



CHAPITRE

67

*Dépistage
du cancer
de la prostate*

par John W. Feightner

Dépistage du cancer de la prostate

Rédigé par John W. Feightner, MD, MSc, FCFP¹

On possède des preuves insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion du toucher rectal de l'examen médical périodique (EMP) des hommes âgés de plus de 50 ans (recommandation C). Bien que le toucher rectal ait une utilité limitée pour ce qui est de détecter le cancer de la prostate à un stade précoce, on possède des preuves insuffisantes pour recommander aux médecins qui pratiquent cette intervention de modifier leur comportement.

On ne possède pas suffisamment de preuves pour recommander d'inclure le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans l'examen médical périodique des hommes âgés de plus de 50 ans. On recommande plutôt d'exclure cette intervention en raison de sa faible valeur prédictive positive et du risque reconnu d'effets indésirables associés aux traitements qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (recommandation D).

Par ailleurs, on dispose de données acceptables pour exclure l'échographie transrectale de l'examen médical périodique des hommes asymptomatiques âgés de plus de 50 ans (recommandation D).

Ampleur du problème

Prévalence

Le cancer de la prostate et sa détection précoce suscitent un intérêt accru depuis le début des années 1990. Au Canada, le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme (nombre estimé de décès en 1993 : 3 800) et se classe au troisième rang pour le nombre d'années potentielles de vie perdues^{<1>}. Si l'on fait exception des anomalies congénitales et des causes périnatales d'années potentielles de vie perdues, le cancer de la prostate se classe au neuvième rang de toutes les causes chez l'homme. Le risque à vie de mourir du cancer de la prostate est 3 %. L'incidence de la maladie augmente brusquement après l'âge de 60 ans. Alors que l'incidence globale et l'incidence normalisée selon l'âge du cancer de la prostate ont augmenté, le taux de mortalité normalisé selon l'âge est demeuré à peu près stable au Canada. Ces tendances viennent étayer l'hypothèse selon laquelle la hausse de l'incidence ne se

¹ Professeur de médecine familiale, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

traduit pas par une augmentation réelle de la maladie chez les Canadiens.

Histoire naturelle

Une des principales difficultés associées à la détection précoce du cancer de la prostate réside dans la méconnaissance de l'histoire naturelle de la maladie. Des études nécropsiques indiquent que la prévalence de cancer prostatique confirmé par examen histologique s'établit à environ 20 % à l'âge moyen de 50 et à 43 % à l'âge de 80 ans. D'où l'expression fréquemment entendue «plus d'hommes meurent avec un cancer de la prostate que d'un cancer de la prostate». Cette expression donne à entendre que le cancer de la prostate est souvent découvert fortuitement, particulièrement chez les sujets plus âgés, et qu'il n'est pas nécessairement une cause importante de morbidité ou de mortalité. Malheureusement, l'histoire naturelle de la maladie est encore mal connue. Il est dès lors impossible de prédire dans quel cas une tumeur, surtout s'il s'agit d'une tumeur décelée à un stade précoce, risque d'avoir une incidence clinique importante sur le plan de la morbidité et/ou de la mortalité. Cette question revêt une importance toute particulière pour la détection précoce. Les cancers détectés à un stade précoce ont un meilleur pronostic, même s'ils ne sont pas traités, que les tumeurs diagnostiquées à un stade plus avancé. Toutefois, si un cancer précoce ou de petite taille est décelé par suite d'un effort de détection précoce, le médecin n'est pas actuellement en mesure d'indiquer au patient s'il court un risque clinique important (et, par conséquent, si des traitements non éprouvés en valent le risque – voir la discussion sur *La détection précoce et le traitement*).



Chez les sujets âgés, le cancer de la prostate est souvent découvert fortuitement et n'est pas nécessairement une cause importante de morbidité et de mortalité

Intervention

Presque toutes les études visant à évaluer les caractéristiques des interventions de détection précoce du cancer de la prostate présentent des lacunes conceptuelles et méthodologiques^{<2-4>}. Le principal problème réside dans le fait que les patients qui obtiennent des résultats négatifs au dépistage ne sont pas soumis à une évaluation de référence. Une telle évaluation est de toute évidence impraticable puisqu'elle consiste en une prostatectomie ou une biopsie importante. Dans les études qui ont été publiées, les chercheurs n'ont utilisé aucune autre stratégie pour suivre systématiquement les sujets ayant obtenu des résultats négatifs afin de déceler l'apparition éventuelle d'un cancer de la prostate. Bon nombre de ces études présentent des biais de sélection, puisque les sujets suivis ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population mais plutôt d'un groupe restreint de sujets qui ont consulté un urologue ou présentent des symptômes génito-urinaires. Des études plus récentes ont tenté d'estimer la valeur prédictive positive du dépistage dans des groupes plus représentatifs de l'ensemble de la population.

