

Bien que controversé, le test de dépistage du cancer de la prostate est de plus en plus prescrit. Certains urologues souhaitent aller plus loin, quand d'autres – et les autorités sanitaires – contestent sa pertinence.

Faut-il dépister le cancer de la prostate ?

Depuis la fin des années 1990, la mortalité associée au cancer de la prostate a diminué dans les pays occidentaux, et notamment en France. Cette maladie, qui frappe les hommes à partir de 55 ans, est le premier cancer, en France, en termes d'incidence, rappelait en juillet 2013, un rapport sur l'évolution du cancer publié par l'Institut national du cancer et l'Institut national de veille sanitaire. Ils estiment qu'en France il y a eu 56 800 nouveaux cas en 2012 et qu'environ 9 000 hommes décèdent chaque année de cette maladie. On la détecte au moyen d'un toucher rectal et d'un dosage sanguin de l'antigène spécifique prostatique (PSA) dont l'usage s'est développé à partir des années 1990. Aujourd'hui, ce dépistage se fait au cas par cas, dans le cadre d'une prescription de l'urologue à son patient. Les autorités sanitaires, en France comme à l'étranger, s'opposent à un

dépistage systématique, en raison d'un rapport défavorable entre les bénéfices et les risques. L'un des découvreurs de l'antigène PSA, lui-même, l'Américain Richard Ablin, affirme que l'utilisation massive qui est faite aujourd'hui de ce test est un « désastre sanitaire », considérant qu'il n'est « pas plus efficace qu'un tirage au sort » [1]. En France, le rapport préparatoire du troisième plan cancer d'août 2013 va même jusqu'à recommander de dérembourser le test PSA, en l'absence de signes cliniques de cancer, pour les patients sans risque élevé. Une proposition vivement combattue par Abdel-Rahmène Azzouzi qui, comme l'Association française des urologues, demande la mise en place d'un dépistage systématique destiné aux hommes âgés de 50 à 75 ans. Son confrère lyonnais, Paul Perrin, défend, lui, le statu quo, dans la lignée de la Haute Autorité de santé.

■ Denis Delbecq

[1] *New York Times*, édition du 9 mars 2010.

Abdel-Rahmène Azzouzi dirige le service d'urologie du CHU d'Angers. Spécialiste de la prise en charge du cancer de la prostate, il est aussi un promoteur de la photothérapie dynamique, technique de thérapie du cancer de la prostate localisé.



Paul Perrin est professeur d'urologie à l'université Claude-Bernard-Lyon-1. Il s'intéresse à l'évaluation de l'échographie prostatique, de la biopsie prostatique et des stratégies diagnostiques du cancer de la prostate.

Les grandes dates

1980

Découverte de la protéine PSA, antigène spécifique prostatique, sécrétée par la prostate et mesurable dans le sang.

1990

Au début de la décennie, les autorités sanitaires en Europe et aux États-Unis autorisent les tests de dépistage de PSA.

2012

L'Agence nationale de sécurité du médicament interdit la vente en France aux particuliers d'autotests de la PSA sanguine.

2013

Le rapport Vernant, dans le cadre du troisième plan cancer, recommande de cesser le remboursement des dosages de PSA.

« L'intérêt d'un diagnostic le plus en amont



Abdel-Rahmène Azzouzi

En France, en 2013, un homme a le droit de savoir s'il est atteint d'un cancer, quel que soit le pronostic. Dans le cas particulier du cancer de la prostate, le dépistage continue d'être source de polémique, en particulier du fait de l'opposition de la Haute Autorité de santé et plus récemment des recommandations pour le troisième plan cancer, le rapport Vernant. Ce dernier est même allé jusqu'à proposer le

déremboursement du test de l'antigène prostatique spécifique (PSA) en l'absence de symptômes. Avec 56 800 nouveaux cas en 2012, le cancer de la prostate est le cancer masculin le plus fréquent ; il tue 9 000 hommes par an en France. Le dépistage tel que proposé par l'Association française d'urologie consiste en un toucher rectal et un dosage sanguin du PSA annuels entre 50 et 75 ans. Aux États-Unis, depuis l'utilisation répandue du dosage du PSA à ces âges, dans les années 1990, la mortalité par cancer de la prostate a diminué,

démontrant clairement l'intérêt d'un diagnostic le plus en amont possible de la maladie.

Thérapies moins agressives. Par ailleurs, l'autre effet évident d'un diagnostic précoce est d'offrir aux patients une marge de manœuvre la plus large possible en termes de stratégie thérapeutique ; en particulier, il donne accès à des options moins agressives que les thérapies radicales et leurs effets secondaires redoutés. Actuellement, il est évident que la prise en charge du cancer de la prostate entraîne un surtraitement

des cas les moins agressifs. Pour améliorer cette situation, il faut discriminer au mieux les cancers à potentiel évolutif nécessitant d'être éradiqués de ceux à progression lente à garder sous surveillance. Les dernières données scientifiques importantes nous apportent des informations fondamentales sur l'évolution de ce cancer en fonction de son agressivité.

Cette meilleure compréhension de l'histoire naturelle du cancer de la prostate est la clé d'une prise en charge optimale individualisée qui n'est réalisable qu'en caractérisant au mieux la maladie. Le

possible a été démontré »

trépid PSA-biopsie-IRM de la prostate représente déjà dans les centres d'expertise le socle indispensable avant toute prise de décision thérapeutique adaptée

le principal effet du dépistage « sauvage », non organisé, réalisé en France a été de faire chuter le taux des cancers les plus agressifs de 50 % à 25 %, tandis que le

une surveillance simple ; puis, en cas de progression de la tumeur, les thérapies focales, centrées sur la partie atteinte de l'organe ; si nécessaire, enfin, les traitements radicaux (ablation, etc.) pour les cancers récalcitrants menaçant la vie du patient.

