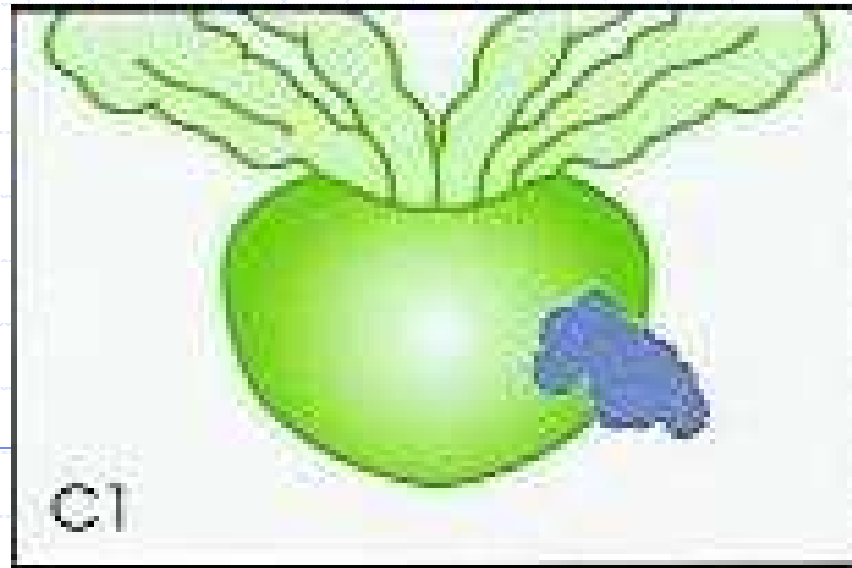
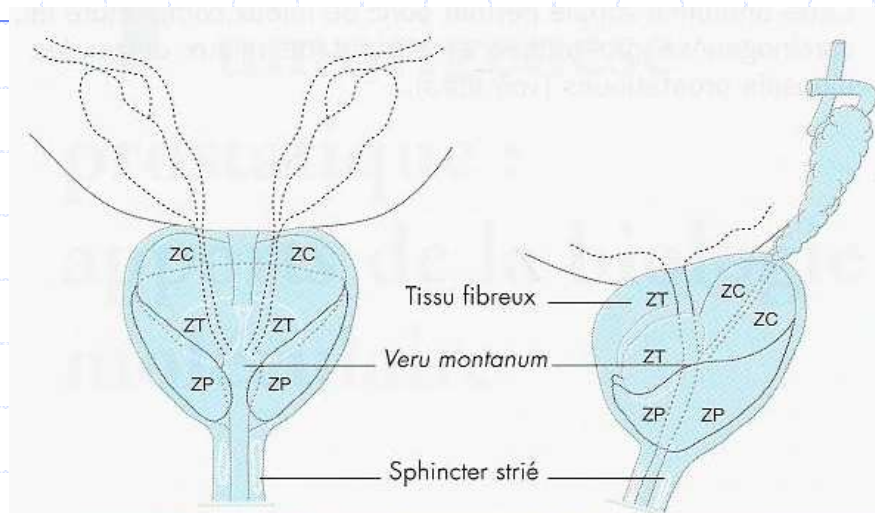


Cancer de prostate



Anatomie zonale interne



La zone antérieure ne comporte pas de glandes

L'hyperplasie de la zone de transition donne lieu à l'HBP
20 % des cancers naissent dans cette région

La zone périphérique est le siège de 70 % des cancers

La zone centrale, traversée par les canaux éjaculateurs,
est le siège privilégié des infections. 10 % des cancers y
prennent naissance.

