



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mise au point

Traitements de rattrapage après radiothérapie prostatique

Salvage treatments for prostatic radiation failure

H. Baumert

Service d'urologie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, 18, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris cedex 14, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Cancer prostate
 Prostatectomie
 Cryothérapie
 Ultrasons focalisés

Keywords:

Prostate cancer
 Prostatectomy
 Cryotherapy
 High intensity focused ultrasounds

RÉSUMÉ

Les récurrences locales après radiothérapie externe ou curiethérapie prostatique s'observent chez près de 30% des patients. Ces récurrences sont parfois localisées et peuvent être contrôlées par un traitement de rattrapage. La prostatectomie de rattrapage est le traitement de référence mais est associée à une morbidité importante. Des traitements mini-invasifs tels que la cryothérapie et les ultrasons focalisés de haute intensité ont été proposés dans cette situation. Les indications, les complications et les résultats oncologiques de ces différentes techniques sont discutés dans cet article.

© 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Local recurrence after external radiotherapy or brachytherapy occurs in 30% of patients treated for prostate cancer. These recurrences can be localised to the prostate and controlled by salvage treatment. Salvage prostatectomy is the gold standard treatment, however, it is associated with a high morbidity rate. Minimally invasive treatments such as cryotherapy and high intensity focused ultrasound (HIFU) can be proposed to treat local recurrences. Indications, complications and oncological results of these salvage treatments are discussed in this article.

© 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La récurrence biochimique après radiothérapie est définie comme une augmentation de la concentration sérique de PSA au-delà d'une période de deux ans après la radiothérapie. Les critères de Phoenix définissent cette récurrence biochimique comme étant une augmentation de la concentration sérique de PSA au-dessus au nadir de plus 2 ng/ml [10]. Cette récurrence au moins locale est confirmée par des biopsies prostatiques, réalisées plus de deux ans après radiothérapie, chez 30% des patients [4,18]. Dans cette situation, le défi est de savoir s'il s'agit d'une récurrence purement locale, métastatique, ou mixte.

L'absence de contrôle local est un facteur de risque d'évolution métastatique et de mortalité spécifique. De plus, chez plus de la moitié des patients, cette évolution locale peut s'accompagner de rétentions d'urines nécessitant des résections palliatives, d'hématuries, d'infections urinaires récidivantes, de douleurs pelviennes chroniques, mais aussi d'atteinte des méats urétéraux à

l'origine d'insuffisance rénale nécessitant des dérivations urinaires par sondes double J ou de néphrostomies [9].

En France, la plupart des patients atteints d'une récurrence locale sont traités simplement par hormones. Il s'agit d'un traitement palliatif ne modifiant pas ou très peu l'espérance de vie des patients. Seul un traitement local de rattrapage à type de prostatectomie, de cryothérapie, d'ultrasons focalisés de haute intensité ou de curiethérapie est susceptible de guérir ces patients.

2. À qui proposer un traitement de rattrapage ?

Les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement de rattrapage doivent avoir une récurrence locale confirmée par des biopsies prostatiques et un bilan d'extension négatif. La concentration sérique de PSA doit être inférieure à 10 ng/ml avant le traitement de rattrapage. L'espérance de vie du patient doit être supérieure à dix ans, voire cinq ans pour les traitements mini-invasifs (cryothérapie et *high-intensity focused ultrasound* [HIFU]). Le patient doit être atteint, au moment de la radiothérapie, d'un cancer localisé potentiellement curable. Si un curage iliaque a été réalisé avant la radiothérapie, les ganglions doivent être sains. Enfin, le patient ne

Adresse e-mail : baumertherve@yahoo.fr.

Tableau 1

Résultats oncologiques et taux de complications des différents traitements de rattrapage rapportés dans la littérature.

	SSPB à 5 ans (%)	SSPB à 10 ans (%)	Incontinence urinaire (%)	Sphincter artificiel (%)	Fistule recto-urétrale (%)	Sténose urètre (%)
Prostatectomie	47 à 85	30 à 65	29 à 50	23 à 47	0 à 2	9 à 41
Cryothérapie	54 à 59	–	3 à 13	1 à 3	0 à 3,4	0 à 5
HIFU	30	–	49,5	11	3	19

SSPB : survie sans progression biochimique ; HIFU : *high-intensity focused ultrasound* (ultrasons focalisés de haute intensité).

doit pas avoir d'incontinence urinaire ni de rectite majeure avant un éventuel traitement de rattrapage.

3. Comment confirmer la récurrence locale pure ?

La sélection des patients susceptibles de bénéficier d'un traitement de rattrapage est capitale. Un bilan exhaustif est nécessaire. Il débute par la réalisation de biopsies prostatiques pour confirmer la récurrence locale. L'interprétation anatomopathologique de biopsies après la radiothérapie peut être délicate et nécessiter l'avis de centres experts. Ces biopsies ne doivent jamais être réalisées moins de deux ans après la radiothérapie, car des biopsies « positives » à cette période n'ont pas de valeur pronostique [3]. Des biopsies des vésicules séminales doivent être réalisées dans le même temps à la recherche d'une éventuelle extension locorégionale. Les modifications morphologiques induites par la radiothérapie prostatique rendent l'IRM prostatique après cette radiothérapie beaucoup plus spécifique. En effet, les biopsies mettent en évidence dans 85 à 91 %, des cellules adénocarcinomeuses dans les zones suspectes en IRM dynamique, après injection de gadolinium [20]. Le bilan d'extension est complété systématiquement par une scanographie abdominopelvienne et une scintigraphie osseuse. L'apport de l'IRM corps entier dans cette situation est en cours d'évaluation. Une TEP à la fluoro-choline est dans notre expérience systématiquement réalisée avant tout traitement de rattrapage. Elle peut permettre de différencier les récurrences locales des rechutes métastatiques [8].

