

# Cancer de la prostate

Clinique

PSA

Dépistage

Stadification

Pr. Paul Perrin  
Lyon Sud



# Différents stades

Insignifiant

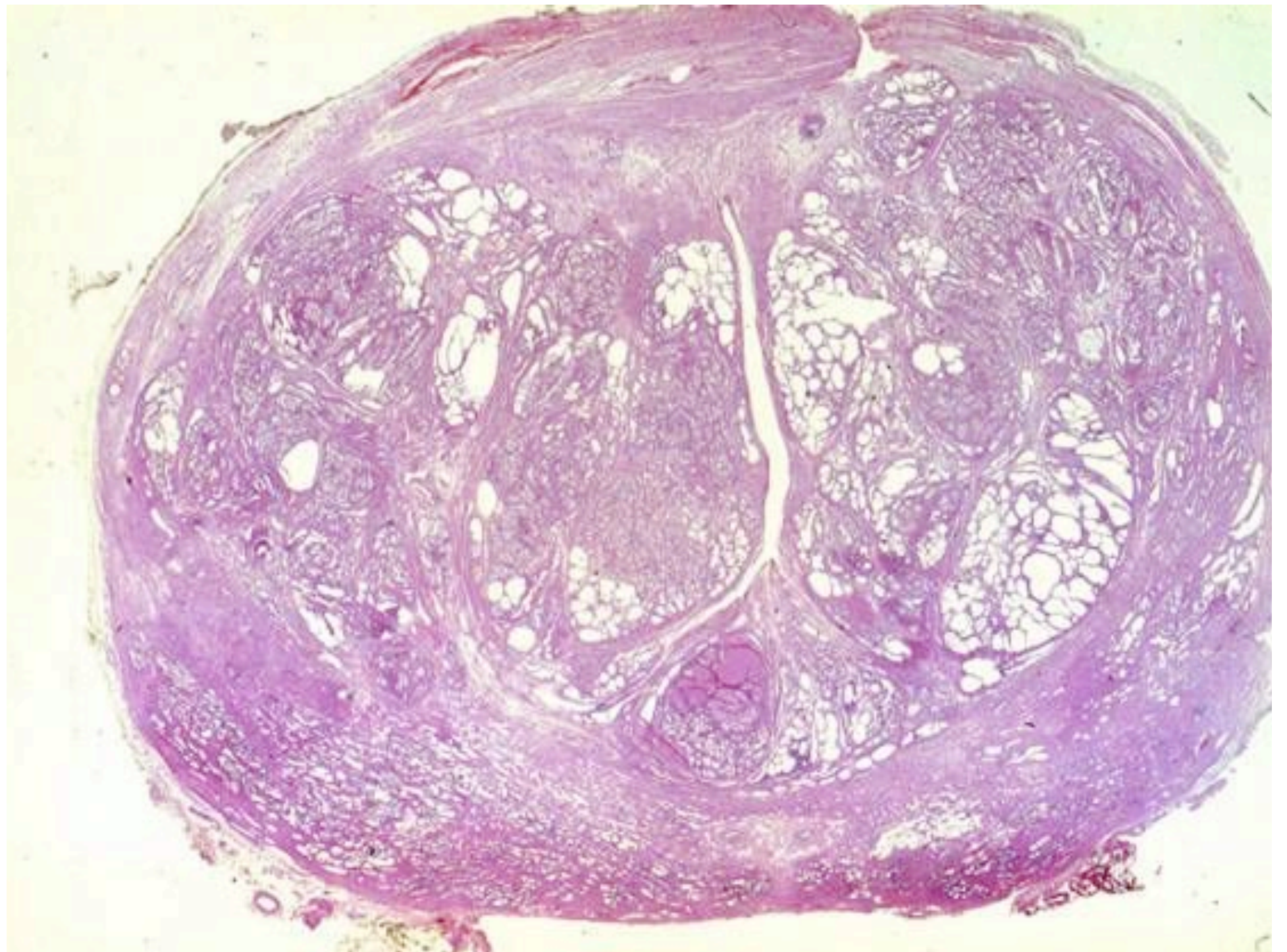
Localisé

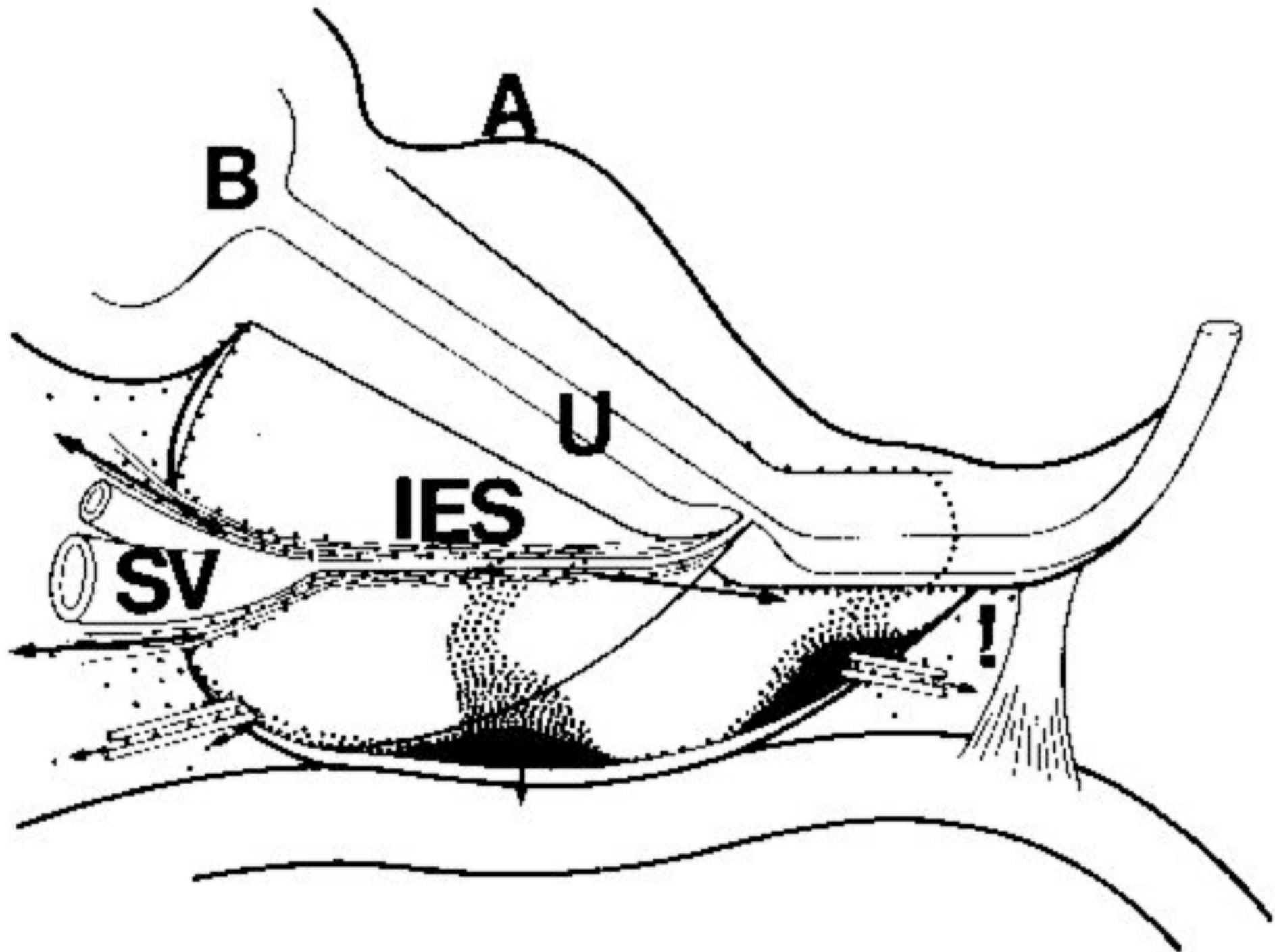
