

Prise en charge CaP

Journées Médicales de Strasbourg

Pr H. Lang

20.11.22

Traitement CaP localisé

**PROGRESSIF
PERSONNALISÉ**

Déterminer les critères pour personnaliser le traitement

1^{er} tumeur :
stade, PSA, Gleason

2^{ème} patient :
âge et comorbidité

3^{ème} qualité de vie



Groupes à risques de D'Amico :

- **Faible risque :**

PSA \leq à 10 ng/ml et score de Gleason $<$ 7
et stade clinique T1c ou T2a

- **Risque intermédiaire :**

PSA $10 < \leq$ 20 ng/ml, ou score de
Gleason = 7 ou T2b

- **Risque élevé :**

PSA $>$ 20 ng/ml ou score de Gleason $>$ 7
ou T2c

Déterminer les critères pour personnaliser le traitement

1^{er} tumeur :
stade, PSA, Gleason

2^{ème} patient :
âge et comorbidité

3^{ème} qualité de vie



Fonctions de l'histoire naturelle :

- Patient de moins de 72-75 ans et sans co-morbidité grevant le pronostic
- Patient de plus de 72-75 ans ou avec co-morbidité grevant le pronostic

Déterminer les critères pour personnaliser le traitement

1^{er} tumeur :
stade, PSA, Gleason

2^{ème} patient :
âge et comorbidité

3^{ème} qualité de vie



Patients pris en charge de plus en plus jeunes :

- Continence
- Activité sexuelle

Quel traitement adapté et personnalisé ?

	Durée de survie > 10 ans	Durée de survie < 10 ans
Risque faible	surveillance active vs PR, Rad, curie	abstention surveillance vs Rad vs TA
Risque Interm.	PR +/- curage vs Rad + Horm	abstention surveillance vs Rad + Horm vs TA
Haut risque	Ttt multimodal vs Rad + Horm	AS vs Rad + Horm vs Horm

DS : Durée de Survie; RF, I, H : risque faible, intermédiaire, haut ; SA : surveillance active; Rad : radiothérapie TA : traitement ablatif; AS : abstention surveillance

**Savoir surveiller le Ca P
de très bon pronostic**

Pour Améliorer la qualité de vie !

SA en 1 diapositive.....

- DS > 10-15 ans, tumeur de très bon pronostic
- Refaire 2^{ème} série PBP entre 6 et 12 mois
- La majorité des patients sous SA n'aura pas de traitement (70% à 5 ans)
- Une minorité (15%) de patient présentera un cancer plus agressif lors des nouvelles biopsies
- TR, PSA (sinusoïde) => +/- IRM (1x/1-2 ans ?)
+/- PBP (1X/3 ans ?)
- SA sans danger en terme de SSP et de SG (97% à 5ans)

Les traitements curatifs BR et RI

Prostatectomie radicale
Radiothérapie
Curiethérapie

PR en 1 diapositive

Carcinologiques :

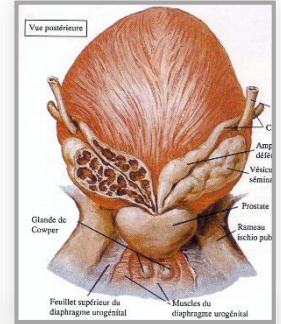
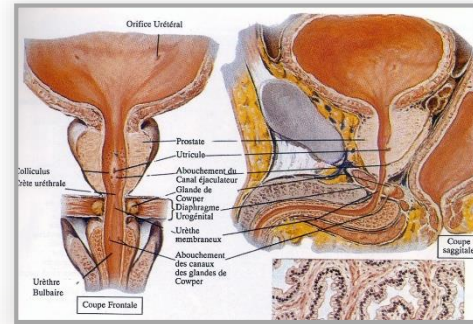
- Résultats anatomo-pathologiques du +/- curage pelvien et de la pièce de prostatectomie radicale (Prostate+ VS)
- **Evolution** : PSA à 3 mois +++, indosable <0,1ng/ml (si >0,2 radiothérapie)

Fonctionnelles :

- **Continence** : autorééducation (livret/internet) ; résultat à 1 an (envisager kinésithérapie, interventions type bandelettes, SAU)
- **Erections** : résultat à 2 ans selon l'âge, qualité des rapports pré-opératoires, conservation ou non (envisager IIC, traitement *per os*)

En pratique PR +/- curage robot :

- Sortie J1-J2, prévention antiphlébitique 3 semaines
- Sonde urétrovésicale adaptée sur poche de jambe la journée % IDE à J7
- Autorééducation



Radiothérapie conformationnelle en 1 diapositive...

Carcinologique :

- Discussion ttt Horm adjuvant 6 -18mois (3 ans)
- **Résultats carcinologiques** : un peu inférieur à la PR
- **Evolution** : 3 ↑ successives de PSA ou > 2ng/ml
⇒ traitements ablatifs, PR, THI

Fonctionnel :

- **Urinaire, rectale** : cystite, rectite, impériosité...
- **Erections** : dysfonction érectile d'apparition progressive

En pratique :

- Traitement sur 5-6 semaines
- Intérêt de voir an consultation le radiothérapeute avant décision ttt local

Curiethérapie en 1 diapositive

Carcinologiques :

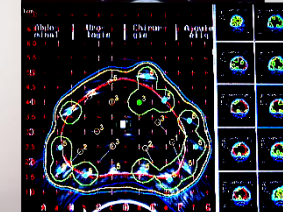
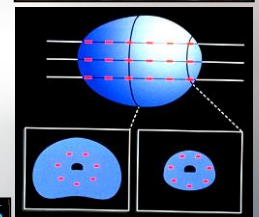
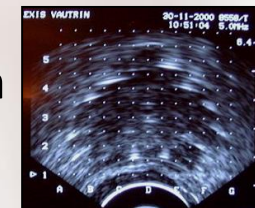
- Tumeurs bas risques impérativement
- **Evolution** : difficulté du suivi (rebond PSA)

Fonctionnelles :

