

# Cancer de prostate

Dr. Poinas Grégoire

Service Urologie

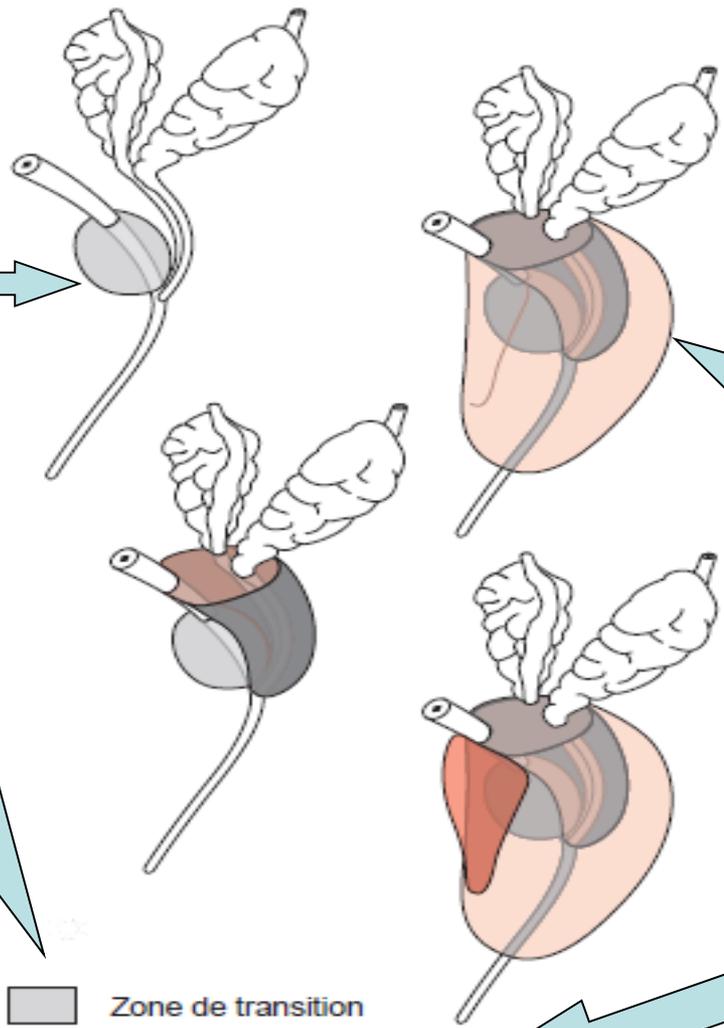
Clinique mutualiste beau soleil

# Adénome ≠ adénocarcinome

Lieu de l' HBP

Cancer rare (25%)

**1** Anatomie zonale de la prostate. La zone fibreuse est la « moins importante » car ne comportant pas de glandes prostatiques elle ne donne lieu à aucune pathologie.



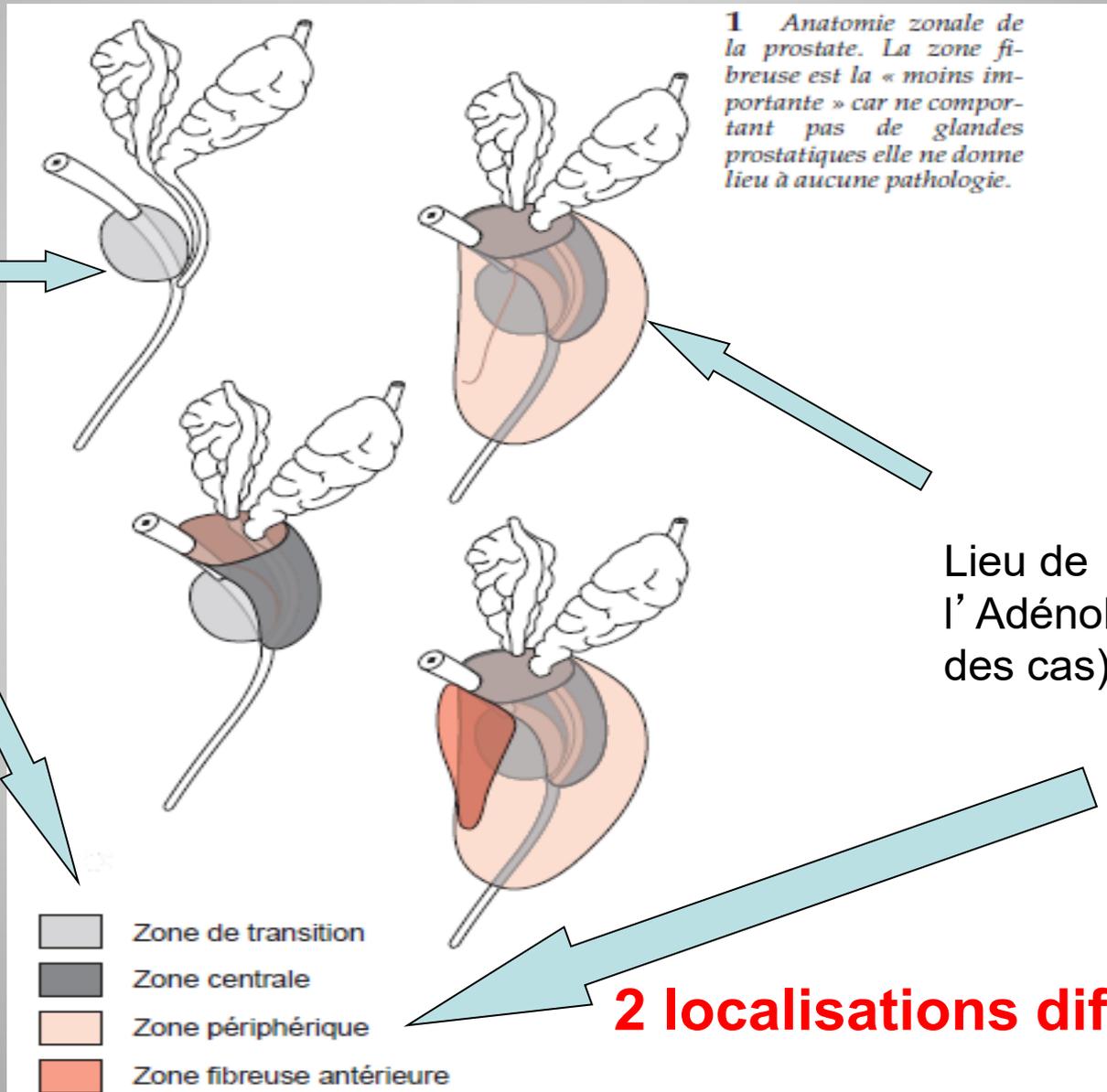
Lieu de l' AdénoK (70% des cas)

-  Zone de transition
-  Zone centrale
-  Zone périphérique
-  Zone fibreuse antérieure

# Adénome ≠ adénocarcinome

Lieu de l' HBP

Cancer rare (25%)



Lieu de l' AdénoK (70% des cas)

**2 localisations différentes !!**

# Adénome ≠ adénocarcinome

- L'adénome est une **lésion bénigne**
  - Le cancer est un adénocarcinome (**cancer glandulaire**).
- **Pas de passage de l'un vers l'autre.**

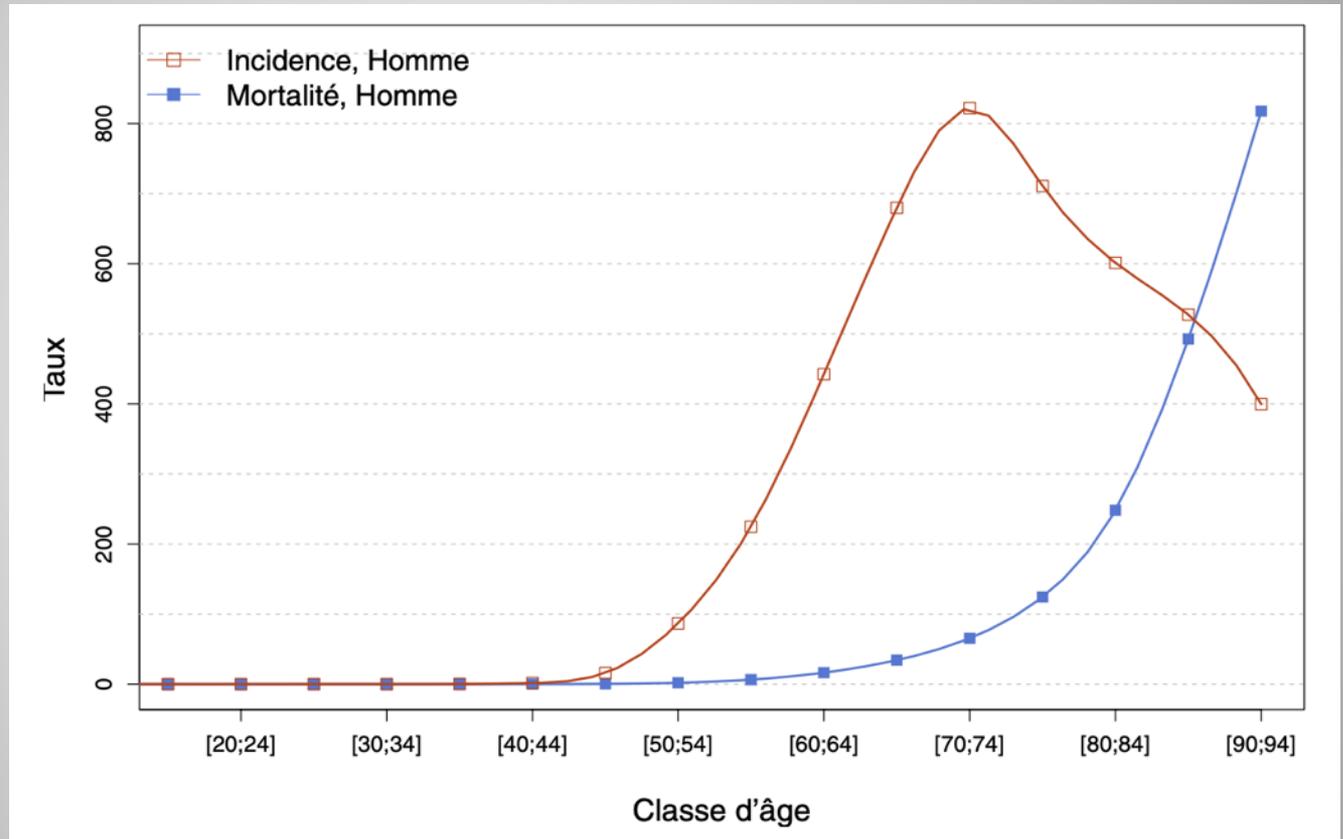
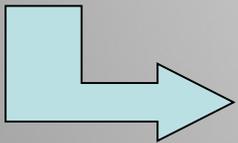
# Adénome ≠ adénocarcinome

- **HBP** (hypertrophie bénigne de prostate)
  - Touche 80 % des hommes, plus de 30 % vont être opérés.
  - A 60 ans, 40% des hommes ont des signes cliniques d' HBP.
- **Cancer:**
  - **3ème** cause de mortalité par cancer  
(9 000 morts / an)
  - **Incidence : 70 000** nouveaux cas / an.

# Cancer

Âge moyen au diagnostic 70 ans.

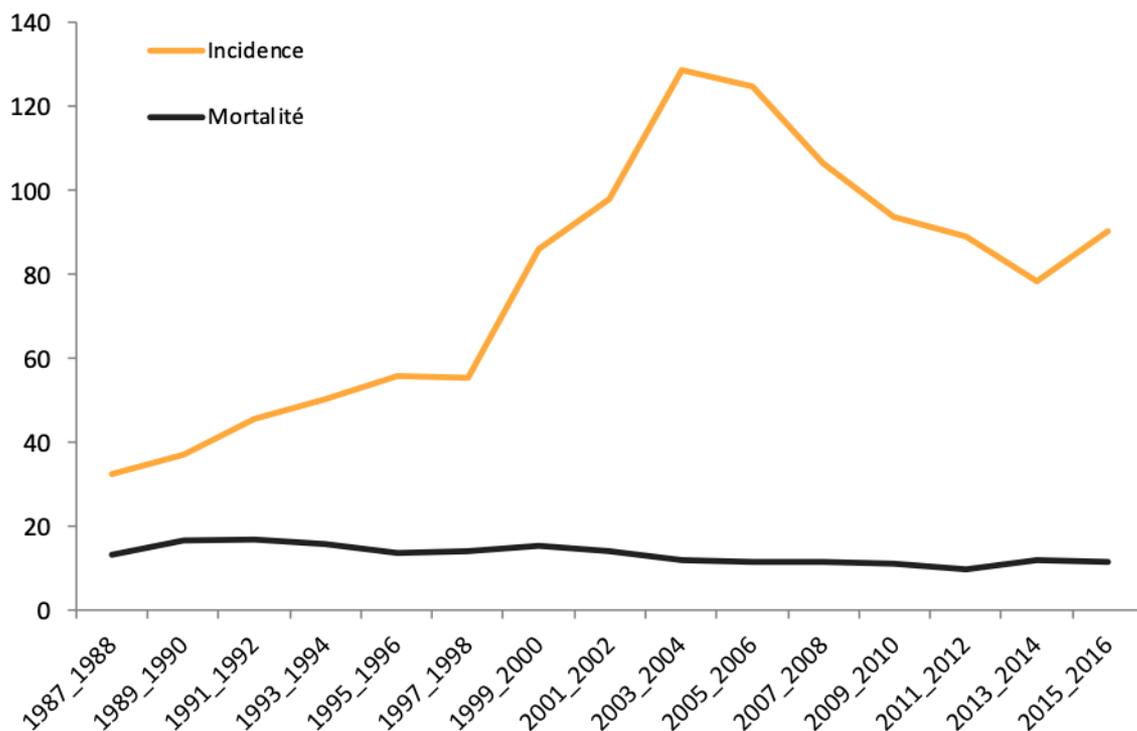
8 % des patients présentent des signes cliniques



Dc Infraclinique

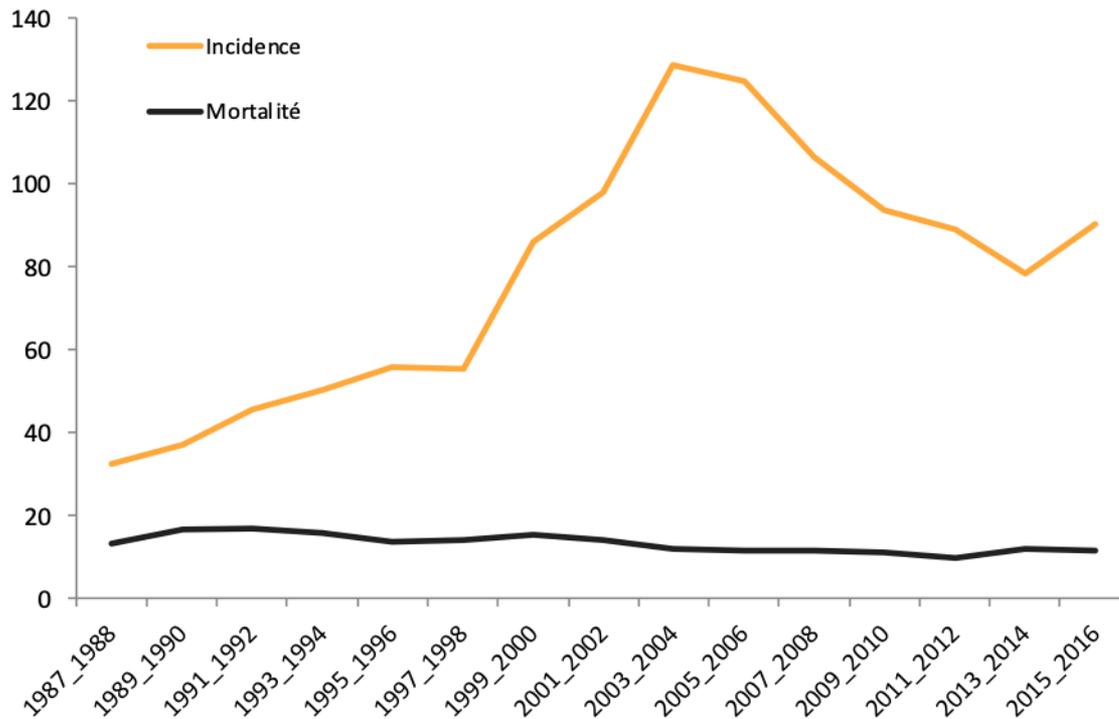


## Cancer de la prostate: évolution des Taux d'incidence et de mortalité standardisés sur la population mondiale pour 100 000 hommes, dans l'Hérault, entre 1987 et 2016



