

SBAU et Cancer de la Prostate

FMC Tourcoing 2016

Dr HATTAB
Clinique de la Victoire
Tourcoing

HBP et CaP (association)

L'âge et le vieillissement vésical

SBAU due aux traitements et aux explorations

SBAU due au cancer

Triade

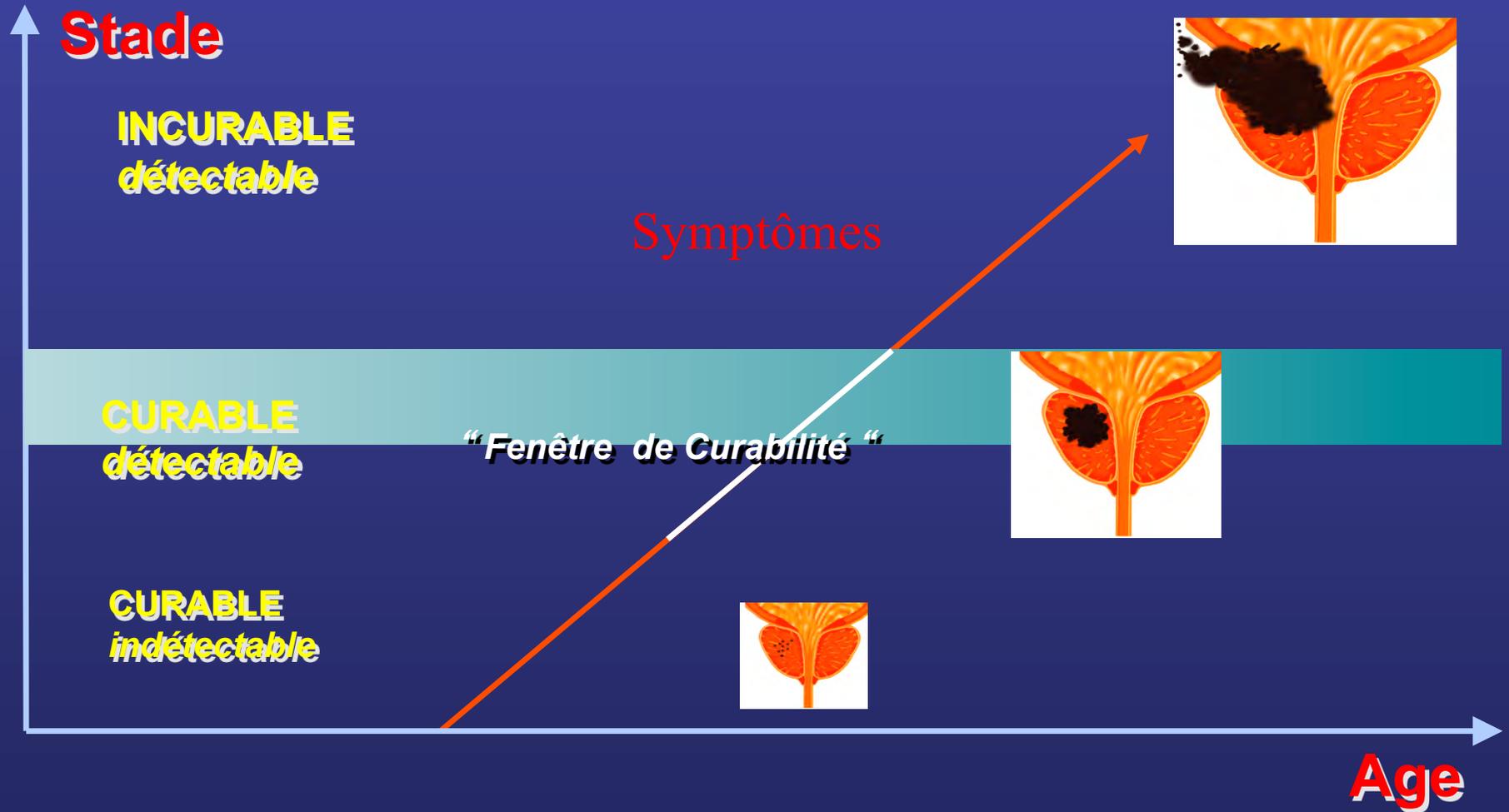
Pas symptôme pathognomonique du CaP

Symptômes obstructifs (Dysurie et RAU)

Symptômes irritatifs (HAV et IUE)

Histoire naturelle

3 phases cliniques



HISTOIRE NATURELLE

Coordination Urologue et MG

Dans le Dépistage

Identifier le patient chez qui le dépistage est recommandé

Dans le Diagnostic

Préparer le patient à la biopsie et au bilan d'extension

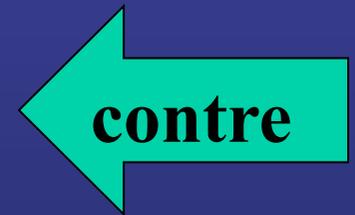
Initiation du traitement

Partager les informations lors du choix du traitement local et /ou systémique

Suivi du traitement

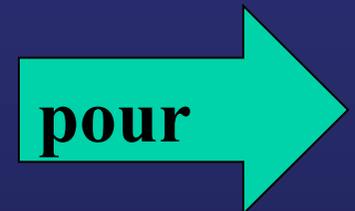
S'assurer de l'efficacité et de la tolérance au traitement

- **Évolution particulière du cancer de la prostate: risque de sur traiter des tumeurs à croissance lente (âge et espérance de vie)**
- **Complications des traitements radicaux (prostatectomie,radiothérapie)**
- **Coût élevé**
- **Controverse d'études ayant démontré un effet du dépistage sur la mortalité PLCO et ERSPC**



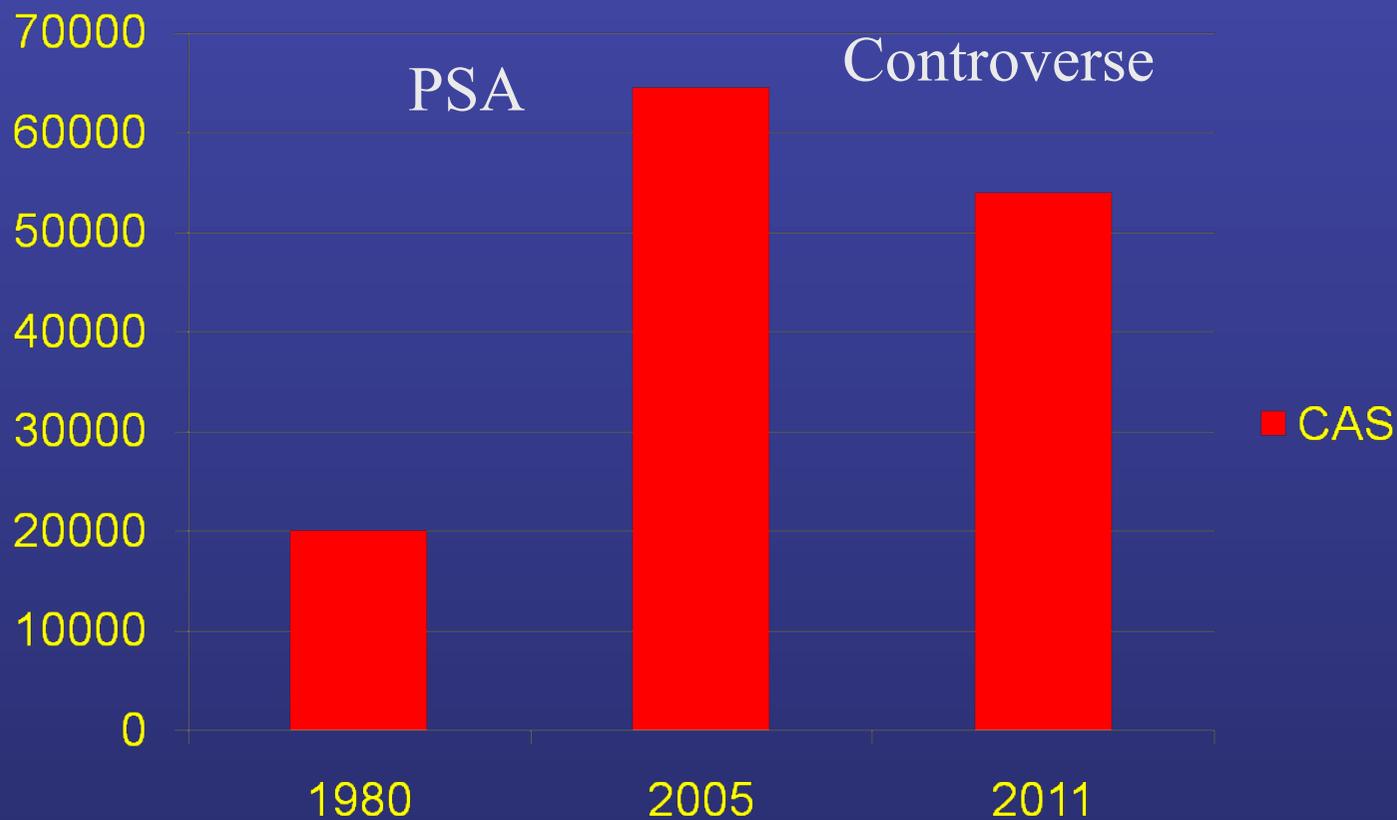
• **Faire le diagnostic de cancer de la prostate à un stade encore curable pour en réduire la mortalité**

• **Le cancer de la prostate, lorsqu'il devient symptomatique, n'est en général plus curable**



CCAFU 2016 progrès en Urologie

CAS



Incidence 1980 20 000 cas
et 2005 64 457 cas
2011 53 917 cas

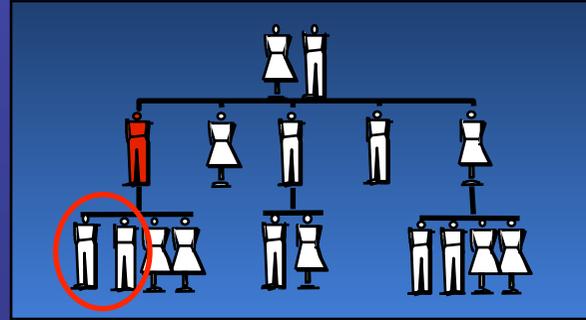
A qui proposer ce dépistage?

- **Aux hommes de plus de 50 ans et jusqu'à 75 ans,**
(cad dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans.)
- **Les hommes à risque justifient un dépistage plus précoce à partir de 45 ans :**
 - **2 parents proches (ou plus) atteints de cancer de prostate (15).**
 - **origines africaine ou antillaise.**

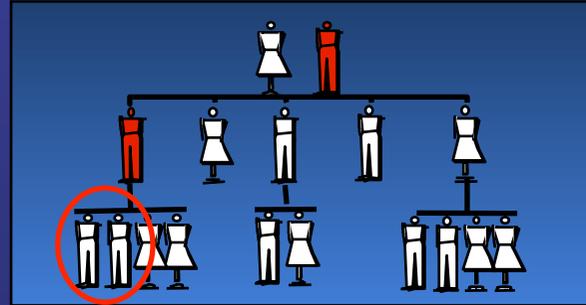
Antécédents familiaux

Risque

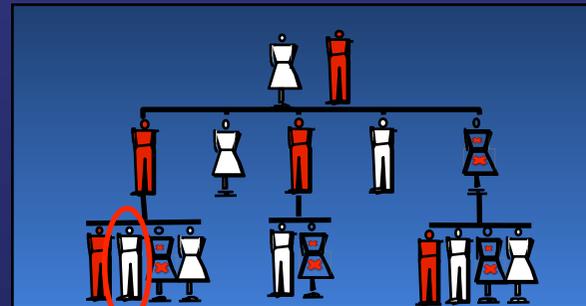
2 x



5 x



10 - 20 x



Recommandation AFU

50 à 75 ans dont L'Espérance de vie > 10ans

50ans <1 (risque est faible) refaire /5ans et si à 60ans le PSA < 1 on peut donc arrêter » **50% des hommes en France** »

Si PSA 1-1,6 avant 50ans
ou <1,9 avant 55ans
ou <2 a 60ans

(risque modérée) « **25% de la population française** »

PSA 2 à 5ans

Si avant 50ans > 1,6
50 et 55ans >1,9
60ans > 2

PSA
annuel

Évaluation de l'espérance de vie

Tranches d'âge	Espérance de vie (années)	sans morbidité compétitive
35-39	40	
40-44	36	
45-49	32	
50-54	27	
55-59	23	
60-64	19	
65-69	16	
70-74	12	14.8
75-79	9	
80-84	7	

*Post PN, Kil PJ, Hendrikx AJ, Janssen-Heijnen ML, Crommelin MA, Coebergh JW.

Comorbidity in patients with prostate cancer and its relevance to treatment choice. BJU Int 1999; 84(6):652-656.

* Newschaffer CJ, Otani K, McDonald MK, Penberthy LT.

Causes of death in elderly prostate cancer patients and in a comparison nonprostate cancer cohort.

