

Dépistage du cancer de la prostate : document d'information à l'usage des patients

Ce document a pour but de vous fournir l'information nécessaire pour discuter du dépistage du cancer de la prostate avec votre médecin, et décider d'être dépisté ou non. Il n'existe pas actuellement d'accord au sein de la communauté médicale sur ce dépistage, notamment en raison des incertitudes concernant les bénéfices et les risques du traitement précoce de ce cancer.

Plan

La prostate : une glande sexuelle

Le cancer de la prostate : une maladie fréquente et d'évolution variable

Un cancer plus ou moins étendu

Un cancer de progression plus ou moins rapide

Les facteurs de risque

Les antécédents familiaux

L'origine ethnique et géographique

Deux principaux examens de dépistage

Le toucher rectal

Le dosage du PSA

L'association du toucher rectal et du dosage du PSA

En cas de dépistage positif : les biopsies

En cas de biopsie positive : la prise en charge du cancer

Efficacité des traitements du cancer localisé

Evaluation de la procédure de dépistage

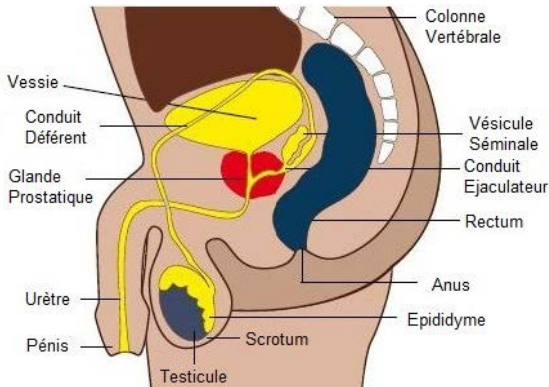
Synthèse des arguments

Principaux avantages du dépistage

Principaux inconvénients du dépistage

La prostate : une glande sexuelle

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin, de la taille d'une noix, située sous la vessie. Elle entoure le canal par lequel passe l'urine (l'urètre), et est recouverte par une capsule. Elle produit une partie du liquide qui forme le sperme.



Vers l'âge de 50 ans, progressivement la glande devient fibreuse et son volume augmente jusqu'à constituer un **adénome** (appelé aussi hypertrophie bénigne) de la prostate. L'adénome est une tumeur bénigne dont la structure ressemble à celle de la glande normale dont elle dérive. Parfois la prostate comprime l'urètre et les symptômes suivants

apparaissent : besoin d'uriner souvent, surtout pendant la nuit, avec des difficultés pour uriner ou pour se retenir d'uriner. L'adénome de la prostate atteint un homme sur 2 entre 60 et 69 ans, et n'a pas de lien avec le cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate : une maladie fréquente et d'évolution variable

C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme, représentant approximativement un tiers des nouveaux cas de cancer. Environ 15% des hommes âgés de 60 ans en sont atteints, environ 70% à 80 ans, mais il n'est pas toujours diagnostiqué en l'absence de symptômes. Lorsqu'il est diagnostiqué, c'est le plus souvent entre 70 et 75 ans et exceptionnellement avant 50 ans.

Un cancer plus ou moins étendu

Le cancer de la prostate correspond à la transformation de certaines cellules de la glande prostatique en cellules cancéreuses. Celles-ci acquièrent la capacité de se multiplier sans raison apparente pour former une tumeur maligne. Lorsque le cancer est **localisé** à la prostate, c'est-à-dire qu'il ne s'étend pas au-delà de la capsule prostatique, il n'entraîne pas de retentissement sur la santé. Mais dans certaines formes de cancer, les cellules cancéreuses migrent en dehors de la prostate. Elles envahissent alors les organes voisins (vésicules séminales, vessie, rectum...) puis les ganglions du petit bassin, puis des organes éloignés (os, poumons...), constituant alors des **métastases**. Le patient peut ressentir

une gêne urinaire en cas de cancer localement avancé, et des douleurs osseuses en cas de métastases.

Un cancer de progression plus ou moins rapide

Dans environ 70% des cas, la progression du cancer est très lente. Après 20 ans d'évolution, il conduit au décès d'un patient sur onze.

Dans 30 % des cas, le cancer progresse plus rapidement. S'il est localisé, il conduit au décès d'un patient sur neuf après 5 ans. S'il est métastatique, il conduit au décès d'un patient sur deux après 5 ans d'évolution.

La médecine ne permet pas actuellement de prédire précisément l'évolution du cancer de la prostate au moment du diagnostic, et notamment de repérer les formes qui seront agressives.