À quelques exceptions près, les études présentent des biais de sélection, certaines épreuves de détection étant réservées aux seuls sujets qui ont déjà obtenu un résultat «positif», par exemple, à l'issue d'un toucher rectal. Cette façon de faire ne permet pas d'estimer correctement la sensibilité et la spécificité.

Les estimations de la sensibilité et de la spécificité doivent dès lors être considérées comme très approximatives. Si ces estimations peuvent paraître valables pour certains, il convient de noter qu'une légère fluctuation de la sensibilité et de la spécificité peut avoir une incidence considérable sur la fiabilité d'une épreuve. Ce problème, combiné à la faible prévalence de cancer de la prostate détectable cliniquement, porte à croire que la valeur prédictive positive des épreuves de détection précoce est faible et qu'un fort pourcentage des biopsies sont réalisées sans raison valable.

Trois stratégies ont été considérées et utilisées pour la détection précoce du cancer de la prostate.

Toucher rectal

De tous les tests utilisés pour le dépistage précoce du cancer de la prostate, le toucher rectal est le plus ancien et le plus simple sur le plan technique<5-11>. Malgré sa simplicité, la technique comporte toutefois des limites importantes puisque seules les parties postérieure et latérales de la prostate sont accessibles à la palpation; par conséquent, entre 40 et 50 % des cancers échappent à la détection. Son efficacité semble liée à l'expérience du praticien, et certaines observations donnent à entendre que la valeur prédictive positive du toucher rectal est plus élevée si l'examen est pratiqué par un urologue plutôt que par un omnipraticien. Chez les sujets asymptomatiques, les estimations de la sensibilité et de la spécificité varient. Les estimations représentatives font état d'une sensibilité et d'une spécificité variant entre 33 et 58 % et 96 % et 99 % respectivement<5,12>. Dans une étude, la réalisation d'examen répétés (1,9 par patient, en moyenne) s'est soldée par une augmentation de la sensibilité à 67 % et une légère diminution de la spécificité à 97 %<6>. Selon une estimation représentative, la valeur prédictive positive du toucher rectal est de 28 %<12>.

Échographie transrectale

Bien qu'on ait d'abord cru à l'utilité de cette technique pour la détection précoce du cancer de la prostate, la plupart des professionnels ne la recommandent plus aujourd'hui qu'à des fins diagnostiques. Les caractéristiques de cette épreuve se sont améliorées à mesure que la technologie s'est développée<13-19>. La fiabilité diagnostique des images dépend de l'expérience de la personne qui les interprète. La méthode est sûre mais onéreuse

comparativement aux autres interventions, tant sur le plan des coûts d'utilisation que du temps requis pour l'examen. Les études font en général état d'une sensibilité élevée de 97 % mais d'une spécificité plus faible de 82 %^{<13>}. Cette technique permet de déceler des lésions de faible taille (jusqu'à 5 mm) mais donne un taux élevé de faux positifs, comme en témoigne la spécificité plus faible.

Dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)

