

LE CANCER DE LA PROSTATE

Dépistage et Prévention

La position de l'Association Française d'Urologie (AFU) – octobre 2006

Il est essentiel d'informer la population de l'intérêt d'un diagnostic précoce du cancer de prostate. Dans l'attente du résultat (prévu pour 2008) des études randomisées de dépistage en cours, il est nécessaire de proposer une attitude claire aux hommes concernés par le dépistage.

DEPISTAGE

Depuis 2002, l'Association Française d'Urologie, suivie par l'Académie de Chirurgie préconise le dépistage individuel du cancer de la prostate par la réalisation annuelle d'un dosage du PSA et d'un Toucher Rectal chez les hommes de 50 à 75 ans.

1. *Un problème de santé publique*

Le cancer de la prostate est un problème de santé publique en France. Il concerne chaque année plus de 40 000 nouveaux hommes et est responsable de 10 000 décès environ.

C'est le cancer le plus fréquent en France. Le nombre de nouveaux cas annuels a été multiplié par 4 depuis 1980. Il serait actuellement proche de 50 000 par an. L'incidence du cancer de la prostate a augmenté régulièrement de 5,33% par an de 1980 à 2000. Cette augmentation, qui s'est accélérée dans la période récente, est due à l'allongement de l'espérance de vie, à la diffusion du dosage du PSA et très probablement à des facteurs environnementaux et alimentaires.

Du fait de l'usage plus large du PSA, l'âge moyen au diagnostic a diminué, passant de 74 ans en 1998 à 65 ans en 2003.

Le cancer de la prostate est un cancer d'évolution habituellement lente. L'évolution spontanée d'un cancer de la prostate découvert à un stade de début chez un sujet âgé peut ne pas être responsable de son décès, mais une espérance de vie supérieure à 10-15 ans lui laisse le temps de s'exprimer. Par ailleurs, il existe des cancers de prostate à évolution beaucoup plus rapide, avec une fenêtre de curabilité plus courte.

Le cancer de la prostate constitue la 2ème cause de mortalité par cancer (10 004 en 2000, 9500 en 2002 chez l'homme) et la 1^{ère} cause après 75 ans. Malgré l'augmentation de l'incidence, cette mortalité reste stable avec une tendance à la baisse observée dans certains registres du cancer en France comme aux USA et au Canada.

2. *Attitudes actuelles*

Aucun argument ne justifie actuellement le dépistage de masse ou organisé, c'est à dire pour l'ensemble de la population masculine concerné.

En France, le dépistage organisé n'a pas été recommandé par l'ANAES (1998), et ceci pour trois raisons :

- absence de démonstration du gain de survie par une étude randomisée
- morbidité potentielle des traitements
- survenue du cancer chez des hommes majoritairement âgés de plus de 70 ans qui pourraient ne pas décéder de la maladie

Par contre, la plupart des sociétés savantes recommandent un dépistage précoce individuel.

3. *Données scientifiques*

Les études de dépistage, si elles n'ont pas encore fourni de réponse en terme de gain de survie, ont permis de préciser la validité et le mode d'utilisation du dosage de PSA comme test de dépistage et les conditions de biopsie diagnostique de la prostate.