### Résultats :

- Sur **30 ans**, le RTH a recensé 21 261 cas et 4 637 décès
- En **2016**, 1<sup>ème</sup> cancer dans l'Hérault chez l'homme (2<sup>ème</sup> après le sein) en TSM.
- En **2016** : 1 003 cas, 132 décès



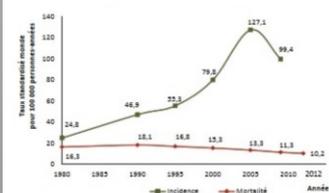
## Résultats :

- Les **TSM d'incidence** sont passés de :  
32,4/100 000 en 1987-88  
à 90,3/100 000 en 2015-2016
- → **X 2,8**, pic d'incidence en 2003
- Les **TSM de mortalité** sont passés de :  
de 13,2/100 000 en 1987-88  
à 11,5/100 00 en 2015-16

# FRANCIM : Cancers urologiques en France en 2018

	INCIDENCE				MORTALITE			
	Nombre en 2018	Tx incidence standardisée pour 100 000	Variation annuelle moyenne 1990-2018	Variation annuelle moyenne 2010-2018	Nombre en 2018	Tx incidence standardisée pour 100 000	Variation annuelle moyenne 1990-2018	Variation annuelle moyenne 2010-2018
<b>Prostate</b>	50 430	81,5	2,2	-3,5	8 115	7,9	-2,8	-3,7
<b>Testicule</b>	2 769	8,7	2,6	2,7	86	0,2	-2,2	-1,1
<b>Rein Homme</b>	10 254	17,1	1,7	1,8	3 818	5	0,3	1,3
<b>Rein Femme</b>	5 069	7,1	1,4	1,5	1 771	1,5	-0,6	0,2
<b>Vessie Homme</b>	10 626	14,3	-0,7	-0,3	4 112	4,7	-1,4	-1,5
<b>Vessie Femme</b>	2 448	2,4	-0,2	0,4	1 223	0,9	-1,2	-1
<b>Total urologie</b>	<b>81 596</b>				<b>19 125</b>			
<b>Tous cancers</b>		<b>21,4%</b>				<b>12,2%</b>		
	<b>382 000</b>				<b>157 400</b>			

Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer de la prostate de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Binder-Foucard F, 2013].  
Traitement : INCa 2016

Figure 22 Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer de la prostate à l'échelle départementale (2008-2010)

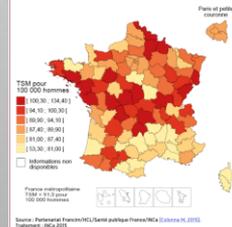
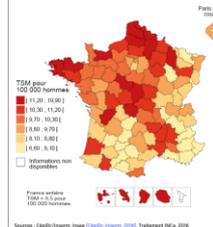


Figure 23 Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer de la prostate à l'échelle départementale (2011-2013)



## CHIFFRES CLÉS

Cancer de la prostate/incidence et mortalité en 2012/monde

**1,1 million** de nouveaux cas  
TSM = 30,6 pour 100 000 PA (H)

**14,8 %** des cancers masculins incidents

**307 481** décès  
TSM = 7,8 pour 100 000 PA (H)

**6,6 %** des décès par cancer chez l'homme

Février 2019

# Survie en France

## Cancer de la prostate

### 1.8.2 SURVIE

#### A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/survie>

#### [Tableau 15] Survie nette du cancer de la prostate à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge

	Survie nette pour les hommes diagnostiqués entre 2005 et 2010* [%]	Survie nette pour les hommes diagnostiqués entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les hommes de moins de 75 ans diagnostiqués entre 1989 et 1998** [%]		
	À 5 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous [survie nette standardisée]	93	88	80			
15-54 ans	96	91	86	72	62	58
55-64 ans	98	93	89	81	73	68
65-74 ans	97	92	85	82	71	62
85-84 ans	89	82	68			
85 ans et plus	65	62	49			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

**Tableau 1.** Nombre de cas et de décès des cancers urologiques et des principaux autres cancers pour l'année 2010 en France et taux correspondants standardisés monde (pour 100 000 personnes-années).

	Incidence		Mortalité	
	Nombre de cas	Taux standardisés monde	Nombre de décès	Taux standardisés monde
<b>Rein</b>				
Hommes	7037	13,7	2492	4,0
Femmes	3505	5,6	1296	1,4
<b>Vessie</b>				
Hommes	8942	14,9	3514	5,2
Femmes	1798	2	1157	1
<b>Prostate</b>	71 577	128,8	8791	11,2
<b>Testicules</b>	2220	7,0	87	0,2
<b>Tous cancers</b>				
Hommes	203 000	381,8	84 500	141,8
Femmes	154 500	264,2	62 000	77,5
<b>Sein</b>	52 500	100	11 500	16,2
<b>Côlon</b>				
Hommes	21 000	36,5	9200	14,1
Femmes	19 000	24,5	8200	8,3
<b>Poumon</b>				
Hommes	27 000	51,9	21 000	38,6
Femmes	10 000	17,8	7700	12,1

# Facteurs de risques

- Age
- Cancer chez apparenté au 1 er degré
- Origine africaine
- Exposition professionnelle ( pesticides, fumées de diesel)
- IST ?

- Individuel ( $\neq$  dépistage de masse)
- PSA ( $>$  à 4 ng/ml) et Toucher Rectal
- Après information complète
  - **Savoir ne veut pas dire traiter**
- En fonction des facteurs de risques
- En fonction du taux de PSA initiale.
- Après 75 ans ou espérance de vie de moins de 10 ans sans de troubles urologiques → **pas de PSA.**

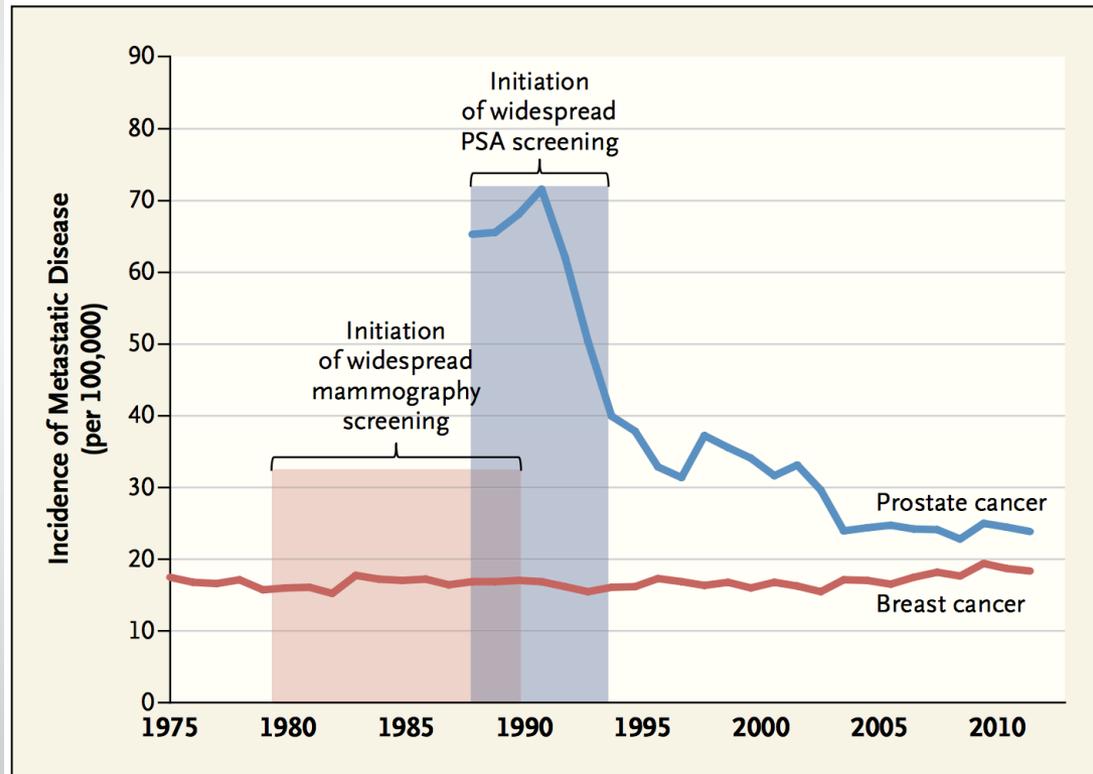


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

## Trends in Metastatic Breast and Prostate Cancer — Lessons in Cancer Dynamics

H. Gilbert Welch M.D., M.P.H., David H. Gorski, M.D., Ph.D., and Peter C. Albertsen, M.D.

Incidence sur les stades métastatiques  
Effet du dépistage  
Comparaison avec le cancer du sein

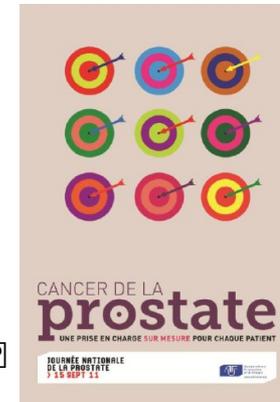


### Incidence of Cancer That Was Metastatic at First Presentation, United States, 1975–2012.

Data are for breast cancer (SEER historic stage distant) among women 40 years of age or older and prostate cancer (American Joint Committee Stage IV) among men 40 years of age or older.

# La stratégie de détection précoce des cancers agressifs proposée par l'AFU

- Information des hommes dès 45 ans
- Premier dosage du PSA vers 45-50 ans
- Détermination de groupes à risque de KP
- Fréquence des dosages ultérieurs selon les résultats du PSA
- Pas de place pour l'IRM et les nouveaux biomarqueurs en 1<sup>ère</sup> intention

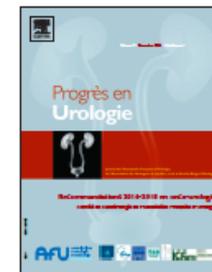


?



RECOMMANDATIONS EN ONCO-UROLOGIE 2016-2018

**Recommandations en onco-urologie 2016-2018  
du CCAFU : Cancer de la prostate**



# Population à faible risque

50% de la population



- 1er dosage du PSA vers 45-50 ans

?

– si PSA < 1 ng/ml dosage tous les 5 ans

?

– si PSA < 1 ng/ml à 60 ans stop PSA



PSA > 4 ng/ml → adresser à un urologue

# Population à haut risque

Formes familiales, origine africaine

25% de la population

Premier dosage du PSA à 45 ans

– 45-49 ans PSA > 1,6 ng/ml

– 50-55 ans PSA > 1,9 ng/ml

– 60 ans PSA > 2 ng/ml

?

Focaliser la réalisation des tests PSA sur cette population, et continuer jusqu' à 70 ans

PSA > 4 ng/ml → adresser à un urologue



# Population à risque intermédiaire

25% de la population

- 45-49 ans : PSA < 1,6 ng/ml
- 50-55 ans : PSA < 1,9 ng/ml
- 60 ans : PSA < 2 ng/ml



?

Ne pas arrêter la prescription de PSA, mais adopter une fréquence moindre

?

?

?

?

?

?

(tous les 2 à 5 ans)

PSA > 2 ng/ml → adresser à un urologue

## Conclusions AFU ... SFRO, Assos. Patient ...

### Le droit de savoir !

- Information des hommes dès 45 ans
- Pas de dépistage après 75 ans (XXIème siècle ...)
- Premier dosage du PSA vers 45-50 ans
- Fréquence des dosages ultérieurs selon les résultats du PSA

(détermination de groupes à risque)

- Si PSA < 1ng/ml : dosage tous les 5 ans
- Si PSA < 1ng/ml à 60 ans : **stop PSA**

... 50 % de la population

- 45-49 ans : 1 < PSA > 1,6 ng/ml
  - 50-55 ans : 1 < PSA > 1,9 ng/ml
  - 60 ans : 1 < PSA > 2 ng/ml
- PSA tous les 2 à 5 ans**

25 % de la population

- Premier dosage du PSA à 45 ans
- 45-49 ans : PSA > 1,6 ng/ml
  - 50-55 ans : PSA > 1,9 ng/ml
  - 60 ans : PSA > 2 ng/ml
- PSA annuel ...**

