

CAS CLINIQUE : cancer de la PROSTATE

- ▶ **Pt 70 a**
- ▶ ATCD: HTA, chirurgie hernie inguinale, prend Lisinopril 1 co/jr
- ▶ Marié, 3 enfants, activité physique (marche, golf)
- ▶ 2023: PSA 3.8, 2024: PSA 4.2, 2025: 5.6
- ▶ Consult URO: TR: nodule prostate à droite
- ▶ Score IPSS à 5
- ▶ IRM prostate: lésion PIRADS-5 base droite suspecte, plutôt cT2, N0, 60 cc
- ▶ Biopsies: 5/12 ADK Gleason 7 (3+4), ISUP II
- ▶ Scan TAP + scinti os: M0



CAS CLINIQUE : cancer de la prostate

- ▶ Donc: stade **intermédiaire favorable**
- ▶ RCP URO, validation d'un traitement curatif: Prostatectomie radicale versus une radiothérapie externe seule car la survie biochimique à 10 ans de 90-92 % (cfr recommandations AFU – update 2026)
- ▶ 2 visites: urologue + radiothérapeute et prise de décision

RECOMMANDATIONS AFU 2025-2026

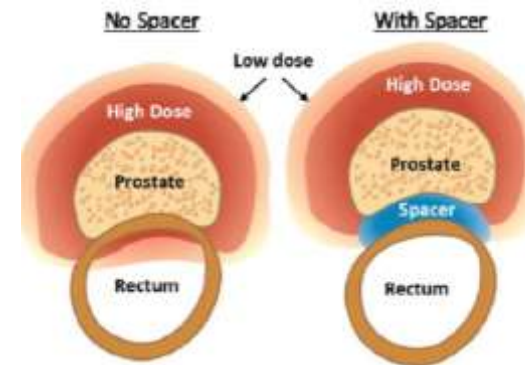
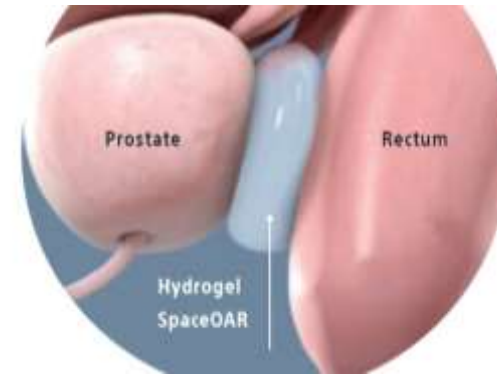
Recommandation	Grade
Informier le patient de l'ensemble des effets secondaires des différents traitements dans le cadre d'une consultation d'annonce dédiée, et encourager une évaluation multidisciplinaire (urologue, oncologue radiothérapeute)	Fort
Surveillance simple de type Watchful Waiting (traitement palliatif en cas d'évolution) pour les patients non éligibles aux autres options avec une probabilité de survie courte	Fort
Prostatectomie totale ± curage selon estimation du risque ganglionnaire	Fort
Radiothérapie 74 à 80 Gy en normofractionné ou 60 Gy en 20 séances : seule si intermédiaire favorable - ou associée à une hormonothérapie courte (6 mois) si risque intermédiaire défavorable	Fort
Radiothérapie stéréotaxique seule si intermédiaire favorable - ou associée à une hormonothérapie courte (6 mois) si risque intermédiaire défavorable	Faible
Radiothérapie avec boost par curiethérapie (groupe intermédiaire défavorable)	Faible
Curiothérapie (groupe intermédiaire favorable)	Fort
Surveillance active pour des patients informés et sélectionnés sur des critères de faible volume tumoral, de faible pourcentage d'ISUP 2 et de faible densité du PSA	Faible
Cryothérapie et HIFU uniquement dans le cadre d'essais cliniques ou de registres prospectifs	Fort
Traitement focal uniquement dans le cadre d'essais cliniques ou de registres prospectifs	Fort
Traitement hormonal seul : non recommandé	Fort

OPTION RADIOTHERAPIE

- ▶ RT externe, (curiethérapie reste une option)
- ▶ RT normofractionnée 76-78 Gy en 2 gy, 37-38 séances, durée 8 semaines
- ▶ RT hypofractionnée modérée 60 Gy en 3 gy, 20 séances, durée de 4 semaines
- ▶ RT ultra-hypofractionnée, stéréotaxie prostatique en 5 séances, 36.25 Gy en 7.25 Gy, 3 séances/semaine, durée de 2 semaines

