

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019-2020

N° 2019-239

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Pauline Bellande

Née le 02/09/1992 à Brest

Présentée et soutenue publiquement le 07/11/2019

**ÉVALUATION DES INFORMATIONS REÇUES AU SUJET DU DÉPISTAGE DU
CANCER DE LA PROSTATE PAR PSA :**

**Étude descriptive et prospective dans la population
masculine de plus de 50 ans en Vendée.**

Président de jury: Professeur Jérôme RIGAUD

Directrice de thèse et juge: Docteur Anne LE MOING-PELON

Juge : Docteur Cédric RAT

Juge : Professeur Damien MASSON

Remerciements :

Merci au Professeur Jérôme RIGAUD de me faire l'honneur de présider le jury de cette Thèse.

Merci au Professeur Damien MASSON, et au Docteur Cédric RAT, de me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie le Docteur Anne LE MOING d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir encouragé et aidé pendant tout ce long travail. Ton aide a été précieuse.

Aux médecins qui ont accepté de participer à mon étude et de m'avoir laissé distribuer les questionnaires dans leurs cabinets.

A mes parents, qui m'ont accompagné pendant ce long parcours. Merci de m'avoir rendu la vie plus facile surtout pendant les premières années.

A Yann, mon grand frère, qui a accepté de m'aider pour les analyses statistiques de mes données. Et à Antoine, qui nous a tous donné l'envie de soulager notre conscience écologique.

A Baptiste, d'être là au quotidien avec moi et de subir les soirées médecine où l'on ne parle pas beaucoup d'eau !

A mes cointernes, avec qui on a pu se serrer les coudes, de superbes rencontres : Léa (la première !), Margaux au Mans ; les filles des urgences de Saint Nazaire ; Marie, Zoé, Greg et Gwen les Montacutains ; Cécilia et les psy de La Roche.

A mes anciennes colloqs de rue Deurbroucq : Laura et Adèle, avec qui on a passé 1 an et demi merveilleux !

A mes amis de Médecine à Brest : Karell, Mailys, Antoine, Ophélie, Jean Baptiste.

A mes amies de longue date, avec qui on a tant partagé de moments, de voyages, et ce n'est pas fini : Juliette, Clémence, Anaïs, Viviane, Emma, Louise.

Au petit dernier de la famille, Gaël.

<u>I-Introduction</u>	5
<u>II-Revue de la littérature</u>	11
A-Les recommandations actuelles	11
B-Les études à ce sujet	15
1-ERSPC.....	15
2-PLCO.....	15
3-Les autres études.....	16
C-L'utilisation des PSA en pratique	18
D-Les outils d'information	21
1-Donner l'information.....	21
2-Aider à prendre une décision.....	25
<u>III-L'Etude</u>	29
A-Matériel et méthode	29
B-Résultats	33
1-Première partie.....	33
2-2 ^e partie.....	35
3-3 ^e partie.....	37
4-Question finale.....	41
<u>IV-Discussion</u>	43
<u>V-Bibliographie</u>	48
<u>VI-Annexes</u>	56

Abréviations :

AFU= Association française d'urologie

ALD= Affection Longue Durée

ANAES= Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé

BJGP= British Journal of General Practice

CPAM= Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CUA= Canadian Urological Association

DMG= Département de Médecine Générale

ERSPC= European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

HAS= Haute Autorité de Santé

HBP= Hypertrophie Bénigne de la Prostate

INCa= Institut National du Cancer

IPDAS= International Patient Decision Aids Standards

MSU= Maitre de Stage Universitaire

PLCO= Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian

PMU= Polyclinique médicale universitaire

PSA= Prostat specific antigen

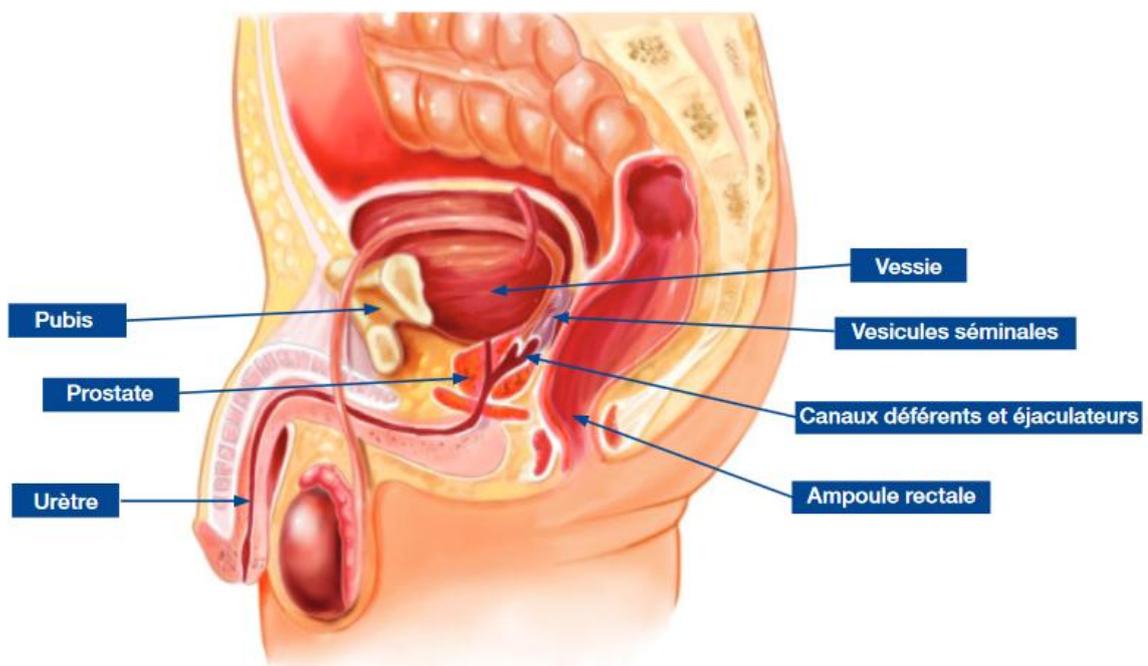
VPN= Valeur prédictive négative

VPP= Valeur prédictive positive

USPSTF= United States Preventive Services Task Force

I-Introduction

La prostate est une glande génitale masculine située sous la vessie, en arrière du pubis. Elle est traversée par l'urètre et elle sécrète le liquide séminal qui est constitué entre autre d'enzymes dont la phosphatase acide et le prostat specific antigen (PSA) qui avec les spermatozoïdes forment le sperme. Elle a donc un rôle dans la fonction reproductrice(1).



Anatomie de l'appareil génital masculin

Cette glande n'a pas d'action hormonale directement mais elle est en revanche hormono-dépendante et se modifie au cours de la puberté (pour atteindre sa taille définitive) et après 50 ans (elle augmente de volume, ce qui peut entraîner des troubles mictionnels)(1).

Elle peut être le siège de tumeurs telles que des adénomes (hypertrophie bénigne de la prostate) qui touchent 80% des hommes au-delà de 80 ans (2).

Des adénocarcinomes (tumeur maligne de la prostate) peuvent également s'y développer. Ces 2 pathologies peuvent occasionner des symptômes similaires, des symptômes de dysurie.

Les adénocarcinomes de la prostate se situent au 1^{er} rang des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme en France. Ils occupent actuellement le 3e rang des décès par cancer chez l'homme. L'âge médian au moment du diagnostic est de 74 ans (44 % des cancers de la prostate sont diagnostiqués après 75 ans). L'âge moyen du décès lié à un cancer de la prostate est de 78 ans, soit quasiment l'espérance de vie moyenne des hommes en France (données de 2013)(1).

Cependant, bien que fréquent, le cancer de la prostate est un cancer de très bon pronostic. En effet, 9 patients sur 10 (94 %) diagnostiqués en France pour un cancer de la prostate y survivent après 5 ans et 8 personnes sur 10 (80 %) après 10 ans (3).

Après une forte augmentation de l'incidence du cancer de la prostate entre 1980 et 2005, on observe actuellement une baisse très nette de l'incidence qui est, pour l'essentiel, dépendante de la pratique du dosage sérique du « Prostate Specific Antigen » (PSA). Cette baisse résulterait de la conjonction des deux phénomènes suivants :

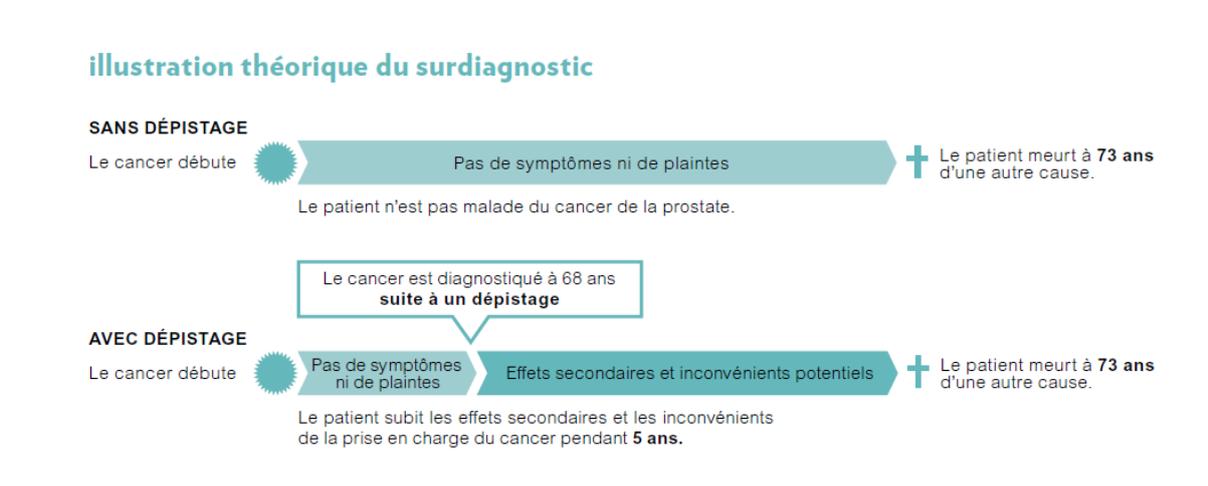
- Après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués
- La reconnaissance d'un risque de sur-diagnostic et de sur-traitement avec le dépistage par PSA incite à la prudence d'une telle prescription (3).

En effet, toutes les pathologies de prostate peuvent être à l'origine d'une élévation du taux sérique de PSA. Au-delà de 4ng/L, ce taux est jugé trop haut et peut faire suspecter la présence d'une tumeur.

Un taux de PSA élevé entraîne alors dans de nombreux cas des biopsies prostatiques sous contrôle échographique. Ces biopsies peuvent être à l'origine de complications telles qu'une hémospérmié dans 37% des cas, d'une infection urinaire masculine dans 1% des cas allant jusqu'au sepsis dans 0,3% des cas. Les PSA sont bien spécifiques de la glande prostatique, en revanche, elles peuvent être élevés dans les adénocarcinomes (mais ne permettent pas de discriminer les tumeurs latentes à faible potentiel évolutif des tumeurs agressives à haut risque de progression), comme dans les HBP, les prostatites, après un toucher rectal ou même encore après avoir fait du vélo. Ces éléments témoignent de leur faible spécificité concernant le cancer de la prostate.

En effet, la valeur prédictive positive(VPP) des PSA est de 30% (3 patients sur 10 ayant un taux de PSA élevé ont un cancer de la prostate) et sa valeur prédictive négative(VPN) est de 90% (Parmi les patients ayant un taux de PSA normal,1 sur 10 a un cancer de la prostate)(1); ce qui n'est pas assez satisfaisant pour l'utiliser comme dépistage systématique, comme peuvent l'être: la mammographie pour le cancer du sein, ou encore le test « hemocult » dans le cancer colorectal(4).

Les biopsies, si elles se révèlent positives (présence de cellules cancéreuses), peuvent conduire un à une simple surveillance ou à des traitements actifs. La prostatectomie est responsable parfois d'incontinence urinaire ou de troubles érectiles. Ces notions nous permettent d'évoquer le risque de **sur diagnostic** (réaliser des biopsies chez un patient qui a des PSA élevées pour une autre raison que pour la présence d'un adénocarcinome) et de **sur traitement** (prostatectomie chez un patient asymptomatique ayant des biopsies positives du fait de la présence de cellules cancéreuses mais sans cancer-maladie proprement dit).



