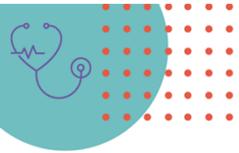


# Prostate : Traitement curatif d'emblée ou surveillance active dans les risques intermédiaires faibles ?

*Pr Gaëlle Fiard, CHU Grenoble-Alpes*



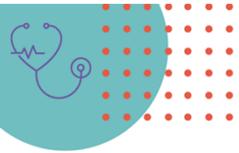


# Cas clinique



- 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





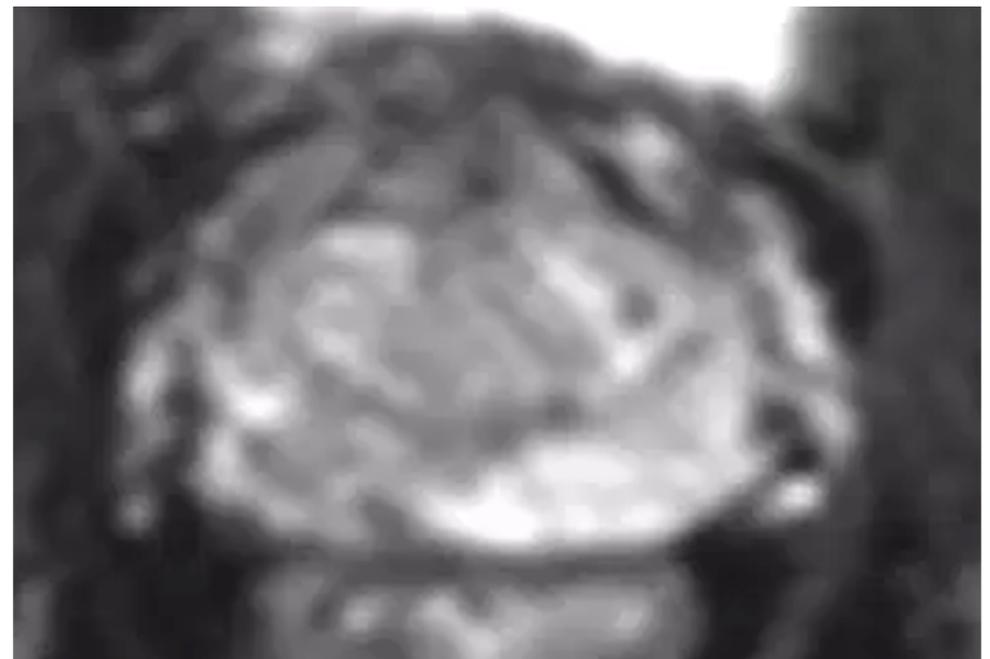
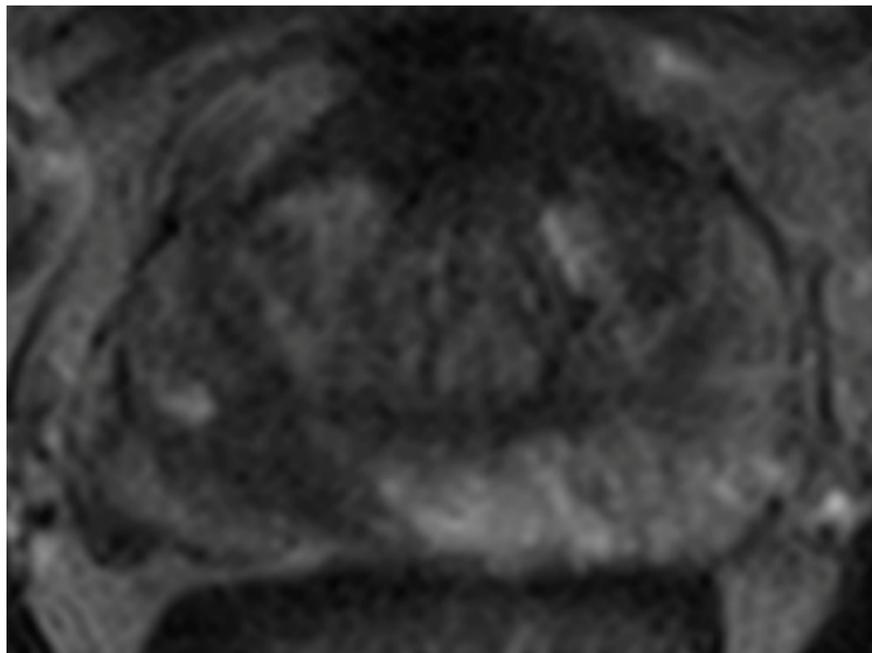
# Cas clinique

