

# COLLOQUE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Colloque de Deauville **Samedi 30 mars 2019** (ODPC-GQ)

## RESUME

L'objectif de ce colloque était la **recherche d'un accord professionnel local** (enquête de pratiques plutôt que proposition consensuelle) à **diffuser auprès des spécialistes de médecine générale** afin de leur permettre une prise en charge de leur patient pertinente et harmonisée au sein de la profession, dans les diverses situations où le **dépistage du cancer de la prostate** peut être évoqué. Les conclusions données sont issues de ce débat et d'ateliers.

Les conclusions sont :

- Il n'y a **pas unanimité** de la part des médecins généralistes **sur l'intérêt de proposer un dépistage individuel. Cependant lors des ateliers :**
- **7 médecins sur 10** déclarent le proposer à un patient à partir de 50 ans dans le cadre d'une information préalable (voir ci-dessous), avec décision partagée. **3 médecins sur 10 ne le proposent pas** évoquant le manque d'arguments pour lever les incertitudes sur le rapport bénéfices/risques. **Si le patient en fait lui-même la demande**, plus de 8 médecins sur 10 (83%) répondent positivement et prescrivent un dosage du PSA après information. **Ce d'autant que les progrès de l'imagerie par IRM** permettent de diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement.
- Il est rappelé que « **toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé** ». L'**accord professionnel** est aussi de vouloir intégrer ce dépistage individuel du cancer de la prostate dans une **action de prévention et de dépistage d'autres cancers**. Intérêt d'une **consultation de prévention à 50 ans ?**

Sites internet :

- 1-**Institut national du cancer** *Comprendre-Prévenir-dépister : Dépistage du cancer de la prostate*
- 2-**www.ameli.fr** Rubrique : *Santé Comprendre et agir : Cancer de la prostate*

## **CONCLUSIONS DU COMITE DE PROPOSITION**

L'objectif de colloque est la recherche d'un accord professionnel local (enquête de pratiques plutôt que proposition consensuelle) à diffuser auprès des médecins généralistes afin de leur permettre une prise en charge de leur patient pertinente et harmonisée au sein de la profession, dans les diverses situations où le dépistage du cancer de la prostate peut être évoqué soit avec un homme à partir de l'âge de 50 ans, en bon état général, sans co-morbidité avec risque de mortalité précoce (dans les 10 à 15 ans), ou à partir de l'âge de 45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique.. Les conclusions données sont issues de ce débat.

Les **présentations d'experts** ont rappelé le contexte du débat autour de la question du dépistage.

**Le dépistage organisé** en population a fait l'objet de plusieurs publications et montre un bénéfice sur la mortalité spécifique. Cependant, l'équilibre bénéfices/risques n'étant pas établi, **ce dépistage organisé n'est pas proposé.**

**Seul un dépistage individuel** peut être proposé à un patient en bonne santé par son médecin généraliste dans le cadre d'une information préalable, avec décision partagée. Cependant, il n'y a **pas unanimité** de la part des médecins généralistes **sur l'intérêt de proposer un dépistage individuel.**

La loi Kouchner indique que « **toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé** » (Art. L 1111-2 du Code de la Santé Publique). Le médecin ne doit pas décider seul de ce que son patient doit savoir ou avoir.

*Les progrès de l'imagerie permettent de diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement notamment dans les situations suivantes :*

- *Indications de biopsies en cas de PSA suspect : si une IRM n'est pas suspecte les biopsies peuvent être évitées*
- *Indications de traitement : si un cancer à la biopsie est peu agressif et de petite taille et que l'IRM est non suspecte une surveillance active peut-être proposée.*

Les ateliers d'échange, auxquels ont participé 150 médecins généralistes, ont porté sur les questions autour

- **Du dépistage individuel** : De l'intérêt de le proposer ? De le proposer à tous les patients en bonne santé de plus de 50 ans ? Ou de le réserver à certains patients en fonction de facteurs de risques de cancer (ethniques, antécédents familiaux) ?
- De la façon d'**organiser au mieux la consultation de dépistage** ?
- **Des tests** de dépistage par PSA et toucher rectal ?

Dans les ateliers d'échange:

- **2/3 des médecins proposent un dépistage individuel** à un patient à partir de 50 ans.
- **1/3 des médecins ne le proposent pas** évoquant le manque d'arguments pour lever les incertitudes sur le rapport bénéfices/risques
- **Si le patient en fait lui-même la demande**, plus de 8 médecins sur 10 (83%) répondent positivement et prescrivent un dosage du PSA.

