



Surveillance active dans le cancer de prostate

Résultats oncologiques

C.Ouanezar*, A.Allami , A.Bazzi, S.Taleb , S.Kerroumi , A.Lansari ,M.Haffaf,
H.Merrouche , , M.J.Yousfi

- 1.Service de chirurgie urologique EHUOran
- 2.Laboratoire de recherche Santé et Environnement .
Faculté de médecine d'Oran



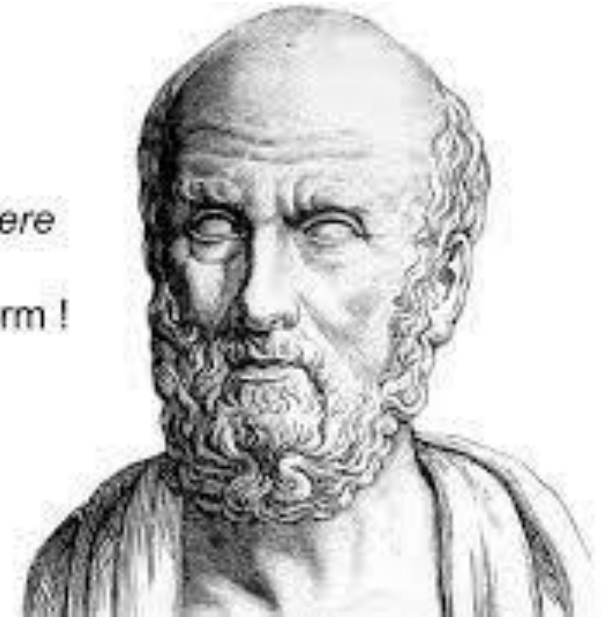
2^{ème} Forum des cancers urologiques AAU 09 et 10 juin 2022

INTRODUCTION

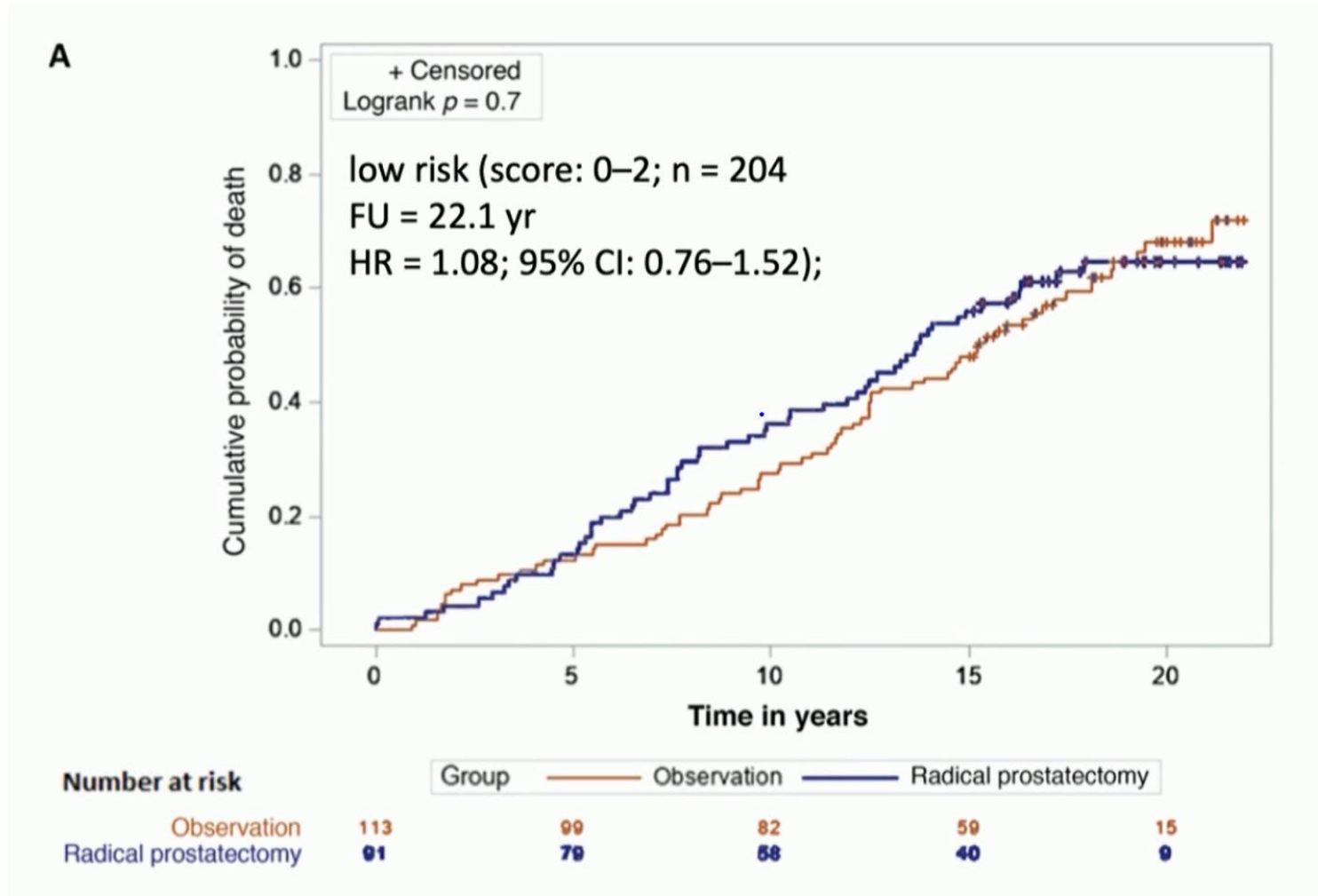
- Contexte : Détection individuelle précoce
- 50 % faible risque
- Risque de surtraitement
- Eviter l'engrenage : PSA → Biopsie → TRT
- SA ++ dans le faible risque .