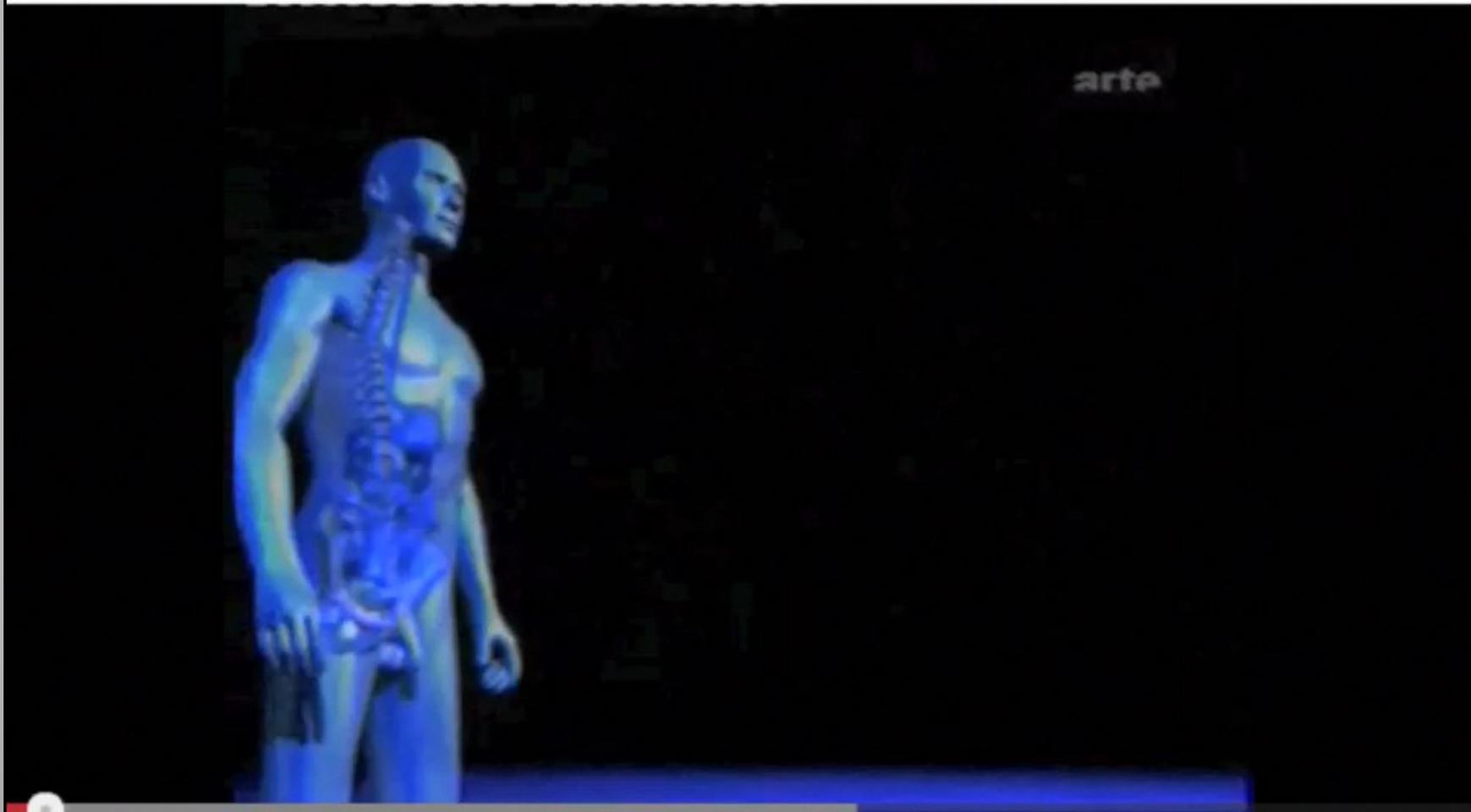
25 % de la population



# Rappel

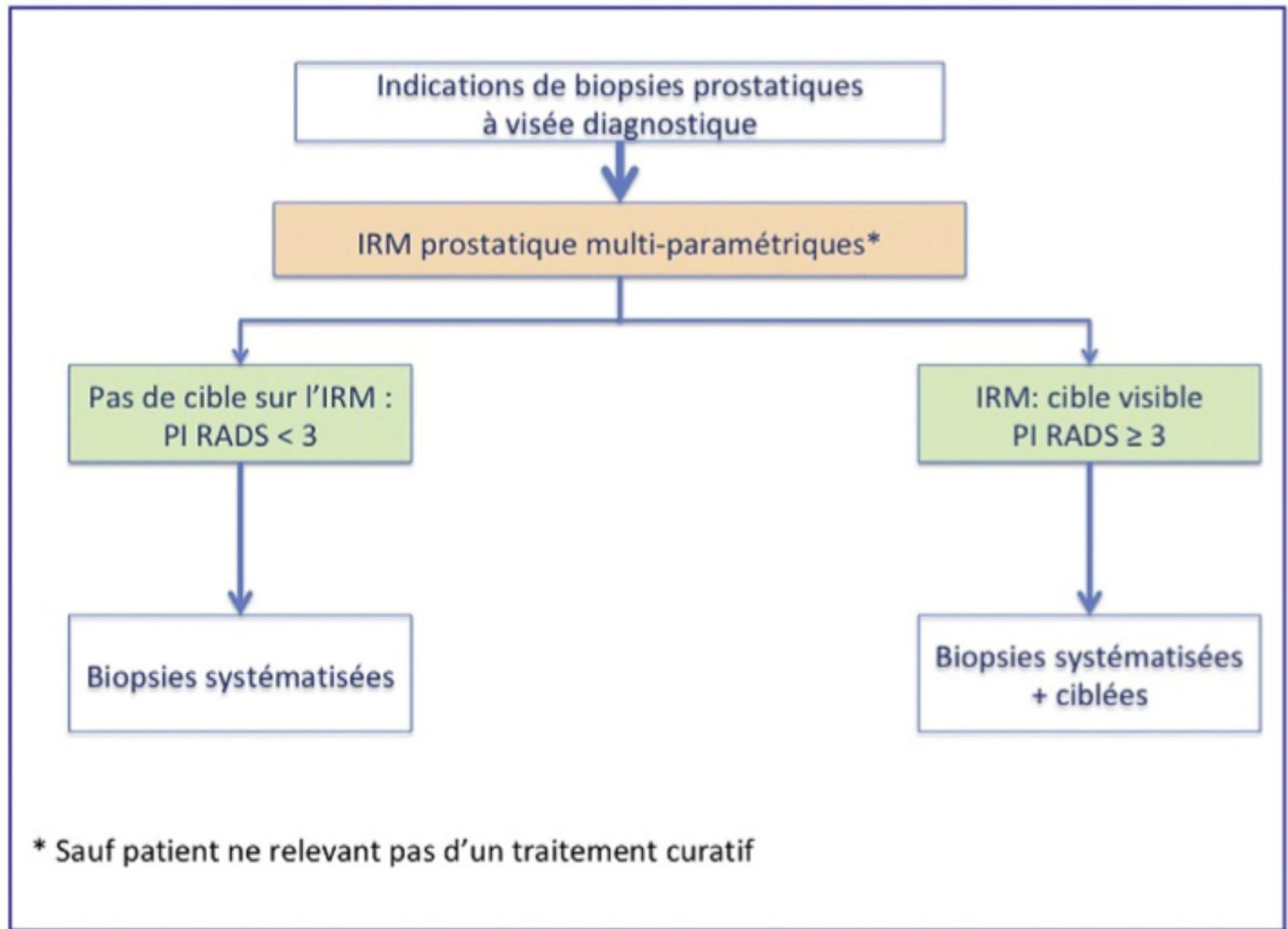
- PSA non spécifique du cancer (infection, HBP)
- Si facteur de risque de cancer
  - Les biopsies se discutent entre 45 et 50 ans le seuil est alors : PSA  $>$  à 2.5 ng/ml.
- Rapport libre/totale utile entre 4 et 10
  - Plus de risque si rapport  $<$ 10%.
  - Pas de première intention

# Le PSA ne dispense pas du toucher rectal

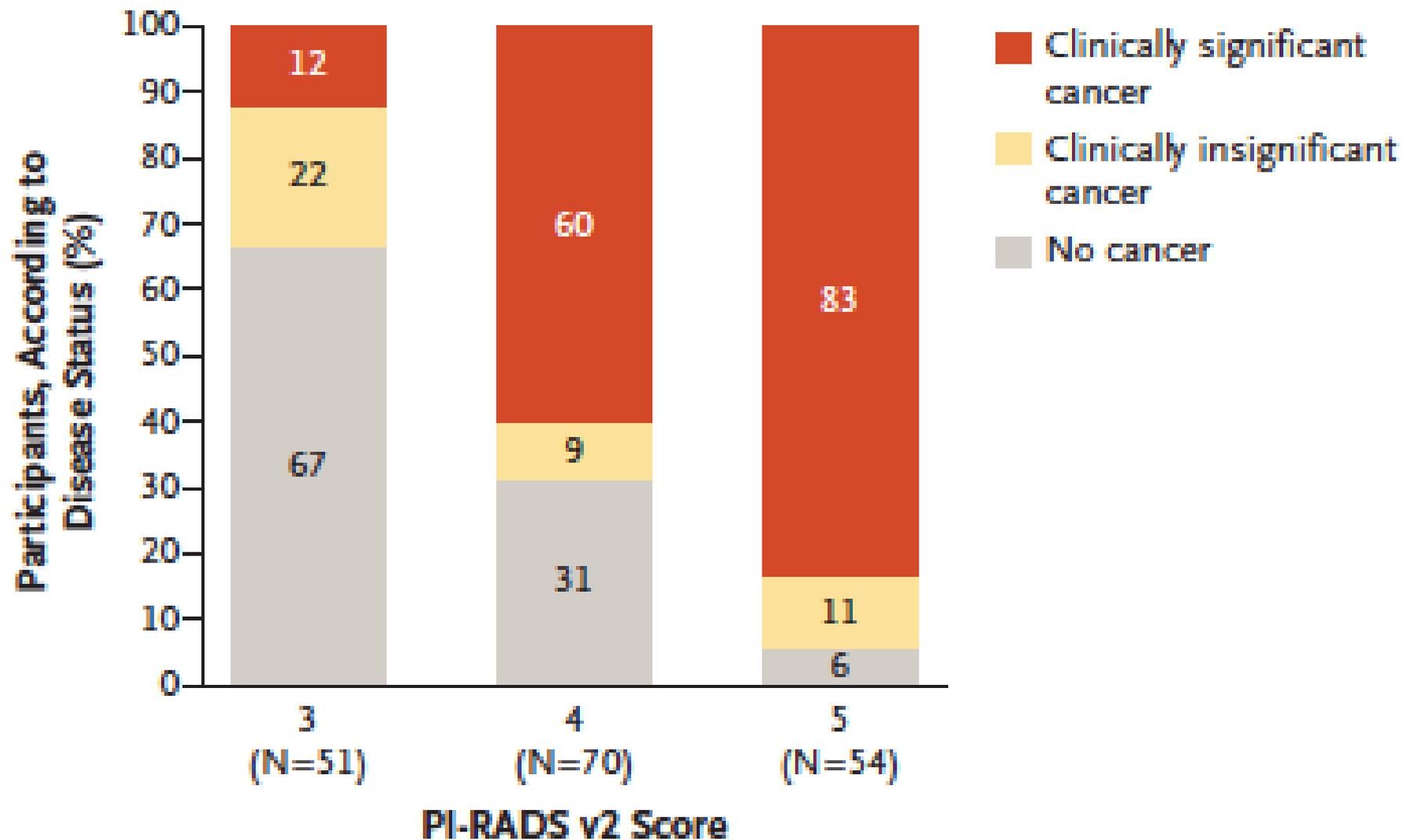


# IRM prostate

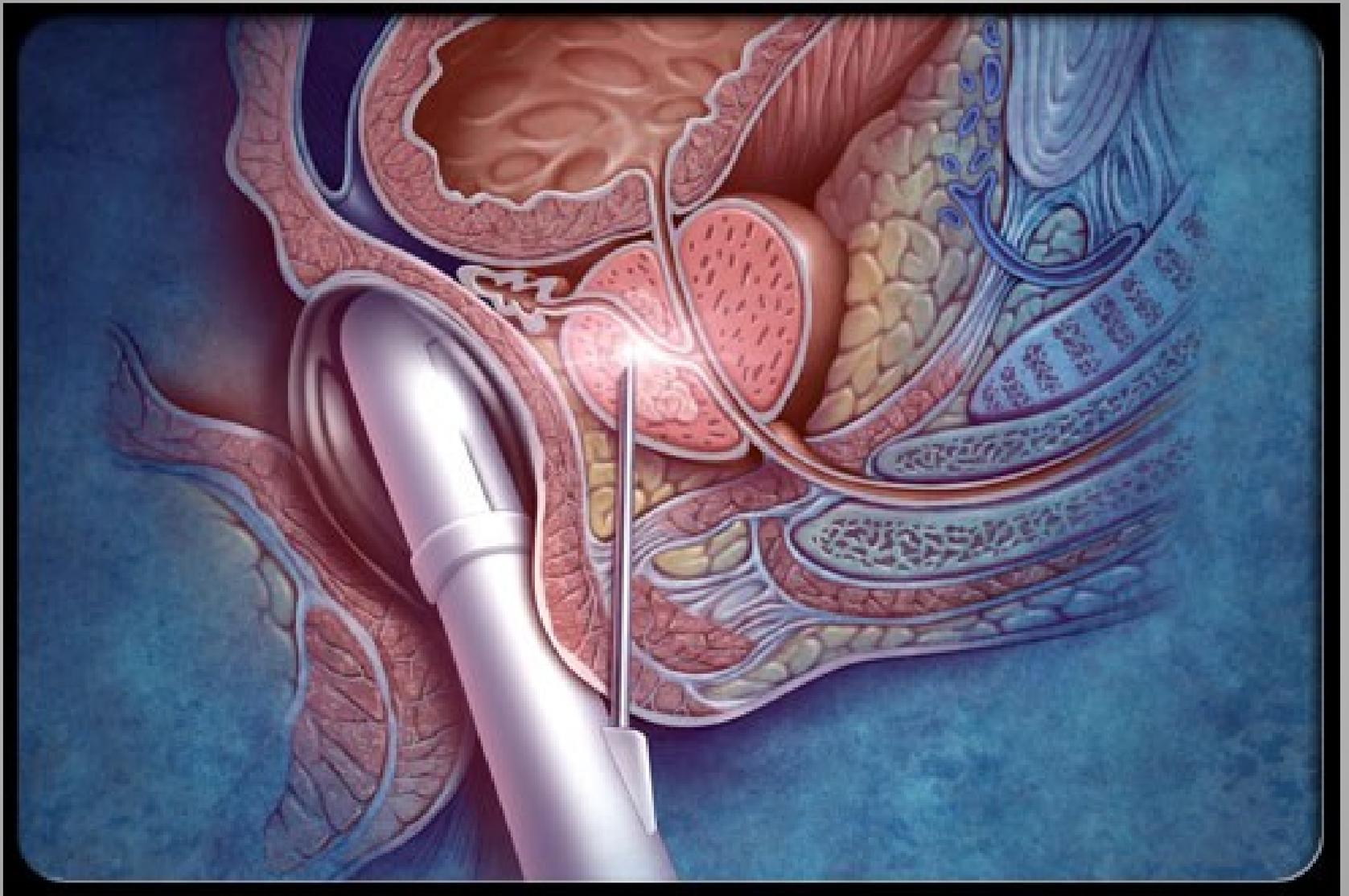
- Systématique avant biopsie de prostate



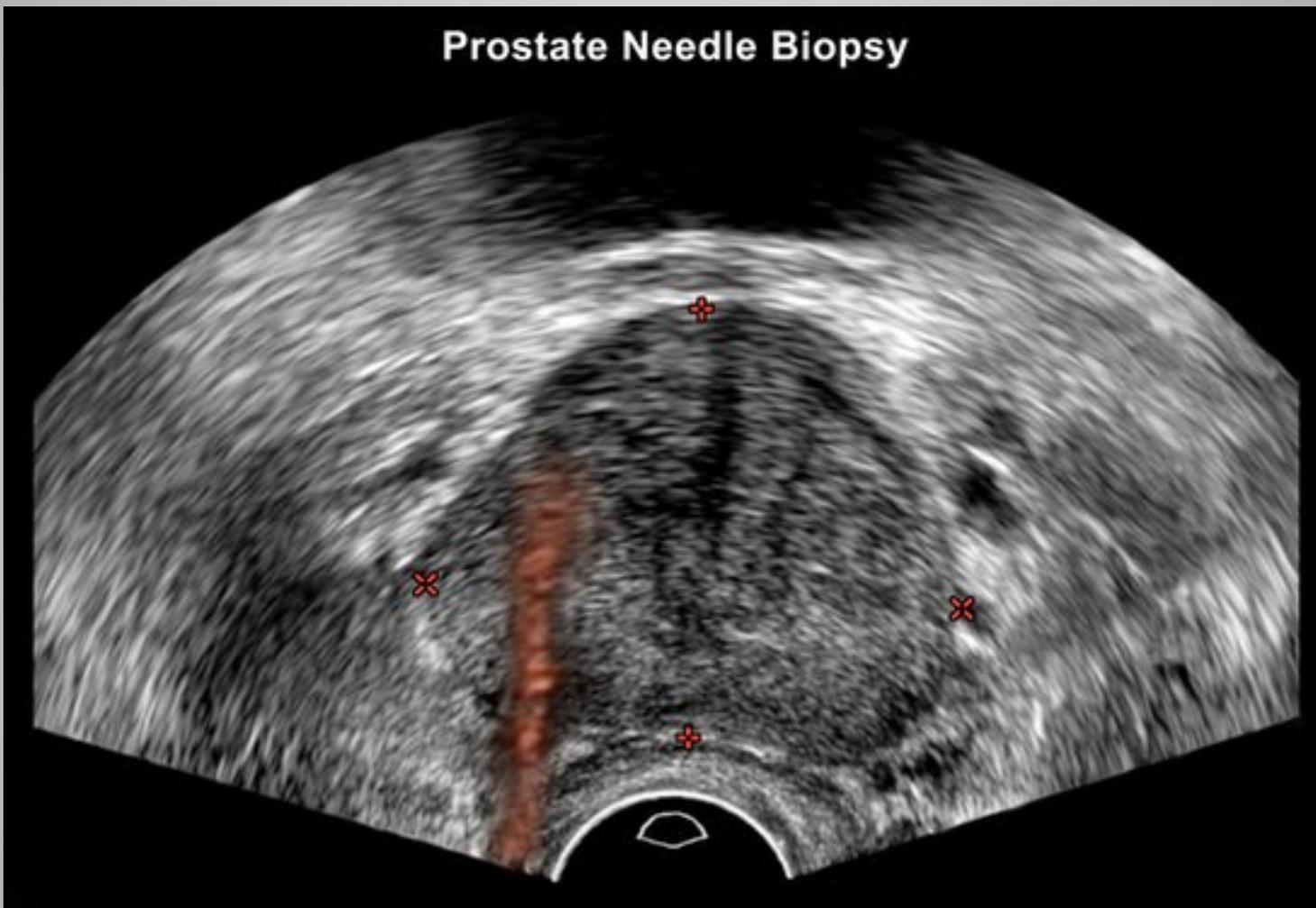
**Figure 1.** Stratégie IRM avant biopsie pour la recherche d'un cancer significatif.



