

Cancer de la prostate

Diapo
Pr. Benakila
+
Additifs

Introduction

Anatomie + Zones

Epidémiologie

FaR et chimio-prévention

CD

Dg: examen clinique

PSA

Biopsie prostatique → anatpath → histologie
- score de Gleason

Bilan d'extension

IRM prostatique

TDM TAP

Succionographie osseuse

Curage gg

TNM

Groupes à risque Amico

Tnt

Surveillance active

Abstention surveillance

Prostatectomie radicale

RT

Curiothérapie

Trt focaux [ultrasons focalisés de haute intensité HIFU
↳ cryothérapie: froid

Moyens

Hormonothérapie { analogues LHRH
- anti androgènes
- pulpectomie ou orchidectomie
nouvelles H)

chimiothérapie

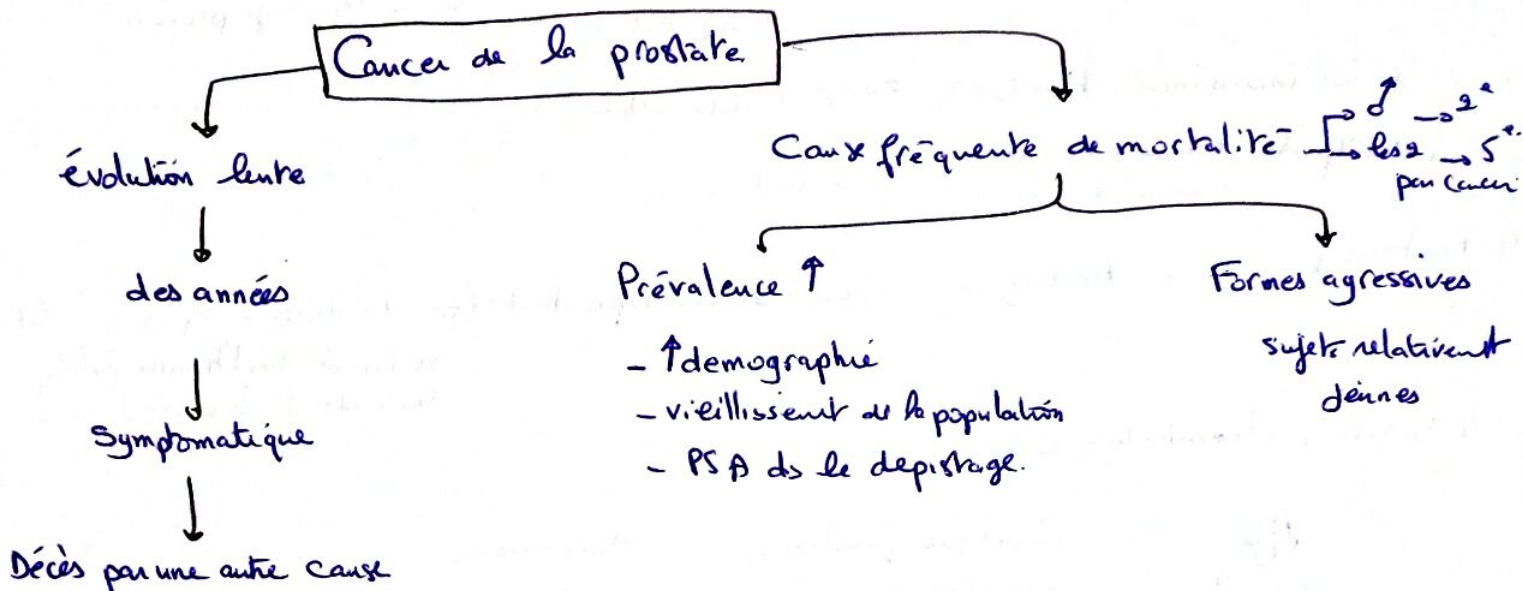
Indicat^o

Tumeurs de la Prostate

Introduction :

♂ $\left\{ \begin{array}{l} < 35 \rightarrow \text{Cancer du testicule} \\ > 50 \rightarrow \text{Cancer de la prostate} \end{array} \right.$

En urologie, par ordre de fréquence : Cancer de Prostate \rightarrow vessie \rightarrow rein \rightarrow testicule



Pas de prévention primaire \rightarrow pas de dépistage de masse mais Dg individuel précoce.

