

03 juil 2014 -02:17

Traitement du cancer localisé de la prostate : l'hormonothérapie seule fait plus de tort que de bien

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et le Collège d'Oncologie ont examiné les avancées les plus récentes en matière de traitement des cancers localisés, non métastasés, de la prostate. Un précédent rapport indiquait que, face aux formes les moins agressives de ce cancer, il ne fallait pas nécessairement intervenir tout de suite et que l'on pouvait se contenter de surveiller son évolution. Dans les formes à risque plus élevé, l'ablation de la prostate (prostatectomie) et la radiothérapie restent indiquées. Le traitement par hormonothérapie seule est formellement contre-indiqué dans les cancers localisés car ce traitement a des effets secondaires et pourrait raccourcir l'espérance de vie des hommes traités. En ce qui concerne le traitement par ultrasons (HIFU), en l'absence de nouvelles preuves scientifiques quant à son efficacité, le KCE recommande que ce traitement ne soit pratiqué que dans le cadre d'études cliniques.

Le cancer de la prostate est un des cancers les plus fréquents dans notre pays. Il est le premier en termes de fréquence chez les hommes, mais ne se classe qu'en troisième position des causes de décès, après le cancer du poumon et le cancer colorectal. Le décès par cancer de la prostate survient rarement avant l'âge de 75 ans. Le KCE, en collaboration avec le Collège d'Oncologie, a fait le point sur les données scientifiques les plus récentes relatives au traitement de ce cancer.

Seule une partie des cancers doit être traitée immédiatement

La première partie de cette recherche (rapport n°194), publiée en 2013, faisait le point sur la surveillance active, conseillée dans la plupart des cancers de la prostate bien localisés et à faible risque. Il y était précisé que ces cancers doivent régulièrement être surveillés, et qu'ils ne doivent idéalement être traités que s'ils évoluent en cancers de risque intermédiaire ou élevé.

Un traitement immédiat est nécessaire pour les cancers localisés à haut risque de progresser. Ce sont ces formes à haut risque qui font l'objet de cette seconde partie, élaborée, comme la précédente, en collaboration avec le Collège d'Oncologie. Pour ces cancers, le traitement standard est l'ablation chirurgicale de la prostate (prostatectomie) ou la radiothérapie (rayons). La radiothérapie est souvent complétée par une hormonothérapie.

L'hormonothérapie seule fait plus de tort que de bien

L'hormonothérapie ne devrait pas être proposée seule dans le traitement des cancers localisés. Ceci contredit une attitude assez répandue qui consiste à proposer un traitement hormonal aux patients âgés et/ou en trop mauvaise santé pour recevoir un traitement par chirurgie ou radiothérapie.

« Actuellement, 75 à 90% des patients âgés, chez qui l'opération ou la radiothérapie ne sont pas nécessaires, reçoivent un traitement hormonal seul, probablement parce que l'on considère que cela permet de 'faire quand même quelque chose' sans prendre de grands risques », souligne le Pr Bertrand Tombal (chef du service d'urologie, Cliniques universitaires St Luc, UCL), premier auteur de ces recommandations.

Or les études tendent de plus en plus à montrer que les hormonothérapies instaurées dans ce contexte n'apportent aucun bénéfice. Au contraire, elles semblent raccourcir l'espérance de vie, probablement via des modifications métaboliques (hausse du cholestérol, diabète,...), une hausse du risque d'ostéoporose et une augmentation de la fragilité en général.

« C'est d'autant plus regrettable », reprend Bertrand Tombal, « que ces patients, généralement âgés ou en mauvaise condition, sont précisément ceux chez qui le cancer est souvent dépisté suite à un dosage de PSA, dont nous répétons depuis quelques années à quel point il n'est pas conseillé ».

Les ultrasons (HIFU) : toujours pas de preuves

Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) est un mode de traitement qui permet de tuer les cellules cancéreuses en les chauffant avec des ondes émises à une haute fréquence. De l'avis des experts, cette technique ne devrait être pratiquée, dans l'état actuel des choses, que dans le cadre d'études cliniques.

Ceci rejoint les conclusions déjà émises par le KCE (n°89) en 2008, sur base desquelles le KCE préconisait d'attendre des résultats plus concluants quant à l'efficacité et la sécurité de cette technique avant d'en recommander le remboursement. Depuis lors, aucune étude convaincante n'a été publiée, et le HIFU n'est toujours pas remboursé, même si certains hôpitaux continuent à le pratiquer. Le coût du traitement est en partie supporté par le patient et sa facture varie d'un hôpital à l'autre (de 0 à 3000 euros).

L'ablation de la prostate et la radiothérapie externe restent les traitements les plus indiqués

Pour les autres modalités classiques du traitement du cancer localisé de la prostate, les experts belges se sont alignés sur les recommandations britanniques du très réputé NICE (National Institute for Health care and Excellence). Ces modalités sont la prostatectomie chirurgicale, la radiothérapie externe et la radiothérapie interne (encore appelée brachythérapie) qui consiste à insérer des petits grains radioactifs dans la tumeur, de façon temporaire ou définitive.

En cas de cancer localisé avec un risque élevé, la prostatectomie et la radiothérapie externe restent les modalités les plus efficaces ; la brachythérapie est une technique qui peut être utile en combinaison avec une irradiation externe, mais elle ne suffit pas à elle seule.

Bien informer les patients des possibles effets secondaires

Enfin, last but not least, les experts insistent sur l'importance de l'information des patients (et de leur partenaire s'ils le souhaitent) à propos des conséquences de ces traitements, principalement les problèmes d'érection et l'incontinence urinaire, dont la fréquence peut atteindre 50% pour les problèmes d'érection et jusque 30% pour l'incontinence.

Ce rapport est la deuxième partie d'une étude sur le traitement du cancer de la prostate. La première partie (rapport 194-2013) était consacrée à la surveillance active (surveillance régulière sans intervention immédiate).

Par ailleurs, le KCE a publié il y a quelques semaines un outil d'aide à la décision pour les médecins

généralistes, à utiliser en consultation avec les patients qui leur demandent conseil à propos du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA (rapport 224-2014).

Pour des interviews avec les chercheurs du KCE et le Prof B Tombal, Chef du Service d'Urologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, contacter Gudrun Briat, Responsable de la communication KCE, 02/287.33.54, gudrun.briat@kce.fgov.be

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème
étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Communication scientifique
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be