

Mots clés :

Cancer de
la prostate
Traitement
Décision
PSA

Traitement du cancer de la prostate : partager la décision

La stratégie thérapeutique optimale du cancer de la prostate localisé n'est pas encore établie, entre surveillance active, prostatectomie radicale, radiothérapie et autres (*Bibliomed xx*). Ce ne sont donc pas les critères risques/bénéfices comparés qui fondent les choix de traitement mais ceux du médecin consulté ou divers critères psychosociaux : le patient est confronté à des conseils médicaux parfois conflictuels (chirurgien, radiothérapeute, oncologue...) ¹⁻⁴, ceux de divers média et ceux de parents ou d'amis, l'exposant à des regrets ultérieurs quant aux choix effectués... Le médecin de famille pourrait (devrait ?) avoir un rôle privilégié à ce moment crucial, comme l'ont analysé ces publications récentes ¹⁻⁴.

Comment est prise la décision initiale ?

L'équipe pluridisciplinaire américaine ¹ a analysé les données du registre SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*) des patients Medicare et identifié près de 90 000 hommes chez qui le diagnostic de cancer localisé de la prostate a été fait à l'âge de 65 ans ou plus entre 1994 et 2002 : 21% avaient eu une prostatectomie radicale, 42% une radiothérapie, 17% des antiandrogènes, 20% une surveillance. Au moment du diagnostic, 50% de ces patients avaient consulté un urologue exclusivement, 44% un urologue et un radiothérapeute, 3% un urologue et un oncologue médical et 3% les 3. Il existait une association forte entre le type de spécialiste consulté et le choix thérapeutique initial. Un patient sur 5 ou 6 seulement avait consulté un généraliste entre le diagnostic et le début de la thérapeutique et quels que soient l'âge, les comorbidités existantes ou le spécialiste consulté, ces hommes avaient été plus souvent traités initialement par surveillance simple. Les auteurs concluent que, en raison du manque de démonstration de la supériorité d'un choix thérapeutique sur un autre, il est essentiel de s'assurer que les hommes concernés ont bien eu accès à une information complète avant de débiter un quelconque traitement.

Dans l'éditorial très argumenté (il ne s'agit pas d'argument d'autorité) qui accompagne cet article ², M. Barry rappelle que les choix thérapeutiques sont multiples et que la seule étude randomisée (scandinave) comparant prostatectomie radicale et attente sous surveillance a montré des résultats équivalents en termes de mortalité spécifique par cancer de la prostate à 12 ans de suivi. L'analyse des effets adverses n'a été faite que de façon très insuffisante. Une étude américaine, *PCIOT*, qui se

termine cette année, a inclus une majorité de patients de « l'ère PSA » alors que la plupart des patients scandinaves avaient un cancer clinique et devrait apporter de nouvelles données. Compte tenu de ce vide de connaissances, le type de médecin que le patient consulte peut influencer indûment son choix. Barry souligne les conflits d'intérêts mis en évidence par l'étude de Jang *et al.* et recommande des consultations pluridisciplinaires incluant des généralistes, seule manière d'informer objectivement les patients et de leur permettre un choix dicté par leurs préférences et non celles des spécialistes consultés.

Comment aider un choix réellement éclairé ?

La revue canadienne ³ confirme les données de l'étude de Jang *et al.* : une proportion considérable des patients prend sa décision selon les recommandations du spécialiste, sans demander un second avis dans plus de la moitié des cas. Les raisons invoquées sont souvent le manque de compétence personnelle à ce sujet, l'anxiété d'assumer les conséquences de la décision et la crainte de « perte de chances » en cas de retard dans le traitement. Pourtant, cette position passive est accompagnée des plus hauts niveaux de regret un an après dans 4 à 19% des cas selon les études, ce taux augmentant avec le temps écoulé depuis le traitement. Les auteurs canadiens concluent que le médecin de famille peut clarifier le choix en encourageant le patient à tenir compte de ses valeurs personnelles, en vérifiant la pertinence des informations dont il dispose, notamment à propos des effets secondaires du traitement, et en informant mieux, le cas échéant, les personnes proches de son entourage qui interviennent plus ou moins directement dans sa décision.

Que retenir pour la pratique ?

Le rôle idéalisé proposé dans ces études d'un médecin de famille conseiller relativement « neutre » au milieu d'un océan de conflits d'intérêts est extrêmement complexe. Notre confrère généraliste canadien ⁴ rappelle que suggérer malgré l'avis de l'urologue un traitement conservateur peut être pour le moins inconfortable, voire dangereux. Il suggère de discuter ouvertement des pires scénarios possibles avec le patient pour l'aider à prendre sa décision (effets secondaires envisageables, risque de se retrouver en phase métastatique, etc.)

La question « centrale » est aujourd'hui celle du dépistage : Il faut envisager avec le patient, avant même de rédiger l'ordonnance, tout ce qu'implique un PSA positif. Dans le moment émotionnel intense qu'est la première évocation du diagnostic de cancer, la situation devient difficilement contrôlable.

Références

- 1- Jang TL, Bekelman JE, Liu Y, Bach PD, Basch EM, Elkin EB *et al.* Physician Visits Prior to Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. *Intern Med Arch.* 2010;170:440-50.
- 2- Barry MJ. The Prostate Cancer Treatment Bazaar. *Intern Med Arch.* 2010;170:450-2.
- 3- Bernie K, Robinson J. Helping patients with localized prostate cancer reach treatment decisions. *Can Fam Physician.* 2010; 56:137-41.
- 4- Ladouceur R. Ah ! Si nous pouvions prédire l'avenir. *Can Fam Physician.* 2010; 56:118.