

ANDROGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME ET PROSTATE

Dr. Georges Debled et Dr. Bruno Mousseigne

INTRODUCTION

Avec l'âge, en fait à partir de 40 ans (et même avant) les *troubles sexuels* (pannes sexuelles, baisse de la libido) et/ou les *maladies de la prostate* (Hypertrophie Bénigne de la Prostate essentiellement) augmentent en fréquence et amènent le patient à consulter, parfois dans l'urgence.

L'ensemble des troubles génito-urinaires représente le *vieillessement sexuel*, symptôme clinique clef d'une maladie décrite depuis plus de 25 ans par le Dr DEBLED : l'ANDROPAUSE. *Cette maladie est caractérisée par une hypo-androgénie méconnue.*

BUT DE L'OBSERVATION

Bien qu'il ne fasse aucun doute que les *androgènes soient un traitement efficace* des troubles sexuels chez l'homme andropausé, leur indication et utilisation sur le long terme semblent l'objet de controverses et de crainte concernant la prostate.

Nous démontrons que le *traitement substitutif aux androgènes* peut être donné sur un long terme chez des hommes *andropausés* sans conséquence péjorative sur l'activité prostatique, évaluée par le taux de *PSA total*.

CIRCONSTANCE DE L'OBSERVATION - LA SERIE HISTORIQUE DU DOCTEUR GEORGES DEBLED

La présente observation est réalisée dans le cadre *d'un cabinet privé* et ne prétend pas avoir de *valeur statistique* ; en effet, dans de telles conditions, il n'existe pas de possibilité de réaliser un double aveugle randomisé contre placebo, l'ensemble des patients désirant recevoir un traitement effectif.

La série historique du Docteur Georges Debled est fondée sur l'étude biochimique de chaque patient traité confronté à des problèmes génito-urinaires. La correction de ces troubles a conduit à la prévention des *maladies du vieillissement*.

MATERIEL ET METHODE

Une trentaine de patients sont étudiés sur une période d'observation qui s'étend de 4 à 10 ans. Ces patients se sont présentés spontanément à la consultation sans être recrutés.

Le principe d'observation est le suivant : le temps T1 est fixé arbitrairement pour chaque patient à l'Année 2000 ; le temps T0 est pour chaque patient fixé par l'année de début de la substitution par des hormones mâles. Il s'agit de comparer les paramètres d'observation moyennés et lissés pour la totalité des 30 patients avant (T0) et après (T1) substitution par les androgènes.

A/ Critères d'inclusions :

- Tous les patients observés sont encore en traitement actuellement (Année 2000)
- L'âge moyen est supérieur à 50 ans (nous sommes donc dans le cadre consensuel de l'andropause)
- Tous ces patients ont reçu des androgènes forts sans interruption pendant la durée de l'observation.
- Un toucher rectal systématique a été pratiqué à chaque patient avant la mise sous traitement, ainsi qu'un contrôle échographique, en cas de doute.
- Le premier PSA total mesuré pour chacun des patients était toujours inférieur à 4 ng/ml.
- Utilisation de la même technique de mesure du PSA total : «Méthode hybritech »
- Les tests biologiques ont été pratiqués une fois l'an pour chacun de ces patients.

B/ Motifs de la consultation :

Sur les 30 patients observés :

- 18 se plaignaient uniquement de troubles sexuels.
Parmi eux 11 présentaient d'entrée une hypertrophie bénigne de la prostate
- 4 se plaignaient uniquement de troubles prostatiques
- 5 se plaignaient de troubles sexuels et prostatiques
- 3 ont consulté pour prévenir le vieillissement

C/ Période d'observation :

<i>Sur les 30 patients observés :</i>	
Nombre de patients	Durée de l'observation
3	4
6	5
8	6
5	7
7	8
1	10

D/ Choix de la thérapeutique :

Sur les 30 patients observés :

- 15 ont été traités par l' Andractim[®] (androstanolone)
- 15 ont été traités par le Proviron[®] (mestérolone)
- aucun des patients n'a reçu de Chibro-Proscar[®] (finastéride)

E/ Paramètres de l'observation :

Pour chaque patient les paramètres suivants sont enregistrés avant et après substitution :

Le PSA total les symptômes génito-urinaires et le volume prostatique.

