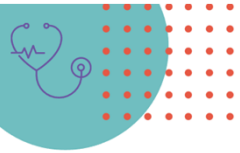


Prostate : Traitement curatif d'emblée ou surveillance active dans les risques intermédiaires faibles ?

Pr Gaëlle Fiard, CHU Grenoble-Alpes

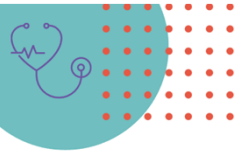




Cas clinique

- Mr D, 74 ans
- ATCD : lithiase rénale
- ATCD familial : cancer de la prostate chez son père, décédé d'un cancer métastatique
- TTT : 0
- Allergie : 0
- OMS : 0





Cas clinique

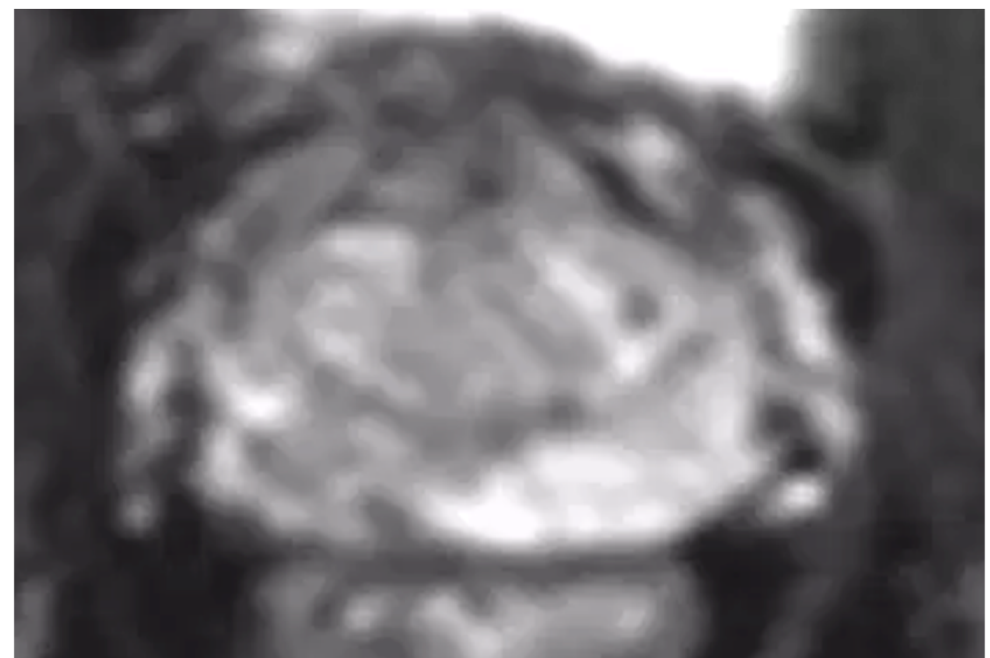
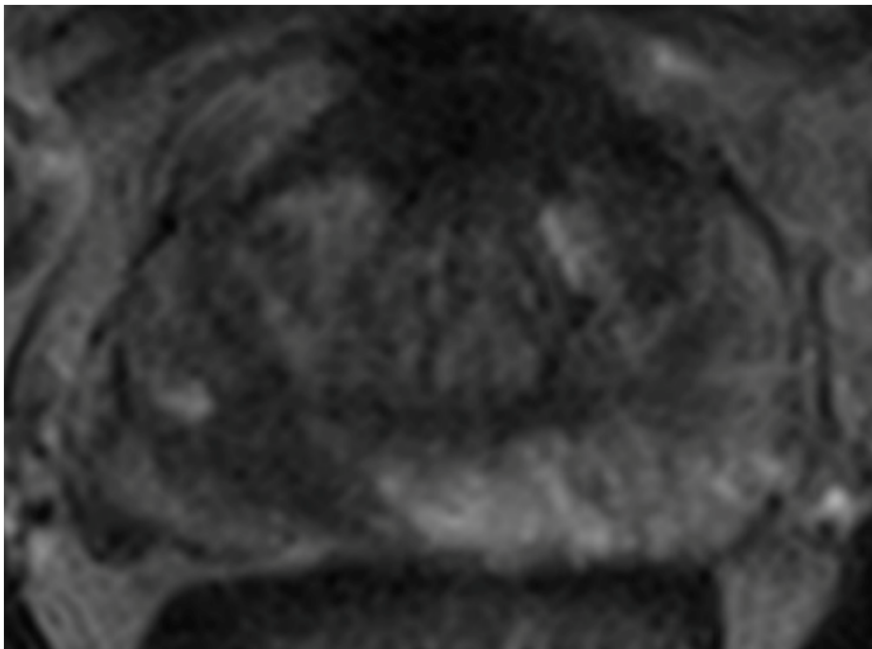
- TR : nodule lobe droit, cT2a, 45cc
- PSA 6,7ng/ml, recontrôlé

