

LES RECOMMANDATIONS DE L'INESSS

COMPLÉMENTS D'INFORMATION



L'INESSS recommande que les professionnels de la santé n'offrent pas le dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate de façon systématique.

Les données scientifiques actuelles suggèrent de ne pas offrir le test de dosage de l'APS de façon systématique.

Cependant, si l'un de vos patients désire en discuter, vous devez être bien outillé.

Voici quelques informations pour vous aider.



Le dosage de l'APS **doit demeurer accessible, dans un contexte de dépistage, aux hommes asymptomatiques qui en font la demande, s'ils satisfont à toutes les conditions suivantes :**

- 1) être âgés entre **55 et 69 ans**;
- 2) avoir **une espérance de vie de plus de 10 ans**;
- 3) maintenir le **désir d'avoir le test** après avoir reçu l'information sur les avantages et les risques.

- ▶ Il n'y a pas de preuves scientifiques claires permettant d'estimer les avantages et désavantages du dépistage chez les hommes considérés à risque plus élevé tels que ceux avec une histoire familiale ou d'origine afro-américaine.
- ▶ Les valeurs et les préférences de chaque patient doivent guider le choix de recourir ou non au test de dosage par l'APS.
- ▶ Les essais randomisés n'excluaient pas les hommes avec des symptômes urinaires. En présence de tels symptômes, le clinicien peut juger qu'un test d'APS à des fins diagnostiques est requis.



Un outil d'aide à la décision pour les hommes doit être disponible afin de faciliter le processus de choix éclairé.

Pour faciliter la discussion sur les risques et les bénéfices, consulter les sections de l'outil intitulées :

- ▶ [Informations pour discuter du choix de recourir ou non au dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'APS;](#)
- ▶ [Les risques et les bénéfices liés au dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'APS illustrés à partir des données de l'ERSPC.](#)



Chez un **patient asymptomatique** ayant un **toucher rectal non suspect** et désirant faire le test, le résultat du dosage dictera la prise en charge. L'INESSS suggère le modèle de prise en charge suivant :

- APS < 1,5 ng/mL : répéter le dosage aux 2 à 4 ans;
- APS 1,5 – 4,0 ng/mL : répéter le dosage aux 1 à 2 ans;
- APS ≥ 4,0 ng/mL : répéter le dosage d'ici 8 semaines;
 - a. Résultat < 4 ng/mL : répéter le dosage aux 1 à 2 ans;
 - b. Résultat ≥ 4 ng/mL : référer en urologie.

- ▶ Bien que le toucher rectal ne semble pas démontrer d'avantage pour le dépistage, il est suggéré que le dosage de l'APS soit couplé au toucher rectal puisqu'il n'est pas possible, selon les résultats des études, de les dissocier.
- ▶ L'objectif du modèle proposé est de guider l'interprétation du résultat de l'APS avant une référence en urologie.
- ▶ Le suivi de la concentration de l'APS fait partie de la surveillance active précédant une référence à un urologue.
- ▶ La pratique suggérant de baser la conduite sur un taux différent selon l'âge n'a pas été validée.

Préambule

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Québec. Il est aussi la troisième cause de décès par cancer chez ceux-ci. La Société canadienne du cancer estime qu'en 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués sera de 4800, représentant environ 18 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes, et que 880 décès seront enregistrés (SCC, 2017). Il est estimé qu'un homme sur huit recevra un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie. Or, le fait que ce cancer soit fréquent ne sous-entend pas nécessairement l'existence d'un test de dépistage efficace.

En ce qui a trait au dépistage du cancer de la prostate, l'INESSS recommande que les professionnels de la santé n'offrent pas le dosage de l'APS de façon systématique. Les données scientifiques actuelles ne soutiennent pas de façon robuste et non équivoque cette pratique. Les études présentent des limites méthodologiques importantes.

Les observations faites ont montré un certain impact du dépistage sur la réduction de la mortalité. Cet impact s'est avéré modeste et, pour un bon nombre d'hommes, au prix d'effets indésirables parfois importants tels : des faux positifs et les effets néfastes des interventions subséquentes ainsi que du surdiagnostic et le surtraitement potentiel lié à celui-ci. Ainsi, la décision de procéder ou non à ce test doit être précédée d'explications pour que celle-ci soit prise de façon éclairée.

Références

Comité consultatif de la Société canadienne du cancer, Statistiques canadiennes sur le cancer, 2017. 2017, Toronto (Ontario) : Société canadienne du cancer.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Utilisation du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage du cancer de la prostate au Québec. Avis rédigé par Dominique Arsenault et Michel Rossignol. Québec, Qc : INESSS; 2017. 130 p.

