

# Cancer localisé de la prostate

## Dr Jean-Marie Hervé

Le cancer de la prostate est une maladie fréquente responsable du décès d'environ 9000 personnes par an en France, et dont l'incidence augmente avec l'augmentation de l'espérance de vie. Depuis l'avènement du PSA (marqueur spécifique de la prostate), le diagnostic de cancer de la prostate aujourd'hui se fait le plus souvent à un stade de développement localisé, à savoir soit que le cancer est situé au sein de la prostate (comme le jaune de l'œuf dans sa coquille), soit qu'il se situe en dehors mais encore à proximité de la prostate. A ce stade précoce, le cancer est curable, au sens de guérison, grâce à un arsenal thérapeutique qui s'est enrichi au cours des dernières années, tant sur le plan chirurgical avec l'arrivée de l'assistance robotique, que sur le plan de la radiothérapie, la curiethérapie, les ultrasons à haute énergie (HIFU ou Ablatherm), la cryothérapie, la photothérapie, ou encore la combinaison de traitements hormonaux et de traitement locaux.

Toutefois, il est important de **choisir la stratégie la mieux adaptée, et à la maladie, et au patient.**

En effet, le cancer de la prostate peut témoigner d'une activité variable selon le moment où le diagnostic a été fait dans le cours de l'évolution de la maladie : entre le moment de son apparition, le moment de sa détection et le moment où le cancer va quitter la région prostatique pour diffuser ailleurs dans le corps (les métastases, ganglionnaires, osseuses, pulmonaires) il peut se passer une voire deux décennies et plus, et **tout l'enjeu du bilan fait avant la proposition thérapeutique est de préciser si le cancer est à risque d'interférer avec l'espérance de vie du patient.**

**« Le traitement est-il nécessaire quand il est possible, est-il possible quand il est nécessaire »** sont les deux questions fondamentales dans le cancer de la prostate.

## Comment savoir ?

• **L'espérance de vie** est appréciée en fonction de l'âge effectif, d'une part, et de la présence d'autres maladies qui peuvent réduire le temps qui reste à vivre, d'autre part. Statistiquement elle est chez l'homme de l'ordre de 80 ans en France.

Pour mémoire, à 100 ans tous les hommes sont porteurs d'un cancer de la prostate, cependant, seulement 3 % des centenaires risquent de mourir de ce cancer, 16 % d'en souffrir sans en mourir, 97 % des centenaires finiront donc leur vie sans que ce cancer en soit la cause. A l'inverse, un cancer de la prostate diagnostiqué chez un patient de 50 ans l'expose au risque de 75 % de mourir par développement du cancer de la prostate au cours de son temps de vie, si rien n'est fait bien sûr.

• **L'évolutivité et le développement de la maladie** sont appréciés sur

- l'absence ou la présence de symptômes urinaires ou extra-urinaires
- le dosage de PSA (inférieur ou supérieur à 10 ng/ml)
- le toucher rectal (tumeur palpable ou non)
- l'IRM 3 tesla multiparamétrique (mise en évidence du ou des foyers actifs, leur situation dans la prostate, leur proximité de la capsule prostatique, les vésicules séminales, les ganglions lymphatiques drainant la prostate). Elle permet également d'optimiser la réalisation des biopsies par la fusion des images IRM et de l'échographe utilisée pour cibler les biopsies.
- les biopsies de la prostate, réalisées en consultation sous anesthésie locale (ou générale selon les circonstances) et prévention antibiotique, consistent à faire au minimum 12 à 18 prélèvements dirigés par échographie. Le résultat de l'analyse au microscope de ces prélèvements a une valeur double : valeur diagnostique essentielle d'abord en affirmant la présence du cancer, mais aussi valeur pronostique en fonction du nombre de biopsies porteuses de tumeur, de la longueur de tissu tumoral décelé, de la bilatéralité éventuelle de l'atteinte, et enfin du score de Gleason qui témoigne, au vu du degré de la désorganisation de

la glande prostatique appréciée au microscope, de l'évolutivité effective de la tumeur. Ce score va, du moins actif, 6 (3+3), au plus agressif, 10 (5+5).

