

Bilan diagnostic CaP

Journées Médicales de Strasbourg

Pr H. Lang

20.11.22

- Cancer le plus fréquent chez l'homme
En France en 2018 : **50 400 Ncas** (1^{er}) / **8 100 DC** (3^{ème})
- **↑** taux de tumeurs localisées par le fait du dépistage individuel
- Formes familiales / héréditaires : **risque x 10**
(3 cas 1^{er} ou 2^{ème} degré ou 2 cas si survenu avant 55 ans), origine afro-antillaise, mutation gènes BRCA2 ou HOXB13
- Evolution globalement lente mais ...

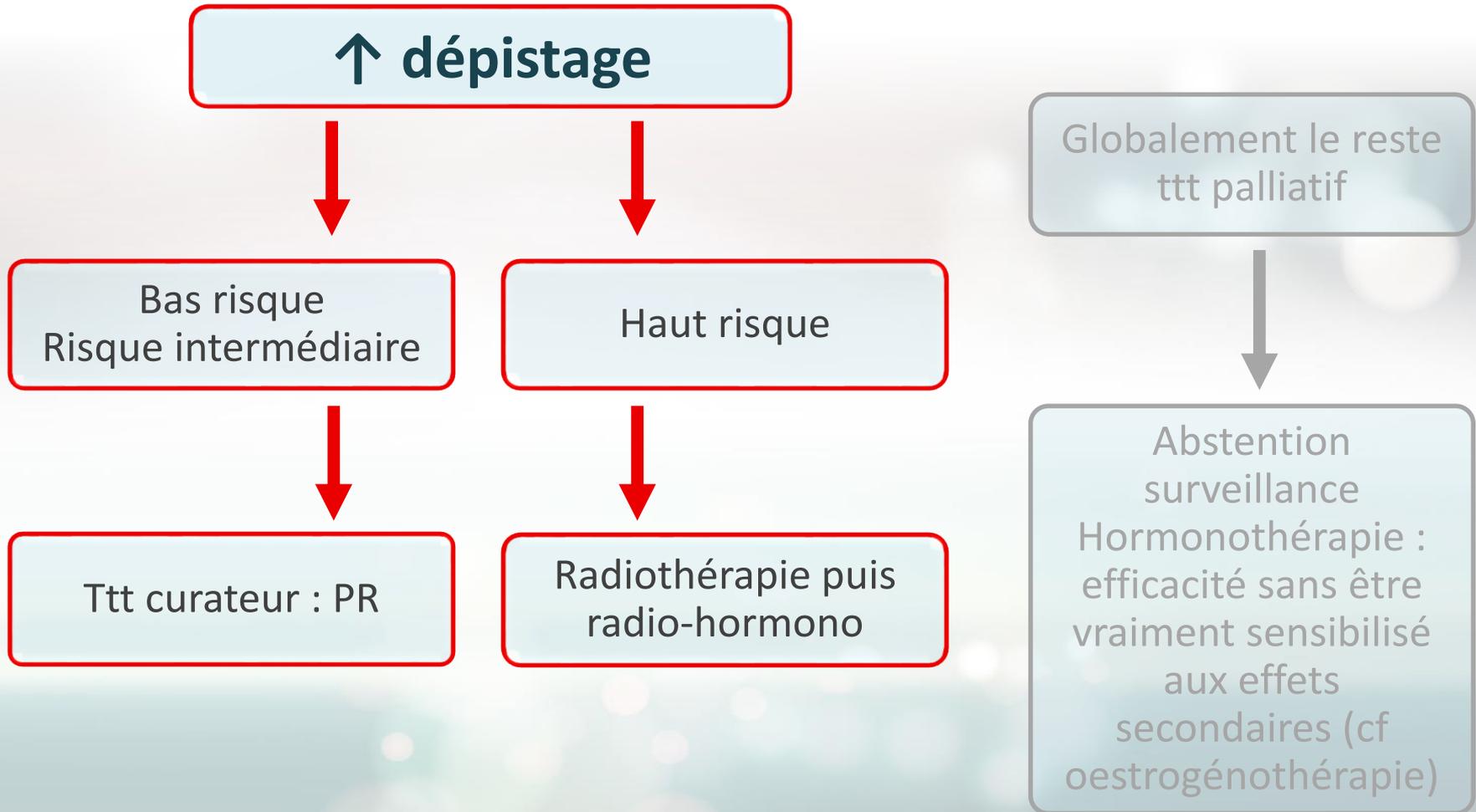
Des cancers de prostate

Exemple de coordination MG / urologues

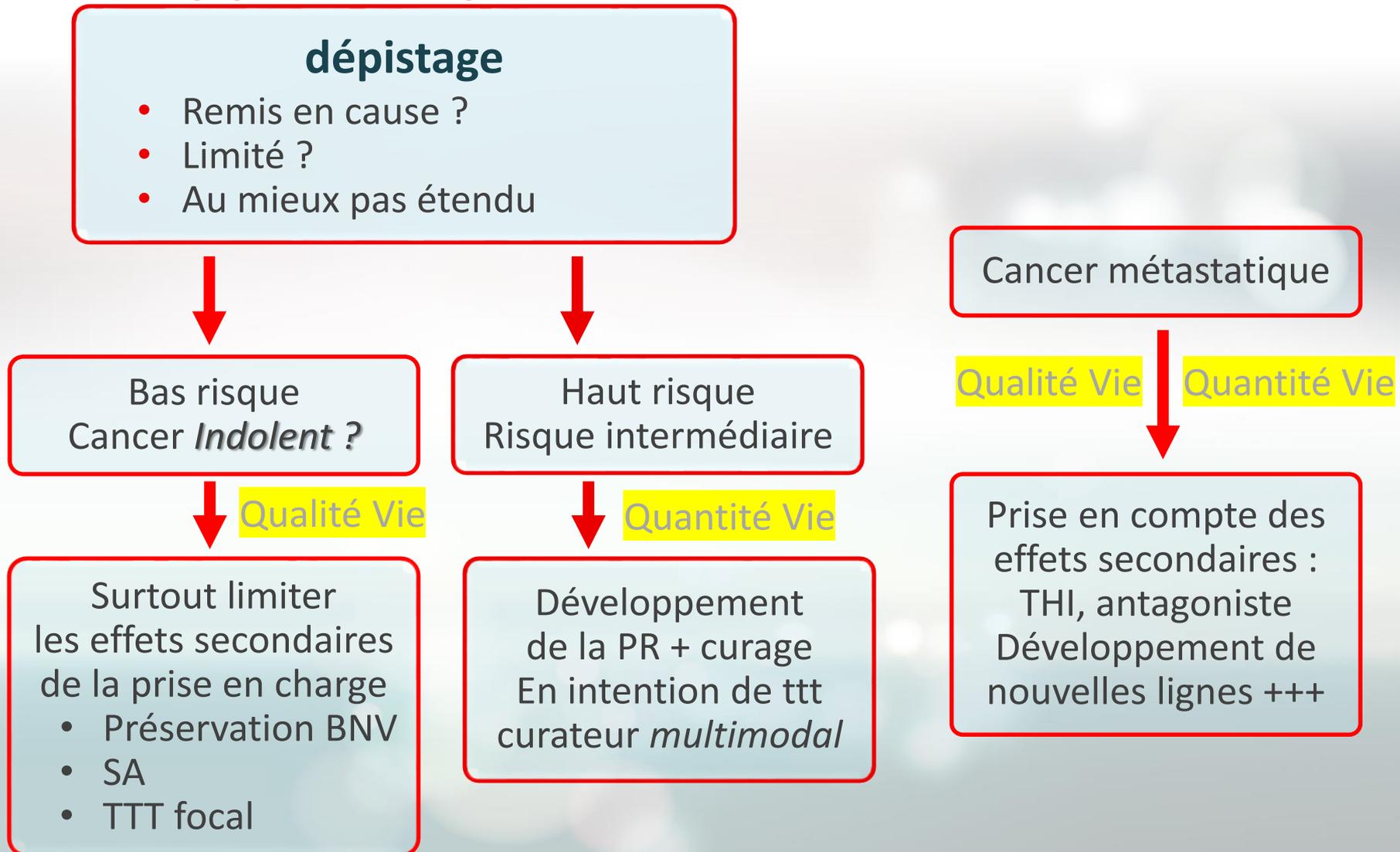
Dépistage

ADAPTÉ

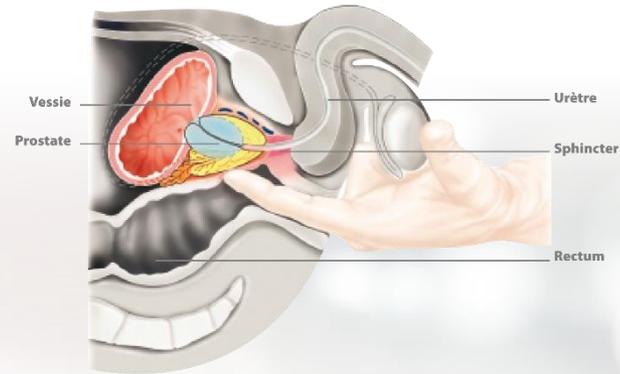
Il y a 20 – 30 ans : le dépistage se généralise



