
Histoire naturelle du K de prostate **15 ans d'expectative armée chez 648 patients**

Le cancer de la prostate est la 2^o cause de mortalité par cancer chez l'homme. Son dépistage est donc tentant. On dispose de moyens simples et relativement fiables pour cela. Par contre les examens et traitements qui en découlent ont des effets notables sur la qualité de vie, la morbidité et la mortalité. Pour savoir s'il y a malgré tout un bénéfice, il faudrait disposer d'études contrôlées comparant en terme de qualité de vie, de morbidité et de mortalité le traitement radical au stade précoce et la simple expectative. En l'absence d'essai de ce type, le suivi de cohorte peut apporter des informations, mais de moindre niveau de preuve. La principale de ces études est d'origine suédoise; on avait déjà eu les résultats du suivi à 5 ans et à 10 ans de 648 patients diagnostiqués en dehors de tout dépistage, et soumis à un suivi simple, avec un traitement uniquement en cas de symptômes. Un article¹ récent nous relate le devenir de ces patients après 15 ans de suivi.

Cette étude a donc suivi pendant 15 ans 648 patients d'une région suédoise, porteurs d'un cancer de la prostate à tous les stades, diagnostiqués entre 1977 et 1984 à une moyenne d'âge de 72 ans. Il y a eu au total en 15 ans 541 décès dont 201 par suite du cancer de prostate soit 37%. Cette proportion était de 44% pour les patients de moins de 60 ans au moment du diagnostic, et 25% pour ceux de plus de 80 ans. 300 patients avaient un cancer localisé (T0-T2); 33 (11%) sont morts de leur cancer. Dans ce groupe, 77 patients ont eu un traitement initial (irradiation, estrogène, anti androgène, orchidectomie...) et 223 n'ont eu qu'un traitement différé en cas de symptômes ou d'évolution (estrogène ou orchidectomie). La mortalité par cancer est sensiblement identique dans les deux groupes. 183 patients avaient une maladie localement avan-

cée (T3-T4) sans métastases au diagnostic: 44 (24%) sont morts de leur cancer et 13 de complications iatrogènes. 159 patients avaient des métastases au moment du diagnostic; seulement 4 (3%) étaient vivants à 15 ans. La survie corrigée après 15 ans (en ne tenant compte que de la mortalité par Kc de la prostate) était de 81% pour les Kc T0-T2, de 57% pour les T3-T4 et 6% pour les Kc avec métastases au moment du diagnostic.

Dans les sous groupes il faut noter une mortalité par cancer plus élevée avant 70 ans (14%) qu'après (9%) chez les 223 malades avec Kc localisé T0-T2; et une mortalité par cancer liée au degré de différenciation histologique: 148 hautement différencié, 6%; 66 moyennement différencié, 17%; 9 faiblement différencié, 56%.

Les auteurs concluent que les patients porteurs d'un cancer localisé de la prostate ont un taux de survie corrigée de 80% après 15 ans, que le patient ait eu ou non un traitement à la phase initiale. Ils plaident de ce fait pour une attitude non agressive. L'éditorial² qui accompagne cette étude soulève d'autres questions. Pourquoi la mortalité est-elle plus élevée en Suède qu'aux USA (+21%) et dans beaucoup d'autres pays? Prise en charge plus tardive de ces patients liée au scepticisme thérapeutique? Pourquoi la mortalité par cancer de la prostate aux USA a-t-elle diminuée de 6,3% entre 1971-90 et 1991-95, alors que l'incidence de ce cancer doublait. Le dépistage largement utilisé aux USA est très vraisemblablement à l'origine de l'augmentation de l'incidence; est-il aussi à l'origine de la baisse de la mortalité? L'éditorialiste conclut que l'attitude attentiste est possible chez les patients ayant une espérance de vie de moins de 10 à 15 ans, chez les patients asymptomatiques dont la tumeur ne permet pas un traitement radical, et chez quelques patients où la tumeur est très localisée et qui ont d'autres critères biologiques ou histologiques de bon pronostic.

Mais peut-on comparer les populations suédoises et américaines? N'est-il pas urgent de faire un essai randomisé: les discordances entre auteurs, les controverses persistantes³ malgré un consensus contre le dépistage systématique le rendent éthiquement tout à fait licite et seul à même de résoudre la question.

1- Johansson J-E., Holmberg L., Johansson S., Bergström R., Adami H-O. Fifteen-years survival in prostate cancer. A prospective, population-based study in Sweden. JAMA 1997;227;6:467-497

2- Walsh P.C., Brooks J.D., The swedish prostate cancer paradox. JAMA 1997,277,6:497-498

3- McNaughton Collins M., Barry MJ. Controversies in prostate cancer screening. Analogies to the early lung cancer screening debate. JAMA, 1996, 276, 24, 1976-1979

Numéro 54 du 20 mars 1997