*L'accord professionnel est aussi de vouloir intégrer ce dépistage individuel dans une **action de prévention et de dépistage d'autres cancers**. Intérêt d'une consultation de prévention à 50 ans ?*

## ANNEXE 1

### Synthèse de la matinée du colloque

Cette synthèse rédigée par les membres du Comité de proposition, n'a pas été relue par les intervenants.

**Résultats de l'audit de pratiques** mené auprès des médecins des Groupes qualité® des régions Centre-Val de Loire, Hauts de France et Normandie par le **Dr. Jean-Pierre Mairesse, médecin généraliste, coordonnateur national de l'ODPC-GQ.**

Cet audit de pratiques sur le dépistage du cancer de la prostate **n'a pas permis de définir la bonne pratique et l'attitude adéquate. En conséquence les organisateurs ont souhaité clarifier cette situation et organiser ce colloque avec l'espoir qu'il permette aux confrères de prendre les décisions les plus pertinentes.**

### Synthèse des exposés des experts

Les **présentations d'experts** regroupées sous la rubrique « **Regards croisés** » ont rappelé le contexte du débat autour de la question du dépistage :

**Aspects scientifiques et éthiques : Pr Guy Launoy. Médecin épidémiologiste. Le dépistage du cancer de la prostate. Dosage du PSA chez un homme de plus de 50 ans asymptomatique qui en fait la demande.**

Les résultats d'études montrent chez les sujets âgés de 50 à 75 ans une baisse entre 10 et 20% de la mortalité spécifique par cancer de la prostate à 10 ans avec un dépistage par PSA. L'estimation du sur-diagnostic provoqué par le dépistage du cancer de la prostate est entre 30 et 60%.

[Références : 1) *The Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials.* Tsodikov A et al. *Ann Intern Med.* (2017), 2) *Screening for prostate cancer: a Cochrane systematic review.* Ilic D et al *Cancer Causes Control.* (2007), 3) *Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up.* Bill-Axelson A et al. *N Engl J Med.* (2018)].

Ces études conduisent à des scénarios optimistes ou pessimistes concernant l'équilibre bénéfices/risques d'un dépistage pour un homme. **Des documents de l'Institut National du Cancer (INCa) et Haute Autorité de Santé (HAS) sont publiés.**

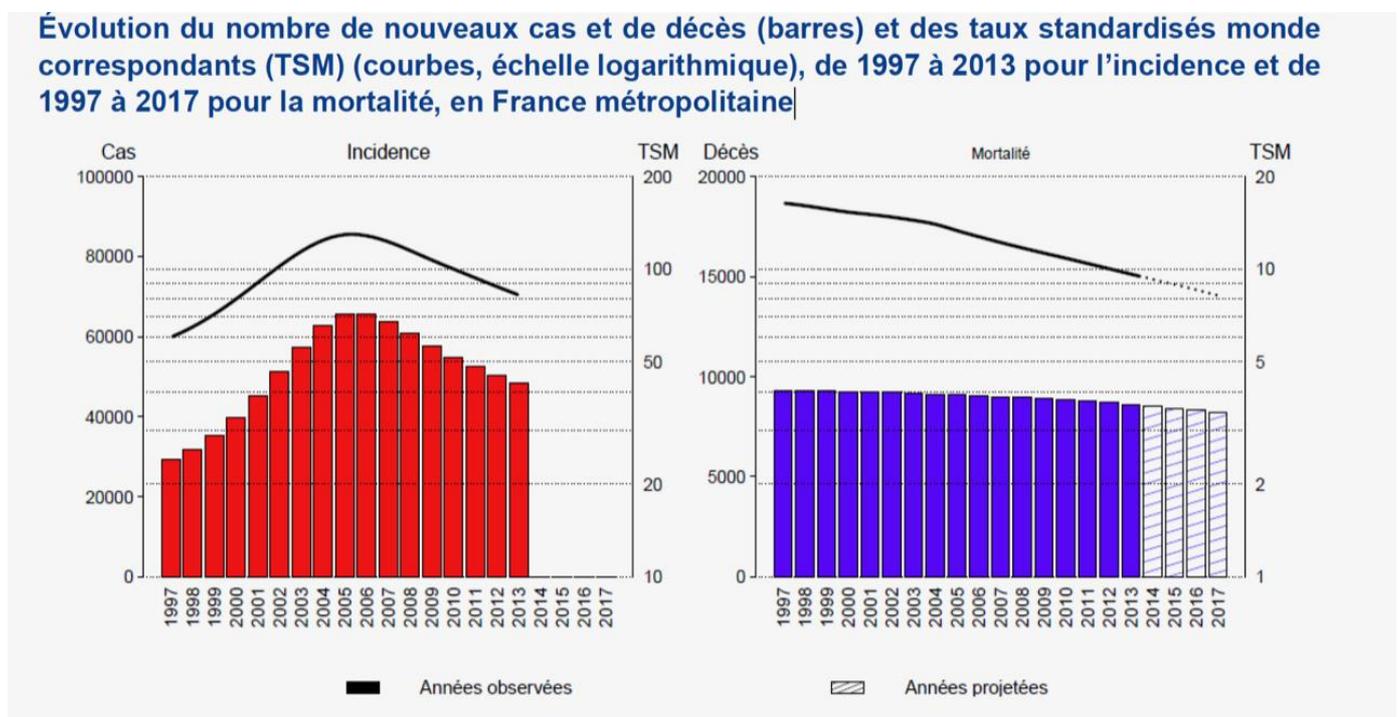
**Une synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA a été publiée en 2016 par l'INCa [ref : 1) *Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage de cancer de la prostate par dosage du PSA, états des lieux et des connaissances, INCa, (mars 2015).* 2) *Synthèse-benefices-risques-depistage-cancer-prostate-par-dosage-psa (2016)*].**

