

Rapport no. 30

**LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE: ÉVALUATION DES AVANTAGES,
DES EFFETS INDÉSIRABLES ET DES COÛTS.**

Montréal: CÉTS 1995. 96 p.

(ISBN 2-550-24674-8)

Résumé

Introduction

En novembre 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a demandé au Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (le Conseil) d'entreprendre une évaluation des avantages, des effets indésirables et des coûts du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques.

Les experts sont divisés sur cette question. Ils ne s'entendent pas sur le bien-fondé du dépistage régulier chez les hommes asymptomatiques afin de détecter le cancer de la prostate. En même temps, on note que les médecins ont de plus en plus recours au dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) à cette fin et que les taux de biopsies de la prostate et de prostatectomies radicales augmentent rapidement.

La question qui nous préoccupe est de déterminer si cette tendance entraînera une diminution de la morbidité et de la mortalité associée au cancer de la prostate ou s'il en résultera plutôt une augmentation de la morbidité et un gaspillage des ressources, sans avantages significatifs pour la santé.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire à la fois de déterminer l'importance de la sous-détection et de la sur-détection résultant de l'utilisation des tests de dépistage disponibles et d'établir l'efficacité des traitements offerts aux hommes atteints d'un cancer de la prostate.

Terminologie

Dépistage

Par «dépistage», on entend ici l'administration à intervalles réguliers de tests chez des hommes asymptomatiques en vue de détecter le cancer de la prostate à un stade précoce. Les tests peuvent être administrés dans le cadre d'un programme structuré et complet, ou simplement au cas par cas chez des personnes venues consulter leur médecin («dépistage opportuniste»).

La stratégie de dépistage que nous analysons est fondée sur le dosage annuel de l'antigène prostatique spécifique (PSA) chez les hommes âgés de 50 à 69 ans et l'administration subséquente d'autres tests complémentaires, au besoin.

Cancers mortels

Les cancers qui entraîneraient la mort s'ils n'étaient pas traités sont qualifiés de «mortels». Afin d'éviter une extrapolation excessive des données publiées sur la survie post-opératoire dans diverses séries de patients, nous évaluons la survie jusqu'à l'âge de 85 ans, sauf avis contraire.

L'expression «taux de létalité spécifique» correspond au pourcentage des sujets chez qui l'on a diagnostiqué le cancer de la prostate et qui en décéderont avant l'âge de 85 ans.

Épidémiologie

Mortalité

Au Québec, on a enregistré 769 décès attribuables au cancer de la prostate en 1992. L'âge moyen au décès était de 77 ans. Par comparaison, un nombre quatre fois plus élevé d'hommes sont décédés du cancer du poumon à l'âge moyen de 69 ans et 1 300 femmes sont décédées du cancer du sein à l'âge moyen de 67 ans.

Au cours des dernières années, le taux de mortalité par âge a augmenté légèrement en moyenne de 1 % par année, au Canada, entre 1970 et 1990.

Incidence

Le taux d'incidence normalisé selon l'âge a augmenté de façon plus marquée, avec une croissance moyenne au Québec de 1,5 % par année entre 1984 et 1990. Le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate signalés en 1992 au Québec s'est élevé à 3006. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 72 ans.

La plus grande partie, sinon la totalité, de l'augmentation du nombre de nouveaux cas jusqu'en 1990 était due à la détection occasionnelle du cancer de la prostate suite à une prostatectomie transurétrale. Cette intervention, indiquée chez les patients atteints d'obstruction urétrale secondaire à une hyperplasie bénigne de la prostate, a été pratiquée à une fréquence croissante durant cette période. Cependant, depuis 1990, le taux d'incidence annuel moyen du cancer de la prostate a augmenté encore plus rapidement, très probablement en raison de l'introduction et de l'usage croissant du dosage du PSA.

Le dosage du PSA au Québec

Le dosage du PSA est un test qui est devenu très courant vers la fin des années 1980, et son utilisation au Québec a plus que doublé chaque année depuis 1990. Nous ne connaissons pas le nombre de tests effectués dans les laboratoires privés, mais on estime qu'en 1993, 300 000 dosages de PSA ont été réalisés dans les laboratoires des hôpitaux. Il est probable que plus de 250 000 de ces tests ont été effectués à des fins de dépistage du cancer de la prostate chez des hommes asymptomatiques.