4. Les différents traitements de rattrapage

4.1. Prostatectomie de rattrapage

4.1.1. Résultats oncologiques

La prostatectomie de rattrapage est le traitement de référence pour lequel des résultats à dix ans sont disponibles. À cinq ans, le taux de survie sans progression varie, selon les séries, de 47 à 85 % et celui de survie spécifique de 70 à 90 %. À dix ans, le taux de survie sans progression est de 30 à 65 % et celui de survie spécifique de 53 à 77 % [16] (Tableau 1). Cette survie sans progression dépend de la concentration sérique de PSA. Les résultats sont significativement meilleurs chez les patients opérés alors qu'elle est inférieure à 10 ng/ml, la tumeur étant dans cette situation intracapsulaire chez deux tiers des patients [1,19]. Bianco et al. ont rapporté des taux de survie sans progression à cinq ans de 86, 55 et 28 % respectivement chez des patients dont la concentration sérique de PSA était avant l'opération inférieure à 4 ng/ml, entre 4 et 10 ng/ml, et supérieure à 10 ng/ml [1]. La concentration sérique de PSA préopératoire inférieure à 10 ng/ml est également corrélée avec un score de Gleason plus bas, qui lui-même modifie la survie sans progression [5]. En revanche, le temps de doublement du PSA entre la radiothérapie et la prostatectomie de rattrapage est un facteur indépendant du taux de survie spécifique [15]. Enfin, les patients atteints d'un cancer de stade T1c ont un meilleur taux de survie sans progression [21]. Au total, le stade clinique, la valeur du PSA avant l'opération et le score de Gleason influencent la survie sans progression.

4.1.2. Morbidité

L'incontinence urinaire postopératoire fréquente est à l'origine de la mauvaise réputation de cette intervention. Elle survient chez 29 à 50 % des patients, dont 23 à 47 % nécessitent l'implantation d'un sphincter artificiel [16] (Tableau 1). Cette incontinence postopératoire semble moins fréquente dans les situations de prostatectomie de rattrapage après curiethérapie [7]. La fibrose périprostatique induite par la radiothérapie favorise la survenue de sténose de l'anastomose uréthro-vésicale. Cette complication est constatée chez 9 à 41 % des patients [16] et peut être difficile à gérer compte tenu de son caractère récidivant. Le taux de plaies rectales a diminué avec l'expérience des chirurgiens mais aussi grâce au meilleur ciblage de la radiothérapie conformationnelle. Ces plaies surviennent dans 2 à 15 % des prostatectomies de rattrapage et peuvent se compliquer de fistules recto-urétrales chez 2 % des patients [7,16]. Deux à trois pour cent de plaies urétérales ont également été décrites dans les différentes séries de prostatectomie de rattrapage [16].

Il semble possible dans certains cas d'effectuer une conservation des bandelettes neurovasculaires lors de cette chirurgie de rattrapage. Dans une série limitée, Masterson et al. ont rapporté une récupération de la fonction érectile chez 20 % des patients chez qui une conservation bilatérale a pu être réalisée [12]. En revanche, la greffe de nerf sural s'est soldée par un échec dans tous les cas, vraisemblablement à cause de la micro-angiopathie radique gênant la régénération nerveuse [12].

4.2. Cystoprostatectomie de rattrapage

Elle peut être exceptionnellement indiquée chez des patients souffrant d'une incontinence urinaire préopératoire sévère, d'une vessie radique de petite capacité ou à l'origine d'hématurie chronique ou d'une tumeur vésicale associée. Dans un pareil cas, une dérivation urinaire de type Bricker est généralement réalisée.

4.3. Cryothérapie de rattrapage

4.3.1. Résultats oncologiques

À cinq ans, le taux de survie sans progression varie, selon les séries, et les critères de récurrence de 54 à 59 % [11,17] (Tableau 1). Des résultats à dix ans avec la cryothérapie de troisième génération ne sont pas encore disponibles. Comme pour la prostatectomie de rattrapage, une concentration sérique de PSA supérieure à 10 ng/ml, le stade clinique supérieur ou égal à T2 et un score de Gleason élevé sont des facteurs de pronostic défavorable pour la survie sans progression [11].

4.3.2. Morbidité

Le taux d'incontinence urinaire post-cryothérapie de rattrapage varie selon les séries de 3 à 13 % [11] (Tableau 1). Ce taux est nettement moins important qu'au décours des prostatectomies de rattrapage. Cette incontinence est par ailleurs moins sévère et nécessite rarement la mise en place d'un sphincter artificiel. Le taux de fistule recto-urétrale varie entre 0 et 3,4 %. L'évolution technologique de la cryothérapie avec notamment l'avènement des capteurs multipoints permettant de monitorer en temps réel la température de la paroi du rectum a permis de réduire considérablement ce

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117853>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117853>

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