

## Controverses dans la prise en charge du cancer localisé de la prostate

L'incertitude règne dans le domaine de la prise en charge du cancer localisé de la prostate. Dans un éditorial le BMJ<sup>1</sup>, à partir de l'analyse d'une étude montrant la diversité des pratiques des urologues britanniques<sup>2</sup>, résume bien « les controverses et le chaos » qui règnent à ce sujet au Royaume Uni, mais aussi ailleurs.

Savage a interrogé 247 urologues britanniques. **Pour un cancer localisé peu différencié**, avant 70 ans 9 sur 10 sont en faveur d'une attitude active ( 5 par irradiation, 3 par prostatectomie radicale, et 1 avec traitement hormonal immédiat). Au dessus de 70 ans, 3 recommandent une attitude active, le plus souvent une irradiation.

**Pour les cancers localisés bien différenciés** dont le pronostic est bon sans traitement, 4 recommandent malgré tout chez l'homme de moins de 70 ans une prostatectomie radicale et 3 une irradiation. Après 70 ans, 7 sur 10 sont en faveur d'une simple surveillance.

En contradiction avec ces attitudes, **le dépistage** n'est crédité d'un bénéfice sur la survie que par 1/4 des urologues.

Que faire face à ces divergences? Savage recommande des standards de pratique. Mulley et Barry sont réticents: l'absence de données validées risquerait de fonder les standards plus sur un dogme que sur des faits. Un panel de l'American Urological Association conseille de présenter aux patients les alternatives thérapeutiques, et de prendre en compte leurs préférences face aux risques et conséquences des traitements sur la qualité de vie.

Ces divergences mises en évidence dans cette étude ont sans doute deux explications:

- **L'absence de données solides** comme pourrait en apporter un essai randomisé comparant surveillance et traitement actif. Plusieurs essais sont en cours, mais en raison de la longue durée d'évolution de ce cancer, leurs résultats ne seront pas connus avant dix ans.

- **L'importance des facteurs psychologiques** dans nos décisions: la grande diversité des pratiques n'est pas due à une insuffisance d'information comme en témoignent les opinions réservées sur l'efficacité du dépistage; elle est due probablement à la difficulté psychologique d'adopter une attitude attentiste devant une pathologie étiquetée cancer, difficulté qui touche les médecins autant que les patients. C'est dire que l'information du patient sera difficile à conduire, d'autant qu'elle fait intervenir quatre partenaires: le patient, le généraliste et l'urologue, l'entourage (les médias).

**Des recommandations** paraissent cependant souhaitables dès maintenant, à condition qu'elles tiennent compte de l'incertitude des données scientifiques actuelles. C'est ce qu'avait fait l'ANDEM en 1995<sup>4</sup>. Rappelons quelques passages de ces recommandations:

- la décision thérapeutique devant un cancer localisé de la prostate doit tenir compte de l'âge, de l'espérance de vie, du stade de la tumeur, du degré de différenciation histologique et du taux sérique de PSA.

- la prostatectomie radicale entraîne 1 à 5% de mortalité, 26% d'incontinence urinaire, 85% d'impuissance. Ces risques sont moindres avec la radiothérapie externe, mais qui entraîne une rectite dans 11% des cas.

- en fonction des données actuelles, les traitements à visée curative ne sont pas indiqués après 75 ans, ou en cas de comorbidité réduisant l'espérance de vie à 10 ans; entre 65 et 75 ans, il n'existe pas de données montrant une supériorité entre prostatectomie radicale, radiothérapie ou stratégie d'abstention-surveillance; avant 65 ans les traitements à visée curative semblent indiqués; aucun traitement à visée curative n'est indiqué quelque soit l'âge pour les tumeurs de stade T1a (découverte histologique accidentelle, présence d'éléments tumoraux dans 5% des prélèvements), sauf avant 65 ans pour une tumeur peu différenciée. Dans la stratégie d'abstention surveillance, orchidectomie ou traitements hormonaux n'ont pas d'indication.

- dans de nombreux cas la décision doit tenir compte de l'avis informé du patient, ou à défaut prendre en compte l'importance que peuvent avoir pour lui l'espérance de vie et la qualité de vie, en particulier pour ce qui concerne sa vie sexuelle et sa continence urinaire.

Cette dernière phrase, essentielle ici, est sans doute la plus difficile à mettre en œuvre.

**Est-il alors justifié de dépister ce cancer?** Nous tenterons de faire le point la semaine prochaine

1 - Mulley AG, Barry MJ. Controversy in managing patients with prostate cancer. BMJ, 1998, 316, 1919-20

2 - Savage P. et al. British urological surgery practice. Br J Urol. 1997, 79, 749-755

3 - Histoire naturelle du cancer de la prostate. 15 ans d'expectative armée chez 648 patients. Bibliomed, 1997, 54

4 - ANDEM. Traitement du cancer localisé de la prostate. ANDEM, Recommandations et références médicales 1995, T1, 125-151; et in Conc. Med. , 1996, 118, 547-552 et 835-840.

**Mots clé:** cancer, prostate, traitement, décision, stratégie

*Numéro 114 du 24 septembre 1998*

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)