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: Results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384(9959):2027-35.

LES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE



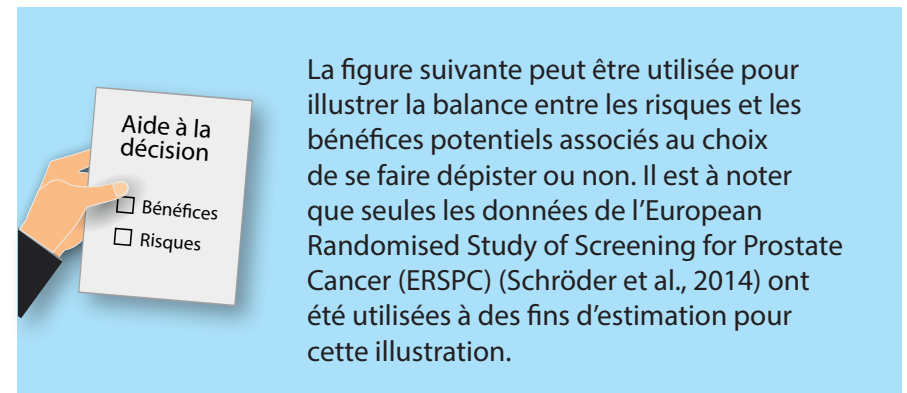
La prise de décision partagée implique une discussion entre vous et votre patient dans le but de faire un choix éclairé.

- Informez votre patient qu'une décision doit être prise puisque différents choix s'offrent à lui.
- Vérifiez dans quelle mesure il souhaite recevoir des informations et participer à la décision.
- Expliquez-lui les différentes options à l'aide des meilleures données disponibles tout en lui mentionnant les incertitudes inhérentes.
- Aidez-le à comparer les bénéfices et les risques associés à chaque option et vérifiez sa compréhension.
- Aidez-le à exprimer ce qui est important pour lui, ses craintes et ses perceptions à l'égard des bénéfices et des risques (valeurs et préférences).
- Demandez à votre patient s'il a besoin de clarifications et rappelez-lui qu'il peut prendre le temps de réfléchir avant d'arrêter son choix.
- Entendez-vous sur un choix avec lui.
- Vérifiez s'il est à l'aise avec cette décision puis soutenez-le dans les prochaines étapes.

