

# LE CANCER DE LA PROSTATE

## OLIGOMÉTASTATIQUE

Symposium |  **IPSEN**  
Innovation for patient care

Pr ATOUI MM

Pr NAOUN

Dr ZAIDI

**AAU**

**Janvier 2025**

**No Disclosures!**

# INTRODUCTION

- ❑ Le cancer de la prostate (tres attrayant uro onco et rx)
- ❑ Deuxième cause de décès par cancer chez l'homme
- ❑ Décès → au stade de maladie métastatique M+ (survie moy de 42 mois )
- ❑ À ce stade (ADT) seul ou associée à de la chimio → le standard
- ❑ Intérêt croissant de la recherche et des publications
- ❑ Une nouvelle entité nosologique → débats et des controverses
- ❑ La forme oligométastatique OMPC

# INTRODUCTION

- Définition non consensuelle
- Ce n'est pas tout à fait du localisé
- Mais pas une maladie générale non plus
- Est- ce juste ca?
- Différences biologiques?
- Différences génomiques ?

# INTRODUCTION

❑ La controverse va au delà de la **définition**

Le nombre, le siège des métas

❑ **Le diagnostic:**

Imagerie classique (servie pour les anciens travaux) devient obsolète ?

❑ **Le pronostic**

Est-ce le même que pour la maladie M+?

❑ **Le traitement**

Doit-on les traiter comme un cancer localise? insuffisant

Ou comme une maladie métast diffuse? ADT → recco → insuffisant?

# MÉTHODOLOGIE

# MÉTHODOLOGIE

➤ Recherche



ScienceDirect



# Objectifs:

Revue et résumé des données de littérature

Identifier :

Changement de concepts

Changement de conduites

# DÉFINITION

# DÉFINITION

- ❑ Hellman et Weichselbaum 1995 premiers OMPC
- ❑ Stade intermédiaire entre maladie localisée et Méta
- ❑ Sous-groupe avec nombre limité de métastases détectables
- ❑ Concept établi de faible volume tumoral (stampede/ chaarted)
- ❑ Différence dans le Ptic et l'attitude thérapeutique
- ❑ Maladie possiblement curable ?

# DÉFINITION

S'agit-il:

1 lésion M+

Moins de 3

3 à 5

Atteintes viscérales

Pas de consensus

# DÉFINITION

Review Article on Current and Future Topics on Prostate Cancer



## **Oligometastatic prostate cancer: definition and the role of local and systemic therapy: a narrative review**

Samy Mahjoub, Axel Heidenreich

- plusieurs études : définition par nombre de métastases  
3 à 5 lésions métastatiques sans aucun signe viscéral
- Probable évolution de la définition fonction de l'évolution de l'imagerie radio isotopique

# DÉFINITION

Terminologie:

- ❑ De novo = Synchrone
- ❑ Il y a aussi oligo métachrone
- ❑ Oligo progressif

# Les hypothèses

En 1994, Hellman : théorie(cancer du sein):

Variétés clonales → capacités de la tm prim à se propager → M+

Clones peu agressifs au sein d'un faible nombre d'organes

OMPC: phénotype transitoire entre un cancer localisé et une maladie disséminée

Dichotomie: serait liée

Conditions dans la tm primtv (favorisant la migration des cellules)

Caractéristiques des cellules tumorales (agressivité, mutations)

Site métastatique (conditions hostiles limitant le dévelpt de M+)

