

1. PSA: Points sur la controverse

2. Cancer Prostate / Vessie: Quels points à suivre par le MPR

**Dr. Alessandro Caviezel
FMH Urologie Opératoire
76A Avenue de la Roseraie
1205 GENEVE**

Dépistage Ca Prostate: la controverse Quid 2019 ?



Non-dépistage du cancer de la prostate : jugement en faveur du médecin généraliste

Selon le tribunal de grande instance de Troyes, **le Dr Pierre Goubeau, médecin généraliste, n'a pas commis de faute dans le suivi de son patient qui l'accusait de ne pas avoir permis le diagnostic précoce de son cancer de la prostate.** Les deux rapports d'expertise accusateurs ont été écartés par les juges.

Par Géraldine Zamansky

Rédigé le 26/03/2013

En **avril 2016**, la cour de cassation a cassé le jugement de la cour d'appel de Reims, estimant que les magistrats n'avaient pas "*légalement justifié leur décision*" et a renvoyé l'affaire devant la cour d'appel de Paris.

C'est cette cour qui vient de condamner le Dr Pierre Goubeau à verser 27.500 euros de réparations pour n'avoir pas effectué de dépistage précoce à son patient. Dans son jugement, la cour souligne l'absence de recommandations officielles incitant le Dr Goubeau à réaliser le dosage à l'époque des faits, et estime que les problèmes de miction et le résultat du toucher rectal n'étaient pas suffisants pour signaler la présence d'un cancer. Elle lui reproche en revanche de n'avoir pas procédé à un suivi régulier de ces symptômes, et de ne pas avoir suffisamment pris en compte des signalements du patient

Cour d'Appel de Paris, arrêt du 25 janvier 2018 : affaire Goubeau, retard de diagnostic de cancer de la prostate



© Can Stock Photo - csp25549716

OBJECTIFS:

- Comment se positionner face à cette pathologie / dépistage
 - (épidémiologie, littérature)
- Comment permettre au médecin de famille d'informer pleinement le patient des risques et bénéfices d'une action de dépistage
 - (patient)

Incidence / mortalité /longevité



Prostate cancer incidence and mortality



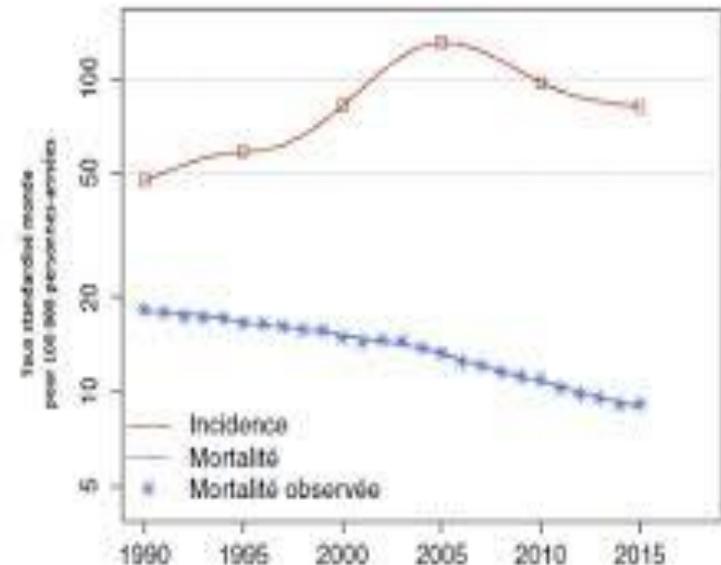
Analysing research on cancer prevention and survival



Le Ca de prostate en 2019

LE CANCER DE LA PROSTATE EN CHIFFRES

- 50 430 nx cas en 2015 en France
- 8 512 décès estimés en 2015
- Diminution du taux de mortalité : - 4 % par an en moyenne entre 2005 et 2009



Source : Estimations historiques de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Quid du dépistage: bénéfice ?

