

# Dépistage du cancer de la prostate

## Recommandation finale

[Retour au sommet](#)

### **Fournir aux cliniciens et aux patients des informations importantes pour guider les décisions concernant le dépistage du cancer de la prostate.**

Le groupe de travail américain sur les services préventifs (USPSTF ou Task Force) a examiné les données probantes sur le dépistage du cancer de la prostate fondé sur le PSA et a publié sa recommandation finale. Le groupe de travail est profondément attaché à un processus d'élaboration de recommandations clair et transparent et cette recommandation finale a été éclairée par les commentaires que nous avons reçus sur notre projet de recommandation de la part des experts, des intervenants et du public. Le Groupe de travail recommande aux hommes âgés de 55 à 69 ans de prendre une décision individuelle au sujet du dépistage du cancer de la prostate avec leur clinicien. Le groupe de travail recommande d'éviter le dépistage systématique chez les hommes de 70 ans et plus.



## Recommandations finales

---

### **Hommes âgés de 55 à 69 ans**

Pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, la décision de subir un dépistage périodique du cancer de la prostate basé sur l'antigène prostatique spécifique (APS) devrait être individuelle. Avant de décider s'il y a lieu d'effectuer un dépistage, les hommes devraient avoir l'occasion de discuter des avantages et des inconvénients potentiels du dépistage avec leur clinicien et d'incorporer leurs valeurs et leurs préférences dans la décision.

#### **Recommandation C**

## Hommes âgés de 70 ans et plus

L'USPSTF recommande de ne pas dépister le cancer de la prostate chez les hommes âgés de 70 ans et plus.

### D Recommandation

## Questions fréquemment posées

[Voir toutes les questions](#)

### Qu'est-ce que le groupe de travail recommande aux hommes à risque accru?

Les médecins devraient discuter avec leurs patients afro-américains de leur risque accru de développer et de mourir du cancer de la prostate, ainsi que des avantages et des inconvénients potentiels du dépistage. Les médecins devraient également informer les patients ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate de leur risque accru de développer la maladie. Ceci est particulièrement important pour les hommes dont le père ou le frère est décédé d'un cancer de la prostate ou ont été diagnostiqués à un plus jeune âge.

### Une note C est-elle une recommandation contre le dépistage?

Non, le groupe de travail recommande de ne pas sélectionner tous les hommes âgés de 55 à 69 ans. Les hommes devraient discuter des avantages et des inconvénients du dépistage avec leur médecin afin qu'ils puissent faire le meilleur choix en fonction de leurs valeurs et de leur situation personnelle. Pour les hommes qui sont plus disposés à accepter les préjudices potentiels, le dépistage peut être le bon choix pour eux. Les hommes qui sont plus intéressés à éviter les méfaits potentiels peuvent choisir de ne pas subir de dépistage.

### Comment cette recommandation a-t-elle changé depuis le projet?

En se fondant sur les commentaires publics reçus, le groupe de travail a ajouté plus de renseignements à la recommandation finale concernant les dangers possibles du dépistage et du traitement, y compris les préjudices

psychologiques et les méfaits de la surveillance active. En outre, une nouvelle étude a été publiée depuis le projet de recommandation de 2017 sur le dépistage du cancer de la prostate; des informations sur cette étude ont été ajoutées à la déclaration finale. Dans la déclaration de recommandation finale, il y a une section qui donne un aperçu des thèmes des commentaires publics reçus et de la façon dont le groupe de travail y a répondu.

**Vous êtes ici:** [Home](#) [Recommandations pour la pratique de soins primaires](#) [Recommandations publiées](#) [Recommandation Résumé](#) **Déclaration de recommandation finale: Déclaration de recommandation finale**

## Déclaration de recommandation finale

### *Cancer de la prostate: dépistage*

*Les recommandations faites par l'USPSTF sont indépendantes du gouvernement américain. Ils ne doivent pas être interprétés comme une position officielle de l'Agence pour la recherche et la qualité dans le domaine de la santé ou du Département américain de la santé et des services sociaux.*

Pour plus d'informations sur la recommandation finale sur le dépistage du cancer de la prostate, visitez [www.screeningforprostatecancer.org](http://www.screeningforprostatecancer.org) **Ce lien se trouve hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe .**

Population	Recommandation	Grade (Qu'est-ce c'est?)
Hommes âgés de 55 à 69 ans	Pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, la décision de subir un dépistage périodique du cancer de la prostate basé sur l'antigène prostatique spécifique (APS) devrait être individuelle. Avant de décider s'il y a lieu d'effectuer un dépistage, les hommes devraient avoir l'occasion de discuter des avantages et des inconvénients potentiels du dépistage avec leur clinicien et d'incorporer leurs valeurs et leurs préférences dans la décision. Le dépistage offre un petit avantage potentiel de réduire le risque de décès par cancer de la prostate chez certains hommes. Cependant, de nombreux hommes subiront des dommages potentiels du dépistage, y compris des résultats faussement positifs qui nécessitent des tests supplémentaires et une éventuelle biopsie de la prostate; surdiagnostic et surtraitement; et les complications du traitement, telles que l'incontinence et la dysfonction érectile. Pour déterminer si ce service est approprié dans des cas individuels, les patients et les cliniciens doivent tenir compte de l'équilibre entre les antécédents familiaux, la race / l'origine ethnique, les troubles médicaux concomitants, les valeurs des patients quant aux avantages et aux inconvénients du dépistage et des résultats spécifiques au traitement, et d'autres besoins de santé. Les	C

Population	Recommandation	Grade (Qu'est-ce c'est?)
	cliniciens ne devraient pas dépister les hommes qui n'expriment pas une préférence pour le dépistage.	
Hommes de 70 ans et plus	L'USPSTF recommande de ne pas dépister le cancer de la prostate chez les hommes de 70 ans et plus.	<a href="#">ré</a>

Voir la [section Considérations cliniques](#) pour plus d'informations sur le dépistage des populations à haut risque, y compris les hommes afro-américains et les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate. Pour lire l'énoncé de la recommandation dans *JAMA*, sélectionnez [ici Ce lien est hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe](#).  
 Pour lire le résumé des preuves dans *JAMA*, sélectionnez [ici Ce lien se trouve hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe](#).

[Retournez à la table des matières](#)

- [Préface](#)
- [Raisonnement](#)
- [Considérations cliniques](#)
- [Discussion](#)
- [Mise à jour de la recommandation USPSTF précédente](#)
- [Recommandations d'autres](#)
- [Membres du Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis](#)
- [Droit d'auteur et informations sur la source](#)
- [Les références](#)
- [Table. Effets estimés après 13 ans d'invitations aux tests de dépistage du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 55 à 69 ans aux États-Unis](#)

*Le Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis (USPSTF) fait des recommandations sur l'efficacité des services de soins préventifs spécifiques pour les patients sans signes ou symptômes apparentés. Il fonde ses recommandations sur la preuve des avantages et des inconvénients du service et sur l'évaluation de l'équilibre. L'USPSTF ne considère pas les coûts de fourniture d'un service dans cette évaluation. L'USPSTF reconnaît que les décisions cliniques impliquent plus de considérations que la seule preuve. Les cliniciens doivent comprendre les preuves, mais individualiser la prise de décision pour le patient ou la situation spécifique. De même, l'USPSTF note que les décisions de politique et de couverture impliquent des considérations en plus de la preuve des avantages et des inconvénients cliniques.*

[Retournez à la table des matières](#)

## Importance

Le cancer de la prostate est l'un des types de cancer les plus courants chez les hommes. Aux États-Unis, le risque à vie d'être diagnostiqué avec un cancer de la prostate est d'environ 11% et le risque de mourir d'un cancer de la prostate à vie est de 2,5%. <sup>1</sup>Beaucoup d'hommes atteints d'un cancer de la prostate ne présentent jamais de symptômes et, sans dépistage, ne sauraient jamais qu'ils ont la maladie. Dans les études d'autopsie d'hommes décédés d'autres causes, plus de 20% des hommes âgés de 50 à 59 ans et plus de 33% des hommes âgés de 70 à 79 ans présentaient un cancer de la prostate. <sup>2</sup>Chez certains hommes, le cancer est plus agressif et conduit à la mort. L'âge médian de la mort par cancer de la prostate est de 80 ans, et plus des deux tiers de tous les hommes qui meurent d'un cancer de la prostate ont plus de 75 ans. <sup>1</sup>Les hommes afro-américains ont un risque accru de décès par cancer de la prostate comparé à ceux des autres races / ethnies (4,2% pour les hommes afro-américains, 2,9% pour les hommes hispaniques, 2,3% pour les hommes blancs et 2,1% pour les hommes asiatiques et insulaires du Pacifique) . <sup>1</sup>

## Détection

Le dépistage du cancer de la prostate commence par un test qui mesure la quantité de protéine PSA dans le sang. Un taux élevé de PSA peut être causé par le cancer de la prostate, mais peut également être causé par

d'autres conditions, y compris une hypertrophie de la prostate (hyperplasie bénigne de la prostate) et une inflammation de la prostate (prostatite). Certains hommes sans cancer de la prostate peuvent donc avoir des résultats de dépistage positifs (c.-à-d. Des résultats «faux positifs»). Les hommes ayant un résultat positif au test PSA peuvent subir une biopsie transrectale guidée par échographie de la prostate afin de diagnostiquer un cancer de la prostate.

### **Avantages de la détection précoce et du traitement**

L'objectif du dépistage du cancer de la prostate est d'identifier le cancer de la prostate localisé à haut risque qui peut être traité avec succès, prévenant ainsi la morbidité et la mortalité associées au cancer de la prostate avancé ou métastatique.

Des preuves suffisantes tirées d'essais cliniques randomisés (ECR) montrent que les programmes de dépistage basés sur l'APS chez les hommes âgés de 55 à 69 ans pourraient prévenir environ 1,3 décès dus au cancer de la prostate sur environ 13 ans pour 1000 hommes. <sup>3,4</sup> programmes de dépistage peuvent également prévenir environ 3 cas de cancer de la prostate métastatique pour 1000 hommes examinés. <sup>3</sup> Les résultats actuels des essais de dépistage ne montrent aucune réduction de la mortalité toutes causes confondues due au dépistage. Il y a des preuves insuffisantes pour évaluer si les avantages pour les hommes et les hommes afro-américains ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate âgés de 55 à 69 ans sont différents des avantages pour la population à risque moyen. Il y a aussi des preuves inadéquates pour évaluer s'il y a des avantages à commencer le dépistage dans ces groupes à haut risque avant l'âge de 55 ans.

Des preuves adéquates d'ECR sont cohérentes avec aucun bénéfice du dépistage du cancer de la prostate basé sur le PSA sur la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes de 70 ans et plus.

### **Les inconvénients de la détection précoce et du traitement**

Les inconvénients du dépistage du cancer de la prostate comprennent les effets nocifs du test de dépistage de l'APS et les dommages subséquents découlant du diagnostic et du traitement. Les inconvénients potentiels du dépistage comprennent des résultats faussement positifs fréquents et des dommages psychologiques. Un essai majeur chez des hommes examinés tous les 2 à 4 ans a conclu que, sur 10 ans, plus de 15% des hommes ont eu au moins 1 résultat de test faussement positif. <sup>5</sup> Les complications des procédures de diagnostic comprennent les complications de la biopsie de la prostate, telles que la douleur, l'hématospermie (sang dans le sperme ou l'éjaculat) et l'infection. Environ 1% des biopsies de la prostate entraînent des complications nécessitant une hospitalisation. Les taux de faux positifs et de complications de la biopsie sont plus élevés chez les hommes âgés. <sup>3</sup> Des preuves adéquates suggèrent que les inconvénients des procédures de dépistage et de diagnostic sont au moins faibles.