Rappel anatomique

Prostate: Glande sexuelle sur le trajet urinaire

Forme de poire inversée

Situation: entre la vessie et l'urètre membraneux en avant du rectum

Fct: participe dans la formation du liquide séminal

Innervation: PE E
α 1 et 2
B

Epidémiologie

Algérie: 1^{er} cancer urologique

3^{er} cancer chez l'homme:

- Cancer bronchique 1
- Cancer colo-rectal 2
- Cancer de la prostate 3

6^{ème} cause de décès par cancer

Dépistage: pas de dépistage de masse, Dg individuel précoce

Facteurs de Risque et chimio-prévention

FaR

1. Age > 50 ans : FaR le + important, rare avant 50 ans sauf prédisposition
2. Facteurs ethno-géographiques : incidence ↑ chez les afro-américains
↓ chez les asiatiques
3. Génétiques : CaP familial.
→ ATCD_f : apparentés au 1^{er} ou 2^e degré 2 avant 55 ans
3 qq soit l'âge } → dépistage précoce
Gènes incriminés : Hox B 13, BRCA 1 et BRCA 2
→ ATCD_f de cancer de sein
cancer de l'ovaire } à rechercher.
4. Facteurs hormonaux : Androgène, cancer hormono-dépendant (pas d'androgène → pas de cancer)
survient chez l'homme pubère
sensible à la castration
5. Obésité : alimentation riche en graisse

Age
Obésité

Genétiques familiaux
Ethniques

Hormonaux.

Chimio-prévention

Absence de chimio-prévention → pas de dépistage de masse.

- * effet anti-oxydant : thé vert, vit E, vit D ???
- * 17 α OH : inhibiteurs de α 5 réductase : Finastéride, Dutastéride
(pas de données suffisantes)

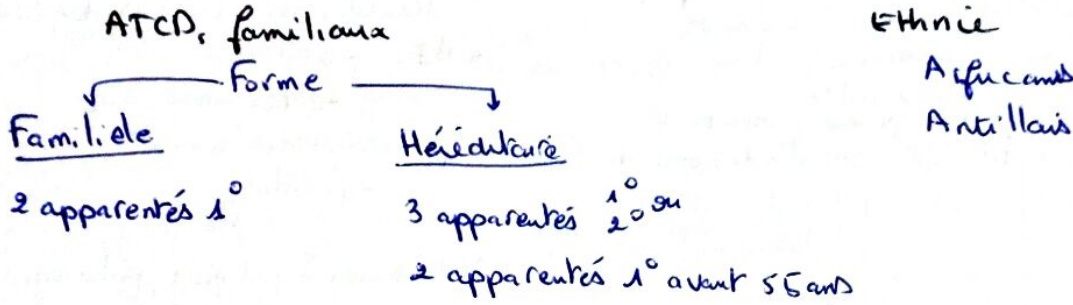
Rappel : patient sous inhibiteur α 5 réductase → PSA divisée sur 2
chute de 50%.

