

LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE - MISE À JOUR 2013

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec



JUIN 2013



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

Pertinence de la mise à jour	4
Méthodologie	5
Synthèse de l'analyse des données	6
Recommandations	12
Recommandations d'autres organismes	13
Outils pour aider les hommes à prendre une décision éclairée	14
Références	15

ANNEXES

A.	Membres du comité responsable de la mise à jour des lignes directrices <i>Le dépistage du cancer de la prostate</i>	19
B.	Tableaux résumant le processus d'évaluation de la qualité des données scientifiques et de la force des recommandations, selon la méthodologie GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)	20
C.	Dépliant pour le patient <i>Le dépistage du cancer de la prostate : une décision qui VOUS appartient!</i>	23
D.	Favoriser une prise de décision partagée entre le médecin et son patient concernant le dépistage du cancer de la prostate Aide-mémoire des étapes et exemples de questions clés	28
E.	Boîte à décision pour préparer la rencontre avec son patient	31



RECOMMANDATIONS

1. Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate chez leurs patients âgés de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie de plus de 10 ans et peuvent l'envisager avant l'âge de 55 ans chez leurs patients à plus haut risque de cancer de la prostate (antécédents familiaux ou de race noire). (Recommandation faible)
2. Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ces patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte)
3. Les médecins ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans. (Recommandation forte)
4. Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)



Pertinence de la mise à jour

En 1998, le Collège des médecins du Québec publiait des lignes directrices intitulées *Dépistage du cancer de la prostate: utilisation de l'APS*. Ces lignes directrices, accompagnées d'un dépliant à l'intention des patients, intitulé *Réflexions avant de subir un test pour le dépistage du cancer de la prostate*, ont connu un vif succès avec plus de 85 000 exemplaires distribués. Le Collège a jugé nécessaire de procéder à une mise à jour de ces lignes directrices. Cette décision repose sur l'existence de nouvelles données scientifiques portant sur les avantages et les inconvénients inhérents au dépistage du cancer de la prostate; elle se fonde également sur l'utilisation inappropriée des tests de dépistage ainsi que sur les besoins des médecins et des hommes concernés.

Ces lignes directrices portent sur la décision de procéder au dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal et dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). **Le dépistage consiste à rechercher, chez les hommes asymptomatiques, la présence ou non d'un cancer de la prostate.** Le dépistage ne consiste pas dans le suivi d'hommes qui ont déjà été traités pour un cancer de la prostate. On exclut aussi de la notion de dépistage la prescription d'analyses dans le cadre d'une investigation pour des symptômes et du suivi de certains traitements. Ce guide s'adresse à tous les médecins du Québec, mais particulièrement à ceux qui sont susceptibles de traiter et de suivre des clientèles masculines, notamment les médecins de famille, les internistes, les gériatres et les urologues.



Méthodologie

Cette mise à jour a été réalisée en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Quatre médecins de famille, deux urologues, un épidémiologiste et un homme représentant la population ont été invités à siéger au comité responsable de la mise à jour de ces lignes directrices (*voir la liste des membres à l'annexe A*). Aucun des membres n'a déclaré avoir de conflits d'intérêts de nature commerciale en lien avec le dépistage, la prise en charge et le traitement du cancer de la prostate.

Les principales questions abordées ont été les suivantes :

1. Quels sont les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer de la prostate ?
2. Quels sont les avantages et les complications du traitement/de la prise en charge du cancer de la prostate détecté à un stade précoce ?
3. Existe-t-il des outils valides et applicables au Québec pour aider les patients à prendre une décision éclairée/partagée concernant le dépistage du cancer de la prostate ?

Ces lignes directrices abordent également la question de la population concernée par le dépistage et le type de tests à utiliser.

Le comité s'est inspiré de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (annexe B)¹ pour évaluer la qualité des données scientifiques concernant les effets du dépistage et du traitement du cancer de la prostate détecté à un stade précoce, juger de la force des recommandations et les formuler. Le comité s'est appuyé sur la revue systématique sur le dépistage du cancer de la prostate, une revue complète, mise à jour et publiée en décembre 2011 pour le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)². Ces données ont été complétées par d'autres références publiées par la suite, notamment : les publications faisant état des résultats à 13 ans de l'étude randomisée PLCO des États-Unis sur le dépistage,³ des résultats à 11 ans de l'étude randomisée ERSPC d'Europe sur le dépistage⁴ et des analyses secondaires de cette étude⁵⁻⁸ ainsi que des résultats de l'étude randomisée PIVOT sur le traitement du cancer localisé de la prostate^{9,10}. Le comité a également revu plusieurs guides de pratique clinique sur le sujet¹¹⁻¹⁷. Chaque membre a, de façon indépendante, évalué les données et leur qualité et jugé de la force de recommandation la plus appropriée, à la lumière des données disponibles, selon la méthodologie GRADE.

En ce qui concerne la question des outils pour soutenir la prise de décision éclairée/partagée en matière de dépistage du cancer de la prostate, l'INESSS a publié une note informative fondée sur une revue de la littérature limitée aux revues systématiques d'essais cliniques randomisés, et ce, sur la recommandation du comité¹⁸.

Les recommandations finales ont été obtenues par consensus des membres du comité.



Synthèse de l'analyse des données

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU DÉPISTAGE ET DU TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE À UN STADE PRÉCOCE

Avantages

Le comité fait consensus sur la **faible** qualité des meilleures données scientifiques disponibles concernant l'effet du dépistage ou du traitement du cancer de la prostate détecté à un stade précoce sur la mortalité par cancer de la prostate et la mortalité globale. Les résultats disponibles montrent que chez les hommes âgés de 55 à 70 ans, il pourrait y avoir un effet modeste du dépistage sur la mortalité par cancer de la prostate après 11 ans de suivi, sans effet observable sur la mortalité globale. Ces résultats émanent de l'étude ERSPC^{4,19}. Des extrapolations «à vie» de ces données^{5,7,8,20,21} suggèrent un effet d'une plus grande ampleur. Par ailleurs, aucun effet sur la mortalité par cancer de la prostate n'a été observé dans l'étude PLCO³. Cependant, la forte proportion des participants qui ont été soumis à un dépistage avant de participer à l'étude (environ 50 %) et celle des participants du groupe témoin qui ont également été soumis à un dépistage en cours d'étude (également environ 50 %) limite la validité des résultats.

Le tableau 1 résume les résultats de l'étude ERSPC sur la mortalité par cancer de la prostate et le risque que le cancer progresse à un stade avancé (métastases) chez les hommes de 55 à 70 ans, après un suivi médian de 11 ans (données réelles) et à vie (données extrapolées par modèle mathématique). Les données sont présentées par 100 hommes, comme dans le dépliant pour les patients (annexe C), afin de faciliter la compréhension. En raison des petits nombres en cause, certains chiffres sont présentés avec des décimales.

TABLEAU 1						
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ERSPC SUR LA MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE ET LE RISQUE QUE LE CANCER PROGRESSE À UN STADE AVANCÉ (MÉTASTASES) CHEZ 100 HOMMES DE 55-70 ANS AVEC UN DÉPISTAGE SELON LE TEMPS DE SUIVI						
	11 ans de suivi médian ^{4,6}			Extrapolation à vie ^{5,7,20,21}		
	Avec dépistage*	Sans dépistage	Différence	Avec dépistage	Sans dépistage	Différence
Diagnostic de cancer	10	6	+4	18	11	+7
Morbidité (métastases)	0,7	0,9	-0,2	2,6	4	-1,4
Mortalité par cancer de la prostate	0,4	0,5	-0,1	2	3	-1

* Dépistage par APS avec ou sans TR tous les 2 à 4 ans, selon les centres, dans l'étude ERSPC. Les données extrapolées à vie sont tirées de l'analyse et de la synthèse que les membres du comité ont faites à partir de données de diverses études^{5,7,19,20,21}, prenant comme hypothèse que le dépistage par APS était fait tous les ans entre 55 et 70 ans.



Le tableau 2 montre le nombre d'hommes âgés de 55 à 70 ans qu'il faut soumettre au dépistage et le nombre de diagnostics par excès qu'il faut pour éviter le décès d'un homme par cancer de la prostate, après un suivi médian de 11 ans (données réelles) et à vie (données extrapolées par modèle mathématique).

TABLEAU 2		
NOMBRE D'HOMMES À SOUMETTRE AU DÉPISTAGE		
(NUMBER NEEDED TO SCREEN [NNS]) ET D'HOMMES À DIAGNOSTIQUER		
PAR EXCÈS (NUMBER NEEDED TO DIAGNOSE [NND]) POUR ÉVITER		
UN DÉCÈS PAR CANCER DE LA PROSTATE, SELON LE TEMPS DE SUIVI		
	11 ans de suivi médian⁴	Extrapolation à vie⁷
NNS	1055	100
NND	37	7

On constate que s'il existe réellement une réduction de la mortalité par cancer de la prostate associée au dépistage, elle se manifeste à long terme (à l'âge – avancé – où la majorité des hommes meurent du cancer de la prostate), soit plus de 10 ans après le début du dépistage, et non au cours des premières années de dépistage. C'est pour cette raison et parce qu'aucune recherche ne montre de réduction de mortalité par cancer de la prostate que le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes qui ont plus de 70 ans, ni chez ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans.