Le dosage de l'APS constitue une percée importante dans l'utilisation des marqueurs biochimiques pour la détection précoce du cancer de la prostate. Le principal avantage de cette technique par rapport au toucher rectal réside dans le fait qu'elle permet de détecter les tumeurs prostatiques à un stade plus précoce. Toutefois, comme pour toutes les épreuves de détection précoce, il convient de faire preuve de prudence dans l'évaluation des caractéristiques intrinsèques de l'épreuve et de l'utilité globale de cette intervention pour le patient. Devant l'impossibilité d'obtenir une estimation précise de la sensibilité et de la spécificité du dosage de l'APS, la majorité des évaluations de l'efficacité de cette intervention comme test de dépistage ont porté sur la valeur prédictive positive. Le seuil à partir duquel le taux d'APS est considéré comme positif est déterminé plus ou moins arbitrairement. On utilise habituellement un seuil de 4 µg/L, mais certains chercheurs ont proposé un seuil aussi faible que 3 µg/L, d'autres, aussi élevé que 10 µg/L. La majorité, mais non la totalité des patients qui affichent un taux d'APS élevé sont invités à subir une biopsie guidée par échographie, intervention visant à mettre en évidence des preuves anatomopathologiques de cancer, le cas échéant. Plusieurs études ont associé une valeur prédictive positive au dosage de l'APS. Fait inquiétant, cette valeur peut être aussi faible que 8 % ou aussi élevée que 33 %, selon les études consultées^{<12,20-25>}. En d'autres mots, selon la meilleure des hypothèses, la biopsie est superflue pour 67 % des patients chez qui l'on a décelé un taux d'APS positif; les données indiquent toutefois que ce pourcentage pourrait être aussi élevé que 92 %.

Comme l'antigène est produit par les cellules épithéliales de la prostate et non pas par des cellules tumorales, une élévation du taux d'APS peut être induite par une hypertrophie bénigne du tissu prostatique associée ou non à un cancer de la prostate. Vu les difficultés inhérentes au prélèvement de tissu prostatique aux moyens des techniques biopsiques existantes, cela donne lieu à un problème important. La situation n'est pas sans préoccuper les chercheurs, qui ont entrepris d'explorer d'autres façons d'utiliser l'APS. Au nombre des approches considérées, mentionnons la réalisation de séries de dosages susceptibles de révéler une élévation soudaine, l'association des taux d'APS à la taille de la prostate telle que déterminée par



Entre 67 % et 92 % des patients qui obtiennent des résultats positifs au dosage de l'APS subiront une biopsie injustifiée

échographie ainsi que l'utilisation de taux d'APS normalisés selon l'âge. Bien qu'elles semblent vouées à un avenir prometteur, ces options n'ont pas été évaluées suffisamment et, dès lors, ne peuvent faire l'objet d'un usage généralisé à ce stade-ci.

Dans une certaine mesure, la fiabilité des épreuves de détection précoce nous ramène à la question fondamentale suivante : en définitive, la détection précoce est-elle réellement bénéfique pour le patient? En d'autres mots, les avantages l'emportent-ils sur les inconvénients?

Efficacité de la prévention et du traitement

«Peut-on traiter les patients qu'il faut traiter et faut-il traiter ceux qu'on peut traiter?» (Traduction)

- Willet Whitmore

Détection précoce et traitement

Comme pour toutes les mesures de détection précoce, les évaluations les plus rigoureuses nous proviennent d'essais comparatifs randomisés. Malgré sa complexité et les difficultés pratiques qu'il soulève, c'est le seul devis expérimental qui permet d'éliminer efficacement les biais importants. Cette remarque est d'autant plus vraie qu'il s'agit d'un cancer dont l'histoire naturelle est inconnue. On comprend dès lors que les preuves les plus solides nous soient fournies par des essais comparatifs randomisés visant à évaluer les interventions de détection précoce associées à un traitement. On ne dispose pas de preuves de cette qualité en ce qui a trait à l'efficacité de la détection précoce du cancer de la prostate. Une étude cas-témoin (preuves de catégorie II-2) a soulevé des doutes quant à l'efficacité du toucher rectal comme mesure de détection précoce^{<7>}. En fait, les auteurs de cette étude n'ont noté aucune différence dans le nombre d'examen par toucher rectal subis par 139 sujets du *Kaiser Permanente Medical Care Program* qui étaient porteurs d'un cancer de la prostate métastatique et par un groupe de sujets du programme ne présentant pas de cancer métastatique.

En l'absence de preuves acceptables de l'efficacité de la détection précoce, il convient de rechercher des preuves solides de l'efficacité du traitement du cancer, une fois le diagnostic porté. Malheureusement, les études comparatives ne nous fournissent aucune preuve valable de l'efficacité des principales modalités thérapeutiques contre le cancer de la prostate, en particulier les lésions peu différenciées.

Un essai comparatif randomisé visant à évaluer le dépistage est en cours de réalisation et un essai randomisé visant à évaluer le traitement est en voie de préparation aux États-Unis. D'autres essais intéressant divers aspects du traitement ont également été entrepris en Europe, mais les résultats n'ont pas encore été publiés.