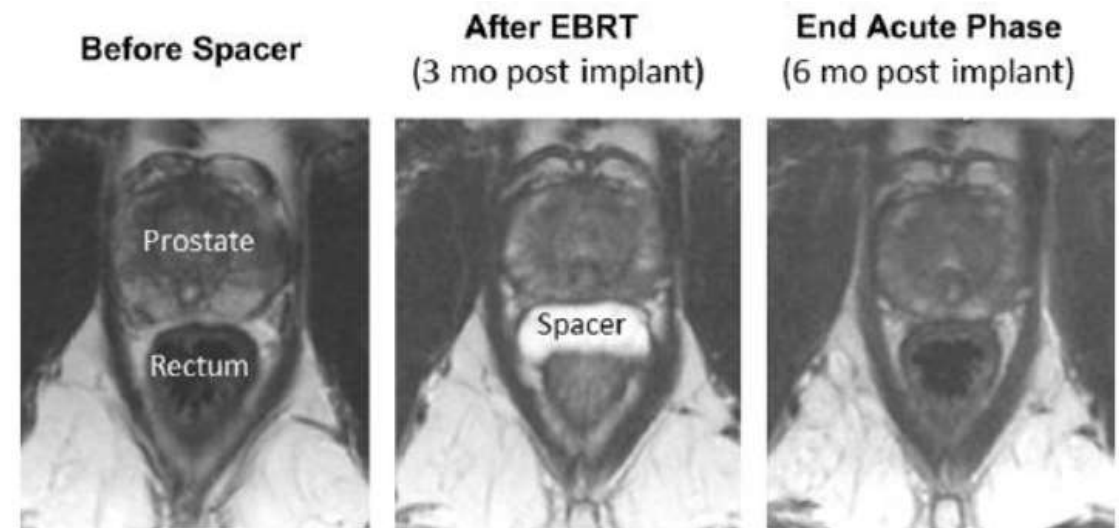
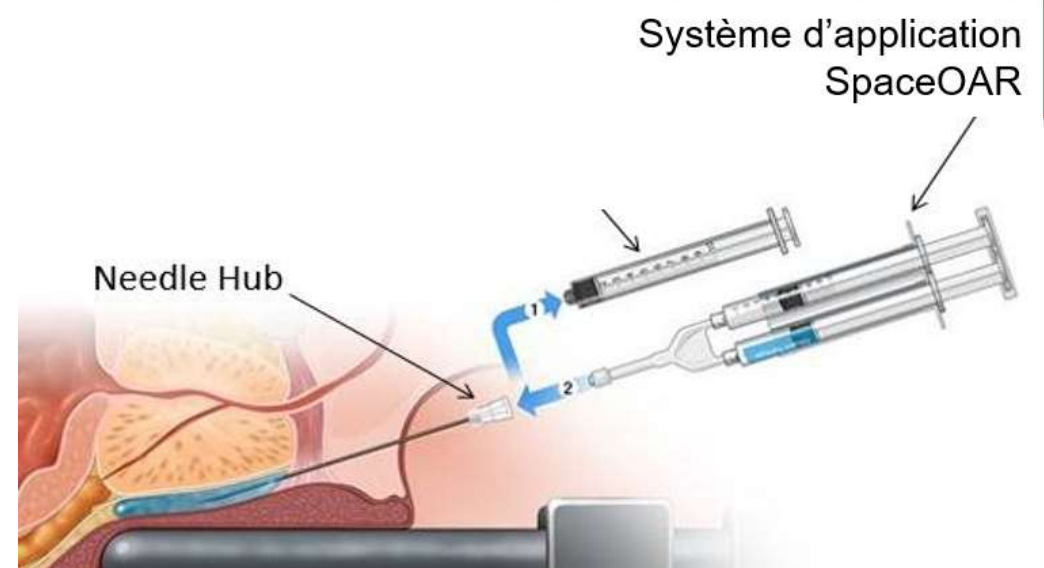
Stereotaxie prostate (SBRT): protection rectale