Cette synthèse s'inscrit dans l'axe du Plan cancer 2014-2019 par son action 1.10 intitulée « Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère ». Elle a permis de dresser un certain nombre de constats sur les principes éthiques fondamentaux s'appliquant au dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA. « L'objectif principal de ce document est d'accompagner le médecin dans le conseil et l'information préalable à communiquer aux hommes qui envisagent de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate par PSA, que ce soit à leur initiative ou à celle du médecin, afin qu'ils soient au fait des limites de la démarche, prennent une décision éclairée et ne s'y engagent qu'en toute connaissance de cause ».

**La Haute Autorité de santé** rappelle que « les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA de façon systématique en population générale ou dans des populations d'hommes considérées comme plus à risque ». (**AVIS N° 2016.0026/AC/CEESP du 16 mars 2016 du collège de la Haute Autorité de Santé**)

**Les données épidémiologiques** concernant la projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017 rapportent **après une forte augmentation de l'incidence du cancer de la prostate jusqu'en 2005 liée à l'utilisation croissante du dépistage par PSA, une baisse de l'incidence depuis 2005-2006** résultant d'une moindre participation à ce dépistage et de l'effet d'avance au diagnostic pour certains des cancers détectés avant 2015, **une baisse continue de la mortalité depuis 1997** et qui s'est accentuée depuis 2005 (figure 1).

(Réf : Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.*)



**Le rôle du médecin n'est plus de décider pour une personne si elle doit pratiquer ou non le dépistage mais de lui apporter de la manière la plus didactique et loyale les informations qui lui permettront de prendre sa décision en fonction de ses propres préférences.**

Le dépistage s'appuie sur un raisonnement probabiliste, qui doit prendre en compte les probabilités de survenue de différents événements :

- incidence et pronostic du cancer,
- complications des examens et des traitements.

