

Item 307 (Item 156) – Cancer de la prostate

EVALUATIONS

2014

QCM

QUESTION 1/8 :

Quel(s) est (sont) le(s) paramètre(s) à prendre en compte pour le dépistage du cancer de prostate ?

- A - Le TR
- B - Le PSA
- C - L'IRM de prostate
- D - L'échographie de prostate
- E - L'âge du malade

(Réponse : ABE)

QCM

QUESTION 2/8 :

L'adénome de prostate est-il une lésion précancéreuse ?

- A - Vrai
- B - Faux

(Réponse : B)

QCM

QUESTION 3/8 :

Quels sont les critères qui définissent une tumeur de bas risque selon D'Amico ?

- A - PSA entre 10 et 20 ng/mL
- B - Un toucher rectal normal
- C - Un score de Gleason de 7 aux biopsies
- D - Moins de 2 biopsies positives
- E - Aucune des réponses ci-dessus

(Réponse : B)

QCM

QUESTION 4/8 :

Quelle est la tumeur dont l'histologie est la plus agressive sur le score de Gleason ?

- A - Score de Gleason 5 (3 + 2)

B - Score de Gleason 7 (4 + 3)

C - Score de Gleason 6 (3 + 3)

D - Score de Gleason 7 (3 + 4)

(Réponse : B)

QCM

QUESTION 5/8 :

Quels sont les examens à réaliser avant le traitement d'une tumeur de prostate de stade intermédiaire selon D'Amico chez un homme de 62 ans ?

A - Un PET-Scan à la choline

B - Une IRM pelvienne

C - Une scintigraphie osseuse

D - Un scanner cérébral

E - Une échographie prostatique

(Réponse : BC)

QCM

QUESTION 6/8 :

Quelle(s) est (sont) le(s) proposition(s) thérapeutique(s) pour une tumeur de bas risque D'Amico chez un homme de 65 ans ?

A - La surveillance active

B - La prostatectomie radicale

C - La radiothérapie externe

D - L'hormonothérapie

E - La curiethérapie

(Réponse : ABCE)

QCM

QUESTION 7/8 :

Quels sont les effets secondaires de l'hormonothérapie bien conduite ?

A - Ostéoporose

B - Baisse de la libido

C - Perte de cheveux

D - Trouble de l'érection

E - Bouffées de chaleur

(Réponse : ABDE)

QCM

QUESTION 8/8 :

Quelle est la durée de suivi d'un cancer de prostate ?

A - À vie

B - 10 ans

C - 1 an

D - 5 ans

(Réponse : A)

QROC

QUESTION 1/5 :

Quelles sont les complications les plus fréquentes de la prostatectomie ?

Réponse attendue :

Les complications attendues et à annoncer aux patients sont :

- la dysfonction érectile ;
- l'incontinence urinaire ;
- la stérilité ;
- la sténose de l'anastomose uréthro-vésicale ;
- les complications aiguës hémorragiques et ou infectieuses.

QROC

QUESTION 2/5 :

Définir l'effet « Flare up ».

Réponse attendue :

L'effet « Flare up » se définit comme une accentuation des symptômes cliniques au cours des quinze premiers jours d'utilisation du traitement par agonistes de LH-RH. Il est dû à une augmentation paradoxale du taux de testostérone plasmatique à l'introduction des agonistes de LH-RH. Cet effet survient d'autant plus que le cancer de prostate métastatique est symptomatique et est prévenu par l'ajout 10 jours avant et dans le 1^{er} mois d'un anti-androgène à l'agoniste de LH-RH.

QROC

QUESTION 3/5 :

Définir un cancer de prostate en phase de résistance à la castration.

Réponse attendue :

Le cancer de prostate dit en phase de résistance à la castration se décrit chez les patients atteints d'un cancer de prostate sous traitement par suppression androgénique bien conduit devant une progression biologique du PSA malgré une testostérone effondrée (< 50 ng/dL) ou de progression de signes cliniques. Il nécessite alors une réévaluation radiologique à la recherche de métastases et une modification thérapeutique par manipulation hormonale en premier lieu.

