



Le profil évolutif de la récurrence biologique après prostatectomie radicale

**M,E BENAICHA , S. Kerroumi, M. Haffaf, C. Ouanezar,
H.Merrouche, A. Bazzi, A. Lansari, M, Yousfi**
Service de chirurgie urologique
EHU Oran

Plan

- **Introduction.**
- **Objectif.**
- **Matériels et méthodes.**
- **Résultats et discussion.**
- **Conclusion.**

Introduction

- En Algérie, le cancer de prostate est le 4^{ème} cancer chez l'homme
- La prostatectomie totale trouve sa place dans le traitement local du cancer de prostate localisé et L.A (TRT multimodal) .
- Le suivi post PR repose essentiellement sur les taux de PSA_t .

Introduction

- **Pouvoir prédire la récurrence biologique est un enjeu majeur du cancer de prostate**
- **De nombreux facteurs de risque de RB ont été identifiés .**

Objectifs

Évaluer :

- L'impact pronostique du score de Gleason
- Le degré d'extension extra-prostatique
- Les marges positives
- N+ sur la récurrence biologique après prostatectomie totale (PT).
- La PEC des RB

Matériels et méthodes

- Etude rétrospective mono centrique descriptive d'une série de patients traités par chirurgie pendant une période allant de 01/2018 à 07/2021.
- Cette étude a été portée sur 114 dossiers de patients à haut risque et L.A .
- Tous les dossiers ont été discutés lors de la RCP onco-urologie.

Matériels et méthodes

- Les données ont été exploitées à partir des logiciels Excel et SPSS.
- Les limites de notre étude : résultats préliminaires , suivi à court terme et l'absence de données disponibles sur Gleason des marges positives

Matériels et méthodes

Les paramètres étudiés:

Pré-op :

Age ; ASA

PSAt , TR

Biopsie prostatique:

Gleason(ISUP), Nombre de carotte+ pTNM, marges, Gleason

Groupe d'Amico

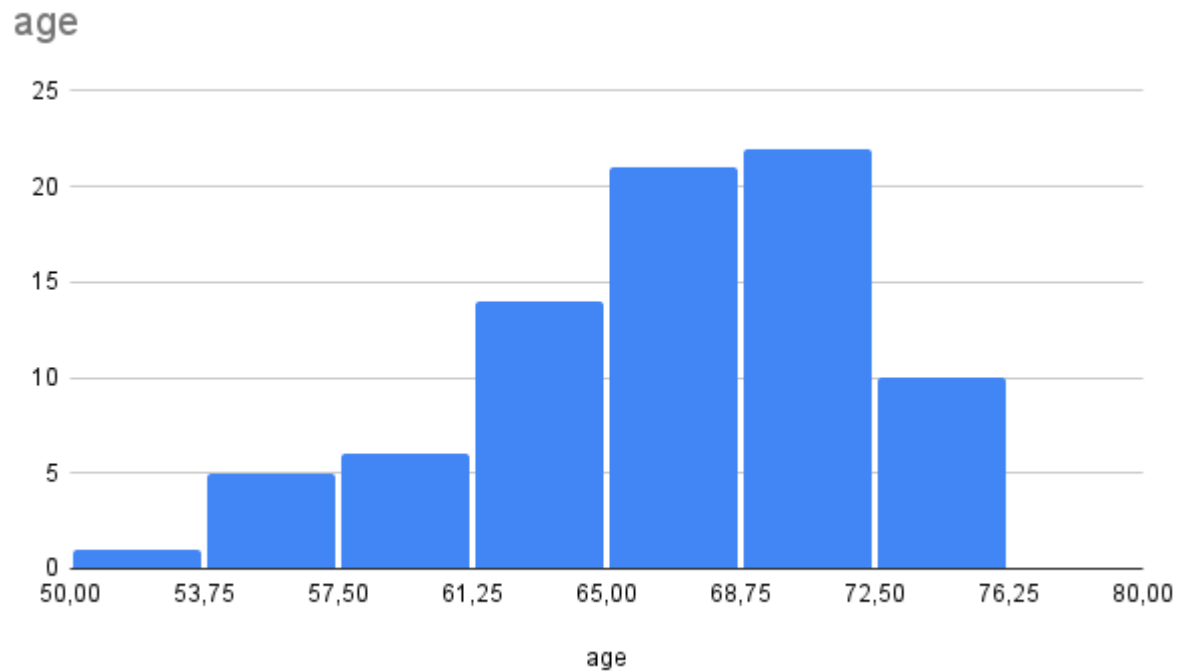
cTNM

Post-op :

