

Dépistage du cancer de la prostate par le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) : Recommandations 2014

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

octobre 2014

Mettre la prévention
en pratique



Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
Canadian Task Force on Preventive Health Care

Membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)

Membres du groupe de travail

- Neil Bell
- Michel Joffres
- Harminder Singh
- James Dickinson
- Elizabeth Shaw
- Marcello Tonelli

Agence de la santé publique :

- Sarah Connor Gorber*
- Amanda Shane*
- Lesley Dunfield*

Centre d'analyse et de synthèse des données probantes :

- Donna Fitzpatrick-Lewis*
- Ali Usman*

**membre non votant*

Contexte

- Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes (excluant les cancers de la peau).
- Aujourd'hui, la survie à long terme est $\geq 90\%$ au Canada.
- Le cancer de la prostate sera détecté chez 1 homme sur 7 (à la fréquence courante de dépistage).
- Le test APS a été introduit au Canada en 1986, mais son utilisation n'a été généralisée qu'en 1996.

Les taux de mortalité associés au cancer de la prostate – À l'échelle mondiale

- À l'échelle mondiale, le taux de mortalité associé au cancer de la prostate varie par un facteur de 25.
- La diminution initiale des taux de mortalité associés au cancer de la prostate peut probablement être attribuée aux améliorations dans les traitements à base de chirurgie, radiation et hormonothérapie.
- Par exemple, au Royaume-Uni :
 - Il y a des taux de dépistage faibles mais la mortalité diminue[‡].

[‡]Melissa Center, Ahmedin Jemal, Joanne Loret-Tieulent, Elizabeth Ward, Jacques Ferlay, Otis Brawley, Freddie Bray. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. Eur Urol 2012;61:1079-92.

Objectifs de la ligne directrice de 2014

- Mettre à jour la ligne directrice antérieure du GECSSP sur le dépistage du cancer de la prostate, publiée en 1994.
- Examiner les données probantes les plus récentes sur les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer de la prostate avec le test de l'APS.
- Fournir des recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate avec le test de l'APS, accompagné ou non de l'examen rectal digital (ERD) chez les hommes dans l'ensemble de la population.

**Le dépistage du cancer de la prostate par test
de l'APS**

MÉTHODES

Méthodologie adoptée par le GECSSP

- Groupe d'experts indépendants constitué de :
 - cliniciens et spécialistes de la méthodologie
 - expertise en prévention, en soins primaires, en synthèse de la littérature et en évaluation critique
 - application des données probantes à la pratique et aux politiques
- Groupe de travail chargé du dépistage du cancer de la prostate
 - 6 membres du GECSSP
 - élaboration des questions de recherche et du cadre analytique

Méthodologie adoptée par le GECSSP (suite)

- Centre d'analyse et de synthèse des données probantes (CASDP)
 - Entreprend un examen systématique de la littérature, basé sur le cadre analytique
 - Prépare un examen systématique des données en utilisant les tableaux «GRADE»
 - Participe aux réunions du groupe de travail et du GECSSP
 - Obtient l'opinion d'experts (par ex. urologue)

Procédure d'examen du GECSSP

- Procédure d'examen interne impliquant le groupe de travail de la ligne directrice, le GECSSP, les agents scientifiques et les employés du CADSP
- Procédure d'examen externe impliquant des intervenants clés
 - Intervenants généralistes et spécifiques (à la maladie)
 - Intervenants fédéraux et P/T
- Le journal CMAJ entreprend un examen indépendant par les pairs avant la publication des lignes directrices

Évaluateurs externes pour le Cancer de la prostate

Intervenants pour des maladies précises

- Association des urologues du Canada (4 évaluateurs)
- Cancer de la Prostate Canada (2 évaluateurs)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1 évaluateur)

Organisations généralistes

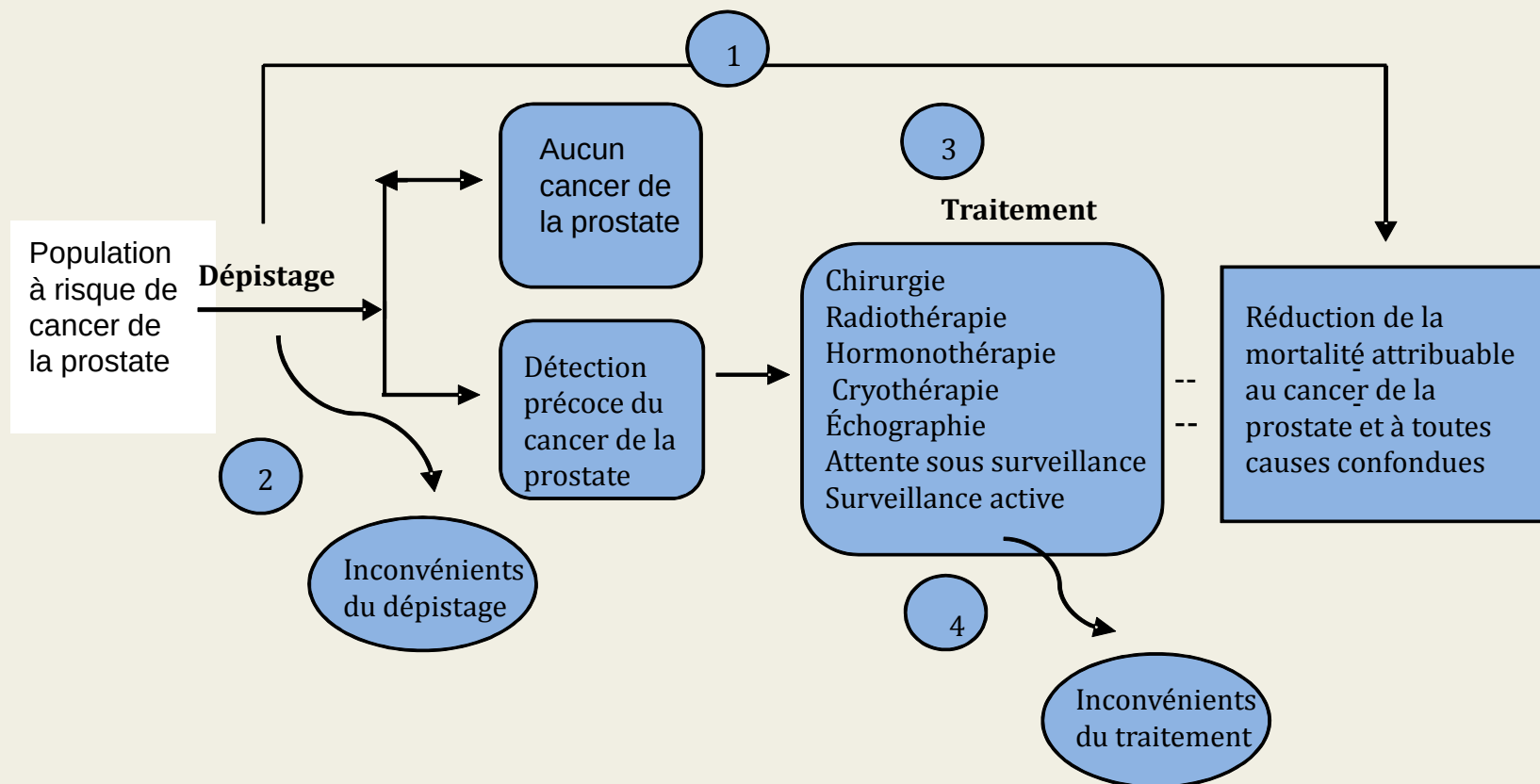
- Collège des médecins de famille du Canada (1 évaluateur)

Intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux

- Agence de la santé publique du Canada (2 évaluateurs)
- Santé Canada (1 évaluateur)
- Instituts de recherche en santé du Canada (1 évaluateur)
- Conseil des médecins hygiénistes en chef (1 évaluateur)

Évaluateurs anonymes du Journal de l'Association médicale canadienne (5)

Cadre analytique



Questions de recherche centrales

Q1a. Quelles sont les preuves démontrant que le dépistage du cancer de la prostate à l'aide du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS), comme test à seuil unique ou en fonction de tests multiples au fil du temps, diminue la morbidité, la mortalité due au cancer de la prostate, et la mortalité toutes causes confondues?

Q1b. Y a-t-il des données probantes appuyant le dépistage différentiel fondé sur les facteurs de risque individuels du cancer de la prostate, tels que l'âge, l'origine africaine, les antécédents familiaux de cancer de la prostate, ou des valeurs accrues de l'APS précédemment évaluées – soit des valeurs absolues, soit des mesures APS accrues au fil du temps?

Q2. Quels sont les inconvénients du dépistage du cancer de la prostate par test de l'APS?

Questions de recherche centrales (suite)

Q3. Quels sont les avantages liés au traitement du cancer de la prostate au stade précoce ou détecté par le dépistage ?

Q4. Y a-t-il des données probantes qui prouvent qu'adapter les méthodes de suivi (de résultats de dépistage anormaux) aux caractéristiques des patients mène à des différences cliniques importantes quant aux avantages et inconvénients du dépistage par l'APS?

Q5. Quels sont les inconvénients liés au traitement du cancer de la prostate au stade précoce ou détecté par le dépistage ?

Questions contextuelles

Premier stade : Aider à prendre une décision sur l'orientation de la recommandation :

1. Quelles sont les valeurs et préférences du patient face à l'utilisation de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate?

Deuxième stade : Si les données probantes sont suffisantes pour recommander le dépistage:

1. Quels indicateurs, mesures du rendement et du processus ont été identifiés dans la littérature pour mesurer et surveiller l'impact du dépistage de l'APS pour le cancer de la prostate?

Questions contextuelles

Deuxième stade : Si les données probantes sont suffisantes pour recommander le dépistage:

2. Quel est l'intervalle de dépistage optimal du test de l'APS pour le cancer de la prostate, et est-ce que cet intervalle doit varier en fonction du niveau de risque (p. ex. l'âge, les niveaux précédents d'APS ou d'autres mesures telles que la cote de Gleason)?
3. Quels sont les outils d'évaluation des risques les plus efficaces (précis et fiables) afin de déterminer : a) le risque de cancer de la prostate et b) le risque de mauvais résultats après le dépistage APS et/ou une biopsie?
4. Quel est le rapport coût-efficacité du dépistage de l'APS chez les adultes asymptomatiques pour le cancer de la prostate? Les coûts pour le système et pour les patients seront inclus si rapportés.

Les types d'études admissibles

Population : Cette recommandation concerne les hommes dans la population en général. Cela comprend les hommes qui présentent des symptômes du système urinaire inférieur (nycturie, miction impérieuse, pollakiurie et débit urinaire faible) ou une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).

- **Efficacité du dépistage dans le cadre de résultats présélectionnés**
 - Examens systématiques, essais comparatifs randomisés (ECR)
- **Inconvénients du dépistage :**
 - Études suivant n'importe quel modèle
- **Questions contextuelles**
 - Études suivant n'importe quel modèle

Comment les données sont-elles évaluées?

Le système “**GRADE**”:

- **G**rating of **R**ecommendations, **A**ssessment, **D**evelopment & **E**valuation

Qu'évaluons-nous?