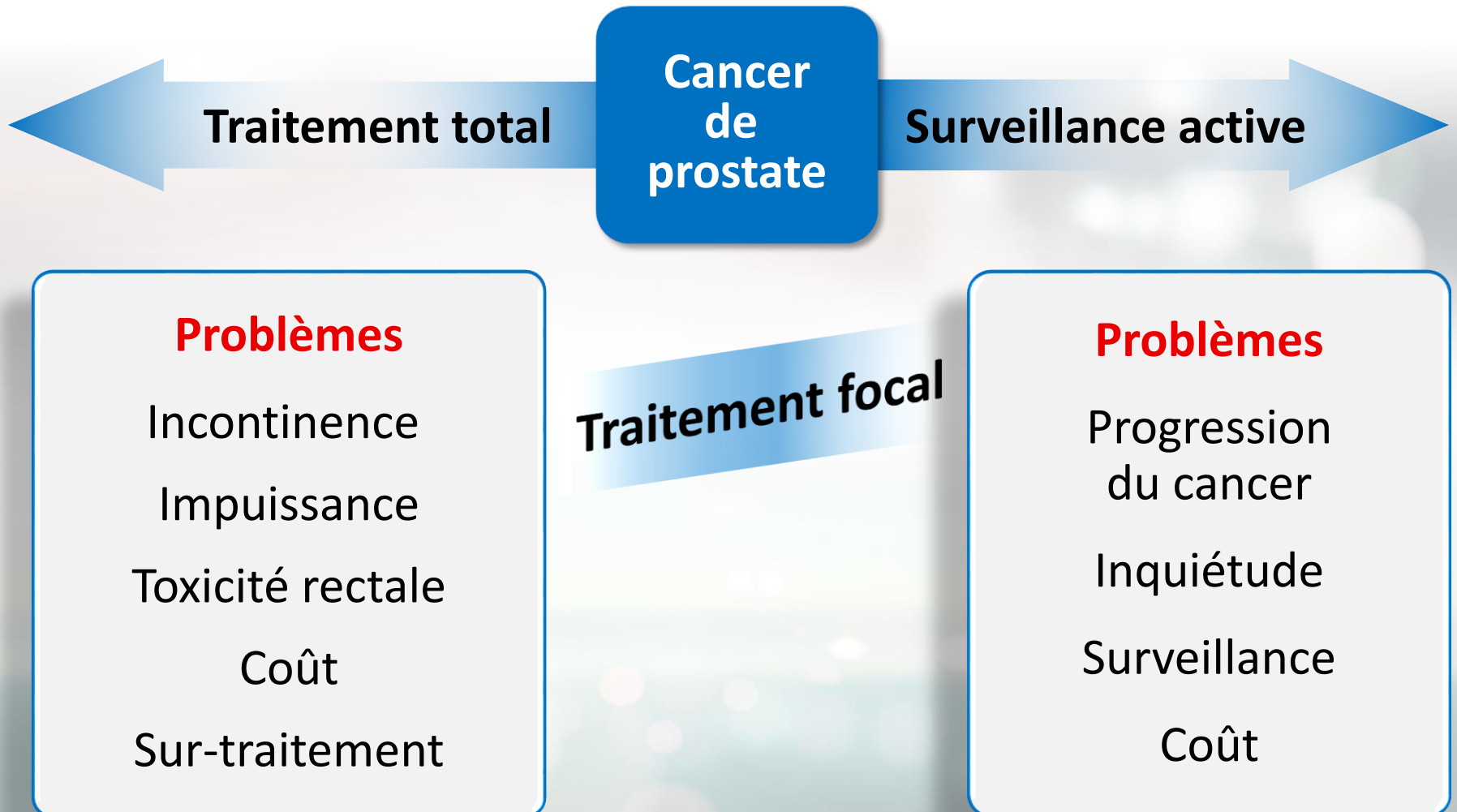
- **Risque de rétention** : drainage cystoKT pendant 6-12 mois
évaluation pré procédure : volume < 50 cc mictio/ RPM
- **Erections** : maintenues le plus souvent

En pratique :

- 1 procédure : urologue, radiothérapeute, physicien
- Planimétrie en amont pour calculer le nombre de grain
- Mesure de la dosimétrie per procédure

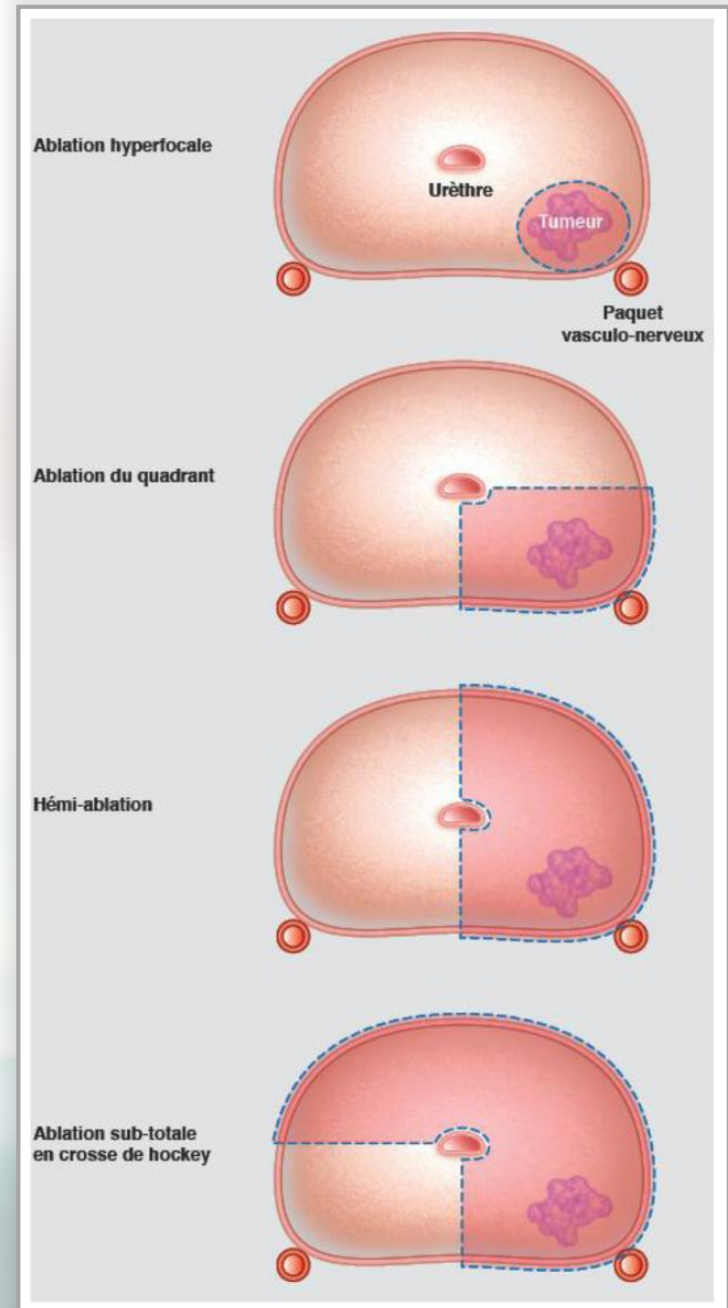


Traitement total ou surveillance active ?



