

Dépistage du cancer de la prostate (KP) : Pourquoi ne pas doser le PSA ?

En 2010, que dire à nos patients ?

Flash back

ACP* 1997 et ANAES 1998 (1)

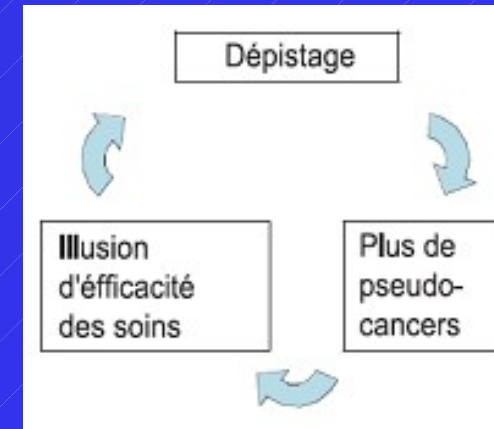
- Pas de dépistage systématique
- Décrire : bénéfices et risques connus
 - Dépistage
 - Diagnostic
 - Traitement
- Ecouter : préoccupations du patient
- Individualiser décision de dépister

2010 : Décision partagée ? ^(2,3,4)

❑ Bénéfice surestimé

o 80 % des hommes interrogés

- 1000 ♂ suivis 10 ans : 10 décès évités
- Pour 41 % = 100 décès évités



❑ PSA recommandé par 75 % MG et 95 % urologues

- o Médecin = seule source d'information → conditionne décision
- o 55 % des patients : préférence non explorée

Parler du dépistage du cancer de la prostate

Quelques informations utiles

KP : une question de santé publique

Encore une

- ❑ Incidence en France : 1.4 cas / 1000
 - 0.1 % < 50 a et 85 % > 65 ans
- ❑ 1^{er} cancer de l'homme > 50 ans en occident
- ❑ Mais rapport incidence / mortalité fort
 - Prostate : 8 / 1
 - Poumon : 1.3 / 1
 - Colon : 2.1 / 1
- ❑ Néanmoins 2^e cause de mortalité par K ♂

Une mortalité tardive⁽³⁾

Sur 1000 hommes suivis de la
naissance à la mort

49 mourront d'un cancer de prostate

	< 50 ans	50-74 ans	> 75 ans
décès	0	7	42

Histoire naturelle du KP localisé ^(5,6)

- ❑ Cohorte > 70 ans ; minorité de décès / K
 - o 5 ans : 7 %, 10 ans : 8.5 %, 20 ans : 16 %
 - o À 20 ans 40 % de T3, 17 % de métastases
- ❑ 15 000 ♂ > 65 ans suivis à 10 ans
 - o 31 % des K diagnostiqués par dépistage

Différentiation histologique	Bonne (75%)	moyenne	Non différencié
† = K	8%	9%	25%
† = autre	60%	57%	56%

Bénéfices du dépistage ? (7)

Essai ERSPC (Europe)

- ❑ 200 000 ♂ (50-75a)
- ❑ suivi moyen 9 ans ½,
- ❑ encore en cours
- ❑ Seul essai a montrer un bénéfice (sur 4 essais randomisés)
- ❑ ⚡ mortalité par KP entre 55 et 69 ans

	RR	IC 95
50-75 a	0.85	0.73-1
55-69 a	0.8	0.65-0.98

- 20 % à 10 ans, c'est bien ?

❑ En pratique : faible ↘ mortalité / KP

o 3.3 † / 1000 ds le groupe témoin 55-69 ans

o 2.6 † / 1000 ds le groupe dépisté 55-69 ans

▪ → NND 1410

❑ Pas d'effet sur la mortalité totale

❑ Bénéfice réel mais faible « d'un point de vue de santé publique »

Que se passe t il pour ces 1410 h :
suivis 9 ans $\frac{1}{2}$? (3,8,9)

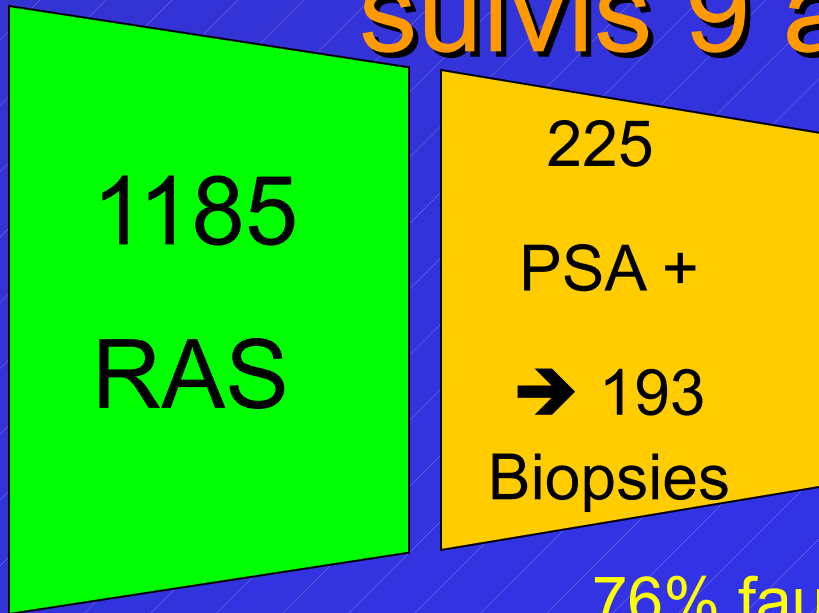
1185
RAS

Quelques uns sont
rassurés à tort ?