Primum non nocere

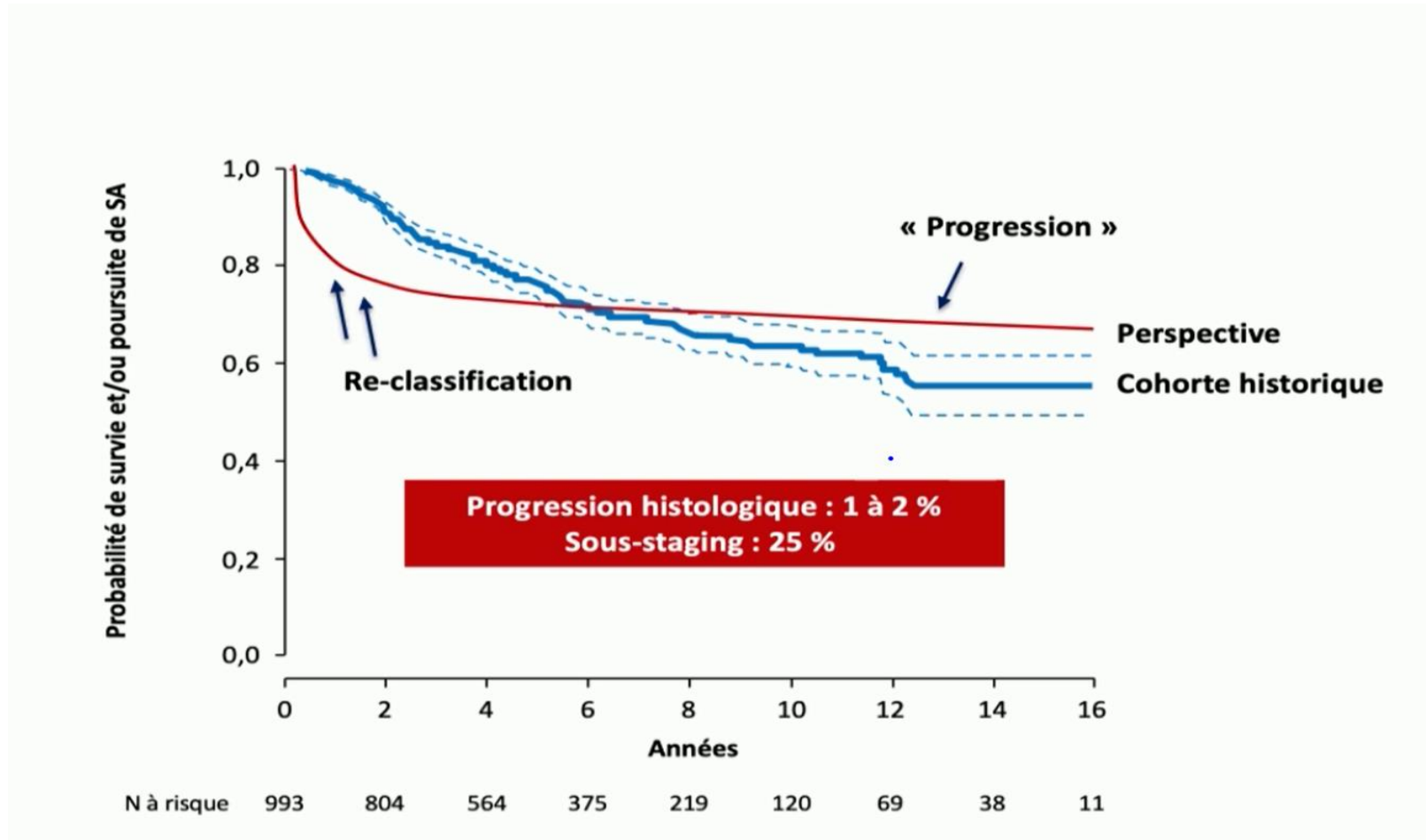
First, do no harm !



