

Suivi du cancer de la Prostate

Reunion du 14 mars 2017

Dr Sophie Maillard

Nous prenons soin de vous



PÔLE LILLE MÉTROPOLE



Centre
Bourgogne
Traitement du cancer

Cas clinique

Surveillance Post Opératoire

- Mr L Georges, 52 ans
- ATCD HTA , reflux gastro-oesophagien
- ATCD familiaux cancers mammaires chez 3 parents au 1er degré
- 2002: prise en charge Adénocarcinome prostatique : traitement chirurgicale: prostatectomie radicale (pT2c, Gleason 6, PSA 7)
- 2002 Dosage PSA post op indosable = 0
- Proposition Cs oncogénétique :
 - Age jeune + ATCD familiaux cancer sein (mutation BRCA2?)

Recommandations

Une consultation d'oncogénétique doit être proposée aux patients :

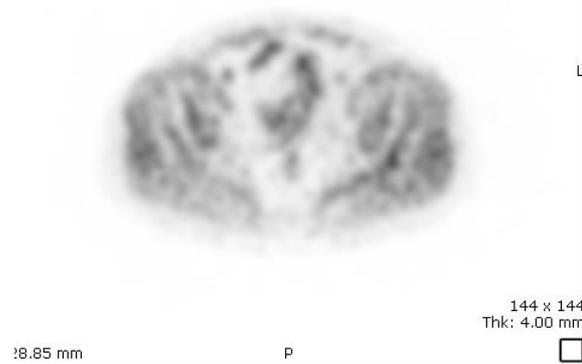
- de familles de cancer du sein et de l'ovaire ;
- ayant eu un cancer de la prostate agressif avant 50 ans (niveau 2a, grade A).

Il est souhaitable que les patients ayant un risque génétique élevé de cancer de la prostate aient une surveillance spécialisée (niveau 4, grade C).

Cas clinique

Surveillance Post Opératoire

- 2012: PSA :0,20
- 2016: PSA : 0,58 (temps de dédoublement long)
- Bilan d'extension:
 - IRM loge prostatique –
 - TEP à la choline:
 - ganglion iliaque externe D hyperfixant
 - (SUV 4 , limite significativité)



Cas clinique

Surveillance Post Opératoire

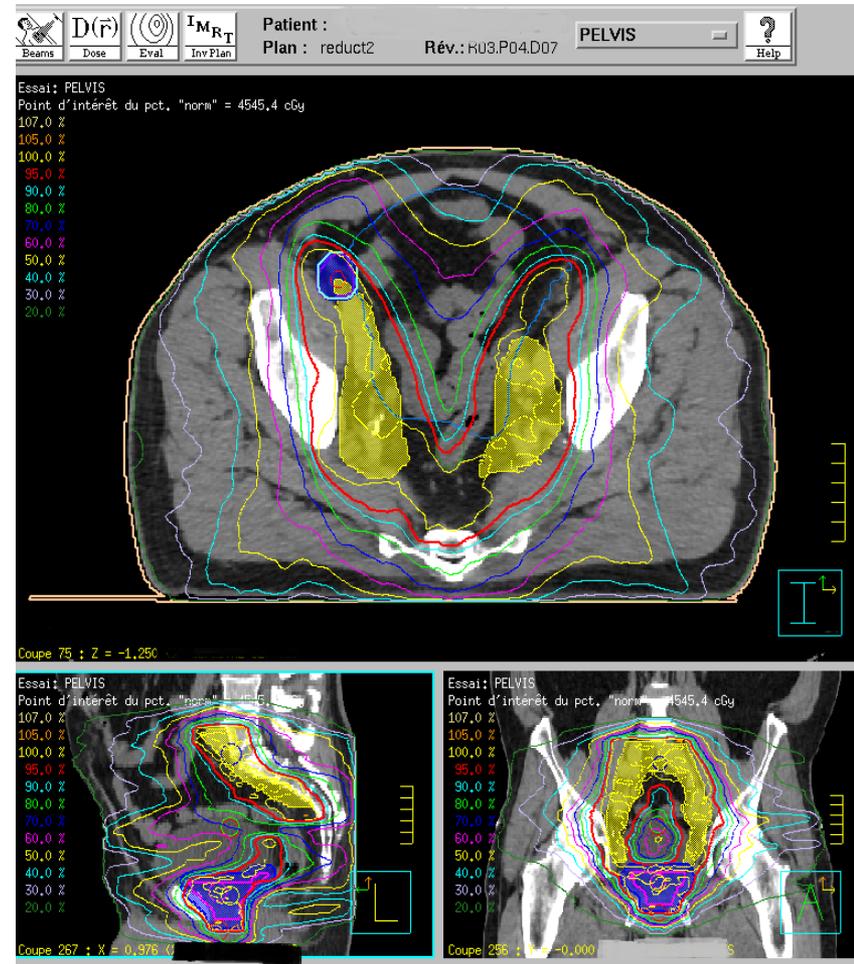
- RCP Oncomel:
- Proposition Radiothérapie

