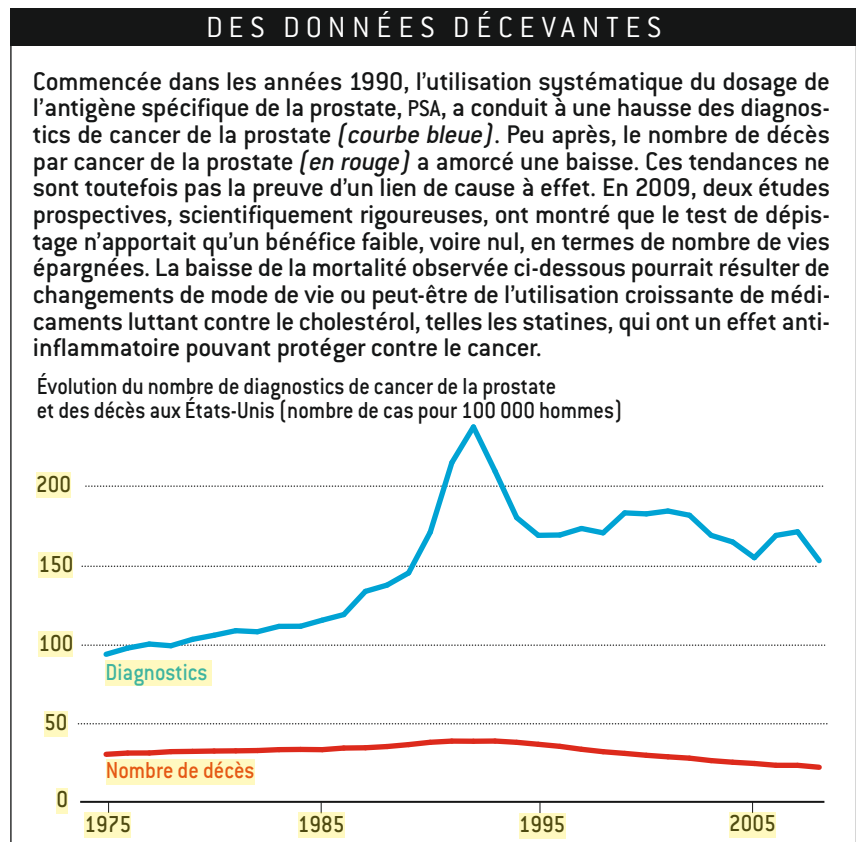


tage sont les plus utiles. Les chercheurs européens ont déterminé que pour sauver une vie en cas de cancer de la prostate, environ 1 400 hommes devraient être dépistés, ce qui conduirait à traiter 48 hommes. Il y aurait donc 47 hommes qui subiraient une intervention inutile, et ses effets indésirables, pour que le décès par cancer de la prostate d'un homme soit évité. Qui plus est, malgré la possibilité d'éviter un décès par cancer de la prostate, on s'interroge sur la validité de ce dépistage puisque le taux de mortalité, toutes causes confondues, était le même dans les groupes de patients dépistés et non dépistés. De récentes analyses de sous-groupes de l'étude européenne ont suggéré que le nombre d'hommes à traiter pourrait n'être que de 12 et non de 48. Mais ce résultat provient d'une région spécifique de la Suède et pourrait ne pas être applicable à plus grande échelle.

Monsieur H. refuse de se faire traiter

Comme toujours en médecine, il faut tenir compte des spécificités de chaque individu. Les données suggèrent que les hommes en bonne santé et ne présentant pas de symptômes ne doivent pas être soumis au dépistage systématique. En revanche, ceux qui ont de lourds antécédents familiaux de cancer de la prostate (les hommes dont, par exemple, le père, un oncle ou un grand-père est décédé de la maladie avant l'âge de 70 ans) peuvent raisonnablement décider de se soumettre à un dosage systématique du PSA. En tant que médecin, j'estime qu'il serait difficile de leur refuser de réaliser un dosage du PSA, surtout s'ils le demandent. Ils ont probablement hérité d'une prédisposition génétique à la maladie, qui les rend plus sensibles que le reste de la population. D'ici quelques années, nous serons certainement en mesure d'utiliser des tests génétiques spécifiques pour identifier les individus à risque, auxquels il faut porter une attention particulière.

En 1996, l'un de mes patients a anticipé, sans le savoir, la position du comité consultatif, alors qu'il avait 54 ans. Contre l'avis des spécialistes du cancer qu'il avait consultés (moi y compris), il a décidé de renoncer à tout traitement, après un dosage systématique du PSA qui avait abouti à un diagnostic de cancer de la prostate. Déjà à cette époque, la lecture des rap-



ports disponibles l'avait conduit à la conclusion qu'il était peu probable qu'il décède de son cancer, du moins dans un avenir proche. De plus, il estimait que le fait de différer le traitement pouvait lui être bénéfique si de nouvelles thérapies plus efficaces apparaissaient dans les années à venir. Il refusa donc un traitement immédiat, tout en adoptant des habitudes plus saines et en perdant du poids. Tous les ans après cette décision audacieuse, j'ai conseillé à mon patient, que j'appellerai Monsieur H., d'accepter un traitement et chaque fois il a résolument refusé de suivre mon conseil.