J Natl Cancer Inst 2000; 92(8):613-621.

Circonstances de découverte du CaP

- Élévation du PSA
- Anomalie de la prostate au TR
- Signes urinaires
- Métastases révélatrices
- Découverte sur pièce opératoire

NOS PATIENTS

- Déjà un suivi urologique
- PSA élevé
- Anomalie échographique
- Antécédents familiaux
- En vue d'un traitement →
- Désirant une surveillance pour dépistage précoce

DHEA, ANDROGENE

Les outils du diagnostic du cancer de la prostate

- **Toucher rectal**

- **Taux de PSA**

- **Échographie endorectale**

- **Biopsies prostatiques**

IRM

- **Volume**

- **Zones suspect PI-RADS (1-5)**

- **Extension**

- **Sensible si Gleason > 7**

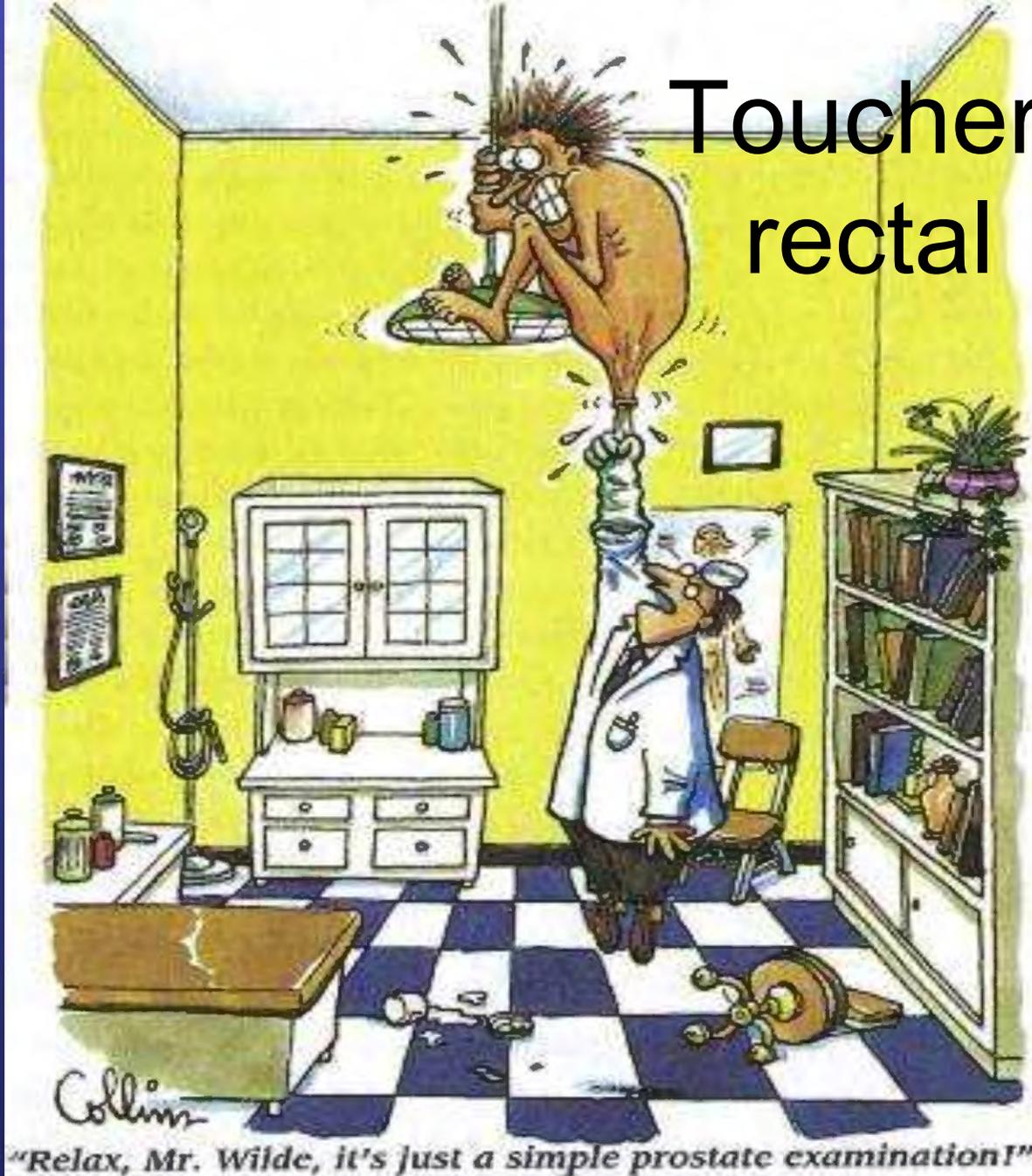
- **Moins bonne G=6 et taille < 1cm³**

Toucher rectal

Explore la prostate
périphérique

T2 et PLUS

15%



Toucher rectal

- **Position de décubitus dorsal, jambes fléchies**
- **Appréciation de la prostate :**
 - **forme, symétrie ,consistance**
- **Il ne peut explorer que la face postérieure de la glande**
- **Grosse prostate, très dure et irrégulière (cancer et prostatite)**
- **Seul, il est insuffisant pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate**

Comment interpréter le TR ?

Prostate normale

taille châtaigne ,
de consistance souple
régulière et élastique ,
bien délimité
avec un sillon médian

HBP

Hypertrophie prostatique ,
de consistance **élastique et régulière**
bien délimité sans sillon médian

Cancer

Taille (selon le stade) ,
de consistance **dure** parfois **nodulaire**
,mal limité (dans les stade avancés)

PSA (Antigène Prostatique Spécifique)

- Glycoprotéine sécrétée par les **cellules glandulaires prostatiques**, participant à la liquéfaction du liquide séminal et partiellement excrétée dans la circulation générale
- Sécrétion sous la dépendance des androgènes
- **PSA normal < 4ng/ml**
- **34 kits de dosage en France**
- **Variabilité du Taux de PSA avec l'âge**
- **PSA entre 4 - 10ng/ml: interprétation difficile (cancer ou HBP)**

L'adénome prostatique peut-il augmenter le taux de PSA

- Augmentation du PSA en fonction du volume tissulaire

HBP	0,3 ng/ml/g
Cancer prostatique	3,5 ng/ml/g

- Autres causes

Examens « invasifs » (*Biopsies, résection endoscopique*)

Prostatite aiguë

Rétention urinaire

Éjaculation récente

Manipulations prostatiques

(*TR, Cystoscopie, Échographie endorectale*)

Intérêt du PSA dans le cancer de la prostate

- **Outil diagnostique**
- **Aide à la définition du stade des cancers de la prostate**
- **Dynamique du PSA**

Outil pronostique

Outil de suivi de l'efficacité du traitement

PSA (Antigène Prostatique Spécifique)

- Taux de PSA non modifiés par l'activité sexuelle
- PSA et un inhibiteur de la 5 α réductase

Relation PSA et stade du cancer

PSA < 4 ng/ml: cancer intra-prostatique dans 70 à 80 % des cas

PSA > 10 ng/ml: extension capsulaire dans 50%des cas

PSA > 50 ng/ml: métastases ganglionnaires dans 75 % des cas

Intérêt du dosage du PSA libre

La proportion de PSA libre est plus basse en cas de cancer de la prostate qu' en cas d' adénome

PSA 4-10 ng/ml

20 à 25 % cancer de prostate (intra-prostatique)

Rapport PSA Libre /total <10%

90% des cancers

Rapport PSA Libre /total >30%

94% d' hyperplasies bénignes

Rapport PSA Libre /total 10-30%

Densité du PSA(PSAD)

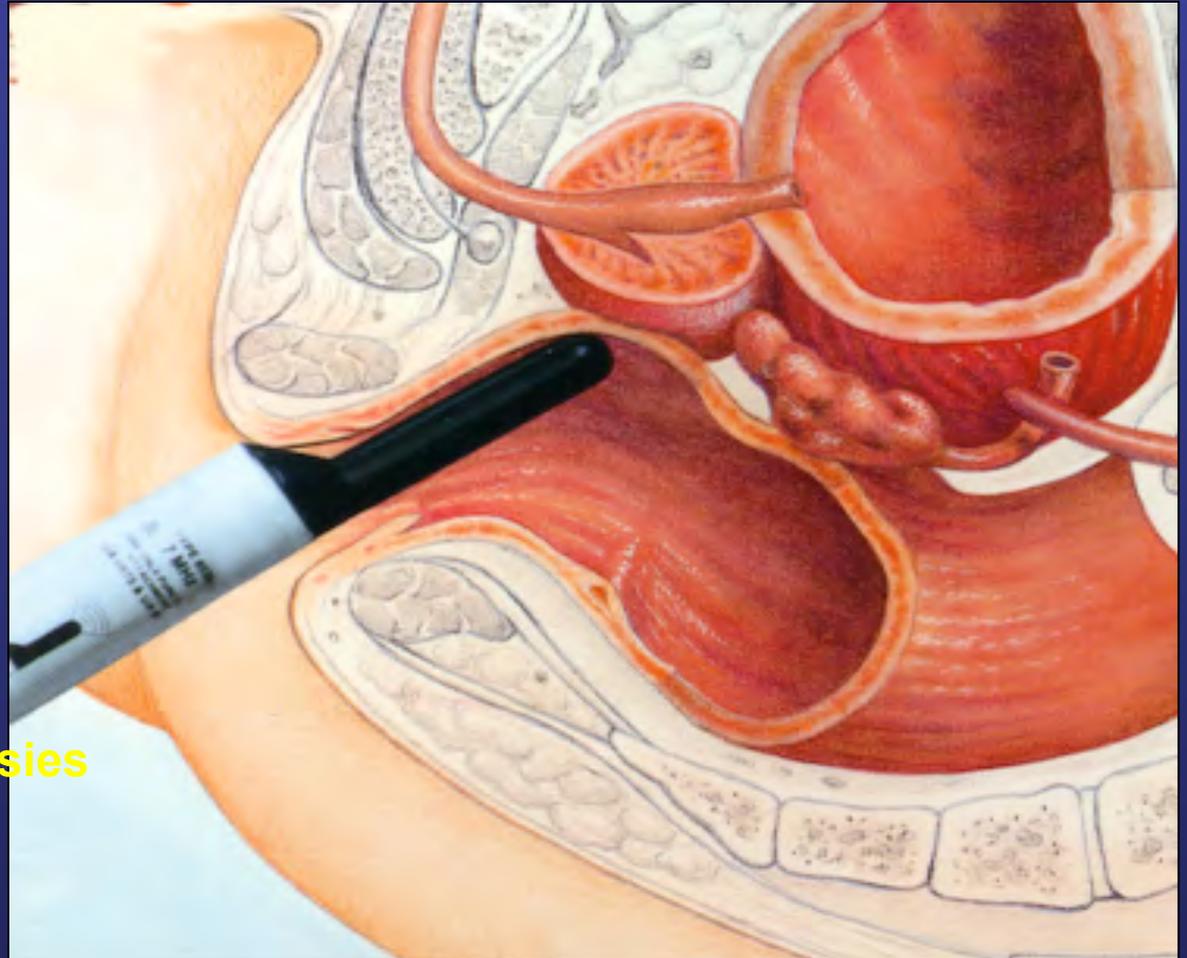
Densité de PSA < 0,15 en faveur de HBP

Vélocité du PSA

l' expression de l' élévation du PSA avec le temps
(10 fois plus dans le cancer)

L'Échographie endorectale

- Analyse assez fine du parenchyme prostatique
- interprétation difficile
- Manque de spécificité de cancer de la prostate pour le diagnostic
- Permet surtout de guider les biopsies



Coordination Urologue et MG

Dans le Dépistage

Identifier le patient chez qui le dépistage est recommandé

Dans le Diagnostic

Préparer le patient à la biopsie et au bilan d'extension

Initiation du traitement

Partager les informations lors du choix du traitement local et /ou systémique

Suivi du traitement

S'assurer de l'efficacité et de la tolérance au traitement

Expliquer la PBP

• Pourquoi

• Comment

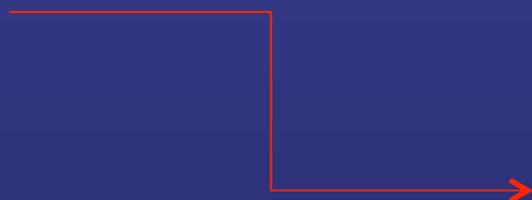
• Risques

- Préparation
- Sans anesthésie
- En ambulatoire
- Sous Échographie
- Nombres de prélèvements

Complication après biopsies prostatique	Fréquence rapportée
Hémospemie	37%
Hématurie Macroscopique	23%
Hématurie nécessitant une hospitalisation	0,4
Rectorragie	3%
Infections fébriles	3%
Epididymite	0,7%
Rétention aiguë d'urines	0,2%
Majoration des SBAU	25%