Le dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS permet de diagnostiquer le cancer de la prostate chez certains hommes dont le cancer n'aurait jamais été symptomatique au cours de leur vie. Le traitement de ces hommes entraîne des préjudices et ne leur procure aucun avantage. Ceci est connu comme un surdiagnostic, et le suivi des grands essais randomisés suggère que 20% à 50% des hommes diagnostiqués avec un cancer de la prostate grâce au dépistage peuvent être surdiagnostiqués. <sup>3</sup> taux de surdiagnostic seraient censés augmenter avec l'âge et d'être plus élevé chez les hommes de 70 ans et plus parce que les hommes plus âgés ont un risque élevé de décès de causes concurrentes.

Les inconvénients du traitement du cancer de la prostate comprennent la dysfonction érectile, l'incontinence urinaire et les symptômes intestinaux gênants. Environ un homme sur cinq qui subit une prostatectomie radicale développe une incontinence urinaire de longue durée nécessitant l'utilisation de compresses, et deux hommes sur trois souffriront d'une dysfonction érectile à long terme. Plus de la moitié des hommes qui reçoivent une radiothérapie éprouvent une dysfonction érectile sexuelle à long terme et jusqu'à un homme sur six éprouve des symptômes intestinaux gênants à long terme, y compris l'urgence intestinale et l'incontinence fécale. <sup>3</sup> Des preuves suffisantes suggèrent que les méfaits du surdiagnostic et du traitement sont au moins modérés.

Des preuves suffisantes montrent que les effets néfastes du dépistage chez les hommes de plus de 70 ans sont au moins modérés et supérieurs à ceux des hommes plus jeunes en raison du risque accru de résultats faux positifs, de dommages dus à la biopsie diagnostique et des effets néfastes du traitement.

### **Évaluation USPSTF**

Le dépistage du cancer de la prostate fondé sur l'APS présente des avantages et des inconvénients potentiels. L'USPSTF ne recommande pas le dépistage du cancer de la prostate à moins que les hommes expriment une préférence pour le dépistage après avoir été informés et compris les avantages et les risques. La décision de subir ou non un dépistage du cancer de la prostate exige que chaque homme incorpore ses propres valeurs au sujet des avantages et des inconvénients potentiels. Les inconvénients potentiels du dépistage, des procédures de diagnostic et du traitement surviennent peu de temps après le dépistage. Bien que les avantages potentiels puissent survenir après un dépistage, ils surviennent généralement des années après le traitement, car la progression d'un cancer asymptomatique détecté par un dépistage à un cancer métastatique symptomatique ou la mort (s'il survient) peut prendre des années ou des décennies.

L'USPSTF conclut avec une certitude modérée que le bénéfice net du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS chez les hommes âgés de 55 à 69 ans est faible pour certains hommes. La façon dont chaque homme soupèse les avantages et les inconvénients spécifiques déterminera si le bénéfice net global est faible.

L'USPSTF conclut avec une certitude modérée que les avantages potentiels du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS chez les hommes de 70 ans et plus ne l'emportent pas sur les inconvénients attendus.

[Retournez à la table des matières](#)

## **Population de patients à l'étude**

Cette recommandation s'applique aux hommes adultes dans la population américaine générale sans symptômes ou un diagnostic antérieur de cancer de la prostate. Elle s'applique également aux hommes présentant un risque accru de décès par cancer de la prostate en raison de leur race / origine ethnique ou de leurs antécédents familiaux de cancer de la prostate. Les sections ci-dessous fournissent plus d'informations sur la façon dont cette recommandation s'applique aux hommes et aux hommes afro-américains ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate.

## **L'évaluation des risques**

L'âge avancé, la race afro-américaine et les antécédents familiaux de cancer de la prostate sont les facteurs de risque les plus importants pour le développement du cancer de la prostate. D'autres facteurs avec des associations plus faibles et moins de preuves incluent des régimes riches en graisses et faibles en consommation de légumes. Le tabagisme est associé à un risque plus élevé de mortalité par cancer de la prostate.

## **Dépistage**

Le dépistage basé sur le PSA est la méthode habituelle de dépistage et a été étudié dans plusieurs essais de grande envergure. Bien que de nouvelles méthodes de dépistage soient en cours d'élaboration (comme le test de seuil unique et ajusté et la vitesse du PSA et le temps de doublement), les preuves sont insuffisantes pour appuyer une méthode de dépistage basée sur le PSA plutôt qu'une autre. La preuve est également insuffisante que l'utilisation d'un calculateur de risque de prébiopsie, avec ou sans mesure des niveaux de PSA libre, ou en utilisant des tests d'imagerie génétiques ou d'appoint modifiée de manière significative les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage. C'est un domaine important de la recherche actuelle qui a le potentiel de réduire les méfaits du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS. L'utilisation de l'examen rectal digital en tant que modalité de dépistage n'est pas recommandée car il y a un manque de preuves sur les avantages; Le dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS a été étudié dans trois très grands ECR, chacun avec au moins une décennie de suivi médian: l'essai de dépistage du cancer de la prostate, du poumon, du côlon, du rectum et de l'ovaire (PLCO) Étude du dépistage du cancer de la prostate (ERSPC) et de l'essai randomisé en grappes du test de dépistage du cancer de la prostate (CAP). Ces essais ont utilisé différents intervalles de dépistage (d'un dépistage à 1 fois tous les 1 à 4 ans) et des seuils d'APS (2,5 à 10,0 ng / mL) pour la biopsie diagnostique. <sup>3</sup>

L'essai PLCO peut être considéré comme un essai de dépistage organisé versus opportuniste du cancer de la prostate en raison du taux de dépistage important dans le groupe témoin et du taux élevé de dépistage chez les hommes dans les groupes contrôle et intervention avant l'inscription à l'étude. <sup>6</sup> Les hommes du groupe d'intervention ont été dépistés plus souvent que les hommes du groupe témoin, et plus d'hommes du groupe d'intervention ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate que dans le groupe témoin. L'essai n'a trouvé aucune différence entre les groupes de décès dus au cancer de la prostate après presque 15 ans de suivi (risque absolu, 4,8 pour 1000 personnes-années dans le groupe d'intervention vs 4,6 pour 1000 personnes-années dans le groupe témoin; ], 1,04 [IC à 95%, 0,87-1,24]). <sup>7</sup>

Dans l'essai ERSPC, les résultats suggèrent que, dans l'ensemble, 781 hommes âgés de 55 à 69 ans doivent être dépistés (IC 95%, 490-1929) pour éviter qu'un homme ne meure d'un cancer de la prostate après 13 ans. Les résultats variaient d'un site ERSPC à l'autre et la mortalité par cancer de la prostate était significativement réduite uniquement sur les sites aux Pays-Bas et en Suède. Cependant, les estimations ponctuelles étaient en faveur du dépistage dans tous les sites sauf en Suisse. Sur le plus grand site (Finlande), aucun bénéfice significatif n'a été observé pour la mortalité par cancer de la prostate (rapport de taux: 0,91 [IC 95%: 0,75-1,10]) et en Suède, une réduction absolue du risque de 0,72% (IC 95% , 0,50% -0,94%), une réduction relative de 42%. <sup>8-10</sup>

Quatre sites d'essai ERSPC ont rapporté des données sur l'effet du dépistage du cancer de la prostate basé sur le PSA sur le développement d'un cancer métastatique après 12 ans de suivi. Le risque de développer un cancer de la prostate métastatique était 30% plus faible chez les hommes randomisés que chez les hommes du groupe contrôle (risque absolu, 7,05 pour 1000 hommes dans le groupe dépistage contre 10,14 pour 1000 hommes dans le groupe témoin [calculé à partir des études]). Cela se traduit par une réduction absolue du risque à long terme de cancer de la prostate métastatique de 3,1 cas pour 1 000 hommes dépistés. <sup>11</sup>

L'essai CAP était un essai randomisé par grappes d'une seule invitation au dépistage par PSA au Royaume-Uni parmi 415 357 hommes. Dans l'ensemble, 34% des hommes invités ont reçu un test de dépistage du PSA valide. Après un suivi médian de 10 ans, il n'y avait pas de différence significative dans la mortalité par cancer de la prostate entre le groupe invité et le groupe témoin (risque absolu, 0,30 par 1000 personnes-années vs 0,31 par 1000 personnes-années, respectivement). <sup>12</sup>

Selon le stade clinique, le grade de la tumeur et le taux de PSA, le cancer de la prostate est classé comme présentant un risque faible, moyen ou élevé de progression clinique et de décès par cancer de la prostate. Bien que le traitement soit considéré comme le plus bénéfique pour les hommes présentant un cancer de la prostate à haut et moyen risque, la grande majorité des cas de cancer dépistés à l'écran présentent un faible risque.

Comme pour tous les tests de dépistage, certains hommes sans cancer de la prostate recevront des résultats positifs au test de l'APS (c.-à-d. Des résultats «faux positifs»). Le taux de faux positifs pour le test PSA dépend du seuil PSA utilisé. Parmi les 5 sites ERSPC ayant rapporté le taux de faux positifs, environ 1 homme sur 6 ayant subi au moins un dépistage avait au moins 1 résultat faussement positif, et parmi les résultats positifs au premier tour de dépistage, les deux tiers étaient des faux positifs. En Suède, où un seuil de PSA bas (3,0 ng / mL) a été utilisé pour déterminer un résultat positif et les hommes ont été dépistés tous les 2 ans, plus de 45%

des hommes ayant participé à tous les tests de dépistage ont eu un résultat faux positif de plus de 10 années de dépistage.<sup>5</sup> Dans l'essai PLCO, plus des deux tiers des hommes qui ont subi une biopsie de la prostate en raison d'un résultat positif au test PSA ne présentaient pas de cancer de la prostate.<sup>13</sup> En plus des résultats faussement positifs, il existe d'autres inconvénients associés au dépistage et l'évaluation de diagnostic ultérieure; les biopsies peuvent entraîner des douleurs, de la fièvre, une hématospermie et une hospitalisation. Les trois grands ECR sur le dépistage comprenaient principalement des hommes âgés de 55 à 69 ans. Il y a des preuves insuffisantes sur le début du dépistage à un plus jeune âge dans la population à risque moyen ou pour obtenir un niveau de PSA de base. Les données probantes chez les hommes de 70 ans et plus n'appuient pas le dépistage systématique en raison de l'absence de preuve du bénéfice, de la faible probabilité d'en tirer profit et du risque accru de subir des résultats faux positifs, des biopsies, un surdiagnostic, et traitement. Bien que les preuves ne soutiennent pas le dépistage systématique chez tous les hommes de plus de 70 ans, l'USPSTF reconnaît l'utilisation courante du dépistage basé sur le PSA aujourd'hui et comprend que certains hommes âgés continueront à demander un dépistage et que certains cliniciens continueront à le proposer. L'USPSTF a examiné s'il existe des approches de dépistage et de suivi qui augmentent le potentiel de bénéfice tout en réduisant le potentiel de préjudices. La variation entre les sites dans les essais randomisés de dépistage suggère qu'il pourrait y avoir un plus grand bénéfice de mortalité du dépistage tous les deux ans par rapport aux intervalles plus longs et d'utiliser des seuils de PSA plus bas pour la biopsie diagnostique. Bien que ces approches aient pu augmenter le bénéfice potentiel rapporté dans les études, elles ont également entraîné beaucoup plus de dommages - plus de résultats faussement positifs, plus de biopsies de la prostate et plus de cas de surdiagnostic. Ce compromis a également été observé dans un examen des modèles d'analyse de décision; protocoles de dépistage utilisant des seuils de PSA inférieurs (<4.<sup>14</sup> La fréquence du dépistage dans les sites ERSCP allait de tous les 2 à 7 ans. Aucun site d'essai ERSCP n'offre de dépistage plus souvent que tous les 2 ans, et de nombreux sites examinés tous les 4 ans. Le seuil de PSA pour la biopsie dans les sites ERSCP variait de 2,5 à 4 ng / mL (à l'exception de 10 ng / mL dans les premières années sur le site de Belgique). Dans le site de Göteborg, en Suède, qui a rapporté le plus grand bénéfice, la fréquence du dépistage était tous les deux ans et le seuil pour la biopsie était de 2,5 ng / mL (3,0 ng / mL dans les premières années de l'étude).

