PSA en pratique

Quand doser, comment interpréter, quand orienter ?

LABORATOIRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES
LHUB-ULB
UNIVERSITAIR LABORATORIUM BRUSSEL

Cette FAQ reprend les principales questions pratiques autour de la prescription, des prélèvements, de l'interprétation et du suivi du PSA

1 Quand proposer un 1er dosage de PSA ?

A partir de quel âge ?

50 ans
dans la population générale

Plus tôt en cas de risque accru

40-45 ans
Chez les hommes d'origine africaine ou afro-caribéenne

40-45 ans
Si antécédents familiaux (ou 10 ans avant l'âge du cas familial le plus jeune)

A partir de 40 ans
Prédisposition génétique héréditaire connue, notamment mutation BRCA2 ou HOXB13

Avant de prescrire

La décision de doser le PSA doit être adaptée au profil du patient et discutée en tenant compte à la fois des bénéfices potentiels et du risque de **surdiagnostic** et de **surtraitement**.

A quel rythme suivre un patient asymptomatique avec un PSA rassurant ?

Il n'y a pas d'argument en faveur d'un dosage annuel systématique.
Dans la population générale, un intervalle de 2 à 4 ans peut être envisagé et adapté au risque individuel.
Lorsque le PSA initial est < 1 µg/L, un nouveau contrôle peut être proposé à 5 ans.

Quelle place pour le toucher rectal ?

Le toucher rectal conserve une place dans l'évaluation **individuelle** du risque de cancer de la prostate, en complément du PSA et des facteurs de risque.
En revanche, il n'est **pas recommandé comme outil de dépistage systématique à l'échelle de toute la population**, en raison de performances insuffisantes dans ce contexte.

Un toucher rectal suspect doit conduire à une évaluation complémentaire, y compris lorsque le PSA n'est pas élevé.

2 Avant le prélèvement

Quelles situations peuvent modifier transitoirement le PSA ?

Les situations suivantes peuvent augmenter artificiellement le PSA :
- rétention aiguë d'urine
- prostatite bactérienne
- sondage urinaire
- intervention endoscopique
- biopsie prostatique

Dans ces situations, réaliser le dosage à distance : au **minimum après 2 semaines**, voire davantage selon le contexte.
Après biopsie prostatique : attendre au moins 1 mois *(EAU 2026)*.

Ejaculation, vélo, exercice physique : précautions particulières ?

- Éviter l'éjaculation et les exercices physiques intenses, notamment le vélo, pendant environ 48 heures avant le prélèvement *(information patient - European Association of Urology, EAU)*.
- Le toucher rectal n'influence pas significativement le taux de PSA et ne nécessite pas de délai particulier avant le prélèvement *(EAU Guidelines on Prostate Cancer, 2026)*.

3 PSA élevé ou en augmentation : comment l'interpréter ?

- Avant de retenir une valeur nouvellement élevée, confirmer le PSA après un délai d'au moins 1 à 2 semaines, hors situation susceptible de l'augmenter artificiellement.
- Ne pas interpréter uniquement une valeur isolée : **l'évolution du PSA dans le temps est également importante.**
- **Une augmentation confirmée de plus de 30 %** par rapport à la valeur antérieure doit conduire à envisager une démarche diagnostique.
- À partir d'un PSA de **3 µg/L**, il paraît adapté de proposer un avis urologique afin d'évaluer l'intérêt d'une démarche diagnostique individualisée, même s'il n'existe pas de seuil unique consensuel.

Quelle place pour le PSA libre ?

• Selon l'AFU 2024–2026, le **PSA libre** n'a plus d'intérêt diagnostique dans la stratégie actuelle.
• L'évaluation initiale repose sur le PSA total, le toucher rectal et les facteurs de risque cliniques.
• Si le risque est jugé plus élevé, l'évaluation peut être complétée par la densité du PSA(*), un calculateur de risque et/ou une IRM prostatique multiparamétrique.

(*) La densité du PSA correspond au rapport entre le PSA total et le volume de la prostate.

Quelle place pour l'IRM prostatique?

• L'IRM n'est pas un examen de dépistage de première intention.
• Elle intervient lorsque le risque de cancer cliniquement significatif est jugé plus élevé, notamment après prise en compte du PSA, du toucher rectal, des facteurs de risque et de la densité du PSA.
• Elle est recommandée avant une première biopsie afin de mieux identifier et cibler les lésions suspectes.
• Un toucher rectal suspect peut justifier une IRM même si le PSA n'est pas élevé

4 Situations particulières

Comment interpréter le PSA sous finastéride ou dutastéride ?

Ces traitements diminuent le PSA d'environ 50 % après 6 mois, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation.

• **Finastéride** : après 6 mois ou plus de traitement, le PSA mesuré peut être approximativement multiplié par 2 pour être comparé aux valeurs de référence d'un patient non traité.
• **Dutastéride** : un nouveau PSA de référence est établi après 6 mois de traitement, puis l'évolution est surveillée par rapport à ce niveau.

Dans les deux cas, toute augmentation persistante ou confirmée du PSA sous traitement doit être évaluée.

Quelle place pour les autotests PSA ?

Au-delà de la fiabilité variable de certains tests, le PSA doit être interprété en fonction de l'âge, des facteurs de risque, des traitements et du contexte clinique. Il ne s'interprète pas comme un simple résultat positif ou négatif.

Un autotest ne devrait pas se substituer à un dosage réalisé en laboratoire et interprété dans un cadre médical.

Quelle cinétique du PSA après prostatectomie, radiothérapie ?

European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Prostate Cancer, 2026 – Follow-up.

Après prostatectomie radicale
• Le PSA doit devenir indétectable, généralement dans les 2 mois suivant l'intervention.
• Le suivi repose ensuite, en règle générale, sur un dosage du PSA tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuellement.
• Toute réascension confirmée du PSA doit être interprétée dans le cadre du suivi oncologique.

Après radiothérapie
• La prostate restant en place, le PSA ne devient pas nécessairement indétectable. Il diminue progressivement jusqu'à atteindre son niveau le plus bas, appelé nadir, parfois après 3 ans ou davantage.
• Un nadir <0,5 µg/L est associé à un pronostic favorable, même si le seuil optimal reste discuté.
• Une récidive biologique est classiquement définie par une augmentation du PSA de 2 µg/L ou plus au-dessus du nadir.

Sources principales : recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU) 2024–2026 et de l'European Association of Urology (EAU) 2026

Movember chez nos partenaires hospitaliers

À l'occasion de Movember, l'Institut Jules Bordet propose une rencontre autour des cancers masculins et de la sexualité.

Cancers masculins & sexualité : parlons-en !
30 novembre 2026 à 18 h | En ligne | Gratuit
Sur inscription

Découvrir l'événement

