

## Devrait-on offrir aux Canadiens le dépistage systématique du cancer de la prostate?

OUI

Yves Fradet MD FRCSC

La justification d'un dépistage systématique pour des personnes asymptomatiques repose sur l'importance de la maladie, l'existence d'une méthode efficace de détection, l'efficacité du traitement et la démonstration d'un impact significatif sur la mortalité dans la population.<sup>1</sup> À mon avis, toutes ces conditions sont réunies pour le dépistage du cancer de la prostate et les hommes sont en droit d'être informés de ces bénéfices possibles pour leur santé.

### L'importance de la maladie

L'importance du cancer de la prostate est indéniable. Chaque année, au Canada, quelque 20 000 nouveaux cas sont diagnostiqués et 20% en mourront. Ces chiffres sont comparables à ceux observés pour le cancer du sein. Et la mortalité et les coûts de santé augmenteront proportionnellement à l'accroissement rapide de l'espérance de vie.

### Existence et efficacité du dépistage

Le dépistage du cancer de la prostate est maintenant possible grâce à la convergence du dosage sérique de l'antigène prostatique spécifique (APS), qui permet l'identification des individus à plus haut risque de cancer, et le développement d'un fusil biopsique guidé par échographie transrectale. Approximativement 6% des hommes de 50 ans et plus auront un APS supérieur à 4 µg/mL et 16% entre 2.5 et 4 µg/mL. Bien tolérée sous anesthésie locale, la biopsie échoguidée a une spécificité de près de 100% et une sensibilité de l'ordre de 85%, 15% de cancers étant détectés sur une seconde biopsie.<sup>2</sup>

### Efficacité du traitement

L'efficacité du traitement de cette maladie est bien démontrée. Une étude suédoise<sup>3</sup> a révélé que le traitement chirurgical du cancer prostatique localisé permettait de réduire de plus de 50% la mortalité par cancer à 10 ans et ce sans impact négatif sur la qualité de vie. Aucun autre cancer ne peut se vanter de tels résultats. Plusieurs autres études et observations démontrent que le dépistage réduit significativement la mortalité par cancer de la prostate. Une étude<sup>4</sup> réalisée dans le Tyrol rapporte une réduction

NON

Michel Labrecque MD PhD CCFP FCFP

France Légaré MD PhD CCFP FCFP Michel Cauchon MD CCFP FCFP

Nous nageons en pleine incertitude au sujet du dépistage du cancer de la prostate. Nous transformons des hommes en bonne santé en malades souffrant de cancer (avec tout ce que ceci implique) sans avoir la preuve que cette intervention leur sauvera la vie.<sup>1</sup> Même les organismes qui se font les champions du dépistage du cancer de la prostate comme la American Cancer Society le reconnaissent. Ils diffusent des messages ambigus faisant à la fois la promotion de la détection précoce tout en ne recommandant pas le dépistage systématique. Mais pour nos patients, détection précoce et dépistage systématique sont une seule et même chose<sup>1</sup>: une prise de sang et un examen pour le moins inconfortable!

Dans ce contexte d'incertitude, les positions fermes sur le dépistage du cancer de la prostate deviennent indéfendables et les décisions reposent autant sur les valeurs que sur les faits. Le courant actuel est de favoriser un processus décisionnel conjoint entre le patient et son médecin. Voici les informations qui doivent être communiquées aux patients intéressés par ce dépistage.

### Le message

Vous avez 60 ans. Selon les statistiques canadiennes, parmi 100 hommes de votre âge, environ 6 auront un cancer de la prostate détecté au cours des 10 prochaines années. Sur ces 6, 1 ou 2 vont en mourir alors que 4 ou 5 décéderont d'autres causes.<sup>2</sup>

Vous devez savoir que parmi 100 hommes de votre âge, environ 60 ont des tumeurs de la prostate (**Figure 1**).<sup>3,4</sup> La grande majorité de ces tumeurs sont microscopiques et ne donneront jamais de problème. Chez quelques hommes, certaines grossiront et donneront des problèmes, mais il est impossible de les distinguer. C'est pourquoi certains recommandent d'identifier celles qui sont détectables à l'aide d'une prise de sang (antigène prostatique spécifique [APS]) et un toucher rectal (TR). L'APS permet de trouver des tumeurs de la prostate plus petites que celles trouvées une fois que des symptômes se manifestent.