Prostatectomie radicale au Québec

Jusqu'en 1986, la prostatectomie radicale était une intervention rare pratiquée chez moins de 100 sujets par année. Au cours des sept années suivantes, le nombre de ces interventions a décuplé, celles-ci ayant été pratiquées chez près de 1 100 sujets en 1993.

Résumé

Depuis 1990, les dosages du PSA sont au moins dix fois plus nombreux et les prostatectomies radicales sont presque trois fois plus nombreuses. Ainsi, le dépistage par le dosage du PSA, suivi de tests complémentaires et finalement d'une chirurgie est une pratique qui est de plus en plus acceptée de facto au Québec.

Sous-détection

On ne connaît pas exactement le pourcentage des cancers pouvant ne pas être détectés par le dépistage fondé sur le dosage du PSA. Sur la base des données publiées, nous supposons que la sous-détection de ces cancers est de 15 %. La possibilité qu'elle soit aussi faible que 5 % ou aussi importante que 25 % est examinée dans l'analyse de sensibilité.

Sur-détection

Le but du dépistage est d'identifier les sujets atteints des cancers qui seraient mortels en l'absence de traitement (avant l'âge de 85 ans): ces cancers sont désignés sous le nom de cancers de la prostate «mortels». La détection des nombreux cancers de la prostate qui se développent lentement et ne causent jamais la mort représente la sur-détection. Et nous estimons l'importance de cette sur-détection de la façon suivante.

S'il n'y avait pas de "guérison", le taux de mortalité par cancer de la prostate devrait refléter fidèlement l'incidence des "cancers mortels" dans la population. Puisqu'au Québec le nombre de traitements à visée curative était jusqu'à récemment faible, le nombre de nouveaux cas de cancers «mortels» chaque année dans la population peut encore être établi à partir du taux de mortalité par cancer de la prostate. Sur cette base, on estime que le nombre annuel de nouveaux cas de cancers «mortels» serait de 1,5 par 1 000 hommes âgés de 50 à 69 ans au Québec. En supposant que 15 % de ces cancers ne sont pas détectés par les tests de dépistage, le nombre de nouveaux cas de cancers «mortels» pouvant être détectés dans une population comparable serait de 1,3 par mille sujets par année.

Cependant, nous estimons que, dans une population soumise régulièrement à un dépistage annuel, environ 8,3 cas de cancers seraient découverts pour chaque groupe de 1 000 hommes testés. Selon ces estimations, le taux de sur-détection serait de 8,3 moins 1,3. Ainsi, sept cas de cancers sur 8,3 soit 84% des cancers détectés par dépistage régulier, ne s'avéreraient pas mortels même s'ils n'étaient pas traités.

Efficacité du traitement chirurgical des cancers détectés par dépistage régulier

Pour simplifier cette analyse, nous présumons que la prostatectomie radicale est le traitement de choix du cancer localisé de la prostate et nous n'envisageons dans notre analyse que le traitement chirurgical de ce type de cancer. Étant donné qu'il n'existe pas de données concluantes à l'effet du contraire, nous présumons que la radiothérapie offre la même efficacité que la prostatectomie radicale.

Il n'existe pas d'études contrôlées randomisées suffisamment importantes pour évaluer l'efficacité de la prostatectomie radicale en tant que traitement du cancer de la prostate. Nos estimations devront donc être fondées sur les meilleures données disponibles actuellement. En l'absence d'essais contrôlés, il est nécessaire de comparer le taux de létalité spécifique des sujets

ayant subi un traitement chirurgical à celui des patients n'en ayant pas subi. Nous avons adopté deux approches en ce qui concerne cette dernière estimation.

Taux de létalité spécifique sans intervention chirurgicale estimé d'après le taux de mortalité au Québec

En premier lieu, les estimations du taux de létalité spécifique ont été fondées sur les taux de sous-détection et de sur-détection indiqués ci-dessus, calculés d'après les taux de mortalité par cancer de la prostate au Québec. Selon cette approche, même en l'absence d'une intervention chirurgicale, seul 1,3 cas sur 8,3 (16 %) cas de cancers détectés par un dépistage régulier serait mortel avant l'âge de 85 ans. Sept autres cas de cancers (84 %) ne seraient pas mortels, quel que soit le mode de prise en charge retenu.

