

Le cancer de prostate

AMPPU du 25/09/2004

J.P.Pellerin

A.Six

J.M.Suty

Cas clinique n°1

- 50 ans
- asymptomatique
- PSA = 2,35 ng/ml
- L/T = 11%
- TR normal
- echo normale

Cas clinique n°1

- 50 ans
- asymptomatique
- PSA = 2,35 ng/ml
- L/T = 11%
- TR normal
- echo normale

Recommandations AFU

Dépistage annuel entre

50 et 75 ans

40-45 ans si ATCD

Cas clinique n°1

- 50 ans
- asymptomatique
- **PSA = 2,35 ng/ml**
- **L/T = 11%**
- TR normal
- echo normale

Le PSA

varie en fonction de l'âge
et du volume prostatique
50 ans < 2 ng/ml

Le rapport L/T

Utile si PSA total compris entre 2
et 10 ng/ml

Cas clinique n°1

- 50 ans
- asymptomatique
- PSA = 2,35 ng/ml
- L/T = 11%
- **TR normal**
- echo normale

Le TR
garde son importance
pour le diagnostic
et la stadification

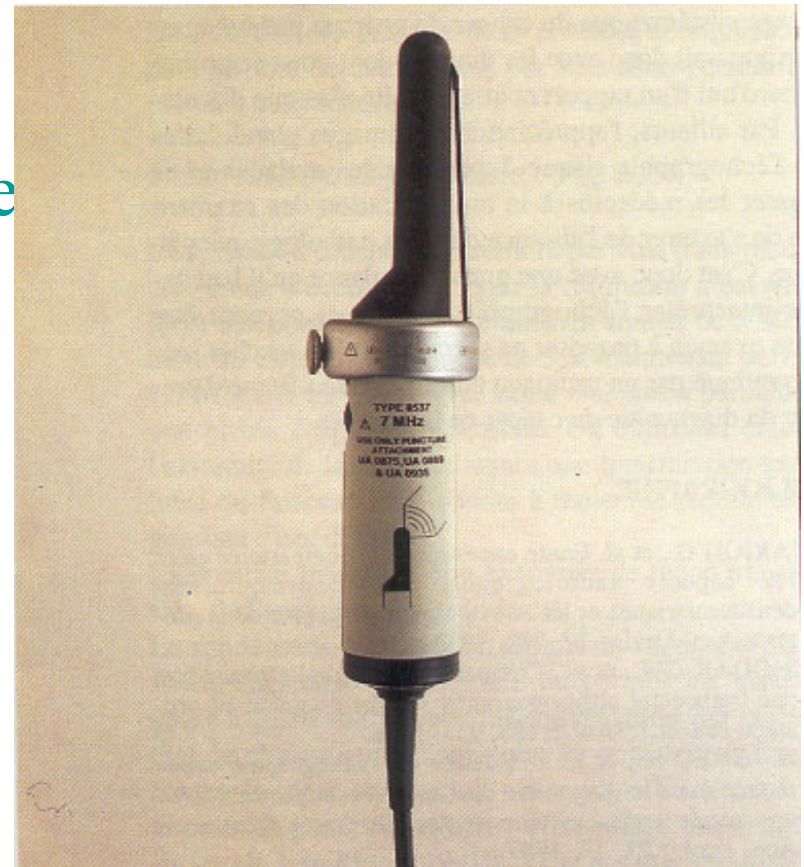
Cas clinique n°1

- 50 ans
- asymptomatique
- PSA = 2,35 ng/ml
- L/T = 11%
- TR normal
- **echo normale**

L'échographie
examen de 2^{ème} intention
orienté par TR et PSA
idéalement par l'urologue

