

Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon
Conférence de Paul PERRIN

Mardi 29 mars 2016 à 14h 30, Palais Saint-Jean

L'évolution des idées sur dépistage du cancer de la prostate

Le débat :

Le dépistage du cancer de la prostate est largement répandu en France. Il repose sur l'idée que son traitement est d'autant plus efficace que la tumeur est prise plus tôt et qu'une telle prise en charge doit bénéficier au plus grand nombre.

En fait les arguments qui justifient la mise en œuvre d'un dépistage sont plus complexes et dépassent de loin les 2 hypothèses précédentes.

Le but de cette présentation est d'apporter les éléments de raisonnements qui permettent à chacun de juger par soi-même du bien fondé d'un dépistage de cancer de la prostate.

Le concept de dépistage doit être précisé :

Derrière ce terme se cachent des actions très différentes.

Pris dans son sens commun c'est la recherche chez une personne en bonne santé apparente des signes d'une maladie avant qu'elle ne se déclare. C'est ce que font les médecins, en accord avec leurs patients quand ils le jugent utile. On parle alors de dépistage individuel ou plus clairement de diagnostic précoce car il s'agit d'un acte de soin. Cette décision repose sur la conviction du médecin et de son patient qu'une telle action pourrait apporter un bénéfice. « La relation médecin-malade est la rencontre libre d'une confiance (du patient) et d'une conscience (=compétence du médecin) ».

En terme de santé publique, le terme de dépistage concerne tout une population, (par exemple mammographie pour les femmes de 50 à 70 ans). L'action est décidée par une instance politique. On parle de dépistage de masse ou de dépistage organisé. Il s'agit d'une décision de santé publique. Cette décision repose sur la preuve d'un bénéfice pour la population. En cas de tumeur c'est la baisse de la mortalité dans la population qui sert de critère de jugement principal.

La notion de sur-diagnostic est un concept difficile à appréhender car il s'agit d'une notion statistique qui n'est pas à la portée d'une observation clinique. Elle consiste à évaluer le nombre de personnes qui ont été diagnostiquées comme « malades » et ont donc été traitées inutilement.

C'est l'analyse d'études cliniques randomisées qui permet ce calcul, rendu en général sous forme d'un pourcentage de la population soumises au dépistage de masse ou au traitement ou d'un ratio par exemple : il faut traiter 30 personnes pour 1 bénéfice.

Les tumeurs ne sont pas binaires, malignes ou bénignes, mais se distribuent selon une échelle de malignité entre ces 2 pôles. Aujourd'hui, nous ne savons pas prédire, à l'échelle individuelle, l'évolutivité d'une tumeur surtout à son tout début. C'est ainsi que le dépistage de masse fait prendre le risque de traiter des tumeurs indolentes sans bénéfice pour le porteur mais au prix de la morbidité du traitement (incontinence, impuissance).

Seules les études cliniques randomisées permettent d'évaluer les risques-bénéfices d'un programme de dépistage de masse. Ces études sont complexes, couteuses et peu nombreuses. Concernant le dépistage du cancer de la prostate, deux études (américaine (PLCO) et européenne (ERSPC)) sont d'un niveau scientifique qui autorise une interprétation.

Après plus de 10 ans de suivi, l'étude américaine conclut à l'absence de bénéfice en terme de mortalité par cancer. L'étude européenne conclut à une baisse de la mortalité par cancer de 20 % (de 5/1000 à 4/1000) mais au prix d'un surtraitement d'environ 20 à 30%.

C'est sur ces données que la Haute Autorité de Santé s'est opposée à la mise en place d'un dépistage de masse du cancer de la prostate en France.