# Le rationnel et les hypothèses

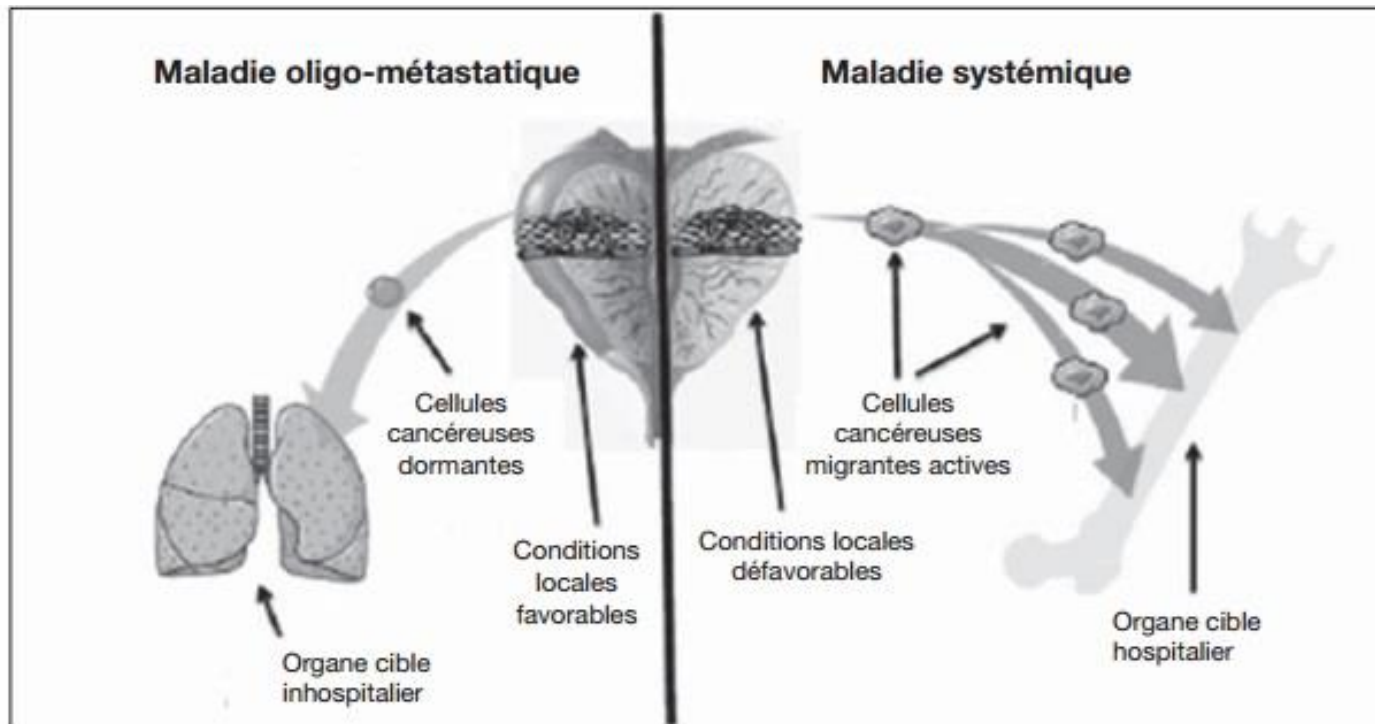


Figure 1. Maladie oligo-métastatique vs maladie systémique (d'après [14]).

# Le rationnel et les hypothèses

- ❑ Un cancer oligo M+ : nest pas une maladie M+(imagerie adéquate)
- ❑ Potentiellement curable: trt local de la tm primit et Meta+ trt syst
- ❑ Trtr de la tumeur primitive: bonne réponse trt systémique
  - ❑ Élimination de la source originale de cellules M+
  - ❑ Suppr facts promot de cytokines immunosuppr
  - ❑ Diminue ensemencement
  - ❑ Inhibe la deuxieme vague de M+

Cho Y, et al. PLOS ONE 2016

Case-Control Study. J Urol 2015

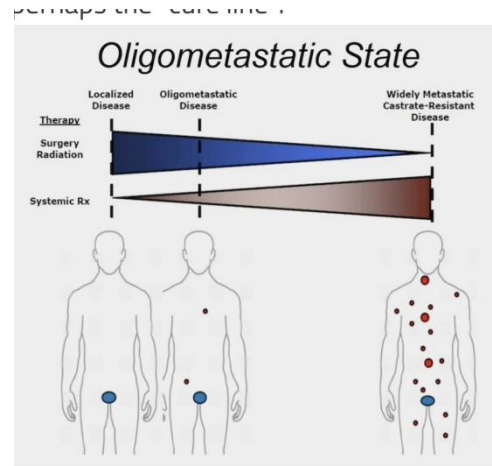
## Le rationnel et les hypothèses

- ❑ Après trt syst des Métas sans trt de la tm primitive
- ❑ La biopsie trouve un processus actif
- ❑ Qui peut toujours donner des Métas
- ❑ Qui peuvent finir par avoir des phénotypes résistants

Diagnostic

# Diagnostic

❑ Meilleure détection des M+ par les récentes techniques d'imagerie radio Isotopiques



❑ le 68GaPSMA, TEP/CT.