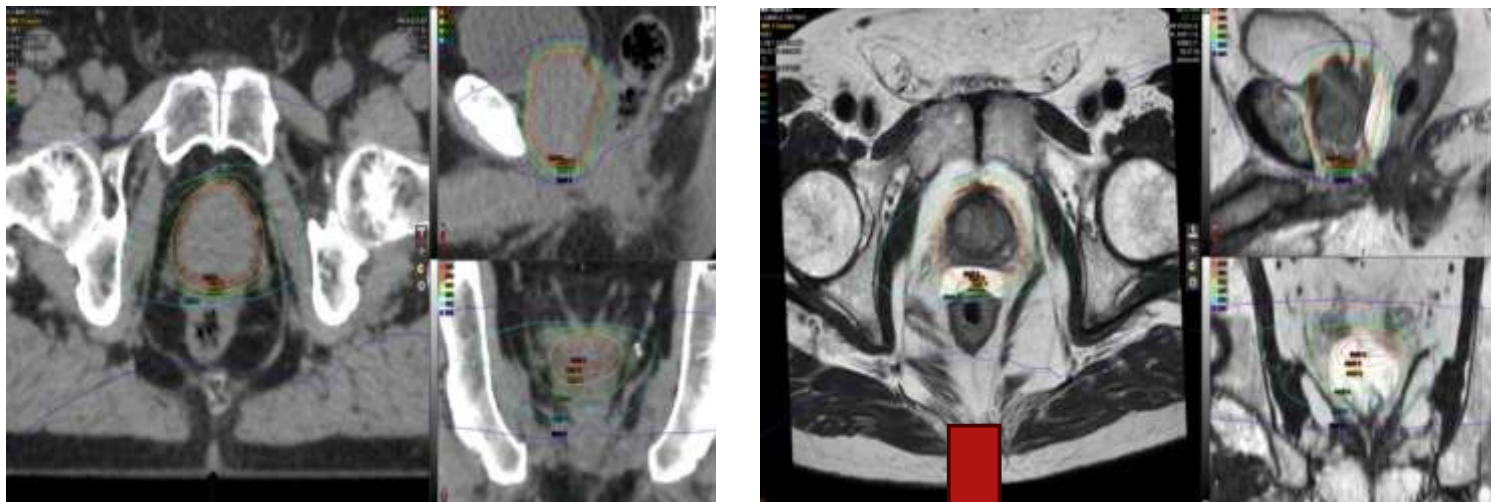
- Protection technologique (IMRT/VMAT et IGRT)
- Protection dosimétrique (Planification, Dose/fx)
- Protection physiologique (Régimes et laxatifs, remplir la vessie)
- Protection mécanique: Les Espaceurs



SPACE OAR

- ▶ Sous AG, salle d'opération
- ▶ 20-30 min
- ▶ mise de fiduciaires
- ▶ 2 semaines AVANT la planification + nouvelle IRM
- ▶ Start RT 4 semaines plus tard





Paramètre Dosimétrique Rectal	Sans SpaceOAR (n=18)	Avec SpaceOAR (n=18)	Valeur p
V_{18.1Gy} (cc)	17,96 (7,15)	10,09 (5,65)	<0,001
V_{29Gy} (cc)	6,13 (2,40)	2,29 (2,48)	<0,001
V_{36Gy} (cc)	1,14 (0,55)	0,35 (0,58)	<0,001
D_{max} (Gy)	41,69 (0,72)	37,48 (5,15)	0,003

Merci à Dr DEWAS Sylvain

Nos résultats

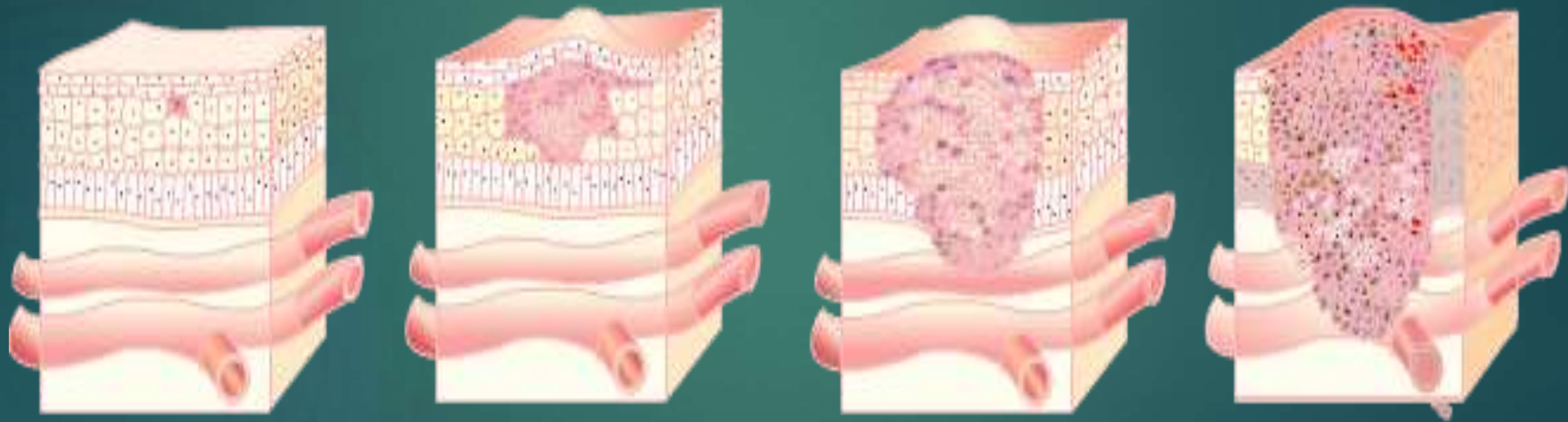
CAS CLINIQUE :

