible	Estrogènes (Distilbène) Analogues agonistes LHRH (Zoladex, Decapeptyl, Eligard, Enantone) Analogues antagonistes LHRH (Firmagon)
Inhibiteurs enzymatiques	5 alpha réductase 1 & 2 (Dutastéride - Finastéride) CYP17 (Abiratérone, Kétoconazole)
Compétiteurs du récepteur	Anti androgènes stéroïdiens (Androcur) Anti androgènes non stéroïdiens (bicalutamide, nilutamide, flutamide)
Inhibiteurs du récepteur	Anti androgènes non compétitifs (MDV3100) – Pas encore d'Autorisation de Mise sur le Marché

Ces catégories de traitement vont avoir un niveau d'action différent et des effets secondaires différents en fonction du taux de testostérone.

CASTRATION MEDICALE : baisse du taux sanguin de testostérone

Les agonistes de la LHRH :

Aujourd'hui, il existe tout un développement des analogues agonistes de la LHRH afin de baisser le taux sanguin de testostérone. Au départ, ces médicaments étaient donnés tous les mois. Avec le temps, ils ont été développés pour être donnés tous les 6 mois.

Agonistes LHRH	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois
Eligard®	✓		✓	✓
Decapeptyl®	✓		✓	✓
Enantone®	✓		✓	✓
Zoladex®	✓		✓	
Bigonist®		✓		

Les antagonistes de la LHRH :

Plus récemment, sont apparus des antagonistes de la LHRH : Firmagon, donné tous les mois.

Antagonistes LHRH	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois
Firmagon®	✓			

Les oestrogènes :

Les dérivés stéroïdiens sont donnés tous les jours : ils sont peu employés sauf éventuellement en cas de rattrapage thérapeutique car ils ont des effets cardiovasculaires et une toxicité importante.

Dérivés Stéroïdiens	Tous les jours
DISTILBENE®	✓
ACETATE de CYPROTERONE	✓

La différence entre les agonistes et les antagonistes de la LHRH est l'absence de flare-up (= flambée) de la testostérone au départ du traitement.

Les agonistes de la LHRH : stimulent d'abord la production de testostérone par les testicules puis saturent l'hypothalamus qui de ce fait ne produit plus de LHRH d'où une décroissance de la testostérone. Dans les 1^{ers} jours, on constate un petit pic d'élévation de la testostérone qui peut augmenter les symptômes s'ils existent (dans les maladies métastasées par exemple ou dans les cas d'obstruction urinaire). Dans les cas de maladies avec symptômes, ils sont toujours donnés avec un anti-androgène compétiteur du récepteur.

Les antagonistes de la LHRH : l'efficacité des antagonistes est immédiate. Le taux de testostérone va s'effondrer dès le départ.

Il existe une certaine variabilité avec les agonistes. Tous les patients ne répondent pas de la même manière au traitement :

- Variabilité dans l'injection
- Variabilité entre les différents produits
- Certains hommes re-fabriquent de la testostérone (donc de la dihydrotestostérone) à partir des glandes surrénales.

Il faut prendre en compte ces variations. D'où l'intérêt d'avoir un suivi notamment de la testostérone. Des normes ont été établies et comparées à la castration chirurgicale. Pour qu'un produit soit reconnu efficace, la testostérone totale doit baisser en dessous de 50 ng/dL. La limite de 20 ng/dL est plus représentative de la valeur de testostérone totale obtenue après castration chirurgicale.

Sous analogues de la LHRH :

- 90 % des patients verront leur taux de testostérone totale baisser en dessous de 50 ng/dL.
- 70 % des patients verront leur taux de testostérone totale baisser à 20 ng/dL.
-

Des données récentes montrent que plus le taux se rapproche de 20 ng/dL, meilleure est la réponse au traitement (limite jusqu'à 50 ng/dL)

D'autre part, les agonistes de la LHRH peuvent parfois produire des mini flare-up (= flambées) de la testostérone chez 10 % des patients. La pertinence n'est pas connue actuellement car l'incidence a été très peu étudiée mais ils ont sûrement un effet péjoratif.

Insensibilité tardive aux agonistes de la LHRH :

13 % des patients qui ont un traitement prolongé par analogues vont devenir insensibles au traitement. Il s'agit d'un échappement du mécanisme d'action du produit (et non de la maladie).

Si l'augmentation de la testostérone au dessus de la limite de 50 ng/dL est persistante malgré une administration continue de la LHRH :

- La survie moyenne sans progression est de 88 mois si on constate la remontée de la testostérone > 32 ng/dL
- La survie moyenne sans progression est de 137 mois s'il y a absence de remontée de la testostérone > 32 ng/dL

LES COMPETITEURS DU RECEPTEUR (pas de baisse de la testostérone)

Les anti-androgènes stéroïdiens :

Ils se prennent tous les jours. S'ils sont pris seuls, ils ne baissent pas le taux sanguin de testostérone. Ils vont simplement être en compétition avec la dihydrotestostérone sur le récepteur.

Le Bicalutamide (Casodex) est l'un des plus utilisés, il est aussi l'un de ceux qui a le moins d'effets secondaires.

ANTI-ANDROGENES COMPETITEURS	Tous les jours
BICALUTAMIDE 50 à 150mg	✓
NILUTAMIDE	✓
FLUTAMIDE	✓

LES INHIBITEURS ENZYMATIQUES (pas de baisse de la testostérone)

Les inhibiteurs de la 5- α réductase :

Ils sont utilisés pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Ils se prennent tous les jours. Ils ne baissent pas le taux sanguin de testostérone. Ils n'ont pas d'intérêt sur la prévention potentielle du cancer de la prostate. Ils ne sont pas utilisés en monothérapie dans le cancer de la prostate car ils ne sont pas assez actifs sur le cancer. Leur intérêt est de potentialiser des anti-androgènes compétiteurs pour diminuer l'activité du récepteur

INHIBITEURS des 5-a réductase	Tous les jours
Finasteride (5a1)	✓
Dutasteride (5a1 & 2) Le plus efficace	✓

III) LES MODALITES DE L'HORMONOTHERAPIE

Actuellement, il existe différentes modalités d'hormonothérapie qui seront adaptées en fonction :

- de la maladie
- de la réponse plus ou moins sensible de l'individu au traitement

Castration médicale : c'est le traitement de référence. La chute de la testostérone est obtenue avec un agoniste ou un antagoniste de la LHRH. La castration chirurgicale est aujourd'hui abandonnée car elle est irréversible.

Blocage androgénique complet (BAC) : on peut compléter cette castration en ajoutant des compétiteurs du récepteur pour contrer la dihydrotestostérone résiduelle qui est fabriquée par les glandes surrénales.

Triple blocage androgénique : il est possible d'ajouter à ce blocage androgénique complet des inhibiteurs de la 5- α réductase. Il s'agit du blocage androgénique le plus complet que l'on puisse obtenir hormis les nouveaux médicaments (Abiratérone – MDV3100).

Blocage androgénique partiel (BAP) : un blocage androgénique partiel peut suffire dans certaines situations à contrôler parfaitement la maladie. On utilise soit :

- Les compétiteurs (pas de baisse de la testostérone)
- Les compétiteurs + un inhibiteur (la testostérone restera normale mais il y aura quand même un blocage du récepteur).

Traitement continue ou intermittent

Aujourd'hui, le traitement intermittent n'est pas recommandé en pratique courante. La question se pose uniquement pour certains patients qui ont une remontée très lente de la testostérone.

Dans toutes les études, l'un des facteurs prédictifs importants à prendre en considération est la chute du PSA à un taux idéalement le plus bas possible.

Précoce ou différé

Il s'agit d'un relatif débat bien que le traitement précoce a montré son intérêt dans les formes métastasées ou localement avancées.

Attitude thérapeutique – Patient métastatique sans symptôme

Pour les patients métastasés sans symptôme, les urologues prescrivent un traitement hormonal dans une grande majorité des cas (96,5 %).

L'hormonothérapie la plus souvent utilisée (73 %) est l'association des analogues de la LHRH + des antiandrogènes compétitifs non stéroïdiens.

Blocage androgénique complet

Les résultats entre blocage complet et incomplet ont été étudiés. Ils montrent un petit bénéfice pour les maladies métastatiques en termes de survie sans progression à 5 ans pour les anti-androgènes non stéroïdiens (Bicalutamide, Nilutamide, Anandron).

L'Androcur (anti androgène stéroïdien) associé à une castration avec un analogue par exemple, obtient de moins bons résultats car il s'agit d'un progestatif. Il va stimuler le récepteur des androgènes. Utilisé seul, il fait baisser le taux de testostérone. S'il est utilisé avec un analogue de la LHRH, il va changer d'action et ajouter un peu d'androgènes. Ce qui explique qu'il ne faut pas l'utiliser en association avec un analogue mais en monothérapie, seul, dans certaines situations.

Variabilité individuelle

Il existe donc une variabilité individuelle. Une castration médicale par analogues n'abaisse pas la testostérone de chaque individu de la même manière. Certains en re-métabolisent. D'autre part, Il peut y avoir des échecs d'injections (plus ou moins bien faites) qui peuvent entraîner une certaine variabilité.

IV) OBJECTIFS : contrôle optimal de la testostérone (DHT) & PSA

La testostérone totale n'est qu'un reflet intermédiaire. La testostérone « efficace » est la testostérone biodisponible.

A 3 mois et éventuellement dans le suivi à 6 mois, il est important de contrôler la testostérone pour montrer qu'il y a bien une action thérapeutique. La réponse sur la maladie se voit également via le taux de PSA.

Si on commence par un blocage complet, on assure la sécurité thérapeutique. On contrôle à 3 mois et à 6 mois la testostérone qui doit être basse, biodisponible, indosable. Il n'est pas nécessaire de conserver un anti-androgène périphérique si la testostérone est effondrée. Par contre, chez les personnes pour qui la testostérone est encore un peu dosable, il est préférable de garder l'anti-androgène périphérique car il va permettre de lutter contre la testostérone et la dihydrotestostérone résiduelles.

Le choix thérapeutique se fait à partir des valeurs de PSA et de Testostérone.

