FLASH
Cancer de la prostate : dépistage ?

Dr Annabelle Stainier

Université Catholique de Louvain

Dr Stéphane Baeyens

Questions

- Dépistage systématique ?
- Population à risque ?
- Information éclairée : quand ?
- Consensus internationaux ?

Dépistage systématique

« screening prostate cancer is like picking your nose in public : you have to know what you are going to do if you find something »

Ian Tannock

Dépistage systématique

- Le PSA ne dépiste pas le cancer
- Le PSA est responsable de 65-75 % de biopsies inutiles
- Risque de complications des biopsies de prostate :
  - Mineures : 4.1 % (infections) – 9-16 % (hématurie)
  - Majeures : 0.09 % (hospitalisations : 0.9 %)

l'European Randomised study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)

- > 180.000 hommes asymptomatiques

  > 10 ans

=> le diagnostic précoce diminue les chances de mourir d'un cancer de la prostate de 20%

l'European Randomised study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)

- Risque de mourir du CP = 3,6 décès pour 1000 hommes (9 ans de suivi moyen)
- Risque réduit à 2,9 décès/ 1000 hommes si un dépistage systématique est offert à partir de 50 ans

⇒Number Needed to screen 1410

⇒Number Needed to treat 48

(pour éviter un décès par cancer de la prostate)

Population à risque : âge

- PSA : oui
- Cancer : démontré
- Mécanisme : vieillissement cellulaire

Population à risque : âge

- Pas de dosage du PSA si

  Espérance de vie < 10 ans

  < 45 ans (atcdts familiaux) / < 50 ans

  > 75 ans

Population à risque : tabac / alcool

- Tabac :
  - PSA : oui
  - Cancer : non démontré
  - Mécanisme : modification de la testostérone
- Alcool : augmentation du PSA
  - PSA : oui
  - Cancer : non démontré
  - Mécanisme : modification des membranes basales prostatiques

Med Onc, avril 2011
Urol Int 2005 (75)

Population à risque : obésité

- PSA : non
- Cancer agressif : oui
- Mécanisme : inconnu

Population à risque : race

Population noire – africaine (et afro-occidentaux)

- PSA : non
- Cancer agressif : oui
- Mécanisme : génétique / alimentaire

Note : population asiatique d'Asie : risque moins élevé de cancer de prostate (alimentaire)

Population à risque : antécédents familiaux

- PSA : pas toujours
- Cancer agressif : oui, diagnostic plus précoce
- Mécanisme : génétique

Information éclairée : quand ?

- AVANT le dosage du PSA
  - Si PSA normal
  - Si PSA anormal
    - Contrôle ?
    - Biopsies ? + discuter des conséquences des biopsies !
      - Biopsies normales ?
        - » Contrôle du PSA
      - Biopsies anormales
        - » Bilan d'extension
          - Normal
          - Anormal
        - » Surveillance
        - » Traitement ?
          - Radiothérapie
          - Chirurgie
          - Hormonothérapie

Consensus internationaux

U.S. Preventative Services Task Force (USPSTF) :

1. **Current evidence insufficient to recommend screening**
2. **No screening in any man > 75 years of age**
3. **Informed discussion held with patient if he wishes to be screened**

American Cancer Society (ACS) :

1. **Not in favor of routine screening**

American Urological Association :

1. **Baseline DRE and PSA at 40 years of age**
2. **Screening stopped at age 75, but may be continued if the patient has a lifeexpectancy of 10 years or more**
3. **Informed discussion with all patients**

Remboursement PSA

Modification remboursement PSA (1/02/2011)

La PSA est remboursée

- dans le cadre du dépistage individuel classique chez l'homme à partir de 50 ans 1 X tous les 2 ans
- dans le cadre du dépistage individuel, à partir de 40 ans, chez l'homme présentant des antécédents familiaux de cancer de la prostate diagnostiqué avant l'âge de 65 ans 1 X /an
- dans le cadre du suivi thérapeutique d'un cancer de la prostate connu 2 X/an

Dépistage du cancer de la prostate ?

- Information éclairée AVANT le dosage du PSA
- Pas de dosage du PSA > 75 ans
- Risque de biopsies inutiles à discuter
- Risque des biopsies à connaître

Conclusion

JA. Talcott

Rebalancing Ratios and Improving Impressions: Later Thoughts From the Prostate Cancer Prevention Trial Investigators

Journal of Clinical Oncology, 23, 7388-7390 (2005)

"A encounter with an urologist and, subsequently, his biopsy gun is the most powerful risk factor for the diagnosis of PCa"