



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication brève

Surveillance active du cancer de la prostate

Active surveillance of prostate cancer

G. Ploussard^a, C. Hennequin^b, F. Rozet^{c,*}^a Clinique Saint-Jean-du-Languedoc, 20, route de Revel, 31400 Toulouse, France^b Service de cancérologie-radiothérapie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefeaux, 75475 Paris, France^c Service d'urologie, institut mutualiste Montsouris, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Cancer
Prostate
Surveillance active
Prostatectomie totale
Radiothérapie
IRM

Keywords:

Prostate
Cancer
Active surveillance
Radiotherapy
MRI

R É S U M É

Plusieurs essais prospectifs ont maintenant validé la surveillance active dans la prise en charge du cancer de la prostate localisé, ce qui permet d'éviter un traitement inutile à beaucoup de patients. Elle s'adresse essentiellement au groupe pronostique à bas risque, comme le préconise par l'American Society of Clinical Oncology (ASCO). Elle pourrait également intéresser les patients du groupe intermédiaire, mais cela reste discuté. Actuellement, la présence d'adénocarcinome de grade 4 est une contre-indication relative à la surveillance active. Ses modalités intègrent un dosage itératif de l'antigène spécifique de la prostate et une nouvelle biopsie systématique dans l'année suivant le diagnostic. La place de l'IRM, à la fois lors de l'inclusion du patient et de la surveillance, a été récemment introduite dans plusieurs recommandations internationales. Enfin, aucune approche comportementale ou médicamenteuse visant à allonger la durée de surveillance n'a, pour l'instant, pas été validée.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

A B S T R A C T

Several prospective studies have demonstrated the safety of active surveillance as a first treatment of prostate cancer. It spares many patients of a useless treatment, with its potential sequelae. Patients with a low-risk cancer are all candidates for this approach, as recommended by the American Society of Clinical Oncology (ASCO). Some patients with an intermediate risk could be also concerned by active surveillance, but this is still being discussed. Currently, the presence of grade 4 lesions on biopsy is a contra-indication. Modalities included a repeated prostate specific antigen test and systematic rebiopsy during the first year after diagnosis. MRI is now proposed to better select patients at inclusion and also during surveillance. No life style changes or drugs are significantly associated with a longer duration of surveillance.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

1. Introduction

Contrairement à l'abstention-surveillance, la surveillance active est une option qui déplace le moment du traitement, tout en restant dans la fenêtre de curabilité de la maladie, l'objectif étant de ne traiter que les patients qui auront à souffrir de la maladie et d'épargner aux autres les complications d'un traitement. En effet, toutes les thérapeutiques actuelles ont des effets secondaires, même celles focales. En se basant sur les essais comparant

abstention-surveillance et prostatectomie totale, il a été calculé que plus de 70 % cancers de la prostate de risque faible ou intermédiaire ne présentaient aucun signe d'évolution à 10 ans et donc les patients ne tiraient aucun bénéfice du traitement local [1].

2. Essais prospectifs et randomisés évaluant la surveillance active

Deux essais contrôlés ont montré que l'absence de traitement radical immédiat était une option sûre sur le plan carcinologique, en cas de cancer de la prostate localisé, particulièrement à faible risque. L'essai PIVOT (Prostate Cancer Intervention versus Observation ; 367 patients surveillés contre 364 opérés par prostatectomie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rozetfrancois@gmail.com (F. Rozet).

Tableau 1

Résultats de l'étude Prostate Testing for Cancer and Treatment (ProtecT) comparant la surveillance active, la chirurgie et la radiothérapie pour la prise en charge des cancers de prostate localisés [4].

| | Surveillance active | Chirurgie | Radiothérapie | Significativité (p) |
|-------------------------------|---------------------|-----------|---------------|---------------------|
| Nombre de patients | 545 | 553 | 545 | |
| Patients per protocole | 88 % | 71 % | 74 % | |
| pT3 | | 29 % | | |
| R1 | | 24 % | | |
| Radiothérapie associée | | 3,6 % | | |
| Nombre de décès dus au cancer | 8 | 5 | 4 | NS |
| Survie spécifique | | | | |
| 5 ans | 99,4 % | 100 % | 100 % | |
| 10 ans | 98,8 % | 99 % | 99,6 % | |
| Mortalité globale | 10,9 % | 10,1 % | 10,3 % | NS |
| Progression clinique | 22,9 % | 8,9 % | 9,0 % | <0,001 |
| Métastases | 6,3 % | 2,4 % | 3,0 % | 0,004 |

NS : non significatif.

totale, suivi médian de 10 ans) n'a pas mis en évidence de différence de survie spécifique ni globale entre surveillance simple et prostatectomie totale (50 % des cancers étaient classés « de faible risque »). La prostatectomie totale était associée à un bénéfice de survie globale uniquement pour la population dont la concentration d'antigène spécifique de la prostate était de plus 10 ng/mL ($p=0,04$) et une tendance à l'allongement de la survie dans les groupes à risque intermédiaire et haut risque ($p=0,07$) [2]. Dans l'essai suédois Scandinavian Prostate Cancer Group-4 (SPCG-4) (348 patients surveillés contre 347 opérés par prostatectomie totale, suivi médian 12,8 ans), il a été montré un bénéfice de survie sans métastase et de survie globale chez les patients de moins de 65 ans traités par prostatectomie totale [3]. Cependant, il s'agissait d'une population essentiellement composée de patients atteints de tumeur de risque intermédiaire ou élevé, non redevables d'une surveillance active avec les critères actuels. Une surveillance simple était appliquée dans ces études.

