



Dépistage des cancers de la prostate et du côlon chez l'homme La pratique est-elle conforme aux données scientifiques ?

Le dépistage systématique du cancer de la prostate (CP) n'a jamais prouvé son efficacité en terme de réduction de mortalité dans un ou des essais randomisés non discutables. C'est notamment pour cela que l'ANAES concluait en 1998 qu'il n'y avait pas lieu de le mettre en oeuvre, même si l'opportunité d'un dépistage ciblé n'était pas remise en cause¹. Ce point de vue est repris dans la plupart des recommandations multidisciplinaires internationales. A l'inverse, l'Association Française d'Urologie, comme d'autres sociétés savantes étrangères spécialisées, vient de recommander ce dépistage chez tous les hommes de plus de 50 ans. Ce problème fait ainsi l'objet de nombreuses controverses à travers le monde.

Le dépistage du cancer colorectal (CCR) par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) a prouvé son efficacité dans des études randomisées de qualité indiscutable, avec une réduction de mortalité de 14 à 33%, ce qui a conduit une conférence de consensus française réunie en 1998 à recommander sa mise en oeuvre généralisée². Cependant, ce dépistage n'est toujours pas opérationnel.

Incertitudes scientifiques, mais large diffusion d'un côté, preuves indiscutables, mais atermoiements de l'autre, la situation est identique dans tous les pays industrialisés. Des auteurs américains ont tenté de comprendre cette incroyable discordance entre les pratiques et les données scientifiques³.

Méthode : les auteurs ont utilisé l'enquête téléphonique annuelle 2001 du CDC d'Atlanta, le *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Un échantillon représentatif de 49315 hommes de plus de 40 ans tirés au sort sur tout le territoire des USA a été interrogé sur le dépistage du CP par dosage du PSA et celui du CCR par RSOS, rectosigmoidoscopie souple ou coloscopie totale.

Résultats : sur les 30000 hommes de plus de 50 ans, 75% avaient fait un PSA pour dépistage du CP, 63% un dépistage du CCR. Le dépistage du CP était plus souvent récent (PSA de moins de 1 an) que celui du CCR (RSOS de moins de 1 an ou endoscopie de moins de 5 ans) : 57% versus 45%. Le taux de dépistages réalisés augmente avec l'âge. 56% des octogénaires ont eu un PSA récent. Parmi les 17000 quadragénaires, 34% ont eu un dosage du PSA, 22% un dépistage du CCR. Par ailleurs, l'endoscopie est plus habituelle que la RSOS chez les hommes dans toutes les tranches d'âge : (44% RSOS, 48% endoscopie). Mais l'étude ne permet pas de distinguer endoscopie de dépistage et de diagnostic, ce qui fait surestimer le taux de dépistage du CCR.

Discussion : La discordance entre les deux dépistages ne peut s'expliquer par une différence de mortalité : celle-ci est comparable (en 2002 aux USA, environ 30000 décès pour chacun des cancers). Par contre le CCR est responsable de la majorité des décès prématurés : 2,5 fois plus que le CP avant 75 ans. Parmi les explications les auteurs proposent :

- une meilleure acceptabilité du dosage sanguin (PSA) que des endoscopies ou de la RSOS.
- une pression médiatique considérable en faveur du dosage du PSA, allant jusqu'à l'émission d'un timbre « dosez votre PSA » par les postes américaines...
- un sentiment de vulnérabilité vis à vis du CP chez les hommes largement informés de l'augmentation de prévalence du CP, alors que celle-ci est liée pour l'essentiel à un dépistage intense.
- enfin le comportement des médecins, prescrivant en routine le PSA, même s'ils sont incertains du bénéfice, influencés eux aussi par la pression médiatique et à l'inverse hésitant à prescrire un dépistage du CCR craignant des résistances de leurs patients.

Les discordances constatées aux USA se retrouvent sans doute chez nous.

Le dépistage du CP est beaucoup plus habituel que celui du CCR, malgré les données scientifiques insuffisantes. Ceci est sans doute lié à la médiatisation, et à des représentations particulières du CP bien analysées dans des études anglosaxonnes⁴. Le rôle du médecin est alors d'apporter une information claire et objective sur les bénéfices incertains dépistage du CP en termes de morbi-mortalité⁴.

Le dépistage du CCR souffre au contraire des hésitations et atermoiements de toutes origines. Plutôt que d'insister sur le manque de sensibilité du test Hémocult®, il vaut mieux rappeler qu'il est le seul à avoir prouvé une réduction de la mortalité. Faut-il rechercher une meilleure sensibilité en promouvant comme aux USA l'endoscopie de dépistage, malgré ses coûts et ses dangers ? En dehors des sujets à risque, cela paraît discutable. La mise en oeuvre du programme de dépistage par RSOS a trop perdu de temps⁵. Elle exige des moyens, et surtout, comme cela a été démontré, une implication forte des médecins généralistes⁶.

Sur ces deux dépistages, un engagement clair de tous, pouvoirs publics et professionnels de santé, une meilleure information de la population sont indispensables pour que la pratique se retrouve en accord avec les données scientifiques.

1- ANAES. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA. ANAES 1998 (115 p.)

2- Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Conférence de consensus de Paris. 29 et 30/1/98.

3- Sirovitch B. et al. Screening men for prostate and colorectal cancer in the United States. JAMA 2003 ; 289 : 1414-20.

4- Collectif. Dépistage du cancer de la prostate. Les représentations sous-jacentes. Bibliomed 2002 ; 283.

5- Noiry JP. Cancer colorectal. De bonnes raisons pour mettre en oeuvre les dépistages. Rev Prescr 1998 ; 187 : 609-23.

6- Collectif. Dépistage du cancer colorectal. Conditions d'efficacité. Place du médecin généraliste. Bibliomed 2003 ; 272.

Mots-clé : dépistage, cancer, prostate, colorectal, information du patient.