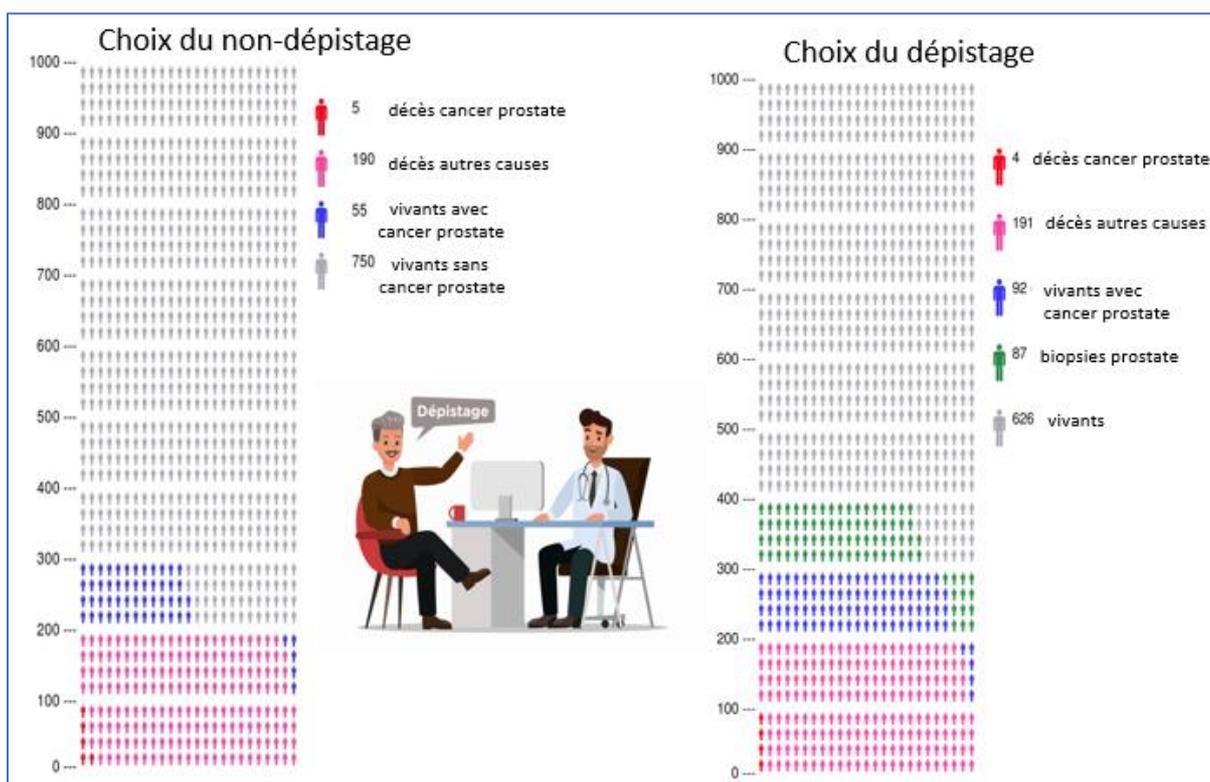
**L'appréciation de l'équilibre bénéfices/risques est à l'origine de la décision collective comme à celle de la décision individuelle.**

**Le dépistage organisé** en population a fait l'objet de plusieurs publications montrant un bénéfice sur la mortalité spécifique, mais aussi des risques notamment le surdiagnostic et le surtraitement. Aussi, les Critères de Wilson et Jungner (OMS, 1970) n'étant pas réunis, **ce dépistage organisé n'est pas proposé**.

**Le dépistage individuel** peut être proposé à un patient par son médecin généraliste dans le cadre d'une information préalable, avec décision partagée. Cependant, il existe une incertitude quant au rapport bénéfices/risques en cas de diagnostic. Par exemple, un homme ayant un dépistage par PSA et un diagnostic de cancer de prostate à un stade très précoce, peu évolutif, pourrait en cas de traitement faire face à des conséquences fonctionnelles (incontinence urinaire, impuissance...) alors qu'il n'avait pas de risque de souffrir ou de décéder précocement de ce cancer. A l'inverse un cancer agressif entraîne un risque d'évolution métastatique et de décès précoce et seul le dépistage peut éviter ce risque.

De ce fait il n'y a **pas d'unanimité** de la part des médecins généralistes **sur l'intérêt à proposer un dépistage individuel**. Un guide concernant les éléments d'information nécessaires à un homme pour l'aider à mieux comprendre le dépistage du cancer de la prostate et à aborder cette question avec son médecin a été publié par l'INCa en 2016. (Ref : Guide Cancer info « Les traitements du cancer de la prostate » : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)). (Depistage-cancer-prostate-s-informer-avant-de-decider\_2016).

La figure ci-dessous pourrait aider le patient à prendre une décision éclairée concernant le dépistage du cancer de la prostate en comparant les événements attendus en termes de bénéfice (baisse du nombre de décès par cancer de la prostate) et d'inconvénients (augmentation du nombre de cas de cancer de la prostate résultant du surdiagnostic) pour une cohorte de 1000 hommes suivie 10 ans, s'ils réalisent ce dépistage par rapport à s'ils ne le font pas. Cette figure est basée sur le scénario optimiste d'une réduction de 20% de la mortalité par cancer de la prostate. Cette méthode est proposée au Canada (<https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/prostate-cancer-harms-and-benefits/>) ou en Allemagne (<https://www.harding-center.mpg.de/de/node/9435>), ces deux pays ne retenant pas tous le scénario le plus positif.



## **Dépistage du cancer de la prostate: pour quels patients et comment l'envisager en 2019 ?**

**Docteur Romain Caremel. Urologue.**

Dépister consiste à réaliser au sein d'un groupe de personnes ne présentant pas de symptômes apparents d'une maladie, des tests performants simples et rapides permettant de distinguer celles qui ont un risque faible d'être porteuses de la pathologie et celles dont le risque est suffisamment élevé pour justifier la poursuite de la procédure diagnostique. Le dépistage doit pouvoir conduire à modifier le processus évolutif de la maladie.

