

Dépistage : faut-il l'encourager ou le déconseiller ?

Les hommes apparentés au premier degré avec une personne ayant développé un cancer de la prostate (père, frère ou fils) courent **2 à 3 fois** plus de risques d'être également atteints. Plus il y a de cas de cancers de la prostate dans le cercle familial, plus le risque est élevé (jusqu'à 10 fois supérieur à la normale). Un suivi spécifique sera donc proposé aux hommes correspondant à ces profils.

Chez les hommes de 50 ans et plus, asymptomatiques et sans antécédents familiaux, il n'existe actuellement **aucun argument décisif** justifiant d'encourager ou de déconseiller le dépistage annuel. L'idéal est d'en parler à votre médecin.

Les avantages d'un dépistage précoce (qui réduirait le risque déjà très limité de décès des suites d'un cancer de la prostate) restent marginaux par rapport à ses inconvénients.

Inconvénients possibles

- Le « surtraitement » : on dénombre en effet de nombreux de cancers de la prostate « dormants », qui n'évolueront jamais en cancer agressif. Il est malheureusement impossible de différencier les cancers dormants des cancers nécessitant un suivi. Une fois diagnostiqués, ces cancers - dormants ou non - seront donc traités de la même manière - ce qui pose problème dans le cas d'un cancer dormant, car il arrive que les traitements s'accompagnent d'effets secondaires indésirables (incontinence, impuissance...).
- Les inconvénients liés aux examens eux-mêmes (saignements et/ou infections suite à la ponction, stress inutile en cas de fausse alerte).

Des études à très grande échelle réalisées en Europe et aux États-Unis indiquent que le bénéfice du dépistage systématique est soit inexistant, soit particulièrement faible. La décision de procéder à un dépistage doit donc se prendre au cas par cas, en concertation avec le médecin traitant ou l'urologue. Ceux-ci sont tenus d'informer leur patient sur les bénéfices et les risques potentiels de leur choix. Cette information porte notamment sur :

- l'examen de dépistage proprement dit ;
- les bénéfices réels que l'on peut en espérer ;
- les ponctions-biopsies qui devront être effectuées en cas de résultat positif ;
- le(s) traitement(s) ou le « suivi rapproché » en cas de biopsie positive.

Examens de diagnostic du cancer de la prostate

Le dosage du PSA

Le PSA (Prostate Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate) est une protéine sécrétée par les cellules de la prostate mais qui, malheureusement, n'est pas spécifique au cancer de la prostate.

Les résultats du dosage du PSA sont difficiles à interpréter. En premier lieu parce que les valeurs considérées comme normales varient en fonction de l'âge. Ensuite parce qu'une augmentation du taux de PSA dans le sang n'indique pas systématiquement la présence d'une tumeur, même si le cancer de la prostate s'accompagne parfois d'une hausse de ces taux. Inversement, un résultat normal au test PSA n'exclut pas automatiquement un cancer de la prostate. Le dépistage peut donc être source de stress inutile et entraîner des examens complémentaires superflus ou, a contrario, un faux sentiment de sécurité.

Le toucher rectal

En cas de **symptômes suspects**, le médecin palpera la prostate via le rectum. C'est ce que l'on appelle le toucher rectal. Si le médecin constate des anomalies (**une prostate anormalement dure, hypertrophiée ou présentant un ou plusieurs nodules**), il recommandera à son patient de consulter un urologue pour un examen plus approfondi. Le spécialiste répétera le toucher rectal et réalisera probablement une [échographie](#) de la prostate via le rectum. S'il repère une zone suspecte, il effectuera des biopsies en vue d'une analyse microscopique des cellules. Seules ces analyses permettent d'établir le diagnostic avec certitude.

La biopsie de la prostate

Lors d'une biopsie, l'urologue introduit une aiguille dans la prostate, en traversant la paroi du rectum, afin de **prélever des cellules dans la ou les zone(s) suspecte(s)**. Ces cellules sont étalées sur une lame de verre, puis fixées et colorées avant d'être examinées **au microscope** par un anatomopathologiste. Pour s'assurer de procéder aux prélèvements au bon endroit, la biopsie est effectuée sous échographie. L'intervention entraîne souvent de légères pertes de sang dans les urines, les selles ou le sperme.

Cet examen de dépistage du cancer de la prostate **est contre-indiqué en cas de troubles de la coagulation**. Les patients sous anticoagulants doivent donc interrompre leur traitement avant la biopsie, en accord avec leur médecin.

Du fait que la biopsie se pratique via le rectum (qui n'est pas un milieu stérile), il existe toujours un risque de contamination des tissus prostatiques par la flore microbienne. Le médecin prescrira donc un traitement antibiotique pour éviter une infection de la prostate.