Histologie

- Seule l'histologie permet d'affirmer le diagnostic de cancer de prostate

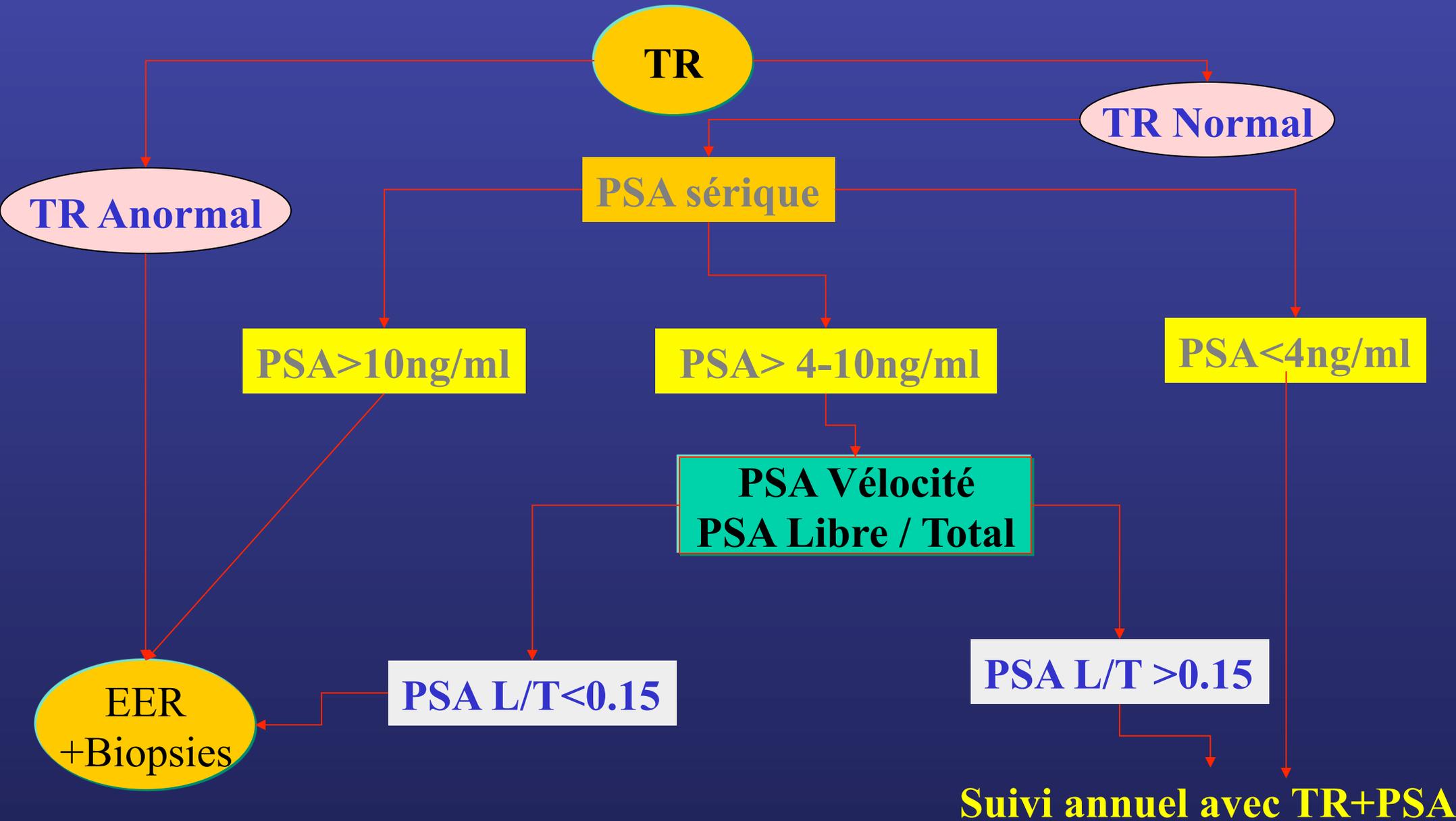


Nombres de biopsie
Longueur de la biopsie
Longueur (ou%) du cancer
Score de gleason
Extension extra-capsulaire
Infiltration péri-nerveuse

- Un prélèvement négatif n'élimine pas la possibilité d'un cancer

Algorithme décisionnel schématique

(chez un patient symptomatique de plus de 50ans en bon état général)



Recommandations diagnostiques

1 LE MINIMUM REQUIS

- * *Toucher rectal*
- * *Valeur du PSA total sérique*
- * *Biopsies prostatiques écho guidées*
au moins 6 biopsies postérieures systématisées
+/-2 à 4 dans la partie antérieure si volume > 50cc

2 LES EXAMENS OPTIONNELS

- * *Débitmétrie urinaire*
- * *Échographie trans-rectale avec volume prostatique*
et volume des zones tumorales
- * *Valeur du PSA libre et rapport PSA libre/PSA total*

IRM endorectale

Ne peut détecter des envahissements microscopiques mais elle permet de contre indiquer la chirurgie radicale en cas d' envahissement visible

La tumeur

- Isosignal en T1
- Hyposignal en T2 facilement décelable dans l' hypersignal de la zone périphérique, moins facilement dans la zone centrale elle même de signal faible

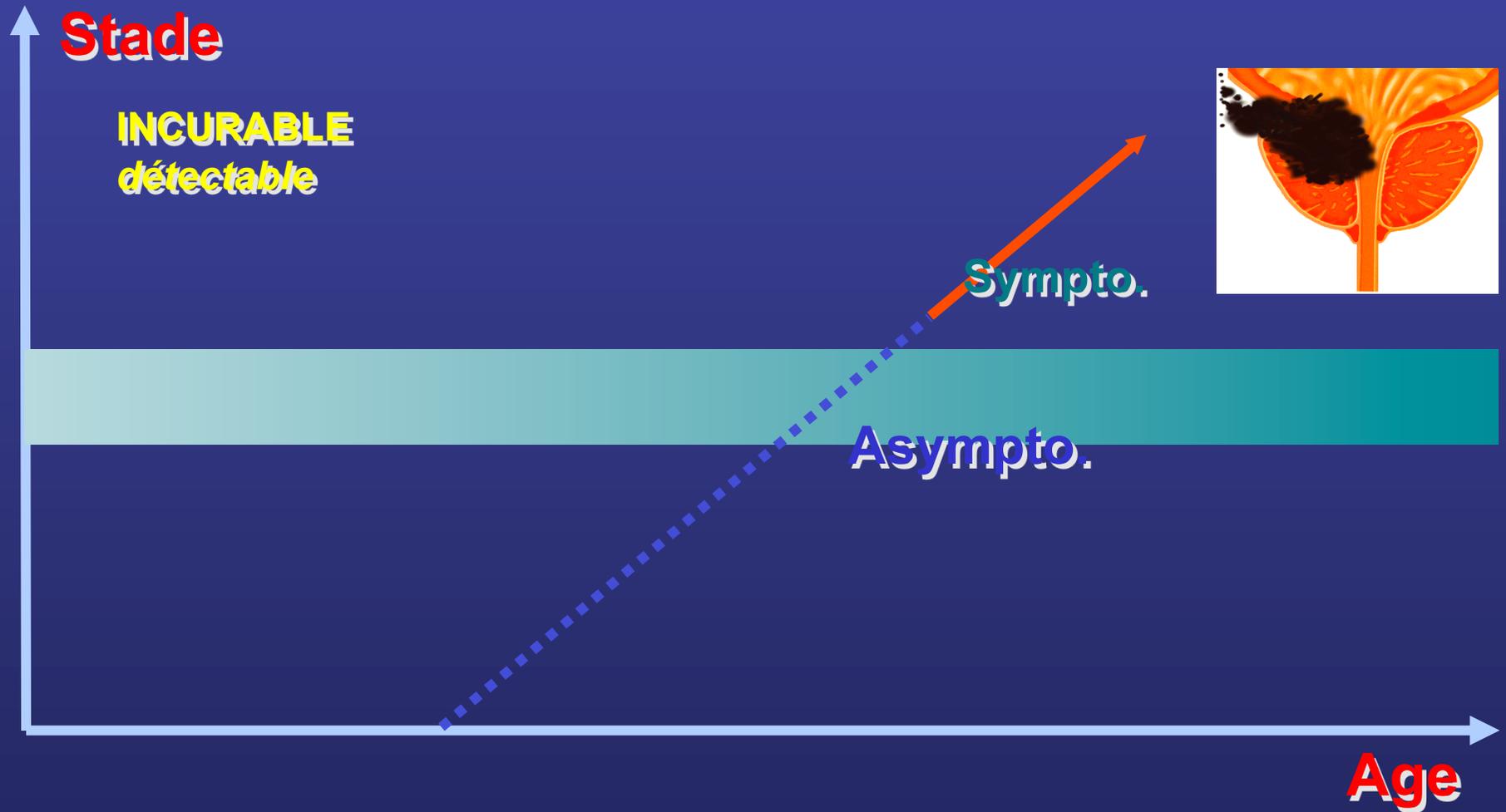
L' effraction capsulaire

- Discontinuité de la capsule
- Irrégularité du contour de la glande
- Anomalie du signal dans la graisse périprostatique

L' invasion séminale

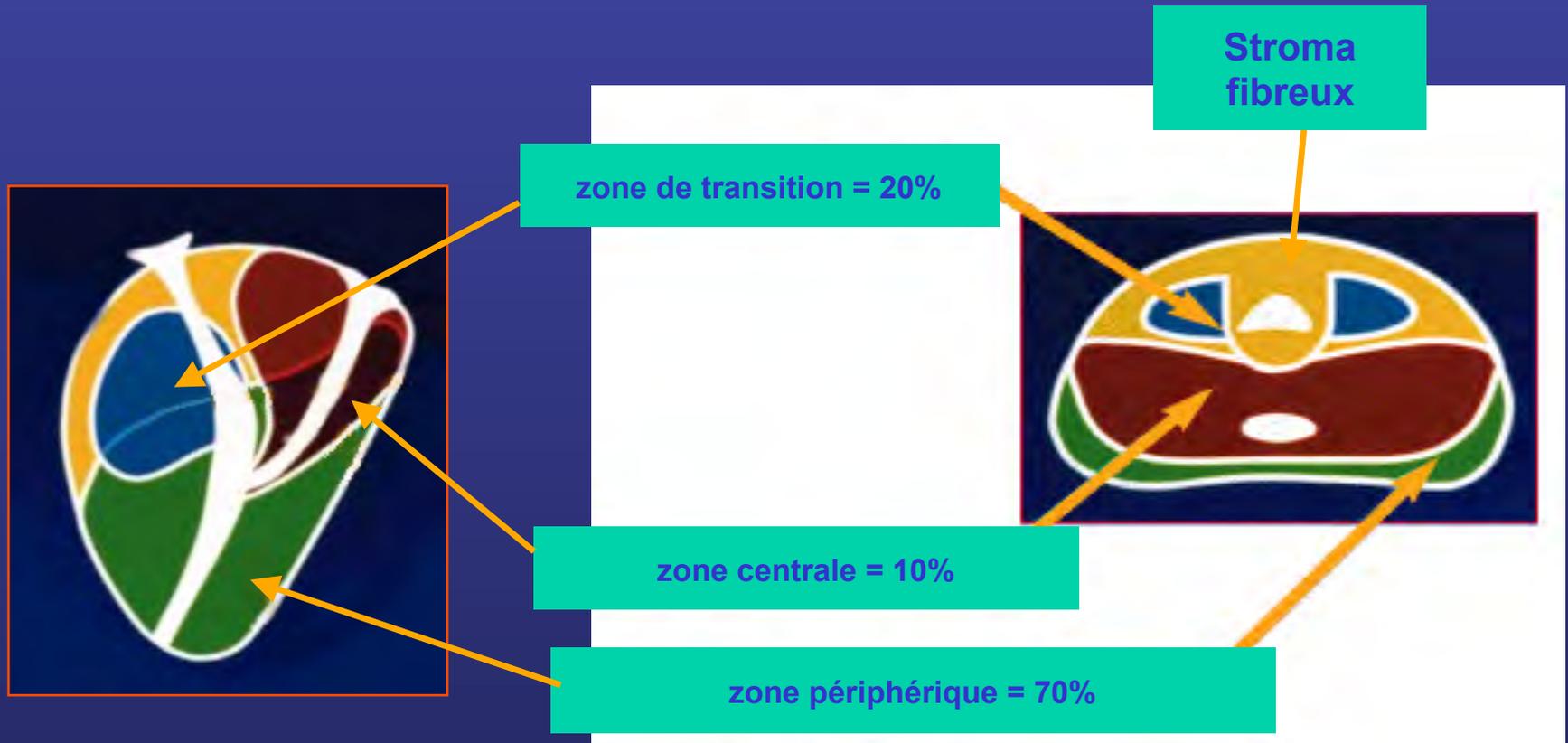
hyposignal, contrastant avec l' hypersignal du reste de la glande

Symptômes



HISTOIRE NATURELLE

Distribution topographique du Cancer de la prostate



D'après Epstein JI, Diseases of the prostate gland and seminal vesicles. In : Murph WM, Editor : Urology pathology, Philadelphia : 1997.