- En fonction des données recueillies, et selon la situation, peuvent être demandés en complément la scintigraphie osseuse, le scanner thoracique, le TEP scanner à la Fluoro-Choline, voire un curage coelioscopique des ganglions lymphatiques qui drainent la prostate, afin de s'assurer de l'absence de métastases à distance de la région prostatique.
- Enfin, sont à l'étude de nouveaux marqueurs biologiques qui permettraient de différencier les cancers qui seraient une menace, des cancers qui seraient à moindre risque d'évolution.

L'ensemble de ce bilan, réalisable à Foch grâce à des moyens tant humains que matériels en constante remise à jour (IRM 3 Tesla, Biopsies sous fusion d'image, TEP scanner, scintigraphie, scanner, marqueurs biologiques), conduit, lors de la discussion en **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** hebdomadaire associant différents spécialistes (Onco-Urologues, Radiologues et Médecin Anatomo-pathologiste spécialistes de la prostate, Oncologues médicaux, Radiothérapeute), à établir pour chaque patient le parcours de soin qui semble optimal pour la prise en charge de son cancer, en fonction de son espérance de vie, du degré de développement et de l'agressivité relative de sa tumeur.

### Plusieurs situations sont possibles :

**La tumeur est de faible activité** (score de Gleason 3+3) **et faiblement représentée** (moins de 3 mm sur les biopsies, IRM négative). Cela signifie que le diagnostic a été fait de façon très précoce dans l'évolution de la maladie et que la menace d'une évolution à moyen terme est très faible. La meilleure stratégie est probablement de surveiller (**surveillance active**), quelle que soit l'espérance de vie.

**La tumeur est de faible activité** (score de Gleason 3+3) **mais significativement représentée** (plus de 3 mm et/ou bilatérale). Le diagnostic a été fait un peu plus tard dans l'évolution du cancer, à un moment encore précoce. Chez le patient à espérance de vie longue (supérieure à 10 ans) la question n'est plus faut-il traiter, mais quand devra-t-on réaliser le traitement. Si par contre l'espérance de vie est moyenne ou courte, la surveillance est une option raisonnable.

**La tumeur est d'activité moyenne** (score de Gleason 3+4 ou 4+3), et/ou le PSA autour de 10ng/ml), foyer détectable à l'IRM. Le diagnostic a été fait à un moment où la tumeur a commencé à entrer en activité. La menace à moyen terme voire à court terme que la maladie ne soit plus localisée est réelle. Il faut envisager un traitement local effectif.

**La tumeur est agressive** (score de Gleason  $\geq 8$ ), le PSA > 10 ng/ml, dépassement franc de la capsule et / ou atteinte des vésicules séminales au toucher rectal et à l'IRM. Le traitement est nécessaire et peut passer par la combinaison de plusieurs modalités thérapeutiques (multimodal).

**Si une atteinte ganglionnaire importante ou des métastases à distance** sont détectées sur les examens radiologiques, voire par un biopsie ganglionnaire ou un curage ganglionnaire coelioscopique, la maladie n'est plus localisée, et le traitement médical est privilégié.

### Quels sont les moyens thérapeutiques à visée curative :

Le traitement qui vise à guérir le cancer localisé de la prostate doit répondre à 2 critères essentiels :

- efficacité sur le long terme (redonner l'espérance de vie attendue en l'absence de cancer).
- minimiser le risque d'effets secondaires et de séquelles.

Autrement dit, l'objectif du traitement est de donner la meilleure chance de guérir du cancer en interférant le moins possible avec la qualité de vie.