### **Traitement**

Le bénéfice potentiel du dépistage du cancer de la prostate est dû au traitement. Ainsi, il est important que les hommes considèrent à la fois les avantages et les inconvénients potentiels du traitement (y compris la surveillance active) lorsqu'ils envisagent de subir ou non un dépistage. Les hommes qui ne peuvent ou ne veulent pas tolérer un traitement ne devraient pas subir de dépistage du cancer de la prostate. Parce que la plupart des cas de cancer de la prostate progressent très lentement, voire pas du tout, le taux de survie à 10 ans pour le cancer de la prostate localisé détecté est très élevé. Dans un récent essai majeur qui a recruté plus de 1500 hommes randomisés pour recevoir un traitement actif ou une surveillance active, le taux de survie à 10 ans dans tous les groupes était de 99%.<sup>15</sup> Le bon pronostic pour le cancer de la prostate à un stade précoce, il est difficile d'étudier l'efficacité du traitement.

Plusieurs options de traitement existent pour le cancer de la prostate, et de nouvelles sont en cours de développement. Dans la pratique actuelle, les trois options de traitement les plus courantes chez les hommes atteints d'un cancer localisé de la prostate sont: l'ablation chirurgicale de la prostate (prostatectomie radicale), la radiothérapie (radiothérapie externe, protonthérapie ou curiethérapie), surveillance active. L'USPSTF a examiné les preuves disponibles sur le traitement pour évaluer l'efficacité du dépistage et a découvert que les données actuelles suggèrent que le traitement précoce du cancer de la prostate avec une prostatectomie radicale ou une radiothérapie réduit probablement le risque de progression clinique et de maladie métastatique et pourrait réduire la mortalité par cancer.

La surveillance active est une approche de traitement qui vise à limiter les inconvénients du traitement en permettant aux hommes présentant un cancer de la prostate à faible risque apparent de renoncer à la chirurgie ou à la radiothérapie en faveur d'une surveillance continue de leur cancer. Bien que les protocoles varient, la surveillance active comprend habituellement des tests de PSA réguliers et répétés et un examen rectal digital souvent répété et une biopsie de la prostate, avec un potentiel d'exposition aux dommages répétés des biopsies. Les hommes dont le cancer est en train de changer se voient offrir un traitement définitif par chirurgie ou radiothérapie. D'autres stratégies de surveillance du traitement pour les hommes atteints d'un cancer à faible risque existent (par exemple, attente vigilante) et varient également dans le protocole. La surveillance active est devenue un choix de traitement plus commun aux États-Unis au cours des dernières années. Dans une étude évaluant la pratique de l'urologie communautaire aux États-Unis entre 2010 et 2013, environ la moitié des hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ont été traités par prostatectomie radicale. Le taux de surveillance active est toutefois passé d'environ 10% en 2005-2009 à 40,4% en 2010-2013 chez les hommes ayant un cancer de la prostate à faible risque.<sup>16</sup>

Le traitement actif du cancer de la prostate peut entraîner des effets indésirables majeurs. Environ 3 hommes sur 1000 meurent pendant ou peu après une prostatectomie radicale, et environ 50 hommes sur 1000 ont des complications chirurgicales graves nécessitant une intervention. Environ 1 homme sur 5 qui subit une prostatectomie radicale développe une incontinence urinaire à long terme nécessitant l'utilisation régulière de serviettes, et environ 2 hommes sur 3 souffrent de dysfonction érectile à long terme. Plus de la moitié des hommes qui reçoivent une radiothérapie souffrent de dysfonction érectile à long terme et jusqu'à un homme sur six éprouve des symptômes intestinaux gênants à long terme, y compris l'urgence intestinale et l'incontinence fécale.<sup>3</sup>

### **Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes afro-américains**

## Charge

Aux États-Unis, les hommes afro-américains sont plus susceptibles de développer un cancer de la prostate que les hommes blancs (203,5 vs 121,9 cas pour 100 000 hommes). Les hommes afro-américains sont également plus de deux fois plus susceptibles que les hommes blancs de mourir d'un cancer de la prostate (44,1 contre 19,1 décès pour 100 000 hommes).<sup>1</sup> Le taux de mortalité plus élevé est attribuable en partie à un âge plus précoce à l'apparition du cancer, le stade du cancer plus avancé au moment du diagnostic et des taux plus élevés de cancer plus agressif (c. -à- grade tumoral supérieur). Ces différences dans la mortalité par cancer de la prostate peuvent également refléter que les hommes afro-américains ont des taux plus faibles de recevoir des soins de haute qualité.

### Preuves disponibles

L'USPSTF a cherché des preuves sur les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage basé sur le PSA pour le cancer de la prostate chez les hommes afro-américains.

### Des bénéfices potentiels

L'essai PLCO a recruté 4% d'hommes afro-américains, ce qui n'est pas suffisant pour déterminer si les résultats de l'essai global diffèrent pour les hommes afro-américains.<sup>17</sup> L'essai ERSPC n'a enregistré ni rapporté aucune information de sous-groupe spécifique à la race. La faible proportion de personnes d'ascendance africaine dans les pays européens au cours de la période d'étude rend vraisemblable que ces groupes n'étaient pas bien représentés.

### Dommages potentiels

Une analyse de l'essai PLCO a révélé que les hommes afro-américains étaient significativement plus susceptibles d'avoir des infections majeures après une biopsie de la prostate que les hommes blancs (odds ratio [OR], 7,1 [IC 95%, 2,7-18,0]).<sup>13</sup> Les données probantes sont insuffisantes pour comparer le risque de résultats faussement positifs, le risque de surdiagnostic et l'ampleur des effets nocifs du traitement du cancer de la prostate chez les hommes afro-américains par rapport aux autres hommes.

### Conseiller les hommes afro-américains

Sur la base des preuves disponibles, l'USPSTF n'est pas en mesure de faire une recommandation distincte sur le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes afro-américains. Bien qu'il soit possible que le dépistage offre plus d'avantages pour les hommes afro-américains par rapport à la population générale, il n'existe actuellement aucune preuve directe que cela soit vrai. Le dépistage et le diagnostic et le traitement ultérieurs ont le potentiel d'augmenter l'exposition aux méfaits potentiels. Les modèles d'analyse de décision suggèrent que, étant donné les taux plus élevés de cancer de la prostate agressif chez les hommes afro-américains, le dépistage basé sur PSA peut fournir plus d'avantages pour les hommes afro-américains que la population générale. Ces modèles suggèrent également un bénéfice potentiel de mortalité pour les hommes afro-américains lorsqu'ils commencent le dépistage avant l'âge de 55 ans. L'USPSTF estime qu'une approche raisonnable pour les cliniciens est d'informer les hommes afro-américains sur leur risque accru de développer et de mourir du cancer de la prostate ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage afin qu'ils puissent prendre une décision personnelle et éclairée. Bien que l'USPSTF ait trouvé des preuves insuffisantes sur les avantages des hommes afro-américains, les données épidémiologiques montrent que les hommes afro-américains peuvent développer un cancer de la prostate plus jeune que les hommes à risque moyen et que certains hommes afro-américains et leurs cliniciens continueront à l'écran à des âges plus jeunes. L'USPSTF ne recommande pas le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes, y compris les hommes afro-américains, âgés de plus de 70 ans.

L'USPSTF encourage fortement la recherche sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate chez les hommes afro-américains. Il est important de considérer à la fois les avantages et les inconvénients supplémentaires potentiels pour bien comprendre la valeur du dépistage. Des études sont nécessaires pour confirmer que les hommes afro-américains qui subissent un dépistage obtiennent des réductions similaires ou supérieures de la mortalité par cancer de la prostate comparativement à la population générale, et pour explorer la fréquence optimale du dépistage. Hommes afro-américains. Des études sont également nécessaires pour mieux comprendre les stratégies visant à atténuer les méfaits et maximiser les avantages du dépistage, du suivi diagnostique et du traitement (y compris la surveillance active) chez les hommes afro-américains.

## **Dépistage du cancer de la prostate chez les hommes ayant des antécédents familiaux**

### Charge

L'introduction du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS a considérablement modifié les données épidémiologiques du cancer de la prostate, augmentant considérablement le nombre d'hommes ayant un diagnostic de cancer de la prostate et donc le nombre d'hommes ayant un père, un frère ou un fils. du cancer de la prostate.

### Preuves disponibles

Il est généralement admis que les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate sont plus susceptibles de développer un cancer de la prostate. Une étude des jumeaux en Scandinavie a estimé que les facteurs génétiques peuvent représenter jusqu'à 42% du risque de cancer de la prostate.<sup>18</sup> Une analyse du site finlandais de l'étude ERSPC a conclu que les hommes ayant au moins un parent au premier degré atteint d'un cancer de la prostate étaient 30% plus susceptibles d'être diagnostiqués avec un cancer de la prostate que les hommes sans antécédents familiaux.<sup>19</sup> Les hommes ayant trois parents au premier degré atteints d'un cancer de la prostate ou deux parents proches du même côté de la famille atteints d'un cancer de la prostate diagnostiqué avant l'âge de 55 ans peuvent présenter une forme héréditaire de cancer de la prostate transmise d'une génération à l'autre. On pense que ce type de cancer de la prostate représente moins de 10% de tous les cas de cancer de la prostate.<sup>20</sup>

L'USPSTF a cherché des preuves sur les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate.

#### **Des bénéfices potentiels**

Parmi les 7% d'hommes ayant rapporté des antécédents familiaux de cancer de la prostate dans un questionnaire de base, la mortalité par cancer de la prostate était plus faible chez les hommes blancs du groupe intervention que chez ceux du groupe témoin (hazard ratio [HR], 0,49 [95 % CI, 0,22-1,10],  $P = 0,08$ ), <sup>21</sup> mais la différence n'était pas significative et l'intervalle de confiance était large.