Parmi 100 hommes qui subissent les tests pour la première fois (sensibilité 87% spécificité 80%,<sup>1,5</sup> prévalence [de tumeurs détectables] 3%<sup>5,6</sup>), 22 auront besoin d'un autre test: une échographie de la prostate faite

OUI

statistiquement significative de la mortalité chez les hommes ayant accepté au moins un dépistage systématique comparativement à ceux des autres régions d'Autriche. À Québec, une réduction de 67% de la mortalité a été observée chez les 7155 hommes (23% des 30 958 invités) dépistés systématiquement par rapport à ceux qui ont refusé le dépistage.<sup>5</sup>

Une autre étude pilote randomisée européenne chez 2367 hommes a également démontré une réduction de 75% de la mortalité par cancer à 10 ans.<sup>6</sup> Parallèlement, on a observé une réduction de près de 25% de la mortalité par cancer de la prostate tant au Canada et aux États-Unis qu'en Angleterre, en Autriche et dans plusieurs pays européens depuis l'utilisation du test APS, et ce malgré un accroissement de la longévité.<sup>7</sup> À l'opposé, des régions comme les pays scandinaves ou l'Australie ayant peu recours à l'APS ont connu une hausse continue de la mortalité par cancer de la prostate.

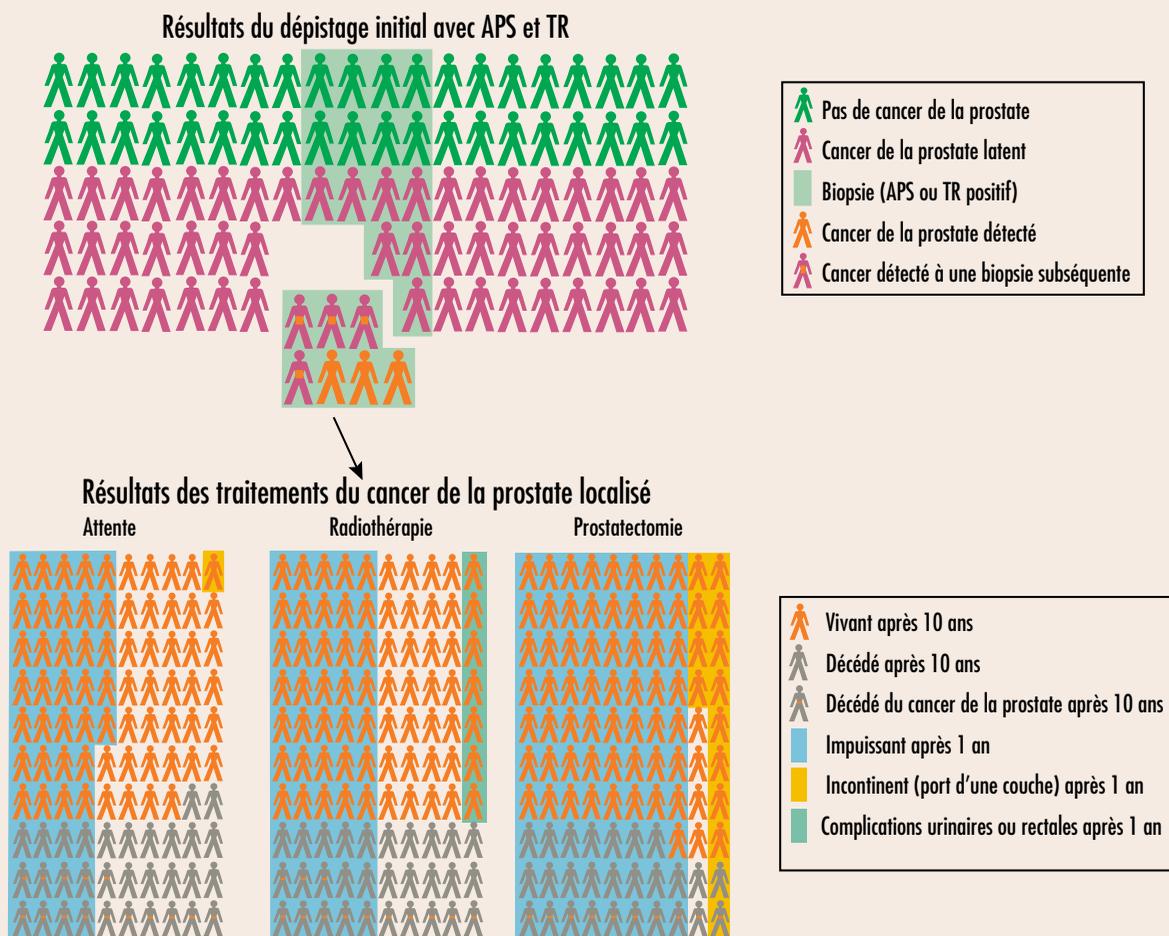
NON

avec une sonde dans le rectum pour prélever avec une aiguille de petits morceaux de la prostate.

Parmi ces 22 hommes, 3 auront un cancer détecté. Quand les cancers sont petits et confinés à la prostate, ce qui arrive le plus souvent, nous n'avons pas vraiment de moyens fiables pour distinguer lesquels menacent vraiment la vie. On peut tenter d'estimer ce risque en regardant au microscope l'apparence des cellules des morceaux prélevés, mais la réponse la plus certaine ne vient que lorsqu'on a enlevé toute la prostate.

Quant aux 19 autres hommes, on ne sait pas trop. Ils ont pour la plupart une prostate plus grosse, ce qui explique le résultat anormal de l'APS. Mais cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas le cancer. Si on répète la biopsie, un cancer sera détecté chez 4 de ceux-ci.<sup>7</sup> Chez les 15 autres, comme chez les 78 qui ont eu un APS et un TR normaux, il est possible qu'un cancer apparaisse ou grossisse et soit détectable un jour. C'est pourquoi certains médecins suggèrent de refaire les tests à chaque année.

Figure 1. Résultats du dépistage initial du cancer de la prostate avec APS et TR et des traitements du cancer de la prostate localisé chez 100 hommes



