ÉDITORIAL

La codification de la surveillance active

D. Robert Siemens, MD, FRCSC

Department of Urology, Queen's University, Kingston, ON

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2015;9(5-6):E352-3.
http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.3023
Published online June 18, 2015.

À la fin de juin, bon nombre d'entre nous seront présents au congrès annuel pour célébrer le 70e anniversaire de l'Association des urologues du Canada (AUC) à Ottawa. L'urologie a d'abord été reconnue comme une surspécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1937. Cependant, il a fallu attendre en 1945 pour voir l'incorporation officielle de l'AUC et le premier congrès à Montréal à titre de section de l'Association médicale canadienne sous la présidence du Dr Robin Pierce. À partir de ces débuts modestes, l'AUC a connu une croissance extraordinaire dans sa portée et son niveau d'influence, bien au-delà de la simple tenue d'un congrès scientifique annuel. Au cours des deux dernières décennies, notre association a graduellement pris de l'expansion par l'ajout de nombreuses activités éducatives et de défense des intérêts pour la communauté des urologues, nos patients et les membres de leurs familles – y compris la création et le maintien du présent journal. Il semble donc que nous ayons beaucoup de choses à célébrer.

Dans le présent numéro du *JAUC*, les lecteurs trouveront de nombreux articles informatifs, accompagnés de commentaires éditoriaux très perspicaces, que vous voudrez conserver pour consultation ultérieure, non seulement à titre d'examen actualisé, mais aussi pour les recommandations pratiques qu'ils offrent en ce qui a trait à certains des enjeux cliniques les plus courants en urologie. Au premier plan, un examen du cancer du rein de stade avancé par le Réseau canadien de recherche en cancer du rein effectué à la suite du 6e Forum canadien sur le cancer du rein tenu à Toronto plus tôt cette année[1]. Ces énoncés et recommandations actualisés font état de plusieurs essais randomisés et études d'observation récents fournissant des données sur la prise en charge du cancer du rein localement avancé et métastatique, avec un aperçu du point de vue canadien. Vous trouverez aussi la plus récente version du guide de pratique de l'AUC sur la prise en charge des petites masses rénales[2]. Dans ces recommandations, nous vous invitons à porter une attention particulière au rôle en évolution de la biopsie effectuée avant la prise de décision sur le plan thérapeutique.

Par ailleurs, vous trouverez dans ce numéro des recommandations commandées par le Programme de traitement fondé sur les données probantes d'Action cancer Ontario[3] concernant la surveillance active dans la prise en charge du cancer de la prostate localisé. Ces lignes directrices devraient être une lecture obligatoire et susciteront bien des discussions au sein de notre communauté. Certains éléments de ces recommandations, bien que loin d'être matière à controverse, pourront alimenter des débats en fonction des expériences et des perceptions, et en raison du manque de données définitives pour étayer bon nombre des nuances de la surveillance active. Au Canada, le concept voulant qu'on ne traite pas un homme ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate de faible grade et de faible volume est considéré depuis longtemps comme une option valable s'ajoutant aux discussions concernant la chirurgie et la radiothérapie à des fins curatives. Peut-être que l'adoption rapide de la surveillance active au Canada a été favorisée par une réflexion sobre engendrée par les réalités d'un système de santé universel. Il est aussi possible que nous ayons été positivement influencés par les premières expériences du Dr Laurence Klotz et les données sur la cohorte de surveillance active de Sunnybrook. Quoi qu'il en soit, ces nouvelles recommandations serviront sans aucun doute de nouveau porte-étendard.

Même si on peut compter plusieurs études de cohorte de grande envergure pour nous guider quant aux principaux éléments de la surveillance active, en raison du manque de données de plus haut niveau, l'élaboration de ces lignes directrices dépendait d'une bonne dose d'opinions d'experts – quoique ces opinions soient hautement éclairées. Ce document résume bien la situation courante de la surveillance active et soulève un certain nombre de questions de recherche importantes. Cela dit, les trois principales questions sur lesquelles ces lignes directrices se concentrent sont les suivantes : (1) à qui doit-on (ou ne doit-on pas) offrir la surveillance active; (2) comment doit se

© 2015 Canadian Urological Association

faire le suivi de ces hommes; et (3) comment instaurer un traitement curatif? Plusieurs cohortes, comptant des milliers d'hommes avec (tout au plus) un suivi à moyen terme, existent pour nous orienter quant aux stratégies à mettre en place pour réduire la fréquence de surtraitement chez les hommes atteints d'un cancer à faible risque en association avec des mesures de l'antigène prostatique spécifique. Ces données incluent des rapports de l'Université Johns Hopkins, du projet PRIAS (Prostate cancer Research International: Active Surveillance), de l'Université de la Californie à San Francisco et, bien entendu, les données sur la cohorte de Sunnybrook[4-6]. Chacun de ces rapports diffère quant aux critères d'inclusion, aux protocoles de suivi et aux définitions utilisées pour évaluer la progression. Que les différences notées dans les résultats liés à ces protocoles différents prêtent à confusion ne devrait donc pas nous étonner. Les recommandations actuelles font un travail remarquable de clarification, et de simplification jusqu'à un certain point, des soins liés à la surveillance active.

L'un des principaux objectifs de la surveillance active est de limiter les préjudices d'un traitement évitable sur une période définissable; cependant, une préoccupation des non moins subtiles de la plupart des cliniciens et des patients demeure le taux de mortalité lié précisément au recours à la surveillance active – la possibilité en fait de rater la fenêtre d'opportunité pour une guérison. Quel que soit en réalité ce taux de mortalité, l'essentiel est qu'il n'est pas nul et qu'aucun article n'a été publié dans le monde qui puisse nous aider à peaufiner une réponse. La meilleure estimation viendra probablement de la cohorte de surveillance active de Sunnybrook, récemment mise à jour par Klotz et ses collègues, représentant l'une des plus grandes cohortes (993 hommes) avec le plus long suivi jusqu'à présent, soit un suivi médian de 6,4 ans. Les auteurs ont récemment rapporté un taux global de métastases de 2,8 %, noté déjà 9,6 ans (valeur médiane) après le diagnostic[3]. Les succès de la surveillance active semblent néanmoins indéniables, surtout lorsqu'on regarde les taux très élevés de survie spécifique au cancer après 10 ans. Chez les patients de la cohorte de Sunnybrook ayant été suivi sur une période adéquate, plus de 75 % des hommes étaient toujours sous surveillance après 5 ans, et plus de la moitié, après plus de 15 ans, évitant pendant tout ce temps un traitement actif et ses effets subséquents sur la qualité de vie.

D'importantes questions demeurent tout de même sans réponse. Des critères d'inclusion et de suivi plus rigoureux réduiraient-ils le risque d'un « échec » de la surveillance active? Devrait-on refuser les avantages évidents de la surveillance active à un jeune homme atteint d'un cancer de la prostate de faible volume avec un score de Gleason de 4? Des stratégies de suivi moins rigoureuses rendraient-elles la surveillance active plus intéressante pour certains hommes? L'imagerie par résonance magnétique multiparamétrique et les biomarqueurs sériques ou tissulaires représenteront peut-être une avancée et nous mèneront peut-être vers la prochaine version de la surveillance active? Ces lignes directrices d'Action cancer Ontario examinent avec compétence la meilleure estimation actuelle du rôle et de la mise en application de la surveillance active, atteignant un point le plus près possible de l'équilibre en ce qui a trait à la rigueur des critères d'inclusion et de surveillance. Cela dit, certaines des recommandations incorporent des concepts en évolution qui ne sont peut-être pas la norme de soins (ni même disponibles) dans votre communauté. Une lecture attentive de ces recommandations visionnaires et une bonne réflexion, en particulier en ce qui concerne les algorithmes de suivi, seront nécessaires dans nos systèmes et pratiques pour assurer un niveau élevé et uniforme de prestation de soins pour les hommes à qui on prescrit la surveillance active.

Références

1. Scott A. North, MD, FRCPC, MHPE; on behalf of the Canadian Kidney Cancer Forum 2015. Management of advanced kidney cancer: Canadian Kidney Cancer Forum consensus update. *Can Urol Assoc J* 2015;9:164-70. http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2894
2. Jewett MAS, Rendon R, Lacombe L, et al. Canadian guidelines for the management of the small renal mass (SRM). *Can Urol Assoc J* 2015;9:160-3. http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2969
3. Morash C, Tey R, Agbassi C, et al. Active surveillance for the management of localized prostate cancer: Guideline recommendations. *Can Urol Assoc J* 2015;9:171-8. http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2806
4. Kates M, Tosoian JJ, Trock BJ, et al. Indications for intervention during active surveillance of prostate cancer: A comparison of the Johns Hopkins and Prostate Cancer Research International Active Surveillance (PRIAS) protocols. *BJU Int* 2015;115:216-22. http://dx.doi.org/10.1111/bju.12828
5. Cooperberg MR, Cowan JE, Hilton JF, et al. Outcomes of active surveillance for men with intermediate risk prostate cancer. *J Clin Oncol* 2011;29:228-34. http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2010.31.4252
6. Klotz L, Vesprini D, Sethukavalan P, et al. Long-term follow-up of a large active surveillance cohort of patients with prostate cancer. *J Clin Oncol* 2015;33:272-7. http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2014.55.1192