

## Cancer de la prostate, vers une meilleure coordination des soins

Paris, le 25 juin 2015 • **À la veille des JOUM 2015 (Journées d'Onco-Urologie Médicale) qui se tiendront les 26 et 27 juin aux Salons de l'Aveyron à Paris, l'AFU fait le point sur le cancer de la prostate. Représentant 56 à 57 000 nouveaux cas par an, cette maladie revient régulièrement sur le devant de la scène : la polémique autour du dépistage par PSA obscurcissant le débat.**

### Parcours de soin, deux voies d'entrée

Le cancer de la prostate peut être découvert au hasard d'un dépistage ou parce qu'il est déjà symptomatique. L'entrée dans ce parcours de soin sera donc différente selon la situation.

Dans le premier cas, tout commence en général par une consultation chez le médecin généraliste qui, après avoir évoqué les possibilités de détection précoce d'un cancer de la prostate, prescrit un dosage du PSA et propose l'examen de la prostate par la réalisation d'un toucher rectal. Si le toucher rectal montre une glande de consistance anormale ou si la valeur du PSA se révèle trop élevée, l'étape suivante est pour le médecin de proposer une consultation chez l'urologue pour un nouvel examen clinique et l'appréciation du contexte de cette anomalie clinique ou biologique.

La démarche diagnostic doit donc être : si PSA anormal, prise de rendez vous auprès d'un urologue pour apprécier les nécessités de réaliser une biopsie diagnostique ou d'autres examens complémentaires.

Dans le second, l'appel au spécialiste est plus immédiat.

Si les signes sont rhumatologiques (douleurs lombaires, douleurs osseuses, fractures spontanées...) le médecin généraliste ou le rhumatologue est en général l'interlocuteur initial, qui adressera le patient à l'urologue ou parfois à l'oncologue si des métastases osseuses responsables des douleurs sont identifiées. La réalisation d'une biopsie de la prostate est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Si les signes sont urinaires, l'urologue est en première position après le médecin traitant. Le dosage du PSA est associé à la réalisation d'un toucher rectal qui confirmera la taille de la glande. Une IRM peut être également réalisée mais "*l'examen fondamental, ce sont les biopsies*", précise le Pr Thierry Lebreton, secrétaire général de l'AFU. "*Le diagnostic se fait sur biopsie et la prise en charge se décide en fonction des résultats de ces prélèvements.*" En effet, il n'existe pas un cancer, mais une mosaïque de cancers de la prostate.

La décision de prise en charge se confirme le plus souvent lors des RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire). Lorsque le cancer est localisé à la glande prostatique, de manière collégiale, il est décidé d'une surveillance active ou d'une intervention pour détruire la tumeur. Il est alors possible de discuter la prostatectomie radicale, la radiothérapie externe, la curiethérapie, ou le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). Et lorsque le cancer est métastatique, on a habituellement recours à une hormonothérapie en première intention.

## Le chiffre

A 85 ans tous les hommes ont un cancer de la prostate.

## Le PSA, retour sur une polémique

Après avoir connu son heure de gloire, le dosage du PSA a été très critiqué. En cause le fait que cet examen ne soit pas spécifique (il décrit seulement un passage exagéré du PSA dans le sang) et qu'il ne soit pas sensible à 100 %. À la clef, le risque d'inquiéter inutilement des patients et d'induire un excès de traitement. Le PSA ne mérite sans doute *“ni cet excès d'honneur ni cette indignité.”*

*“Une étude européenne, à laquelle la France a participé montre qu'il y a un bénéfice en termes de survie au dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, mais que l'usage large du PSA faisait révéler certains cancers à un stade encore faiblement agressif. Ils peuvent alors parfois faire l'objet d'un sur-traitement”* explique le Dr Xavier Rebillard, urologue à Montpellier, responsable de la commission risque urologie à l'AFU.

Le problème de cet examen tient plutôt à une méconnaissance par le public et sans doute encore par une partie du corps médical, de ses bénéfices et de ses limites. En d'autres termes, trop de PSA sont prescrits à des personnes qui ne devraient pas en faire (par exemple au-delà de l'âge de 75 ans, le recours au PSA ne se justifie plus dans un objectif de détection précoce d'un cancer, hors symptomatologie spécifique) ou devraient en faire moins souvent si la valeur de leur PSA initial est basse. Inversement trop de cancers sont découverts à un stade avancé faute d'avoir été détectés à temps grâce à un PSA ou un toucher rectal.

## Quelles améliorations possibles ?

- D'abord **informer** afin de permettre une meilleure coordination. *“Nous ne demandons pas un dépistage généralisé, mais une pratique mieux coordonnée de l'usage du PSA”* précise le Dr Rébillard. *“Certains médecins proposent la réalisation d'un test PSA mais attendent que le PSA, si sa valeur est anormale, « monte » pour orienter vers l'urologue. Or toute anomalie du PSA ou du toucher rectal doit conduire chez l'urologue pour analyser la situation du patient en fonction de ses antécédents et décider ou non de la réalisation d'une biopsie de la prostate qui seule permettra d'affirmer le diagnostic et de juger de l'agressivité éventuelle du cancer.”*

D'autres praticiens estiment que l'examen est inutile, et par principe ne le proposent pas sans informer les patients de ses bénéfices éventuels pour qu'il puisse contribuer à la prise de décision.