- **Dépistage organisé (de masse):**
 - Action de santé publique orientée vers une population saine et asymptomatique fondée sur des critères précis et nécessaires à la réalisation (sécurité, acceptabilité, validité... coût)
- **Dépistage ciblé:**
 - Limité aux populations à risques (âge avancé, facteurs ethnique, familiaux, héréditaires ou génétique)
- **Dépistage individuel ou détection précoce individuelle:**
 - Initiative du médecin ou du patient

Quid du dépistage: Littérature

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

N Engl J Med. 2009

Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial.

[Andriole GL, Crawford ED, PLCO Project Team.](#)

N Engl J Med. 2009



- 77'000 pts / 55-74 ans / Suivi PSA et TR
- Suivi 10 ans: mortalité très faible : Pas de bénéfice survie
- Pas de différence significative dans les 2 groupes
- =>50% du groupe contrôle a bénéficié d'un screening PSA en dehors de l'étude !!!!

Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement

Virginia A. Moyer, MD, PhD, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force*

Summary of Recommendation and Evidence

The USPSTF recommends against prostate-specific antigen (PSA)–based screening for prostate cancer (grade D recommendation).

See the Clinical Considerations section for a discussion about implementation of this recommendation.

This recommendation applies to men in the general U.S. population, regardless of age. This recommendation does not include the use of the PSA test for surveillance after diagnosis or treatment of prostate cancer; the use of the PSA test for this indication is outside the scope of the USPSTF.

PROSTATE SCREENING IN MEN

IF THERE WAS A PSA PROSTATE CANCER SCREENING PROGRAMME

Of 1,000 men aged 45–80, without any symptoms...



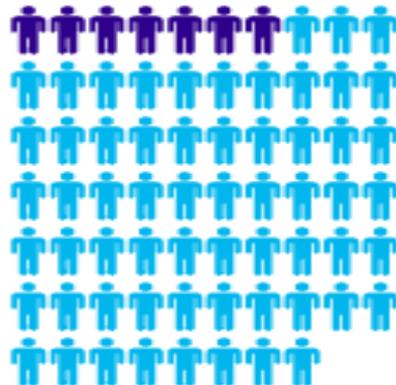
WITHOUT SCREENING

68

will be diagnosed with prostate cancer

7 will die of prostate cancer

61 will be treated and survive their cancer



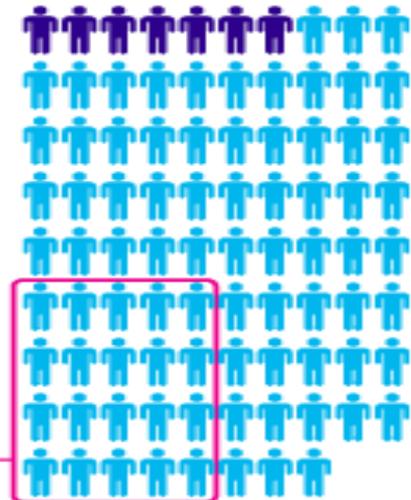
WITH PSA SCREENING

88

will be diagnosed with prostate cancer

7 will die of prostate cancer

81 will be treated and survive their cancer



20 of the 81 will be overdiagnosed. These are cancers that wouldn't have caused any harm.*

0 lives will be saved due to screening



DUE TO SCREENING

No lives will be saved and around 20 men will be diagnosed with cancers that would not have caused them any harm.

*It is not possible to tell who these men are. They may go through unnecessary treatment, worry and potential complications such as infections, sexual dysfunction and bladder and bowel control problems.

Reference: Screening for Prostate Cancer (Review), The Cochrane Library 2013

LET'S BEAT CANCER SOONER
cruk.org



Dépistage: littérature - résultats



Quid du dépistage: Littérature

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up.
N Engl J Med. 2012; 366: 981-990



Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up.