Cette approche graduelle fine semble répondre aux attentes de la population. Si les recommandations du rapport Vernant étaient appliquées, la prise en charge du cancer de la prostate redeviendrait *de facto* similaire à celle des années 1970 : les patients diagnostiqués à un stade symptomatique ou au mieux à un

stade localement avancé ne pourraient en aucun cas bénéficier d'une approche graduelle de leur prise en charge pour ne se voir proposer, dans les meilleurs cas, qu'un traitement radical sinon d'emblée palliatif. Si le surtraitement est le pendant du dépistage, le sous-traitement sera une conséquence incontournable de l'absence réelle de dépistage. Ainsi, nous en revenons au seul débat pertinent concernant le cancer de la prostate, celui du juste traitement, le dépistage n'étant qu'une variable d'ajustement d'une prise en charge optimale du patient. ■

Le dépistage est un des éléments indispensables avant toute prise de décision thérapeutique adaptée à la maladie

de la maladie. Le dépistage est indissociable de cette nouvelle approche du cancer de la prostate offrant au tandem médecin-malade son allié le plus précieux dans le processus décisionnel : le temps. En vingt ans,

taux des tumeurs les moins agressives passait de 25 % à 50 %.

De ce fait, la maladie étant décelée à un stade plus précoce, la panoplie thérapeutique disponible est graduelle : d'abord

« Les bénéfices d'un dépistage généralisé se



Paul Perrin

La réponse est simple : il ne faut pas dépister ! En France, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis à deux reprises une recommandation contre un dépistage généralisé du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (PSA). Je partage son avis, qui repose sur de solides arguments.

À quoi sert un dépistage de masse ? Il est décidé par une autorité sanitaire pour

organiser la recherche d'un état pathologique potentiellement dangereux. Sa mise en œuvre doit garantir des bénéfices pour la population (baisse de la mortalité globale, amélioration de la qualité de vie, etc.) qui doivent l'emporter sur les inconvénients (complications, effets secondaires délétères, etc.). C'est par exemple le cas du dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans. Ce n'est pas le cas du dépistage PSA du cancer de la prostate, qui présente un rapport bénéfices risques défavorable.

Pour déterminer les bénéfices d'un dépistage, il

convient de se reporter aux essais thérapeutiques. Une vaste étude européenne (ERSPC) sur le dépistage PSA a constaté une baisse de la mortalité du cancer

Au-delà d'un taux de prescription estimé à 50 %, le dépistage n'apporte plus aucun bénéfice à la population

de la prostate de 1 pour 1 000 hommes dépistés, mais aucune diminution de la mortalité globale. De plus, cette étude suggère – comme d'autres – qu'au-delà d'un certain taux de prescription – qu'on

estime proche de 50 % –, le dépistage PSA n'apporte plus de bénéfice à la population. En France, ce taux est déjà supérieur à 50 %, ce qui correspond

à un dépistage massif, même s'il n'est pas organisé. Un accroissement des tests PSA n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire en termes de mortalité par cancer de la prostate. En conclusion,

raient soit inexistantes, soit marginales »

les bénéfices attendus en France seraient soit inexistantes, soit marginales.

Biopsies inutiles. Pour le cancer de la prostate, les effets secondaires négatifs sont surtout la conséquence d'un surdiagnostic, donc d'un surtraitement. Les tumeurs de la prostate ont une capacité à évoluer très variable, et un très grand nombre d'entre elles n'évolueront pas à l'échelle d'une vie humaine.

Comme le test PSA ne permet pas de distinguer les tumeurs évolutives des indolentes, le dépistage conduit à une grande proportion de traitements

inutiles, qui serait, suggèrent les données épidémiologiques, d'environ 50 %. Par ailleurs, ce test peu spécifique génère beaucoup de « faux positifs » et entraîne de nombreuses biopsies inutiles, dont la proportion est évaluée entre 60 % et 70 %.

C'est sur un bilan bénéfices/risques que se discute la légitimité d'un dépistage de masse. L'importante augmentation des tests de diagnostic et des surtraitements conduit à un trop grand nombre d'effets secondaires : l'incontinence, l'impuissance, la surmortalité liée aux traitements, etc. C'est parce

que le dépistage de masse conduit à plus d'inconvénients que d'avantages qu'il a été déconseillé par la HAS.

Le test PSA a apporté un changement très positif dans la prise en charge des cancers de la prostate lorsque les formes métastatiques étaient nombreuses. Cependant, le PSA n'a pas démontré une réelle efficacité à retarder la métastase après le diagnostic. En d'autres termes, il a permis de diagnostiquer des cancers de la prostate avant l'apparition de la métastase, sans pour autant éviter leur apparition au cours du suivi. Et ce n'est pas un emballement de

prescription de tests qui peut apporter un supplément de bénéfice.

La HAS conseille de poursuivre la détection précoce, appelée aussi dépistage individuel, qui reste pratiquée en France, mais aussi d'accentuer le choix de la surveillance active dans la prise en charge première des cancers de la prostate. Cela permettra d'apporter le maximum de bénéfices à la population atteinte de cancer de prostate évolutif avec le moins d'inconvénients possibles tant pour la population saine que pour la population porteuse de cancer peu ou non évolutif. ■