Tumeurs de la prostate

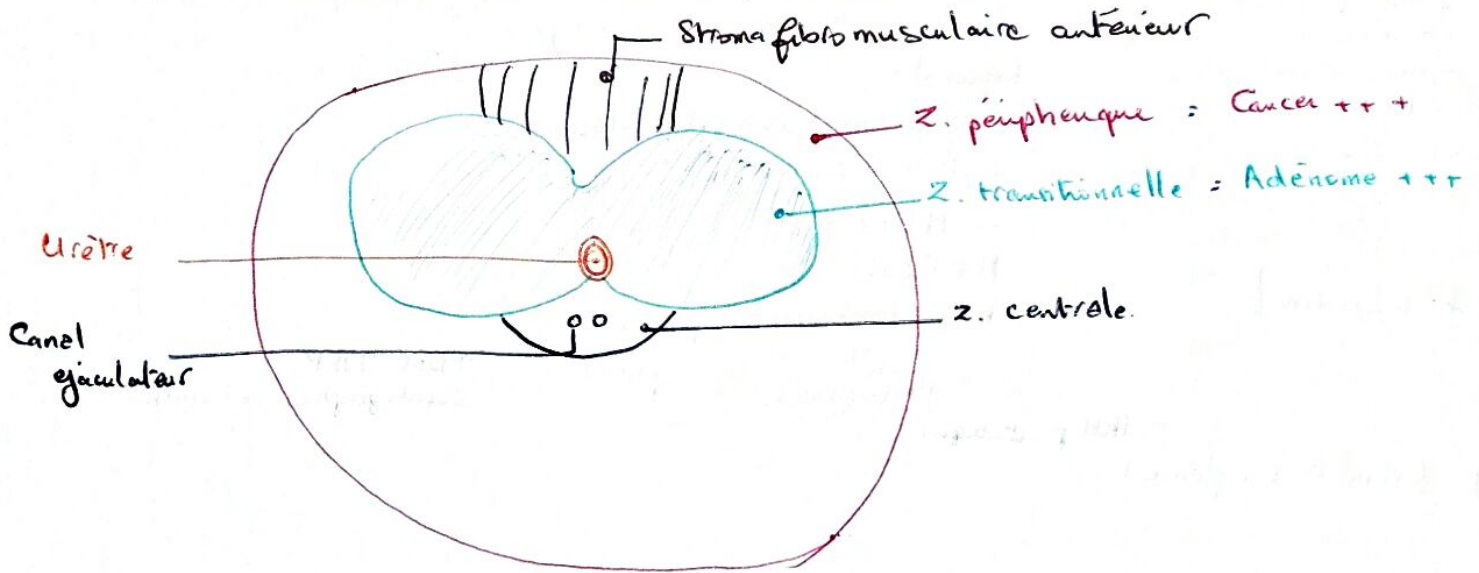
Epidémiologie

Fréquence : Cancer le plus fréquent chez l'homme $\sigma > 50$ ans, exceptionnel < 40 ans
 Mortalité : 2^{ème} cause de décès après cancer du poumon

FDR

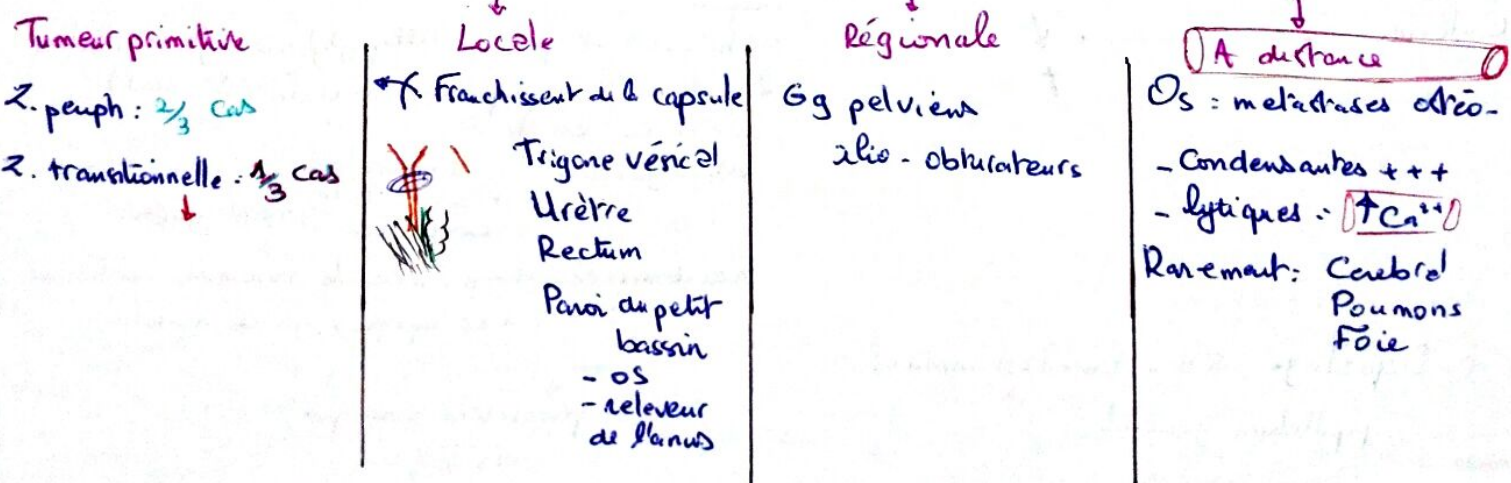


Prostate : Adénome \rightarrow Terrain $\sigma > 50$ ans } m terrain ✓
 * FDR? non
 Cancer \rightarrow Terrain $\sigma > 50$ ans