**Dans le dépistage organisé** la population est recrutée de façon active dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et s'appuie sur la participation volontaire des sujets.

**Dans le dépistage individuel** la population est recrutée lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail).

**Parmi les cancers diagnostiqués suite à un dépistage :**

- **65 %** sont à **faible risque de progression** (PSA < 10 ng/ml, de groupe ISUP 1)
- **28 %** sont à **très faible risque de progression** (longueur de la tumeur au plus de 3mm sur au plus 1 à 2 biopsies), considérés quel que soit l'âge comme à **risque de sur-traitement**.

**Les recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU) sont les suivantes :**

**Le dosage sérique du PSA et le toucher rectal sont les seuls tests pratiqués dans le cadre du dépistage.** La période de diagnostic précoce s'étend de 50 à généralement 75 ans (grade B).

- Le **toucher rectal** a une **mauvaise sensibilité**, car dépendant de l'examineur et de son expérience.
- La **valeur seuil de suspicion du PSA total** est de **4ng/ml**, valeur pour laquelle un avis auprès d'un urologue est indiqué.

Le PSA libre n'est pas jugé performant pour aider à l'indication d'une biopsie.

La fréquence annuelle de répétition du dosage du PSA est débattue. Il n'y a pas d'intervalle strictement défini entre deux procédures de détection précoce. Il n'y a cependant pas de nécessité à doser le PSA annuellement (grade B). L'intervalle entre les procédures était de 2 à 4 ans dans les études de dépistage. Un rythme de 2 ans est probablement indiqué lorsque la valeur du PSA est supérieure à 1 ng/mL après 40 ans ou supérieur à 2 ng/ml après 60 ans (niveau 3 — grade B). (*Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU — Actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. F Rozet et al. Progrès en urologie (2018) 28, S79—S130.*)

**Les facteurs de risque de cancer de la prostate** sont :

- **l'âge** (augmentation constante du risque),
- **l'ethnie** (risque majoré dans les ethnies d'Afrique Noire)
- et **les antécédents** familiaux de cancer de la prostate et du sein. Les formes héréditaires sont définies par soit 3 cas de cancer de prostate chez les apparentés de 1<sup>re</sup> degré (père, fils ou frère) ou du 2<sup>ème</sup> degré (neveux, oncles du côté paternel ou maternel), soit 2 cas de cancer de prostate diagnostiqués avant l'âge de 55 ans chez les apparentés de 1<sup>re</sup> degré (père, fils ou frère) ou du 2<sup>ème</sup> degré (neveux, oncles du côté paternel ou maternel). Une consultation d'onco-génétique peut être proposée dans ces cas.

**Le dépistage individuel** peut être **proposé** à un homme en bon état général, sans comorbidité avec risque de mortalité précoce (dans les 10 à 15 ans), **à partir de l'âge de 50 ans** en l'absence de facteur de risque, ou **45 ans en cas de facteur de risque familial ou ethnique**.

En cas de cancer diagnostiqué à un **stade de très faible risque évolutif**, la **surveillance active** doit être proposée pour éviter un surtraitement. L'IRM prostatique aide à sélectionner les patients à un stade de très faible risque évolutif (IRM non suspecte)

Depuis le début des années 2000, **l'imagerie de la prostate par IRM** a révolutionné le diagnostic et la stadification du cancer de la prostate au stade localisé. La performance élevée de l'IRM a conduit, au-delà de la meilleure détection de cancer par biopsie ciblée, à étudier :

- 1- son utilisation pour **décider ou non d'une biopsie** en cas de PSA suspect,
- 2- de **surveiller simplement par PSA** des patients porteurs d'un micro-foyer non visible à l'IRM et à faible risque de progression
- 3- **de traiter partiellement la prostate par ultra-sons focalisés** en cas de tumeur visible à l'IRM, évitant les conséquences fonctionnelles du traitement de toute la prostate.