SA vs PR dans le faible risque



Survie dans la surveillance active



Matériels et méthodes :

- Etude rétrospective de **Janvier 2018 à Décembre 2021** .
- Dossiers RCP : **13 patients / 56** CaP à faible risque
- **Paramètres pré-thérapeutiques** : Age , ATCD , ASA , ESV , PSA , TR, volume prostatique , IRM , BP .
- **Paramètres après SA** : adhésion du patient , pertes de chances , résultats du protocole de suivi , résultats des patients traités

TABLEAU (1) : Paramètres

Paramètres :	Résultats :
Moyenne d'âge :	67.1 ans
ATCD :	CV : 06 / Hernie discale : 01 / Néphrectomie : 01 Diabète : 04 / AP/VH : 01 / RTUP : 01
ASA :	I : 02 II : 09 III : 02
BMI :	26kg/M ²
ESV :	≥ 10 ans : 13
PSA :	7.9 ng/ml
TR :	cT0
Volume prostatique :	64.5cc
IRM :	iT0 : 07 / iT2a : 04 / iT2b : 01 / iT2c : 01
BP :	ISUP 1 : 13 patients Nbre B+ : 1.7 Longueur : 4,3 mm

Les candidats pour la SA ?

Etude	Stade	Taux de PSA	Score de Gleason	Nbre de BP positives	% cancer par carotte	Densité du PSA
Johns Hopkins [26]	T1c	-	≤ 6	≤ 2	≤ 50%	≤ 0,15
Toronto [27]	-	≤ 10	≤ 6	-	-	-
UCSF [28]	T1-T2a	≤ 10	≤ 6	≤ 33%	≤ 50%	-
Miami [29]	T1a-T2	≤ 10	≤ 6	≤ 2	≤ 20%	-
Royal Marsden [30]	≤ T2a	≤ 15	≤ 6 7 (3+4)*	≤ 50%	-	-
Etude multicentrique américaine [31]	≤ T2a	≤ 10	≤ 6	≤ 3	≤ 50%	-
PRIAS [32]	T1c-T2	≤ 10	≤ 6	≤ 2**	-	< 0,2
SURACAP [33]	< T2b	< à 10	≤ 6	≤ 2	≤ 3mm	-