Or, il n'y a pas de traitement sans risque, à des degrés divers selon les modalités de traitement. Il peut s'agir pour l'essentiel de troubles urinaires, d'incontinence urinaire, de troubles sexuels, de troubles digestifs, de rétrécissements des voies urinaires, voir sur le long terme d'autres cancers induits.

Dans le cadre du cancer localisé de la prostate, peuvent être proposés :

- la Chirurgie (prostatectomie radicale, aujourd'hui avec assistance robotique) qui consiste en l'ablation complète de la prostate et des vésicules séminales, associée ou non au curage ganglionnaire selon l'agressivité du cancer,
- la Radiothérapie conformationnelle, qui cible la région de la prostate, qui peut être combinée à une hormonothérapie suppressive si la tumeur est volumineuse. Elle peut être réalisée également après chirurgie au cas où des cellules prostatiques résiduelles se manifesteraient par un dosage de PSA redevenu détectable.
- la Curiethérapie dans le cas de tumeurs de faible activité,
- l'Ablatherm (ultrason à hautes énergie) dans le cas de tumeurs à faible activité
- la Cryothérapie (congélation prostatique), en rattrapage de la radiothérapie.

Pour des raisons organisationnelles, sont réalisés à Foch les traitements chirurgicaux, prostatectomie robot-assistée, Ablatherm, et les traitements médicaux. En cas d'indication de radiothérapie ou curiethérapie, nous travaillons avec le Centre René Huguenin-Institut Curie.

### ***La chirurgie robotique à Foch : Prostatectomie Robot-Assistée***

Depuis l'introduction de la **chirurgie laparoscopique (coelioscopique)** pour le cancer de la prostate depuis 1998, puis **l'Assistance Robotique** depuis 2009, le recul d'expérience que nous en avons à Foch nous conduit à privilégier ce traitement chirurgical quand cela paraît la solution optimale.

En effet, l'assistance robotique apporte une qualité de la vision magnifiée en 3 dimensions, la maniabilité et la précision des instruments chirurgicaux qui a permis une nouvelle approche chirurgicale plus affinée et peu traumatisante, respectant et reconstruisant les structures musculaires du sphincter urinaire (muscles qui assurent la continence), respectant de même les vaisseaux et les nerfs apposés de chaque côté contre la prostate qui permettent la spontanéité de l'érection. Cette préservation des « bandelettes neuro-vasculaires » érectiles n'est toutefois envisageable que si le cancer n'est pas développé à proximité de ces bandelettes, car le risque alors est de ne pas avoir retiré toute la maladie cancéreuse. D'où l'importance d'un bilan préopératoire aussi précis que le permettent les examens aujourd'hui disponibles afin d'établir la stratégie chirurgicale la mieux adaptée. Le principe est de réaliser cette chirurgie par coelioscopie en plaçant une caméra et des instruments chirurgicaux par des trocarts à travers la paroi du ventre et d'y arrimer les bras du robot, commandés par le chirurgien installé dans une console d'où il manipule ces instruments et la caméra par le biais de manettes et de pédales, avec une grande précision.

### **Les Résultats fonctionnels après chirurgie robotique :**

Basé sur l'analyse statistique réalisée sur la série de 450 patients opérés par le même opérateur sénior chevronné, par une technique coelioscopique conceptualisée et améliorée par l'utilisation du robot

**URINAIRES : Continence urinaire**

*(actualisés Novembre 2015)*

## SEXUELS : Récupération des Erections spontanées

(actualisés Décembre 2014)

L'analyse des résultats fonctionnels va permettre d'apprécier l'éventuelle récupération d'une érection efficace ainsi que la possibilité d'avoir eu un rapport sexuel avec pénétration à 6 semaines postopératoires (**précocité** = Tableau 1), à 1 an postopératoire (**complétude** = Tableau 2), ainsi que la nécessité d'un **soutien médical** pour parvenir à réaliser un rapport sexuel avec pénétration à 1 an postopératoire (Tableau 3).