Taux de létalité spécifique sans intervention chirurgicale estimé d'après des séries de patients observés

Ensuite, à titre de comparaison avec les estimations ci-dessus, nous avons évalué le taux de létalité spécifique à partir de deux études de suivi de sujets n'ayant pas subi de traitement chirurgical ni de radiothérapie. Pour chacune des études, le taux de létalité spécifique a été estimé en appliquant leurs résultats sur la survie des patients à une population d'hommes ayant les caractéristiques d'âge ainsi que de stade et de degré des cancers, correspondant à celles auxquelles on s'attendrait dans une population subissant un dépistage régulier. Selon cette approche, le taux de létalité spécifique jusqu'à l'âge de 85 ans des cas de cancer de la prostate détectés par dépistage régulier serait, selon ces deux études, de 21,3 % et de 21,9 % sans intervention chirurgicale.

L'approche fondée sur le taux de mortalité dans la population suggère donc un taux de létalité spécifique par cancer de la prostate jusqu'à l'âge de 85 ans de 16 %, alors que l'approche basée sur des séries de patients observés suggère un taux de 22 %. Ainsi, parmi 100 sujets atteints d'un cancer de la prostate détecté par dépistage régulier, 78 à 84 ne décèderaient pas de cette maladie. L'efficacité du traitement chirurgical doit être évaluée en fonction de sa capacité à augmenter la survie au-delà de ces taux.

Taux de létalité spécifique avec traitement chirurgical

À titre comparatif, nous pouvons utiliser deux importantes séries de sujets ayant subi un traitement chirurgical. Chacune d'entre elles fournit suffisamment de données pour que l'on puisse ajuster de façon semblable les taux de mortalité signalés afin qu'ils correspondent à ceux d'une population dont l'âge ainsi que le stade et le degré des cancers sont les mêmes que ceux prévus dans une population subissant un dépistage régulier. Les taux de létalité spécifiques ajustés pour les patients ayant subi un traitement chirurgical obtenus à partir de ces deux rapports étaient de 14,4 % et de 15,5 % (taux moyen de 15 %). Ainsi, pour 100 patients dont le cancer a été détecté par dépistage régulier, on estime qu'avec le traitement chirurgical, 85 ne décèderaient pas du cancer de la prostate jusqu'avant l'âge de 85 ans.

Efficacité du traitement chirurgical

Nous estimons donc que, dans une population soumise à un dépistage régulier, le nombre de décès dus au cancer de la prostate pouvant être prévenu par le traitement chirurgical est de 1 décès pour 100 interventions (taux de létalité spécifique de 16 % chez les sujets n'ayant pas subi

d'intervention chirurgicale moins taux de létalité spécifique de 15 % chez les sujets ayant subi une intervention). L'estimation la plus optimiste de l'efficacité du traitement (taux de létalité spécifique de 24 % chez les sujets n'ayant pas subi d'intervention chirurgicale moins taux de létalité spécifique de 15 % chez les sujets ayant subi une intervention) est que dans neuf cas sur 100 l'intervention permet d'éviter la mort. La probabilité d'un tel pronostic est très faible (0,02).

Effets indésirables

Il est nécessaire d'évaluer ces avantages estimés par rapport aux risques de morbidité et de mortalité associés à l'intervention chirurgicale. Le risque que la prostatectomie radicale entraîne des complications dépend de l'état de santé général du patient et de la qualité de l'intervention. Cependant, on estime en moyenne que sur 100 interventions chirurgicales pratiquées, il y aura 7 cas de complications graves mais transitoires, telles que l'embolie pulmonaire et l'infarctus du myocarde et 0,3 décès. Les complications permanentes ou de longue durée sont les lésions rectales (0,3 %); le rétrécissement de l'urètre (4 %); l'incontinence urinaire grave (2 %) et l'impuissance chez les hommes dont les fonctions sexuelles étaient normales antérieurement (57 %).