APS — antigène prostatique spécifique, TR — toucher rectal.

## Situation et comparaison avec d'autres cancers

Pendant ce temps, le dépistage de plusieurs autres cancers a été instauré sur la base de données semblables voire même inférieures. Ainsi, le dépistage systématique du cancer du col a été implanté sur la foi d'observations similaires et n'a jamais été soumis à des études contrôlées.<sup>1</sup> Parmi les nombreuses études évaluant l'efficacité du dépistage du cancer du sein, une seule étude suédoise a réussi à démontrer une réduction significative de la mortalité et ce uniquement chez les femmes ayant plus de 50 ans; pourtant le dépistage systématique du cancer du sein est largement pratiqué. De même en est-il pour le cancer du colon, où une seule étude américaine a démontré l'efficacité du dépistage par détection du sang occulte dans les selles. Même si des études tentent actuellement d'évaluer l'efficacité de la colonoscopie, son utilisation à des fins de dépistage est largement répandue.

Pourquoi le dépistage du cancer de la prostate n'est-il pas préconisé par les médecins de famille au même titre que les cancers précités?

De toute évidence, le lobby pour les cancers spécifiques aux hommes a été nettement moins efficace que celui pour les cancers spécifiques aux femmes ou affectant femmes et hommes. Par ailleurs, l'objection la plus importante au dépistage du cancer de la prostate est que la détection possible de foyers de cancer cliniquement non significatifs qui ne causeraient pas de mortalité. Il devient de plus en plus évident que des cancers de bas grade cellulaire (Gleason  $\leq 6$ ) avec un taux de APS  $< 10$  comportent un faible risque de mortalité et ce, même sans traitement.<sup>8</sup>

Au Canada, la surveillance attentive est de plus en plus recommandée pour ce type de cancer de bas risque.<sup>9</sup> De plus, ce type de cancer semble sensible à des manipulations hormonales ou à des modifications alimentaires ou des habitudes de vie pour lesquelles les médecins de famille devraient jouer un rôle prédominant. À mon avis, il est préférable de minimiser l'impact psychologique et médical d'un diagnostic de cancer prostatique de bas risque que de priver les hommes de moyens efficaces de détection et de traitement pour un cancer de haut risque, et ce de peur de nuire à un grand nombre. ❁

