

MARS
2016

ÉLÉMENTS D'INFORMATION
DESTINÉS AUX MÉDECINS
CONCERNANT

LA PREMIÈRE PRESCRIPTION DU PSA CHEZ L'HOMME ASYMPTOMATIQUE

Ce document reprend les recommandations actuelles et des éléments de contexte pour vous donner une information sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer de la prostate chez un homme asymptomatique pour un premier dosage du PSA.

La dernière page de ce document pourra vous aider lors de la consultation si ce sujet est abordé avec un de vos patients.

Après avis de la HAS

POURQUOI CE DOCUMENT ?

La question du dépistage du cancer de la prostate et de ses modalités se pose fréquemment en médecine générale. **S'agissant d'un cancer dont l'évolution est le plus souvent lente, ce dépistage fait l'objet de débats par la communauté médicale et scientifique internationale.** En effet, l'enjeu est de déterminer si les bénéfices du dépistage sont supérieurs aux inconvénients des examens qu'il entraîne en cas de suspicion d'un cancer, ainsi que des traitements éventuels auxquels sont exposés les patients lorsqu'un cancer est détecté.

Des études qui font débat.

Deux études majeures font référence pour le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : l'étude européenne ERSPC¹ et l'étude américaine PLCO².

Or, les résultats de ces deux essais randomisés, qui avaient notamment pour objectif d'évaluer l'effet d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA sur la mortalité spécifique de ce cancer, apparaissent contradictoires. Une méta-analyse³ comprenant ces deux études ne met **pas en évidence d'effet significatif en termes de réduction de la mortalité** par cancer de la prostate.

Ces deux études, **critiquées** au regard de leur qualité inégale et de biais méthodologiques, **ne permettent pas de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA**, ni sur l'impact d'un dépistage ponctuel ou régulier sur la mortalité*.

* Pour en savoir plus : Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015

Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. (HAS, juin 2010).

Au vu des incertitudes, des faiblesses et des résultats discordants de ces deux études, ni la France ni aucun autre pays n'a déployé, à ce jour, de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate.

Dans ces conditions, il est établi qu'**aucun homme ne doit s'engager dans une démarche de dépistage sans avoir été tenu informé, au préalable, de l'ensemble des bénéfices, des limites du dosage du PSA et des risques éventuels du traitement du cancer de la prostate** lui permettant de prendre une décision éclairée. Cette discussion éclairée doit être idéalement guidée par des outils décisionnels pour faciliter la compréhension⁴.

¹ Schroder, F. H., J. Hugosson, et al. (2012). «Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up.» N Engl J Med 366(11): 981-90.

² Andriole, G. L., E. D. Crawford, et al. (2012). «Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13 years of follow-up.» Journal of the National Cancer Institute 104(2): 125-132.

³ Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720. Mortality results after 13 years of follow-up.» Journal of the National Cancer Institute 104(2): 125-132.

⁴ Les cancers en France, édition janvier 2014, Collection Les Données, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2015.

RECOMMANDATIONS ACTUELLES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE PAR DOSAGE DU PSA

1. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Dès 2004, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) précisait que « le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré ».⁵

Depuis la publication des études PLCO et ERSPC en mars 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a confirmé cette position et rappelé que « les études à long terme montrent que la prise en charge précoce d'un cancer de la prostate chez un homme sans symptômes ne permet ni d'allonger son espérance de vie, ni d'améliorer sa qualité de vie ».⁶

Dans **son avis de février 2012⁷**, la **HAS** rappelle que « conformément à ses précédents avis, **les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage systématique en population générale du cancer de la prostate par dosage du PSA** ».

