

Cancer de la prostate

Clinique

PSA

Dépistage

Stadification

Pr. Paul Perrin
Lyon Sud



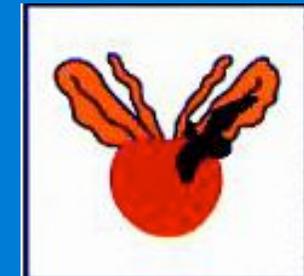
Différents stades

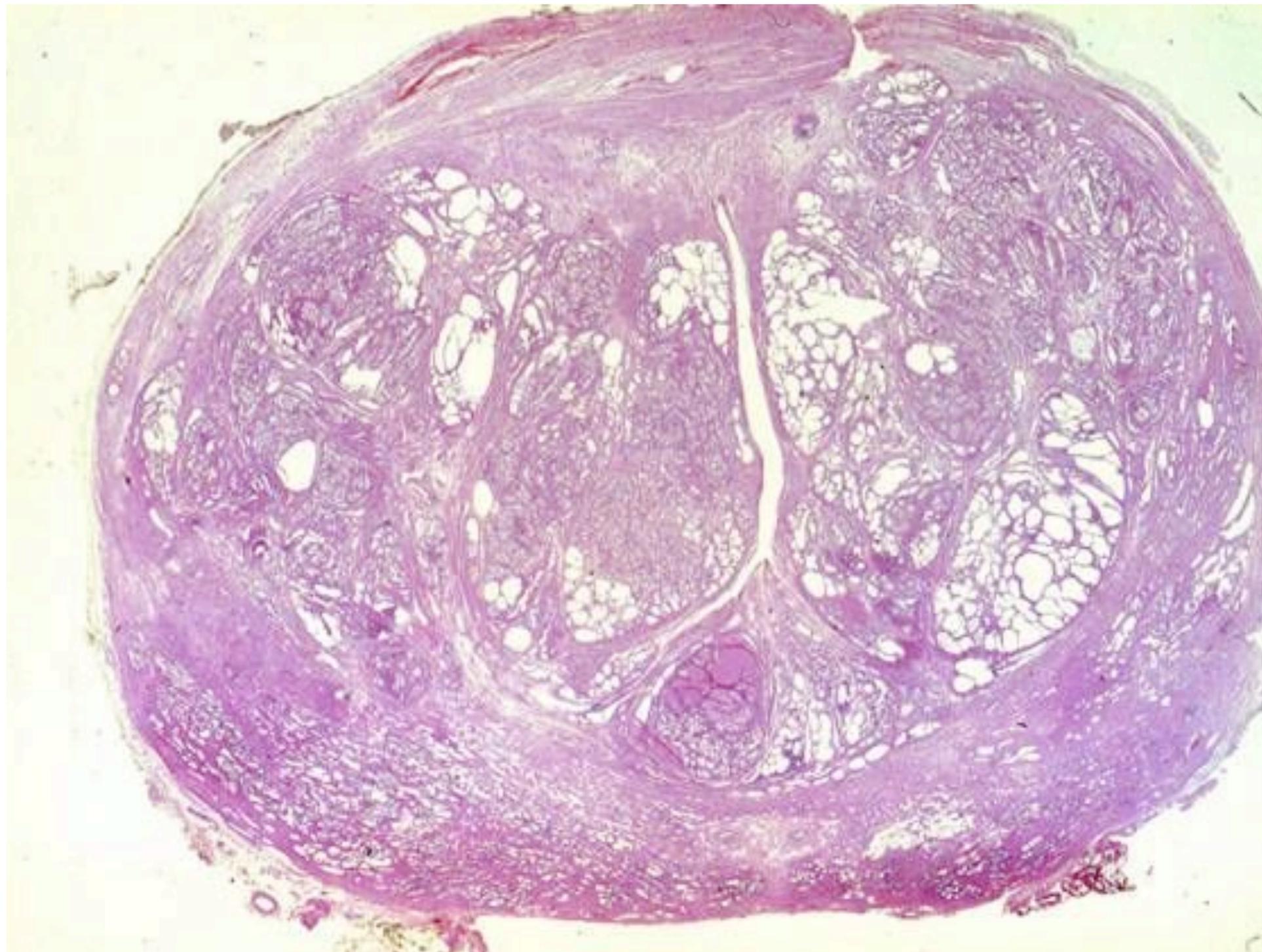
Insignifiant

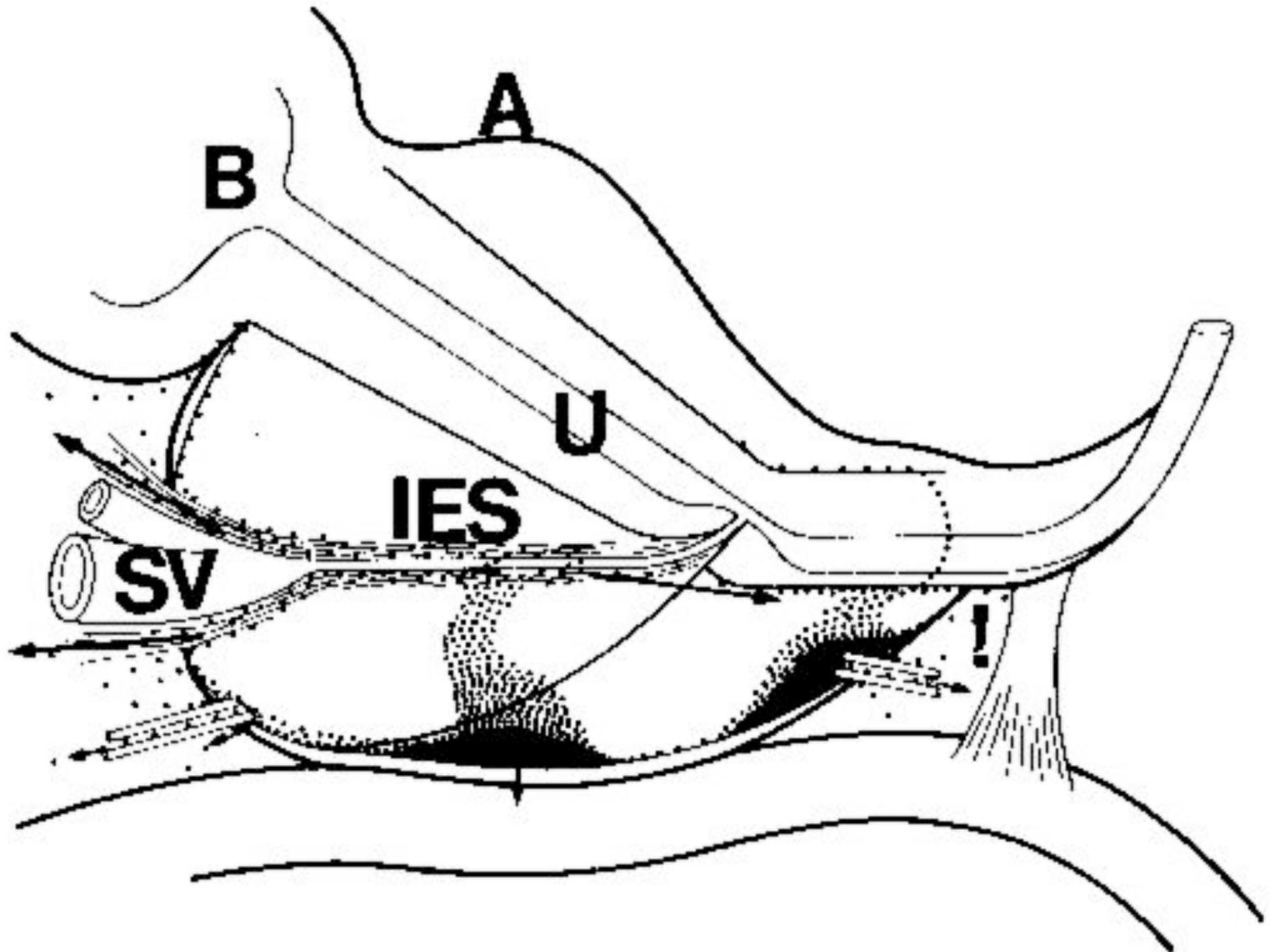
Localisé

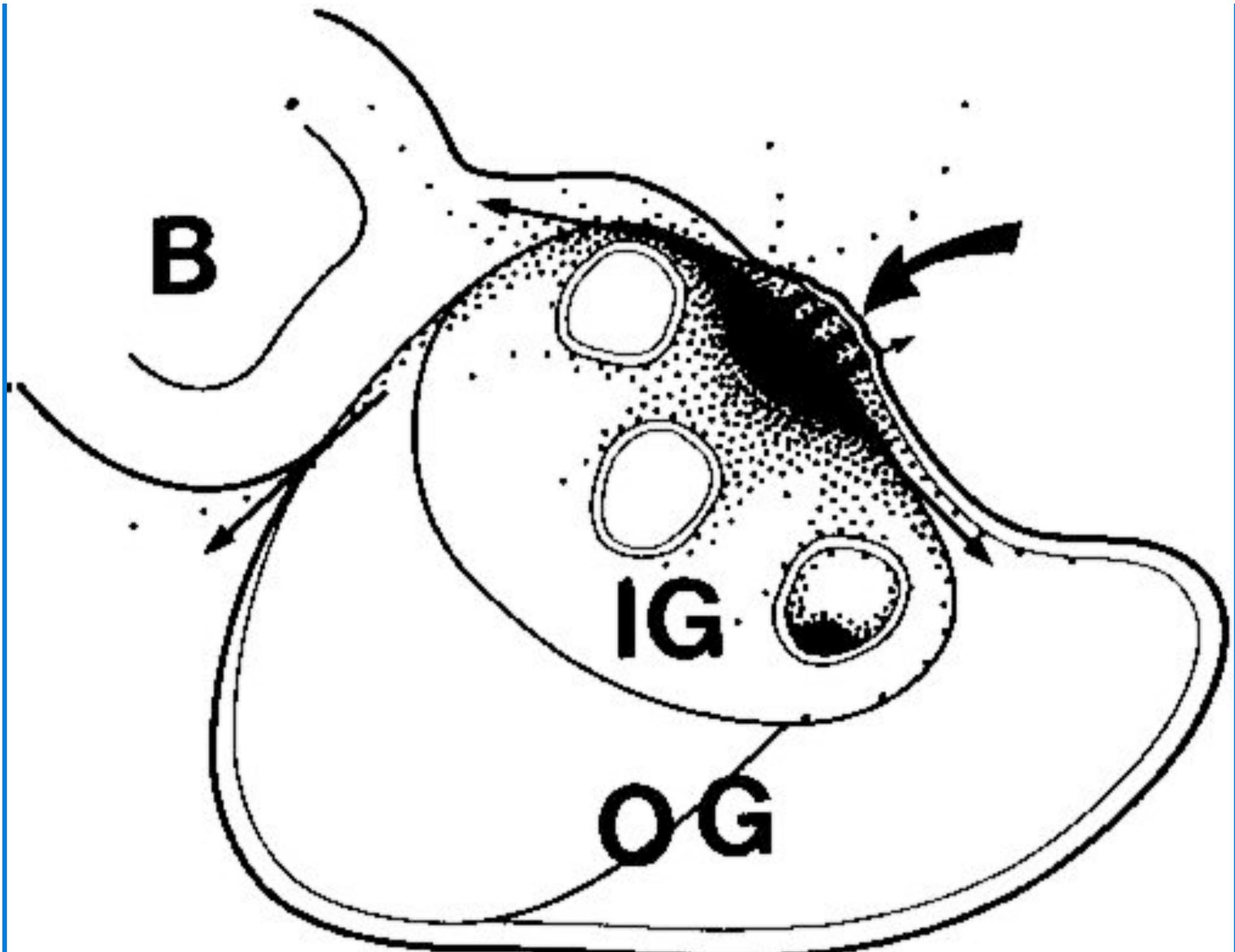