- Le plus souvent sous anesthésie locale à la consultation : 12 prélèvements systématisées
- Après préparation rectale et antibioprophylaxie (Fluoroquinolones)
- **Complications:**
  - Prostatite : ATB IV C3G, ceftriaxone (Rocéphine)
  - Hémorragique : OK ss kardégic , stop plavix et AVK.
  - Rétention Aiguë d'Urines : simple sondage évacuateur



# Prostate Needle Biopsy



- Conditionne le reste du traitement
- **Obligatoire**
- Discussion libre, explication du plan personnalisé de soin.
- Explication de la pathologie et de la prise en charge.
- Evaluation de l'état psychologique, aide d'un psychologue et/ou infirmière.
- Entretien singulier
- Résilience
- **Empathie +++**

# Score de Gleason (OMS)

- Analyse du grade histo-pronostique de 1 à 5.
- Analyse le degré de différenciation tumorale
- Somme des 2 grades les plus représentés dans un ordre décroissant.
- Notification si grade 4 ou 5 si plus de 5 %.

- **T** : tumeur primitive
  - **T1** : tumeur non palpable ou non visible en imagerie
    - T1a < 5 % du tissu réséqué
    - T1b > 5 % du tissu réséqué
    - T1c : découverte sur biopsies prostatiques
  - **T2** : tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)
    - T2a : atteinte de la moitié d' un lobe ou moins
    - T2b : atteinte de plus de la moitié d' un lobe sans atteinte de l' autre lobe
    - T2c : atteinte des deux lobes

- **T3** : Extension au-delà de la capsule

- T3a : extension extra-capsulaire uni ou bilatérale (ou col de vessie )

- T3b : extension aux vésicules séminales uni ou bilatérale

- **T4** : tumeur fixée en atteignant d' autres structures que les vésicules séminales (rectum, paroi pelvienne, ....)

N : ganglions régionaux

N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 : atteintes ganglionnaire(s) régionale(s)

M : métastases à distance

M0 : Absence de métastases à distance

M1 : métastases à distance

M1a : atteinte de ganglions non régionaux

M1b : atteinte osseuse

M1c : autres sites

# Classification de D' AMICO

Tableau 1 - Cancers de la prostate localisés : risque de récurrence biochimique (classification de D'Amico)

	Faible risque (a)	Risque intermédiaire	Haut risque (b)
Stade clinique	$\leq T2a$	<b>T2b</b>	<b>T2c-T3a</b>
Score de Gleason	<i>et</i> $\leq 6$	<i>ou</i> <b>7</b>	<i>ou</i> $> 7$
PSA sérique (ng/ml)	<i>et</i> $< 10$	<i>ou</i> $> 10$ <i>et</i> $< 20$	<i>ou</i> $> 20$

(a) Un faible risque implique la totalité des critères.

(b) Un seul critère présent suffit pour considérer le risque élevé

- Le bilan d'extension n'est pas systématique

- **TDM et scintigraphie osseuse** si risque intermédiaire et élevé

- Pour tout cancer:
  - Dispositif d'annonce
  - Projets personnalisés de soins (PPS)
  - Dossier discuter en RCP
  - Demande de 100%
  - Balance bénéfices risque des traitements
  - Si + de 75 ans évaluation onco-gériatrique.

## STADE NON MÉTASTATIQUE

Tumeur localisée à faible risque*	<p><b>Traitement immédiat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prostatectomie (+/- curage ganglionnaire)</li> <li>• ou curiethérapie</li> <li>• ou radiothérapie externe</li> </ul> <p><b>Traitement différé à discuter dans des situations particulières (**):</b> « surveillance active » ou « abstention surveillance clinique »</p>
Tumeur localisée à risque intermédiaire*	<p><b>Traitement immédiat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prostatectomie (curage ganglionnaire recommandé)</li> <li>• ou radiothérapie externe** :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- en monothérapie avec une augmentation de la dose (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité guidée par imagerie)</li> <li>- ou en association à une hormonothérapie (<math>\leq</math> 6 mois), alors sans augmentation de dose</li> </ul> </li> <li>• exceptionnellement, une curiethérapie peut être discutée.</li> </ul> <p><b>Traitement différé à discuter dans des situations particulières (**):</b> « abstention surveillance clinique »</p>
Tumeur localisée à haut risque *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiothérapie externe (***) en association à une hormonothérapie prolongée (2-3 ans)</li> <li>• Ou prostatectomie totale (curage ganglionnaire recommandé)</li> </ul>
Tumeur localement avancée (stades T3b-T4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiothérapie externe (***) en association à une hormonothérapie prolongée (2-3 ans)</li> </ul>

## STADE MÉTASTATIQUE (N+ OU M+)

Atteinte ganglionnaire (N+) ou à distance (M+)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hormonothérapie             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une radiothérapie pelvi-prostatique complémentaire peut être discutée dans le sous-groupe de tumeurs N+</li> <li>- Une chimiothérapie peut être proposée en cas de résistance à la castration</li> </ul> </li> </ul>
--	--

**Tableau 2 - Suivi du PSA et critères de récurrence biochimique selon le traitement initial**

	PARTICULARITES DU SUIVI	CRITERES DE RECIDIVE BIOCHIMIQUE
PROSTATECTOMIE TOTALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PSA devient normalement indétectable en 4 à 6 semaines.</li> <li>Un premier dosage du PSA est recommandé avant 3 mois (nadir du PSA<sup>20</sup>).</li> </ul>	<p><b>PSA &gt; 0,2 ng/mL(*)</b></p> <p>En cas d'élévation, un nouveau contrôle est réalisé à <b>3 mois</b> pour certifier l'anomalie et estimer le temps de doublement de la valeur du PSA.</p>
RADIOTHERAPIE(**) OU CURIETHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un nadir du PSA &lt; 0,5 ng/ml est un facteur de bon pronostic.</li> <li>L'obtention du nadir est parfois très tardive (&gt; 36 mois)</li> <li>Une nouvelle élévation du PSA peut être observée, même après 2 ou 3 ans.</li> </ul>	<p><b>PSA &gt; PSA nadir + 2 ng/mL<sup>9</sup></b> (critères de Phoenix)</p> <p>En cas d'élévation, un nouveau contrôle est réalisé à <b>3 à 6 mois</b> pour certifier l'anomalie et estimer le temps de doublement de la valeur du PSA.</p>
HORMONOTHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Premier dosage à 3 mois</li> </ul>	<p><b>PSA ≥ 1,5 fois le PSA nadir</b> confirmé lors de 2 dosages successifs à au moins 15 jours d'intervalle et après contrôle d'une testostéronémie effondrée</p>

(\*) Définition retenue en cas de PSA initial indétectable (\*\*) En cas d'hormonothérapie associée, la cinétique du PSA est modifiée et ces critères ne sont plus applicables.

# **Les Traitements**

# Dénombrement des traitements du CaP

	PT	% coelio	Radiothérapie		HIFU (dont échecs RTT)	CryoTT	TOTAL
			CurieTT	externe (public) *			
2010	21 725	47,6%	1 601	8 074	533	95	32 028
2011	23 192	54,0%	1 521	9 090	496	82	34 381
2012	19 488	57,5%	1 359	9 162	490	114	30 613
2013	17 564	60,4%	1 174	8 412	552	111	27 813
2014	17 285	64,4%	1 096	8 566	780	79	27 806
2015	18 879	66,2%	1 189	9 288	906	44	30 306
2016	19 911	67,8%	1 292	10 241	1095	70	32 609
2017	19 163	70,5%	1 279	10 897	1304	71	32 714
2018	20 207	72,9%	1 291	12 141	1136	85	35 860 *

17 830 \*

\* Les radiothérapies externes du secteur privé ne sont pas comptabilisées dans le PMSI



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

EM|consulte

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



# Comparaison des résultats oncologiques et fonctionnels de la chirurgie avec les autres traitements curatifs du cancer de la prostate<sup>☆</sup>



*Comparative oncologic and functional outcomes of prostate cancer surgery with other curative treatments*

**M. Soulié<sup>a,\*</sup>, L. Salomon<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> *Département d'urologie-andrologie-transplantation rénale, CHU Rangueil, 1, avenue Jean-Poulhès, 31059 Toulouse cedex 9, France*

<sup>b</sup> *Service d'urologie et de transplantation rénale et pancréatique, CHU Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France*

Reçu le 19 juillet 2015 ; accepté le 29 juillet 2015

**Tableau 2** (Suite)

Auteur, année	Institution Période d'étude	Nombre de patients inclus Caractéristiques du Tt				Suivi médian (ans ou mois [m])				Résultats oncologiques comparatifs
		PT	RT	WW	HT	PT	RT	WW	HT	
Hoffman, 2013 [37]	1994–2005 PCOS Patients 55–74 ans	1164	491 11 % HT	–	–	15 ans				Survie globale (en faveur de la PT): HR 0,6 ( $p < 0,001$ ) Survie spécifique (en faveur de la PT): HR 0,35 ( $p < 0,001$ )
Shao, 2014 [39]	1994–2007 SEER 916 patients M+	15 551	51 337	–	–	7,3 ans (4,7–9,9) 33 m après apparition des M+				Survie spécifique des 916 patients après M+ (SSAM) Pour les FR : PT = 86,2 % ; RT = 79,3 % Pour les RI et RE : PT = 76,3 % ; RT = 63,3 % Risque de SSAM pour la RT versus la PT : HR = 0,64 (pour RE) ; HR = 0,55 (pour FR)
Sun, 2014 [40]	1988–2005 SEER Patients > 65 ans	15 532	33 613	17 942	–	Non précisé				Pour les hommes avec une espérance de vie > 10 ans Risque de mortalité spécifique, PT vs RT : HR = 0,36 ( $p = 0,002$ ) Risque de mortalité globale, PT vs RT : HR = 0,40 ( $p = 0,007$ )
Sooriakumaran, 2014 [41]	1996–2010 Suède	21 533	12 982	–	–	5,26 ans	5,6	–	–	Mortalité spécifique: HR = 1,76 pour la RT vs PT ( $p < 0,001$ ) Mortalité globale: HR = 1,32 pour la RT vs PT ( $p < 0,001$ ) Avantage de la PT plus marqué pour les hommes jeunes, sans comorbidité avec RE

Tt : traitement ; PT : prostatectomie totale ; RT : radiothérapie ; WW : surveillance ; HT : hormonothérapie ; HTN : hormonothérapie néo-adjuvante ; HTA : hormonothérapie adjuvante ; M+ : métastases ; FR : faible risque ; RI : risque intermédiaire ; RE : risque élevé ; HR : *hazard ratio* ; ns : non significatif.

# La décision thérapeutique

- Critères de choix au stade local:
  - patient+++:
    - âge,
    - co-morbidité,
    - difficultés urinaires,
    - sexualité
    - Son souhait éclairé

# La décision thérapeutique

- Plus tôt radiothérapie
  - Si
    - pT 3
    - âge plus de 70 ans
    - co-morbidité,
    - Pas de difficultés urinaires
    - Peurs de perte de sa sexualité
    - souhait éclairé

# La décision thérapeutique

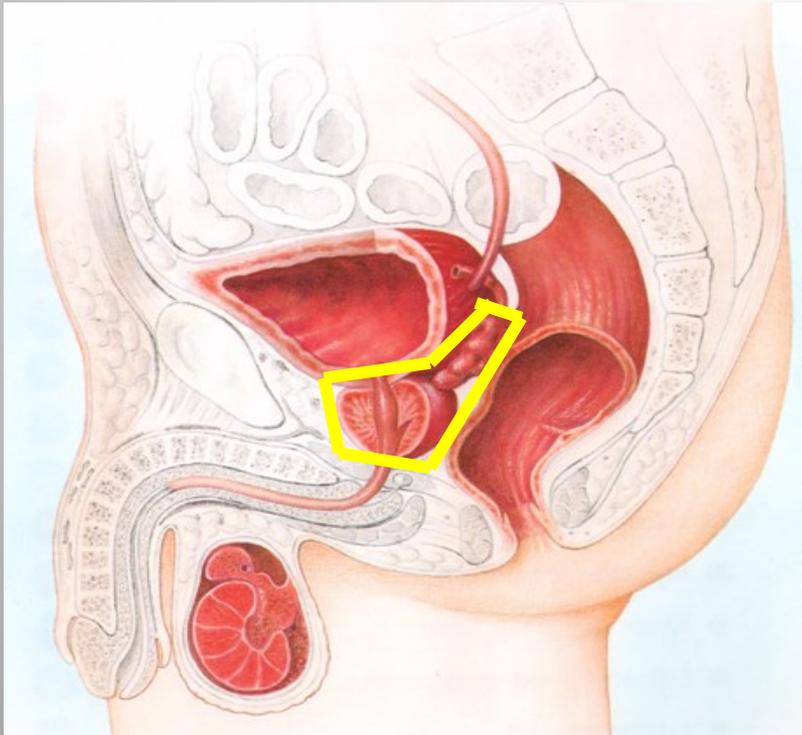
- Plus tôt chirurgie
  - Si
    - Si chirurgie peut être curative
    - âge moins de 60 ans
    - Pas de co-morbidité,
    - difficultés urinaires
    - Informer des conséquences sexuelles
    - souhait éclairé

# I- Stade localisé



## Prostatectomie radicale

= Ablation de la prostate et des vésicules séminales (VS)  
par voie chirurgicale.



### Indications :

Âge < 73-74 ans  
Espérance de vie > 10 ans  
Bon état général  
CaP localisé

## Plusieurs voies d'abord :

- Voie sus-pubienne :

Incision entre le pubis et l'ombilic.

Modalité opératoire la plus répandue en France.

- Voie coelioscopique :

Aucune différence sur les résultats carcinologiques et fonctionnels par rapport à la chirurgie ouverte.