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



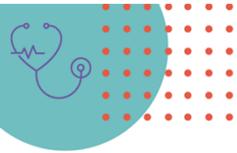


# Cas clinique



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

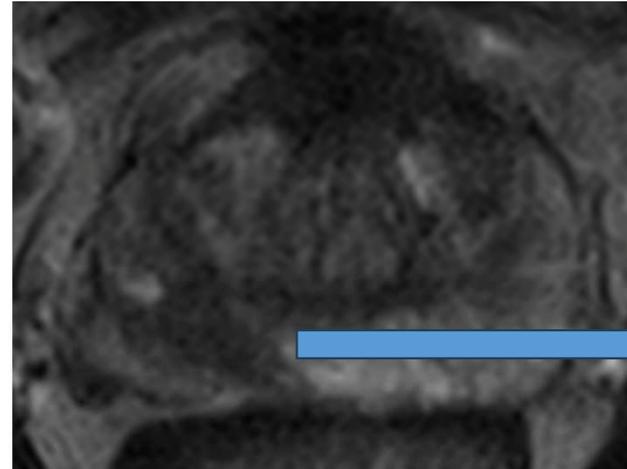




# Cas clinique



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 :

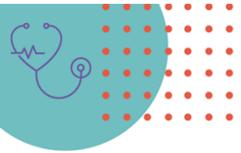
Adénocarcinome prostatique de grade de Gleason 7 (3+4) sur 9 mm de longueur globale au niveau de l'apex latéral droit et sur l'un des cylindres de la cible milieu/base droite, sur une longueur totale de 148 mm soit 6%.

Absence d'engainement périnerveux tumoral.

Absence d'envahissement du tissu adipeux périprostatique.

Grade ISUP : 2





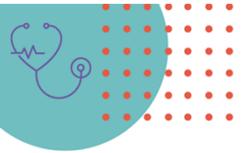
# Détection précoce du cancer de la prostate



**Incertitude**

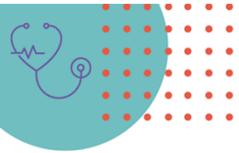
**Risque de surtraitement**





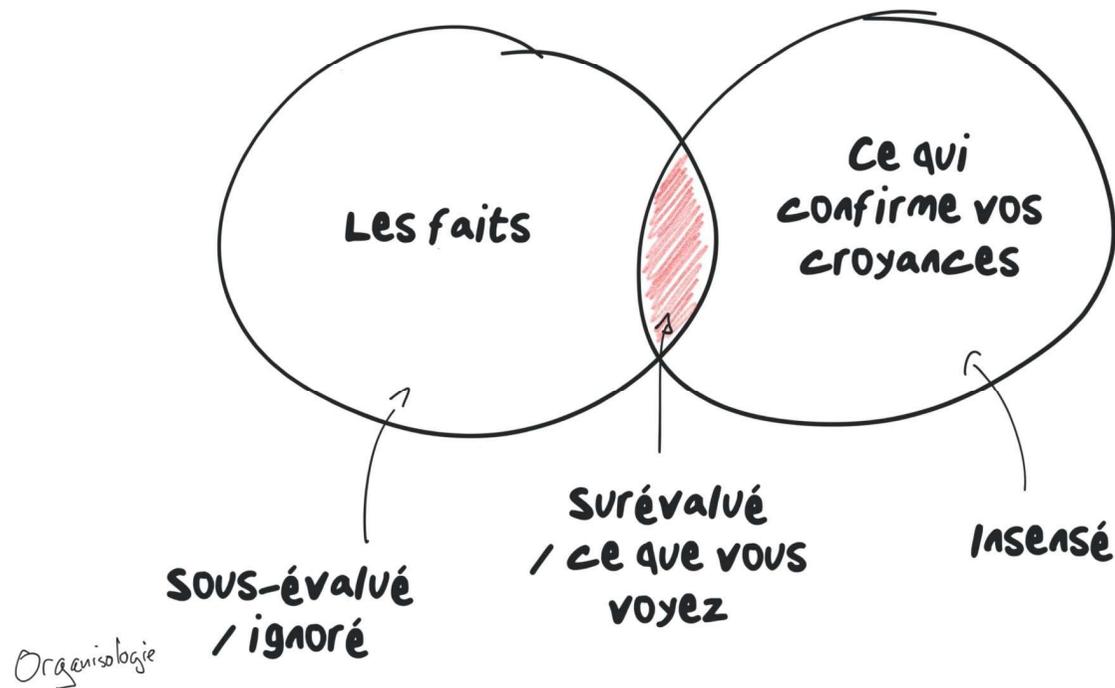
# Détection précoce du cancer de la prostate