RTE RCMi arcthérapie

Pelvis 45Gy

Cpt N jusqu'à 61 Gy

Cpt sur loge 66 Gy



Recommandations : Surveillance Post Opératoire

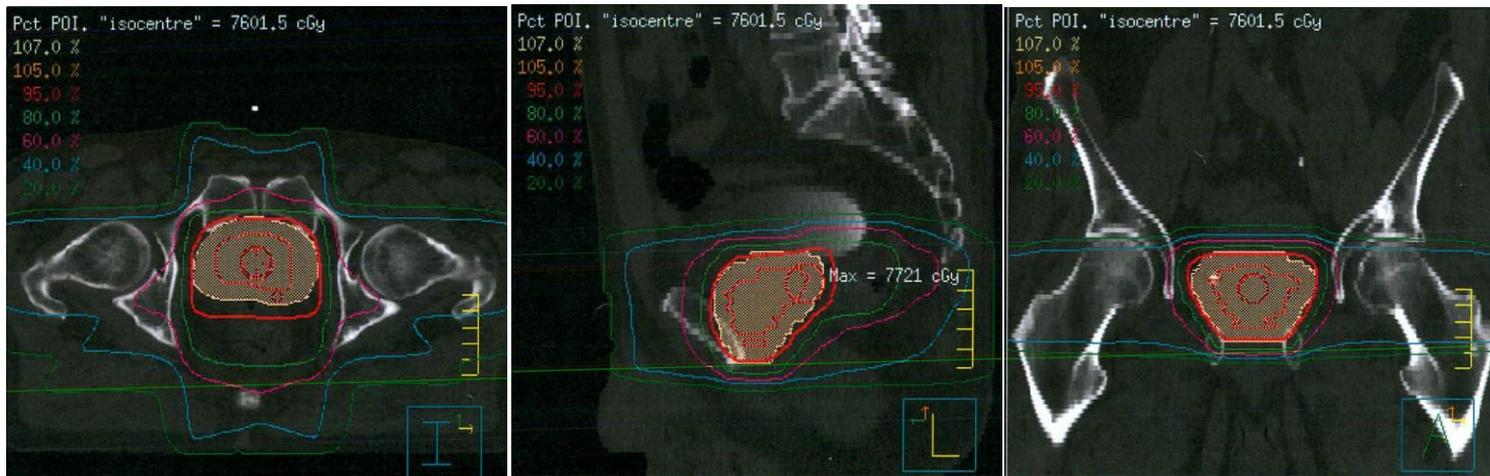
- Suivi clinique et biologique
- PSA total recommandé avant 3 mois post opératoire normalement indétectable
- Contrôle ultérieur tous les 6 mois pendant 3 à 5 ans puis tous les ans pendant 10 à 15 ans
- **Recidive biochimique:**
 - Elevation du PSA $> 0,2$ ng/ml (confirmé par un deuxième dosage à 3 mois)

Surveillance Post Opératoire

- Le délai de récurrence et TD PSA ont une valeur pronostique
- Caractéristiques en faveur récurrence locale:
 - Elevation PSA après délai >12 mois
 - PSA DT >10 Mois
 - Caractéristiques anatopath: marges + sur pièce op, sans envahissement N ou VS
 - La RTE : survie sans rechute biologique à 5 ans 60 à 70% si elle est réalisée >0,2ng/ml et AVANT que le PSA n'atteigne 1ng/ml et mieux encore 0,5ng/ml
- Caractéristiques en faveur d'un risque élevé de récurrence méta
 - TD PSA <8 à 12 mois
 - Hormonothérapie