[Schröder FH1, Hugosson J2, ERSPC Investigators.](#)

[Lancet. 2014](#)

- 200'000 pts / 55-74 ans/ suivi PSA et TR
- Faible bénéfice survie à 11 ans et 13 ans
- Réduction du risque absolue de mortalité Ca prostate 1.28^{0/00}
 - 780 pts -> 1 sauvé
 - 27 ca diagnostiqué dont 16 ttt
- 21% de baisse de la mortalité dans le groupe 55-69 ans

GREAT DEBATE

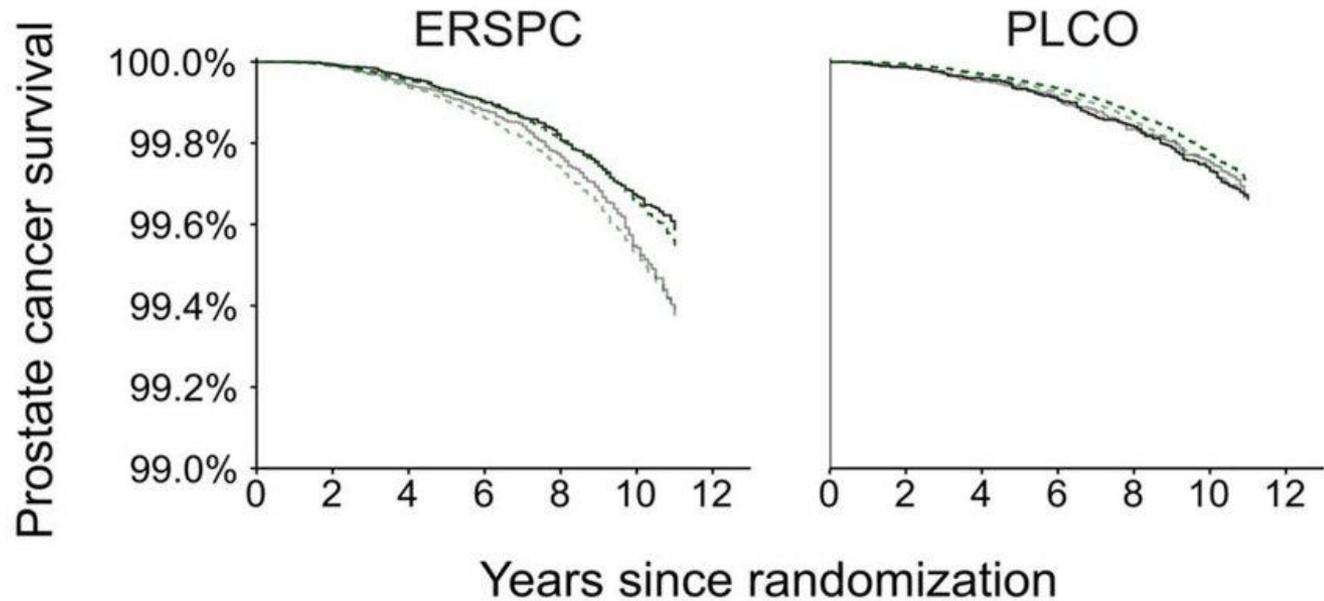


ÉTUDE AMÉRICAINE

Aucune
baisse de la
mortalité

ÉTUDE EUROPÉENNE

-20% de
mortalité



Model	Intervention	Control
Kaplan-Meier	—	—
Cox model	- - -	- - -



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



La HAS a publié en 2010 une analyse des essais internationaux de dépistage du cancer de la prostate et en 2012 une revue systématique sur les facteurs de risque de cancer de la prostate et la pertinence du dépistage de ce cancer par dosage du PSA chez les hommes à haut risque de survenue de ce cancer. Faisant suite à cette analyse, **la HAS a confirmé sa non-recommandation du dépistage systématique du cancer de la prostate en population générale comme dans les populations à haut risque**

swiss medical board

Stampfenbachstrasse 30
Postfach, 8090 Zürich

Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate (2011):

.... »le taux de PSA ne convient pas comme marqueur du cancer de la prostate. **De ce fait, en l'absence de symptômes, le Swiss Medical Board recommande de renoncer au dosage du PSA. »**

YEAR OF
CHANGE

2018



The USPSTF changed its position from recommending against routine prostate-specific antigen (PSA)–based screening (D recommendation)⁴ to concluding that for men 55 to 69 years of age, the decision to undergo periodic PSA-based screening should be individualized (C recommendation).⁵

Screening for Prostate Cancer

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

US Preventive Services Task Force

May 8, 2018

Conclusions and Recommendation **For men aged 55 to 69 years**, the decision to undergo periodic PSA-based screening for prostate cancer should be an individual one and should include discussion of the potential benefits and harms of screening with their clinician. Screening offers a small potential benefit of reducing the chance of death from prostate cancer in some men. However, many men will experience potential harms of screening... (C recommendation).