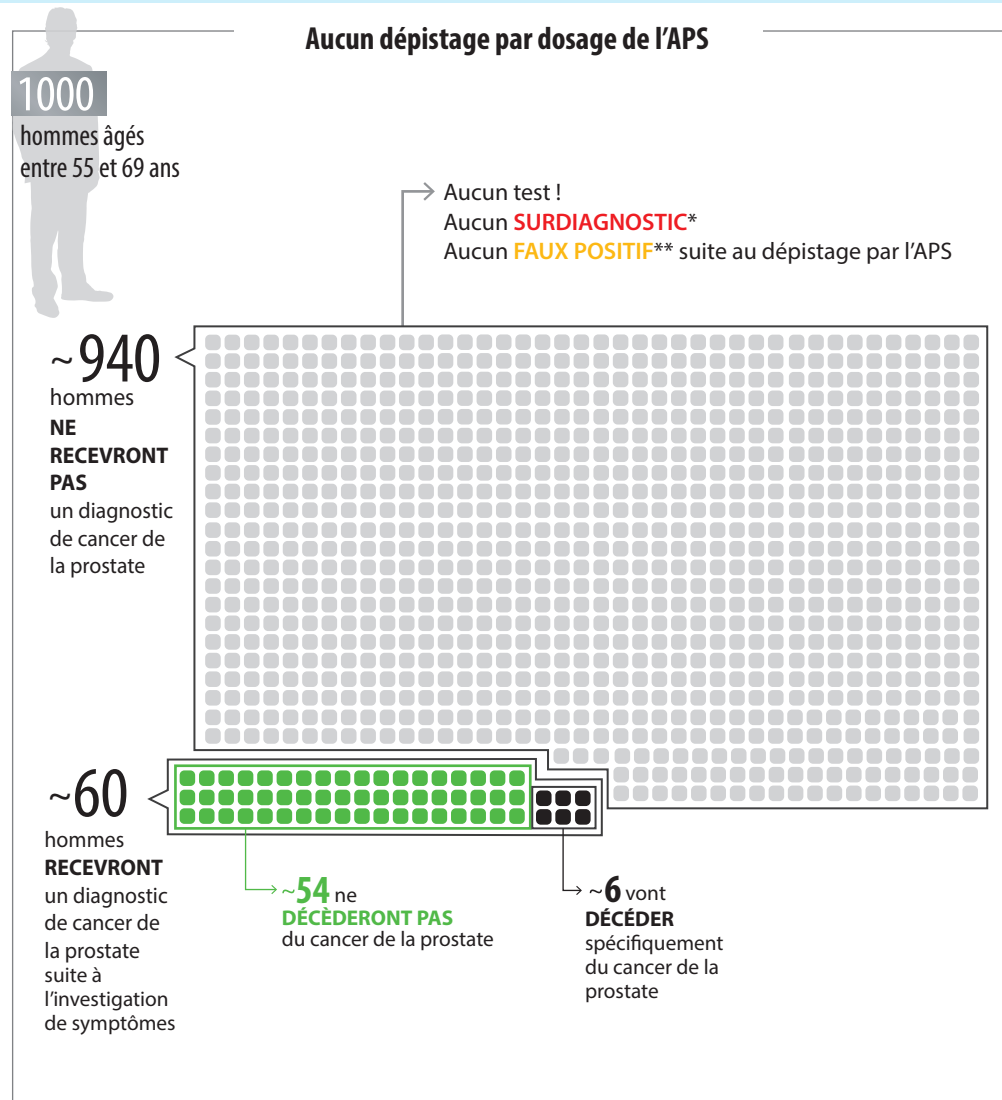
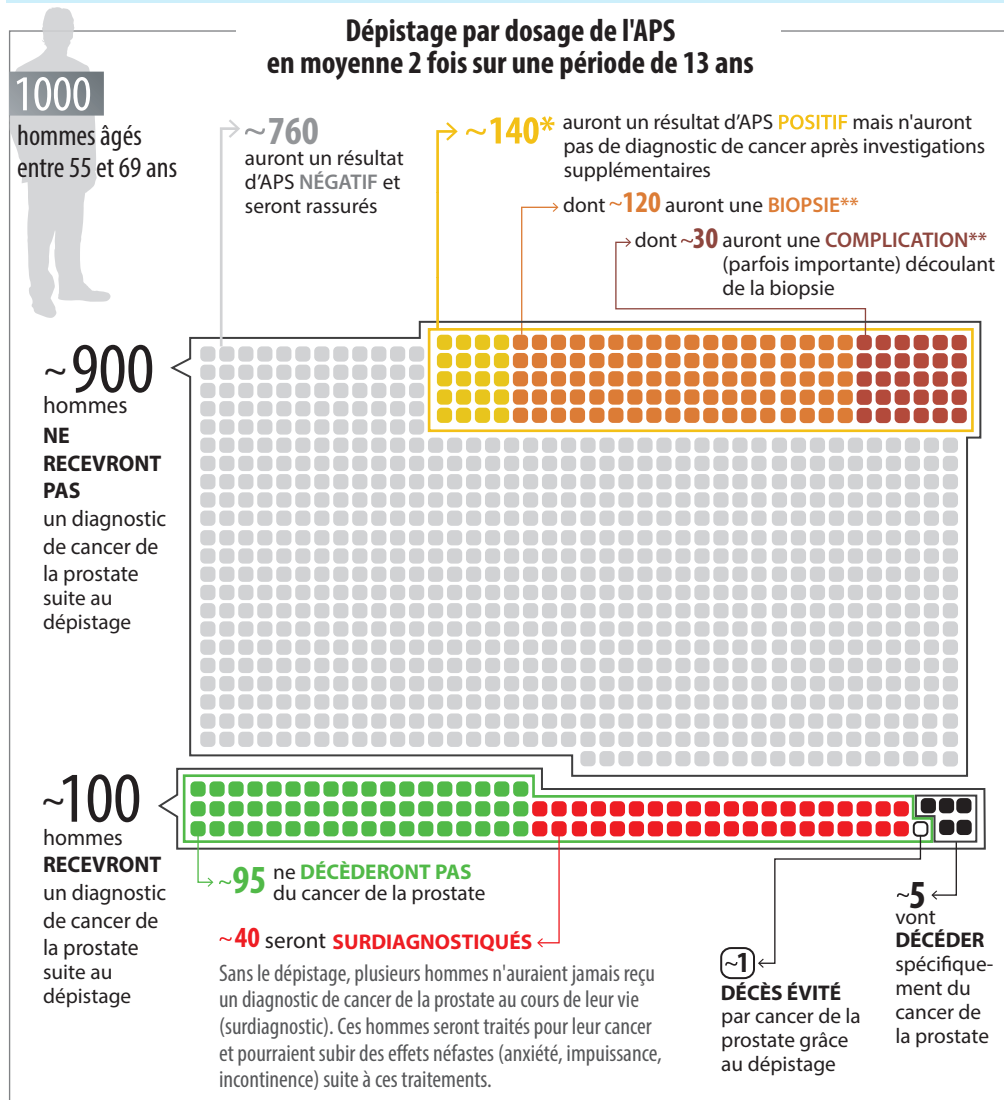
Source : Pimlott N, réd. Holding a wolf by the ears: Preventive care and the family physician [Special series from the Canadian task force]. *Can Fam Physician* 2017;63(7):502. Disponible à : <http://www.cfp.ca/content/63/7/502/>