Localement avancé

Métastatique

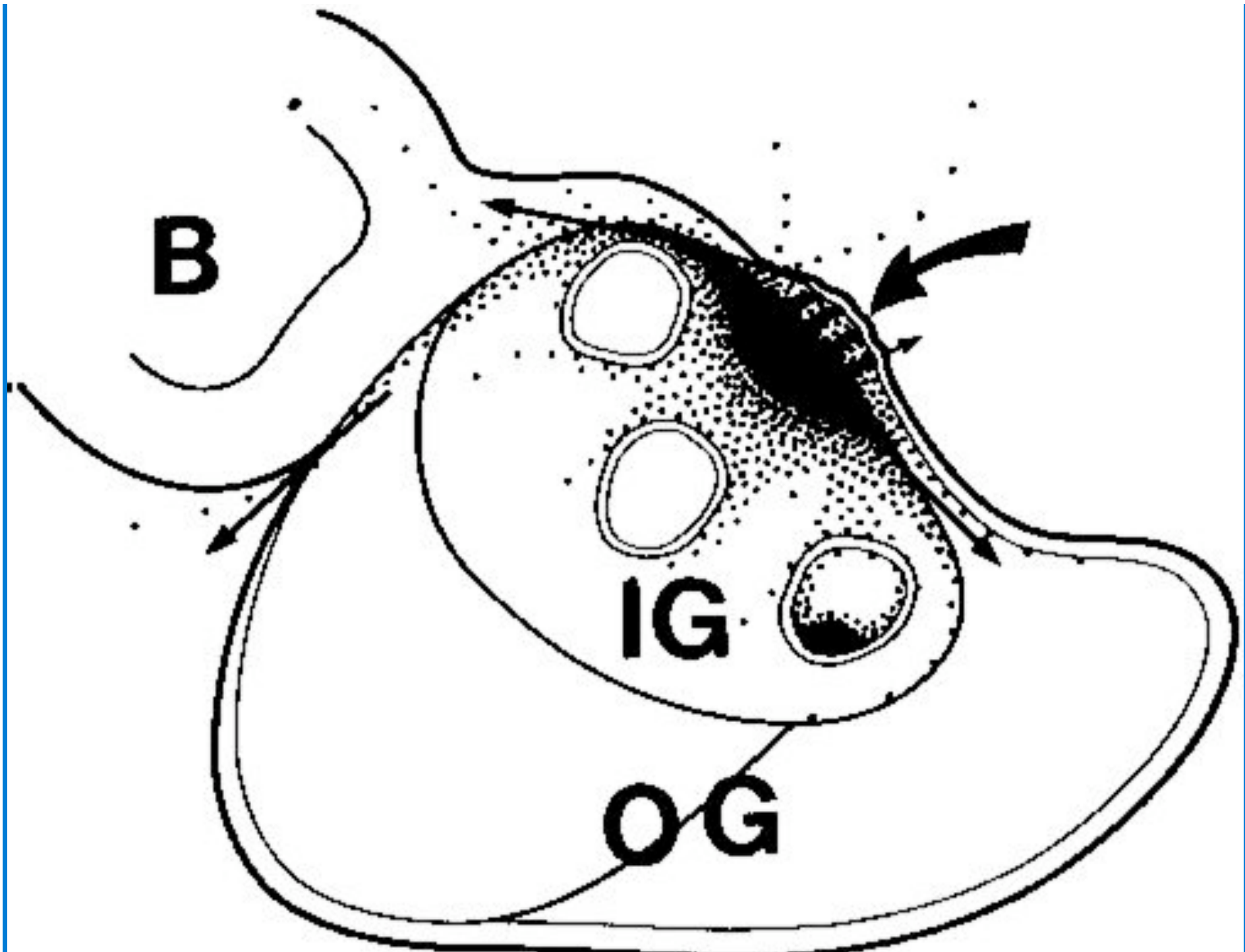












# Circonstances de découvertes

|                   | TNM     | Circonstances de découvertes |
|-------------------|---------|------------------------------|
| Insignifiant      | T1a     | REUP, PSA, Bx ..             |
| Localisé          | T1b-T2  | PSA, TR $\Rightarrow$ 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 %

