

Cancer de la prostate: dépister ou pas?

SANTÉ Faut-il systématiquement détecter, et traiter, le plus fréquent des cancers masculins? Le sujet provoque des débats dans le corps médical. Par Elisabeth Gordon.

Il y a ceux qui ne s'en cachent pas, comme le général américain Schwarzkopf ou le fondateur du géant informatique Andy Gore. D'autres, tel l'acteur Jean-Luc Bideau, en parlent "sans se gêner" dans les medias. Mais, dans leur immense majorité, ceux qui ont souffert du cancer de la prostate préfèrent rester discrets et, à partir de cinquante ans, la plupart craignent en silence le verdict de leur médecin. Rien d'étonnant. Ce cancer est, chez les hommes, le plus fréquent – plus de 4.000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année en Suisse – et il représente chez eux la deuxième cause de mortalité par cancer (1300 décès par an). Pour être fréquente, cette maladie n'en est pas moins complexe et son dépistage, de même que ses traitements, font l'objet de nombreux débats.

Le fauteur de trouble est cette glande en forme de châtaigne qui enveloppe le col de la vessie et qui est traversée par le canal de l'urètre. Longtemps, on a cru qu'elle ne servait à rien. Le célèbre homme d'Etat français du début du 19^{ème} siècle George Clemenceau, qui était aussi médecin, déclarait ainsi après son opération: "il y a deux organes inutiles, la prostate et la présidence de la République" (cité par Bernard Debré dans *Tout savoir sur la prostate*, Ed. Favre). En fait, cette glande sexuelle a son utilité, puisqu'elle participe par ses sécrétions à la constitution du sperme. Le problème est qu'elle grossit avec l'âge; elle produit alors des quantités plus élevées de PSA (antigène prostatique spécifique).

C'est le fameux PSA dont le dosage sert, en complément du toucher rectal, à dépister le cancer. Et c'est là que le bât blesse. Car si une augmentation de sa concentration indique une maladie de la prostate, elle ne signifie pas pour autant qu'il y a tumeur: ce marqueur n'est pas spécifique au cancer. Faut-il alors se fier au PSA? Est-il utile de généraliser ce test? Pour Christophe Iselin, médecin chef au service d'urologie des HUG, il s'agit en effet d'un "point chaud; le problème du dépistage n'est pas résolu".

Certains spécialistes affichent leur confiance dans le dépistage, à l'instar de Charles-Henry Rochat. L'urologue genevois estime que ceux qui émettent des doutes à son sujet "prennent le problème à l'envers. Les trois-quarts des hommes qui ont été opérés et guéris de leur cancer de la prostate l'ont été non pas parce qu'ils avaient des symptômes ni à la suite d'un dépistage par le toucher, mais grâce au test de PSA".

Un autre argument en faveur du dépistage vient d'une étude réalisée, il y a plus de dix ans, par William Catalona. Après avoir opéré des hommes atteints d'un cancer de la prostate, l'urologue américain a constaté, résume Christophe Iselin "que les deux tiers des patients qui avaient été dépistés uniquement par toucher avaient une tumeur qui s'étendait à l'extérieur de la capsule (de la glande), contre un tiers seulement de ceux qui avaient eu, en plus, un test de PSA". Pour le médecin genevois, cette "étude est fondamentale et elle a secoué les urologues"; ils y ont vu la preuve que le test permettait une détection plus précoce de la tumeur.

Seulement voilà; le bénéfice de ce repérage précoce n'a pas jamais été prouvé. Même "s'il existe des tendances indiquant qu'il pouvait diminuer la mortalité due au cancer, aucune étude ne l'a clairement démontré", souligne Hans-Jürg Leisinger,

responsable du service d'urologie du CHUV. Dans un article qu'il a co-signé dans *Primary Care*, il cite d'ailleurs une enquête qui a montré que "le dépistage dans une région avec forte promotion du PSA a augmenté la fréquence des prostatectomies (ablation de la prostate) mais n'a pas diminué la mortalité par rapport à un faible dépistage". On devrait en savoir plus sur le sujet lorsque de larges études sur la question, engagées aux Etats-Unis et en Europe, livreront leurs résultats. Mais ce ne sera pas avant deux ans.

Traitements variés

On peut s'étonner de ces incertitudes lorsqu'on connaît la palette de traitements disponibles contre la maladie. En la matière, les moyens ne manquent pas: qu'il s'agisse de la radiothérapie classique ou de la curiethérapie (pose d'implants radioactifs), et bien sûr de la chirurgie. Dans ce dernier domaine, les interventions ont d'ailleurs fait l'objet de perfectionnements constants, qu'elles se fassent "à ventre ouvert" ou, de manière beaucoup moins invasive, par laparoscopie. Cette technique qui consiste à opérer en ne pratiquant que de petites incisions dans l'abdomen du patient, permet d'intervenir "par le trou de la serrure", comme le dit l'urologue genevois Jean Sauvain. Récemment, elle a même été robotisée grâce à Da Vinci, un micro-manipulateur de fabrication américaine. Cette machine permet au chirurgien d'opérer, assis à une console, par l'intermédiaire de bras robotisés et elle suscite l'enthousiasme de ses utilisateurs. A commencer par Charles-Henri Rochat, promoteur, en Suisse, des interventions réalisées avec Da Vinci qui a été introduit en 2003 à la Clinique Générale-Beaulieu à Genève. Cette technique "offre une précision accrue, diminue les saignements et la douleur", précise-t-il. "C'est une aide substantielle pour le chirurgien", ajoute Christophe Iselin qui utilise le robot acquis par les HUG au début de cette année.

Il reste que, quelque soit la méthode chirurgicale ou la radiothérapie employées, l'ablation de la prostate s'accompagne, jusqu'à preuve du contraire, d'effets secondaires indéniables. Elle provoque l'incontinence, chez quelque 5% des patients, et surtout l'impuissance, chez environ la moitié d'entre eux. Dans la mesure où ce cancer est silencieux et qu'il évolue souvent lentement, la plupart des hommes n'en ressentent pas, au début, le moindre symptôme. Ce qui confirme l'adage selon lequel on meurt plus souvent avec un cancer de la prostate que de ce cancer. Alors, faut-il vraiment intervenir? La question est légitime et sa réponse est donnée au cas par cas. Elle dépend de l'état de santé, et de l'âge, de l'homme concerné: la plupart des urologues estiment qu'il ne sert à rien de traiter une personne ayant une espérance de vie inférieure à dix ans. Pour certains, on peut se contenter de contrôles réguliers. Pas question donc de systématiser le PSA; mieux vaut s'en tenir à des dépistages ciblés. "Il est nécessaire d'avoir un approche nuancée et individuelle", souligne Hans-Jürg Leisinger. En attendant mieux.

Citation

"Aucune étude n'a démontré que le dépistage précoce des tumeurs diminuait la mortalité".

Hans-Jürg Leisinger, responsable du service d'urologie du CHUV

"Les trois-quarts des hommes guéris de leur cancer de la prostate le doivent

au test de PSA".

Charles-Henry Rochat, urologue à Genève