- IRM prostatique





Cas clinique



- PIRADS 4, 9mm, iT2 -> Biopsies prostatiques

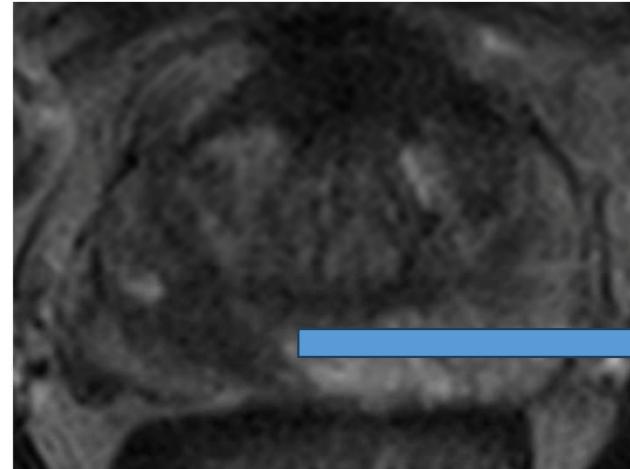




Cas clinique



Numéro de la biopsie	localisation	Longueur de la biopsie (mm)	Cancer	
			Long (mm)	Score de Gleason
1	Base médiane D	5	0	
2	Base latérale D	8	0	
3	Milieu médian D	8	0	
4	Milieu latéral D	9	0	
5	Apex médian D	10	0	
6	Apex latéral D	10	2	3+4
7	Base médiane G	8	0	
8	Base latérale G	13	0	
9	Milieu médian G	9	0	
10	Milieu latéral G	11	0	
11	Apex médian G	3	0	
12	Apex latéral G	4	0	
13	Cible 1	14	0	
14	Cible 1	10	0	
15	Cible 1	13	0	
16	Cible 1	13	7	3+4



ISUP 2 (10%)
MCCL 7mm

Conclusion :

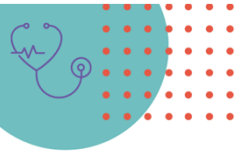
Adénocarcinome prostatique de grade de Gleason 7 (3+4) sur 9 mm de longueur globale au niveau de l'apex latéral droit et sur l'un des cylindres de la cible milieu/base droite, sur une longueur totale de 148 mm soit 6%.

Absence d'engainement périnerveux tumoral.

Absence d'envahissement du tissu adipeux périprostatique.

Grade ISUP : 2





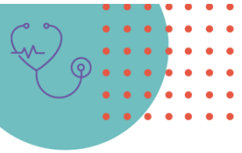
Détection précoce du cancer de la prostate



Incertitude

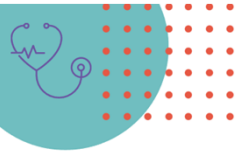
Risque de surtraitement





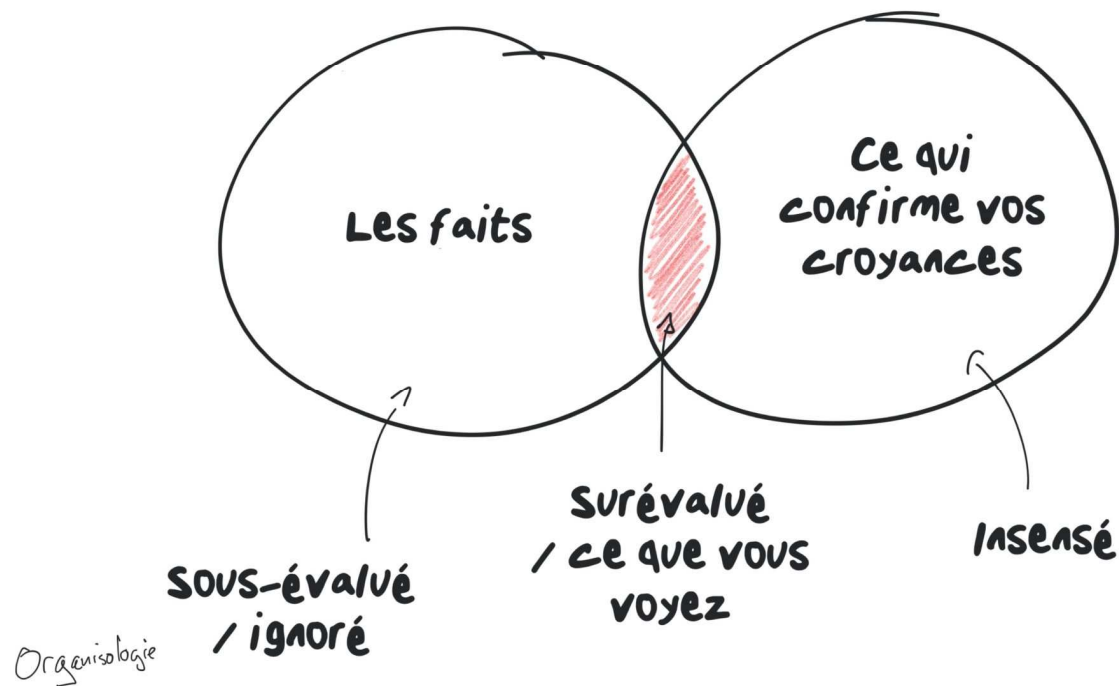
Détection précoce du cancer de la prostate