La réponse idéale est : testostérone biodisponible < 0,1 ng/mL à trois mois et PSA indosable < 0,1 ng/mL à 6 mois.

S'il existe de la testostérone résiduelle, on peut obtenir une efficacité complète en donnant soit :

- un anti-androgène
- un anti-androgène + un inhibiteur de la 5- α réductase.

V) LES INDICATIONS DE L'HORMONOTHERAPIE

HORMONOTHERAPIE DE 1^{ère} LIGNE – Castration médicale

L'hormonothérapie dite de 1^{ère} ligne dont les produits ont l'Autorisation de Mise sur le Marché est utilisée dans les indications suivantes :

- Traitement immédiat des cancers métastasés
- Traitement adjuvant prolongé (3 ans) des patients dont les ganglions sont envahis.
- Traitement de courte durée (6 mois) des patients atteints d'un cancer localisé de pronostic favorable ou intermédiaire traité par radiothérapie externe
- Traitement de longue durée (3 ans) des patients atteints d'un cancer localisé de pronostic défavorable (haut risque) ou localement avancé traité par radiothérapie externe

HORMONOTHERAPIE DE 2^{ème} LIGNE – En rattrapage

Lorsque la maladie évolue malgré une testostérone basse, on peut appliquer une hormonothérapie dite de 2^{ème} ligne en rattrapage :

- Soit en augmentant le blocage androgénique :
 - o blocage androgénique complet
 - o ou utilisation des inhibiteurs enzymatiques des glandes surrénales (aujourd'hui le Ketoconazole mais qui n'est quasiment plus utilisé). On attend l'Abiratérone qui n'a pas encore obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication.
- Soit en donnant des œstrogènes : le Distilbène voire l'Estramustine qui associe des œstrogènes à une chimiothérapie à cause de leur toxicité.

HORMONOTHERAPIE DE 3^{ème} LIGNE – Post chimio

L'hormonothérapie dite de 3^{ème} ligne est utilisée après chimiothérapie.

- L'Abiratérone a récemment obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché pour cette indication. L'Abiratérone inhibe la synthèse de la testostérone résiduelle produite par les glandes surrénales.
- Peut-être le MDV3100 : ce médicament n'a pas encore obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché, il est un peu en retard dans son évolution de mise à disposition pour les patients.

VI) PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDESIRABLES

EFFETS INDESIRABLES DE LA PRIVATION ANDROGENIQUE

La diminution de la testostérone produit 5 groupes d'effets indésirables :

- Neuropsychologique
- Anémique
- Vasomoteur
- Métabolique - musculaire
- Métabolique - osseux

Si la testostérone ne baisse pas, on peut avoir un traitement efficace et on n'observera pas d'effets secondaires.

Certains effets indésirables sont spécifiques à un médicament lié directement à une molécule.

Attitude proactive ou curative ?

Une étude a été menée pour observer la prise en charge des effets secondaires.

Aujourd'hui, l'attitude préventive est encore peu utilisée dans le milieu urologique mise à part l'ostéoporose qui est entrée dans les mœurs.

TRAITEMENT DES EFFETS INDESIRABLES DE LA PRIVATION ANDROGENIQUE

CASTRATION MEDICALE/CHIRURGICALE (TESTOSTERONE BASSE)	
Effets secondaires	Traitement/ prophylaxie
Immédiats	
Perte de libido	-
Dysfonction érectile ⇨	Inhibiteurs de PDE5 (Viagra, Cialis, Levitra), Injections intracaverneuses Vacuum
Bouffées de chaleur (55-80% des patients) ⇨ Certainement l'effet secondaire le plus important et sûrement le plus embêtant. Assez difficile à prendre en charge	Venlafaxine Clonidine Fluoxétine Les molécules stéroïdiennes (oestrogènes) fonctionnent bien mais elles peuvent être dangereuses : - ⚠ Diéthylstilbestrol (DES) : risque de thrombose ou de complication cardio-vasculaire dans certaines situations. - ⚠ Acétate de cyprotérone : augmente le risque de thrombose vasculaire et va ajouter un peu de testostérone
Suite page suivante	

Suite	
CASTRATION MEDICALE/CHIRURGICALE (TESTOSTERONE BASSE)	
Effets secondaires	Traitement/ prophylaxie
Après 12 mois	
↗ masse grasseuse corporelle, syndrome métabolique (= prise du tour de taille associé aux risques de diabète, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie) ⇒	Exercice Diététique Consultations spécialisées ⚠ (nutrition, cardiologie, coach sportif)
↘ masse musculaire ⇒	Exercice
Anémie (13% de cas sévères avec un blocage androgénique complet) ⇒	Erythropoïétine si Hb < 9 g/dL ou symptômes
↘ Densité minérale osseuse (pas avec DES) ⇒	Exercice Calcium + vitamine D (possibilité de prendre du calcium à condition d'avoir des taux de Vitamine D corrects pour ne pas avoir l'effet « néfaste » du calcium sur le cancer de la prostate). Bisphosphonates
Instabilité émotionnelles, dépression ⇒	Prévenir le patient et son entourage Conseiller un psychologue si nécessaire Yoga, aromathérapie, exercice physique
↘ Fonctions cognitives (pas avec DES) ⇒	Exercice intellectuel

Toxicité cardiovasculaire

Une étude à l'échelle européenne a comparé l'hormonothérapie immédiate ou prolongée (Studer et al, JCO 2006;24(12):1868-1876). On observe un bénéfice de survie pour l'hormonothérapie précoce. Les patients traités par privation androgénique avaient moins d'accidents cardiovasculaires.

Les risques cardio-vasculaires ne sont pas très importants avec la privation androgénique seule et tant que le patient ne développe pas un syndrome métabolique (prise du tour de taille associé aux risques de diabète, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie)

Il vaut mieux éviter de prendre un traitement oestrogénique. En cas d'obligation, on peut prévenir le risque cardiovasculaire avec de l'aspirine voire des anticoagulants.

Une autre méthode consiste à éviter de faire baisser la testostérone. Si on utilise des anti-androgènes périphériques seuls (anti-androgènes stéroïdiens = Androcur), cela peut tout à fait suffire à contrôler la maladie voir à la traiter. Il est nécessaire d'avoir une privation en androgènes pour faire monter la testostérone avec les anti-androgènes périphériques. Cette montée de testostérone permet d'éviter les bouffées de chaleur, la perte de la masse musculaire et de la densité osseuse, l'anémie.

On pourra éventuellement encore constater une augmentation de la masse grasseuse, de la gynécomastie et de la dysfonction érectile.

La gynécomastie

Elle peut apparaître chez certains patients. Elle peut se développer car les hommes ont une petite glande mammaire avec un récepteur des oestrogènes. Lorsque l'on stimule ce récepteur, les seins grossissent et donnent des tensions mammaires.

Une privation androgénique avec une testostérone basse ne donne pas de gynécomastie s'il n'y a pas d'oestrogènes.

La gynécomastie apparaît lorsque certaines molécules comme le Bicalutamide, le Casodex, l'Eulexin, qui ressemblent vaguement à une molécule stéroïdienne sont données. Elles peuvent stimuler le récepteur directement. Les molécules qui sont comme des œstrogènes (Distilbène etc...) donnent également cet effet indésirable.

Traitement de la gynécomastie : les traitements sont variables.

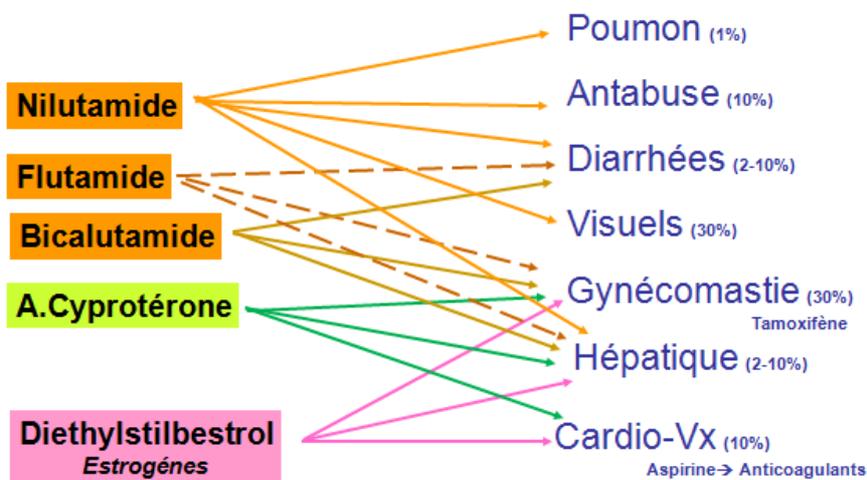
- Si un patient prend un médicament qui donne de la gynécomastie, le seul moyen de la traiter est d'utiliser un compétiteur du récepteur (le Tamoxifène utilisé dans le cancer du sein) qui va être en compétition avec les oestrogènes et donc diminuer l'activité oestrogénique sur les récepteurs ⇒ donc lutter contre la gynécomastie.
- Au contraire, si un patient ne prend pas de médicament qui donne de la gynécomastie et que l'on en constate une avec une testostéronémie normale, cela signifie que la testostérone est transformée en oestrogènes. C'est particulièrement vrai si le patient a un peu « d'embonpoint » à l'initiation de la privation androgénique. L'aromatase est l'enzyme qui transforme la testostérone en œstrogène chez l'homme. Cette enzyme se trouve surtout dans la graisse. Plus le patient a de la surcharge pondérale avec de la graisse plus il est exposé à cette transformation. On peut alors utiliser les inhibiteurs de l'aromatase.

La prévention dépend du type de médicaments utilisés. Le traitement ne sera pas le même si la gynécomastie apparaît à testostérone haute ou à testostérone basse.

Une fois instaurée, il arrive qu'elle ne régresse pas. Il faut alors avoir recours à de la radiothérapie prophylactique. La mammectomie est peu employée mais il peut y avoir une petite intervention qui consiste à enlever cette glande mammaire en particulier si elle résiste au Tamoxifère.

EFFETS SECONDAIRES SPECIFIQUES - ANTI-ANDROGENES - OESTROGENES

Chaque médicament a des effets secondaires propres et spécifiques. Il faut les surveiller et les anticiper.