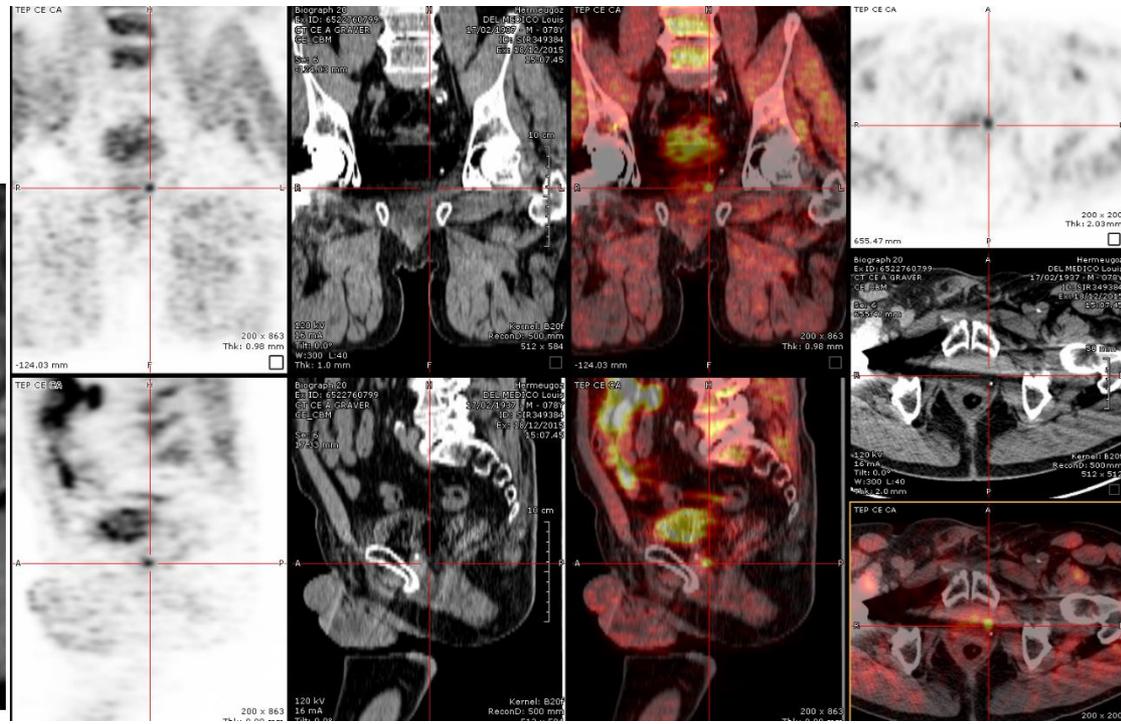
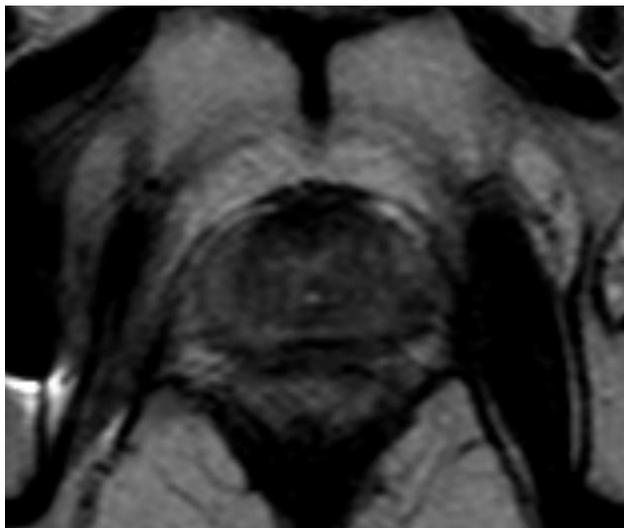
Cas clinique : Surveillance Post Radiothérapie

- Mr D Louis, 74 ans,
- ATCD: chirurgie pour une hernie discale
- 2010: PSA 6,19ng/ml, TR induration lobe D, partie médiane
 - Adénocarcinome prostatique Gleason 6 (3+3)
 - T2c N0 imagerie et biopsies (2 biopsies +/-12)
 - Traitement par Radiothérapie externe exclusive conformationnelle 76 Gy / 38 fractions