L'hyperactivité vésicale

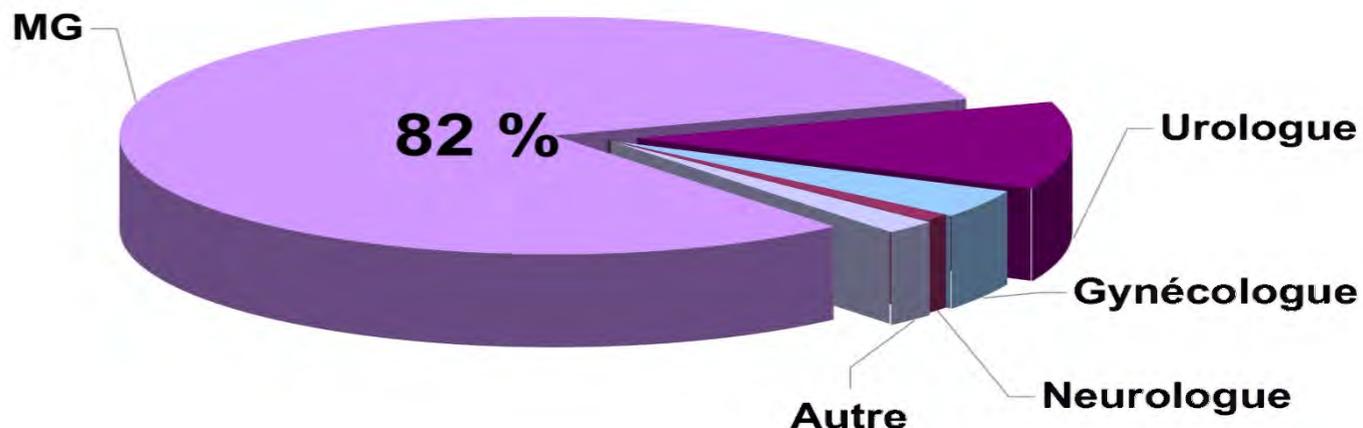
L'hyperactivité vésicale est caractérisée
par l'urgenterie, avec ou sans
incontinence par urgenterie, généralement
associée à une pollakiurie et à une
nycturie,
en l'absence d'infection ou de toute autre
pathologie

ICS

Le médecin généraliste

Acteur primordial dans le parcours de soins

- Poids des différentes spécialités dans la prescription d'anticholinergiques (initiations et renouvellements)



Conclusion: Étude transversale, prospective, réalisée en France
Période de recueil 27 février au 8 avril 2015

La prévalence de l' HAV en France est de 14,4 %.

ASTELLAS

L' HAV atteint 11,6 % des hommes et 15,7 % des femmes.

Sur les patients atteints d' HAV : 41 % sont des hommes et 59 % des femmes.

L' HAV peut survenir à tout âge, mais augmente avec l' âge et est principalement marquée au-delà de 55 ans.

Il existe des corrélations entre l' HAV et certaines pathologies chroniques (obésité, dépression, constipation, diabète, colopathie fonctionnelle).

Deux tiers des patients ne consultent pas car la gêne est insuffisamment ressentie, par déni, 15 % ignorent l' existence de solution et 10 % ont honte vis-à-vis des symptômes.

Seulement un tiers des patients atteints consulte un médecin

- dans la majorité des cas (81 %), il s' agit d' un médecin généraliste
- dans près de trois quarts des cas (72 %), au moins 1 examen complémentaire a été prescrit
- dans près d' un cas sur deux (47 %), un traitement oral a été prescrit, majoritairement un anticholinergique.

Causes comportementales

Urgenturie « sensorielles,

Réflexe phobique

Audition de l'eau qui coule, syndrome de la clé dans la porte.

Paroxysme émotionnel:

Fou rire, frayeur ,orgasme

URGENTURIE ou urgence mictionnelle

Ce n' est pas:

Urgence provoquée par vessie pleine

- Par hyperdiurèse (plus de 3L/24h)
- Par traitement diurétique

URGENTURIE ou urgence mictionnelle

- Pollakiurie pour 85% des sujets avec une hyperactivité vésicale
- Nycturie

Dysurie====rechercher un obstacle

Brûlures ===Infection urinaire

Diagnostic différentiel

CIS

Cystite interstitielle

Lithiase

tumeur

Douleur pelvienne ou cystalgie

Hématurie

Troubles neurologiques ou anomalie récente de la vision

Parkinson, SEP....

Aller plus loin dans l'interrogatoire et le diagnostic différentiel

- **Pollakiurie**
- **Dysurie**
- **Douleur**
- **Hématurie**
- **Fuite à l'effort**

Nycturie

Pathologique si >1 miction par nuit

Hyperdiurèse nocturne (polyurie)

Causes multiples

- SAS
- Excès d'apport le soir,
- Diabète
- Insuffisance cardiaque
- Œdème MI

Soupe,
thé,
tisane

INSOMNIE

Inversion de la diurèse

Pollakiurie diurne

Pathologique si > 8 mictions par jour

Durée inter mictionnelle

**Excès d'apport ou diabète
Diurèse pathologique si $> 3L/24h$**

Vérifier



Uréthrocystalgies

Brûlures mictionnelles

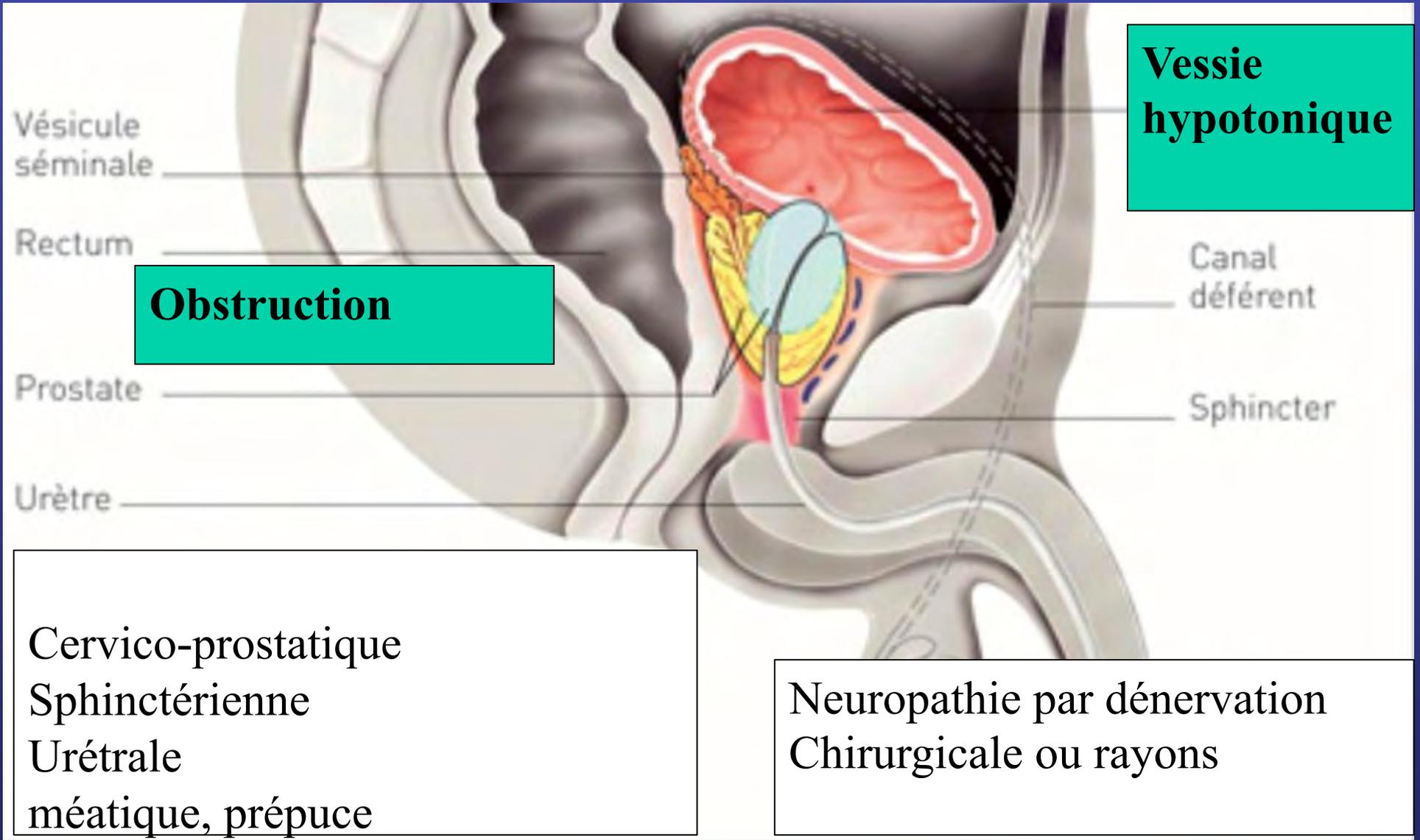
Douleur vessie pleine/calmée par la miction

Dysurie

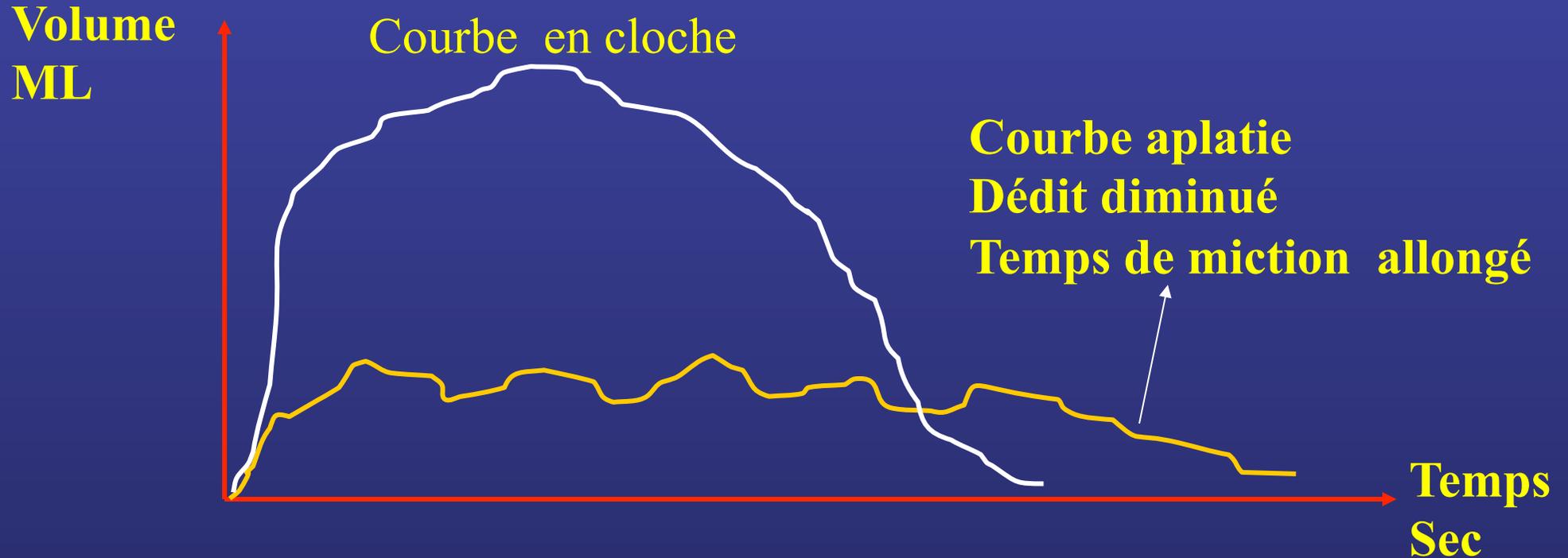
- **Initiale: Jet faible au début**
- **Terminale: Jet faible à la fin »obligée de pousser »**
- **Impression de mal vider sa vessie**
- **Miction hachée**
- **Miction en 2temps**

Evoque une atteinte de la prostate centrale

Dysurie



Débitométrie



Valeur du Q max

>15ml/s : Obstruction très peu probable
<10ml/s : Obstruction très probable
10-15 ml/s : Obstruction possible

Hématurie

Evoque IU, Lithiase, Tumeur

**Evoque un envahissement
Tumoral de l'urètre ou vésical**

Fuites d'urines à l'effort

Toux, marche, port de charge, activité intense

**Evoque faiblesse de soutien périnéal
ou faiblesse du sphincter urétral**

Orientation diagnostic

• Infection urinaire

ECBU

• Causes vésicales

ECHOGRAPHIE

• Faiblesse périnéale

BILAN URODYNAMIQUE

insuffisance sphinctérienne

incontinence d'effort souvent associée

• Obstruction (dysurie-résidus)

DEBIMETRIE

ECHOGRAPHIE /RPM

• Polyurie(diabète sucré, diabète insipide, potomanie..)