Le S-DHEA (sulfate de DHEA) la testostérone, la DHT (didydrotestostérone) sont les paramètres biologiques de surveillance de la substitution androgénique.

F/ Signification du PSA total ; Choix du PSA total comme critère de l'activité prostatique

- Augmente avec le volume de la Prostate ; augmente beaucoup en cas de Cancer de la prostate ou de prostatite.
- Bonne sensibilité et spécificité entre 2 et 4 ng/ml.
- Bon témoin de la qualité et la « quantité » de la prostate .

RÉSULTATS

A/ PSA total

Entre T0 et T1, on note une réduction moyenne de 60% du PSA total ; cette réduction est obtenue en moyenne après deux ans de substitution, pour se stabiliser ensuite. On peut noter une réduction de 50% de l'écart-type, c'est à dire un rassemblement des valeurs du PSA total autour de la valeur moyenne.

PSA total moyen à T0 : 1,78 ng /ml ($\pm 1,34$)

PSA total moyen à T1 : 1,11 ng /ml ($\pm 0,66$)

B/ Symptômes

Les signes de déclin sexuel, ainsi que les signes prostatiques dans leur globalité ont été améliorés dans près de 90% des cas.

C/ Volume

Sur 30 patients traités, le volume prostatique

- s'est stabilisé pour 21 d'entre eux
- a diminué pour 6 d'entre eux
- a augmenté pour 3 d'entre eux

D/ Paramètres biologiques de l'observation:

Valeurs moyennes des paramètres à T0 :

DHEA : 1542 ng/ml (± 830)

Testostérone : 5,2 ng/ml ($\pm 1,59$)

Dihydrotestostérone : 0,55 ng/ml ($\pm 0,3$)

Valeurs moyennes des paramètres à T1

DHEA : 1037 ng/ml (± 538)

Testostérone : 2,64 ng/ml ($\pm 1,35$)

Dihydrotestostérone : 2,93 ng/ml (±2)

DISCUSSION

La discussion porte sur deux aspects :

A. Le choix du PSA total comme méthode de surveillance de la prostate

Il existe une relation statistique entre la chute du PSA total et la réduction du volume prostatique.

De la même façon une relation existe entre la symptomatologie et le PSA total.

Cette relation statistique n'empêche pas le surveillance classique par l'échographie et le toucher rectal.

Le volume prostatique n'est pas toujours en rapport avec le PSA total (3 cas sur 30 dans l'observation présente)

B. Etude non statistique : observation d'un petit nombre de patients sur le moyen et le long terme

Il n'existe que très peu d'études publiées concernant un traitement substitutif aux androgènes chez des patients non hypogonadiques . La plupart d'entre elles concernent des androgènes faibles et n'excèdent pas deux ans de substitution.

La difficulté de réalisation de notre observation et le faible nombre de cas observés s'expliquent par la sévérité des critères d'inclusions (voir paragraphe en rapport).

CONCLUSIONS

Le traitement par la mestérolone ou l'androstanolone réduit en moyenne le PSA total sur le long terme, les symptômes urinaires et les signes de déclin sexuel disparaissent, le volume prostatique est stabilisé.

L' andropause est une maladie dont les symptômes sont liés à une hypoandrogénie méconnue.

Comme toute maladie elle nécessite un traitement.

Le traitement adapté par le androgènes forts est indiqué dans tout les cas.

La prostate n'est pas un facteur limitant.

Une surveillance biologique stricte est nécessaire pour le bon suivi du traitement substitutif aux androgènes qui entraîne :

- une augmentation supra-physiologique de la DHT (dihydrotestostérone)
- une réduction de la testostéronémie à un taux inférieur à 3ng/ml

Le taux de la DHEA n'est pas modifié par le traitement aux androgènes mais chute avec les années.

info : drbruno@mousseigne.com

Paris, année 2000

Les conclusions de cette note clinique n'ont jamais été démenties au cours des quarante dernières années.