Il est difficile de statuer sur la fréquence et le type de test (APS seul ou APS et TR combinés) qui ont contribué le plus aux résultats observés, car chaque centre où était menée l'étude ERSPC utilisait une approche différente. Les participants à cette étude ont passé en moyenne 2 tests à un intervalle médian de 4 ans. Les résultats les plus optimistes ont été observés quand le dosage de l'APS devait être fait tous les 2 ans.

On sait que certains groupes d'hommes risquent plus de développer un cancer de la prostate (hommes dont un ou des parent(s) du premier degré ont eu un cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans, hommes de race noire). Toutefois, il n'est pas évident que les avantages (versus les inconvénients) soient plus importants chez ces hommes¹⁴.

Rappelons que la confiance que l'on accorde à la validité de ces résultats est faible en raison des problèmes méthodologiques de l'étude ERSPC (hétérogénéité importante des protocoles de recherche dans chacun des centres participants, données publiées limitées à certains centres plus performants, exclusion des hommes de moins de 55 ans et de plus de 70 ans). Ces biais pourraient faire en sorte que les avantages réels soient surestimés. Il est très probable que si d'autres recherches étaient menées, elles auraient un impact important sur la confiance que nous accordons aux résultats disponibles.



De plus, les données extrapolées à vie à partir de modèles mathématiques comportent d'autres limites. Bien qu'elles apportent une information supplémentaire et soient souvent plus faciles à comprendre que des données d'essais cliniques randomisés qui sont limitées dans le temps, elles varient selon les paramètres utilisés dans les modèles de calcul. Ces paramètres sont idéalement fondés sur la recherche scientifique (avec ses limites), mais sont parfois hypothétiques et peuvent varier d'une étude à l'autre. Les données retenues dans ce guide sont issues de notre analyse et de notre synthèse des différents estimés publiés^{5,7,20,21}. Elles sont plausibles et, sans s'attarder à l'exactitude des chiffres, reflètent bien les enjeux associés au dépistage du cancer de la prostate.

Inconvénients

Le comité fait consensus sur le fait que la qualité des preuves concernant les inconvénients inhérents au dépistage et au traitement du cancer de la prostate détecté à un stade précoce est **moyenne**. Bien que la confiance accordée à la validité des données sur les inconvénients soit plus forte que celle accordée aux données sur les avantages, la fréquence estimée des inconvénients pourrait également changer selon les résultats d'études futures. Les principaux inconvénients du dépistage sont les résultats faux négatifs de l'APS, les résultats faux positifs de l'APS et leurs conséquences, ainsi que le surdiagnostic et le surtraitement qui sont des corollaires du dépistage.

Résultats faux négatifs de l'APS

La fréquence d'un résultat faux négatif d'APS varie selon ce que l'on entend par « cancer » de la prostate : les cancers estimés par étude de rapports d'autopsie, les cancers identifiables grâce à une biopsie de la prostate ou les cancers dont les conséquences sont significatives pour la santé, c'est-à-dire ceux qui deviendront métastatiques ou causeront le décès.

La proportion des hommes de plus de 50 ans qui ont un cancer de la prostate, fondée sur les rapports d'autopsie, varie entre 30 % et 70 %, la plus forte proportion de cancers se retrouvant chez les hommes plus âgés^{22,23}. La vaste majorité de ces cancers ne donneront jamais de symptômes, mais il n'est pas possible de distinguer ceux qui évolueront de ceux qui n'évolueront pas. La fréquence de ces cancers est évidemment beaucoup plus élevée que celle des cancers détectés par l'APS.

La majorité des cancers identifiables par biopsie n'est pas non plus détectée par l'APS. Ainsi, selon les résultats de l'étude *Prostate Cancer Prevention Trial*, où l'on a détecté un cancer par biopsie chez 22 % des participants, la sensibilité de l'APS au seuil habituel de 4 ng/mL n'a été que de 21 %²⁴. Autrement dit, parmi les 22 hommes sur 100 qui ont eu un cancer révélé par biopsie, 5 ont eu leur cancer détecté par l'APS (au seuil de 4 ng/mL) alors que 17 de ces hommes, qui avaient également un cancer de la prostate, n'ont pas eu leur cancer détecté par le dosage de l'APS.



Par ailleurs, la probabilité qu'un homme dont l'APS et le toucher rectal sont normaux ait un cancer de la prostate néfaste pour la santé (qui produira des métastases ou qui causera le décès) est plus faible, de l'ordre de 2 % à 3 %, par comparaison à environ 6 % chez les hommes en général.

Résultats faux positifs de l'APS et leurs conséquences

La grande majorité des hommes dont l'APS (ou le toucher rectal) est anormal (4 ng/mL ou plus), soit environ 60 % à 80 %, n'auront pas un cancer de la prostate dont les conséquences pourraient être néfastes pour la santé (métastases et décès). Si la concentration sérique d'APS est très élevée (10 ng/mL ou plus) et les deux tests sont anormaux, cette proportion diminue à moins de 50 %.

Des effets psychologiques défavorables, à la suite des résultats faussement positifs du dépistage, ont été observés dans au moins trois études²⁵, mais l'ampleur et l'importance cliniques de ces effets demeurent controversées²⁶.

Selon les résultats de l'étude randomisée ProtecT sur le traitement du cancer localisé de la prostate²⁷, environ 33 % des hommes qui subissent une biopsie de la prostate ont une complication qu'ils considèrent modérée ou grave, comme des douleurs, de la fièvre, des difficultés urinaires passagères, du sang dans le sperme ou l'urine, et 1 % doit être hospitalisé à cause d'une complication. Des études récentes montrent que la biopsie serait responsable d'une hospitalisation chez 3 % à 4 % des hommes qui subissent cette intervention au Canada²⁸, en Allemagne²⁹ et aux États-Unis³⁰.

Surdiagnostic et surtraitement

Étant donné que la prévalence globale de cancer de la prostate observée lors d'autopsies est d'au moins 30 % chez les hommes âgés de plus de 50 ans, et que la morbidité (métastases) et la mortalité par cancer de la prostate sont de l'ordre de 6 %, on comprend que la majorité des cancers de la prostate ne se manifestent pas au cours de la vie. D'après les données scientifiques disponibles, on estime qu'environ 40 % des cancers (23 % à 58 %)^{5,7,8,31,32} qui sont détectés par dépistage n'auraient jamais été connus au cours de la vie d'un homme sans le dépistage. Ainsi, comme l'indique le tableau du dépliant pour les patients (annexe C), on considère que sur 100 hommes de 55 ans qui le font le dépistage chaque année jusqu'à 70 ans, 6 des 15 cancers trouvés par dépistage (40 %) sont des surdiagnostics. On estime que ces hommes vivent en moyenne 11 ans avec la conscience d'avoir un cancer de la prostate, alors que s'ils n'avaient pas fait de dépistage, ils ne l'auraient jamais su au cours de leur vie⁷.

Le surdiagnostic, et le surtraitement potentiel qu'il entraîne, est le principal inconvénient du dépistage du cancer de la prostate. Les hommes qui envisagent le dépistage doivent comprendre que quand on détecte un cancer de la prostate, il est impossible de savoir si le patient est un « cas » de surdiagnostic ou non.

Une portion importante des hommes chez qui on trouve un cancer de la prostate par dépistage subira une prostatectomie radicale ou une radiothérapie, car on ne peut distinguer avec certitude les cancers néfastes pour la santé de ceux qui ne le sont pas. Outre le risque de décès (environ 0,5 %)² et de complications cardiovasculaires (0,6 % à 3 %)² en cas d'intervention chirurgicale, ces traitements peuvent entraîner des effets secondaires importants.



Selon deux études randomisées ayant comparé les effets à long terme (plus de 2 ans) de la prostatectomie radicale à l'observation sans traitement chirurgical, 11 % (17 % vs 6 %)⁹ à 27 % (49 % vs 21 %)³³ des hommes opérés souffrent d'incontinence urinaire importante alors que 36 % (81 % vs 45 %)⁹ à 37 % (81 % vs 44 %)³³ souffrent d'impuissance à la suite de l'intervention chirurgicale. Dans les principaux centres de l'étude ERSPC, 15 % des hommes (la proportion a augmenté de 1 % à 16 %) ont nécessité une protection quotidienne pour incontinence urinaire alors que 51 % à 57 % (la proportion a augmenté de 31-32 % à 83-88 %) souffraient de dysfonction érectile 18 mois après la prostatectomie⁵.

Ces complications surviennent moins souvent avec la radiothérapie; cependant, s'ajoute la possibilité d'inflammation du rectum et de la vessie due aux radiations. Selon les données du centre de Rotterdam de l'étude ERSPC, aucun homme n'a nécessité une protection quotidienne pour incontinence urinaire à cause de la radiothérapie, et 3 % des hommes (la proportion a augmenté de 40 % à 43 %) souffraient de dysfonction érectile 12 mois après la radiothérapie⁵. Toutefois, une revue systématique rapporte que la radiothérapie cause une dysfonction érectile en moyenne chez 14 % des hommes traités².

La surveillance active (*active surveillance*) des hommes atteints d'un cancer localisé et considéré comme étant à faible risque de progression (tumeur stade T1 ou T2a, APS ≤10 ng/mL, score de Gleason ≤ 6)³⁴ est actuellement recommandée pour pallier les effets néfastes du surdiagnostic et du surtraitement associés au dépistage du cancer de la prostate. Cette approche consiste à reporter le traitement immédiat et à instituer un traitement à visée curative seulement s'il existe des indices, lors de dosages d'APS et de biopsies sériées, que le patient court un risque accru de progression de la maladie. La surveillance active est différente de l'attente vigilante (*watchful waiting*), qui consiste à instituer un traitement à visée palliative si le cancer progresse. Cette dernière approche est fondée sur le fait que certains hommes ne bénéficient pas d'un traitement du cancer localisé de la prostate en raison de la longue histoire naturelle de la maladie.