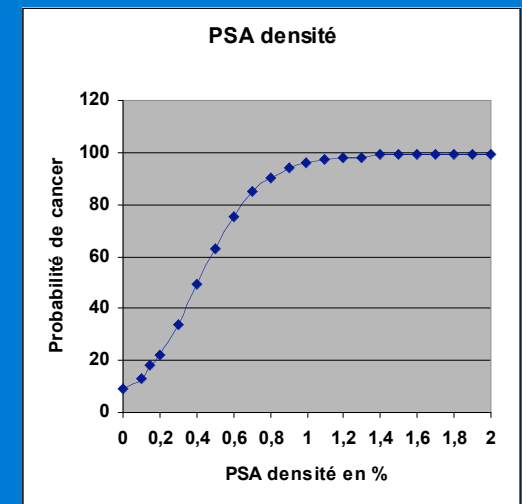
10-15 28 %

15-20 20 %

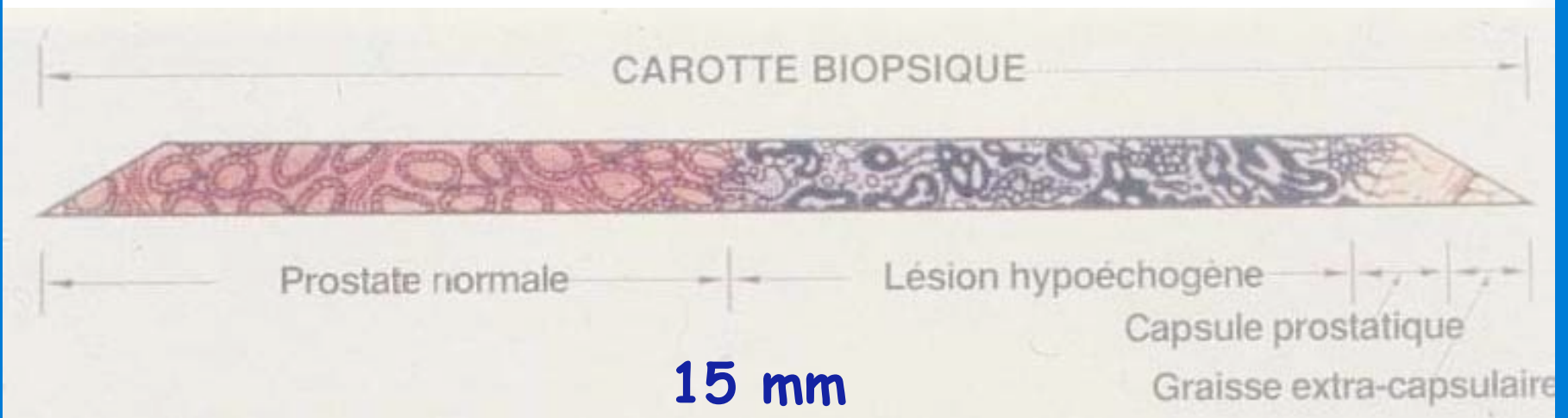
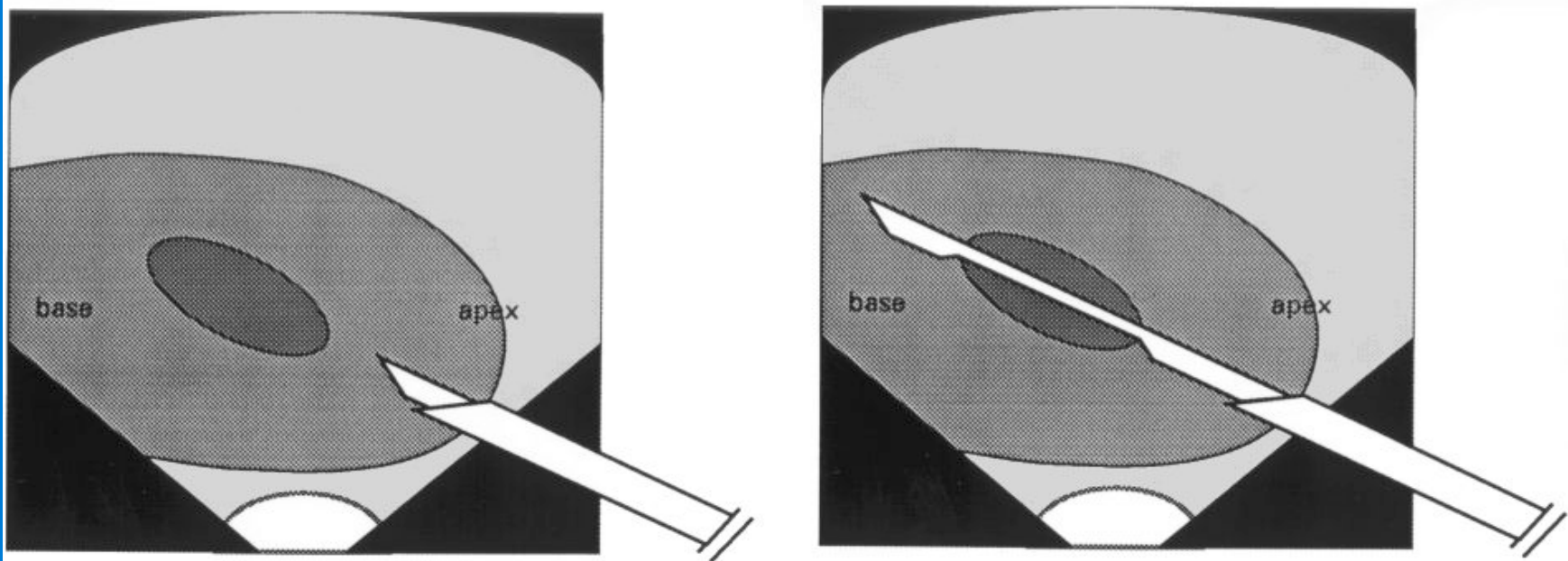
20-25 16 %