Critères d'inclusion : Notre étude

- PSA < 10
- ISUP < 2
- cT0
- Densité < 0.15
- IRM Pré biopsie
- Biopsie ciblée
- < 3BP +

Acceptation de la SA

- **En faveur de la chirurgie :**

- Anxiété
- Statut marital (vie sexuelle)

- **En faveur de la SA :**

- ATCD cardio-vasculaires .
- Niveau d'études
- Age

Abandon de la SA

- Anxiété (Progression invisible du cancer)
- Insomnie
- Apparition de symptômes urinaires (aggravent l'anxiété)
- Croyance à la chirurgie ++
- Entourage : contre la SA



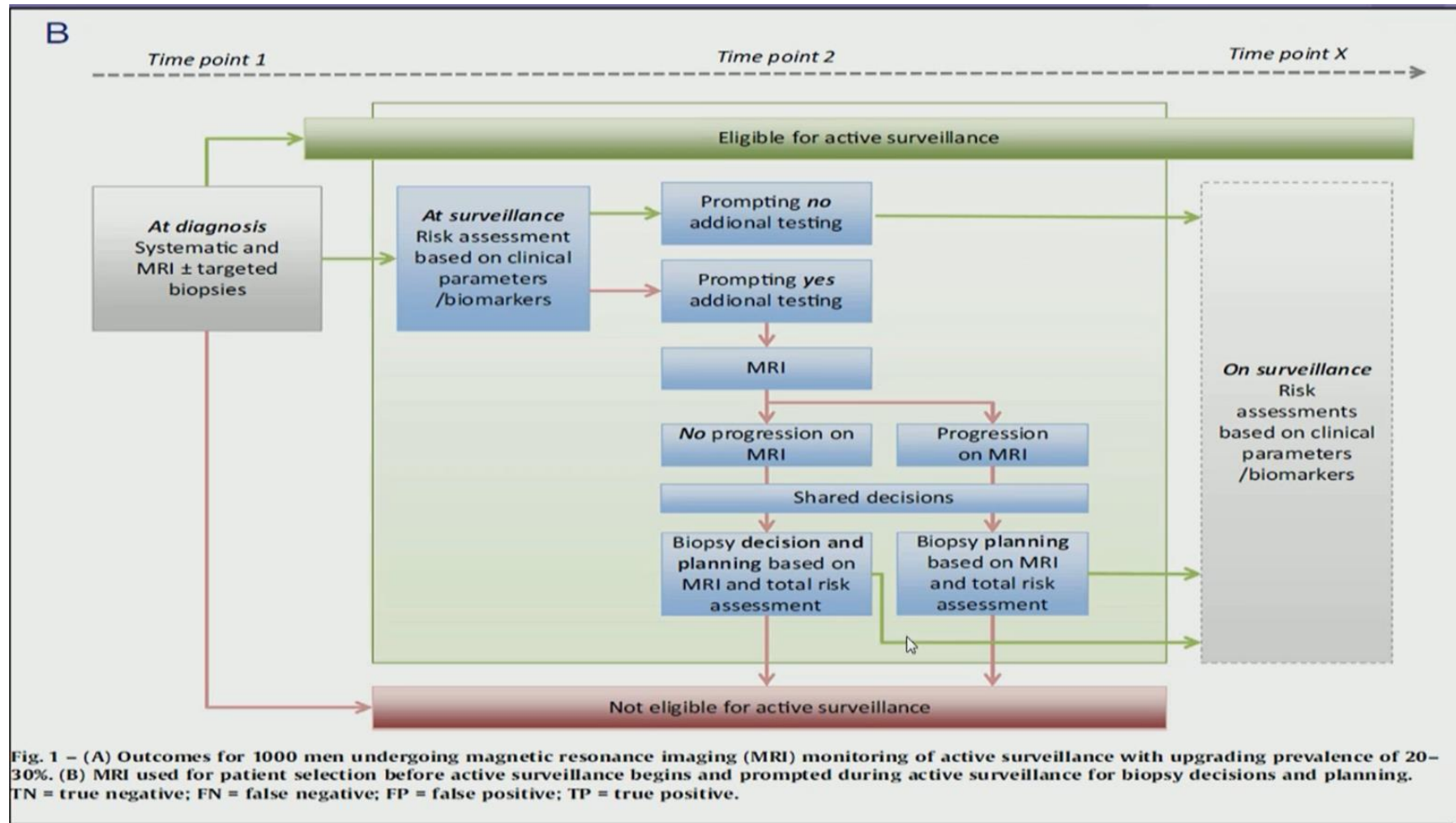
Comment surveiller les patients sous SA ?