Localement avancé

Métastatique









Circonstances de découvertes

	TNM	Circonstances de découvertes
Insignifiant	T1a	REUP, PSA, Bx ..
Localisé	T1b-T2	PSA, TR → Bx
Localement avancé	T3-4	TR, PSA, Symptômes
Métastatique	N+ - M+	Douleurs

Les outils de la recherche du cancer

1 - les éléments de suspicion :

toucher rectal

taux de PSA

2 - l'élément diagnostique :

la biopsie prostatique

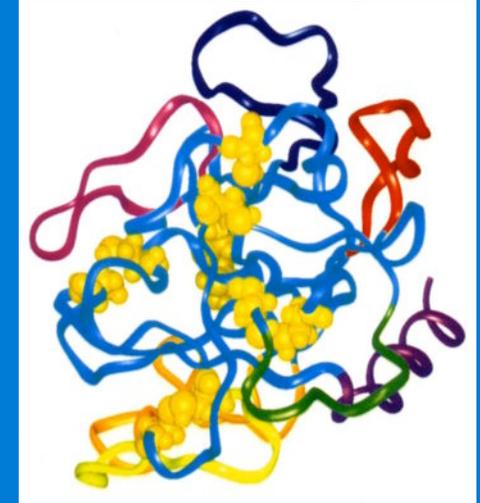
Le toucher rectal



TR anormal	50 - 59	60 - 69	70 - 79	>80
Probabilité cancer %	17	22	25	40
Taux détection	1.7	1.4	5.2	10.8
N	2318	2824	1106	124