Une revue systématique menée aux États-Unis³⁴ pour le compte de la Agency for Healthcare Research and Quality, et publiée en avril 2012, a conclu que les données scientifiques actuelles sont insuffisantes pour déterminer si la surveillance active est une option appropriée pour les hommes atteints du cancer localisé de la prostate. Aucune étude n'a directement comparé cette approche à un traitement immédiat à visée curative et un protocole de surveillance active standardisé et optimal reste à établir. De plus, des extrapolations mathématiques suggèrent que la surveillance active pourrait augmenter la mortalité à long terme comparative-ment à la prostatectomie radicale, réduisant et même annulant les effets du dépistage sur la mortalité¹⁰. Les résultats de l'étude randomisée PIVOT, publiés en juillet 2012⁹, montrent que la prostatectomie radicale immédiate serait équivalente à l'attente vigilante (plus conservatrice que la surveillance active) pour les cancers localisés à faible risque de progression; mais elle pourrait être supérieure pour les cancers localisés à plus haut risque sur le plan de la mortalité globale et par cancer de la prostate. Des études sont en cours pour déterminer le bénéfice réel de la surveillance active³⁵. Notons que dans l'étude ERSPC, 20 % des participants du groupe d'étude « Dépistage » ont eu une surveillance active ou une attente vigilante comme approche initiale de leur cancer⁴.



Outils d'aide pour une prise de décision éclairée/partagée

Le comité a tenu compte des données de deux revues systématiques portant sur les outils d'aide à la prise de décision éclairée/partagée concernant le dépistage du cancer de la prostate^{36,37}. **Un homme prendra une décision dite éclairée** lorsqu'il a été informé à propos du cancer de la prostate et de son dépistage, qu'il comprend bien les avantages et les inconvénients ainsi que les limites et les incertitudes inhérentes à ce dépistage, et qu'il prend une décision qui correspond à ses valeurs et à ses préférences. **La prise de décision sera dite partagée** lorsque le processus menant à une décision éclairée du patient résulte d'une interaction entre lui et son médecin. Ce processus est conforme aux règles éthiques et légales en vigueur au Québec en matière de prise de décision en santé³⁸. Le *Code de déontologie* est particulièrement clair à cet égard : « *Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.* » (art. 29)³⁸

Les outils d'aide à la décision mis à la disposition des hommes améliorent leurs connaissances sur les avantages et les risques/inconvénients du dépistage du cancer de la prostate par l'APS et diminuent le nombre d'hommes qui sont en faveur du test. Cette diminution est cependant modeste. Les outils d'aide à la décision augmentent aussi le nombre d'hommes qui sont en faveur de l'attente vigilante ou de la surveillance active comme option thérapeutique, quand on a détecté un cancer de la prostate. Toutefois, l'association entre le niveau de connaissances sur le dépistage et le choix de se prêter ou non au dépistage demeure faible. De plus, les outils d'aide à la décision pourraient augmenter, chez les personnes à risque élevé, la crainte de développer un cancer et par le fait même, augmenter leur disposition à procéder au dépistage.

Il est nécessaire de procéder à une adaptation contextuelle des outils d'aide à la décision, notamment en regard de la langue et du niveau de littératie. L'outil de la *Informed Medical Decisions Foundation* (IMDF) est celui qui a fait l'objet du plus grand nombre d'évaluations¹⁸ :

informedmedicaldecisions.org/imdf_decision_aid/deciding-if-the-psa-test-is-right-for-you/



Recommandations

1. Les médecins doivent envisager le dépistage du cancer de la prostate chez leurs patients âgés de 55 à 70 ans ayant une espérance de vie de plus de 10 ans et peuvent l'envisager avant l'âge de 55 ans chez leurs patients à plus haut risque de cancer de la prostate (antécédents familiaux ou de race noire) (Recommandation faible)
2. Compte tenu des incertitudes, les médecins doivent informer ces patients des avantages et des inconvénients du dépistage, au moyen d'outils d'aide à la décision, afin que ces derniers décident, de façon éclairée, de faire ou de ne pas faire de dépistage. (Recommandation forte)
3. Les médecins ne doivent pas proposer le dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de plus de 70 ans, ni à ceux dont l'espérance de vie est estimée à moins de 10 ans. (Recommandation forte)
4. Les médecins devraient faire un toucher rectal aux patients qui optent pour le dépistage, en plus du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS). (Recommandation faible)



Recommandations d'autres organismes

Le comité a revu les guides de pratique de l'Association canadienne d'urologie (ACU)¹³, de l'Alberta (TOP)¹¹, de l'American Cancer Society (ACS)¹⁵, de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO)³, du U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)¹⁴, de la Nouvelle-Zélande (NZGG)¹⁶ et de l'American College of Physicians (ACP)¹⁷.

Aucun organisme ne recommande le dépistage systématique (de routine) de tous ou de certains groupes d'hommes. Tous les organismes insistent par ailleurs sur le fait que la décision de passer le test doit être prise de façon éclairée, après avoir été informé des avantages et des risques/inconvénients du dépistage du cancer de la prostate par l'APS.

Soulignons toutefois que le USPSTF a émis, en juillet 2012, une recommandation contre le dépistage du cancer de la prostate par l'APS (recommandation D), alléguant que plusieurs hommes courent des risques pour leur santé (*harms*) et que peu, s'il y en a, en tirent un bénéfice¹⁴. Selon le USPSTF, le médecin ne devrait pas se sentir obligé de proposer le test d'APS si son patient ne le demande pas ou n'en parle pas. C'est sur ce point que la position du comité diverge de celle du USPSTF. Selon notre analyse des données scientifiques, dont six publications parues après la décision du USPSTF^{3-7,9,10}, et tenant compte de l'utilisation actuelle du dépistage de ce cancer dans la société québécoise, nous croyons que tous les hommes chez qui le dépistage est susceptible de réduire, même faiblement, le risque de décès par cancer de la prostate devraient être informés, de façon juste et claire, des avantages ainsi que des inconvénients inhérents au dépistage de cette maladie.

Le USPSTF reconnaît cependant que certains hommes peuvent demander un dépistage du cancer de la prostate et qu'il est acceptable de respecter leurs préférences. Toutefois, il recommande fortement, tout comme nous, qu'on ne prescrive aucun dosage d'APS sans avoir eu une discussion à cet effet, tout en s'assurant que la décision de faire ou non le dépistage soit éclairée.

Notre position est partagée par les comités responsables d'émettre des recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate de l'Alberta (TOP)¹¹, de l'American Cancer Society (ACS)¹⁵, de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO)¹², de la Nouvelle-Zélande (NZGG)¹⁶ et de l'American College of Physicians (ACP)¹⁷.

Au moment de la diffusion de ces lignes directrices, en juin 2013, l'American Urological Association (AUA) a publié un guide de pratique dont les recommandations vont également dans le même sens³⁹.



Outils pour aider les hommes à prendre une décision éclairée

Il existe de nombreux outils en anglais pour aider les hommes à prendre la décision de procéder ou non au dépistage du cancer de la prostate. Une liste et une description de ces outils d'aide à la décision sont accessibles au decisionaid.ohri.ca/AZlist.html.

Pour que les médecins puissent aider leurs patients francophones à prendre une décision fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles, tout en tenant compte de leurs valeurs et de leurs préférences, le comité propose une approche clinique inspirée des travaux de la Chaire de recherche du Canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires⁴⁰. Cette approche en quatre étapes est décrite à l'annexe D, ainsi que les questions clés à poser au patient pour favoriser un processus de prise de décision partagée. Les documents en français suivants sont utiles et complémentaires à cette fin.

1. **Le dépliant du Collège** intitulé *Le dépistage du cancer de la prostate: une décision qui VOUS appartient!*. Ce dépliant, mis à jour par les membres du comité, est reproduit à l'annexe C. Il est également accessible à l'adresse www.cmq.org (section Public, Publications).
2. **La Boîte à décision**: *Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate*. Un document de 2 pages résumant les données scientifiques récentes sur les avantages et les inconvénients potentiels du dépistage du cancer de la prostate. Les Boîtes à décision sont conçues par des équipes des universités Laval, McGill et McMaster afin de préparer la rencontre avec un patient. Une copie est jointe à l'annexe E. (www.decisionbox.ulaval.ca/index.php?id=858&L=0)
3. **Le site Internet Infoprostate**: outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer de la prostate. Ce site, conçu pour les patients par des professeurs de l'Université Laval, offre des informations et des outils pour comprendre les enjeux du dépistage du cancer de la prostate et favoriser une décision éclairée. On y trouve des informations sur les avantages et les inconvénients du dépistage, ciblées selon l'âge au début du dépistage et l'histoire familiale de cancer de la prostate²⁰. (infoprostate.fmed.ulaval.ca/Cours/Prostate/index.aspx)

Tous ces documents ou les liens pertinents sont accessibles sur le site du Collège à www.cmq.org



