

## Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate

Avantages et inconvénients

Valeurs et préférences du patient



Ce document prépare le clinicien à discuter des données scientifiques avec le patient, pour qu'ensemble ils puissent prendre une décision.

## Présentation du dépistage aux patients

### À quoi sert le dépistage?

- ▶ Le dosage de l'APS et le toucher rectal permettent d'estimer le **risque d'avoir le cancer de la prostate**. Si le risque estimé est élevé, le médecin propose de faire une **biopsie de la prostate** pour vérifier si l'homme a le cancer de la prostate.

#### Que considère-t-on comme étant un risque élevé?

Le seuil d'APS permettant de distinguer un résultat positif (risque élevé) d'un résultat négatif (risque faible) est généralement de 4 ng/mL.

### Qui pourrait envisager de faire le test?

- ▶ Les hommes âgés **entre 55 et 70 ans** ayant une **espérance de vie d'au moins 10 ans**.
- ▶ Les hommes âgés de moins de 55 ans à plus haut risque (**antécédents familiaux** - frère, père - ou de **race noire**).

### Pourquoi informer les patients et tenir compte de leurs préférences?

- ▶ Il y a des pour et des contre à faire le dépistage :

**POUR** : Pour chaque 100 hommes dépistés le test pourrait prévenir **0,1 à 1 décès** attribuable au cancer de la prostate, dépendant du nombre d'années de suivi.<sup>1,4</sup> Ce possible avantage ne commence à être observé qu'environ 10 ans après le début du dépistage.



**CONTRE** : Le dépistage peut être **inexact** et causer des **préjudices**. Pour chaque 100 hommes invités au dépistage et suivis pendant 11 ans, **3** ont un cancer malgré un dépistage négatif, **10** reçoivent un résultat de dépistage positif mais n'ont pas de cancer de la prostate, et **3** parmi les 7 ayant un cancer de la prostate ont un **cancer à évolution lente** ne causant pas de problème de santé, conduisant à des **traitements inutiles**.<sup>6</sup>

- ▶ **Les données scientifiques sur les effets du dépistage demeurent incertaines :**

Après 11 à 13 ans de suivi, les 2 meilleures études disponibles montrent soit une **faible**, soit une **absence de diminution** de la mortalité chez des hommes invités à faire le dépistage comparativement à ceux qui ne sont pas invités à le faire.<sup>1,2</sup> Les **données extrapolées à vie** des **études les plus optimistes** suggèrent que le dépistage fait régulièrement entre 55 et 70 ans pourrait réduire la mortalité par cancer de la prostate de façon plus importante.<sup>3,4</sup>

- ▶ **Faire ou ne pas faire le dépistage sont toutes deux des options acceptables :**

Tous les organismes ayant élaboré des guides de pratique clinique (USPSTF, AUA, ACP, CUA\*) recommandent une **prise de décision éclairée**, qu'ils recommandent ou non de faire le dépistage. Nous proposons que :

- 1 la décision tienne compte des **valeurs et préférences du patient**
- 2 le clinicien **partage la décision avec son patient**

\* USPSTF: United States Preventive Services Task Force; AUA: American Urologic Association; ACP: American College of Physicians; CUA: Canadian Urological Association.

# État des connaissances – Janvier 2013

## Sélection des meilleures études disponibles

À moins d'indications contraires, les résultats de l'étude **ERSPC**<sup>1,2</sup> ont été utilisés pour calculer les avantages et inconvénients du dépistage : Essai clinique à répartition aléatoire (*randomized controlled trial*), sur 162 000 hommes entre 55 et 69 ans provenant de 7 pays européens, suivis 11 ans, dépistés en moyenne deux fois tous les 4 ans (**seuil d'APS utilisé** : 3-4 ng/mL).