Principaux points à transmettre pour informer le patient :

- ▶ Le dosage de l'APS pour la détection du cancer de la prostate résulte en un nombre non négligeable de **faux positifs** (Avis INESSS, 2017). Plusieurs facteurs peuvent entraîner une élévation de l'APS tels : une prostatite (inflammation de la prostate), une augmentation de volume de la prostate (hypertrophie bénigne), des relations sexuelles avec éjaculation quelques jours avant le test et la pratique du vélo. Un test qui s'avère faussement positif peut mener à d'autres investigations (par exemple une biopsie) en plus d'une inquiétude qui sera finalement non justifiée. La **biopsie** en soi n'est pas un geste bénin et peut entraîner certains effets secondaires ou complications (saignement ou infection avec ou sans hospitalisation).
- ▶ Par ailleurs, le cancer de la prostate évolue souvent lentement (**cancer indolent**). Pour cette raison, peu d'hommes ayant ce diagnostic décéderont spécifiquement des suites de ce cancer; la majorité décédera d'une autre cause. Sans le dépistage, plusieurs hommes n'auraient jamais reçu un diagnostic de cancer de la prostate au cours de leur vie (**surdiagnostic**). Dans certains cas, ces patients se verront offrir des traitements (chirurgie, radiothérapie) pouvant entraîner des effets néfastes non négligeables (impuissance, incontinence, anxiété).
- ▶ La pratique actuelle de prise en charge des cas de cancer de la prostate favorise la **surveillance active**, une option démontrée raisonnable par rapport aux traitements actifs. Les conséquences psychologiques à long terme de ce type de surveillance sont mal connues. Celle-ci permet toutefois d'éviter une partie des conséquences physiques de la chirurgie ou d'autres traitements.
- ▶ En **absence de dépistage**, les résultats faussement positifs sont évités et, par le fait même, l'inquiétude et les investigations subséquentes pouvant en découler. Les surdiagnostics, qui peuvent être suivis de traitements entraînant des effets secondaires quelquefois importants, sont également écartés.
- ▶ **Le choix de recourir ou non au dépistage est propre à chaque individu et dépend des valeurs et préférences de chacun.** Certains hommes accorderont beaucoup plus d'importance à la possibilité de réduire leur risque de mourir du cancer de la prostate grâce au dépistage qu'à celle de subir des effets indésirables liés aux investigations et aux traitements suite à un résultat faussement positif ou un surdiagnostic. Pour d'autres, les risques associés aux résultats faussement positifs ou à la possibilité d'avoir un surdiagnostic surpassent les bénéfices potentiels du dépistage.



Les données de l'European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) ont été utilisées pour illustrer la balance entre les risques et les bénéfices potentiels associés au choix de se faire dépister ou non. La présence d'incertitudes inhérente à ce type d'estimation, notamment à cause de limites méthodologiques et de l'évolution de la pratique, fait en sorte que les bénéfices et les risques potentiels présentés pourraient s'avérer supérieurs ou moindres selon la pratique clinique privilégiée.



* Au Québec, le seuil d'investigation a été établi à une concentration d'APS $\geq 4,0$ ng/mL alors que les estimations de l'ERSPC résultent d'un seuil $\geq 3,0$ ng/mL.

** La prise en charge des résultats positifs ayant évolué depuis les essais randomisés, il est très probable qu'il y ait moins de biopsies et donc moins de complications liées à celles-ci. L'impact de ce changement de pratique sur les complications et la survie n'est pas connu. Les complications possibles liées à la biopsie sont l'infection ou des saignements avec ou sans hospitalisation.

*~40 hommes vont **ÉVITER UN SURDIAGNOSTIC**. Pas de tests, pas de diagnostic, pas de traitement.

~140 hommes vont **ÉVITER DE RECEVOIR UN RÉSULTAT FAUSSEMENT POSITIF suite au dépistage par l'APS.