

CANCER DE LA PROSTATE

I-INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est une **tumeur maligne** de **l'homme** développée au dépend de **l'épithélium glandulaire prostatique** qui intéresse essentiellement la **partie périphérique de la prostate**.

II- INTÉRÊT DE LA QUESTION

Fréquence : **1^{er} cancer urogénital** chez l'homme.
2eme cancer après le cancer bronchique.

Diagnostic : Est souvent retardé du faite de la latence clinique.
 Grand intérêt du **toucher rectal** et du dosage de **PSA** (dépistage +++).
 L'échographie endo-rectale + **biopsie prostatique** = diagnostic de certitude.

Histologie : C'est un adénocarcinome (ADK) dans 95% des cas.

Traitement : C'est un cancer hormonodépendant.
 Le traitement : peut-être **curatif** (dans les formes localisées) ;
 Ou **palliatif** (dans les formes avancées).

Pronostic : Dépend de l'âge ; **stade clinique** ; **anapath** (score de Gleason +++).

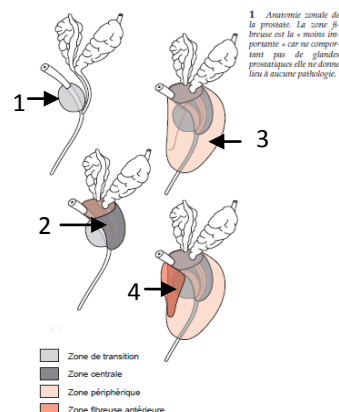
III- ANATOMIE

1-Anatomie descriptive

- La prostate est une **glande génitale** masculine
- Elle a la **forme** d'un cône aplati d'avant en arrière. **Poids** = 17g (adulte jeune).
- elle est **délimitée** par:
 - En avant: la symphyse pubienne.
 - En arrière : le rectum
 - En haut: la vessie
 - En bas: le plancher pelvien

2 / ANATOMIE ZONALE :

- Description de : **MAC – NEAL**
- On distingue 04 zones :
 - 1- Zone de transition 5%**
 - 2- Zone Centrale 25 %**
 - 3- Zone Périphérique 70%**
 - 4- Zone antérieure Stroma Fibro Musculaire**



IV- Épidémiologie

- Le **1^{er} cancer urogénital** chez l'homme.
- la **2^{ème} place** après le cancer bronchique.
- Il représente la **2^{ème} cause de mortalité** après le cancer bronchique.
 → **Problème de santé publique** .

Les facteurs de risques

- **Age** : - Cancer du **sujet âgé**.
 - Rare avant 50 ans.
 - Dans 45% des cas le diagnostic est fait **après 75 ans**.

- **ATCD familiaux** : l'atteinte familiale représente **20%**
(au moins deux cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans).
- **Origine ethnique**: les sujets de **la race noires sont les plus touchés**.
- **Facteurs hormonaux** : rôle de la testostérone (Androgéno-dépendance).

V- DIAGNOSTIC POSITIF

1- Circonstance de découverte: Le plus souvent, le diagnostic se fait alors que le patient est **asymptomatique**.

Dépistage:

Le cancer de la prostate est caractérisé *par une très grande latence clinique* d'où l'intérêt : *du dépistage pour le diagnostic précoce*.

Toucher rectal + PSAT annuel → chez les patients âgés de 50-75 ans
(Si l'espérance de vie est > 10 ans)

Sur pièce anapath : formes asymptomatiques :

- le cancer de la prostate peut être découvert sur :
 - Copeaux de résection prostatique (RTUP).
 - Pièce opératoire d'adénomectomie par voie haute.

Formes symptomatiques : diagnostic tardif

- **Symptômes urinaires**
 - Troubles mictionnels: Pollakiurie, dysurie, RVA...
 - Hématurie , hémospemie.
 - Insuffisance rénale.
- **Douleurs**
 - Lombaires: engainement des bas uretères.
 - Osseuses: métastase osseuse.
- **Autres**:
 - Compression médullaire.
 - OMI: compression veineuse.
 - Altération de l'EG.

2- Etude clinique

Interrogatoire:

- Age,
- ATCDS,
- Hémospemie ,
- Troubles mictionnels, ancienneté et évolutivité des troubles.