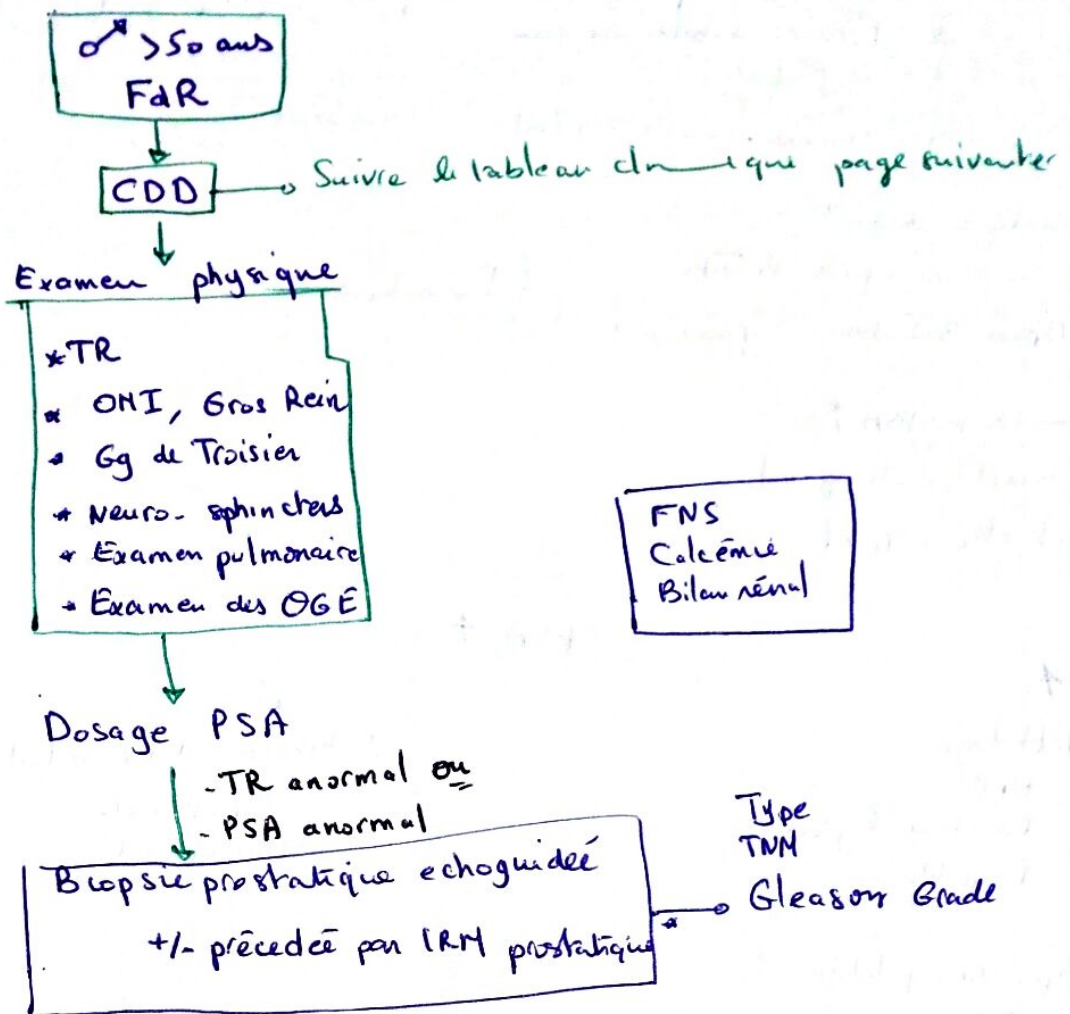


HBP \rightarrow si on enlève la zone transitionnelle alors que la Z. peiph est tjr en place le patient reste tjr à risque de développer un cancer de la prostate.