PSAt de suivi

Récidive

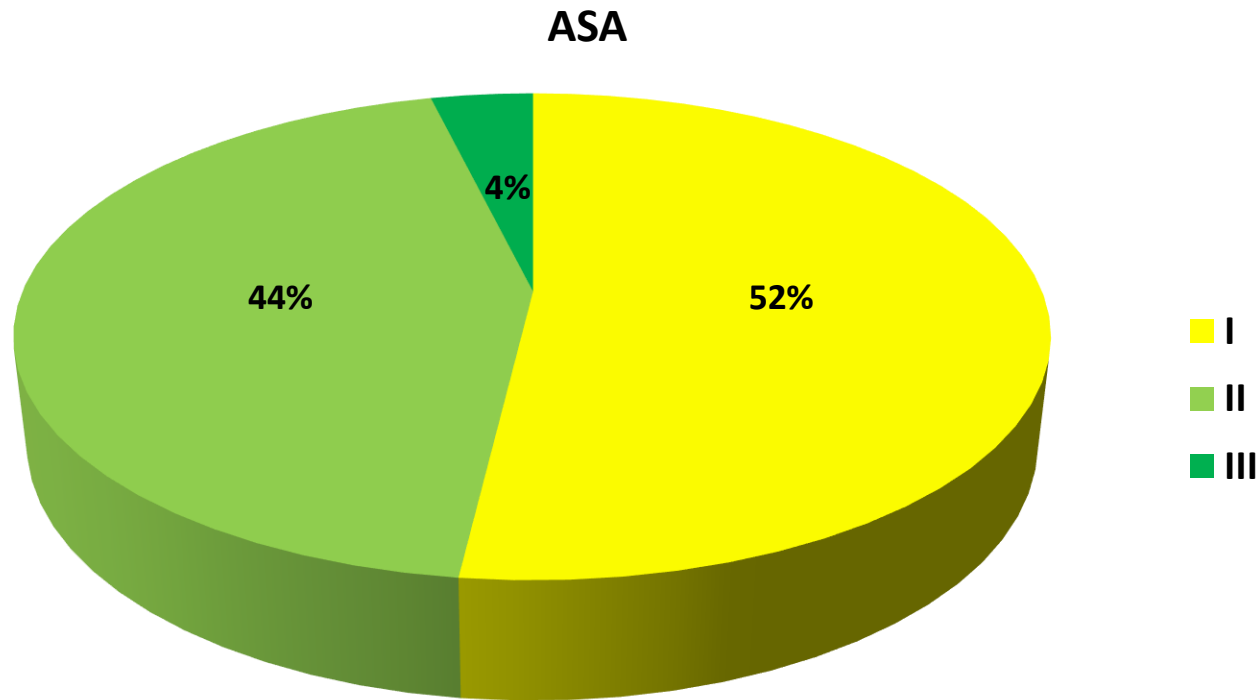
Age



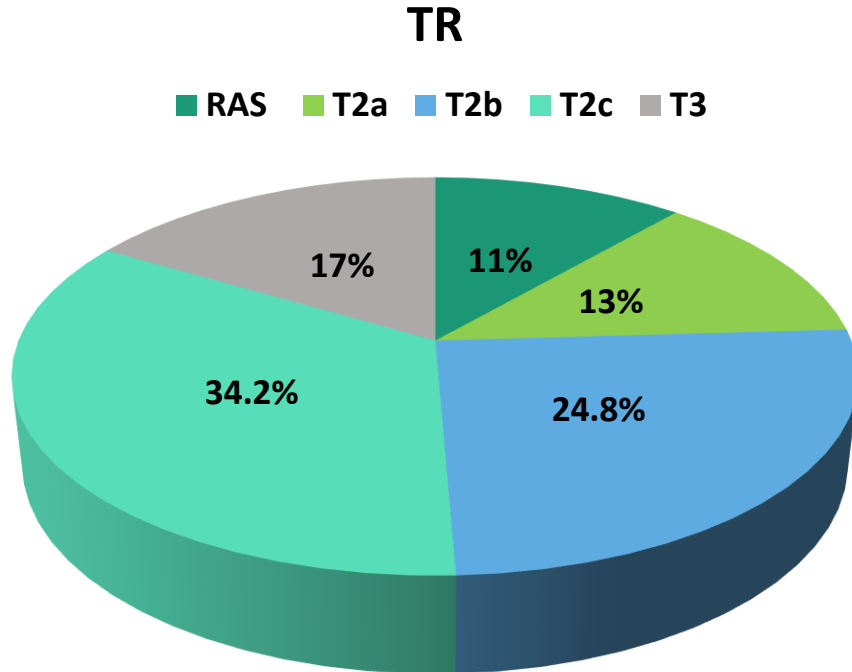
**Le plus jeune âge est de
52 ans .**

**Le patient le plus âgé a
75 ans .**