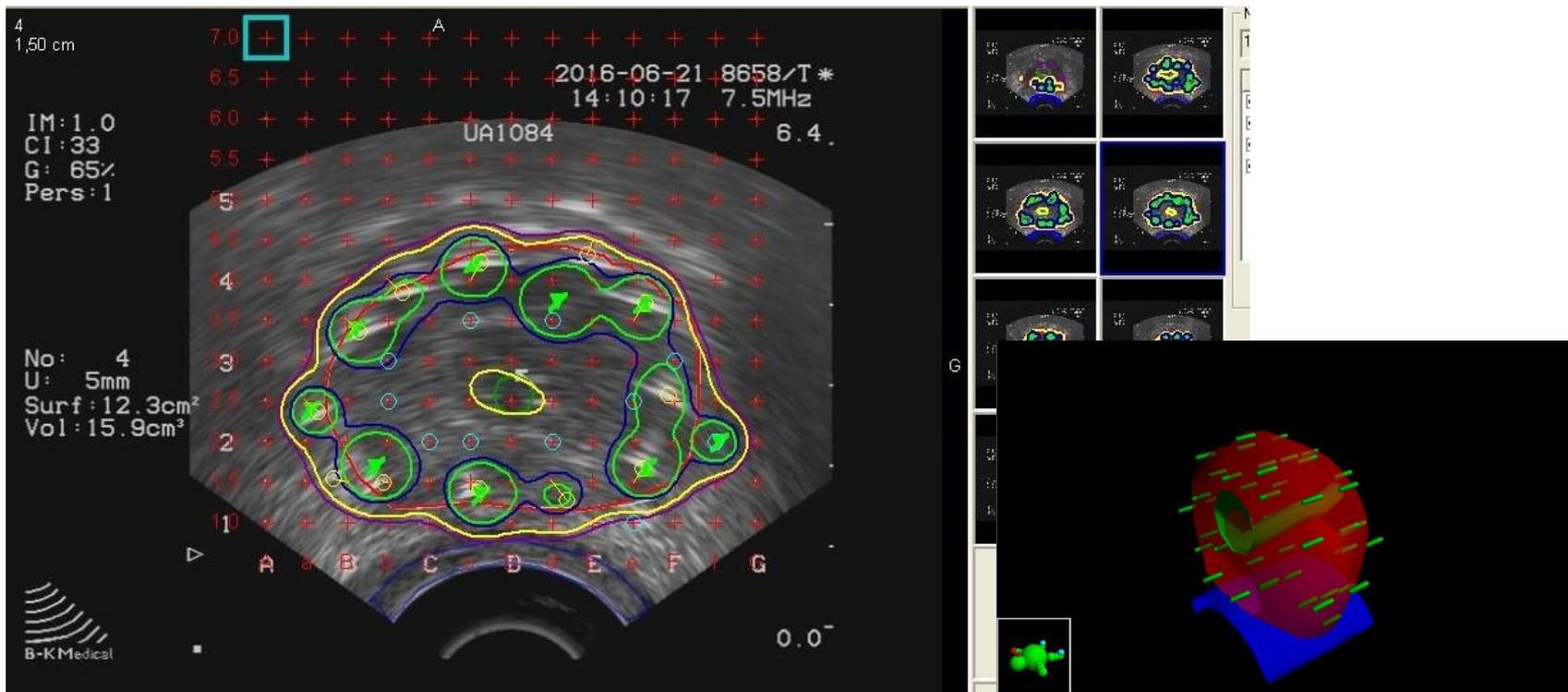
Cas clinique : Surveillance Post Radiothérapie

- Régression du PSA , nadir nov 2013 à 1,20
- 2016 progression PSA à 4,84
 - TEP Choline: zone nodulaire hypermétabolique lobe G (SUV5,7)
 - IRM: discrète prise de contraste lobe G
 - Biopsies + Gleason 6



Cas clinique : Surveillance Post Radiothérapie

- RCP : traitement rattrapage: curiethérapie (PSA 7)
- Juin 2016, implantation de 36 grains (Iode 125)
- Surveillance PSA regresse , 8 mois après PSA 1,2 ng/ml



Recommandations : Surveillance Post Radiothérapie

- Surveillance clinique et PSA/ 6 mois
- PSA décroît jusqu'au nadir
- **Recidive biochimique**
- Critères de Phoenix:
 - **Nadir du PSA +2ng/ml**
 - élimine les faux positif, rebond post RTE ou curie possible (nadir apres 2 ans RTE, 5 à 6 ans après curie)

(ASTRO: 3 élévations successives du PSA à 3 mois d'intervalle)

Surveillance Post Radiothérapie

- Candidat rattrapage:
 - Survie >10 ans
 - Récidive locale confirmée par biopsie prostatique
 - Stade initial <T3b, N0
 - PSA <10-15 ng/ml
 - Score gleason <8, temps de doublement du PSA>12 mois
 - Récidive biologique >2 ans après la RTE et 3 ans après Curie
 - Bilan d'extension négatif
- Chirurgie
- Ultrasons focalisés haute intensité
- Curiethérapie / Reirradiation stéréotaxique