SMITH D.S., Urology, 45:70-74, 1995

Le taux de PSA



PSA (ng/ml)	Carvalhal	Eastham	Catalona
0.0 - 1.0	5 %	2.8 %	
1.0 - 2.5	14 %	10.5 %	
2.5 - 4.0	30 %	22 %	
4.0 - 10.0			40.8 %
> 10.0			69.1 %

Valeur du toucher rectal anormal en fonction du taux de PSA (% de cancers)

PSA ng/ml	0 - 2.5	2.6 - 4	4.1 - 10	> 10
TR -	1 %	20 %	35 %	60 %
TR +	7,5 %	25 %	45 %	75 %

CATALONA W.J., JAMA, 279, 1542-1547, 1998

BABAIAN R.J., J. Urol., 165:757-760, 2001

in Prostate Cancer Surgery, Juma Press, edited by THOMPSON I.M.,

RESNICK M. et KLEIN E. + GANN P., JAMA, 273:289-294, 1995

Y-a-t-il une place pour les « produits dérivés » du PSA ?

- PSA « vélocité » 0.75 ng/ml
- PSA Libre / Total < 20 %
- PSA densité > 10 %

% PSA libre Prob. de ca.

0 - 10 56 %

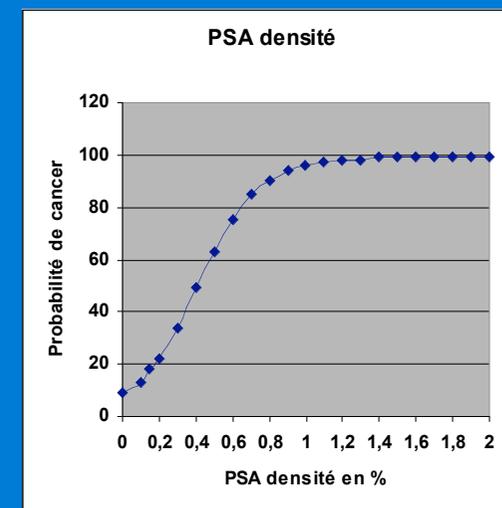
10-15 28 %

15-20 20 %

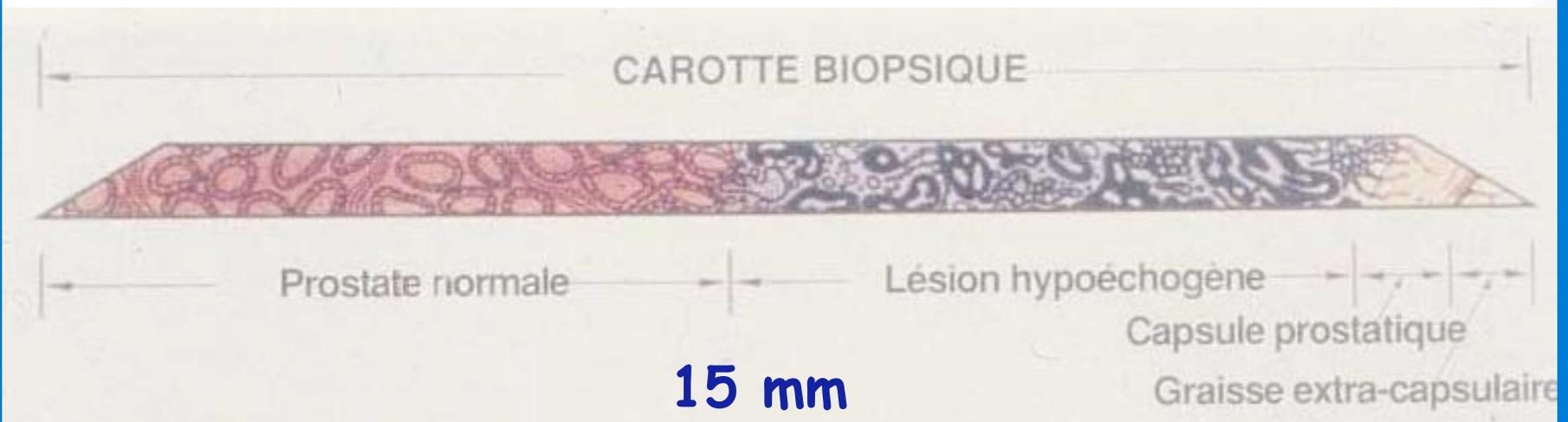
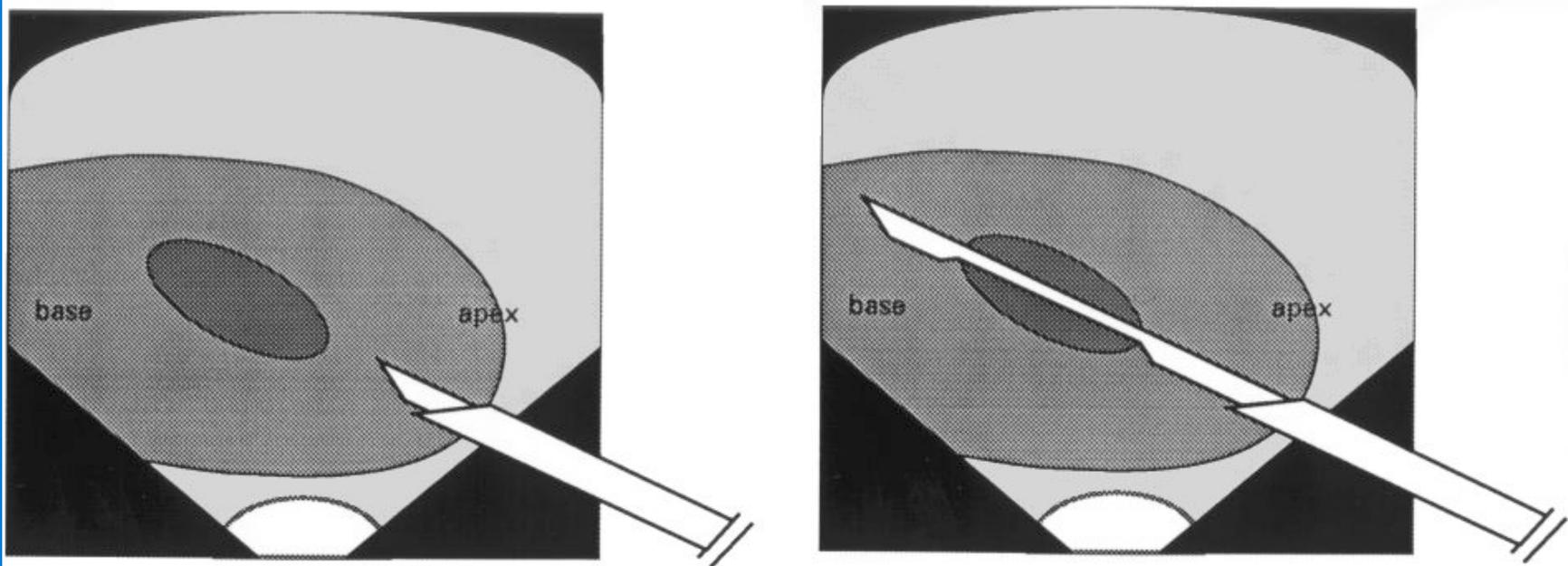
20-25 16 %