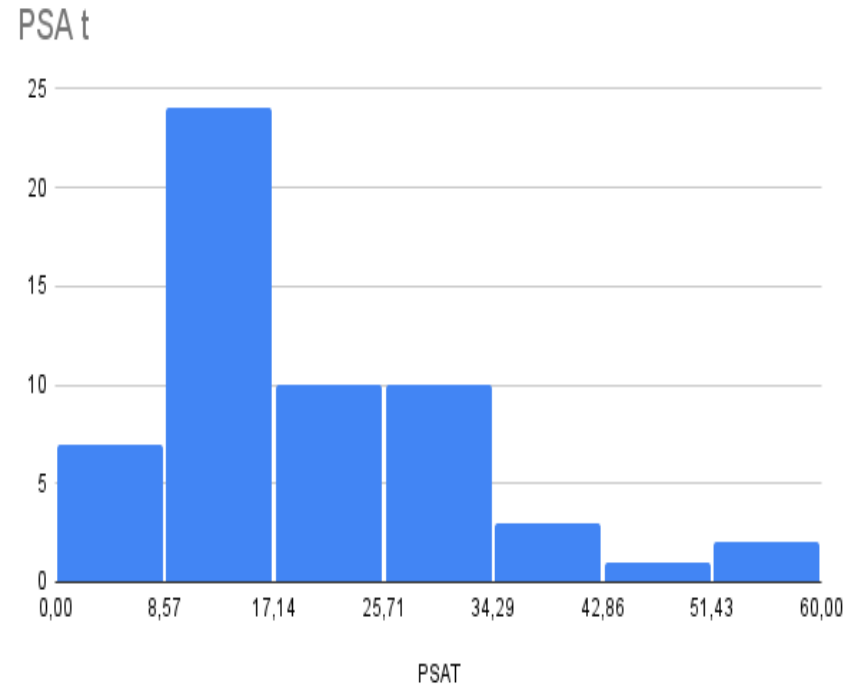
Score ASA



TR / PSA t

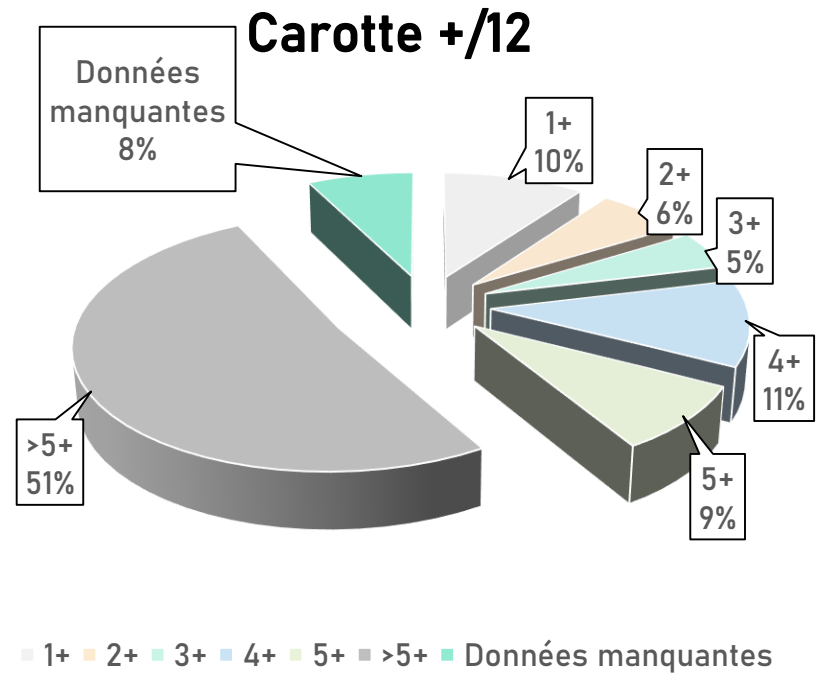
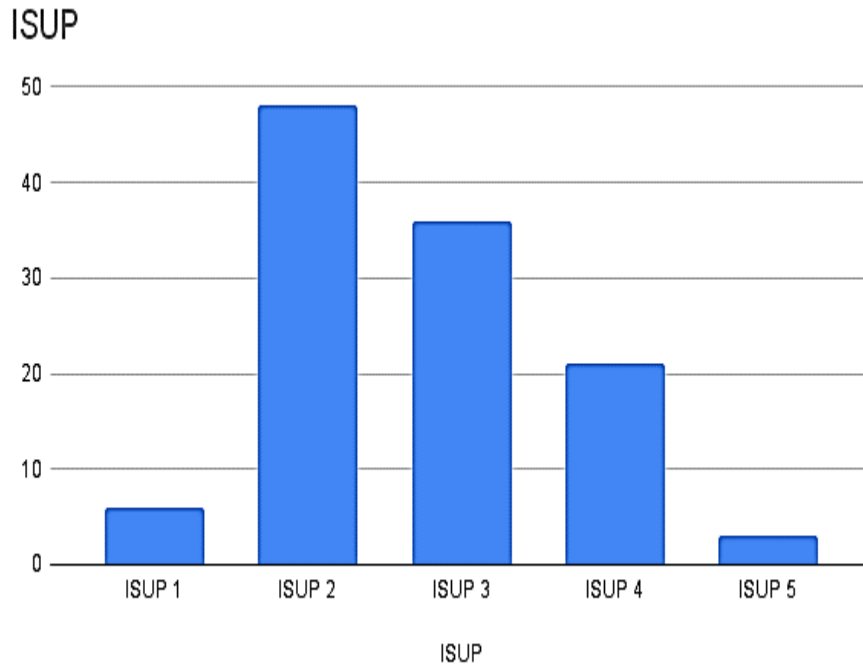


34,2% des patients : cT2c.



PSA t moyen : 24,43 ng/ml