Coûts

On estime que le coût du dépistage et du traitement d'une population n'ayant subi aucun test de dépistage antérieurement serait d'environ 138 000 \$ par mille sujets testés. Par la suite, les coûts du dépistage annuel diminueraient rapidement et durant la troisième année, ils seraient d'environ 66 000 \$ par mille sujets testés. Durant les dix premières années, le coût moyen du dépistage et des traitements serait d'environ 77 000 \$ par mille sujets par année. Ainsi, un programme incluant 671 000 sujets âgés de 50 à 69 ans coûterait environ 52 millions de dollars par année pendant les 10 premières années.

Il faut attendre au moins 10 à 15 ans avant que les effets positifs d'un tel programme de dépistage ne deviennent perceptibles. Ainsi, quels que soient les effets favorables, un investissement d'environ 500 à 700 millions de dollars serait nécessaire avant que ceux-ci ne commencent à se manifester.

L'incertitude concernant l'efficacité du traitement chirurgical se reflète dans le large éventail de rapports coût-efficacité concevables. En actualisant les effets favorables sur la santé au taux de 5 % sur 15 ans, on estime d'après la combinaison la plus probable de variables (scénario 1) que le coût serait de 214 000 \$ par année de survie. La combinaison peu probable de variables envisagée au scénario 6, qui combine l'estimation la plus élevée du nombre de cancers «mortels» dans la population avec le plus faible taux de cancers «non mortels» détectés, a pour résultat un investissement estimé de 25 000 \$ par année de survie, ce chiffre étant également actualisé.

Conclusion

Sous-détection: On estime que près de 15 % des cancers «mortels» ne seront pas détectés par une stratégie de dépistage fondée sur le dosage du PSA.

Sur-détection: On estime que pour chaque cas de cancer «mortel» nécessitant un traitement, environ 5,4 cas de cancers non mortels seront également détectés (c.-à-d. 84 % des cancers détectés par dépistage régulier ne s'avèreraient pas mortels même s'ils ne sont pas traités).

Efficacité de l'intervention chirurgicale: Les effets favorables d'une prostatectomie radicale n'ont pas encore été démontrés. La présente analyse suggère qu'il est peu probable que ces effets, s'ils existent, soient importants pour une population dont le cancer a été détecté par dépistage régulier. Selon les estimations considérées comme plus probables, une intervention sur 100 permettrait de prévenir un décès. Selon l'estimation la plus optimiste et improbable envisagée, seules neuf interventions sur 100 seraient susceptibles de prévenir un décès.

Complications de l'intervention chirurgicale: Deux interventions sur 100 entraîneront probablement une grave incontinence urinaire de longue durée et la moitié des sujets dont les fonctions sexuelles étaient normales deviendront impuissants de façon permanente et une intervention sur 300 entraînera la mort.

Répercussions sur la politique à adopter

Du point de vue du système de santé, nous devons conclure, comme d'autres l'ont fait, que ces effets favorables sur la santé sont trop incertains pour justifier les effets indésirables et l'utilisation des ressources associées au dépistage du cancer de la prostate au moyen du dosage du PSA. En outre, l'avantage pouvant en résulter est relativement faible. Cette conclusion s'applique autant à un programme de dépistage détaillé et complet qu'à un dépistage de type opportuniste.

Les individus se préoccupent peut-être moins de l'utilisation des ressources que des effets positifs ou négatifs sur leur santé pouvant résulter d'un dosage du PSA. Avant que ce test soit administré, chaque individu devrait donc être informé des conséquences possibles de ce test. Il devrait savoir qu'un taux normal de PSA ne signifie pas nécessairement qu'il n'est pas atteint de cancer et que s'il s'avère qu'il en est atteint, il n'a pas été prouvé qu'une intervention chirurgicale améliorera ses chances de survie (une telle amélioration serait de toute façon probablement peu importante) et que cette intervention entraîne souvent de graves complications. Ainsi, la décision d'effectuer un dosage du PSA doit être prise avec discernement et avec l'aide d'un médecin. Les renseignements nécessaires pour prendre cette décision sont résumés aux pages suivantes.

Éventualité de données de recherche plus concluantes

Dans l'immédiat, on ne peut escompter que l'on pourra disposer de données plus concluantes provenant d'essais randomisés du dépistage. Il faudra 10 à 15 ans pour mener à bien les essais en cours, et en raison des changements technologiques éventuels, il est possible que ces essais ne soient jamais terminés.