Les facteurs de risque

Les antécédents familiaux

Le risque de développer un cancer de la prostate est multiplié par un facteur compris entre 2 et 3,5 si le père, un frère ou un oncle en est atteint. Il est multiplié par 10 si trois cas ont été identifiés chez des parents au premier ou second degré, ou seulement deux cas mais survenus avant 55 ans.

L'origine ethnique et géographique

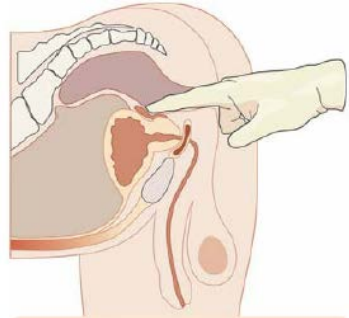
Les populations antillaises et afro-américaines ont un risque de cancer de la prostate multiplié par 2.

Deux principaux examens de dépistage

L'objectif du dépistage est de permettre le diagnostic du cancer de la prostate au stade le plus précoce possible, avant l'apparition de tout symptôme. Deux examens peuvent être proposés aux hommes de 50 à 75 ans : le toucher rectal et le dosage de l'Antigène spécifique de la prostate (PSA). L'âge de 75 ans est considéré comme l'âge limite pour réaliser le dépistage. Au-delà de cet âge, les avantages du dépistage diminuent et ses inconvénients augmentent.

Le toucher rectal

Le toucher rectal, fait par votre médecin, consiste à rechercher avec le doigt introduit par l'anus la présence d'un nodule dur au niveau de la prostate, signe d'une anomalie. Cet examen n'est cependant pas très performant. Même pour un médecin bien entraîné, le toucher rectal est anormal dans environ un cas sur dix en l'absence de cancer de la prostate, et il est normal dans environ quatre cas sur dix en cas de cancer.



Toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate.

Le dosage du PSA



L'Antigène spécifique de la prostate (PSA) est une protéine produite uniquement par la prostate, que l'on dose dans le sang au laboratoire de biologie. L'antigène n'est pas spécifique du cancer de la prostate : son augmentation est un signe de maladie prostatique mais pas nécessairement d'un cancer. Une élévation importante du PSA peut en effet avoir lieu à la suite de certaines maladies (infection urinaire, prostatite aiguë, adénome de la prostate) ou de certains gestes chirurgicaux.

On considère habituellement que le seuil de décision est un taux de PSA sérique total supérieur à 4 nanogrammes par millilitre (sauf en cas d'élévation rapide). Mais ce seuil augmente avec l'âge, comme indiqué dans le tableau. Cet examen est imparfait car le taux de PSA est anormal dans un à deux cas sur dix en l'absence de cancer de la prostate, et il est normal dans environ trois cas sur dix en cas de cancer.

Age	Valeurs habituelles du PSA
40 à 49 ans	0 à 2,5 ng/ml
50 à 59 ans	0 à 3,5 ng/ml
60 à 69 ans	0 à 4,5 ng/ml
70 à 79 ans	0 à 6,5 ng/ml

En cas de taux de PSA (total) anormal, on peut mesurer une composante particulière du PSA, le PSA libre, afin de calculer le rapport PSA libre/PSA total. Si ce rapport est supérieur à 25 %, le risque de cancer est inférieur à 10 %. S'il est inférieur à 10 %, le risque de cancer est supérieur à 50 %.

L'association du toucher rectal et du dosage du PSA

La combinaison d'un toucher rectal et d'un dosage sanguin du PSA est un peu plus performante que chaque examen réalisé séparément. Mais les deux examens sont encore normaux dans un à deux cas sur dix en cas de cancer de la prostate.

En cas de dépistage positif : les biopsies

Si un dépistage est réalisé et que l'un des deux examens est anormal, le patient est adressé à un urologue, qui habituellement réalise une douzaine de biopsies prostatiques. Cet examen, d'une durée de 20 à 30 minutes, consiste à prélever des cellules de la prostate à l'aide d'une aiguille introduite par l'anus, sous anesthésie locale et sous échographie. Les prélèvements sont ensuite analysés dans un laboratoire spécialisé pour confirmer ou non l'existence du cancer.



Cet examen est le plus souvent pratiqué avec un traitement antibiotique préventif, mais sans hospitalisation. Il peut être douloureux malgré l'anesthésie et provoque des **complications** dans au moins 2 à 3 % des cas : prostatite (infection de la prostate), rétention d'urines, hématurie (sang dans les urines), rectorragie (sang dans les selles), septicémie (infection généralisée, pouvant conduire exceptionnellement au décès). Une hématurie minime ou une hématospermie (sang dans le sperme), qui se manifestent dans plus de 15 % des cas, ne sont pas considérées comme de véritables complications.