Etendue du TA

- **Hyperfocal**
(non recommandé)
- **Quadrant**
(plutôt 2/3 d'1 lobe) ++
- **Hemi-ablation**
(unilat ou bilat) ++
- **Sub-total**



Ultrasons Focalisés trans-uretral de la prostate (TULSA)

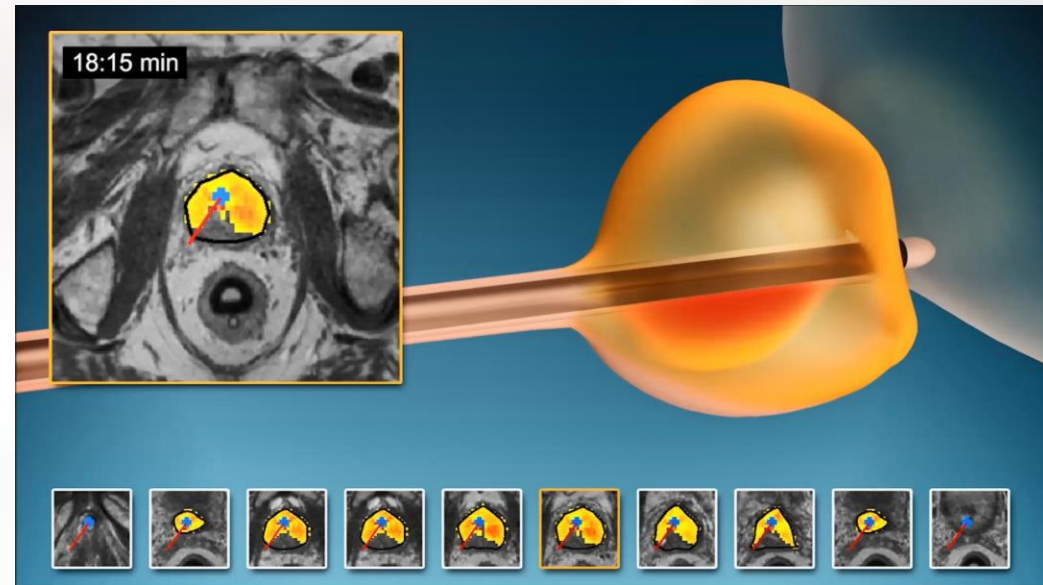
- **US directionnelle transurétrale:**

- Ablation sans incision, de l'intérieur vers l'extérieur
- Balayage ultrasonore, rotation continue (volumes d'ablation importants et uniformes)
- Refroidissement actif de l'urètre et du rectum

- **Planification guidée par IRM et positionnement du dispositif robotisé**

- **Dosimétrie thermique IRM en temps réel et contrôle de l'ablation**

- Délivre une thérapie thermique, mesure l'effet de la température en temps réel, ajuste automatiquement l'énergie délivrée



Savoir être agressif pour le Haut Risque

Pour Améliorer la quantité de vie !

Principes du traitement du Ca P à HR

En intention de traitement curateur

Plus patient jeune et en BEG :

- Traitement **mutimodal**
- PR « **large** » + **curage extensif** : « vrai » indication carcinologique
- En fonction anapath + PSA à 3 mois : Radiothérapie + Hormonothérapie

Sinon :

- **Radiothérapie** prostate +/- pelvienne
- **Hormonothérapie** longue 18 mois à 3 ans

**Traitement du cancer de la
prostate métastatique**

**PROGRESSIF
PERSONNALISÉ**

Traitement du cancer métastatique et survie du patient s'améliorent

- La poursuite de la remise en cause de certains dogmes est à prévoir : traitement néo-adjuvant ???
- Rapprochement de la prise en charge d'autres cancers (rein, sein...) : traitement ciblé sur les métastases
- Cas du cancer métastatique
 - Traitement systémique... Mais pas uniquement !
En particulier dans un contexte d'amélioration des traitements systémiques

Quel traitement du cancer métastatique ?

3 populations distinctes de cancers métastatiques

		DS > 10 ans	DS < 10 ans
Métastatique	Oligo	Ttt local prostate + méta ? + Double Horm	Horm
	+	Double Horm	
	+++	Horm + chimio	

Le cancer de la prostate est un bon exemple de coordination nécessaire entre MG et urologues

- **Dépistage individuel**
- **Décision thérapeutique**
 - bon choix de traitement *selon la tumeur* et optimisation de la qualité de vie | **Urologue +/- Radiothérapeute**
 - bon choix de traitement *selon le patient* | **Urologue + MG (+ ...)**
 - Bonne compréhension et bonne assimilation du choix → latence de traitement raisonnable (info AFU, revoir le patient,
- **Surveillance : alternée ou totale par MG ?**
 - après stabilisation du résultat fonctionnel



Conclusion (2)

Notre perception : évolution naturelle ...

Nos responsabilités :

Cohérence de la prise en charge actuelle

- Ne pas céder à la demande des patients
- Encadrer les évolutions
- Collaborations (radiothérapeutes, radiologues, MG...)
- Compréhension du patient
- Positionnement clair dans l'arsenal thérapeutique

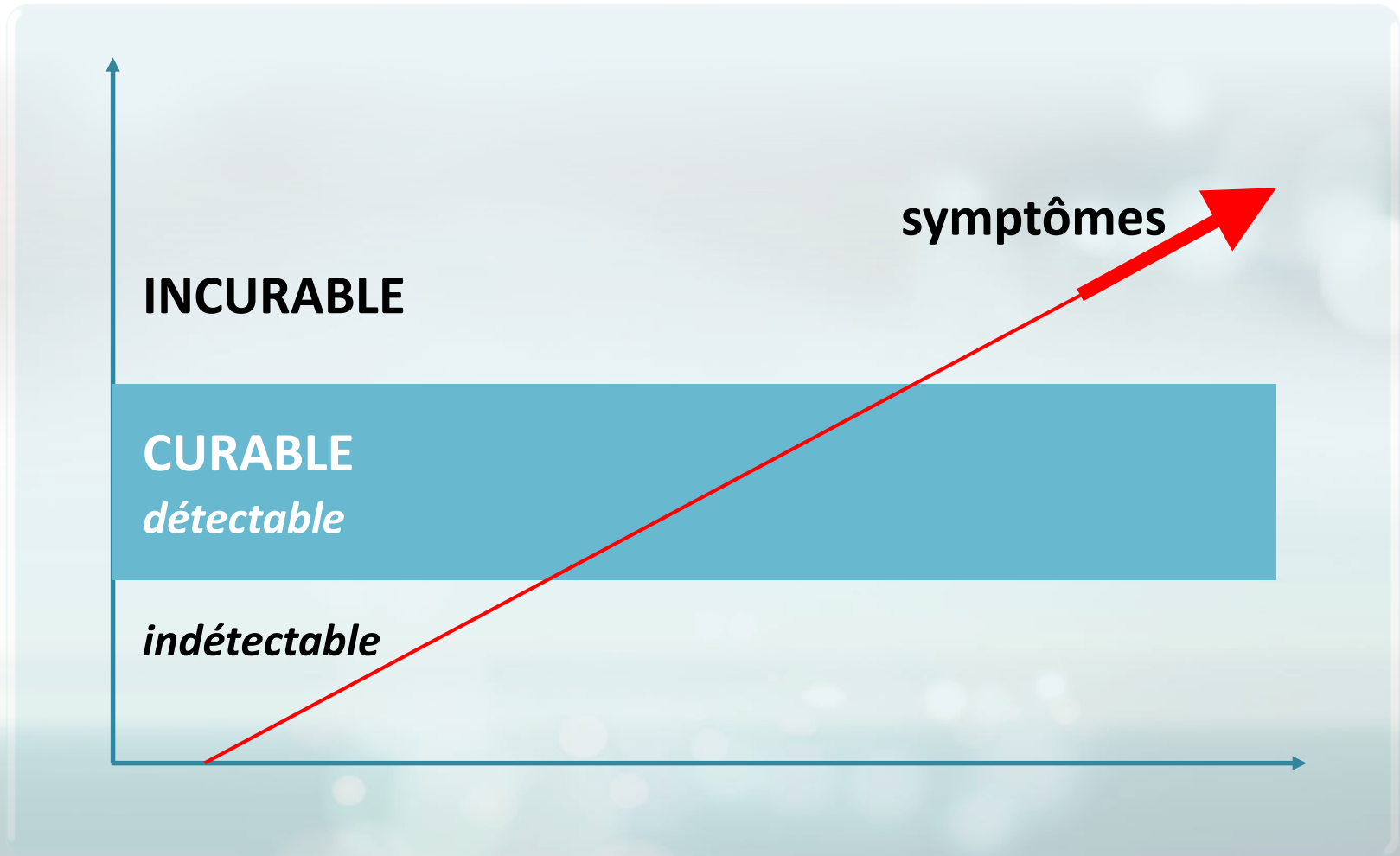
Notre objectif :