Une très grande fréquence

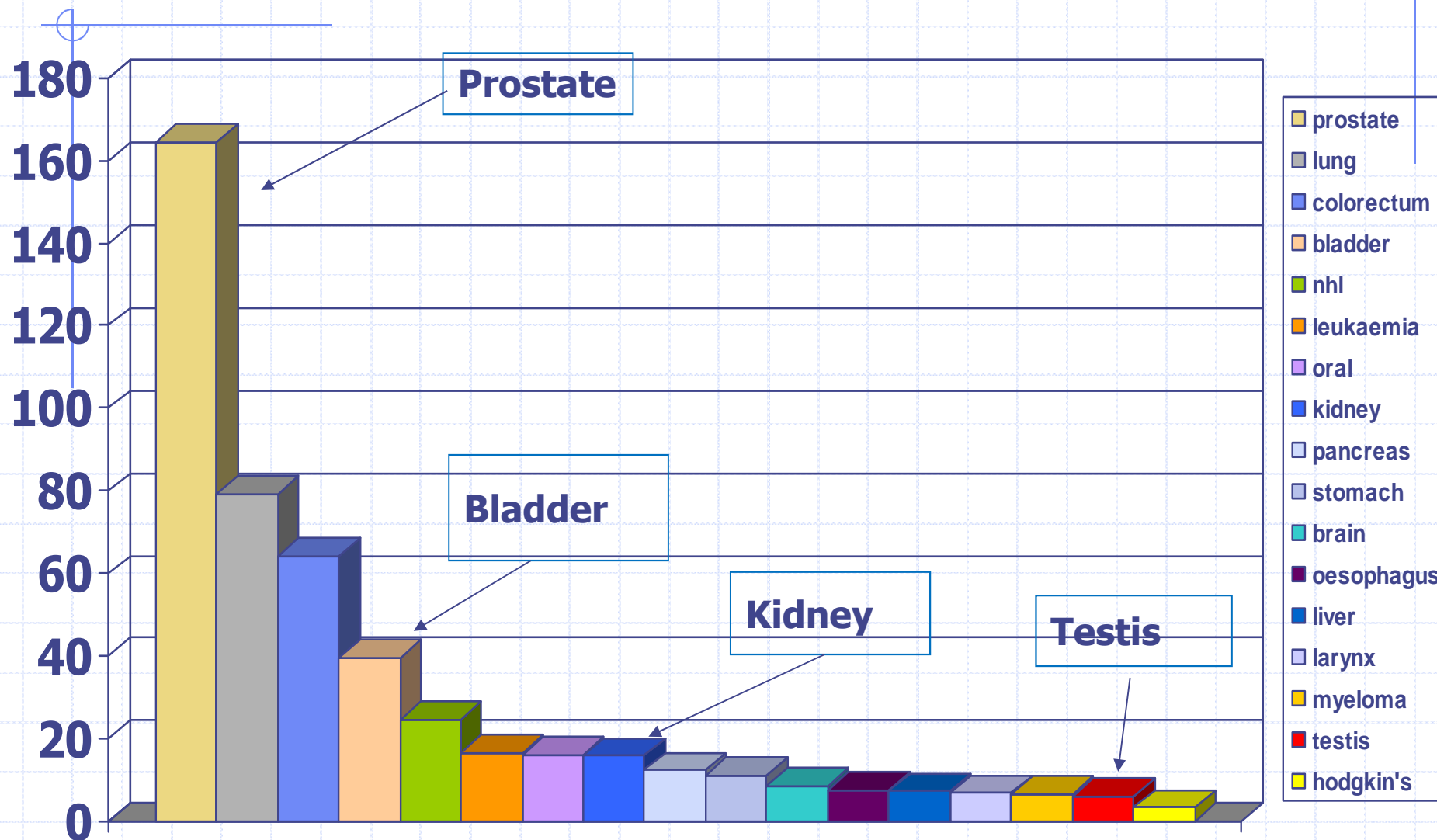
- ◆ 1er cancer de l'homme en France
- ◆ 1er cancer de l'homme aux USA
 - Environ 50 % des nouveaux cancers masculins
- ◆ Incidence en hausse qui suit l'évolution démographique
 - « papy boom »

Une épidémiologie originale

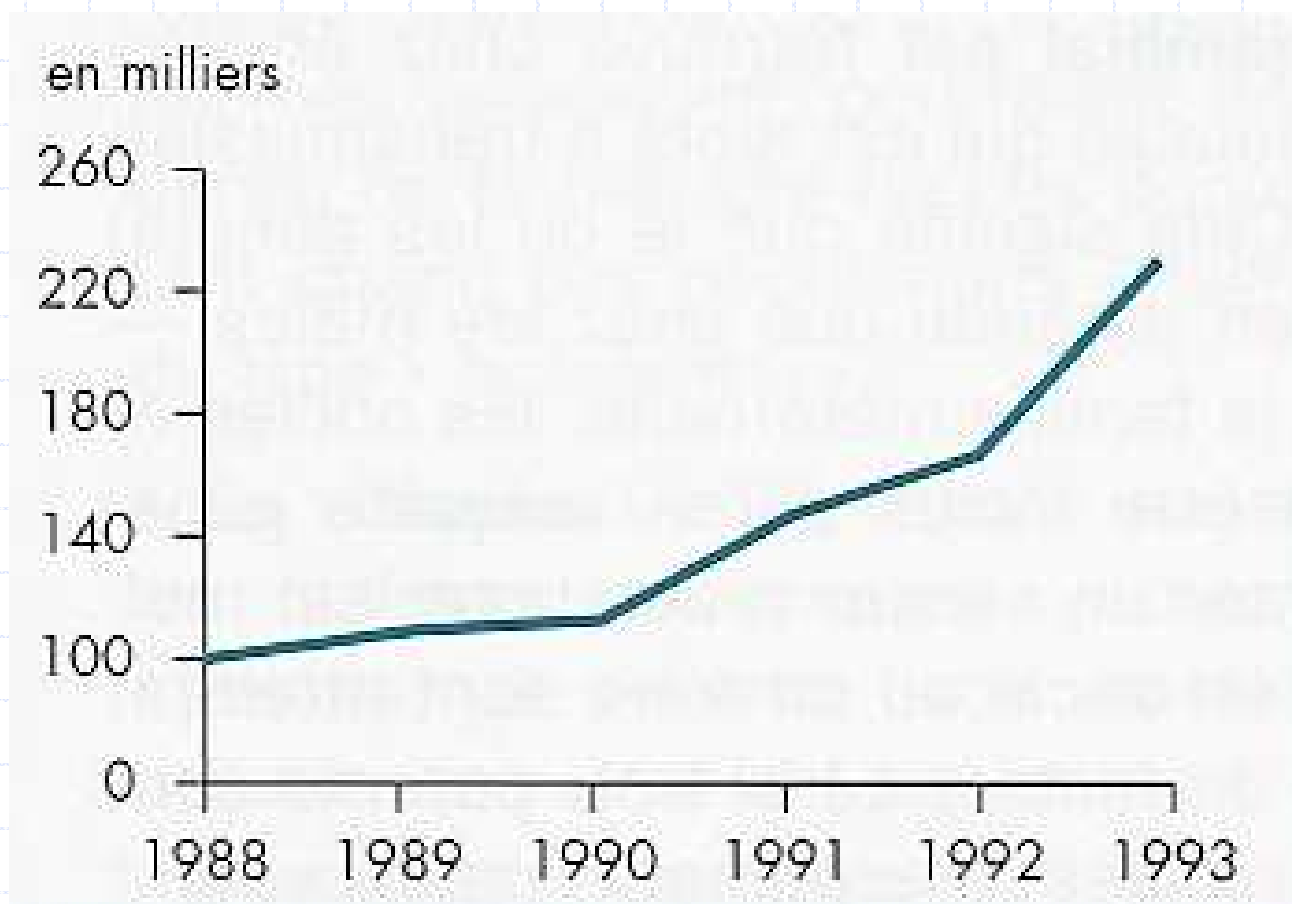
- ◆ Cancer très fréquent
- ◆ Exceptionnel avant 50 ans
- ◆ D'évolution imprévisible