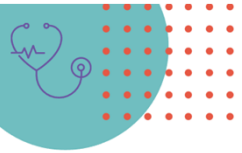




Détection précoce du cancer de la prostate

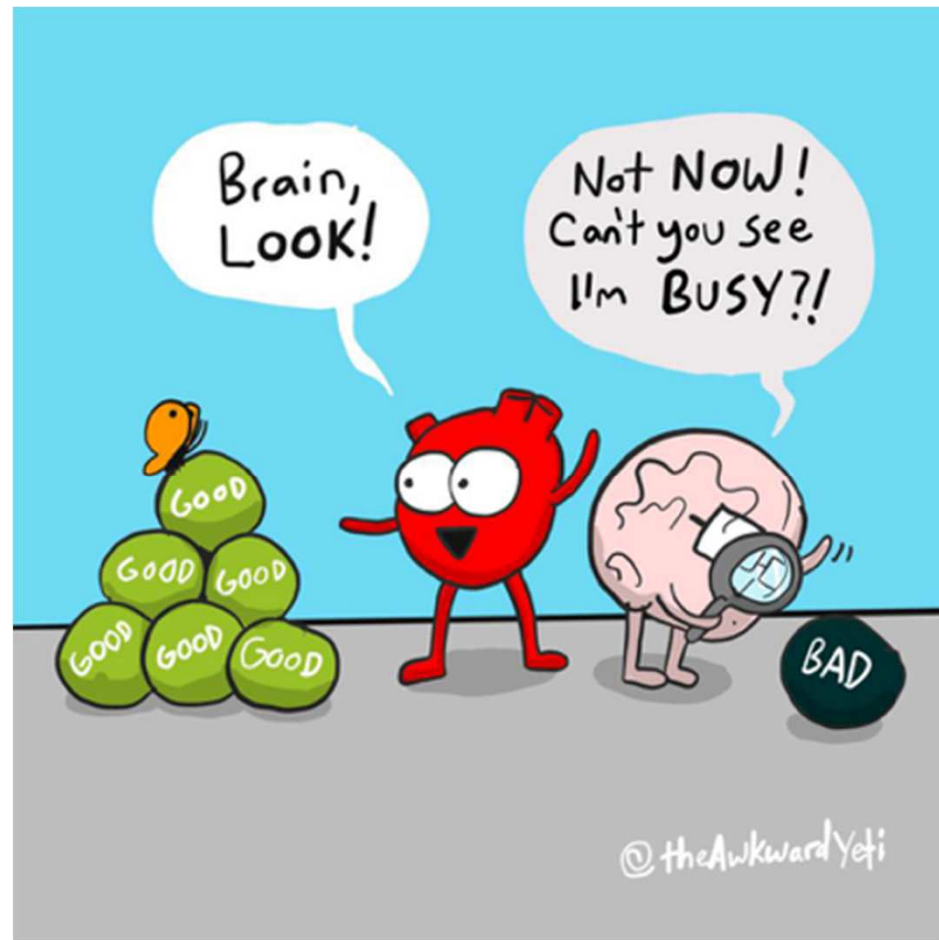
Le biais de confirmation

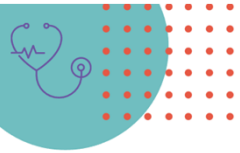




Détection précoce du cancer de la prostate

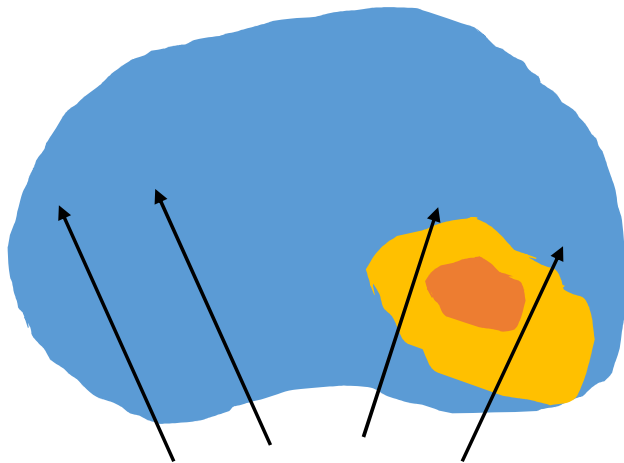
Biais de négativité

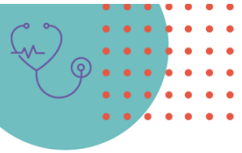




Pourquoi proposer la surveillance active?

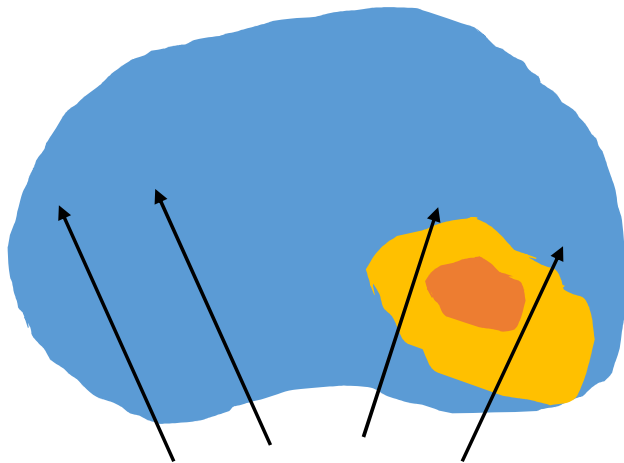
- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !





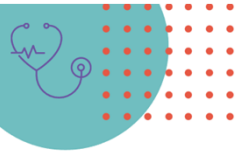
Pourquoi proposer la surveillance active?

- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !



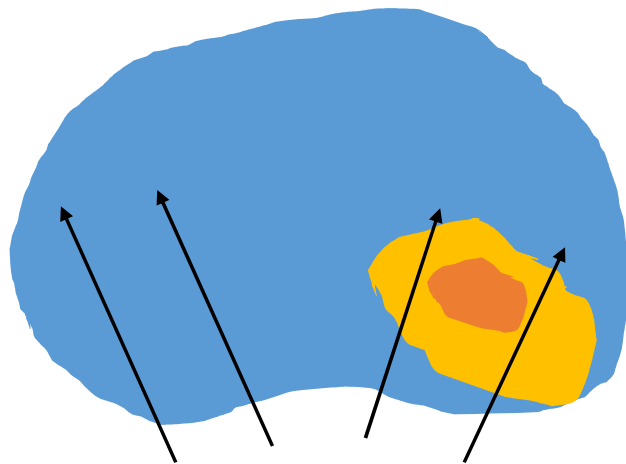
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



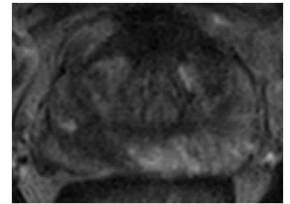
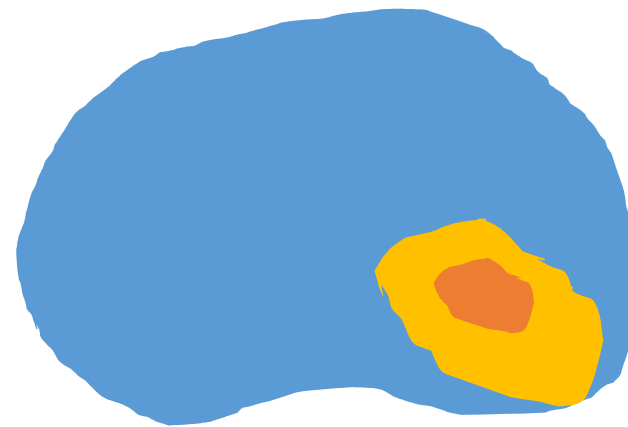


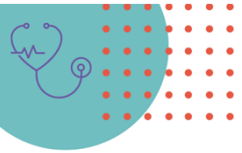
Pourquoi proposer la surveillance active?

- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !



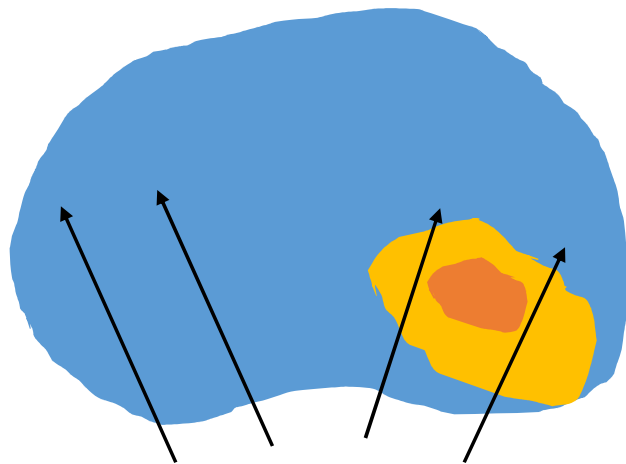
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



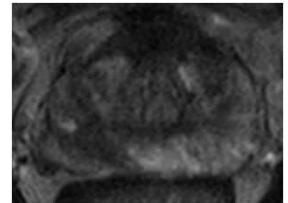
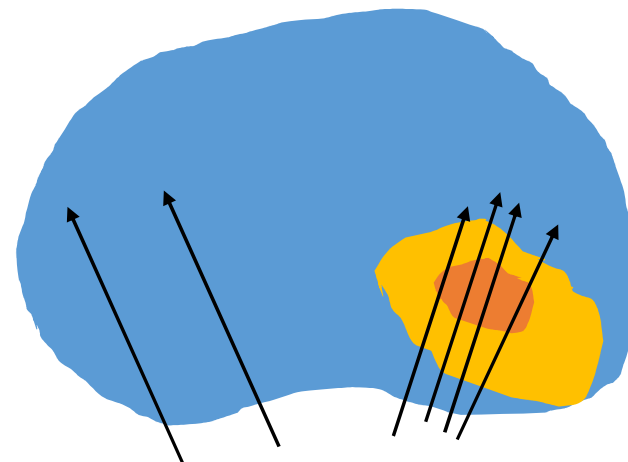


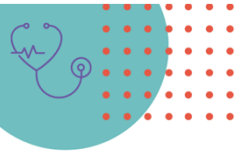
Pourquoi proposer la surveillance active?

- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !



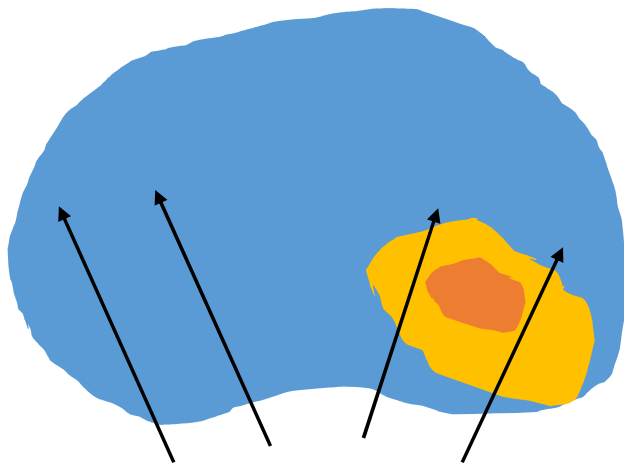
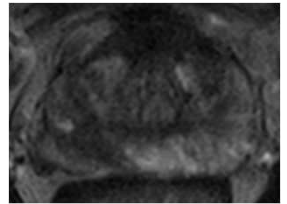
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



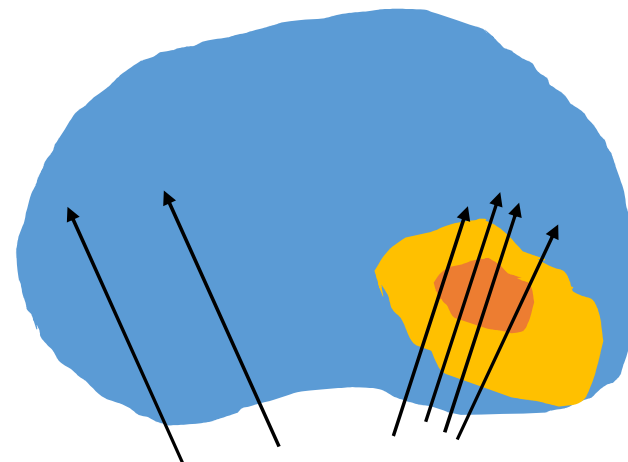


Pourquoi proposer la surveillance active?

- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !

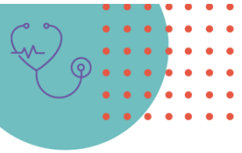


2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



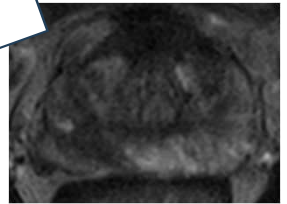
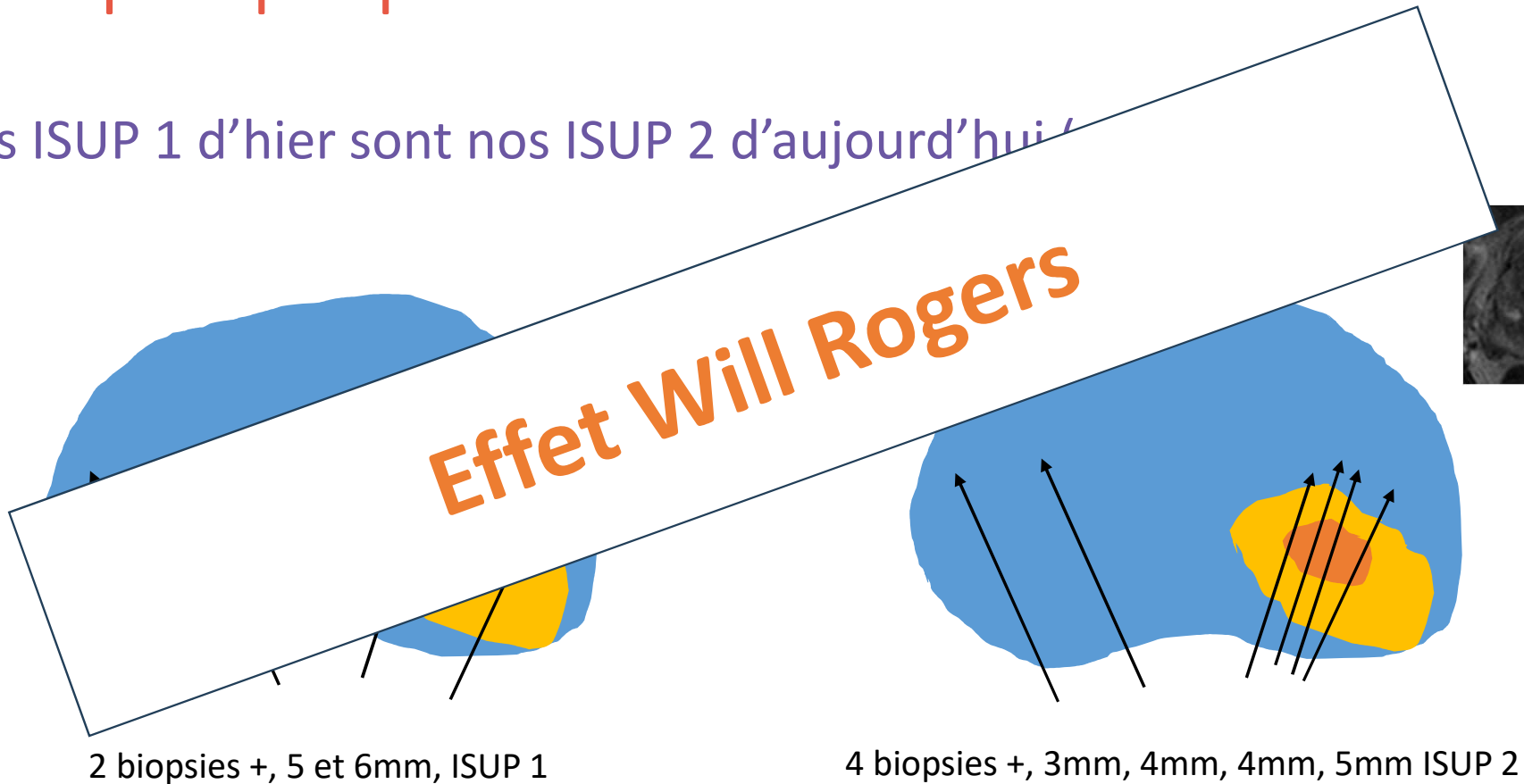
4 biopsies +, 3mm, 4mm, 4mm, 5mm ISUP 2