#### **Dommages potentiels**

Aucune étude n'a évalué le risque de méfaits liés au dépistage, au diagnostic ou au traitement du cancer de la prostate en fonction des antécédents familiaux de cancer de la prostate.

#### **Conseiller les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate**

Sur la base des preuves disponibles, l'USPSTF n'est pas en mesure de faire une recommandation distincte et spécifique sur le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate. Bien qu'il soit possible que le dépistage puisse offrir des avantages potentiels supplémentaires à ces hommes par rapport à la population générale, le dépistage pourrait également augmenter l'exposition aux méfaits potentiels, en particulier chez les hommes dont la famille a été diagnostiquée. Les hommes dont le parent au premier degré souffre d'un cancer avancé de la prostate au moment du diagnostic, qui ont développé un cancer de la prostate métastatique ou qui sont décédés d'un cancer de la prostate sont probablement les plus susceptibles de bénéficier du dépistage. L'USPSTF estime qu'une approche raisonnable pour les cliniciens est d'informer les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate, en particulier ceux avec de multiples parents au premier degré atteints d'un cancer de la prostate, sur leur risque accru de développer un cancer ainsi que l'âge potentiel plus tôt à l'apparition de la maladie. Cette discussion devrait inclure les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage du cancer de la prostate, afin que ces hommes aient la possibilité de prendre une décision éclairée et personnelle quant à l'opportunité de subir un dépistage. Bien que l'USPSTF ait trouvé des preuves inadéquates sur les différences de bénéfices entre les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate, les données épidémiologiques montrent que ces hommes sont à un risque supérieur à la moyenne et comprennent que certains hommes et leurs cliniciens continueront à jeunes âges chez les hommes ayant des antécédents familiaux. L'USPSTF ne recommande pas le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes, y compris les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate,

Des études épidémiologiques examinant les résultats chez les hommes ayant des parents décédés du cancer de la prostate par rapport aux hommes ayant des parents avec un cancer de la prostate décédés d'autres causes peuvent aider à fournir de meilleurs conseils. Des études sont nécessaires pour explorer la fréquence optimale du dépistage et si le dépistage initial avant l'âge de 55 ans offre des avantages supplémentaires pour les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour identifier les hommes ayant une forme héréditaire de cancer de la prostate et pour comprendre comment les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage, y compris les intervalles de dépistage et les âges de départ, peuvent différer chez ces hommes par rapport à la population générale.

#### **Besoins de recherche et lacunes**

De nombreux domaines nécessitent des recherches pour améliorer le dépistage et le traitement du cancer de la prostate, y compris

- Comparer les différentes stratégies de dépistage, y compris les différents intervalles de dépistage, pour bien comprendre les effets sur les avantages et les inconvénients
- Développer, valider et assurer un suivi à plus long terme des techniques de dépistage et de diagnostic, y compris des outils de stratification du risque, l'utilisation du taux de PSA de référence comme facteur de risque et l'utilisation de tests complémentaires non PSA cancer dû au cancer susceptible de devenir symptomatique et d'affecter la qualité ou la durée de la vie, de réduire le surdiagnostic et le surtraitement
- Le dépistage et le traitement du cancer de la prostate chez les hommes afro-américains, y compris la compréhension des avantages et des inconvénients potentiels des différents âges de départ et des intervalles de dépistage ainsi que l'utilisation de la surveillance active; étant donné les grandes disparités dans la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes afro-américains, cela devrait être une priorité nationale
- Comment mieux informer les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate des avantages et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS, y compris les différences potentielles entre les hommes ayant des proches décédés du cancer de la prostate et ceux ayant un cancer de la prostate mort d'autres causes
- Comment affiner les traitements actifs contre le cancer de la prostate pour minimiser les inconvénients

Comment mieux comprendre les valeurs des patients sur les avantages et les inconvénients connus du dépistage et du traitement du cancer de la prostate; comment ces valeurs influencent l'évaluation des avantages globaux par rapport aux dommages chez les hommes; comment mettre en œuvre au mieux des programmes de prise de décision éclairés qui intègrent les valeurs et les préférences des hommes et de leurs familles en matière de dépistage; comment adapter le processus de prise de décision éclairé à une gamme de populations de patients diversifiées alors que les stratégies de dépistage, de diagnostic et de traitement évoluent; et les effets d'une prise de décision éclairée sur les résultats pour la santé et l'expérience du patient

[Retournez à la table des matières](#)

## **Fardeau de la maladie**

Pour les hommes aux États-Unis, le risque à vie d'être diagnostiqué avec un cancer de la prostate est d'environ 11%, et le risque de mourir d'un cancer de la prostate à vie est de 2,5%. <sup>1</sup> En 2013, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, environ 172 000 hommes aux États-Unis ont reçu un diagnostic de cancer de la prostate et près de 28 000 sont décédés du cancer de la prostate. <sup>22</sup> De 2003 à 2012, le taux de mortalité par cancer de la prostate chez les hommes américains a diminué significativement de 3,4% par an (3,3% et 3,9% par an chez les hommes blancs et noirs, respectivement). <sup>23</sup> La plupart des cas de cancer de la prostate observés dans les études d'autopsie sont des lésions microscopiques bien différenciées qui n'ont pas affecté la santé des hommes au cours de leur vie. Les données des essais de dépistage suggèrent que de nombreux cas de cancer à faible risque détectés par le dépistage n'auraient jamais provoqué de symptômes ou affecté la santé des hommes s'ils n'avaient jamais été identifiés par le dépistage.

## **Portée de l'examen**

Pour mettre à jour sa recommandation de 2012, l'USPSTF a commandé une revue systématique des données probantes concernant les avantages et les inconvénients du dépistage basé sur l'APS pour le cancer de la prostate et le traitement ultérieur du cancer de la prostate dépisté. <sup>3,4</sup> L'USPSTF a également commandé un examen de plusieurs questions contextuelles, y compris un examen des modèles d'analyse décisionnelle existants et ce qu'ils suggèrent sur la possibilité d'atténuer les inconvénients du dépistage et du traitement et le taux de surdiagnostic du dépistage basé sur le PSA. <sup>14,24</sup> Les examens commandés ont également examiné l'efficacité et les méfaits du dépistage basé sur PSA dans les sous-populations de patients à risque élevé de cancer de la prostate, y compris les hommes âgés, les hommes afro-américains et les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate.

## **Efficacité de la détection précoce**

### **Avantages potentiels du dépistage**

Pour comprendre les avantages potentiels du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS, l'USPSTF a examiné les résultats des essais ERSPC, PLCO et CAP et des rapports spécifiques au site de 4 sites d'essais ERSPC. Pour comprendre l'efficacité du traitement du cancer de la prostate détecté au stade précoce, l'USPSTF a également examiné les résultats de trois essais randomisés et de neuf études de cohorte. <sup>3</sup>

L'essai ERSPC a assigné au hasard un groupe de base de plus de 160 000 hommes âgés de 55 à 69 ans de 7 pays européens à un dépistage basé sur le PSA par rapport aux soins habituels. <sup>8</sup> Quatre sites ERSPC ont rapporté l'incidence cumulée du cancer de la prostate métastatique. Après un suivi médian de 12 ans, le risque de développer un cancer de la prostate métastatique était 30% plus faible chez les hommes randomisés pour le dépistage comparé aux soins habituels (RR, 0,70 [IC 95%, 0,60-0,82],  $p = 0,001$ ). La réduction absolue du risque à long terme de cancer de la prostate métastatique associée au dépistage était de 3,1 cas pour 1 000 hommes. <sup>11</sup> Après un suivi médian de 13 ans, le taux de mortalité par cancer de la prostate chez les hommes âgés de 55 à 69 ans était de 4,3 décès pour 10 000 années-personnes dans le groupe dépistage et de 5,4 décès pour 10 000 années-personnes dans le groupe de soins habituels (RR, 0,79 [IC à 95%, 0,69-0,91],  $P = 0,001$ ). <sup>8</sup> L'essai ERSPC n'a pas constaté de réduction de la mortalité toutes causes confondues. <sup>8</sup>

Les résultats de l'essai ERSPC global fournissent certaines des preuves les plus importantes sur les avantages potentiels du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS. L'examen de l'USPSTF a attribué à l'essai une qualité passable en raison de plusieurs problèmes méthodologiques importants, notamment des différences observées dans le traitement du cancer de la prostate chez les hommes des groupes de dépistage et de contrôle. Parmi les hommes ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate non métastatique, une plus grande proportion d'hommes du groupe de dépistage ont subi une prostatectomie radicale (41,3%) que dans le groupe de soins habituel (32,8%). <sup>25</sup> Bien que l'on puisse s'attendre à des différences de traitement par groupe de dépistage si le dépistage se déplace vers des stades cliniques plus localisés, les différences de traitement entre les groupes d'étude ERSPC persistent même avec la stratification par stade clinique et grade tumoral. La cause de ces différences n'est pas connue.

Dans la composante prostatique de l'étude PLCO, plus de 76 000 hommes âgés de 55 à 74 ans ont été randomisés soit pour un dépistage annuel du PSA pendant 6 ans, soit pour des soins habituels. Des résultats de dépistage anormaux (taux d'APS > 4,0 ng / mL ou résultats anormaux de l'examen rectal digital) ont été transmis aux patients et à leur clinicien de soins primaires, qui ont coordonné l'évaluation diagnostique. <sup>17</sup> La majorité des hommes étaient de race blanche non hispanique (86,2% et 83,8% des groupes de dépistage et de contrôle, respectivement). Environ un tiers des hommes dans les deux groupes ont eu un test PSA ou un examen rectal digital dans les 3 années précédant l'inscription. Environ 78% des hommes du groupe témoin ont passé un test de PSA pendant la phase de dépistage de l'essai. <sup>25</sup> En moyenne, les hommes du groupe d'intervention ont reçu 5 tests de PSA pendant la phase de dépistage de l'essai et les hommes du groupe de soins habituels ont reçu 3 tests de PSA. <sup>26</sup> Ce taux élevé de tests de PSA dans le groupe témoin limite la capacité de l'étude à identifier un bénéfice potentiel du dépistage. Malgré l'utilisation courante du test de PSA dans le groupe témoin, après 13 ans, un plus grand nombre de cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués dans le groupe de dépistage que dans le groupe de contrôle (108,4 contre 97,1 cas par 10 000 années-personnes respectivement) (RR, 1,12 [95 % CI, 1,07-1,17]). À un suivi médian de 14,8 ans dans l'étude PLCO, le taux de mortalité par cancer de la prostate n'était pas significativement différent entre le groupe d'intervention et le groupe témoin (4,8 vs 4,6 décès par 10 000 années-personnes, respectivement) (RR, 1,04 [IC95% 0,87-1,24]). <sup>7</sup> Ce résultat n'exclut pas la possibilité d'une réduction de la mortalité par cancer de la prostate due au dépistage du cancer de la prostate.