Evolution :



Clinique



*IRM prostatique: recommandations 2018 on est en droit de la demander avant la 1^{ère} série biopsique

Diagnostic

▷ Clinique

Tumeur Primitive	Loco - Régional.	A distance.
Localisée → asymptomatique	Localement avancée: SBAU: obstructifs, irritatifs Hématurie macroscopique: - envahissement - vessie: col ou trigone TR - urètre Hémospémie: atteinte VS Possible: SF d'adénome de la prostate associée (à terrain)!	AEG Métastases osseuses: ++ Douleurs osseuses Troubles neurologiques: [compres. épimé.] * MI: - paresthésie - ↓ force musculaire * Sphincters: incontinence - fécale - urinaire Métastases hépatiques, pulmonaires, cérébrales
TR: parfois normal Lésion: nodule ou masse. - dure présente - irrégulière - non douloureuse - localisée - limitée à 1 lobe - étendue Glande fixée Peut être normal	Local: TR suite Atteinte extra capsulaire Atteinte des vésicules séminales Atteinte des organes de voisinage Régional: gg pelviens ilio-obturaire → ADP → compression V. Lym → MI: OMI MI: OMI Fosses lombaires: palpation ? urétéro-hydro-néphrose - dir lombaire - gros rein	Os: Rachis +++ ? Compression médullaire Autres loc II ^o viscérales Gg Trastien TDM TAP Scintigraphie osseuse

IRM prostatique

▷ Examens complémentaires

Biologie:

PSA total sérique $\begin{cases} \rightarrow N \\ > 4 \text{ ng/ml} \end{cases}$
 PSA libre/total: ? 20% $\begin{cases} \rightarrow \text{Cancer} \\ < \text{HBP} \end{cases}$
 FNS → anémie
 Créatinine, ionogramme → IRC obstr
 Calcémie → ↓
 ↑

Anapath → Dg de certitude

Indications: TR anormal ou PSA > 4 ng/ml

Sur: biopsie prostatique
Coupeaux de résection
pièce d'adénectomie

Biopsie:

48h avant et après → ATB prophylaxie fluoroquinolone
 la veille soir → préparation rectale (lavement)
 anesthésie locale
 echo-guidée - endorectale
 transrectale
 complétée à 1 IRM parfois
 randomisée: 12 prélèvements minimum au hasard
 + spécifiques sur le nodule.

▷ Dépistage: TR + taux PSA annuel

population générale

50 → 75 ans

Dg individuel précoce et non pas de masse.

population à risque

de 45 ans

PSA:

- 1. Antigène spécifique de la prostate (organe et non pathologie)
- 2. Formes libres et liées
- 3. 3J de $\frac{1}{2}$ vie
- 4. normes 0-4 ng/ml

→ Conditions de dosage:

- 1 Semaine après le TR
 - Après 3J sans rapport sexuel
- } Précautions

→ Résultat: PSA ↑
Normes: 0-4 ng/ml
Peut être normal

PSA ↓

↑
Pathologie:
HBP
Cancer de la prostate
Prostatite

↓
Inhibiteur de 5 α réductase
- Finestride
- Dutastéride

Après manipulation
TR
Sondage urinaire

PSA anormal → Contrôler par un 2^e dosage
(+/- des largeurs 2,5-10 ng/ml → densité PSA)

Biopsie prostatique: Gold standard

Indications
Réalisation
Types histologiques
Score de Gleason

* Indications: Anomalie - $\left\{ \begin{array}{l} \text{sans TR} \\ \text{ou PSA} \end{array} \right\}$ ou

* Réalisation

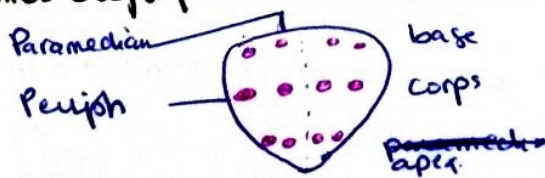
Préparation rectale, antibioprophylaxie, arrêt des anti-coagulants

Sous anesthésie - - locale - générale - rachid.

Commence par TR.