Les **résultats** de ces études en 2018 (*Kasivisvanatan et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis, PRECISION, NEJM 2018*) ont montré que la **stratégie d'IRM avant biopsie** et de ne réaliser une biopsie ciblée qu'en cas de lésion à l'IRM était **supérieure** à celle des **biopsies en cartographie standard** chez les hommes présentant un risque de cancer de la prostate et n'ayant jamais eu de biopsie auparavant. **L'indication de biopsie pourrait donc ne concerner que les seuls patients avec IRM suspecte.**

**Pour les patients** évalués initialement par IRM et traités par **surveillance active**, la **cinétique du PSA semestriel** est **performante** en tant que test diagnostique pour la progression tumorale sous surveillance active (*Olivier et al., Low-risk prostate cancer selected for active surveillance with negative MRI at entry: can repeat biopsies at one year be avoided? A pilot study. WJU 2018*). Les biopsies systématiques actuellement recommandées au cours du suivi pourraient être évitées. Enfin l'hémi-ablation par ultrasons focalisés est une option de traitement permettant une rémission pour 70 % des patients à 5 ans (*Annoot et al. Extra-Target Low-Risk Prostate Cancer : implications for Focal High Intensity Focused Ultrasound of Clinically Significant Prostate cancer, WJU 2018*). Les patients avec récurrence peuvent être traités par traitement standard de toute la prostate.

**L'IRM permet donc de diminuer le sur-diagnostic et le surtraitement** des cancers de prostate à faible risque de progression. [Ce sont des arguments majeurs pour mieux défendre la politique de dépistage du cancer de la prostate].

## **Dépistage du cancer de la prostate par le médecin généraliste. Dr Bruno Regnault. Médecin généraliste.**

**Le médecin généraliste à une culture de prévention.** Cette prévention concerne la connaissance

- du comportement de son patient, (tabac, alcool, alimentation, sport ...)
- de son environnement (profession, exposition ...),
- de son histoire (personnelle, familiale ...),
- des indicateurs à l'examen clinique (TA, pouls, poids, taille),
- de son statut vaccinal (Tétravalent, grippe, pneumo...),
- de ses examens biologiques (facteurs de risque cardio-vasculaires, infectieux, VIH, VHC ...);
- de tests de dépistage (mammographie, HémoCult ...).

Et qu'en est-il de l'Information sur l'intérêt du test de dosage du PSA sérique ?

Le code de santé publique nous dit que « **toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ...** »  
(Art. L 1111-4 du Code de la Santé Publique)

**Il persiste une interrogation sur la meilleure attitude que doit avoir le médecin généraliste.**

- Obligation d'information sur l'intérêt d'un dépistage précoce, sur les risques de conséquences sexuelles, urinaires, colorectales des traitements ?
- Information sur la mauvaise performance du PSA sérique.
- Discuter les avis d'experts, exposer la position des instances (HAS) et sociétés savantes (AFU).

Importance de la posture de communication ouverte avec empathie envers son patient.

### **Le recours au dosage du PSA : le regard du droit Mr Mathias Couturier..**

Les enseignements de l'affaire du Dr Goubeau sont présentés.

**Le dépistage du cancer n'est pas juridiquement obligatoire.** Le fait de ne pas le proposer systématiquement à toute personne du seul fait qu'elle entrerait dans une population à risque n'est pas une faute de nature à entraîner une responsabilité.

**L'aide au diagnostic par recours au dosage du PSA est néanmoins juridiquement possible** Il appartient au médecin d'assurer un suivi spécifique d'éventuels symptômes urinaires. Au plan juridique, **plus d'information est toujours préférable à pas assez d'information**. On peut prescrire le dosage de la PSA dans un cadre diagnostique en cas de suspicion de cancer de la prostate (notamment s'il est manifesté par divers indices cliniques).

La loi Kouchner indique que « **toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé** » (Art. L 1111-2 du Code de la Santé Publique). Le médecin ne doit pas décider seul de ce que son patient doit savoir ou avoir. Il ne faut pas présumer que le malade n'aurait peut-être pas intérêt à ce qu'on pose le diagnostic du cancer.

A la demande d'un patient d'un dépistage, le fait pour le médecin de faire obstacle à la réalisation de ce droit subjectif à recevoir l'information sur son état de santé est nécessairement fautif au plan juridique. A l'inverse, un diagnostic (ou même un sur-diagnostic) de cancer n'est jamais juridiquement fautif en soi.

**La voix des patients. Mr Roland MUNTZ. Président de l'Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate (ANAMACaP).**

**Le rôle du patient :** Participation fondamentale à la décision grâce aux associations (ANAMACaP – RUP) concernant le dépistage, la prévention, la santé publique.

**Les patients sont informés des progrès médicaux.** Le changement de paradigme lié à l'imagerie prostatique moderne (**IRM**) qui s'interpose entre le résultat suspect du PSA et l'indication ou non d'une biopsie est bien perçu. Ne pas faire de biopsie en cas d'IRM non suspecte, éviter des surdiagnostics correspondent à un progrès médical. **La faible performance du PSA pour détecter ou éliminer un cancer de prostate est corrigée par l'IRM.** Mieux dépister permet de mieux défendre le dépistage.

