

Diagnostic précoce et éducation thérapeutique

Dans son article, Marc Garnick relate la controverse qui sévit aux États-Unis sur le dépistage du cancer de la prostate, et fait écho à ce qui se passe en France, où il existe pourtant une culture du dépistage de masse (ou organisé). En effet, un dépistage organisé a cours depuis 2002 pour le cancer du sein (premier cancer chez la femme) et depuis 2008 pour le cancer du côlon-rectum (premier cancer dans les deux sexes). Ces dépistages ont été mis en œuvre parce que plusieurs études avaient montré une diminution significative de la mortalité pour les cancers en cause chez les personnes soumises au dépistage, par rapport à celles qui ne l'étaient pas.

Pourquoi cela n'est-il pas le cas pour le cancer de la prostate, cancer le plus fréquent chez l'homme (71 000 nouveaux cas estimés pour 2011) et qui représente la troisième cause de mortalité par cancer (8 700 décès estimés pour 2011) alors qu'une étude européenne a montré une réduction significative de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes âgés de 55 à 69 ans soumis au dépistage par rapport à ceux qui ne l'étaient pas ?

En France, la Haute autorité de santé, HAS, n'a pas recommandé la mise en place d'un programme de dépistage organisé. En revanche, et même s'il n'est pas évalué, un dépistage individuel a cours qui s'apparente à une démarche de diagnostic précoce, au cas par cas, décidée le plus souvent par le médecin généraliste, parfois par l'urologue, avec l'homme qui consulte pour avis ou qui présente des symptômes urinaires : cette démarche repose sur

le toucher rectal. Ce geste qui doit être expliqué et réalisé avec tact ne perçoit que la prostate périphérique, mais c'est là où siège la majorité des cancers. Il doit s'accompagner d'un dosage sanguin de l'antigène spécifique de la prostate, PSA.

La fréquence de cette démarche est mal connue. Toutefois, une étude de la Caisse primaire d'assurance-maladie des travailleurs spécialisés, CNAMTS, sur la pratique du dosage du PSA en France a montré que, pour l'année 2010, 12,3 pour cent des hommes âgés de 40 à 54 ans, 47,7 pour cent des 55 à 74 ans et 47,6 pour cent des 75 ans et plus avaient eu un dosage du PSA. Dans un tel contexte, le risque est un surdiagnostic, exposant au surtraitement par chirurgie ou radiothérapie, traitements non dénués de risques potentiels, alors qu'il peut s'agir de cancers indolents, d'évolution lente, qui auraient pu ne pas faire parler d'eux. Il est surtout important de dépister les cancers qui risquent d'évoluer rapidement.

Des recherches sont en cours pour optimiser la démarche diagnostique et réduire la pratique des biopsies en évaluant l'apport de l'imagerie par résonance magnétique ou le dosage du PCA3, qui est un ARN messager non codant que l'on peut doser dans les urines ; contrairement au PSA, il est spécifique des cellules cancéreuses, où il est surexprimé.

En pratique, l'anxiété suscitée par le risque de cancer de la prostate de par sa fréquence et son impact sur la qualité de vie et la santé sexuelle plaide en faveur d'un compromis : la recherche d'un diagnostic précoce. Cette démarche s'adresserait à l'homme de 50 à

75 ans, dans le cadre d'un consentement éclairé, le médecin devant prendre le temps nécessaire pour expliquer les objectifs et le parcours de soins en cas de doute lors d'un toucher rectal et/ou d'une valeur anormale du PSA. Dûment informée, la personne pourrait ensuite donner ou non son accord sur la procédure proposée.

Parcours de soins

La Haute autorité de santé a établi des recommandations avec l'Institut national du cancer et l'Association française d'urologie concernant l'information à apporter aux hommes désireux de se soumettre à un dépistage individuel. Selon l'Association française d'urologie, « le dépistage pourrait être recommandé dès 45 ans chez les hommes à haut risque de développer un cancer de la prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial (au moins deux cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans). Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à dix ans en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères ».

En cas de suspicion de cancer, l'urologue sollicité pour avis tient compte de l'âge, des antécédents familiaux et personnels, des symptômes, du volume de la prostate estimé au toucher rectal ou, mieux, par ultrasons, pour juger de l'opportunité de biopsies dont il expliquera les modalités et les risques, ainsi que la conduite à tenir en cas de résultats positifs. La démarche envisagée pour le cancer de la prostate, conduite dans une perspective d'éducation thérapeutique, place la personne dans un partenariat de soins. Si le dépistage est négatif, la procédure recommencera l'année suivante, voire plus tard, selon le contexte médical et la valeur du PSA.