GLYCEMIE

CATALOGUE MICTIONNEL

Bilan standard de première intention

SBAU

ECBU

ECHOGRAPHIE+RPM

CATALOGUE MICTIONNEL

KC

ECHOGRAPHIE/Volume de la prostate

PSA

Classification TNM T1 - T2

T1 TR non suspect



T ≤ 5% du tissu réséqué



T > 5 % du tissu réséqué



**PSA élevé
diagnostic par biopsie**

T2 TR anormal



T limitée à -1/2 lobe



T limitée à plus 1/2 lobe



T envahissant les deux lobes

Classification TNM T3 - T4

T3



**Extension
extra-capsulaire**



**T envahissant
les vésicules
séminales**

T4



**T envahissant
les autres structures
adjacentes**

Classification TNM

N - M



- Nx:** ganglions loco-régionaux non évaluables
- N0 :** pas d'envahissement ganglionnaire régional
- N1 :** envahissement ganglionnaire régional

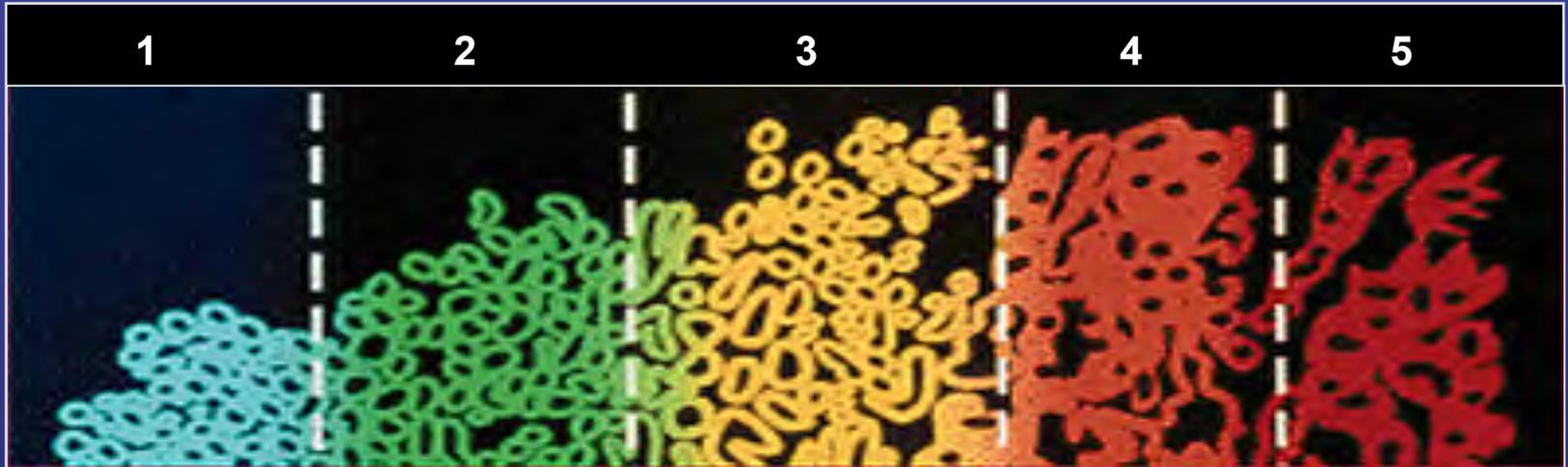


- Mx :** métastases à distance non évaluables
- M0 :** pas de métastases à distance
- M1 :** métastases à distance
- a :** ganglions autres que régionaux
- b :** squelette
- c :** autres localisations

D'après UICC. TNM Classification of malignant tumours Edited by Sobin LH, Wittekind C. 5 th Edition, 1997 : 170-173.

Histologie : Gleason

- Grade de Gleason : aspect histologique de la T, classé de 1 (très différenciée) à 5 (indifférenciée)



- Score de Gleason :
 - Somme du grade le plus représenté et du grade le plus agressif. Si la tumeur est homogène, on double le grade.
 - Il est côté de 2 (très différencié) à 10 (indifférencié)

D'après Amin M. B. : Recommendations for the reporting of resected prostate carcinomas. Perspectives in Pathology 1996 : 321 - 323.

Diagnostic du CaP

- Méthodes diagnostiques

 - Toucher rectal (TR)

 - PSA

 - Échographie

 - Histologie

- Bilan d'extension (scintigraphie)

Coordination Urologue et MG

Dans le Dépistage

Identifier le patient chez qui le dépistage est recommandé

Dans le Diagnostic

Préparer le patient à la biopsie et au bilan d'extension

Initiation du traitement

Partager les informations lors du choix du traitement local et /ou systémique

Suivi du traitement

S'assurer de l'efficacité et de la tolérance au traitement

Surveillance

TR
ECHO
PSA
Dépistage

BP échoguidé

+ Adénocarcinome

EDV, SCORE 4

Scintigraphie osseuse

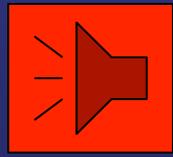
METASTATIQUE

IRMN

GANGLIONNAIRE

LOCALE T1-T2

LOCOREGIONALE T3-T4

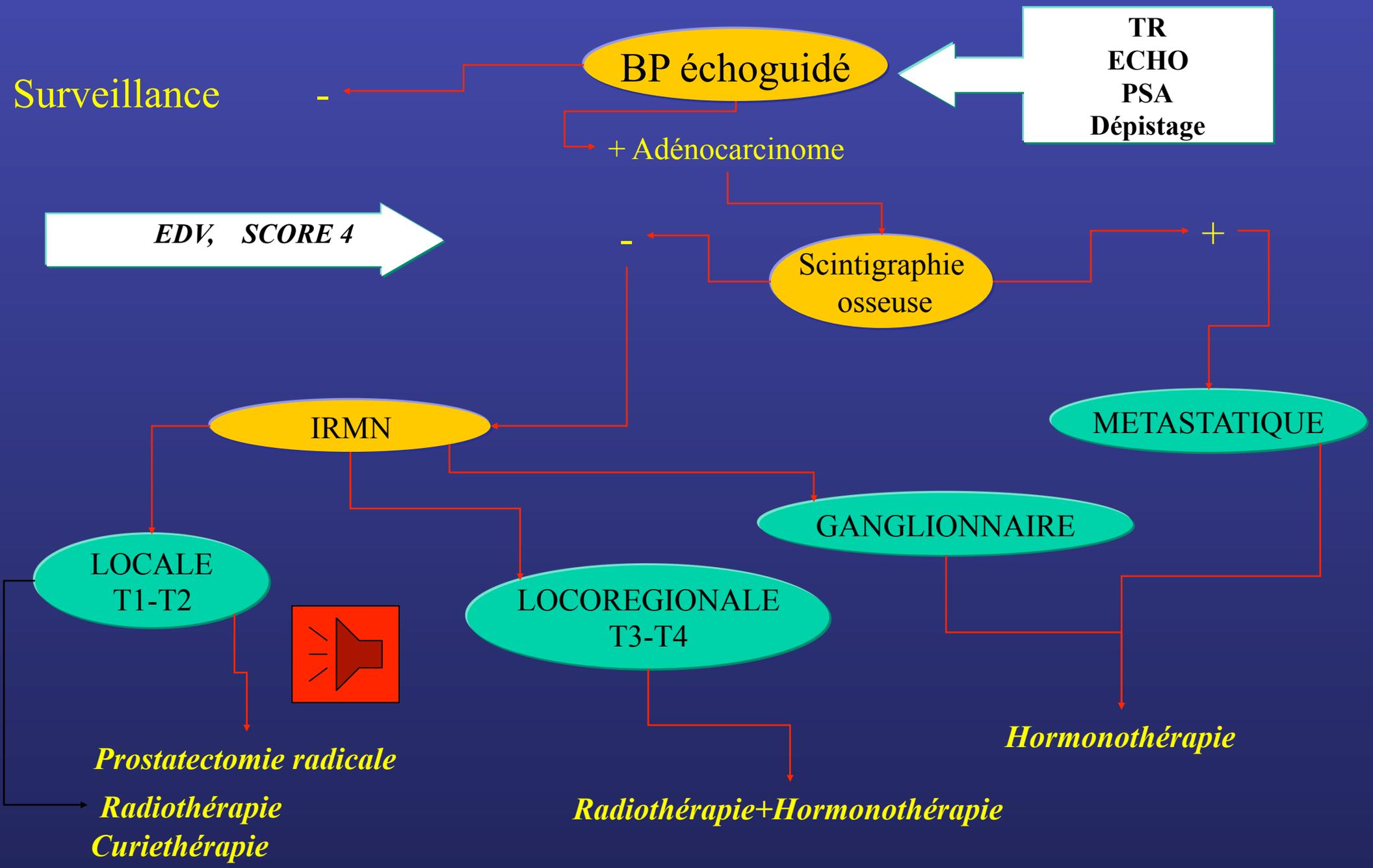


Prostatectomie radicale

Radiothérapie
Curiethérapie

Radiothérapie+Hormonothérapie

Hormonothérapie



Classification D' Amico (pour les formes localisées)

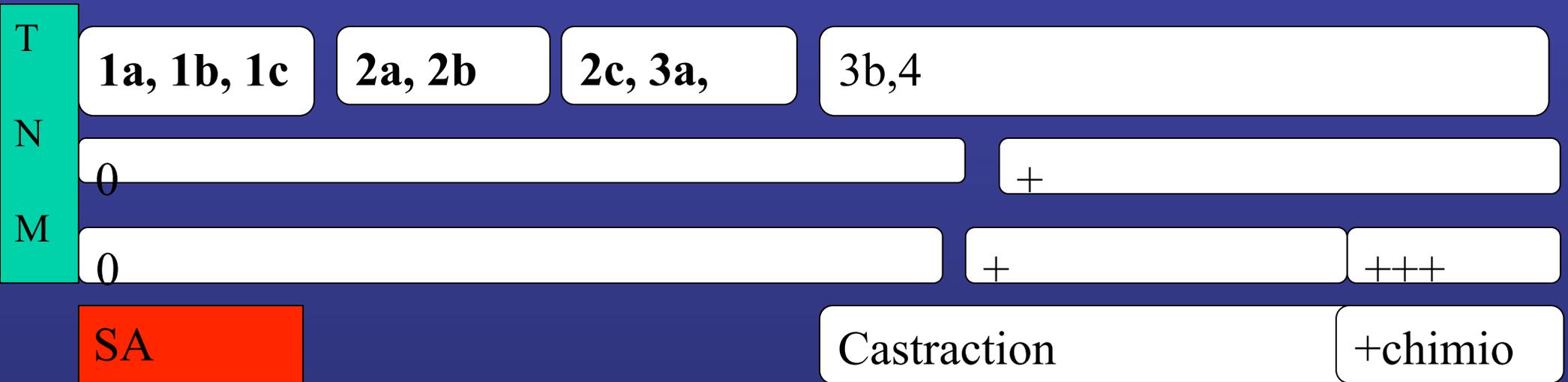
Classification des caP selon le risque de progression D' AMICO

	Faible risque	Risque intermédiaire	Haut risque
Stade clinique	<T2a	T2b	T2-T3a
Score de gleason	<6	7	>8
PSA	<10	10-20	>20

Quel traitement à quel moment ?

Tumeurs localisée à faible risque	Abstention surveillance clinique Surveillance active Prostatectomie Radiothérapie Curiethérapie
Tumeurs localisée à risque intermédiaire	Prostatectomie+curage Radiothérapie ext +/- Hormono Curiethérapie
Tumeurs localisé à haut risque	Prostatectomie+curage Radiothérapie+ hormono (2-3 ans)
Tumeurs localement avancée	Radiothérapie+ hormono (2-3 ans)
Atteinte ganglionnaire(N+) ou (M+)	Hormonothérapie (+/- Radiothérapie si N+et M0) Chimiothérapie

Quel traitement à quel moment ?



