

Laurence H. Klotz,
Rédacteur en chef

Recourir à l'imagerie pour visualiser les lésions avant de procéder au traitement est maintenant bien inscrit dans les pratiques en urologie. De nos jours, il serait aussi impensable de ne pas recourir à l'imagerie avant de procéder à une intervention chirurgicale pour enlever une tumeur rénale, des calculs rénaux ou pour réparer un urètre obstrué que de planifier des vacances sur la lune. Et pourtant, nous traitons régulièrement le cancer de la prostate sans autre épreuve d'imagerie diagnostique préalable que l'échographie transrectale. Même si la technologie progresse, et en même temps la précision de cette technique, elle demeure pour la plupart des praticiens un moyen très limité d'évaluer l'étendue d'une tumeur, et en général, ses résultats ne sont pas pris en compte dans le processus décisionnel lié au traitement.

En conséquence, on se fie aux taux d'antigène prostatique spécifique (APS) et aux résultats des biopsies pour déterminer le traitement, et cette façon de faire comporte plusieurs lacunes, en dépit d'une efficacité raisonnable (en raison de l'utilité du score de Gleason et de la corrélation entre l'APS et la taille de la tumeur). Le prélèvement d'un nombre insuffisant d'échantillons de la partie antérieure de la prostate, l'omission de tirer des carottes biopsiques de toutes les parties de la prostate et les fluctuations parfois rapides des taux d'APS contribuent tous à l'incertitude quant à l'ampleur de la maladie. Mais la prostate n'est pas une « terra incognita »; c'est un organe relativement petit et accessible. Nous ne devrions pas avoir à « deviner » l'ampleur de la maladie.

À cette fin, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a récemment pris son essor. L'arrivée de l'imagerie de diffusion et du contraste dynamique est à l'origine de progrès remarquables dans la qualité des images produites. Il est maintenant possible, dans la plupart des cas, d'évaluer la maladie avec une exactitude sans précédent. L'article de Kim et ses collègues d'Ottawa signale une sensibilité de 94 % pour l'emplacement de la tumeur et de 82 % pour les extensions extraprostatiques¹. La spécificité est aussi élevée. L'étude a été effectuée à l'aide d'une technique relativement peu « avancée » sur le plan technologique, soit l'IRM à 1,5 Tesla et une bobine de surface abdominale.

Il s'agit ici d'une percée bien tangible qui offre la possibilité d'améliorations substantielles dans les résultats de la prise en charge du cancer de la prostate. Les décisions difficiles, par exemple quel patient placer en attente sous surveillance, quand procéder à une intervention respectant les filets nerveux et quand offrir un traitement ciblé, seront prises avec plus de confiance. De plus, en établissant de façon plus précise le stade de la maladie, on pourra réduire les cas de surtraitement à l'extrémité favorable du continuum ainsi que les cas de sous-traitement à l'extrémité non favorable.

Selon ces données et d'autres informations provenant d'études émergentes ou récemment publiées, l'IRM devrait devenir un élément central des interventions visant à établir le stade de la maladie dans les cas récemment diagnostiqués de cancer de la prostate. En Angleterre, où l'IRM est utilisée dans de nombreux centres et coûte relativement peu cher, cette technique est graduellement devenue partie intégrante des examens de routine chez les nouveaux cas de cancer. Pour en arriver à ce point au Canada, un important remaniement des ressources doit avoir lieu. Pour le moment, il n'est tout simplement pas possible de faire passer une IRM à tous les nouveaux cas de cancer de la prostate dans la plupart des régions du pays. Des efforts concertés seront nécessaires pour atteindre cet objectif.