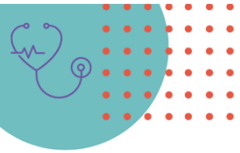




Pourquoi proposer la surveillance active?

- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui



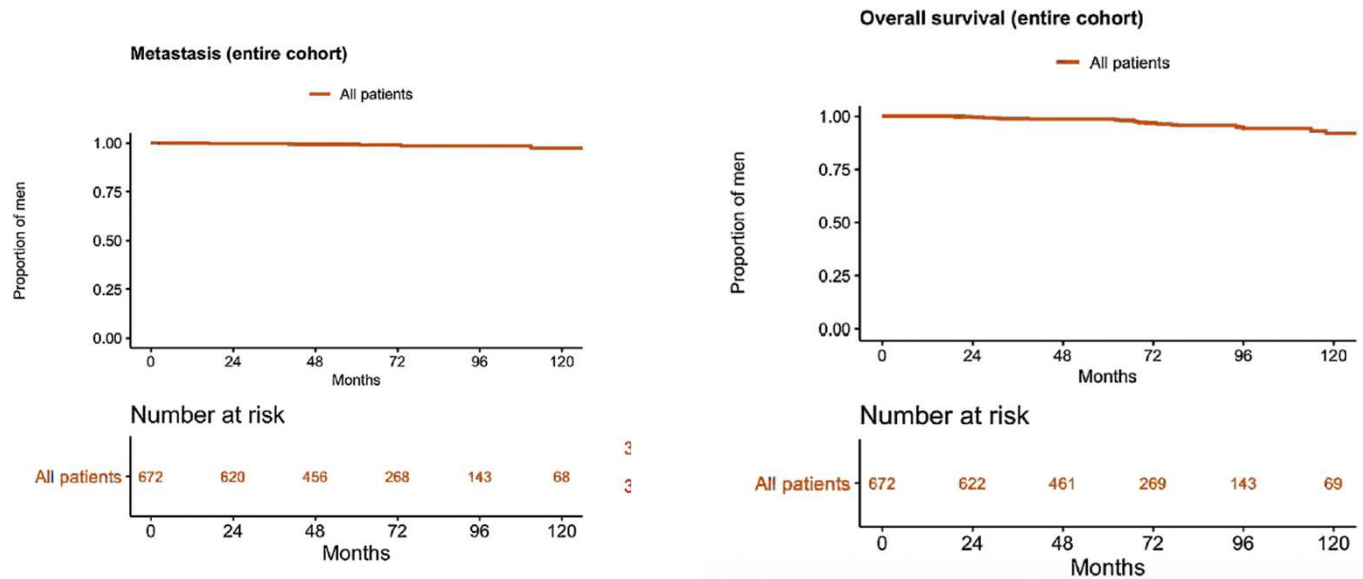


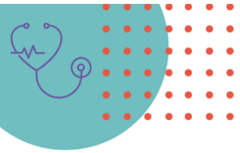
Pourquoi proposer la surveillance active?

Five-year Outcomes of Magnetic Resonance Imaging–based Active Surveillance for Prostate Cancer: A Large Cohort Study

Eur Urol, 2020

Vasilis Stavrinides^{a,b,*}, Francesco Giganti^{a,c}, Bruce Trock^d, Shonit Punwani^{a,c}, Clare Allen^c, Alex Kirkham^c, Alex Freeman^e, Aiman Haider^e, Rhys Ball^e, Neil McCartan^a, Hayley Whitaker^a, Clement Orczyk^{a,b}, Mark Emberton^{a,b}, Caroline M. Moore^{a,b}