Ils ont tous un impact hépatique (2 – 10 %).

Le Bicalutamide est le plus employé. Le Nilutamide est le moins utilisé notamment à cause de sa toxicité pulmonaire, digestive, visuelle et de l'effet antabuse (prise de boissons alcoolisées avec le traitement).

SUIVI DE LA PRIVATION ANDROGENIQUE

Bilan	Traitements			
	Analogues / Antagonistes LHRH	BAC (blocage androgénique complet)	BAP (blocage androgénique partiel) (testostéronémie normale)	Œstrogènes A.Cyprotérone (les plus toxiques – surveillance particulière)
Jour 0	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides
3 mois	PSA; Testo ^{Biodisponible}	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique
6 mois	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides; T.Poitrine; Bilan hépatique	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides; T.Poitrine; Bilan hépatique	Poids, T.taille; PSA; Testo ^{Biodisponible} NFS; Glycémie; Cholestérol; Triglycérides; T.Poitrine; Bilan hépatique
Semestriel	PSA; Testo ^{Biodisponible}	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique	PSA; Testo ^{Biodisponible} T.Poitrine; Bilan hépatique
Annuel +	Ostéodensitométrie	Ostéodensitométrie		

Une chute de 90 % de la testostérone dans le sang représente une chute de 60 % seulement de la dihydrotestostérone dans les cellules prostatiques. Il est donc nécessaire de baisser la testostérone au maximum.

Le PSA est le reflet de l'activité tumorale et indirectement du récepteur des androgènes. En cas d'activité résiduelle, seule la testostérone peut indiquer s'il s'agit d'une résistance au traitement ou non.

Il convient d'effectuer un bilan (poids, tour de taille, glycémie, cholestérol etc...) à l'initiation du traitement afin de surveiller les paramètres du syndrome métabolique qui n'apparaissent pas immédiatement puis de refaire ce même bilan à 6 mois.



Question M. MUNTZ : Après récurrence d'une prostatectomie radicale, on traite généralement par une radiothérapie de rattrapage avec ou sans hormonothérapie. Puis en cas de récurrence : on applique une hormonothérapie de 1^{ère} ligne. En cas d'échappement, le traitement normal devrait être une hormonothérapie de 2^{ème} ligne encore que beaucoup d'urologues passent directement à la chimiothérapie. Aux USA, en hormonothérapie de 2^{ème} ligne, les spécialistes préconisent la prise de Ketoconazole (+ hydrocortisone pour ses effets secondaires) associé à la Leukine. Avec ce cocktail, ils parviennent à contrôler la maladie pendant plusieurs années dans plus de 80 % des cas. En France, les patients n'ont plus accès au Ketoconazole depuis l'affaire du Médiator. Certains de nos membres ont réussi à en obtenir mais sous ATU. Que faut-il penser de tout cela ?

 **Réponse Pr OC :** Il faut savoir que le Ketoconazole est l'ancêtre de l'Abiratérone. L'Abiratérone obtiendra prochainement l'autorisation de mise sur le marché en post-chimio. Cette stratégie a un certain coût, mais idéalement, il faudrait utiliser en 2^{ème} ligne en ATU, soit l'Abiratérone car il est plus efficace et moins toxique que le Ketoconazole, soit le MDV3100 (actuellement en essai de phase III en situation de rattrapage de 2^{ème} ligne). Avec l'histoire du Médiator, les médicaments qui n'ont pas d'AMM seront de moins en moins donnés même s'ils ont une « pertinence ». Le Distilbène a encore sa place en situation de rattrapage de 2^{ème} ligne moyennant les précautions citées précédemment (association avec des anticoagulants). A noter que l'on obtient une meilleure réponse au traitement avec le Distilbène plutôt qu'avec le Ketoconazole.

ATU : Une Autorisation Temporaire d'Utilisation est une procédure française créée en 1986 qui permet à certaines catégories de malades d'utiliser des médicaments n'ayant pas encore été mis sur le marché. Ces ATU sont réservées à des cas particuliers et sont très lourdes à gérer administrativement.

 **Question :** Que faut-il penser du générique du Casodex (molécule du Bicalutamide) sachant que le remboursement du Casodex vient d'être saboté sauvagement ?

 **Réponse Pr OC :** Tous les génériques contiennent un principe actif, il s'agit de la même molécule dans les mêmes concentrations. Ce qui peut changer dans le générique c'est l'enrobement ou l'excipient qui peut faire varier l'absorption. La variation acceptée pour les génériques est de l'ordre de 20 %, ce qui n'est pas négligeable. Il n'existe pas de différence nette entre le Casodex et son générique. La différence est surtout importante pour les médicaments qui ont une libération prolongée car le générique n'a pas forcément le même enrobage et c'est à ce moment là que l'on peut observer le plus de variation.

 **Question :** Comment savoir si on peut alléger la privation androgénique pour limiter ses effets secondaires ?

 **Réponse Pr OC :** Si le PSA reste indosable dans les 6 mois qui suivent l'initiation de la privation androgénique, on peut éventuellement alléger le traitement. Le but est d'essayer d'obtenir un contrôle parfait du PSA dans l'année et de conserver uniquement le blocage périphérique pour permettre la remontée de la testostérone et, de ce fait, essayer de supprimer les effets secondaires au-delà de ce délai d'un an. L'objectif de la privation androgénique est d'obtenir un taux de PSA le plus bas possible. La testostérone permet de savoir s'il faut ajouter ou pas d'autres molécules pour obtenir un blocage encore plus complet. Lorsque le blocage le plus complet est obtenu et si le PSA est indosable et stabilisé, on peut alléger le traitement et en observer les effets.

 **Question :** Quid des hormonothérapies intermittentes ?

 **Réponse Pr OC :** Cette stratégie n'est pas bien étudiée car la grande majorité des recherches n'ont pas dosé la testostérone. Avec les analogues, certains patients verront leur testostérone remonter à 3 mois, d'autres à 9 mois. . C'est au moment où le taux de testostérone remonte et que le patient commence à retrouver une activité sexuelle, que la maladie reprend. Cette stratégie n'a pas un intérêt majeur, elle est même plutôt dangereuse et déconseillée. L'intermittence équivaut à stimuler régulièrement la tumeur. Il peut même y avoir un risque d'amener le patient à un échappement hormonal car au moment où les cellules se divisent, un bug peut les faire devenir résistantes

 **Question :** Dans le traitement par privation androgénique, on parle d'effondrement du PSA. Cet effondrement du PSA à 0,1 ng/mL doit perdurer combien de temps ?

 **Réponse Pr OC :** Idéalement, le PSA doit rester effondré 5 ans. Si à la fin de cette période le PSA reste à ce taux là, on peut se poser la question de stopper le traitement. Sur le principe, dans les cancers avancés, la maladie va régresser mais il subsiste des cellules quiescentes. Les cellules quiescentes vont finir par vieillir et par mourir. Au bout de 5 ans, certains patients ont une réponse complète sous hormonothérapie même avec une maladie relativement avancée. Mais dans la majorité des cas, si la production d'androgènes est relancée, les cellules quiescentes vont se réactiver.

LA DYSFONCTION ERECTILE

- I) Mécanisme de l'érection (*Pr CUSSENOT*)
- II) Groupe de travail ANAMACaP (*M. MESTRE*)
- III) Approche médicale (*Dr BELEY*)
- IV) Approche mécanique (*M. FRICHET*)

L'érection pénienne est le résultat d'une interaction complexe de facteurs endocrines, psychologiques, neurologiques et vasculaires.

Le phénomène de l'érection est orchestré par le cerveau. Lors de l'excitation sexuelle, des signaux de stimulation sexuelle arrivent dans le cerveau. Le cheminement de ces signaux est le suivant : ils descendent jusqu'à la verge en passant par la moelle épinière, puis les nerfs érecteurs. Ces nerfs sont directement liés aux artères et aux corps caverneux du pénis.

Avec ces signaux, les corps spongieux du pénis se gorgent de sang tout comme les 2 cylindres des corps caverneux qui, chacun traversé par une artère profonde, assurent la rigidité de l'érection. Le reflux du sang est bloqué par la contraction des muscles situés à la base du pénis.

La dysfonction érectile désigne l'incapacité, constante ou récidivante, à obtenir ou à maintenir une érection permettant un rapport sexuel.

I) Mécanisme de l'érection

∞ Présenté par le Pr Olivier CUSSENOT- urologue-oncologue à l'Hôpital Tenon - Paris 20^{ème}, Université Paris 6

Le Professeur Olivier CUSSENOT introduit le thème de la dysfonction érectile en expliquant son fonctionnement et comment elle peut être altérée avec les différents niveaux de traitement du cancer de la prostate.

LES FONCTIONS :

On distingue différentes fonctions :

- L'érection (mécanique) : rigidité de la verge
- La sensibilité : sensation de plaisir lié à l'orgasme
- L'éjaculation : émission du sperme qui fait partie de l'orgasme mais indépendamment de la sensibilité
- La fertilité : spermatozoïdes qui permettent d'avoir une fertilisation et des enfants

Ces fonctions sont dissociées. L'une d'entre elles peut être altérée sans gêner le fonctionnement de l'autre.

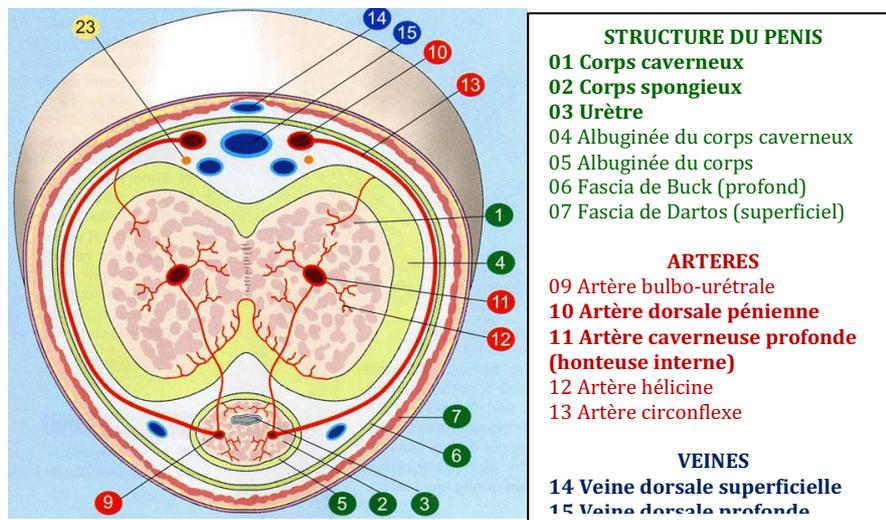
L'ERECTION :

La verge est composée de deux structures érectiles :

- Les corps caverneux qui vont donner la rigidité de la verge.
- Le corps spongieux qui se prolonge par le gland et entoure le canal de l'urètre.