Efficacité du traitement

Il existe essentiellement trois approches au traitement d'un cancer de la prostate détecté au stade précoce : aucun traitement mais une surveillance étroite (qualifiée «d'attente vigilante» par certains), la radiothérapie ou la prostatectomie totale. Les seuls résultats concernant ces trois options nous proviennent d'études descriptives qui ne permettent pas d'éliminer des biais importants et dont les conclusions ne peuvent être appliquées à l'ensemble du système de soins de santé et de la population desservie.

Dans une étude scandinave, Johansson et ses collègues ont suivi pendant une période moyenne de 123 mois une cohorte issue de la population qui était composée de 223 patients porteurs d'un cancer de la prostate au stade précoce<26>. Ces sujets ont été choisis parmi un groupe de 654 nouveaux cas de cancer de la prostate mis en évidence sur une période de 7 ans. Parmi les derniers patients sélectionnés, certains présentaient une tumeur un peu plus évoluée. La population était légèrement plus âgée, l'âge moyen étant de 72 ans. Durant la période moyenne d'observation de presque 10 ans, seulement 19 patients (8,5 %) sont morts du cancer de la prostate. Le taux global de survie sans progression était de 53,1 %.

Au terme d'une recension structurée de la littérature portant sur le traitement des tumeurs prostatiques localisées, Wasson et ses collaborateurs ont affirmé être incapables de se prononcer sur l'efficacité du traitement prescrit en pareil cas en raison de la piètre qualité des études sur le plan méthodologique<27>. À leur avis, la qualité des preuves scientifiques existantes ne permettait pas aux patients et aux médecins de faire des choix éclairés fondés sur une bonne connaissance des avantages de la prostatectomie totale, la radiothérapie ou la surveillance vigilante.

En l'absence de preuves issues d'études comparatives rigoureuses, certains chercheurs ont exploré d'autres approches pour examiner les données existantes. Fleming et ses collègues ont fait appel à l'analyse décisionnelle pour évaluer certaines options pour le traitement du cancer prostatique localisé<28>. Plus précisément, ces auteurs se sont intéressés à la prostatectomie totale, à la téléradiothérapie et à l'attente vigilante (couplée à une hormonothérapie différée lorsque le cancer avait métastasé). Aucun de ces traitements, à leur avis, ne procure un avantage net. Chez un groupe choisi d'hommes de 60 à 65 ans porteurs de tumeurs prostatiques mieux différenciées, la prostatectomie totale ou la radiothérapie semblait avoir des effets bénéfiques modestes. Si les estimations les plus favorables de l'efficacité des traitements laissaient entrevoir une amélioration de la survie inférieure à un an lorsque celle-ci est pondérée en fonction de la qualité de vie, les plus faibles indiquaient que l'attente vigilante était toujours autant sinon plus efficace que la prostatectomie totale ou la radiothérapie. Comme dans

toute analyse décisionnelle, les conclusions sont dépendantes des données sur lesquelles sont fondées les analyses. Certains ont déploré l'utilisation des taux de métastase au détriment des taux de complications. De toute évidence, le débat se poursuivra jusqu'à ce qu'on obtienne des preuves plus concluantes.

Enfin, une analyse de données combinées de six études non randomisées dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'observation couplée à une hormonothérapie différée pour le traitement des cancers localisés décelables cliniquement a montré que le taux de survie après 10 ans chez les hommes porteurs de tumeurs de grade un ou deux s'élevait à 87 %^{<29>}.

Sujets à risque élevé

Le risque de cancer de la prostate s'accroît chez les sujets qui ont des antécédents familiaux chargés de cancer prostatique et chez les Nord-Américains de race noire. Toutefois, il n'est pas certain que les cancers prostatiques détectés chez ces sujets à risque élevé évoluent différemment de ceux des sujets à risque normal. Par conséquent, il n'est pas prouvé que la détection précoce soit plus avantageuse pour les sujets à risque élevé.

Coût et effets indésirables

Bien qu'il s'agisse de variables difficiles à évaluer, le coût global et les effets indésirables associés à la détection précoce du cancer de la prostate peuvent être importants et avoir une incidence clinique non négligeable. Si le coût d'un toucher rectal ou d'un dosage de l'APS est relativement faible, les coûts des biopsies subséquentes, en particulier en cas d'obtention de faux positifs au dépistage, et des modalités thérapeutiques non éprouvées qui seront prescrites ultérieurement contribuent à alourdir considérablement la facture.