Sigles des tableaux :

RS+	faculté d'avoir eu des rapports sexuels avec pénétration
Er $\geq$ 7	degré de récupération d'une érection de rigidité pénienne effective pour la pénétration (supérieure ou égale à 7 sur une échelle de 0 à 10)
SME	utilisation d'un soutien médical à l'érection
P.Bilat	préservation bilatérale des bandelettes neuro-vasculaires
P.Unilat	préservation unilatérale des bandelettes neuro-vasculaires

Résultats fonctionnels à <b>6 semaines</b>						
Précocité	<b>≤ 60 ans</b>		Nombre	RS+	Er $\geq$ 7	SME
	P. Bilat	1 mois 1/2	56	63 %	71 %	3 %
1 an		45	91 %	96 %	12 %	
P. Unilat.	1 mois 1/2	27	22 %	22 %	0 %	
	1 an	20	85 %	75 %	53 %	
<b>&gt; 60 - 70 ans</b>		Nombre	RS+	Er $\geq$ 7	SME	
P. Bilat	1 mois 1/2	58	24 %	28 %	14 %	
	1 an	44	82 %	66 %	44 %	
P. Unilat	1 mois 1/2	60	5 %	7 %	0 %	
	1 an	32	66 %	47 %	71 %	
<b>&gt; 70 ans</b>		Nombre	RS+	Er $\geq$ 7	SME	
P. Bilat	1 mois 1/2	9	22 %	33 %	0 %	
	1 an	7	57 %	71 %	50 %	
P. Unilat	1 mois 1/2	18	0 %	0 %	0 %	
	1 an	12	8 %	8 %	100 %	

Tableau 1 : Précocité de la récupération de l'érection par tranche d'âge et type de préservation bilatérale ou unilatérale

Résultats fonctionnels à 1 an					
Complétude	≤ 60 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
	P. Bilat	1 mois 1/2	56	63 %	71 %
1 an		45	91 %	96 %	12 %
P. Unilat	1 mois 1/2	27	22 %	22 %	0 %
	1 an	20	85 %	75 %	53 %
<hr/>					
	> 60 - 70 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
P. Bilat	1 mois 1/2	58	24 %	28 %	14 %
	1 an	44	82 %	66 %	44 %
P. Unilat	1 mois 1/2	60	5 %	7 %	0 %
	1 an	32	66 %	47 %	71 %
<hr/>					
	> 70 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
P. Bilat	1 mois 1/2	9	22 %	33 %	0 %
	1 an	7	57 %	71 %	50 %
P. Unilat	1 mois 1/2	18	0 %	0 %	0 %
	1 an	12	8 %	8 %	100 %

Tableau 2 : Complétude de la récupération de la rigidité de l'érection par tranche d'âge et type de préservation bilatérale ou unilatérale

Résultats fonctionnels à 1 an

Aide / RS +

		≤ 60 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
P. Bilat	1 mois 1/2		56	63 %	71 %	3 %
	1 an		45	91 %	96%	12 %
P. Unilat	1 mois 1/2		27	22 %	22 %	0 %
	1 an		20	85 %	75 %	53 %
		> 60 - 70 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
P. Bilat	1 mois 1/2		58	24 %	28 %	14 %
	1 an		44	82 %	66 %	44 %
P. Unilat	1 mois 1/2		60	5 %	7 %	0 %
	1 an		32	66 %	47 %	71 %
		> 70 ans	Nombre	RS+	Er ≥ 7	SME
P. Bilat.	1 mois 1/2		9	22 %	33 %	0 %
	1 an		7	57 %	71 %	50 %
P. Unilat	1 mois 1/2		18	0 %	0 %	0 %
	1 an		12	8 %	8 %	100 %

Tableau 3 : Utilisation de soutien médical à l'érection par tranche d'âge et type de préservation bilatérale ou unilatérale