Echoguidée

12 carottes biopsiques au minimum → selon un schéma bien précis



* Types histologiques

ADK : 85%

Kc neuroendocrines

Kc mucineux

C. transitionnelles

Epidermoïde

Sarcome } exceptionnels
Tm. secondaires }

Grade \rightarrow Score de Gleason

* Score de Gleason

Score histopronostic \rightarrow degré de différenciation tumorale

2 grades les plus représentés \rightarrow 2 chiffres de premier etant le grade prédominant

Score varie de 2 - 10

Exemples :

Score 7 = 3 + 4 plus grave que $6 = 3 + 3$ \leftarrow la plupart des cas

Score 7 = 4 + 3 plus grave que 7 = 3 + 4

\rightarrow Classificat° ISUP en 4

Groupe 1	\rightarrow	6 = 3 + 3
2	\rightarrow	7 = 3 + 4
3	\rightarrow	7 = 4 + 3
4	\rightarrow	8
5	\rightarrow	9 - 10

Bilan d'extension

IRM prostatique

Sanguigraphie osseuse

TDM TAP

IRM prostatique/pelvienne

Extension \rightarrow locale : 2 mois après biopsie

\rightarrow régionale ADP + organes de voisinage

2016-2018 : 1^{er} série biopsique \rightarrow (-) \rightarrow IRM prostatique \rightarrow 2^e série

2018 : optionnelle avant la 1^{er} série biopsique

Sanguigraphie osseuse : recommandée si PSA > 10 ng/ml

TDM TAP : ADP + Métastases viscérales

- Grade ≥ 6
- PSA > 10 ng/ml
- Gleason ≥ 7 (4 majoritaires)

TNM et pTNM

T₀ → Absente

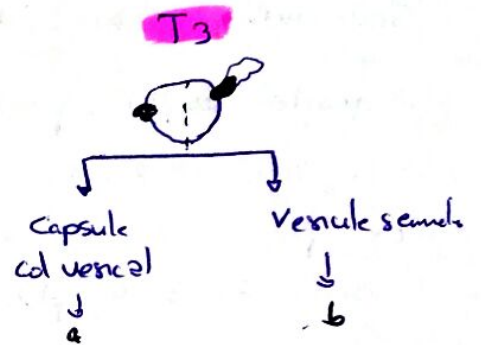
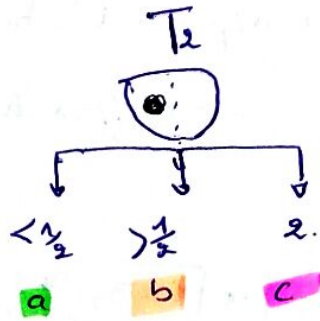
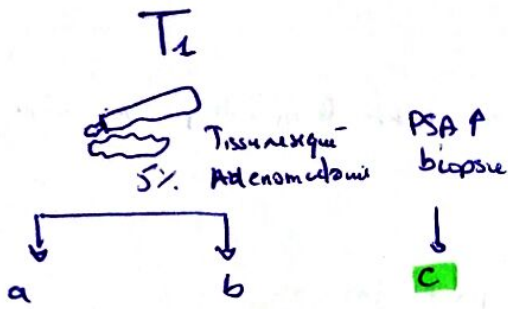
T₁ → Non palpable, non visible à l'imagerie

T₂ → Limitée à la prostate

T₃ → Extension au delà de la capsule.