Depuis 10 ans, une approche plus discriminante



Le dépistage repose sur deux examens fondamentaux



- **Toucher rectal (TR) :**

- peu sensible
- **plutôt spécifique** du cancer de la prostate
60% CaP zone périph.; si induration : PBP ∇ PSA

- **Dosage de PSA total :**

- sensible
- **peu spécifique** du cancer de la prostate

Stratégie de détection précoce des tumeurs agressives proposée par l'AFU

- **Informers les hommes dès 45 ans**
- **Pas de dépistage si :**
 - Patient âgé (>75 ans)
 - Faible espérance de vie (<10 ans)
- **Âge du premier dosage de PSA :**
 - Population générale : 45-50 ans
 - Population à risque élevé: 45 ans
- **Pas de place pour l'IRM et les nouveaux biomarqueurs en première intention**

Déterminer l'appartenance à un groupe à risque selon les dosages de PSA

- **Risque faible** (50% de la population)
PSA < 1ng/ml
- **Risque intermédiaire** (25% de la population)
45-49 ans : $1 < \text{PSA} < 1,6$
50-55 : $1 < \text{PSA} < 1,9$
60 : $1 < \text{PSA} < 2$
- **Risque élevé** (formes familiales, origine afro-antillaise, mutation BRCA 2)
45-49 ans : $\text{PSA} > 1,6$
50-55 : $\text{PSA} > 1,9$
60 : $\text{PSA} > 2$

Adapter la fréquence des dosages selon le groupe à risque d'appartenance

- **Risque faible** (50% de la population)
 - dosage tous les 5 ans
 - si PSA < 1ng/ml à 60 ans : arrêt du dosage !
- **Risque intermédiaire** (25% de la population)
 - dosage tous les 3 ans
- **Risque élevé** (formes familiales, origine afro-antillaise, mutation BRCA 2)
 - dosage annuel jusqu'à 70 ans

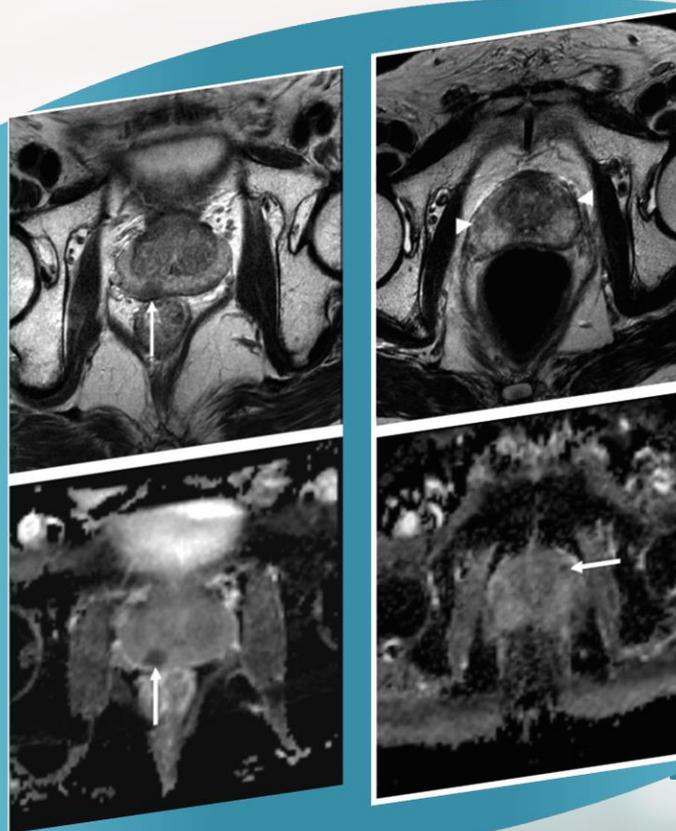
La réponse aux résultats du dépistage est guidée par l'expérience +++

Le recours aux biopsies doit être prudent et orienté par des examens complémentaires