Nous ne devons pas oublier que le dépistage du cancer de la prostate se base non seulement sur le dosage des PSA mais également sur le toucher rectal qui permet de détecter des lésions macroscopiques à un stade asymptomatique(5). Le PSA restera le focus de notre étude.

Dans les années 80, le sujet n'intéressait ni les urologues, ni les médecins généralistes, ni le grand public ou les médias. Il n'était pas au cœur des politiques de santé publique. Le cancer de la prostate était une maladie de l'homme âgé, alors diagnostiquée chez des individus de plus de 70 ans dans la majorité des cas(6). C'est en 1987 que l'utilisation du PSA comme marqueur

tumoral a été pour la première fois validé dans une publication(7). Depuis cette année-là, les PSA ont été très étudiées, et bien qu'elles aient un rôle important une fois le cancer détecté (elles permettent le suivi de la maladie et font partie des facteurs pronostics du cancer de la prostate(8)(9) ; elles sont aujourd'hui très controversées en France comme à l'international pour le dépistage du cancer de la prostate.

En effet, actuellement en France les recommandations diffèrent entre l'HAS et la société française d'urologie concernant ce test biologique. D'un côté, certains jugent ce dépistage inadapté car il entraîne un risque de sur diagnostic et un risque de sur traitement entraînant des effets secondaires inutiles par son manque de spécificité(1) (10) (11) ; il entrainerait donc une altération de la qualité de vie des patients, ce qui va à l'encontre des principes du dépistage établis par l'OMS(12).

De l'autre, en attendant de meilleurs tests, certains le recommandent en tant que « diagnostic précoce » chez certains hommes et non pas en tant que « dépistage systématisé » car il permet de diminuer la mortalité spécifique du cancer de la prostate chez ces hommes(13).

Toutes les recommandations, qu'elles soient françaises ou étrangères sont cependant d'accord sur un point. Si des PSA doivent être réalisées chez un homme asymptomatique pour éliminer la présence d'un cancer de la prostate, le patient doit être clairement informé des avantages et des inconvénients de ce test. La prescription d'un dosage des PSA doit être le fruit d'une décision partagée avec chaque patient.

Nous observons en cabinet de médecine générale que de nombreux patients souhaitent réaliser ce dosage régulièrement sans être nécessairement au courant des conséquences d'un résultat trop élevé(14).

Nous supposons que ces derniers pensent ce dépistage rassurant.

Cela nous a amené à nous poser la question :

Les patients sont-ils bien informés au sujet des PSA dans le dépistage du cancer de la prostate ?

Nous proposons, pour y répondre, de réaliser une étude interrogeant les hommes de plus de 50 ans dans un territoire défini en Vendée.

II- Revue de la littérature

A- Les recommandations.

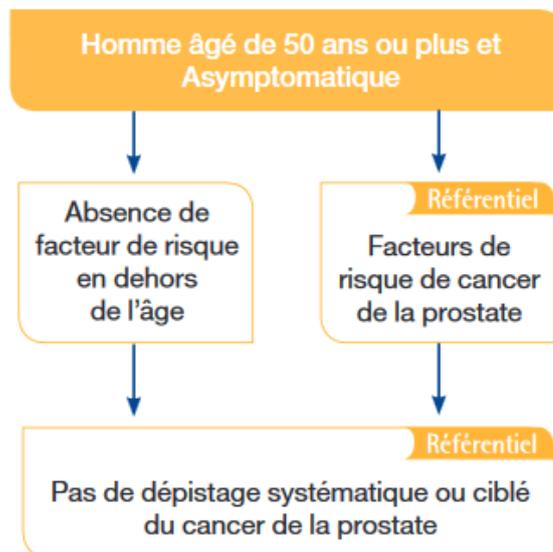
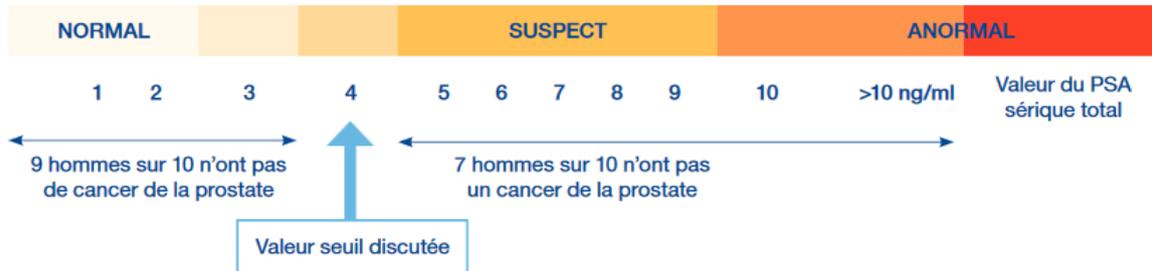
En France les avis divergent concernant le dépistage du cancer de la prostate par PSA.

- En 2004, l'ANAES publie un rapport à l'usage des professionnels de santé ainsi qu'un guide d'informations(10), qui explique que le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats des études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel. Ce rapport a été publié avant les premiers résultats des 2 grandes études ERSPC(15) et PLCO(16).

- En 2010, l'HAS publie un rapport d'orientation suite à ces premiers résultats. Il confirme alors après interprétation et étude critique de ces 2 études, qu'aucun élément scientifique nouveau n'est de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (11). Il insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'ANAES en 2004.

- En 2013, l'HAS a confirmé la non-recommandation d'un dépistage organisé systématique du cancer de la prostate en population générale

et les précautions à prendre avant un diagnostic précoce chez un homme asymptomatique compte tenu du manque de spécificité des PSA (1).



- Le plan cancer 2014-2019 estime que le dépistage ne doit pas être recommandé en raison du risque de sur-traitement. Il insiste sur le fait que les patients demandeurs doivent être en capacité de comprendre à partir d'informations fiables et objectives la proposition qui leur est faite.
- En 2016, le collège de médecine générale suit les positions de l'HAS dans la non-recommandation du dépistage du cancer de la prostate par PSA(17).

- L'association française d'urologie (AFU) en revanche, estime en 2016 qu'une « détection précoce » qui consiste à rechercher la maladie chez un patient asymptomatique considéré individuellement, est justifiée après information claire du patient car bien qu'aucune étude n'ait établi de bénéfice du dépistage du cancer de la prostate pour l'état de santé globale de la population dépistée, elle a prouvé sa capacité à diminuer la mortalité spécifique de la maladie. Ils recommandent donc aux médecins de prescrire chez les hommes asymptomatiques et en bon état de santé entre 50 et 75ans un PSA tous les 2 ans(13).

Tableau 2. Les points clés de la stratégie de la détection précoce du CaP.

Procédure s'adressant exclusivement aux hommes en **bon état fonctionnel** et à la **probabilité de survie prolongée**.
 Procédure précédée d'une information non ambiguë indispensable.
 Procédure reposant sur la **recherche de facteurs de risque** (familiaux et ethniques), le **toucher rectal** et le dosage du **PSA**.
 Procédure **initiée à 50 ans** en absence de facteur de risque, à **45 ans en cas de facteur de risque** familial ou ethnique.
 Procédure **interrompue à 75 ans** généralement.
 Procédure à répéter probablement **tous les 2 ans en cas de facteur de risque**, mais intervalle optimal encore non établi (pas de nécessité de répéter la procédure annuellement sauf exception).
 Procédure nécessitant une **évaluation**.

A l'étranger les recommandations se confrontent et évoluent également.
 Prenons quelques exemples :

- Aux Etats-Unis, l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) sortait un rapport en 2008 pour la non-recommandation du dépistage par PSA chez les hommes âgés de 75 ans ou plus. En 2012, ils étendaient leur position aux hommes de tout âge pour les raisons identiques(18).
 En 2017, suite à la controverse autour de l'étude PLCO qui présente de gros biais ne permettant pas de conclure de façon significative sur l'absence de surmortalité chez les hommes dépistés, l'USPSTF revient sur ses directives. Elle publie un nouveau projet selon lequel les hommes

âgés de 55 à 69 ans devraient être informés des avantages et des inconvénients du dépistage du cancer de la prostate, et se voir proposer un test d'antigène spécifique à la prostate s'ils le souhaitent(19).

- Au Canada, en 2012 il n'était pas recommandé de dépister le cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques. Les hommes souhaitant réaliser un dosage des PSA pouvaient le faire après discussion avec leur médecin mais le coût n'était pas pris en charge par l'assurance maladie(20).

En 2017, la Canadian Urological Association (CUA) publie des recommandations sur le dépistage dans la population générale qui a montré des avantages dans la réduction de la mortalité par cancer de la prostate. Ils insistent également sur le fait que cela doit être une décision partagée après exposition des avantages et inconvénients du test. Tout cela doit permettre une maximisation de la détection des maladies agressives et potentiellement mortelles et une minimisation des dommages associés à une biopsie inutile de la prostate et à la découverte d'un cancer de la prostate cliniquement non significatif(21).

B- Les études marquantes au sujet des PSA

Au cours de ces 15 dernières années, il y a essentiellement 2 grandes études qui ont été menées au sujet de l'intérêt d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA, l'étude **ERSPC** menée dans 7 pays européens avec des inclusions réalisées entre 1990 et 2006 et l'étude **PLCO** menée parallèlement dans le temps (inclusions entre 1993 et 2001) aux Etats Unis. Ces 2 études ont trouvé des résultats contraires mais présentent chacune des biais qui peuvent fausser les interprétations.

1-ERSPC

Cette étude randomisée, contrôlée, en intention de dépister a inclus 186 000 hommes âgés de 50 à 74ans provenant de 7 pays européens. Les patients étaient répartis en 2 groupes : un groupe dépisté dans lequel les hommes avaient un dosage des PSA tous les 4 ans, un groupe contrôle qui n'était pas soumis à un dépistage. Le critère de jugement principal était le taux de mortalité lié au cancer de la prostate.

La première analyse a été faite en 2009, après 9 ans de suivi, et concluait que le dépistage par mesure du PSA réduisait de 20% le nombre de décès par cancer de la prostate, mais que le taux de faux positifs dépassait les 50%, ce qui entraînait un grand risque de sur diagnostic (22).

En 2014, après 13 ans de suivi, les résultats confirment une réduction substantielle de la mortalité par cancer de la prostate attribuable aux tests de PSA, avec un effet absolu considérablement accru à 13 ans par rapport aux résultats à 9 ans (23).

2-PLCO

Cette étude randomisée a inclus 76 600 hommes âgés de 55 à 74 ans entre 1993 et 2001 aux Etats Unis et consistait à comparer le taux de mortalité liée au cancer de la prostate dans 2 groupes. Un groupe « dépistage » dans lequel les hommes bénéficiaient d'un dosage de PSA annuel ainsi que des touchers rectaux réguliers, et un groupe « témoins » sans dépistage actif mais parfois soumis à un dépistage en dehors de l'étude, ce qui donnait lieu à une population contaminée. En effet, le taux élevé de dépistages dans le groupe témoin représente le plus gros biais de cette étude.

Les premiers résultats publiés en 2009 avec un suivi de 7 à 10 ans, n'ont pas montré de différence significative entre les 2 groupes et ont par conséquent conclu que le dépistage n'était pas associé à une surmortalité(16).

Après 13 ans (24), 15 ans(25) et 17 ans de suivi, l'étude PLCO continue de conclure qu'il n'existe pas de différence significative de mortalité liée au cancer de la prostate entre le groupe dépisté et le groupe témoins (26).

3-Les autres études

L'étude CAP a été publiée en 2018 au Royaume Uni, elle évaluait l'effet d'une intervention unique de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) sur la mortalité par cancer de la prostate. Elle a comparé sur 10 ans le taux de mortalité par cancer de la prostate entre un groupe d'hommes asymptomatiques de 50 à 69 ans ayant eu un dépistage unique par PSA et un autre groupe sans dépistage. Cette étude a inclus plus de 400 000 hommes et a

conclu qu'il n'y avait pas de différence significative dans la mortalité par cancer de la prostate après un suivi médian de 10 ans. Les résultats n'ont donc pas soutenu le test du PSA unique pour le dépistage basé sur la population(27).

Une autre étude, suédoise, sur le dépistage par PSA unique, a également conclu que cette méthode entraînait une incidence du cancer de la prostate accrue sans réduction de la mortalité par cancer. Le projet d'un programme de dépistage public n'a donc pas été mis en place (28).