> 25 8 %

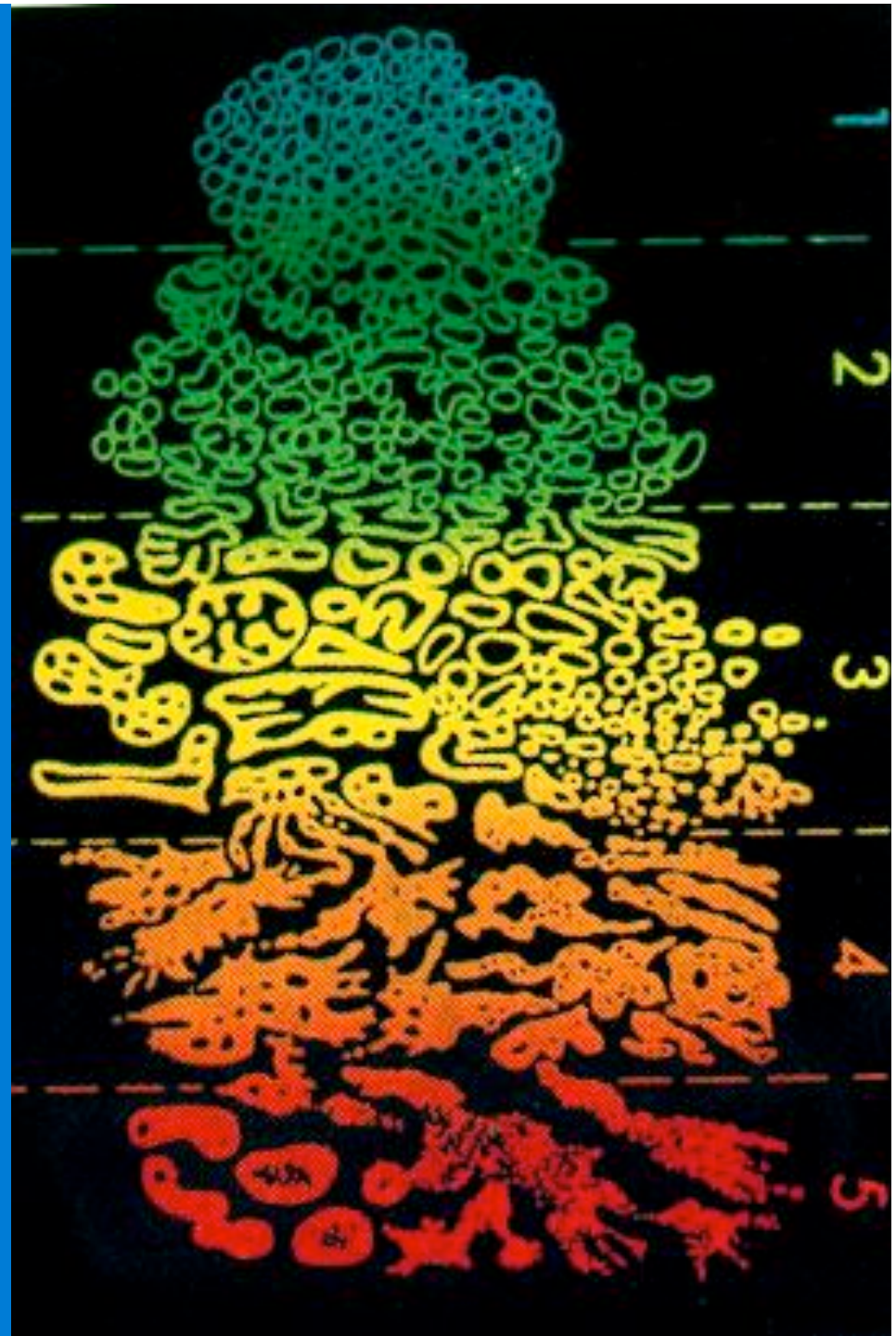
Population : 50-64 ans\*



# Biopsie échoguidée

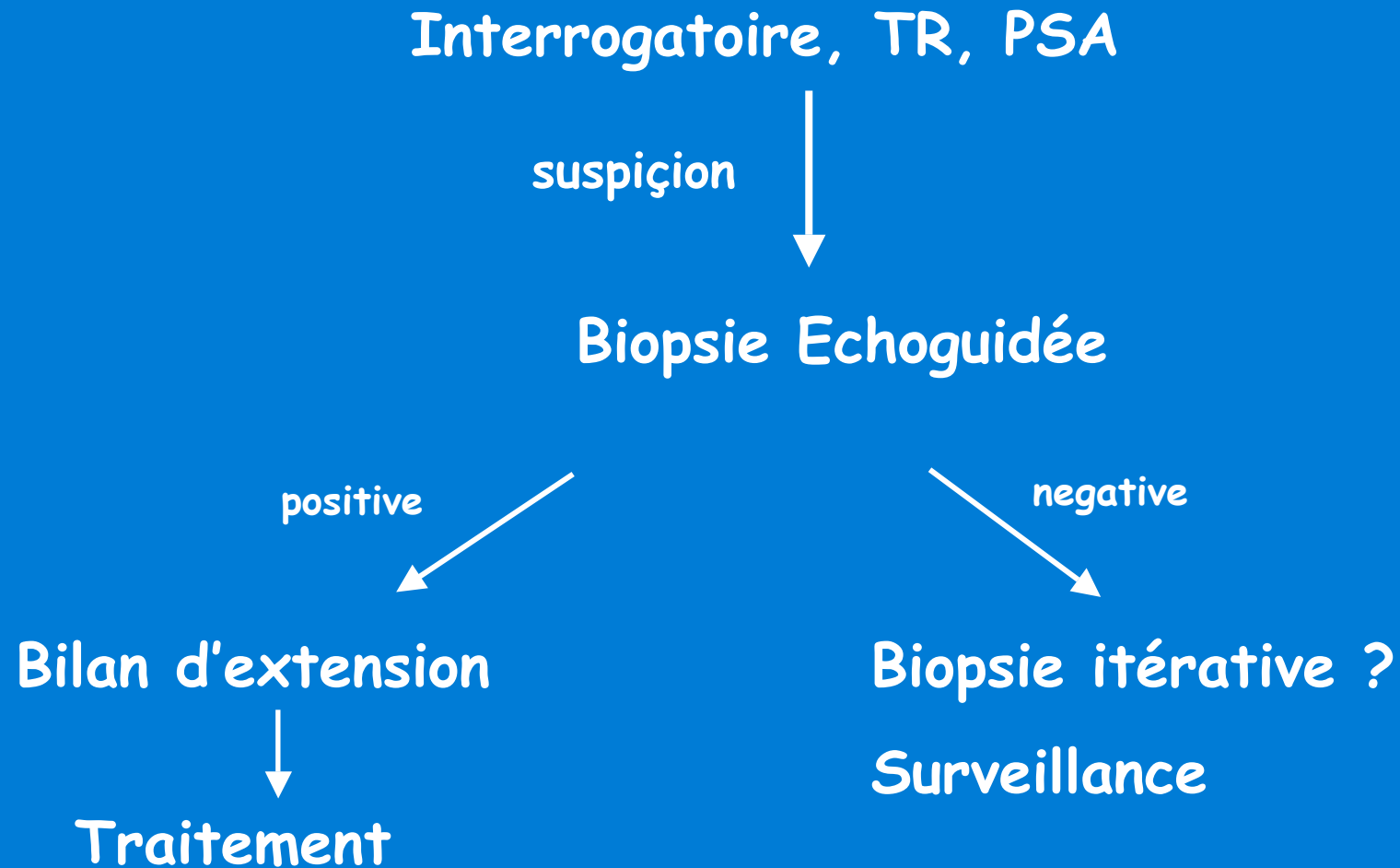


# Score de Gleason

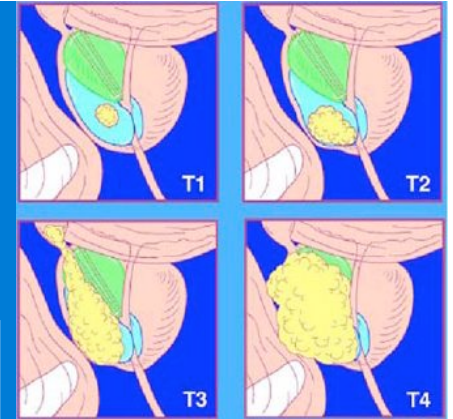




# Cancer de la prostate



# 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/<br>Tt