- **1. Qualité des données probantes**
 - niveau de confiance ou degré de certitude dans l'estimation des effets
 - élevée, modérée, faible, très faible
- **2. Force de la recommandation**
 - Supérieure et faible

1. Comment la qualité des données probantes est-elle déterminée?

La qualité des données probantes est classée comme suit:

- Niveau de confiance **élevé** dans le fait que le véritable effet soit proche de l'estimation de l'effet.
- Niveau de confiance **modéré** dans le fait qu'il est probable que le véritable effet soit proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'il soit considérablement différent.
- Niveau de confiance **faible** dans le fait que le véritable effet soit proche de l'estimation de l'effet. Il se peut que le véritable effet soit considérablement différent de l'estimation de l'effet.
- Niveau de confiance **très faible** – Toute estimation de l'effet est très incertaine

1. Comment la qualité des données probantes est-elle déterminée? (suite)

- Études (ECR) –généralement de qualité élevée
- Études observationnelles- généralement de qualité faible
- Dans les deux cas, la cote de qualité peut être abaissée ou rehaussée selon les diverses caractéristiques de l'étude

2. Comment la force des recommandations est-elle déterminée?

La force des recommandations (fortes ou faibles) est en fonction de quatre facteurs :

1. **Qualité** des preuves à l'appui
2. Degré de certitude à propos de **l'équilibre entre les effets désirables et indésirables**
3. Degré d'incertitude ou variabilité des **valeurs et préférences** des patients
4. Degré de certitude quant à savoir si l'intervention représente un **choix judicieux des ressources**

Interprétation des recommandations

Implications	Recommandation forte	Recommandation faible
Pour les patients	- La plupart des personnes souhaiteraient suivre le plan d'action recommandé. - Seule une faible proportion ne le souhaiterait pas.	La majorité des personnes dans cette situation souhaiterait suivre le plan d'action suggéré mais de nombreuses personnes ne le souhaiteraient pas.
Pour les cliniciens	La plupart des personnes devraient recevoir l'intervention.	- On reconnaît que les choix peuvent différer selon le patient. - Les cliniciens doivent aider les patients à prendre des décisions de gestion de leur état qui sont compatibles avec leurs valeurs et avec leurs préférences.
Pour les décideurs	La recommandation peut être adoptée à titre de politique dans la plupart des situations.	L'élaboration de politiques exigera un débat de fond et la participation de divers intervenants.

**Le dépistage du cancer de la prostate par le
test de l'APS**

RECOMMANDATIONS

Résumé des recommandations

Cliniciens et les responsables des politiques

Pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, nous recommandons de ne pas faire de dépistage du cancer de la prostate en utilisant le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique.

(Recommandation faible; données probantes de qualité moyenne)

Justification de la recommandation

- Le GECSSP a accordé relativement peu d'importance à un potentiel de réduction faible et incertain du risque de mortalité du cancer de la prostate et une valeur relativement élevée au risque d'inconvénients associés au diagnostic et traitements découlant de résultats faux positifs et du surdiagnostic.
- Une recommandation faible contre le dépistage implique que les inconvénients du dépistage, les tests/traitement subséquents dépassent probablement les avantages mais une incertitude existe.

Résumé des recommandations

Cliniciens et les responsables des politiques

- **Pour les hommes âgés de moins de 55 ans, nous recommandons de ne pas faire de dépistage du cancer de la prostate en utilisant le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique.**

(Recommandation forte; données probantes de faible qualité)

Justification de la recommandation

- Le GECSSP a fondé sa recommandation sur la faible incidence et mortalité du cancer de la prostate, le manque de données sur les avantages du dépistage au sein de ce groupe d'âge de même que la présence de données sur les inconvénients.
- Une recommandation forte implique que le GECSSP est confiant que les inconvénients du dépistage et les tests/traitements subséquents dépassent probablement les avantages.

Résumé des recommandations

Cliniciens et les responsables des politiques

Pour les hommes âgés de 70 ans et plus, nous recommandons de ne pas faire de dépistage du cancer de la prostate en utilisant le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique.

(Recommandation forte; données probantes de faible qualité)

Justification de la recommandation

- Le GECSSP a fondé sa recommandation sur l'espérance de vie inférieure et le manque de données soulignant les avantages du dépistage au sein de ce groupe d'âge, de même que la présence de données sur les inconvénients.
- Une recommandation forte implique que le GECSSP est confiant que les inconvénients du dépistage et les tests/traitement subséquents dépassent probablement les avantages.

Résumé des recommandations

Cliniciens et les responsables des politiques

- Ces recommandations s'appliquent à tous les hommes qui n'ont pas déjà reçu un diagnostic de cancer de la prostate.
- Cela comprend les hommes qui présentent des symptômes du système urinaire inférieur (nycturie, miction impérieuse, pollakiurie et débit urinaire faible) ou une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).
- La recommandation ne s'applique pas à l'utilisation de l'APS pour la surveillance après le diagnostic ou le traitement du cancer de la prostate.

Résultats : Avantages du dépistage par l'APS

Données probantes de qualité moyenne

L'examen des données probantes a révélé 6 ECR de qualité variable:

- Des 6 essais, 3 comportaient un risque plus faible de biais (outil RoB) et ont été utilisés pour cette recommandation.
 - 1 essai comportant un RoB faible (Goteborg) était un rapport d'un seul site au sein d'un plus grand essai multicentrique (EREDCP)*
 - Donc la recommandation fût fondée sur les 2 autres essais à faible RoB:
L'une a démontré un effet positif du dépistage sur la mortalité due au cancer de la prostate, l'autre n'a pas trouvé d'effet.
- Une légère réduction absolue de la mortalité due au cancer de la prostate a été établie dans le cadre d'une étude.
- Il n'y a eu aucune réduction de la mortalité toutes causes confondues.