L'essai CAP était un essai randomisé en grappes au Royaume-Uni parmi 415 357 hommes âgés de 50 à 69 ans, invités à un dépistage unique du cancer de la prostate basé sur l'APS. <sup>12</sup> Les hommes avec un niveau de PSA de 3,0 ng / mL ou plus ont été référés pour une biopsie. Les hommes atteints d'un cancer localisé de la prostate se sont vu offrir l'inscription à l'essai Prostate Testing for Cancer and Treatment ( ProtecT), dans lequel le résultat principal était la mortalité par cancer de la prostate. Sur les sites d'intervention, 34% des hommes ont reçu un test de dépistage du PSA valide; le pourcentage d'hommes sur les sites de contrôle qui ont reçu un test PSA à des fins de dépistage a été estimé à environ 10% à 15% sur 10 ans. Après un suivi médian de 10 ans, il n'y avait pas de différence significative dans la mortalité par cancer de la prostate entre le groupe des hommes invités au groupe de dépistage et de contrôle (RR, 0,99 [IC 95%, 0,94-1,03],  $P = 0,49$ ).

Ni les essais ERSPC, PLCO ou CAP, ni aucune des analyses spécifiques au site ERSPC, n'ont trouvé de bénéfice global de mortalité pour toutes les causes de dépistage du cancer de la prostate.

Les données sur les avantages du dépistage chez les hommes plus jeunes sont limitées. Le procès PLCO n'a pas recruté des hommes de moins de 55 ans. L'essai ERSPC a rapporté une réduction du risque de cancer de la prostate légèrement plus élevée et non significative (RR, 0,84 [IC 95%, 0,28-2,49]) chez les hommes âgés de 50 à 55 ans que chez les hommes âgés de 55 à 69 ans (RR, 0,79 [IC à 95%, 0,69-0,91]).

Il existe peu de données indiquant que le dépistage est efficace chez les hommes de plus de 70 ans. Les essais PLCO et ERSPC ont recruté des hommes de 74 ans et moins; les hommes de plus de 70 ans n'étaient pas dans le groupe d'âge principal (55-69 ans) dans l'essai ERSPC. L'essai CAP n'a pas recruté d'hommes de plus de 69 ans. Dans l'essai ERSPC, le rapport du taux de mortalité par cancer de la prostate dans le groupe de dépistage vs groupe témoin parmi les hommes de 70 ans et plus à la randomisation était de 1,17 (IC à 95%, 0,82-1,66); cependant, un test statistique n'a révélé aucune hétérogénéité significative entre les groupes d'âge. Dans l'essai PLCO, le rapport de taux analogue à un suivi médian de 13 ans chez les hommes âgés de 65 à 74 ans lors de la randomisation était de 1,02 (IC à 95%, 0,77-1,37); le test d'hétérogénéité n'était pas significatif ( $P = 0,81$ ).

### Avantages potentiels du traitement

L'USPSTF a examiné 3 essais randomisés de bonne qualité sur le traitement du cancer localisé de la prostate et 9 études de cohortes observationnelles pour comprendre le bénéfice potentiel du traitement actif (prostatectomie radicale ou radiothérapie) comparé au traitement conservateur (surveillance active ou attente vigilante) sur la mortalité globale, mortalité par cancer de la prostate et progression vers un cancer de la prostate métastatique. <sup>3</sup> L'essai britannique ProtecT a randomisé plus de 1600 hommes âgés de 50 à 69 ans atteints d'un cancer localisé de la prostate détecté par dépistage à la prostatectomie radicale, à la radiothérapie ou à la surveillance active et les a suivis pendant 10 ans. Environ 77% des hommes avaient un cancer de la prostate de bas grade (score de Gleason de 6) avec un pronostic favorable. Ainsi, certains hommes randomisés en surveillance active avaient une tumeur de grade intermédiaire (ou d'autres caractéristiques de la tumeur) de telle sorte qu'ils n'avaient peut-être pas été considérés comme candidats à la surveillance active dans certains contextes. L'essai n'a pas trouvé une amélioration significative de la mortalité toutes causes confondues ou du cancer de la prostate dans aucun des groupes de traitement. Le taux de survie étonnamment élevé à travers les groupes d'essai (99%) a rendu toute différence potentielle plus difficile à détecter. Des études de suivi à plus long terme peuvent fournir des informations supplémentaires importantes. L'essai a rapporté une réduction significative de la progression vers le cancer métastatique en comparant la prostatectomie radicale (61% de réduction [IC 95%, 27% -79%]) et la radiothérapie (52% de réduction [IC 95%, 13% -73%]) avec surveillance active. Dans le groupe de surveillance active, 6,0% des hommes ont développé un cancer métastatique, comparativement à 2,7% et 2,3% dans les groupes de radiothérapie et de prostatectomie radicale, respectivement. Au cours de la période de suivi de 10 ans, 54,8% des hommes randomisés pour une surveillance active sont passés à un traitement actif. 3% dans les groupes de radiothérapie et de prostatectomie radicale, respectivement. Au cours de la période de suivi de 10 ans, 54,8% des hommes randomisés pour une surveillance active sont passés à un traitement actif. 3% dans les groupes de radiothérapie et de prostatectomie radicale, respectivement. Au cours de la période de suivi de 10 ans, 54,8% des hommes randomisés pour une surveillance active sont passés à un traitement actif. <sup>15</sup>

Les deux autres essais randomisés de prostatectomie radicale ont eu lieu avant le dépistage généralisé basé sur PSA et ont donc recruté de nombreux hommes avec des tumeurs détectées à partir des symptômes cliniques. Environ 50% des hommes de l'essai d'intervention contre le cancer de la prostate (PIVOT) basé aux États-Unis et près de 90% des hommes du groupe Scandinavian Prostate Cancer Group-4 (SPCG-4) présentaient des tumeurs palpables. L'essai SPCG-4 a comparé la prostatectomie radicale à une attente vigilante (un protocole passif dissimilaire à la surveillance active) et a trouvé une réduction significative sur 13 ans de la mortalité toutes causes confondues et du cancer de la prostate. <sup>27</sup> L'étude PIVOT n'a pas trouvé de réduction significative de la mortalité toutes causes confondues ou du cancer de la prostate. <sup>28</sup> Les résultats récents du suivi prolongé de l'essai PIVOT à une médiane de 12,7 ans ont rapporté des résultats similaires; La prostatectomie radicale n'a pas réduit significativement la mortalité de cancer de la prostate (HR, 0,63 [IC 95%, 0,39 à 1,02]) ou de la mortalité toutes causes confondues (HR, 0,94 [IC 95%, 0,81 à 1,09]) par rapport à la gestion conservatrice. <sup>29</sup>

Plusieurs études de cohorte examinant la prostatectomie radicale ou la radiothérapie ont révélé des réductions significatives de la mortalité par cancer de la prostate en comparant un traitement actif à une attente vigilante ou à d'autres approches conservatrices. <sup>3</sup> Les résultats de l'étude de cohorte, doivent cependant être interprétés avec prudence en raison du risque de biais dans l'attribution de traitement. Dans ces milieux cliniques, les hommes en meilleure santé ont peut-être été plus susceptibles de recevoir un traitement actif.

Deux études ont rapporté la différence de bénéfice selon l'âge. L'essai PIVOT n'a rapporté aucune différence significative selon l'âge (plus jeune ou plus de 65 ans) dans l'association entre prostatectomie radicale et

mortalité toutes causes confondues. Dans l'essai SPCG-4, le risque de mortalité toutes causes confondues après prostatectomie radicale vs attente vigilante n'était pas significativement réduit chez les hommes de 65 ans et plus (mais significativement réduit chez les hommes de moins de 65 ans).

### **Les inconvénients potentiels du dépistage et du traitement**

#### **Les inconvénients potentiels du dépistage et du diagnostic**

En plus des essais ERSPC et PLCO, l'USPSTF a examiné les résultats d'une étude de cohorte de bonne qualité intégrée dans l'essai ProtecT (Prostate Biopsy Effects [ProbE]), une étude de cohorte de bonne qualité menée par le US Department of Veterans Affairs ( VA), ainsi qu'un rapport sur les complications de la biopsie de la prostate à partir du site ERSPC Rotterdam pour comprendre les inconvénients potentiels du dépistage et du diagnostic. <sup>3</sup>

Dans les grands ECR, entre un quart et un tiers des hommes ayant reçu un dépistage fondé sur l'APS avaient au moins un résultat positif au test de dépistage. Dans l'essai PLCO, 13% des hommes avaient subi au moins une biopsie. Dans l'essai ERSPC, près de 28 biopsies ont été réalisées pour 100 hommes randomisés pour le dépistage. <sup>3</sup> Dans l'étude ProbE, 7,3% des hommes ont signalé une douleur modérée ou plus forte, 5,5% ont signalé une fièvre modérée à sévère et 26,6% ont signalé une hématosphère gênante dans les 35 jours suivant la biopsie. <sup>28</sup> Les complications de la biopsie prostatique transrectale ont conduit à 1,3% des hommes dans la cohorte britannique, 1,6% des hommes dans la cohorte VA et 0,5% des hommes de la cohorte de Rotterdam nécessitant une hospitalisation. <sup>30-32</sup> Dans ces études, les deux tiers à trois quarts des biopsies ont démontré que le test de dépistage du PSA était un faux positif. <sup>3</sup>

Le surdiagnostic, l'identification d'un cancer asymptomatique qui ne provoquerait jamais de symptômes ni ne contribuait à la mort, est l'un des principaux inconvénients des programmes de dépistage basés sur le PSA. Bien qu'il n'y ait aucun moyen de déterminer de façon concluante le taux de surdiagnostic, l'USPSTF a utilisé des données provenant d'essais et a examiné des modèles d'analyse de décision pour estimer le taux de surdiagnostic. Les données d'essai suggèrent que 21% des cas de cancer détecté dans l'essai PLCO et 50% dans l'essai ERSPC ont été surdiagnostiqués. <sup>3</sup> En utilisant un type différent de méthodologie (c.-à-d., Pas d'estimations basées directement sur des essais individuels), <sup>3</sup> Les modèles d'analyse décisionnelle produits par le Réseau de modélisation de l'intervention et de la surveillance du cancer estimaient qu'entre 1988 et 2000 aux États-Unis, le taux de surdiagnostic chez les cas de cancer de la prostate dépistés était de 22% à 42%. <sup>24</sup> Le surdiagnostic augmente avec l'âge; Une étude estime que le taux de surdiagnostic est plus de 15 fois plus élevé chez les hommes de plus de 85 ans que chez les hommes de 50 à 54 ans. <sup>24</sup>

Les hommes âgés de plus de 70 ans dans l'essai ERSPC ont eu un taux plus élevé de faux positifs que les hommes plus jeunes (moins de 55 ans) (20,6% vs 3,5% dans le premier cycle de dépistage, respectivement). Dans l'étude de cohorte VA, moins d'hommes âgés ont été envoyés à la biopsie pour un taux de PSA supérieur à 4,0 ng / mL (50,5% des hommes âgés de 65-69 ans vs 25,4% des hommes âgés de 75-79 ans). Les données de l'essai PLCO suggèrent que les hommes plus âgés sont plus susceptibles que les hommes plus jeunes d'avoir des complications biopsiques (28,2 vs 17,7 complications pour 1000 biopsies, respectivement, OR, 1,4 [IC 95%, 0,9-2,4],  $p = 0,06$ ).

