



Dépistage du cancer de la prostate. «Instantané» d'une pratique quotidienne parmi 300 médecins généralistes du canton de Vaud

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 2840-2

V. Praz
P. Jichlinski
D. Aymon
H.-J. Leisinger

Dr Valentin Praz
Pr Patrice Jichlinski
Daniëla Aymon, infirmière de recherche
Pr Hans-Jürg Leisinger
Service d'urologie
CHUV, 1011 Lausanne
Valentin.Praz@chuv.ch
Patrice.Jichlinski@chuv.ch
Daniëla.Aymon@chuv.ch
Hans-Juerg.Leisinger@chuv.ch

Screening of the prostate cancer. «Instantaneous» of a daily practice among 300 general practitioners of the canton of Vaud.

This investigation brings information on the practice of 300 general practitioners of the canton of Vaud as for the use of the prostate-specific antigen (PSA) and the digital rectal examination (DRE) in the prostate cancer screening. The high rate of answer shows their interest for this problem which they deal with in adequacy with the international recommendations published by the societies of urology.

Cette enquête apporte une information sur la pratique de 300 médecins généralistes du canton de Vaud quant à l'utilisation du PSA et du TR dans le dépistage du cancer de la prostate. Le taux élevé de réponse démontre leur intérêt pour ce problème qu'ils traitent en adéquation avec les recommandations internationales publiées par les sociétés d'urologie.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et l'utilisation de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) ont pour conséquence une augmentation constante de l'incidence du cancer de la prostate.¹ Toutefois, les limites du dosage du PSA quant à la capacité de discriminer clairement un cancer par rapport à d'autres pathologies comme l'hyperplasie bénigne, la prostatite ou encore la rétention urinaire aiguë, et la prévalence élevée des cancers chez des hommes ayant un PSA considéré comme normal alimentent la controverse quant à son utilisation.^{2,3} Il n'en reste pas moins que le PSA reste le meilleur biomarqueur de la détection d'un cancer, dont celui de la prostate en particulier.⁴

L'objectif de cet article est d'apporter une information sur la pratique de 300 médecins généralistes du canton de Vaud vis-à-vis du dépistage du cancer de la prostate et de l'utilisation du PSA.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude a été réalisée sur la base d'un questionnaire adressé à 300 médecins généralistes du canton de Vaud (tableau 1).

RÉSULTATS

Taux de réponse

Deux cent vingt questionnaires sur 300 ont été rendus, dont 204 remplis et analysables, car 16 médecins généralistes retraités ont retourné un questionnaire vide. Le taux de réponse est donc de 204 sur 284 (72%).

PSA et TR

Cent cinquante-deux médecins (75%) dosent le PSA total dans un bilan initial, 45 ne le demandent pas et 7 ne répondent pas clairement à la question.

Cent soixante-cinq (80%) effectuent régulièrement un toucher rectal (TR), 33 ne le font pas et 6 ne répondent pas clairement à la question.

Parmi les 152 médecins qui dosent le PSA, 127 d'entre eux (84%) pratiquent également le TR.

Quant aux médecins généralistes qui ne dosent pas le PSA, 33 d'entre eux (75%) pratiquent le TR.

Onze médecins ne font ni PSA ni TR dans un bilan initial mais réalisent ces examens à la demande du patient.