cancer de la prostate

- ▶ Bonne tolérance du traitement
- ▶ Effets aïgus: fréquence urinaire plus élevée, nycturie 5-6x, légère dysurie, sous alpha-bloquants durant 3 mois , score IPSS à 16
- ▶ PSA à 2 mois: 2.5 µg/l, score IPSS à 8
- ▶ PSA à 8 mois: 1.6 µg/l, score IPSS à 4
- ▶ PSA à 12 mois: 0.9 µg/l, score IPSS à 4

CAS CLINIQUE:

RT palliative hygienique sein



PT 82 a

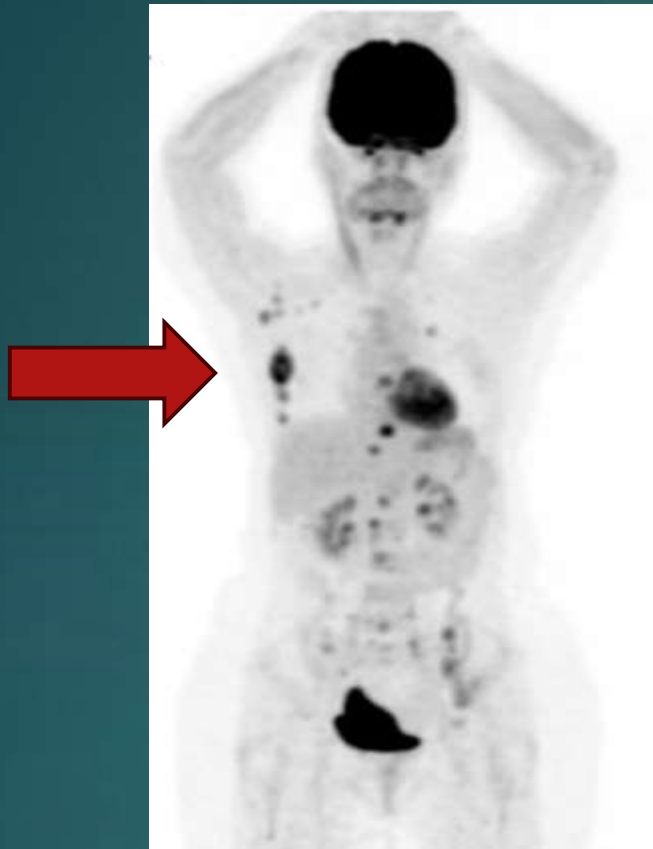
- ▶ ATCD: diabète, ischémie cardiaque, prothèse hanche, troubles cognitifs,
- ▶ Veuve, 2 enfants, home, OMS 1 à 2
- ▶ Depuis 2 ans 'induration' sein droit
- ▶ MT fin 2025: bilan 'à minima', biopsie: CCI gr III, HR +, TEP scan: M+ ggl/osseuses
- ▶ RCP seno + consult onco-gériatrie:
hormonothérapie + RT hygienique lésion sein



Schéma RT



- ▶ 10 x 3 Gy
- ▶ 5 X 4 Gy
- ▶ **2 à 3 X 6 Gy**
- ▶ 1 x 8 Gy
- ▶ Combinée avec HoT