L'essai randomisé « *Prostate-Specific Antigen (PSA) Screening for Prostate Cancer Revisiting the Evidence* » publié en mai 2018 conclut que le dépistage du cancer de la prostate par PSA est en cours d'évaluation et que de nouvelles mesures sont développées pour identifier les hommes à risque de développer un phénotype agressif qui pourrait amener à un dépistage ciblé (29).

Plusieurs revues de la littérature à ce sujet ont été récemment réalisées.

En mai 2018, la revue « *Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.* » conclut que le dépistage par PSA peut réduire le risque de mortalité par cancer de la prostate, mais il est associé à des résultats faussement positifs, à des complications de la biopsie et à un sur diagnostic(30).

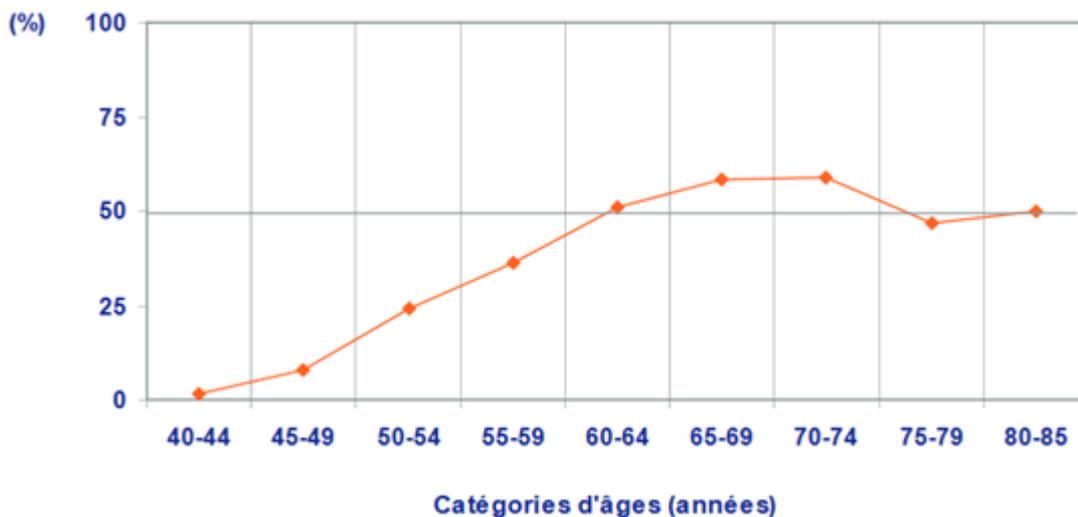
Une autre revue systématique de la littérature publiée par le BMJ en septembre 2018 a repris les 5 essais contrôlés randomisés comparant le dépistage du PSA avec les soins habituels chez les hommes sans diagnostic de cancer de la prostate. Elle a retrouvé une légère réduction de la mortalité par la maladie à 10 ans mais pas d'incidence sur la mortalité globale(31).

C- L'utilisation des PSA en pratique

Bien que les recommandations actuelles ne soient pas en faveur d'un dépistage de masse et pour la plupart des sociétés savantes, pas non plus pour un dépistage individuel chez l'homme asymptomatique; les études montrent que les prescriptions de PSA restent élevées en France.

Le dernier rapport de l'HAS publié en 2013(1) relate que le nombre de prescriptions de PSA est en constante progression. L'analyse de ces prescriptions a retrouvé que :

- 84% des PSA sont prescrits par des généralistes et 5% par des urologues.
- 50 % des hommes de 60 ans et plus ont eu au moins une fois un dépistage du cancer de la prostate



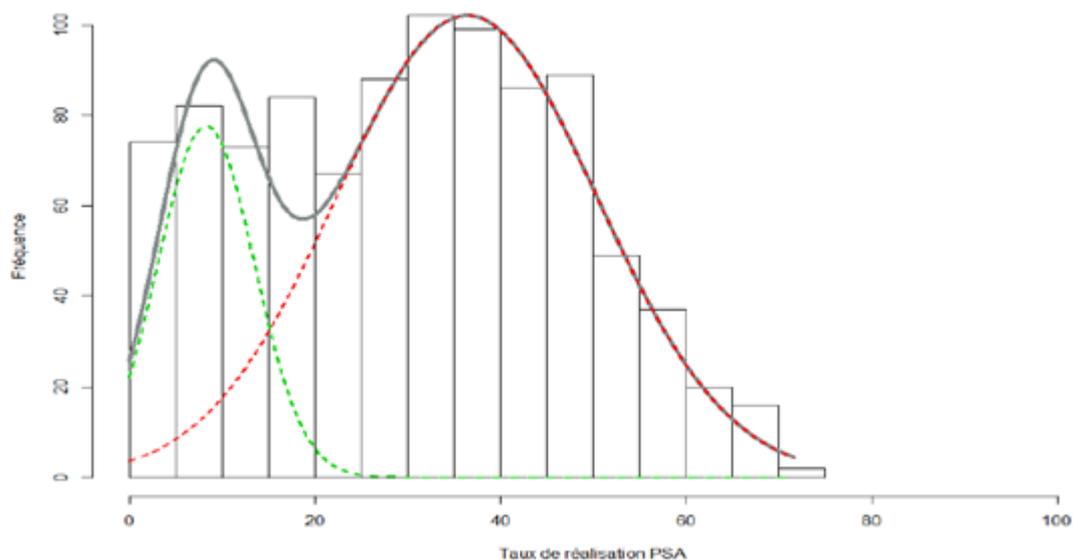
Pourcentage d'hommes âgés de plus de 40 ans ayant eu un dépistage du cancer de la prostate en 2010(source :baromètre cancer 2010, Inpes-INCa)

- 71 % des médecins généralistes interrogés préconisaient le dépistage du cancer de la prostate à partir de 50 ans et 37 % au-delà de l'âge de 75 ans. Et 46 % considéraient ce dépistage comme tout à fait efficace.

- 30 % des patients ayant eu une prescription de PSA ne savaient pas pourquoi cet examen leur avait été prescrit.
- Seulement un médecin interrogé sur 4 déclarait informer systématiquement son patient des limites du dépistage.

De nombreuses thèses ont également été rédigées à ce sujet. Une thèse récente retrouvait en 2016 dans le Maine et Loire que 70% des médecins interrogés prescrivait un dépistage par PSA dont 32% en temps que dépistage de masse(32).

Une autre réalisée en Loire Atlantique en 2017 analysait les variabilités des pratiques à partir des données collectées par la CPAM. Cette étude identifiait 2 groupes de médecins : les faibles prescripteurs (médecins avec réalisation d'un taux de PSA<15%(pic de la courbe de Gauss retrouvant un taux de 10%)) qui représentaient 23,7% des médecins étudiés, et les forts prescripteurs (médecins avec réalisation d'un taux de PSA>15%(pic de la courbe de Gauss retrouvant un taux de 35%)) représentant 73,6% de l'effectif des médecins généralistes de l'étude. Les faibles prescripteurs étaient le plus souvent des femmes et avaient une activité plus faible que les forts prescripteurs. D'autres facteurs entraient en ligne de compte, notamment du côté des patients : en effet, les patients ayant une ALD, un cancer, des traitements anti-cholinestérasiques étaient moins dépistés que les autres(33).



Distribution des médecins généralistes en fonction du taux de réalisation de PSA de leurs patients

En 2012, la thèse réalisée en région parisienne « Controverse scientifique autour du dépistage du cancer de la prostate: influence sur l'attitude des médecins généralistes pour eux-mêmes et leur famille. Enquête de pratique auprès des maîtres de stage » retrouve également une majorité de médecins qui pratiquent le dépistage par PSA et une plus grande proportion de femmes dans le groupe ne le pratiquant pas. Cette enquête retrouve également que les médecins restent cohérents sur les prescriptions réalisées pour leur patients ou pour eux même ou leur proches(34).

D- Les outils d'information

1- Donner l'information

Aujourd'hui, si les recommandations des différentes sociétés savantes ne se rejoignent pas totalement, elles restent d'accord sur un point : si un dosage des PSA est réalisé, il doit systématiquement être accompagné d'informations claires.

L'information donnée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins, et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissances de cause afin de partager la décision thérapeutique(10).

Cette information doit (35) :

- Être hiérarchisée,
- Présenter les bénéfices attendus des options envisagées avant leurs inconvénients et risques éventuels,
- Préciser les risques graves, y compris exceptionnels (c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale),
- Être compréhensible pour le patient et personnalisée par rapport à son rythme et ses connaissances.

Plusieurs documents d'informations destinés aux professionnels de santé ont été élaborés afin de déterminer les informations devant être données aux patients.

Par exemple, le document de l'ANAES (35) propose 6 objectifs :

1. L'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec ou sans traitement ;
2. La description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagées étude leurs alternatives ;
3. Leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;
4. Leurs conséquences et leurs inconvénients ;
5. Leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
6. Les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

La grille IPDAS, International Patient Decision Aid Checklist for Users est également une aide aux praticiens pour délivrer la bonne information (36). Ces documents nous ont servi de base de travail pour réaliser notre questionnaire. Selon le groupe de travail réuni par l'ANAES afin de publier un document intitulé « Information des patients – Recommandations destinées aux médecins », il fallait privilégier l'information orale initiale et le complément d'information pouvait être constitué d'informations écrites (35). Cependant, l'information par vidéo peut également être utilisée : en effet, plusieurs études ont montré que les vidéos étaient non seulement évaluées favorablement par les patients, mais induisaient également une amélioration de l'état des connaissances des patients au sujet des PSA (37)(38).

Aujourd'hui, l'outil Internet a un grand rôle dans l'information des patients. En utilisant Google qui est le moteur de recherche le plus utilisé, il est facile d'accéder à plusieurs documents d'information à destinée des patients :

- La **ligue contre le cancer** propose une brochure parue en 2009(39).
- **E-cancer** a également édité une brochure en 2016 qui est aussi disponible sur le site **ameli.fr** et sur le site de l'**INCa** (40).
- D'autres livrets d'informations ont été élaborés afin de réaliser des études sur les bénéfices de l'information des patients avant une prescription de PSA pour dépistage du cancer de la prostate. La revue **exercer** a publié une étude « Élaboration d'un livret d'information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate », cette étude a utilisé un livret d'informations et l'a fait tester aux patients à l'aide d'une grille de compréhension(41). Ce livret avait été lui-même élaboré à partir d'une revue de la littérature française et internationale qui a prouvé que les documents d'information sont efficaces pour améliorer le niveau de connaissances des patients à propos du dépistage du cancer de la prostate (42).

Cette revue de la littérature effectuée en juillet 2011 à partir des bases de données Medline, Cochrane et Web of Science a retrouvé 51 études (essentiellement aux Etats Unis ou au Royaume-Uni mais aucune en France) qui évaluaient l'impact de l'information des patients au sujet du cancer de la prostate à travers un livret, un fichier audio, un site internet ou une vidéo. Les résultats concluaient que ces informations données aux patients diminuaient souvent leur souhait d'être dépistés, mais

l'impact sur le taux de dépistage effectif était variable. Les patients étaient plutôt satisfaits de l'accès à cette information, qui ne semblait pas induire d'anxiété.

L'étude du BJGP « Impact of a printed decision aid on patients' intention to undergo prostate cancer screening: a multicentre, pragmatic randomised controlled trial in primary care » a également développé un livret d'information qui a permis de prouver que le fait d'informer les patients réduisait le nombre de patients asymptomatiques souhaitant réaliser des PSA(43).

Ces livrets peuvent être retrouvés dans les articles sus-cités mais n'existent pas en format définitif afin d'être mis à disposition des patients.

A ce sujet, après un échange avec un des auteurs du livret évalué dans l'étude parue dans *exercer*(41) (Laurent Letrilliard, membre du DMG de Lyon), nous avons appris que ce livret n'avait pas été diffusé à grande échelle suite à la parution de l'article (cf. Annexe 2 sur lequel nous nous sommes appuyé pour réaliser notre grille de questionnaire).