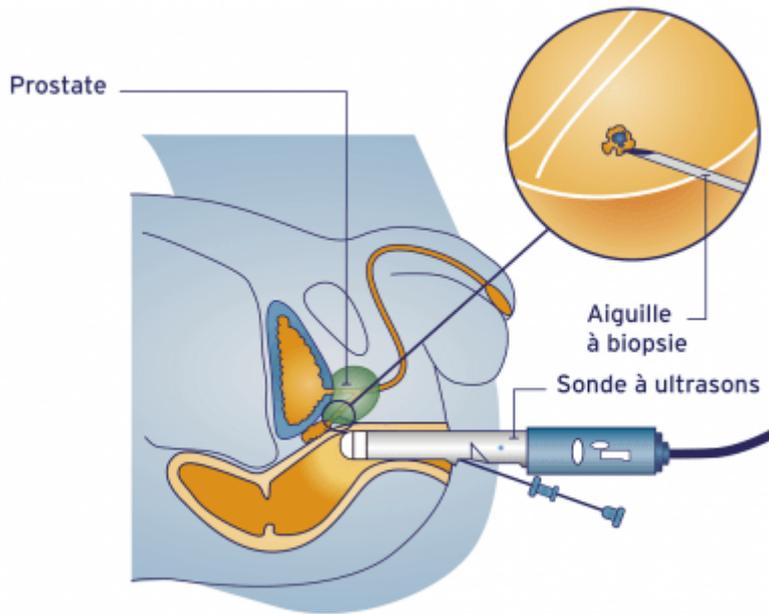


Diagramme d'une biopsie de la prostate

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

Une IRM de la prostate se déroule soit comme une IRM classique, soit en utilisant une sonde endorectale lors de l'examen.

La tête de la sonde endorectale se présente sous la forme d'un ballonnet que l'on insère dans le rectum via l'anus et qui contient une fine tige métallique. On gonfle ensuite légèrement le ballonnet pour le maintenir en place dans le rectum. Les spécialistes partisans de cette technique considèrent que le recours à la sonde endorectale donne des images de meilleure qualité. D'autres l'estiment superflue.

Spectroscopie par Résonance Magnétique (SRM)

L'utilisation de la sonde endorectale lors d'une IRM permet de procéder simultanément à une Spectroscopie par Résonance Magnétique (SRM). Cet examen vise à déterminer les taux de citrate et de choline dans les tissus prostatiques. La choline est un nutriment qui nous est fourni par notre alimentation, mais qui peut aussi être produit spontanément par le corps.

Les tumeurs de la prostate présentent un taux de choline supérieur et un taux de citrate inférieur à ceux d'un tissu prostatique sain. La SRM mesure les taux de choline et de citrate sur l'ensemble de la prostate afin d'identifier les éventuelles zones cancéreuses.

L'utilité et les possibilités de la SRM font actuellement l'objet de plusieurs études. La SRM ne fait donc pas (encore) partie des techniques couramment utilisées.

Examens complémentaires

Si les examens révèlent la présence d'un cancer, il convient alors de procéder à un bilan d'extension pour déterminer l'étendue de la maladie et détecter la présence éventuelle de métastases dans d'autres organes (CT-scan, IRM, scintigraphie osseuse...).

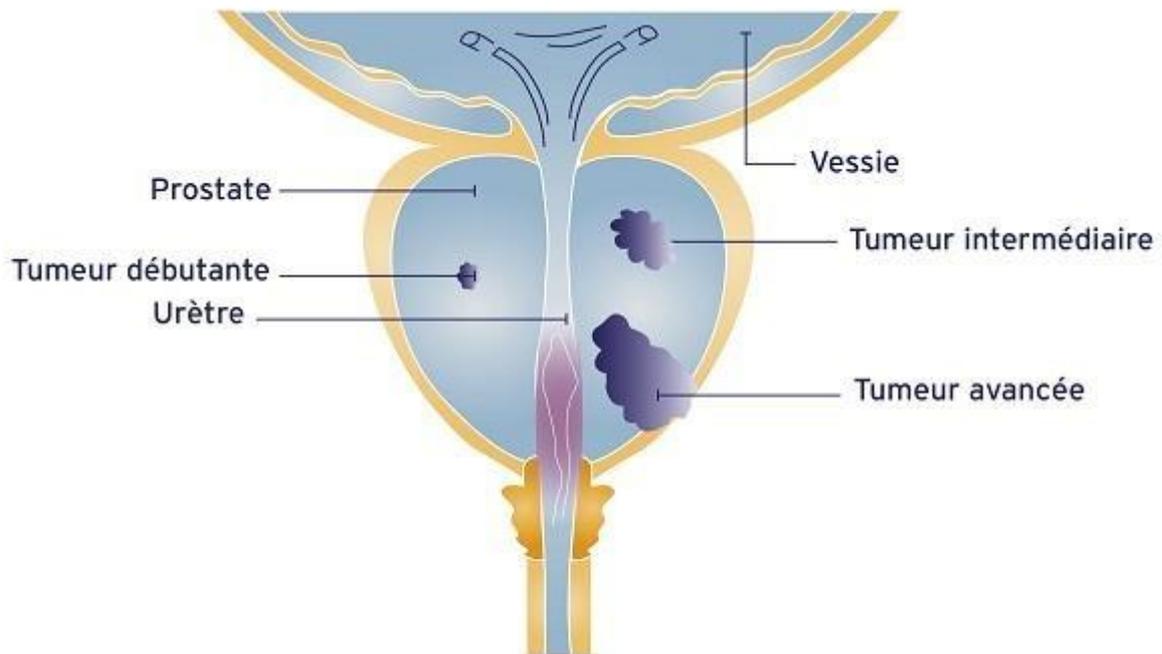


Schéma présentant les différents stades d'un cancer de la prostate