Pour le court terme, la décision d'effectuer un dépistage devra donc se fonder sur des estimations semblables à celles faites dans la présente étude. Il appartiendra à ceux qui n'accepteraient pas ces estimations de fournir des interprétations plus convaincantes des données actuellement disponibles.

LE DOSAGE DU PSA
(Antigène prostatique spécifique)
LA PERSPECTIVE INDIVIDUELLE

Bien que les experts ne s'entendent pas tous sur la question, deux groupes importants, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique et l'Association canadienne d'urologie, ne recommandent pas l'utilisation systématique du dosage du PSA pour le dépistage précoce du cancer. Pour les hommes qui auraient à décider du recours à ce test, les renseignements suivants sont fournis en vue de les aider à prendre une telle décision. Il sont fondés sur un rapport du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec intitulé «Le dépistage du cancer de la prostate : évaluation des avantages, des effets indésirables et des coûts».

Renseignements généraux. Le PSA (antigène prostatique spécifique) est un produit normal de la prostate. Une augmentation du volume de la prostate et une inflammation de celle-ci entraînent une augmentation du taux sérique de PSA. Celui-ci augmente également dans les cas de cancer de la prostate. Ainsi, on prescrit fréquemment un dosage du PSA lorsque l'on soupçonne un cancer de la prostate ou lorsqu'on désire évaluer l'évolution d'un cancer déjà diagnostiqué. Le présent document ne remet aucunement en question l'utilisation de ce test dans ces cas précis.

Chez les hommes qui décèdent d'une autre cause, on découvre souvent à l'autopsie un cancer de la prostate non soupçonné. La fréquence de ces situations augmente avec l'âge, et les rapports d'autopsie révèlent la présence d'un cancer de la prostate chez plus de la moitié des hommes âgés de plus de 70 ans. La plupart de ces cancers évoluent lentement et n'entraînent aucun problème. Cependant, dans certains cas, la maladie évolue plus rapidement, la tumeur se propageant aux structures avoisinantes de la prostate et causant des altérations de l'état de santé, et éventuellement la mort. On espère que la détection de ces cancers avant qu'ils ne se propagent puisse permettre d'exciser la tumeur de façon satisfaisante. L'une des façons de détecter ces cancers de façon plus précoce est le dosage du taux sérique d'antigène prostatique spécifique (PSA), et c'est précisément cette utilisation du dosage du PSA que nous examinons dans le présent document. Avant de subir un tel test, les hommes devraient réfléchir attentivement aux chances d'effets favorables ou défavorables qui peuvent en découler.

Les probabilités indiquées ci-après sont fondées sur des moyennes s'appliquant à des sujets âgés de 50 à 70 ans. Il n'existe pas, bien entendu, de sujets moyens et chaque individu doit prendre en considération, avec l'aide de son médecin, les risques et les avantages de ce test pour lui. Les données suivantes sont fournies à titre de renseignements généraux sur lesquels se fonder pour prendre une telle décision.

Quelle est la probabilité que les résultats du dosage du PSA soient positifs? Entre 6 et 8 % de ces tests sont positifs (taux de PSA de 4 ou plus).

Un taux sérique normal de PSA indique-t-il que le sujet n'est pas atteint d'un cancer? Non. Dans ce groupe d'âge, peut-être 15 % des cancers de la prostate n'entraînent pas une augmentation du taux de PSA. Donc, avec un taux normal de PSA, la présence d'un cancer est peu probable, mais elle ne peut être exclue.

Un taux élevé de PSA signifie-t-il que le sujet est atteint d'un cancer? Parfois. Si le taux est très élevé, il est probable que le sujet soit atteint d'un cancer, mais une augmentation moindre de ce taux peut être causée simplement par une augmentation du volume de la prostate ou une inflammation de celle-ci. Lorsque l'on constate une augmentation du taux de PSA, il est donc nécessaire d'effectuer des examens complémentaires pour déterminer si le sujet est atteint ou non d'un cancer, notamment un toucher rectal et une échographie de la prostate. Lorsque l'on perçoit un nodule ou que l'on détecte une éventuelle anomalie à l'échographie, la présence d'un cancer est plus probable. Cependant, il doit être confirmé par une biopsie à l'aiguille.