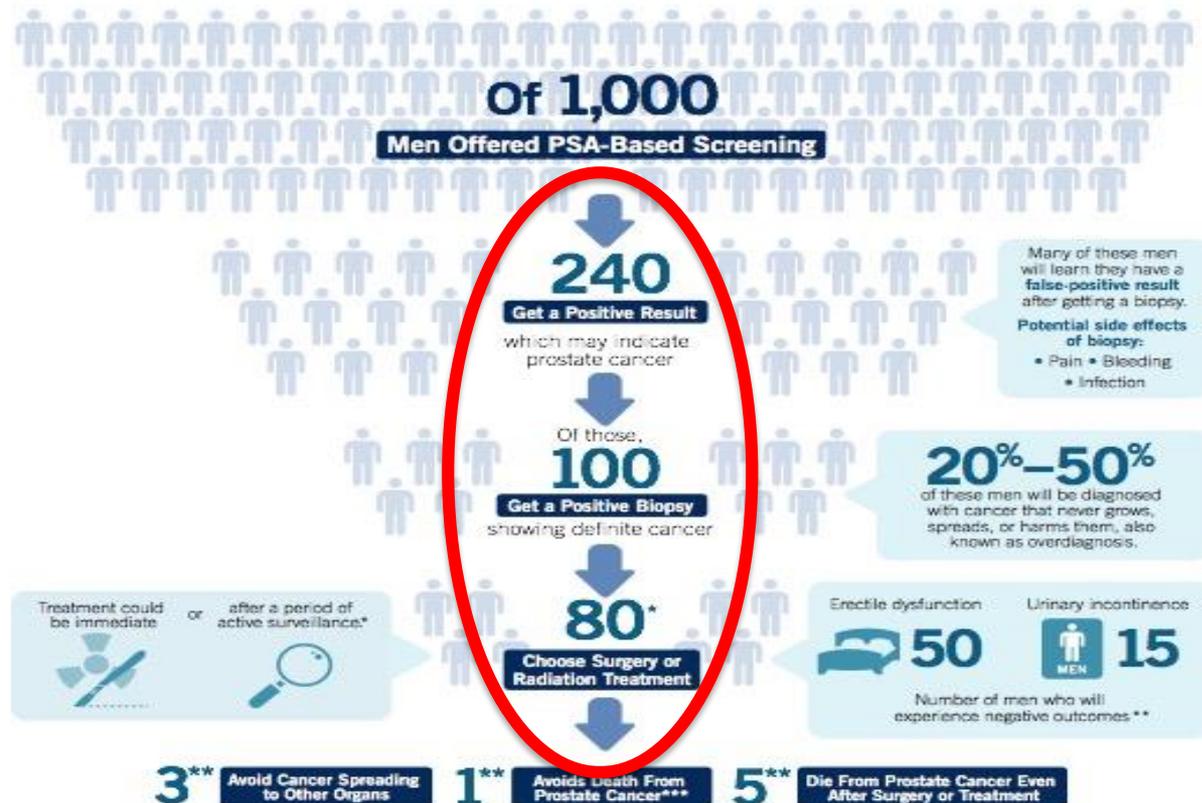
The USPSTF recommends against PSA-based screening for prostate cancer in men 70 years and older. (D recommendation)

Is Prostate Cancer Screening Right for You?

Understanding the Potential Benefits vs. Risks for Men 55–69

The prostate-specific antigen (PSA) screening test is the most common method clinicians use to screen for prostate cancer. The PSA test measures the amount of PSA, a type of protein, in the blood. When a man has an elevated PSA level, it may be caused by prostate cancer, but it could also be caused by other conditions too. Studies show that PSA-based screening in men 55–69 comes with potential benefits and harms over a period of 10–15 years.

