

Mots clés :

Cancer de
la prostate
Traitement
Décision
PSA

Traitement du cancer de la prostate : sur quoi fonder la décision ?

L'incidence du cancer de la prostate a considérablement augmenté en France comme partout depuis la mise en œuvre du PSA, de 33 pour 100 000 personnes-années en 1985 à 121 en 2005 ; sa mortalité a diminué, de 18 pour 100 000 personnes-années en 1985, à 13,5 en 2005¹. 90% seraient actuellement diagnostiqués au stade localisé². Dans ce contexte, quelles données permettent de fonder la décision thérapeutique initiale sur les bénéfiques et les risques intrinsèques du traitement envisagé ? Un très complet rapport américain de l'Agency for Healthcare Research and Quality analyse les données disponibles².

Bénéfices comparés

En dehors des études de cohorte, 19 essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur près de 15 000 patients au total apportent des données, mais de qualité limitée : peu ont comparé les différentes options, la plupart sont à court terme, aucun n'évalue les nouvelles technologies. La plupart de ces ECR ont été faits avant la montée en charge du dépistage par PSA.

Prostatectomie vs expectative-surveillance : Un seul essai récent (695 patients ; 2008) : à 12 ans, la prostatectomie paraît plutôt bénéfique chez les hommes de moins de 65 ans, indépendamment du PSA ou du stade de Gleason initiaux (décès par cancer de la prostate (12,5% vs 19), métastases à distance (19% vs 26), mais sans modification de la mortalité globale, au prix de troubles urinaires et sexuels plus importants. Le risque de mort par le cancer et de métastases était 14 fois plus élevé en cas d'extension extracapsulaire du cancer³.

Prostatectomie vs radiothérapie externe : Dans un seul ECR ancien (106 patients ; 1982), les rechutes sont moins fréquentes à 5 ans après prostatectomie qu'après radiothérapie externe (14% vs 39). La majorité des essais sur la radiothérapie comparent seulement différentes doses ou durée d'irradiation, aucun ne montrant de différences spécifiques mais une morbidité urinaire, sexuelle et rectale qui augmente avec l'irradiation. La curiethérapie n'a jamais été évaluée seule par rapport à la chirurgie ou la radiothérapie externe.

Antiandrogènes seuls ou adjuvants (à la chirurgie ou à la radiothérapie) : ils n'ont pas montré de réduction de mortalité à 5 ans et même une surmortalité par rapport à la simple surveillance.

Les « nouvelles » thérapies n'ont fait l'objet d'aucune évaluation par ECR. Les comparaisons ne peuvent donc

Que retenir pour la pratique ?

La baisse de mortalité due à ce cancer ces 20 dernières années a probablement plusieurs explications : les progrès thérapeutiques mais aussi le surdiagnostic. Si le dépistage peut en expliquer une partie des bénéfiques, c'est au prix d'un surdiagnostic expliquant la divergence des courbes d'incidence et de mortalité.

L'allongement des durées de survie depuis le dépistage par PSA n'est pas un critère décisionnel : celui-ci procurant une avance au diagnostic estimée entre 5 et 15 ans, les hommes dont le cancer est ainsi détecté ont très naturellement une survie dépassant 20 ans du simple fait de ce biais. Cette particularité du cancer de la prostate, sa très longue durée d'évolution, doit toujours soulignée.

La décision, très complexe avant « l'ère PSA », l'est encore plus maintenant, du fait du « prix à payer » demandant une décision vraiment partagée. Nous y reviendrons.

être qu'indirectes, essentiellement à partir de séries de cas : cryothérapie, prostatectomie laparoscopique ou assistée par robotique, ou par ultrasons focalisés de haute intensité, irradiation par protons, ou d'intensité modulée... Aucune de ces thérapeutiques ne peut prétendre être supérieure à une autre.

Risques des différents traitements

Il n'existe pas de données comparatives. Celles qui existent sont très hétérogènes. L'AHQ a évalué ces risques à 5 ans à partir des données Medicare : *incontinence urinaire complète* (14% après chirurgie, 5% après radiothérapie), obligation de *se garnir en permanence* (29 et 4%), *troubles intestinaux* (dont les impériosités : 18 et 33%), *troubles de l'érection* chez environ 3/4 des hommes quel que soit le traitement, mais surtout après chirurgie (OR 2,5 ; 1,6-3,8). Cependant, 8 études de qualité de vie ont montré chez des hommes de plus de 70 ans que moins de 5% étaient insatisfaits du choix fait (estimation fortement corrélée à l'intensité des troubles énoncés ci-dessus), plus de 90% affirmant qu'ils referaient le même, quelle que soit l'option effectivement retenue.

Des indicateurs pronostiques peuvent-ils aider ?

Dans l'ERC prostatectomie vs surveillance, il est montré que le relatif avantage à la chirurgie ne dépend ni de la valeur initiale du PSA, ni du volume de la tumeur, ni de son grade histologique, mais nettement de l'extension extracapsulaire du cancer. Cependant, parmi 767 hommes d'une cohorte pré-PSA (cancer détecté entre 1971 et 1984 ; surveillance simple durant 20 ans ; données 2005), 94% sont décédés, 29% de leur cancer : 7% à 20 ans lorsque le score de Gleason était de 2-4, 53% à 10 ans pour un score de 8-10.

Références

- 1- InVs. Estimation nationale de l'incidence des cancers de 1980 à 2005. Sur www.invs.sante.fr
- 2- AHRQ. Comparative Effectiveness of Therapies for Localized Prostate Cancer. Comparative Effectiveness Review. N°13. Février 2008. Sur www.ahrq.gov
- 3-Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localised prostate cancer. J Nat Cancer Inst. 2008;100:1144-54.