

Anil Kapoor, MD, FRCSC;*
D. Robert Siemens, MD,
FRCSC†

*Associate Editor, CUAJ;
Professor of Surgery
(Urology), McMaster
University, Hamilton, ON;
†Editor-in-Chief, CUAJ;
Department of Urology,
Queen's University,
Kingston, ON

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2014;8(11-12):e944-5.
<http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2605>
Published online December 15, 2014.

*L'AUC a pour mandat de
promouvoir les plus hautes
normes dans les soins
urologiques pour les
Canadiens et de faire avancer
l'art et la science de l'urologie.*



Un homme de 62 ans se présente à l'urgence en raison d'intenses douleurs au dos. Un examen révèle une prostate très dure, un taux d'APS de 75 et un cancer de la prostate avec des métastases osseuses largement répandues dans le pelvis, la cage thoracique et la colonne vertébrale.

La plupart des lecteurs de ce numéro du *JAUC* sont bien au fait de la publication récente des lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) qui se prononcent contre la mesure systématique de l'APS dans le dépistage du cancer de la prostate¹. En outre, bon nombre d'entre vous êtes des experts dans la prise en charge des patients atteints de cancer de la prostate et connaissez très bien l'ambivalence qui se profile dans les articles publiés concernant la mesure de l'APS en population et les subtilités associées au besoin de dissocier le diagnostic du traitement du cancer au stade précoce. Vous êtes peut-être grandement préoccupés par le fait que les recommandations du GECSSP, destinées aux médecins de soins primaires et aux décideurs, vont plus loin que d'autres lignes directrices, y compris celles de la Preventive Services Task Force des États-Unis et Choisir avec soin. Ces recommandations mettant en garde contre la mesure de l'APS entraîneront-elles un recul dans les discussions sur le cancer de la prostate? Verrons-nous dans nos cabinets davantage de patients comme celui mentionné en début d'article?

Les lignes directrices du GECSSP affirment que les données probantes révèlent un risque accru d'effets néfastes et des avantages incertains en lien avec la mesure systématique de l'APS. Les principales recommandations sont les suivantes :

- Chez les hommes de moins de 55 ans et de plus de 70 ans, le GECSSP recommande de ne pas recourir à la mesure de l'APS dans le dépistage du cancer de la prostate.
- Chez les hommes de 55 à 69 ans, le GECSSP recommande également d'éviter la mesure de l'APS, bien que le Groupe reconnaisse que chez certains hommes, une petite réduction potentielle du risque de décès pourrait avoir une grande importance; le GECSSP propose aux médecins de discuter des avantages et inconvénients de la mesure de l'APS avec leurs patients.

Les objectifs généraux du GECSSP, qui sont de produire des recommandations basées sur les données probantes concernant les interventions cliniques en vue de la prévention primaire et secondaire, sont importants dans le contexte actuel des soins de santé. Le GECSSP est formé de cliniciens volontaires et de méthodologistes, et exclut expressément les experts dans le domaine, sous prétexte d'éviter toute possibilité de conflit d'intérêts. Néanmoins, la méthodologie utilisée dans ce processus, bien décrite sur le site Web du Groupe de travail², permet bel et bien une consultation plus large auprès de tels experts en biologie du cancer de la prostate et dans le traitement de cette maladie. Le point de vue de ces experts dans les recommandations actuelles semble avoir fait défaut, et à notre avis, cette omission contamine l'effort en laissant s'infiltrer quelques malencontreuses erreurs et des éléments fort trompeurs.