(faux négatifs)

Risque :

Que se passe t il pour ces 1410 h : suivis 9 ans 1/2 ? (3,8,9)



76% faux + → Inquiétés à tort

→ Quant est ce qu'on contrôle docteur ?

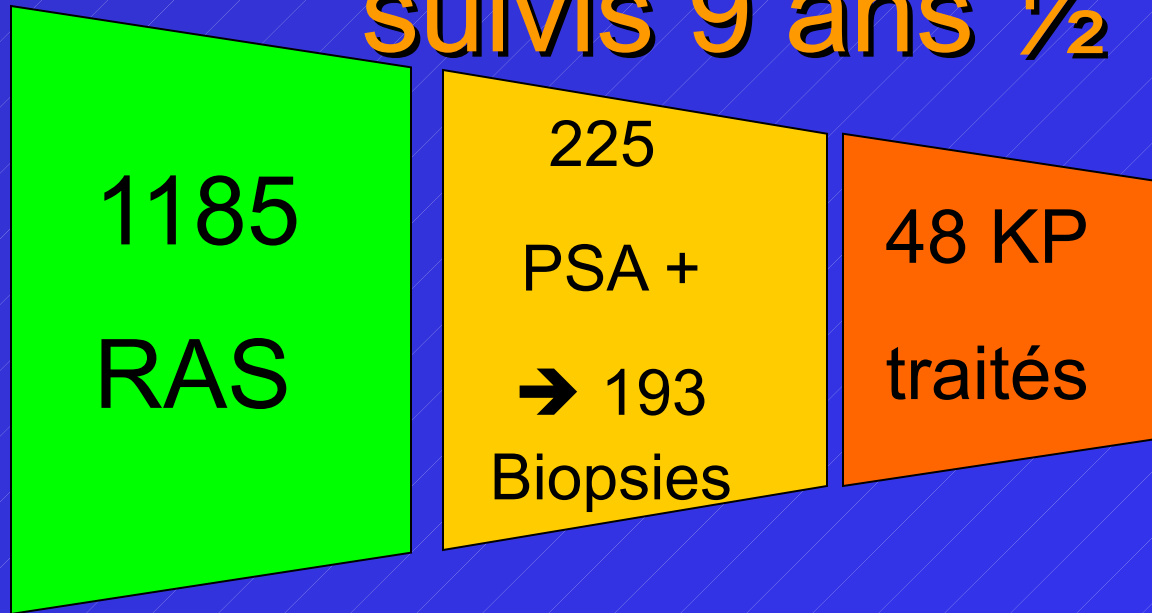
Risque :

Hématurie 15 % - Hémospermie 50 %

Fièvre ou douleur ou rétention ou prostatite 3%

Septicémie 1 % (décès rarissime)

Que se passe t il pour ces 1410 h : suivis 9 ans 1/2 ? (3,8,9)