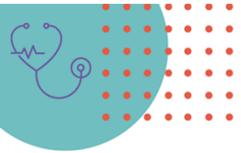




# Détection précoce du cancer de la prostate

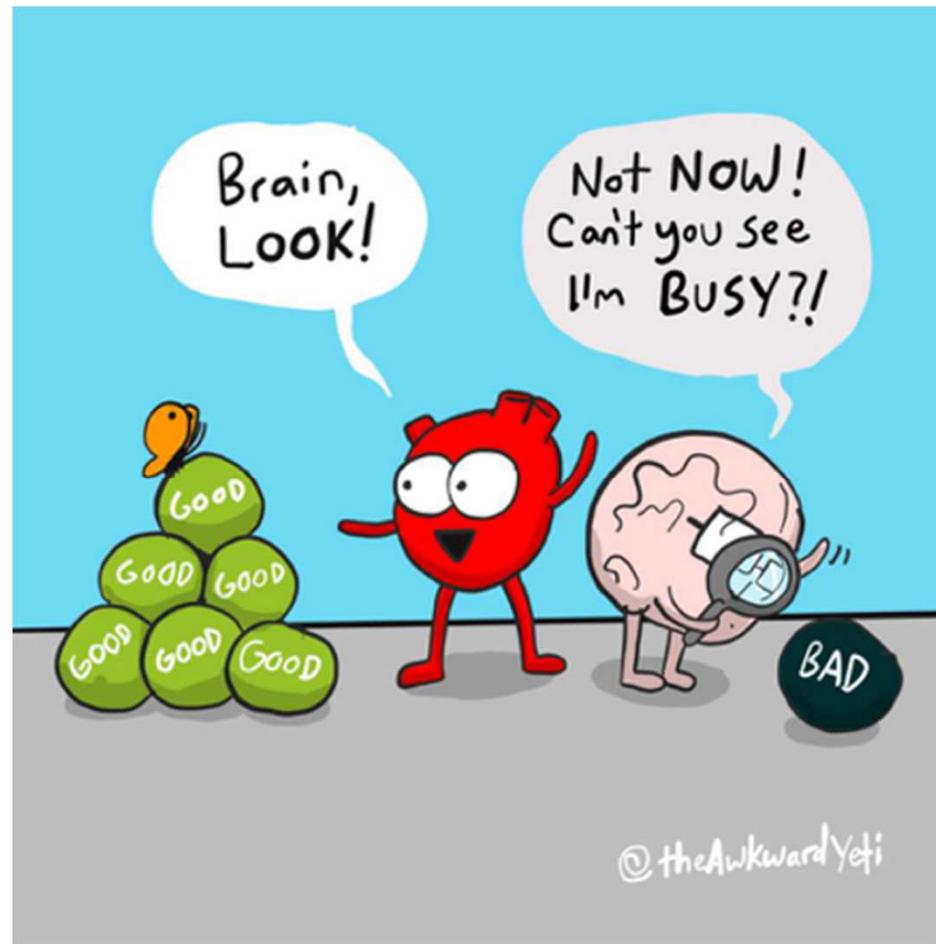
## Le biais de confirmation

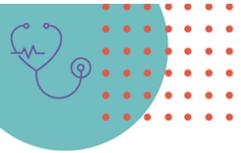




# Détection précoce du cancer de la prostate

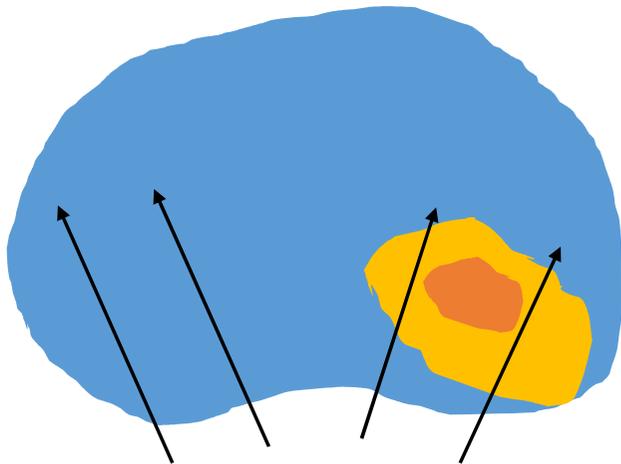
**Biais de négativité**

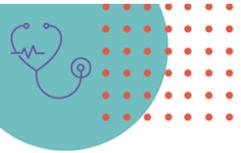




# Pourquoi proposer la surveillance active?

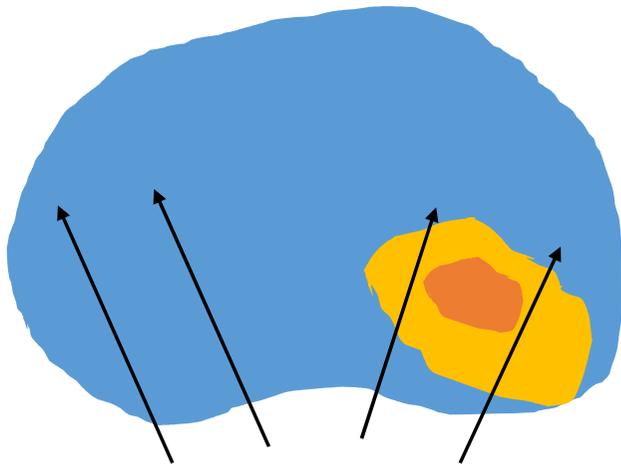
