

FACTEURS DE RISQUES

- Age > 50 ans ++
- **Sujets à risque:**
- * Prédilection oncogénétique (BRCA2 / HOXB13) => consult génétique si antécédents familiaux de cancer de prostate (≥ 2 collatéraux < 55 ans ou 3 cas 1^{er} et 2nd degré) / < 50 ans/sein-ovaire dans famille)
- * Sujet de race noire / Afro-Antillais
- ± Alimentation-Environnement
- Pollution (chlordécone)

Il n'y a pas de chimioprévention possible

EPIDEMIOLOGIE

- 1^{er} cancer chez l'homme, 3^{ème} par mortalité (9000/an), âge moyen = 70 ans, 1 Français sur 8, **54000** nouveaux cas / an Incidence stable depuis 2010
Aucune chimioprévention (sélénium, vitE, aspirine)
- DEPISTAGE INDIVIDUEL PRECOCE (au cas par cas, après information au patient)**
- **Sujets à risque > 45 ans ou tous > 50 ans** et espérance vie > 10 ans **jusqu'à 70 ans.** => **TR et dosage de PSA (dosage/2-4ans)**
 - Valeur normale < **4 ng/L** (variation selon âge, act phys/sexuelle, HBP, irritation, ttt, laboratoire.)
 - PSA > 10 => biopsies **après** IRM
 - PSA : 4-10 : densité de PSA (PSA/V) doit être < 1/10 du volume prostatique / PSA libre/total
 - Densité de PSA / anomalie au TR PSA libre/total bas=> biopsies

ANATOMOPATHOLOGIE

- Adénocarcinome (99%) : zone périphérique+++ , androgéno-dépendant, évolution lente
- **Métastases** : ADP pelviennes (ilio-obturateur, iliaques int + ext) -> osseuses (condensantes)-> foie, poumon (rare)
- Autres : carcinome neuro-endocrine, sarcomes
- **Score histo-prognostic de Gleason** : évalue le degré de différenciation des deux contingents tumoraux majoritairement présents dans la **pièce opératoire** (score de 2 à 10), le plus représenté + le plus haut grade sur une **biopsie**
- 5 groupes de grade selon Gleason 1 = G6 / 2=3+4 / 3= 4+3 / 4= 8 / 5= 9 ou 10**

CANCER DE PROSTATE

BILAN D'EXTENSION

Clinique : asymptomatique +++ au stade localisé

- ATCD familiaux, personnels
- Stade avancé : rétention urinaire, insuffisance rénale, méta os
- AEG, signes neuro (compression médullaire), OMI (ADP)
- Hémospémie : pas un signe de cancer de prostate

Examen physique :

- Toucher rectal et palpation des aires ganglionnaires
- Examen ostéo-articulaire à la recherche de métastases osseuses

TNM T1 et T2 :

T1a<5% des copeaux (RTUP), T1b>5%, T1c : biopsies +, PSA haut et TR normal

T2 : a <50% d'1 lobe, b >50% d'1 lobe, c => 2 lobes

Para-clinique

- **TR anormal / PSA > 10 ng/ml => 12 biopsies (6/lobe)** échoguidées, endorectale sous AL, après lavement rectal et antibioprophylaxie (fluoroquinolones dose unique), STOP anticoagulants, OK aspirine

Complications → Douleurs périnéales, RAU, hématurie/hémospémie, malaise, prostatite

- **Faible risque de d'Amico : IRM pelvienne (prostate + gg)**
- **Risque intermédiaire : IRM pelvienne + Scinti os si GG3**
- **Risque haut de d'Amico : IRM pelvienne + scintigraphie osseuse + TDM TAP +/- PET PSMA/choline**
- **Patient métastatique : + TDM TAP +/- PET PSMA/choline**

CLASSIFICATION PRONOSTIQUE DE D'AMICO

Risque de rechute avec progression des cancers localisés, à 10 ans d'un traitement local (clinique + anatomopathologie + biologie)

- Faible risque : ≤ cT2a **ET** GG1 **ET** PSA ≤ 10
- Risque intermédiaire : cT2b ou GG2-3 ou PSA 10-20
- Risque élevé : ≥ cT2c ou GG4-5 ou PSA > 20

TRAITEMENTS (Abstention surveillance si Espérance de vie < 10 ans)

Faible risque/Risque intermédiaire

- Faible risque**
- * **Surveillance active** (TR/an + PSA /6 mois + biopsies dans les 18 mois, avant si PSA ↗) si espérance vie > 10 ans
 - * **Curiothérapie** pour limiter fuites urinaires et impuissance
 - * **Prostatectomie sans curage**
 - * **RTE**

- Risque intermédiaire**
- * **Surveillance active** (si patient informé des risques)
 - * **Prostatectomie radicale** (curage ggf si risque envahissement > 5%)
 - * **Radiothérapie externe + Hormonothérapie** pendant 6 mois
 - * **Curiothérapie** si PSA < 15 + Groupe Gleason 2

Haut risque

- * **Radiothérapie + Hormonothérapie > 18 mois**
- * **Prostatectomie avec curage**
- Effets secondaires**
- Chir: dysfonction érectile ~70%, incontinence urinaire~10%, infertilité & anéjaculation-100%, sténose urétrale <1%
- RTE: dysfonction érectile ~70%, incontinence urinaire ~4%, rectite, cystite radique (contre-indication si MICI- irradiation antérieure - Scl) Si HBP : exérèse HBP avant
- Curiothérapie** : dysfonction érectile 20%, contre-indications Prostate > 60mL, lobe médian, >3+4, atcd de RTUP, SBAU, atcd d'irradiation pelvienne, MICI, Scl
- Après prostatectomie radicale** → radiothérapie de rattrapage si augmentation du PSA
- Récidive post RTE** -> US focalisés (HIFU)

Stades métastatiques

- Hormonothérapie** : bilan métabo, Glycémie à jeune, bilan lipidique (EAL), VitD, DMOsseuse
 - **Castration chir** (orchidectomie/pulpectomie bilat) ou
 - **Privation androgénique** :
 - * **Analogue LH-RH + inhibiteur récepteur aux androgènes** pendant 2 semaines pour éviter l'effet flare- up, ou
 - * **Antagoniste LHRH**
- Si résistance à la castration** (progression clinique/radiologique ou PSA en ↗ sur 3 mesures malgré testostérone < 0,5 ng/mL) ajout:
 - **Acétate d'abiratéron** (inhibiteur de la synthèse androgènes)
 - **Enzalutamide** (inhibiteur de récepteur androgène)
 - Ou chimio : docétaxel (méta viscérales / symptomatiques / progression < 1 an)
 - TTT anti-résorptif si méta os (et cancer résistant à la castration)

Surveillance > 10 ans :

Clinique + PSA à 1,5 – 3 – 6 – 12 puis /6 mois puis 1/an. **Post-prostatectomie** PSA<0,2 ng/mL, **post-RTE** PSA < nadir + 2 ng/mL, si hormonothérapie testo <0,5 ng/mL avc PSA stable, **PSA > 20 ng/L = /!\ métastases**