

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 17 février 2015

Hôpital cantonal de Genève

Centre romand du cancer de la prostate

Dr Th. De Perrot (Radiologie)

Dr J.Ch. Tille (Pathologie)

Dr M.L. Amiram (Oncologie)

Dr Th Zilli (RadioOncologie)

Prof Ch. Iselin (Urologie)

C'est un travail d'équipe qui a nécessité pas mal d'endurance et de ténacité mais qui a finalement abouti à la naissance du 1^{er} centre du cancer de la prostate certifié en Suisse Romande.

«Certifié» car à l'image de ce qui est exigé par la DKG (Deutsche Krebs Gesellschaft) c'est à dire un pavé d'exigences, une centaine de critères, 88 pages format A4....avec l'obligation pour plus de 95% des patients avec un cancer de la prostate de passer par un «Tumor board » avant traitement, que le patient provienne de l'urologie, de l'oncologie ou de la radio-oncologie....Le tumor board comprend tous les spécialistes cités ci dessus (on y reviendra) et d'autres réunions, au cours de l'année, ont lieu à des intervalles préétablis toujours avec un soucis d'autoévaluation de la qualité des prestations fournies .

Bref un «work in progress» ...

Car pour dire vrai, dans le cancer de la prostate comme dans beaucoup d'autres domaines en médecine, les avancées sont multiples et pas toujours bien documentées...

Faut il dépister ou non?

Quelle imagerie?

Qui traiter et qui ne pas traiter, juste en le surveillant?

Quel traitement: Curatif ? Chirurgical? Radiothérapeutique? Nouvelles thérapies focales?

Dans les cancers métastatiques...Hormonothérapie? Chimiothérapie?

Au départ les 3 prestataires de soins principaux sont l'urologue, le radiothérapeute et l'oncologue...

Le 2e cercle des prestataires de soins secondaires sont le radiologue, le pathologue et le médecin nucléaire.

Ensuite il y a le 3e cercle, des soins palliatifs, des psycho...(-logues ou -iatres), des physios, sexologues...etc...

Pratiquement, le tumor board ça se déroule tous les mercredis à 16.45h, c'est ouvert à tous les médecins traitants, et il en résulte toujours un rapport écrit dont il recevra copie qu'il y ait participé ou non...

(<http://www.hug-ge.ch/centre-oncologie/centre-de-la-prostate>)

Quelques nouveautés par exemple qui vont avoir besoin d'être évaluées....

Dans la phase de diagnostic...l'IRM de la prostate et le score PI-RADS de I-V permettant de suspecter une tumeur maligne...

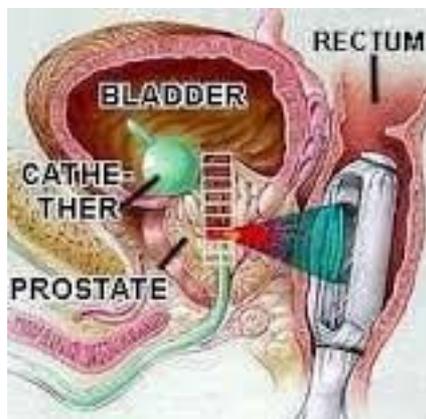
PI-RADS classification	Definition	Total T2 + DWI + DCE score	Total T2 + DWI + DCE + MRS score
I	Most probably benign	3 - 4	4 - 5
II	Probably benign	5 - 6	6 - 8
III	Indeterminate	7 - 9	9 - 12
IV	Probably malignant	10 - 12	13 - 15
V	Most probably malignant	13 - 15	17 - 20

La biopsie guidée par l'échographie (et non plus à l'aveugle...comme jusqu'à récemment) grâce à une technique permettant de fusionner image IRM et échographie 3D.

Cette technique fait passer le rendement des biopsies de 25% à 75%...



Les traitements focaux grâce aux Ultrasons de haute intensité (High intensity focused ultrasound - HIFU)...ou ablation partielle à haute énergie (transrectale)



La chirurgie robotique qui raccourci de 50% les durées d'hospitalisation et réduit la nécessité des transfusions de 30% à 1-2%...

Les nouvelles molécules disponibles pour l'hormonothérapie du cancer métastatique...abiraterone (nouvel inhibiteur sélectif de la biosynthèse des androgènes indiqué dans le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration) et enzalutamide (inhibiteur des récepteurs aux androgènes).

La radiothérapie métabolique au radium 223(Comme le radium 223 est un élément très proche du calcium, il se fixe préférentiellement au niveau osseux quand il est administré par voie injectable, en particulier quand le renouvellement osseux est accéléré. Il s'agit d'un émetteur α avec une demi-vie physique de 11,4 jours.) <http://www.arcagy.org/infocancer/traitement-du-cancer/traitements-locoregionaux/radiotherapie/la-radiotherapie-metabolique.html> .