- Les ISUP 1 d'hier sont nos ISUP 2 d'aujourd'hui (et demain) !





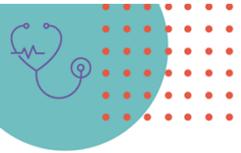
# Pourquoi proposer la surveillance active?

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



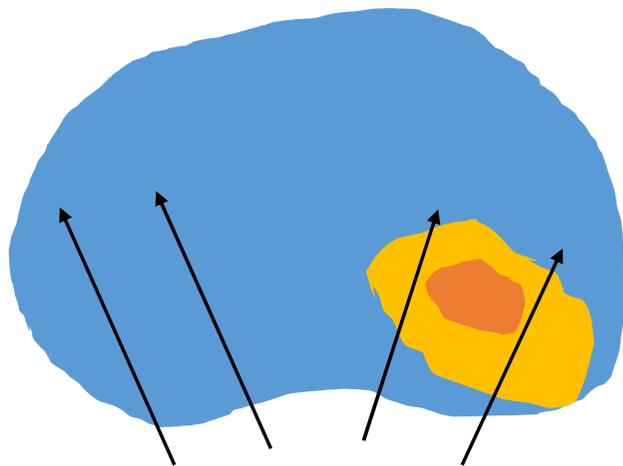
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



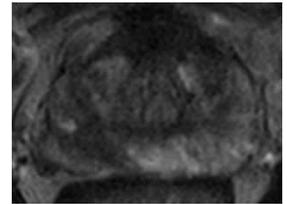
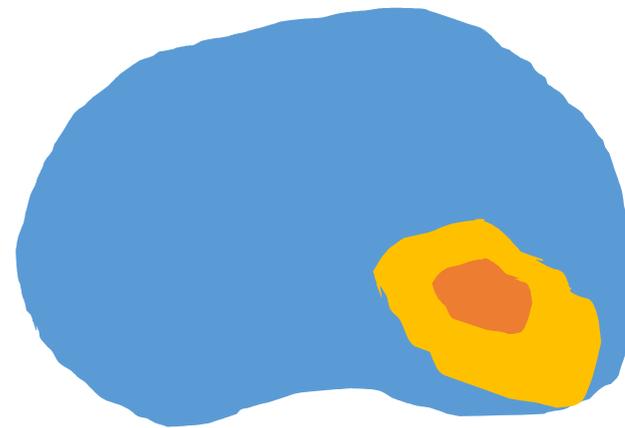


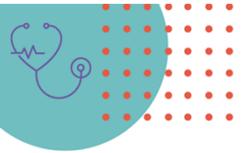
# Pourquoi proposer la surveillance active?

