

LE PSA, ET APRES ?

*Info du mois 06.15 P.Foucart*

### **La controverse**

Ces dernières années deux grandes études sur l'apport du dosage du PSA dans la réduction de mortalité par cancer de la prostate ont donné des résultats apparemment contradictoires. L'étude américaine (PCLO 2009) concluait à l'absence d'intérêt.

Son équivalent européen (ERSPC 2012) montrait une efficacité certaine quoique faible (1410 dosages pour sauver 1 vie)

En Belgique, l'INAMI en a tiré argument pour supprimer le remboursement du dosage de PSA dans le cadre du dépistage, quel que soit l'âge.

Seul le PSA demandé dans le cadre d'un suivi thérapeutique est remboursable (à raison de maxi 1x/6 mois)

Or il est apparu que l'étude américaine avait été conduite de façon peu rigoureuse, au point qu'on ne pouvait rien conclure de ses résultats.

Le problème est à reprendre sous l'éclairage suivant : ce n'est pas tant le dosage du PSA qui est à critiquer que l'utilisation qui en est faite. Ce dosage conduit trop souvent à une biopsie, laquelle n'est pas sans risque (mortalité très faible, mais non nulle), négative dans les trois quarts des cas ; un dernier quart annonce un cancer, mais on détecte surtout des formes peu agressives ; d'où le peu de bénéfice au final sur l'augmentation de l'espérance de vie versus des risques divers, dont le sur-traitement et ses inconvénients.

> **L'objectif** : réduire le nombre de biopsies et mieux cibler les cancers agressifs

#### ➤ **stratégie diagnostique**

(ne pas prélever après éjaculation récente, toucher rectal ...)

PSA <1 (30% des patients de moins de 50 ans) : d'emblée, haute valeur prédictive négative

PSA <2 : post-poser le suivi à 5 ans

PSA >10 : biopsie, sauf prostatite aiguë !

PSA entre 2 et 10 :

- tenir compte de l'âge
- faire une échographie permettant de rapporter le taux de PSA au volume prostatique, ce qui permet d'éliminer les hypertrophies bénignes

si ces étapes n'ont pas éliminé l'indication de biopsie, on a encore à disposition deux biomarqueurs et l'imagerie :

- le pro-PSA dont on tire l'index phi (Prostate Health Index)
- PCA3 (ARN surexprimé dans le cancer) par PCR dans l'urine après massage prostatique (400 euros) permet de prédire le risque de biopsie positive et de cancer agressif.
- l'IRM multiparamétrique par ailleurs offre une très bonne valeur prédictive négative

### **PSA au labo**

(à préciser sur la demande d'analyse : dépistage, ou suivi)

- dépistage (à charge du patient dans tous les cas 8 euros) :

interpréter en fonction de l'âge : <50ans : <2 <60ans : <3 <70ans : <3.6 >70ans : <5.1

- suivi thérapeutique d'un cancer déjà diagnostiqué (remboursé une fois tous les 6 mois) : pas de normes ; après prostatectomie radicale, doit être <0.04 ng/l.

*Il importe d'informer le patient, à qui on propose un dosage de PSA, de ces implications.*