- *Migration du stade au diagnostic* : l'utilisation plus large du dosage du PSA a comme conséquence la révélation de la maladie à un stade plus précoce, et donc curable. Le pourcentage de patients avec métastases ou PSA supérieur à 50 est de 6% en 2002 pour 23% en 1995.
- *Efficacité des traitements* : des traitements efficaces existent qui, appliqués au début de la maladie, vont guérir le patient. Un bénéfice au traitement par rapport à la surveillance a été démontré après 8 ans de suivi sous forme d'une réduction significative de la mortalité globale, de la mortalité spécifique liée au cancer et du risque de métastases à distance ou de progression de la tumeur.
Ces traitements ont des effets secondaires potentiellement délétères qui peuvent altérer la qualité de vie et dont le coût n'est pas négligeable. Les améliorations des techniques chirurgicales et radiothérapeutiques ou l'arrivée de techniques nouvelles comme les ultrasons focalisés de haute intensité (Ablatherm) ou la curiethérapie permettent de limiter de façon très nette les effets secondaires attendus et la morbidité des traitements proposés. Le taux d'incontinence rapporté ces dernières années devient faible et la qualité de vie est préservée, avec une meilleure prise en charge des conséquences sexuelles.
- *Risques de sur-diagnostic et de sur-traitement* : le sur-diagnostic correspond au diagnostic d'un cancer non évolutif qui n'aurait pas été diagnostiqué durant la vie du patient en dehors d'un protocole de dépistage ou encore au diagnostic d'un cancer qui n'aurait pas induit le décès du patient s'il était resté non traité. Cette hypothèse d'un sur-traitement reste très théorique pour un patient de moins de 70 ans sans maladies associées et dont l'évolution spontanée du cancer peut conduire au décès. 75% des patients atteints d'un cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans et non traités vont décéder de leur cancer. Le risque de sur-traitement ne se conçoit donc essentiellement que pour des personnes âgées atteintes de tumeurs non palpables et peu agressives.
- *Les études de dépistage* : les résultats sur la mortalité et la qualité de vie des études de dépistage ne seront publiés qu'à partir de 2008. Pour l'instant, les résultats à 10 ans des études randomisées pilotes de Rotterdam, préalables à l'ERSPC, montrent sur des effectifs faibles une diminution importante de la mortalité par cancer dans le bras dépistage. Dans la cohorte de patients pris en charge avant la mise en route des études de dépistage, le taux de tumeur découverte à un stade métastatique était de 24% alors qu'il est de 0,6% depuis la mise en route du dépistage.

4. Les propositions de l'Association Française d'Urologie

- Une information claire et loyale de la population sur l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate et de ses traitements, ainsi que sur les risques et incertitudes qu'ils génèrent. Un des objectifs est de faire cesser l'inégalité entre ceux qui ont accès à l'information et ceux qui ne l'ont pas ; un diagnostic tardif représente une véritable perte de chance de guérison.
- La recherche de ce cancer dans les populations suivantes :
 - les hommes âgés de 50 à 75 ans (avec une espérance de vie de plus de 10ans), en déconseillant le dépistage chez les patients plus âgés (Recommandation AFU 2002)
 - dès l'âge de 45 ans dans les populations à risque (antécédents familiaux ou origine afro-antillaise).

Ce dépistage individuel du cancer de la prostate s'effectue par la réalisation annuelle d'un dosage du PSA total et d'un Toucher Rectal.

Cette attitude doit progressivement être affinée. L'accent est mis sur l'utilité de l'examen clinique par un toucher rectal et sur la surveillance de la cinétique du PSA.

- La poursuite de la participation française à l'étude randomisée européenne de dépistage ERSPC qui devrait permettre de préciser la cible des patients à dépister, les outils de dépistage les mieux adaptés et définir quelle population pourrait bénéficier d'une option de surveillance avec traitement différé.
- La diffusion aux acteurs de soins des règles de bonne pratique clinique (diagnostic, traitement, suivi) et l'évaluation de ces pratiques.

PREVENTION

Il n'y a pas actuellement de recommandations concernant la prévention du cancer de la prostate. Les hommes doivent être informés des études réalisées et des conseils alimentaires et règles utiles d'hygiène de vie.

Des études suggèrent que le sélénium et la vitamine E pourraient diminuer l'incidence du cancer de la prostate.

L'essai de chimio-prévention PCPT a démontré qu'un inhibiteur de la 5 alpha réductase pouvait prévenir la survenue du cancer avec cependant un risque apparent majoré de cancers de haut risque.

Les messages de l'AFU

- Dépistage individuel annuel par toucher rectal et dosage du PSA total dès :
 - 50 ans et jusqu'à 75 ans
 - 45 ans si facteurs de risque
- Echographie de la prostate et dosage du PSA libre inutiles en première intention