TEP avant HoT + RT

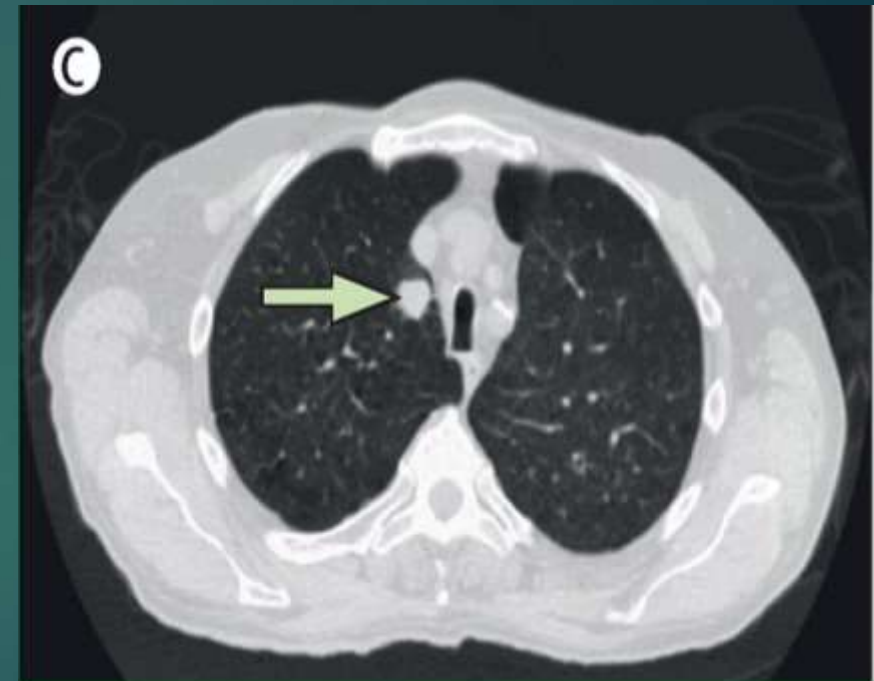


TEP 6 mois après HoT + RT

CAS CLINIQUE: stereotaxie pulmonaire

PT 75 a

- ▶ ATCD: BPCO, 2020 cancer vessie R/ cystectomie, fumeur ++, diabète, HTA
- ▶ OMS 1, vit avec son épouse, 3 enfants
- ▶ Toux irritative chronique
- ▶ MT mi 2025: scanner: lésion suspecte LSD, rien d'autre (TEP), biopsie: carcinome bronchique type épidermoïde, stade cT1N0M0
- ▶ Epreuve respiratoire: non éligible à une chirurgie
- ▶ RCP: **RT stereotaxie pulmonaire**

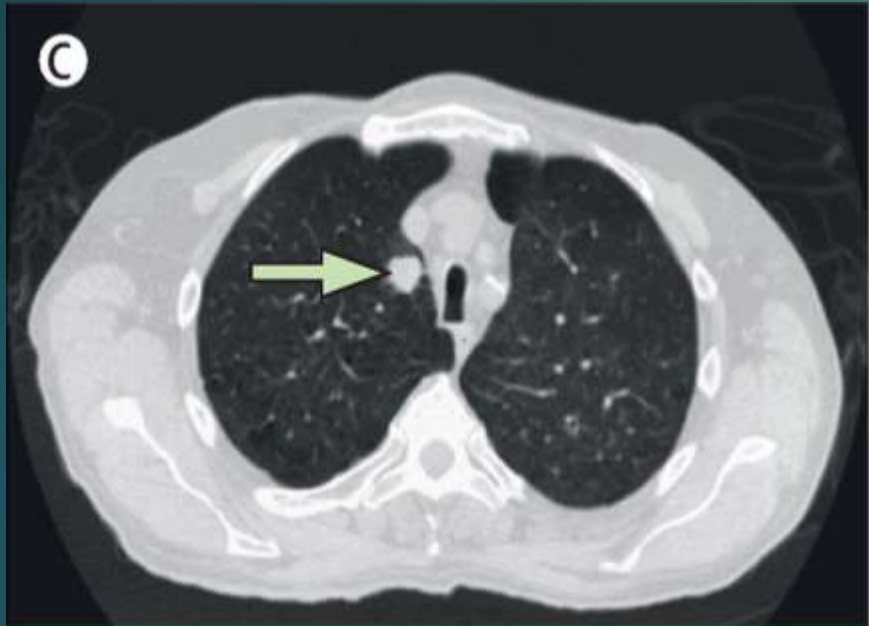


CAS CLINIQUE: Stéréotaxie pulmonaire

- ▶ 4 x 12 Gy L-M-V
- ▶ 5 x 11 Gy L-M-V
- ▶ 8 x 7.5 Gy L-M-V
- ▶ VMAT- scan 4D



Résultat à 12 mois



Fonction respiratoire +/- identique, BPCO connue
Arrêt du tabac

2 CAS CLINIQUES:

RT M+ osseuses (antalgique vs stéréotaxie osseuse)