RÉFÉRENCES

1. GUYATT, G.H. ET COLLAB. «GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations», *BMJ (Clinical Research ed.)*, vol. 336, n° 7650, 26 avril 2008, p. 924-926.
2. CHOU, R. ET COLLAB. «Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force», *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 11, 6 décembre 2011, p. 762-771.
3. ANDRIOLE, G.L. ET COLLAB. «Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 years of follow-up», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 104, n° 2, 18 janvier 2012, p. 125-132.
4. SCHRÖDER, F.H. ET COLLAB. «Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up», *New England Journal of Medicine*, vol. 366, n° 11, 15 mars 2012, p. 981-990.
5. HEIJNSDIJK, E.A. ET COLLAB. «Quality-of-life effects of prostate-specific antigen screening», *New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 7, 16 août 2012, p. 595-605.
6. SCHRÖDER, F.H. ET COLLAB. «Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)», *European Urology*, vol. 62, n° 5, novembre 2012, p. 745-752.
7. WEVER, E.M. ET COLLAB. «To be screened or not to be screened? Modeling the consequences of PSA screening for the individual», *British Journal of Cancer*, vol. 107, n° 5, 21 août 2012, p. 778-784.
8. GULATI, R. ET COLLAB. «Long-term projections of the harm-benefit trade-off in prostate cancer screening are more favorable than previous short-term estimates», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 64, n° 12, décembre 2011, p. 1412-1417.
9. WILT, T.J. ET COLLAB. «Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer», *New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 3, 19 juillet 2012, p. 203-213.
10. XIA, J. ET COLLAB. «Prostate cancer mortality following active surveillance versus immediate radical prostatectomy», *Clinical Cancer Research*, vol. 18, n° 19, 1^{er} octobre 2012, p. 5471-5478.
11. TOWARD OPTIMIZED PRACTICE. Screening and early diagnosis of prostate cancer, Edmonton, AB: TOP, janvier 1997, révisé décembre 2010, 13 p. [En ligne], www.topalbertadoctors.org/cpgs.php?sid=2&cpg_cats=26
12. BASCH, E. ET COLLAB. «Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen testing: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion», *Journal of Clinical Oncology*, vol. 30, n° 24, 20 août 2012, p. 3020-3025.
13. IZAWA, J.I. ET COLLAB. «Prostate cancer screening: Canadian guidelines 2011», *Canadian Urological Association Journal*, vol. 5, n° 4, août 2011, p. 235-240.
14. MOYER, V.A. «Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement», *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n° 2, 17 juillet 2012, p. 120-134.
15. WOLF, A.M. ET COLLAB. «American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010», *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 60, n° 2, mars-avril 2010, p. 70-98.
16. NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. *Testing for prostate cancer: a consultation resource*, Wellington, NZ: Ministry of Health, septembre 2008, 4 p. [En ligne], <http://www.health.govt.nz/publication/testing-prostate-cancer>
17. QASEEM A. ET COLLAB. «Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians», *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, n° 10, avril 2013, (Epub ahead of print) doi: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00633
18. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS). *Dépistage du cancer de la prostate: résumé de l'exploration de la littérature scientifique sur les effets des outils d'aide à la décision portant sur le dépistage du cancer de la prostate pour le comité d'experts du Collège des médecins du Québec*, Montréal: INESSS, janvier 2013, 17 p. [En ligne], www.inesss.qc.ca/ (section Publications).



19. SCHRÖDER, F.H. ET COLLAB. «Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study», *New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 13, 26 mars 2009, p. 1320-1328.
20. HOWARD, K. ET COLLAB. «A model of prostate-specific antigen screening outcomes for low-to high-risk men: information to support informed choices», *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n° 17, 28 septembre 2009, p. 1603-1610.
21. GULATI R., J.L. GORE ET R. ETZIONI. «Comparative effectiveness of alternative prostate-specific antigen – based prostate cancer screening strategies: model estimates of potential benefits and harms», *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, n° 3, 5 février 2013, p. 145-153.
22. ORDE, M.M., N.J. WHITAKER ET J.S. LAWSON. «High prevalence of prostatic neoplasia in Australian men», *Pathology*, vol. 41, n° 5, 2009, p. 433-435.
23. WELCH, H.G. ET W.C. BLACK. «Overdiagnosis in cancer», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 102, n° 9, 5 mai 2010, p. 605-613.
24. THOMPSON, I.M. ET COLLAB. «Operating characteristics of prostate-specific antigen in men with an initial PSA level of 3.0 ng/ml or lower», *JAMA*, vol. 294, n° 1, 6 juillet 2005, p. 66-70.
25. LIN, K. ET COLLAB. «Benefits and harms of prostate-specific antigen screening for prostate cancer: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force», *Annals of Internal Medicine*, vol. 149, n° 3, 5 août 2008, p. 192-199.
26. CARLSSON, S. ET COLLAB. «Prostate cancer screening: facts, statistics, and interpretation in response to the US Preventive Services Task Force Review», *Journal of Clinical Oncology*, vol. 30, n° 21, 20 juillet 2012, p. 2581-2584.
27. ROSARIO, D.J. ET COLLAB. «Short term outcomes of prostate biopsy in men tested for cancer by prostate specific antigen: prospective evaluation within ProtecT study», *BMJ (Clinical Research Ed)*, vol. 344, 2012, p. d7894.
28. NAM, R.K. ET COLLAB. «Increasing hospital admission rates for urological complications after transrectal ultrasound guided prostate biopsy», *Journal of Urology*, vol. 183, n° 3, mars 2010, p. 963-968.
29. WAGENLEHNER, F.M. ET COLLAB. «Infective complications after prostate biopsy: outcome of the global prevalence study of infections in urology (GPIU) 2010 and 2011, a prospective multinational multicentre prostate biopsy study», *European Urology*, vol. 63, n° 3, mars 2013. [Epub ahead of print], dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2012.06.003
30. LOEB, S. ET COLLAB. «Complications after prostate biopsy: data from SEER-Medicare», *Journal of Urology*, vol. 186, n° 5, novembre 2011, p. 1830-1834.
31. DRAISMA, G. ET COLLAB. «Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 101, n° 6, 18 mars 2009, p. 374-383.
32. HEIJNSDIJK, E.A. ET COLLAB. «Overdetection, overtreatment and costs in prostate-specific antigen screening for prostate cancer», *British Journal of Cancer*, vol. 101, n° 11, 1^{er} décembre 2009, p. 1833-1838.
33. JOHANSSON, E. ET COLLAB. «Time, symptom burden, androgen deprivation, and self-assessed quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting: the Randomized Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4 (SPCG-4) clinical trial», *European Urology*, vol. 55, n° 2, février 2009, p. 422-430.
34. DAHABREH, I.J. ET COLLAB. «Active surveillance in men with localized prostate cancer: a systematic review», *Annals of Internal Medicine*, vol. 156, n° 8, 17 avril 2012, p. 582-590.
35. LANE, J.A. ET COLLAB. «Latest results from the UK trials evaluating prostate cancer screening and treatment: the CAP and ProtecT studies», *European Journal of Cancer*, vol. 46, n° 17, novembre 2010, p. 3095-3101.
36. EVANS, R. ET COLLAB. «Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations», *Patient Education and Counseling*, vol. 58, n° 1, juillet 2005, p. 13-26.
37. VOLK, R.J. ET COLLAB. «Trials of decision aids for prostate cancer screening: a systematic review», *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 5, novembre 2007, p. 428-434.



38. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal: le Collège, octobre 2010, en collaboration avec les facultés de médecine: Université Laval, McGill, Université de Montréal, Université de Sherbrooke. [En ligne], <http://aldo.cmq.org/>
39. CARTER, H.B. ET COLLAB. *Early detection of prostate cancer: AUA guideline*, Linthicum, MD: American Urological Association, 2013, 28 p. [En ligne] <http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Prostate-Cancer-Detection.pdf>
40. UNIVERSITÉ LAVAL. *Chaire de recherche du canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires*, Québec: [s.n., s.d.]. [En ligne], <http://decision.chaire.fmed.ulaval.ca/>
41. ATKINS, D. ET COLLAB. «Grading quality of evidence and strength of recommendations», *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 328, n° 7454, 19 juin 2004, p. 1490.
42. GUYATT, G.H. ET COLLAB. «Going from evidence to recommendations», *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 336, n° 7652, 10 mai 2008, p. 1049-1051.
43. BIRTHWHISTLE, R. ET COLLAB. «Canadian Task Force on Preventive Health Care: we're back!», *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 1, janvier 2012, p. 13-15.



Liste des annexes

- A. Membres du comité responsable de la mise à jour des lignes directrices *Le dépistage du cancer de la prostate*
- B. Tableaux résumant le processus d'évaluation de la qualité des données scientifiques et de la force des recommandations, selon la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)
- C. Dépliant pour le patient : *Le dépistage du cancer de la prostate : une décision qui VOUS appartient!*
- D. Favoriser une prise de décision partagée entre le médecin et son patient concernant le dépistage du cancer de la prostate. Aide-mémoire des étapes et exemples de questions clés
- E. Boîte à décision pour préparer la rencontre avec son patient



ANNEXE A

Membres du comité responsable de la mise à jour des lignes directrices *Le dépistage du cancer de la prostate*

Dr Armen G. Aprikian, M.D., FRCS(C)

*Titulaire de la Chaire de recherche en urologie Richard Tomlinson
Professeur et chef de service, Division d'urologie, Université McGill
Urologue en chef du Centre universitaire de santé McGill*

Dr Marie-Dominique Beaulieu, M.D., M. Sc., FCMF

*Médecin-conseil en soins de première ligne, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal*

Dr Lise Cusson, M.D., FCMFC

*Clinique de médecine familiale, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal*

M. Vincent Dumez, M. Sc.

Directeur, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr André Jacques, M.D., CCMFC, FCMFC

Directeur, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

Dr Michel Labrecque, M.D., Ph. D., CCMF, FCMF (président du comité)

*Professeur titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval
Chercheur-clinicien, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec*

Dr François Meyer, M.D., D. Sc.

Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Dr Jean-Marie Moutquin, M.D., M. Sc., FRCSC

*Scientifique principal, Soutien à la pratique clinique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Professeur titulaire, Département d'obstétrique gynécologie, Université de Sherbrooke*

Dr Fred Saad, M.D., FRCS(C)

*Chef du service d'urologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Professeur titulaire de chirurgie, titulaire de la Chaire en cancer de la prostate, Université de Montréal*

Secrétaire du comité

Mme Manon Corbeil, coordonnatrice, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

Remerciements

Dr Monia Ghorbel, M.D.

Chercheure-consultante, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux



ANNEXE B

Tableaux résumant le processus d'évaluation de la qualité des données scientifiques et de la force des recommandations, selon la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)

TABLEAU 1			
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES SCIENTIFIQUES			
POUR CHAQUE QUESTION EXAMINÉE (PAR EXEMPLE : MORTALITÉ GLOBALE, MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE, EFFETS SECONDAIRES DES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES) ⁴¹			
Qualité des preuves	Type d'étude	Qualité plus faible si*	Qualité plus forte si*
Forte	Essai randomisé	Qualité méthodologique : -1 : Failles importantes -2 : Failles très importantes	Association : +2 : Extrêmement forte
Moyenne	Essai quasi randomisé	Cohérence : -1 : Incohérence importante	+2 : Très forte (pas de biais de confusion possible, résultats cohérents et applicabilité directe)
Faible	Étude d'observation	Applicabilité directe : -1 : Certaines incertitudes -2 : Incertitudes importantes	+1 : Forte (biais de confusion improbable, résultats cohérents et applicabilité directe)
Très faible	Autre	Biais de présentation/ publication Données rares	

* La qualité des preuves peut diminuer de 1 ou 2 niveaux ou augmenter de 1 ou 2 niveaux selon le critère.



TABLEAU 2	
INTERPRÉTATION DE LA QUALITÉ GLOBALE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES POUR CHAQUE QUESTION EXAMINÉE ⁴¹	
Qualité des données scientifiques	Interprétation
Élevée	Il est très improbable que des travaux de recherche futurs modifient notre confiance dans l'estimation de l'effet.
Moyenne	Il est probable que des travaux de recherche futurs aient un impact important sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et pourront modifier l'estimation.
Faible	Il est très probable que des travaux de recherche futurs aient un impact sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et dans le changement de l'estimation.
Très faible	Toute estimation de l'effet est très incertaine.

TABLEAU 3
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR ÉTABLIR LA FORCE D'UNE RECOMMANDATION ⁴²
Qualité des données scientifiques
Équilibre entre les effets désirables et indésirables
Valeurs et préférences des individus (en général) et de la société
Utilisation des ressources

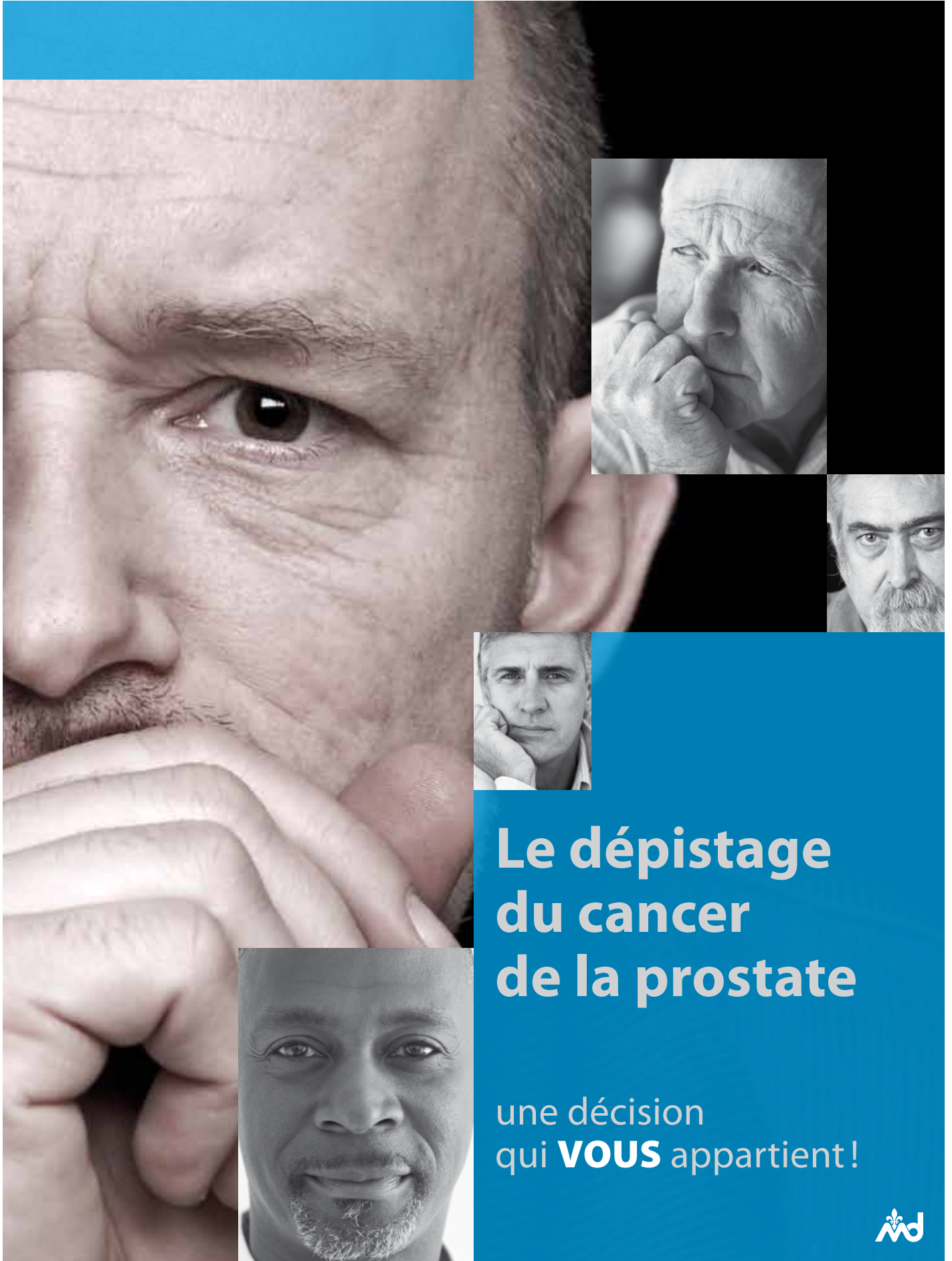


TABLEAU 4 INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS FORTES ET FAIBLES À L'AIDE DE LA MÉTHODE GRADE (TIRÉE DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS : NOUS SOMMES DE RETOUR! ⁴³⁾		
PUBLIC CIBLE	RECOMMANDATION FORTE *	RECOMMANDATION FAIBLE †
Patients ou public	Nous croyons que la plupart des hommes dans cette situation suivraient le plan d'action recommandé et que seulement un petit nombre n'en voudrait pas.	Nous croyons que la plupart des hommes dans cette situation suivraient le plan d'action recommandé, mais qu'un bon nombre n'en voudrait pas; différents choix sont acceptables et les cliniciens devraient soutenir les patients et discuter de leurs valeurs et de leurs préférences pour en arriver à des décisions; des outils d'aide à la décision pourraient soutenir ces hommes pour prendre ces décisions.
Cliniciens	La recommandation s'applique à la plupart des personnes; des outils formels d'aide à la décision ne sont probablement pas nécessaires pour aider les gens à prendre des décisions conformes à leurs valeurs et à leurs préférences.	Nous reconnaissons que différents choix pourraient être appropriés dans le cas d'un patient en particulier; les cliniciens devraient soutenir chaque patient pour qu'il prenne une décision conforme à ses valeurs et à ses préférences; des outils d'aide à la décision pourraient soutenir les hommes pour prendre ces décisions.
Décideurs et élaborateurs d'indicateurs de la qualité	La recommandation peut être adoptée en tant que politique dans la plupart des situations; la conformité à cette recommandation selon le guide de pratique pourrait servir de critère de qualité ou d'indicateur de rendement.	La décision sur une politique exigera beaucoup de débats et la participation de divers intervenants. On pourrait utiliser un processus décisionnel bien documenté comme indicateur de la qualité.

* Les recommandations fortes sont celles où nous sommes convaincus que les effets désirables d'une intervention surpassent ses effets indésirables (recommandation fortement en faveur) ou que les effets indésirables d'une intervention surpassent ses effets désirables (recommandation fortement contre).

† Les recommandations faibles sont celles où les effets désirables surpassent probablement les effets indésirables (recommandation faiblement en faveur) ou les effets indésirables surpassent probablement les effets désirables (recommandation faiblement contre), mais où il existe de l'incertitude. La faiblesse d'une recommandation vient du fait que la différence entre les effets désirables et indésirables est minime, que la qualité des données probantes est moins grande ou qu'il y a plus de variabilité dans les valeurs et les préférences des personnes.