- 1 ligne
- PRE
- RT Externe
- CurieT
- HIFU
- CRYO

Coordination Urologue et MG

Dans le Dépistage

Identifier le patient chez qui le dépistage est recommandé

Dans le Diagnostic

Préparer le patient à la biopsie et au bilan d'extension

Initiation du traitement

Partager les informations lors du choix du traitement local et /ou systémique

Morbidité

Suivi du traitement

S'assurer de l'efficacité et de la tolérance au traitement

Symptômes post-traitement

Après chirurgie	Après Radiothérapie externe
Incontinence urinaire	Cystite Pollakiurie, urgenturie
DE	Rectite
Infertilité et anéjaculation	DE
Algie pelvienne postop	Sténose urétrale
Sténose anastomose VU	Tumeur radio-induite

Symptômes post-traitement

Après Curiethérapie	
Court terme	Long terme
Urétrite(dysurie) svt résolutive	DE
Trouble rectaux	Incontinence urinaire

Dysurie post-traitement

Urétrite post-radique

Sténose uréthro-vésicale

Sténose rétroméatique

AINS+alphanbloquant

Incision du col à minima

Dilatation+/- méatoplastie

IU post Prostatectomie

- De l'âge du patient
- Du volume de la prostate
- Localisation du cancer
- Et de l'opérateur

Patient à risques

- Pathologie neurologique associés
- Diabète
- Alcoolisme avancé
- Vessie hyperactive

Avant l'intervention

Préparation est-elle justifier /oui
Autorééducation ou rééducation préop

pendant l'intervention

Hypotension contrôlée par l'anesthésiste
Préservation du col

IU post Prostatectomie

- **Reéducation: biofeedback et électrostimulation**
- **Bandelettes s/urétrales**
- **Ballons périuretraux »ProAct »**
- **Injections péri-urétrales**
- **Sphincter artificiel**

IU post Prostatectomie

➤ Rééducation: biofeedback et électrostimulation

6 semaines si persistante

3 semaines si sujet âgé ou grosse prostate ou surcharge pondérale

Autoreéducation sphinctérienne

Puis KEAT-MEN à domicile

➤ Rééducation Pré prostatectomie

Sévérité de L' incontinence

PADTEST

Légère: 1-20g

Modérée: 21-74g

Sévère: >75g



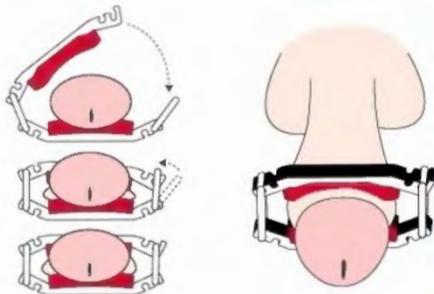
IU post Prostatectomie

- **Électrostimulation à domicile**
- **Pince à verge**
- **Péniflow + sachet**

Stop-fuites : que des avantages

- Sans prescription médicale
- Solution ultra économique par rapport au coût de renouvellement des couches
- Matériel léger, discret, confortable et ergonomique
- Très simple à installer et à retirer : les barrettes sont simplement clipsées
- Adaptable à toutes les tailles de pénis : 3 types de barrettes fournies
- Kit entièrement lavable (eau tiède et savon)
- Pas de vis ni pièces métalliques
- Plastique de haute qualité et mousse à cellules fermées n'absorbant pas les liquides
- 2 pinces fournies

Simple, rapide, efficace



Découvrez une solution discrète pour vous sentir en sécurité au quotidien¹⁶

IU post Prostatectomie

•URODYNAMIQUE

•FIBROSCOPIE DYNAMIQUE

•PADTEST

Sévérité de L' incontinence

Debimétrie /RPM
PC
CVF

Sclérose du col
Fibrose urétrale
vessie

IU post Prostatectomie

➤ Ballons périuretraux »ProAct »

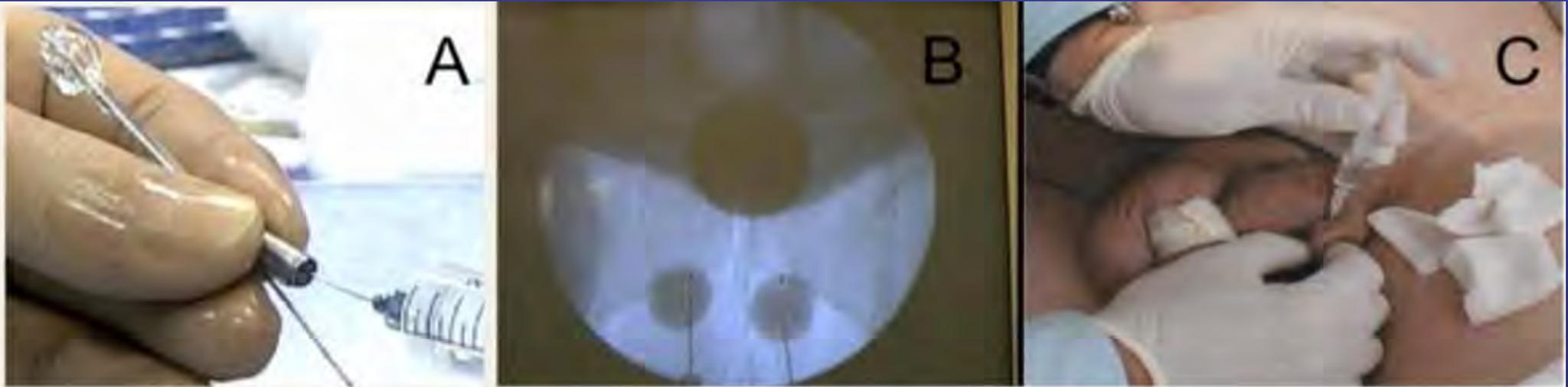


FIGURE 2. Les ballons proACT. A : aspect d'un ballon avec sa tubulure et son embout en titane permettant le gonflement du ballon à distance. B : placement des ballons à proximité de l'urètre sous contrôle scopique (les ballons sont gonflés avec une solution isotonique de produit de contraste et la vessie est repérée par une sonde vésicale dont le ballonnet est rempli de produit de contraste non dilué). C : 5 semaines après l'intervention, les ballons peuvent commencer à être gonflés par voie percutanée grâce aux tubulures enfouies dans la peau du

Résultat à 1an

85% légère

63,6% modérée

33,3% sévère

37% RP

Complications

Perforations vésicales

Retentions temporaires

Migration secondaire des ballons et l' érosion urétrale

IU post Prostatectomie

➤ Bandelettes s/urétrales

Indication:
incontinence légère à modérée
chez les patients non irradiés

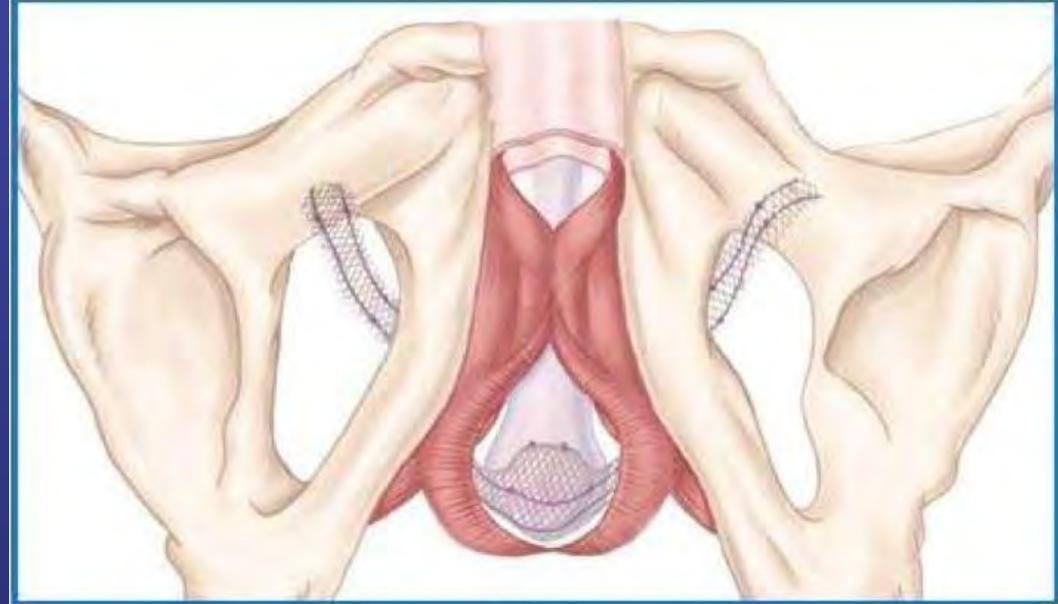


FIGURE 3 : représentation schématique de la bandelette sous urétrale exerçant une compression de l'urètre bulbaire.

Résultats
sont bons mais < au taux du sphincter artificiel

IU post Prostatectomie

➤ Sphincter artificiel

Taux de continence de 75 à 90%

Taux de satisfaction de 85 à 95%

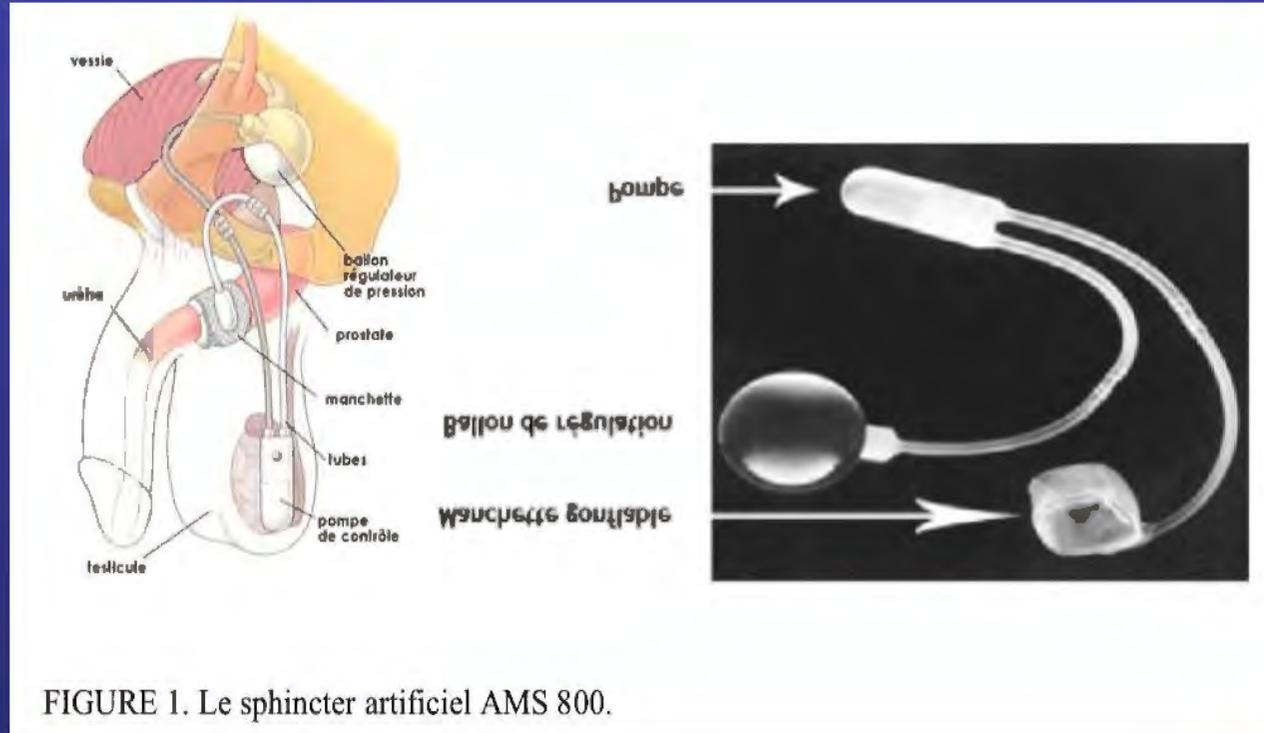


FIGURE 1. Le sphincter artificiel AMS 800.

Complications précoces (**explantation pour sepsis ou érosion urétrale**)

Complications tardives

(**érosion urétrale ,défaut d' un composant du sphincter**)

Taux de révision est de 40 à 64% à 10ans

IU de L' HOMME (après chirurgie de la prostate)

Incontinence sévère

Nombre de protections >5/Jour

Perte urinaire >400g/24h

Ou si **RADIOTHERAPIE**



Sphincter artificiel

Traitement de référence

Incontinence non sévère

Nombre de protections <2/Jour,

Perte urinaire <200g/24h

pas **RADIOTHERAPIE**



Bandelette ou ballons ProACT



Si échec

Ballons ProACT ou

Bandelette ou

Sphincter Artificiel

IU post par URGENTURIE

(hyperactivité vésicale)

Rééducation
Anti-cholinergiques

Toxine botulique
Ou
Neuro-modulation racines
sacrées

Agrandissement vésical

Coordination Urologue et MG

Dans le Dépistage

Identifier le patient chez qui le dépistage est recommandé

Dans le Diagnostic

Préparer le patient à la biopsie et au bilan d'extension

Initiation du traitement

Partager les informations lors du choix du traitement local et /ou systémique

Suivi du traitement

S'assurer de l'efficacité et de la tolérance au traitement

SA

La surveillance active est basée sur l'estimation de **l'agressivité et du volume du cancer** (taille de foyers cancéreux sur chaque biopsie, nombre de foyers cancéreux, score de Gleason), **le PSA, la densité du PSA** (rapport PSA/volume prostatique).