Enfin, trop souvent le PSA est demandé dans le cadre d'une analyse de sang de routine entre le cholestérol, la glycémie à jeun et la NFS. Or demander un PSA c'est réaliser un dépistage. Cela ne doit pas être prescrit « à la va-vite ». Il faut impérativement donner la bonne information au patient, afin de ne provoquer ni un excès de crainte, ni une fausse assurance. (voir l'encadré "dépistage") et lui permettre d'intégrer le bénéfice attendu à la détection précoce d'un cancer de la prostate s'il était agressif mais aussi les limites de ce test et les effets secondaires toujours possibles des éventuels traitements.

Les patients peuvent trouver une information complète sur cette maladie grâce aux [fiches de l'AFU](#), au guide [INCA](#) (Prise en charge du cancer de la prostate) ou au guide [SOR](#) (Comprendre le cancer de la prostate).

- **Revoir la place de l'IRM** dans le dépistage du cancer de la prostate.

Auparavant l'imagerie était incapable de fournir des informations sur le cancer de la prostate. Ni le scanner, ni l'échographie et a fortiori la simple radiographie ne permettent de voir et donc d'individualiser un tissu cancéreux dans la prostate, hors cancers avancés. Aujourd'hui, beaucoup a changé : on peut souvent suspecter une tumeur prostatique sur une IRM conduite dans des conditions très précises. Cela a conduit à une inflation de demandes d'IRM malheureusement pas toujours très bien faites lorsqu'un PSA est anormal là où dans bien des cas c'est d'abord un toucher rectal qui serait nécessaire.

L'IRM garde aussi un rôle majeur dans le bilan local des cancers diagnostiqués pour vérifier qu'ils restent localisés à la prostate.

- **Aller au-delà des RCP**

Les RCP ont apporté une amélioration fondamentale dans la gestion du parcours de soin du patient atteint de cancer prostatique. Elles permettent des prises en charge coordonnées mais il faudrait aller plus loin.

“*Je défends l'idée de structures dédiées à la prostate*” explique le Pr Lebrét. Ces structures qui regrouperaient diverses compétences de spécialistes « sur-spécialisés » (pathologistes, radiologues, radiothérapeutes, oncologues...) autour des urologues sont apparues dans certains pays comme la Hollande, les Etats-Unis ou le Canada. Elles permettent en un même lieu et dans une même unité de temps de consulter tous les spécialistes concernés. La RCP en est la préfiguration par le regroupement de compétences autour du dossier du patient.

## L'avenir ?

L'AFU met en place une base de données pour analyser les parcours de soins actuellement proposés ([PROSTAFU](#)). Les urologues et autres spécialistes y participant peuvent recevoir leur profil de pratique sur leurs prises en charge et des données de qualité de vie de leurs patients. Ils peuvent ainsi les comparer avec les données nationales. Elle soutient également les travaux d'un observatoire des pratiques en urologie (OBSERVA-PUR – Pr Lukacs et Pr Vicaut) qui analyse en continu les données existantes des bases médico-économiques nationales (SNIIRAM...) afin de mieux connaître la réalité du terrain et d'établir des critères de qualité.

### Dépistage un mot lourd de sens

*« Parler de dépistage c'est fournir une donnée générale et l'approprier à quelqu'un, c'est utiliser des statistiques en les transposant au plan de l'individu. Mais comment cette personne va-t-elle y réagir ? C'est un peu comme la mort : nous savons tous que nous allons mourir mais au quotidien, heureusement, nous oublions la perspective de notre propre disparition. Les données du dépistage sont de même nature : nous avons envie de savoir (pour nous rassurer) mais nous avons également tout autant envie de ne pas savoir. Cette ambiguïté nourrit la polémique sur le dépistage. » Pr Lebreton.*

### Aller plus loin :

- Les fiches de l'AFU  
<http://urofrance.org/lurologie-grandpublic/fiches-patient/fiches-maladies.html>
- Le guide l'INCa  
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Collections/Guides-patients>
- Le guide SOR  
<http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/SR/2005/SR-2005-00100001/TEXF-SR-2005-00100001.PDF>
- Comprendre le cancer de la prostate, guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches  
<http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/SR/2005/SR-2005-00100001/TEXF-SR-2005-00100001.PDF>

### À propos de l'AFU

L'Association Française d'Urologie est une société savante représentant plus de 90% des urologues exerçant en France (soit 1 133 médecins). Médecin et chirurgien, l'urologue prend en charge l'ensemble des pathologies touchant l'appareil urinaire de la femme et de l'homme (cancérologie, incontinence urinaire, troubles mictionnels, calculs urinaires, insuffisance rénale et greffe), ainsi que celles touchant l'appareil génital de l'homme. L'AFU est un acteur de la recherche et de l'évaluation en urologie. Elle diffuse les bonnes pratiques aux urologues afin d'apporter les meilleurs soins aux patients, notamment via son site internet [urofrance.org](http://urofrance.org).