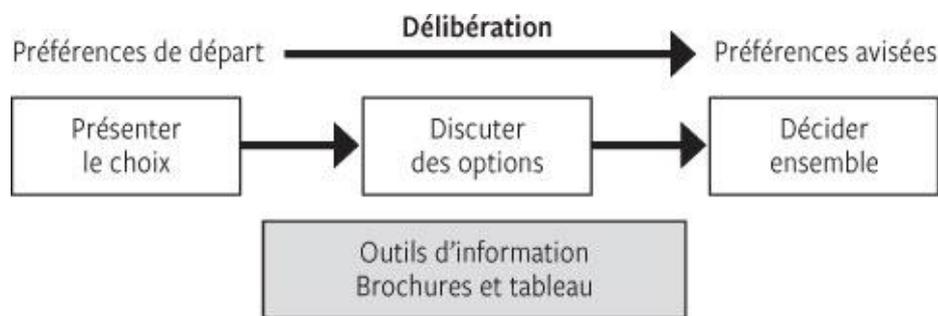
2- Aider à prendre une décision

Une fois l'information donnée, le patient est face à un choix, celui de choisir de se faire dépister ou non. Il existe des outils d'aide à la décision qui permettent d'augmenter les connaissances du patient, d'améliorer la perception des risques et surtout de prendre plus souvent des décisions en conformité avec ses préférences et valeurs comme le conclut la méta analyse de la Cochrane en 2014(44).

Une étude publiée en mai 2018 aux Etats Unis a évalué l'impact des « aides à la décision » dans la décision partagée sur le dépistage du cancer de la prostate. Elle a inclus 1336 participants à qui une parmi 6 différentes sociétés savantes donnaient des explications sur ce dépistage. Elle a enfin comparé la décision pré et post « aide à la décision ». Le résultat a montré que l'exposition à un outil d'aide à la décision a diminué la probabilité que les participants subissent ou recommandent à un tiers un dépistage du cancer de la prostate(45).

Une étude similaire avait été publiée dans le BJGP en 2015, en France. Elle retrouvait également que les patients informés (ici à l'aide d'un document d'information composé de 2 feuilles A4) étaient de façon significative moins demandeurs d'un dépistage que les patients n'ayant pas eu accès à ce document. Une proportion faible d'individus a déclaré que le dépistage du cancer les protégerait de la maladie ($P < 0.0001$), alors qu'une plus grande proportion d'individus a déclaré que le dépistage du cancer de la prostate ne serait pas bénéfique pour leur santé ($p < 0,0001$) et pouvait impliquer des procédures entraînant des effets secondaires nocifs ($P = 0.0005$)(43).

La Polyclinique médicale universitaire (PMU), en collaboration avec le Centre de la prostate du Centre hospitalier universitaire Vaudois, a développé un outil d'aide décisionnel basé sur un travail du Collège des médecins du Québec(46). Il a été développé en suivant le modèle de 2 grilles : la grille IPDAS(36) et le Clear Communication Index qui donnent les éléments qui doivent être présents dans un outil d'aide à la décision (énonciation claires des options possibles, présentation des probabilités en chiffres absolus etc.). Cet outil aide le patient à faire un choix qui s'intègre dans une démarche en 3 étapes (47).



Méthode pour la prise de décision partagée

- 1) Présenter le choix au patient, de réaliser ou non un dosage des PSA malgré l'absence de symptômes.
- 2) Discuter des options possibles à l'aide d'outils d'informations (outils présentant les symptômes d'un cancer, l'évolution possible et présentant les probabilités de décès et de diagnostics, avec ou sans dépistage par PSA).
- 3) Décider ensemble, notamment à l'aide de la grille suivante qui permet au patient de se situer face à cette décision en fonction de ses valeurs et désirs.

Je décide de faire le dépistage parce que	Je décide de ne pas faire le dépistage parce que
<input type="checkbox"/> J'aimerais savoir si j'ai un cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> Je préfère ne pas savoir si j'ai un cancer de la prostate ou non
<input type="checkbox"/> Le test PSA est le test à disposition pour le moment qui permet de faire un dépistage du cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> Je pense que le test de dépistage dont nous disposons n'est pas assez fiable
<input type="checkbox"/> Je veux faire tout mon possible pour éviter de mourir du cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> Je pense que la diminution du risque de mourir d'un cancer de la prostate suite au dépistage est insuffisante
<input type="checkbox"/> Si le test PSA est anormal, je suis prêt à accepter les effets secondaires d'une biopsie (douleurs, infections)	<input type="checkbox"/> Si le test PSA est anormal, je ne veux pas prendre le risque d'avoir des effets secondaires d'une biopsie (douleurs, infections)
<input type="checkbox"/> Si la biopsie montre que j'ai un cancer, je suis prêt à accepter les effets secondaires du traitement du cancer (incontinence urinaire, impuissance)	<input type="checkbox"/> Si la biopsie montre que j'ai un cancer, je ne veux pas prendre le risque d'avoir des effets secondaires du traitement (incontinence urinaire, impuissance)
<input type="checkbox"/> Je suis prêt à accepter que le cancer détecté par dépistage ne m'aurait peut-être jamais causé de problèmes si j'avais décidé de ne pas faire un dépistage	<input type="checkbox"/> Je suis prêt à accepter que je pourrais être diagnostiqué avec un cancer plus tardivement que si j'avais décidé de faire le dépistage

Outil d'aide à la décision: Mettre en balance des bénéfices et inconvénients d'un dépistage du cancer de la prostate (collège des Médecins du Québec)

Le patient, une fois bien informé, peut alors prendre la responsabilité de se faire dépister ou non.

Enfin, une méta-analyse parue en juin 2019 dans le JAMA International Medicine (Decision Aids for Prostate Cancer Screening Choice : A Systematic Review and Meta-analysis) s'est intéressée à l'impact des outils de décision partagée dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate. Elle en conclut que les outils améliorent les connaissances des patients concernant ce dépistage et que leur utilisation est associée à une diminution des incertitudes personnelles sur le sujet (48).

Toute cette démarche prend du temps, ce qui explique que les médecins forts prescripteurs, qui sont plutôt ceux qui ont une activité élevée n'aient pas le temps nécessaire pour délivrer cette information et accompagner le patient dans la démarche, et que: par facilité ou sous la pression des patients, ils prescrivent de façon systématique le dosage des PSA.

En effet, certains patients ne sont pas réceptifs aux explications données, et par leur expérience personnelle ou leurs croyances veulent réaliser un dosage de PSA parfois très régulièrement et sans connaître les conséquences d'un résultat trop élevé. Après avoir discuté avec un urologue de l'hôpital de Saint Nazaire, j'ai pris conscience que beaucoup de patients étaient dirigés vers un spécialiste suite à un résultat de PSA anormal, sans connaître le réel motif de cette consultation et les examens qui en découlent.

III- L'étude

Devant notre hypothèse qui supposait que les patients n'étaient pas assez informés au sujet du dosage des PSA et qu'ils étaient demandeurs de ce dépistage car ils le pensaient systématique et rassurant, nous nous sommes posés la question de l'évaluation des informations reçues par les patients au sujet du dépistage du cancer de la prostate par PSA.

Ayant fait mes stages chez le praticien en Vendée, j'ai décidé de réaliser mon étude dans cette population que j'avais pu observer en stage.

A- Matériel et Méthode

Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, prospective(49).

Population cible

La population cible était la population masculine âgée de plus de 50 ans, résident en Vendée et consultant en médecine générale.

Echantillonnage

Concernant l'échantillonnage, le calcul du nombre de questionnaires nécessaire était de 384 pour un risque alpha à 5% en bilatéral. N'ayant pas les moyens nécessaires pour une telle étude, nous nous sommes fixés un nombre de 100 questionnaires afin d'avoir des résultats exploitables.

Après avoir évalué le nombre moyen d'hommes de plus de 50 ans consultant en médecine générale par semaine, et en tenant compte du pourcentage habituel de répondants et de non répondants, nous avons estimé qu'une durée de 6 semaines serait suffisante pour obtenir 100 participants.

L'étude s'est déroulée au sein de 4 cabinets de médecins généralistes (9 médecins au total) sélectionnés de manière empirique, permettant l'hétérogénéité de l'échantillon. Les stages ambulatoires que j'ai pu réaliser en Vendée m'ont permis d'entrer en contact avec ces médecins qui ont accepté de se porter volontaires pour l'étude.

Tous les cabinets étaient situés en Vendée : Olonne-sur-Mer, Le Champ-Saint-Père, Saint-Denis-la-Chevasse et Aizenay.

Un maître de stage universitaire (MSU) exerçait dans chacun des cabinets médicaux retenus.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient le sexe masculin, l'âge >50 ans, le code postal de résidence (ici les codes commençant par 85).

Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient un âge inférieur à 50 ans, et un code postal de domicile hors Vendée.

Critère d'exclusion

Le critère d'exclusion était un nombre de réponses insuffisantes (pas de réponse aux 5 questions permettant d'établir un score d'information).

Recueil des données

Un auto-questionnaire anonyme comportant 16 questions ; réparties en 4 parties, sur format papier était distribué dans les salles d'attente des cabinets sélectionnés.

Une affiche d'explications et une urne, dans laquelle devaient être déposés les questionnaires remplis, étaient à disposition des patients.

Le remplissage des questionnaires se faisait selon le volontariat des patients.

Les questionnaires étaient proposés du 14 janvier au 25 février 2019 (soit 6 semaines ; cf. paragraphe « échantillonnage »).

Variables recueillies

Le questionnaire a été réalisé à partir de recherches bibliographiques concernant l'information du patient au sujet du dépistage du cancer de la prostate(35)(36)(41).

Partie I : préambule (5 questions)

- Une question préalable demandant aux patients si ils acceptaient que leurs données **anonymes**, soient analysées pour une thèse, afin d'agir en toute **éthique**. Les dates de consultation n'étaient pas demandées afin que le croisement des données ne permette pas de reconnaître un patient.

- Une partie permettant de décrire la population étudiée : leur âge, leur catégorie socio professionnelle, leur code postal et le fait d'avoir déjà entendu parler des PSA.

Partie II : généralités (6 questions)

Partie interrogeant les patients sur l'intérêt porté sur les PSA et sur le mode d'information reçu : Ont-ils déjà fait un dosage des PSA ? Ont-ils eu des informations à ce sujet et par quel moyen ? Sont-ils demandeurs de ce dosage ? Ont-ils des antécédents prostatiques dans leur entourage ?

Partie III : score d'information (5 questions)

Partie permettant d'établir un « **score de bonne information** ». Le score porte sur 5 questions, considéré bon si supérieur ou égal à 3 bonnes réponses sur 5 ; établi de façon arbitraire du fait de l'absence de données dans la littérature. Les questions ont été élaborées à partir d'une revue de la littérature au sujet de l'information des patients concernant le dosage des PSA.

Ces 5 questions reprennent les **informations essentielles** trouvées dans chaque livret ou brochure d'information.

Partie IV : Ouverture pour la transmission d'informations aux patients (1 question)

D'une ultime question interrogeant le patient sur le mode d'information souhaité.

Codage et stockage des données recueillies

Nous avons identifié les questionnaires en les numérotant du répondant 1 au 118 afin de pouvoir retrouver les réponses transcrites.

Les données étaient déjà anonymes.

Nous les avons stockées nous-même dans un tableur Microsoft Excel© 2007 afin de les normaliser et de faciliter le travail d'analyse statistique.

B- Résultats

A l'issue de la période de mise en place l'étude, nous avons recueilli **126** questionnaires au sein des 4 cabinets vendéens ; parmi ceux-ci **3** avaient un âge inférieur à 50 ans et n'ont pas été inclus ; **5** n'avaient pas rempli entièrement la 3^e partie du formulaire, ne nous permettant pas d'en faire un « score d'information », ils ont été exclus.

Au total, nous avons pu analyser 118 réponses.

1- Partie I

Description de la population

Question Ia

Les patients ont tous accepté que leurs données anonymes soient utilisées.