> 25 8 %

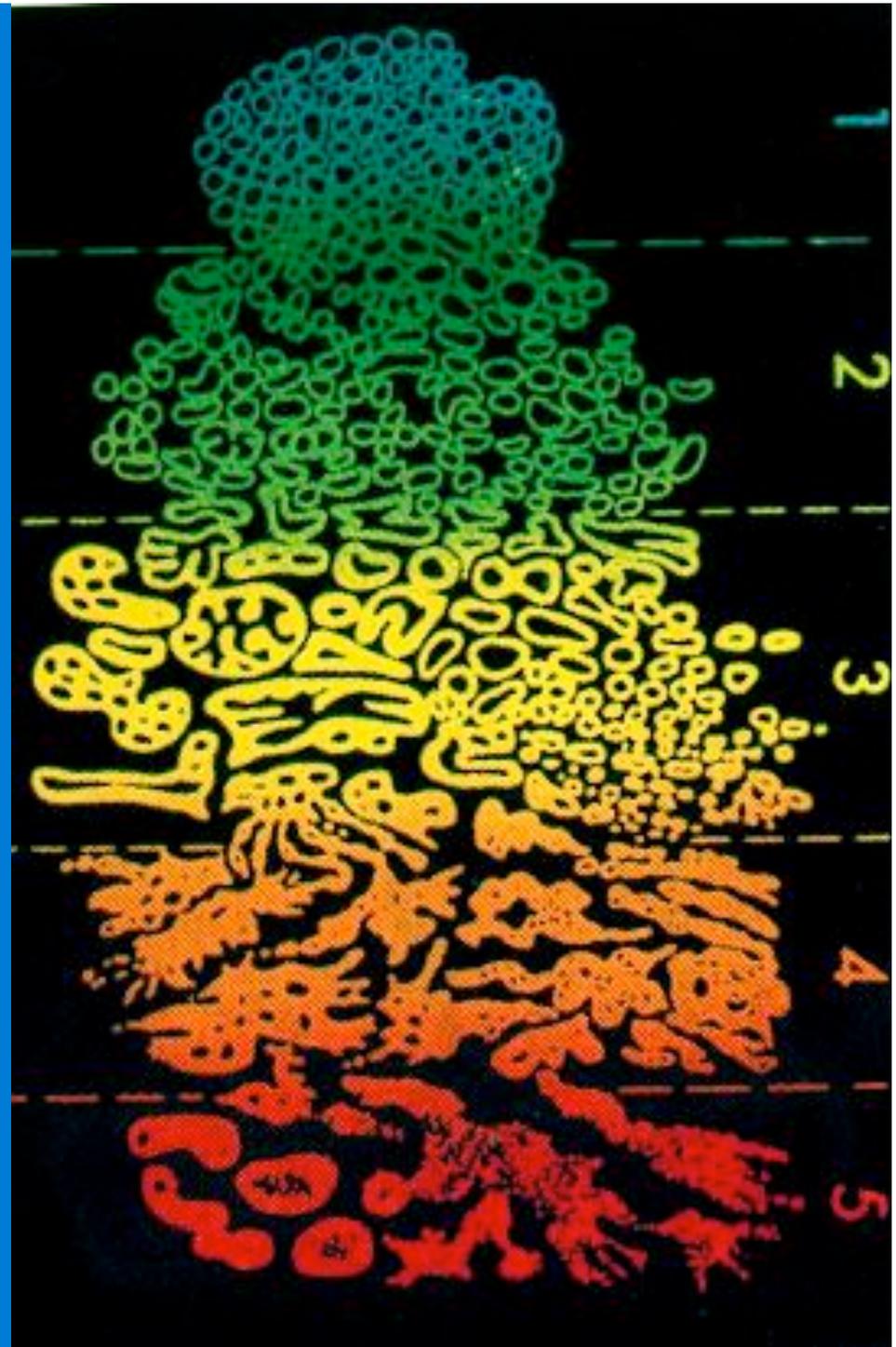
Population : 50-64 ans*



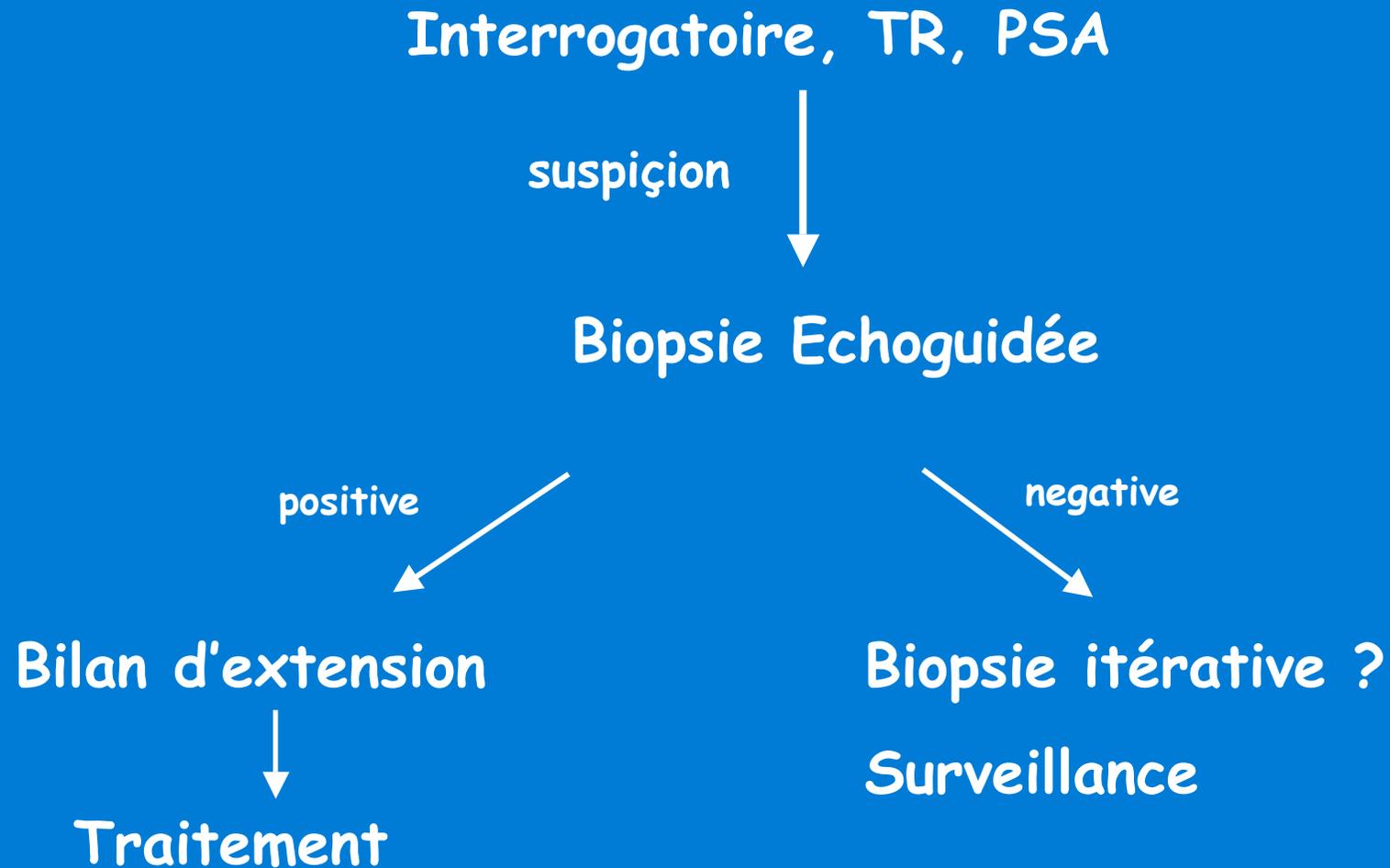
Biopsie échoguidée



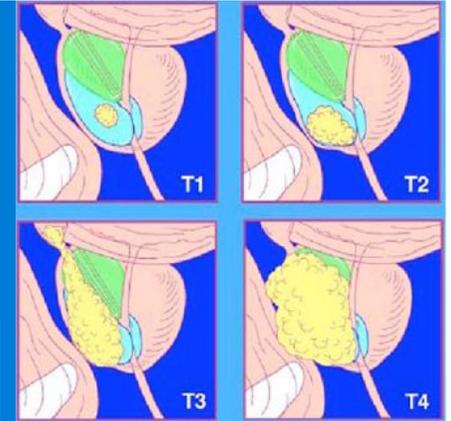
Score de Gleason



Cancer de la prostate



Bilan d'extension



Local :

T.R, PSA, Biopsies, Echo

PSA > 10 mg/ml, et/ou score de Gleason > 6,
et/ou flexion 4 de Gleason: Bilan Général

↓
Scinti. Os.
TMD/RMN

↓
Lympho. R.M.
Curage Ggl

Indications

	Espérance de vie	
	> 10 a	< 10a.
Insignifiant	Surveillance	Rien ?
Localisé	Traitement curateur	Surveillance ?
Localement avancé	Tt curateur/ Tt palliatif ?	Tt palliatif
Métastatique	Traitement palliatif	

Dépistage : une controverse ?

Campagne de presse

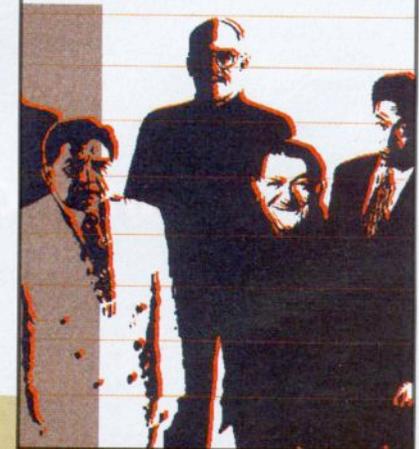
Du côté de l'Uro

s'est tenu à Paris en novembre dernier. Il a réuni
800 IDE, 160 secrétaires et 300 urologues
française qui s'élargit progressivement à toute
résidence du Professeur Jean-Pierre SARRAMON
e Professeur Philippe MANGIN de Nancy.
taines ont fait l'objet de conférences de presse.



cancer de la prostate et dépistage

Recommandations de
l'Association Française d'Urologie



Dépistage du Cancer de la Prostate : c'est enfin parti !