Concernant les populations à haut risque (hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate et les personnes d'origine africaine ou antillaise), la HAS indique :

- « qu'en l'état actuel des connaissances, des difficultés sont identifiées pour définir et repérer des populations masculines à plus haut risque de développer un cancer de la prostate ;
- que l'identification des groupes d'hommes plus à risque de développer un cancer de la prostate ne suffit pas à elle seule à justifier un dépistage ;
- qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque ».⁷

2. L'AVIS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (AFU)

En 2013, l'AFU « recommande une détection précoce individualisée du cancer de la prostate avec une information éclairée sur les modalités, les enjeux et les risques éventuels liés aux différentes stratégies de prise en charge avec pour objectif essentiel de ne pas méconnaître un cancer agressif. La détection est fondée sur le toucher rectal (TR) et le dosage du PSA total chez les hommes sans polyopathie à partir de 50 ans. Un TR suspect (induration) est une indication de biopsies prostatiques quelle que soit la valeur du PSA, sauf chez les patients dont l'espérance de vie est limitée. **Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans** en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères. Le contrôle de la valeur du PSA après 50 ans reste un élément prédictif du risque de survenue d'un cancer de la prostate au cours de sa vie. Les modalités de suivi et l'intervalle entre les dosages varient en fonction de la valeur initiale du PSA et de sa cinétique d'évolution ».⁸

⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé - Recommandations pour la pratique clinique. (ANAES, septembre 2004).

⁶ Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. (HAS, juin 2010).

⁷ Haute Autorité de Santé. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? - Rapport d'orientation. (HAS, février 2012).

⁸ CCAFU. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate.

⁹ Collège de la Médecine Générale. Vous avez dit « prostate ! », comme c'est bizarre... Communiqué du 1^{er} février 2011. CMG ; 2011.

¹⁰ Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France.

3. L'AVIS DU COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS ET DU COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

En juin 2011, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) indiquait également qu'« il n'existait **aucun argument pour recommander un dépistage systématique du cancer de la prostate par le toucher rectal et/ou le dosage du PSA** et qu'en dehors de situations particulières à risque ou de demande individuelle de patients bien informés au préalable, le CNGE recommandait aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique ».

En 2011, le Collège de la Médecine Générale (CMG) considère qu'« assimiler les cellules cancéreuses prostatiques à un cancer maladie est un abus de langage qui explique la difficulté à communiquer sur ce sujet difficile ». Le CMG invite les médecins généralistes « **à informer clairement les hommes de plus de 50 ans à la fois sur les avantages espérés et les inconvénients potentiels du toucher rectal et du dosage du PSA dans le sang**, tant que persisteront des inconnues sur le rapport bénéfices-risques d'un dépistage systématique du cancer de la prostate ».⁹ Il est essentiel de ne pas entretenir la confusion entre dépistage et diagnostic.

En mars 2014, le CMG communiquait sur le processus de prise de décision partagée, comme « modèle de fonctionnement reconnu comme nécessaire ».

4. LE PLAN CANCER 2014-2019¹⁰

« Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA présente de nombreuses limites ayant conduit la HAS à ne pas recommander son utilisation en population en raison du risque de surtraitement. »
« Les personnes s'engageant dans une démarche de dépistage doivent être en capacité de comprendre à partir d'informations fiables et objectives la proposition qui leur est faite et de **décider de façon éclairée d'y adhérer.** »

5. RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

À ce jour, **aucune agence ou autorité sanitaire dans le monde n'a rendu d'avis favorable à la mise en place d'un programme de dépistage systématique** du cancer de la prostate par dosage du PSA. Par ailleurs, aucune recommandation ne propose en routine le dosage du PSA chez les hommes asymptomatiques non informés et non consentants.

SYNTHÈSE

En France et à l'étranger, aucune autorité sanitaire ni aucune société savante ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes sans symptômes.

Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de réaliser les tests de dépistage du cancer de la prostate (toucher rectal et dosage du PSA) doivent être clairement informés des avantages et des inconvénients de ce dépistage.