- Voie robotique :

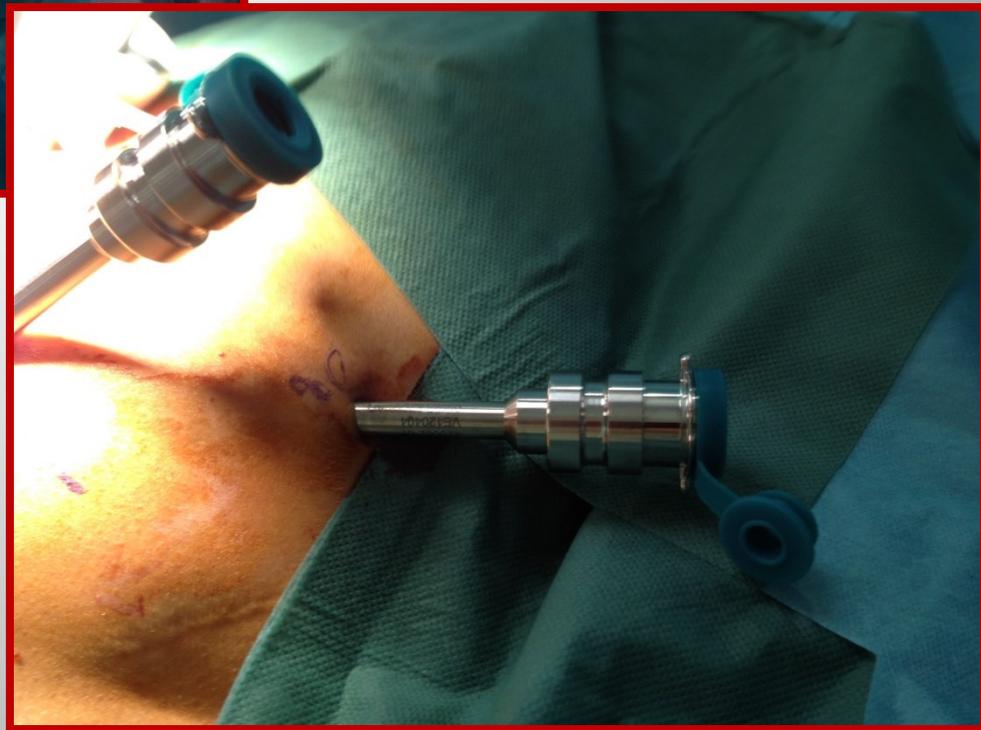
Très intéressant sur le plan fonctionnel,

Résultats similaires voire meilleurs que la voie coelioscopique et ouverte pour la continence

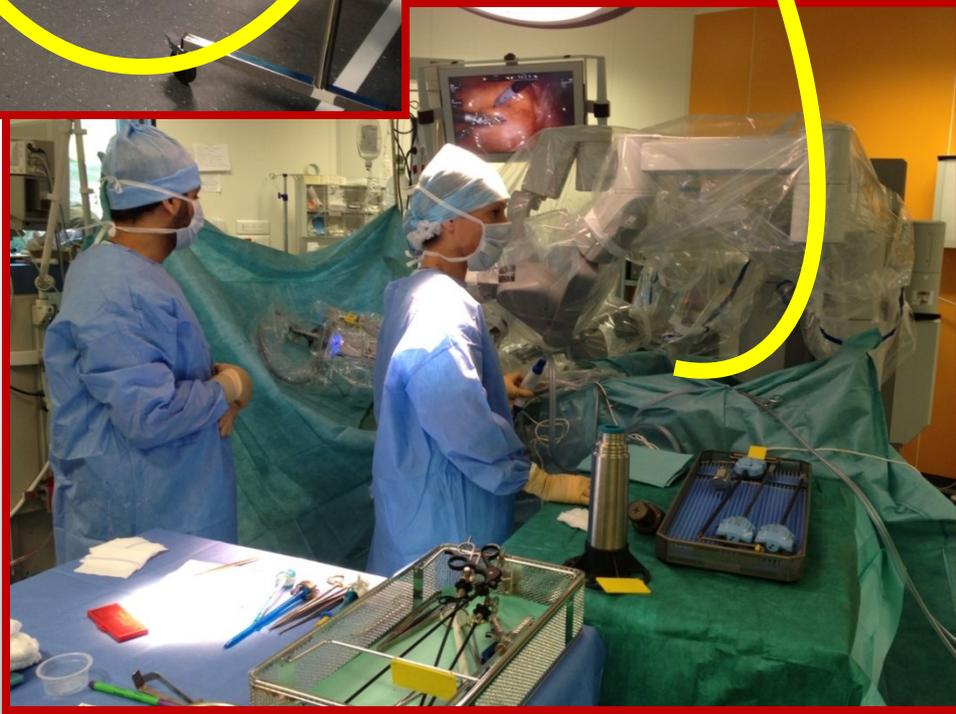
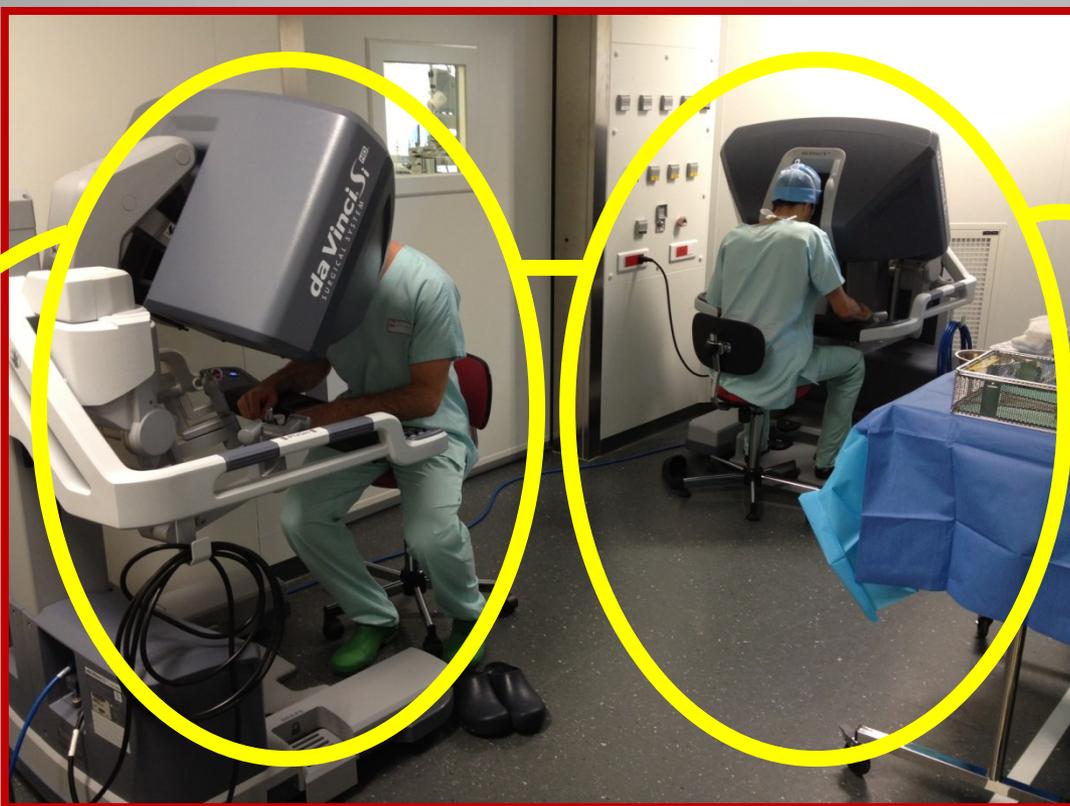
précoce.

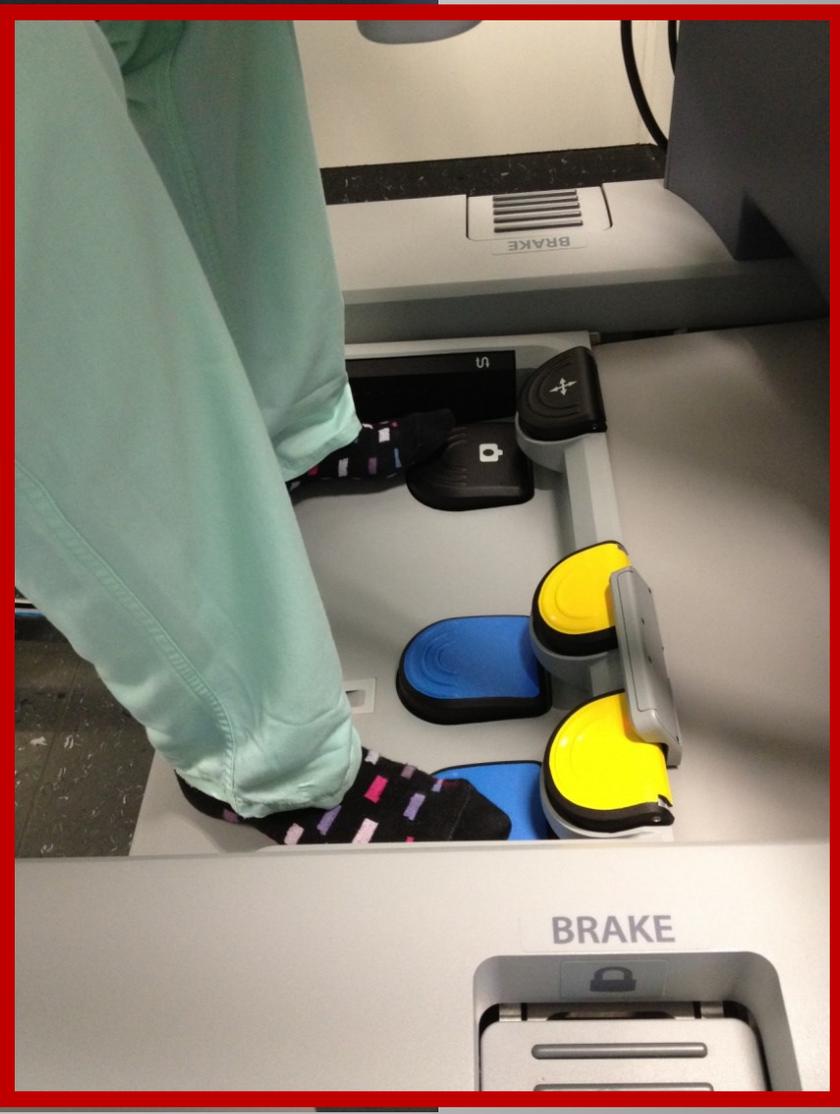
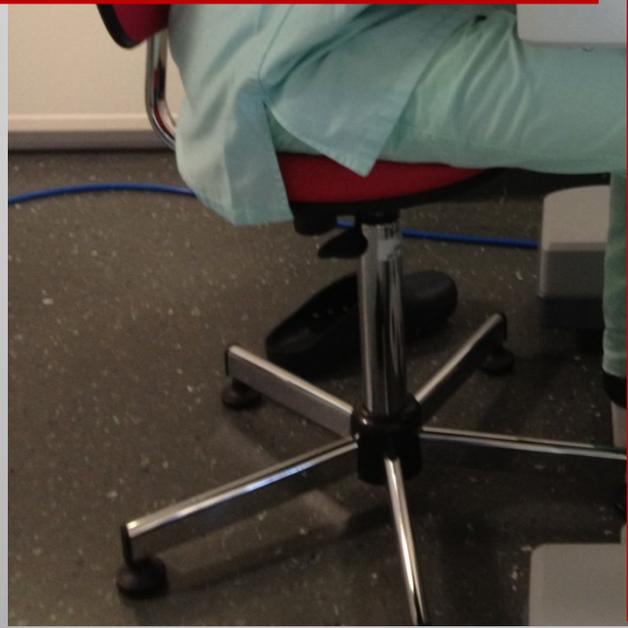










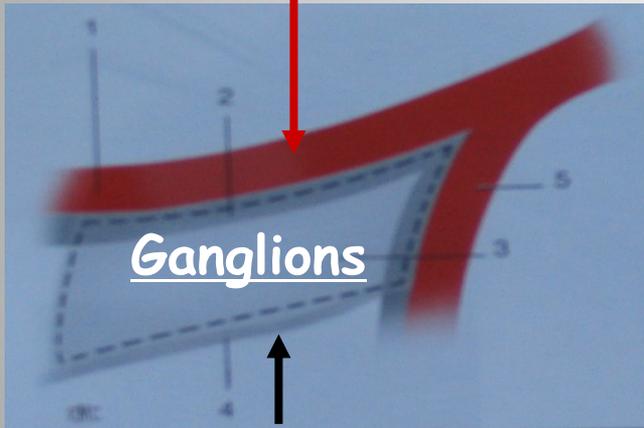




- Chirurgie sous AG avec ablation de la prostate et des V épicule séminale
- Curage ganglionnaire en début d'intervention (optionnel si stade  $\leq$  T2a et PSA  $<$  10 ng/ml et Gleason  $\leq$  7 sans grade 4 majoritaire)
- Suture entre la vessie et l'urètre
- Sonde vésicale pendant 4 jours minimum

# ***CURAGE GANGLIONNAIRE***

a. et v. Iliaque ext.

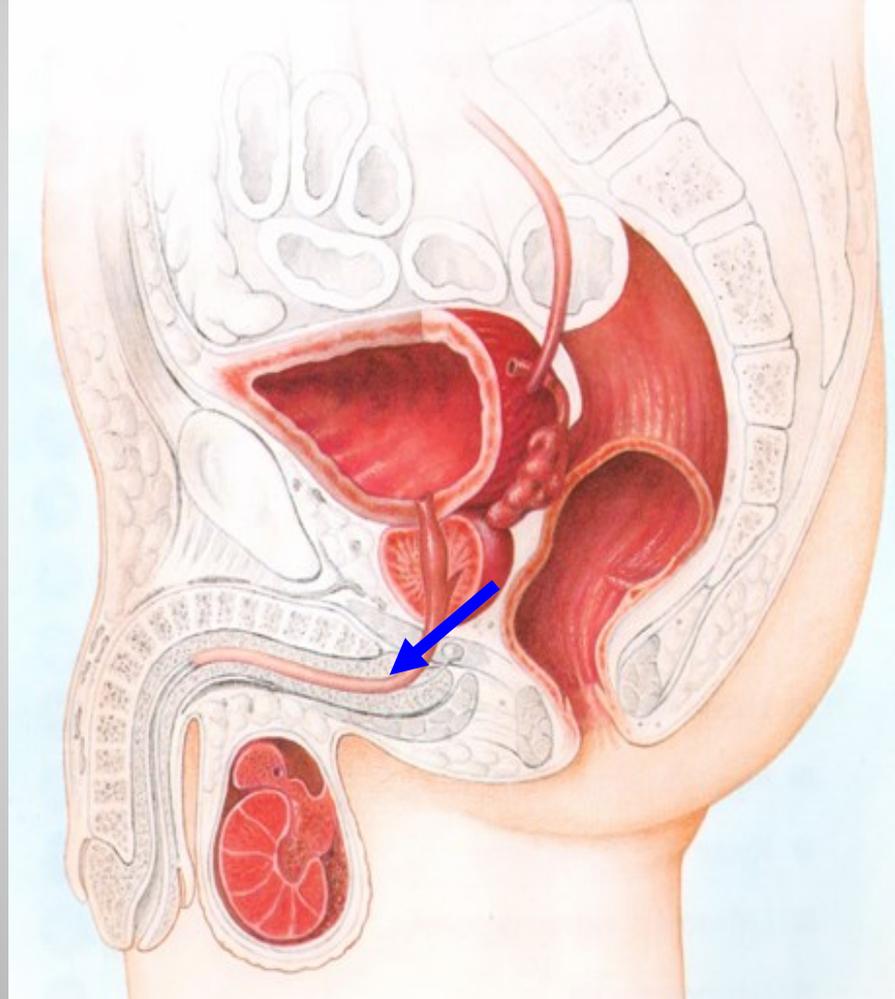


n. obturateur

- Non indispensable si PSA < 10 ng/ml avec absence de grade 4 majoritaire et imagerie non suspecte et stade  $\leq$  stade T2a clinique
- Examen extemporané si doute clinique