Cas clinique , Résistance à la castration

- Mr R Michel , 69 ans
- 2004: Adénocarcinome prostate T2c, Gleason 7 (3+4), PSA:6,44ng/ml
 - Traitement par Radiothérapie externe 75 Gy
 - Nadir PSA 1,97
- 2006 reascension du PSA sur 3 dosages successifs
 - Hormonothérapie Casodex et Agoniste LHRH, puis Agoniste LHRH seul
 - Surveillance PSA/ 6 mois , regression 0,08
- 2009, progression PSA sous agoniste LHRH
 - Reintroduction Casodex efficace

Cas clinique , Résistance à la castration

- 2012: reascension du PSA: 4,68
 - Testostéronémie <0,1 ng/ml
 - TepCholine et IRM: recidive prostate, Biopsies + Gleason 7
 - Traitement local par curiethérapie et poursuite agoniste LHRH
- 2013: reascension PSA=15 ng/ml, (Testostéronémie <0,1)
 - Tep choline: fixations osseuses, patient asymptomatique
 - Traitement par ABIRATERONE (ZITIGA)+ Prednisolone 10mg/j
 - Surveillance Bilan hepatique et Kaliémie (hypo), PSA à 2
- 2015: reascencion PSA=11
 - Scinti: augmentation des lésions osseuses
 - Douleurs costales intermittentes
 - Chimiothérapie TAXOTERE 6 cures et poursuite Agoniste LHRH

Cas clinique , Résistance à la castration

- Bilan après 6 cures:
 - PSA 3,38
 - Scinti: Réponse métabolique quasi complète
- Pause thérapeutique 3 mois, réascension PSA à 17
 - Testostéronémie <0,1
 - Scinti : progression osseuse, Scanner masse prévesicale D
 - XTANDI (Inhibiteur R Androgene)+ XGEVA
- Progression PSA à 194,
 - Progression des LDH et Phosphatases alcalines
 - Progression scinti os
 - Chimiothérapie JEVTANA, reponse à 3 cures.... (82 ans)

Résistance à la castration

- HormonoR : obsolete, émergence nouvelles hormono (Abiratérone, MDV 3100), baisse PSA 50%
- Reprise évolutive biologique ou clinique malgré une castration efficace:

Recommandations sur la définition du CPRC
Taux de testostéronémie de castration < 50 ng/dl ou 1,7 nmol/l
Progression biochimique : trois augmentations de PSA résultant en deux augmentations de 50 % au-dessus du nadir avec un PSA > 2 ng/ml ou Progression radiographique définie par l'apparition d'au moins deux nouvelles lésions à la scintigraphie osseuse ou progression d'une lésion mesurable selon les critères <i>Response Evaluation Criteria in Solid Tumours (RECIST)</i> [266] Une progression symptomatique seule apparaît équivoque et n'est pas suffisante

- En cas de CPRC, la suppression androgénique doit être continuée

Surveillance Résistance à la castration

- Evaluation de la réponse thérapeutique:
 - Dosage PSA
 - Réponse biologique diminution PSA >50% confirmé par un deuxième dosage 4 semaines plus tard
 - Biologie:
 - Dosage LDH
 - Dosage Phosphate alcaline (os+)
 - Imagerie
 - Scinti os
 - Scanner si métas non osseuses: critères RECIST
 - Clinique:
 - Amélioration des symptômes

Conclusion

Surveillance du cancer de la prostate après traitement

- PSA +++ (testostéronémie sous Hormono)
- Possibilité de traitement de rattrapage
 - Récidive locale
 - Patient N+
 - Patient oligo-métastatique
- Intérêt du diagnostic précoce de récurrence
- Place de l'imagerie chez les patients M+

Tableau 10. Définitions de la récurrence biologique en fonction du type de traitement du cancer de la prostate.

Traitement	Définition de la récurrence biologique
Prostatectomie totale [7]	PSA > 0,2 ng/ml et ascendant confirmé par 2 dosages successifs
Radiothérapie ± hormonothérapie [243]	PSA nadir + 2 ng/ml
Curiethérapie [243]	PSA nadir + 2 ng/ml
HIFU [246]	PSA nadir + 1,2 ng/ml