

Mots clés :

Prostate  
Cancer  
Dépistage  
Histoire  
naturelle

## Cancer de la prostate traité ou non : quelles données pour le dépistage ?

La controverse sur le dépistage du cancer de la prostate (KcPr) reste vive. D'un côté l'Association Française d'Urologie (AFU) multiplie les campagnes pour le dépistage, de l'autre les instances professionnelles non spécialisées, américaines comme françaises (ANAES), rappellent qu'aucune étude n'en a prouvé le bénéfice en termes de mortalité<sup>1,2</sup>. Les controverses sont liées à des incertitudes sur l'histoire naturelle du KcPr, sur le bénéfice du traitement précoce par rapport au traitement à la phase symptomatique et sur le rapport avantages/inconvénients du traitement précoce. Plusieurs études apportent des données nouvelles. Peut-on en tirer des conclusions solides ?

### Histoire naturelle du cancer de la prostate

Entre 1977 et 1984, une équipe suédoise a recruté 223 patients (âge moyen 72 ans) atteints de KcPr localisés ou décelés lors d'une chirurgie pour adénome (48%). Ils étaient soumis à une surveillance simple, traités en cas de symptômes et ont été suivis en moyenne 21 ans. Les résultats à 15 ans<sup>3</sup> et à 21 ans<sup>4</sup> montrent une survie corrigée (ne tenant compte que de la mortalité par KcPr) passant de 81% à 54%, une survie libre de toute progression passant de 45% à 36%, une survie sans métastase de 77% à 51%. La mortalité par KcPr passe de 15 pour 1000 personnes-années (p-a) dans les 15 premières années à 44 au-delà.

Une étude rétrospective<sup>5</sup>, de moindre niveau de preuve, apporte les données de survie à 20 ans de 767 patients avec KcPr localisé et non opéré, diagnostiqués entre 1971 et 1984, pour 71% des cas lors d'une chirurgie pour adénome. La mortalité par KcPr était de 33‰ p-a avant 15 ans et 18‰ p-a au delà. La mortalité dépendait du score de Gleason : 121‰ p-a sur 10 ans avec un score élevé de 8 à 10, 5‰ p-a sur 20 ans avec un score bas de 2 à 4, intermédiaire entre les deux.

### Que conclure pour notre pratique ?

- **Le KcPr a une évolution qui se juge en décennies<sup>4,5,6</sup>.** C'est en fonction de cette lenteur – donc de l'espérance de vie à 15 ans du patient – qu'il faut peser la décision de traiter un cancer diagnostiqué, à plus forte raison de le dépister. C'est encore à cause de cette lenteur que l'on peut douter de l'intérêt du rythme annuel d'un éventuel dépistage tel que le propose l'AFU.

- **La chirurgie radicale précoce montre un bénéfice à 10 ans pour les KcPr de découverte clinique** sur la mortalité, l'extension locale et les métastases<sup>6</sup>. Mais les chiffres absolus de baisse de mortalité sont modestes et ne concernent pas les patients de plus de 65 ans<sup>4,5</sup>.

- **On ne peut pas appliquer ces données au dépistage par PSA.** Le bénéfice sur la mortalité n'a été prouvé que pour des KcPr de découverte clinique. On ne connaît pas le devenir des tumeurs infracliniques décelées par PSA<sup>9</sup> (dans l'étude suédoise, 5% seulement des cancers avaient été décelés par dépistage). Les résultats de deux grands essais, américain et européen, sont attendus pour 2008. Mais on peut s'interroger sur l'explosion d'incidence du KcPr, multipliée par 4 en France entre 1978 et 2000, comme dans tous les pays depuis l'introduction du dépistage par PSA, alors que la mortalité due à ce cancer n'a pas augmenté<sup>8</sup>. Ainsi actuellement le risque de surdiagnostic justifie la prudence pour éviter de créer une morbidité injustifiée<sup>8</sup>.

### Comparaison traitement radical et expectative

De 1989 à 1999, une équipe scandinave<sup>6</sup> a recruté 695 hommes (âge moyen 65 ans) atteints d'un KcPr localisé, et les a randomisés en deux groupes : prostatectomie totale ou surveillance armée. Les différences de résultats entre les groupes, chirurgie et surveillance, évoluent au fil des ans : le plus souvent non significatives à 5 ans, elles s'accroissent par la suite. A 10 ans, la mortalité spécifique par KcPr était de 9,6% dans le groupe chirurgie vs 14,9% dans le groupe surveillance, soit une réduction relative de risque (RRR) de 44%, la mortalité globale de 27% vs 32% (RRR=26%), les métastases de 15,2% vs 25,4% (RRR=40%), la progression locale de 19,2% vs 44,3 (RRR=67%).

La chirurgie radicale précoce ne s'accompagne d'un bénéfice significatif que chez les patients de moins de 65 ans. En chiffres absolus, la réduction de la mortalité est modeste, les chiffres sont plus importants pour les métastases et la progression locale. Ceci doit être pris en compte pour l'information du patient pour la décision<sup>6</sup>.

#### Références :

1. Collectif. Faut-il dépister le cancer de la prostate ? *Bibliomed*. 1998; 115.
2. Collectif. Les règles de base d'un dépistage. *Bibliomed*. 1999; 157.
3. Collectif. Histoire naturelle du cancer de prostate. 15 ans d'expectative armée chez 648 patients. *Bibliomed*. 1997; 54.
4. Johansson JE et al. Natural history of early, localised prostate cancer. *JAMA*. 2004; 291: 2713-9.
5. Albertsen PC et al. 20-year outcomes following conservative management of clinically localised prostate cancer. *JAMA*. 2005; 293: 2095-2101.
6. Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med*. 2005; 352: 1977-84.
7. Sox HC, Mulrow C. Should benefits of radical prostatectomy affect the decision to screen for early prostate cancer. *Ann Int Med*. 2005; 143: 232-3.
8. Remontet L et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epid Santé Publique*. 2003; 51: 3-30.
9. Gann PH, Han M. The natural history of clinically localised prostate cancer. *JAMA*. 2005; 293: 2149-51.