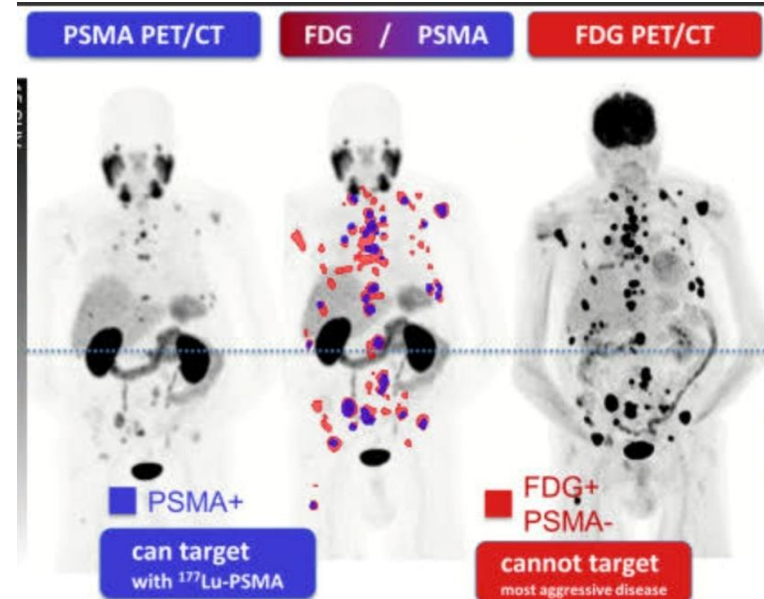
❑ le 18-F-fluciclovine TEP/CT

❑ IRM corps entier

❑ Un bilan d'extension adéquat permettra

❑ Inventaire précis des métas

« effet Will Rogers »



# Diagnostic

- ❑ Recours à l'imagerie « classique: scinti FDG/ TEP à choline... »
- ❑ Ne permet pas de faire la part entre les deux situations et passe à côté
- ❑ Ne pas faire de PSMA CT tep → bilan d'extension incomplet
- ❑ Conséquences : Perte de chances pour les patients
- ❑ Études réalisées ( Essais, retro recco ...) → plusieurs biais

TRAITEMENT

TRAITEMENT  
Valeur ajoutée du traitement local

# Valeur ajoutée du trt local

- PR,RT, CT ou autres: Pas de protocole recommandé
- Un bénéfice certain à trter la tm primitive (ou le site M+) si la maladie n'est pas encore largement disséminée
- Ameliore SG / SSR bio / SSM+
- Possibilité rajouter un trt syst pour ce qui échappe à l'imagerie et au trt local (les micro M+) : hormono /chimio
- La chronologie et le choix des armes thérapeutiques loin d'être consensuels

# Valeur ajoutée du trt local

Tableau 2. Études et résultats du traitement local du primitif prostatique en situation métastatique (d'après [6]).

Auteurs	Design	Critères Inclusion	TTT	SG	SS	AMV	Informations
Culp et al. [21]	Cohorte n = 8 185 Suivi 16 mois	M1a-M1c	PT (n = 245) CT (n = 129) Pas TL (n = 7 811)	67,4 % 52,6 % 22,5 % p < 0,001	75,8 % 61,3 % 48,7 % p < 0,001	SHR (SS) HR = 0,38 (0,27-0,53 ; PT) HR = 0,68 (0,49-0,93 ; BT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : GS ≥ 8, T4, PSA ≥ 20 ng/mL, N1 vs N0, M vs M1a, année diagnostic
Antwi et al. [22]	Cohorte n = 7 858	M1a-M1c	PT (n = 222) CT (n = 120) Pas TL (n = 7 516)	82,0 % 66,7 % 43,6 % p < 0,0001	84,7 % 71,7 % 54 % p < 0,0001	aHR (SS) HR = 0,22 (0,27-0,28 ; PT) HR = 0,4 (0,32-0,51 ; CT) HR = 1 (réf pas TL)	AM : âge, ethnique, statut marital, grade tumoral, PSA
Gratzke et al. [23]	Cohorte n = 1 538	M+	PT (n = 74) RT (n = 389) DA (n = 635) Autres (n = 440)	55 % (PT) 21 % (autres) p < 0,01	NR	NR	Survie globale : PT vs non PT
Satkunavisam et al. [24]	Cohorte n = 4 069	M+ Âge ≥ 65 ans	PT (n = 47) IMRT (n = 88) RT (n = 107) Pas TL (n = 3 827)	73 % 72 % 37 % 34 %	79 % 82 % 49 % 46 %	aHR (SS) HR = 0,48 (0,27-0,85 ; PT) HR = 0,38 (0,24-0,61 ; IMRT) HR = 0,85 (0,64-1,14 ; RT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : C. sociodémographiques, c. tumorale, Index Charlson, HT, RT osseuses ≤ 6 mois
Heidenreich et al. [25]	Case control n = 61 Suivi > 40 mois	M1 limitée	PT = 23 No PT = 38	91,3 % 78,9 % p = 0,048	95,6 % 84,2 % p = 0,043	NR	≤ 3 lésions en scintigraphie os Pas de M+ viscérale ni ADP étendue ; PSA nadir ≤ 1 ng/mL après HT 6 mois
Cho et al. [26]	Case control n = 140 Suivi 34 mois	M1	RT = 23 No RT ou RT palliative = 102	69 % 43 %	NR	HR (Mortalité globale) HR = 0,43 (p = 0,015)	AMV : Statut ECOG, site M+
Boevé et al. [27]	Prospectif randomisé	M1b	RT+DA = 216 DA = 216	45 mois 43 mois			