Les membres l' ANAMACaP souhaitent :

- une démarche pro-active du médecin généraliste pour parler des avantages et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate aux patients, comme c'est son devoir légal d'information ; c'est aussi le cadre idéal d'une décision médicale partagée.
- rappeler l'intérêt fondamental du dépistage précoce pour éviter le drame des cancers de la prostate non détectés chez les adultes jeunes (40-55 ans) et dans la population à risque familial.
- rappeler le gain pour la santé et la qualité de vie des patients et pour les comptes de l'Assurance Maladie de dépister des cancers de la prostate et les traiter pour éviter le stade métastatique
- réaffirmer que le dosage du PSA n'est pas dangereux ; ce sont les surdiagnostics et les surtraitements qui peuvent conduire à des conséquences invalidantes... et qui sont le principal obstacle au dépistage. Si les surtraitements sont estimés à 20 à 30%, c'est que 70 à 80% des patients sont traités à bon escient. Néanmoins, il nous semble que l'on ne peut éviter ce risque au prix de la vie de malades non dépistés.

### **Réflexions éthiques sur le dépistage Dr D Arsene. Gastro-entérologue.**

Les questions éthiques suivantes sont discutées

- S'agit-il d'une action de dépistage ou d'une démarche diagnostique ?
- Ai-je une attitude de principe ou adaptée à la singularité du patient ?
- Suivre ma conviction personnelle ou les recommandations de sociétés savantes, HAS, Inca ?
- Ce qui n'est pas recommandé en population peut-il l'être pour mon patient ? Pourquoi ?
- Quelle est la qualité de l'information que je donne ? Lui permet-elle un choix serein ?
- Dois-je influencer la décision du patient ou le laisser face à son choix ?
- Quelle est ma vision de l'autonomie de ce patient dans la prise de décision ?
- Dois-je respecter son désir de dépister et l'aider, le faire (demande de dépistage individuelle) ?
- Cette discussion et décision partagées doivent-elles être tracées ? Suites et responsabilités ?

## ANNEXE 2

### Synthèse des ateliers

#### **Ateliers 1 et 2 : Organisation de la consultation du médecin généraliste.**

**Atelier 1 :** *Déroulement d'une consultation sans demande de dépistage : patient de 52 ans, venant pour angine. Vient rarement. Asymptomatique non demandeur*

8 médecins sur 10 (83%) proposent un dépistage. A intégrer dans une action de prévention et de dépistage plus globale. Consultation de prévention à la nomenclature ?

**Atelier 2 (1-bis) :** *Déroulement d'une consultation avec demande de dépistage : patient de 47 ans venant avec son épouse, demandeur d'un dépistage. Asymptomatique. Examen clinique normal.*

7 médecins sur 10 (70%) proposent un dépistage individuel par PSA. Eléments d'information à donner en une fois (si patient peu disponible pour une autre consultation rapprochée) ou 2 fois, après remise et lecture par le patient d'un document (Ameli) lors d'une 2<sup>ème</sup> consultation.

#### **En synthèse des ateliers 1 et 2,**

##### **Plus de 2/3 des participants sont pour le dépistage individuel en commençant à 50 ans :**

- en débutant l'entretien par une question sur des symptômes dans la sphère uro-génitale (hameçonnage). Il est difficile pour un patient de parler de symptômes liés à la sphère urologique ou sexuelle si le médecin ne l'aborde pas.
- en l'intégrant dans une démarche de prévention et/ou de dépistage plus globale
- pour explorer les représentations de la maladie et éventuellement prescrire un dosage de PSA (de référence ?)
- Proposition ouverte et libre à chaque étape. Le patient est libre d'utiliser ou non l'ordonnance de prescription de PSA.
- Eléments d'information à donner en une fois (si patient peu disponible pour une autre consultation rapprochée) ou 2 fois, après remise et lecture par le patient d'un document (Ameli) lors d'une 2<sup>ème</sup> consultation.
- Documents INCa de longueur difficile à lire

##### **Le 1/3 restant utilise des arguments divers pour proposer le dépistage à chaque patient :**

- Trop de dépistage tue le dépistage
- Le patient n'en parle pas, je n'en parle pas
- Interrogatoire trop intrusif
- Ne pas rompre la relation médecin-patient, éviter le conflit
- Manque de consensus

Mais, également : pourquoi pas le PSA pour être « tranquille » et pour avoir un chiffre de référence, vérifier qu'il n'est pas suspect, rassurer.