En radiothérapie il y a de constantes améliorations, nouveaux protocoles, recherches...

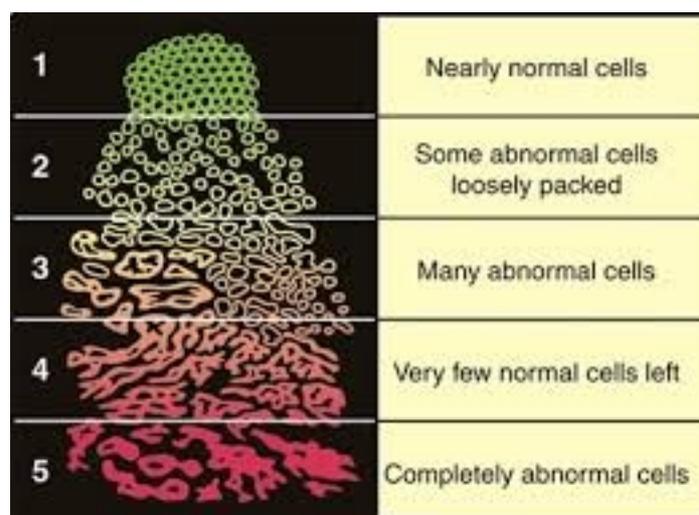
Grâce au centre du cancer de la prostate...tout cela devrait être encore plus pluridisciplinaire, encore plus systématisé et encore plus contrôlé...

Pour illustrer le fonctionnement du tumor board les différents acteurs s'installent et 2 cas leur sont présenté...

Le 1^{er} , un homme de 71 ans avec une élévation de son PSA de 3.69 à 6.5 en 2 ans...avec une tumeur cranio-caudale dans la zone périphérique postérieure classée PI-RADS 4, et dont la biopsie guidée par fusion US/IRM confirme une tumeur Gleason 3+4=7

Gleason: Ce score est la somme des deux grades le plus fréquemment représentés dans la tumeur analysée. Il varie de 2 à 10. Le score de 2 correspond à une tumeur très proche d'un tissu bénin. Plus le score est élevé, plus la tumeur est agressive.

Gleason \leq 6 risque faible
Gleason 7 risque intermédiaire
Gleason \geq 8 risque élevé



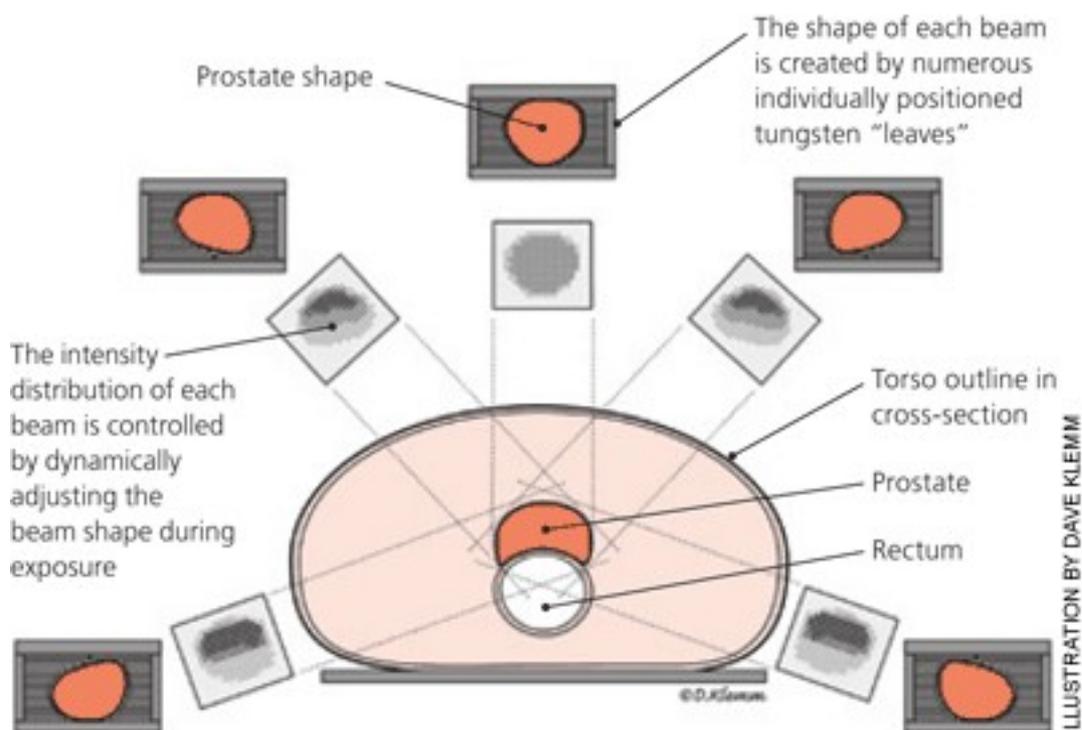
Ce patient a donc un cancer de la prostate à risque intermédiaire.