Si les biopsies sont positives, une consultation aura lieu avec l'urologue qui annonce le résultat au malade (le médecin traitant est informé). L'urologue explique au patient la nature du cancer, le nombre de biopsies positives, l'architecture tumo-

rale (score de Gleason) et la valeur du PSA. Conformément aux recommandations du Plan cancer, l'observation du patient est présentée lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire comportant un urologue, un anatomo-pathologiste, un oncologue radiothérapeute et un oncologue médical. À l'issue de cette réunion, ces spécialistes proposent au patient un programme personnalisé de soins prenant en compte son âge, la présence éventuelle de maladies associées, le stade du cancer et sa potentialité évolutive, la qualité de vie et les souhaits du patient.

Le choix thérapeutique inclut la surveillance active fondée sur des critères précis pour les cancers à un stade précoce, ce qui laisse au patient indécis le temps de choisir. La prostatectomie radicale avec lymphadénectomie (ou ablation des ganglions lymphatiques situés à proximité) et la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité représentent les traitements standards pour les cancers localisés ou localement avancés ; la curiethérapie par implants permanents de grains d'iode 125 est une alternative pour les cancers localisés de bon pronostic. Parfois, il sera nécessaire d'associer la chirurgie et la radiothérapie, ou d'ajouter un traitement médical adjuvant, telle l'hormonothérapie, et le patient devra en être informé. Ces traitements devront se faire dans des centres de soins accrédités par les Agences régionales de santé.

Cette approche en faveur d'un diagnostic précoce est plus nuancée que celle prônée par M. Garnick. Nous ne proposons pas un dosage systématique du PSA à la personne qui consulte, mais nous décidons avec elle, et selon son âge, son état de santé et ses antécédents familiaux, de la conduite à tenir ; en cas de cancer de la prostate avéré, le parcours de soins sera envisagé de façon pluridisciplinaire et proposé au patient afin qu'il se sente rassuré et correctement pris en charge.

Michel Bolla, professeur de cancérologie, Clinique universitaire de cancérologie-radiothérapie, CHU Albert Michallon, Grenoble

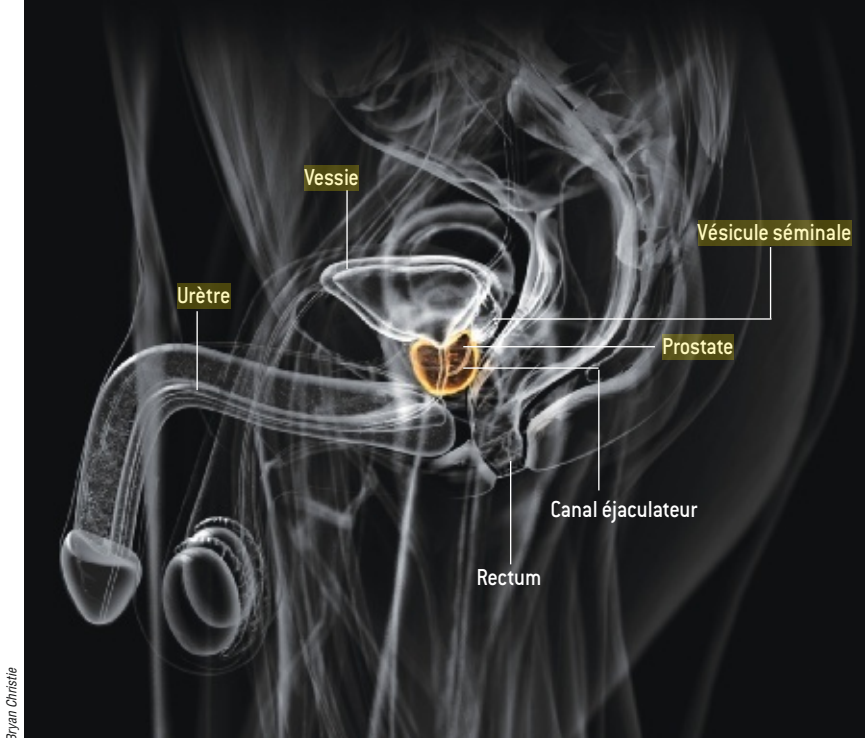


Shutterstock / Yuri Arcurs

Pour que la personne qui consulte puisse donner son accord éclairé sur un éventuel dépistage du cancer de la prostate (ou le refuser), le médecin doit lui en expliquer les avantages et les risques.