### Avantages du dépistage

#### ① Survie

- ▶ Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis pendant 11 ans, **0,1 décès** attribuable au cancer de la prostate est évité.<sup>1,2</sup>
- ▶ Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis toute leur vie, jusqu'à **1 décès** dû au cancer de la prostate pourrait être évité.<sup>3,4</sup>

**Effets du dépistage : Pour chaque 100 hommes dépistés, comparativement à 100 hommes non dépistés, on observe des** ↑ ou ↓ **du nombre d'hommes**

Cancer de la prostate :	Durée du suivi	
	11 ans <sup>1,2</sup>	à vie <sup>3,4</sup>
<b>Diagnostiques</b>	↑4	↑7
<b>Métastases</b>	↓0,2	↓1,4
<b>Décès</b>	↓0,1	↓1

#### ② Être rassuré

- ▶ Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis 11 ans, environ **83** s'avèrent à faible risque d'avoir un cancer de la prostate. Ces hommes sont **rassurés**.

### Inconvénients du dépistage

#### ① Être rassuré à tort

Parmi les 83 hommes considérés à faible risque de cancer de la prostate, environ **3** ont un cancer de la prostate néfaste pour la santé (métastases et décès). Ces hommes auront été **faussement rassurés**.

#### ② Fausse alerte

Pour chaque 100 hommes dépistés, **17** s'avèrent à **haut risque** d'avoir un cancer de la prostate. Parmi ceux-ci, **10** découvriront qu'ils n'ont **pas de cancer** lors de la biopsie réalisée pour vérifier le diagnostic. Parmi les hommes ayant subi une biopsie :<sup>5</sup>

- ▶ 1 % à 4 % seront **hospitalisés**
- ▶ 33 % auront une **complication** de modérée à grave (douleur, fièvre, difficultés urinaires passagères)

#### ③ Surdiagnostic

Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis pendant 11 ans, **10** auront un diagnostic de cancer de la prostate (4 de plus que dans le groupe non dépisté), et la majorité sera traitée.<sup>1</sup> Pour **3 (40 %)** des 7 hommes ayant reçu un diagnostic, le cancer trouvé par dépistage n'aurait **jamais donné de symptômes** au cours de la vie.<sup>6</sup> Parmi les hommes ayant subi un traitement chirurgical :<sup>7,8</sup>

- ▶ **40 % à 50 %** souffriront d'**impuissance**
- ▶ **10 % à 20 %** auront des **pertes d'urine incommodantes**

👉 Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

#### Quelle confiance pouvons-nous avoir en ces résultats?

**Survie** : **Faible** Les études disponibles présentent des résultats contradictoires et sont toutes à haut risque de présenter des biais. Les nombres présentés sont les estimés les plus concluants.<sup>1,2</sup>

**Impuissance et pertes urinaires** : **Modérée** Les résultats sont majoritairement fondés sur des études de qualité modérée et sont imprécis (larges intervalles de confiance).<sup>10</sup>

**Moins de fausses alertes :**  
Utiliser le **toucher rectal** en combinaison avec le dosage de l'APS aide à cerner les autres causes de l'élévation de l'APS (p. ex. hypertrophie bénigne de la prostate). De plus, il permet parfois de détecter un cancer n'ayant pas été détecté par l'APS.<sup>9</sup>

#### 👉 Questions à poser au patient pour l'aider à prendre une décision

- ▶ Avez-vous des questions sur les avantages et inconvénients de chacune des options?
- ▶ Quels avantages et inconvénients sont les plus importants pour vous?
- ▶ Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous? Pourquoi?
- ▶ Qui peut vous soutenir afin de faire votre choix?

#### Références:

- Schroeder et al. N Eng J Med 2012; 366: 981-90.
- Schroeder et al. Eur Urol 2012; 62: 745-752.
- Heijndijk et al. N Engl J Med 2012; 367: 595-605.
- Wever et al. Br J Cancer 2012; 107: 778-784.
- Rosario et al. BMJ 2012; 9 (344): d7894.
- Welch et al. J Natl Cancer Inst 2010; 102: 605-13.
- Wilt et al. N Eng J Med 2012; 367: 203-213.
- Johansson et al. Eur Urol 2009; 55: 422-430.
- Catalona et al. J Urol 1994; 151 (5): 1283-1290.
- Chou et al. Ann Intern Med 2011; 155 (11): 762-71.