Le dépistage du cancer de la prostate

une décision
qui **VOUS** appartient !



Il existe un test de dépistage du cancer de la prostate depuis plusieurs années. Ce test, appelé dosage de l'antigène prostatique spécifique (ou dosage de l'APS), se fait par une prise de sang. Il est combiné à l'examen de la prostate par toucher rectal. Pourtant, il existe toujours une controverse sur l'utilité réelle de ces examens à des fins de dépistage, c'est-à-dire pour détecter un cancer de la prostate chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme ou signe de cancer. Considérant les incertitudes entourant l'utilisation de ce test, certains hommes pourraient souhaiter le passer, alors que d'autres pas.

Le Collège des médecins du Québec recommande aux médecins de discuter avec leurs patients âgés de 55 à 70 ans et qui ont une espérance de vie de 10 ans ou plus des avantages et des inconvénients du dépistage par l'APS combiné au toucher rectal, et de s'assurer qu'ils ont bien compris les enjeux avant de prendre la décision de faire ou de ne pas faire le dépistage.

Pour faire le point sur la question, le Collège des médecins du Québec a préparé ce dépliant en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) du Québec. Son contenu est basé sur les recommandations d'un groupe d'experts et sur des discussions avec des représentants du public.

Ce dépliant a pour but de vous fournir l'information nécessaire pour discuter du dépistage du cancer de la prostate avec votre médecin et vous aider à prendre votre propre décision.



LE DÉPISTAGE : UNE DÉCISION À PRENDRE

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Toutefois, chez la majorité des hommes qui en sont atteints, le plus souvent à un âge avancé, il a peu d'effet sur la durée et la qualité de vie. Malheureusement, certains hommes subiront des conséquences graves de cette maladie, développeront des métastases et en mourront.

On voudrait donc être en mesure de détecter et de traiter le plus rapidement possible tous ceux qui pourraient développer des métastases et mourir de ce cancer, et ne pas s'occuper de tous les autres. Ce n'est malheureusement pas possible. Le test de l'APS combiné au toucher rectal, qui est le moyen de dépistage le plus précis, présente des avantages, mais aussi des limites et des inconvénients.

Le choix de faire ou non le dépistage dépend des valeurs que vous accordez à ces avantages et à ces limites et inconvénients.



ATTENTION!

Si vous avez des inquiétudes concernant des changements dans vos habitudes d'uriner (difficulté à uriner, fait d'uriner plus souvent), il ne s'agit pas de dépistage, parlez-en à votre médecin.

CONNAÎTRE LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Le tableau suivant résume notre vision de ce qui arrive dans une vie, selon que l'on fasse ou pas le dépistage. Dans la colonne de gauche, imaginez que vous avez 100 hommes qui commencent un dépistage annuel du cancer de la prostate à 55 ans, qui en font tous les ans jusqu'à 70 ans et qui sont suivis jusqu'à la fin de leur vie. Dans la colonne de droite, pour des fins de comparaison, vous avez 100 autres hommes du même âge qui, eux, ne font pas de dépistage et qui sont également suivis jusqu'à la fin de leur vie.

Regardez bien les chiffres. Ce sont les retombées les plus optimistes du dépistage, estimées à partir des résultats d'une grande étude réalisée en Europe. Ils permettent de bien comprendre les avantages et les inconvénients du dépistage.

100 hommes avec dépistage	100 hommes sans dépistage
Diagnostic de cancer de la prostate	
82 n'ont pas de diagnostic de cancer de la prostate 18 ont un diagnostic de cancer; 15 grâce au dépistage et 3 entre les dépistages ou après l'âge de 70 ans	89 n'ont pas de diagnostic de cancer de la prostate 11 ont un diagnostic de cancer à la suite de symptômes (surtout après l'âge de 70 ans)
Métastases du cancer de la prostate	
3 en développement	4 en développement
Décès	
2 meurent du cancer de la prostate 16 meurent d'autres causes <ul style="list-style-type: none"> 6 n'auraient jamais su qu'ils avaient un cancer de la prostate sans le dépistage (surdiagnostic) 9 meurent d'autres causes, qu'ils aient passé un test de dépistage ou non 1 ne meurt pas du cancer de la prostate grâce au dépistage 	3 meurent du cancer de la prostate 8 meurent d'autres causes

LES AVANTAGES

■ Être rassuré de ne pas avoir de cancer de la prostate

Vous pouvez être rassuré de ne pas avoir de cancer de la prostate susceptible d'avoir des conséquences graves sur votre santé. On observe, dans le tableau, que quand on ne détecte pas de cancer après un dépistage chez les 100 hommes qui font régulièrement un dépistage, seulement 3 reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate entre les dépistages ou après 70 ans. Mais ce n'est pas 0! Il arrive que le dépistage ne décèle pas des cancers graves. De plus, il faut savoir que sur les 100 hommes qui ne font pas le dépistage, c'est une minorité, soit 11, qui recevront un diagnostic de cancer de la prostate au cours de leur vie.



■ Ne pas avoir de métastases et ne pas mourir du cancer de la prostate

On voit, dans le tableau, que le dépistage permet de détecter plus de cancers de la prostate (18 au lieu de 11). Les cancers diagnostiqués par dépistage sont en moyenne détectés à un stade plus précoce que sans dépistage, et les traiter à ce stade pourrait éviter la prolifération de métastases et le décès par cancer de la prostate. Comme on le voit dans le tableau, selon les données les plus optimistes, sur 100 hommes âgés de 55 à 70 ans qui participent au dépistage, en moyenne 1 homme n'aura pas de métastases (3 sur 100 développeront des métastases par comparaison à 4 sur 100) et 1 ne mourra pas du cancer de la prostate grâce au dépistage (2 sur 100 mourront du cancer de la prostate par comparaison à 3 sur 100).

On estime que parmi les 100 hommes qui se prêtent au dépistage, celui qui ne meurt pas du cancer de la prostate grâce au dépistage vit en moyenne 8 ans de plus que s'il n'avait pas fait de dépistage. Toutefois, on ne sait pas si, globalement, le dépistage permet de prolonger la durée de la vie, car la majorité des hommes meurent d'autres causes que le cancer de la prostate.



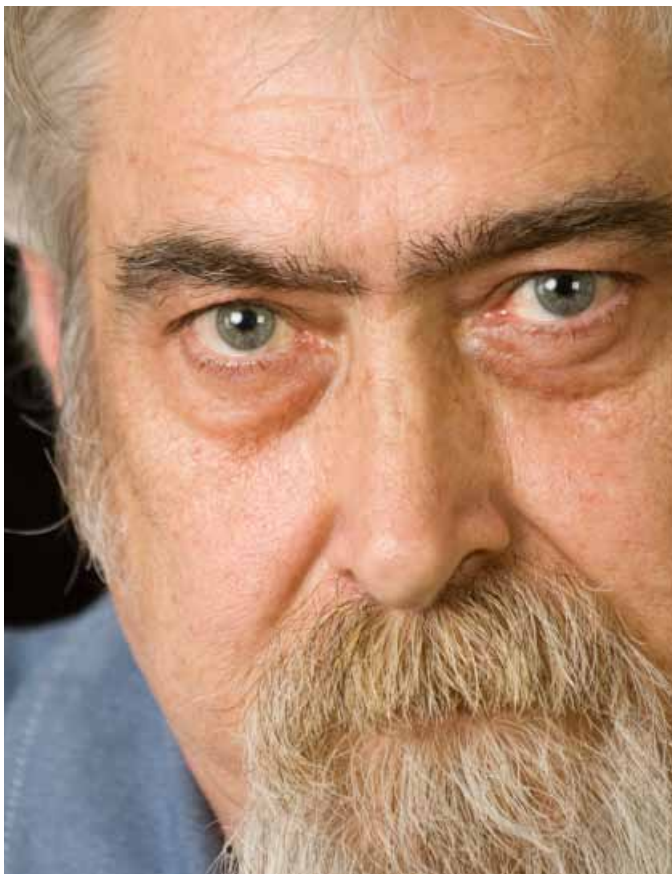
Les avantages du dépistage pourraient être plus grands chez les hommes qui présentent un risque plus élevé de cancer de la prostate (les hommes dont le père ou un frère ont eu un cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans et les hommes de race noire) et plus petits chez ceux qui présentent un risque plus faible.

LES INCONVÉNIENTS

■ Être inquiet à l'idée d'avoir un cancer alors que l'on n'en a pas

Si l'un ou l'autre des deux tests (APS ou toucher rectal) est anormal, il faut recourir à une troisième technique qui permet de confirmer la présence ou non d'un cancer de la prostate : la biopsie. Cet examen consiste à insérer une aiguille dans la prostate. Vous pouvez être inquiet à l'idée d'avoir un cancer avant de faire cette biopsie. Heureusement, la plupart des hommes dont le résultat du dépistage est positif n'ont pas de cancer de la prostate. C'est une fausse alerte. Dans la majorité des cas, leur prostate est simplement augmentée de volume à cause de l'âge, ce qu'on appelle l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Que l'on détecte un cancer ou non, tous les hommes qui font une biopsie peuvent subir les complications de cet examen, notamment des douleurs, de la fièvre, des difficultés urinaires passagères, du sang dans le sperme ou l'urine. Environ 33 % des hommes considèrent qu'ils ont souffert d'une complication modérée ou grave à cause de cette biopsie et jusqu'à 3 % ou 4 % nécessiteront une hospitalisation due à une complication.