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



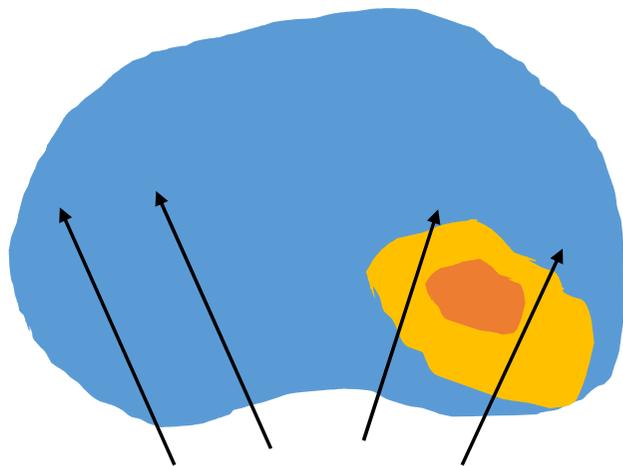
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



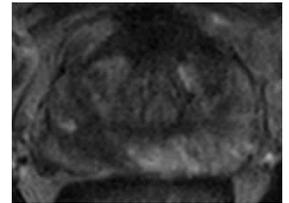
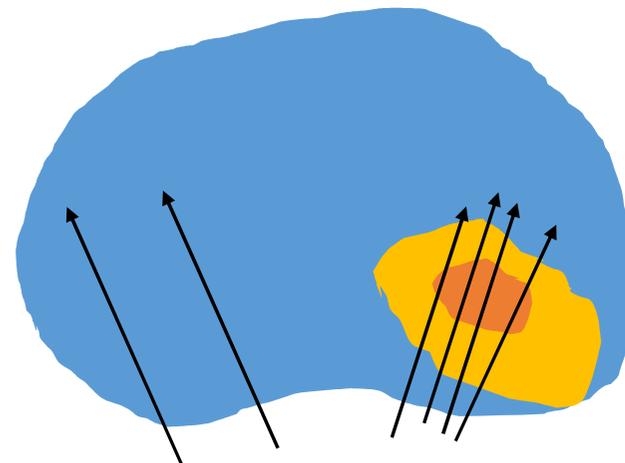


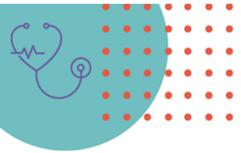
# Pourquoi proposer la surveillance active?

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



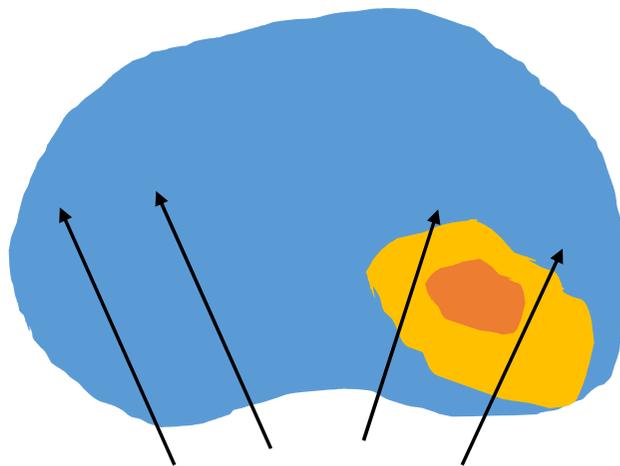
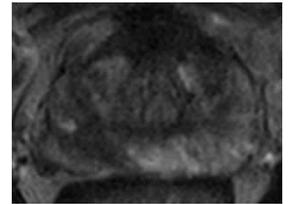
2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