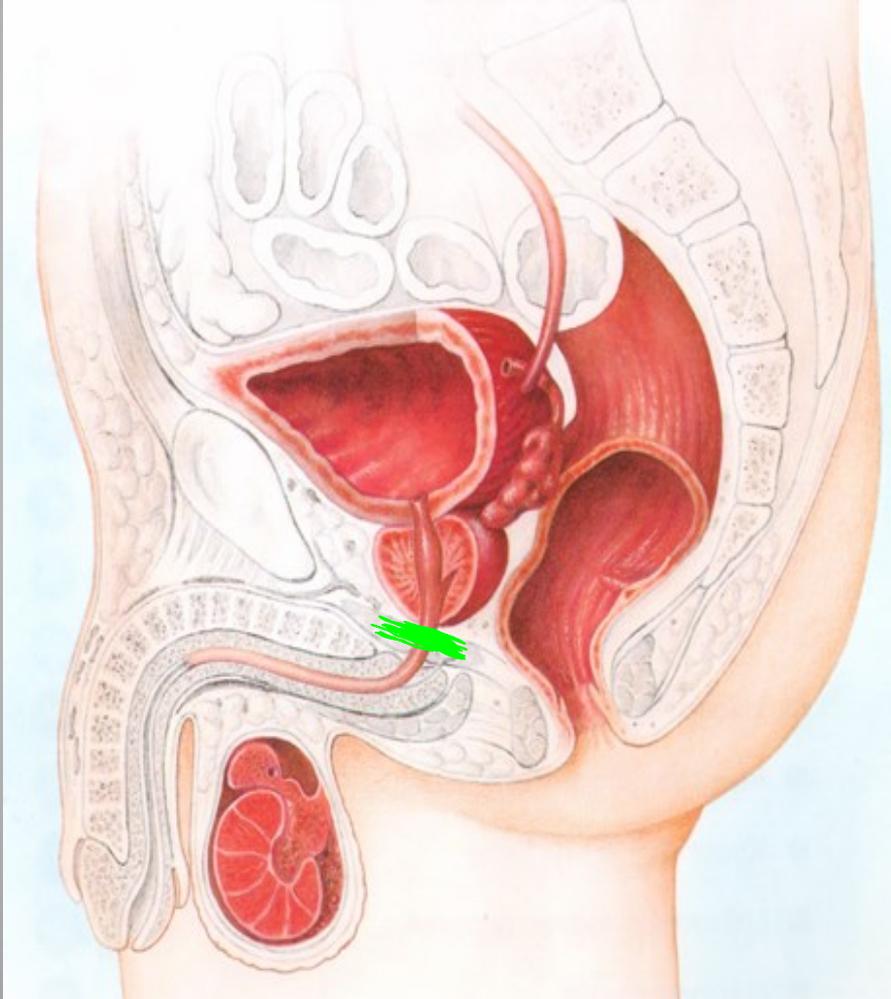
## Complications :

1- Dysfonction érectile : 20 à 80 % des cas ... !!!



- En rapport avec la lésion des bandelettes vasculo-nerveuses qui courent le long de la prostate.
- Meilleurs résultats si conservation chirurgicale possible mais enjeu carcinologique (+++)
- Souvent immédiate après la chirurgie,
- Récupération avec le temps avec bilan final à 2 ans.
- Stimulation par injections intra-caverneuses.
- Evaluation des érections avant la chirurgie +++

## 2- Incontinence urinaire invalidente : 5% à 1 an



➡ : sphincter strié de l'urètre

- Due aux possibles lésions du sphincter strié de l'urètre,
- Fréquente à l'ablation de la sonde urinaire,
- Rôle de la prise de conscience du sphincter strié  
= **Kinésithérapie** (+++)
- Sphincter urinaire artificiel / Bandelette sous urétrale  
à discuter si incontinence majeure à distance de l'opération

3- **Sténose de l'anastomose vésico-urétrale** : < 5 %

## Surveillance après chirurgie :

- PSA : indétectable après chirurgie (+++)
- Récidive tumorale si ascension secondaire du PSA  
Radiothérapie seconde ?

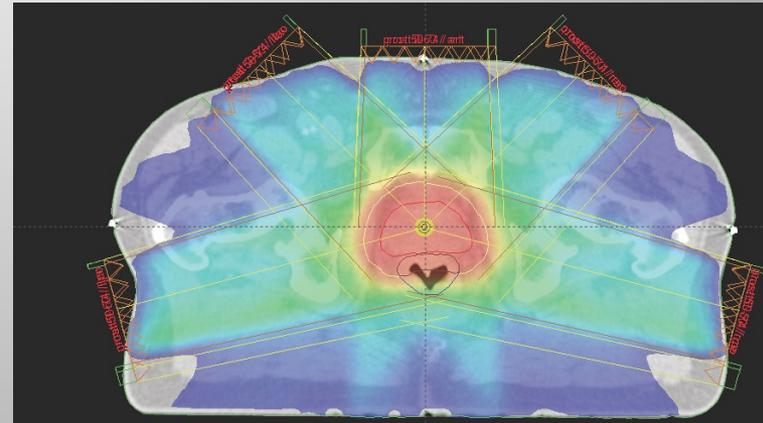


## Radiothérapie externe +/- hormonothérapie

= Radiothérapie externe conformationnelle avec irradiation prostatique de 70 grays (Gs) minimum.



Traitement sur 2 mois avec 5 séances par semaine si possible,  
Escalade de dose à l'étude (76Gs, 80 Gs, ...),  
Résultats comparable à la chirurgie.  
Radiothérapie avec modulation d'intensité (MI).



## COMPLICATIONS :

- Dysfonction érectile : 40 à 60 %  
Augmentation du % avec le temps à l' inverse de la chirurgie
- Incontinence urinaire : 1 à 4 %
- Impact des rayons sur les organes de voisinage :  
cystite et rectite radiques
- Sténose de l' urètre : 5 %
- Angoisse vis-à-vis du PSA qui oscille entre différentes valeurs.



## Curiethérapie

= mise en place temporaire ou définitive de grains radioactifs dans la prostate

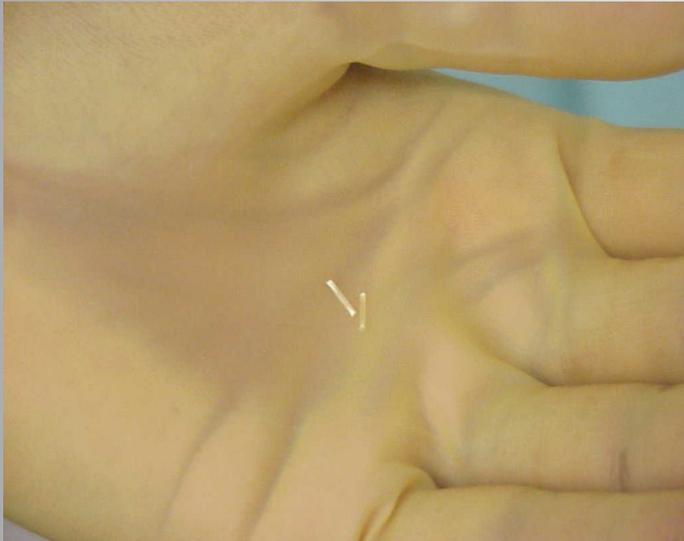


Photo 1 : Grains de curiethérapie



Photo 2 :

Boîtier à l'intérieur duquel  
sont rangés toutes les aiguilles  
avant implantation

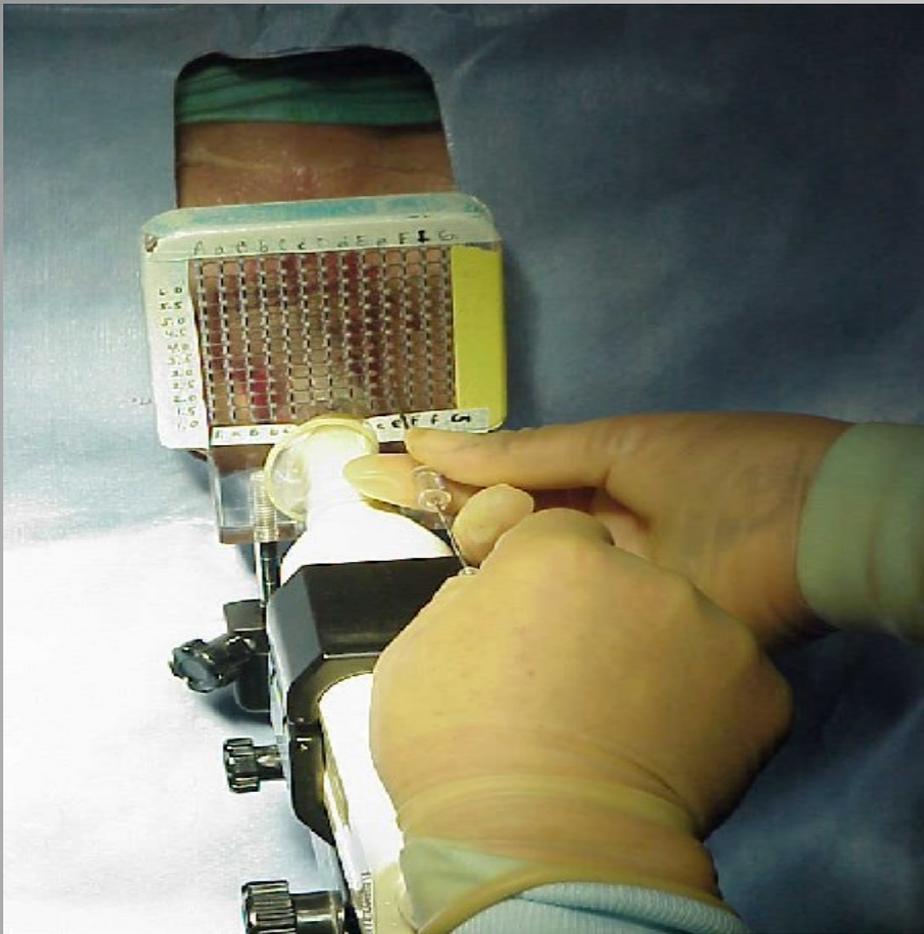


Photo 4 :  
positionnement des grains à travers  
le cadran numéroté qui est solidaire  
de la sonde endo-rectale