protocole/auteur	Ex clinique/PSA	Rebiopsie	Echo-trans rectale
Johns Hopkins (Carter/Epstein)	6 mois	1/an	
Université Toronto (Klotz)	3mois/2ans puis 6mois si PSA stable	A 12-18 mois	optionnel
UCSF (Dall'Era)	3mois	Tous les 12-24 mois	Tous les 6-12 mois
Royal Marsden (Van As)	3mois/2ans puis 6 mois (PSA 1/mois/1an)	A 18-24 mois puis tous les 2ans	
PRIAS	Ex clinique: 6mois PSA: 3mois/2ans puis 6mois	1 , 4 et 7 ans	
SURACAP	Ex clinique:6mois PSA 3mois/2ans puis 6mois	Tous les Ans/2ans puis tous les 2 ans	

Résultats du suivi :

SUIVI :	
Augmentation du PSA :	04 patient
TR :	Apparition d'un nodule : 02
IRM :	Progression du volume T : 01 Apparition d'une nouvelle lésion : 02 Modification PIRADS : 02
ReBP :	ISUP 2 : 02 Progression biopsique : 00

IRM suffisante ? Pour décider des biopsies



A quel moment faut-il arrêter la SA ?

	<i>n</i>	Cohorte	Critères d'inclusion	Monitoring	Progression	Follow-up (ans)
University of Toronto	993	Unicentrique	GS 6 et PSA < 10 ou GS 3 + 4 et PSA < 20 et EV < 10 ans	TR + PSA/3 mo pdt 2 ans, puis/6 mo Biopsie à 1 an puis/3–4 ans	PSADT < 3 ans (jusqu'à 2009) Gleason 7 Clinique	6,4 (0,2–19,8)
UCSF	321	Unicentrique	T1-T2 PSA < 10 GS 6 < 33 % biopsies+	TR + PSA/3–6 mo Biopsie/1–2 ans	PSAV > 0,75 Gleason 7	3,6
PRIAS	2494	Multicentrique	T1-T2 PSA < 10 PSAD < 0,2 GS 6 1–2 biopsies+	TR + PSA/3 mo pdt 2 ans puis/6 mo Biopsie 1 – 4–7 ans	PSADT < 3 y Gleason 7 Progression biopsique	1,6
Göteborg	341	Unicentrique	T1 GS 6 PSA < 10 ^a	TR + PSA/3–6 mo Biopsie dans les 3 ans	PSA Gleason 7 Progression biopsique	6
Beaumont Hospital	80	Unicentrique	T1 GS 6 PSA < 10 1–2 biopsies+ < 50 %/biopsie	TR + PSA/3 mo 1 an puis/4 mo 2 ans puis/6 mo MRI 6 mo Biopsie 1–3–6 ans	PSADT < 3 ans Gleason 7 Progression biopsique Clinique	3,1
University of Miami	230	Unicentrique	T1-T2 GS 6 PSA < 10 1–2 biopsies+ < 20 %/biopsie	TR + PSA/3–4 mo 2 ans puis/6 mo Biopsie/1 an	Gleason 7 Progression biopsique	2,7
Royal Marsden Hospital	471	Unicentrique	T1-T2 PSA < 15 < 50 %/biopsies GS 6 OR GS 3 + 4 si > 65 ans	TR + PSA/3 mo 1 an puis/4 mo 1 an puis/6 mo Biopsie 1–3–5 ans	PSAV > 1 Gleason 7 Progression biopsique	5,7
Johns Hopkins University	769	Unicentrique	T1 PSAD < 0,15 GS 6 1–2 biopsies+ < 50 %/biopsie	TR + PSA/6 mo Biopsie/1 an	Gleason 7 Progression biopsique	2,7
REDEEM	155	Multicentrique	T1-T2 GS 6 PSA < 11 1–3 biopsies+ < 50 %/biopsie	PSA/3 mo 1 an puis/6 mo TR 18 mo–3 ans Biopsie 18 mo–3 ans	Gleason 7 Progression biopsique	2,7