L'érection est obtenue grâce à :

- une circulation sanguine correcte au niveau de ces corps érectiles qui vont pouvoir se rigidifier grâce à l'apport de sang (système hydraulique).
- une commande nerveuse qui va initier cette rigidité
- une réceptivité de cette commande nerveuse qui dépend des hormones.



Le cycle de l'érection :

- 1) Rigidité de la verge
- 2) Tumescence
- 3) Orgasme
- 4) Ejaculation

Il existe une commande centrale avec différents stimuli qui peuvent être d'ordre psychique. Leur réceptivité est en partie liée à l'imprégnation hormonale de la testostérone.

La partie mécanique-électrique dépend d'une induction nerveuse. Cette induction déclenche la fermeture ou l'ouverture de petits sphincters qui vont permettre au sang d'affluer vers la verge et de ne pas en repartir.

Deux éléments vont être altérés par les traitements du cancer de la prostate :

- Le niveau mécanique, en particulier la commande nerveuse.
- La réceptivité du cerveau diminuée par le traitement hormonal : baisse de la libido sexuelle. Le patient est moins réceptif et donc moins enclin à pouvoir déclencher des érections.

Maintien de l'érection :

Il faut que le sang puisse arriver. Pour l'empêcher de partir : à l'entrée et à la sortie des alvéoles, se trouvent des fibres musculaires qui forment des petits sphincters. Leur rôle est de se resserrer au moment de l'érection sous l'impact du système nerveux. En se resserrant, ces alvéoles vont se gonfler sous la pression montante.

Les inhibiteurs de PDE5 (Viagra, Levitra...) sont des médicaments qui permettent d'obtenir la contraction musculaire de ces petits sphincters empêchant le sang de repartir.

L'apport artériel sanguin de la verge ne va pas être altéré par la prostatectomie (sauf anomalie vasculaire particulière) car la verge et les corps érectiles sont vascularisés par une branche artérielle, l'artère honteuse interne, qui n'est pas du tout en contact avec la prostate.

Le système veineux :

Le système veineux est multiple et se répartit à différents niveaux. Il fonctionne comme un système de drainage avec différentes artères.

La commande nerveuse :

Ce ne sont pas les mêmes voies nerveuses qui commandent l'érection et l'éjaculation.
Il est possible d'avoir des érections et une sensibilité parfaite sans éjaculation.
Il est possible d'avoir un orgasme sans érection efficace et sans éjaculation.

Les petits sphincters musculaires fonctionnent grâce aux nerfs érecteurs. Malheureusement, il n'est pas très simple de voir les nerfs érecteurs. Il s'agit d'un petit filet nerveux qui forme un petit réseau millimétrique sur les faces latérales de la prostate. Ce réseau va se rassembler pour rentrer dans les corps caverneux. Cette commande nerveuse végétative est complètement indépendante de la sensibilité nerveuse du gland (élément le plus sensible pour la sensation de plaisir). Cette sensation n'est pas affectée. Seule la commande mécanique-nerveuse du système hydraulique de la verge est altérée.

L'éjaculation passe également par une autre voie nerveuse : le nerf sympathique autonome qui rejoint le plancher pelvien. Raison pour laquelle le patient peut avoir une sensation « d'orgasme » même s'il n'y a pas d'éjaculation « humide ».

Si on veut épargner les nerfs érecteurs, il faut passer au ras de la prostate et les décoller de la prostate. Si la tumeur est proche, on risque de laisser des cellules cancéreuses. C'est donc un choix permanent entre risquer de laisser de la tumeur pour préserver l'érection ou retirer l'ensemble de la tumeur et altérer les nerfs érecteurs. Par sécurité, s'il y a une tumeur périphérique, il est évident qu'il n'est pas souhaitable de préserver les nerfs car il existe un risque majeur de laisser de la tumeur.

La fertilité :

Fonctionnement de l'appareil de reproduction : la testostérone naît dans les testicules et produit des spermatozoïdes qui vont passer par le canal déférent. Ce canal rejoint les vésicules séminales et la prostate (entre les voies urinaires et séminales). La chirurgie de la prostate va retentir sur ces éléments.

80 % du volume du sperme vient de la prostate. La prostatectomie, la radiothérapie et l'hormonothérapie diminuent la production du volume de sperme.

II) Groupe de travail ANAMACaP sur la dysfonction érectile

✎ Présenté par Monsieur Alain MESTRE, secrétaire de l'ANAMACaP et coordinateur du groupe de travail sur la dysfonction érectile

L'idée de monter un groupe de travail sur la dysfonction érectile au sein de l'ANAMACaP a émergé lors de la dernière assemblée générale après laquelle un petit groupe s'est retrouvé. Ce thème, et notamment celui du vacuum, ont été évoqués.

Peu après, les membres ont été sollicités pour intégrer ce groupe de travail. Une trentaine d'adhérents connectés à Internet, dont Monsieur FRICHET qui interviendra lors de cette assemblée, ont répondu favorablement.

Les échanges, les questions et les astuces ont été échangés via un blog consacré. Deux principaux sujets ont été abordés : les injections intra-caverneuses et le vacuum dont voici les comptes-rendus.

SYNTHÈSE DES ECHANGES SUR LE THEME « INJECTIONS INTRA CAVERNEUSES »

Constats :

Il apparaît une extrême diversité de réactions aux différents produits et méthodes d'utilisation qui rend difficile et délicate une conclusion généralisable.

Quelques axes de réflexion et des questions se dégagent néanmoins que nous abordons à travers notre plan initial (point positifs, points négatifs, propositions d'amélioration, techniques associées etc...)

Les points négatifs :

- La difficulté de trouver le bon dosage d'une injection intra-caverneuse correspondant à chacun, afin de gérer la qualité de l'érection (quand il y en a) et la durée qui ne doit pas être trop importante (maximum 1h30) souvent dépassée.
- Inefficacité pour certains patients ou efficacité très réduite.
- Pas toujours de conseils et d'aide efficace des spécialistes.
- Les douleurs vives très souvent associées aux effets de l'injection.
- L'appréhension des piqûres.
- Certains se posent des questions sur des effets secondaires à terme peut-être dus aux injections :
 - o Sexe qui se courbe ?
 - o Fibroses ?
 - o Altération des corps caverneux ?

Les points positifs :

- La possibilité pour certains de retrouver des relations (plus ou moins) satisfaisantes
- Prise en charge par la sécurité sociale
- Présente l'espoir pour certains de retrouver des érections naturelles à terme sans médication.

Améliorations et astuces utilisées :

Pour aider à vaincre l'appréhension des piqûres : le stylo injecteur (paradoxalement pas toujours proposé par les urologues....)

Amélioration des douleurs, pratiques citées par certains patients :

- Le cocktail du Dr Virag (inventeur des injections intracaverneuses)
- L'association Edex + Xylocaïne ?
- L'utilisation soit d'Edex soit de Caverject (même molécule mais solution différente semblant mieux convenir à certains).
- L'utilisation associée vacuum-injections qui permet (sans utilisation d'anneaux) une meilleure lecture du système veineux et donc plus de précision pour piquer, ainsi qu'une très nette diminution de la douleur.
- Pour diminuer la quantité de produit utilisé : vacuum-injection (avec anneau)
- Pour contrer les problèmes d'incontinence : injection et ajout d'un anneau (grande taille). (A noter pour toutes les utilisations associées vacuum-injections et anneaux, la référence aux travaux de divulgation de Jean Frichet).

Questions :

- Les injections ont-elles des effets nocifs secondaires ? Dus aux molécules ? Dus au mode d'utilisation ?
- La Noradrénaline pour limiter les érections trop longues et trop douloureuses peut-elle être utilisée par les patients eux-mêmes (référence au médecin suisse : Dr Raaflaub) en cas de problème ?
- Comment être sûr de bien faire ? (Dr René Yiu du CHU Henri Mondor – [Prise en charge des troubles de l'érection après prostatectomie radicale](#))

Prospective :

Il semble une fois encore qu'il y ait une difficulté à faire remonter des inquiétudes ou tout simplement des questions d'un patient seul « face » à son urologue (sauf exceptions....) sur les problèmes de dysfonction érectile.

Pourquoi ?

- Est-ce un problème d'écoute ?
- Est-ce un problème de formation des spécialistes ?
- Est-ce une absence de protocole de prise en charge ?
- Pouvons-nous faire avancer ces questions avec l'ANAMACAP ?

SYNTHÈSE DES ECHANGES SUR LE THEME DU « VACUUM »

Constat :

A part quelques utilisateurs convaincus, il y a plus d'interrogations sur le sujet que d'échanges d'expériences véritables. Cela nous amène donc à rester modestes sur la généralisation de nos conclusions.

Il apparaît également que les réactions peuvent être inégales selon les caractéristiques individuelles et les degrés de séquelle à un moment donné.

Deux marques sont évoquées comme sérieuses et fiables : Medintim (fabrication allemande, importateur Bivea pour la France, et Owen-Mumford (fabrication anglaise antenne en France).

Une préférence pour les modèles manuels, plus facilement dosables en dépression que les modèles électriques.

Quant aux anneaux de constriction :

- souples et confortables (attention de ne pas les vriller), ils peuvent être achetés séparément et à l'unité chez Bivea
- plus fermes, mais ne vrillent pas, vendus séparément mais par jeu de 7 par Owen Mumford.