L'USPSTF a examiné des études évaluant les inconvénients psychologiques du dépistage et du diagnostic. Dans deux études d'observation, les résultats anormaux de dépistage du PSA mais des résultats bénins de biopsie ont augmenté de façon significative le risque de cancer de la prostate entre 6 et 8 semaines et après un an comparativement aux hommes ayant des résultats normaux de dépistage du PSA. <sup>33</sup> Après 1 an, un tiers des hommes avec une conclusion de biopsie bénigne après un résultat de dépistage anormal pensé sur le cancer de la prostate « beaucoup » ou « un peu », contre 18% des hommes qui avaient un taux de PSA normal ( $P = 0,005$ ). Dans une étude de cohorte prospective incorporée à l'essai britannique ProtecT ( $n = 7344$ ), il n'y avait pas d'augmentation de l'anxiété ou de la dépression et des scores similaires sur la composante santé mentale de l'enquête santé abrégée en 12 points par rapport aux patients anormaux. Résultats de dépistage PSA. <sup>34</sup> Dans une étude américaine transversale ( $n = 210$ ), les hommes ayant des résultats bénins de biopsie après des résultats anormaux de dépistage du PSA n'ont pas eu une anxiété significativement plus importante que les hommes qui ont eu des résultats normaux. <sup>35</sup>

#### **Les inconvénients potentiels du traitement**

Les hommes qui font l'objet d'une surveillance active peuvent subir des biopsies répétées et être exposés à des risques potentiels répétés de biopsies (comme discuté ci-dessus). En outre, une proportion significative d'hommes continueront à suivre un traitement actif en chirurgie ou en radiothérapie, avec des conséquences néfastes (voir ci-dessous).

L'USPSTF a identifié trois essais randomisés de bonne qualité et un essai randomisé de bonne qualité et sept grandes études d'observation de bonne qualité qui ont examiné les effets nocifs potentiels du traitement actif du cancer de la prostate. <sup>3</sup> Une méta-analyse des méfaits de la prostatectomie radicale a conclu qu'un homme connaîtra une incontinence urinaire importante (nécessitant une utilisation quotidienne de compresses ou pire) pour chaque 7,9 hommes qui subissent une prostatectomie radicale plutôt qu'une prise en charge conservatrice (IC 95%, 5.4-12.2), et 1 homme éprouvera la dysfonction érectile à long terme pour chaque 2,7 hommes qui subissent la prostatectomie radicale plutôt que la gestion conservatrice (IC de 95%, 2.2-3.6). <sup>3</sup> De plus, plus de 20% des hommes de l'essai PIVOT présentaient une complication périopératoire et 5,3% des hommes d'une vaste étude de cohorte américaine ont dû subir une réintervention pour une complication chirurgicale. <sup>3</sup> Une méta-analyse des inconvénients de la radiothérapie a révélé qu'un homme connaîtra une dysfonction érectile à long terme pour 7 hommes traités par radiothérapie plutôt qu'une prise en charge conservatrice (IC 95%, 5.1-10.7). <sup>3</sup> Bien que les résultats sont contradictoires dans les études de cohorte sur l'association de l' incontinence urinaire et la radiothérapie, les taux d'incontinence fécale et de l'urgence de l'intestin étaient aussi élevés que

31,8% après la radiothérapie dans une étude de cohorte, <sup>36</sup> et ces complications intestinales étaient plus fréquentes par rapport aux conservateurs gestion dans 2 essais et 3 études de cohorte.<sup>3</sup>

Après un suivi médian de 6 ans dans l'essai ProtecT, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes randomisés pour la prostatectomie radicale, la radiothérapie ou la surveillance active dans l'anxiété, la dépression, l'état de santé et la qualité de vie liée au cancer. <sup>36</sup> L'ancien essai SPCG-4 a eu des résultats similaires après un suivi médian de 12 ans en comparant les hommes qui ont reçu une prostatectomie radicale à une attente vigilante. <sup>37</sup> Il n'y avait aucune preuve d'un effet indésirable de la prostatectomie radicale sur les mesures de qualité de vie génériques par rapport à la gestion conservatrice dans les études de cohorte. Dans plusieurs études, les hommes de plus de 70 ans présentaient un risque significativement accru de complications médicales et de mortalité périopératoire après prostatectomie radicale par rapport aux hommes plus jeunes. <sup>3</sup>

### ***Estimation de l'ampleur de l'avantage net***

Les conclusions des modèles d'analyse décisionnelle, qui concordent avec les résultats des essais randomisés et des études de cohorte, suggèrent que des stratégies de dépistage plus agressives, en particulier celles qui utilisent un seuil de PSA inférieur à la biopsie généralement utilisée aux États-Unis, réduisent le plus possible la mort du cancer de la prostate. Cependant, ces stratégies sont également associées à plus de faux positifs, plus de biopsies, et des taux plus élevés de surdiagnostic. <sup>24</sup>

Les options pour réduire le taux de surdiagnostic comprennent la réduction de l'âge auquel arrêter le dépistage, l'allongement de l'intervalle entre les dépistages et l'utilisation de seuils de PSA plus élevés pour la biopsie. Cependant, aucune stratégie n'élimine complètement le surdiagnostic. Un dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS tous les 2 ou 4 ans plutôt que chaque année semble offrir un bon compromis entre une réduction du surdiagnostic et une légère réduction des prestations de mortalité. <sup>24</sup>

Les modèles d'analyse décisionnelle confirment la conclusion de l'USPSTF selon laquelle le bénéfice global du dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS est sensible aux valeurs des hommes. L'ampleur du bénéfice net du dépistage basé sur le PSA dépend de la façon dont chaque homme soupèse les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage, du diagnostic et du traitement. La valeur qu'un homme accorde aux avantages et aux inconvénients potentiels peut aussi changer avec le temps. Il peut donc être utile que les cliniciens revoient régulièrement la décision de dépister (ou non) avec leurs patients ( [tableau](#) ).

Bien que la surveillance active puisse réduire l'exposition aux effets nocifs potentiels du traitement actif, elle peut ne pas être perçue favorablement par certains hommes qui apprécient une action définitive, qui sont préoccupés par des biopsies répétées ou qui veulent éviter une augmentation potentielle du cancer métastatique.

### ***Réponse au commentaire public***

Une version provisoire de cette déclaration de recommandation a été publiée pour consultation publique sur le site Web de l'USPSTF du 11 avril au 8 mai 2017. Un certain nombre de commentaires suggèrent que parce que les hommes vivent maintenant plus longtemps, ils devraient être examinés au-delà de 70 ans. Cependant, l'USPSTF a pris en compte d'autres preuves en plus des données sur l'espérance de vie recommandées contre le dépistage chez les hommes de plus de 70 ans, y compris les résultats de grands essais de dépistage qui n'ont pas rapporté de mortalité chez les hommes de plus de 70 ans. des dommages causés par le dépistage, l'évaluation diagnostique, le traitement, le surdiagnostic et le surtraitement. Plusieurs commentaires ont demandé une recommandation pour les hommes plus jeunes et pour un dépistage de base basé sur l'APS chez les hommes de 40 ans et plus ou de 50 ans et plus.

Plusieurs commentaires ont demandé des éclaircissements sur les nouvelles preuves qui ont mené au passage d'une note D à une note C. Les nouvelles données comprenaient un suivi à plus long terme de l'essai ERSPC et de nouvelles données sur la réduction du risque de maladie métastatique avec dépistage. Bien que l'avantage supplémentaire rapporté du suivi supplémentaire à 13 ans (à partir de 10 ans) dans l'essai ERSPC a augmenté le nombre de vies sauvées de 1,07 à 1,28 (une petite quantité, selon certains commentaires), ces résultats ont donné à l'USPSTF plus confiance que le bénéfice du dépistage pourrait être plus important sur une période de 20 à 30 ans. Les preuves nouvellement examinées depuis que le projet de déclaration de recommandation a été affiché pour commentaire comprennent l'essai CAP, les preuves sur les dommages psychologiques et le suivi à plus long terme de l'essai PIVOT. Cette preuve a conduit l'USPSTF à continuer à conclure qu'il y a un petit avantage pour certains hommes. L'USPSTF reconnaît l'importance des dangers potentiels du dépistage et du traitement, y compris les préjudices psychologiques et les méfaits de la surveillance active, et a ajouté des informations sur ces preuves aux sections Justification, Considérations cliniques et Discussion. De nouvelles preuves provenant de l'essai CAP récemment publié ont été ajoutées. Étant donné les limites de l'essai CAP, y compris le fait qu'il ne visait qu'un seul dépistage basé sur le PSA et la petite différence entre le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin et le groupe d'intervention (environ 10% -15% vs 34%, respectivement) Dépistage basé sur PSA, les résultats de cet essai n'a pas changé l'évaluation globale de la preuve de l'USPSTF et de sa recommandation. L'USPSTF reconnaît l'importance des dangers potentiels du dépistage et du traitement, y compris les préjudices psychologiques et les méfaits de la surveillance active, et a ajouté des informations sur ces preuves aux sections Justification, Considérations cliniques et Discussion. De nouvelles preuves provenant de l'essai CAP récemment publié ont été ajoutées. Étant donné les limites de l'essai CAP, y compris le fait qu'il ne visait qu'un seul dépistage basé sur le PSA et la petite différence entre le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin et le groupe d'intervention (environ 10% -15% vs 34%, respectivement) Dépistage basé sur PSA, les résultats de cet essai n'a pas changé l'évaluation globale de la preuve de l'USPSTF et de sa recommandation. L'USPSTF reconnaît l'importance des dangers potentiels du dépistage et du traitement, y compris les préjudices psychologiques et les méfaits de la surveillance active, et a ajouté des

informations sur ces preuves aux sections Justification, Considérations cliniques et Discussion. De nouvelles preuves provenant de l'essai CAP récemment publié ont été ajoutées. Étant donné les limites de l'essai CAP, y compris le fait qu'il ne visait qu'un seul dépistage basé sur le PSA et la petite différence entre le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin et le groupe d'intervention (environ 10% -15% vs 34%, respectivement) Dépistage basé sur PSA, les résultats de cet essai n'a pas changé l'évaluation globale de la preuve de l'USPSTF et de sa recommandation. et a ajouté des informations à propos de ces preuves aux rubriques «Justification», «Considérations cliniques» et «Discussion». De nouvelles preuves provenant de l'essai CAP récemment publié ont été ajoutées. Étant donné les limites de l'essai CAP, y compris le fait qu'il ne visait qu'un seul dépistage basé sur le PSA et la petite différence entre le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin et le groupe d'intervention (environ 10% -15% vs 34%, respectivement) Dépistage basé sur PSA, les résultats de cet essai n'a pas changé l'évaluation globale de la preuve de l'USPSTF et de sa recommandation. et a ajouté des informations à propos de ces preuves aux rubriques «Justification», «Considérations cliniques» et «Discussion». De nouvelles preuves provenant de l'essai CAP récemment publié ont été ajoutées. Étant donné les limites de l'essai CAP, y compris le fait qu'il ne visait qu'un seul dépistage basé sur le PSA et la petite différence entre le pourcentage d'hommes dans le groupe témoin et le groupe d'intervention (environ 10% -15% vs 34%, respectivement) Dépistage basé sur PSA, les résultats de cet essai n'a pas changé l'évaluation globale de la preuve de l'USPSTF et de sa recommandation.