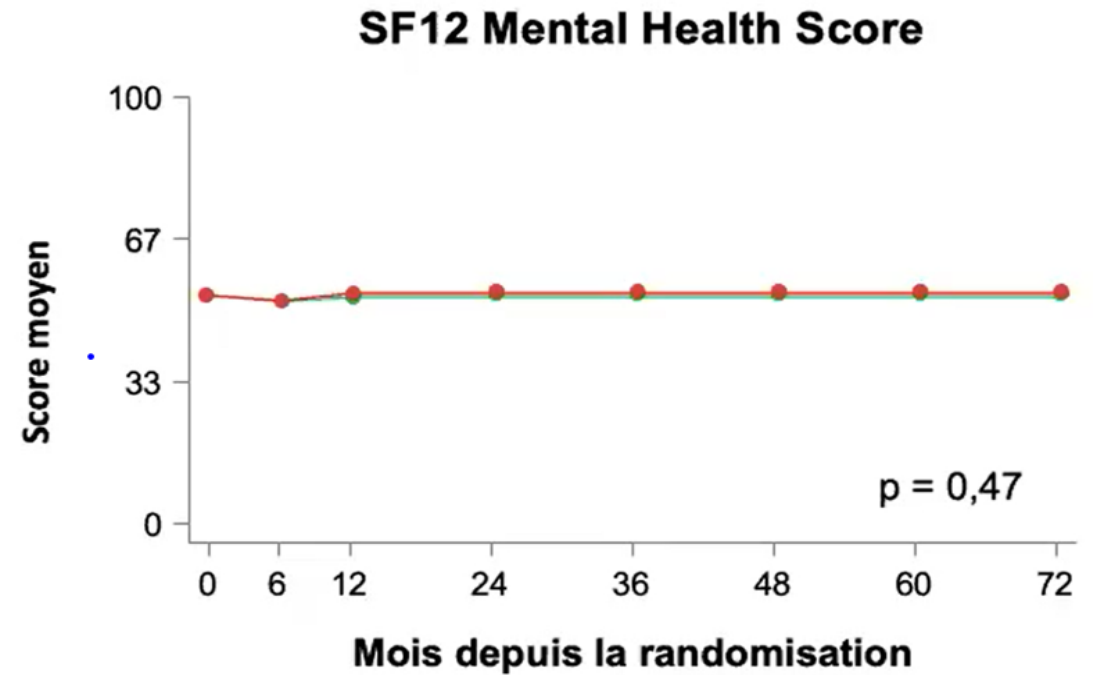
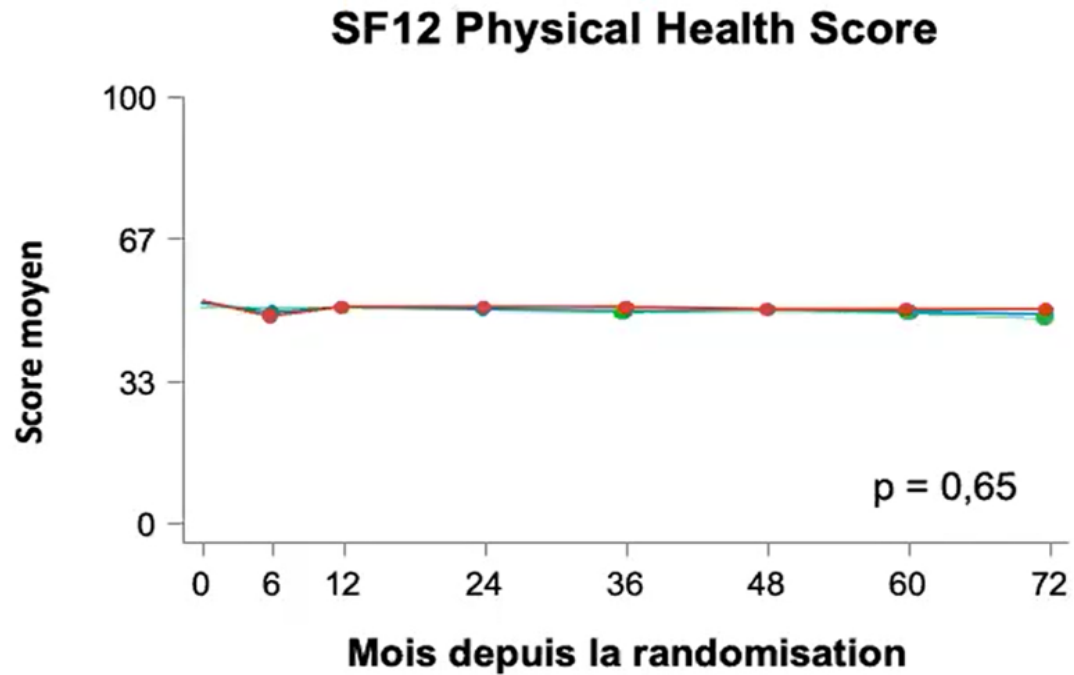
EV : espérance de vie ; PSAD : PSA densité ; PSADT : PSA temps de doublement ; PSAV : PSA vélocité ; GS : score Gleason ; TR : toucher rectal.
^a Mais aussi 92 cas de risque intermédiaire et 6 cas de haut risque inclus.