Résultats : Avantages du dépistage par l'APS

Étude (Pays)	Caractéristiques de l'étude	Seuil APS	Contamination (taux de dépistage dans le groupe témoin)	Taux de mortalité due au cancer de la prostate Risque relatif (IC à 95 %)	Mortalité toutes causes confondues Risque relatif (IC à 95 %)	Effet absolu (sur 1 000 hommes soumis à un dépistage)	Qualité des données GRADE*
PLCO [†] Population des États-Unis	ECR 76 693 hommes 55-74 ans, dépistage annuel de l'APS pendant six ans et ERD annuel pendant quatre ans suivi pendant 14 ans	4 ng/ml	52 %	1,09 (0,87-1,36)	0,96 (0,93 -1,00)	Aucun effet	Moyenne
ERSPC [‡] (Finlande, Suède, Italie, Pays-Bas, Belgique, Suisse et Espagne)	ECR 162 243 hommes 50-74 ans (groupe de base 55-69 ans) APS tous les quatre ans suivi pendant 13 ans	La plupart des sites 3,0 ng/ml	20 %	Groupe de base 0,79 (0,68-0,91) Tous les âges 0,83 (0,72-0,94)	Groupe de base 1,00 (0,98-1,02) Tous les âges 1,00 (0,98-1,02)	1,28 moins de décès par 1 000 hommes soumis à un dépistage	Moyenne

*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) : Évaluation du continuum de la qualité des données probantes dans quatre catégories: supérieure, moyenne, faible ou très faible – voir l'examen des données probantes pour l'évaluation complète de la qualité de l'étude

[†]Étude sur le dépistage des cancers de la prostate, des poumons, des ovaires et colorectal

[‡]European Randomized Study for Screening for Prostate Cancer (publiée en ligne le 7 août 2014)

Résultats : les inconvénients du dépistage

Les inconvénients du dépistage identifiés:

- Inconvénients de biopsie
- Inconvénients du surdiagnostic
- Résultats faux positifs

Résultats : Inconvénients de la biopsie

Inconvénient	Type d'étude	Caractéristiques de l'étude	Proportions (% de proportion d'IC à 95 %)	Qualité des données GRADE*
Inconvénients de la biopsie		< 30 jours	Hématurie* Moyenne = 30,86 % (20,18 % à 41,51 %)	Très faible
			Infection* Moyenne = 0,94 % (0,01 % à 1,86 %)	
			Ne nécessitant pas une hospitalisation	
			Hospitalisation = 2,07 % (1,59 % à 2,54 %)	Très faible
			Décès = 0,17 % (0,09 % à 0,25 %)	Très faible

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) : Évaluation du continuum de la qualité des données probantes dans quatre catégories: supérieure, moyenne, faible ou très faible – voir l'examen des données probantes pour l'évaluation complète de la qualité de l'étude

Résultats : Autres inconvénients du dépistage

Inconvénient	Type d'étude	Caractéristiques de l'étude	Proportions (% de proportion d'IC à 95 %)	Qualité des données GRADE*
Surdiagnostic	Données de modélisation de l'Étude ERSPC [‡] , diverses sources		40-56 % des cas diagnostiqués	Très faible

- Définition: Le surdiagnostic a lieu lorsqu'un cancer est correctement détecté, mais ne causerait aucun symptôme ou décès durant la vie du patient.

[‡]Toutes les données peuvent être consultées dans Dunfield L, Usman A, Fitzpatrick-Lewis D, Shane A, eds. Screening for prostate cancer with prostate specific antigen (PSA) and treatment of early-stage or screen-detected prostate cancer: A systematic review of the clinical benefits and harms. Ottawa: Canadian Task Force; 2013

Résultats : Autres inconvénients du dépistage

Inconvénient	Type d'étude	Caractéristiques de l'étude	Proportions (% de proportion d'IC à 95 %)	Qualité des données GRADE*
Faux positifs	Étude observationnelle ERSPC [‡] non contrôlée	Seuil: APS > 3 ng/ml : prescription de biopsie	19,82 % (11,51 % à 28,13 %)	Très faible

- Ce n'est pas tous les hommes qui ont atteint le seuil de détection qui ont subi une biopsie
- Certains hommes affichant des résultats positifs au premier dépistage pouvaient recevoir un diagnostic de cancer de la prostate suivant un deuxième dépistage
- Certains hommes auront multiples biopsies

^{‡ ‡} Kilpelainen TP, Tammela TL, Roobol M, et al. False-positive screening results in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. Eur J Cancer 2011;47:2698-705.

Traitements du cancer de la prostate

Les principaux traitements examinés:

- Prostatectomie radicale
- Radiothérapie
- Hormonothérapie antiandrogénique (HAA)
- Polythérapie

Résultats: Avantages des traitements

Certains traitements réduisaient le risque de **mortalité due au cancer de la prostate** mais la qualité des preuves était variable.

- La prostatectomie était le seul traitement à QdD (qualité des données) supérieure
- L'hormonothérapie, employé seul, augmentait le risque de mortalité due au cancer de la prostate.

Les prochains traitements avait un QdD très limitée et faible pour appuyer une réduction du risque de **mortalité toutes causes confondues**:

- Prostatectomie
- Radiothérapie
- Polythérapie (Radiothérapie et hormonothérapie)

