

CANCER DE LA PROSTATE : FAUT-IL DÉPISTER ?

// SHOULD WE SCREEN FOR PROSTATE CANCER?

Norbert Ifrah¹ & François Bourdillon²

¹Président de l'Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France

²Directeur général de Santé publique France, Saint-Maurice, France

Dépister ou ne pas dépister ? Traiter ou ne pas traiter ? S'agissant des cancers de la prostate, la réponse n'est pas univoque.

Le cancer de la prostate est devenu depuis deux décennies le cancer le plus fréquent chez l'homme. Les données du réseau Francim rappellent que l'incidence a fortement augmenté depuis les années 1980, même si un infléchissement est observé depuis 2005. La survie s'est considérablement améliorée depuis les années 1990. Ce phénomène est observé dans tous les pays où l'usage du dosage du PSA (*prostate-specific antigen*) s'est développé.

Bien que l'évolution des facteurs de risque et le vieillissement de la population puissent participer aux fluctuations d'incidence, l'augmentation du nombre de cas diagnostiqués est probablement essentiellement due à la pratique croissante du dosage du PSA. Pour autant, la réalisation systématique d'un dosage de PSA, à visée de dépistage, est-elle justifiée ? Les différentes options thérapeutiques ont-elles démontré leur efficacité ? Et compte-tenu des caractéristiques du test et de ces approches thérapeutiques, le caractère quasi-systématique du dépistage n'induit-il pas des excès de diagnostics et un sur-traitement pour des personnes qui n'auraient pas eu à subir les conséquences de ce cancer de leur vivant ? Qu'en est-il de leur qualité de vie à long terme ?

La Haute Autorité de santé (HAS) a considéré dans ses évaluations successives, comme toutes les agences d'évaluation en santé dans le monde, que la balance bénéfices-risques n'était pas suffisamment favorable. La performance du dosage du PSA est questionnable et l'analyse critique en 2010, par la HAS, des deux principales études européenne et américaine (ERSPC – *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* et PLCO – *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial*), aux résultats contradictoires, avait déjà indiqué qu'il n'était pas possible de conclure au bénéfice de ce type de programme en population. Pour les hommes à haut risque, les études, selon la HAS, ne montrent pas plus que ce type d'action puisse avoir un bénéfice et justifier un programme de dépistage. Les sociétés savantes d'urologie et certaines sociétés d'oncologie ont, quant à elles, un avis plus favorable et recommandent sa réalisation selon des modalités toutefois variables.

Nonobstant la controverse et l'absence d'avis favorable de la HAS, une pratique quasi-généralisée de dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA s'est

développée en France. Les données de l'Assurance maladie montrent que la fréquence de ce dosage reste élevée chez les hommes de plus de 40 ans. En 2014, 48% d'entre eux avaient réalisé un dosage du PSA dans les trois années précédentes, cette fréquence atteignant 90% pour les hommes âgés de 65 à 79 ans. La même étude suggère qu'une évolution des pratiques visant à limiter le sur-diagnostic et le sur-traitement semble amorcée, ces chiffres étant légèrement en baisse depuis 2009. La question de l'intérêt d'une IRM multiparamétrique en chaînon manquant entre le dosage du PSA et la biopsie de la prostate est, par exemple, posée dans l'une des études de ce numéro. Et, bien que de nombreuses études aient identifié les effets indésirables des différentes options thérapeutiques, on observe dans l'étude QALIPRO que si, de manière incontestable, les troubles urinaires et les dysfonctionnements sexuels sont plus fréquents, les patients rapportent, 10 ans après leur traitement, une qualité de vie globale comparable à celle des témoins – dans la limite de ce que peut apporter une étude sur ce sujet.

Ces points semblent essentiels pour mieux cerner les enjeux en la matière et pour informer les hommes des conséquences prévisibles de leur choix, d'autant qu'une publication très récente portant sur l'étude ProtecT¹ vient rappeler que la mortalité spécifique à 10 ans est faible, sans différence significative entre les options de traitement, en y incluant la surveillance active (dans la limite là-aussi de la puissance de cette étude), même si des différences sont observées en termes de survenue de métastases.

Le Plan Cancer 2014-2019² prévoit une veille accrue sur la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ainsi qu'un encadrement et une limitation des pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée, voire délétère (Action 1.10). Il préconise une amélioration de l'information des personnes concernées pour leur permettre de faire des choix éclairés et de ne s'engager dans cette démarche qu'en toute connaissance de cause (Action 1.9). Les travaux menés dans ce cadre, conjointement par la CnamTS, l'Institut national du cancer et le Collège de la médecine générale, ont abouti à la mise en œuvre d'un suivi régulier de la pratique du dosage du PSA, à la mise à disposition d'outils d'accompagnement des professionnels de santé dans l'information préalable à communiquer aux hommes et à la réalisation d'un document d'information pour les hommes envisageant de réaliser ce dépistage.