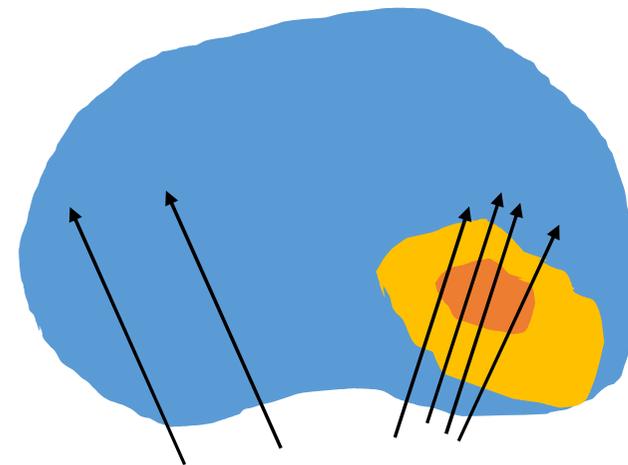


# Pourquoi proposer la surveillance active?

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

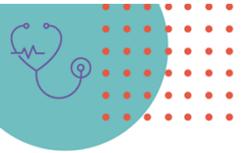


2 biopsies +, 5 et 6mm, ISUP 1



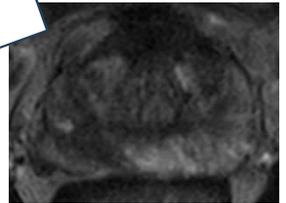
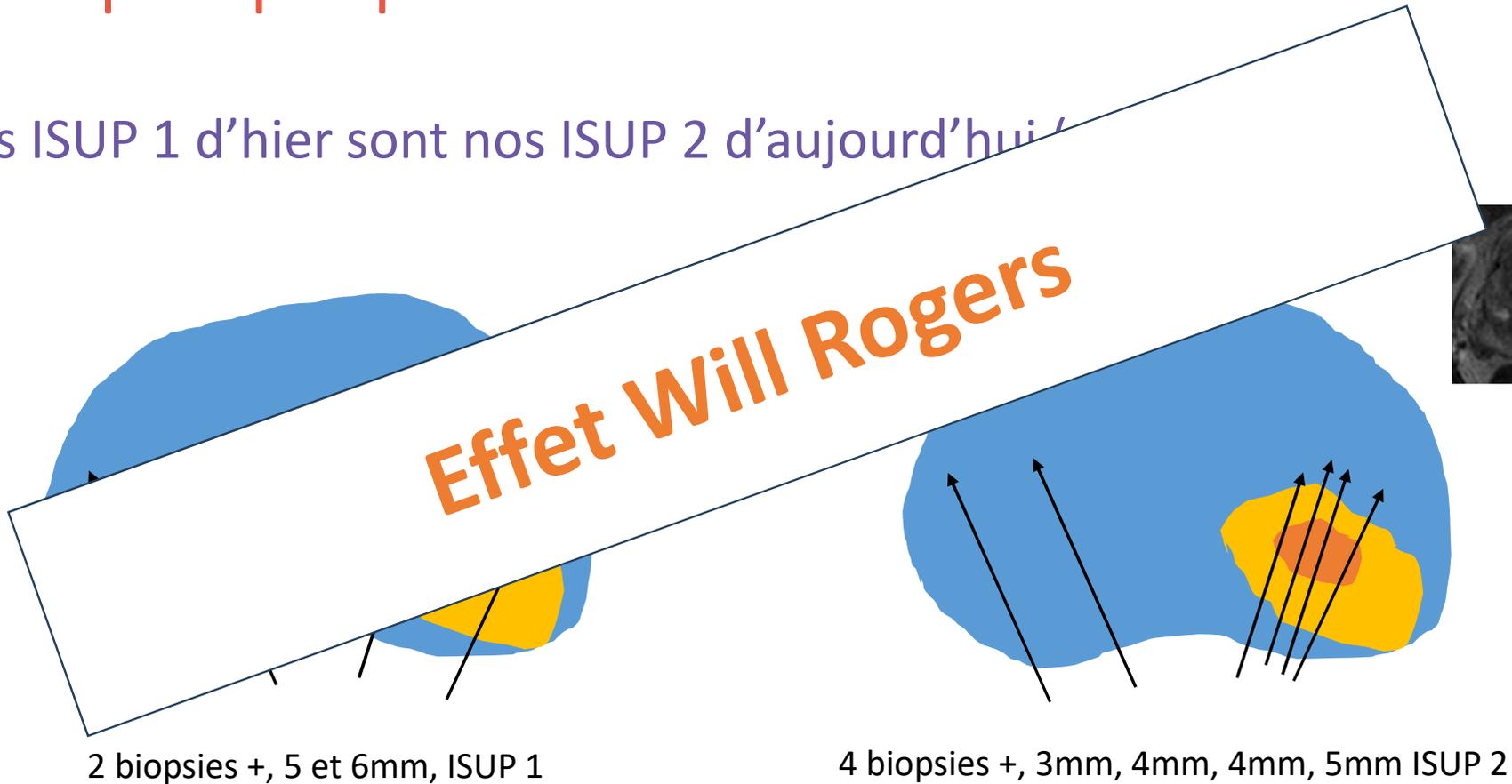
4 biopsies +, 3mm, 4mm, 4mm, 5mm ISUP 2

