

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Cancer de la prostate 10 ans plus tard: surveillance, chirurgie, radiothérapie?

La question

Le traitement du cancer localisé de la prostate découvert par le PSA reste controversé. Le dosage du PSA a augmenté considérablement le nombre de cancers détectés mais le vrai bénéfice n'est toujours pas clair, beaucoup de cancers restants indolents ou sont déjà disséminés. D'autres progressent lentement et les patients meurent avec mais pas de leur cancer. L'étude ProtecT vise à répondre à la question suivante: quel est la meilleure attitude en face d'un cancer localisé en terme de mortalité par cancer, de mortalité en général, de l'apparition de métastases et de la progression de la maladie: surveillance active?, chirurgie?, radiothérapie? avec un suivi médian de 10 ans.

La méthode

545 patients ont été randomisés dans le groupe surveillance active, 533 dans le groupe chirurgie radicale et 545 dans le groupe radiothérapie. L'âge médian était de 62 ans (50 à 69 ans), le PSA médian de 4,6 ng/ml (3 à 19,9). 77% avaient des tumeurs avec un score de Gleason de 6 (score de 6 à 10, 10

signifiant un cancer agressif) et 76% un stade T1c. Les groupes ont été stratifiés selon l'âge, le score de Gleason et le taux de PSA à la première biopsie. Les patients et les cliniciens connaissaient évidemment à quel groupe ils appartenaient. Les taux de PSA étaient mesurés tous les 3 mois la première année puis tous les 6 à 12 mois ensuite pour permettre un traitement radical si nécessaire dans le groupe surveillance. Les patients sous radiothérapie recevaient un traitement anti-androgénique 3 à 6 mois avant les rayons. Chez les patients opérés un taux de PSA de 0,2 ng/ml impliquait une radiothérapie de sauvetage.

Les résultats

17 décès par cancer sont survenus, 8 dans le groupe surveillance, 5 dans le gr. chirurgie, 4 dans le groupe radiothérapie (NS). Par contre les métastases se sont déclarées significativement plus chez les patients dans le groupe surveillance (33 patients corresp. 6,4/1000 patients-années) que dans les groupes chirurgie (13 corresp. 2,4/1000 patients-années) et radiothérapie (16 corresp. 3/1000 patients-années). Les cas de progression de la maladie sont aussi plus nombreux dans le groupe surveillance que dans les autres groupes.

Les problèmes

Le protocole a été mis au point il y a une vingtaine d'années et depuis lors bien des changements sont survenus dans la prise en charge: les techniques opératoires et de radiothérapie sont devenues plus sophistiquées. L'observation est trop courte pour estimer les événements à plus long terme. A noter aussi qu'il y a une tendance plus favorable pour la mortalité de la radiothérapie comparé à la chirurgie.

Commentaires

Les patients avec un cancer localisé sont placés devant un choix difficile. Pour un bénéfice de quelques mois ou années en évitant les effets secondaires possibles des traitements (impuissance, troubles digestifs, incontinence) ils doivent accepter le risque de métastases et de progression de la maladie plus important. A noter que le dosage régulier du PSA a fait que près de 25% des patients du groupe surveillance ont subi un traitement radical à 3 ans et 50% après 10 ans. Mais en termes de mortalité par cancer on peut se donner le temps de la réflexion après le diagnostic. A noter que dans le même journal en page 1425 un article sur les conséquences des traitements vus par les patients apporte des informations importantes.

Hamdy FC, et al. *N Engl J Med.* 2016;375:1415-24. doi: 10.1056/NEJMoa1606220

Asthme à éosinophiles non contrôlé: solution?

Les patients avec un asthme associé à une éosinophilie (300/ μ l) sont souvent mal contrôlés par les β -agonistes à longue durée d'action et les stéroïdes inhalés. L'interleukine 5 (IL-5) est essentielle à la prolifération et à l'activation des éosinophiles. Le benralizumab est un anticorps monoclonal contre le récepteur de l'IL-5 qui induit une rapide déplétion du pool des éosinophiles. L'administration de benralizumab réduit les exacerbations annuelles avec un HR de 0,55. C'est un énorme progrès pour des patients sévèrement handicapés par leur maladie...

Bleecker ER, et al. *Lancet.* 2016;388(10056):2115-27. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31324-1

Testostérone: la FDA met en garde

La FDA renforce ses recommandations de prudence pour tous les produits contenant de la testostérone mettant en garde contre les

risques d'infarctus de myocarde, d'AVC, d'infertilité, de dépression et de comportements agressifs. Souvent la consommation de testostérone est accompagnée de celle de stéroïdes anabolisants ce qui augmente encore les risques. A l'arrêt des réactions de sevrage sont fréquentes: fatigue, perte d'appétit, insomnie... En plus les hommes «normaux» n'en tirent aucun bénéfice, que les risques...

FDA Safety Information and Adverse Event Reporting Program. Posted 10/25/2016. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm526206.htm>

Double antiagrégation plaquettaire chez les diabétiques: danger?

Les patients diabétiques recevant un stent à élution reçoivent une double antiagrégation plaquettaire. Une étude a montré chez près de 11500 patients que la double antiagrégation induit un doublement du risque hémorra-

gique si elle est poursuivie 12 mois ou plus au lieu de 3 à 6 mois sans aucun bénéfice cardiovasculaire supplémentaire.

Gargiulo G, et al. *BMJ.* 2016;355:i5483.

doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i5483>

Résidents médicaux aux USA

Le temps de travail journalier des résidents de première année (nos médecins assistants) va pouvoir passer de 16 à 24 heures si les nouvelles règles du Conseil d'Accréditation pour l'éducation médicale sont mises en œuvre. 4 heures supplémentaires peuvent être exigées en cas de besoins inattendus. Le temps de travail est limité à 80 heures. Cela rappelle aux plus vieux d'entre nous des souvenirs parfois un peu douloureux mais parfois aussi exaltants...

Accreditation Council for Graduate Medical Education.

<http://www.jwatch.org/fw112229/2016/11/07/first-year-residents-may-see-longer-shifts>