Prix des vacuums complets :

- MES Medintim (Bivea) :259 euros (port compris)
- Classic (Owen Mumford) :270 euros (port compris)

Les points négatifs :

- La méconnaissance de l'outil. Pas d'information, pas de prescription de la part des urologues qui semblent ne pas avoir beaucoup d'information eux-mêmes sur le sujet.
- D'où difficultés et longueur parfois de l'apprentissage seul (mise en place de la pompe et choix des anneaux).
- Quel matériel choisir ? Où comment ?
 - o Abandon parfois devant ces difficultés.
 - o Le prix à l'achat qui paraît cher.
 - o Pas de remboursement par la Sécurité Sociale
 - o Une mise en place pour certain un peu délicate dans une relation à deux, (d'autres en font un jeu).
 - o Le phénomène de « membre froid » dans certain cas dû au ralentissement de la circulation sanguine dans la verge.

Les points positifs :

- Pas de chimie
- Pas de douleur (sauf un cas)
- Pas d'effets secondaires
- Possibilités d'utilisation dans des relations sexuelles régulières satisfaisantes
- Possibilités régulières d'entretien de l'oxygénation du pénis hors relations (gymnastique conservatoire).
- Maintien et entretien de la taille et du diamètre de la verge (autre gymnastique conservatoire)
- Turgescence du gland (zone de sensibilité) et de l'ensemble de la verge.
- Remèdes aux fuites urinaires pendant la relation (anneaux de constrictions)
- Permet de redresser un pénis courbé

Utilisation intéressante en association avec les injections :

En utilisant le vacuum (sans anneau) avant une injection intra caverneuse, on obtient une meilleure lecture du réseau de circulation sanguine et donc une meilleure précision pour piquer.

Résultats satisfaisants de l'utilisation combinée vacuum et injections intracaverneuse, chaque méthode agissant sur des éléments différents.

Plusieurs ont constaté qu'une érection obtenue préalablement avec un vacuum (sans anneau) avant une injection intra-caverneuse diminuait considérablement les douleurs ressenties ordinairement par certains.

Les trucs ou astuces :

- utilisation possible de 2 anneaux
- dégager la zone de contact (poils) avec l'embase pour une meilleure étanchéité
- fractionner les aspirations, pour un meilleur résultat
- pour certains l'utilisation d'anneau(x) sans vacuum suffit à provoquer et à maintenir une érection satisfaisante (blocage du retour veineux)

Des questions - propositions d'action :

Comment faire prendre en compte cette thérapeutique par les équipes médicales et urologiques pour prescription :

- immédiatement après une prostatectomie (gym conservatoire)
- comme traitement de la dysfonction érectile
- un remboursement par la sécurité sociale est-il possible ?
- des prix plus bas ? L'ANAMACAP peut-elle négocier des prix pour ses membres ?
- comment faire connaître le vacuum auprès des patients susceptibles d'être intéressés ?

III) Dysfonction érectile : approche médicale

∞ Présenté par le Docteur Sébastien BELEY, urologue, andrologue neuro-urologue, traitant des problèmes d'érection dans le service des Prs HAAB et AMARENCO à l'hôpital public de TENON, Paris 20^{ème} et pratiquant la chirurgie urologique classique dans une clinique privée Paris 17^{ème}

Après irradiation ou chirurgie de la prostate, la dysfonction érectile peut tout à fait être transitoire. Les médicaments peuvent être inefficaces juste après l'intervention mais cela ne signifie pas que la situation est totalement compromise. Il ne faut pas en déduire que seules les injections intracaverneuses donneront une érection indéfiniment. Il est possible de « récupérer ». La neurapraxie est un phénomène de réparation nerveuse. Après leurs sections, les nerfs du corps humain se réparent naturellement et repoussent d'environ un millimètre par an.

Les nerfs érecteurs peuvent également dysfonctionner alors qu'ils sont intacts. Lors d'un acte chirurgical, passer au contact d'un nerf entraîne une baisse de la qualité de l'influx nerveux.

De ce fait, même lorsque le chirurgien a conservé les deux nerfs lors d'une prostatectomie radicale, le patient peut malgré tout avoir des problèmes d'érection.

Cheminement d'une érection :

L'influx nerveux part du cerveau, longe la moelle épinière qui se trouve dans le rachis et arrive dans les lombaires : au niveau de chaque vertèbres sort un nerf issu de la moelle épinière et, de chaque côté, une bandelette.

Vasodilatation ⇒ afflux de sang ⇒ tumescence ⇒ rigidité

Pourquoi traiter la dysfonction érectile :

La dysfonction érectile peut influencer sur la qualité de vie. Elle peut être à l'origine d'une importante souffrance chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez sa partenaire,

On ne traite l'insuffisance érectile que s'il y a un impact. Les patients qui n'éprouvent pas ce besoin n'ont pas de raison de suivre un traitement. Il ne faut pas avoir honte de dire à son urologue « les érections ne m'intéressent pas ». Un patient ne doit avoir des érections que s'il en a envie.

Certains urologues français pratiquent un peu à l'ancienne : « vous aviez un cancer, vous ne l'avez plus, ne m'embêtez pas avec vos problèmes d'érection »

A contrario, certains urologues sont très interventionnistes : « vous devez avoir des érections, je vais vous prescrire des injections. »

Si l'urologue pense que le patient sera intéressé par la fonction érectile à distance de l'intervention (après coup de la chirurgie, de l'anesthésie, des fuites d'urine etc...), il se doit d'insister un peu pour sauvegarder le mécanisme.

Les symptômes de la dysfonction érectile sont fréquents chez les hommes entre 40 et 69 ans (entre 1/3 et 40 % des hommes) avant même un quelconque traitement pour un cancer de la prostate. Le diagnostic du cancer et les traitements qui en découlent (prostatectomie, radiothérapie, hormonothérapie androgéno-suppressive) vont aggraver la situation.

Ce problème très fréquent s'adresse à des hommes différents les uns des autres en fonction de leur statut érectile pré-thérapeutique et de leur traitement pré-thérapeutique. Le patient qui a de mauvaises érections avant la prostatectomie n'en aura pas de meilleures après. Celui qui a de très bonnes érections avant la chirurgie et qui est très motivé a de meilleures chances de récupérer sa fonction érectile mais cela ne suffit pas.

Etat des lieux en France :

En France, il s'agit d'un problème fréquent mais souvent les hommes ne consultent pas pour ce motif. 94 % des patients français annoncent leur intention de consulter un médecin en cas de dysfonction érectile (étude téléphonique française¹) mais la plupart du temps ils ne le font pas.

Une étude américaine démontre que le sujet le plus embarrassant à évoquer avec son médecin est le problème d'érection.

Le patient concerné par ce problème et qui le vit mal doit en parler à son médecin si lui-même ne pose pas la question.

Le cancer de la prostate est un cancer qui le plus souvent évolue relativement lentement. Le patient a le temps de choisir le traitement et le spécialiste. Le but est de gagner des années d'espérance de vie « heureuses ».

¹ Costa P. et al. *Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une étude française portant sur 5099 hommes âgés de 17 à 70 ans. Prog Urol. 2003, 13(1): 85-91.*

Causes :

La dysfonction érectile peut être d'origine :

- organique (diabète, prise en charge d'un cancer de la prostate...)
- et/ou psychologique

Dans le cadre d'une prise en charge d'un cancer de la prostate, la cause psychogène va se greffer sur le problème organique : c'est ce que l'on appelle l'anxiété de performance. Un homme qui expérimente plusieurs épisodes d'érection de mauvaises qualités va, au fur et à mesure du temps et à chaque fois que se présente l'occasion d'un rapport sexuel, se demander « vais-je perdre à nouveau mon érection avant ou pendant le rapport ? Va-t-on s'endormir déçu chacun de notre côté ? ».

Le stress est un facteur important de la dysfonction érectile qui est souvent d'origine mixte.

Après traitement du cancer de la prostate, on connaît la raison de la dysfonction :

- soit les bandelettes nerveuses ont été sectionnées lors de la chirurgie
- soit les bandelettes ont été irradiées en radiothérapie. Le contact des bandelettes avec la prostate est très intime. Même en radiothérapie conformationnelle, les rayons traverseront la prostate à un moment donné.

La chirurgie peut entraîner un problème d'érection immédiatement. A un mois post-opératoire, le patient revoit le chirurgien, il peut donc parler de ces effets et demander une prise en charge. Avec la radiothérapie, ce problème peut apparaître un an à un an et demi après le traitement. A ce moment là, le patient ne consulte plus le radiothérapeute. Il est alors plus difficile d'en parler.

LES TRAITEMENTS :

Ils améliorent la qualité de vie. Le médecin généraliste est tout à fait à même de régler le problème si l'urologue n'est pas toujours disponible ou si les relations sont moins ouvertes.

Le spécialiste ne peut adhérer à un traitement que s'il convient au patient. On commence par prescrire les traitements les plus simples pour aller vers les plus compliqués.

Les traitements oraux :

Les iPDE5 (inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5). Le plus connu est le Viagra. Il existe également le Cialis et le Levitra. Ces molécules entraînent une cascade d'événements qui vont aboutir au relâchement musculaire des artères. Cette chaîne d'événements est bloquée par une enzyme qui s'appelle la phosphodiésterase de type 5 que l'on retrouve un peu partout dans le corps et particulièrement au niveau des vaisseaux de la verge. Ces médicaments vont empêcher cette enzyme de bloquer la cascade. Une fois stimulé, l'influx nerveux va libérer du gaz. Cette même quantité de gaz va donner plus de vasodilatation donc une érection prolongée et de meilleure qualité. Pour que cela fonctionne, il faut qu'il y ait une conduction nerveuse. S'il n'y a pas de Monoxyde d'azote ou trop peu, la cascade d'événements n'aura pas lieu. Si les deux nerfs ont été sectionnés, ces médicaments n'ont aucun effet.