Tableau 1. Questionnaire sur le dépistage du cancer de la prostate

1. Lors d'un bilan général, dosez-vous le PSA total chez vos patients ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non, pour quelles raisons ?																																				
2. Pratiquez-vous un toucher rectal ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> avant le dosage du PSA <input type="radio"/> après le dosage du PSA <input type="radio"/> non																																				
3. Qu'est-ce qui vous incite à doser le PSA total ?	<input type="radio"/> bilan général (check-up ou screening) <input type="radio"/> patient qui vient pour une affection urologique (hydrocèle, prostatite, calcul, etc.) <input type="radio"/> bilan d'une douleur rhumatismale <input type="radio"/> toucher rectal <input type="radio"/> à la demande du patient <input type="radio"/> en fonction d'une histoire familiale de cancer (prostate, sein, etc.)																																				
4. A quel âge et à quelle fréquence dosez-vous le PSA total ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Jamais</th> <th>Sporadique (1x/3ans)</th> <th>1x/2 ans</th> <th>1x/an</th> <th>> 1x/an</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 29 ans</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30-49 ans</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50-69 ans</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70-75 ans</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>> 75 ans</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Age	Jamais	Sporadique (1x/3ans)	1x/2 ans	1x/an	> 1x/an	< 29 ans						30-49 ans						50-69 ans						70-75 ans						> 75 ans					
Age	Jamais	Sporadique (1x/3ans)	1x/2 ans	1x/an	> 1x/an																																
< 29 ans																																					
30-49 ans																																					
50-69 ans																																					
70-75 ans																																					
> 75 ans																																					
5. Quelle valeur de PSA PSA total jugez-vous pathologique ?	<input type="radio"/> < 2,5 <input type="radio"/> 2,6-3,9 <input type="radio"/> 4 et >																																				
6. Utilisez-vous le PSA libre, ainsi que le rapport PSA libre/PSA total ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																				
7. Adressez-vous directement le patient à un urologue ou organisez-vous des investigations ?	<input type="radio"/> urologue sans investigations <input type="radio"/> investigations +/- urologue <input type="radio"/> US endorectal <input type="radio"/> CT-scan abdominal <input type="radio"/> IRM endorectale <input type="radio"/> Scinti. Osseuse																																				
8. Quel âge avez-vous ?	<input type="radio"/> 30-39 <input type="radio"/> 50-59 <input type="radio"/> 70 et > <input type="radio"/> 40-49 <input type="radio"/> 60-69																																				

Critères incitatifs pour le dosage du PSA

Les critères incitatifs du dosage du PSA sont cités par ordre de fréquence dans le **tableau 2**.

Notons l'importance de la demande du patient en comparaison des critères connus.

Fréquence du dosage du PSA en fonction de l'âge du patient

Avant l'âge de 50 ans pratiquement aucun dosage du PSA n'est demandé. Il est majoritairement dosé (une à deux fois par an) entre 50 et 75 ans. Au-delà, il est exceptionnellement effectué.

Valeur seuil du PSA

La valeur seuil de 4 et plus reste la plus couramment utilisée (92%).

71% des médecins demandent le PSA libre et le rapport PSA libre/PSA total.

Utilisation des investigations complémentaires

145 médecins (71%) envoient le patient chez un urologue sans investigation complémentaire, 49 réalisent certains

Tableau 2. Critères incitatifs du dosage du PSA

Demande du patient	156 (78%)
Bilan	150 (75%)
Histoire familiale	142 (71%)
TR	120 (60%)
Affection urologique	102 (51%)
Douleur rhumatismale	27 (13%)

examens avant de l'adresser, 10 ne répondent pas clairement à la question. Les examens réalisés par ordre de fréquence sont l'ultrason endorectal, la tomographie transverse computerisée et la scintigraphie osseuse. L'imagerie par résonance magnétique n'est jamais utilisée.

Prise en charge du patient en fonction de l'âge du médecin

Agé de moins ou de plus de 50 ans, le médecin généraliste suit une politique identique quant aux critères énumérés ci-dessus.



DISCUSSION

Plusieurs études ont été publiées sur le thème du dépistage du cancer de la prostate parmi les médecins généralistes au moyen d'un questionnaire dont les taux de réponse varient entre 55% et 90%.⁵⁻⁷ Le taux de réponse de notre collectif (72%) se situe dans cette fourchette et confirme l'intérêt des médecins généralistes de notre canton vis-à-vis de ce problème.

La société suisse d'urologie (SSU), l'association européenne d'urologie (EAU) et l'association américaine d'urologie (AUA) recommandent l'association du dosage du PSA et du TR pour le dépistage du cancer de la prostate.⁸⁻¹⁰ Nous constatons que les médecins généralistes du canton de Vaud suivent cette pratique dans leur grande majorité (> 75%) en dépit de l'absence de recommandations claires de la société suisse des médecins généralistes.

Une étude française publiée en 2003 sur un sujet identique, réalisée sur la base des courriers adressés par des médecins généralistes à la consultation d'un service d'urologie, rapporte que le TR est rarement mentionné. Les raisons invoquées seraient le manque d'expérience dans la pratique du TR par les médecins généralistes, qui tendent à remplacer l'examen clinique par le dosage du marqueur tumoral.¹¹ Sans préjuger de l'interprétation clinique de nos confrères, nous relevons que le TR constitue un élément important de l'évaluation d'une prostate dans leur pratique.