ISUP / Biopsie prostatique

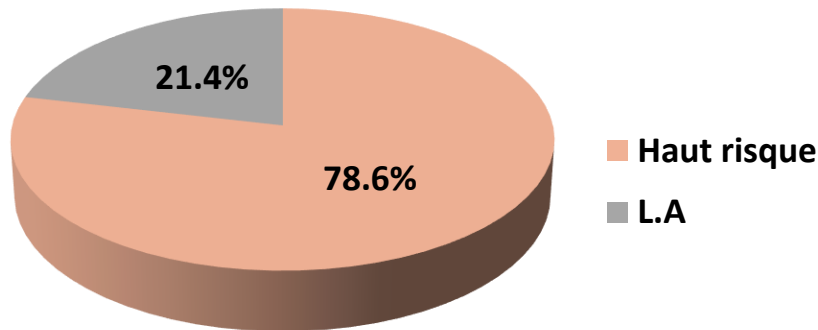


Le score ISUP 2 est le plus fréquent dans la série

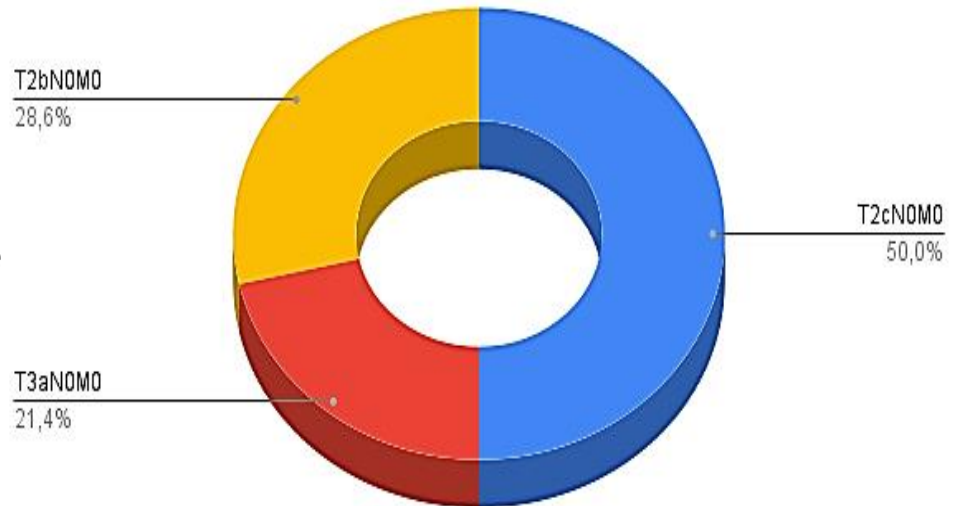
11 patients : 12+ (positives) /12.