PT : prostatectomie totale ; CT : curiethérapie ; RT : radiothérapie ; TL : traitement local ; SG : survie globale ; SS : survie spécifique ; AMV : analyse multivariée ; IMRT : radiothérapie en modulation d'intensité ; DA : déprivation androgénique ; NR : non rapporté ; HR : Hazard Ratio ; aHR : Adjusted Hazard Ratio ; SHR : Subhazard Ratio ; GS : Gleason Score.

# Valeur ajoutée du trt local

Tableau 2. Études et résultats du traitement local du primitif prostatique en situation métastatique (d'après [6]).

Auteurs	Design	Critères Inclusion	TTT	SG	SS	AMV	Informations
Culp et al. [21]	Cohorte n = 8 185 Suivi 16 mois	M1a-M1c	PT (n = 245) CT (n = 129) Pas TL (n = 7 811)	67,4 % 52,6 % 22,5 % p < 0,001	75,8 % 61,3 % 48,7 % p < 0,001	SHR (SS) HR = 0,38 (0,27-0,53 ; PT) HR = 0,68 (0,49-0,93 ; BT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : GS ≥ 8, T4, PSA ≥ 20 ng/mL, N1 vs N0, M vs M1a, année diagnostic
Antwi et al. [22]	Cohorte n = 7 858	M1a-M1c	PT (n = 222) CT (n = 120) Pas TL (n = 7 516)	82,0 % 66,7 % 43,6 % p < 0,0001	84,7 % 71,7 % 54 % p < 0,0001	aHR (SS) HR = 0,22 (0,27-0,28 ; PT) HR = 0,4 (0,32-0,51 ; CT) HR = 1 (réf pas TL)	AM : âge, ethnique, statut marital, grade tumoral, PSA
Gratzke et al. [23]	Cohorte n = 1 538	M+	PT (n = 74) RT (n = 389) DA (n = 635) Autres (n = 440)	55 % (PT) 21 % (autres) p < 0,01	NR	NR	Survie globale : PT vs non PT
Satkunavisam et al. [24]	Cohorte n = 4 069	M+ Âge ≥ 65 ans	PT (n = 47) IMRT (n = 88) RT (n = 107) Pas TL (n = 3 827)	73 % 72 % 37 % 34 %	79 % 82 % 49 % 46 %	aHR (SS) HR = 0,48 (0,27-0,85 ; PT) HR = 0,38 (0,24-0,61 ; IMRT) HR = 0,85 (0,64-1,14 ; RT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : C. sociodémographiques, c. tumorale, Index Charlson, HT, RT osseuses ≤ 6 mois
Heidenreich et al. [25]	Case control n = 61 Suivi > 40 mois	M1 limitée	PT = 23 No PT = 38	91,3 % 78,9 % p = 0,048	95,6 % 84,2 % p = 0,043	NR	≤ 3 lésions en scintigraphie os Pas de M+ viscérale ni ADP étendue ; PSA nadir ≤ 1 ng/mL après HT 6 mois
Cho et al. [26]	Case control n = 140 Suivi 34 mois	M1	RT = 23 No RT ou RT palliative = 102	69 % 43 %	NR	HR (Mortalité globale) HR = 0,43 (p = 0,015)	AMV : Statut ECOG, site M+
Boevé et al. [27]	Prospectif randomisé	M1b	RT+DA = 216 DA = 216	45 mois 43 mois			

PT : prostatectomie totale ; CT : curiethérapie ; RT : radiothérapie ; TL : traitement local ; SG : survie globale ; SS : survie spécifique ; AMV : analyse multivariée ; IMRT : radiothérapie en modulation d'intensité ; DA : déprivation androgénique ; NR : non rapporté ; HR : Hazard Ratio ; aHR : Adjusted Hazard Ratio ; SHR : Subhazard Ratio ; GS : Gleason Score.