Lorsque l'on ne décèle pas de nodule et que les résultats de l'échographie sont négatifs, peut-on conclure que le sujet n'est pas atteint d'un cancer? Non. Il est impossible d'atteindre toutes les zones de la prostate par palpation digitale ou même au moyen d'une sonde à ultrasons. Ainsi, en cas d'augmentation du taux de PSA, on recommande habituellement de pratiquer une biopsie de la prostate même si les résultats de ces tests sont négatifs. La biopsie consiste en l'insertion d'une aiguille dans la prostate par la paroi antérieure du rectum en vue du prélèvement d'un fragment de tissu prostatique que l'on soumettra à un examen microscopique.

Cette intervention est pratiquement indolore, mais peut entraîner une légère fièvre pendant un à deux jours nécessitant l'administration d'un antibiotique.

Si la biopsie ne révèle pas la présence de cellules cancéreuses, cela signifie-t-il que le sujet n'est pas atteint du cancer? Non. La biopsie peut avoir manqué la tumeur. Lorsqu'il y a augmentation du taux de PSA et que les résultats de la biopsie sont négatifs, on recommande habituellement de pratiquer d'autres biopsies.

Lorsque l'on détecte un cancer, une intervention chirurgicale sera-t-elle recommandée? Habituellement oui. Cependant, certains tests doivent être effectués au préalable pour déterminer le degré de malignité du cancer et si la tumeur s'est propagée au point de ne plus être opérable. Si les résultats de ces tests sont favorables, une intervention chirurgicale sera recommandée.

Lorsqu'un cancer est détecté et que celui-ci est opérable, quelles sont les chances de l'éradiquer par une intervention chirurgicale? Il faut tout d'abord se rappeler que les chances de succès d'une telle opération varient selon le stade et le degré de la tumeur et selon l'âge et l'état de santé du sujet. Habituellement ces cancers évoluent lentement, et une intervention chirurgicale n'est généralement pas recommandée chez les hommes âgés de plus de 70 ans.

En ce qui concerne les hommes âgés de moins de 70 ans, on estime que pour 100 cas de cancer de la prostate détectés par dépistage, seuls 16 cas s'avéreront mortels (avant l'âge de 85 ans) même en l'absence d'une intervention chirurgicale. Ainsi, sur 100 hommes qui subissent une intervention chirurgicale, 84 sembleront être guéris même si l'intervention n'a, en fait, eu aucun effet.

Nous n'avons jusqu'à présent pas de preuves que l'intervention chirurgicale améliore significativement la survie. Il est tout à fait possible que, sur 100 hommes subissant la prostatectomie radicale, il n'y ait pas plus d'un cas qui en tire des effets bénéfiques. Selon l'hypothèse la plus optimiste, mais aussi la moins probable, on estime que 9 cas sur 100 pourraient tirer avantage de cette intervention.

Quelles sont les probabilités que l'intervention chirurgicale entraîne des effets indésirables? Ces risques varient avec l'âge et l'état de santé du sujet ainsi qu'avec la qualité de l'intervention et des soins dispensés à l'hôpital. Les résultats enregistrés dans des hôpitaux où cette intervention est couramment pratiquée sont indiqués ci-dessous. Le patient devrait demander au chirurgien quels sont les risques de complications. Nous indiquons ci-dessous le taux probable des complications possibles dans un bon hôpital :

Complications de courte durée (embolie pulmonaire, infarctus du myocarde)	7,0 %
Complications de longue durée ou permanentes :	
Décès.....	0,3 %
Lésions intestinales nécessitant une autre intervention chirurgicale	0,3 %
Perte totale du contrôle vésical	2,0 %
Sténose urétrale nécessitant un traitement	4,0 %
Fuite urinaire lorsque le sujet tousse ou fait un effort.....	10,0 %
Impuissance (chez les hommes dont les fonctions sexuelles étaient normales).....	57,0 %

Avant de subir un dosage du PSA, les hommes devraient donc prendre soigneusement en considération les effets positifs et négatifs éventuels d'une intervention chirurgicale. Les hommes qui considèrent que les risques et les inconvénients associés à une intervention chirurgicale sont supérieurs aux avantages incertains que celle-ci peut offrir ne devraient pas subir un dosage du PSA.