Un traitement optimisé selon le patient et la tumeur

Objectifs de la surveillance active (SA)

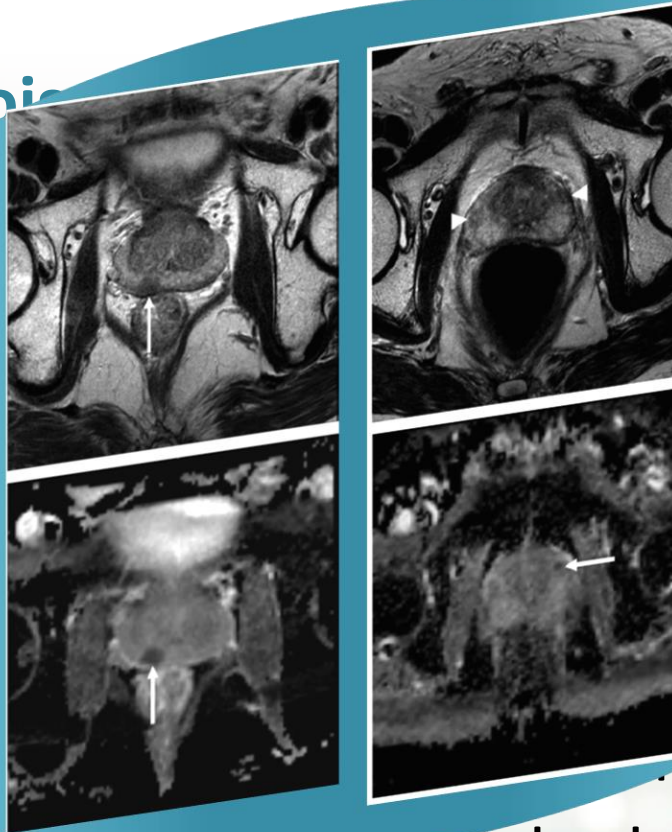
- Eviter le « sur traitement » et de ce fait les risques d'effets secondaires induits (continence et DE)
- Ne pas prendre de risque d'un point de vue oncologique : cancer indolent / cancer évolutif (ne pas modifier le statut au moment de l'éventuelle prise en charge à visée curatrice, pb sous-stadification)

Une réponse au « surtraitement »



Existe-t-il une place pour l'IRM ?

- Avant ou 2 mois
- Séquences
- Points pos
- Points nég
- d'apprentis
- En pratique
- des patients en
- en l'instant





diffusion
élevé
courbe

la sélection

➤ Pas de place pour le PET Scan !

PR robot assisté ?

- Bénéfice de la chirurgie mini-invasive
-  → Vision 3D
 - 7 degrés de liberté dans les mouvements
 - Champs réduit
 - Dissection fine : préservation des BNV
 - Suture : anastomose vésico-urétrale
-  → Monopôle d'Intuitive
 - Coût







Prostatectomie radicale (PR)

Définition de la PR

- Ablation chirurgicale de la prostate et des Vésicules Séminalales

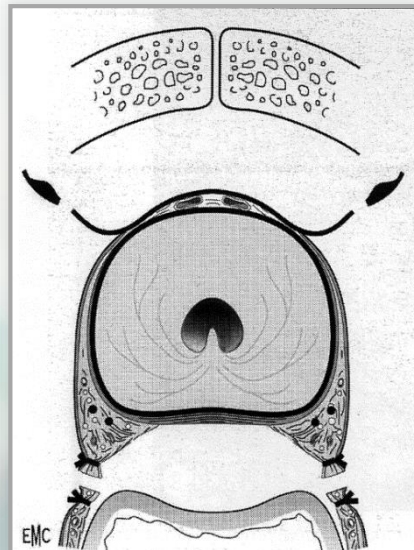
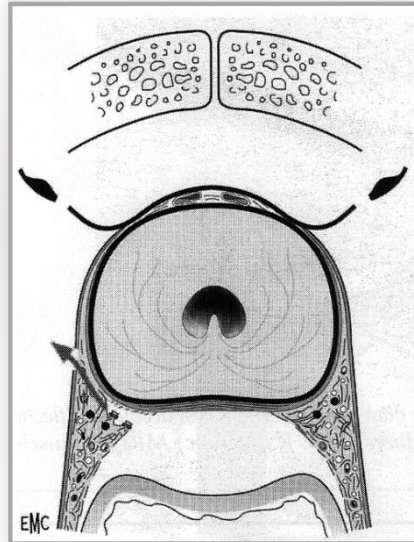
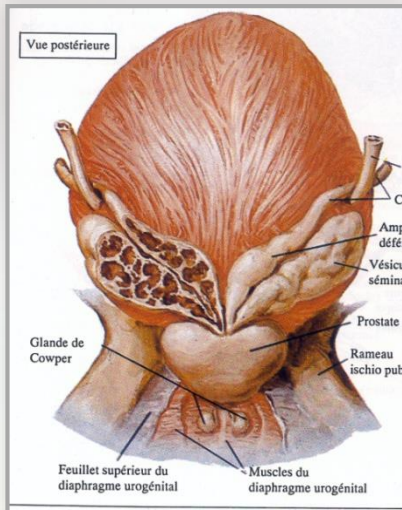
Enjeux actuels de la PR