Ils sont entourés de précautions mais finalement très restreintes dans le cadre de :

- l'infarctus de moins de 6 mois
- l'hypertension artérielle mal contrôlée
- l'insuffisance cardiaque mal contrôlée

Ces médicaments ont été développés au départ pour l'insuffisance coronarienne car se sont des vasodilatateurs. Les laboratoires qui ont développés ce médicament se sont aperçus qu'ils donnaient aussi des érections. Ils ne sont pas toxiques pour le cœur mais il ne faut pas les associer à n'importe quel médicament.

Ils favorisent l'érection, ils ne la provoquent pas. Il faut provoquer l'érection par la stimulation. Elle sera alors plus facilement obtenue et maintenue mais à condition d'avoir conservé les nerfs érecteurs du patient.

Lorsque les médicaments iPDE5 ne fonctionnent pas, plusieurs lignes de traitements existent :

Les injections intracaverneuses (efficacité > 80 %) :

Recourir aux injections intracaverneuses est la solution la plus répandue mais il faut apprendre à les faire, trouver les bonnes doses et espérer qu'elles soient bien supportées. Le produit injecté ne circule pas dans la circulation générale donc pas d'interaction avec d'autres médicaments (hypertension ou autres...).

Certains patients ressentent des douleurs même avec une faible tumescence. Les urologues-andrologues ont quelques astuces mais il n'existe pas encore beaucoup de solution contre la douleur sauf l'injection d'un anesthésique local avec de l'Edex (la Xylocaïne par exemple). Attention, la Xylocaïne n'a pas d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Ce n'est pas au patient de décider de s'injecter lui-même cet anesthésique, mais c'est éventuellement à l'urologue d'essayer.

Certains d'entre vous ont évoqué le Bi-mix et le Tri-mix précédemment : on ne trouve plus ces médicaments en France car ils n'ont jamais eu l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Avec le scandale du médiateur, de moins en moins de médecins ou de chirurgiens prescriront des traitements en dehors de l'AMM. La Papaverine n'a pas été mise sur le marché pour traiter la dysfonction érectile. Même si ce produit règle bien des problèmes dans certains cas, il va être de plus en plus difficile de se le faire livrer en pharmacie sans qu'il ne soit destiné au bloc opératoire dans le cadre de la chirurgie vasculaire. Mise en garde particulière : la papavérine en surdose peut donner une nécrose définitive.

Seule la prostaglandine (Edex et Caverject ⇔ vasodilatateurs) a l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication de la dysfonction érectile et peut être injectée directement dans la verge (court-circuit de la conduction nerveuse).

Apprentissage de l'injection :

Les injections intracaverneuses nécessitent un apprentissage au cabinet du médecin (pas nécessairement urologue). Cet apprentissage nécessite au moins deux consultations :

- La 1^{ère} pour montrer au patient le fonctionnement d'une injection en petite quantité.
- La 2^{nde} pour apprendre au patient à faire l'injection et à fixer la dose nécessaire et suffisante par rapport au résultat de la 1^{ère} injection.

Il n'est pas question de rentrer chez soi avec son ordonnance et de faire l'injection soi-même la première fois. C'est le meilleur moyen de se retrouver avec une érection prolongée ou de se retrouver avec des difficultés techniques qui vont dégoûter le patient qui ne voudra plus entendre parler de tout ça. Si le cas se présente, il faut s'adresser à un autre médecin / urologue qui lui apprendra à faire l'injection.

Rappel du principe de l'injection :

Au dessus des 2 corps caverneux, se trouvent la veine profonde dorsale, la veine superficielle et deux artères. Il ne faut pas injecter le produit au dessus, ni en dessous (urètre) : aucun risque mais cela ne fonctionnera pas. L'idéal est d'essayer de varier les sites d'injection sur la longueur de la verge et sur le côté (une fois à droite - une fois à gauche).



En cas de diminution de l'effet du produit, il faut essayer de varier un peu plus les sites d'injection car une fibrose peut se créer et peut gêner la progression du produit et sa diffusion. Si on a du mal à l'injecter, c'est peut être parce que l'orifice de l'aiguille est en contact avec une paroi dans le corps caverneux : il suffit alors de reculer l'aiguille de quelques millimètres.

Les injections sont efficaces à plus de 80 % pour donner des érections. Si elles ne le sont pas après une prostatectomie ou une radiothérapie, c'est probablement parce qu'avant le traitement, le mécanisme ne fonctionnait déjà pas.

Fonction de rééducation :

Ces injections sont populaires car elles sont également utilisées pour faire de la rééducation. Ce moyen permet d'éviter la rétraction de la verge et l'apparition de fibroses dans les corps caverneux en attendant une éventuelle réparation nerveuse.

Une fois les nerfs touchés, quelqu'en soit la raison, les érections nocturnes inconscientes et involontaires, qui durent une heure environ au total pour une nuit, disparaissent car il n'y a plus d'influx nerveux. On ne sait pas encore à quoi servent réellement ces érections nocturnes, mais on sait que lorsqu'elles sont supprimées, on voit apparaître une rétraction de la verge et des fibroses de corps caverneux.

En l'absence d'injections, on constate une perte de la longueur et de la qualité de tissus caverneux. Si le patient récupère une bonne conduction nerveuse à distance du traitement, le risque est de perdre une partie du résultat fonctionnel à cause de cette absence transitoire d'érection. La fibrose peut s'installer rapidement. Exemple d'un patient hospitalisé pendant un mois pour fracture du fémur : en rentrant à son domicile, il peut voir apparaître un début de fibrose. Les conséquences sont forcément multipliées à 6 mois, 2 ans etc.... C'est pour cette raison que l'urologue, s'il a compris que la fonction érectile était importante pour le patient, doit le persuader de faire ces injections intracaverneuses même si ce n'est pas le moment (fuites, stress du prochain PSA...) pour éviter que la situation ne se dégrade trop.

Intérêt premier des injections intracaverneuses : améliorer le lit d'aval en attendant que l'innervation reprenne.

Elles peuvent être utilisées en attendant que les choses s'améliorent complètement mais parfois aussi juste assez pour ensuite utiliser uniquement des comprimés médicamenteux.

Idéalement, le but est de faire de la rééducation jusqu'à ce que le patient récupère de bonnes érections bien rigides et spontanées. Mais cette récupération dépend de plusieurs facteurs :

- de la fonction érectile avant l'intervention
- du geste chirurgical tel qu'il a été fait
- du type de cancer qui a permis ou non de conserver une ou deux bandelettes.

Rythme des injections :

Il a longtemps été question de s'injecter le produit deux fois par semaine, mais cela ne correspond à rien d'objectif. Il est certain qu'il faut essayer de provoquer les érections régulièrement, et peut-être un peu plus souvent que le voudrait l'activité sexuelle du patient, pour éviter la rétraction. Mais pas forcément deux fois par semaine. Il faut se limiter à ce qui est faisable et acceptable, pour que les injections ne deviennent pas une corvée. En aucun cas, les injections doivent empoisonner la vie du patient voire du couple. Ce traitement et/ou rééducation est fait pour préserver la qualité de vie pas pour l'amoinrir. Toutefois, une fréquence mensuelle et régulière augmente les chances de récupérer de meilleures érections.

Durée du traitement par injections intracaverneuses :

Une étude à évaluer la qualité des érections à distance et a mis en évidence une récupération très tardive dans de rares cas : jusqu'à 4, 5 voire 6 ans après prostatectomie. Le plus souvent, on constate une récupération dans les deux premières années.

6 ans d'injection, ce n'est pas rien. Il faut en parler avec son médecin et son conjoint. Trop d'injections peuvent induire une courbure de la verge (maladie de Lapeyronie) car ce sont de petits traumatismes répétés.

Pour les patients qui supportent mal les injections, soit parce qu'ils n'ont pas envie de se piquer soit parce qu'elles sont douloureuses, le spécialiste peut proposer un essai d'au moins un an puis d'évaluer les résultats à la fin de ce délai :

- s'il ne se passe rien du tout et que les injections sont pénibles : il est temps de passer à autre chose.
- si on veut obtenir un peu de tumescence spontanée, il vaut peut-être mieux continuer plutôt que de changer d'option.

Le vacuum = pompe à vide (efficace à 55 %)

Le vacuum est très utilisé dans les pays anglo-saxons mais pas dans les pays latins tel que la France. Probablement parce que cet appareil est peu romantique et peu pratique.

Sous forme d'appareil électrique ou manuel, le vacuum entraîne une dépression de vide (le pubis doit être bien rasé). La verge va progresser dans le tube au fur et à mesure que le vide se forme. On obtient une érection passive constituée de sang veineux. Cette érection peut être très rigide. Beaucoup d'hommes dans le monde utilisent cet appareil dans le cadre d'une courbure de la verge, d'une intervention chirurgicale etc... et pas forcément après la prise en charge d'un cancer de la prostate.

Le vacuum permet de ne pas utiliser de médicaments et donne de bonnes érections. Pour les patients qui récupèrent au bout de 2 ans, cet appareil peut prendre le relais des injections intracaverneuses.

Le vacuum ne convient pas à tous les hommes : d'une part à cause de l'appareil lui-même et d'autre part, parce que certains ressentent une érection un peu douloureuse car le sang qui afflue dans la verge est retenu par un anneau posé à sa base. Cet anneau bloque le sang dans la verge et maintient l'érection, mais l'absence de circulation sanguine va entraîner un certain degré d'Anoxie. L'oxygène n'arrivant pas aux cellules de la verge, il est donc possible de ressentir une sorte de crampe mais ce n'est pas systématique. La plainte la plus fréquente rapportée avec l'utilisation du vacuum (patient + partenaire), c'est la sensation d'érection à verge froide.

On peut appliquer un petit dérivatif de ce traitement qui coûte beaucoup moins cher que le vacuum. Pour les patients qui ont une tumescence spontanée mais avec une absence de rigidité, il est possible d'utiliser uniquement l'anneau (se trouve en sex-shop pas en pharmacie). Lors du début de la tumescence, il suffit d'insérer l'anneau à la racine de la verge. Celui-ci va comprimer le retour veineux mais pas les artères caverneuses. Il est possible d'obtenir une bonne érection sans médicament, sans injection intracaverneuse, sans vacuum, uniquement avec ce petit anneau en mousse (pas en silicone). Avantages : ne coûte que quelques euros, sa discrétion.