Epidémiologie très différente des autres cancers

Incidence des cancers US (1996-2000)



Une « épidémie ? »



Facteurs de risque

◆ Age

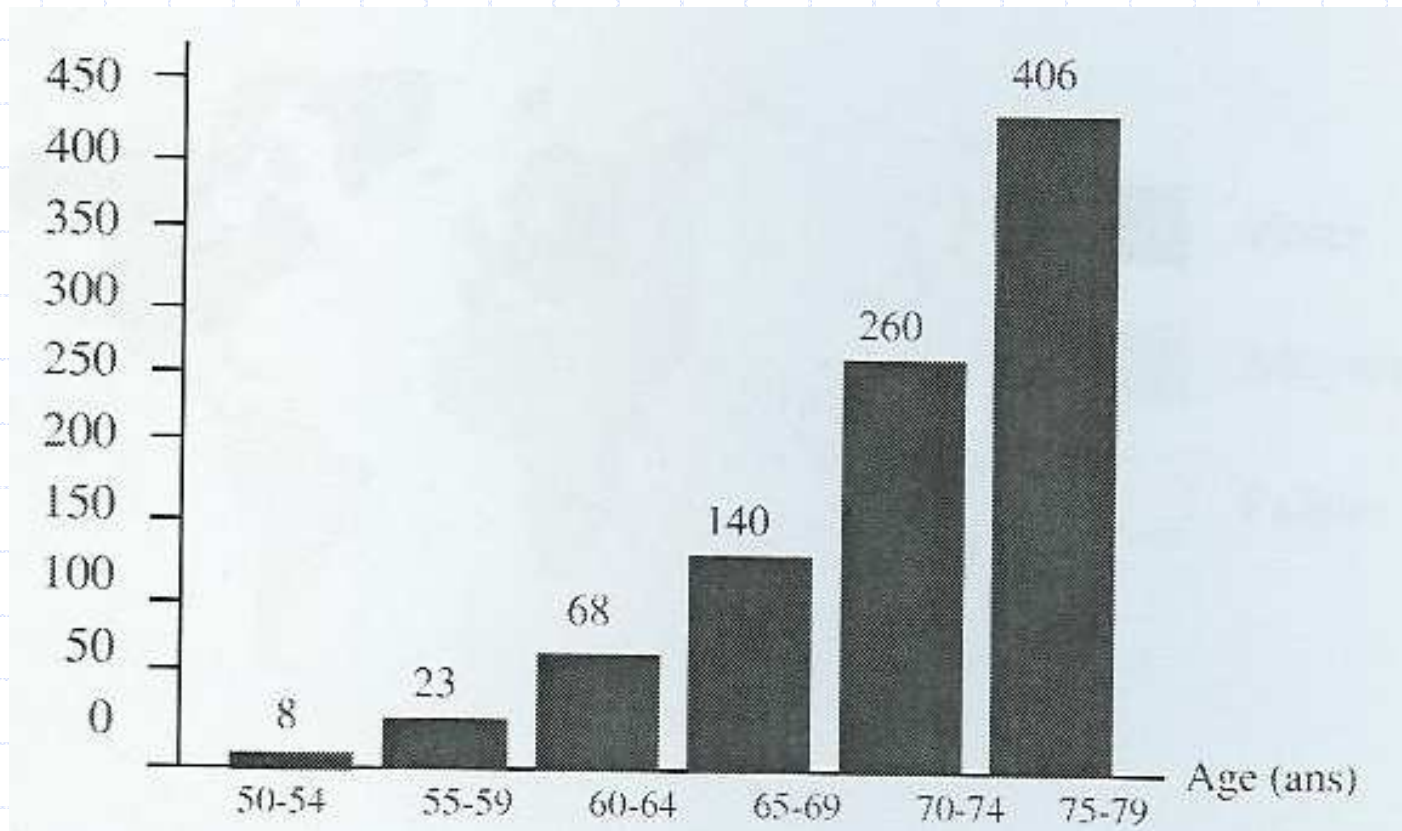
◆ Facteurs génétiques

- **9% des CaP sont familiaux**
- **A évoquer si âge < 60 ans**
- **Intérêt d'une enquête familiale**