LES RISQUES DE COMPLICATIONS

Le traitement du cancer de la prostate consiste à éliminer chirurgicalement la prostate ou à la détruire par radiothérapie. Toutefois, étant donné la localisation de cette glande nécessaire à la production du liquide séminal, les deux méthodes risquent de léser les tissus situés à proximité. La prostate est située sous la vessie, devant le rectum et près des nerfs qui interviennent dans l'érection, de sorte que la radiothérapie et l'ablation chirurgicale peuvent toucher ces organes et entraîner incontinence, impuissance et saignements rectaux.



Bryan Christie

adoptant une stratégie consistant à différer tout traitement pour les cancers indolents ou progressant très lentement, mais à traiter tout cancer potentiellement fatal.

Ne plus intervenir sur tous les cancers

Une proportion importante des hommes que je suis pour un cancer de la prostate ne reçoivent aucun traitement pour le moment. Ils participent en revanche à un programme dit d'« attente vigilante » ou de « surveillance active avec traitement différé ». En d'autres termes, ces hommes ont choisi de réaliser le dosage du PSA, ont appris qu'ils ont une tumeur, mais ont décidé de ne pas se faire traiter immédiatement. Ils font contrôler très régulièrement leur concentration de PSA et font réaliser des biopsies périodiques de la prostate, pour surveiller l'activité de leur tumeur. En décembre 2011, un groupe d'experts piloté par les Instituts américains de

la santé a déclaré que la surveillance active est une solution viable qui devrait être proposée aux patients présentant un cancer de la prostate peu évolutif.

Le traitement est envisagé si des biopsies ultérieures montrent que la croissance s'est accélérée, que la concentration de PSA augmente rapidement ou que les cellules de la nouvelle biopsie paraissent plus dangereuses au microscope (d'après le score de Gleason, avec une valeur égale à deux pour un pronostic favorable et à dix pour un risque élevé). Les résultats d'une étude de longue durée menée au Canada indiquent que le taux de mortalité par cancer de la prostate chez les personnes ayant choisi la surveillance active est d'environ un pour cent sur dix ans, chiffre à comparer au 0,5 pour cent de risque de décéder des suites d'une complication survenant dans le mois qui suit une opération chirurgicale du cancer de la prostate...

De surcroît, la décision initiale de renoncer au traitement n'est pas nécessai-

rement définitive. La chirurgie, la radiothérapie et d'autres traitements sont toujours disponibles ultérieurement et les données indiquent que leur report n'aura pas d'effet négatif sur l'évolution de la maladie. Pour ceux qui ont finalement besoin d'un traitement, des techniques plus récentes, qui détruisent uniquement la partie cancéreuse de la glande (thérapie focale du cancer de la prostate), peuvent être appropriées et entraînent moins d'effets indésirables, bien que des études comparatives rigoureuses ne soient pas encore terminées.

Pour les quatre pour cent d'hommes atteints d'un cancer de la prostate, qui s'est étendu aux os ou à d'autres organes, on ne sait pas encore les guérir. Mais les traitements disponibles sont progressivement améliorés. Les soins usuels pour les hommes ayant un cancer à un stade avancé s'appuient sur des médicaments qui bloquent la testostérone et empêchent le cancer de se développer. Malheureusement, quelques cellules tumorales peuvent résister aux effets de cette castration chimique et continuer à provoquer des dégâts. Récemment, l'Agence américaine pour les aliments et les médicaments, la FDA, a approuvé deux nouvelles méthodes de traitement de la maladie à un stade avancé.

La première consiste à renforcer la capacité du système immunitaire à détruire les cellules malignes. La seconde fait appel à un médicament nommé abiratéron, un inhibiteur sélectif de la synthèse de la testostérone dans les cellules cancéreuses. Des études portant sur les deux traitements montrent qu'ils allongent la survie en moyenne de quatre mois. D'autres traitements, qui bloquent des molécules spécifiques dont les cellules cancéreuses ont besoin pour se développer et se propager, sont en cours d'étude.

Nous avons beaucoup appris sur le cancer de la prostate depuis que Monsieur H. a choisi de ne pas traiter ce qui s'est révélé être une tumeur à croissance très lente. Grâce à ces connaissances, nous proposons des traitements mieux adaptés à chaque individu, au lieu de traiter tout le monde de la même façon. Nous, médecins, devons être très honnêtes envers nous-mêmes et envers nos patients pour reconnaître ce que nous savons et ce que nous ignorons, et pour avoir le courage d'agir en fonction des preuves scientifiques et non pas seulement d'après nos convictions. ■