- Réduire au maximum le taux de marges positive
- Améliorer les résultats sur la qualité
 - De la continence - préservation du sphincter
 - De la fonction érectile - préservation des bandelettes neurovasculaires (BNV)

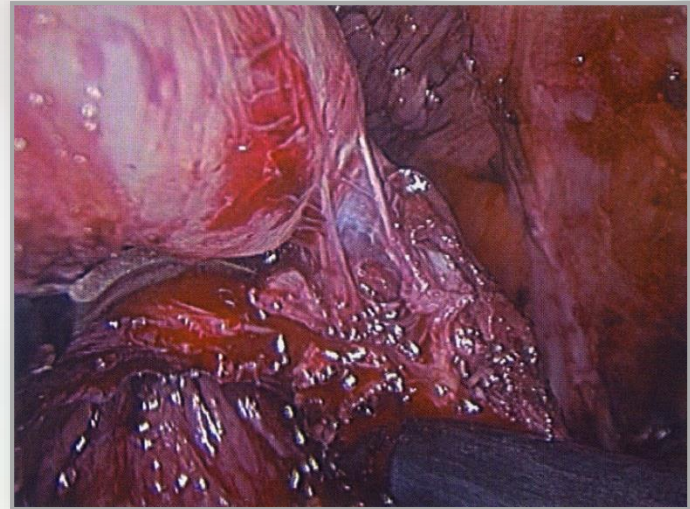
Les patients sont opérés de plus en plus jeunes

Voies d'abord

Le choix de la préservation des BVN dépend du stade



Préservation BVN



Pas de Préservation BVN

En pratique : quels patients sont concernés par la surveillance active ?

- **Population concernée** : celle du dépistage
- **Critères** : Risques faibles impérativement
 - stade clinique T1-T2a
 - PSA < 10ng/ml
 - score de Gleason ≤ 6
 - Moins de deux biopsies positives (sur au moins 10 prélèvements)
 - tumeur < 50% ou 3 mm /biopsies
- **Est-ce suffisant ?** (limites actuelles)
- **Compréhension et acceptation patient**

En pratique : comment réaliser la surveillance active ?

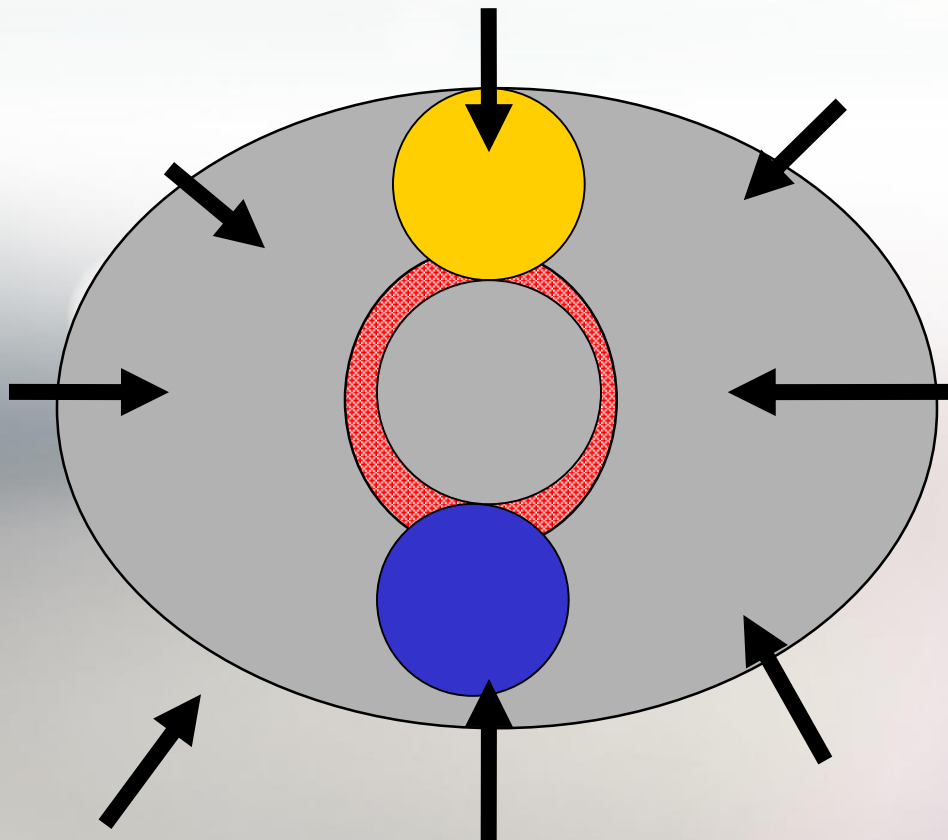
- Dosage de PSA tous les 3-6 mois
- Toucher rectal tous les 6-12 mois
- Biopsies de contrôle entre 6-18 mois

En pratique : quand arrêter la surveillance active ?

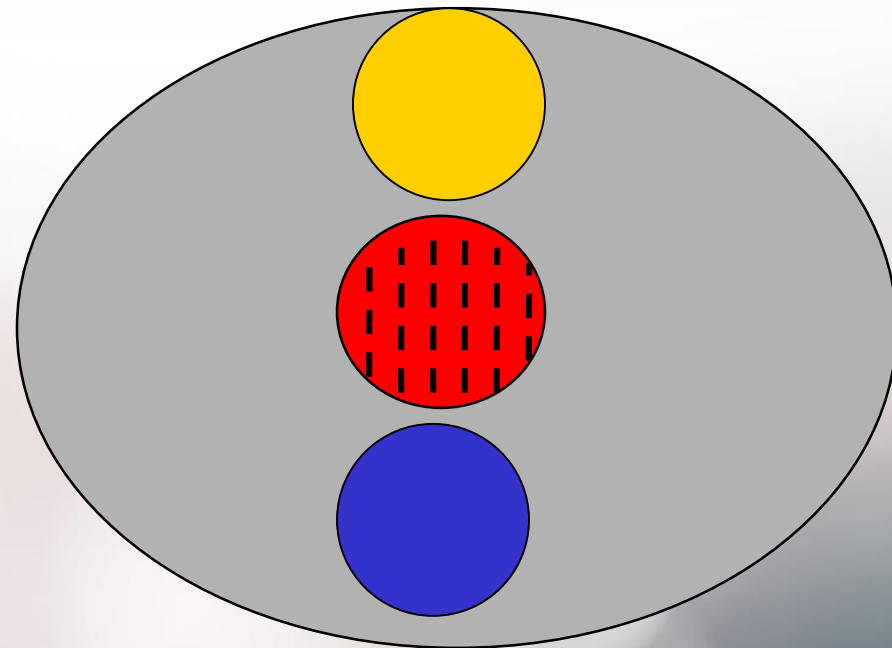
- **Critères d'initiation d'un traitement curatif :**
 - stade clinique > T2a
 - temps de doublement du PSA < 3 ans
 - PSA > 10 ng/ml
 - plus de 2 biopsies positives
 - score de Gleason ≥ 7
 - demande du patient