A partir de janvier 2003, l'Association Française d'Urologie (AFU), en accord avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, lance une **campagne d'information** auprès des médecins généralistes, des spécialistes et du grand public autour du **dépistage du cancer de la prostate**. Ce cancer est le 2^e cancer (après celui du poumon) le plus répandu chez l'homme avec plus de 30 000 nouveaux cas par an.

Ce dépistage va être proposé **dès l'âge de 45 ans** s'il existe un **antécédent de cancer** de prostate **familial** ou si le patient est d'origine **africaine et antillaise**, à **partir de 50 ans** pour les autres et ce jusqu'à 75 ans. Ce dépistage consiste en un **dosage du PSA** (prostate spécifique antigène) annuel et un **toucher rectal** tous les ans.

L'AFU rappelle qu'un cancer de prostate diagnostiqué avant 65 ans tue 75 % des patients s'il n'est pas traité.

Le dépistage n'a pas d'intérêt pour les hommes de plus de 75 ans dont l'espérance de vie est inférieure à 10 ans, sauf en cas de symptomatologie urologique ou générale qui peuvent avoir un lien avec un cancer de prostate localisé ou métastasé.

Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate

En conclusion, les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un *dépistage de masse* du cancer de la prostate.

Il semble indispensable de conduire une réflexion complémentaire sur l'information au patient et sur l'opportunité d'un dépistage individuel par la bonne prescription du dosage du PSA.

Il faut éviter l'ambiguïté !

- **Dépistage de masse :**

- décidé à l'échelle d'une population ciblée par un facteur de risque (âge) par une instance supérieure (Etat, Collectivités, Entreprises),
- ne peut être mis en place sans avoir fait la **preuve de son bénéfice** pour la population (diminution de la mortalité par cancer dans la population)

- **Détection précoce :**

- décidée à l'échelle individuelle par le couple patient - médecin,
- mise en place sur la **conviction** que la détection précoce apporte un bénéfice (diminution de la morbidité et/ou un allongement de la survie).

1-Cancer de la prostate est fréquent et potentiellement dangereux.

2-TR et PSA sont les piliers de la recherche du cancer

3-La biopsie est base du diagnostic

4-Le bilan d'extension repose sur :

le TR

le taux de PSA

l'analyse des fragments biopsiques

la scintigraphie osseuse

5-Il permet de classer les cancers en :

- probablement intra-prostatique
- probablement extra-prostatique

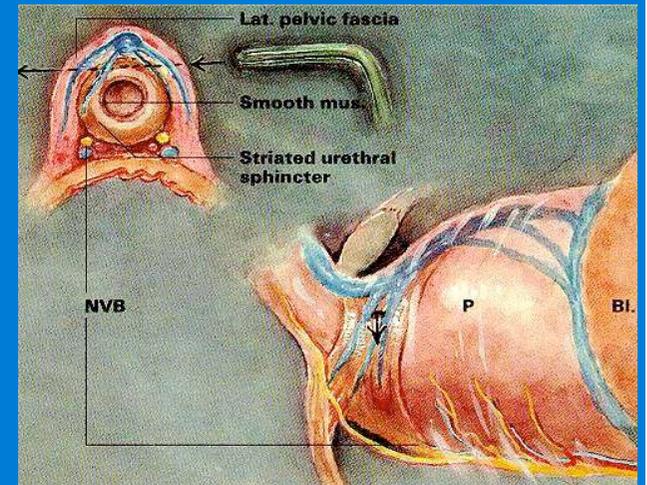


Traitements curateurs

- Prostatectomie radicale
 - Radiothérapie conformationnelle
-

- Curithérapie
- Ultrasons focalisés

Prostatectomie radicale



<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
Stadification	Chirurgie
Rx* adjuvante	Impuissance (30-80%)
Q. de vie	Incontinence (2%)
Contrôle tumorale	

Radiothérapie conformationnelle

<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
Pas de chirurgie	Stadification
Sexe : + 2 ans	Cystite radique
Contrôle tumoral	Rectite radique

Curithérapie

Ultrasons focalisés

Traitement palliatifs

Orchiectomie

Œstrogène

Anti-androgène

stéroïdien

non-stéroïdien

Analogue LH-RH

Conclusions

		Pas d'évolution
Insignifiant	10%	90%
Localisé	40%	80%
Localement avancé	20%	50%
Métastatique	30%	10%