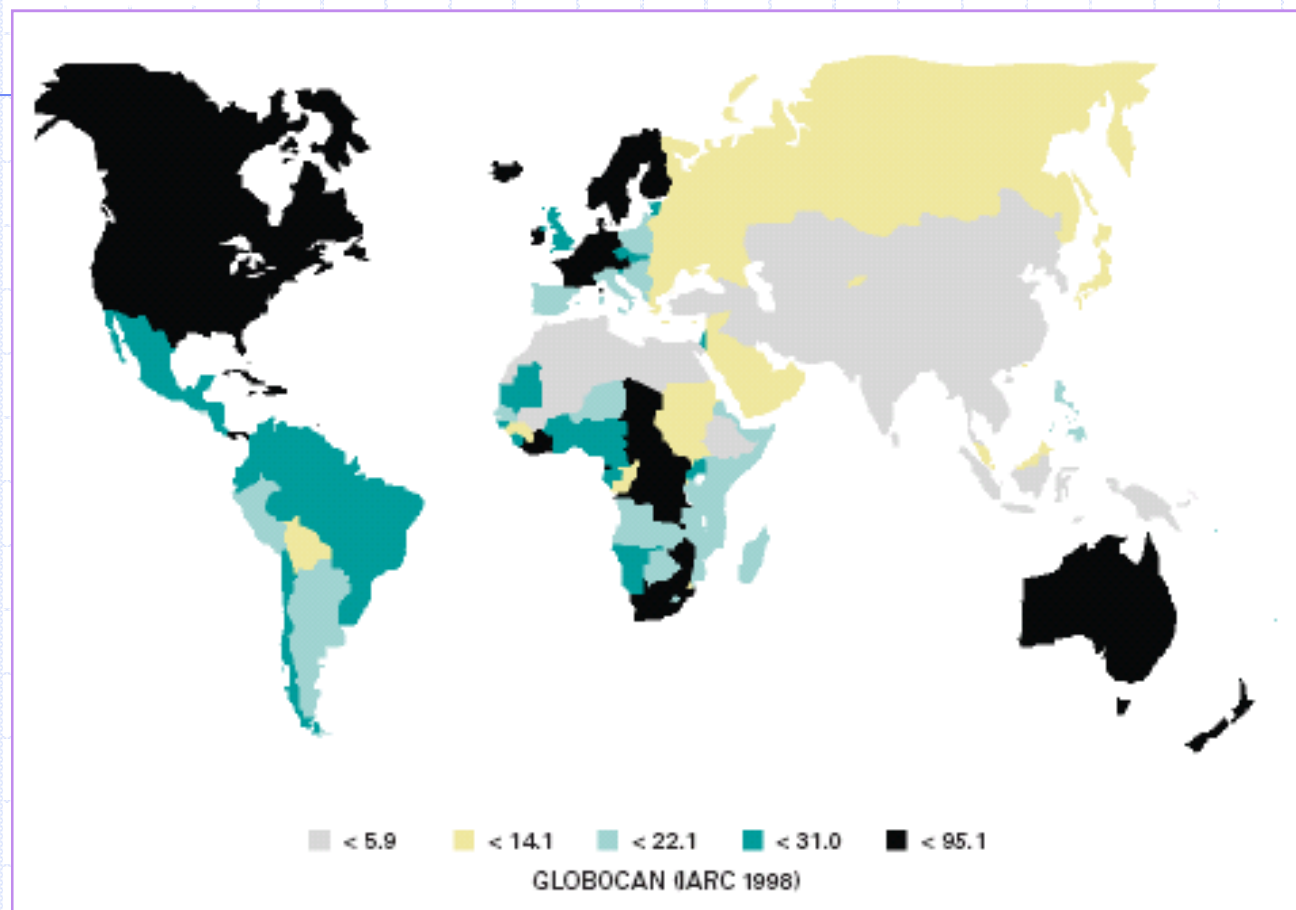
◆ Facteurs alimentaires

- **Favorisant: Alimentation riche en graisses animales**
- **Protecteur (?): Soja, tomate, sélénium, vitamine E**

Une fréquence croissant avec l'âge

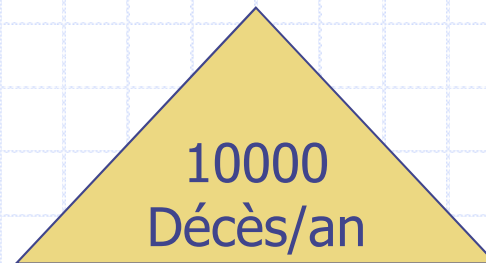


Incidence (pour 100 000 habitants)
Angleterre, 1996



Incidence mondiale du cancer de la prostate, âge standardisé
en se basant sur la population mondiale standard.

