

N°7 NOVEMBRE 2014

## UTILITE DU PSA DANS LE DEPISTAGE ET LE SUIVI DU CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate est la troisième cause de décès chez l'homme en France (10% des causes de décès en 2000). Son incidence a augmenté jusqu'en 2009 et reste stable depuis.

En France, l'HAS vient une nouvelle fois de prendre position, sur des critères essentiellement négatifs, contre le dépistage généralisé du cancer de la prostate. Elle se fonde sur des résultats en apparence contradictoires de diverses études cliniques, pour incriminer le coût propre des dépistages et aussi les conséquences, économiques et humaines, de la prise en charge de cancers de faible évolutivité. Pour elle, un dépistage systématique n'est pas justifié...mais c'est, selon les urologues, faire l'impasse sur un certain nombre de cancers agressifs !

En effet, si l'Institut National du Cancer constate une baisse générale de la mortalité par cancer de la prostate (de l'ordre de 2,5% par an, de 2000 à 2005) – alors même que l'incidence a augmenté fortement pendant cette période (de 8,5% par an), c'est forcément grâce aux progrès du traitement précoce des cancers à haut risque. Qui ne peut se faire qu'après un dépistage, dont les outils incontournables sont aujourd'hui le TR et le PSA.

Alors certes, le dépistage généralisé du cancer de la prostate n'est pas parfait.

Mais baisser la garde exposerait à revoir des situations historiques avec des cancers hors de portée de toute thérapeutique curative au moment de leur détection. Si l'on arrêta tout dépistage par dosage de PSA, cela entraînerait trois fois plus de cancers métastatiques (étude SEER 2008 aux USA). Ce serait très dommage alors que de nouvelles approches thérapeutiques prometteuses apparaissent.

L'AFU continue donc de recommander une détection précoce, chez des patients jeunes, informés, demandeurs, dans le but de déceler les cancers à fort potentiel évolutif, à un âge "utile". **La préconisation des urologues reste donc le dosage annuel du PSA de 50 à 75 ans.** Si le PSA est très bas (inférieur à 1 µg/l), on peut espacer tous les deux à trois ans. **Mais la cinétique est un signe d'alarme s'il y a plus d'un µg/l d'ascension en un an.**

Le vrai problème n'est pas le surdiagnostic, mais le risque de surtraitement des cancers à faible potentiel d'évolutivité. Les progrès récents (IRM, nouveaux marqueurs) pourraient permettre d'améliorer cette prise en charge.

-Recommandations HAS 2004 et 2012

-Recommandations UroFrance 2003 et 2012

-Rapport OPEPS

-Soulié, Salomon; Dépistage du cancer de la prostate: pourquoi, comment ? Rev.Prat 2013; 63-4; 473-479 résumé de Dan Baruch (enseignant au DMG Paris Diderot)

-Salomon, Azria, Bastide; Recommandations en Onco-Urologie 2010 Progrès en Urologie 2010;20 suppl 4

-EFS Romans Octobre 2013 (urologues hospitaliers locaux)