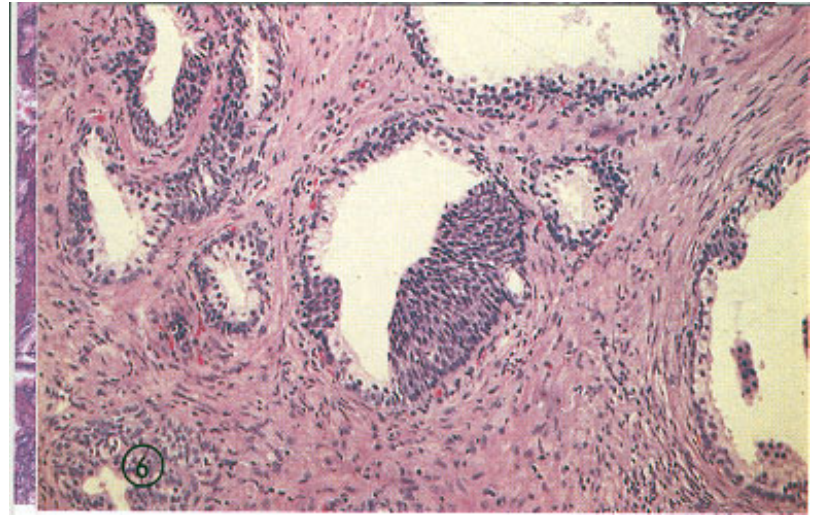
Cas clinique n°1

- Biopsies écho-guidée
:
- Après préparation
- Le plus souvent
randomisées
- Entre 10 et 16



Cas clinique n°1

- Diagnostic + (nbre)
- Agressivité (Gleason)
- Extension (capsule)



Les points forts (1)

- Le diagnostic précoce du KP offre au patient les meilleures chances de guérison. Il repose sur un dépistage individuel. L'AFU recommande un suivi annuel TR+ PSA à partir de 50 ans (40 ans si famille à risque)
- Le PSA varie en fonction de l'âge et du volume prostatique.
- Le rapport PSA L/T est utile quand PSA entre 2 et 10
 - Il est suspect quand <10%
 - Douteux entre 10 et 25%
 - Plutôt rassurant >25%