Une expression clinique non systématique



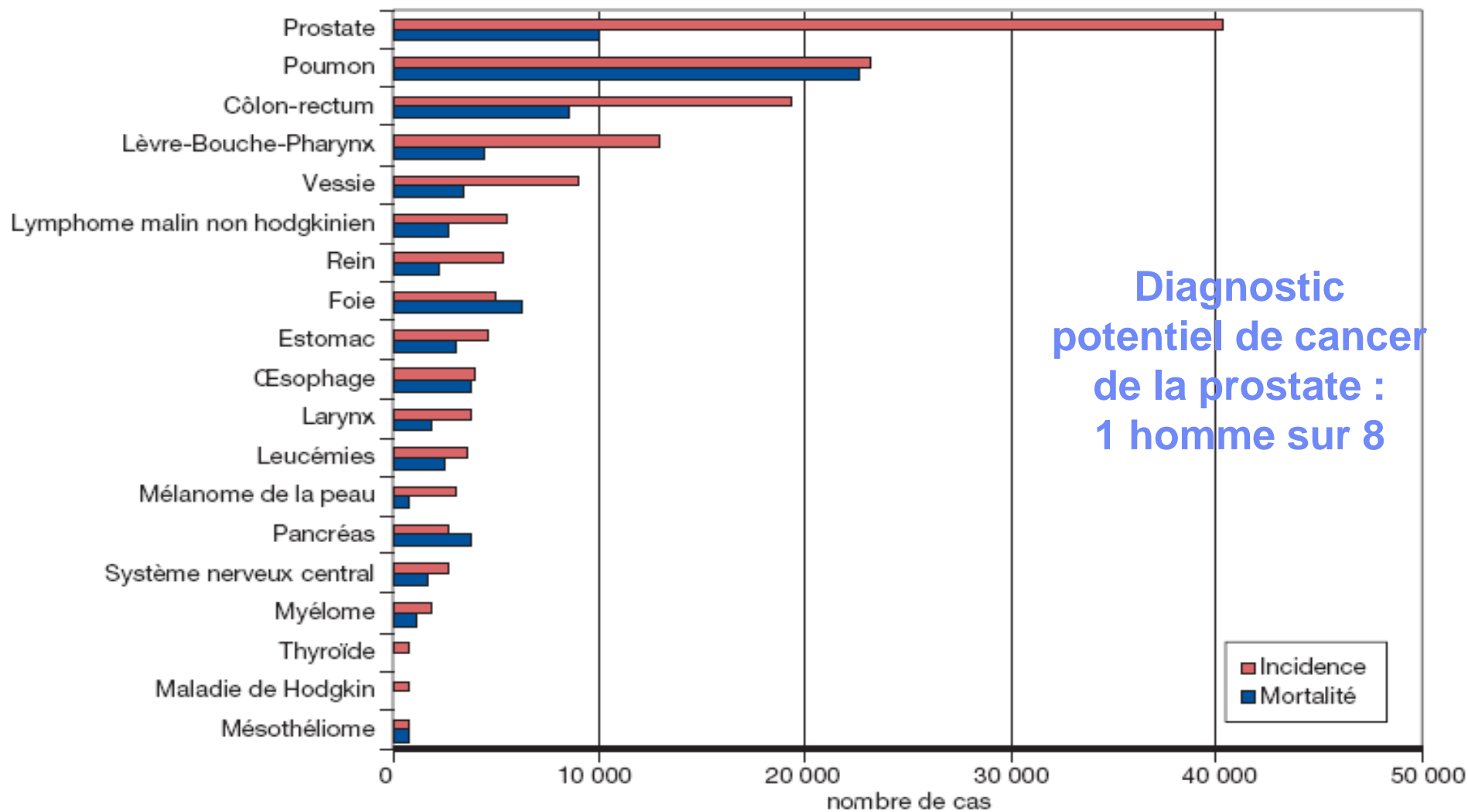
FRANCE

60 000 nouveaux cas
Cliniquement exprimés/an

12 % des hommes 40-48 ans
43 % des hommes >80 ans

**Tous les porteurs de cellules cancéreuses dans la prostate n'expriment
Pas forcément un cancer clinique**

Le cancer en France : incidence et mortalité



Remontet L. et al. Incidence et mortalité des cancers en France 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique. 2003 Feb;51(1 Pt 1):3-30.

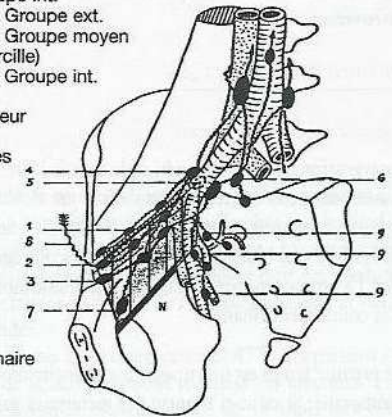
Bossard N. et al. Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). Eur J Cancer. 2007 Jan;43(1):149-60. Epub 2006 Nov 3.

Caractéristiques du cancer

- ◆ Adénocarcinome
- ◆ Développé aux dépens de la zone périphérique
- ◆ Métastases préférentielles: ganglions, os
- ◆ Evolution assez lente (temps de doublement = 3 ans)
- ◆ Mais avec quelques formes très agressives (TD < 1 an)

Relais ganglionnaires pelviens, et la zone du curage ilio-obturateur modifié

1. Chaîne iliaque ext. : Groupe ext.
2. Chaîne iliaque ext. : Groupe moyen
3. Chaîne iliaque ext. : Groupe int.
4. Chaîne iliaque primitive : Groupe ext.
5. Chaîne iliaque primitive : Groupe moyen (Fossette der Cuneo et Marcille)
6. Chaîne iliaque primitive : Groupe int. (Promontoire)
7. Ganglion du trou obturateur
8. Chaîne épigastrique
9. Ganglions hypogastriques
- N. Paquet obturateur



☐ Aire du curage ganglionnaire classique

Circonstances du diagnostic

- ◆ Il n'existe aucun symptôme d'appel du cancer de prostate à un stade précoce
- ◆ Le diagnostic d'un stade précoce de CaP ne relève que de la pratique d'un examen systématique (TR et/ou PSA)
 - C'est toute la réflexion sur le dépistage

Des symptômes d'appel tardifs et non spécifiques

◆ Troubles mictionnels parfois

- Soit du fait d'une HBP associée soit par envahissement massif de la P par le cancer

◆ Troubles rhumatologiques rarement

- Douleurs osseuses liées aux métastases
- Anorexie, Asthénie, Anémie (3A)

Diagnostic

◆ Evocation du diagnostic sur

- Dosage du PSA
- Toucher rectal

◆ Affirmation du diagnostic

- Biopsies prostatiques

Un mot sur: L'antigène spécifique de prostate (PSA)

- ◆ Protéine sécrétée par les glandes prostatiques
- ◆ Composant du sperme qui sert à sa liquéfaction
- ◆ Marqueur spécifique de la prostate mais pas du cancer