- **Nouveau dosage de PSA total**
- **Selon les circonstances (patient ou prostate) :**
 - PSA libre / total, densité PSA, vélocité PSA
 - IRM multi-paramétrique : résultats discordants
- **Pas de PET scan !**

Importance de l'IRM dans le diagnostique du CaP

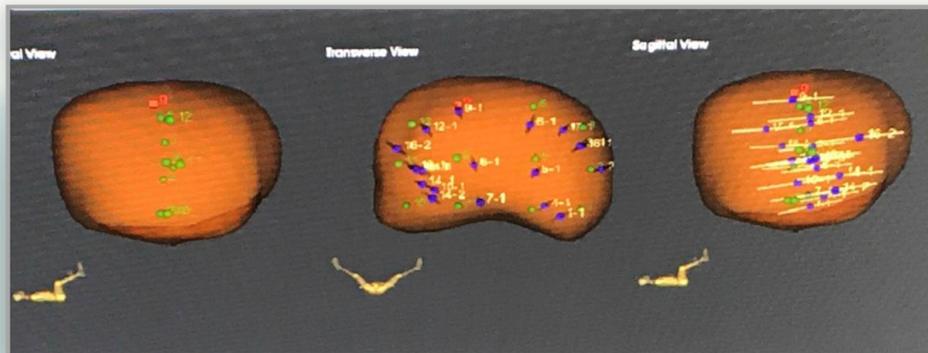
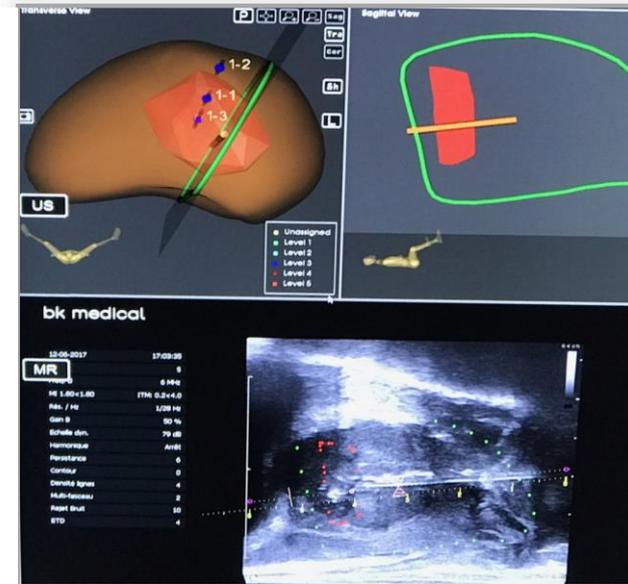
- Avant PBP
- Séquences
- Points + : F
- Points - : s
d'apprentis
- Espoir d'év



diffusion

insation de l'IA

Biopsies ciblées- Fusion d'images



- Anesthésie locale
- Cartographie Min 6/lobe
- + biopsies zones cibles
- Risque essentiel : prostatite

Suspicion de cancer de la prostate (clinique, biologique)



IRM prostatique
Biopsies prostatiques par voie transrectale écho-guidée



NIH U.S. National Library of Medicine

ClinicalTrials.gov

Find Studies ▾ About Studies ▾ Submit Studies ▾ Resources ▾ About Site ▾

Home > Search Results > Study Record Detail

Save this study

Trial record 1 of 35 for: Prostate Cancer | strasbourg, France

Previous Study | [Return to List](#) | [Next Study](#)

Transperineal, MRI-guided, Prostate Biopsy

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02651948

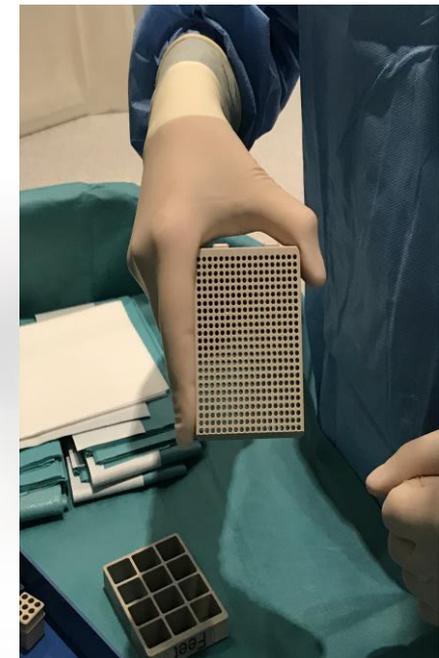
The safety and scientific validity of this study is the responsibility of the study sponsor and investigators. Listing a study does not mean it has been evaluated by the U.S. Federal Government. [Know the risks and potential benefits](#) of clinical studies and talk to your health care provider before participating. Read our [disclaimer](#) for details.