LE CANCER DE LA PROSTATE : UN CANCER « PAS COMME LES AUTRES »

- En France, avec 56 840 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer de la prostate reste **le cancer le plus fréquent chez l'homme** (28 % des cancers).¹¹
- La comparaison avec d'autres pays positionne la France parmi les pays où l'incidence (standardisée par âge) est la plus élevée : 98/100 000 contre 70/100 000 dans l'ensemble de l'Union européenne.¹² L'incidence du cancer de la prostate est en très forte augmentation, par effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration des moyens diagnostiques et de la diffusion de la technique de dépistage par dosage du PSA.¹³
- Le cancer de la prostate se place au **troisième rang en termes de mortalité par cancer chez l'homme** (à l'origine de 8 876 décès en 2012, soit 10 % des décès par cancer et 3 % des décès masculins toutes causes).¹¹
- Le cancer de la prostate est **majoritairement un cancer à évolution lente (10 à 15 ans)**, le plus souvent n'induisant pas de symptômes et n'engageant pas le pronostic vital. Cependant, certaines formes sont agressives et létales. L'histoire naturelle de la maladie est mal connue. On ne sait pas reconnaître, parmi les cancers asymptomatiques, ceux qui resteront latents et ceux qui évolueront.¹¹
- Compte tenu de ce temps de progression lent, plus de 3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans. Chez l'homme, en 2009, l'âge médian au décès par cancer de la prostate est estimé à 83 ans.¹¹

SYNTHÈSE

De tous les cancers, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, mais il est le plus souvent d'évolution très lente. La durée d'évolution avant que n'apparaissent des symptômes est de 10 à 15 ans en moyenne.

Il est à l'origine de 3 % des décès masculins toutes causes, et 3 décès sur 4 par cancer de la prostate surviennent après 75 ans.

¹¹ Les cancers en France, édition janvier 2014, Collection Les Données, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2015. L'estimation 2012 pour l'incidence du cancer de la prostate repose sur une hypothèse de stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012.

¹² GLOBOCAN 2012. The International Agency for Research on Cancer (IARC): Estimated cancer incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2012.

¹³ Institut national de veille sanitaire, Réseau français des registres de cancer, Institut national du cancer, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Hôpitaux de Lyon, Belot, A., et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint Maurice: INVS; 2008. www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf

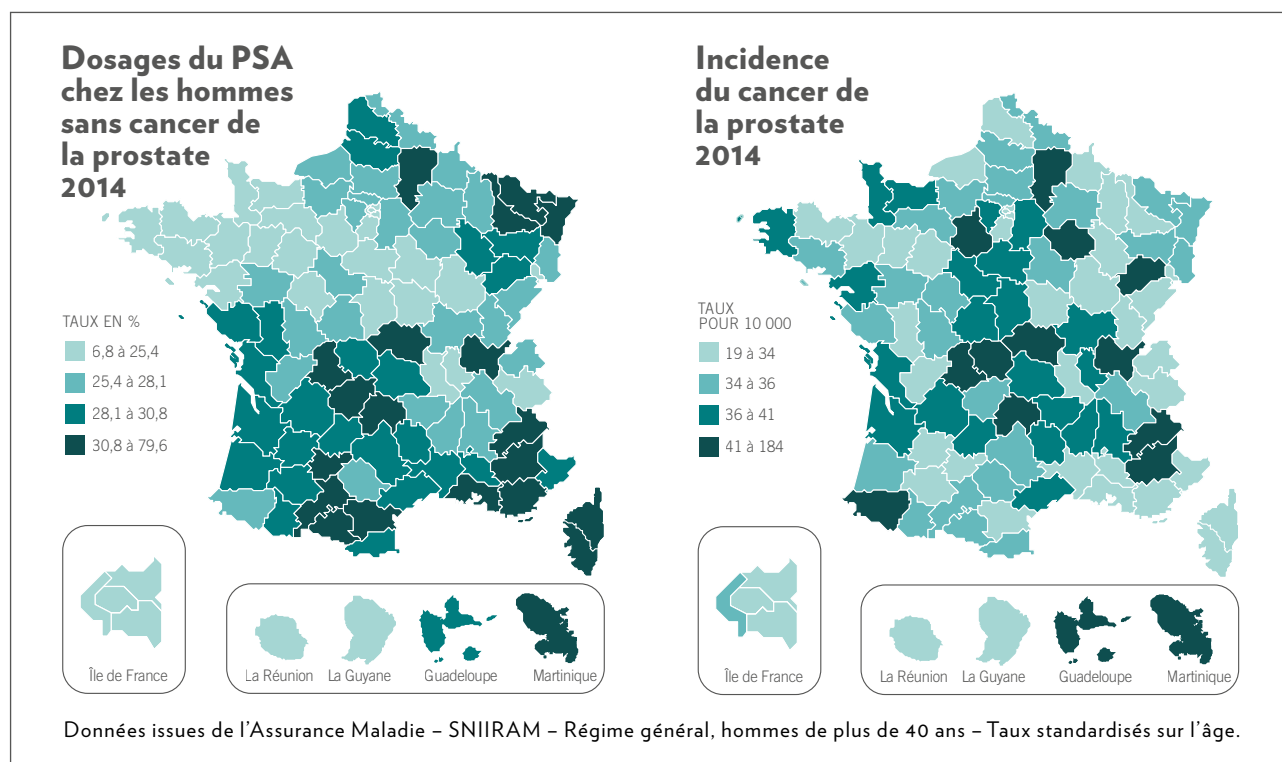
¹⁴ Stamey TA, Yang N, Hay AR, McNeal JE, Freiha FS, and Redwine E. Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. NEJM 317:909-916, 1987.