Question Ib

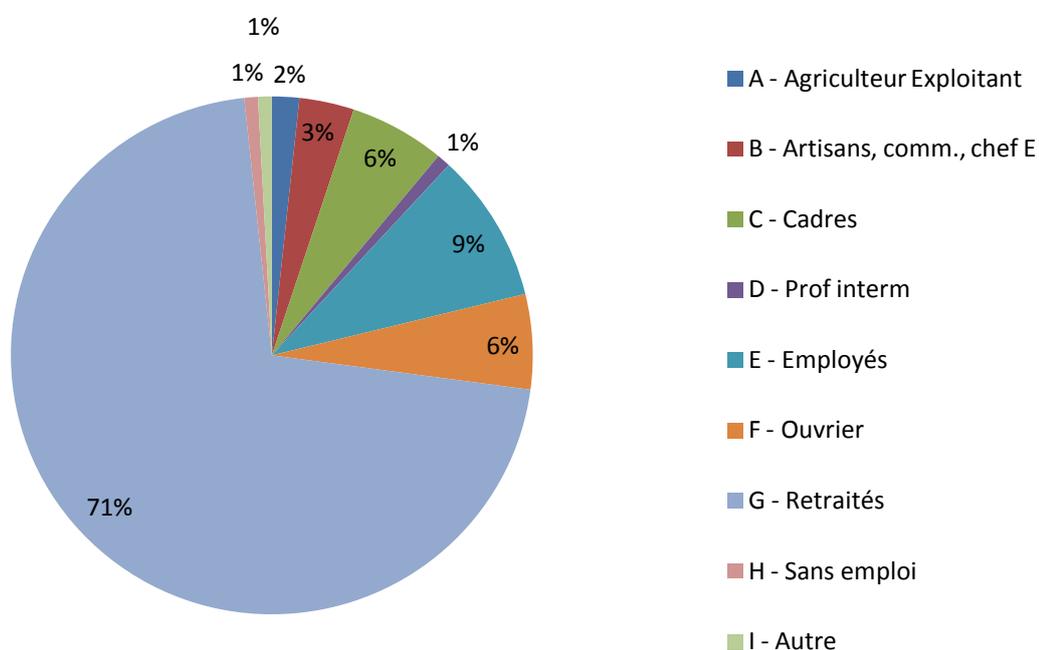
La moyenne d'âge des participants à l'étude était de **65 ans**.

Question Ic

Ils avaient tous un code postal commençant par 85(Vendée).

Question Id

La catégorie socio professionnelle la plus représentée était la classe des **retraités** (71,2%), suivie des **agriculteurs exploitants** (9,3%), des **cadres** (5,9%) et des **ouvriers** (5,9%).



Répartition des catégories socio professionnelles

Question Ie

Parmi les répondants, **74,6%** avaient déjà entendu parler des PSA.

25,4% n'en avaient pas entendu parler et ont donc arrêté le questionnaire après cette 5^e question.

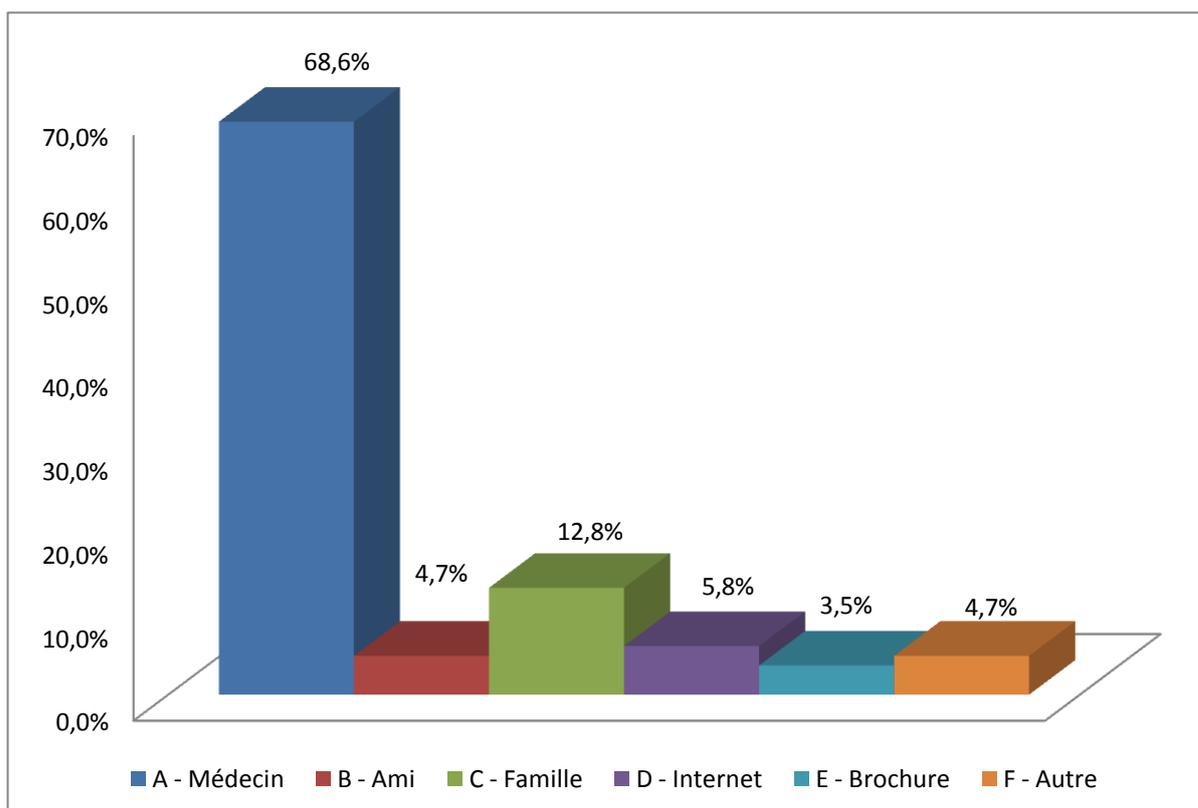
2- Partie II

Question IIa, IIb et IIc

- Parmi les répondants ayant déjà entendu parler des PSA, **88,8%** avaient déjà eu au moins un dosage de PSA :

Pour ces derniers, **21,4%** déclaraient ne pas avoir eu d'information préalable.

Les personnes informées l'avaient été : à **68,6%** par leur médecin, à **12,7%** par leur famille, à **5,8%** par internet, à **4,7%** par des amis, à **3,5%** par une brochure et à **4,7%** par un autre moyen non précisé.



Répartition du moyen d'information auquel les patients ont eu recours

Question IId

- Nous observons que **48,8%** des patients déclaraient avoir eux-mêmes demandé un dosage du taux de PSA à leur médecin.
Parmi ces derniers, **93%** déclaraient avoir eu une information préalable à ce dosage.

Question IIe

- **19,3%** des répondants avaient un antécédent prostatique dans leur entourage.
Parmi ces derniers, **94%** avaient déjà fait un dosage de PSA ; dont **63%** qui l'avaient demandé eux-mêmes.

Question IIf

- Enfin, **77%** déclaraient se sentir mieux pris en charge s'ils pratiquaient le dosage des PSA.
Ils étaient plus nombreux parmi ceux qui avaient un antécédent de cancer prostatique dans leur entourage : **88%**.

3- Partie III

Notre 3^e partie correspondait à l'**objectif principal** de cette étude : établir un score de connaissance sur les informations reçues par les patients au sujet de ce dépistage.

Suite à notre revue de la littérature, nous avons sélectionné les informations qui semblaient essentielles à comprendre et à retenir par les patients. Les questions de notre 3^e partie interrogeaient les patients sur ces informations :

Question IIIa

Le dépistage du cancer de la prostate par PSA n'est pas systématique, c'est une décision à prendre par le patient ?

- **51,2%** des patients ont répondu oui, ce qui était considéré comme une bonne réponse
- **30,2%** ont répondu non,
- **18,6%** ne savaient pas,
- **2,3%** ont répondu « autre ».

Question IIIb

Si votre taux de PSA est normal, cela signifie que vous n'avez pas de cancer de la prostate ?

- **35,2%** ont répondu oui,
- **31,8%** ont répondu non, ce qui était considéré comme la bonne réponse,
- **31,8%** ne savaient pas,
- **1,1%** ont répondu « autre ».

Question IIIc

Si votre taux de PSA est élevé, cela entraînera d'autres examens qui pourront avoir des effets secondaires ?

- **55,7%** ont répondu oui, ce qui était considéré comme la bonne réponse
- **8%** ont répondu non.
- **35,2%** ne savaient pas
- **1,1%** ont répondu « autre ».

Question III d

Le traitement du cancer de la prostate peut entraîner des effets secondaires tels que des troubles de l'érection ou une incontinence urinaire ?

- **73,9%** ont répondu oui, ce qui était considéré comme la bonne réponse.
- **3,4%** ont répondu non,
- **22,7%** ne savaient pas,

Question III e

Sans traitement, un cancer de la prostate peut évoluer sans symptômes pendant plus de 10ans ?

- **43,2%** ont répondu oui, ce qui était considéré comme la bonne réponse
- **2,3%** ont répondu non
- **54,5%** ne savaient pas

- Au total, **58%** avaient un score $>$ ou $=$ à 3/5 et étaient donc considérés comme bien informés. Ce résultat était notre **critère de jugement principal**.

Parmi ces patients, **87%** déclaraient avoir eu une information au sujet des PSA.

66% l'avaient eu par leur médecin, **13%** par leur famille, **8%** par internet, **6%** par une brochure et **4%** par un ami ou autre.

- Parmi ceux qui avaient un score $<$ à 3/5 (soit **42%**), **59%** déclaraient avoir été informés.

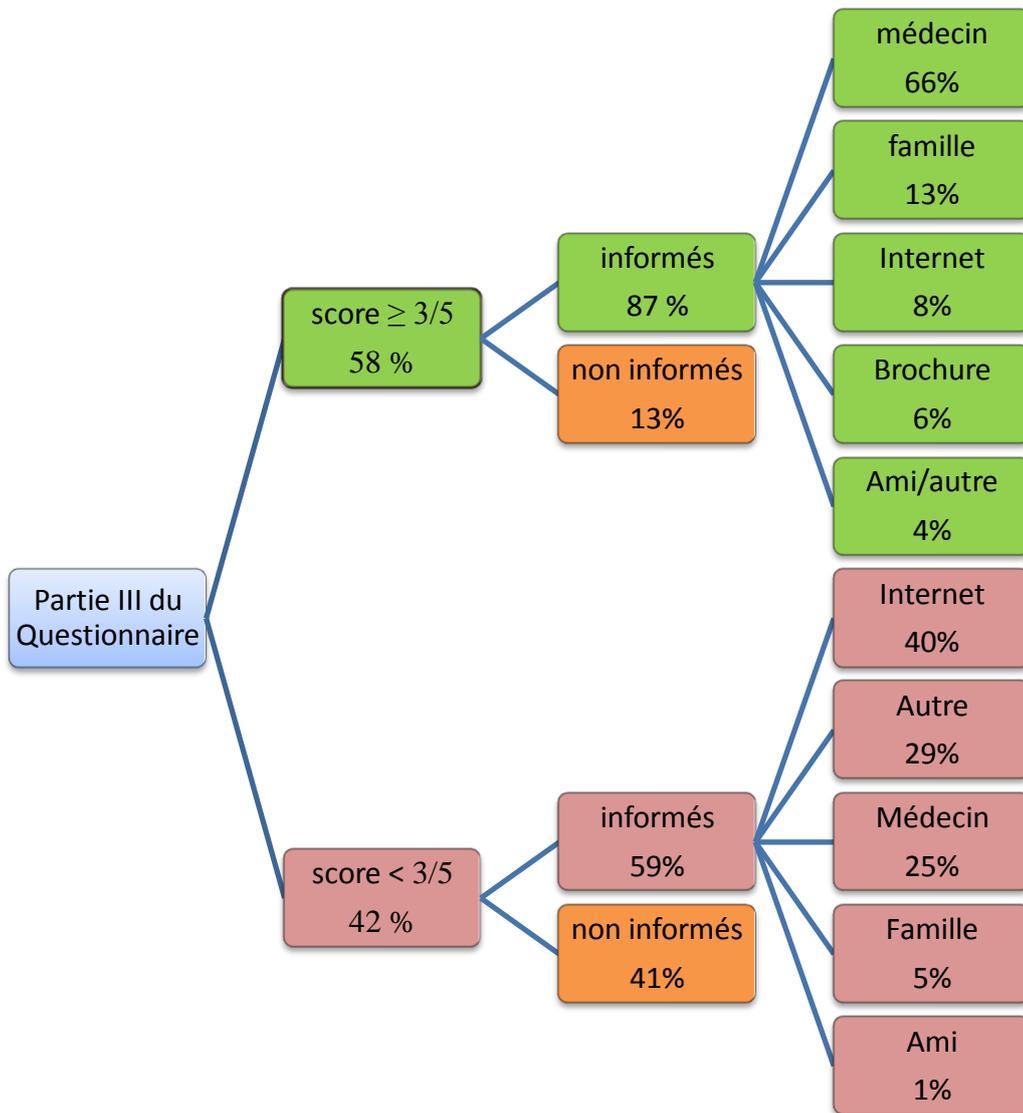
40% par internet, **29%** par « autre », **25%** par leur médecin, **5%** par la famille, **1%** par un ami.