Critère de traitement : Choix du patient +++++

- TRT radical
- Sans argument formel de progression de la maladie
- Accompagnement psychologique



Stress , anxiété et dépression



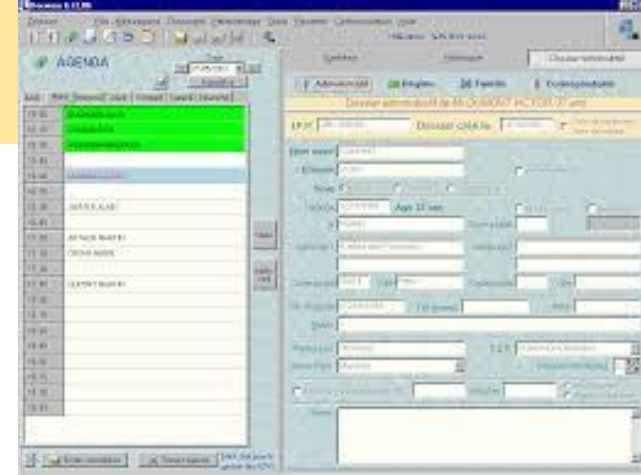
- Monitoring
- Prostatectomie
- Radiothérapie

Résultats des patients : Pas de perte de chances!!

- Progression : 03 patients
 - **02 patients : PR** pT2N0 ISUP 1 (Faible risque)
pT2N0 ISUP 2
 - **01 RT-HT courte .**

Rôle clé de l'information+++

- Sur le diagnostic du cancer (consultation d'annonce)
- Cancer = Danger ?
- Sur les avantages de la SA: effets sexuels et urinaires
- Sur les modalités du suivi
- Sur la validation en équipe en RCP .
- Sur les modalités de sortie de la SA
- Importance de la traçabilité +++



“ L’art d’aller à l’essentiel ”



Faibles risques = Un suivi sur mesure ?

- Large place de la SA pour les FR
- Evolution naturelle rassurante mais
 - Améliorer la sélection des malades
 - Biomarqueurs
 - IRM
 - Biopsies ciblées
- Prostatectomie totale pas exclue
- Thérapie focale à évaluer
 - Pas alternative à la SA
 - Place intermédiaire entre SA et traitement total

Place de la chirurgie dans le faible risque ?