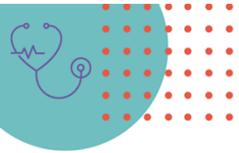




# Pourquoi proposer la surveillance active?

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



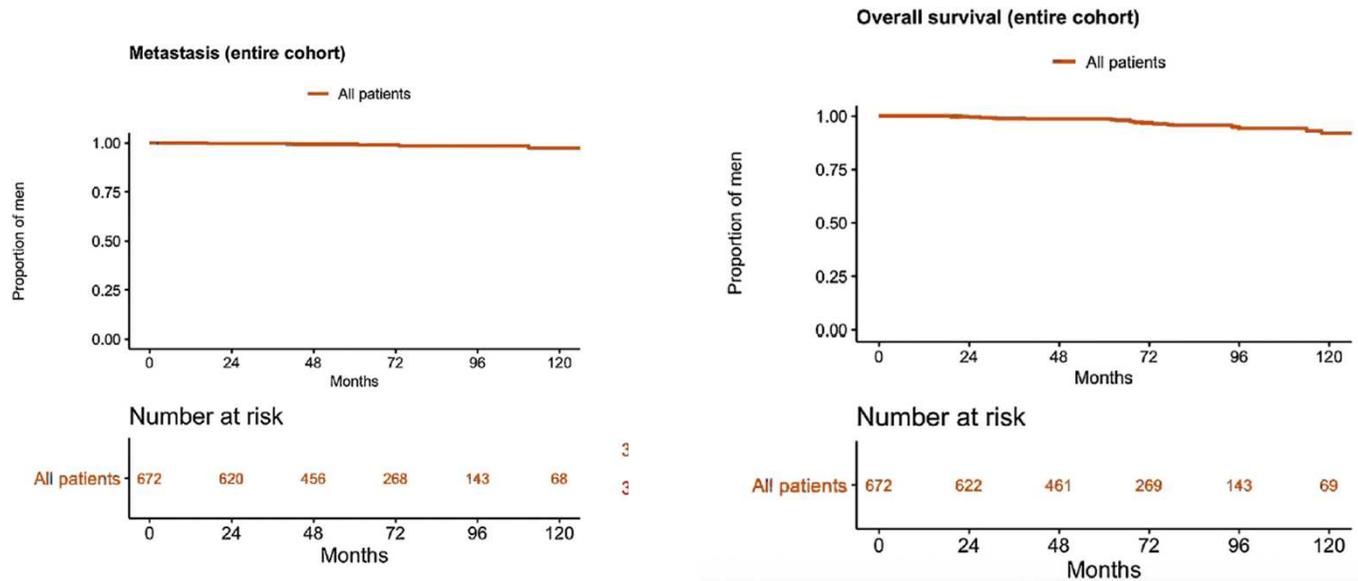


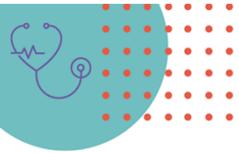
# Pourquoi proposer la surveillance active?

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

*Eur Urol, 2020*

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

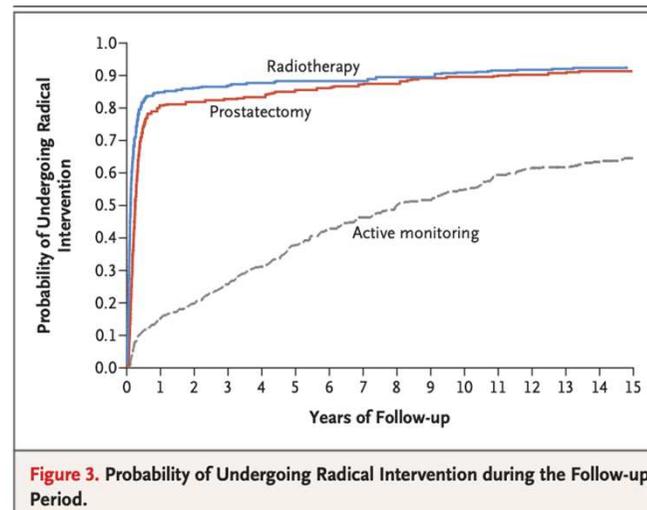
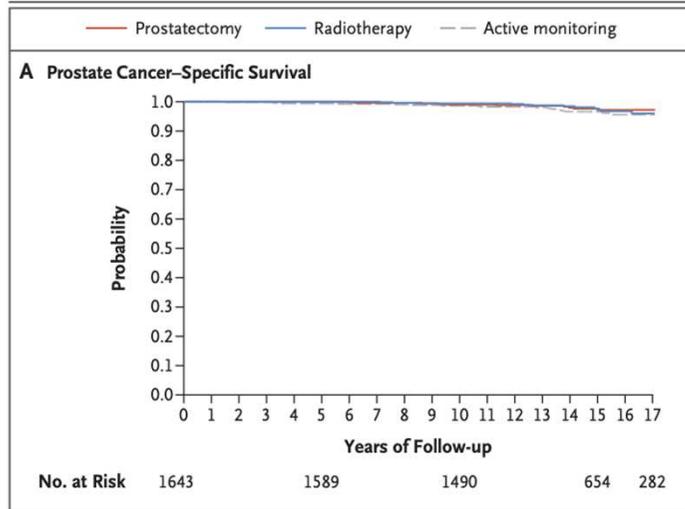