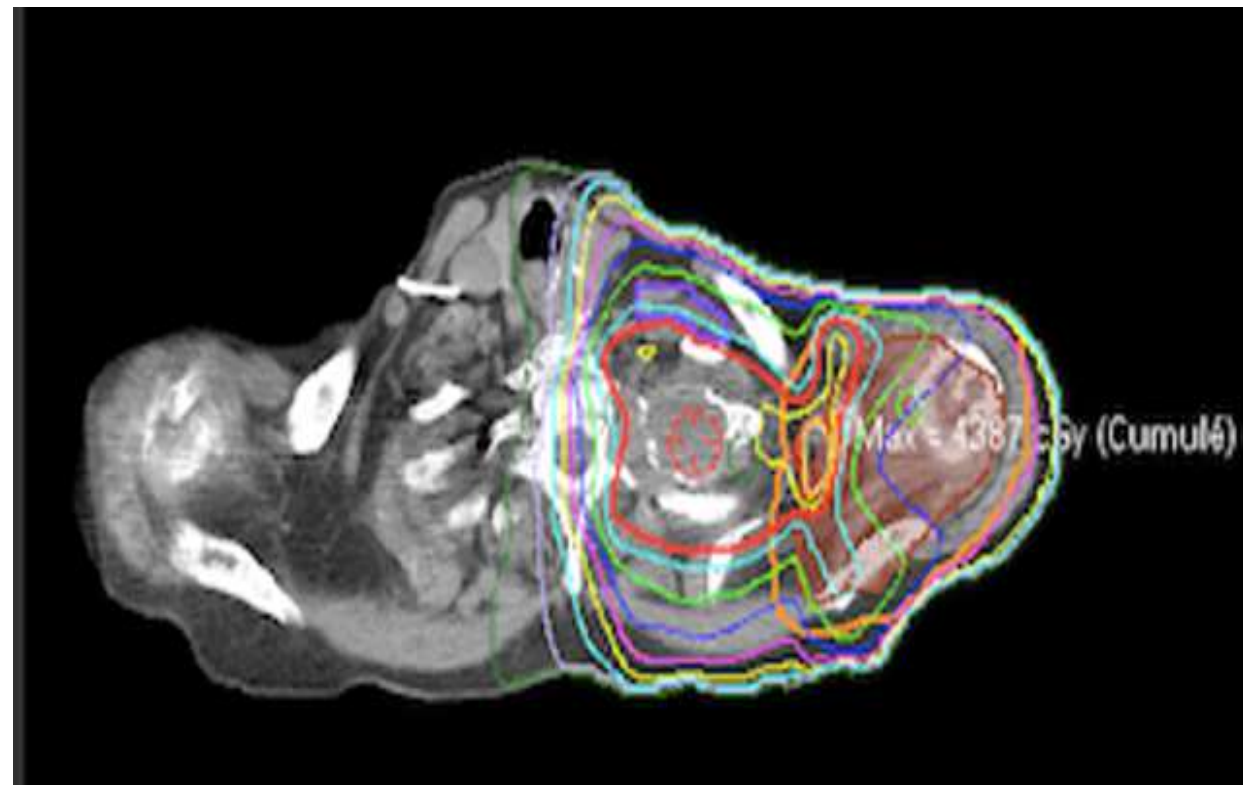
Type de cancer	Incidence des métastases osseuses	Survie à 5 ans
Myélome	95-100%	10%*
Sein	65-75%	20%
Prostate	65-75%	25%
Poumons	30-40%	< 5%
Rein	20-25%	10%
Mélanome	14-45%	< 5%

Pte Mme Q, 80 a

- ▶ Fin 2022: fracture pathologique de l'humérus DR
- ▶ lésion LSG, carcinome indifférencié bronchique métastases osseuses diffuses au niveau du bassin et du rachis
- ▶ OMS 2 , algique
- ▶ Enclouage + **RT consolidation et antalgique 5 X 4 Gy**
- ▶ Chimiothérapie (janvier à juin 2023, Taxol Carbo) et Xgeva



- ▶ Bilan post- chimio: réponse partiële
- ▶ Fin 2024: douleur dos haut dorsale ++ perte d'autonomie, progression masse pulmonaire apicale gauche qui infiltre T1
- ▶ RCP: **RT antalgique + décompressive 36 Gy(3 Gy)**
- ▶ 04/2025: bilan clinique + radiologique favorable, en SURVEILLANCE, OMS 1 habite encore seule, fonctionne +/- bien