The U.S. Preventive Services Task Force recommends that for men 55–69, the decision to receive PSA-based screening should be an individual one. Before deciding whether to be screened, men should have an opportunity to discuss the potential benefits and harms of screening and to incorporate their values into the decision. (C grade)



Note: This summary statement is based on a comprehensive review of PSA-based screening and treatment studies, and is meant for informational purposes. Men with questions should talk to a trusted health care professional to learn more about the potential benefits and harms of PSA-based screening. Estimates are based on benefits observed in the ERSPC trial for men aged 55 to 69 years and harms derived from pooled results from three treatment trials (ProtecT, PIVOT, and SPCG-4).

* This includes 60 men who choose surgery or radiation at diagnosis, as well as 15 men who choose to monitor their cancer initially and later have surgery or radiation when it progresses.

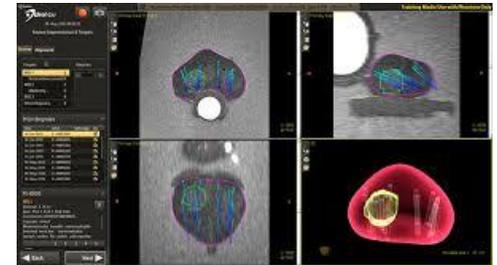
** Estimates based on benefits observed in the ERSPC trial for men aged 55 to 69 years and on treatment harms derived from pooled absolute rates in the treatment group in the three treatment trials (ProtecT, PIVOT, SPCG-4). Experienced harms may result directly from treatment, cancer, age, or other causes. Of men randomized to screening in the ERSPC trial, 83% had one or more PSA screening tests during the trial.

*** 3 deaths are avoided per 1,000 men offered PSA-based screening.

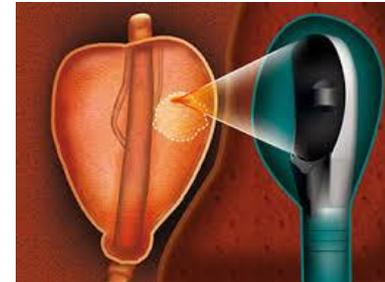
Data sources: Final Recommendation Statement: Screening for Prostate Cancer and Final Evidence Review: Screening for Prostate Cancer. U.S. Preventive Services Task Force, May 2018. www.uspreventiveservicestaskforce.org

Améliorer l'algorithme de triage:

- Eviter le surtraitement:
 - Identification du pt à risque
 - IRM multiparamétrique
 - Biopsie de fusion IRM
 - Tests génétiques
 - Protocoles de surveillance
 - Tumorboards



- Diminuer les effets secondaires / morbidité des traitements:
 - Chirurgie robotique
 - HIFU (Ultrasons focalisés)
 - Cryothérapies