Photo 5 :  
Vérification de la bonne  
profondeur de l'aiguille

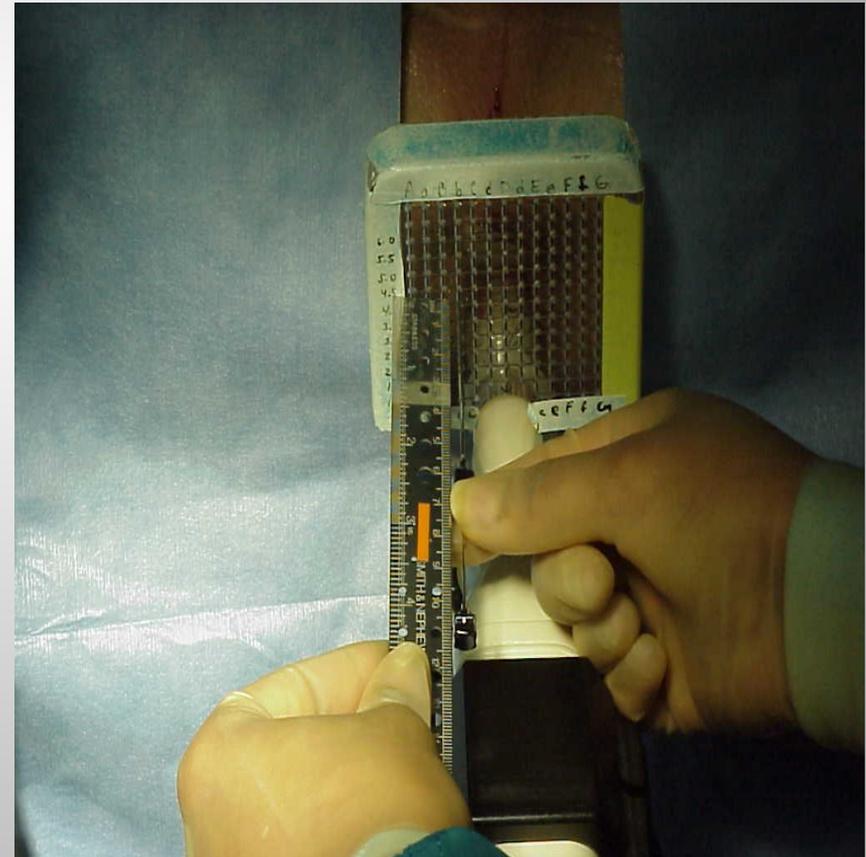




Photo 5 :  
Visualisation par échographie  
des différents grains hyperéchogènes

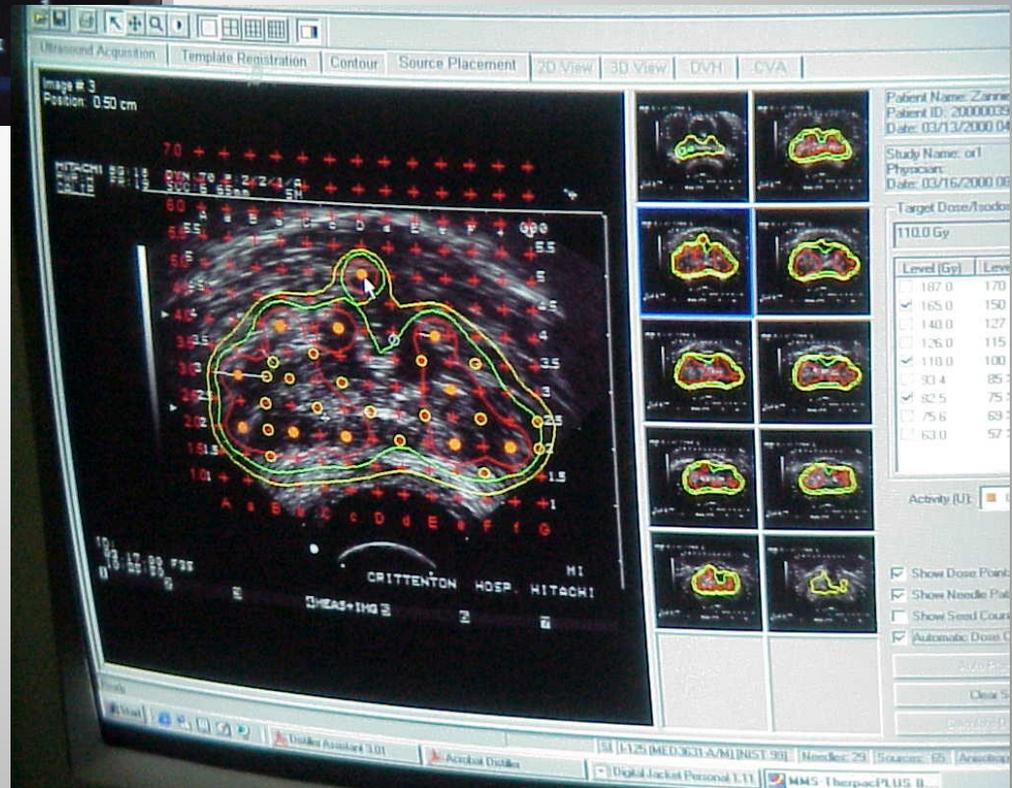


Photo 6 :  
Courbes dosimétriques  
calculant les zones de  
sur et sous-dosages

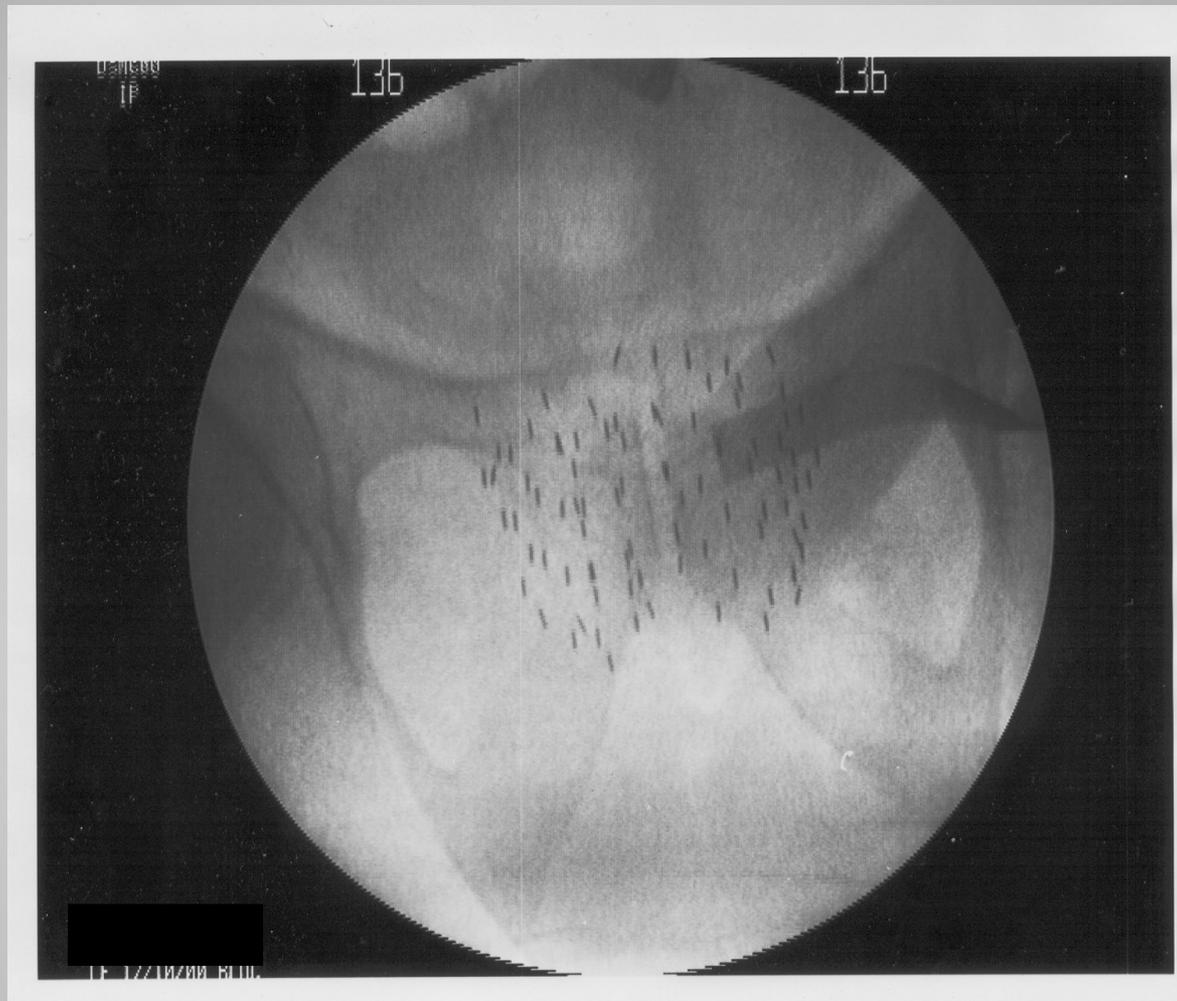


Photo 7 : Radiographie post-implantation de grains d' iode 125 dans la prostate

## **Indications :**

- Bon pronostic : PSA < 10 ng/ml + Gleason < 7,
- Prostate < 50 cc + bonne mobilité des hanches,
- Pas de gêne mictionnelle importante,
- Absence de résection antérieure de la prostate  
(augmente le risque d'incontinence post-implantation)

## **Mesures de radioprotection :**

- Possible migration des grains dans les urines et le sperme  
(filtrer les urines pdt 15 j., préservatifs pdt 2 mois)
- Rester à distance des enfants et femmes enceintes pdt 2 mois

## Complications :

- Signes Fonctionnels Urinaires : 80 à 98 % des patients  
Dysurie, pollakiurie, impériosités, brûlures mictionnelles  
Maximum entre 1 et 3 mois  
Régression totale pour 85 % des patients à 1 an  
RAU : 10 %
- Incontinence urinaire : 0 à 1 %
- Sténose de l'urètre : 5 à 14 %
- Hématurie macroscopique : 0,2 à 13 %
- Impuissance : 40 % à 5 ans  
Augmentation du risque avec le temps



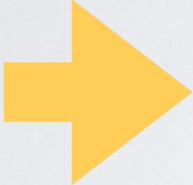
## Surveillance active

Fait partie des traitements ! (recherche des signes de progression)

Critères :

- Adhésion et compréhension des patients
- stade localisé (PSA  $\leq 10$ , gleason  $\leq 6$  , T1c ou T2a)

# RATIONNEL

- Il existe des cancer de prostate très peu évolutif
-  Limiter les « sur »traitements et leurs conséquences
- Concept ancien depuis 1994 et les travaux d'Epstein.

# Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer

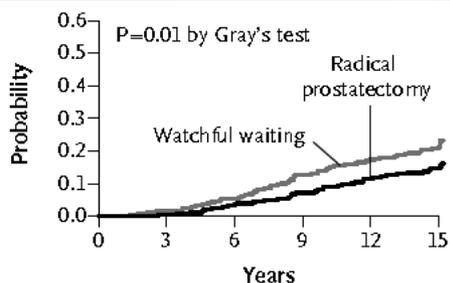
Anna Bill-Axelsson, M.D., Ph.D., Lars Holmberg, M.D., Ph.D., Mirja Ruutu, M.D., Ph.D., Hans Garmo, Ph.D., Jennifer R. Stark, Sc.D., Christer Busch, M.D., Ph.D., Stig Nordling, M.D., Ph.D., Michael Häggman, M.D., Ph.D., Swen-Olof Andersson, M.D., Ph.D., Stefan Bratell, M.D., Ph.D., Anders Spångberg, M.D., Ph.D., Juni Palmgren, Ph.D., et al., for the SPCG-4 Investigators\*



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

- ≤ 75 ans
- PSA ≤ 50 ng/ml
- cT1-T2
- Tout grade de Gleason
- Suivie de 13 ans

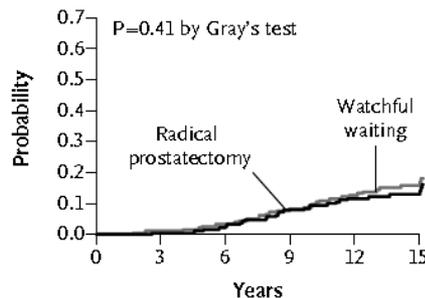
Death from prostate Cancer, total Cohort



No. at Risk	0	3	6	9	12	15
Radical prostatectomy	347	339	311	271	214	109
Watchful waiting	348	334	306	251	192	96

P=0.01 by Gray's test

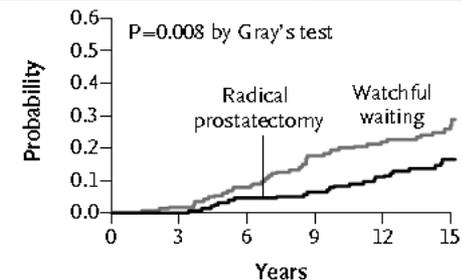
Death from prostate Cancer, Men > 65 Yr of age



No. at Risk	0	3	6	9	12	15
Radical prostatectomy	190	185	166	135	99	42
Watchful waiting	182	177	162	133	101	42

P=0.41 by Gray's test

Death from prostate Cancer, Men < 65 Yr of age

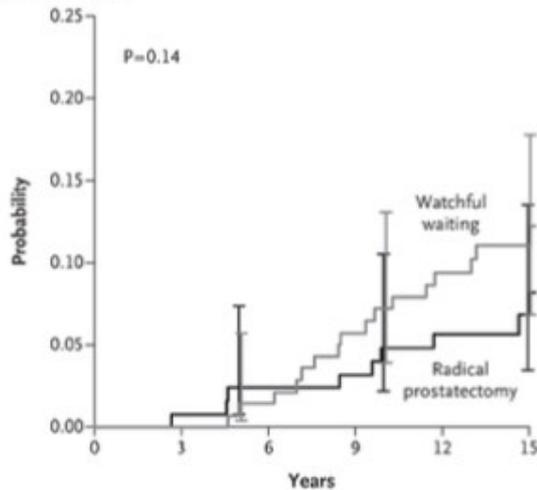


No. at Risk	0	3	6	9	12	15
Radical prostatectomy	157	154	145	136	115	67
Watchful waiting	166	157	144	118	91	54

P=0.008 by Gray's test

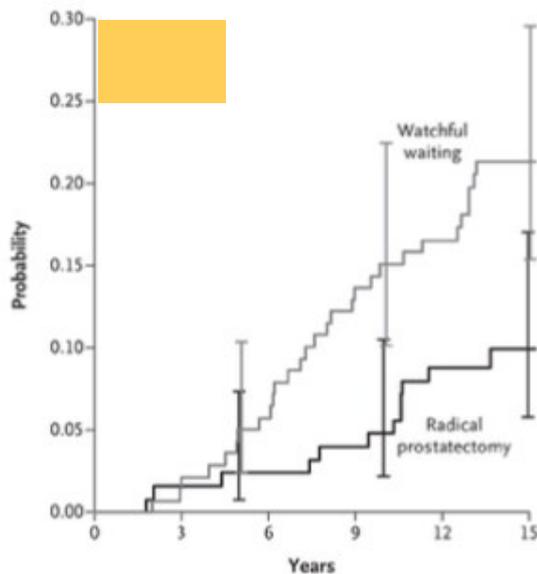
# MAIS

## A Death from Prostate Cancer



No. at Risk						
Radical prostatectomy	125	122	116	105	84	51
Watchful waiting	139	136	129	114	92	45

## B Metastases



No. at Risk						
Radical prostatectomy	125	121	116	104	81	49
Watchful waiting	139	133	124	104	85	42

**Figure 2. Cumulative Incidence of Death from Prostate Cancer and Development of Metastases among Men with Low-Risk Prostate Cancer.**

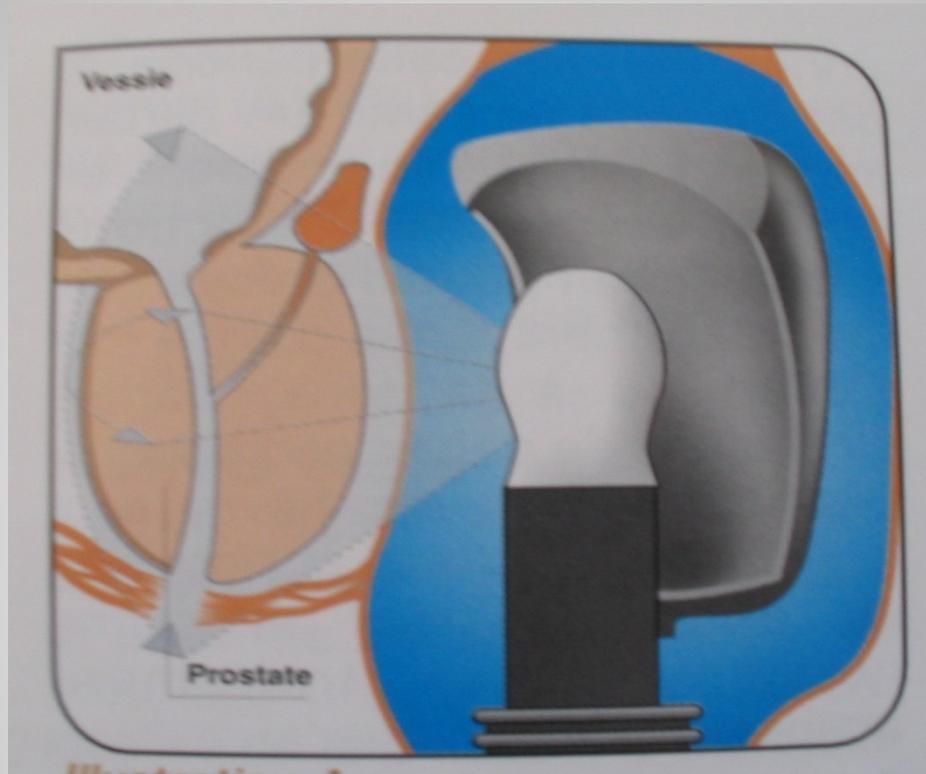
The cumulative incidence of death from prostate cancer and the development of metastases among men with low-risk prostate cancer (PSA level of <10 and a tumor with a Gleason score of <7 or a WHO grade of 1) is shown. P values refer to absolute between-group differences at 15 years. I bars represent 95% confidence intervals for the cumulative incidence at the 5-year, 10-year, and 15-year follow-up points.