Cas clinique n°1

- Bilan d'extension
- Scintigraphie osseuse
- Scanner
- PSA > 10 ou Gleason >7

Cas clinique n°1

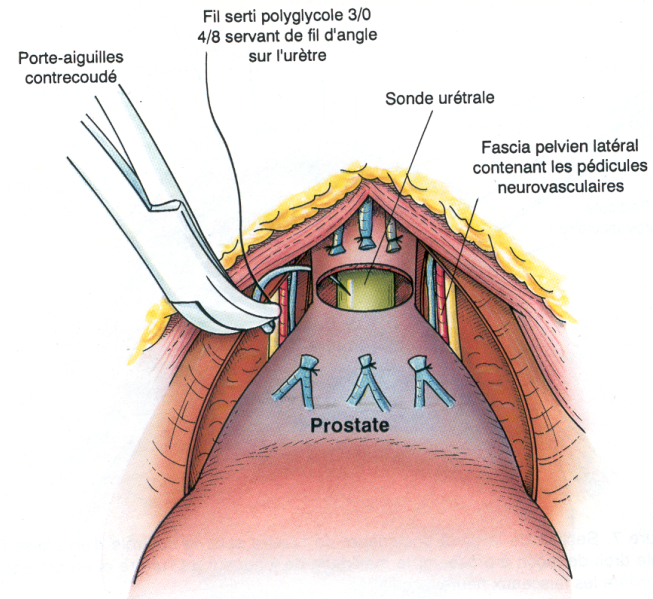
Proposition thérapeutique

=

Prostatectomie radicale

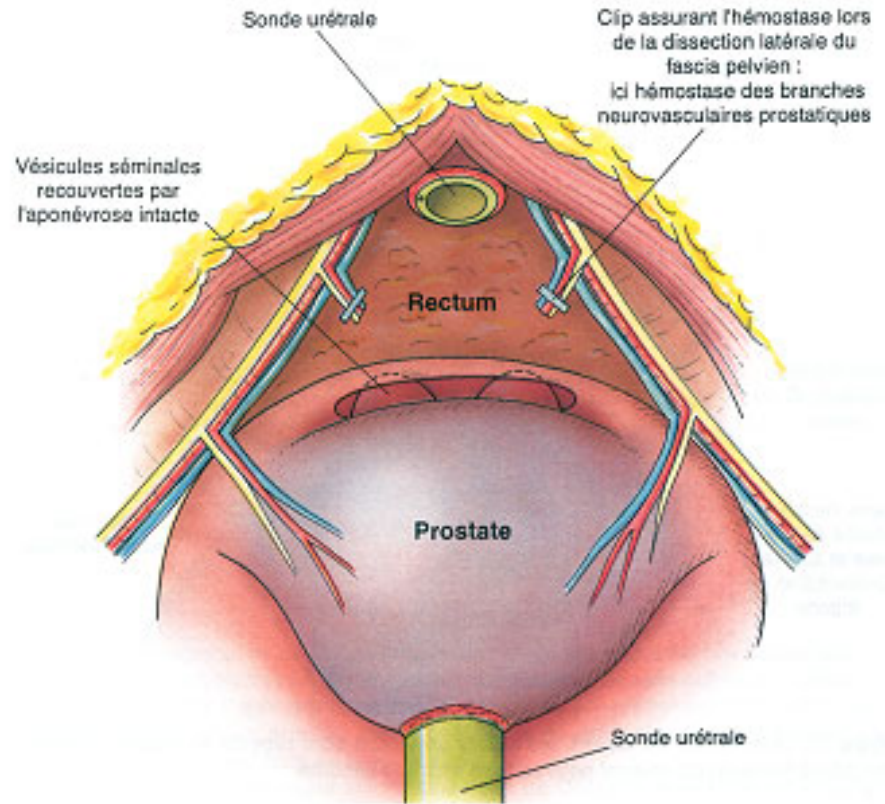
Prostatectomie radicale

- Laparo sous-ombilicale
- Abord extrapéritonéal
- Dissection du Retzius
- Ouverture de l'aponévrose pelvienne
- Section du plexus veineux de Santorini après ligature



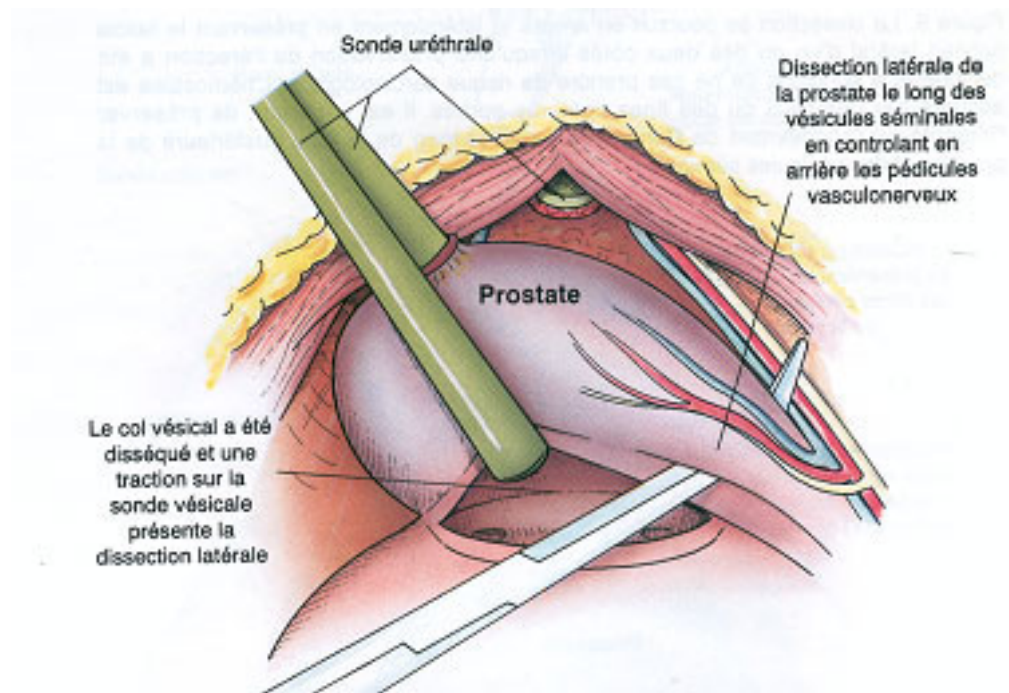
Prostatectomie radicale

- Section de l'urètre
- dissection de la face postérieure
- ouverture du Denonvilliers