- Demande du patient
 - Stress du patient
 - Discours du médecin
- Patient présentant des SBAU associés et volumineuse tumeur ISUP 1
- Discordance entre clinique , PSA , IRM et biopsie
- Evolution après SA
- Gros volume tumoral

Recommendations ?

Table 1 – Summary of NCCN and EAU guidelines on active surveillance and observation (watchful waiting).

Organization	Risk group	Active surveillance		Watchful waiting	
		Estimated survival	Recommendation for AS	Estimated survival	Recommendation for WW
NCCN	Very low risk	≥10–20 yr >20 yr (preferred) ^a	Yes	<10 yr	Yes
	Low risk	≥10 yr (preferred) ^a	Yes	<10 yr	
	Favorable intermediate risk	≥10 yr ^b	Yes	<10 yr (preferred) ^c	
	Unfavorable intermediate risk	NA	No	<10 yr (preferred) ^d	
	High and very high risk	NA	No	≤5 yr ^e	
EAU	Low risk	≥10 yr	Yes (strong evidence)	<10 yr	Yes
	Intermediate risk ^f	Not provided	Yes (weak evidence)		
	High risk	NA	No		

ADT=androgen deprivation therapy; AS=active surveillance; EAU=European Association of Urology; EBRT=external beam radiation therapy; NA=not applicable; NCCN=National Comprehensive Cancer Network; RP=radical prostatectomy; WW=watchful waiting.

^a AS (preferred), EBRT or brachytherapy, and RP should be discussed.

^b AS, EBRT or brachytherapy, and RP should be considered.

^c WW (preferred), EBRT, or brachytherapy should be considered.

^d WW (preferred), and EBRT ± brachytherapy ± ADT should be considered.

Tableau 33 Recommandations : traitement des CaP à faible risque.

	Grade
Surveillance simple de type Watchfull Waiting (traitement palliatif en cas d'évolution) pour les patients non éligibles aux autres options.	
Surveillance active.	
Prostatectomie totale. Patients ayant une probabilité de survie > 10 ans	
Radiothérapie	
Curiethérapie	
Cryothérapie et HIFU pour les patients ne pouvant relever d'une chirurgie ou radiothérapie ou curiethérapie. Ou hommes de plus de 70 ans dans le cadre de l'étude AFU	
Traitement focal : en cours d'évaluation	
Traitement hormonal : non recommandé	

Bilan avant inclusion
PSA
TR
IRM avant biopsies
Biopsies systématisées + ciblées si IRM positive

Cancer de prostate à faible risque

Biopsies de confirmation à 3 mois non nécessaire si bonne concordance IRM et données clinico-biologiques

Suivi la première année
PSA/6mois
TR/an

Bilan à un an
IRM avant biopsie
Biopsies systématisées + ciblées si IRM positive

Suivi après la première biopsie de contrôle

- PSA/6mois
- TR/an

IRM
- Tous les ans si lésion visible
- Tous les 18-24 mois si IRM normale
- Systématique avant biopsies de contrôle

Biopsies de contrôle
(Biopsies systématisées + ciblées si IRM positive)

- Systématique si progression IRM (progression en taille ou modifications des séquences fonctionnelles ou apparition extension extracapsulaire)
- Systématique si progression clinique (apparition nodule au TR)
- A discuter si progression biologique
- A envisager tous les 3 ans si stabilité de tous les critères

Surveillance active sauve des vies !

1. Dépistage PSA : efficace /surtraitement
2. SA: solution au surtraitement
3. Résultats oncologiques et fonctionnels excellents
4. Questions :
 - Diffusion de la stratégie .
 - Anxiété , adhésion des patients .
 - BP: complications
5. Futur : imagerie , biomarqueurs

Au final !

- SA en 2022 : Traitement standard du CaP à faible risque
- Stratégie peu coûteuse
- Importance de la sélection des patients et respect du protocole de surveillance
- Rôle primordial de l'information et sa traçabilité
- Améliorer l'anxiété , l'adhésion du patient et du clinicien

Merci pour votre attention