Pte Mme B, 37 a

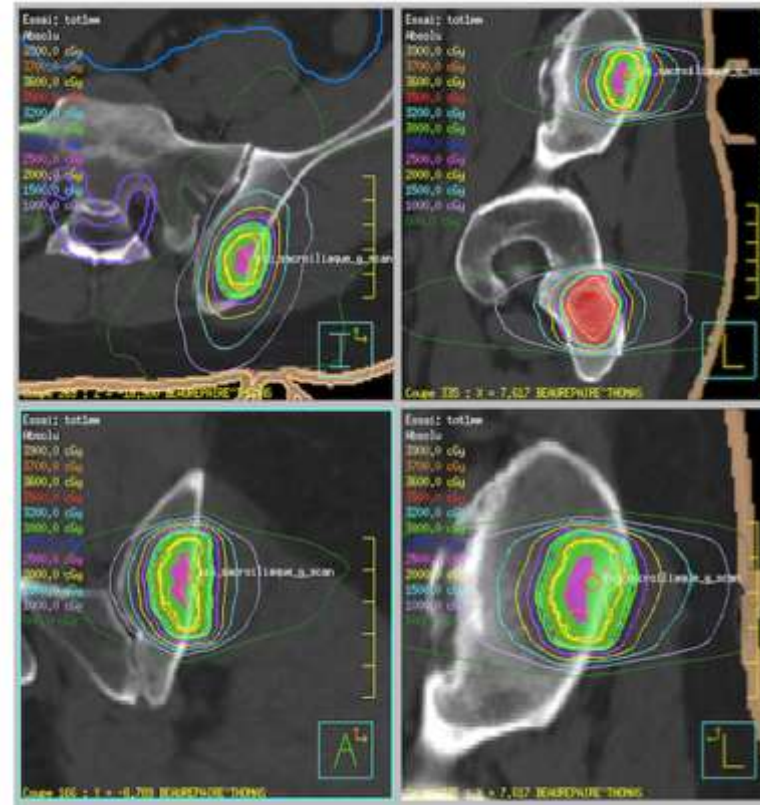
- **02/2025** : adénopathies cervicales, découverte d'une tumeur primitive : NASOPHARYNX Stade T 2 N2 M1 (os)
- 3 lésions osseuses au TEP+IRM : (C6, sacro-iliaque et ischion G)= asymptotique
- **Chimio induction** TPF 3 cures TCF : réponse complète sur T et N
- **RT + CT ORL** (dont C6) suivis par
- **07/2025** : **RT stéréotaxique** sur lésions sacroiliaque G et ischion G

RT stereotaxie osseuse

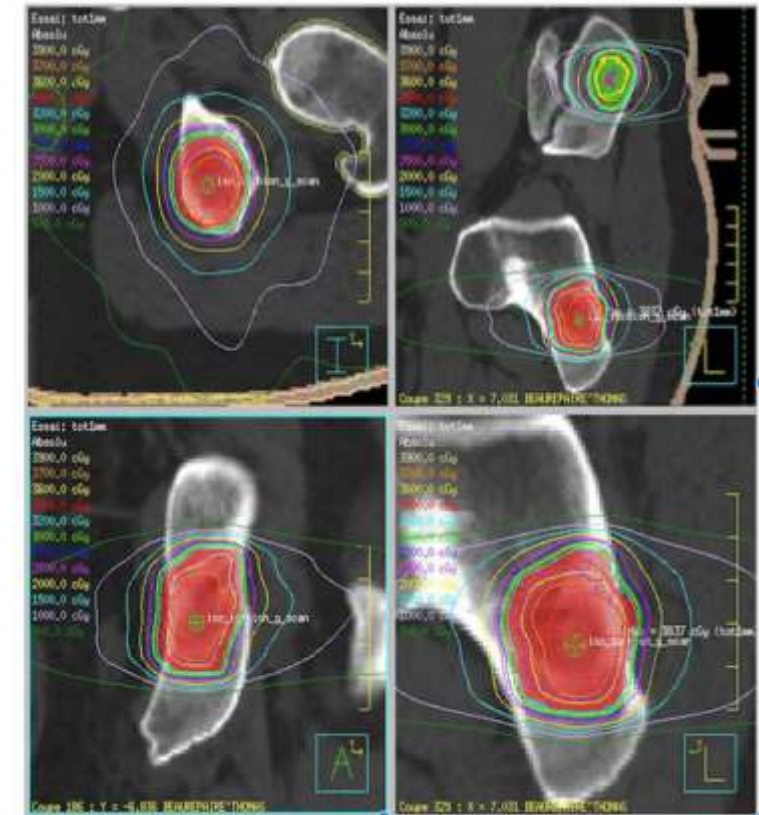
3 x 10 Gy L-M-V

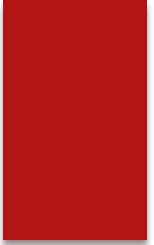
- Depuis **8/2025**: en surveillance
- Réponse complète clinique + radiologique

Lésion Sacro-iliaque



Lésion Ischion





RT stereo osseuse:

Qu'est qu'on sait
déjà en 2026 ?