Radiothérapie

Radiothérapie externe



Curiethérapie



Curiethérapie : Mesure du volume prostatique

Echographie Endorectale

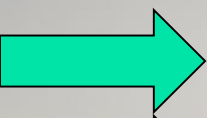
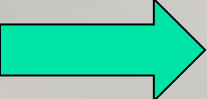


Coupes Axiales / 5mm

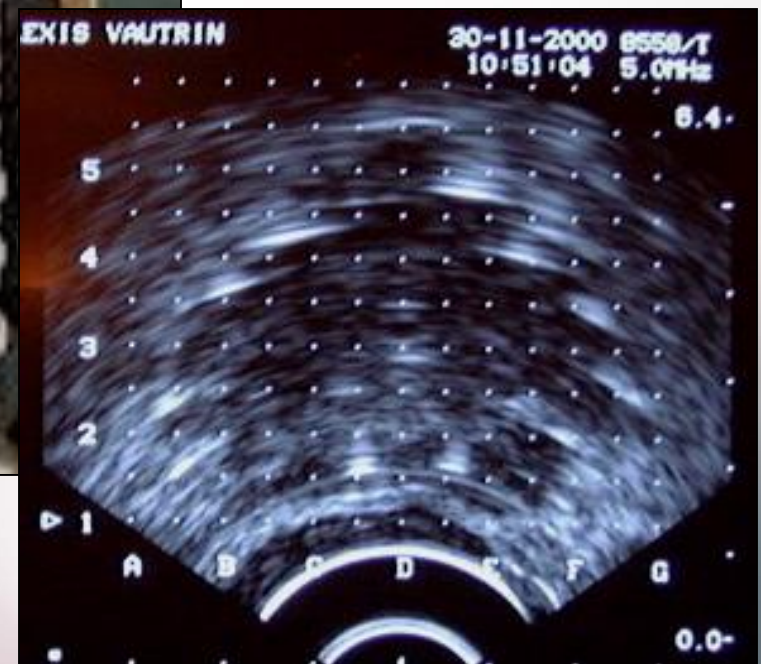
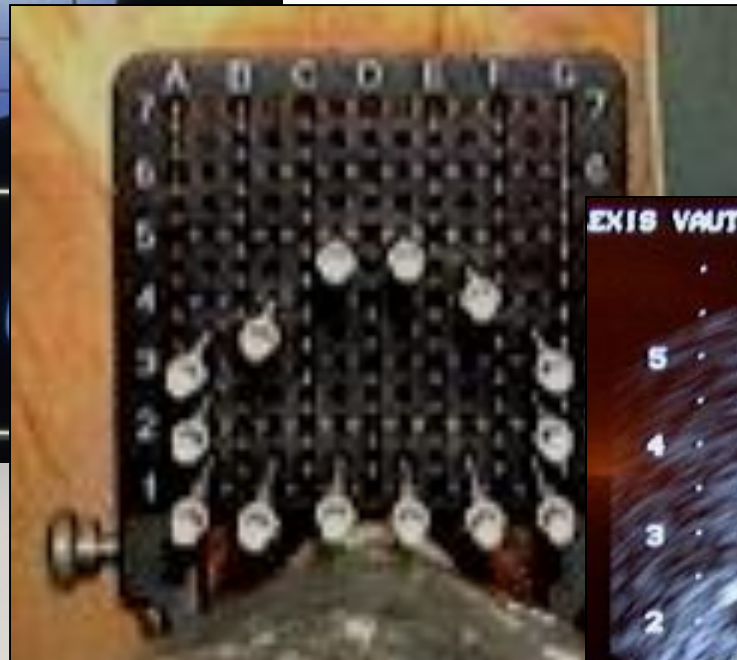
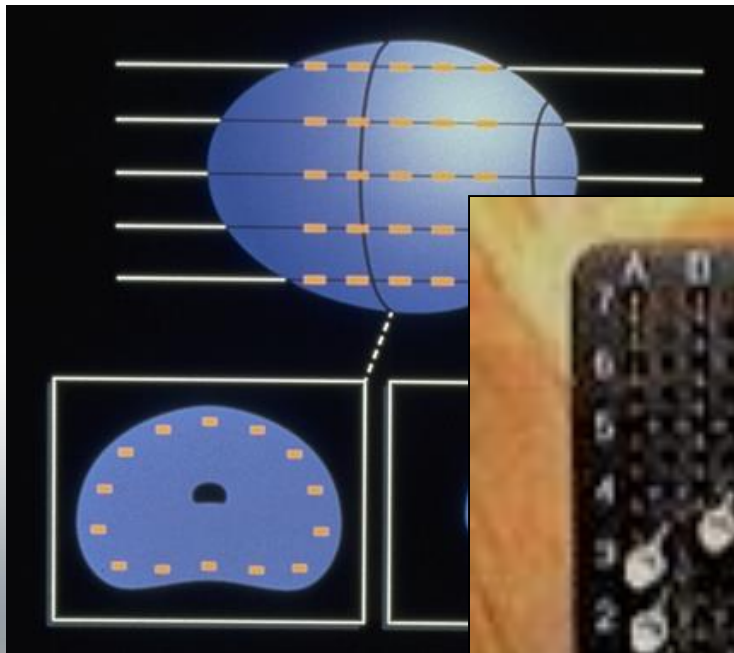