Résultats: Avantages des traitements

Traitement	Résultats	Type d'étude	Mortalité due au cancer de la prostate (RR)	Mortalité toutes causes confondues (RR)	Qualité des données GRADE*
Prostatectomie	Le risque de mortalité due au cancer de la prostate a diminué Résultats non concluants des essais sur la mortalité toutes causes confondues : certains essais n'ont révélé aucun effet, tandis que des études de cohorte ont affiché un effet.	ECR	0,68 (0,52 à 0,89) 50 de moins pour 1 000 (de 17 de moins à 75 de moins)	0,92 (0,83 à 1,02) 46 de moins pour 1 000 (de 97 de moins à 11 de moins)	-QdD élevée pour mortalité due au cancer de la prostate -QdD moyenne pour mortalité toutes causes confondues
		Cohorte	0,42 (0,33 à 0,53) 33 de moins pour 1 000 (de 27 de moins à 38 de moins)	0,38 (0,32 à 0,47) 221 de moins pour 1 000 (de 189 de moins à 242 de moins)	- QdD faible pour mortalité due au cancer de la prostate et toutes causes confondues
Radiothérapie	Le risque de mortalité due au cancer de la prostate et au cancer toutes causes confondues a diminué.	Cohorte	0,74 (0,57 à 0,96) 18 de moins pour 1 000 (de 3 de moins à 31 de moins)	0,69 (0,62 à 0,77) 137 de moins pour 1 000 (de 101 de moins à 168 de moins)	-QdD faible pour mortalité due au cancer de la prostate et toutes causes confondues
Hormono-thérapie	Le risque de mortalité due au cancer a augmenté. Aucun effet sur la mortalité toutes causes confondues.	Cohorte	1,62 (1,16 à 2,26) 43 de plus sur 1 000 (de 11 de plus à 88 de plus)	1,13 (1 à 1,27) 69 de moins pour 1 000 (de 0 de plus à 144 de plus)	-QdD faible pour mortalité due au cancer de la prostate et toutes causes confondues
Polythérapie: Radiothérapie et hormono-thérapie	La combinaison de la radiothérapie et du traitement hormonal diminue la mortalité due au cancer de la prostate et la mortalité toutes causes confondues.	d'Observation	0,52 (0,29 à 0,93) 56 de moins pour 1 000 (de 9 de moins à 83 de moins)	0,44 (0,32 à 0,59) 289 de moins pour 1 000 (de 211 de moins à 347 de moins)	- QdD faible pour mortalité due au cancer de la prostate et toutes causes confondues

Résultats : les inconvénients du traitement

La prostatectomie radicale, la radiothérapie et l'hormonothérapie antiandrogénique (HAA) sont les principaux traitements et sont associées aux inconvénients potentiels suivants :

- incontinence urinaire
- dysfonction érectile
- dysfonction intestinale

Résultats: Inconvénients du traitement

Inconvénients du traitement	Type d'étude	Risque relatif (RR)	Qualité des données GRADE*
Incontinence urinaire	ECR	3,22 (2,27 à 4,56) 178 de plus pour 1 000 (de 102 de plus à 286 de plus)	QdD élevée
		8,31 (1,1 à 62,63) 149 de plus pour 1 000 (de 2 de plus à 1 000 de plus)	QdD Moyenne
	Cohorte	3,68 (2,37 à 5,72) 167 de plus pour 1 000 (de 85 de plus à 293 de plus)	QdD Moyenne
		1,35 (0,9 à 2,02) 22 de plus pour 1 000 (de 6 de moins à 63 de plus)	Très faible QdD
Dysfonction érectile	D'observation	1,32 (0,75 à 2,3) 19 de plus pour 1 000 (de 15 de moins à 76 de plus)	Très faible QdD
	ECR	1,39 (0,77 à 2,53) 221 de plus pour 1 000 (de 130 de moins à 867 de plus)	faible QdD
	Cohorte	1,56 (1,33 à 1,83) 234 de plus pour 1 000 (de 138 de moins à 347)	faible QdD
		1,30 (1,17 à 1,43) 127 de plus pour 1 000 (de 72 de plus à 182 de plus)	faible QdD
Dysfonction intestinale	D'observation	2,35 (1,53 à 3,59) 442 de plus pour 1 000 (de 174 de plus à 849 de plus)	QdD Moyenne
	ECR	0,42 (0,04 à 4,14) 54 de moins pour 1 000 (de 90 de moins à 293 de plus)	faible QdD
	Cohorte	0,69 (0,43 à 1,11) 15 de moins pour 1 000 (de 27 de moins à 5 de plus)	Très faible QdD
		1,65 (0,84 à 3,25) 31 de plus pour 1 000 (de 8 de moins à 106 de plus)	Très faible QdD
	D'observation	2,44 (0,24 à 24,4) 40 de plus pour 1 000 (de 21 de moins à 653 de plus)	Très faible QdD

Inconvénients de la prostatectomie et post-opératoires

- **Tout type < 30 jours**

- Études d'observation – Données probantes de qualité TRÈS FAIBLE

- 2246/11010 20 %; IC à 95 % (19,7-21,2)*
 - 247/1243 20 %; IC à 95 % (17,8-22,2)
 - 395/3458 11,4 %; IC à 95 % (10,4-12,5)
 - 60/280 21,4 %; IC à 95 % (17,0-26,8)

- **Mortalité < 30 jours**

- Études d'observation – Données probantes de qualité TRÈS FAIBLE

- 53/11010 0,48 %; IC à 95 % (0,36-0,63)
 - 1/280 0,36 %; IC à 95 % (0,02-2,3)

*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) : Évaluation du continuum de la qualité des données probantes dans quatre catégories: supérieure, moyenne, faible ou très faible – voir l'examen des données probantes pour l'évaluation complète de la qualité de l'étude

Autres observations

Données sur les préférences et les valeurs des patients :

- Les hommes avec une vulnérabilité personnelle à la maladie et la recommandation du médecin est associée avec la demande du patient pour le dépistage.
- Il y a un manque de données probantes de qualité supérieure concernant la meilleure façon de faciliter la prise de décision informée sur le dépistage.
- Cependant, les médecins devraient distinguer entre les avantages et les inconvénients du dépistage, les enquêtes subséquentes et le traitement.
- Des discussions devraient inclure un aperçu des options diagnostic et thérapeutique au cas où les résultats du test APS est anormal.