¹⁵ Sniiram - Régime général, 2014.

ÉTAT DES LIEUX SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

L'évolution des modalités diagnostiques depuis la fin des années 1980 (diffusion du dosage du PSA¹⁴ associé à une standardisation des techniques de biopsies prostatiques) a conduit à une augmentation majeure de l'incidence du cancer de la prostate par la détection de tumeurs de petite taille, le plus souvent de moindre agressivité.

- Bien qu'il n'y ait pas de programme de dépistage organisé du cancer de la prostate en France, sur la période comprise entre 2012 et 2014 (3 ans), **62 % des hommes âgés de 50 à 69 ans avaient réalisé au moins un dosage du PSA** (sans cancer déclaré dans les bases de l'Assurance Maladie au moment du dosage). Pour les hommes de **plus de 75 ans, ce taux est de 68 %** sur la période 2012-2014 (3 ans).¹⁵
- Depuis 2012, une évolution des pratiques est constatée avec une diminution de 3% du nombre d'hommes de plus de 40 ans (sans cancer déclaré) ayant réalisé au moins un dosage du PSA.
- Des différences de prescriptions du PSA et d'incidence du cancer entre les départements sont visibles, comme le montrent les cartes ci-dessous :



SYNTHÈSE

En France, entre 2012 et 2014, 62 % des hommes âgés de 50 à 69 ans sans cancer de la prostate déclaré, ont réalisé au moins un dosage du PSA et ce taux est de 68 % pour les hommes de plus de 75 ans.

LES QUESTIONS QUE SOULÈVE LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

LE DOSAGE DU PSA

La valeur du PSA doit être interprétée en fonction du contexte clinique¹⁶:

- Au seuil de 4 ng/ml, la sensibilité du dosage du PSA sérique total pour le diagnostic précoce du CaP est de l'ordre de 75 % et la spécificité de l'ordre de 90 % ;
- le test peut être faussement négatif et rassurer à tort celui qui le fait ; la valeur prédictive négative (VPN) est de 90 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total < 4 ng/mL, un sujet sur 10 a un cancer et 9 sur 10 n'ont pas de cancer ;
- la valeur prédictive positive (VPP) est de 30 %, ce qui signifie que, parmi les hommes qui ont un PSA total > 4 ng/mL, 3 sur 10 ont un cancer de la prostate et 7 sur 10 n'en ont pas ;
- le test peut détecter sur les biopsies des cancers d'évolution lente (cancer de la prostate dit indolent) ou des cancers considérés comme cliniquement non significatifs (de petit volume et de faible grade) ou des formes tardives pour lesquelles aucun traitement ne serait mis en oeuvre.