**D<sup>r</sup> Fradet** est professeur et Chef de la chirurgie et l'urologie à l'Université Laval au Québec.

**Correspondance à:** D<sup>r</sup> Yves Fradet, Centre de recherche, L'Hôtel-Dieu-de-Québec, 11 côte du Palais, Québec, QC G1R 2J6; téléphone 418 525-4444, poste 15561; télécopieur 418 691-5562; courriel [yves.fradet@crhdq.ulaval.ca](mailto:yves.fradet@crhdq.ulaval.ca)

Si on vous trouve un cancer limité à la prostate, vous aurez alors 3 choix: faire enlever votre prostate, choisir la radiothérapie ou attendre que la tumeur grossisse. On pourrait également vous recommander de prendre des hormones. Voyons ce qui arrive aux hommes de 65 ans, ayant une tumeur localisée.<sup>8</sup>

Après 10 ans, parmi 100 hommes qu'on a opéré, 10 seront décédés du cancer de la prostate et 17 d'autres causes. Parmi 100 qui auront préféré attendre, 15 mourront du cancer de la prostate et 17 d'autres causes. Parmi les 100 qui auront choisi d'être opérés, 80 seront devenus impuissants tandis que 14 devront porter une couche pour des pertes d'urine tandis que parmi ceux qui auront préféré attendre, 45 deviendront impuissants et 1 seul devra porter une couche.<sup>9</sup> Chez les hommes traités par radiothérapie, la mortalité et les risques d'effets indésirables seraient situés entre ceux des hommes qui se font opérer et de ceux qui attendent.<sup>10</sup>

En ce qui concerne les tumeurs découvertes avec des tests faits chez des hommes en bonne santé, nous ne savons pas si la détection précoce du cancer allonge la vie. En 2008, les résultats de 2 études qui évaluent spécifiquement le dépistage devraient nous donner cette information. Pour l'instant, la seule chose bien connue est la fréquence des problèmes provoqués par les traitements.

## Conclusion

Il ne fait aucun doute que la façon dont nous présentons les risques et les bénéfices associés au dépistage du cancer de la prostate influence la décision du patient. Les hommes qui utilisent des outils d'aide à la décision sont moins enclins à se soumettre au dépistage.<sup>11,12</sup> Compte tenu des incertitudes importantes entourant le dépistage, de la somme des informations à communiquer et de la réflexion que le patient doit faire sur ce qu'il considère être le plus important pour lui, le dépistage systématique est à proscrire et le recours à des outils d'aide à la décision qui illustrent graphiquement les risques et les bénéfices<sup>13</sup> est impératif. ❁

**D<sup>r</sup> Labrecque** est professeur titulaire au Département de médecine familiale de l'Université Laval au Québec.

**D<sup>re</sup> Légaré** est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université Laval et détentriche de la Chaire de recherche du Canada sur l'implantation de la prise de décision partagée en soins primaires. **D<sup>r</sup> Cauchon** est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université Laval.

## Remerciements

Nous remercions le docteur **Fernand Turcotte** pour ses commentaires judicieux et pour avoir traduit l'excellent livre du docteur **H. Gilbert Welch**, Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi.<sup>14</sup>

OUI

Références

- Rimer BK, Schildkrait JM, Hiatt RA. Cancer screening. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: principles and practice of oncology*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams and Wilkins; 2004.
- Thompson IM, Ankerst DP, Chi C, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, et al. Assessing prostate cancer risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:506-7.
- Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005;353:1298-300.
- Horninger W, Berger A, Pelzer A, Klocker H, Oberaigner W, Schönitzer D, et al. Screening for prostate cancer: updated experience from the Tyrol study. *Can J Urol* 2005;12(Suppl 1):7-13.
- Candas B, Cusan L, Gomez JL, Diamond P, Suburu RE, Levesque J, et al. Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate* 2004;45:19-35.
- Schröder FH, Roobol MJ, Damhuis RAM, de Koning HJ, Blijenberg BG, Van der Kwast, et al. Rotterdam randomized pilot studies of screening for prostate cancer—an overview after 10 years. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:696.
- Oliver SE, May MT, Gunnell D. International trends in prostate-cancer mortality in the "PSA ERA." *Int J Cancer* 2001;92:893-8.
- Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2005;293:2095-101.
- Klotz L. Active surveillance with selective delayed intervention: using natural history to guide treatment in good risk prostate cancer. *J Urol* 2004;172(6 Pt 2): S48-50; discussion S50-1.