T₄ → Tumeur fixée ou atteinte des autres structures ≠ VS

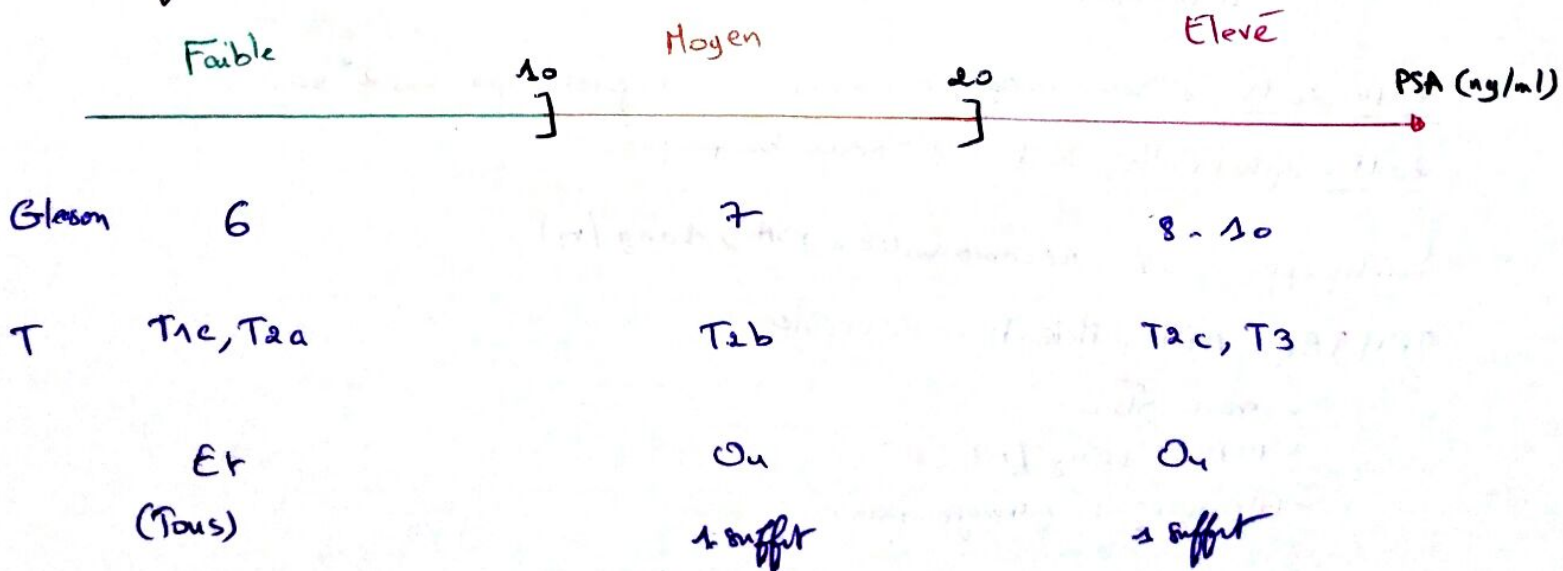
- SF
- Rectum
- Rateur de l'anus
- PARI périerenne.