Autres observations

Données relatives aux répercussions sur les ressources :

- Le GECSSP n'a pas tenu compte des coûts des programmes de dépistage ou du traitement du cancer de la prostate dans le cadre de la formulation de ces recommandations.

Équilibre entre les avantages et les inconvénients du dépistage

- Il y a des preuves contradictoires de réduction potentiel faible et incertain de la mortalité du cancer de la prostate pour les hommes âgés de 55 à 69 ans (1 décès évité par 1000 personnes invitées au dépistage).
 - Si vous dépistez: 5 pour 1000 hommes meurent du cancer de la prostate
 - Sans dépistage: 6 pour 1000 hommes meurent du cancer de la prostate
 - Pour chaque décès du cancer de la prostate prévenu, de 27 à 28 autres hommes recevront un diagnostic de cancer de la prostate
- Il n'y a aucun élément de preuve convaincant d'une réduction de la mortalité du cancer de la prostate pour d'autres groupes d'âge.

Équilibre entre les avantages et les inconvénients du dépistage (suite)

- Il y a des données constantes que le dépistage et le traitement actif conduit aux inconvénients.
- Donc, tout petit avantage potentiel conféré par le dépistage est dépassé par des inconvénients importants potentiels et le GECSSP ne recommande pas le dépistage du cancer de la prostate à l'aide du test APS.

Points à considérer pour la mise en œuvre d'une recommandation faible

- Une recommandation faible pour les hommes âgés de 55 à 69 ans veut dire que les médecins doivent discuter des avantages et des inconvénients du dépistage seulement avec les patients qui demandent le dépistage afin que les hommes puissent prendre des décisions de dépistage éclairées qui cadrent avec leurs valeurs et leurs préférences.
- Une recommandation faible sous entend que la majorité des personnes dans cette situation souhaiterait suivre le plan d'action suggéré mais de nombreuses personnes ne le souhaiteraient pas.

Points à considérer pour la mise en œuvre d'une recommandation forte

- La conséquence d'une recommandation forte pour les hommes de moins de 55 ans et de plus de 70 ans est que les cliniciens ne devraient pas systématiquement évoquer le dépistage avec leurs patients, à moins que le sujet ne soit soulevé.
- Une recommandation forte implique que la plupart des hommes bénéficierait du plan d'action recommandé.

Points à considérer: les populations à risque élevé

Les hommes noirs américains et les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate font partie des populations à risque élevé.

- Les hommes noirs faisaient partie des études américaines, cependant, les résultats n'ont pas été répartis selon le niveau de risque ou les facteurs de risque. Ces études présentaient des résultats pour la population masculine dans son ensemble.
- Par conséquent, il n'y a pas de données d'essai qui suggèrent que les hommes à risque élevé devraient être dépistés différemment de la population générale.
- Les cliniciens peuvent évoquer les avantages et les inconvénients du dépistage chez les hommes à risque élevé, en considérant leurs valeurs et leurs préférences.

Comparaison: lignes directrices précédentes du GECSSP et internationales

- La recommandation du GECSSP de 2014 se rapproche aux recommandations d'autres pays industrialisés, incluant:
 - l'USPSTF (2012)
 - Cancer Council Australia (2010)
 - National Health Service UK (2013)

Cependant, d'autres lignes directrices donnent des recommandations contradictoires

**Le dépistage du cancer de la prostate par
l'utilisation du test de l'APS**

CONCLUSIONS

Conclusions

- Parmi les hommes âgés entre 55 et 69 ans, les inconvénients du dépistage dépassent probablement les avantages, mais une incertitude existe.
- Par conséquent, le GECSSP a fait une recommandation faible de ne pas faire de dépistage pour le cancer de la prostate avec le test de l'APS pour ce groupe d'âge.
- La conséquence d'une recommandation faible est que les médecins devraient évoquer les avantages et les inconvénients du dépistage afin que leurs patients puissent prendre une décision informée en tenant compte de leurs valeurs et de leurs préférences.

Conclusions (suite)

- Parmi les hommes moins de 55 et plus de 70 ans, il manque des données sur les avantages du dépistage et il y a des preuves définitives d'inconvénients. Il y a une certitude que les inconvénients du dépistage dépassent probablement les avantages.
- Par conséquent, le GECSSP a fait une recommandation forte de ne pas faire de dépistage pour le cancer de la prostate avec le test de l'APS pour ces groupes d'âge.
- La conséquence d'une recommandation forte est que les cliniciens ne devraient pas systématiquement évoquer le dépistage avec leurs patients, à moins que le sujet ne soit soulevé.

Référence de l'examen systématique

Pour plus d'information sur les détails de la ligne directrice veuillez consulter:

- Le site Web du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs: <http://canadiantaskforce.ca/?content=pcp>
- Dunfield L, Usman A, Fitzpatrick-Lewis D, Shane A, eds. Screening for prostate cancer with prostate specific antigen (PSA) and treatment of early-stage or screen-detected prostate cancer: A systematic review of the clinical benefits and harms. Ottawa: Canadian Task Force; 2014.