# Pourquoi proposer la surveillance active?

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

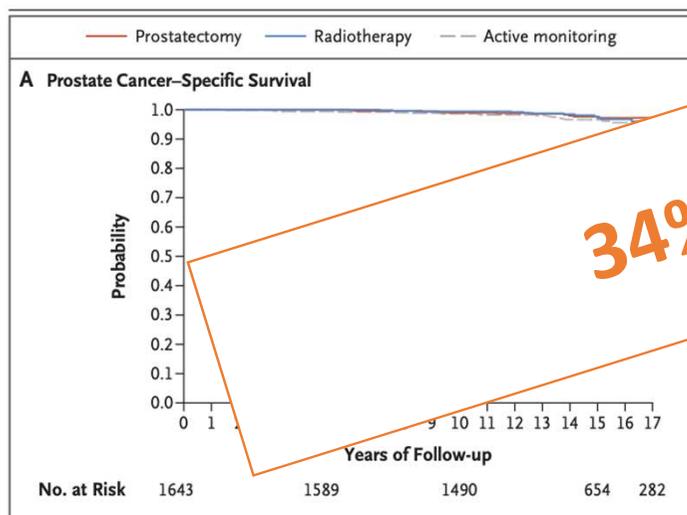
F.C. Hamdy, J.L. Donovan, J.A. Lane, C. Metcalfe, M. Davis, E.L. Turner, R.M. Martin, G.J. Young, E.I. Walsh, R.J. Bryant, P. Bollina, A. Doble, A. Doherty, D. Gillatt, V. Gnanapragasam, O. Hughes, R. Kockelbergh, H. Kynaston, A. Paul, E. Paez, P. Powell, D.J. Rosario, E. Rowe, M. Mason, J.W.F. Catto, 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

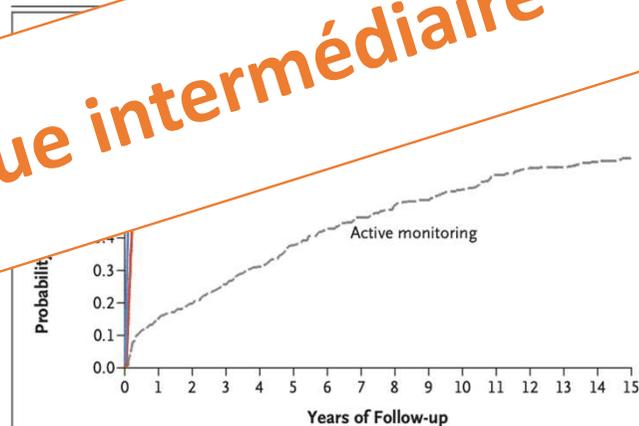


Figure 3. Probability of Undergoing Radical Intervention during the Follow-up Period.

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<sup>1,2,3</sup>, Alessandro Uleri<sup>4</sup>, Jean-Baptiste Beauval<sup>1</sup>, Alae Touzani<sup>1</sup>, Romain Diamand<sup>5</sup>, Jean-Baptiste Roche<sup>6</sup>, Vito Lacetera<sup>7</sup>, Eric Lechevallier<sup>3</sup>, Thierry Roumeguère<sup>5</sup>, Giuseppe Simone<sup>8</sup>, Daniel Benamran<sup>9</sup>, Alexandre Fourcade<sup>10</sup>, Gaëlle Fiard<sup>11</sup>, Alexandre Peltier<sup>5</sup> and Guillaume Ploussard<sup>1</sup>

**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.

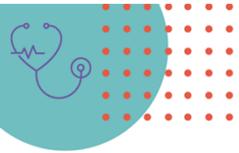
Taille de la lésion  
IRM  
+ importante  
que le % de  
biopsies positives

# 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





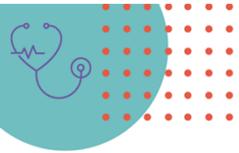
# Suite du cas clinique

- 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*