Stade initial / iTNM

stade clinique initial



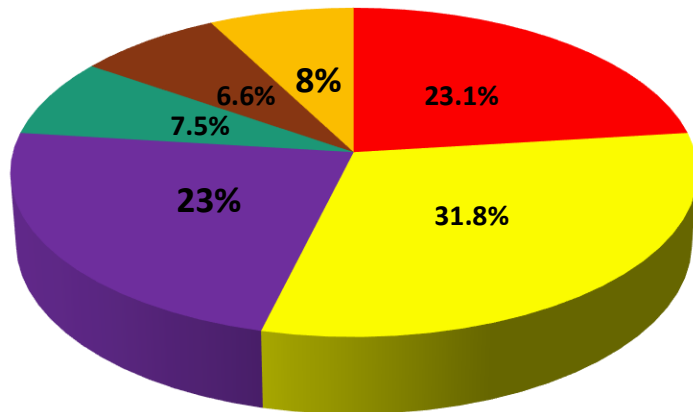
iTNM



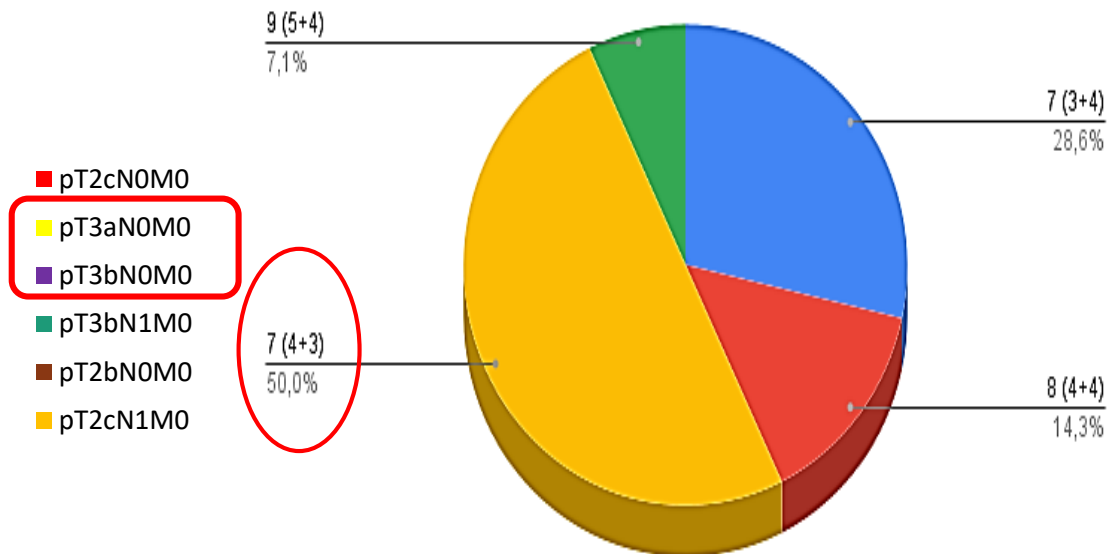
Nombre des patients ayant présenté une RB = 14 sur 114 opérés
Le groupe haut risque = 78,6 %
Le stade iT2cN0M0 représente la moitié

