COMMENTAIRE À. . .

Dépistage du cancer de la prostate : les données du premier tour de dépistage de la population française participant à l'essai européen ERSPC☆

Screening for prostate cancer: Results about first screening round from the French population of the ERSPC trial

F. Richard

1, rue Calmette, 59019 Lille, France

Disponible sur Internet le 3 juin 2009

Avec 62 245 nouveaux cas diagnostiqués en France, en 2005, le cancer de la prostate constitue un important problème de santé publique [1]. Le vieillissement de la population et la diffusion du dépistage par dosage de PSA risque d'accroître ce problème. Actuellement, le plus souvent, les habitudes de dépistages sont organisées en fonction des recommandations des sociétés savantes nationales. Ainsi, en France, l'AFU préconise un dosage du PSA total et un toucher rectal annuel pour les hommes de 50 à 75 ans [2]. L'intérêt d'organiser des campagnes de dépistage à grande échelle soulève des controverses. En effet, l'impact du dosage du PSA sur la mortalité n'est pas encore clairement prouvé [3]. De plus, se pose la question des risques de surdiagnostic, de surtraitement et d'impact en termes de qualité de vie et de coût [3]. Ces controverses soulignent le grand intérêt et les espoirs mis dans les grands essais de dépistage mis en place ces dernières années. L'étude européenne « ERSPC » vient ainsi de publier des résultats intermédiaires encourageants avec une diminution de 20 % de la mortalité par cancer de la prostate dans le bras bénéficiant d'un dépistage régulier par rapport au bras témoin [4]. Cependant, dans le même journal, un autre essai américain ne mettait pas en évidence de différence significative entre les deux bras [5].

L'essai ERPSC est un essai regroupant plusieurs centres européens dont un centre français. Les données françaises n'ont pas été incluses dans le travail récemment publié, car sa population ne disposait pas d'un suivi suffisamment long. En attendant des résultats longitudinaux, dans ce numéro, sont présentées les données obtenues à l'inclusion et à l'issu du premier tour de dépistage du centre français. Cet essai s'est adressé à 84 781 hommes âgés de 55 à 69 ans et habitant le Tarn ou l'Hérault dont 42 590 ont été randomisés dans le bras dépistage et 42 191 dans le bras témoin. Les résultats des données d'inclusion montrent un taux de participation plutôt décevant (27,7 %, mais atteignant 40 % dans le Tarn) et une contamination du groupe témoin. Cette dernière constatation témoigne de l'importance de la diffusion de ce dépistage en France. Les sujets du bras « dépistage » avaient une plus grande probabilité d'avoir un cancer de la prostate diagnostiqué comparés aux sujets du bras témoin. Cependant, les caractéristiques cliniques et la prise en charge thérapeutique des cancers ne différaient pas entre les deux bras. Ces premiers résultats pourraient ne pas sembler encourageants, cependant dans les autres centres, une diminution de la sévérité des cancers détectés a été décrite entre le premier et le second tour de dépistage. Au-delà de l'aspect du dépistage, la régularité du dépistage pourrait être l'une des clefs de la réussite de ce dépistage. Ce second tour, prévu prochainement, revêt ainsi toute son importance. L'INCA, l'AFU et l'HAS se proposent également de réviser à la lumière de ces nouvelles données, les recommandations de dépistage et de prise en charge du cancer de la prostate.

DOI of original article:10.1016/j.purol.2009.03.001.

☆ Commentaire de l'article : Jegu J., Tretarre B., Grosclaude P., Rebillard X., Bataille V., Malavaud B., Iborra F., Salama G., Rischmanne P., Villers A. État des lieux et facteurs de participation à l'étude européenne ERSPC de dépistage randomisé du cancer de la prostate par dosage sérique de l'antigène prostatique spécifique : départements français du Tarn et de l'Hérault.

Adresse e-mail : florence.richard@pasteur-lille.fr.

Références

[1] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jougla E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980—2005. Rev Epidemiol Sante Publique 2008;56:159—75.

1166-7087/$ — see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.purol.2009.04.011

[2] Villers A, Rebillard X, Soulie M, Davin JL, Coloby P, Moreau JL, et al. Prostate cancer screening. Prog Urol 2003;13:209—14.
[3] Barry MJ. Screening for prostate cancer — The controversy that refuses to die. N Engl J Med 2009;360:1351—4.
[4] Schröder FH, Hugosson J, Roobol M, Teuvo L, Tammela M, Ciatto S, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European Study. N Engl J Med 2009;360: 1320—8.
[5] Andriole GL, Grubb RL, Buys S, Chia D, Church T, Fouad MN, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009;360:1310—9.