# Valeur ajoutée du trt local

Tableau 2. Études et résultats du traitement local du primitif prostatique en situation métastatique (d'après [6]).

Auteurs	Design	Critères Inclusion	TTT	SG	SS	AMV	Informations
Culp et al. [21]	Cohorte n = 8 185 Suivi 16 mois	M1a-M1c	PT (n = 245) CT (n = 129) Pas TL (n = 7 811)	67,4 % 52,6 % 22,5 % p < 0,001	75,8 % 61,3 % 48,7 % p < 0,001	SHR (SS) HR = 0,38 (0,27-0,53 ; PT) HR = 0,68 (0,49-0,93 ; BT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : GS ≥ 8, T4, PSA ≥ 20 ng/mL, N1 vs N0, M vs M1a, année diagnostic
Antwi et al. [22]	Cohorte n = 7 858	M1a-M1c	PT (n = 222) CT (n = 120) Pas TL (n = 7 516)	82,0 % 66,7 % 43,6 % p < 0,0001	84,7 % 71,7 % 54 % p < 0,0001	aHR (SS) HR = 0,22 (0,27-0,28 ; PT) HR = 0,4 (0,32-0,51 ; CT) HR = 1 (réf pas TL)	AM : âge, ethnique, statut marital, grade tumoral, PSA
Gratzke et al. [23]	Cohorte n = 1 538	M+	PT (n = 74) RT (n = 389) DA (n = 635) Autres (n = 440)	55 % (PT) 21 % (autres) p < 0,01	NR	NR	Survie globale : PT vs non PT
Satkunavisam et al. [24]	Cohorte n = 4 069	M+ Âge ≥ 65 ans	PT (n = 47) IMRT (n = 88) RT (n = 107) Pas TL (n = 3 827)	73 % 72 % 37 % 34 %	79 % 82 % 49 % 46 %	aHR (SS) HR = 0,48 (0,27-0,85 ; PT) HR = 0,38 (0,24-0,61 ; IMRT) HR = 0,85 (0,64-1,14 ; RT) HR = 1 (réf pas TL)	AMV : C. sociodémographiques, c. tumorale, Index Charlson, HT, RT osseuses ≤ 6 mois
Heidenreich et al. [25]	Case control n = 61 Suivi > 40 mois	M1 limitée	PT = 23 No PT = 38	91,3 % 78,9 % p = 0,048	95,6 % 84,2 % p = 0,043	NR	≤ 3 lésions en scintigraphie os Pas de M+ viscérale ni ADP étendue ; PSA nadir ≤ 1 ng/mL après HT 6 mois
Cho et al. [26]	Case control n = 140 Suivi 34 mois	M1	RT = 23 No RT ou RT palliative = 102	69 % 43 %	NR	HR (Mortalité globale) HR = 0,43 (p = 0,015)	AMV : Statut ECOG, site M+
Boevé et al. [27]	Prospectif randomisé	M1b	RT+DA = 216 DA = 216	45 mois 43 mois			

PT : prostatectomie totale ; CT : curiethérapie ; RT : radiothérapie ; TL : traitement local ; SG : survie globale ; SS : survie spécifique ; AMV : analyse multivariée ; IMRT : radiothérapie en modulation d'intensité ; DA : déprivation androgénique ; NR : non rapporté ; HR : Hazard Ratio ; aHR : Adjusted Hazard Ratio ; SHR : Subhazard Ratio ; GS : Gleason Score.

# Valeur ajoutée du trt local

- ❑ Etudes rétrospective ont suscité l'intérêt
- ❑ D'où l'intérêt d'essais cliniques

Essai HORRAD, STAMPEDE

ADT VS RT+ADT

- ❑ Pas de bénéfice dur la SG 43 Vs 45 mois
- ❑ Bénéfice sur la survie sans progression bio surtout sous groupe OMPC

# Valeur ajoutée du trt local

Tableau 3. Essais prospectifs de traitement du primitif prostatique en situation métastatique.

