



## Prostatectomie et cancer localisé de la prostate. Où en sommes nous ?

On ne sait toujours pas si le traitement chirurgical du cancer localisé de la prostate apporte un bénéfice en termes de survie et de qualité de vie. En 1997 des études observationnelles ne montraient pas de bénéfice face à la simple surveillance. Un essai randomisé semblait nécessaire et éthiquement justifié<sup>1</sup>. Les résultats nous permettraient d'informer nos patients face aux demandes de PSA en vue d'un dépistage. Une étude randomisée suédoise vient de paraître, en deux parties. Nous apporte-t-elle la réponse?

### Une réduction de la mortalité par le cancer.<sup>2</sup>

L'essai avec pour objectif de comparer le traitement chirurgical au simple suivi médical a été mené entre 1989 et 1999, sur 695 patients de moins de 75 ans (moyenne 64 ans), avec au moins 10 ans d'espérance de vie, atteints de cancer localisé de la prostate de stade T1b, T1c ou T2. Ils ont été randomisés entre prostatectomie radicale pour 347, ou un simple suivi médical pour 348. Sur un suivi moyen de 6,2 ans, la mortalité liée au cancer de la prostate était inférieure dans le groupe chirurgie (GC) ( $p=0,02$ ): 16 décès (4,6%) contre 31 décès dans le groupe médical (GM) (8,9%); la mortalité par cause autre était plus importante dans le GC avec 37 décès (10,6%) contre 31 dans le GM (8,9%), la mortalité globale n'étant pas significativement différente ( $p=0,31$ ) entre les 2 groupes: 62 décès dans le GM et 53 dans le GC. Il y avait moins de métastases à distance dans le GC ( $p=0,03$ ): 35 contre 54 dans le GM. Les différences entre les 2 groupes, peu importantes à 5 ans étaient plus nettes à 8 ans.

### Des effets incertains sur la qualité de vie.<sup>3</sup>

Cette partie de l'étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de vie chez les patients des deux groupes, GC ou GM. Les 376 premiers patients, randomisés entre 1989 et 1996 ont été interrogés en 1997, au moins 14 mois après la randomisation. 326 patients ont répondu

Une dysfonction érectile existait 80% du GC vs 49% du GM. Le trouble sexuel était perçu comme moyennement ou très pénible par 56% du GC et 40% du GM.

Une dysurie existait chez 28% du GC et 44% du GM, perçue comme moyennement ou très gênante par 21 et 22%. Une incontinence existait chez près de 50% du GC et 21% du GM, perçue comme moyennement ou très pénible par 29% du GC et 18% du GM.

Sur le plan psychologique, sur 9 variables, le bien être était moyennement ou sévèrement altéré chez 35 et 36% des patients. La perception subjective de la qualité de vie était moyenne ou mauvaise chez 40% du GC et 45% du GM.

Cette étude montre que le traitement chirurgical du cancer localisé de la prostate en réduit la mortalité. L'amélioration, significative après un suivi de 6,2 ans, pourrait être plus marquée avec un recul plus long. Mais la mortalité d'autres causes est augmentée chez les opérés. S'agit-il du hasard ou de complications à long terme de la prostatectomie ? Il n'est pas possible de répondre

La fréquence plus grande de l'incontinence et des dysfonctions érectiles chez les opérés est confirmée. Mais le retentissement sur la qualité de vie subjective n'est pas majeur, les données dans ce domaine sont les mêmes chez les opérés et non opérés, et varient beaucoup selon les personnes.

### Mais cette étude a des limites:

- la technique chirurgicale avec préservation nerveuse n'était pas pratiquée pour tous les patients.
- le nombre de dysfonction érectile chez les patients du GM était plus important que dans des études sur la population générale de même âge (45% vs 32%). Un certain nombre recevaient un traitement antiandrogène (28%). D'autres facteurs que ceux liés directement à la tumeur ne peuvent-ils jouer un rôle<sup>4</sup>, parmi lesquels, le fait de se savoir porteur d'un cancer ?
- surtout parmi les patients de l'étude, 75% avaient une tumeur palpable au TR, 10% seulement avaient été diagnostiqués devant une élévation isolée du PSA. Actuellement 75% des cancers de la prostate diagnostiqués aux USA ont une maladie non palpable. De ce fait, le bénéfice peut être moindre, le temps de latence probable de ces tumeurs (sans doute 5 ans) devant être pris en compte pour apprécier le bénéfice<sup>4</sup>.
- par ailleurs, il n'y a pas d'étude comparant prostatectomie, radiothérapie et simple suivi médical.

Une autre étude randomisée est nécessaire, dans les conditions actuelles du diagnostic. Elle est en cours<sup>4</sup> sur 731 patients, 50% étant issus du dépistage. **Dans l'immédiat** face à une demande de dépistage, au delà de l'information qui doit être objective, la décision appartient au patient. Son choix sera motivé par ses représentations de la maladie, et ce qu'il privilégie face au risque : la durée de vie ou la qualité de vie.

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

2- Holmberg L et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2002;347:781-9

3- Steineck G et al. Quality of live after radical prostatectomy or watchful waiting. N Engl J Med. 2002;347 (11):790-6

4- Walsch PC. Surgery and the reduction of mortality from prostate cancer. N Engl J Med. 2002;347 (11):839-40

**Mots-clé:** prostate, cancer, chirurgie, suivi, essai contrôlé, dépistage, information du patient

Numéro 282 du 14 novembre 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>