Seize ans plus tard, Monsieur H. est toujours en vie et la tumeur reste circonscrite à sa prostate. Il n'a pas subi d'intervention chirurgicale et n'a reçu ni radiothérapie ni traitement médical pour son cancer. Son taux de PSA a augmenté de 7 à 18 nanogrammes par millilitre – la valeur maximale considérée comme normale étant fixée à quatre nanogrammes par millilitre. Cette augmentation reste modérée et montre que le cancer évolue très lentement. Bien entendu, si nous avions su cela en 1996, la décision de ne pas le traiter aurait été plus facile à prendre. En nous demandant sur quelles preuves reposaient nos recommandations, il a pu prendre une

décision raisonnée, évitant ainsi des maux presque certains qui auraient accompagné des bénéfices incertains.

Des cancers qui n'évoluent pas

En fait, la première fois que j'ai rencontré Monsieur H., nos recommandations étaient fondées non pas sur des essais cliniques solides, mais sur une idée fausse de la façon dont un cancer de la prostate évolue dans le temps. Nous savions que certaines tumeurs de la prostate se développent lentement et que d'autres sont très agressives. Nous supposions aussi que la plupart des tumeurs finissaient par évoluer, à partir de petites croissances cancéreuses, en tumeurs métastatiques, qui envahissent tout le corps et sont incurables. Neutraliser un cancer à un stade précoce et l'enlever ou le détruire signifiait donc, presque toujours, que nous avions sauvé une vie. Cette hypothèse apparemment logique nous a conduits à conseiller à nos patients de se faire traiter pour tout cancer détecté à un stade précoce et de considérer qu'ils avaient eu de la chance. En fait, tous les programmes de dépistage des cancers reposent sur cette logique.

✓ BIBLIOGRAPHIE

J. Prensner *et al.*, Beyond PSA : The next generation of prostate cancer biomarkers, *Sci. Transl. Med.*, vol. 4[127], 28 mars 2012.

Haute autorité de santé, Rapport d'orientation - Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage d'antigène spécifique prostatique de populations d'hommes à haut risque ?, 2012. <http://bit.ly/IDCKNU>

M. Garnick et A. MacDonald (éd.), 2012 Annual report on prostate diseases, Harvard Health Publications, 2012.

R. Chou *et al.*, Screening for prostate cancer : A review of the evidence for the U.S. preventive services task force, *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 11, pp. 762-771, 2011.

Malheureusement, les données collectées sur la mortalité durant les 25 dernières années montrent que l'histoire naturelle du cancer de la prostate n'est pas aussi simple que nous l'avions cru. Le fait est que le taux de mortalité par cancer de la prostate a baissé après avoir atteint sa valeur maximale dans les années 1990. Alors que les adeptes du dépistage soutiennent que cette baisse est liée au dosage systématique du PSA, leur conclusion n'est pas corroborée, comme nous l'avons vu, par les études prospectives. De surcroît, si notre compréhension de la façon dont les cancers de la prostate se développent et évoluent avait été correcte, le taux de mortalité aurait dû baisser bien plus et plus vite. En fait, nous savons maintenant que de nombreux cancers de la prostate n'évoluent pas du tout. Leur croissance est si lente qu'on peut la considérer comme nulle.

Les chercheurs découvrent de plus en plus d'exemples de cancers, qui sont diagnostiqués par des anomalies cellulaires, mais qui néanmoins évoluent si lentement

qu'ils ne s'étendent pas ou ne deviennent pas mortels. Il est question de donner à ces croissances un autre nom, par exemple tumeur « indolente », pour souligner le fait qu'elles ne nécessitent pas obligatoirement un traitement. Nous ne savons pas les reconnaître au premier coup d'œil, mais nous pouvons avoir des présomptions en fonction de caractéristiques de la tumeur. Nous pouvons confirmer notre hypothèse en effectuant un suivi des patients.

Changer des habitudes enracinées est tout aussi difficile en médecine que dans tous les domaines de la vie quotidienne. Il y a sûrement un grand nombre d'hommes (sans compter leurs médecins) qui ne se sentiront pas rassurés de renoncer au dosage systématique du PSA, après l'avoir pratiqué pendant plusieurs années. Certaines personnes jureront que le dosage du PSA leur a sauvé la vie. Heureusement, je pense que nous pourrions leur faire comprendre que l'on peut être pris en charge correctement tout en évitant de nombreux traitements inutiles. Il s'agira de sortir du dilemme « traiter ou ne pas traiter » en

universcience présente

les **cité** des sciences et de l'industrie

conférences

entrée libre

à la Cité des sciences et de l'industrie

Curiosity sur Mars

[SAMEDI 11 AOÛT À 15H]
→ Auditorium

Repartons à la découverte de la fascinante planète Mars. À partir des premières images captées par le rover *Curiosity*, quelques spécialistes détailleront les particularités de la mission : le plus gros rover jamais envoyé sur Mars, un mode d'atterrissage inédit, une caméra panoramique, un cratère témoin de la présence d'eau liquide sur la planète...

> Réservation conseillée sur conferences@universcience.fr

Avec le soutien de

SCIENCE **CIEL ESPACE**

programme complet sur www.universcience.fr