

Cancer de la prostate

Avant l'arrivée du PSA, le dépistage du cancer de prostate reposait principalement sur le toucher rectal. La majorité des cancers diagnostiqués étaient de stade C ou D et peu de traitements curatifs pouvaient être proposés. Depuis que le PSA peut être facilement dosé, il y a une nette augmentation des diagnostics de cancers de la prostate localisés. Cette possibilité de dépistage du cancer de la prostate a soulevé une controverse qui peut être résumée par la célèbre phrase « le traitement est-il possible lorsqu'il est efficace et est-il efficace quand il est possible ? ».

En effet, la communauté d'urologie internationale est divisée entre « les agressifs » qui proposent un dépistage intense, générant un grand nombre de prostatectomies radicales et les « passifs », contre les dépistages systématiques, qui s'appuient sur le fait que de nombreux cancers d'évolution lente laisseront le patient mourir d'une autre cause que de son cancer de la prostate.

L'étude de A. Potosky montre bien l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate dans la population des plus de 65 ans. Celle-ci a progressé de 82 % entre 1986 et 1991. Quant à l'incidence du cancer de la prostate localisé, elle s'est accrue de 75 % sur la même période. Cela est en rapport avec une plus grande utilisation du PSA et des biopsies prostatiques alors que, pendant le même temps, il y avait une diminution des résections transurétrales. Il tend donc à montrer que le dépistage du cancer de la prostate est déjà entré dans les habitudes médicales.

Pour organiser un dépistage de masse du cancer de la prostate, cinq critères sont nécessaires :

- La pathologie doit être répandue dans la population asymptomatique et avoir un poids important sur la santé publique.

C'est le cas du cancer de la prostate qui représente, aux Etats-Unis, 160 000 cas par an avec 35 000 décès, et en France

environ 8 000 décès. Par ailleurs, on sait que les autopsies d'hommes âgés de plus de 50 ans permettent de retrouver dans 30 % des cas un cancer de la prostate, ce taux passant de 66 % après 75 ans.

- La phase asymptomatique non métastasée doit pouvoir être diagnostiquée. C'est le cas du cancer de la prostate comme l'a montré l'étude de A. Potosky.

- Les tests utilisés doivent avoir de bonnes sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive. Ils doivent représenter un faible risque et un coût modeste ; il est important, en particulier, de réduire le nombre de faux-positifs.

Les conditions du dépistage de masse ne sont pas encore réunies

La réponse à ce point est non, car les valeurs des trois paramètres précédemment étudiés ne sont pas suffisantes. Toutefois, l'étude de Gann remet en cause cette réponse négative. En effet, il retrouve une sensibilité du PSA de 46 % et surtout une spécificité de 91 % à 10 ans, ce qui sous-entend que 9 patients sur 10 ayant un PSA > 4 ng/ml (Yang) auront un cancer de la prostate dans les 10 ans qui suivent ce dosage.

L'intérêt de cette étude par rapport aux autres études de dépistage est son suivi dans le temps. En effet, la plupart des études font état d'une corrélation entre la biopsie prostatique et le taux de PSA à un moment donné. Or, il peut très bien y avoir des biopsies négatives avec l'existence d'un cancer non diagnostiqué.

- Il doit exister des traitements curatifs performants et peu invasifs du cancer au stade précoce.

On sait que plus le diagnostic est précoce, meilleur est le pronostic ; en effet, le taux de survie à 10 ans est de 75 % pour les cancers intraprostatiques, de 50 % pour les extensions extraprostatiques et de 15 % pour les cancers métastasés. Mais on ne connaît pas, à l'heure actuelle, l'efficacité des traitements curatifs sur la durée de vie des patients.

- Le traitement du cancer dépisté doit améliorer le pronostic et la morbidité de celui-ci.

C'est le critère le plus important, mais cette question est sujette à des études contradictoires et à des incertitudes. Le véritable problème est de pouvoir différencier les cancers agressifs des cancers à évolution lente.

L'étude de P. Gann nous montre, toutefois, que 42 % des cancers diagnostiqués dans la cohorte de patients sont des cancers dépassés, 17 % des patients sont décédés à 10 ans et 75 % des décès chez les patients porteurs d'un cancer de la prostate sont dus à ce cancer.

Cette étude apporte donc un argument en faveur du dépistage.

Il reste que la différenciation entre cancers agressifs et cancers à évolution lente demeure une préoccupation majeure. C'est donc vers l'identification des facteurs déterminant l'agressivité des cancers de la prostate que doit se porter la recherche.

En conclusion, comme le souligne P. Lange dans son éditorial, seules des études randomisées sur l'intérêt du dépistage d'une part, et l'efficacité des traitements radicaux, d'autre part, permettront de répondre aux questions posées sur le dépistage du cancer de prostate. Ces études sont actuellement initiées aux Etats-Unis et en Europe mais n'apporteront de réponse que dans 10 à 15 ans.

Pr P. Teillac
Hôpital Saint-Louis,
Service d'urologie,
Paris