CRITÈRES DE SÉLECTION DE PATIENTS ÉLIGIBLES À LA SURVEILLANCE ACTIVE

Recommandations de l'association Française d'Urologie :

- PSA < 10 ng/ml
- stade clinique non palpable, ou atteinte d'un seul lobe (T1c ou T2a)
- maximum 2 biopsies positives
- faible agressivité : score de Gleason 3+3

Score de PRIAS ([Prostate Cancer Research International Active Surveillance](#))

- PSA < 10 ng/ml
- stade T1 ou T2
- une ou 2 biopsies positives
- **densité (PSA/Volume de la prostate) < 0,2 ng/ml**

Étude	Stade	Taux de PSA	Score de Gleason	Nb de BP positives	% Cancer par carotte	PSAd
Johns Hopkins [5]	T1c	-	≤ 6	≤ 2	≤ 50 %	≤ 0,15
Toronto [6]	-	≤ 10	≤ 6	-	-	-
UCSF [7]	T1-T2a	≤ 10	≤ 6	≤ 33 %	≤ 50 %	-
Miami [8]	T1a-T2	≤ 10	≤ 6	≤ 2	≤ 20 %	-
Royal Marsden [9]	≤ T2a	≤ 15	≤ 6 7 (3+4)*	≤ 50 %	-	-
Étude multicentrique américaine [10]	≤ T2a	≤ 10	≤ 6	≤ 3	≤ 50 %	-
PRIAS [11]	T1c-T2	≤ 10	≤ 6	≤ 2**	-	< 0,2
SURACAP [12]	< T2b	< 10	≤ 6	≤ 2	≤ 3 mm	-

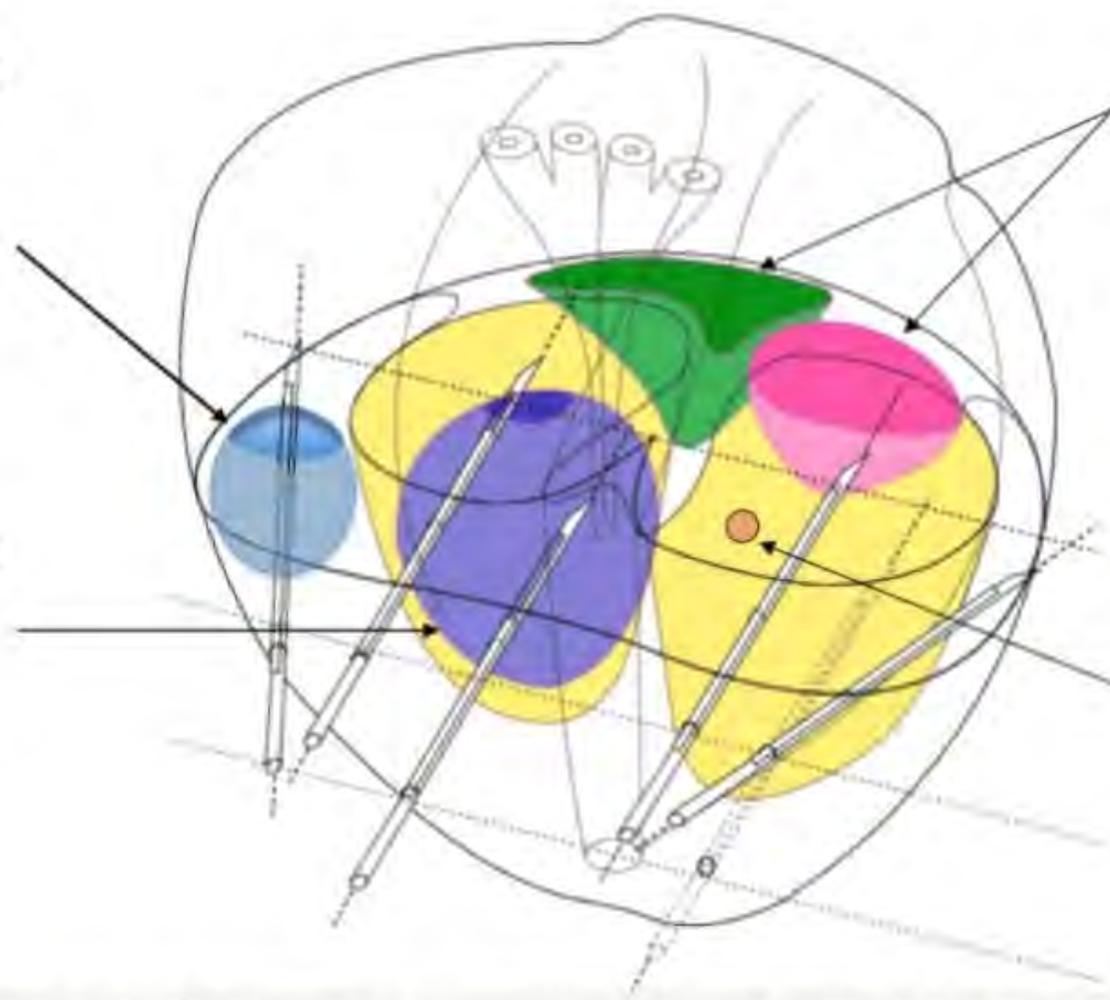
tableau 1 : étude surveillance active – recommandations AFU 2013

POUR QUI LA SURVEILLANCE ACTIVE?

La surveillance active est basée sur l'estimation de **l'agressivité et du volume du cancer** (taille de foyers cancéreux sur chaque biopsie, nombre de foyers cancéreux, score de Gleason), **le PSA, la densité du PSA** (rapport PSA/volume prostatique).

Cancer détecté par IRM et biopsies systématisées

Cancer détecté par IRM et biopsies systématisées mais sous estimé en volume



Cancers significatifs détectés par IRM Mais pas avec les biopsies systématisées

Cancer non détecté ni par IRM ni par biopsie

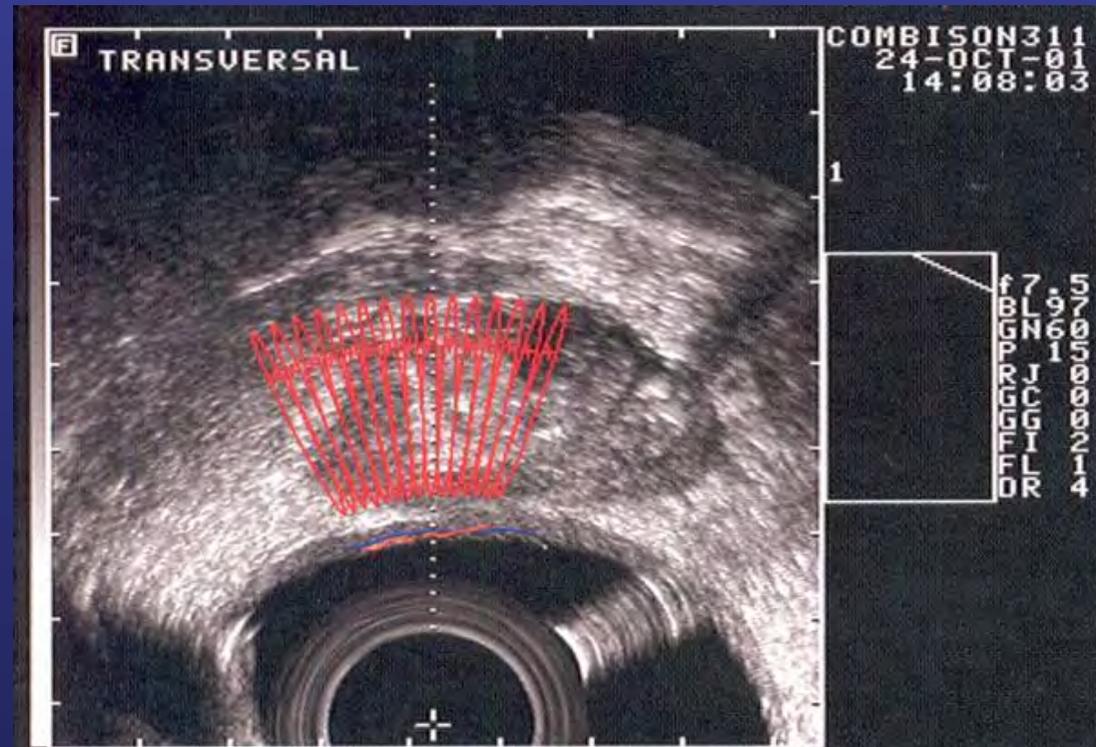
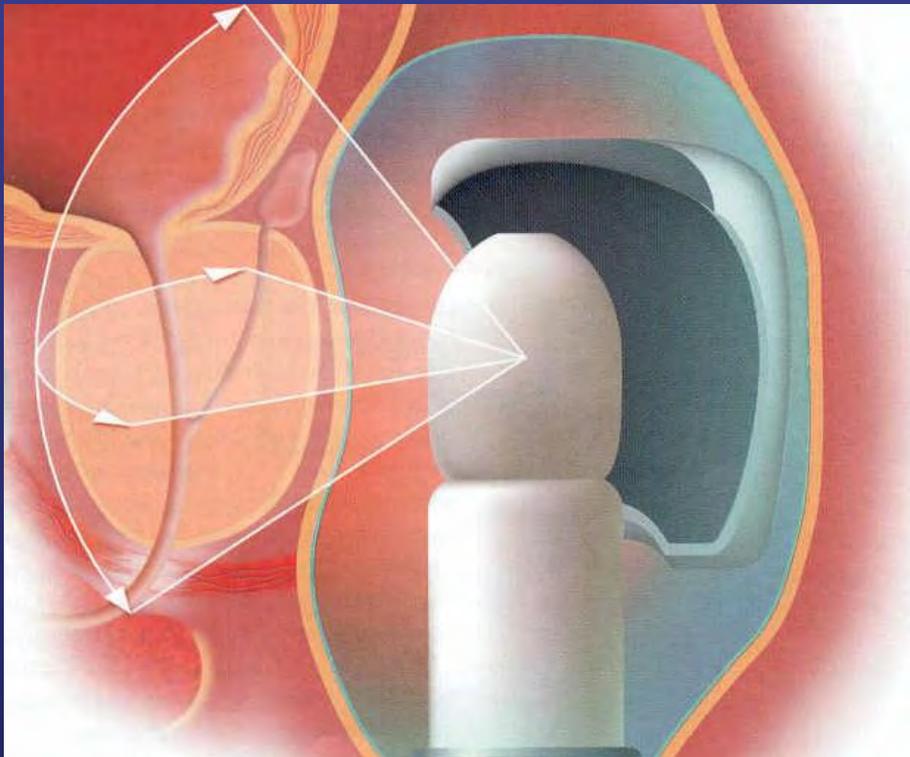
Modélisation des résultats des biopsies prostatiques systématisées en fonction de la taille et de la position du cancer

Ultrasons focalisés » HIFU »

Principe

Transducteur piézoélectrique produit des faisceaux d'ultrasons convergents de haute intensité par salves

- Nécrose de coagulation puis phénomène de cavitation
- 4 équipes européenne ,étude de Gelet sur 242 patients avec un suivi de plus de 1an





Ultrasons focalisés » HIFU »

Indication

- Une alternative valable pour les cancers localisés bien et moyennement différenciés Avec PSA <15ng/ml chez des hommes ayant une espérance de vie entre 5 et 15 ans
- La place de HIFI en seconde ligne après échec de la radiothérapie

Cancer de prostate localisé et non candidats à une prostatectomie

Avantage

- Faible morbidité et la possibilité des traitements itératif ,
- La possibilité de traité en cas d' antécédent de résection,
- Contrôle local précoce vérifié par des biopsies
- et la possibilité de RP si échec sans augmenter les complications

HIFU (ABLATHERM)

L'effet de cavitation entraîne une nécrose tissulaire par lésions mécanique et thermique. Cette technique est en développement depuis plus de 10 ans

Résultats

Les différentes études montrent une SSRB de 63 à 87 % à 5 ans (résultats extrapolés, car suivi médian de 2 ans). Les meilleurs résultats sont obtenus pour les cancers à bas risque.

Complications

La rétention aiguë d'urine est la complication la plus fréquente. Une RTUP ou incision cervico-prostatique est souvent réalisée avant l'HIFU.

CRYOTHERAPIE

Patient avec un CaP de faible risque ou risque intermédiaire sont des candidats pour la cryothérapie de prostate.

Le volume prostatique doit être inférieur à 40 ml.

La SSRB semble moins bonne qu'après PT. Les patients doivent être informés du manque de résultats à long terme.

Principaux effets secondaires du traitement HIFU total	% de patients
Incontinence urinaire > à 1change/j	1,5-3,1%
Obstruction sous vésicale	11,8-24%
Fistule recto-urétrale	0-0,7%
Rétention urinaire temporaire	0-9%
Conservation de la puissance sexuelle	42,3-85%

Principaux effets secondaire du traitement HIFU total après échec de radiothérapie	% de patients
Incontinence urinaire > 1change/j	19%
Obstruction sous vésicale	12%
Fistule recto-urétrale	0,4%

Avec stratégie de Préservation des nerfs érecteurs. Données dans la littérature depuis 2000

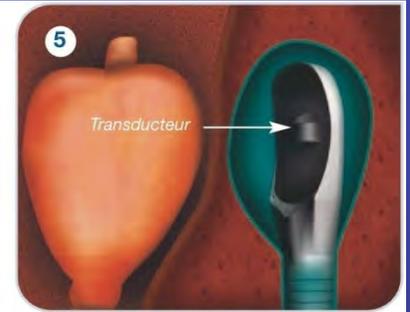
Focal one



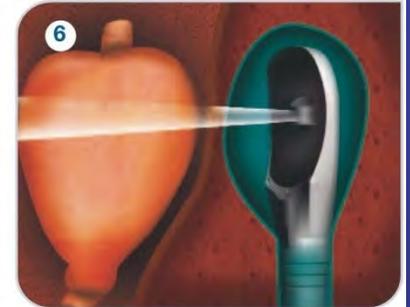
8

One® en images

Le transducteur d'imagerie au milieu de la sonde permet une reconstruction informatique tridimensionnelle très précise de la zone à traiter.