On pourrait lui proposer une prostatectomie radicale ou une radiothérapie, un traitement focal, voire même une surveillance active ...mais le patient est anxieux... la surveillance active est d'abord trimestrielle, puis semestrielle...ce n'est pas donné à tout le monde de supporter de ne rien faire...on se décide finalement pour l'ablation focale par HIFU.

Il faut quand même dire que cette procédure se fait en anesthésie générale ou en rachianesthésie...et que le patient va «y laisser» sa fonction érectile (!) ...mais c'est une technique qui montre 85% de biopsies négatives à 1 an...

Le 2^e patient est un homme de 74 ans dont le PSA passe de 1.9 en 2009, à 11 en 2014...Les biopsies transrectales (à l'aveugle) chez l'urologue montrent là aussi un Gleason 3+4=7 avec invasion perinerveuse...La scintigraphie osseuse avec spectCTne montre pas d'invasion osseuse, l'IRM montre un franchissement capsulaire (T3a) de la tumeur (PI-RADS 5).

Pour faire court le patient va finalement bénéficier d'une radiothérapie IGRT (Image Guided Radio Therapy) avec épargne urétrale ...



On couple les images CT à la forme du faisceau et à son intensité si j'ai bien compris...

Depuis avril 2014, 174 patients ont passés devant le tumor board, ce qui fait 216 présentations (148 avant traitement, 68 après traitement, certains patients présentés 2 fois...).

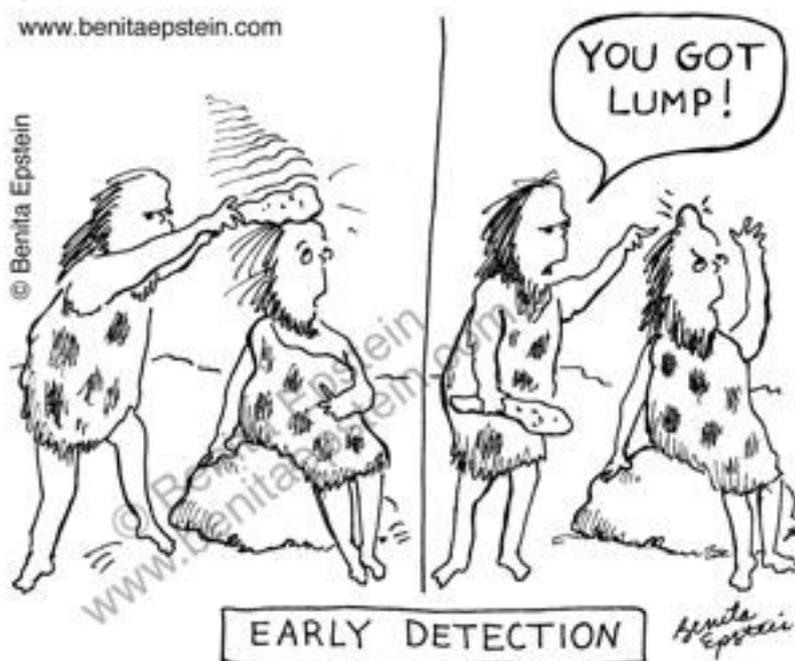
Belle réalisation pour essayer d'y voir plus clair et d'être plus adéquat lorsqu'un traitement est proposé à un patient...

Il n'y a pas si longtemps...on nous recommandait d'arrêter de doser le PSA et de ne plus faire du dépistage...

Il est possible que l'arrivée de l'IRM de la prostate, et en particulier des biopsies guidées par fusion d'image IRM/US change la donne...mais ce n'est pas encore sûr que la mortalité par cancer de la prostate s'en trouvera modifiée...L'avenir le dira...

En tout cas pour le moment continuer à partager avec le patient nos incertitudes et le faire participer (s'il le désire) à notre décision de dépister ou non...

Une chose est sûre...c'est que ce n'est pas demain que l'on verra diminuer les coûts de la médecine...



(je serais absent mardi prochain...s'il y a un volontaire pour me remplacer ... s'annoncer au labo: colloque@labomgd.ch ...)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch