

Laurence H. Klotz, MD,
FRCSC; rédacteur en chef

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2012;6(2):81. [http://dx.doi.org/10.5489/kuaj.12071](http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.12071)

Références

1. McCormack M, Duclos A, Latour M et al. Effect of needle size on cancer detection, pain, bleeding and infection in TRUS-guided prostate biopsies: a prospective trial. *Can Urol Assoc J* 2012;6:97-101. <http://dx.doi.org/10.5489/kuaj.11169>
2. Tyldesley S, Peacock M, Morris JW et al. The need for, and utilization of prostate-bed radiotherapy after radical prostatectomy for patients with prostate cancer in British Columbia. *Can Urol Assoc J* 2012;6:89-94. <http://dx.doi.org/10.5489/kuaj.11158>
3. Zhou X, Xing C, Xin L et al. Scientific publications in urology and nephrology journals from China: A 10-year analysis. *Can Urol Assoc J* 2012;6:102-6. <http://dx.doi.org/10.5489/kuaj.11125>

Les urologues ont vu leurs pendules « remises à l'heure » par le récent projet de recommandation de la USPSTF, qui s'est prononcée contre la mesure de l'APS. Les préoccupations reposent en partie sur les limites de la biopsie prostatique et la morbidité liée à cette intervention. Dans la population visée par la mesure de l'APS, les biopsies prostatiques donnent des résultats négatifs dans la plupart des cas, elles ont une valeur prédictive négative de seulement 75 % et sont associées à un risque significatif d'urosepsis nécessitant une hospitalisation. De plus, il est important d'arriver à réduire le nombre de patients ayant besoin d'une biopsie et le nombre de carottes à prélever, et ce, sans pour autant diminuer les diagnostics de cancer de la prostate significatif sur le plan clinique.

À cet égard, McCormack et ses collègues comparent dans leur étude le taux de dépistage du cancer et le taux de complications liées à une biopsie transrectale sous échographie avec des aiguilles de 18G et 16G¹. L'étude reposait sur le principe que des aiguilles de plus gros calibre pourraient accroître le taux de dépistage. Chez un groupe, on a prélevé des carottes biopsiques avec les deux types d'aiguilles; chez l'autre groupe, on a utilisé uniquement les aiguilles de 18G. Chaque groupe comptait environ 100 patients. On n'a noté aucune différence entre les groupes quant aux résultats; dans chaque groupe, 4 % des patients ont présenté un urosepsis fébrile. Pour ma part, en dépit de ces résultats, je vais continuer d'utiliser l'aiguille du plus petit calibre possible lors des biopsies transrectales sous échographie. La logique me paraît évidente : plus le calibre de l'aiguille est élevé, plus la charge bactérienne transférée du rectum à la prostate sera importante et plus le risque de complications sera élevé. Par ailleurs, l'étude n'avait pas la puissance statistique nécessaire pour déceler une hausse relative de 25 % dans le taux d'urosepsis avec des niveaux de confiance élevés. D'autre part, des données récentes concernant le recours à l'IRM dans des cas de cancer non décelés pointent vers le fait que c'est l'emplacement de l'aiguille et non son calibre qui représente le véritable problème dans ces cas. Je parierais donc que le dilemme des biopsies trouvera sa solution dans une utilisation accrue de l'IRM multiparamétrique et de biomarqueurs plutôt que dans le recours à des aiguilles plus grosses.

Les radio-oncologues sont optimistes au sujet du rôle du traitement adjuvant chez les patients présentant des marges chirurgicales positives après une prostatectomie radicale. Trois études avec répartition aléatoire laissent entendre que la radiothérapie adjuvante aurait des bienfaits dans ce contexte. Cela dit, de nombreux urologues choisissent plutôt de surveiller les patients et d'utiliser un traitement de sauvetage précoce. L'approche sélective permet d'éviter le surtraitement des cas qui ne montreront aucune progression de la maladie. Néanmoins, il est clair, si on se fie à de nombreuses études, que dans le cas des patients avec une maladie résiduelle locale, plus la radiothérapie est administrée tôt, plus les probabilités d'une réponse durable sont fortes. À la lumière des compromis, il n'est pas surprenant que les pratiques soient si diversifiées. Sur ce point, l'étude de Tyldesley et ses collègues soulève des inquiétudes². En effet, seul 1,1 % des patients ayant des marges chirurgicales positives ont reçu une radiothérapie adjuvante. Seulement 23 % des patients admissibles à l'étude (marges positives, envahissement des vésicules séminales ou pénétration capsulaire) ont consulté un radio-oncologue dans les 6 mois suivant leur intervention chirurgicale. Les auteurs concluent : « Nous encourageons tous les urologues à envisager d'orienter rapidement le patient (dans les 6 mois suivant l'intervention chirurgicale) vers un radio-oncologue pour étudier la possibilité d'une radiothérapie adjuvante en présence de caractéristiques liées à un risque élevé ».

Une proportion importante de patients se déclarent eux-mêmes comme courant un risque très élevé de récurrence (patients ayant de grandes marges positives et un cancer de grade élevé). Ces patients devraient se voir recommander une radiothérapie adjuvante. En outre, en cas d'incertitude, l'essai RADICALS comparant le traitement adjuvant à une radiothérapie de sauvetage précoce justifie notre position. Finalement, les données indiquent que seulement 25 patients sur 230 (11 %) consultant un radio-oncologue après une intervention chirurgicale ont reçu une thérapie adjuvante. Cela donne à penser que même les radio-oncologues sont réticents à utiliser la radiothérapie adjuvante en présence de caractéristiques liées à un risque élevé!

Nous sommes fiers de vous offrir l'article du Dr Zhou et de ses collègues de Shanghai, qui analysent sur les plans qualitatif et quantitatif des articles scientifiques publiés en Chine dans les domaines de l'urologie et de la néphrologie³. Les liens entre la Chine et le Canada ont été officialisés sous l'égide du partenariat entre la Norman Bethune Urological Society et l'AUC. Nous serons heureux de recevoir de nombreux autres articles de nos collègues chinois.