

**lu pour vous**

Coordination : Dr Jean Perdrix, PMU (Jean.Perdrix@chuv.hospvd.ch)

**Traitement du cancer de la prostate localisé : mourir avec son cancer de la prostate ou à cause de lui ?**

La prise en charge des formes localisées et relativement différenciées du cancer de la prostate n'est pas définitivement systématisée. L'étude scandinave SPCG-4, débutée en 1989, a enrôlé pendant une décennie près de 700 patients afin de comparer la prostatectomie radicale à une approche expectative quant à l'effet sur la mortalité globale, la mortalité liée au cancer de la prostate et la progression vers des métastases. Cette étude a déjà fait l'objet de deux publications dans le *N Engl J Med*, pour les résultats après un suivi médian de six et huit ans : les auteurs démontraient alors une diminution de la progression métastatique et de la mortalité liée aux cancers de la prostate, avec une diminution légère de la mortalité globale à huit ans. La publication actuelle rapporte les résultats du suivi médian de treize ans, avec cette fois une diminution très significative de la mortalité globale en faveur de la prostatectomie radicale (52% vs 46%). Le NNT

(*Number needed to treat*) était à 15 en faveur de la chirurgie.

**Commentaire :** Ces résultats, qui démontrent la supériorité de la prostatectomie radicale dans une situation de cancer localisé et relativement différencié (taux de PSA et Gleason), appellent quelques commentaires. La baisse absolue de la mortalité globale (6%) est similaire à la diminution de la mortalité liée au cancer de la prostate (-6%), ce qui renforce les résultats. Les courbes actuarielles de survie montrent que le décès survient de l'ordre d'une année plus tard dans le groupe des patients opérés, un avantage de survie non négligeable pour ces patients. Le bénéfice de la chirurgie est particulièrement évident chez les patients de moins de 65 ans, même s'il faut rester prudent dans les analyses de sous-groupes. La population étudiée – comme le suggère le nombre de patients inclus relativement faible pour une étude multicentrique d'une durée de dix

ans – est très sélectionnée, et il importe de bien prendre en compte les critères d'inclusion, avant de proposer le geste chirurgical. Les effets secondaires de la chirurgie doivent également être pris en compte : une année après la chirurgie, 32% des patients opérés présentaient une incontinence urinaire, et près de 60% une impuissance sexuelle. Ces taux élevés sont liés au fait que l'acte chirurgical était réellement radical, et pas forcément soucieux de limiter ces complications. Face au patient, le bénéfice de mortalité doit donc absolument être confronté aux complications, et le choix de vivre plus longtemps, mais peut-être moins bien, ne sera pas forcément toujours facile. Enfin, la place de la radiothérapie ou des traitements combinés dans cette prise en charge ne peut pas être déterminée sur la base de ces résultats.

**Drs Thierry Fumeaux et Alexandra Dalang**

Service de médecine interne  
Hôpital de Nyon

Bill-Axelson A, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer – SPCG-4 study. *N Engl J Med* 2011;364:1708-17.