À ce jour, peu de chercheurs ont tenté de calculer sommairement les coûts de ces interventions.

La détermination des taux d'effets indésirables soulève encore plus de difficultés. Les données de séries de cas provenant des quelques centres importants ne peuvent être généralisées, et les déclarations informelles des patients peuvent donner lieu à des sous-estimations. De plus, l'application aux hommes jeunes des résultats observés chez des hommes âgés peut aboutir à une surestimation des taux d'effets indésirables.

La seule recension structurée de la littérature publiée entre 1982 et 1991 associe à la prostatectomie totale les taux d'effets indésirables suivants : mortalité associée au geste chirurgical, à peine plus de 1 %; incontinence complète, 7 %, et incontinence de toute nature, 27 %; impuissance, 32 % pour la prostatectomie faisant appel à une technique plus récente épargnant le nerf, mais pouvant atteindre



En plus d'être très coûteux, les programmes de dépistage du cancer de la prostate comportent un risque d'effets indésirables importants sur le plan clinique

85 % avec d'autres techniques; rétrécissement, 12 %; et lésions intestinales pouvant nécessiter une colostomie ou des traitements prolongés, 1 %<27>.

Les taux d'effets indésirables associés à la téléradiothérapie sont en général plus faibles : mortalité imputable à la chirurgie 0,2 %; incontinence complète 1,2 %, incontinence de toute nature 6,1 %, et rétrécissement 4,5 %. Les taux de lésions intestinales 2 % et d'impuissance 42 % sont en revanche plus élevés.

La biopsie, pour sa part, comporte des risques de prostatite, d'épididymite ou d'hématurie. Il se peut que la fréquence de ces complications, estimée à 4,4 % en 1984, ait diminué par suite de l'introduction de nouvelles techniques.

Recommandations émanant d'autres sources

Le *U.S. Preventive Services Task Force* a affirmé ne pas disposer de données suffisantes pour recommander d'inclure ou d'exclure le toucher rectal dans l'examen médical périodique<4>; le recours au dosage de l'APS et à l'échographie rectale à des fins de dépistage systématique n'est pas recommandé. Aux États-Unis, le *National Cancer Institute* a indiqué qu'il ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander l'utilisation de l'échographie transrectale et du dosage des marqueurs tumoraux sériques à des fins de dépistage systématique chez les hommes asymptomatiques.

Après examen de la question, l'*Office of Technology Assessment* de la Colombie-Britannique s'est prononcé contre le recours au dosage de l'APS comme épreuve de dépistage systématique<3>. La Société canadienne du cancer s'oppose également à l'utilisation systématique du dosage de l'APS à cette fin.

L'Association canadienne d'urologie et l'*American Urological Association* recommandent un dépistage annuel par toucher rectal et dosage de l'APS pour les hommes âgés de 50 à 70 ans. L'Association canadienne d'urologie ne précise pas dans son énoncé de politique comment l'examen des preuves a été réalisé ni la qualité des preuves recueillies. Enfin, l'*American Cancer Society* recommande à tous les hommes âgés de 50 ans ou plus de subir un toucher rectal une fois l'an.

Conclusions et recommandations

Deux approches philosophiques différentes régissent la détection précoce du cancer. L'objectif principal de la première approche consiste à rechercher activement les tumeurs asymptomatiques et, une fois celles-ci mises à jour, à procéder à leur exérèse. Le traitement n'a pas encore fait la preuve de son efficacité et comporte des risques reconnus d'effets indésirables mais l'objectif

premier est de détecter le cancer le plus rapidement possible. Les tenants de cette approche insistent sur la nécessité de mettre au point des tests permettant de détecter le cancer au stade précoce, même si ces tests peuvent dans certains cas être la cause d'un étiquetage erroné et, de là, d'interventions invasives injustifiées.