**Le dépistage du cancer de la prostate par
l'utilisation du test de l'APS**

Outils d'application des connaissances



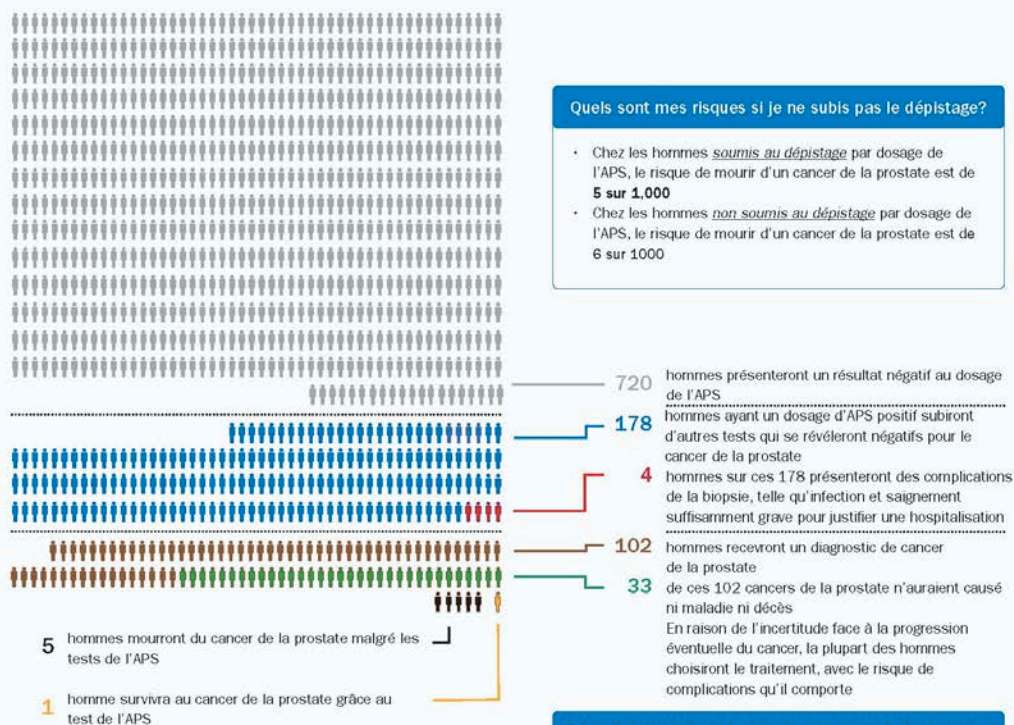
Avantages et inconvénients du dépistage de l'APS



Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs déconseille le dépistage du cancer de la prostate au moyen du dosage de l'APS

- Le GECSSP est d'avis que le léger avantage que peut présenter le dosage de l'APS est surpassé par les préjudices potentiellement graves du dépistage et du traitement qui s'ensuivrait.
- Les hommes doivent comprendre que le dosage de l'APS peut conduire à des tests additionnels si le taux d'APS se révèle élevé.
- Pour sauver une vie, il faudrait diagnostiquer le cancer de la prostate chez 27 hommes de plus.

RÉSULTATS DU DÉPISTAGE AUPRÈS DE 1000 HOMMES AU MOYEN DU DOSAGE DE L'APS
(âge : 55 à 69 ans, soumis au dépistage sur une période de 13 ans avec un seuil d'APS de 3,0 ng/mL)



Les statistiques qui ont servi au calcul des bienfaits et préjudices proviennent de l'European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC).



Dosage de l'APS : questions fréquentes des patients



1. Qu'est-ce que le dosage de l'APS?

Le dosage de l'APS est un test de sang qu'on utilise pour détecter le cancer de la prostate. Des taux élevés d'APS peuvent indiquer la présence d'un cancer de la prostate, mais ils peuvent aussi indiquer d'autres problèmes de santé courants mais non cancéreux, comme un grossissement (ou hyperplasie bénigne de la prostate) ou une inflammation de la prostate (ou prostatite), causés par une infection ou d'autres causes.

2. Pourquoi le GECSSP déconseille-t-il le dosage de l'APS pour le dépistage du cancer de la prostate?

Le GECSSP déconseille le dosage de l'APS parce qu'il a constaté qu'il en résulte souvent plus d'effets négatifs (inconvénients) que positifs.

3. Y a-t-il d'autres tests pour dépister le cancer de la prostate?

À l'heure actuelle, il n'existe pas d'autre test de dépistage éprouvé pour détecter le cancer de la prostate avec précision. Plusieurs tests sont en cours d'élaboration pour améliorer la précision du dépistage par l'APS, mais on ne dispose pas pour l'instant de preuves suffisantes de leur degré de précision.

4. Quels sont les inconvénients du dosage de l'APS? C'est seulement un test de sang??

Le dosage de l'APS est un simple test de sang, mais si le résultat est positif, les hommes risquent de subir d'autres tests, comme la biopsie. Or, la biopsie peut s'accompagner de diverses complications comme celles décrites dans le tableau ci-contre. De plus, il y a un risque qu'en recevant un diagnostic, vous soyez traité pour un cancer à évolution lente qui pourrait ne vous occasionner aucun problème au cours de votre vie.

5. Et si je tiens à subir un dosage de l'APS?

Étant donné les efforts des dernières années pour encourager le dépistage du cancer de la prostate, certains hommes souhaiteront quand même subir le test. Parlez à votre médecin des avantages et des inconvénients du dosage de l'APS.

AVANTAGES

RISQUE MOINDRE DE DÉCÈS DES SUITES D'UN CANCER DE LA PROSTATE

- 1 homme sur 1000 survivra au cancer de la prostate s'il subit un dosage de l'APS.

INCONVÉNIENTS

RÉSULTATS FAUX POSITIFS

- La plupart des hommes qui ont un résultat faux positif au dosage de l'APS subiront une biopsie de la prostate.
- On dit que le résultat est faux positif lorsqu'un homme qui a un résultat d'APS positif subit ensuite une biopsie et que la biopsie révèle qu'il n'a pas de cancer de la prostate.

Pour chaque tranche de 1000 hommes soumis au dosage de l'APS, 178 subiront une biopsie inutile pour confirmer qu'ils n'ont pas de cancer de la prostate.

COMPLICATIONS DE LA BIOPSIE DE LA PROSTATE

- Une biopsie de la prostate peut s'accompagner de plusieurs complications, notamment, présence de sang dans l'urine ou le sperme, saignement rectal, infection et, rarement, décès.