Parmi « autre », en plus des réponses non précisées nous avons retrouvé :

« Abonné à la revue « vivre » »

« Presse-médias »

« Moi-même »

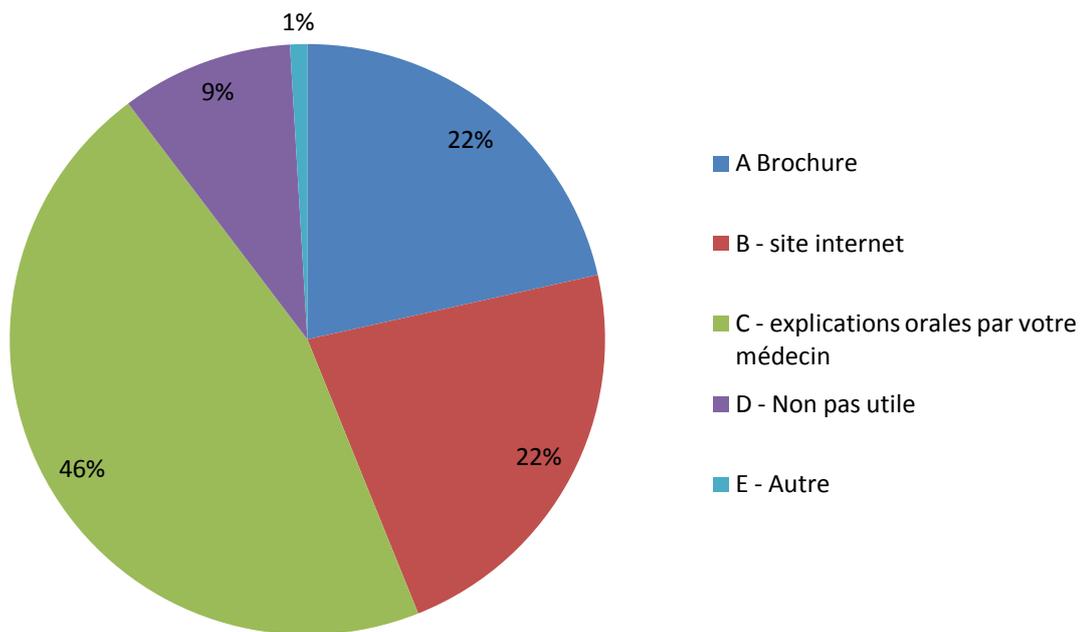


Arbre représentant les scores des patients corrélés au mode d'information

- Parmi ceux qui ont eu un bon score, **94%** avaient déjà réalisé un dosage de PSA.
- Ils étaient **85%** parmi ceux qui ont eu un moins bon score.

4- Partie IV

Parmi les répondants (81 patients), **45,8%** trouvaient intéressant d'avoir des explications orales par le médecin. **22,4%** préféraient l'accès à internet, 21,5% l'accès à une brochure et **9,3%** ne trouvaient pas utile d'avoir accès à l'information.



Répartition du moyen d'information désiré par les patients

- Parmi ceux qui aimeraient avoir accès à une brochure : On retrouve **65%** de retraités, **9%** de cadres, d'artisans et d'employés, **4%** de professions intermédiaires et d' « autre ».
- Parmi ceux qui préféreraient un site internet : **71%** de retraités, **17%** de cadres, **8%** d'artisans et **4%** d'ouvriers.

- Parmi ceux qui ont voté pour les informations données par le médecin : **78%** de retraités, **8%** d'employés, **6%** de cadres, **4%** d'artisans et **2%** de professions intermédiaires.

IV-Discussion

Principaux résultats : objectif principal et objectifs secondaires

Notre objectif principal était d'établir un score de « bonne information » des patients au sujet du dosage des PSA. Au total, **58%** ont été évalués comme « bien informés ». On constate que parmi ceux-ci, ils avaient été informés en majorité par leur médecin, à l'inverse de ceux qui étaient évalués « moins bien informés », qui l'avaient été majoritairement par internet.

Les objectifs secondaires étaient d'observer si les patients étaient eux même demandeurs d'un dosage de PSA, de savoir si le fait d'avoir des antécédents prostatiques dans l'entourage influençait cette demande et d'observer la représentation des patients sur ce dosage. **48,8%** des patients demandaient eux même un dosage de PSA, soit presque 1 patient sur 2; ces derniers étant plus nombreux parmi ceux qui avaient un ATCD prostatique chez leur proche (**63%**).

Notre hypothèse supposait que les patients étaient demandeurs de ce dosage car ils le pensaient rassurant. En effet, on retrouve que **77%** des patients déclarent se sentir mieux pris en charge si leur médecin leur prescrit un dosage de PSA. Ils étaient **88%** dans le groupe des patients ayant un ATCD prostatique dans leur entourage.

Analyse comparative de la littérature

Le rapport de l'ANAES « Information des patients – Recommandations destinées aux médecins»(35) recommandait de privilégier l'information orale initiale qui pouvait être complétée par un complément d'information écrite. Notre étude confirme que les informations données par le médecin (a priori plutôt orales) sont effectivement mieux comprises et retenues par les patients puisqu'ils obtiennent un meilleur score d'information dans nos questionnaires. En revanche, comparativement à l'étude du BJGP « Impact of a printed decision aid on patients' intention to undergo prostate cancer screening: a multicentre, pragmatic randomised controlled trial in primary care" (43) qui retrouvait que les patients informés avaient tendance à faire moins de dosage de PSA, notre étude retrouve que **94%** des patients bien informés réalisaient tout de même un dosage des PSA. Alors que parmi les patients moins bien informés, **85%** le réalisaient. Nous constatons donc que l'analyse de notre enquête quantitative ne va pas dans le même sens que dans cette étude.

Les limites de l'étude

Nous avons pu analyser 118 questionnaires. Un échantillon plus important nous aurait donné une meilleure fiabilité des résultats; en effet si nous avions atteint le nombre de sujets nécessaires de 384, les résultats auraient été plus significatifs. Chaque cabinet médical comprenait un MSU, ce qui est un biais de sélection. De plus, les médecins étant au courant de l'étude en cours, ils étaient sensibilisés au sujet et ont pu informer les patients de manière plus approfondie que dans leur pratique habituelle.

Dans notre question qui concernait la catégorie socio-professionnelle, nous n'avons pas interrogé les patients sur leur ancien emploi lorsque ces derniers étaient retraités. Nous avons donc une majorité de répondants retraités, ce qui ne nous permet pas de tirer des conclusions pertinentes sur les différentes catégories socio-professionnelles.

La dernière question de notre questionnaire ne précisait pas si une ou plusieurs réponses pouvaient être cochées, ce qui a pu empêcher certains patients de choisir plusieurs moyens d'information et de les hiérarchiser par ordre de leur préférence.

Perspectives

Il serait intéressant de renouveler cette étude en incluant également les informations perçues par les femmes. En effet, dans certains couples, une vraie relation triangulaire se met en place lors des consultations chez le médecin et les conjointes des patients prennent parfois part aux décisions en matière de santé de ces derniers.

Il serait également intéressant de réaliser une étude en interrogeant les patients sur les informations préalablement reçues, lors de la consultation chez l'urologue pour un résultat de PSA trop élevé. L'urologue de Saint Nazaire, que j'ai pu rencontrer m'évoquait qu'il était surpris d'observer que certains patients qu'il voyait en consultation semblaient peu au courant du motif de leur venue.

Cette enquête nous permet de penser que les médecins généralistes ont tout intérêt à mieux connaître, et mieux expliquer à leurs patients de sexe masculin,

les intérêts et les conséquences de ce type de dépistage, afin qu'ils soient informés convenablement. Le livret d'informations des patients élaboré par l'équipe du Dr Le Trilliard L(41) pourrait être utilisé avantageusement à cette occasion, par les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée.

Conclusion

En 2019, en France, les recommandations au sujet du dépistage du cancer de la prostate ne font pas consensus. Ce dépistage peut se réaliser en combinant les résultats d'un dosage biologique du taux de PSA et d'un toucher rectal. Les PSA étant sensibles mais peu spécifiques du cancer de la prostate, les patients souhaitant les réaliser doivent être informés des conséquences d'un résultat anormal. Cette information semble mieux comprise et retenue lorsqu'elle est donnée par le médecin que par les autres moyens de communication.

Ce dépistage reste cependant recommandé par la SFU et de nouvelles avancées permettent de le défendre.

L'IRM prostatique peut aujourd'hui être considérée comme « un test de tri » entre les PSA et les biopsies. Elles permettent de réaliser des biopsies dirigées si nécessaire, ce qui s'éloigne des cartographies biopsiques qui ont longtemps été réalisées. L'IRM permet également une surveillance sans intervention si le taux de PSA est élevé sans foyer visualisé à l'imagerie(50), ces méthodes nécessitent toutefois de nouvelles études à forte puissance pour pouvoir donner lieu à de nouvelles recommandations.

Des études ont récemment développé de nouveaux outils pour avoir un dépistage plus précis et plus ciblé. L'étude « Polygenic hazard score to guide

screening for aggressive prostate cancer: development and validation in large scale cohorts » publiée en janvier 2018 développe un score de risque polygénique permettant de prédire l'âge d'apparition d'un cancer agressif de la prostate et de savoir si il existe une nécessité de dépistage par PSA et à quel âge (51).

Un autre article publié en avril 2018 dans l'oncotarget (52) a démontré l'intérêt du développement du diagnostic précoce du cancer de la prostate par quantification du glypican-1 humain dans le plasma et le sérum. Ce biomarqueur permettrait de différencier les patients porteurs d'une HBP de ceux porteurs d'un cancer. A ce jour, les recherches autour du glypican-1 sont encore en cours.

Dans l'attente de nouvelles recommandations pouvant faire l'unanimité avec ces méthodes de dépistage émergentes, les patients doivent être informés de manière claire, des conséquences d'un résultat de PSA élevé.

V-Bibliographie

(1)

Haute Autorité de Santé - Détection précoce du cancer de la prostate [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623737/fr/detection-precoce-du-cancer-de-la-prostate

(2)

Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) - Adénome prostatique | Urofrance [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/hyperplasie-benigne-de-la-prostate-hbp-adenome-prostatique.html>

(3)

Cancer de la prostate / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-de-la-prostate>

(4)

Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H, Rat C, Boussageon R. Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ? *exercer* 2016 ;127 :216-25

(5)

La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique - Ref : BROPROSTATEPS16 [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique>

(6)

Mangin P, Cornu JN, Roupret M. Vingt ans de prise en charge du cancer de la prostate : le patient est-il resté le même ? Progrès en Urologie. 2007 ;(17):282-284.

(7)

L'antigène spécifique de la prostate ou PSA | Urofrance [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/lantigene-specifique-de-la-prostate-ou-psa.html>

(8)

Ploussard G, Staerman F, Pierrevelcin J, Larue S, Villers A, Ouzzane A, et al. Clinical outcomes after salvage radiotherapy without androgen deprivation therapy in patients with persistently detectable PSA after radical prostatectomy: results from a national multicentre study. *World J Urol.* oct 2014;32(5):1331-8.

(9)

RIGAUD J, LE NORMAND L, KARAM G, GLEMAIN P, BUZELIN J-M, BOUCHOT O. Facteurs pronostiques du cancer de la prostate traité par hormonothérapie de première intention. *Progrès en Urologie.* 2002;12:232–239.

(10)

Haute Autorité de Santé - Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272376/fr/elements-d-information-des-hommes-envisageant-la-realisation-d-un-depistage-individuel-du-cancer-de-la-prostate-document-a-l-usage-des-professionnels-de-sante

(11)

Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer de la prostate – Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009 [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961182/fr/depistage-du-cancer-de-la-prostate-analyse-critique-des-articles-issus-des-etudes-erspc-et-plco-publies-en-mars-2009

(12)

Wilson J, Jungner G. principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.

(13) (ancien 8)

Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate | Urofrance [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-en-onco-urologie-2016-2018-du-ccafu-cancer-de-la-prostate>

(15)

ERSPC: la première étude montrant une réduction de la mort suite au dépistage par PSA du cancer de la prostate [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_resume=103

(14)

Burin B. « Etat des lieux » des pratiques courantes de dépistage du cancer de la prostate auprès des médecins généralistes et de leurs patients en Loire Atlantique. Thèse de médecine. Université de Nantes ;2005,72p.