Facteurs de variation du PSA

Tous les PSA élevés ne sont pas d'origine
cancéreuse

◆ Augmentation transitoire en cas de

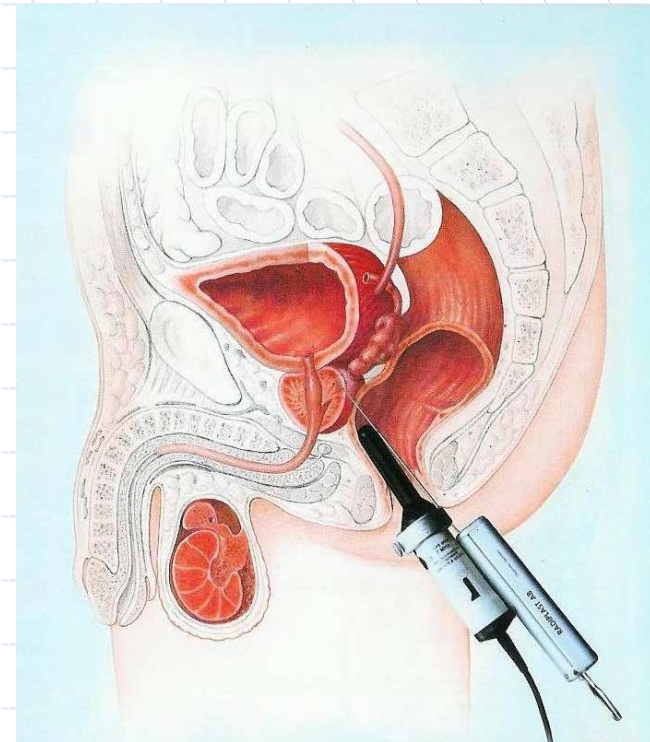
- Massage prostatique
- Prostatite aiguë
- Rétention d'urine
- Biopsies prostatiques
- Manœuvres instrumentales (SAD, Cystoscopie)
- Ejaculation

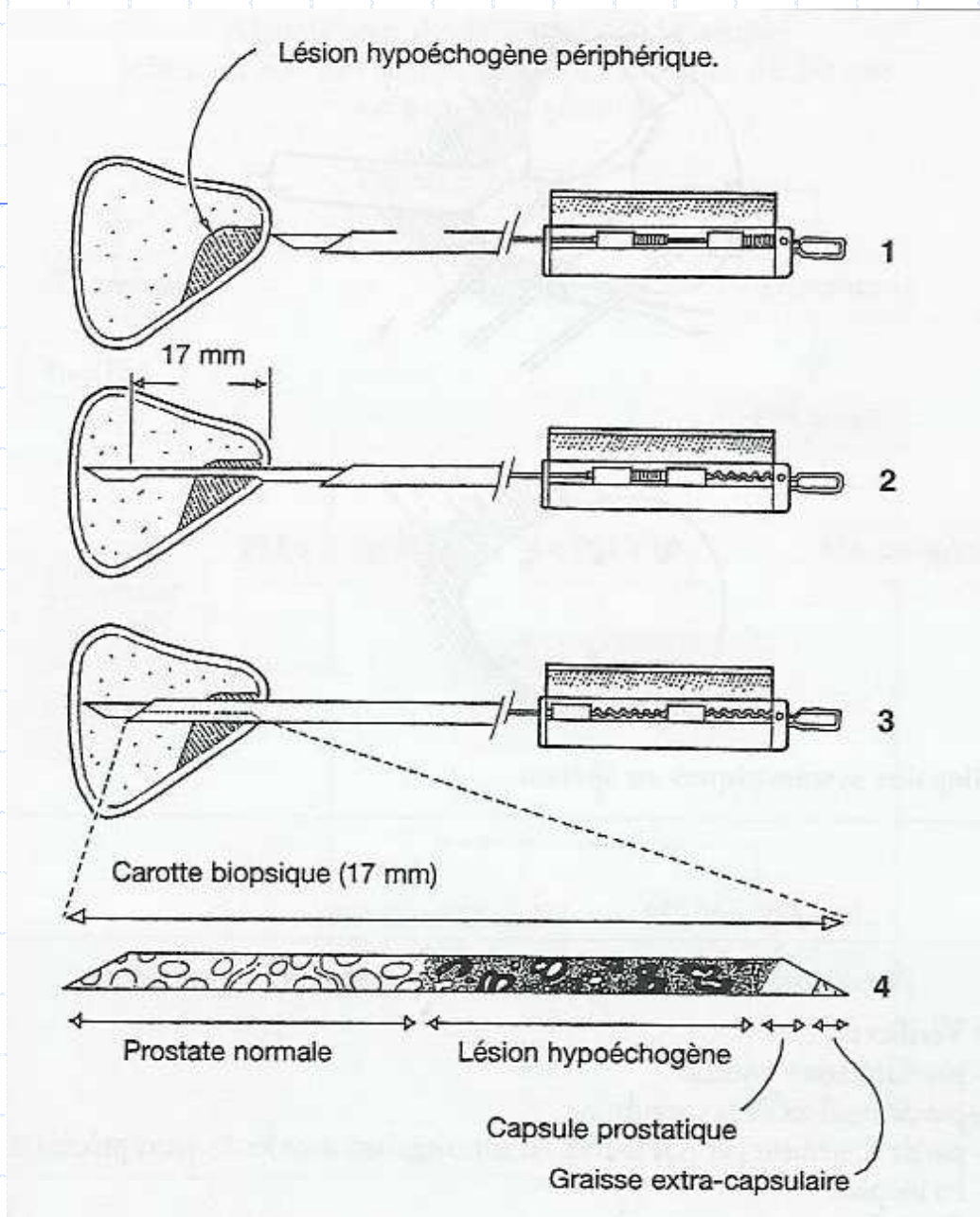
◆ Diminution

- En cas de traitement par inhibiteur de la 5 α réductase (finastéride, dutastéride)

