

Faut-il dépister le cancer de la prostate ?

Le dépistage du cancer de la prostate (KP) reste un important sujet de controverse. Le dépistage par PSA est recommandé par l'American Cancer Society, mais ni par l'US Preventive Services Task Force ni par le Groupe Canadien sur l'examen médical périodique. Pour les partisans, le KP est la deuxième cause de mort par cancer chez l'homme, on dispose avec le TR et le PSA de tests de dépistage faciles, les méthodes thérapeutiques du cancer localisé sont bien établies. Pour les non partisans les performances des tests demandent à être précisées, le bénéfice du dépistage est incertain sur l'espérance de vie, médiocre sur la qualité de vie. Nous tenterons de faire le point à partir de deux synthèses américaines ^{1,2} fondées sur une recommandation de l'American College of Physicians (ACP) ³ et d'une synthèse canadienne ⁴.

Le dépistage est-il bénéfique sur la mortalité ?

Seule une étude contrôlée randomisée comparant après dépistage, sur une durée suffisante, un groupe traité et un groupe non traité, permettrait de connaître l'utilité du dépistage. Les données dont on dispose sont indirectes, concernant l'histoire naturelle:

- l'étude suédoise de Johansson: chez 300 patients porteurs d'un KP localisé asymptomatique, la survie à 15 ans était de 80%, chez les 223 n'ayant été traités que lors de l'apparition de symptômes, comme chez les 77 ayant eu un traitement actif d'emblée. Cette étude de suivi, non randomisée, ne permet donc pas de répondre à la question de l'utilité du dépistage. Elle confirme cependant que la maladie peut être bénigne dans de très nombreux cas.

- les données d'autopsie suggèrent que 30% des hommes ont un KP latent, qui se développe tard dans la vie et le plus souvent n'affecte pas la survie: on meurt souvent avec et non par un cancer de la prostate.

Le dépistage est-il bénéfique en terme de morbidité et de qualité de vie ?

- La morbidité consécutive aux traitements du KP localisé est importante. Pour la chirurgie radicale, on note une mortalité immédiate de 0,5%, un risque d'incontinence

urinaire de 30%, et un risque d'impuissance de 20 à 85%. La radiothérapie entraîne 8 à 43% de problèmes intestinaux, 40 à 67% d'impuissance, 1 à 2% d'incontinence.

- restent à évaluer la morbidité liée à la biopsie de prostate nécessitée par les nombreux faux positifs des tests.

Quelle est la fiabilité des tests de dépistage ?

- Les études concernant le PSA ont montré 66% de biopsies positives pour des taux > 10 ng/l, 22% pour des taux entre 4 et 10 ng, 22% pour des taux entre 2,6 et 4 ng.

- Le PSA est le plus sensible des tests non invasifs, et les tumeurs détectées par ce test sont cliniquement significatives. Dans la Physician's Health Study, les KP diagnostiqués dans les 4 ans de suivi avaient un taux de PSA > 4 ng dans 73% des cas à l'examen initial

- TR et PSA ont une faible spécificité. Si un examen couplé était pratiqué pour dépister tous les hommes de plus de 50 ans, 15 à 40% des hommes testés, selon l'âge, devraient avoir une biopsie de prostate.

- La valeur prédictive positive se situe, suivant les études, entre 15 et 21% pour un des deux tests anormal, et entre 38 et 50% pour les deux.

L'ACP conclut³ que l'imperfection des tests, l'absence de données sur le bénéfice à attendre du dépistage font qu'il n'y a de certitude ni pour, ni contre celui-ci, particulièrement entre 50 et 69 ans. Et la recommandation est celle-ci « plutôt qu'un dépistage systématique, les médecins doivent décrire les bénéfices potentiels et les risques connus du dépistage, du diagnostic et du traitement, écouter les préoccupations du patient, et ainsi individualiser la décision de dépister ». Les éléments de cette discussion sont résumés dans le tableau ci-dessous. Les auteurs s'interrogent sur la mise en oeuvre de

Avant tout test de dépistage du cancer de la prostate, le patient doit être informé sur les points suivants:

- le cancer de la prostate est un important problème de santé
- les bénéfices du dépistage et des traitements radicaux n'ont pas encore été prouvés
- TR et PSA ont tous les deux des faux positifs et des faux négatifs
- la probabilité que le test de dépistage débouche sur des examens complémentaires invasifs est élevée
- une thérapie agressive est nécessaire pour obtenir un bénéfice pour une tumeur dépistée
- un petit risque de mort initiale, un risque significatif de troubles chroniques, spécialement en regard des fonctions sexuelles et urinaires, sont associés à ces traitements
- une détection précoce peut sauver des vies et éviter des troubles futurs liés au cancer

Le dosage de routine du PSA est inapproprié sans une discussion franche de ces données.

1 - Stern S, Atkorn D, Levinson W. Detection of prostate and colon cancer. JAMA, 1998, 280, 2, 117-118

2 - Levinson W et al. Cancer screening. Ann Int Med, 1998, 129, 212-20

3 - American College of Physicians. Screening for prostate cancer. Ann Int Med, 1997, 126, 480-4

4 - Ellison LF et al. Maladies chroniques au Canada. X. Cancer de la prostate. Santé Canada, 1998, 19, 1-28

Mots clé: cancer, prostate, dépistage, décision, stratégie

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