28 hommes impuissants

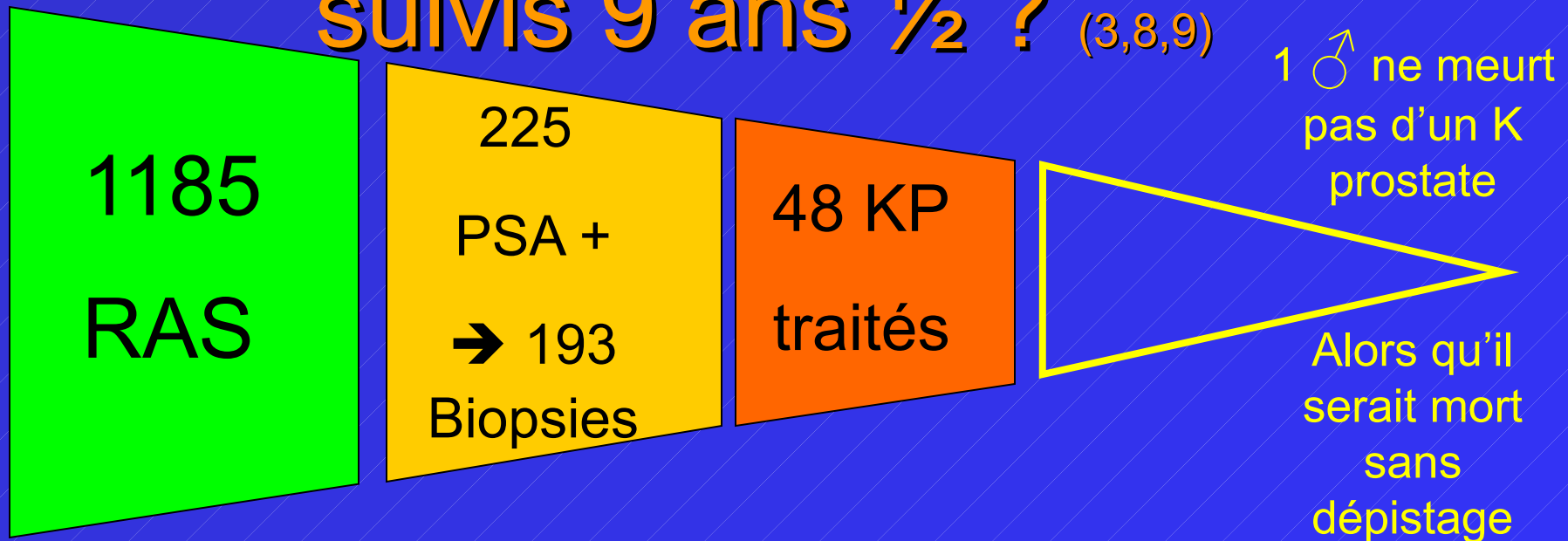
21 hommes ont des troubles urinaires

3 sont totalement incontinents

(ordre de grandeur estimé publication à venir)

Risque :

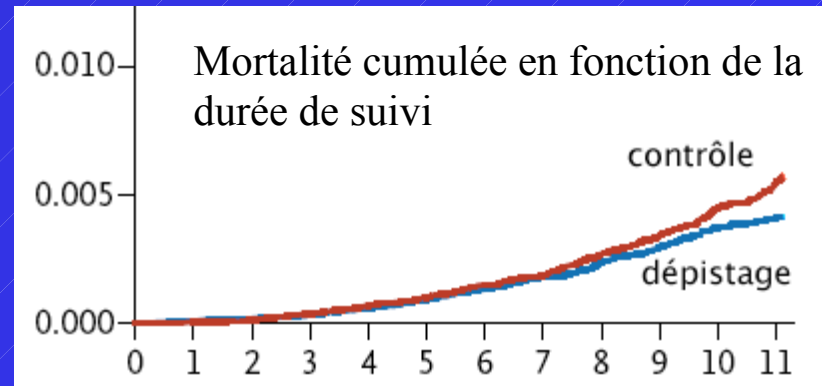
Que se passe t il pour ces 1410 h : suivis 9 ans 1/2 ? (3,8,9)



Risque : 1 seul mort par iatrogénie en amont annule le bénéfice

Et après les 9 ans ? ⁽⁸⁾

□ Hypothèse : Amélioration des performances avec le temps



□ ATTENTION !!!

- o Effectifs de suivi pour les longues durées non connu (significatif ?)
- o Pas de tendance à l'amélioration avec le temps dans l'étude américaine

Le diagnostic par excès: véritable écueil des dépistages ⁽⁷⁾

- ❑ 30 à 80 % des patients diagnostiqués :
pas de conséquence clinique de la
méconnaissance de leur cancer
- ❑ Fréquence des formes localisées, des formes
bien différenciées d'histoire naturelle lente ...
on meure d'autre chose
- ❑ Cellules cancéreuses ≠ cancer évolutif

Alors que faire ?

La réponse du savant ⁽¹⁰⁾

- ❑ Informer voire « dédésinformer »
 - ❑ → s'y préparer
- ❑ Envisager les scénarios avec son patient
 - ❑ → appréhender les risques et leurs échéances
- ❑ information identifiée dans dossier
 - Date, teneur, sources ...
- ❑ Décision sans urgence
 - Appartient au patient
 - Accompagnée

Alors que faire ? La réponse du poète* ... (10)

*« Plutôt que de vous occuper
d'ajouter des années à la vie,
préoccupez-vous donc d'ajouter de
la vie aux années ».*

* Le risque médico-légal est accru avec la réponse du poète !

Bibliographie

1. Dépister le cancer de la prostate, données et incertitudes. Médecine avril 2006, 168-172
2. Cancer de la prostate, la décision de dépistage est-elle vraiment partagée ? Médecine janvier 2010, vol 6 n°1.
3. 18e journée scientifique de l'association pour la Recherche sur les Tumeurs de la Prostate, Les enjeux du dépistage du cancer de la prostate. C. HILL : Le dépistage ... contre ! <http://artp.calliscope.com/2009/index.html>
4. Ethique du dépistage du cancer du sein. Médecine février 2008 vol 4 n° 2, 75-79
5. Evolution naturelle des cancers localisés de prostate chez les seniors La Revue Prescrire Juin 2008 T28 n°296 450-452
6. Cancer localisé de la prostate, peut-on attendre ? Médecine, nov 2009 Volume 5 n° 9
7. PSA et dépistage des cancers localisés de la prostate. La revue prescrire Juin 2009 Tme 29 n° 308 437-442
8. Dépistage du cancer de la prostate : nouveautés 2009 sur le site www.atoute.org/n/article117.html
9. Le dépistage du cancer de la prostate est-il bénéfique ? Médecine oct 2009 355-358
10. Pierre BOTTERO : Le pacte des marchombres