Un seul essai du groupe Prostate Testing for Cancer and Treatment (ProtecT) a comparé directement chirurgie, radiothérapie et surveillance active [4]. De 1999 à 2009, 82 429 hommes ont eu un dosage d'antigène spécifique de la prostate dans le cadre d'un programme de dépistage. Un cancer de prostate a été diagnostiqué chez 2264 patients, et 1643 ont accepté d'être randomisés entre chirurgie, radiothérapie et surveillance active. Les caractéristiques de la population étaient les suivantes : âge moyen : 62 ans ; concentration médiane d'antigène spécifique de la prostate : 4,6 ng/mL ; score de Gleason 6 : 77 % ; T1c : 76 %, sans différence entre les trois groupes. Il faut noter que plus de 20 % des cancers étaient de score de Gleason 7 et 2 % à 8 à 10.

Pour la surveillance active, le principal critère de sortie était une augmentation rapide de la concentration d'antigène spécifique de la prostate (de plus de 50 % en 12 mois). La radiothérapie délivrait 74 Gy et était systématiquement associée à une hormonothérapie de 3 à 6 mois. La chirurgie a été réalisée à ciel ouvert pour la plupart des patients.

Le principal critère de jugement était la probabilité de survie spécifique à 10 ans. Les critères secondaires étaient la mortalité globale, le taux de dissémination métastatique et la progression clinique (définie par l'apparition de métastases, d'un stade cT3-T4 ou d'une évolution locale ou par l'instauration d'une hormonothérapie).

Dans cet essai, il n'y avait pas de différence de mortalité spécifique ni de mortalité globale mais une différence significative entre surveillance active et chirurgie/radiothérapie en termes de progression clinique ou taux de dissémination métastatique. Il n'y avait pas de différence entre chirurgie et radiothérapie sur tous les paramètres testés (Tableau 1).

La validité de la surveillance active a par ailleurs été confirmée par plusieurs séries prospectives, avec un long suivi [5,6].

3. Critères de sélection, modalités de surveillance et critères de sortie de la surveillance active

Les critères de sélection des patients éligibles à la surveillance active varient d'une étude à l'autre (Tableau 2). Ils sont basés sur l'examen clinique, la concentration d'antigène spécifique de la prostate totale, le score de Gleason et la charge tumorale sur les biopsies (nombre de biopsies positives, pourcentage d'envahissement par carotte). La densité de l'antigène spécifique de la prostate est également utilisée. L'objectif des ces critères est de sélectionner au mieux la population à bas risque sans restreindre drastiquement le nombre de patients éligibles. Actuellement, aucune comparaison prospective des différents critères n'a été effectuée. L'IRM permet au moment du diagnostic d'améliorer l'évaluation pathologique du cancer, notamment en cas d'utilisation de biopsies ciblées, et limite significativement le risque de mauvaise classification pronostique initiale. Dans ce but, elle est utile avant inclusion d'un patient dans un protocole de surveillance active, permettant de cibler d'éventuelles de nouvelles biopsies en cas de lésion de score Prostate Imaging Reporting and Data System (PI-RADS) 4-5. Les biomarqueurs et les scores génomiques n'ont pas encore leur place en pratique clinique courante malgré leur intérêt potentiel.

Les modalités de la surveillance active sont également variables d'une série à l'autre. Cependant, elles incluent systématiquement un contrôle régulier de la concentration d'antigène spécifique de la prostate (tous les 3 à 6 mois, avec calcul du temps de doublement), un toucher rectal tous les 6 à 12 mois, et un contrôle histologique par nouvelles biopsies entre 3 et 24 mois après la biopsie initiale. Ces biopsies de confirmation restent fondamentales pour réduire la probabilité de sous-évaluation initiale et détecter une progression précoce. La nécessité de renouveler plus tardivement les biopsies de contrôle est discutée, surtout en cas d'IRM estimée normale. Ces biopsies de suivi sont programmées tous les 12 à 36 mois selon les protocoles. La place de l'IRM dans le suivi de ces patients reste à définir dans le cadre d'études dédiées, et pourrait éviter des biopsies inutiles. L'aggravation d'un des critères de surveillance doit faire envisager un traitement actif (Tableau 3). Le critère de progression le plus consensuel est l'apparition d'un grade 4 selon Gleason. Les taux de traitements secondaires diffèrent en fonction des critères retenus pour définir la progression. Ainsi, l'équipe de Johns Hopkins University a montré que le taux de progression était de 8,9 pour 100 patients et par année de suivi en prenant en compte tous les paramètres biopsiques et le taux de doublement de la concentration

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5525756>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5525756>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)