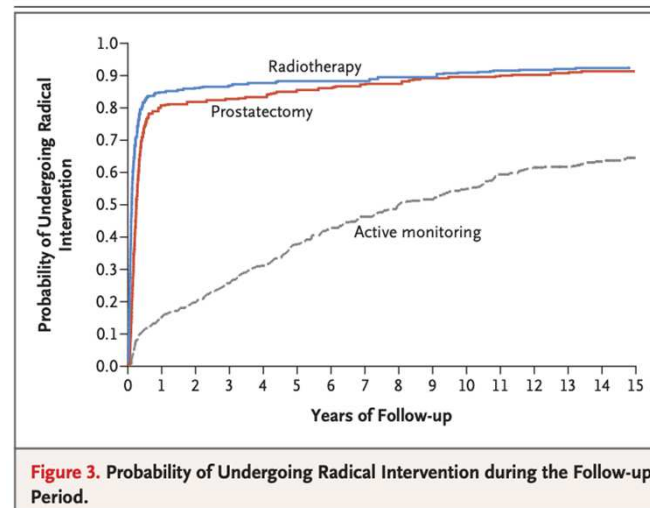
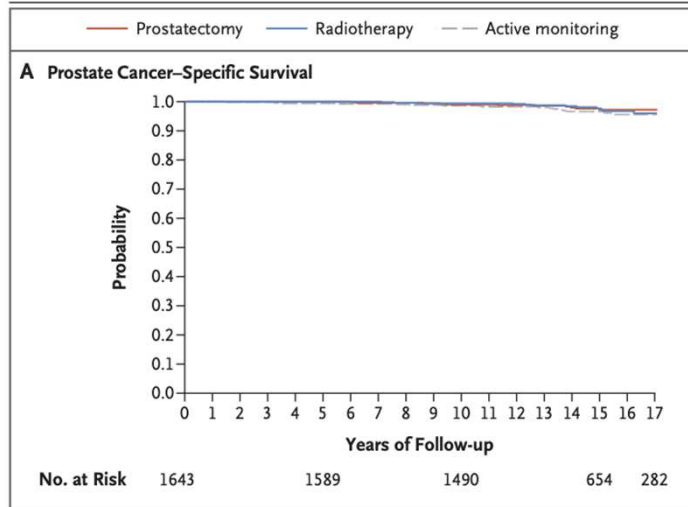




Pourquoi proposer la surveillance active?

Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer

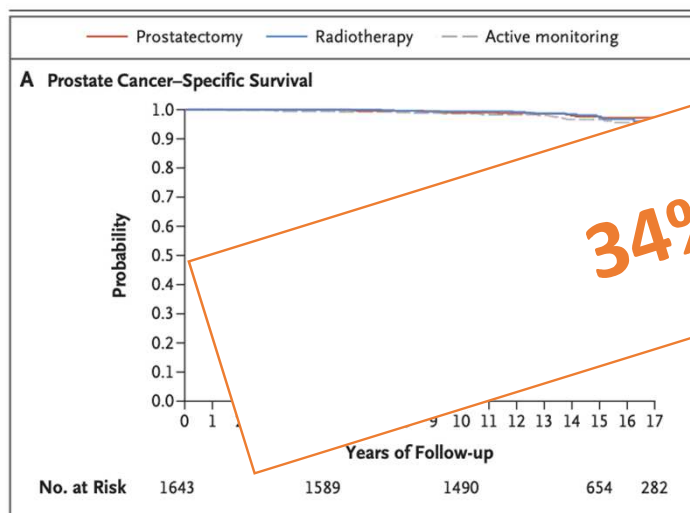
F.C. Hamdy, J.L. Donovan, J.A. Lane, C. Metcalfe, M. Davis, E.L. Turner, R.M. Martin, G.J. Young, E.I. Walsh, R.J. Bryant, P. Bollina, A. Doble, A. Doherty, D. Gillatt, V. Gnanapragasam, O. Hughes, R. Kockelbergh, H. Kynaston, A. Paul, E. Paez, P. Powell, D.J. Rosario, E. Rowe, M. Mason, J.W.F. Catto, T.J. Peters, J. Oxley, N.J. Williams, J. Staffurth, and D.E. Neal, for the ProtecT Study Group*



Pourquoi proposer la surveillance active?

Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer

F.C. Hamdy, J.L. Donovan, J.A. Lane, C. Metcalfe, M. Davis, E.L. Turner, R.M. Martin, G.J. Young, E.I. Walsh, R.J. Bryant, P. Bollina, A. Doble, A. Doherty, D. Gillatt, V. Gnanapragasam, O. Hughes, R. Kockelbergh, H. Kynaston, A. Paul, E. Paez, P. Powell, D.J. Rosario, E. Rowe, M. Mason, J.W.F. Catto, T.J. Peters, J. Oxley, N.J. Williams, J. Staffurth, and D.E. Neal, for the ProtecT Study Group*



34% risque intermédiaire

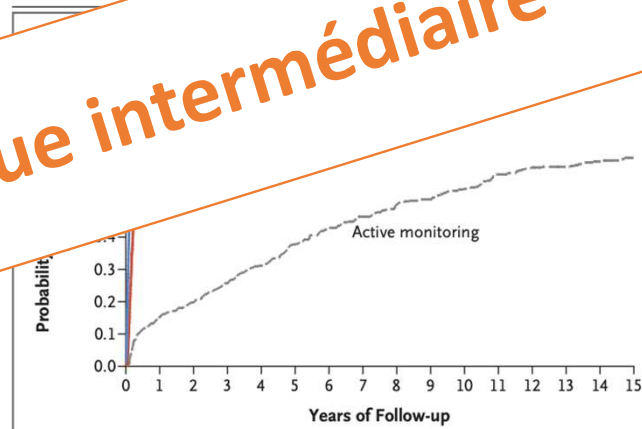


Figure 3. Probability of Undergoing Radical Intervention during the Follow-up Period.