[Recruitment Status](#) ⓘ : Recruiting
[First Posted](#) ⓘ : January 11, 2016
[Last Update Posted](#) ⓘ : August 20, 2019
See [Contacts and Locations](#)

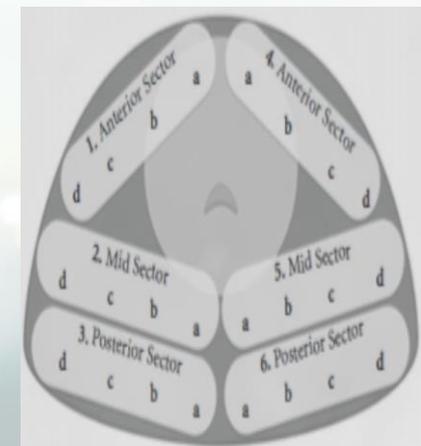


Evaluation tolérance et complications, qualité des biopsies, pertinence des images...

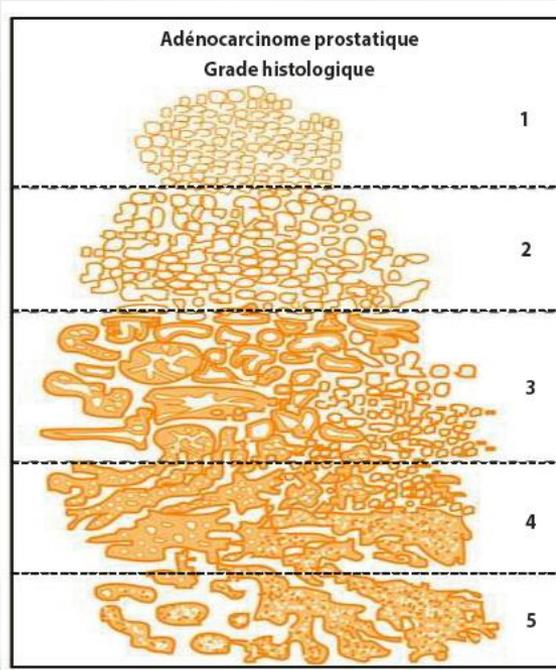




- ❑ ↘ risque infectieux (pas d'antibioprohylaxie)
- ❑ ↗ évaluation zone antérieure
- ❑ Reconstruction volumique 3D



Score histopronostique de Gleason



Somme des 2 contingents les plus représentés :
Grade contingent A
+ Grade contingent B
= Score de Gleason

Importance pronostique ++

Gleason DF. Classification of prostatic carcinomas.
Cancer Chemother Rep 1966.

Nouvelle classification ISUP en 2016

Groupe 1: Gleason 6

Groupe 2: Gleason 3+4

Groupe 3: Gleason 4+3

Groupe 4: Gleason 8

Groupe 5: Gleason 9 et 10

Groupes à risques

Faible risque	Risque intermédiaire	Haut risque
Tumeur < T2b <u>et</u> PSA ≤ 10 ng/ml et Gleason ≤ 6	Tumeur T2b-T2c <u>et/ou</u> PSA entre 10 et 20 ng/ml <u>et/ou</u> Gleason 7	Tumeur ≥ T3 et/ou PSA > 20 ng/ml et/ou Gleason ≥ 8

Bilan d'extension

- Pas nécessaire pour les bas risques
- Scintigraphie osseuse couplée TDM
- TDM TAP

PET Scan Choline, PSMA

- Pas d'intérêt démontré en première intention
- Attention, recommandations fct scinti os et TDM

Donc en pratique...

→ *Savoir l'initier :*

à partir de 45 ans chez les patients à haut risques

→ *Savoir le personnaliser :*

Adapter fréquence et modalités de dépistage à leur risque initial

- intervenir plus tôt pour les cancers agressifs
- intervenir plus tard pour réduire le risque de surdiagnostic et les coûts de dépistage

Pas de surdiagnostic mais
risque de surtraitement

→ *Savoir l'arrêter :*

patients âgés ou présentant des polypathologies sévères