

FACTEURS DE RISQUES

- Age > 50 ans ++
- **Sujets à risque:**
 - * Antécédents familiaux de cancer de prostate (≥ 2 collatéraux < 55 ans ou 3 cas 1^{er} et 2nd degré), mutation BRCA2 HOXB13
 - * Sujet de race noire / Afro-Antillais > Caucasiens > Asiatiques
- ± Alimentation-Environnement
- Pollution (chlordécone)

EPIDEMIOLOGIE

1^{er} cancer chez l'homme, 3^{ème} par mortalité, âge moyen = 70 ans, 1 Français sur 8, **54000** nouveaux cas / an incidence ↗ *3 entre 1990 et 2005, puis stable depuis 2010.

DEPISTAGE INDIVIDUEL PRECOCE (très débattu)

- **Sujets à risque > 45 ans ou tous > 50 ans** et espérance vie > 10 ans **jusqu'à 75 ans.** => **TR et dosage de PSA (/2 ans si FdR)**
- Valeur normale **2.5 – 10 ng/L** mais PSA varie selon âge, act phys/sexuelle, HBP, irritation, ttt, laboratoire.
Densité de PSA doit être < 1/10 du volume prostatique
- Ex : prostate de 80 ml → PSA > 8 ng/L → biopsies
- La densité de PSA et/ou une anomalie au TR mènera à une consultation urologique, qui confirmera ou non l'indication de **biopsies prostatiques** (fait le diagnostic).

ANATOMOPATHOLOGIE

- Adénocarcinome (99%) : zone périphérique +++
- **Score histo-pronostic de Gleason** : évalue le degré de différenciation des deux contingents tumoraux majoritairement présents dans la pièce opératoire (score de 2 à 10)
- **5 classes pronostiques selon Gleason** **1) ≤6 - 2) 3+4 - 3) 4+3 4) 8 - 5) 9 ou 10**

CANCER DE PROSTATE

TRAITEMENTS

Faible risque/Risque intermédiaire

- Faible risque**
* **Surveillance active si possible** (PSA tous 6 mois + biopsies dans les 18 mois, voire avant si PSA ↗) si faible risque et max 3 carottes positives et cancer < 3 mm par biopsie & espérance vie > 10 ans : Gleason 7 : sortie de la SA et TTT.
* **Curiothérapie** pour limiter fuites urinaires et impuissance
* **Prostatectomie sans curage**
* **RTE**
- Risque intermédiaire**
* **Prostatectomie radicale** (curage ggf si interm/haut risque)
- * **Radiothérapie externe + Hormonothérapie** pendant 6 mois
* **Curiothérapie** si PSA < 15 + Groupe Gleason 2

Haut risque

- * **Radiothérapie + Hormonothérapie > 18 mois**
- * **Prostatectomie avec curage + Radiothérapie adjuvante**
- Effets secondaires**
- Chir: dysfonction érectile ~85%, incontinence urinaire ~20%, infertilité & anéjaculation 100%
- RTE: dysfonction érectile ~65%, incontinence urinaire ~4%, rectite, cystite radique (contre-indication si MICI)
- Si rechute biologique sans métastases: PSA > 0,2 ng/mL après chirurgie ou > nadir +2 ng/mL après radiothérapie**
- Après prostatectomie radicale → radiothérapie de rattrapage si augmentation du PSA
- Après radiothérapie externe ou curiothérapie → ultrasons, curiothérapie si possible, castration ou hormonothérapie possible

Stades métastatiques

- 1) Hormonothérapie :**
- **Castration chirurgicale**
 - orchidectomie/pulpectomie bilatérale
 - ou
 - **Privation androgénique :**
 - * **Analogue LH-RH + inhibiteur récepteur aux androgènes** pendant 3 semaines pour éviter le *flare-up syndrome*, ou
 - * **Antagoniste LHRH**
- + chimiothérapie docetaxel & prednisone sauf si contre-indication ou charge métastatique faible
- 2) Si résistance à la castration** (progression clinique/radiologique ou PSA en ↗ malgré testostérone < 0,5 ng/mL) :
- **Abiratérone** (inhibiteur de CYP 17, synthèse androgènes) + **prednisone 10 mg/ jour** pour éviter hyperminéralocorticisme
 - **Enzalutamide** (inhibiteur de récepteur androgène)
- + biphosphonates, denosumab, acide zolédronique (inhibiteur de rank- ligand) si méta osseuses (1^{er} lieu métastatique du cancer de la prostate)
- Le cancer de prostate est d'évolution lente, avec extension métastatique osseuse et lymphatiques. Rôle physiopathologique fort de l'axe du récepteur aux androgènes => inhibiteurs du récepteur des androgènes (abiraterone, enzalutamide)

BILAN D'EXTENSION

Clinique

- ATCD familiaux, personnels
- Signes fonctionnels urinaires : dysurie, pollakiurie....
- Signe généraux (AEG)
- **Examen physique :**
 - Constantes, examen cardio-vasculaire
 - Palpation abdominale
 - Toucher rectal et palpation des aires ganglionnaires
 - Examen ostéo-articulaire à la recherche de **métastases osseuses**

Para-clinique

- TR anormal +/- PSA > 10ng/ml : indication **biopsies prostatiques échoguidées, endorectale sous AL, après lavage rectal et antibioprophyllaxie avec fluoroquinolones 1 prise, biopsies multiples (min 12) analysées en anatomopathologie, arrêt anticoagulants ou relais HNF**
- **Complications** → Douleurs périméales, rétention urine, hématurie/spermie, prostatite, choc septique
- **Faible risque de d'Amico :**
 - **IRM prostatique optionnelle**
- **Risque intermédiaire / haut de d'Amico :**
 - **IRM prostatique + pelvienne (à 2 mois des biopsies, échelle de suspicion PI-RADS 1 – 5)**
 - **Scintigraphie osseuse** à la recherche de métastases ostéo-condensantes (non réalisée si Gleason 3 + 4)
- **Patient métastatique :** IRM prostatique optionnelle, TDP TAP + scintigraphie osseuse

CLASSIFICATION PRONOSTIQUE DE D'AMICO

Score pronostic définissant le risque de rechute après prostatectomie radicale (*Classifications différentes selon les Collèges ...*)

- Faible risque : ≤ T2a **ET** Gleason ≤ 6 **ET** PSA ≤ 10
- Risque interm.: T2b ou Gleason 7 ou PSA 10-20
- Haut risque ≥ T2c ou Gleason ≥ 8 ou PSA > 20

SURVEILLANCE

Clinique + PSA à 1,5 – 3 – 6 – 12 puis /6 mois puis 1/an. Surveillance personnalisée pour l'imagerie.
PSA > 20 ng/L = / ! \ métastases. PSA < 0.2 = bonne réponse à la chir.