(16)

Eckersberger E, Finkelstein J, Sadri H, Margreiter M, Taneja SS, Lepor H, et al. Screening for Prostate Cancer: A Review of the ERSPC and PLCO Trials. Rev Urol. 2009;11(3):127-33.

(17)

Cancer et médecine générale lecmg [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <http://lecmg.fr/internet/index.php?numrubrique=524&numsousrubrique=605&numarticle=1192&PHPSESSID=c77s87db12lb3qd8g0a1r46726>

(18)

Fleshner K, Carlsson SV, Roobol MJ. The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. Nat Rev Urol. janv 2017;14(1):26-37.

(19)

Cooperberg MR. The New US Preventive Services Task Force « C » Draft Recommendation for Prostate Cancer Screening. Eur Urol. 2017;72(3):326-8.

(20)

Gouvernement de l'Ontario M de la S et des S de L durée. Cancer de la prostate et test PSA - Cancer - Publications en ligne - Information pour le public - MSSLD [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/cancer/psa/psa_test/prostate.aspx

(21)

Rendon RA, Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, Saad F, So A, et al. Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis. *Can Urol Assoc J.* oct 2017;11(10):298-309.

(22)

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 26 mars 2009;360(13):1320-8.

(23)

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet.* 2014;384(9959):2027–35.

(24)

Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Jan 18;104(2):125–32.

(25)

Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan J, et al. Extended Mortality Results for Prostate Cancer Screening in the PLCO Trial with Median 15 Years Follow-up. *Cancer.* 15 févr 2017;123(4):592-9.

(26)

Pinsky PF, Miller E, Prorok P, Grubb R, Crawford ED, Andriole G. Extended follow-up for prostate cancer incidence and mortality among participants in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian randomized cancer screening trial. *BJU International* [Internet]. [cité 10 déc 2018];0(0). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bju.14580>

(27)

Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 6 mars 2018;319(9):883-95.

(28)

Lundgren P-O, Kjellman A, Norming U, Gustafsson O. Long-Term Outcome of a Single Intervention Population Based Prostate Cancer Screening Study. *The Journal of Urology*. 1 juill 2018;200(1):82-8.

(29)

Carter HB. Prostate-Specific Antigen (PSA) Screening for Prostate Cancer: Revisiting the Evidence. *JAMA*. 08 2018;319(18):1866-8.

(30)

Stockholm3 Risk Score - home - EIT Health [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: https://www.eithealth.eu/home?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3985804&_101_type=content&_101_urlTitle=stockholm3-risk-score&inheritRedirect=false

(31)

Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 5 sept 2018;362:k3519.

(32)

Hamard, C. Dépistage du cancer de la prostate :etat des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire.[thèse de doctorat de médecine générale,Université d'Angers].2016 oct 13.

(33)

Rocher, S. Recours au PSA pour le dépistage du cancer de la prostate : une analyse de la variabilité des pratiques à partir des données collectées par la CPAM de Loire-Atlantique[thèse de doctorat de médecine générale, Université de Nantes] 2017 mai 2.

(34)

Calcine, V. Controverse autour du dépistage du cancer de la prostate: influence sur l'attitude des médecins généralistes pour eux-mêmes et leur famille, enquête de pratique auprès des maîtres de stage[Thèse de doctorat de médecine générale, Université de médecine Pierre et Marie curie, Paris]2012.

(35)

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Paris : Anaes ; 2000.

(36)

Holmes-Rovner M. International Patient Decision Aid Standards (IPDAS): beyond decision aids to usual design of patient education materials. Health Expect. juin 2007;10(2):103-7.

(37)

Flood AB, Wennberg JE, Nease RF, Fowler FJ, Ding J, Hynes LM. The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer. J Gen Intern Med 1996;11(6):342-9.

(38)

Frosch DL, Kaplan RM, Felitti V. Evaluation of two methods to facilitate shared decision making for men considering the prostate-specific antigen test. J Gen Intern Med 2001;16(6):391-8.

(39)

Brochures d'information [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: [/article/25988_toutes-les-brochures-de-la-ligue](#)

(40)

Le dépistage du cancer de la prostate - S'informer avant de décider - Ref : BROPROSTATE16 [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-decider>

(41)

Normand C, Gillot M, Letrilliart L. *Elaboration d'un livret d'information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate*. exercer 2013 ; 106 : 58-64

(42)

Normand C, Gillot M, Letrilliart L. Les documents d'information sur le dépistage du cancer de la prostate : une revue de la littérature. Exercer 2013 ; 106 : 52-57

(43)

Tran V-T, Kisseleva-Romanova E, Rigal L, Falcoff H. Impact of a printed decision aid on patients' intention to undergo prostate cancer screening: a multicentre, pragmatic randomised controlled trial in primary care. *Br J Gen Pract.* 1 mai 2015;65(634):e295-304.

(44)

Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 janv 2014;(1):CD001431.

(45)

Weiner AB, Tsai KP, Keeter M-K, Victorson DE, Schaeffer EM, Catalona WJ, et al. The Influence of Decision Aids on Prostate Cancer Screening Preferences: A Randomized Survey Study. *J Urol.* nov 2018;200(5):1048-55.

(46)

Rechercher sur le site du Collège des médecins du Québec [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/gcse.aspx?lang=fr&q=prostate%20cancer>

(47)

Netgen. Dépistage du cancer de la prostate : partager avec le patient les incertitudes [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-496/Depistage-du-cancer-de-la-prostate-partager-avec-le-patient-les-incertitudes>

(48)

Riikonen JM, Guyatt GH, Kilpeläinen TP, Craigie S, Agarwal A, Agoritsas T, et al. Decision Aids for Prostate Cancer Screening Choice: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 24 juin 2019 [cité 24 juill 2019]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2736354>

(49)

Frappe P., Petersen W. Initiation à la recherche. *GM santé.* Lyon : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale; 2018.

(50)

Villiers A, Olivier J, Annoot A, Puech P, Leray X. Emergence de la simple surveillance du cancer de la prostate et des traitements partiels. Rôle clé de l'IRM. *Bull. Acad. Natle Méd.,* 2018 jun 5.

(51)

Seibert TM, Fan CC, Wang Y, Zuber V, Karunamuni R, Parsons JK, et al. Polygenic hazard score to guide screening for aggressive prostate cancer: development and validation in large scale cohorts. *BMJ*. 10 janv 2018;360:j5757.

(52)

Levin RA, Lund ME, Truong Q, Wu A, Shore ND, Saltzstein DR, et al. Development of a reliable assay to measure glypican-1 in plasma and serum reveals circulating glypican-1 as a novel prostate cancer biomarker. *Oncotarget*. 27 avr 2018;9(32):22359-67.

VI-Annexes

Annexe 1- Questionnaire :

Partie I

a : Acceptez-vous que ces données anonymes soient utilisées dans le cadre d'une thèse de médecine générale ?

- A) oui.....
 - B) non.....
-

b : Quel est votre Age ?.....

c : Quel est votre code postal ?.....

d : Quelle est votre catégorie socio professionnelle ?

- A) Agriculteur exploitant.....
- B) Artisan, commerçant, chef d'entreprise.....
- C) Cadres, professions intellectuelle supérieure.....
- D) Professions intermédiaires.....
- E) Employés.....
- F) Ouvriers.....
- G) Retraités.....
- H) Sans emploi.....
- I)Autre(précisez).....

e-Avez-vous déjà entendu parler du dosage sanguin des PSA (Prostatic Specific Antigen) ?

- A) Oui.....
 - B) Non (**vous pouvez arrêter ici ce questionnaire**)
 - C) Autre (précisez)
-

Partie II

a- Avez-vous déjà fait une prise de sang avec dosage des PSA ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Je ne sais pas.....

b- Si oui, avez-vous eu des informations à ce sujet auparavant?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C)Autre(précisez).....

c-Si oui, par qui ? (plusieurs réponses sont possibles)

- A) Votre médecin ?.....
- B) Un ami ?.....
- C) Membre de votre famille ?.....
- D) Internet ?.....
- E) Brochure en salle d'attente ?.....
- F) Autre(Précisez).....

d-Si oui, Est-ce vous qui avez demandé un dosage de votre taux de PSA à votre médecin traitant ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Autre (précisez)

e-Y-a-t-il des antécédents de cancer de la prostate dans votre entourage ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Autre (précisez).....

f- Vous sentez vous mieux pris en charge si votre médecin vous prescrit un dosage de PSA ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Autre (précisez)

Partie III

Certaines personnes pensent que, et vous pensez vous que...

a- Le dépistage du cancer de la prostate par PSA n'est pas systématique, c'est une décision à prendre par le patient ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Autre (précisez)

b-Si votre taux de PSA est normal, cela signifie que vous n'avez pas de cancer de la prostate ?

- A) Oui
- B) Non.....
- C) Je ne sais pas.....

c-Si votre taux de PSA est élevé, cela entrainera d'autres examens qui pourront avoir des effets secondaires ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Je ne sais pas.....
- D) Autre (précisez)

d- Le traitement du cancer de la prostate peut entrainer des effets secondaires tels que des troubles de l'érection ou une incontinence urinaire ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Autre ? (précisez)
-

e-Sans traitement, un cancer de la prostate peut évoluer sans symptômes pendant plus de 10ans ?

- A) Oui.....
- B) Non.....
- C) Je ne sais pas.....
- D) Autre (précisez).....

Partie IV

a-Si vous n'avez pas eu d'informations, trouveriez vous intéressant d'avoir accès à :

- A) A une brochure ?
- B) Un site internet ?.....
- C) Des explications orales par votre médecin à ce sujet?.....
- D) Non, ça ne me serait pas utile.....
- E) Autre (précisez).....

Annexe 2 - Dépistage du cancer de la prostate : document d'information à l'usage des patients

Ce document a pour but de vous fournir l'information nécessaire pour discuter du dépistage du cancer de la prostate avec votre médecin, et décider d'être dépisté ou non. Il n'existe pas actuellement d'accord au sein de la communauté médicale sur ce dépistage, notamment en raison des incertitudes concernant les bénéfices et les risques du traitement précoce de ce cancer.

Plan

La prostate : une glande sexuelle

Le cancer de la prostate : une maladie fréquente et d'évolution variable

Un cancer plus ou moins étendu

Un cancer de progression plus ou moins rapide

Les facteurs de risque

Les antécédents familiaux

L'origine ethnique et géographique

Deux principaux examens de dépistage

Le toucher rectal

Le dosage du PSA

L'association du toucher rectal et du dosage du PSA

En cas de dépistage positif : les biopsies

En cas de biopsie positive : la prise en charge du cancer

Efficacité des traitements du cancer localisé

Evaluation de la procédure de dépistage

Synthèse des arguments

Principaux avantages du dépistage

Principaux inconvénients du dépistage²

La prostate : une glande sexuelle

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin, de la taille d'une noix, située sous la vessie. Elle entoure le canal par lequel passe l'urine (l'urètre), et est recouverte par une capsule. Elle produit une partie du liquide qui forme le sperme.

Vers l'âge de 50 ans, progressivement la glande devient fibreuse et son volume augmente jusqu'à constituer un **adénome** (appelé aussi hypertrophie bénigne) de la prostate. L'adénome est une tumeur bénigne dont la structure ressemble à celle de la glande normale dont elle dérive. Parfois la prostate comprime l'urètre et les symptômes suivants apparaissent : besoin d'uriner souvent, surtout pendant la nuit, avec des difficultés pour uriner ou pour se retenir d'uriner. L'adénome de la prostate atteint un homme sur 2 entre 60 et 69 ans, et n'a pas de lien avec le cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate : une maladie fréquente et d'évolution variable

C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme, représentant approximativement un tiers des nouveaux cas de cancer. Environ 15% des hommes âgés de 60 ans en sont atteints, environ 70% à 80 ans, mais il n'est pas toujours diagnostiqué en l'absence de symptômes. Lorsqu'il est diagnostiqué, c'est le plus souvent entre 70 et 75 ans et exceptionnellement avant 50 ans.