Les partisans de la deuxième approche considèrent que la détection précoce et le traitement sont indissociables et se demandent si une telle association comporte plus d'avantages que d'inconvénients. Il s'agit d'une question cruciale, tant pour le patient que pour l'ensemble de la population. Dès lors, il faut non seulement évaluer le rendement des tests de détection précoce, mais aussi s'interroger sur l'efficacité du traitement et déterminer si les tests de détection précoce sont réellement bénéfiques pour le patient. C'est cette dernière approche que le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique privilégie.

Étant donné l'absence de preuves de l'efficacité du traitement et l'existence d'un risque important d'effets indésirables associés au traitement ainsi que la faible valeur prédictive des tests de dépistage, le Groupe d'étude canadien estime ne pas disposer de preuves suffisantes pour recommander l'utilisation généralisée des mesures de dépistage précoce du cancer de la prostate.

Le Groupe d'étude ne recommande pas le dosage systématique de l'APS dans le cadre de l'examen médical périodique. Le dosage de l'APS permet de détecter des cancers au stade précoce mais trouve un pourcentage élevé de faux positifs. Ce problème, de même que la mauvaise qualité des preuves de l'efficacité du traitement prescrit ultérieurement et la solidité des preuves démontrant que ces traitements comportent des risques importants d'effets indésirables, amènent le Groupe d'étude à conclure que l'utilisation généralisée du dosage de l'APS comporte des avantages incertains mais des risques bien réels. C'est la raison pour laquelle le Groupe d'étude recommande d'exclure le dosage de l'APS de l'examen médical périodique (recommandation D).

Le Groupe d'étude a discuté de l'opportunité de recommander l'exclusion du toucher rectal de l'examen médical périodique en raison de son efficacité limitée en tant qu'épreuve de détection précoce. Toutefois, de nombreux médecins pratiquent régulièrement cette intervention en vue de détecter précocement des anomalies de la prostate et le Groupe d'étude n'a pas jugé que les données disponibles étaient suffisamment probantes pour recommander aux médecins qui pratiquent régulièrement le toucher rectal dans le cadre de l'examen médical périodique des hommes âgés de 50 à 70 ans de cesser cette pratique. Néanmoins, les preuves sont insuffisantes pour justifier l'inclusion du toucher rectal dans le cas des médecins qui ne pratiquent pas cette intervention dans le cadre de l'examen médical périodique des hommes âgés de 50 à 70 ans. Ainsi, on a décidé de maintenir la recommandation C pour le toucher rectal – on ne dispose pas de

données suffisantes pour recommander d'inclure le toucher rectal de l'examen médical périodique ou de l'exclure.

Sur la foi des preuves existantes, le Groupe d'étude canadien se prononce contre le recours généralisé à l'échographie transrectale dans le cadre de l'examen médical périodique (recommandation D).

Conformément aux lignes directrices du Groupe d'étude canadien, ces recommandations sont fondées sur une évaluation des meilleures preuves disponibles et sur l'obligation morale de veiller à ce que seules les mesures dont on aura prouvé qu'elles font plus de bien que de mal soient utilisées à des fins de détection précoce dans le cadre de l'examen médical périodique.

Consentement du patient

L'impératif d'ordre éthique qui sous-tend le recours aux mesures de prévention et de détection précoce est de faire en sorte que les médecins ne recommandent et ne prescrivent que les interventions dont on aura prouvé qu'elles font plus de bien que de mal. On a fait valoir qu'en l'absence de telles preuves, un médecin qui propose le dosage de l'APS à un de ses patients devrait fournir à ce dernier des renseignements détaillés sur les avantages et les inconvénients potentiels de la technique et obtenir au préalable son consentement éclairé. Dans le cas du dépistage du cancer de la prostate, ces précautions devraient être prises avant le dosage de l'APS étant donné que la cascade d'événements qui font suite à un test positif risquent, de par leur nature, de compliquer les discussions ou de rendre celles-ci inopportunes.

Questions non résolues (recherches à entreprendre)

La priorité devrait être accordée à la réalisation d'essais randomisés visant à évaluer l'efficacité de la détection précoce, d'une part, et du traitement, d'autre part. De tels essais ont été entrepris en Europe et en Amérique du Nord ou sont en cours d'élaboration. Il est vrai que les résultats de ces essais ne seront pas publiés avant un certain temps, mais cela ne remet aucunement en cause la nature indispensable de ces données.

Étant donné que l'histoire naturelle du cancer de la prostate est méconnue, il faudra déterminer quels cancers sont susceptibles d'avoir une importance clinique et de causer une morbidité et une mortalité considérables.