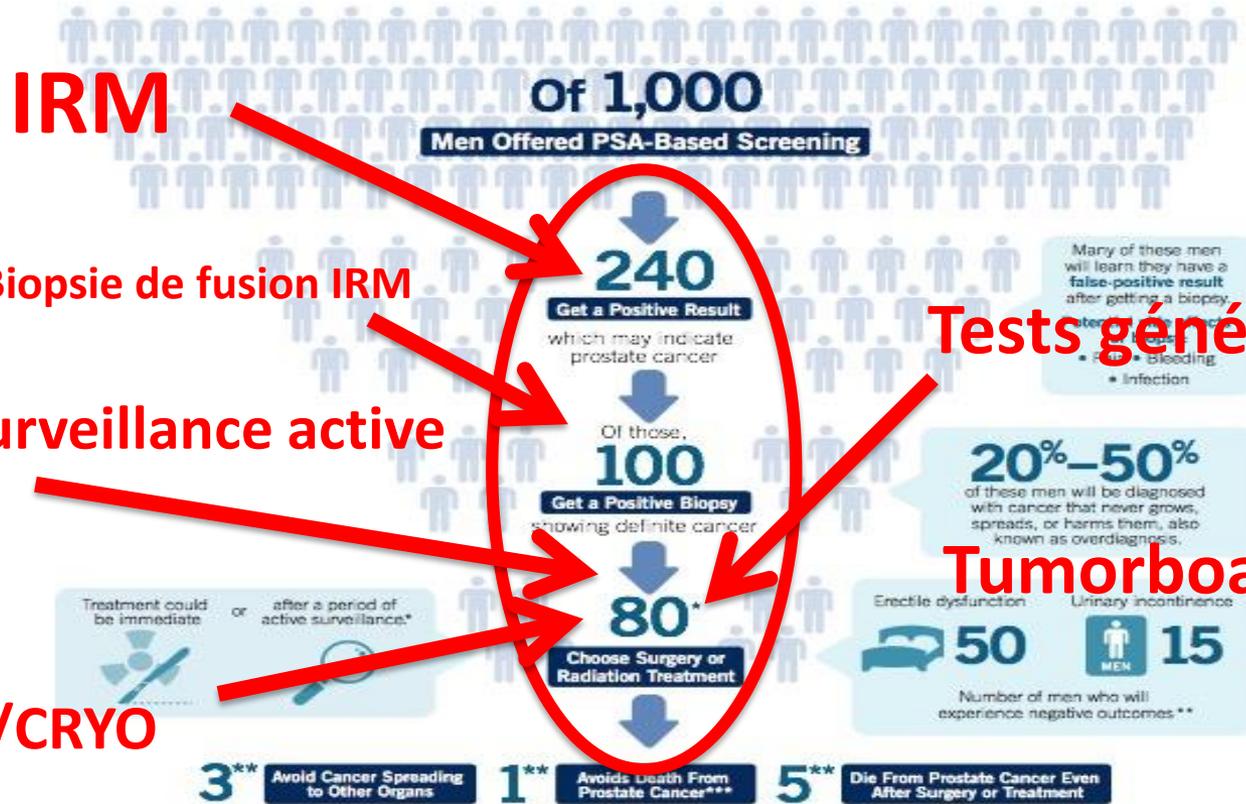


Is Prostate Cancer Screening Right for You?

Understanding the Potential Benefits vs. Risks for Men 55–69

The prostate-specific antigen (PSA) screening test is the most common method clinicians use to screen for prostate cancer. The PSA test measures the amount of PSA, a type of protein, in the blood. When a man has an elevated PSA level, it may be caused by prostate cancer, but it could also be caused by other conditions too. Studies show that PSA-based screening in men 55–69 comes with potential benefits and harms over a period of 10–15 years.

The U.S. Preventive Services Task Force recommends that for men 55–69, the decision to receive PSA-based screening should be an individual one. Before deciding whether to be screened, men should have an opportunity to discuss the potential benefits and harms of screening and to incorporate their values into the decision. (C grade)



Note: This summary document is based on a comprehensive review of PSA-based screening and treatment studies, and is meant for informational purposes. Men with questions should talk to a trusted health care professional to learn more about the potential benefits and harms of PSA-based screening. Estimates are based on benefits observed in the ERSPC trial for men aged 55 to 69 years and harms derived from pooled results from three treatment trials (ProtecT, PIVOT, and SPCG-4).

* This includes 65 men who choose surgery or radiation at diagnosis, as well as 15 men who choose to monitor their cancer initially and later have surgery or radiation when it progresses.

** Estimate based on benefits observed in the ERSPC trial for men aged 55 to 69 years and on treatment harms derived from pooled absolute rates in the treatment groups in the three treatment trials (ProtecT, PIVOT, SPCG-4). Experienced harms may result directly from treatment, cancer, age, or other causes. Of men randomized to screening in the ERSPC trial, 83% had one or more PSA screening tests during the trial.

*** 3 deaths are avoided per 1,000 men offered PSA-based screening.

Data sources: Final Recommendation Statement: Screening for Prostate Cancer and Final Evidence Review: Screening for Prostate Cancer. U.S. Preventive Services Task Force, May 2018. www.uspreventiveservicestaskforce.org

Dépistage?

informer le patient : qui, quoi et comment ?

