

## LA PROSTATECTOMIE

Le développement du dépistage du cancer de la prostate (KP) par le dosage des PSA a conduit à une augmentation exponentielle des diagnostics et, par voie de conséquence, des traitements. La prostatectomie radicale (PR), qui est proposée dans les cancers localisés à de nombreux patients, est ainsi devenue l'une des chirurgies lourdes les plus pratiquées dans les pays riches avec 60 000 interventions chaque année aux USA.

Or malgré cet engouement, une seule étude randomisée d'envergure a comparé jusqu'ici PR et surveillance régulière chez des sujets atteints de KP localisé. Publiée en 2002 dans le *New England Journal of Medicine* (1), cet essai avait donné des résultats en demi-teintes puisque avec un suivi médian de 6,2 ans, si la mortalité liée au cancer avait diminué significativement dans le groupe PR (4,6 % contre 8,9 % sous simple surveillance ;  $p=0,02$ ), de même que le risque de métastases, la survie globale avait été identique dans les deux groupes. De plus, sur le plan symptomatique, dysfonctions érectiles et incontinences étaient moins fréquentes dans le groupe surveillance et seuls les troubles obstructifs urinaires étaient diminués par la PR (2).

La même équipe publie aujourd'hui les résultats de cette étude après un suivi médian de 8,2 ans (3). 695 hommes âgés en moyenne de 64,7 ans ayant un cancer de la prostate localisé (T0d, T1b, T1c ou T2) ont été inclus dans cet essai. 347 ont été assignés à une PR (technique de Walsh-Lepor) et 348 à une surveillance régulière. Étaient exclus les patients à espérance de vie très limitée, les malades présentant une tumeur peu différenciée, les sujets ayant des métastases ou des signes d'obstruction urinaire imposant une intervention. En l'absence d'évolution, aucun traitement adjuvant ou local n'était prescrit dans les deux groupes. En cas d'évolution locale une résection trans-urétrale était recommandée dans le groupe surveillance et un traitement hormonal ou une orchidectomie dans le groupe prostatectomie. Les métastases étaient prises en charge de façon identique dans les deux groupes.

Avec ce suivi plus prolongé, les résultats sont, cette fois, plus nettement en faveur de la chirurgie. La mortalité liée au KP a été significativement réduite dans le groupe PR (30 cas contre 50 sous simple surveillance ; risque relatif diminué de 44 %, intervalle de confiance à 95 % entre 12 et 64 % ;  $P=0,01$ ). Sur ce critère, la diminution (plus modeste) du risque en valeur absolue entre les deux groupes s'est accrue au fil du temps passant de 2 % après 5 ans à 5,3 % après 10 ans. De même, le risque de métastases en valeur absolue qui n'avait baissé que de 1,7 % après 5 ans a diminué de 10,2 % après 10 ans ( $P=0,004$ ). Le risque de progression locale de la maladie a également été réduit de façon significative (19,2 % avec la PR contre 44,3 % avec la simple surveillance ;  $P<0,001$ ).

Enfin, pour la première fois, cette étude a démontré une diminution de la mortalité globale (27 % avec la PR contre 32 % avec la surveillance ;  $P=0,04$ ). Plusieurs remarques doivent cependant conduire à une interprétation nuancée de cette étude. D'une part, une analyse par sous groupe a montré que le bénéfice de la PR en terme de mortalité par KP était limité aux sujets de moins de 65 ans, aucun avantage n'étant observé chez les patients plus âgés. D'autre part, il faut tenir compte du fait que si la diminution de la mortalité observée est bien significative, elle demeure faible en valeur absolue (83 décès dans le groupe PR contre 106 dans le groupe surveillance), ce qui souligne le relativement « bon » pronostic de ce cancer lorsqu'il est localisé, même s'il n'est pas traité. Quoiqu'il en soit, ce travail unique par son protocole et son ampleur démontre que la PR est supérieure à l'expectative dans le KP localisé ce qui fournit de nouveaux arguments pour conseiller rationnellement les patients confrontés à ce diagnostic. Mais le choix définitif reposera encore sur l'espérance de vie du malade, l'utilisation de critères pronostiques comme la vitesse d'ascension des PSA et les préférences du patient après l'exposition la plus objective possible des avantages et des inconvénients des différentes options thérapeutiques.