Un cancer plus ou moins étendu

Le cancer de la prostate correspond à la transformation de certaines cellules de la glande prostatique en cellules cancéreuses. Celles-ci acquièrent la capacité de se multiplier sans raison apparente pour former une tumeur maligne. Lorsque le cancer est **localisé** à la prostate, c'est-à-dire qu'il ne s'étend pas au-delà de la capsule prostatique, il n'entraîne pas de retentissement sur la santé. Mais dans certaines formes de cancer, les cellules cancéreuses migrent en dehors de la prostate. Elles envahissent alors les organes voisins (vésicules séminales, vessie, rectum...) puis les ganglions du petit bassin, puis des organes éloignés (os, poumons...), constituant alors des **métastases**. Le patient peut ressentir une gêne urinaire en cas de cancer localement avancé, et des douleurs osseuses en cas de métastases.

Un cancer de progression plus ou moins rapide

Dans environ 70% des cas, la progression du cancer est très lente. Après 20 ans d'évolution, il conduit au décès d'un patient sur onze.

Dans 30 % des cas, le cancer progresse plus rapidement. S'il est localisé, il conduit au décès d'un patient sur neuf après 5 ans. S'il est métastatique, il conduit au décès d'un patient sur deux après 5 ans d'évolution.

La médecine ne permet pas actuellement de prédire précisément l'évolution du cancer de la prostate au moment du diagnostic, et notamment de repérer les formes qui seront agressives.

Les facteurs de risque

Les antécédents familiaux

Le risque de développer un cancer de la prostate est multiplié par un facteur compris entre 2 et 3,5 si le père, un frère ou un oncle en est atteint. Il est multiplié par 10 si trois cas ont été identifiés chez des parents au premier ou second degré, ou seulement deux cas mais survenus avant 55 ans.

L'origine ethnique et géographique

Les populations antillaises et afro-américaines ont un risque de cancer de la prostate multiplié par 2.

Deux principaux examens de dépistage

L'objectif du dépistage est de permettre le diagnostic du cancer de la prostate au stade le plus précoce possible, avant l'apparition de tout symptôme. Deux examens peuvent être proposés aux hommes de 50 à 75 ans : le toucher rectal et le dosage de l'Antigène spécifique de la prostate (PSA). L'âge de 75 ans est considéré comme l'âge limite pour réaliser le dépistage. Au-delà de cet âge, les avantages du dépistage diminuent et ses inconvénients augmentent.⁴

Le toucher rectal

Le toucher rectal, fait par votre médecin, consiste à rechercher avec le doigt introduit par l'anus la présence d'un nodule dur au niveau de la prostate, signe d'une anomalie. Cet examen n'est cependant pas très performant. Même pour un médecin bien entraîné, le toucher rectal est anormal dans environ un cas sur dix en l'absence de cancer de la prostate, et il est normal dans environ quatre cas sur dix en cas de cancer.

Le dosage du PSA

L'Antigène spécifique de la prostate (PSA) est une protéine produite uniquement par la prostate, que l'on dose dans le sang au laboratoire de biologie. L'antigène n'est pas spécifique du cancer de la prostate : son augmentation est un signe de maladie prostatique mais pas nécessairement d'un cancer. Une élévation importante du PSA peut en effet avoir lieu à la suite de certaines maladies (infection urinaire, prostatite aiguë, adénome de la prostate) ou de certains gestes chirurgicaux.

On considère habituellement que le seuil de décision est un taux de PSA sérique total supérieur à 4 nanogrammes par millilitre (sauf en cas d'élévation rapide). Mais ce seuil augmente avec l'âge, comme indiqué dans le tableau. Cet examen est imparfait car le taux de PSA est anormal dans un à deux cas sur dix en l'absence de cancer de la prostate, et il est normal dans environ trois cas sur dix en cas de cancer.

En cas de taux de PSA (total) anormal, on peut mesurer une composante particulière du PSA, le PSA libre, afin de calculer le rapport PSA libre/PSA total. Si ce rapport est supérieur à 25 %, le risque de cancer est inférieur à 10 %. S'il est inférieur à 10 %, le risque de cancer est supérieur à 50 %.

L'association du toucher rectal et du dosage du PSA

La combinaison d'un toucher rectal et d'un dosage sanguin du PSA est un peu plus performante que chaque examen réalisé séparément. Mais les deux examens sont encore normaux dans un à deux cas sur dix en cas de cancer de la prostate.

En cas de dépistage positif : les biopsies

Si un dépistage est réalisé et que l'un des deux examens est anormal, le patient est adressé à un urologue, qui habituellement réalise une douzaine de biopsies prostatiques. Cet examen, d'une durée de 20 à 30 minutes, consiste à prélever des cellules de la prostate à l'aide d'une aiguille introduite par l'anus, sous anesthésie locale et sous échographie. Les prélèvements sont ensuite analysés dans un laboratoire spécialisé pour confirmer ou non l'existence du cancer.

Cet examen est le plus souvent pratiqué avec un traitement antibiotique préventif, mais sans hospitalisation. Il peut être douloureux malgré l'anesthésie et provoque des **complications** dans au moins 2 à 3 % des cas : prostatite (infection de la prostate), rétention d'urines, hématurie (sang dans les urines), rectorragie (sang dans les selles), septicémie (infection généralisée, pouvant conduire exceptionnellement au décès). Une hématurie minime ou une hématospermie (sang dans le sperme), qui se manifestent dans plus de 15 % des cas, ne sont pas considérées comme de véritables complications.

Dans près d'un cas sur cinq, l'aiguille peut passer à côté des zones cancéreuses. C'est pourquoi des biopsies normales n'écartent pas totalement le diagnostic de cancer de la prostate. En cas de suspicion persistante de cancer, de nouvelles biopsies peuvent être réalisées.

En cas de biopsie positive : la prise en charge du cancer

Après discussion au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire, plusieurs options peuvent être proposées en fonction des caractéristiques du cancer, de l'âge du patient et des éventuelles pathologies associées.

Si le cancer est localisé, les principales stratégies suivantes sont envisageables :

La surveillance active

Il s'agit d'une alternative à un traitement local dans certaines formes de cancers localisés. Le suivi comporte habituellement une mesure du taux de PSA et un toucher rectal (tous les trois mois pendant les 2 premières années puis tous les 6 mois), une échographie transrectale (tous les 6 à 12 mois) et

une série de biopsies de contrôle (à 1 an puis tous les 2 à 3 ans). En cas de maladie évolutive ou de souhait du patient, un traitement local peut être pratiqué ultérieurement.

La prostatectomie totale Cette intervention chirurgicale consiste à enlever l'ensemble de la prostate et des vésicules séminales.

La radiothérapie Elle peut être réalisée par voie externe avec des rayonnements radioactifs (radiothérapie externe) ou par voie interne avec une substance radioactive (curiethérapie).

Si le cancer est localement avancé ou métastatique, d'autres stratégies sont utilisées : L'hormonothérapie Il s'agit d'un traitement médicamenteux, injecté par voie intramusculaire ou sous-cutanée, de façon continue ou intermittente.

La radiothérapie externe Dans le cancer prostatique avancé mais non métastatique, l'hormonothérapie est souvent associée à une irradiation du petit bassin.

La chimiothérapie Elle est réservée à certains cas où l'hormonothérapie n'est plus efficace.

Efficacité des traitements du cancer localisé

Le tableau ci-dessous présente les bénéfices attendus à 10 ans des différentes stratégies disponibles (Anaes, 2004).

Survie

Prostatectomie totale	90 %
Radiothérapie externe	70 %
Curiethérapie	44 à 83 %
Surveillance active	85 %

Effets indésirables des traitements du cancer localisé

Tous les traitements exposent à des effets secondaires qui sont fréquents et invalidants. Les principaux effets survenant dans l'année suivante sont présentés dans le tableau ci-dessous (Anaes, 2004).

	Incontinence urinaire	Troubles de l'érection	Absence d'éjaculation	Troubles digestifs*
Prostatectomie totale	4 à 39 %	20 à 80 %	100 %	non
Radiothérapie externe	0 à 13 %	4 à 55 %	non	1 à 36 %
Curiethérapie	6 à 15 %	5 à 70 %	non	5 à 19 %

Evaluation de la procédure de dépistage

Selon une synthèse méthodique (méta-analyse) des grandes études internationales, la mise en oeuvre d'un dépistage systématique n'entraîne pas de diminution de la mortalité par cancer de la prostate ni de la mortalité totale (Djulfbegovic, BMJ 2010).

Synthèse des arguments (Anaes, 2004)

Principaux avantages du dépistage

- Si le résultat est normal, cela pourra rassurer celui qui le fait.
- Il permet de détecter le cancer avant que les symptômes ne se développent.
- Il permet de détecter le cancer à un stade précoce, ce qui pourrait permettre de démarrer un traitement plus tôt.
- Si le traitement est efficace, il peut permettre d'éviter les conséquences d'un cancer métastatique ou une mort prématurée.

Principaux inconvénients du dépistage

- Le test peut être faussement négatif et rassurer à tort celui qui le fait.
- Il peut rendre anxieux et induire des examens médicaux inutiles.
- Il peut détecter des cancers d'évolution lente ou des formes tardives, pour lesquels aucun soin n'aurait été nécessaire.
- Les traitements du cancer ont des effets secondaires qui peuvent affecter la vie quotidienne.
- Le traitement peut, dans certains cas, ne pas être efficace.

Auteurs : Dr Marie-Thérèse Ravelonanosy-Gillot, Dr Catherine Normand, Dr Laurent Letrilliart.
Département de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon 1

Vu, le Président du jury, Professeur Jérôme Rigaud

Vu, la Directrice de Thèse, Dr Anne Le Moing

Vu, le Doyen de la Faculté,

Evaluation of collected information regarding prostate cancer screening by PSA: descriptive and prospective study carried out among a male population over 50 in Vendée.

ABSTRACT

Introduction: The PSA dosage in the systematic prostate cancer screening is not requested. Nevertheless opinion is divided as individual screening is concerned according to risks factors of the patients. Any PSA prescription must be followed by information on the benefits and disadvantages induced.

Objective: Assessment of information given and kept by the patients about PSA in Vendée.

Material and method: Descriptive and prospective study carried out during 6 weeks in Vendée. Auto-questionnaire with evaluation of information with the score of essential items to know in order to take decision for PSA dosage. The target population was men over 50 living in Vendée.

Results: 118 questionnaires have been analyzed. 88,8% of the patients had already made a PSA dosage. Among the last ones, 81,09% declared having already received information before. Only 58% had a score of "good information" > or = to 3/5; they had been informed for most of them by their general practitioner. Those with a score <to 3/5 had less information and most of them received information with the Internet. The means of information wished by the patients depended on their socio-professional category.

Conclusion: Most of patients asked having made a PSA dosage were well informed on the screening. The information doesn't seem to decrease the demand for this biological test. Scientific advances tend to have a better target and more precise screening; studies in progress will probably lead to recommendation changes in the coming years.

Key-words: prostate cancer, screening, PSA, recommandations.

Titre de la thèse : Evaluation des informations reçues au sujet du dépistage du cancer de la prostate par PSA : Etude descriptive et prospective dans la population masculine de plus de 50 ans en Vendée.

RESUME

Introduction : Le dosage des PSA dans le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé. Cependant, les avis divergent concernant le dépistage individuel en fonction des facteurs de risque des patients. Toute prescription de PSA doit être accompagnée d'une information sur les bénéfices et inconvénients qu'elle entraîne.

Objectif : Evaluer les informations reçues et retenues par les patients au sujet des PSA en Vendée.

Matériel et méthode : Etude descriptive et prospective menée pendant 6 semaines en Vendée. Auto-questionnaire avec évaluation des informations par le biais d'un score reprenant les items essentiels à connaître pour décider de réaliser un dosage de PSA. La population cible était les hommes de plus de 50 ans résidant en Vendée.

Résultats : 118 questionnaires ont été analysés. 88,8% des patients avaient déjà réalisé un dosage de PSA. Parmi ces derniers, 81,09% déclaraient avoir reçu une information auparavant. On observe que seulement 58% avaient un score de « bonne information » > ou = à 3/5 ; ils avaient été informés en majorité par leur médecin généraliste. Ceux ayant eu un score < à 3/5 avaient reçu moins d'information et l'avaient eu en majorité par internet. Les moyens d'information souhaités par les patients étaient différents selon leur catégorie socioprofessionnelle.

Conclusion : La majorité des patients interrogés réalisant un dosage de PSA est bien informée sur ce dépistage. L'information ne semble pas diminuer la demande de ce test biologique. Les avancées de la science tendent à rendre ce dépistage plus ciblé et plus précis; les études en cours entraîneront probablement des changements de recommandations dans les années à venir.

Mots clés : cancer de la prostate, dépistage, PSA, recommandations