palliatif ? | Tt palliatif   |
| Métastatique      | Traitement palliatif           |                |

**Dépistage : une controverse ?**



## Campagne de presse

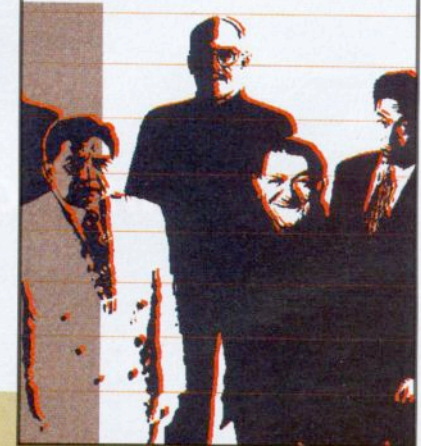
# Du côté de l'Uro

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<sup>e</sup> 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.

© Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

# 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



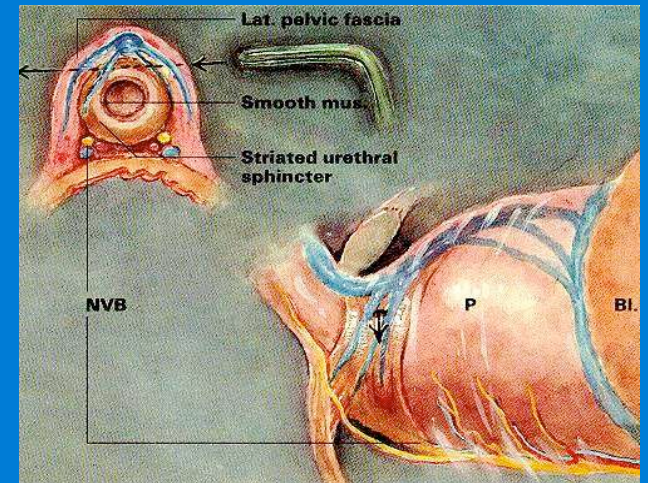


# Traitements curateurs

- 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%             |