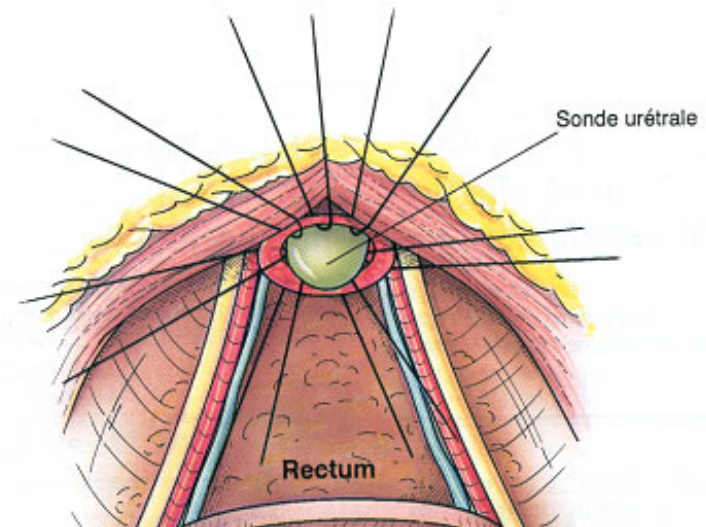
Prostatectomie radicale

- Préservation des bandelettes vasculo-nerveuses
- 1 seule biopsie +
- PSA < 10
- Gleason < 7
- capsule -



Prostatectomie radicale

- Anastomose uréthro-vésicale
- Par 6 à 8 points résorbables
- Sur une sonde de Foley
- Cystographie à J7
- +/- ablation sonde
- Sortie à J8



Prostatectomie radicale

- Mortalité < 0,5%
- Incontinence :
 - 15% minime à 1 an (1 protection)
 - 3% grave (sphincter artificiel)
- Impuissance :
 - 80% globalement
 - Fonction : âge, état antérieur, technique chirurgicale

Prostatectomie radicale

- PSA tous les 6 mois pendant 4 ans puis 1 fois par an
- TR annuel
- Critères de guérison :
 - TR normal
 - PSA < 0,2
- Pronostic fonction :
 - Stade pathologique
 - Score de GLEASON
 - PSA pré-opératoire

Cas clinique n°2

- 72 ans
- Dysurie pollakiurie 4/nuit
- PSA = 15
- TR = induration d'un lobe
- Biopsies + (6/12)
- Gleason 7
- Capsule +
- TDM négatif
- Scintigraphie normale

Cas clinique n°2

- 72 ans
- Dysurie pollakiurie 4/nuit
- PSA = 15
- TR = induration d'un lobe
- Biopsies + (6/12)
- Gleason 7
- Capsule +
- TDM négatif
- Scintigraphie normale

Stade T3

Localement avancé

risque ganglionnaire 38%

Cas clinique n°2

- 75 ans
- Dysurie pollakiurie 4/nuit
- PSA = 15
- TR = induration d'un lobe
- Biopsies + (6/12)
- Gleason 7
- Capsule +
- TDM négatif
- Scintigraphie normale

Curage ganglionnaire
+ ou -
radiothérapie

Curage ilio-obturateur

- De stadification
- Si facteurs pronostiques péjoratifs
 - Stade clinique
 - GLEASON
 - PSA
- Technique
 - Chirurgical classique
 - **COELIOSCOPIQUE +++**



Radiothérapie externe

- > 72 grays, idéalement conformationnelle
- 7 semaines (env. 35 séances)
- Complications :
 - Rectite
 - Cystite
 - Impuissance 60%

Radiothérapie prostatique

- TR + PSA (idem PR)
- Critères
 - PSA < 1ng/ml à 1 an
 - Stabilité ultérieure
- PAS DE CHIRURGIE DE RATRAPAGE

Cas clinique n°3

- 65 ans
- Peu gêné pour uriner
- IDM , ASA2
- Actif sexuellement
- PSA = 8
- Nodule lobe droit
- Biopsies + Gleason 6 capsule -
- Bilan d'extension négatif

Cas clinique n°3

Proposition = curiethérapie

- 65 ans
- Peu gêné pour uriner
- IDM , ASA2
- Actif sexuellement
- PSA = 8
- Nodule lobe droit
- Biopsies + Gleason 6 capsule -
- Bilan d'extension négatif

Entre 60 et 70 ans

Score IPSS < 10 et Qmax>10

CI chirurgie

Préservation théorique

Cas clinique n°3

Proposition = curiethérapie

- 65 ans
- Peu gêné pour uriner
- IDM , ASA2
- Actif sexuellement
- PSA = 8
- Nodule lobe droit
- Biopsies + Gleason 6 capsule -
- Bilan d'extension négatif

Prostate < 50 g
Forme localisée
Bien différenciée

curiethérapie

- Évaluation du volume prostatique par échographie
- Dosimétrie prévisionnelle sur ces images