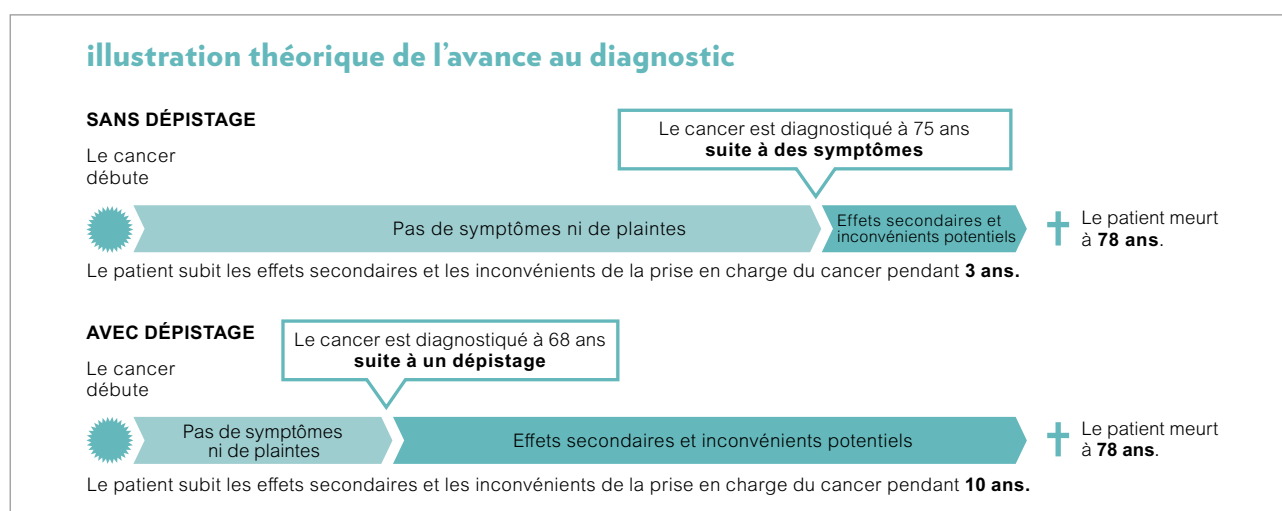
L'utilisation du PSA libre n'est pas recommandée en 1^{re} intention comme examen de dépistage.

Il n'a pas été prouvé que les techniques dérivées du dosage du PSA sérique (PSA ajusté sur l'âge, densité du PSA et vélocité du PSA) aient un intérêt pour le dépistage du cancer de la prostate.

À l'heure actuelle, **rien ne permet de distinguer les tumeurs agressives** des cancers qui resteront à faible risque évolutif et, qui sont les plus fréquents. La principale difficulté du dépistage du cancer de la prostate réside dans l'évaluation de son bénéfice pour le patient en tenant compte des **risques de surdiagnostic** (diagnostic d'un cancer qui ne se serait jamais révélé du vivant de la personne) **et de surtraitement** (traitement d'un cancer sans impact sur le pronostic de la maladie).¹⁷

L'AVANCE AU DIAGNOSTIC¹⁸

Lorsqu'un cancer de la prostate a été identifié, l'homme atteint devient « malade du cancer ». Pour la majorité de ceux qui étaient en « bonne santé », il s'agit d'une perte définitive de cette « bonne santé ». Avec un dépistage, ceci interviendrait en moyenne 7 ans plus tôt que si ce cancer avait été diagnostiqué à la suite d'un symptôme. Ils pourront avoir alors des inconvénients et des séquelles de la prise en charge, en moyenne 7 ans plus tôt que les patients diagnostiqués à la suite de symptômes.¹⁹



¹⁶ Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015.

¹⁷ Delpierre C. et al. Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: The case of prostate cancer. Cancer Epidemiology 37 (2013) 462-468.

¹⁸ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de Belgique. Outil d'aide à la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. KCE Reports 224B. 2014.

¹⁹ Finne P., Fallah M. et al. Lead-time in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer. Eur J Cancer. 2010 Nov. ;46(17): 3102-8.