A poster with a red background. In the center is a silver metal pot on a stove, with steam rising from it. The text is in white and red. At the bottom, there is a logo for the Association Française de la Prostate (AFP) and the website address www.usafrance.org.

**PROSTATE:
ATTENDRE OU AGIR?**

Infection, obstruction, cancer...
Peut-on prévenir l'évolution des maladies de la prostate ?
OUI, mais n'attendez pas pour vous informer.

15 septembre, **Journée Nationale de la Prostate**

Association Française de la Prostate | www.usafrance.org

Counseling Patients About Prostate Cancer Screening

JAMES J. STEVERMER, MD, MSPH, FAAFP, University of Missouri Health, Columbia, Missouri

KENNETH S. FINK, MD, MGA, MPH, FAAFP, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland

Am Fam Physician. 2018 Oct 15;98(8):478-483.

The AAFP recommends the following:

The AAFP does not recommend routine PSA-based screening for prostate cancer. For men 55 to 69 years of age who are considering periodic prostate cancer screening, physicians should discuss the risks and benefits and engage in shared decision making that enables an informed choice. (Grade C recommendation.)⁸

The AAFP recommends against screening for prostate cancer in men 70 years and older. (Grade D recommendation.)⁸

CONCLUSIONS/ RECOMMANDATIONS:

- Ca prostate est fréquent, le CA de prostate peut tuer
- Il existe des traitements efficaces contre cette pathologie
DES LORS
- Age 55-70
- Patient avec facteurs de risques (AF) (Ethnique) (Génétique)
- Espérance de vie > 10ans
- PAS de dépistage de masse, MAIS DEPISTAGE PERSONALISE
- Informer patient du risque de cancer indolent, des risques et bénéfiques,
MAIS
- Amélioration des algorithmes de triage et à l'amélioration des outils diagnostic tout est mis en place pour diminuer les morbidités et surtraitements

Non-dépistage du cancer de la prostate : jugement en faveur du médecin généraliste

Selon le tribunal de grande instance de Troyes, **le Dr Pierre Goubeau, médecin généraliste, n'a pas commis de faute dans le suivi de son patient qui l'accusait de ne pas avoir permis le diagnostic précoce de son cancer de la prostate.** Les deux rapports d'expertise accusateurs ont été écartés par les juges.

Par Géraldine Zamansky

Rédigé le 26/03/2013

En **avril 2016**, la cour de cassation a cassé le jugement de la cour d'appel de Reims, estimant que les magistrats n'avaient pas "*légalement justifié leur décision*" et a renvoyé l'affaire devant la cour d'appel de Paris.

C'est cette cour qui vient de condamner le Dr Pierre Goubeau à verser 27.500 euros de réparations pour n'avoir pas effectué de dépistage précoce à son patient. Dans son jugement, la cour souligne l'absence de recommandations officielles incitant le Dr Goubeau à réaliser le dosage à l'époque des faits, et estime que les problèmes de miction et le résultat du toucher rectal n'étaient pas suffisants pour signaler la présence d'un cancer. Elle lui reproche en revanche de n'avoir pas procédé à un suivi régulier de ces symptômes, et de ne pas avoir suffisamment pris en compte des signalements du patient

Cour d'Appel de Paris, arrêt du 25 janvier 2018 : affaire Goubeau, retard de diagnostic de cancer de la prostate



© Can Stock Photo - csp25549716

Dépistage personnalisé

Traitement personnalisé

Suivi personnalisé....

- Schema de suivi personnalisé.....
- Confort mictionnel du patient
- Suivi biochimique simple dans le post ttt
- Suivi attentiviste dans la surveillance active
PSA /IRM/biopsie

Cancer de vessie:

- Confort mictionnel du patient
- Suivi / analyse urinaire (hématurie)
- Suivi fonction rénale (US + créatinine)
- Suivi urologique régulier par cystoscopie et imagerie (US /URO-CT)