En l'absence de preuves de l'efficacité du traitement et tant que l'on n'aura pas évalué correctement les diverses stratégies de détection précoce, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence de poursuivre des études de grande envergure sur le dosage de l'APS.

Dans tous les projets de recherche consacrés à cette technique, la priorité devrait être accordée à une évaluation rigoureuse et appropriée des caractéristiques du test, que ce soit pour les dosages en série de l'APS, la densité de l'APS ou l'utilisation de taux d'APS normalisés selon l'âge.

Sources des données

La recension des ouvrages pertinents a été effectuée au moyen d'une recherche dans la base de données MEDLINE et d'un examen des études additionnelles citées dans ces articles.

Cette recension a été entreprise en 1993 et le Groupe d'étude a mis la dernière main aux recommandations en juin 1994.

Références choisies

1. Institut national du cancer du Canada: Statistiques canadiennes sur le cancer, 1993. Toronto, 1993
2. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique: L'examen médical périodique, mise à jour 1991: 3. Prévention secondaire du cancer de la prostate. *Union méd can* 1992; 121(4): 243-245,248-257
3. Greene CJ, Hadorn D, Bassett K, *et al*: Prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer. British Columbia Office of Technology Assessment, Vancouver, BC, 1993
4. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for prostate cancer: a commentary on the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination – 1991 Update on the Secondary Prevention of Prostate Cancer. *Am J Prev Med* 1994; 10(4): 187-193
5. Vihko P, Kontturi M, Likkarinen O, *et al*: Screening for carcinoma of the prostate. Rectal examination, and enzymatic and radioimmunologic measurements of serum acid phosphatase compared. *Cancer* 1985; 56: 173-177
6. Pedersen KV, Carlsson P, Varenhorst E, *et al*: Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population. *BMJ* 1990; 300: 1041-1044
7. Friedman GD, Hiatt RA, Quesenberry CP, *et al*: Case-control study of screening for prostate cancer by digital rectal examination. *Lancet* 1991; 337: 1526-1529
8. Chodak GW, Shoenberg HW: Early detection of prostate cancer by routine screening. *JAMA* 1984; 252: 3261-3264
9. Guinan P, Ray P, Bhatti R, *et al*: An evaluation of five tests to diagnose prostate cancer. *Prog Clin Biol Res* 1987; 243A: 551-558

10. Thompson IM, Rounder JB, Teague JL, *et al*: Impact of routine screening for adenocarcinoma of the prostate on stage distribution. *J Urol* 1987; 137: 424-426
11. Perrin P, Maquet JH, Bringeon G, *et al*: Screening for prostate cancer. Comparison of transrectal ultrasound, prostate specific antigen and rectal examination. *Br J Urol* 1991; 68: 263-265
12. Mettlin C, Lee F, Drago J, *et al*: The American Cancer Society National Prostate Cancer Detection Project: findings of the detection of early prostate cancer in 2425 men. *Cancer* 1991; 67: 2949-2958
13. Watanabe H, Date S, Ohe H, *et al*: A survey of 3,000 examinations by transrectal ultrasonography. *Prostate* 1980; 1: 271-278
14. Rifkin MD, Friedland GW, Shortliffe L: Prostatic evaluation by transrectal endosonography: detection of carcinoma. *Radiology* 1986; 158: 85-90
15. Andriole GL, Kavoussi LR, Torrence RJ, *et al*: Transrectal ultrasonography in the diagnosis and staging of carcinoma of the prostate. *J Urol* 1988; 140: 758-760
16. Kenny GM, Hutchinson WB: Transrectal ultrasound of the prostate. *Urology* 1988; 32: 401-402
17. Brooman PJC, Peeling WB, Griffiths GJ, *et al*: A comparison between digital examination and per-rectal ultrasound in the evaluation of the prostate. *Br J Urol* 1981; 53: 617-620
18. Chodak GW, Wald V, Parmer E, *et al*: Comparison of digital examination and transrectal ultrasonography for the diagnosis of prostatic cancer. *J Urol* 1986; 135: 951-954
19. Kadow C, Gingell JC, Penry JB: Prostatic ultrasonography: a useful technique? *Br J Urol* 1985; 57: 440-443
20. Chadwick DJ, Kemple T, Astley JP, *et al*: Pilot study of screening for prostate cancer in general practice. *Lancet* 1991; 338: 613-616
21. Brawer MK, Chetner MP, Beatie J, *et al*: Screening for prostatic carcinoma with prostate specific antigen. *J Urol* 1992; 147: 841-845
22. Gustafsson O, Norming U, Almgard LE, *et al*: Diagnostic methods in the detection of prostate cancer: a study of randomly selected population of 2,400 men. *J Urol* 1992; 148: 1827-1831
23. Muschenheim F, Omarbasha B, Kardijan PM, *et al*: Screening for carcinoma of the prostate with prostate specific antigen. *Ann Clin Lab Sci* 1991; 21(6): 371-380
24. Labrie F, Dupont A, Suburu R, *et al*: Serum prostate specific antigen as a prescreening test for prostate cancer. *J Urol* 1992; 147: 846-852
25. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, *et al*: Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. *JAMA* 1993; 270(8): 948-954