pTNM-SG final

pTNM



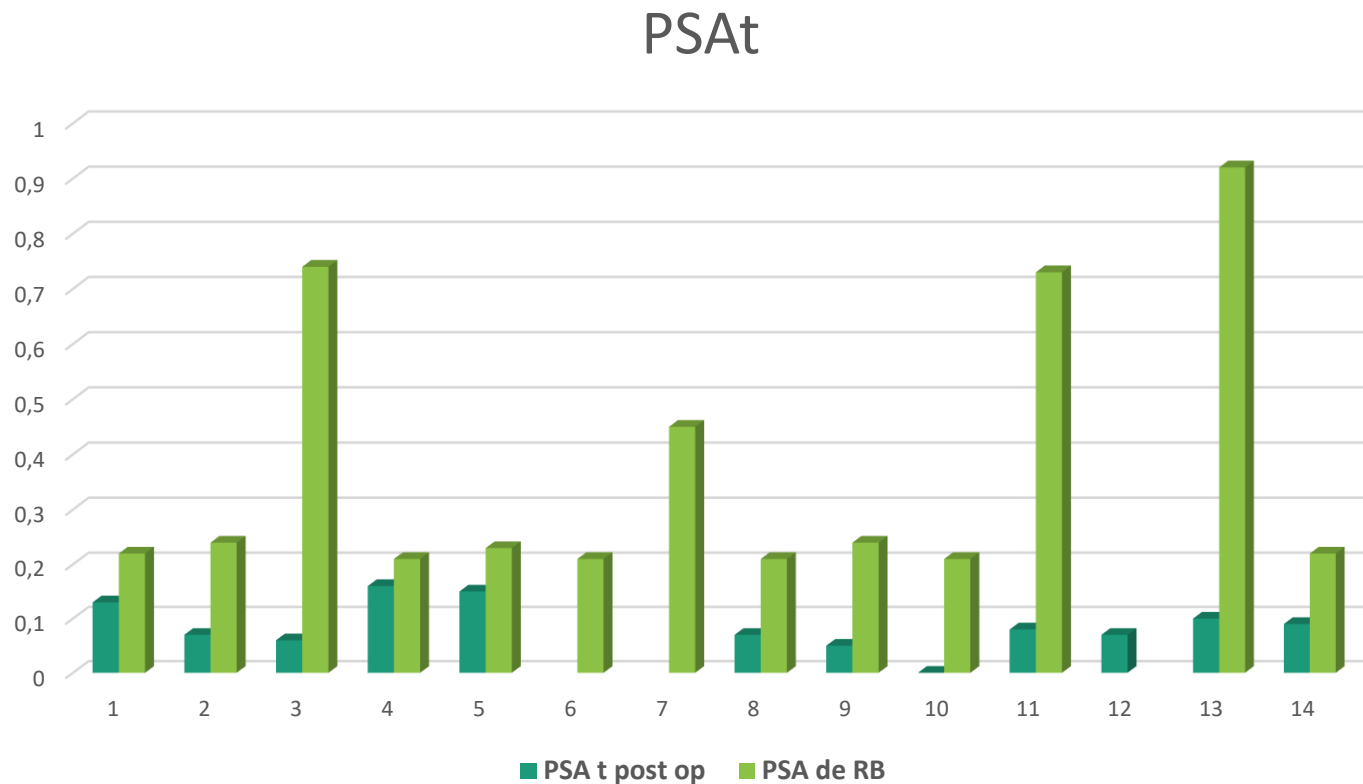
score de Gleason



01 patient était en R1

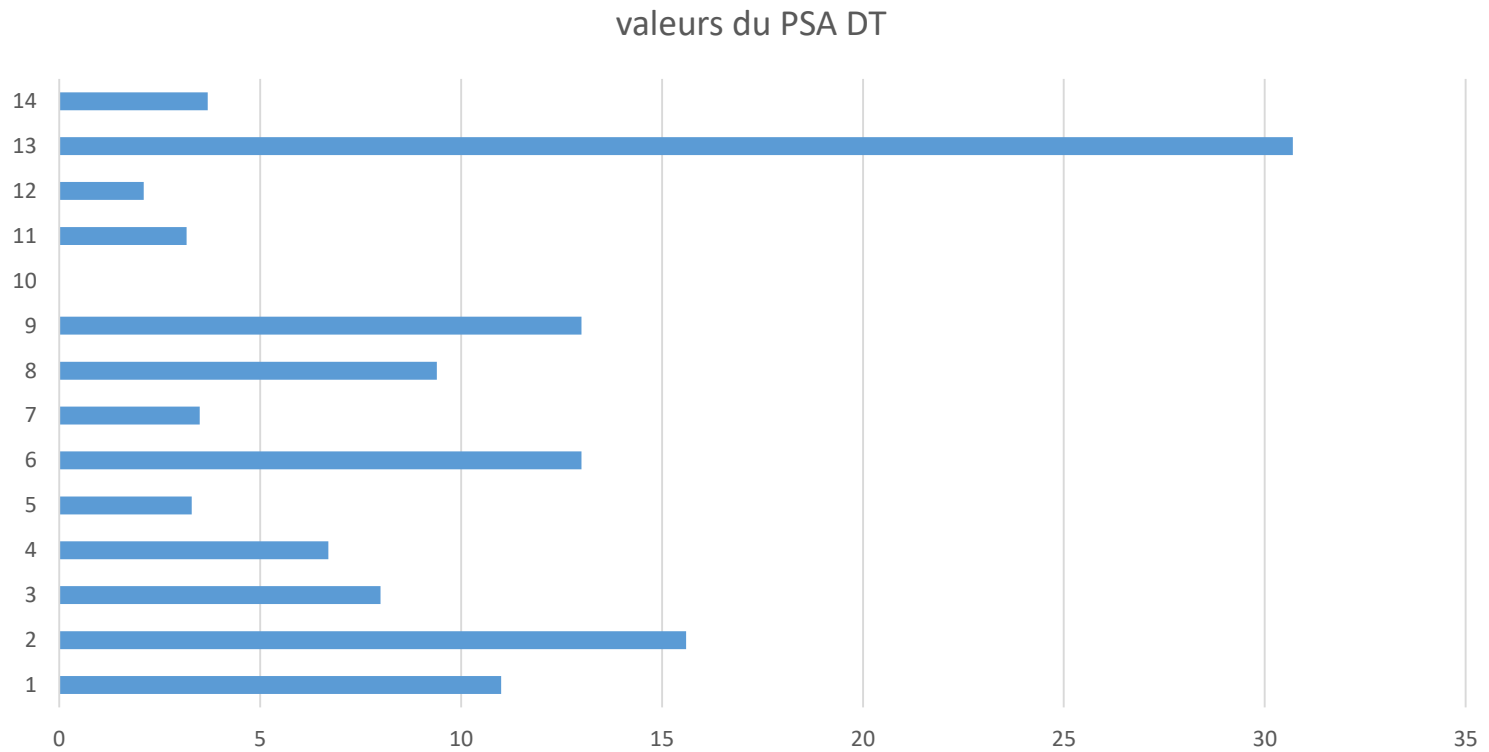