Mesures Sagittales

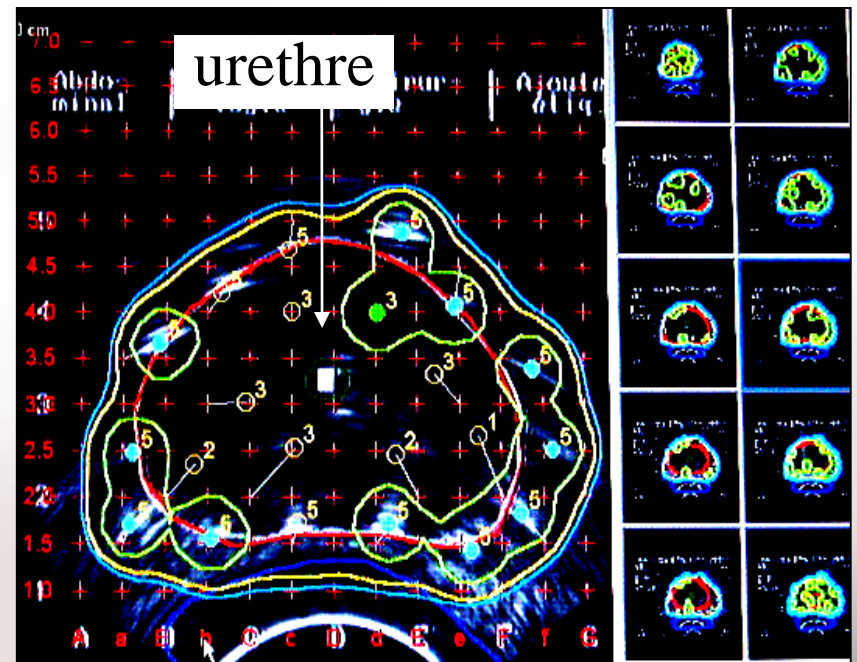
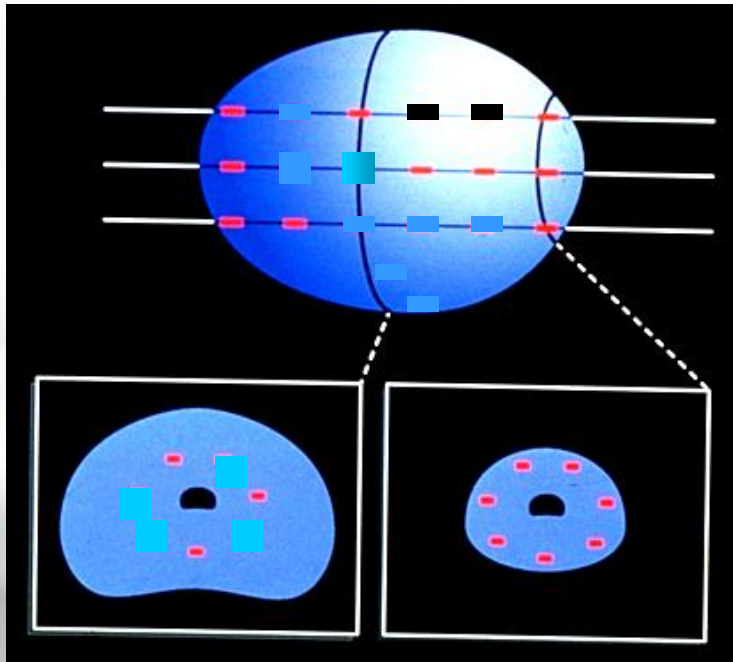


 activité à implanter
 nombre de sources

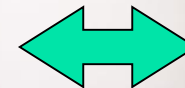
Aiguilles / sources périphériques



Dosimétrie prévisionnelle Intra-opératoire

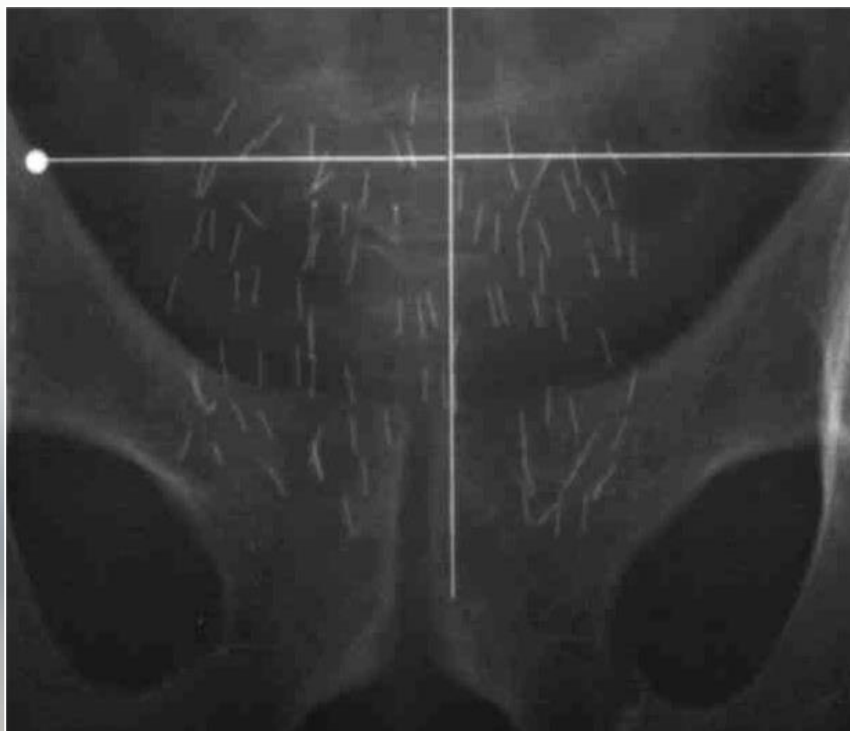


-
- Position aiguilles centrales
 - # grains base / apex
 - # grains médians



histogrammes
Dose / volume

Implantation Personnalisée



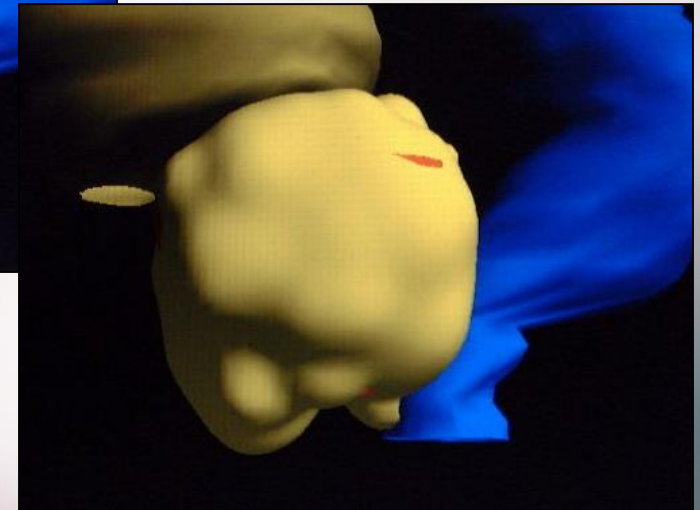
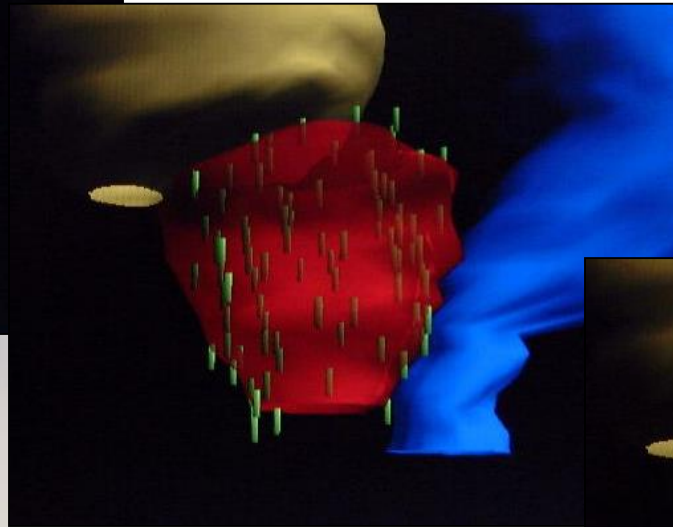
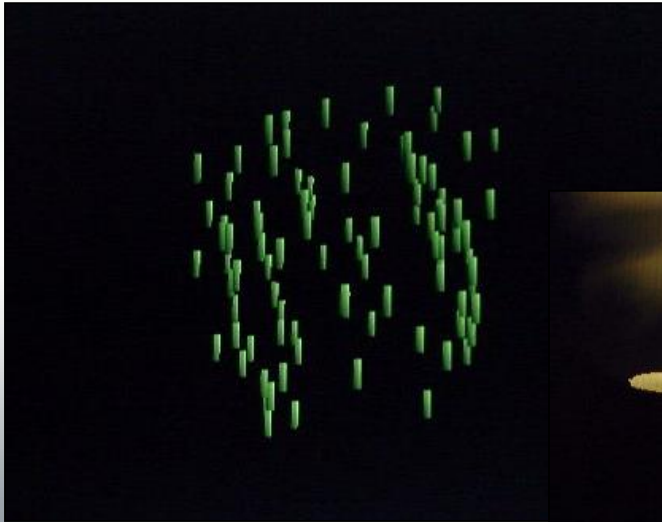
Val... 50cc.