[Retournez à la table des matières](#)

Cette recommandation remplace la recommandation de l'USPSTF de 2012 <sup>38</sup> sur le dépistage basé sur le PSA pour le cancer de la prostate. En 2012, l'USPSTF avait conclu que, bien qu'il y ait des avantages potentiels du dépistage du cancer de la prostate, ces avantages ne l'emportaient pas assez sur les inconvénients attendus pour recommander un dépistage de routine (recommandation D). Le changement de catégorie de recommandation est basé en partie sur des preuves supplémentaires qui ont renforcé la certitude de l'USPSTF quant à la réduction du risque de mourir du cancer de la prostate et du risque de maladie métastatique. Le suivi à plus long terme de l'essai ERSPC et de certains sites d'essais ERSPC a montré que le dépistage du cancer de la prostate basé sur l'APS empêche 1,28 hommes de mourir du cancer de la prostate pour 1000 hommes examinés. En outre, un sous-ensemble de sites d'essais ERSPC a depuis rapporté que le dépistage de 1000 hommes âgés de 55 à 69 ans pourrait empêcher environ 3 hommes de développer un cancer de la prostate métastatique. Plus long terme, Les résultats de 12,7 années de l'essai PIVOT sont devenus disponibles depuis l'affichage du projet d'énoncé de recommandation et sont semblables aux résultats sur 10 ans. Les études continuent à démontrer les inconvénients du dépistage basé sur le PSA, y compris les résultats faux positifs, les complications des biopsies prostatiques transrectales, le surdiagnostic (qui peut survenir dans 20% à 50% des cas de cancer dépistés), les dommages psychologiques et les inconvénients du traitement, y compris l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile. Le changement de catégorie de recommandation reflète davantage de nouvelles preuves et une utilisation accrue de la surveillance active du cancer de la prostate à faible risque, ce qui peut réduire le risque de dommages subséquents du dépistage. Cette recommandation identifie également clairement les hommes et les hommes afro-américains ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate comme ayant un risque plus élevé de cancer de la prostate et fournit des informations supplémentaires pour aider ces hommes à prendre des décisions éclairées sur le dépistage. Pour la recommandation C pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, l'intention de l'USPSTF est de montrer que les valeurs de chaque homme peuvent faire pencher la balance en faveur du dépistage et promouvoir l'importance d'une prise de décision éclairée avant le dépistage. L'USPSTF continue de constater que les avantages du dépistage ne l'emportent pas sur les méfaits chez les hommes de 70 ans et plus et recommande contre le dépistage chez ces hommes. L'intention de l'USPSTF est de montrer que les valeurs de chacun peuvent faire pencher la balance en faveur du dépistage et de promouvoir l'importance d'une prise de décision éclairée avant le dépistage. L'USPSTF continue de constater que les avantages du dépistage ne l'emportent pas sur les méfaits chez les hommes de 70 ans et plus et recommande contre le dépistage chez ces hommes. L'intention de l'USPSTF est de montrer que les valeurs de chacun peuvent faire pencher la balance en faveur du dépistage et de promouvoir l'importance d'une prise de décision éclairée avant le dépistage. L'USPSTF continue de constater que les avantages du dépistage ne l'emportent pas sur les méfaits chez les hommes de 70 ans et plus et recommande contre le dépistage chez ces hommes.

[Retournez à la table des matières](#)

L'American Academy of Family Physicians <sup>39</sup> et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs <sup>40</sup> recommandent de ne pas dépister le cancer de la prostate sur la base de l'APS. L'American College of Physicians <sup>41</sup> recommande que les cliniciens discutent des avantages et des inconvénients du dépistage avec les hommes âgés de 50 à 69 ans et recommandent seulement le dépistage chez les hommes qui accordent la priorité au dépistage et dont l'espérance de vie dépasse 10 à 15 ans. L'American Urological Association <sup>42</sup> recommande que les hommes âgés de 55 à 69 ans ayant une espérance de vie de plus de 10 à 15 ans soient informés des avantages et des inconvénients du dépistage et participent à la prise de décision partagée avec leurs cliniciens, en tenant compte des valeurs et préférences de chacun. Il note que pour réduire les inconvénients du dépistage, l'intervalle de dépistage devrait être de deux ans ou plus. L'American Urological Association note également que les décisions concernant le dépistage, y compris le dépistage potentiel avant

l'âge de 55 ans, devraient être individuelles pour les hommes et les hommes afro-américains ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate. L'American Cancer Society <sup>43</sup>adopté en 2016 des recommandations de sélection détaillées qui soulignent l'importance de la prise de décision partagée et la nécessité d'une discussion éclairée sur les incertitudes, les risques et les avantages potentiels du dépistage. Il recommande des conversations sur le dépistage dès l'âge de 50 ans et plus pour les hommes et les hommes afro-américains ayant un père ou un frère ayant des antécédents de cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans.

[Retournez à la table des matières](#)

Les membres du US Preventive Services Task Force (USPSTF) comprennent les personnes suivantes: David C. Grossman, MD, MPH (Institut de recherche en santé Kaiser Permanente Washington, Seattle); Susan J. Curry, PhD (Université de l'Iowa, Iowa City); Douglas K. Owens, MD, MS (Système de soins de santé Palo Alto des Anciens Combattants, Palo Alto, Californie, et Stanford University, Stanford, Californie); Kirsten Bibbins-Domingo, PhD, MD, MAS (Université de Californie, San Francisco); Aaron B. Caughey, MD, Ph. D. (Oregon Health & Science University, Portland); Karina W. Davidson, Ph.D., MASc (Université Columbia, New York, New York); Chyke A. Doubeni, MD, MPH (Université de Pennsylvanie, Philadelphie); Mark Ebell, MD, MS (Université de Géorgie, Athènes); John W. Epling Jr, MD, MEd (École de médecine Virginia Tech Carilion, Roanoke); Alex R. Kemper, MD, MPH, MS (Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio); Alex H. Krist, MD, MPH (Résidence Fairfax Family Practice, Fairfax, Virginie, et Virginia Commonwealth University, Richmond); Martha Kubik, PhD, RN (Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie); Seth Landefeld, MD (Université d'Alabama à Birmingham); Carol M. Mangione, MD, MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). Krist, MD, MPH (Résidence Fairfax Family Practice, Fairfax, Virginie, et Virginia Commonwealth University, Richmond); Martha Kubik, PhD, RN (Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie); Seth Landefeld, MD (Université d'Alabama à Birmingham); Carol M. Mangione, MD, MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). Krist, MD, MPH (Résidence Fairfax Family Practice, Fairfax, Virginie, et Virginia Commonwealth University, Richmond); Martha Kubik, PhD, RN (Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie); Seth Landefeld, MD (Université d'Alabama à Birmingham); Carol M. Mangione, MD, MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). et Virginia Commonwealth University, Richmond); Martha Kubik, PhD, RN (Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie); Seth Landefeld, MD (Université d'Alabama à Birmingham); Carol M. Mangione, MD, MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). et Virginia Commonwealth University, Richmond); Martha Kubik, PhD, RN (Université Temple, Philadelphie, Pennsylvanie); Seth Landefeld, MD (Université d'Alabama à Birmingham); Carol M. Mangione, MD, MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï). MSPH (Université de Californie, Los Angeles); Michael Silverstein, MD, MPH (Université de Boston, Boston, Massachusetts); Melissa A. Simon, MD, MPH (Université Northwestern, Evanston, Illinois); Albert L. Siu, MD, MSPH (École de médecine Icahn au Mont Sinaï, New York, New York, et James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York); Chien-Wen Tseng, MD, MPH, MSEE (Université d'Hawaï, Honolulu et Institut de recherche et d'éducation en santé du Pacifique, Honolulu, Hawaï).

[Retournez à la table des matières](#)

**Divulgations de conflits d'intérêts:** Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire ICMJE pour la divulgation des conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs ont suivi la politique relative aux conflits d'intérêts décrite sur <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Nom/conflict-of-interest-disclosures> . Tous les membres de l'USPSTF reçoivent un remboursement de voyage et des honoraires pour participer aux réunions de l'USPSTF.

**Avertissement:** Les recommandations faites par l'USPSTF sont indépendantes du gouvernement américain. Ils ne doivent pas être interprétés comme une position officielle de l'AHRQ ou du département américain de la santé et des services sociaux.

**Avis de droit d'auteur:** Les recommandations de l'USPSTF reposent sur un examen rigoureux des données probantes évaluées par des pairs et visent à aider les cliniciens et les patients en soins primaires à décider ensemble si un service préventif répond aux besoins d'un patient. Pour encourager la discussion, la considération, l'adoption et la mise en œuvre des recommandations de l'USPSTF, l'AHRQ permet au public de reproduire, redistribuer, afficher publiquement et incorporer le travail de l'USPSTF dans d'autres documents à condition qu'il soit reproduit sans modification du travail, sauf dans la mesure autorisée par la loi américaine sur le droit d'auteur.

L'AHRQ et le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis ne peuvent endosser ou sembler cautionner des documents dérivés ou extraits, et ils ne peuvent être tenus responsables du contenu ou de l'utilisation de produits adaptés incorporés sur d'autres sites Web. Toute adaptation de ces documents et ressources électroniques doit inclure un avertissement à cet effet. La publicité ou l'approbation implicite de tout produit ou service commercial est strictement interdite.

Ce travail ne peut être reproduit, réimprimé ou redistribué contre rémunération, ni être vendu à des fins lucratives ou incorporé dans une entreprise à but lucratif sans l'autorisation écrite expresse de l'AHRQ. Ce travail est soumis aux restrictions de l'article 1140 de la loi sur la sécurité sociale, 42 USC §320b-10. Quand des parties d'une recommandation

[Retournez à la table des matières](#)