02 patients avaient N1 (01+sur 12 ; 01+ sur 15)

PSA t postop vs PSA t de RB



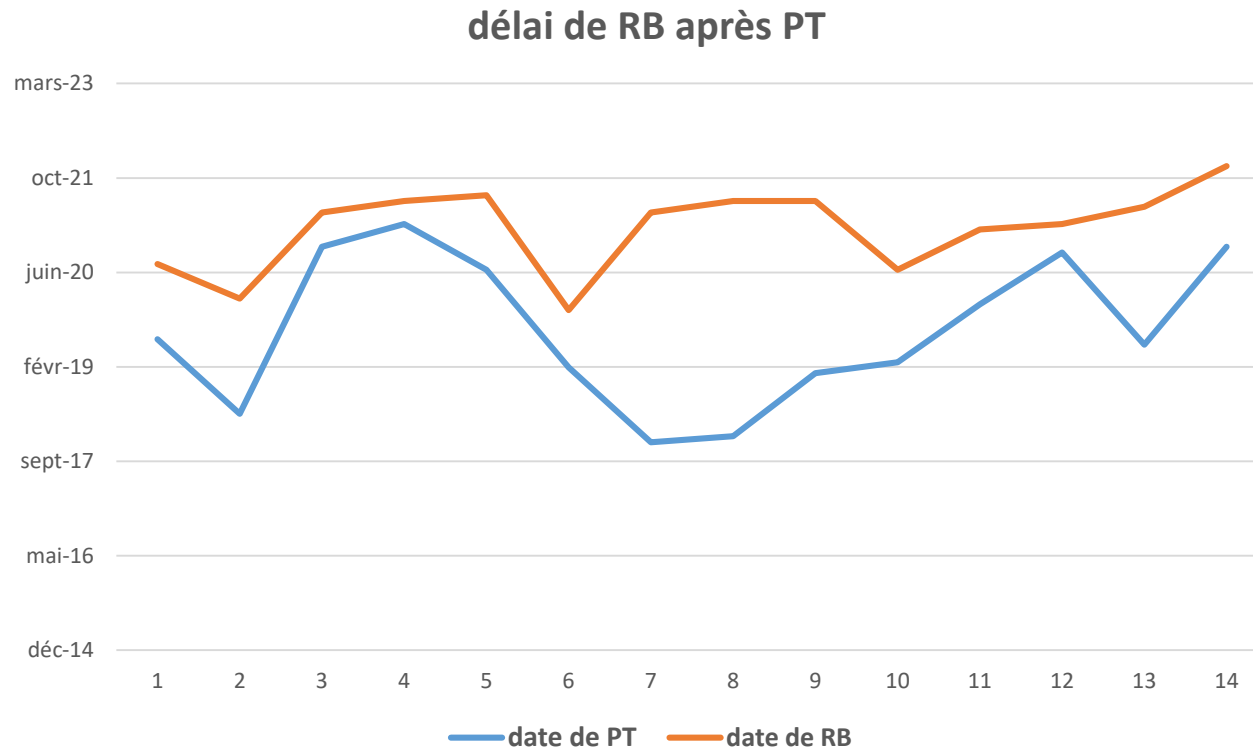
03 patients ont présenté un taux de PSA t sup à 0,70 ng/ml

