

# Récidive biologique post prostatectomie que faire en Algérie ?

A .HADDOUCHE

M . BENATMANE

# Introduction

- Le cancer de prostate est le plus fréquent aux USA avec 40.000 nouveaux cas
- Le diagnostic de CaP est réalisée au stade localisé dans les 2/3 des cas.
- La prostatectomie est l'un des traitements de référence dans le CaP localisé

La récurrence biochimique à 5 ans représente 20 à 40% après la PR

En Algérie on ne dispose pas de statistiques sur la prévalence l'incidence ,le nombre de prostatectomie ni le taux de récurrence biologique ?????

# Notions importantes

- la classification pronostique de D'Amico est une capitale dans la décision thérapeutique.
- La PSA après une prostatectomie est indétectable à partir du 1<sup>er</sup> mois ,sa valeur  $< 0,1$  ng ou  $0,07$  avec des méthodes hypersensibles
- La récurrence biologique se définit par une valeur de PSA  $> 0,2$  ng sur 2 dosages successifs à plus de 6 semaine d'une PT.
- Identifier le type de récurrence ,biologique ,locale ou à distance car les options thérapeutiques sont différentes,
- Les facteurs prédictifs de la récurrence sont SG ,marges chirurgicales délai de récurrence et la vélocité de PSA

# Notre série

- Nous rapportons une étude rétrospective mono centrique de PR en milieu libéral portant sur 60 malades opérés entre 2014 à 2021,
- Les caractéristiques préopératoires ( PSA ,SG, stade tumoral) et postopératoires (stade pTNM, grade ISUP, délai de récurrence biologique et PSA DT) seront évoquées
- Le critère majeur de l'étude est la récurrence biochimique,
- Délai de suivi est de 36 mois ( 09 à 75 mois).

# Données préopératoires

- L'âge moyen de nos malade est de 65 ans avec des extrêmes de (53 – 78 )
- PSA moyen est de 17,14 ng /ml , (3,37 à 32 ng/ml)
- Stade tumoral ( TR ,IRM pelvienne, TAP scan)se décline comme suit:

stade	Nbre de cas	%	remarque
T1b,T1c	12 cas	20 %	02 TURP
T2	40 cas	66%	
T3a	05 cas	8%	
T3N1	03 cas	5%	

# Classification pronostic D'Amico

stade	nombre	%	
Faible risque	13	22%	
Risk intermédiaire	37	61 %	
Haut risque	10	17 %	

Tous nos malades ont subi une prostatectomies radicale dans un délai de 04 semaines

- le curage ganglionnaire standard dans 52 cas ,extensif dans 03 cas (suspicion de N+) et non fait dans 05 situations

# Stade pTNM sur pièce de prostatectomie

STADE	NBRE DE CAS	%
pT0	02 cas	
PT2 N0 R0	38	
pT3a N0 R0	07	
pT3a N0 R1	03	
pT3b N0 R0	04	
pT3b N0 R1	03	
pT3b N1 R0	03 cas	

# Score de Gleason et grade ISUP / pièce de PR

Score de Gleason	Grade ISUP	Nombre de cas	pourcentage
SG 3+3	ISUP1	15	
SG 3+4	ISUP 2	28	
SG 3+4	ISUP 3	9	
SG 4+4 /5+3	ISUP 4	6	
SG 4+5/ 5+5	ISUP 5	2	

# Up staging et Up grading pièce de PR

- L'IRM a sous estimé le stade dans 12 cas ,classé T2 et sur pièces opératoires ils étaient à T3
- Sur le plan pathologique le SG a peu changé sur 60 cas ,aggravation de l'ISUP dans 5 cas passant de ISUP 1 à ISUP 2 dans 02 cas  
ISUP 2 à ISUP 3 dans 1 cas  
ISUP 2 à ISUP 4 dans 02 cas

# Délai d'apparition de la rechute biologique

- 17 de nos malades ont fait une récurrence biologique dans un délai moyen de 29 mois avec des allant de 9 mois à 52 mois ,
- 06 malades de risque intermédiaire et 11 sur 23 malades du haut risque
- Le temps de dédoublement du PSA est inférieur à 12 mois dans deux cas et sup à un 12 mois dans 15 cas

# Profil biologique et pathologique de la RB

- Le taux de PSA moyen des 17 malades est de 16,3 ng ( 3,37 -32)
- Le score de Gleason et grade ISUP
  - ISUP 2 : 05 cas ; ISUP 3:6 cas ; ISUP 4 : 03 cas ; ISUP 5 : 03 cas
- Stade tumoral T2 08 cas
  - T3a 09 cas
  - T3b 05 cas
- Marges positives R0 12 cas
  - R1 04 cas /5 marges positives
- N+ 02 cas /03

# Bilan pré thérapeutique

TR clinique	01 cas	Nodule au TR	BX
IRM pel /TAP scan	12 cas	02 cas nodule	
Scintigraphie os	10 cas	Un cas méta ossuese	
PET à la choline	02 cas	01 cas de cancer résiduel sur VS	

# Management des 17 malades

Traitement adjuvant	Nbre de malades	Remarques	remarques
Surveillance	5 cas		Psa stables 0,2 0,4 ng
Radiothérapie de rattrapage	09 cas	2 cas e RT+ADT	
hormonothérapie	02 cas		N+
Hormono-chimiothérapie	01 cas		malade perdu de vue pendant 03 ans

# En pratique

- Facteurs péjoratifs et prédictifs de l'évolution à distance
- SG sup 7
- Stade T3b
- N+
- PSA détectable < un an après PR
- Vélocité de PSA 0,75 ng /ml/an
- PSA DT 06 mois

# Récidive locale ou à distance après une PR

- Arguments de la RBL

SG 7 ,marge positive R1 ,un délai de RB + de 18 mois; PSA DT > à 10 mois; faible vélocité de PSA < de 0,75 ng /ml/an.

- Arguments de la RB à distance

SG : à 8 ; présence de N1; stade T3b, PSA DT < 06 mois, cinétique rapide de PSA

# Quel bilan en cas de récurrence biologique

- Confirmer le RB par deux dosages successifs
- Et en fonction du taux de PSA:
  - PSA < 1 ng /ml surveillance biologique ou TEP PSMA si dispo
  - PSA > 1 ng /ml TR ,IRM A/P ,TEP ( la choline ou PSMA)
  - PSA > 10 ng scintigraphie osseuse ,TDM TAP ou TEP

# Conclusions

- La récurrence biologique après prostatectomie représente 28 % dans notre modeste série ,
- Les groupes pronostiques intéressés sont l'intermédiaire mais surtout le haut risque avec un SG élevé et les marges chirurgicales positives,
- l'imagerie conventionnelle à la recherche de récurrence locale est négative pour des taux de PSA moins de 1 ng
- L'apport du TEP pour le diagnostic précoce de la récurrence locale ,ganglionnaire ou à distance est très prometteur ,
- Le management de la récurrence va de la simple surveillance ; la radiothérapie de rattrapage, hormonothérapie voire hormono-chimiothérapie
- La récurrence biochimique est un moment d'angoisse pour le patient ,peur de la progression de la maladie et surtout thérapeutique , intérêt consentement éclairé sur le traitement multimodal

Merci de votre attention