#### Les références:

1. Institut national du cancer. Faits de stat de cancer: cancer de prostate. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html> Ce lien se passe hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe . Accédé le 8 mars 2018.
2. Jahn JL, Giovannucci EL, Stampfer MJ. La prévalence élevée du cancer de la prostate non diagnostiqué à l'autopsie: implications pour l'épidémiologie et le traitement du cancer de la prostate à l'ère de l'antigène prostatique spécifique. *Int J Cancer* . 2015; 137 (12): 2795-2802.
3. Fenton JJ, MS Weyrich, S Durbin, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Dépistage basé sur l'antigène prostatique spécifique pour le cancer de la prostate: un examen systématique des preuves pour le groupe de travail américain sur les services préventifs. Synthèse des preuves n ° 154. Publication AHRQ n ° 17-05229-EF-1. Rockville, MD: Agence de recherche et de qualité en santé; 2018.
4. Fenton JJ, MS Weyrich, S Durbin, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Dépistage spécifique de la prostate par antigène spécifique de la prostate pour le cancer de la prostate: rapport de preuves et revue systématique pour le US Preventive Services Task Force. *JAMA* . 2018; 319 (18): 1914-1931.
5. Kilpeläinen TP, TL Tammela, Roobol M, et al. Le dépistage faussement positif résulte de l'étude européenne randomisée pour le dépistage du cancer de la prostate. *Eur J Cancer* . 2011; 47 (18): 2698-2705.
6. Cuzick J, MA Thorat, Andriole G, et al. Prévention et détection précoce du cancer de la prostate. *Lancet Oncol* . 2014; 15 (11): e484-492.
7. Pinsky P, Prorok P, Yu K, et al. Résultats de mortalité prolongée pour le dépistage du cancer de la prostate dans l'essai PLCO avec un suivi médian de 15 ans. *Cancer* . 2017; 123 (4): 592-599.
8. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. ; Investigateurs ERSPC. Dépistage et mortalité par cancer de la prostate: résultats de l'étude européenne randomisée de dépistage du cancer de la prostate (ERSPC) à 13 ans de suivi. *Lancet* . 2014, 384 (9959): 2027-2035.
9. Kilpeläinen TP, TL Tammela, N Malila, et al. Mortalité par cancer de la prostate dans l'essai de dépistage randomisé finlandais. *J Natl Cancer Inst* . 2013; 105 (10): 719-725.
10. Arnsrud Godtman R, Holmberg E, Lilja H, J Stranne, J. Hugosson Tests opportunistes versus dépistage antigénique spécifique de la prostate: résultat après 18 ans dans l'essai randomisé de dépistage du cancer de la prostate basé sur la population de Göteborg. *Eur Urol* . 2015; 68 (3): 354-60.
11. Schröder FH, J Hugosson, Carlsson S, et al. Le dépistage du cancer de la prostate réduit le risque de développer une maladie métastatique: résultats de l'étude européenne randomisée de dépistage du cancer de la prostate (ERSPC). *Eur Urol* . 2012; 62 (5): 745-752.
12. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al. Effet d'une intervention de dépistage à base de PSA de faible intensité sur la mortalité par cancer de la prostate: l'essai clinique randomisé CAP. *JAMA* . 2018; 319 (9): 883-895.
13. PF Pinsky, HL Parnes, Andriole G. Mortalité et complications après biopsie de la prostate dans l'essai de dépistage de la prostate, du poumon, du cancer colorectal et du cancer de l'ovaire (PLCO). *BJU Int* . 2014; 113 (2): 254-259.
14. Lin JS, DB Petitti, BU Burda. Vue d'ensemble des modèles de décision de dépistage du cancer de la prostate: un examen contextuel pour le groupe de travail américain sur les services préventifs. Publication AHRQ n ° 17-05229-EF-2. Rockville, MD: Agence de recherche et de qualité en santé; 2018.
15. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. ; ProtecT Groupe d'étude. Résultats sur 10 ans après une

- surveillance, une chirurgie ou une radiothérapie pour un cancer localisé de la prostate. *N Engl J Med* . 2016; 375 (15): 1415-1424.
16. Cooperberg MR, Carroll PR. Tendances de la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la prostate localisé, 1990-2013. *JAMA* . 2015; 314 (1): 80-82.
17. Andriole GL, ED Crawford, Grubb RL 3ème, et al. La mortalité résulte d'un essai randomisé de dépistage du cancer de la prostate. *N Engl J Med* . 2009; 360 (13): 1310-1319.
18. Lichtenstein P, Holm SA, Verkasalo PK, et al. Facteurs environnementaux et héréditaires de la cause du cancer - analyses de cohortes de jumeaux provenant de Suède, du Danemark et de Finlande. *N Engl J Med* . 2000; 343 (2): 78-85.
19. Saarimäki L, TL Tammela, Määtänen L, et al. Antécédents familiaux dans l'essai de dépistage du cancer de la prostate en Finlande. *Int J Cancer* . 2015; 136 (9): 2172-2177.
20. Institut national du cancer. Génétique du cancer de la prostate (PDQ®) - version professionnelle de la santé. <https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-genetics-pdq> Ce lien se trouve hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe . Accédé le 8 mars 2018.
21. Liss MA, Chen H, S Hemal, et al. Impact des antécédents familiaux sur la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes blancs subissant un dépistage basé sur l'antigène spécifique de la prostate. *J Urol* . 2015; 193 (1): 75-79.
22. Centres de contrôle et de prévention des maladies. Statistiques sur le cancer aux États-Unis: données sur l'incidence et la mortalité par cancer de 1999 à 2014. <https://nccd.cdc.gov/uscs/> Ce lien se passe hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe . Accédé le 8 mars 2018.
23. Ryerson AB, CR Eheman, Altekruse SF, et al. Rapport annuel à la nation sur l'état du cancer, 1975-2012, mettant en vedette l'incidence croissante du cancer du foie. *Cancer* . 2016; 122 (9): 1312-1337.
24. Petitti DB, Lin JS, Burda BU. Surdiagnostic dans les modèles décisionnels de dépistage du cancer de la prostate: un examen contextuel pour le groupe de travail américain sur les services préventifs. Publication AHRQ n° 17-05229-EF-3. Rockville, MD: Agence de recherche et de qualité en santé; 2018.
25. Wolters T, Roobol MJ, Steyerberg EW, et al. L'effet de bras d'étude sur le traitement du cancer de la prostate dans le grand essai de dépistage ERSPC. *Int J Cancer* . 2010; 126 (10): 2387-2393.
26. Pinsky PF, Blacka A, Kramer BS, Miller A, PC Prorok, Berg C. Évaluation de la contamination et la conformité dans la composante de la prostate de l'essai de dépistage du cancer de la prostate, du poumon, colorectal et ovarien (PLCO). *Essais Clin* . 2010; 7 (4): 303-311.
27. Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, et al. Prostatectomie radicale ou attente vigilante au début du cancer de la prostate. *N Engl J Med* . 2014; 370 (10): 932-942.
28. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, et al. ; Étude d'intervention contre le cancer de la prostate et essai d'observation (PIVOT). Prostatectomie radicale versus observation pour le cancer de la prostate localisé. *N Engl J Med* . 2012; 367 (3): 203-213.
29. Wilt TJ, KM KM, Barry MJ, et al. Suivi de la prostatectomie versus observation pour le cancer précoce de la prostate. *N Engl J Med* . 2017; 377 (2): 132-142.
30. Rosario DJ, juge Lane, Metcalfe C, et al. Résultats à court terme de la biopsie de la prostate chez des hommes testés pour un cancer par un antigène prostatique spécifique: évaluation prospective dans le cadre de l'étude ProtecT. *BMJ* . 2012; 344: d7894.
31. Walter LC, Fung KZ, Kirby KA, et al. Résultats en aval sur cinq ans après un dépistage antigénique spécifique de la prostate chez les hommes âgés. *JAMA Intern Med* . 2013; 173 (10): 866-873.
32. Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schrder FH. Les taux de complication et les facteurs de risque de 5802 biopsies sexuelles transcutanées par sextant échographique de la prostate dans le cadre d'un programme de dépistage basé sur la population. *Urologie* . 2002; 60 (5): 826-830.
33. Fowler FJ Jr, Barry MJ, Walker-Corkery B, et al. L'impact d'une biopsie de la prostate suspecte sur les résultats psychologiques, socio-comportementaux et médicaux des patients. *J Gen Intern Med* . 2006; 21 (7): 715-721.
34. Brindle LA, Oliver SE, Dedman D, et al. Mesure de l'impact psychosocial des tests antigéniques spécifiques de la prostate basés sur la population pour le cancer de la prostate au Royaume-Uni. *BJU Int* . 2006; 98 (4): 777-782.
35. Katz DA, DF Jarrard, McHorney CA, et al. Les perceptions de la santé chez les patients qui subissent un dépistage et un bilan du cancer de la prostate. *Urologie* . 2007; 69 (2): 215-220.
36. Donovan JL, Hamdy FC, juge Lane, et al. ; ProtecT Groupe d'étude. Résultats rapportés par les patients après la surveillance, la chirurgie ou la radiothérapie pour le cancer de la prostate. *N Engl J Med* . 2016; 375 (15): 1425-1437.
37. Johansson E, G Steineck, Holmberg L, et al. ; SPCG-4 Investigateurs. Résultats de la qualité de vie à long terme après prostatectomie radicale ou attente vigilante: l'essai randomisé Scandinavian Prostate Cancer Group-4. *Lancet Oncol* . 2011; 12 (9): 891-899.
38. US Preventive Services Task Force. Dépistage du cancer de la prostate: Énoncé de recommandation du US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* . 2012; 157 (2): 120-134.
39. Académie américaine des médecins de famille. Recommandation du service de prévention clinique: cancer de la prostate. 2012. <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/prostate-cancer.html> Ce lien se fait hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe . Accédé le 8 mars 2018.
40. Bell N, S Connor Gorber, Shane A, et al; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate avec le test de l'antigène prostatique spécifique. *JAMC* . 2014; 186 (16): 1225-1234.

41. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P; Comité des lignes directrices cliniques de l'American College of Physicians. Dépistage du cancer de la prostate: un énoncé d'orientation du Comité des lignes directrices cliniques de l'American College of Physicians. *Ann Intern Med* . 2013; 158 (10): 761-769.

42. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, et al. Détection précoce du cancer de la prostate: ligne directrice de l'AUA. *J Urol* . 2013; 190 (2): 419-426.

43. Société américaine du cancer. Recommandations de l'American Cancer Society pour la détection précoce du cancer de la prostate. 2016. <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/early-detection/acs-recommendations.html> Ce lien se fait hors site. Cliquez pour lire l'avertissement de lien externe . Accédé le 8 mars 2018.

	<b>Nombre d'hommes touchés</b>
Hommes invités à la projection	1000
Hommes ayant reçu au moins 1 résultat positif au test PSA	240
Hommes ayant subi une ou plusieurs biopsies prostatiques transrectales	220 <sup>b</sup>
Hommes hospitalisés pour une complication de biopsie	2
Hommes diagnostiqués avec un cancer de la prostate	100
Les hommes qui ont initialement reçu un traitement actif par prostatectomie radicale ou radiothérapie	65
Les hommes qui ont initialement reçu une surveillance active	30
Les hommes qui ont initialement reçu une surveillance active qui ont continué à recevoir un traitement actif par prostatectomie radicale ou radiothérapie	15
Hommes atteints de dysfonction sexuelle ayant reçu un traitement initial ou différé	50
Hommes souffrant d'incontinence urinaire ayant reçu un traitement initial ou différé	15
Les hommes qui ont évité le cancer de la prostate métastatique	3
Hommes décédés de causes autres que le cancer de la prostate	200

Hommes décédés d'un cancer de la prostate malgré le dépistage, le diagnostic et le traitement	5
Les hommes qui ont évité de mourir du cancer de la prostate	1,3

<sup>a</sup> Estimations basées sur les bénéfices observés dans l'essai ERSPC pour les hommes âgés de 55 à 69 ans et sur les effets nocifs du traitement dérivés des taux absolus regroupés dans les groupes de traitement dans les 3 essais de traitement ( ProtecT, PIVOT, SPCG-4).

<sup>b</sup> Résultat basé sur le taux de biopsie dans l'essai ERSPC. La pratique actuelle aux États-Unis entraînera probablement moins de biopsies. L'effet potentiel de moins de biopsies sur d'autres résultats, y compris les réductions du diagnostic du cancer de la prostate et la mortalité, ne sont pas claires.

[Retournez à la table des matières](#)

À jour en date de: Mai 2018

**Citation Internet:** *Déclaration de recommandation finale: Cancer de la prostate: dépistage* . Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis. Mai 2018.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening1>

[Politique de confidentialité](#) • [Conditions d'utilisation](#) • [Accessibilité](#) • [Désistement de site Web](#) • [Contactez-nous](#)  
Bureau du programme USPSTF • 5600 Fishers Lane, arrêt de courrier 06E53A, Rockville, MD 20857