Essais	N° enregistrement	Design	Critères d'inclusion	Bras randomisation	Objectif principal
TRoMbone [64]	ISRCTN15704862	Randomisé Prospectif	M1b, < 3	PT + DA DA seule	Faisabilité QDV Temps de résistance à la castration
g-RAMPP [65]	NCT02454543	Randomisé Prospectif	M1b 1-5 N1	PT + DA DA seule	Survie spécifique Temps de résistance à la castration
SWOG 1802 [66]	NCT03678025	Randomisé Prospectif	AJCC stades IVa, IVb	PT/RT + SOC SOC	Survie globale Survie sans progression
STAMPEDE Bras H [67]	NCT00268476	Randomisé Prospectif Multibras, multistade	M1	RT + SOC SOC	Survie globale Survie sans progression
PEACE-1 [68]	NCT01957436	Randomisé Prospectif	M1 N1	DA ± DOCE ± ABI ± RT	Survie globale Survie sans progression

DA : déprivation androgénique ; PT : prostatectomie totale, RT : radiothérapie ; SOC : *Standard of Care* ; DOCE : docétaxel ; ABI : abiratérone.

# Place de la chirurgie

# Place de la chirurgie

- ❑ Prostatectomie « cytoreductive » fortement suggérée pour les patients atteints d'OMPC de novo
- ❑ TrT chirurgical cytoréducteur multi viscéral aussi possible
- ❑ Augmente : SSP clinique (38,6 mois Vs 26,5 mois)
- ❑ Diminue temps → Résistance à la castration (40 mois Vs 29 mois)

# Place de la chirurgie

- Prévient progression des organes de voisinage et les morbidités liées à leur infiltration
- Pas plus de risque ni de difficultés / localement avancé
- Pas de complications majeures observées (dlr pelv , sd obstruct, fuites urinaires )
- 20 % apres PR
- 46,7 % RT
- 54,3 % ADT

Heidenreich et al Case-Control Study. J Urol 201  
Reyes DK, and al. I Med Oncol 2022  
Chang Y, and al. Front Med 2023

# Place de la chirurgie

## **STAMPEDE** : Le bras RT :

- Pas de bénéfice sur la population globale étudiée
- avantage significatif pour les patients avec faible charge M+
- Résultats confirmés par la **méta-analyse de Buredett et al**
- Résultats très prometteurs pour des patients sélectionnés
- Résultats attendus à long terme pour des études prospect et ECR
- Approche multimodale = meilleurs résultats

Traitement dirigé vers les métas  
(Directed Mestastasis Therpy)

DMTi

# Intérêt du traitement dirigé vers les métas

L'utilisation de la thérapie dirigée vers meta DMTi en complément

d'un traitement curatif local → idée séduisante

❑ Mais fait l'objet de débats et de controverse.

❑ Idée de guérison potentielle à ce stade précoce de la maladie M+

❑ Justifiée par les conclusions des travaux de Gundem et al:

# Intérêt du traitement dirigé vers les métas

- la tumeur primitive donne des Métas fait avéré
- Les métas elle mêmes → source de nouvelles M+
- Sélection de clones résistants
- Contrôle local concret et total du site Métas est associé à une  
Bonne réponse du trt →
- Décalage du recours au trt Syst avec
  - Shariat et al Curr Opin Urol2024,
- Retard d'apparition de la résistance à la castration

# Intérêt du traitement dirigé vers les métas

- ❑ Etudes récentes, (bien que faible niveau de preuve retro ou essais à un seul bras
- ❑ Qualité de vie améliorée garce à une meilleure tolérance aux trt DMTi
- ❑ restent à confirmer essais contrôlés randomisés bien conçus.
- ❑ Malgré plusieurs resultats + des ECR de phase II, disponibles
- ❑ l'impact de la PCT sur la SG reste à déterminer
- ❑ Shariat et al Curr Opin Urol2024,