30 novembre 2023
CENTRE DES CONGRES D'AIX LES BAINS



Pourquoi proposer la surveillance active?

Prostate Cancer and Prostatic Diseases

www.nature.com/pcan

ARTICLE

Clinical

MRI lesion size is more important than the number of positive biopsy cores in predicting adverse features and recurrence after radical prostatectomy: implications for active surveillance criteria in intermediate-risk patients

Michael Baboudjian^{1,2,3}, Alessandro Uleri⁴, Jean-Baptiste Beauval¹, Alae Touzani¹, Romain Diamand⁵, Jean-Baptiste Roche⁶, Vito Lacetera⁷, Eric Lechevallier³, Thierry Roumeguère⁵, Giuseppe Simone⁸, Daniel Benamran⁹, Alexandre Fourcade¹⁰, Gaëlle Fiard¹¹, Alexandre Peltier⁵ and Guillaume Ploussard¹

Table 3. Multivariate logistic regression model for predicting pathological upgrading and adverse pathology after radical prostatectomy.

Variables	Pathological upgrading (GGG \geq 3)			Adverse pathology (GGG \geq 3 and/or \geq pT3a and/or pN1)		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Preoperative PSA value	1.05	0.95–1.15	0.3	0.99	0.91–1.09	>0.9
Prostate volume	0.99	0.98–1.01	0.9	0.99	0.98–1.01	0.6
PSA density	1.51	0.08–27	0.8	4.52	0.30–67	0.3
Tumor burden at biopsy \geq 25%	0.62	0.39–1.01	0.06	1.08	0.76–1.52	0.7
Maximum lesion diameter \geq 15 mm	1.49	0.99–2.26	0.05	1.65	1.14–2.39	0.01
Clinical T stage						
cT1	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
cT2	2.69	1.73–4.18	<0.001	2.32	1.64–3.26	<0.001
Biopsy access						
Transrectal	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Transperineal	1.52	0.75–3.06	0.24	0.66	0.35–1.24	0.2

OR Odds ratio, CI Confident interval, PSA Prostate Specific Antigen.

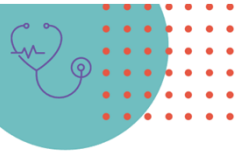
Taille de la lésion
IRM
+ importante
que le % de
biopsies positives

Pourquoi proposer la surveillance active?

Tableau de recommandation 16 Recommandations traitement cancer de la prostate localisé à risque intermédiaire.

Recommandation	Grade
Informier le patient de l'ensemble des effets secondaires des différents traitements dans le cadre d'une consultation d'annonce dédiée, et encourager une évaluation multidisciplinaire (urologue, oncologue radiothérapeute)	Fort
Surveillance simple de type Watchful Waiting (traitement palliatif en cas d'évolution) pour les patients non éligibles aux autres options avec une probabilité de survie courte	Fort
Prostatectomie totale ± curage selon estimation du risque ganglionnaire	Fort
Radiothérapie 74 à 80 Gy en normofractionné ou 60vGy en 20 séances : - seule si intermédiaire favorable - ou associée à une hormonothérapie courte (6 mois) si risque intermédiaire défavorable	Fort
Radiothérapie stéréotaxique - seule si intermédiaire favorable - ou associée à une hormonothérapie courte (6 mois) si risque intermédiaire défavorable	Faible
Radiothérapie avec boost par curiethérapie (groupe intermédiaire défavorable)	Faible
Curithérapie (groupe intermédiaire favorable)	Fort
Surveillance active pour des patients informés et sélectionnés sur des critères de faible volume tumoral, de faible pourcentage d'ISUP 2 et de faible densité du PSA	Faible
Cryothérapie et HIFU uniquement dans le cadre d'essais cliniques ou de registres prospectifs	Fort
Traitement focal uniquement dans le cadre d'essais cliniques ou de registres prospectifs	Fort
Traitement hormonal seul : non recommandé	Fort





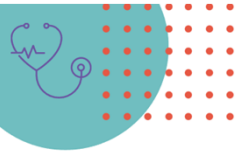
Suite du cas clinique

- Biopsies de réévaluation (voie transpérinéale)

Numéro de la biopsie	localisation	Longueur de la biopsie (mm)	Cancer		Lésions Associées	Tissu adipeux péri-prostatique présent	Tissu adipeux péri-prostatique envahi
			Long (mm)	Score de Gleason			
1	Apex médian D	5	0			+	-
2	Base médian D	17	0			+	-
3	Apex intermédiaire D	10	0			+	-
4	Base intermédiaire D	15	5	3+3		+	-
5	Latéral D	6	0			+	-
6	Extrême latéral D	6	0			+	-
7	Apex médian G	6	0			+	-

8	Base médian G	10	0			+	-
9	Apex intermédiaire G	10	1	3+3		+	-
10	Base intermédiaire G	9	0			+	-
11	Latéral G	10	0			+	-
12	Extrême latéral G	7	0			+	-
13	Cible 1	5	0			+	-
14	Cible 1	10	5	3+3		+	-
15	Cible 1	11	4	3+3			
16	Cible 1	8	0				





Prostate : Traitement curatif d'emblée ou surveillance active dans les risques intermédiaires faibles ?

Pr Gaëlle Fiard, CHU Grenoble-Alpes

