

ACTUALITÉ • CONGRÈS

Dépistage et traitement

Les quatre mythes du carcinome de la prostate

Par rapport au carcinome de la prostate (CAP), il existe selon le docteur Guido Tenti, Münsterlingen, quatre mythes. Ces derniers qu'il a essayé de confirmer ou de réfuter dans sa présentation.

Mythe n°1 : « Le CAP n'a guère d'importance »

Si l'on regarde les statistiques du niger, le CAP montrait en 2012 les plus hautes incidences de tous les carcinomes chez l'homme avec 5897 nouveaux cas. Le taux de mortalité, avec 1278 décès, était surpassé seulement par le carcinome du poumon (1). En conséquence et contrairement au mythe répandu, le CAP a une importance non-négligeable.

Mythe n°2 : « La progression du CAP est inoffensive »

Les conséquences d'un CAP non traité ou les conséquences de la thérapie vont d'une résection transurétrale (13–66 % des patients), en passant par une carence en androgène (30–87 %), une incontinence urinaire (27–52 %), un dysfonctionnement érectile (51–71 %), une hospitalisation d'au moins un mois (98 %), un besoin d'une thérapie régulière de douleur (50 %) à une radiothérapie palliative (13–35 %) (2–8). Ainsi, ce mythe est également réfuté. Il ne saurait être question d'un déroulement « inoffensif ».

Mythe n°3 : « L'analyse du PSA, c.-à-d. le dépistage, est sans valeur »

La question fondamentale dans ce cas est donc, comme dans chaque examen ou chaque thérapie, de savoir si c'est à l'avantage du patient. Si les méthodes de dépistage sont faciles, peu envahissantes et peu onéreuses dans l'exécution, comme par exemple la DRE (digital rectal examination) et le test de PSA (prostate specific antigène), ces dernières satisfont les conditions d'une bonne méthode du dépistage. Ces méthodes de dépistage sont moins onéreuses que la mammographie ou la coloscopie. Un autre aspect important de dépistage est la question de l'efficacité. Existe-t-il ainsi la possibilité des conséquences thérapeutiques avec un bénéfice thérapeutique et/ou une amélioration de la qualité de vie ?

Prévention au moyen de PSA : Selon l'étude de Göteborg, le dépistage au moyen de PSA a réduit le taux de mortalité totale de près de 50 % et parmi des personnes de moins de 60 ans de près de 77 % (9). Par conséquent, le test de PSA se révélait utile mais son utilisation devrait dépendre de chaque patient. Une biopsie est indiquée si les valeurs PSA sont $> 4 \mu\text{g/l}$ (éventuellement déjà $> 3 \mu\text{g/l}$) ou indépendamment de la valeur PSA en cas d'induration suspecte détectée par DER. L'application pour smartphone, « ProstateCheck », qui intègre entre autres, l'anamnèse, la taille de la prostate, l'évolution de la valeur PSA et l'analyse d'urine, représente une méthode agréable et judicieuse pour déterminer le facteur de risque d'un PCA.

Mythe n°4 : « Une thérapie mutilante » (des données internationales et du conférencier)

En cas d'un CAP localisé ou à un stade peu avancé et un patient à l'âge de 75 ans ou plus jeune (une espérance de vie d'au moins 10 ans), il y a trois options thérapeutiques ou stratégies à procéder :

- ▶ surveillance active (SA) si le PCA n'est pas cliniquement significatif
- ▶ prostatostomie radicale pour des patients en bonne condition physique et âgés de 70 ans ou moins
- ▶ options radiothérapeutiques

Surveillance active (SA) : La SA représente une option thérapeutique curative en cas de carcinome non significatif cliniquement. Il ne s'agit pas de « watchful waiting » – d'une thérapie palliative – comme partiellement supposé de manière erronée. Il est préférable de connaître l'évolution de la valeur PSA au lieu de considérer une seule valeur comme valeur absolue. Un intervalle d'examen de 6 mois est recommandé. En cas d'augmentation de la valeur PSA, une nouvelle biopsie est nécessaire.

La SA est la réponse au reproche justifié de la « surthérapie » à l'intention curative. Les conditions préalables pour cette intention curative sont les suivantes (toutes doivent être réunies) :

- ▶ au maximum deux biopsies concernées
- ▶ part de tumeur par biopsie de moins de 50 %
- ▶ pas de Gleason score 4 ou 5, total < 7
- ▶ < 0.15 de densité du PSA (le PSA/volume de la prostate en g) (10, 11) et PPV : 84 %, NPV : 63 % (12)
- ▶ patient « compliant »

Brachythérapie : L'indication est très restreinte avec des valeurs PSA < 10 et de Gleason ≤ 6 , sans obstruction et sans opérations précédentes. De plus, le volume de la prostate ne devrait dépasser 60 ml. La brachythérapie n'est appliquée plus que très rarement parce qu'habituellement, la surveillance active est possible.

Thérapie focale : Elle se trouve encore au stade expérimental, mais l'approche semble être très prometteuse.

Suivi curatif : Celui-ci est recommandé après toute thérapie curative. En cas de rPVE (prostatostomie radicale) une valeur PSA $\leq 0.2 \mu\text{g/l}$ indique un suivi curatif. Par contre après une radiothérapie une valeur absolue ne peut pas être chiffrée. On parle d'une récurrence si deux valeurs sont plus grandes que la valeur nadir.

En cas de **carcinome métastatique** et une espérance de vie du patient de 10 ans ou en-dessous, une thérapie palliative est indiquée.

▼ Dr Heidrun Ding

Source : Quadrimed, Crans-Montana, 29.1.2016

Références:

1. www.nicer.org
2. Aus et al. J Urol 1995;154:460-5
3. Fossa et al. Br J Urol 1995;76:587-94
4. Jonler et al. Urol 1998;52:1055-62
5. Johannsson et al. J Urol 1994;152:1753
6. Keating et al. J Clin Oncol 2006
7. D'Amico et al. J Clin Oncol 2007
8. Tsai J Int Cancer Inst 2007
9. Schröder F et al. 2014 update European randomized screening study of prostate cancer ERSP. N Engl J Med 2012;366:11
10. Epstein J et al. JAMA 1994;271:383
11. Epstein J et al. J Urol 1994;152:1729
12. Carter IB et al. J Urol 2003;157:2205