■ Avoir un diagnostic de cancer et se prêter à des traitements inutiles

On voit dans le tableau que, sur 100 hommes qui font le dépistage, 2 meurent du cancer de la prostate et 9 meurent d'autres causes, qu'ils aient passé un test de dépistage ou non. Comme les cancers sont détectés par dépistage dans la vaste majorité des cas, ces hommes apprennent qu'ils ont un cancer de la prostate en moyenne 9 ans plus tôt que s'ils n'avaient pas fait le dépistage, ce qui ne change pas pour autant leur destinée.

De plus, 6 hommes sur les 100 n'auraient jamais su de leur vivant qu'ils avaient un cancer de la prostate s'ils n'avaient pas fait le dépistage. Ces hommes sont victimes de ce qu'on appelle le surdiagnostic. Tous les hommes qui ont un cancer de la prostate et qui sont traités pour ce cancer ont l'impression qu'ils doivent leur survie au dépistage.



Il est humainement difficile de penser autrement. Toutefois, comme on l'a vu plus tôt, sur 100 hommes qui font le dépistage, il n'y en a qu'un seul qui allonge sa vie grâce au dépistage, et il est impossible de déterminer, parmi les hommes chez qui l'on détecte un cancer de la prostate grâce au dépistage, ceux chez qui ce diagnostic est fait inutilement.

La majorité des hommes chez qui l'on détecte un cancer de la prostate par dépistage seront traités pour ce cancer et risquent d'en subir des complications. La prostatectomie radicale, une chirurgie qui consiste à enlever toute la prostate, est le traitement le plus courant. Une incapacité à retenir ses urines survient chez environ 10 % à 20 % des hommes opérés, et 40 % à 50 % des hommes souffrent d'une incapacité d'avoir une érection (impuissance) à cause de cette intervention chirurgicale. Ces complications surviennent moins souvent avec la radiothérapie, un traitement local de rayons radioactifs qui détruisent les cellules cancéreuses, mais dont les radiations peuvent causer une inflammation du rectum et de la vessie. Soulignons que pour réduire les complications des traitements, les médecins recommandent de plus en plus aujourd'hui la surveillance active des cancers de faible grade (à faible risque de progression). Cette approche consiste à suivre de très près l'évolution de la maladie par des prises de sang et des biopsies de la prostate et de faire un traitement seulement si le cancer progresse.

METTRE EN BALANCE LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS

La décision de faire ou non le dépistage peut être difficile à prendre. C'est normal. Il va de soi que tous les hommes voudraient avoir les avantages du dépistage, sans avoir à en subir les inconvénients. C'est malheureusement impossible. Si l'on décide de se prêter au dépistage, il faut aussi accepter que l'on en subira les possibles inconvénients, dont certains peuvent être néfastes pour la santé et sans en tirer aucun avantage.

Ainsi avant de prendre une décision, pensez à ce qui est le plus important pour vous. Lisez les énoncés suivants et relevez ceux qui correspondent le plus à ce que vous croyez le plus important pour vous.

Je pourrais envisager de faire le dépistage parce que :

- Je suis inquiet à l'idée d'avoir un cancer de la prostate et j'aimerais savoir le plus vite possible si j'en ai un.
- Je veux être rassuré le plus possible de ne pas avoir de cancer de la prostate.
- Je suis prêt à accepter les effets secondaires de la biopsie de la prostate si j'ai besoin d'en faire une.
- Je reconnais qu'on n'est pas sûr de prolonger sa durée de vie avec le dépistage, mais il est plus important pour moi de faire tout mon possible pour réduire le risque de mourir du cancer de la prostate.
- Je suis prêt à accepter les effets secondaires du traitement ou de vivre en sachant que j'ai un cancer.
- Je suis prêt à accepter que le cancer détecté par dépistage ne m'aurait jamais causé de problèmes au cours de ma vie si on ne l'avait pas trouvé.

Je pourrais envisager de ne pas faire le dépistage parce que :

- L'idée d'avoir un cancer de la prostate ne m'inquiète pas et mes chances d'avoir un cancer de la prostate sont faibles.
- Je pense que les tests de dépistage dont nous disposons ne sont pas assez fiables.
- Je ne veux pas prendre le risque de subir les effets secondaires d'une biopsie de la prostate.
- Je suis prêt à accepter la possibilité que le dépistage diminue mon risque de mourir du cancer de la prostate et de renoncer à cette chance si je ne fais pas le dépistage.
- Je ne veux pas prendre le risque de subir les effets secondaires du traitement ou de vivre en sachant que j'ai un cancer.
- Je suis inquiet à l'idée que ma santé se détériore si on me trouve un cancer de la prostate sans qu'on puisse me garantir de prolonger ma durée de vie.

EN CONCLUSION

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision concernant le dépistage du cancer de la prostate, mais seulement une décision qui vous convient le mieux. Votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à toutes vos questions et vous aider à prendre la décision qui sera la meilleure pour vous. N'hésitez pas à en parler avec lui.



POUR EN SAVOIR PLUS,

visitez le site Web du
Collège des médecins du Québec au

www.cmq.org

ANNEXE D

Favoriser une prise de décision partagée entre le médecin et son patient concernant le dépistage du cancer de la prostate

Aide-mémoire des étapes et exemples de questions clés

La décision de passer les tests de dépistage du cancer de la prostate est une décision personnelle que doit prendre chaque homme, en fonction de ses propres valeurs et préférences, après avoir pris connaissance et compris les avantages mais aussi les inconvénients inhérents au dépistage. Il faut éviter de convaincre ou de persuader un homme de choisir une option ou une autre. Il faut également éviter de choisir à sa place, sous prétexte que nous le connaissons suffisamment pour savoir ce qu'il choisirait.

Dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, on entend par « décision partagée » le processus d'échange qui mène le patient à prendre une décision éclairée.

En utilisant une approche structurée, nous pouvons être en mesure d'aider nos patients à prendre une décision éclairée, et ce facilement, tout en respectant les contraintes de temps qui nous incombent.

L'approche proposée est constituée de quatre étapes :

1. Amorcer un processus de prise de décision partagée;
2. Transmettre les informations pertinentes de façon claire et équilibrée;
3. Favoriser la participation active du patient à la prise de décision;
4. S'assurer que le patient assume pleinement sa décision.

Cet aide-mémoire résume les aspects à aborder à chaque étape et propose des questions qui permettent d'amorcer la conversation avec le patient.

Principe: Décider ou non de passer les tests de dépistage est une décision qui appartient à chacun de nos patients.



Étape 1. Amorcer un processus de prise de décision partagée

Pour amorcer le processus de prise de décision partagée, nous devons d'abord explicitement dire au patient qu'il y a une décision à prendre (dépistage ou pas de dépistage). Il faut lui préciser que nous l'aiderons à y voir plus clair en pesant les pour et les contre des deux options afin qu'il puisse prendre une décision fondée sur ses valeurs et ses préférences. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise option, seulement une option qui nous correspond le mieux et les deux options sont acceptables. On peut amorcer la conversation avec la question suivante :

« Vous devez prendre une décision concernant le dépistage du cancer de la prostate. Certains hommes choisissent de le faire alors que d'autres hommes décident de ne pas le faire. Les deux décisions sont acceptables, mais il y a des choses que vous devez savoir avant de décider. Nous pourrions ensuite discuter ensemble de ce que vous jugerez être le mieux pour vous. Est-ce que ça vous convient ? »

Étape 2. Transmettre les informations pertinentes de façon claire et équilibrée

Remettre le dépliant du Collège intitulé *Le dépistage du cancer de la prostate: une décision qui VOUS appartient!*

Les informations pertinentes à communiquer sont :

- Le risque d'avoir un diagnostic de cancer, d'avoir des métastases et de mourir du cancer de la prostate
- Le test de dépistage : antigène prostatique spécifique (APS) et toucher rectal (TR)
- Les avantages :
 - Être rassuré de ne pas avoir de cancer (vrai -)
 - Ne pas mourir de ce cancer / ne pas souffrir de métastases de ce cancer (vrai+)
- Les inconvénients :
 - Être rassuré à tort (faux -)
 - Être inquiet à tort (faux +)
 - Être très inquiet et traité à tort (« faux » vrai +/surdiagnostic)
- Le caractère probabiliste des données et les incertitudes sur le plan scientifique

Des questions utiles :

« Que savez-vous du dépistage du cancer de la prostate ? »

« Connaissez-vous les avantages que ça pourrait vous apporter ? »

« Connaissez-vous les inconvénients et les problèmes que ça pourrait vous causer ? »

« Avez-vous l'impression d'avoir bien compris ce que vous avez lu / ce dont je viens de vous parler ? »

« Qu'avez-vous retenu de ce que vous avez lu / de ce dont on a parlé ? »



Étape 3. Favoriser la participation active du patient à la prise de décision

L'information seule est insuffisante pour aider le patient à prendre sa décision de passer ou non les tests de dépistage. Après avoir transmis l'information sur les avantages et les inconvénients du dépistage, nous devons aider le patient à clarifier ses valeurs vis-à-vis des avantages et des inconvénients de chacune des options. Nous devons l'amener à réfléchir et à exprimer ce qu'il considère être le plus important pour lui. Encore ici des questions ouvertes, mais directes, permettront cet échange, par exemple :

« Avez-vous le sentiment d'avoir toute l'information sur les bons et les moins bons aspects du dépistage ? »

« Qu'est-ce qui est le plus important pour vous ? Réduire vos risques de mourir du cancer de la prostate quand vous serez plus vieux ? Ou éviter maintenant de savoir que vous avez un cancer et prendre le risque de souffrir des effets secondaires si l'on vous traite, sans garantie qu'on puisse prolonger votre vie ? »

« Y a-t-il d'autres choses importantes pour vous qui vous inciteraient à faire ou à ne pas faire le dépistage ? »

« Êtes-vous certain que c'est ce qui est le plus important pour vous ? »

« Que pensez-vous que vos proches aimeraient que vous preniez comme décision ? »

« Avez-vous le sentiment de pouvoir prendre une décision maintenant ? »

« Désirez-vous y réfléchir un peu et qu'on en reparle ? »

Étape 4. S'assurer que le patient assume pleinement sa décision

Lorsque la décision est prise, nous devons nous assurer que le patient l'assume pleinement. En effet, si le patient ne l'assume pas pleinement, il est préférable de l'aider à poursuivre sa réflexion.