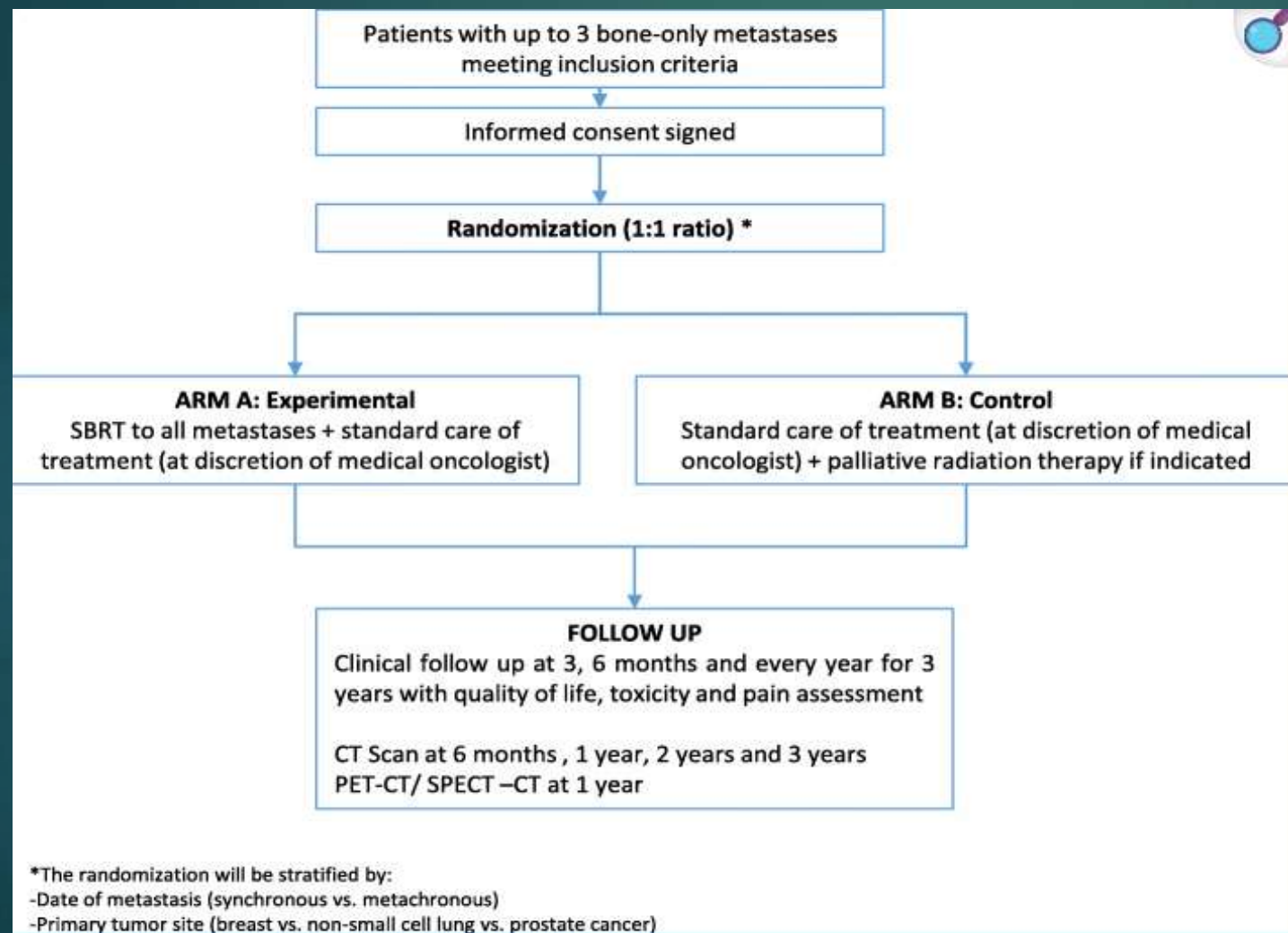
- ▶ Différentes phase II études ont montré la faisabilité + efficacité du traitement
- ▶ Excellent taux de contrôle de la douleur (95-100%)
- ▶ Peu toxique, bonne tolérance
- ▶ 'Idéal' dans la ré-irradiation

Etude STEREO-OS en oligoM+

Thureau et al. BMC 2021

En attente des résultats

...



MERCI ! Questions ?



- ▶ De l'équipe RT du Centre de BOURGOGNE

Mes coordonnées

- ▶ sjunius@groupe-psv.fr
- ▶ victoire@clinique-psv.fr
- ▶ Secretariat-bourgogne@clinique-psv.fr
- ▶ N° tel à la Clinique de la Victoire mardi + jeudi matin: 03.59.36.50.42
- ▶ N° tel à la Clinique Le Bois mercredi toute la journée + jeudi AM + vendredi toute la journée: 03.62.26.17.82
- ▶ OMNIDOC