

Dépistages des Cancers Urologiques

**Drs Nicolas BERTHON et Charles BALLEREAU
UROLOGUES, Lille**

Cancer du Testicule

AUTO-PALPATION +++++

Examen clinique

Populations à risques: - homme infertile

- cryptorchidie (même opérée)

- micro calcifications (écho annuelle)

Cancer du Rein

Populations à risques: - Von-Hippel-Lindau
- HTA

Cancer des Voies excrétrices Supérieures

Populations à risques: - Carcinome Urothélial Vésical
- Syndrome de Lynch +++

CAT : Cystoscopie et Cytologie annuelle (au minimum)

Cancer de la Vessie

Populations à risques: - Tabagisme
- Exposition professionnelle

CAT : Cytologie annuelle (Médecine du travail) dans les entreprises exposées

Cancer de la Prostate

PSA(1)

- Prostate Specific Antigen
- Protéines de la famille des kallicréine
- Quantité importante dans le sperme (viscosité)
- Taux « normal » < 4 ng/ml (modulation en fonction de l'âge)
- Fraction libre et fraction liée (rapport L/T)

PSA(2)

Taux « normal » < 4 ng/ml (modulation
en fonction de l'âge)

Fraction libre et fraction liée (rapport L/T) à ne plus réaliser

Variations :

- âge (< 3 ng/ml si < 55 ans)
- volume prostatique
- prostatite
- cancer

PSA(3)

A retenir :

PSA entre 4 et 10 = cancer dans 20 à 25 % des cas

PSA > 10 = cancer dans 50 % des cas

PSA > 100 = cancer métastatique dans 100 % des cas

Vélocité du PSA :

Augmentation > 1 ng/ml en 1 an

Dépistage : Pourquoi ?

- Absence de facteurs de risques
- Asymptomatique au stade local
- 1/8 homme avant 75 ans
- 55 000 nouveaux cas en 2006
- Premier cancer de l'homme : 25 %
- 3ème cause de mortalité par cancer
- (8876 décès en 2012 – données INCA)
- Curable si pris au stade local
- Diagnostic possible au stade de début



Les faits : Baisse de Mortalité

Constante depuis 1990 : de 17,8/100 000 (1990) à 10,8/100 000 (2011) = 26% de baisse

Diminution de 4% par an depuis 15 ans en France

Hypothèses: - Développement du dépistage individuel par PSA

- Amélioration des progrès thérapeutiques
- Standardisation des traitements (RCP)

Modélisation (Cancer Case Control 2008; 19:175-181) : 50 % de la réduction de mortalité liée uniquement au dépistage

Dépistage : Polémique HAS

HAS ne recommande pas le dépistage systématique du Cancer de Prostate par le PSA (juge peu performant la qualité du PSA comme test de dépistage)

Etude ERSPC (NEJM Mars 2012):

- Réduction de mortalité de 21% si dépistage systématique par PSA (population européenne entre 55 et 69 ans avec recul de 11 ans)
- Diminution de 30% du risque métastatique à 12 ans de suivi
- Pour éviter un décès, 1055 hommes doivent être dépistés et 37 doivent être traités

Limites du PSA : Tumeur de faible volume pouvant bénéficier d'un traitement différé (pas de moyens sûrs de les diagnostiquer)

Problématique

- Ne pas sous-traiter les cancers de prostate agressifs (diagnostic précoce pour traitement efficace)
- Eviter le diagnostic inutile de cancers de prostate de faible volume et peu agressifs (diminuer le sur-diagnostic) et leur traitement potentiellement inutile (diminuer le sur-traitement)

Plan Cancer 3

- Propose de supprimer le remboursement du PSA chez les hommes sans risques élevés sans signes clinique (= retour en arrière avec risque d'augmentation des stades métastatiques)
- Avant l'ère du PSA : 85% de cancers diagnostiqués au stade métastatiques

Proposition AFU Dépistage

- Information claire des patients sur le PSA
- Recherche de FDR (forme familiale , origine afro-antillaise +++)
- TR (Normal dans 90% des cancers diagnostiqués)
- PSA (précoce si FDR, abstention si espérance de vie < 10 ans en raison d'un âge avancé ou de comorbidités)
- Biopsies en fonction du TR et du PSA (valeur en corrélation avec l'âge, la cinétique +++, le volume prostatique et les comorbidités)
- Rythme annuel sauf si taux bas (déremboursement du PSA libre = 26, 6 millions d'€ d'économies)
- Echographie non utile pour le dépistage (volume) IRM +++

Proposition AFU Biopsies

Analyse des facteurs d'agressivités si biopsies +:

- Grade de Gleason
- Valeur du PSA
- Volume tumoral
- Espérance de vie

Prise en charge adaptée:

- Surveillance active
- Traitement actif d'emblée
- Protocole d'études (thérapie focale)

Dépistage : Quand-Qui

- Entre 50 et 75 ans (55 à 69 ans pour l'AUA)
- Sauf forme familiale (10 ans l'âge du premier cas diagnostiqué) ou dès 45 ans
- Origine afro-antillaise
- Individuel