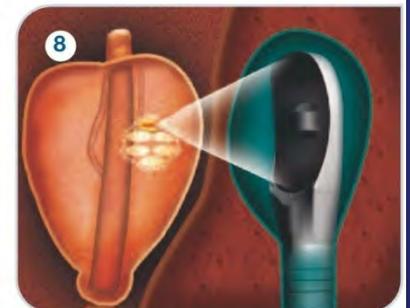
Toute la prostate est scannée et reconstruite par le biais des mouvements de la sonde et du programme informatique.



À l'écran, le médecin planifie chaque étape du traitement avec une précision millimétrique.



Enfin, l'appareil réalise automatiquement le nombre de lésions optimal en suivant la planification effectuée par l'urologue.



Focal one

- Détruire uniquement la zone malade
- Technologie Non invasive, précise, ablative
- Compromis entre SA et Traitement radical +/- agressif

- Stade T1-T2 non candidats à la PR (état général, âge, maladies associées)
- Patients refusant PR
- Récidive après RT ou curiéthérapie
- « Traitement de sauvetage »

prostate et le traitement HIFU peut être appliqué pour détruire uniquement la zone malade (traitement focal).

Les avantages technologiques de l'HIFU, non-invasivité, précision et capacité de focalisation, permettent de choisir un traitement focal (ou traitement focalisé) de la prostate. Ce traitement ne pas être considéré comme un traitement radical, mais comme une stratégie de traitement focal du cancer de la prostate a pour objectif un contrôle de la maladie cancéreuse associé à la conservation de la qualité de vie.

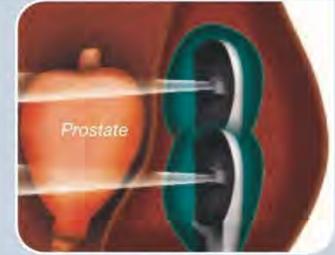
Focal One®

Qu'est ce que Focal One® ?

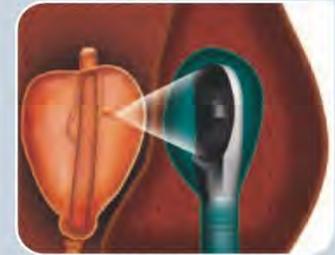
Il s'agit d'une option thérapeutique non-invasive qui permet un traitement local précis en une session, répétable si nécessaire, avec une courte durée d'hospitalisation et peu d'effets indésirables. De plus, en cas de résultat incomplet, le choix des options thérapeutiques possibles est large et inclut le retraitement Focal One®.

Qui peut bénéficier du traitement Focal One® ?

Ce traitement est indiqué en premier lieu pour les patients atteints d'un cancer localisé de la prostate (stade T1-T2), en fonction de leur âge, de leur état général, de leur état de santé (maladies associées) et de leur choix de traitement. Il est considéré comme un traitement de second lieu après radiothérapie, comme



Le volume prostatique à traiter est défini par une échographie transrectale



Au point de focalisation du faisceau d'ultrasons, la combinaison d'une élévation intense de température avec un effet de cavitation crée une lésion qui entraîne une nécrose irréversible du tissu.



La zone cible de la prostate est traitée par un balayage de la sonde et des tirs successifs suivant la planification.

Avantages du traitement

Le traitement du cancer localisé de la prostate par ultrasons focalisés est une nouvelle option de traitement qui présente plusieurs avantages :

- Destruction du tissu cancéreux avec un risque minime de lésion des organes de voisinage
- Traitement non-invasif
- Préserve la qualité de vie
- Absence d'irradiation, pas d'incision
- Traitement réalisable sous anesthésie loco-régionale
- Traitement réalisable en une seule session
- Brève hospitalisation
- Le traitement peut être répété
- D'autres alternatives thérapeutiques peuvent être envisagées en cas de résultat incomplet
- Le traitement peut être utilisé pour les récurrences locales après radiothérapie

THERAPIE FOCALE et CaP

Le diagnostic précoce permet d'identifier des tumeurs potentiellement non significatives, notamment unilatérales et focales, dont la prise en charge conservatrice éviterait le surtraitement. Ces thérapies sont la cryothérapie et l'HIFU.

Les critères sont : une tumeur $< cT2a$, un stade IRM $< T2b$.

Les candidats devraient idéalement bénéficier d'une cartographie prostatique par biopsies périnéales. Les patients doivent être informés de la possibilité d'un traitement répété.

Conclusion

Toutes ces options thérapeutiques (HIFU, cryothérapie) sont encore en évaluation.

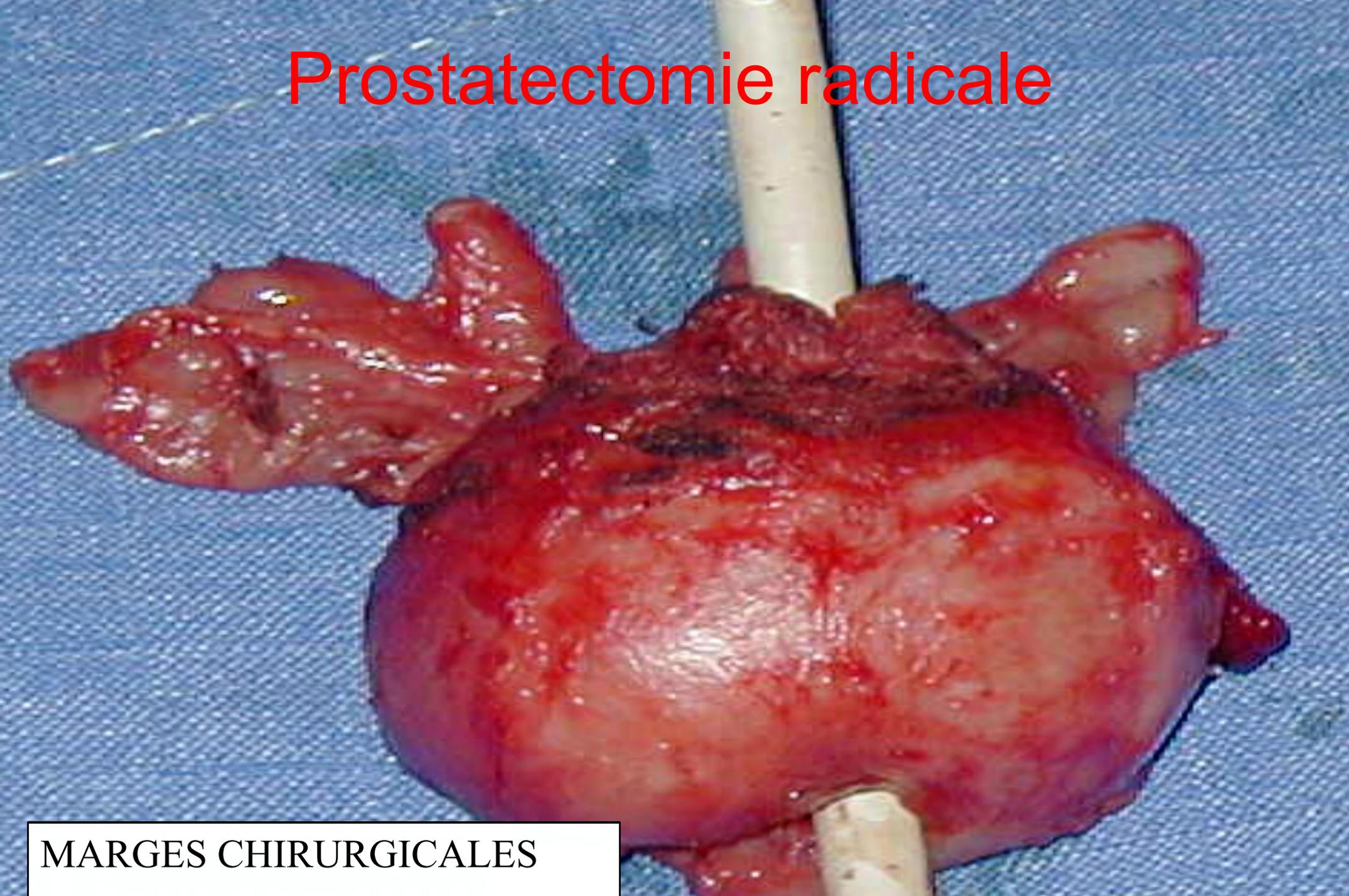
Pour ces procédures, un suivi plus long reste nécessaire.

Recommandations

Les thermothérapies sont une alternative thérapeutique chez les patients ne pouvant bénéficier de la chirurgie ou ayant une espérance de vie < 10 ans. C

Les thérapies locales ne sont encore qu'à leur début, réservées à des indications limitées et ne peuvent être proposées en dehors des essais. C

Prostatectomie radicale



MARGES CHIRURGICALES

Prostatectomie radicale

Facteurs de risque de récurrence biologique après prostatectomie

- Volume tumoral initial
- Extension extra capsulaire
- Marges positives
- Score de Gleason élevé
- PSA initial > 10 ng/ml

CURIETHERAPIE

Les critères d'éligibilité sont :

- stade cT1b-T2a N0 M0,
- score de Gleason ≤ 6 sur suffisamment de biopsies prélevées,
- PSA initial ≤ 10 ng/ml,
- ≤ 50 % biopsies envahies,
- volume prostatique < 50 cm³,
- IPSS ≤ 12
- **Aucun antécédent de chirurgie prostatique**

Complications:

retentions urinaire 1,5-22% (RTU post-implantation est de 8,7%)

Incontinence urinaire (0-19%)

Complications urinaires chronique chez 20% des patients

Radiothérapie interstitielle « Curiothérapie »

Technique

- l'implantation percutanée transpérinéale sous contrôle échographique transrectal
- les sites d'implantation sont prédéterminés à l'aide d'un programme informatique à partir des mesures volumétriques échographiques et des résultats biopsiques
- sources: Iode 125 (T bien dif) ou Palladium 103 ,Iridium 192

Morbidité

- syndrome irritative uro-digestive précoce résolutive 50%
- syndrome rétentionnels (8 à18 %)
- sténoses urétrales (0 à 14,5%)
- morbidité tardives ano-rectale
- taux d'impuissance varie de 0 à 25 %

Radiothérapie curatrice

Indication

Tumeurs T1-T4,NO,M0

Espérance de vie supérieure à 10ans

Contre-indication à la chirurgie

Choix du patient: refus de l' intervention

Différents types de radiothérapie

- Radiothérapie externe conventionnelle

Durée:7 à 12 semaines

- Radiothérapie conformationnelle:

Toxicité moindre et meilleur contrôle local

Radiothérapie

Taux de PSA détectable après RP dans 20 à 100% (cc normaux)

Rémission complète: PSA<1,5 ng/ml

Cinétique du PSA+++++

Échec biochimique: 3 augmentations consécutives du taux de PSA

Taux de survie sans récurrence (PSA<1,4ng/ml)

- 67% à 10ans

- 40% à 15ans

L'association à l'hormonothérapie dans les T3 ,semble augmenter l'efficacité

Complications

- Complication aiguës fréquentes : diarrhée,ténesmes
- Complications tardives: rectorragies, sténose urétrale, cystite, hématurie récidivante, incontinence, impuissance

Stade localisé T1-T2 N0,M0

Espérance de vie >10 ans

→ *Surveillance*

*si stade T1a (absence de G4)
et réévaluation négative*

→ *Prostatectomie radicale*

*si âge >70-75 ans,
ou contre indication à la chirurgie
ou préférence du patient*

→ *Radiothérapie*

→ *Curiethérapie*

*si stade <T2a,
G<7,
G4<50%,
PSA<10,
Volume prostatique<50cc*

Espérance de vie <10 ans

→ *Surveillance puis Hormonothérapie en cas de progression*

→ *Radiothérapie +/- Hormonothérapie si EDV > 5ans et G ≥ 7*

Stade localement avancé T3-T4 N0N1, M0

Espérance de vie >10 ans

T3,N0

Radiothérapie + Hormonothérapie

*Prostatectomie +/- Radiothérapie
+/-Hormonothérapie si T3 limité ou pN1*

T3,pN1 ou N1

Hormonothérapie

Espérance de vie <10 ans

Surveillance puis Hormonothérapie en cas de progression

Hormonothérapie

Radiothérapie +/- Hormonothérapie si EDV > 5ans et G >= 7

Traitement du CaP localisé

conclusions

- Homme < 65 ans
Chirurgie
- Homme > 70 ans
Radiothérapie externe
Radiothérapie interstitielle
- Homme âgé, tumeur de bas grade
Surveillance

La stratégie se fonde Sur **L' Information**

Une Information **simple et éclairée** des hommes
à tous les temps de leur prise en charge

Dépistage

Diagnostic

Traitement

Effets secondaires

suivi