**Le déroulement de la consultation** aborde la notion de risque de cancer de prostate, ne donnant pas de symptômes au stade de début et interroge sur la présence éventuelle de symptômes uro-génitaux liés à une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) . Des éléments d'information par oral et/ou écrit sont partagés

sur les bénéfices et risques du dépistage. Si le patient souhaite ce dépistage et est peu disponible pour une autre consultation rapprochée, la prescription d'un dosage de PSA est d'emblée donnée. Si le patient souhaite un délai de réflexion et est disponible pour une 2<sup>ème</sup> consultation rapprochée, celle-ci est programmée. Le contenu du document d'information nécessite d'être harmonisé. La place du toucher rectal à associer ou non au PSA doit être précisée.

**Pour tous**, se pose le problème du temps de consultation. Une **consultation de prévention** à 50 ans est-elle envisageable dans la nomenclature ?

#### QUESTIONS POSEES

1. Comment favoriser *l'alliance avec le généraliste* ( ? ) (PSA total/libre demandé par l'urologue) ?
2. Quelle charte de qualité de vie dans la surveillance active du cancer de la prostate ? Quels examens de suivi ?
3. Place de l'échographie et de l'IRM dans le dépistage ?
4. Dépistage par PSA seul ou PSA et toucher rectal ?
5. A quel âge commencer le dépistage chez un homme asymptomatique et sans antécédent ?
6. Quel support d'information ; peut-on créer notre information ?
7. Comment réaliser un toucher prostatique bien vécu et sans douleur ?
8. Comment se protéger de plaintes éventuelles de patients ? Quelle trace écrite

### Atelier 3 : Type de dépistage :

Trois modalités concernent aujourd'hui le dépistage du cancer de la prostate :

- aucun dépistage,
- dépistage individuel proposé à tous les patients,
- dépistage individuel proposé à certains en fonction de critères d'âge, de facteurs de risque de cancer (ethniques, antécédents familiaux)

Au cours d'une consultation de dépistage. Dépistage individuel à partir de 50 ans. Age où les symptômes urinaires liés à l'HBP apparaissent. Le PSA fait régulièrement permet de rechercher une augmentation suspecte. Le TR reste d'intérêt non certain si PSA non suspect

#### QUESTIONS POSEES :

1. Dépistage individuel proposé à tous les patients versus un dépistage organisé (type cancer colique)
2. Définition de l'homme asymptomatique : symptômes de cancer versus de l'adénome prostatique
3. Modalités et tests de dépistage
4. Dosage sérique du PSA : à quel moment ? (par rapport à un toucher rectal, infection urinaire masculine). Comment interpréter le résultat ? (quelle valeur seuil de cinétique du PSA suspecte si plusieurs dosages), Quelle fréquence de dosage ? (annuelle ou plus espacée en fonction des valeurs seuils par tranche d'âge, ou de facteurs de risques)
5. Toucher rectal : utilité ? (en fonction du résultat du PSA suspect ou non suspect? fiabilité ? (en fonction de l'expérience de l'examineur) faisabilité ? (en fonction du sexe de l'examineur)

#### **Atelier 4. L'information à délivrer :**

Quelle que soit l'attitude choisie concernant le dépistage ce qui est transversal est la nécessaire information du patient asymptomatique lors d'une première prescription de PSA. Quelle information envisagez-vous ? Comment la délivrez-vous ? Orale et/ou écrite

Les documents écrits avec principales informations qui puissent être développées oralement dans le cadre d'une consultation habituelle de médecine générale

L'information indispensable doit prendre la forme orale et écrite (remise de documents). Intérêt de proposer le dosage sérique du PSA à tous les patients de plus de 50 ans en bonne santé et de les revoir en consultation de contrôle pour interprétation et toucher rectal éventuel.

Des documents doivent délivrer l'information dans différentes situations :

- Patient asymptomatique demandeur
- Patient asymptomatique non demandeur
- Patient présentant des signes urologiques
- A intégrer dans une action de prévention et de dépistage plus globale.

Documents de type fiches d'information Ameli.fr qui contiennent :

- Fiche de renseignement sur urologie et cancer de prostate
- Arguments pour ou contre la prescription de PSA en fonction du type de situation pour éclairer le choix du patient
- Les risques de sur-diagnostic et de surtraitement

Les documents pourraient être regroupés de façon synthétique pour que les principales informations puissent être développées oralement dans le cadre d'une consultation habituelle de médecine générale.

-----