À l'examen:

- Rechercher des complications: **globe vésical, gros rein**.
- Rechercher des métastases: **hépatomégalie, ADP** superficielles sus claviculaire de Troisier .
- **Le toucher rectal (TR)**:examen capital ++++

Le volume et la **consistance** de la glande prostatique.

En cas de **cancer de la prostate** :

- Un ou plusieurs **nodules** durs et indolores.

- Une prostate **déformée et asymétrique**,
- Rarement : un **blindage pelvien**
- ou une **fixation de la prostate**.

Toute anomalie perçue au toucher rectal pose l'indication de la réalisation de biopsies de prostate.

NB : Un toucher rectal normal n'élimine pas le diagnostic du cancer de la prostate .

3- bilan biologique : Dosage du taux de PSA (antigène spécifique prostatique)

- C'est une **glycoprotéine** sécrétée par les **cellules épithéliales prostatique**.
Et dont le rôle est la **liquéfaction de l'éjaculat**.
- Le PSA circule sous 2 formes l'une liée et l'autre libre.
- les valeurs normales = 0 – 4 ng /ml
- le PSA peut être augmenté en cas:
 - Rétention vésicale aiguë
 - prostatite,
 - après des manœuvres endouréthrales (sondage vésical, cystoscopie)

NB: *un cancer est observé chez 15% des patients ayant un taux de PSA normal*

4-Diagnostic de certitude= Biopsie prostatique :

Indications: TR suspect et /ou PSA > 04 ng/ml

Technique : - par voie **endorectale** sous contrôle **échographique**

- après préparation **par lavement rectal** et une **antibioprophylaxie**.

- **12 « carottes »**

Résultats

- Confirmer le diagnostic.
- Type histologique: d'Adénocarcinome : 95 %
Le carcinome neuroendocrine est très rare,
Le sarcome prostatique est exceptionnel.
- Score de Gleason.

Histologie : Gleason

- Score **histopronostique** .
- caractérisant le **DEGRÉ DEDIFFÉRENCIATION** de la tumeur,
- **Grade de Gleason** : classé de 1 à 5
 - Grades 1 et 2 : carcinome très bien différencié
 - Grade3 :Carcinome moyennement différencié
 - Grade 4 : carcinome peu différencié
 - Grade 5 :carcinome indifférencié
- **Score de Gleason** :
 - Somme du grade le plus représenté et du grade le plus agressif.
 - Il est coté de 2 (**très différencié**) à 10 (**indifférencié**).

VI- Bilan d'extension**A - IRM pelvienne: (formes localisées)**

- d'apprécier le volume tumoral.
- L'extension extra-prostatique du cancer : franchissement capsulaire ; atteinte des VS
- L'extension ganglionnaire pelvienne.

B – TDM thoraco abdomino pelvienne : (Forme localement avancée+/- métastatiques)

- Atteinte ganglionnaire
- Métastase hépatique et pulmonaire
- Localisation osseuse secondaire (bassin ; rachis)

C - Scintigraphie osseuse : C'est l'examen de référence pour détecter des métastases osseuses.**VII- Classification TNM 2009 du cancer de la prostate**

T : tumeur primitive

T0 : tumeur non retrouvée

T1 : tumeur non palpable ou non visible en imagerie

T1a < 5 % du tissu réséqué

T1b > 5 % du tissu réséqué

T1c : découverte sur une biopsie prostatique
en raison d'une élévation du PSA

T2 : tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)

T2a : atteinte de la moitié d'un lobe ou moins

T2b : atteinte de plus de la moitié d'un lobe
sans atteinte de l'autre lobe

T2c : atteinte des deux lobes

T3 : extension au-delà de la capsule

- T3a : extension extra-capsulaire uni ou bilatérale

- T3b : extension aux vésicules séminales uni ou bilatérale

T4 : tumeur fixée en atteignant d'autres structures que les vésicules séminales (sphincter externe, rectum, muscles releveurs de l'anus ou de la paroi pelvienne)

N : ganglions régionaux

N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 : atteintes ganglionnaire(s) régionale(s)

N1Mi : métastase ganglionnaire < 0,2 cm (optionnel)

M : métastases à distance

M0 : Absence de métastases à distance

M1 : métastases à distance

M1a : atteinte de ganglions non régionaux

- M1b : atteinte osseuse

- M1c : autres sites

R : reliquat tumoral postopératoire (marges chirurgicales)

Précise le statut tumoral après le traitement avec une meilleure prédiction du pronostic.