-
26. Johansson JE, Adami HO, Andersson SO, *et al*: High 10-year survival rate in patients with early, untreated prostatic cancer. *JAMA* 1992; 267(16): 2191-2196
 27. Wasson JH, Cushman C, Bruskewitz R, *et al*: A structured literature review of treatment for localized prostate cancer. *Arch Fam Med* 1993; 2: 487-493
 28. Fleming C, Wasson JH, Albertsen PC, *et al*: A decision analysis of alternative treatment strategies for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1993; 269(20): 2650-2658
 29. Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, *et al*: Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 242-248

**Dépistage du cancer de la prostate**

INTERVENTION	EFFICACITÉ	QUALITÉ DES PREUVES <réf>	RECOMMANDATION
Toucher rectal	<p>Le dépistage systématique permet de détecter des cancers au stade précoce, mais le toucher rectal permet de détecter seulement les petites tumeurs intéressant les parties postérieure et latérales de la prostate.</p> <p>Le traitement n'a pas fait la preuve de son efficacité mais comporte des risques importants d'effets indésirables graves.</p>	<p>Études analytiques (descriptives) de cohortes (II-3); étude cas-témoin <5-10> (II-2)</p> <p>Revue et analyse décisionnelle d'études analytiques (descriptives) de cohortes <27-29> (II-3)</p>	<p>On possède des preuves insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion du toucher rectal de l'examen médical périodique (EMP) des hommes âgés de plus de 50 ans (C); bien que le toucher rectal ait une utilité limitée pour ce qui est de détecter le cancer de la prostate à un stade précoce, on possède des preuves insuffisantes pour recommander aux médecins qui pratiquent cette intervention de modifier leur comportement*</p>
Dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)	<p>Le dosage de l'APS permet de détecter des tumeurs prostatiques à un stade plus précoce mais donne un taux de faux positifs variant entre 67 et 93 %.</p> <p>Le traitement n'a pas fait la preuve de son efficacité mais comporte des risques importants d'effets indésirables graves.</p>	<p>Études analytiques (descriptives) de cohortes <19-25> (II-3)</p> <p>Revue et analyse décisionnelle d'études analytiques (descriptives) de cohortes <27-29> (II-3)</p>	<p>On recommande d'exclure ce dosage en raison de sa faible valeur prédictive positive et des risques connus d'effets négatifs associés à des traitements dont l'efficacité n'a pas été établie. On dispose des preuves acceptables pour recommander l'exclusion du dosage de l'APS de l'examen médical périodique des hommes asymptomatiques âgés de plus de 50 ans (D)</p>

* Le toucher rectal peut être effectué à d'autres fins que la détection du cancer de la prostate.

**Dépistage du cancer de la prostate (fin)**

INTERVENTION	EFFICACITÉ	QUALITÉ DES PREUVES <réf>	RECOMMANDATION
Échographie transrectale	Les techniques d'imagerie ne permettent pas de détecter de façon spécifique les tumeurs prostatiques cancéreuses; l'utilisation généralisée de ces techniques à des fins de dépistage soulèverait des problèmes de faisabilité et de coûts.	Études analytiques (descriptives) de cohortes<12-18> (II-3)	On possède des preuves acceptables pour exclure cette intervention de l'examen médical périodique des hommes asymptomatiques âgés de plus de 50 ans (D)