
Intérêt du dépistage du cancer de la prostate

C Coulange

Correspondance :
Hôpital Salvator
Service d'Urologie et de Transplantation Rénale
249, boulevard Ste Marguerite
13274 MARSEILLE Cedex 9
E-mail : christian.coulange@ap-hm.fr

Résumé

Les médecins ont le devoir d'informer correctement les patients sur l'intérêt du diagnostic précoce du cancer de la prostate (CaP), ce d'autant que le traitement n'est efficace que dans les formes localisées.

Ce devoir d'information repose sur plusieurs arguments :

- fréquence du CaP (premier cancer chez l'homme) ;
- situation particulière (le cancer localisé de prostate est asymptomatique) ;
- survenue plus précoce des cancers de prostate à prédisposition génétique ;
- outils diagnostiques efficaces (toucher rectal et dosage sérique du PSA total) ;
- diagnostic par ponction-biopsie échoguidée (risque de faux négatif) ;
- traitement efficace des formes localisées ;
- conséquences des traitements.

Libre aux patients correctement informés de donner un consentement éclairé.

L'Association Française d'Urologie préconise chez les hommes entre 50 et 74 ans un toucher rectal et un dosage du PSA tous les ans, et dès 45 ans s'il existe un risque familial ou ethnique.

Mots-clés : Cancer de la prostate / dépistage.

Introduction

Le cancer de prostate est le premier cancer chez l'homme (20 % des cancers) et la deuxième cause de décès par cancer (10 %).

Les médecins ont le devoir d'informer correctement les patients sur l'intérêt du dépistage du cancer de la prostate, ce d'autant que le traitement n'est efficace que dans les formes localisées.

Ce devoir d'information doit porter sur les avantages du dépistage, la survenue plus précoce des cancers de prostate à prédisposition génétique, les aléas du diagnostic (faux négatif), les traitements et leurs conséquences.

Abstract

Interest of an early detection of prostate cancer

The clinicians and family physicians have to inform the patients correctly about the interest of an early detection of prostate cancer, since the treatment is only efficient in localized cancer.

This necessity of information is based on the following arguments:

- frequency of prostate cancer (most common cancer in men) ;
- special situation (the localized prostate cancer shows non symptoms) ;
- early appearance of prostate cancer in young men with a family history of the disease ;
- simplicity and efficiency of diagnosis (DRE and PSA test) ;
- diagnosis by transrectal ultrasound-guided prostate biopsy (risk of false negative) ;
- efficient treatment of localized cancers ;
- side effects of treatment.

Men requesting screening should be counselled and guided to make a well informed decision.

The French Urological Association recommend discussing the risks and potential benefits with the patient and support the policy of offering annual PSA testing to asymptomatic men 50 years of age or older who have an estimated life expectancy of at least 10 years and to younger men with established risk factors.

Key-words: Prostatic cancer / screening.

Pourquoi informer ?

l'histoire naturelle est connue : l'incidence du cancer de prostate chez l'homme de 50 à 70 ans est de 8 à 18 %. L'incidence, en France, est de 26 500 nouveaux cas chaque année dont plus de la moitié seulement sont localisés. La mortalité par cancer de prostate est fonction de l'âge au moment du diagnostic (75 % de décès spécifique si le diagnostic est fait avant 65 ans).

une situation particulière : le cancer de prostate localisé est asymptomatique et n'est pas palpable à l'examen clinique (1) (Tableau 1).

l'existence de facteurs de risque :

l'âge : entre 50 et 70 ans, la prévalence est de 30 % sur les pièces de cystoprostatectomie,

la génétique : le risque est multiplié par 2 si un parent du 1^{er} degré est atteint,

l'ethnie africaine : le risque est multiplié par 1,5

le rôle de l'environnement (graisses animales ?).

des outils diagnostiques efficaces :

l'examen clinique (TR) : 15 % de biopsies positives si le TR est suspect et le taux de PSA dans les normes du laboratoire (2),

le marqueur sérique (PSA) : 30 % de biopsies positives si le taux de PSA sérique total est entre 4 et 10 ng/mL, la sensibilité du marqueur (vrais +) est le double de celle de l'examen clinique (3). Si l'on veut augmenter la sensibilité du diagnostic précoce, il faut abaisser la valeur seuil du PSA sérique à 3 ng/mL, c'est ce qui est préconisé par l'étude européenne (ERSSPC) (Tableau 2).

le diagnostic repose sur la biopsie prostatique échoguidée :

le standard des années 1990 était de 6 biopsies avec 33 % de biopsies positives,

actuellement, il est recommandé de réaliser des biopsies

centrales et périphériques pour optimiser le protocole de biopsie et diminuer ainsi les biopsies itératives, surtout dans 3 situations : PSA < 10 ng/mL, TR normal, volume prostatique > 50 cc.

un traitement efficace pour les formes localisées avec 87 % de survie à 10 ans après prostatectomie (4).

certains pays (USA, Canada) ont montré un bénéfice en terme de santé publique avec une baisse de la mortalité spécifique.

Les médecins ont un rôle prépondérant dans l'information correcte des patients et la bonne utilisation des outils, libre au patient correctement informé de donner un consentement éclairé.

Conclusion

La stratégie actuelle préconisée par l'Association Française d'Urologie est de faire réaliser un dosage du PSA et un toucher rectal tous les ans dès 50 ans et jusqu'à 75 ans ; et, dès 45 ans s'il existe un risque familial ou ethnique.

Si le PSA total est au-dessus de la valeur normale du test ou si le toucher rectal est anormal, une consultation auprès d'un urologue est recommandée.

TR	0-2	2-4	4-10	>10
Normal	1 %	15 %	25 %	> 50 %
Anormal	5 %	20 %	45 %	>75 %

Tableau 2. Les outils du dépistage du CaP - Le couple TR-PSA (PSA, ng / mL)

Références

1. Cussenot O., Teillac P. Le cancer de la prostate. Paris : John Libbey Eurotext, 1999, 156 p.
2. Barry WJ. Prostate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. NEJM 2001 ; 344 : 1373
3. Catalona NJ. Use of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. JAMA 1998 ; 279 : 1542
4. Lu-Yao GL. Population-based study of long-term survival in patients with clinically localised prostate cancer. Lancet 1997 ; 349 : 906

Tableau 1. Situation particulière du CaP : 3 phases cliniques