Les marges après prostatectomie sont codées comme suit :

Rx : non évalué

R0 : absence de reliquat tumoral macroscopique ou microscopique

R1 : reliquat microscopique (focal ou étendue à préciser)

R2 : reliquat macroscopique

Pour les cancers de la prostate localisés : **(classification de D'Amico)**

	Faible risque	risque intermediaire	haut risque
Stade clinique	≤T2a	T2b	T2c-T3a
Score de Gleason	≤6	7	>7
PSA sérique(ng/ml)	<10	>10 et <20	>20

VIII- Traitement :**1- Buts:**

- Exérèse carcinologique de la tumeur
- Eviter les récives et les métastases
- Prolonger la survie et améliorer la qualité de celle-ci.

2- Moyens :

A - Surveillance pour les cancers latents ou peu évolutifs.

B - Prostatectomie radicale

- voie abdominale ou coelioscopique
- ablation de la totalité de la prostate et des vésicules séminales+/- curage ganglionnaire ilio- obturateur bilatéral
- 80 % de survie sans récive biologique à 5 ans
- Morbidité :
 - Incontinence : 5 à 15 %.
 - Impuissance 50 à 80 %.
 - Sténoses de l'anastomose.

C - Radiothérapie externe

- l'irradiation guidée par l'image de la loge prostatique par une dose de 76–78 Gy.
- RT Conformationnelle 70 Gy ou RT avec modulation d'intensité 80 Gy .
- Morbidité :
 - Cystite et rectite .
 - Sténose urétrale, Impuissance : 30 à 60 %.

D - Curiethérapie

- Implants permanents Iode 125.
- échographie transrectale.
- Epargne: rectum et bandelettes.

E - Suppression androgénique

Le cancer de la prostate est hormonosensible, et l'absence de testostérone entraîne une apoptose massive des cellules.

- Castration chirurgicale: orchidectomie bilatérale (PULPECTOMIE).
- Castration chimique : hormonothérapie.
 - **LES AGONISTES DE LA LHRH** analogues de la LH-RH (décapeptyl, zoladex, enantone,)
 - **LES ANTAGONISTES DE LA LHRH**
 - **ANTIANDROGENES** périphériques stéroïdiens (Androcur) .
ou non stéroïdien (Casodex, eulexine...).
- *Effets secondaires*: baisse de la libido, dysfonction érectile, gynécomastie, bouffées de chaleur et ostéopénie.
 - **Nouvelles hormonothérapies** L'acétate d'abiratérone (Zytiga®) .

F - Chimiothérapie:

Docetaxel , Cabazitaxel .

G - AUTRES TRAITEMENTS PALLIATIFS:

- Les biphosphonates (acide zolédronique, Zometa®) inhibent la résorption osseuse liée à l'activité ostéoclastique.
- OBSTRUCTION URINAIRE: RTUP, drainage vésical, néphrostomie, JJ,
- METASTASE: Chirurgie osseuse, RTE, antalgique,...

3- Indications**A/ Formes localisées**

Risque faible	Risque intermédiaire	Risque élevé
Surveillance active	Chirurgie	(Chirurgie)
Chirurgie	RT externe ±HT (courte)	RT externe +
Curiethérapie		HT(longue)
RT externe		

B /Stade métastatique**Suppression androgénique****Chimiothérapie****Soins palliatifs****IX- Surveillance**

Objectif : détecter une éventuelle récurrence
Évaluer les séquelles des traitements

Ce suivi est :

- Clinique : signes d'extension locale ou générale ;
- Biologique :
 - Après chirurgie: PSA qui doit être < à 0,2 ng/mL.
 - Après curiethérapie ou radiothérapie: PSA qui doit être < au PSA nadir (PSA le plus bas observé) + 2 ng/ml.
 - Sous les autres modalités thérapeutiques : avoir un taux le plus bas possible et stable.
 - Sous traitement hormonal, la testostéronémie doit être < à 0,5 ng/ml.

X- Conclusion

- **Pathologie fréquente**
- **Distinction entre cancer localisé/étendu**
- **Évolution lente**
- **Chirurgie/Radiothérapie = « curatif »**
- **Hormonothérapie = « palliatif »**