Pour conclure, on peut poser les questions suivantes :

« Avez-vous eu suffisamment de soutien pour faire votre choix ? »

« Êtes-vous sûr de votre décision ? »

« Vous sentez-vous confortable d'avoir pris cette décision ? »



ANNEXE E

Boîte à décision pour préparer la rencontre avec son patient

www.boitedecision.ulaval.ca



Le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour dépister le cancer de la prostate

Avantages et inconvénients

Valeurs et préférences du patient



Ce document prépare le clinicien à discuter des données scientifiques avec le patient, pour qu'ensemble ils puissent prendre une décision.

Présentation du dépistage aux patients

À quoi sert le dépistage?

- ▶ Le dosage de l'APS et le toucher rectal permettent d'estimer le **risque d'avoir le cancer de la prostate**. Si le risque estimé est élevé, le médecin propose de faire une **biopsie de la prostate** pour vérifier si l'homme a le cancer de la prostate.

Que considère-t-on comme étant un risque élevé?


Le seuil d'APS permettant de distinguer un résultat positif (risque élevé) d'un résultat négatif (risque faible) est généralement de 4 ng/mL.

Qui pourrait envisager de faire le test?

- ▶ Les hommes âgés **entre 55 et 70 ans** ayant une **espérance de vie d'au moins 10 ans**.
- ▶ Les hommes âgés de moins de 55 ans à plus haut risque (**antécédents familiaux** - frère, père - ou de **race noire**).

Pourquoi informer les patients et tenir compte de leurs préférences?

- ▶ **Il y a des pour et des contre à faire le dépistage :**

 **POUR :** Le dépistage pourrait réduire le risque de développer des métastases et de mourir du cancer de la prostate.^{1,2} Ce possible avantage ne commence à être observé qu'environ 10 ans après le début du dépistage.

CONTRE : Le dépistage pourrait détecter un **cancer à évolution lente** ne causant pas de problème de santé, conduisant à des **traitements inutiles**.⁶ Les inconvénients et les effets néfastes des traitements surviennent plus tôt dans la vie que les bénéfices possibles. La mortalité globale ne semble pas être réduite.

- ▶ **Les données scientifiques sur les effets du dépistage demeurent incertaines :**

Après 11 à 13 ans de suivi, les 2 meilleures études disponibles montrent soit une **faible**, soit une **absence de diminution** de la mortalité chez des hommes invités à faire le dépistage comparativement à ceux qui ne sont pas invités à le faire.^{1,2} Les **données extrapolées à vie** des **études les plus optimistes** suggèrent que le dépistage fait régulièrement entre 55 et 70 ans pourrait réduire la mortalité par cancer de la prostate de façon plus importante.^{3,4}

- ▶ **Faire ou ne pas faire le dépistage sont toutes deux des options acceptables :**

Tous les organismes ayant élaboré des guides de pratique clinique (USPSTF, AUA, ACP, CUA*) recommandent une **prise de décision éclairée**, qu'ils recommandent ou non de faire le dépistage. Nous proposons que :

- 1 la décision tienne compte des **valeurs et préférences du patient**
- 2 le clinicien **partage la décision avec son patient**

* USPSTF: United States Preventive Services Task Force; AUA: American Urologic Association; ACP: American College of Physicians; CUA: Canadian Urological Association.





État des connaissances – Janvier 2013

Sélection des meilleures études disponibles

À moins d'indication contraire, les résultats de l'étude **ERSPC**^{1,2} ont été utilisés pour calculer les avantages et inconvénients du dépistage :

Type d'étude : Essai clinique à répartition aléatoire (*randomized controlled trial*)

Participants : 162 000 hommes entre 55 et 69 ans provenant de 7 pays européens

Durée du suivi : 11 ans, dépistés en moyenne deux fois tous les 4 ans

Seuil d'APS utilisé : 3-4 ng/mL

Avantages du dépistage

1 Survie

- ▶ Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis pendant 11 ans, **0,1 décès (0,1 %)** attribuable au cancer de la prostate est évité.
- ▶ Jusqu'à **1 décès (1 %)** dû au cancer de la prostate pourrait être évité pour chaque 100 hommes dépistés si les hommes étaient suivis toute leur vie.

Effets du dépistage : Pour chaque 100 hommes dépistés, comparativement à 100 hommes non dépistés, on observe des ↑ ou ↓ du nombre d'hommes

Cancer de la prostate :	Durée du suivi	
	11 ans ^{1,2}	à vie ^{3,4}
Diagnostiques	↑4	↑7
Métastases	↓0,2	↓1,4
Décès	↓0,1	↓1

2 Être rassuré

- ▶ Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis 11 ans, environ **83 (83 %)** s'avèrent à faible risque d'avoir un cancer de la prostate. Ces hommes sont rassurés.

☞ Quelle confiance pouvons-nous avoir en ces résultats?

Survie : **Faible** Les études disponibles présentent des résultats contradictoires et sont toutes à haut risque de présenter des biais. Les nombres présentés sont les estimés les plus optimistes.^{1,2}

Impuissance et pertes urinaires : **Modérée** Les résultats sont majoritairement fondés sur des études de qualité modérée et sont imprécis (larges intervalles de confiance).¹⁰

☞ Questions à poser au patient pour l'aider à prendre une décision

- ▶ Avez-vous des questions sur les avantages et inconvénients de chacune des options?
- ▶ Quels avantages et inconvénients sont les plus importants pour vous?
- ▶ Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous? Pourquoi?
- ▶ Qui peut vous soutenir afin de faire votre choix?

Références:

- Schroeder et al. N Eng J Med 2012; 366: 981-90.
- Schroeder et al. Eur Urol 2012; 62: 745-752.
- Heijndijk et al. N Engl J Med 2012; 367: 595-605.
- Wever et al. Br J Cancer 2012; 107: 778-784.
- Rosario et al. BMJ 2012; 9 (344): d7894.
- Welch et al. J Natl Cancer Inst 2010; 102: 605-13.
- Wilt et al. N Eng J Med 2012; 367: 203-213.
- Johansson et al. Eur Urol 2009; 55: 422-430.
- Catalona et al. J Urol 1994; 151 (5): 1283-1290.
- Chou et al. Ann Intern Med 2011; 155 (11): 762-71.

© Université Laval, 2013 tous droits réservés

Inconvénients du dépistage

1 Être rassuré à tort

Parmi les 83 hommes considérés à faible risque de cancer de la prostate, environ **2** ont un cancer de la prostate néfaste pour la santé (métastases et décès). Ces hommes auront été **faussement rassurés**.

2 Fausse alerte

Pour chaque 100 hommes dépistés, **17** s'avèrent à **haut risque** d'avoir un cancer de la prostate. Parmi ceux-ci, **12** découvriront qu'ils **n'ont pas de cancer** lors de la biopsie réalisée pour vérifier le diagnostic. Parmi les hommes ayant subi une biopsie : ⁵

- ▶ 1 % à 4 % seront **hospitalisés**
- ▶ 33 % auront une **complication** de modérée à grave (douleur, fièvre, difficultés urinaires passagères)

2 Surdiagnostic

Pour chaque 100 hommes dépistés et suivis pendant 11 ans, **10** auront un diagnostic de cancer de la prostate (4 de plus que dans le groupe non dépisté), et la majorité sera traitée.¹ Environ **40 %** des cancers trouvés par dépistage n'auraient **jamais donné de symptômes** au cours de la vie.⁶ Parmi les hommes ayant subi un traitement chirurgical : ^{7,8}

- ▶ **40 % à 50 %** souffriront d'**impuissance**
- ▶ **10 % à 20 %** auront des **pertes d'urine inconfortables**

Moins de fausses alertes :

Utiliser le **toucher rectal** en combinaison avec le dosage de l'APS aide à cerner les autres causes de l'élévation de l'APS (p. ex. hypertrophie bénigne de la prostate). De plus, il permet parfois de détecter un cancer n'ayant pas été détecté par l'APS.⁹



Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur: 514 933-3112

Courriel: info@cmq.org

www.cmq.org

Coordination

Révision linguistique et correction d'épreuves

Graphisme

Collège des médecins du Québec

Les Éditions Rogers Limitée

Illustration

Olivier Lasser

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 2^e trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-920548-92-3 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2013

Note: Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