Il est également possible de combiner les comprimés et les anneaux.

Il n'y a pas de dogme particulier, le but est de faire au plus simple.

Pour savoir si le mécanisme de l'érection s'améliore, on peut essayer de prendre un comprimé médicamenteux le lendemain d'une injection : le sujet sera plus à même d'obtenir un bon résultat.

Quand aucun de ces traitements ne fonctionne, il est possible de poser un implant pénien.

Implant pénien (satisfaction du couple > 90 %) :

L'implant pénien ne donne qu'une rigidité. Il ne rend pas la verge plus longue, ne donne pas plus de libido et ne rendra pas l'éjaculation que la prostatectomie radicale a supprimée.

Il s'agit du traitement qui donne le taux de satisfaction de couple le plus élevé (> 90 %).

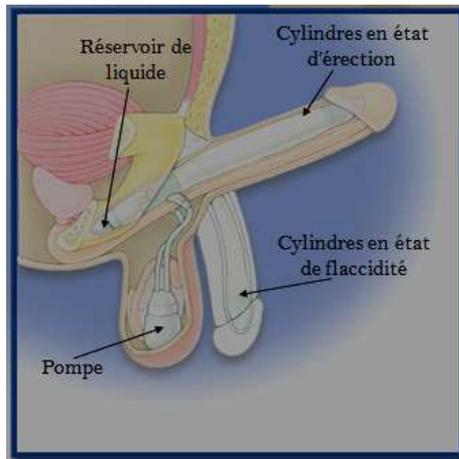
Il est préférable d'attendre au moins deux ans après le traitement du cancer de la prostate pour procéder à la pose d'un implant.

Intérêt : plus de spontanéité

Inconvénients : niveau physiologique + donne une érection caverneuse uniquement, pas d'érection du gland. Attention, ne pas piquer le gland avec des injections intracaverneuses pour le rendre érectile afin d'éviter de piquer la prothèse qui pourrait fuir.

L'intervention dure 30 à 45 minutes et l'hospitalisation 48 heures maximum.

Implant pénien :



- Question :** Quelle est la durée de vie de l'implant pénien ?
Réponse Dr BELEY : La durée de vie d'un implant est de 17 ans en moyenne.
- Question :** La pose d'un implant pénien est-elle prise en charge par la sécurité sociale ?
Réponse Dr BELEY : Oui, au même titre que la pose d'un implant mammaire dans le cadre d'un cancer du sein.
- Question :** La rétraction de la verge est-elle due à l'intervention chirurgicale ?
Réponse Dr BELEY : Non, cette rétraction est due à un phénomène vasculaire (la fibrose) pas à la chirurgie. Lors de la prostatectomie, l'urètre est coupé au ras des muscles du périnée. La vessie, mobile, sera descendue de 2 ou 3 centimètres pour combler l'espace vide laissé par la prostate. Il n'est pas question de tirer l'urètre pour le raccorder à la vessie.
- Question :** La fibrose des corps caverneux est-elle réversible ?
Réponse Dr BELEY : Elle est réversible avec différentes formes de stimulation (vacuum, comprimés, injections) qui vont entraîner une régulation de la fibrose. Stimulation \Rightarrow tension des vaisseaux intra-caverneux \Rightarrow multiplication des cellules musculaires \Rightarrow remplacement des cellules de la fibrose. La régulation de la fibrose prend du temps et de l'énergie. Il faut s'y atteler car elle ne régressera pas spontanément.
- Question :** La fibrose peut-elle être la cause d'une fuite veineuse ?
Réponse Dr BELEY : Tout à fait, parce que la fibrose maintient béantes les veines qui drainent le sang du corps caverneux vers la petite veine située sur le dessus de la verge. Quand il y a de la fibrose, ces veines là sont maintenues ouvertes en permanence (de façon pathologique). Même avec un bon apport artériel, la fuite veineuse rend immédiatement l'érection flaccide.

-  **Question :** Existe-t-il une contre-indication aux injections-intra-caverneuses en cas de rétraction pénienne ?
-  **Réponse Dr BELEY :** Pas du tout. On utilise les injections dans cette indication notamment après un traitement du cancer de la prostate, mais aussi pour les diabétiques, pour les patients opérés d'un cancer du rectum... Les injections répétées, le vacuum ou l'entretien du peu de tumescence que l'on peut obtenir avec les comprimés vont lutter contre cette rétraction.
-  **Question :** Pensez-vous que l'utilisation combinée du vacuum puis de l'Edex diminue la douleur ?
-  **Réponse Dr BELEY :** Pas à ma connaissance. Certains patients préfèrent s'injecter le produit une fois la tumescence obtenue. Il faut savoir que le produit circule assez rapidement une fois injecté, il ne reste pas longtemps à l'endroit de l'injection et se propage des deux côtés. Quand la fibrose évolue et obstrue certaines voies de circulation/communication, le produit se diffuse moins bien des deux côtés : si l'injection se fait du côté droit, la diffusion se fera seulement du côté droit. A noter que la qualité de l'érection obtenue n'est pas relative à l'intensité de la douleur.
-  **Question :** Les bandes neuro-vasculaires sont elles bien visibles ? Un chirurgien peut-il les préserver avec certitude ?
-  **Réponse Dr BELEY :** Elles ne sont pas visibles à l'œil nu mais le port de loupes grossissantes permet de voir les filets nerveux. Néanmoins, on peut prétendre les conserver en chirurgie à ciel ouvert parce que l'on sait où se trouvent les bandelettes. Il n'est pas nécessaire de voir les nerfs pour les conserver, on sait que certains gestes ne doivent pas être faits. Avec la chirurgie robotique, on voit les bandelettes après avoir retirée la prostate lorsqu'elles sont conservées : le zoom du robot permet un grossissement plus important qu'avec la coelioscopie.
-  **Question :** Le chirurgien sait-il après l'intervention s'il a préservé les bandelettes ?
-  **Réponse Dr BELEY :** Oui, il sait s'il s'est donné les moyens de les préserver. Certains chirurgiens savent très bien le faire.
-  **Question :** Est-il difficile de conserver les bandelettes ?
-  **Réponse Dr BELEY :** C'est un geste technique difficile et qui n'est pas toujours réalisable en fonction du type de cancer.
-  **Intervention Dr BELEY :** A propos du robot Da Vinci : le robot doit être considéré comme un instrument qui permet de bien voir, c'est l'équivalent d'un microscope. Prostatectomie à ciel ouvert, par coelioscopie ou par robot : seul l'avenir donnera le recul nécessaire pour comparer ces différentes techniques opératoires et démontrer ou non les bénéfices et inconvénients d'une l'une par rapport à l'autre. L'important est de savoir si c'est le traitement par chirurgie qui convient ou un autre type de traitement. Il n'est pas question d'opter pour la chirurgie par robot parce qu'elle se trouve à proximité de son domicile. Il ne s'agit pas d'une mode. Il faut choisir le traitement adapté à sa situation et faire fi des communications parfois commerciales. Mieux vaut choisir un bon praticien en qui le patient a confiance. Ce n'est pas la qualité du matériel qui donne de bons résultats et inversement.

IV) Dysfonction érectile : approche mécanique

∞ Présenté par Monsieur Jean FRICHET, ancien malade, auteur des livres « L'homme et sa prostate » et « Ma prostate, son cancer et moi », conférencier

INSUFFISANCE ERECTILE APRES TRAITEMENTS.

Quelles solutions ?

Le vacuum ou pompe à érection

Rappel :

Les traitements du cancer de la prostate ont des effets à plus ou moins long terme sur la sexualité. La prostatectomie radicale est le traitement qui a le plus d'incidence avec un effet immédiat.

Il convient donc de favoriser l'oxygénation des tissus altérés par un apport sanguin.

Les traitements proposés sont donc de véritables rééducations sexuelles :

- **par comprimés** : ne sont efficaces que s'il y a préservation des bandelettes nerveuses et une réelle stimulation sexuelle. Non remboursés.
- **par injections** de prostaglandine par piqûres. Remboursées.
- **par utilisation du vacuum** (ou pompe à érection). Non remboursé.

Fonctionnement du vacuum :

Le vacuum est composé d'un cylindre (souvent transparent) muni d'une pompe (électrique ou manuelle) servant à faire le vide. C'est donc un moyen purement mécanique, non médicamenteux, d'obtenir une érection.

Utilisation du vacuum :

On introduit le pénis dans un cylindre dans lequel on fait le vide.

La dépression ainsi créée attire le sang et gonfle l'ensemble du pénis.

Son action est efficace quelle que soit la raison de l'insuffisance érectile : opération, radiothérapie, âge, problème artériel, diabète ...

Avantages du vacuum :

- "traitement" peu onéreux car il peut durer indéfiniment
- ne présente pas d'effets secondaires indésirables
- ne présente pas de risques d'interférence avec d'autres traitements (le vacuum peut être utilisé avec piqûre ou comprimé)
- peut être utilisé avec ou sans anneau selon que l'on veut un rapport sexuel ou favoriser la rééducation pénienne
- l'érection cesse au retrait de l'anneau
- peut être utilisé quotidiennement

Inconvénients du vacuum :

- difficulté à établir l'étanchéité à cause des entrées d'air entre cylindre et pubis. Cette difficulté s'aplanit dès que l'on coupe les poils du pubis au contact de l'embase du cylindre et/ou en appliquant un gel hydrosoluble.
- pression sanguine insuffisante entraînant un retour veineux. Cela nécessite d'introduire un anneau pénien à la base du pénis pour conserver cette érection si l'on veut un rapport sexuel.
- érection limitée à 30 minutes maximum car l'anneau forme garrot (plus de circulation sanguine).

Rappel sur le phénomène de l'érection :

Le sang arrive au pénis par les artères profondes et repart par les veines périphériques (sang de moindre pression).

Lors d'une érection naturelle le sang remplit les 2 corps caverneux et comprime le réseau veineux le long de la paroi du pénis, appelée l'albuginée. Le sang ainsi bloqué ne peut repartir. L'érection est maintenue.

Lors de cette érection, ce sont toutes les composantes du pénis qui reçoivent cet apport sanguin, y compris le corps spongieux comprenant le gland. Ce dernier est la partie "sensible" de l'organe masculin.