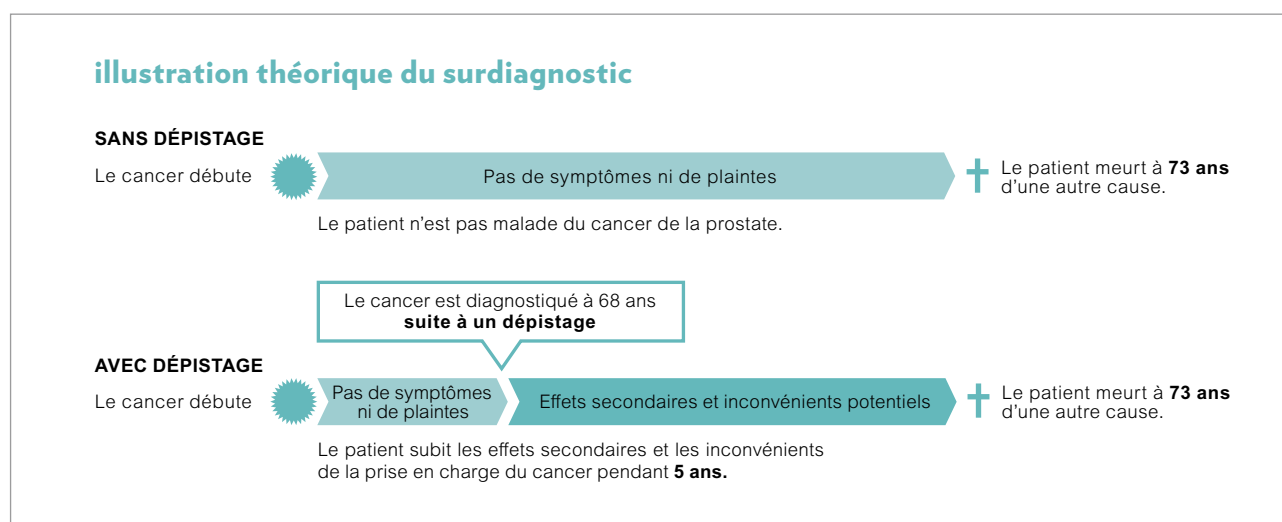
LE SURDIAGNOSTIC ET LE SURTRAITEMENT

Comme toute démarche de dépistage, le dépistage du cancer de la prostate a également pour limites un risque de surdiagnostic et de surtraitement.

Le surdiagnostic (qui peut varier de 30 % à 50 % selon la littérature) est inhérent à la démarche de dépistage. Il est illustré dans la figure ci-dessous extraite d'un document d'information des médecins belges élaboré par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, 2014).¹⁸

Il correspond à la détection de lésions cancéreuses réelles mais qui n'auraient pas donné de symptômes du vivant de la personne ou n'auraient pas conduit au décès de la personne. Les personnes concernées n'auront donc pas tiré de bénéfice du dépistage ; en revanche, elles sont à risque de **surtraitement** et exposées aux effets secondaires et inconvénients potentiels liés à la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Enfin, le surdiagnostic a pour effet néfaste d'étiqueter des hommes a priori en bonne santé en individus malades, de les soumettre à des examens diagnostiques itératifs invasifs (biopsies de la prostate), d'augmenter leur niveau d'anxiété et de les exposer aux complications des traitements.



Dans cet exemple, avec le dépistage, le cancer est diagnostiqué à l'âge de 68 ans. Il serait devenu symptomatique 7 ans plus tard, soit à l'âge de 75 ans. Or le patient meurt à 73 ans d'une autre cause. En l'absence de dépistage, le patient n'aurait jamais souffert de ce cancer.

Une étude française rapporte qu'entre 7,7 % et 24,4 % des patients ayant eu une ablation de la prostate, et entre 30,8 % et 62,5 % de ceux recevant une radiothérapie seraient surtraités.¹⁷

LES TRAITEMENTS ET EFFETS SECONDAIRES

Les traitements proposés après diagnostic du cancer de la prostate ne font pas l'objet de ce document.