# Intérêt du traitement dirigé vers les métas

**Tableau 6.** Essais prospectifs en cours évaluant le traitement local des métastases dans le cancer de la prostate.

ESSAIS	N° enregistrement	Design	Critères d'inclusion	Bras randomisation	Objectif principal
PLATON [95]	NCT03784755	Randomisé Prospectif	M1a-b ≤ 5	RT stéréotaxique des M+ + DA DA seule	Survie sans progression
OLIGOPELVIS GETUG P07 [96]	NCT02274779	Prospectif Phase 2	≤ 5 ADP pelviennes	RT pelvienne avec boost sur ADP+ DA 6 mois	Survie sans récurrence Survie sans récurrence biochimique
GICOR [59]	NCT02192788	Phase 2	N1 + M1 ≤ 5	RT stéréotaxique DA autorisée	Survie sans progression
NRG [97]	NCT02206334	Phase 1	≤ 4 métastases (primitif : poumon, prostate, sein)	RT stéréotaxique DA autorisée	Dose irradiation
CORE [98]	NCT02759783	Randomisé Prospectif Phase 2/3	≤ 3 métastases (primitif : sein poumon, prostate)	SOC+RT stéréotaxique SOC	Survie sans progression
ORIOLE [99]	NCT02680587	Randomisé Prospectif Phase 2	N1 + M1 ≤ 3	RT stéréotaxique Surveillance	Survie sans progression
PEACE V [53]	NCT03569241	Randomisé Prospectif Phase 2	M1, N1	RT/curage + DA + RT pelvienne RT/curage + DA	Survie sans métastases
Univ Vienne [52]	NCT02974075	Ouvert, interventionnel Monobras	N1	Curage pelvien étendu	Morbidité PSA à 6 sem. Tps de résistance à la castration

SOC : *Standard of Care* ; DA : déprivation androgénique ; RT : radiothérapie.

# traitement chir des N+

Auteurs	N =	ADP RétroP	PSA médian	Imagerie	Traitement	Traitement adjuvant (%)	Réponse complète PSA	Suivi (mois)	SSP	SG/SSP	ADP+/ ADP total
Rinnab et al. [73]	15	NR	1,9	TEP-choline	Pelvien, RetroP.	DA 73 % RT 7 %	13 %	13,7	NR	NR	NR/13,9
Schilling et al. [74]	10	NR	8,8	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 60 %	NR	11	NR	1 an : 90 %	2,8/7,1
Winter et al. [75]	13	NR	2,7	TEP-choline	Pelvien± RétroP	0	38,5 %	30,9	NR	NR	1/NR
Rigatti et al. [47]	72	25 (34,5 %)	1,5	TEP- choline,	Pelvien± RétroP	DA 65,3 %	57 %	39,8	5 ans : 19 %	5 ans : 75 %	9,1/30,6
Jilg et al. [76]	47	18 (34,6 %)	11,1	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 65 % RT 52 %	46 %	35,5	5 ans : 9 %	5 ans : 77,7 %	9,7/23,3
Karnes et al. [77]	52	4 (7,7 %)	2,2	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 83 %	73 %	20	3 ans : 45,5 %	3 ans : 92,5 %	5,3/23,8
Jilg et al. [78]	43	13 (28,3 %)	3,2	TEP-choline	Pelvien± RétroP	RT 100 %	NR	32	NR	NR	7,9/29,3
Suardi et al. [79]	59	23 (38,9 %)	2,0	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 66 %	59 %	76,6	NR	8 ans : 80,6 %	8,9/29,5
Claeys et al. [80]	17	4 (23,5 %)	2,0	TEP-choline ou FDG	Pelvien bil, unil, limité	RT 24 %	23 %	22	2 ans : 79,5 %	NR	1/11
Rischke et al. [81]	93	NR	3,5	TEP-choline	Pelvien± RétroP	RT 51 %	NR	38	3 ans : 38,4 %	5 ans : 79 %	8,9/30,8
Tiiki et al. [82]	58	34 (60,4 %)	9,8	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 67 %	22 %	39	5 ans : 22,4 %	5 ans : 71 %	6,3/18,6
Linxweiler et al. [48]	36	3 (8 %)	1,98	TEP-choline ou PSMA	Curage robot bil, unil, limité	Non	36 %	14 PSMA 48 Choline	12 m PSMA 4,7 m Choline	NR	1/6,5
Maurer et al. [83]	31	45 %	1,13	TEP-PSMA	Curage radioguidé	Non	64,5 %	12,2	1 an : 43 %	NR	1,5/4,3
Steuber et al. [84]	166	NR	NR	TEP-choline	Pelvien± RétroP	NR	NR	70	NR	5 ans : 99,1 %	NR
Herleman et al. [85]	104	51,9 %	4,1	TEP-choline ou PSMA	Pelvien± RétroP	NR	29,8 %	39,5	5 ans : 6,2 %	5 ans : 83 %	3/13
Zattoni et al. [86]	117	13,7 %	2,3	TEP-choline	Pelvien± RétroP	DA 36,8 % Multi 25,7 %	79,5 %	20,2	5 ans : 31 %	5 ans : 97 %	3/22