De nombreuses questions de recherche restent posées. Elles concernent plus particulièrement l'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque et l'histoire naturelle du cancer de la prostate, ainsi que leurs retombées en prévention primaire et secondaire, la recherche de nouveaux biomarqueurs utilisables dans le cadre d'un dépistage ou dans la procédure diagnostique en vue de minimiser le sur-diagnostic et le sur-traitement et de mieux cibler les indications thérapeutiques (il est difficile d'identifier les cancers détectés à un stade précoce qui se satisferaient d'une surveillance active), l'optimisation de la stratégie curative dans le cadre d'une stratégie de désescalade thérapeutique et la confirmation de l'intérêt d'options telles que la surveillance active.

Au regard de la problématique, l'apport des sciences biologiques, cliniques, technologiques et humaines est de nature à compléter et offrir des

regards nouveaux sur ces questions. La mobilisation des chercheurs dans ce champ du dépistage sera essentielle pour améliorer la pratique en la matière et son articulation avec celle des soins, au bénéfice de la population ou des malades. ■

Références

[1] Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, Mason M, Metcalfe C, Holding P, *et al.* ProtecT Study Group. 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2016;375(15):1415-24.

[2] Plan cancer 2014-2019. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

Citer cet article

Ifrah N, Bourdillon F. Éditorial. Cancer de la prostate : faut-il dépister ? *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(39-40):692-3. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/39-40/2016_39-40_0.html

ARTICLE // Article

LE CANCER DE LA PROSTATE : INCIDENCE, SURVIE ET MORTALITÉ EN FRANCE

// PROSTATE CANCER: INCIDENCE, SURVIVAL AND MORTALITY IN FRANCE

Pascale Grosclaude^{1,2} (pascale.grosclaude@inserm.fr), Laurent Remontet^{3,4,5}, Laetitia Daubisse-Marliac^{1,2}, Michel Velten⁶, Zoé Uhry^{3,4,5}, Nathalie Leone⁷, et le réseau Francim⁸

¹ Université de Toulouse III, UMR1027, Toulouse, France

² IUC, Registre des cancers du Tarn, Toulouse, France

³ Service de biostatistiques, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalier Lyon-Sud, Lyon, France

⁴ Université Lyon-I, Villeurbanne, France

⁵ UMR 5558, Equipe biostatistiques et santé, CNRS, Pierre-Bénite, France

⁶ Registre des cancers du Bas-Rhin, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, EA 3430, Faculté de médecine, Université de Strasbourg, France

⁷ Registre des cancers du Limousin, Limoges, France

⁸ Réseau français des registres des cancers, Toulouse, France

Soumis le 01.07.2016 // Date of submission: 07.01.2016

Résumé // Abstract

Introduction – Le cancer de la prostate est devenu depuis deux décennies le cancer le plus fréquent chez l'homme. Ce travail décrit l'évolution de l'incidence, de la mortalité et de la survie de 1980 à 2011 pour la France métropolitaine et la distribution des marqueurs pronostiques dans deux études ponctuelles réalisées en 2001 et 2008.

Méthode – Les données d'incidence proviennent des registres de cancers. L'estimation de l'incidence nationale est basée sur l'utilisation de la mortalité comme corrélat de l'incidence. Les survies observée et nette ont été calculées.

Résultats – À une très forte augmentation de l'incidence entre 1980 et 2005 (de 24,8/100 000 personnes-années – taux standardisé mondial – à 124,5/100 000) a succédé une baisse très nette (97,7/100 000 en 2011). Plus l'âge est élevé, plus la baisse est ancienne. L'évolution de la mortalité est très différente puisqu'on observe une baisse régulière depuis la fin des années 1990 (de 18/100 000 en 1990 à 10,5/100 000 en 2011). La conjonction de ces deux phénomènes provoque une amélioration des chiffres de survie, due en très grande partie à l'évolution du profil des cas diagnostiqués. Les cas diagnostiqués en 2008 sont moins évolués et moins agressifs que ceux diagnostiqués en 2001.

Conclusion – L'évolution constatée en France s'observe dans tous les pays où l'usage du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) avait provoqué une augmentation importante des diagnostics.