N { x → non évaluable
0 → ∅
1 → ✓

M { x - non évaluable
0 - absent
1 { a → gg non régénérant
b → os
c → autres

Classification d'Amico : Groupes à Risque et facteurs pronostic importants



Traitement

Nogens

Surveillance active

Abstinence surveillance

Prostatectomie totale radicale

RT

Curiothérapie intrasphinctérienne

Ttr focaux : HIFU, Cryothérapie

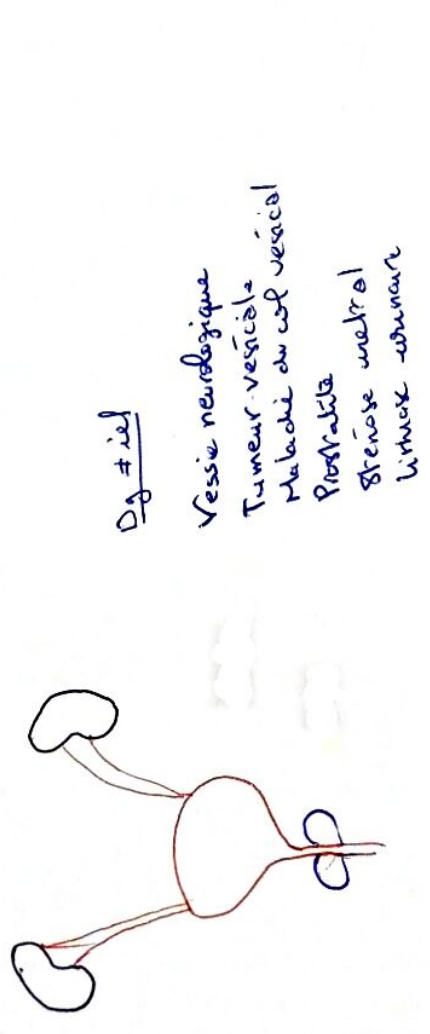
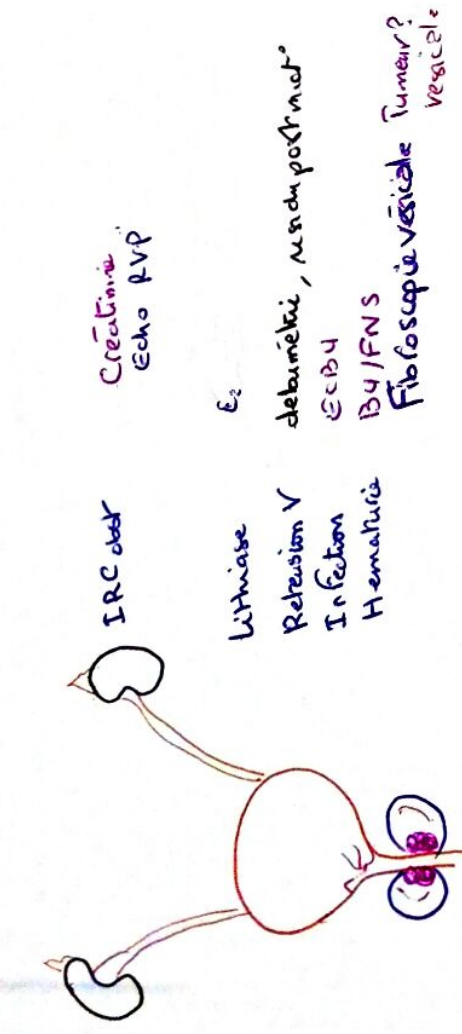
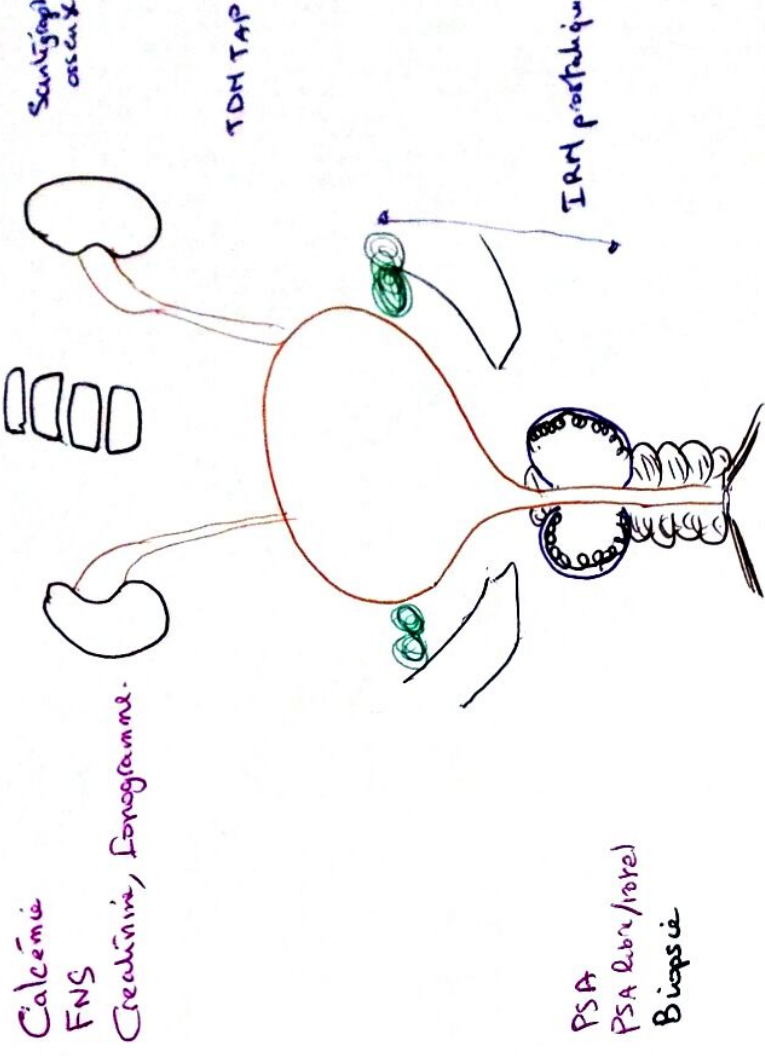
Hormonothérapie

{ LHRH like
 Anti-androgènes : - stéroïdiens - non stéroïdiens
 Nouveaux H)

CT

Indications

Localisée	Localement avancée	Métastatique
Prostatectomie totale - curage gg optionnel RT externe > 70 Gy Curiothérapie Surveillance active (espérance > 10 ans) Abstinence surveillance (esp. vie < 10 ans) HIFU, Cryo → en cours d'évaluation	H - RT combinée référence Prostatectomie élargie + curage gg (cT3r) H isolé : non élépté à un trt local	Suppression androgénique : - castrat° chir - LHRH Manipulat° hormonale Nouveaux molécules H) CT:



Cancer de la prostate.

Adénome de la prostate (HBP)