PSA DT



PSA DT allant du 2,1 au 30,7 mois

Délai de RB dans notre série



période de RB la plus précoce était à 05 mois; la + longue = 29 mois
Délai de RB moyen = 17,35 mois

Récidive biologique (revue de la littérature)

- La récidive biologique était définie par deux élévations successives du PSA $t > 0,2$ ng/ml.

AFU 20-22

French ccAFU guidelines – update 2020-2022: prostate cancer

Tableau 37. Définitions de la RB en fonction du type de traitement du cancer de la prostate.

Traitement	Définition de la RB
<u>PT [19]</u>	PSA $> 0,2$ ng/ml et ascendant confirmé par 2 dosages successifs
RT \pm HT [330]	PSA Nadir + 2 ng/ml
Curiethérapie [330]	PSA Nadir + 2 ng/ml
HIFU [332]	PSA Nadir + 1,2 ng/ml

Quels bilans à demander ??

AFU 20-22

Tableau 38. Bilan d'imagerie à réaliser en cas de RB après traitement local.

Bilan d'imagerie à réaliser en cas de RB après traitement local	Grade
<u>Après PT</u> - Si PSA < 1 ng/ml, pas d'imagerie ou TEP-PSMA* - Si PSA > 1 ng/ml, TEP-choline ou TEP-PSMA*	Fort
Après RT - TEP-choline ou TEP-PSMA* - IRM en cas de suspicion de récurrence locale isolée accessible à un traitement de rattrapage	Fort

* Pendant la période d'ATU nominative en attente d'AMM, il est nécessaire d'avoir une TEP-choline négative pour réaliser une TEP-PSMA.

PSA DT , délai de RB

- Après traitement local ont une valeur prédictive du site de la récurrence et pronostique de la survie et de la réponse aux traitements complémentaires.
- Un PSADT < 10 mois est corrélé à un risque élevé de récurrence métastatique

Récidive locale ou métastatique ?

- En faveur de récidive locale :
 - un score ISUP < 3,
 - une élévation du PSAT > 12 mois
 - un PSADT > 10 mois

Récidive biologique et traitement

- Pour les patients ayant des formes à haut risque (PSADT court, score de Gleason élevé, PSAT sup à 0,70 ng/ml) une hormonothérapie est associée .

- L'essai GETUG-AFU 16

- L'essai RTOG 9601

AFU 20-22

Tableau 40. Traitement de la RB après PT.

	Grade
La surveillance peut être proposée en cas de RB après PT et de facteur pronostique favorable : temps de récurrence > 3 ans, PSADT > 12 mois, ISUP ≤ 2	Faible
La RT de rattrapage (66 Gy) peut être proposée en cas de RB après PT, elle doit être réalisée précocement (PSA < 0,2 ng/ml)	Fort
En cas de RB de haut risque, une SAd associée (6 mois) à la RT peut être proposée.	Fort

PEC des RB

- **Toute RB a été discutée en RCP .**
- **Dans notre série 06 patients ont subi une radiothérapie externe associée à une hormonothérapie.**
- **7 patients ont bénéficié d'une RTE seule précoce,**
- **1 patient surveillé sans TRT adjuvant .**

PEC des RB

- **Aucun patient a fait une TEP PSMA .**
- **Tous nos patients ont adhéré à la décision de la RCP d'où l'intérêt d'expliquer le traitement multimodal au début .**

Take home message

- L'envahissement extra prostatique et l'ISUP > 3 peuvent être des meilleurs facteurs prédictifs de récurrence biologique après PR que le stade pathologique.
- La prise en charge doit être adaptée aux critères de gravité .
- La RCP d'onco-urologie a permis de prendre des meilleurs décisions thérapeutiques .

Merci