POINTS DE REPÈRE

- La maladie est fréquente (le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme) et grave (3<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer).
- Un traitement efficace existe.
- Le dépistage réduit la mortalité par cancer de la prostate.
- La morbidité reliée à la détection des cancers de faible risque peut être réduite par un suivi attentif.

NON

**Correspondance au:** D<sup>r</sup> Michel Labrecque, *Unité de recherche évaluative, D1-724 Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ, 10, rue de l'Espinau, Québec, Qué G1L 3L5; téléphone 418 525-4437; télécopieur 418 525-4194; courriel Michel.labrecque@mfa.ulaval.ca.*

Références

- Meyer F, Fradet Y. Prostate cancer: 4. Screening. *CMAJ* 1998;159:968-72.
- Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada, Statistique Canada, Registres du cancer des provinces et des territoires, Agence de santé publique du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Ottawa, Ont: Institut national du cancer du Canada; 2007. Available from: [http://www.ncic.cancer.ca/vgn/images/portal/cit\\_86755361/21/39/1835950433cw\\_2007stats\\_fr.pdf](http://www.ncic.cancer.ca/vgn/images/portal/cit_86755361/21/39/1835950433cw_2007stats_fr.pdf). Accessed 2007 May 3.
- Montie JE, Wood DP Jr, Pontes JE, Boyett JM, Levin HS. Adenocarcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens removed for bladder cancer. *Cancer* 1989;63(2):381-5.
- Sakr WA, Grignon DJ, Haas GP, Heilbrun LK, Pontes JE, Crissman JD. Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. *Eur Urol* 1996;30(2):138-44.
- Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(2):95-101.
- Andriole GL, Levin DL, Crawford ED, Gelmann EP, Pinsky PF, Chia D, et al. Prostate cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial: findings from the initial screening round of a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(6):433-8.
- Roobol MJ, van der Crujisen IW, Schroder FH. No reason for immediate repeat sextant biopsy after negative initial sextant biopsy in men with PSA level of 4.0 ng/mL or greater (ERSPC, Rotterdam). *Urology* 2004;63(5):892-7; discussion 897-9.
- Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005;352(19):1977-84.
- Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, Dickman PW, Johansson JE, Norlen BJ, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med* 2002;347(11):790-6.
- Warde P, Catton C, Gospodarowicz MK. Prostate cancer: 7. Radiation therapy for localized disease. *CMAJ* 1998;159:1381-8.
- Frosch DL, Kaplan RM, Felitti V. The evaluation of two methods to facilitate shared decision-making for men considering the prostate-specific antigen test. *J Gen Intern Med* 2001;16(6):391-8.
- Evans R, Edwards A, Brett J, Bradburn M, Watson E, Austoker J et al. Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns* 2005;58(1):13-26.
- Institut de recherche en santé d'Ottawa. *Outils de prise de décision pour les patients*. Ottawa, Ont: Institut de recherche en santé d'Ottawa; 1999. Available from: <http://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>. Accessed 2007 May 3. à 14.
- Welch HG. *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi*. Québec, Qué: Les Presses de l'Université Laval; 2005.

POINTS DE REPÈRE

- La majorité des hommes qui ont une tumeur de la prostate vont mourir d'une autre cause que le cancer de la prostate.
- Il n'existe aucune méthode fiable pour distinguer parmi les tumeurs dépistées celles qui nécessiteraient un traitement de celles qui n'en nécessiteraient pas (et qu'il aurait probablement mieux valu ne jamais chercher... et trouver).
- Il n'existe actuellement aucune preuve que le dépistage du cancer de la prostate puisse sauver des vies.
- Des outils d'aide à la décision aident les hommes faire un choix qui reposent à la fois sur les données les plus probantes et sur leurs propres valeurs.