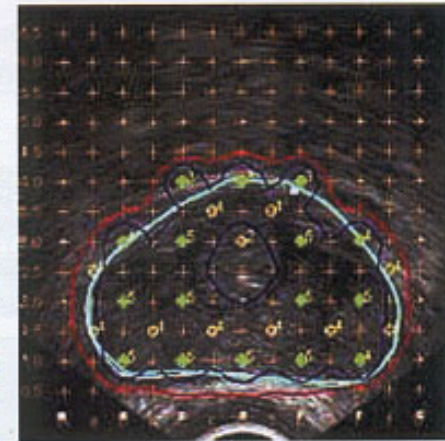
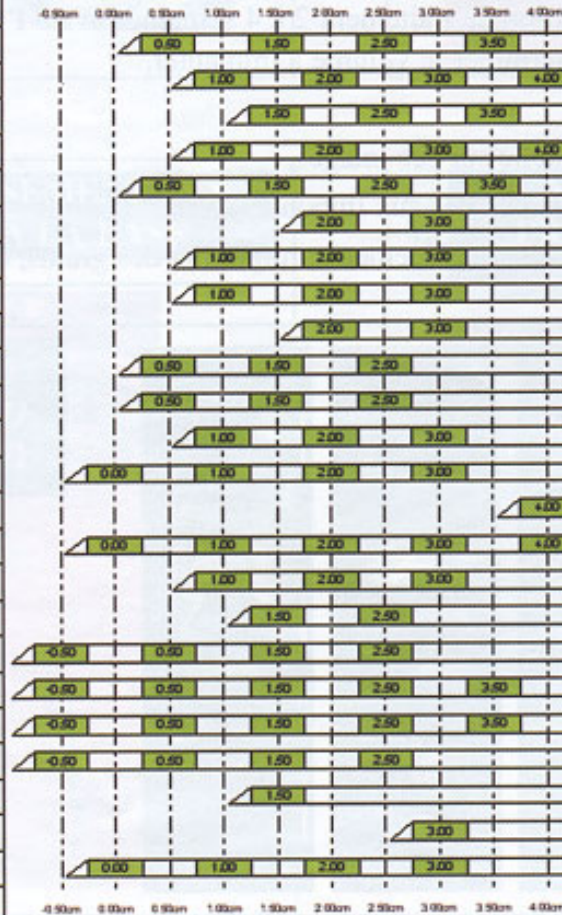
curiethérapie

5

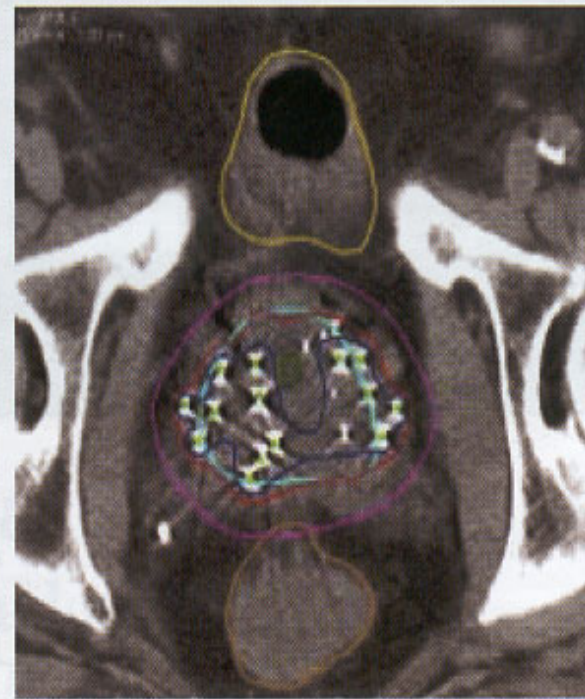
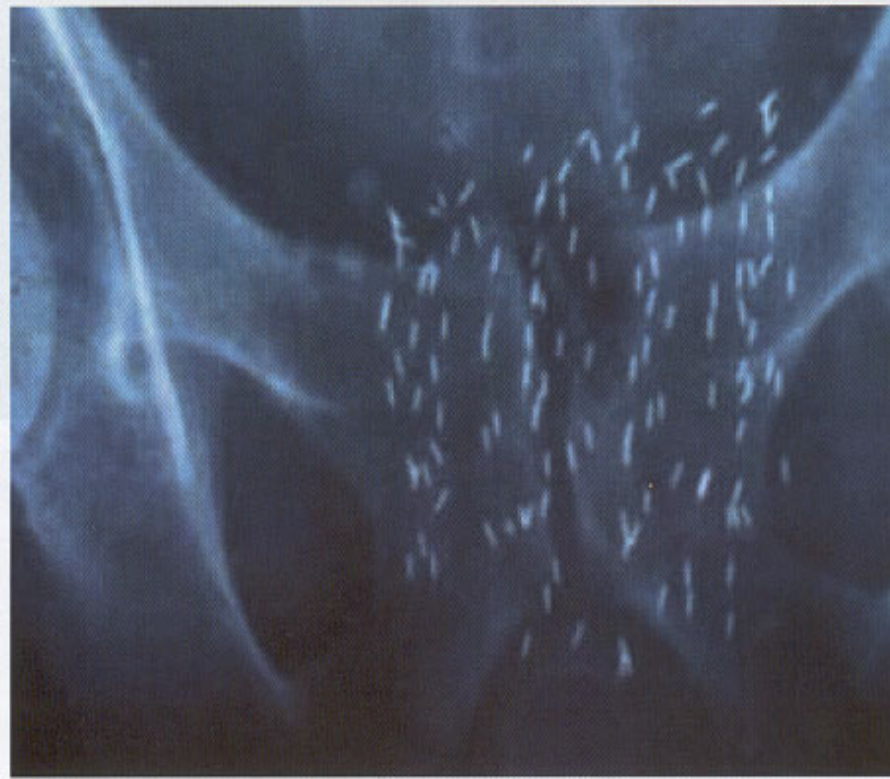
CURIETHERAPIE AVEC DOSIMETRIE PREVISIONNELLE