La biopsie prostatique : réalisation

- ◆ En consultation, parfois en HDJ
- ◆ Nécessite une antibioprophylaxie
- ◆ Utilise un guidage échographique





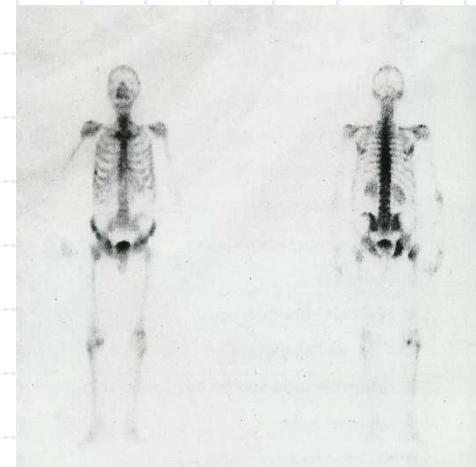
Intérêts de la biopsie prostatique

- ◆ Affirme le diagnostic de cancer
- ◆ Détermine la différenciation du cancer (score de Gleason)
- ◆ Indique la localisation et l'extension dans chaque carotte (peut donner une idée du volume tumoral)
- ◆ Peut montrer une invasion extra-capsulaire (stade clinique T3)

Lorsque le diagnostic est établi, on effectue un bilan d'extension et on détermine des facteurs pronostics

◆ Bilan d'extension

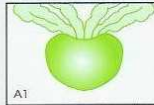
- Détermination du **stade T** par le TR et parfois par la biopsie
- Détermination du **stade N** par la TDM ou l'IRM
- Détermination du **stade M** par la scintigraphie osseuse



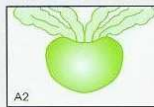
Classification TNM

Incidental finding: no tumour palpable

Whitmore-Jewett

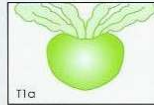


A1

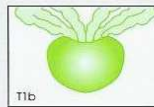


A2

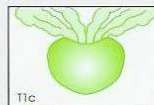
TNM 1992



T1a



T1b



T1c

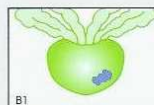
Tumour found by chance in \leq 5% of excised tissue

Tumour found by chance in $>$ 5% of excised tissue

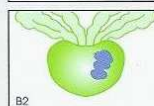
Tumour confirmed by needle biopsy (high PSA)

Tx = Local tumour cannot be evaluated
To = No local tumour detectable

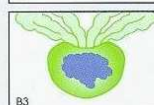
Intracapsular palpable tumour



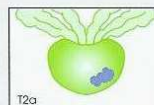
B1



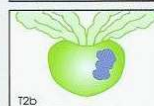
B2



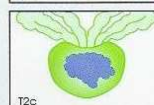
B3



T2a



T2b



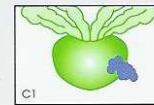
T2c

Tumour limited to half of one lobe or less

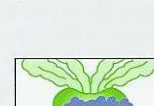
Tumour has spread to more than half of one lobe but not to both

Tumour has spread into both lobes

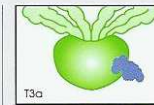
Extracapsular tumour



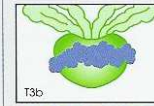
C1



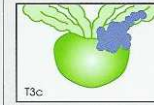
C2



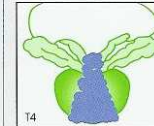
T3a



T3b



T3c



T4

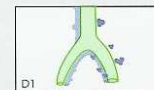
Unilateral extracapsular spread

Bilateral extracapsular spread

Tumour has spread to one or both seminal vesicles

Tumour is attached or has invaded adjacent structures other than the seminal vesicles

Disseminated tumour



D1



D2

D3 Resistant to hormone therapy

N+

Nx = loco regional lymph nodes cannot be evaluated
No = no lymph node involvement
N1 = 1 node \leq 2cm
N2 = 1 node only $>$ 2cm \leq 5cm
N3 = multiple \leq 5cm
N3 = $>$ 5cm

M+

Mx = no metastasis can be evaluated
M0 = no distant metastasis
M1 = distant metastasis present
a = lymph nodes other than regional nodes
b = skeletal
c = other sites

Approche thérapeutique

Distinguer le cancer confiné à la prostate (T1T2,N0,M0) du cancer localement avancé (T3N0M0) et du cancer métastatique (Tx N1 ou M1)

Repérer les cancers dangereux

◆ Classification de D'Amico

◆ Faible risque

. $\leq T2c$ et Gleason ≤ 6 et PSA ≤ 10 ng/ml

◆ Risque intermédiaire

. T2b ou Gleason 7 ou PSA 10-20

◆ Risque élevé

. $\geq T2c$ ou Gleason ≥ 8 ou PSA > 20 ng/ml

T1 ou T2, N0, M0

- ◆ La guérison est possible avec un traitement agressif
- ◆ 5 options thérapeutiques:
 - Chirurgie (Prostatectomie radicale)
 - Radiothérapie externe
 - Curiethérapie
 - Surveillance active
 - Thérapies focales

Prostatectomie radicale : résultats

◆ Bons résultats

- Le plus souvent, guérison si marges négatives
- 10 % de récurrences cliniques à 5 ans si marges positives