Dans près d'un cas sur cinq, l'aiguille peut passer à côté des zones cancéreuses. C'est pourquoi des biopsies normales n'écartent pas totalement le diagnostic de cancer de la prostate. En cas de suspicion persistante de cancer, de nouvelles biopsies peuvent être réalisées.

En cas de biopsie positive : la prise en charge du cancer

Après discussion au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire, plusieurs options peuvent être proposées en fonction des caractéristiques du cancer, de l'âge du patient et des éventuelles pathologies associées.

Si le cancer est localisé, les principales stratégies suivantes sont envisageables :

<i>La surveillance active</i>	Il s'agit d'une alternative à un traitement local dans certaines formes de cancers localisés. Le suivi comporte habituellement une mesure du taux de PSA et un toucher rectal (tous les trois mois pendant les 2 premières années puis tous les 6 mois), une échographie transrectale (tous les 6 à 12 mois) et une série de biopsies de contrôle (à 1 an puis tous les 2 à 3 ans). En cas de maladie évolutive ou de souhait du patient, un traitement local peut être pratiqué ultérieurement.
<i>La prostatectomie totale</i>	Cette intervention chirurgicale consiste à enlever l'ensemble de la prostate et des vésicules séminales.
<i>La radiothérapie</i>	Elle peut être réalisée par voie externe avec des rayonnements radioactifs (radiothérapie externe) ou par voie interne avec une substance radioactive (curiethérapie).

Si le cancer est localement avancé ou métastatique, d'autres stratégies sont utilisées :

<i>L'hormonothérapie</i>	Il s'agit d'un traitement médicamenteux, injecté par voie intramusculaire ou sous-cutanée, de façon continue ou intermittente.
<i>La radiothérapie externe</i>	Dans le cancer prostatique avancé mais non métastatique, l'hormonothérapie est souvent associée à une irradiation du petit bassin.
<i>La chimiothérapie</i>	Elle est réservée à certains cas où l'hormonothérapie n'est plus efficace.

Efficacité des traitements du cancer localisé

Le tableau ci-dessous présente les bénéfices attendus à 10 ans des différentes stratégies disponibles (Anaes, 2004).

	Survie
Prostatectomie totale	90 %
Radiothérapie externe	70 %
Curiethérapie	44 à 83 %
Surveillance active	85 %

Effets indésirables des traitements du cancer localisé

Tous les traitements exposent à des effets secondaires qui sont fréquents et invalidants. Les principaux effets survenant dans l'année suivante sont présentés dans le tableau ci-dessous (Anaes, 2004).

	Incontinence urinaire	Troubles de l'érection	Absence d'éjaculation	Troubles digestifs*
Prostatectomie totale	4 à 39 %	20 à 80 %	100 %	non
Radiothérapie externe	0 à 13 %	4 à 55 %	non	1 à 36 %
Curiethérapie	6 à 15 %	5 à 70 %	non	5 à 19 %

* Diarrhée, saignements rectaux.

Evaluation de la procédure de dépistage

Selon une synthèse méthodique (méta-analyse) des grandes études internationales, la mise en œuvre d'un dépistage systématique n'entraîne pas de diminution de la mortalité par cancer de la prostate ni de la mortalité totale (Djulgovic, BMJ 2010).

Synthèse des arguments (Anaes, 2004)

Principaux avantages du dépistage

- Si le résultat est normal, cela pourra rassurer celui qui le fait.
- Il permet de détecter le cancer avant que les symptômes ne se développent.
- Il permet de détecter le cancer à un stade précoce, ce qui pourrait permettre de démarrer un traitement plus tôt.
- Si le traitement est efficace, il peut permettre d'éviter les conséquences d'un cancer métastatique ou une mort prématurée.

Principaux inconvénients du dépistage

- Le test peut être faussement négatif et rassurer à tort celui qui le fait.
- Il peut rendre anxieux et induire des examens médicaux inutiles.
- Il peut détecter des cancers d'évolution lente ou des formes tardives, pour lesquels aucun soin n'aurait été nécessaire.
- Les traitements du cancer ont des effets secondaires qui peuvent affecter la vie quotidienne.
- Le traitement peut, dans certains cas, ne pas être efficace.

Auteurs : Dr Marie-Thérèse Ravelonanosy-Gillot, Dr Catherine Normand, Dr Laurent Letrilliart. Département de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon 1