Needle Number	Retraction (cm)	Site location	Number Seeds
1	0.50	B5	4
2	1.00	F5	4
3	1.50	G5	3
4	1.00	H5	4
5	0.50	I5	4
6	2.00	B6	2
7	1.00	D6	3
8	1.00	J6	3
9	2.00	L6	2
10	0.50	C7	3
11	0.50	K7	3
12	1.00	B8	3
13	0.00	D8	4
14	4.00	B8	1
15	0.00	B	5
16	1.00	L8	3
17	1.50	A9	2
18	-0.50	C9	4
19	-0.50	E9	5
20	-0.50	G	5
21	-0.50	I9	4
22	1.50	M9	1
23	3.00	S10	1
24	0.00	D10	4

● - Special loading



Curiethérapie avec dosimétrie conformationnelle



Cas clinique n°4

- 60 ans
- Douleurs lombaires
- DPK d'aggravation rapide
- PSA = 112
- TR prostate indurée fixée
- Gleason 8
- Capsule +
- TDM = ADP +
- Scinti = fixations multiples

Cas clinique n°4

- 60 ans
- Douleurs lombaires
- DPK d'aggravation rapide
- PSA = 112
- TR prostate indurée fixée
- Gleason 8
- Capsule +
- TDM = ADP +
- Scinti = fixations multiples

Blocage androgénique
Traitements associés

Hormonothérapie

- Blocage androgénique
 - Anti-androgènes
 - Agonistes de la LHRH
 - Modalités
- Traitements de 2^o ligne
 - Estracyt, ST52, Distilbene
 - chimiothérapie

Traitements palliatifs

- De la douleur :
 - Antalgiques
 - Diphosphonates
 - Radiothérapie externe ou métabolique
- De l'obstruction :
 - RTUP, sonde urétérale, néphrostomie

Les points forts (1)

- Le diagnostic précoce du KP offre au patient les meilleures chances de guérison. Il repose sur un dépistage individuel. L'AFU recommande un suivi annuel TR+ PSA à partir de 50 ans (40 ans si famille à risque)
- Le PSA varie en fonction de l'âge et du volume prostatique.
- Le rapport PSA L/T est utile quand PSA entre 2 et 10
 - Il est suspect quand $<10\%$
 - Douteux entre 10 et 25%
 - Plutôt rassurant $>25\%$

Les points forts (2)

- L'échographie endo-rectale
 - est un examen de 2^{ème} intention
 - tenant compte du TR et du PSA
 - idéalement réalisé par l'urologue
 - lui permettant en outre de planifier les biopsies
- La prostatectomie reste le traitement de référence des formes localisées (T1-T2)