Pour plus d'informations sur ce sujet, vous pouvez consulter le guide à destination des patients Cancer Info : « Les traitements du cancer de la prostate », publié par l'Institut national du cancer.

Pour autant, il a semblé utile de rappeler les différents effets secondaires constatés de ces principaux traitements. Le détail est donné sur la page suivante.

PARCOURS DES HOMMES DE 50 À 69 ANS AYANT RÉALISÉ UN DOSAGE DU PSA EN 2012

À noter : les données sont issues des bases de données de l'Assurance Maladie – SNIIRAM du Régime général hors SLM, couvrant environ 75 % de la population totale des hommes en France. Les bases ne contenant que des soins remboursés, elles sous-estiment le nombre de biopsies, de complications et d'effets secondaires.

1 931 800 HOMMES ENTRE 50 ET 69 ANS ONT EU UN DOSAGE DU PSA remboursé en 2012 sans cancer documenté dans les bases de données de l'Assurance Maladie au moment du dosage. **Soit 36 % de cette tranche d'âge.***

36 000 HOMMES ONT EU UNE BIOPSIE PROSTATIQUE dans les 12 mois qui suivent le dosage du PSA. **Soit 2 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

14 500 HOMMES ONT EU UN CANCER DE LA PROSTATE incident diagnostiqué dans les 12 mois qui suivent le dosage du PSA. **Soit 0,7 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

11 600 HOMMES ONT ÉTÉ TRAITÉS dans les deux ans après un diagnostic du cancer. **Soit 0,6 % des hommes ayant eu un dosage du PSA.***

5 800 HOMMES ONT EU UNE OU PLUSIEURS COMPLICATIONS dans les deux ans après le diagnostic de ce cancer. **Soit 0,3 % des hommes ayant eu un dosage du PSA et 50% des hommes traités.***

DÉTAIL DES COMPLICATIONS*

Les bases de données de l'Assurance Maladie ne contenant que des soins remboursés, elles sous-estiment les complications et les effets secondaires

	Groupe témoins sans cancer* <small>Données 2014</small>		Tous cancers de la prostate traités
	Hommes de 50 à 69 ans sans pathologie prostatique	Après chirurgie de l'HBP***	
Complications**	1,8 %	16 %	50 %
Troubles de l'érection	0,5 %	1,2 %	34 %
Incontinence	1 %	9,1 %	21 %
Rétention aiguë d'urine	0,3 %	7,3 %	5 %
Sténose de l'urètre	0,1 %	1,8 %	3 %
Autres effets secondaires	0,1 %	0,6 %	2 %
Sans complications repérées dans les bases de remboursement	98,2 %	84 %	50 %

* Données issues de l'Assurance Maladie – SNIIRAM – Régime général hors Sections Locales Mutualistes.

** Les complications peuvent être cumulatives.

*** Hypertrophie bénigne de la prostate.

²⁰ Haute Autorité de Santé. Détection précoce du cancer de la prostate – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) – Mai 2013.

Complications de la biopsie²⁰

Les complications liées aux biopsies sont à type :

- d'hémospérmié (37 % des cas)
- d'urétrorragie d'une durée > 24 heures (14 % des cas)
- de fièvre (1 % des cas)

Le taux des complications infectieuses sévères et des rétentions aiguës d'urines rapportées après biopsies prostatiques est inférieur à 5 %.

