

Cancer de la prostate non localisé. Suppression androgénique. Quelle méthode?

L'utilité de la suppression androgénique sur l'espérance de vie dans le cancer de la prostate non localisé n'est pas discutée. Les méthodes sont diverses: diethylstilbestrol (DES), orchidectomie, agonistes de la LHRH (AG-LHRH), antiandrogènes (AAD), ces derniers agissant sur les androgènes testiculaires et surrénaliens. De nombreuses questions restent en suspens. Quelle est l'efficacité comparée des divers moyens sur l'espérance et sur la qualité de vie ? Y a-t-il intérêt à associer castration chirurgicale ou hormonale à des AAD pour un blocage androgénique maximal (BAM) ? Doit-on mettre en oeuvre ces méthodes de façon précoce ou retardée, lors de l'apparition de symptômes, pour réduire les effets secondaires et leurs inconvénients sur la qualité de vie ? Deux méta-analyses viennent de paraître et apportent des éléments de réponse.^{1,2}

La comparaison entre les diverses méthodes en monothérapie a fait l'objet de la première méta-analyse, regroupant plus de 6600 patients, la plupart avec métastases, dans 24 essais:

- **orchidectomie vs DES**: (3 essais, 1302 patients);
- **AG-LHRH vs orchidectomie** (10 essais, 1908 p.).
- **AAD vs Orchidectomie, DES, AG-LHRH**. 8 essais (2717 p.) concernaient des AAD non stéroïdiens, flutamide ou bicalutamide, mais aucun le nilutamide. 5 essais (1123 p.) concernaient un AAD stéroïdien, le cyprotérone. Divers critères ont été analysés:
 - La durée de survie n'est pas significativement différente entre DES, orchidectomie, AG-LHRH. Par contre avec les AAD non stéroïdiens, la survie est légèrement réduite, à la limite de la significativité.
 - La durée de survie sans progression de la maladie ne montre pas de différence significative entre les traitements, ni le temps d'échappement au traitement.
 - Les arrêts de traitement pour effets adverses étaient moins fréquents avec AG-LHRH (0 à 4%) qu'avec AAD (4 à 10%), surtout avec le flutamide.
 - La qualité de vie n'a pas été étudiée à travers des données qui permettent de conclure. Si en cas de choix proposé entre orchidectomie et AG-LHRH, 31% choisissent l'orchidectomie, on n'a pas de données sur les perceptions du patient après traitement.

Aucun des bénéfices observés n'est significatif. Avec le **BAS** la survie est sensiblement équivalente selon les méthodes, les AAD semblant un peu moins performants. Le **BAM** semble de plus en plus utilisé. Son bénéfice est très limité, uniquement avec les AAD non stéroïdiens. Le cyprotérone semble devoir être évité surtout en cas de risque cardiovasculaire.⁴

Il semblerait logique, vu les différences de coût, de choisir l'orchidectomie. Pourtant 70% des patients préfèrent les AG-LHRH¹. Mais aucune étude n'a été faite sur le vécu à distance des deux méthodes.

Est-il alors possible de **retarder le blocage androgénique** jusqu'à l'apparition des symptômes ? Deux études récentes semblent légèrement en faveur d'un BAS précoce. **Le blocage androgénique peut-il être intermittent** pour améliorer la qualité de vie ? Des études à ce sujet sont en cours avec comme critère survie et qualité de vie^{3,4}. Le choix du patient après information est donc déterminant..

1 - Seidenfeld J et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. Ann Int Med 2000;132:566-5777

2 - Prostate Cancer Trialists' collaborative group. Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. Lancet 2000;355:1491-1498

3 - Vaughn DJ. Hormonal therapy for advanced prostate cancer. Ann Int Med 2000;132:584-585

4 - Reese DM. Choice of hormonal therapy for prostate cancer. Lancet 2000;355:1474-1475

Mots clé: prostate, cancer, traitement, hormone, stratégie

Numéro 188 du 8 juin 2000