Dans un autre ordre d'idées, le présent numéro inclut deux articles d'intérêt général portant sur des lignes directrices. On déplore souvent dans l'élaboration de lignes directrices que l'influence de ces dernières sur la pratique clinique ne soit pas mesurée après publication. Une équipe de Calgary mérite nos félicitations pour avoir analysé l'impact de lignes directrices recommandant l'usage d'une chimiothérapie néoadjuvante dans le traitement du cancer invasif de la vessie². Il est remarquable de voir que

le taux d'utilisation de la chimiothérapie néoadjuvante est passé de 0,8 % avant la publication des lignes directrices à 14 % après leur publication. Comme il s'agit d'une étude rétrospective, on ne peut exclure la possibilité que d'autres facteurs aient pu influencer sur la pratique clinique, y compris un changement général d'attitude chez les cliniciens entre 2002 et 2007. L'étude illustre la valeur des lignes directrices, sans compter qu'elles ont encore un potentiel positif énorme. Le taux d'utilisation devrait probablement se situer autour de 65 %. (Je suis récemment moi-même passé d'une approche adjuvante à une approche néoadjuvante, sous l'influence de lignes directrices comme celles en question ici et de données récentes sur le faible taux d'utilisation du traitement adjuvant chez les patients ayant subi une cystectomie.)

Par contre, ma réaction est plutôt mitigée face à l'article sur les lignes directrices sur l'usage des ultrasons ciblés de haute intensité (technique HIFU). Les auteurs rejettent la technique HIFU comme solution de rechange aux traitements acceptés pour le cancer localisé de la prostate³. La première phrase de la section sur les données clés (Key evidence) mentionne qu'il « n'existe actuellement aucune étude randomisée comparant l'efficacité de la technique HIFU aux traitements curatifs acceptés pour le cancer localisé de la prostate ». On pourrait dire là que la barre est placée à une hauteur que la plupart des autres traitements (à l'exception de la prostatectomie radicale, comparée à l'attente sous surveillance dans une étude scandinave) n'atteignent pas. Les auteurs reconnaissent ce fait lorsqu'ils affirment plus loin qu'en dépit de l'absence d'études randomisées, « toutes les méthodes sont devenues des options thérapeutiques standard sur la base de données cliniques parvenues à maturité et

provenant d'études prospectives bien conçues ». Or, trente-quatre études portant sur la technique HIFU et comptant au total près de 7500 patients ont été passées en revue. Il appert que c'est le « manque de maturité » des études qui a amené la recommandation contre la technique HIFU. Par définition, on parle de manque de maturité dans le cas de données portant sur tout nouveau traitement et publiées au cours des deux dernières décennies. Les résultats des études publiées sont très bien résumés, mais aucun commentaire n'est avancé quant à la comparaison de ces résultats avec ceux d'autres traitements. (En fait, les résultats semblent supporter relativement bien la comparaison.) Il est clair que la technique HIFU devra surmonter quelques obstacles avant d'être vue comme un traitement standard (entre autres l'examen par la FDA de plusieurs études de comparaison en cours au États-Unis). Cela dit, l'énoncé clé de l'article, à l'effet que « la technique HIFU ne peut actuellement être recommandée comme traitement de rechange aux techniques actuellement acceptées pour le traitement du cancer de la prostate localisé » ne semble pas concorder avec les données relativement favorables présentées dans le rapport. Nous incitons nos lecteurs à lire attentivement cet article et à tirer leurs propres conclusions.

Références

1. Kim B, Breau RH, Papadatos D, et al. Diagnostic accuracy of surface coil magnetic resonance imaging at 1.5 T for local staging of elevated risk prostate cancer. *Can Urol Assoc J* 2010;4:257-62.
2. Miles BJW, Fairey AS, Eliasziw M, et al. Referral and treatment rates of neoadjuvant chemotherapy in muscle-invasive bladder cancer before and after publication of a clinical practice guideline. *Can Urol Assoc J* 2010;4:263-7.
3. Lukka H, Waldron T, Chin J, et al. High-intensity focused ultrasound for prostate cancer: a practice guideline. *Can Urol Assoc J* 2010;4:232-6.