# traitement chir des N+

(suite du Tableau 5)

Auteurs	N =	ADP RétroP	PSA médian	Imagerie	Traitement	Traitement adjuvant (%)	Réponse complète PSA	Suivi (mois)	SSP	SG/SSP	ADP+/ ADP total
Siriwardana et al. [51]	35	4 (6,9 %)	2,2	TEP-choline ou PSMA	Curage pelvien robot	DA 12 Chimio 2 RT 2	43 %	12	1 an : 23 %	NR	2/9
Jilg et al. [87]	30	14 (36 %)	1,7	TEP-choline ou PSMA	Pelvien± RétroP	NR	NR	NR	NR	NR	1/33
Porres et al. [88]	87	3,5 %	2,63	TEP-choline ou PSMA	Pelvien± RétroP	DA 37,8 %	27,5 %	21	3 ans : 69,3 %	92,7 %	2,2/12,5
Montorsi et al. [50]	16	13 (81,3 %)	1,0	TEP-choline ou PSMA	Curage pelvien robot ± RétroP	DA 50 %	33 %	1,3	NR	NR	4/16,5
Passoni et al. [89]	46	36,9 %	0,5	TEP-choline	Pelvien± RétroP	NR	NR	NR	NR	Nr	2/21
Osmonov et al. [90]	45	NR	6,7	TEP-CT	Curage pelvien, présacrée, para-Ao	NR	48,9 %	42,7	5 ans : 30 %	5 ans : 80,5 %	4,1/21,6
Abreu et al. [49]	10	100 %	2,78	TEP-choline	Pelvien robot ± RétroP	NR	PSA post op : 0,8	NR	NR	NR	23/83
Rauscher et al. [91]	48	NR	1,31	TEP-choline ou PSMA	Pelvien± RétroP	NR	NR	NR	NR	NR	1,4/3,8
Pfister et al. [92]	66	NR	2,5	TEP-choline ou PSMA	Pelvien± RétroP	NR	NR	NR	NR	NR	2,5/7,9
Rauscher et al. [93]	31	9,7	1,3	TEP-PSMA	Curage radioguidé	33 %	60 %	11,2	1 an : 64 %	NR	1,5/4,7
Mandel et al. [94]	23	NR	3,9	TEP-PSMA TEP-IRM	Pelvien	NR	NR	NR	NR	Nr	3/15

M+ : métastase ; PSA : *Prostate Specific Antigen* ; ADP : adénopathie ; TEP : tomographie à émission de positrons ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; Scint. os : Scintigraphie osseuse ; SSP : survie sans progression ; DA : déprivation androgénique ; Tps : temps ; RT ADP : radiothérapie des aires ganglionnaires ; NR : non reporté ; NA : non applicable.

# CONCLUSION

## LES POINTS CLÉS

- Imagerie radio isotopique TEP Ct PSMA
- Décision thérapeutique en RCP
- Trt local Prostatectomie cytoreductive  
Pour des patients sélectionnés
- Approche multimodale intensifiée MDTi  
dans un but de guérir

## Conclusion

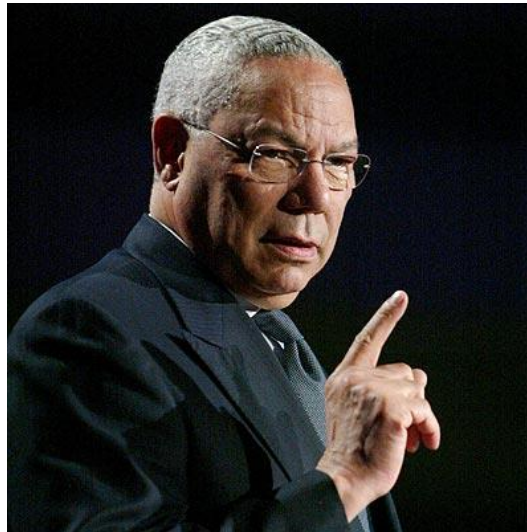
- R. WEICHSELBAUM

*« Number just a part of definition.*

*Need imaged clinical molecular classification.*

*I originally said 5 because someone asked ans i said uhh ....5 »*







**Je vous remercie pour votre attention**

**Pr ATOUI**

**AAU**  
**Janvier 2025**

# LE CANCER DE **LA PROSTATE**

## OLIGOMÉTASTATIQUE

(Symposium IPSEN)

**Je vous remercie pour votre attention**

Pr ATOUI

**AAU**  
**Janvier 2025**