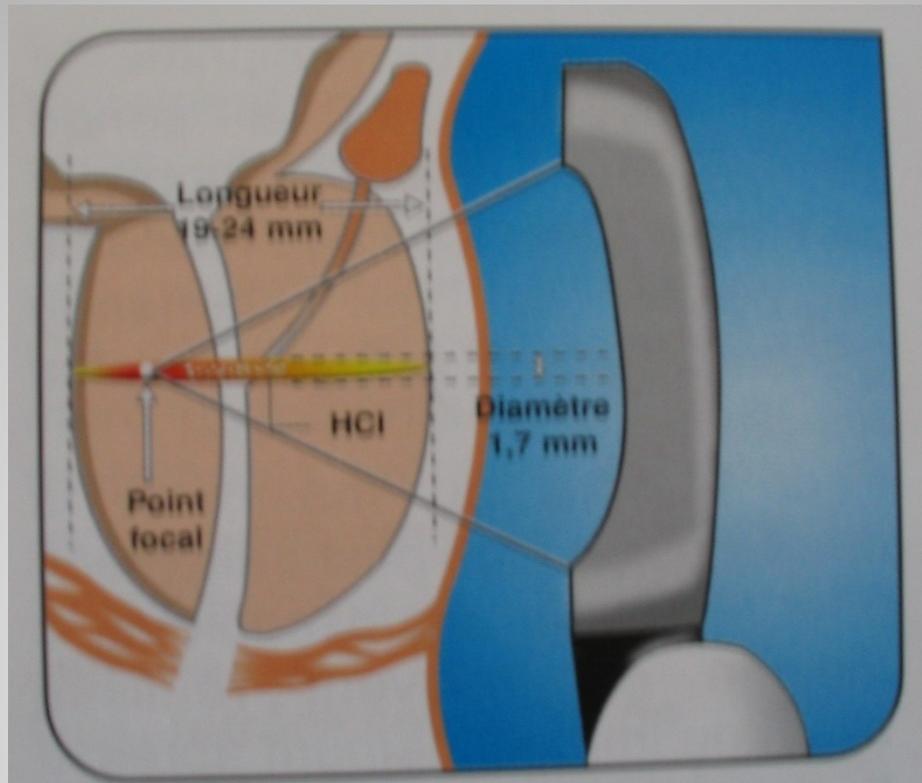
# HIFU = ultrasons focalisés = Ablatherm

= Traitement endo-rectal avec émission d'un faisceau d'ultrasons convergents de haute intensité





Mesure du volume prostatique  
= définition sur l'écran de contrôle de la zone à traiter



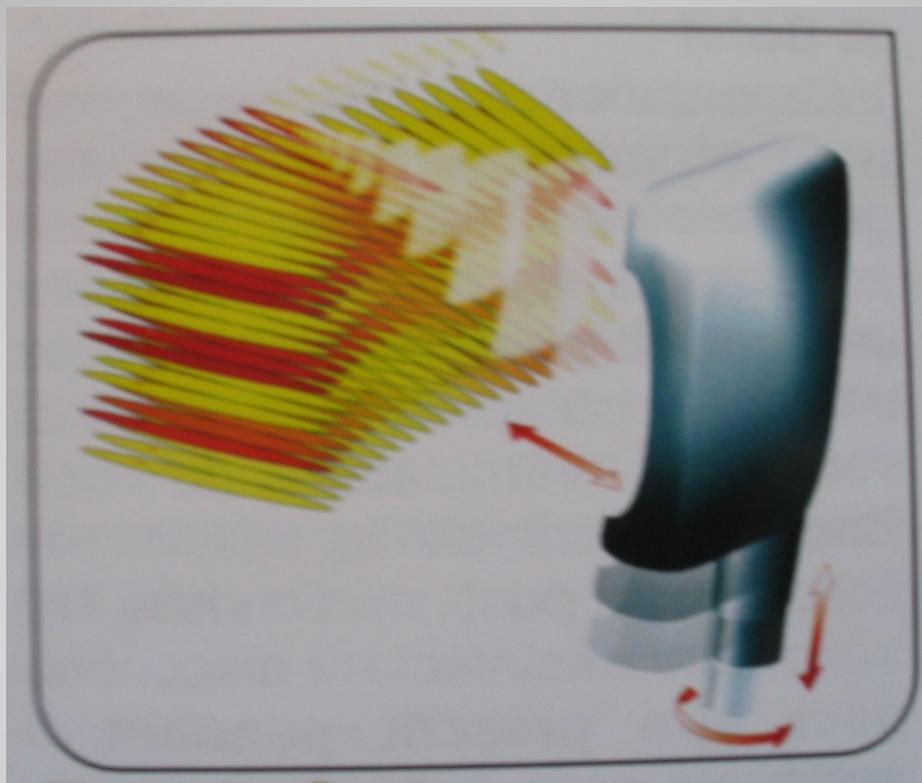
Emission d' ultrasons convergents par la sonde endorectale



Elévation de la température au point de focalisation ( $85^{\circ}$  C)  
(= lieu de convergence des ultrasons)



Nécrose irréversible du tissu avec zone détruite  
de forme ellipsoïdale de 20 mm sur 2 mm de diamètre



Répétition des tirs pour traiter toute la prostate  
en déplaçant le point focal entre chaque tir

## **En pratique :**

- Traitement sous anesthésie loco-régionale ou AG
- RTUP première
- 2 heures de traitement en moyenne (400 à 600 tirs)
- Sonde vésicale au sortir du bloc avec ablation à J 3-4
- Surveillance par le PSA
- Biopsies prostatiques à 6 mois : deuxième séance de traitement si lésion cancéreuse persistante

## **Complications :**

- Incontinence urinaire : 10 %
- Sténose de l'urètre : 8 %
- Impuissance : 50 %

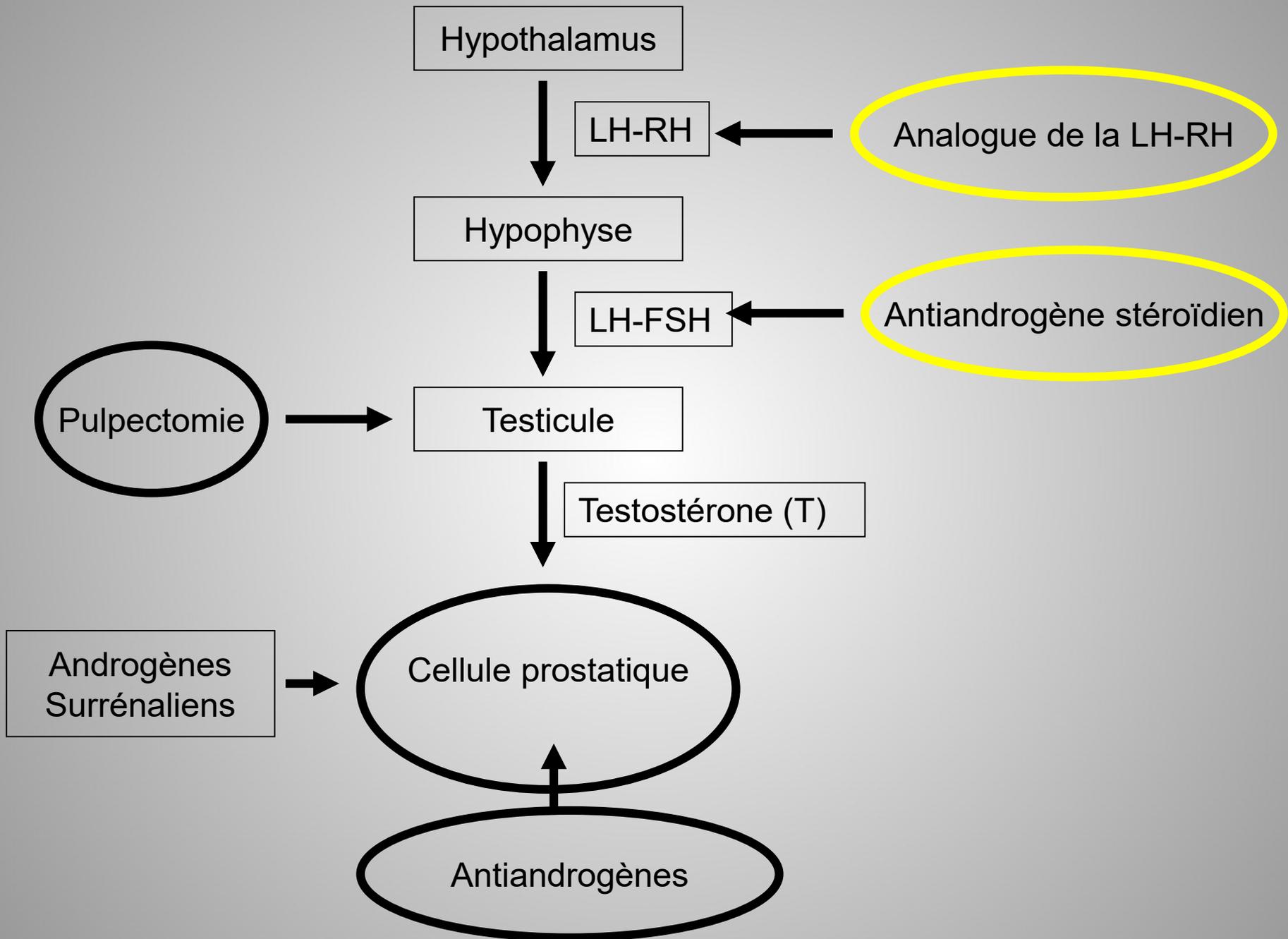
## II- Stade métastatique

Le cancer de la prostate est hormono-dépendant (+++)



But du traitement : Bloquer l'action des androgènes sur les cellules cancéreuses prostatiques

Traitement Hormonal



## **II- Stade métastatique**

EN première intention multi- thérapeutique

-Hormonothérapie de 1<sup>er</sup> ligne

Mais on est de plus en plus agressive et on associe fréquemment :

-soit Hormonothérapie de seconde ligne (enzalitamide, abiratérone)

-soit Toxotère

+/- agent osseux ( denosumab)

## Evolution :

**HormonoDépendance**

(24 à 36 mois en moyenne)



**Résistance a la castration**

Definition : Trois augmentations successives du PSA<sub>t</sub>,  
A une semaine d'intervalle minimum  
Avec une testostéronemie totale < 0.5 ng/ml  
(ou 1,7 nmol/l)

MAIS évolution plus ou moins rapide ( 1 et 5 ans)  
vers la résistance à la castration

Traitement actuel :

- Soit Chimiothérapie : Docetaxel ou cabazitaxel
- Soit hormonothérapie de nouvelle génération:  
Abiratérone  
Enzalutamide

Poursuite de la suppression androgenique  
Agent osseux  
Soins de support

# Conclusion

- Premier cancer de l'homme :  
conséquences médico-économiques importantes +++
- Pas de dépistage systématique
- Mais diagnostic précoce en fonction des risque  
→ a proposer de manière **individuelle**
- Exposé volontairement sélectif, centré sur le principal

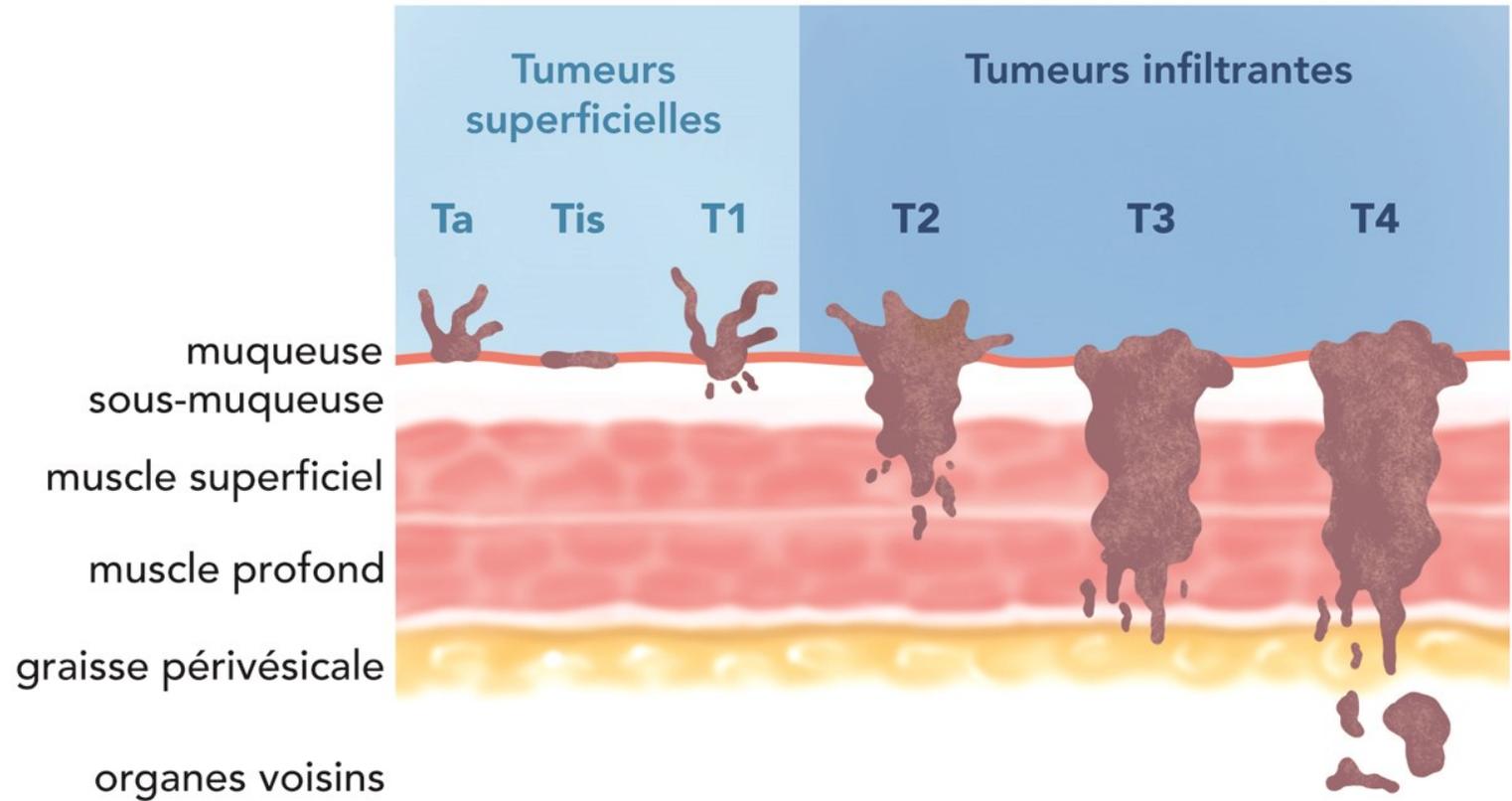
# Cancer de vessie

- 12 000 cas /an.
- Signe: hématurie, syndrome irritatif atypique.
- FDR: tabac

# Cancer de vessie

- 2 types:
  - N'infiltrant pas le muscle: superficielle ( risque récidive)
  - Infiltrant le muscle: profond et agressif (risque de métastase)

# Les stades du cancer



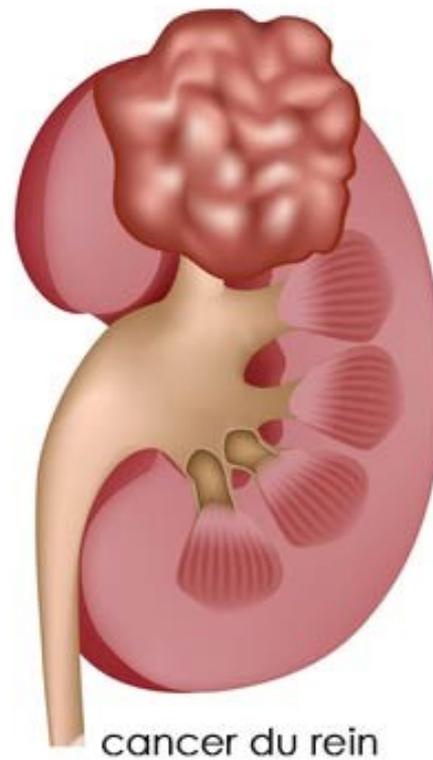
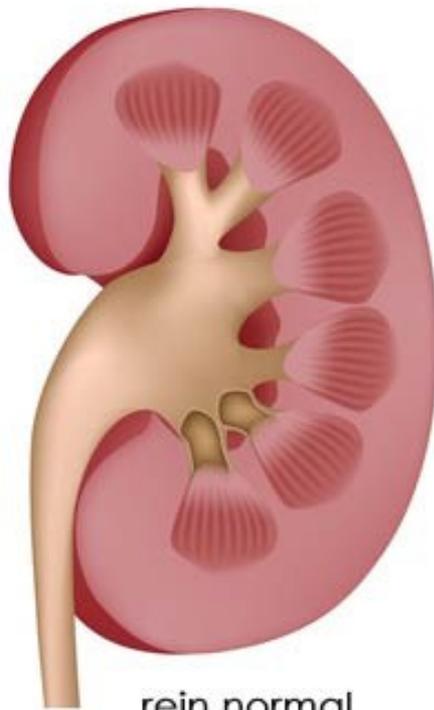
# Traitements

- Non infiltrante:
  - Resection endoscopique +/- instillations post opératoire.
- Infiltrante: chirurgie (ablation totale), chimiothérapie.

# Cancer du rein

- 14 000 cas an, 4700 décès
- FDR: tabac, HTA, obésité, insuffisance rénale.
- Tt: local chirurgie si possible partielle
- Si métastatique : thérapie ciblées

# Cancer du rein



# clinique

- Peu de signe → 80% fortuite  
→ scanner ou échographie.
- hématurie