Col... 30cc

Irradiation conformationnelle

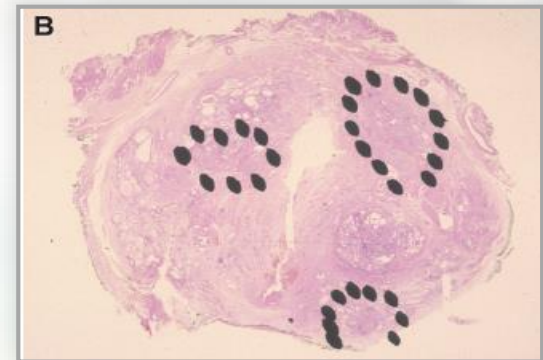
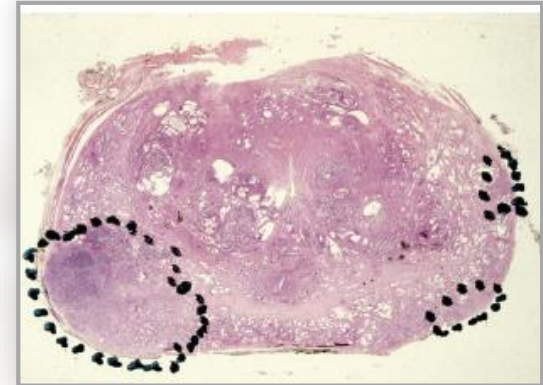
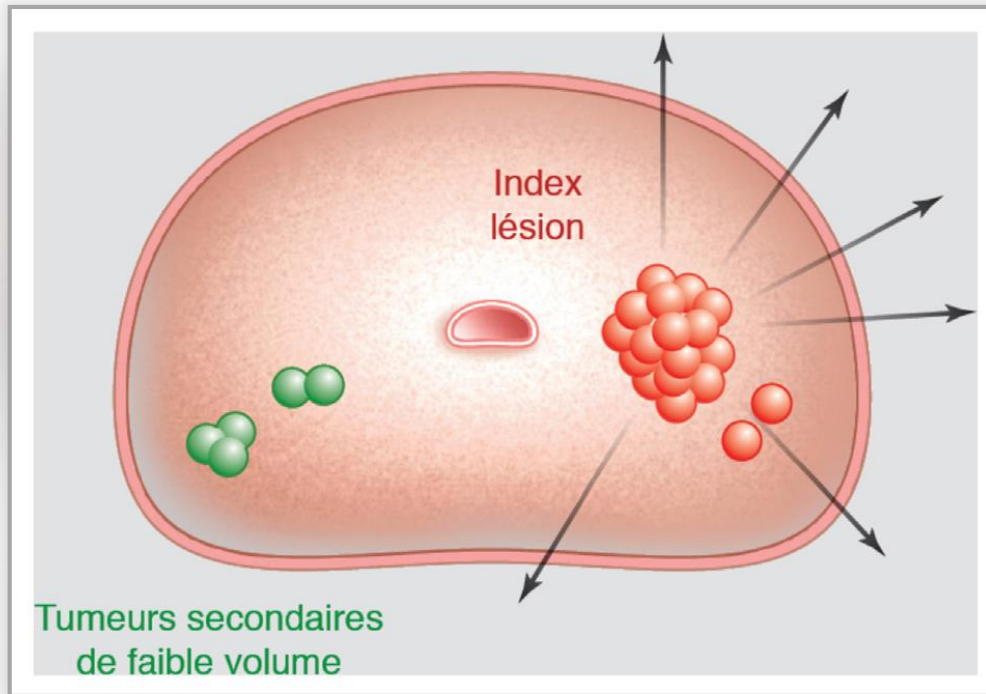
Épargne les organes sensibles



Suivi : coordination possible avec MG ?

- Après le temps du dépistage *MG, urologue*
- Vient le temps du diagnostic *radiologue, anatomo-pathologiste, urologue*
- Puis de la décision de prise en charge *urologue, radiothérapeute, MG*
- Et enfin le temps du suivi..... *MG, radiothérapeute, urologue*
- **Après récupération des effets secondaires fonctionnelles....**
Suivi carcinologique du plus simple au plus complexe: PR,
radiothérapie, curithérapie, SA *Protocole LiVHOU*

TA focal : Rationnel (Histo + Imagerie)



Cancer multifocal

- **Une lésion principale** ("Index Lesion") possédant un potentiel d'agressivité et de dissémination
- **Des lésions secondaires**

Sa prise en charge se concentre sur l'index lesion

La méthodologie de TA focal relève d'un essai clinique

- 1 Définir une cohorte de patients avec CP de risqué intermédiaire ou bas (mais non éligible pour Surv. active)
- 2 Utiliser IRMmp et adapter biopsies guidées-ciblées
- 3 Sélectionner les énergies potentielles pour atteindre les objectifs carcinologiques et fonctionnels (selon les caractères et la localisation de la tumeur)
- 4 Information et consentement du patient
- 5 Etablir la stratégie d'évaluation et de surveillance post TA focal (PSA, IRM, Biopsies,...)

HIFU : Ablatherm®

- Rachianesthésie ou AG
- RTUP
- Décubitus latéral droit, chien de fusil
- Tête de tir intra-rectal
- Repérage écho
- Zones à traiter divisées en bloc et tranches
- durée: 1 à 3 H
- Sonde vésicale



Cryothérapie sous contrôle IRM

hemodissection to protect the rectum

Pas de traitement actuellement permettant d'obtenir la guérison du cancer de prostate dans 100% des cas avec 0% d'effets secondaires