Alors, que disent les experts au juste? L'AUC a publié un certain nombre d'excellents commentaires soulignant des erreurs factuelles et des inquiétudes quant à l'interprétation des lignes directrices du GECSSP^{3,4}. Ce qui soulève probablement le plus d'inquiétudes, c'est l'observation que même si le Groupe de travail confirme que la mesure de l'APS entraîne vraisemblablement une réduction dans la mortalité liée spécifiquement au cancer de la prostate, il avance qu'il existe des données contradictoires évoquant une réduction potentielle faible et incertaine de la mortalité liée au cancer de la prostate. Le message confond le lecteur et fait oublier le fait que les données les plus robustes publiées jusqu'à présent portent à croire que la mesure de l'APS réduit les décès par cancer de la prostate de 21 à 44 %. Nous vous invitons à lire la réponse de l'AUC (www.cua.org), qui fournit de plus amples renseignements pertinents que le GECSSP n'a pas encore abordés de manière adéquate.

De même, un certain nombre des principaux intervenants et leaders d'opinion, experts dans le diagnostic et la prise en charge du cancer de la prostate, ont réagi et offert des conseils réfléchis et rationnels pour les médecins de soins primaires et les spécialistes en cancer de la prostate^{3,5}. Voici en bref certains de ces conseils :

1. Les hommes devraient discuter avec leurs médecins des risques et avantages de la mesure de l'APS, surtout les hommes âgés de 55 à 69 ans et ceux qui présentent un risque élevé de cancer agressif.
2. Le diagnostic de cancer de la prostate doit être distingué du traitement du cancer de la prostate.
3. Il faut éviter la mesure de l'APS chez les hommes dont l'espérance de vie est inférieure à 15 ans, sauf s'ils ont déjà présenté un taux élevé d'APS.
4. Les hommes ayant un taux initial d'APS faible (< 1,0) pourraient être testés moins souvent, par exemple tous les 5 ans.
5. Le toucher rectal a de la valeur comme examen systématique lors du bilan de santé périodique.
6. Les hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ou les hommes âgés atteints d'un cancer de la prostate à risque modéré devraient se voir conseiller une surveillance active.

Tout observateur objectif s'interrogerait sûrement sur les raisons sous-jacentes d'un tel écart entre les différentes recommandations. On a beaucoup débattu dans les publications médicales et profanes autour des dangers potentiels de la participation des « experts de contenu » dans la recherche médicale et les activités de défense des intérêts

et de formulation des politiques, par crainte de la présence de conflits d'intérêts perçus et, sans aucun doute, parfois concrets. Le débat, déjà clivé, sur le dépistage du cancer de la prostate a souffert, à notre avis, de cette préoccupation subliminale. Que faire maintenant? Il semble évident que les prochaines étapes doivent être axées sur la révision concertée du document du GECSSP afin d'y intégrer les commentaires de patients, de médecins de soins primaires et de nos experts canadiens, objectifs et réfléchis. Le GECSSP a la responsabilité claire de diriger l'interprétation des connaissances et l'évaluation de l'impact de ses documents. Collaborons tous pour aider à produire un message uniforme et équilibré, et s'assurer de sa diffusion appropriée, de sorte que les hommes canadiens et leurs fournisseurs de soins de santé ne soient pas perdus dans un débat qui pourrait s'avérer sans fin.

Références

1. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186:1225-34. Publication en ligne le 27 octobre 2014. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140703>
2. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Procedure Manual. <http://canadiantaskforce.ca/files/procedural-manual-en.pdf>. Consulté le 8 décembre 2014.
3. Klotz L, Breau R, Chin J *et al.* Press release. *AdvancingIn.com*; October 27, 2014. <http://www.advancingin.com/info/emails/assets/pdf/CUA-response-to-CTFPHC-PSA-Oct-2014.pdf>. Consulté le 8 décembre 2014.
4. Kassouf W. CUA responds to recommendations by the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) on prostate cancer screening [press release]. Montreal, QC: PR Newswire; November 3, 2014. <http://prn.to/1A8nEuf>. Consulté le 8 décembre 2014.
5. Murphy DG, Ahlering T, Catalona WJ *et al.* The Melbourne Consensus Statement on the early detection of prostate cancer. *BJU Int* 2014;113:186-8. <http://dx.doi.org/10.1111/bju.12556>