Pour chaque tranche de 1000 hommes soumis à une biopsie de la prostate, 21 présenteront des complications suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Pour chaque tranche de 1000 hommes soumis à une biopsie de la prostate, 2 mourront dans les 120 jours suivant la biopsie en raison de complications.

SURDIAGNOSTIC

- Le surdiagnostic est le dépistage de cancers qui se développent tellement lentement qu'ils ne risquent pas de causer de maladie ni d'entraîner la mort du patient au cours de sa vie.

Près de la moitié de tous les cancers détectés au moyen du dosage de l'APS n'auraient causé AUCUNE maladie ni décès chez les hommes qui les ont subies. Toutefois, en raison de l'incertitude face à la progression du cancer, la plupart des hommes choisissent le traitement, avec le risque de complications qu'il comporte.

INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU TRAITEMENT

- Pour chaque tranche de 1000 hommes traités pour un cancer de la prostate :
- de 114 à 214 présenteront des complications à court terme, telles qu'infections, chirurgies additionnelles et transfusions de sang
- de 127 à 442 souffriront de dysfonction érectile à long terme
- jusqu'à 178 souffriront d'incontinence urinaire à long terme
- 4 ou 5 mourront des suites des complications de leur chirurgie pour le cancer de la prostate

Dépistage APS: FAQ pour professionnels en soins primaires



Ces recommandations s'appliquent à tout homme n'ayant jamais reçu de diagnostic de cancer de la prostate

- Pour les hommes âgés de moins de 55 ans, nous recommandons de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène spécifique de la prostate. (Forte recommandation, données de faible qualité *)
- Pour les hommes âgés de 55-69 ans, nous recommandons de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène spécifique de la prostate. (Recommandation faible; données de qualité moyenne)
- Pour les hommes de 70 ans et plus, nous recommandons de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène spécifique de la prostate. (Recommandation forte, données de faible qualité).

1. Pourquoi les recommandations diffèrent-elles selon l'âge?

Aucune preuve ne démontre que le dépistage APS réduit la mortalité globale chez les hommes de tout âge, mais des données cohérentes démontrent que le dépistage et le traitement actif peuvent nuire. Il existe cependant des preuves contradictoires sur l'APS, suggérant une petite réduction potentielle (incertaine) de la mortalité par cancer de la prostate chez les hommes âgés de 55-69 ans mais aucune preuve définitive de son effet sur la mortalité par cancer de la prostate pour tout autre groupe d'âge.

2. Est-ce que la ligne directrice s'applique aux groupes à risque élevé tels les hommes de race/ascendance noire ou ceux avec des antécédents familiaux de cancer de la prostate?

Oui. Aucune preuve ne soutenait un dépistage différent pour les hommes de race/ascendance noire ou pour ceux ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate (un ou plus de membres de la famille directe affectés).

3. Cette ligne directrice inclut-elle le dépistage par examen rectal digital (ERD)?

Cette ligne directrice recommande de ne pas dépister à l'aide du test APS, indépendamment du choix d'effectuer l'ERD. Bien que l'ERD est utilisé en pratique clinique pour dépister le cancer de la prostate, aucune preuve démontre que l'ERD réduit la mortalité par cancer de la prostate lorsque effectué seul, ou avec le test APS.

4. Est-ce nécessaire que les professionnels en soins primaires discutent des avantages et inconvénients du dépistage avec leurs patients?

Si les patients abordent le sujet du dépistage par APS, les cliniciens devraient discuter des avantages et des inconvénients associés au dépistage. Les hommes devraient comprendre que subir un test APS peut mener à des tests additionnels si les niveaux APS sont élevés. Des outils décrivant les avantages et inconvénients du dépistage sont disponibles: www.groupeetudecanadien.ca

5. Pourquoi le GECSSP ne recommande-t-il pas le dépistage du cancer de la prostate si le taux de mortalité a chuté depuis l'introduction du test APS?

Quant au cancer de la prostate, il n'y a aucune preuve définitive pour indiquer quelle proportion du déclin de la mortalité peut être attribuée au dépistage, aux traitements améliorés ou à d'autres facteurs. Il est probable que le dépistage, ainsi que le traitement ont contribué.

Cependant, le GECSSP a trouvé que le petit avantage potentiel pouvant être dérivé du dépistage par APS est contrebalancé par des inconvénients potentiels importants, résultants du test APS ainsi que des traitements associés qui en découlent.

POINTS CLÉS

- La prévalence de cancer de la prostate non-diagnostiqué qui est découvert lors d'autopsie, est élevée. Elle augmente avec l'âge (plus de 40% chez les 40 à 49 ans à plus de 70% chez les hommes de 70 à 79 ans).
- Seulement une petite proportion de tout cancer de la prostate se manifeste en maladie symptomatique ou en décès. La majorité progressent lentement et ne sont pas mortels.
- Le dépistage par test APS peut mener à une petite réduction dans la mortalité dû au cancer de la prostate mais ne réduit pas la mortalité globale.
- Des seuils d'APS de 2.5ng/ml à 4.0ng/ml sont souvent utilisés lors du dépistage. Les seuils inférieurs augmentent la probabilité de résultats faux-positifs et du surdiagnostic et aucune valeur n'exclut décidément le cancer de la prostate.
- Des inconvénients (tels : saignement, infection, incontinence urinaire, faux-positifs et surdiagnostic) accompagnent fréquemment le dépistage APS.
- L'APS ne devrait pas être utilisé comme méthode de dépistage sans avoir tenu une discussion éclairée au préalable, idéalement guidé par des outils-décisionnels pour faciliter la compréhension.

*Les recommandations sont évaluées selon le Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. Pour une description des recommandations GRADE, veuillez consulter: <http://canadiantaskforce.ca/methods/grade/>

Questions et réponses

Merci