◆ Morbidité

- Incontinence urinaire 5-10%
- Troubles sexuels 50-70 %

◆ Mortalité

- 0.3 %



Radiothérapie externe conformationnelle

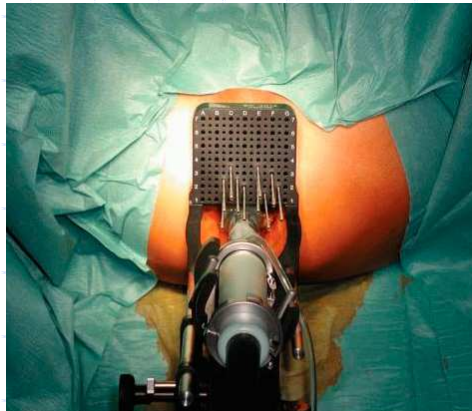
- ◆ Indications et résultats comparables à ceux de la chirurgie
- ◆ Morbidité
 - Cystite, rectite, iléite radiques
 - Troubles sexuels: 50 %



Curiothérapie



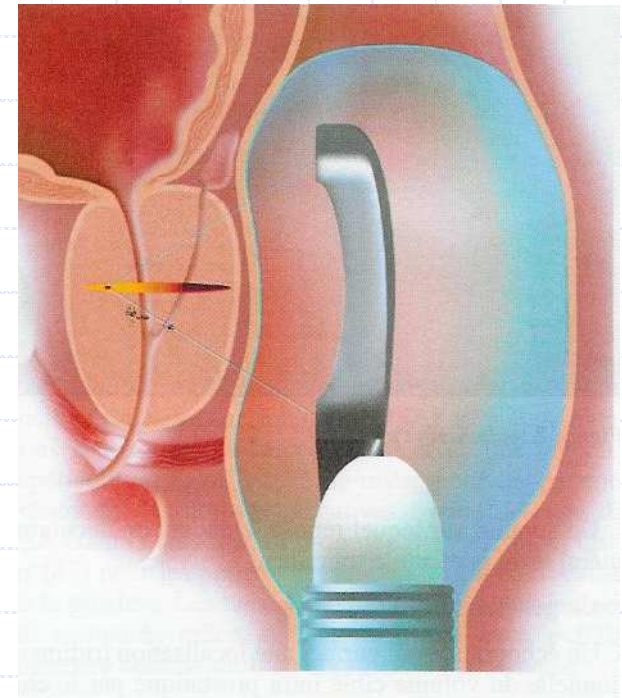
- ◆ Implantation de grains métalliques radioactifs dans la prostate
- ◆ Ne s'adresse qu'aux petits cancers



Thérapies focales

Méthodes encore évaluation
mais d'avenir

Ultrasons focalisés: Focal One*
Luminothérapie: Tookad *
Cryothérapie



Surveillance active

- Patient âgé ou atteint de comorbidités contre-indiquant une attitude agressive
- Petits cancers latents non évolutifs
- Choix éclairé du patient

Le cancer avancé (T3-T4, N0,M0)

- ◆ Groupe très hétérogène
- ◆ Approche thérapeutique difficile à systématiser
- ◆ L'association radiothérapie-hormonothérapie augmente la survie par rapport à la radiothérapie seule

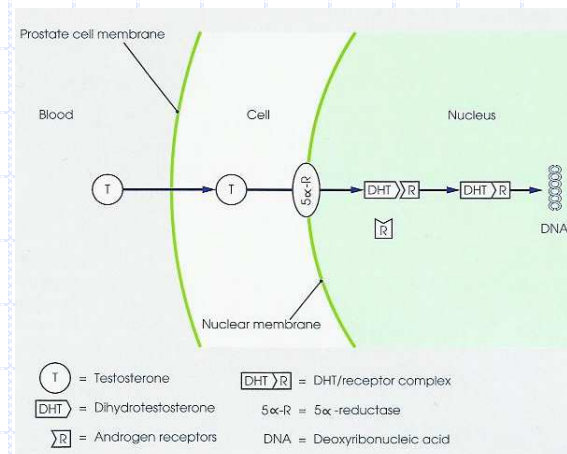
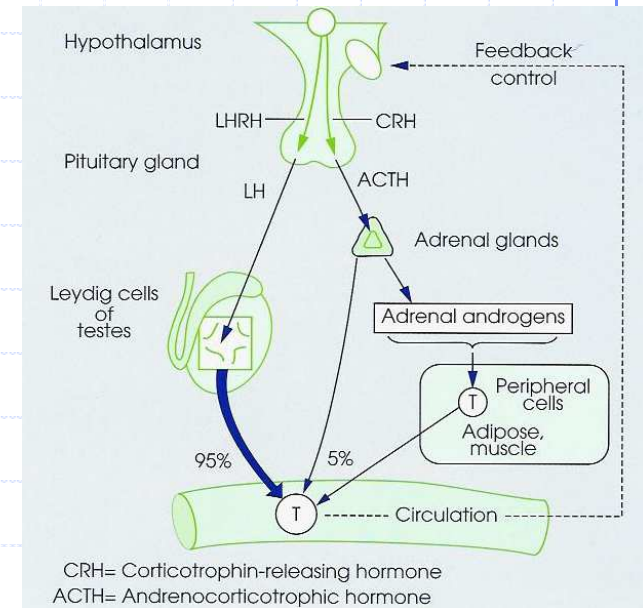
Le cancer de prostate métastasé

◆ Blocage androgénique

■ Castration:

- ◆ Chirurgicale: Orchidectomie bilatérale
- ◆ Ou Médicale: Analogues de la LHRH ou Antagonistes de la LHRH

■ Antiandrogènes



Effets secondaires de l'hormonothérapie

- ◆ Fonte de la masse musculaire
- ◆ Ostéoporose
- ◆ Bouffées de chaleur ++
- ◆ Irritabilité, fatigabilité
- ◆ Troubles érectiles
- ◆ Dépilation
- ◆ Gynécomastie