Les médecins généralistes pour lesquels les deux examens précités ne constituent pas un élément essentiel d'un bilan, les réalisent cependant à la demande du patient informé par des tiers et/ou par les médias, dont l'influence sur notre pratique s'accroît comme le confirme une étude canadienne.¹²

Malgré les publications^{4,13} qui tendent à remettre en question la valeur seuil d'un PSA pathologique, 92% des médecins généralistes conservent la valeur seuil de 4 et plus,

définie arbitrairement et confirmée par de nombreuses études. Il faut en outre tenir compte du fait que les guidelines considèrent toujours cette valeur seuil comme standard. Les médecins généralistes utilisent plus fréquemment le rapport PSA libre/PSA total dont l'interprétation reste délicate.

Soixante et onze pour cent des médecins généralistes adressent directement leurs patients à l'urologue, sans investigation préalable, ce qui confirme la bonne collaboration entre médecins généralistes et urologues.

Enfin, la pratique reste identique quel que soit l'âge des médecins interrogés.

CONCLUSION

Nous remercions nos confrères généralistes d'avoir participé à cette enquête, qui confirme leur intérêt pour le dépistage du cancer de la prostate, et qui leur donne un «instantané» de leur pratique quotidienne. L'excellent taux de réponse atteste d'une large utilisation du marqueur PSA, avec ses avantages et ses limites. Rappelons que le dosage du PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate ne s'apparente pas à un screening systématique mais à une détection ciblée.

Enfin, les recommandations de la société suisse d'urologie (SSU), de l'association européenne d'urologie (EAU) et de l'association américaine d'urologie (AUA) sont les suivantes: le dépistage du cancer de la prostate se fait annuellement à partir de 50 ans (voire 45 ans en cas d'anamnèse familiale positive) jusqu'à 70 ans, voire 75 ans si l'état général du patient est conservé. Au-delà de 75 ans, la détermination du PSA n'a plus de sens chez les individus asymptomatiques car les hommes ayant une espérance de vie inférieure à dix ans ne retirent aucun bénéfice d'un traitement à visée curative.^{8-10,14} ■

Bibliographie

1 Zouhair A, Mirimanoff RO. Place de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la prostate. *Med Hyg* 2003;61:2386-8.
2 Deperthes D, Gygi CM, Jichlinski P, et al. L'antigène spécifique de la prostate (PSA): un marqueur tumoral en fin de règne? *Med Hyg* 2003;61:2377-81.
3 Oesterling JE. Prostate specific antigen: A critical assessment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. *J Urol* 1991;145:907-23.
4 ** Catalona WJ, Loeb S. The PSA Era not Over for Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2005;48:541-5.
5 Jonler M, Eddy B, Poulsen J. Prostate-specific antigen testing in general practice: A survey among 325 general practitioners in Denmark. *Scand J Urol Nephrol*. 2005; 39:214-8.

6 Durham J, Low M, McLeod D. Screening for prostate cancer: A survey of New Zealand general practitioners. *N Z Med J* 2003;116:U476
7 Morris J, McNoe B. Screening for prostate cancer: What do general practitioners think? *N Z Med J* 1997; 110:178-82.
8 * Aus C, Abbou CC, Bolla M, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2005;48:546-51.
9 * PSA: Best practice policy guidelines from the American Urological Association.
10 * Schmid HP, Riesen W, Prikler L. Update on screening for prostate cancer with prostate-specific antigen. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004;50:71-8.
11 Vincenbeau S, Abi Moussa M, Manunta A, et al. PSA: le difficile positionnement du médecin généraliste entre

patients et urologues. *Prog Urol* 2003;13:252-5.
12 Mercer SL, Goel V, Levy IG. Prostate cancer screening in the midst of controversy: Canadian men's knowledge, beliefs utilization and future intentions. *Can J Public Health*. 1997;88:327-32.
13 Zhu H, Roehl KA, Antenor JAV, et al. Biopsy of men PSA level of 2.6 to 4.0 ng/mL associated with favorable pathologic features and PSA progression rate: A preliminary analysis. *Urology* 2005;66:547-51.
14 Zellweger T, Gasser T. Urologie: PSA – malédiction ou bénédiction? *Forum Med Suisse* 2003;51/52:1284-6.

* à lire

** à lire absolument