Part des traitements*

- 80 % traités dans les 2 ans après un diagnostic de cancer de la prostate
- 53 % prostatectomie (dont 82 % prostatectomie isolée)
- 26 % hormonothérapie (dont 38 % hormonothérapie isolée)
- 23 % radiothérapie (dont 18 % radiothérapie isolée)
- 20 % sans traitement

Détails des complications – Cancer de la prostate traité

Prostatectomie		Radiothérapie externe		Hormonothérapie	
Isolée	Avec autre traitement	Isolée	Avec autre traitement	Isolée	Avec autre traitement
64 %	62 %	28 %	40 %	15 %	40 %
51 %	42 %	5 %	19 %	3 %	17 %
24 %	30 %	16 %	22 %	7 %	23 %
4 %	4 %	11 %	6 %	7 %	8 %
3 %	5 %	2 %	2 %	1 %	3 %
1 %	2 %	4 %	3 %	1 %	3 %
36 %	38 %	72 %	60 %	85 %	60 %

50 % des hommes de 50 à 69 ans traités pour cancer de la prostate présentent des complications (troubles de l'érection, incontinence...) en lien avec ces traitements et bénéficiant d'un remboursement par l'Assurance Maladie. Or, sur la même tranche d'âge (50-69 ans), seuls 2 % des hommes sans cancer de la prostate diagnostiqué et sans chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) font l'objet d'une prise en charge pour ces complications. Le taux passe à 16 % pour les hommes avec une HBP, mais il est probablement sous-estimé car la plupart des traitements prescrits ne sont pas remboursés.

Les troubles digestifs ne sont pas identifiables, mais selon différentes études reprises par la HAS, ils pourraient concerner entre 6 % et 36 % des hommes ayant eu une radiothérapie externe.

ELÉMENTS DE SYNTHÈSE

Les éléments suivants peuvent être abordés lors de la consultation quand vous souhaitez prescrire ou si un patient asymptomatique sollicite un premier dosage du PSA.

L'ESSENTIEL DES RECOMMANDATIONS

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ni aucune société savante ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes sans symptômes.** La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le toucher rectal et par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque.

Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer les tests de dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés des avantages et des inconvénients de ce dépistage.**

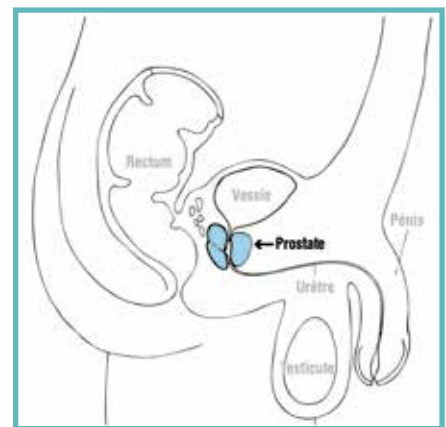
L'utilisation du PSA libre n'est pas recommandée en première intention comme examen de dépistage.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

De tous les cancers, **le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, mais il est le plus souvent d'évolution très lente.** Sa durée d'évolution est de 10 à 15 ans en moyenne avant que n'apparaissent des symptômes.

Le dosage du PSA comme test de dépistage est insuffisamment fiable et précis (VPP=30 %, VPN=90 %).

Il n'existe pas aujourd'hui de marqueur ou d'examen qui permette d'identifier précocement les formes de cancer de la prostate qui ont un risque d'évoluer de manière défavorable.



DISCUTER LE BÉNÉFICE DU DOSAGE DU PSA CHEZ UN PATIENT ASYMPTOMATIQUE

Le bénéfice du dépistage du cancer de la prostate par le PSA doit être discuté au regard des inconvénients des examens et des traitements auxquels seraient soumis les patients si un cancer était détecté.

Les deux études de référence sur le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA présentent des **résultats contradictoires, et ne permettent pas de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA,** ni sur l'impact d'un dépistage ponctuel ou régulier sur la mortalité.

Parmi les hommes de 50 à 69 ans traités pour un cancer de la prostate en 2012 en France, **50 % ont présenté une ou plusieurs complication(s) nécessitant un traitement** avec notamment des troubles de l'érection pour 34 % des hommes, une incontinence urinaire pour 21% des hommes.

Si votre patient souhaite des informations complémentaires, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider ». Il pourra notamment la lire chez lui, seul ou avec son entourage. Vous pouvez la commander gratuitement en ligne sur www.e-cancer.fr

Pour en savoir plus : Institut national du cancer, Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, Mars 2015.