Différence entre piqure et vacuum :

- la piqure permet l'apport aux corps caverneux de sang artériel chargé en oxygène, oxygène vital pour la vie des cellules. Mais la piqure ne permet d'agir que sur les 2 corps caverneux ! La piqure apporte donc une rigidité parfaite avec tenue dans le temps par compression des veines périphériques. Par contre, le gland reste flaccide et sans sensibilité.
- le vacuum attire un mélange de sang artériel et veineux dans toutes les composantes du pénis, que ce soit les corps caverneux ou spongieux comprenant le gland. Le pénis gonfle et retrouve sa "sensibilité". La pression sanguine étant moindre qu'avec la piqure, il convient de poser un anneau pénien pour conserver cette érection.
- L'utilisation du vacuum favorise le maintien de la souplesse des tissus péniens. Par contre, la rigidité n'existe que jusqu'à l'anneau pénien.

Piqure et vacuum sont donc 2 moyens différents et complémentaires de favoriser la rééducation pénienne.

Association bénéfique piqure et vacuum :

Pratiquer la piqure dans un pénis à l'état flaccide revient à faire une piqure à l'aveuglette.

Comment savoir en effet si l'on se pique dans un corps caverneux ou dans l'urètre ou la paroi du pénis. De plus, à l'état flaccide, même en se piquant près du pubis, le point d'injection sera toujours plus près du gland que du bulbe du pénis.

Grâce au vacuum, gonfler le pénis avant injection présente plusieurs avantages :

- il est possible de voir le réseau veineux donc d'éviter de se piquer dans une veine,
- il est plus facile de se piquer dans l'un des 2 corps caverneux puisqu'ils sont déjà gonflés
- en se piquant près du pubis, verge en érection, l'injection se fera au milieu de celle-ci favorisant ainsi une meilleure répartition du produit dans l'intégralité des corps caverneux.

Cette meilleure répartition longitudinale du produit actif limite sensiblement les douleurs généralement constatées.

Après piqure, on peut à nouveau utiliser le vacuum pour irriguer le gland. Il conviendra alors d'utiliser un anneau plus grand.

Quel vacuum choisir ?

Il existe de nombreux modèles plus ou moins fiables et complets.

Je conseille les **modèles manuels** pour permettre une meilleure obtention du vide, donc du gonflement du pénis, puisqu'étant maître du pompage nous "osons" aller plus loin en dépression qu'avec un modèle électrique. De plus, les modèles électriques baissent vite de régime avec l'usure des piles.

Tous les modèles possèdent un bouton d'entrée d'air en urgence.

Il existe 3 marques de vacuum agréés médical classe IIa – Norme CE 0483 :

- Medintim AES : marque allemande www.bivea.fr ou www.pompe-erection.fr
- Owen Mumford : marque anglaise www.owenmumford-fr.com
- Olson : <http://www.ghwgroup.fr/erecaid.html>

Les anneaux péniens :

Pour être efficaces et pouvoir être supportés, les anneaux péniens dits aussi anneaux de constriction, doivent avoir un tore large, avoir un silicone suffisamment souple pour être disposés en attente sur le cylindre et néanmoins pouvoir serrer suffisamment la base du pénis pour retenir le sang prisonnier des corps caverneux.

L'anneau Medintim, facile à enlever, a un tore de diamètre 9 mm et un silicone correspondant à nos besoins. Le diamètre intérieur (trou) est adapté à nos pathologies.

Remarques sur le port de l'anneau :

- vis-à-vis des pertes urinaires : l'anneau en comprimant l'urètre supprime les fuites urinaires pendant les ébats amoureux.
- vis-à-vis des hommes avec prostate : pour les mêmes raisons l'anneau empêche l'éjaculation qui devient rétrograde (sperme évacué avec les urines).

Vacuum et courbure du pénis (maladie de La Peyronie) :

La courbure du pénis peut survenir naturellement ou suite à l'emploi répété de drogues actives contre l'impuissance (spécifié dans les notices). Cela résulte en général d'une injection trop superficielle.

Cette déformation peut être traitée par chirurgie.

Le vacuum peut contribuer à "redresser" le pénis puisque l'aspiration du sang, par dépression, s'opère uniformément dans toutes les parties de celui-ci.

QUESTIONS-REPONSES

Animées par le Pr O. CUSSENOT

-  **Question :** Peut-on parler de guérison s'il n'y a pas de récurrence à 5 ans ?
-  **Réponse Pr OC :** On sait que la récurrence biologique après prostatectomie radicale est d'environ 70 % à un ou deux ans de l'intervention. Le taux de récurrence s'estompe dans le temps, d'autant plus si le Gleason est bas au départ. Avec un PSA contrôlé qui ne se relève pas après 5 ans, on constate moins de 10 % de risque de récurrence. A 10 ans, on peut parler de guérison mais environ 0,5 % de patients peuvent avoir une récurrence. Moins l'analyse est grave au départ, plus le PSA reste bas, le plus longtemps possible, plus il est indétectable après une prostatectomie, moins on a de chance de développer une récurrence.
-  **Question :** Mes 3 frères et moi avons probablement une forme familiale de cancer de la prostate. Nous avons tous subi une prostatectomie radicale. Quelle stratégie adopter envers nos fils ?
-  **Réponse Pr OC :** Dans les formes familiales, on peut proposer un dépistage dès 40 ans et observer les gènes de prédisposition qui peuvent être croisés avec d'autres types de cancer. La recherche génétique nécessite une petite étude au sein de la famille (sous forme de questionnaire : <http://www.cerepp.org/etudeprogene.aspx>)
-  **Question :** Un PSA qui n'évolue pas signifie-t-il que le cancer ne progresse pas ?
-  **Réponse Pr OC :** Oui, sauf dans des formes particulières de cancer de la prostate mais ces cas sont rares et généralement on peut s'en douter avant car ils ont une forme neuroendocrine.
-  **Question :** Quid de l'essai sur la Duloxetine pour l'incontinence urinaire masculine qui s'est tenu fin 2009 à l'hôpital TENON ?
-  **Réponse Pr OC :** Les résultats sont bons, ils sont parus dans la littérature. Cette molécule fonctionne bien pour les petites fuites d'urine (quelques gouttes à une protection par jour). La Duloxetine est un médicament dérivé d'un antidépresseur (le Cymbalta) qui stimule la contraction du col de la vessie et permet d'améliorer cette contraction sur les petites fuites d'urine et de les supprimer au moment de l'orgasme lors d'un rapport sexuel. La précaution de ce médicament est de ne pas l'arrêter brutalement.
-  **Question :** La Duloxetine est-elle prescrite ?
-  **Réponse Pr OC :** Ce médicament a une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une indication d'antidépresseur. Aujourd'hui, il est prescrit mais hors AMM. Or, il est quasiment certain qu'on ne pourra plus le prescrire en dehors de son indication d'antidépresseur.
-  **Question :** Peut-on se contenter d'une mesure de PSA inférieure à 0,1 ng/mL par exemple ou doit-on affiner la mesure d'un PSA à deux chiffres voire à trois après la virgule.
-  **Réponse Pr OC :** 0,1 est un dosage un peu ancien. Il vaut mieux avoir au moins deux chiffres après la virgule. C'est intéressant pour savoir s'il reste du PSA ou pas, pour connaître la réponse au traitement juste après une prostatectomie, voir s'il y a une récurrence dans le cadre d'un traitement hormonal. Si le PSA est indosable, il n'est pas nécessaire de le pratiquer à chaque fois mais c'est intéressant pour le suivi thérapeutique.
-  **Question :** Est-ce un travail supplémentaire important pour le laboratoire ?
-  **Réponse Pr OC :** Ce n'est pas un travail supplémentaire pour le laboratoire. Soit il est équipé pour ce test soit il ne l'est pas. S'il ne l'est pas, il doit envoyer le prélèvement à un laboratoire centralisé en France.
-  **Précision M. MUNTZ :** Il existe des laboratoires en France dont le test va jusqu'à 3 chiffres après la virgule. Il s'agit du test de PSA de 3^{ème} génération, remboursé par la sécurité sociale. Son intérêt selon la littérature est de gagner du temps dans le choix d'une stratégie d'attaque en cas de récurrence.



Question :

Si le PSA augmente à nouveau, cela signifie-t-il qu'il y avait des marges positives importantes après prostatectomie radicale ?



Réponse Pr OC :

Cela signifie qu'il reste du tissu prostatique. Ce tissu peut être sain (marge positive de tissu normal) ou cancéreux. S'il s'agit de tissu sain, le taux de PSA s'élève très lentement dans le temps. Attention beaucoup de patients ont des élévations lentes de PSA et sont irradiés alors qu'il s'agit de tissu prostatique normal. Ils n'ont pas besoin de radiothérapie de rattrapage. A l'inverse, si le temps de doublement du PSA est inférieur ou égal à une année, il s'agit de tissu cancéreux.



Question :

Le test PCA3 peut-il remplacer le dosage du PSA ?



Réponse Pr OC :

Le PCA3 est un marqueur de cancer que l'on retrouve dans les urines. Il ne peut pas remplacer le PSA mais il améliore sa spécificité. Il permet d'éviter des biopsies inutiles pour des hommes qui n'ont pas de risque de cancer. Ces deux tests sont complémentaires.



Question :

Que peut-on dire de l'activité sexuelle pour un malade du cancer de la prostate ? A-t-elle un effet négatif ?

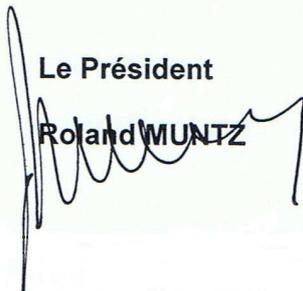


Réponse Pr OC :

L'activité sexuelle a plutôt un effet bénéfique sur le comportement et sur l'environnement de la maladie. Cela n'a pas d'impact négatif sur la maladie.



M. MUNTZ clos l'assemblée générale et remercie les membres, les intervenants et le président de notre conseil scientifique, le Professeur Olivier CUSSENOT



Le Président
Roland MUNTZ