

Un dépistage toujours aussi controversé



Dr Luc Pineux
Médecine générale
Membre du Comité de Lecture
de la Revue de la Médecine Générale.

Dernièrement, j'ai assisté à la Grande Journée SSMG/Colloque des Ardennes que la commission du Luxembourg de la SSMG a organisée à Libramont avec la Société de Médecine du Luxembourg (SML – réunissant les généralistes et les spécialistes de la province).

Entre parenthèses, les organisateurs ont adopté une formule originale. En débutant en fin de matinée pour finir en milieu d'après-midi, avec une pause dînatoire, cette formule devient plus conviviale et, tout en ménageant la vie familiale, favorise les contacts entre confrères, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Le sujet du jour était l'urologie et la néphrologie. Les différents exposés étaient très intéressants, mais c'est l'exposé du Professeur WALTREGNY

du CHU de Liège qui m'a particulièrement interpellé. Dans son introduction, il a interrogé l'assemblée sur ses habitudes concernant le dosage

du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate. À la question de savoir qui ne faisait pas de dosage de ce marqueur, j'ai été étonné de voir très peu de mains s'élever en même temps que la mienne. De mes lectures, j'avais retenu que le dosage du PSA n'apportait pas une réelle amélioration sur la mortalité de ce cancer et que la détection des lésions à un stade précoce exposait à un «sur-diagnostic» et/ou «sur-traitement» potentiellement associé à une réduction de la qualité de vie. En fait, je ne propose pas de le doser de manière systématique, mais si le patient m'en parle (ce dosage de PSA est encore fort médiatisé!), j'essaye de lui exposer la controverse sur ce dépistage et le laisse libre de choisir le dosage ou pas.

Le Professeur a d'ailleurs commencé son exposé en rappelant que de nombreuses études (canadienne et tyrolienne notamment) n'avaient pas réussi jusque là à prouver une diminution de la mortalité par le cancer de la prostate en le dépistant avec un dosage de PSA.

Deux études récentes, avec un grand nombre de patients et mieux randomisées, l'une américaine (PLCO - Prostate, Lung, Colon and Ovary trial) et l'autre européenne (ERSPC - European Randomized Screening for Prostate Cancer), parues en mars 2009 dans le New England Journal of Medicine, ont essayé d'y apporter une réponse.

L'étude américaine proposait un dosage annuel du PSA pendant 6 ans associé à un toucher rectal annuel pendant 4 ans, avec un suivi médian de 6 ans. Après ce délai, aucune différence en terme de mortalité due au cancer de la prostate n'a été observée.

Par contre, l'étude européenne a montré, sur 9 ans, une efficacité du dépistage par dosage du PSA tous les 4 ans avec une réduction du risque relatif de la mortalité due au cancer de prostate de $\pm 20\%$ chez les hommes âgés de 55 à 69 ans. Autrement dit, sur une durée de suivi moyenne de 9 ans, un homme âgé de 55 à 69 ans qui ne pratique pas de dépistage à environ 4 "chances" sur mille de mourir d'un cancer de la prostate et celui qui pratique un

dépistage par PSA $\pm$ toucher rectal voit cette probabilité baisser à 3 pour mille. En ce qui concerne la mortalité totale, toutes causes de décès confondues, celle-ci

n'est pas modifiée par le dépistage du cancer de la prostate, dans l'étude européenne comme dans les autres études.

De nombreuses autres questions restent non-résolues, notamment l'intérêt sur la survie d'un dépistage s'étalant sur plus de 9 ans et notamment l'influence du dépistage sur la qualité de vie.

Le dépistage de masse n'étant toujours pas une attitude appropriée, je continuerai donc à informer mes patients sur ce dépistage, en leur précisant bien que, à la lueur de cette étude européenne, pour 1000 hommes âgés de 55 à 69 ans participant à un dépistage du cancer de la prostate sur une période moyenne de 9 ans, 150 auront des PSA anormalement élevées; sur les 125 qui accepteront des biopsies, 30 découvriront qu'ils sont atteints d'un cancer de la prostate; sur les 30 cancéreux traités, 20 seront définitivement impuissants, 15 souffriront de troubles urinaires et 2 seront totalement incontinents; sur les 30 cancéreux traités, 1 homme ne mourra pas de son cancer de la prostate alors qu'il serait mort en l'absence de dépistage.

Ils décideront s'il choisissent la voie du dépistage ou celle de l'abstention. Personnellement, je continuerai à leur suggérer l'abstention, sans la leur imposer bien sûr.

Et vous, que ferez-vous ?

Bien informer son patient et lui laisser le choix du dosage reste l'attitude la plus adéquate.