QROC

QUESTION 4/5 :

Quelles sont les modalités de réalisation des biopsies de prostate ?

Réponse attendue :

Les biopsies de prostate se réalisent le plus souvent sous anesthésie locale, chez un patient en position gynécologique ou en décubitus latéral et sous antibioprophylaxie. Elles se font par voie endorectale, guidées par l'échographie. On en réalise en moyenne 12 ce qui permet une cartographie de la prostate. Les indications de biopsies sont un PSA > 4 ng/mL et/ou un toucher rectal anormal. Les biopsies affirment le diagnostic de cancer de prostate. Il faut prévenir le patient des risques (infectieux, hémorragique) avant leurs réalisations.

QROC

QUESTION 5/5 :

Définir le score de Gleason.

Réponse attendue :

Le score de Gleason est un score histo-pronostic caractérisant le degré de différenciation de la tumeur, et est un facteur pronostic essentiel dans la prise en charge du cancer de prostate. Il est obtenu en additionnant les 2 grades histologiques les plus représentés dans la tumeur. Chaque composant tumoral est ainsi noté de 1 à 5 :

- Score de 6 : cancer de prostate bien différencié et de bon pronostic.
- Score de 7 : cancer de prostate moyennement différencié.
- Score de 8 à 10 : cancer de prostate peu différencié, de mauvais pronostic.

Cas clinique

Scénario :

M. V., 68 ans, aucun antécédent particulier, vous est adressé par son médecin traitant devant la découverte d'un nodule prostatique latéral droit et d'une augmentation du taux de PSA total à 7,5 ng/mL. Il ne se plaint d'aucun signe fonctionnel urinaire. Son examen est normal en dehors de ce nodule de {1/2} cm de diamètre de consistance dure.

QUESTION 1/7 :

Quels sont les facteurs de risque du cancer de la prostate ?

Réponse attendue :

Antécédent familial de cancer de la prostate

N.B : on parle de « cancer familial » en cas d'au moins 2 parents collatéraux ou de la survenue de cancer chez un parent âgé de moins de 55 ans, lorsque 3 membres d'une fratrie sont atteints.

Ethnie afro-antillaise

QUESTION 2/7 :

Quel est l'examen à proposer chez ce patient ? Quelles sont les précautions à prendre ?

Réponse attendue :

Biopsies de la prostat

- échoguidées
- sous anesthésie locale

Envoi des prélèvements en anatomopathologie

ATB prophylaxie par ofloxacin

Lavement au Normacol® × 2 avant le geste

Prévenir le patient des risques d'hématurie, rectorragie, hémospémie, infection urinaire et rétention urinaire, douleur, malaise

QUESTION 3/7 :

Il s'agit d'un cancer de prostate score de Gleason 3 + 4 présent sur 30 % des biopsies réalisées sans envahissement de la capsule ou d'envahissement périnerveux. Que proposez-vous à votre patient et quels effets secondaires sont attendus en fonction des traitements ?

Réponse attendue :

Il faut proposer un traitement curatif car le patient est jeune, sans antécédent notable avec un cancer de risque intermédiaire selon classification de D'Amico

- Prostatectomie radicale (coelioscopie ou rétro-pubienne ou assistée par robot) + lymphadénectomie (curage ilio-obturateur)

Effets secondaires :

- impuissance
- incontinence
- risque anesthésique
- risque hémorragique
- risque infectieux
- risque de sténose de l'anastomose
- Hormono-irradiation (irradiation conformationnelle)

Effets secondaires :

- impuissance
- cystite radique
- rectite radique
- tumeur radio-induite
- sténose urétrale

QUESTION 4/7 :

Le patient avait opté pour une approche chirurgicale. L'examen histologique met en évidence un adénocarcinome prostatique de score de Gleason 8 (4 + 4) avec un franchissement de la capsule et un envahissement de la vésicule séminale droite sans envahissement ganglionnaire. De quel stade s'agit-il ?

Réponse attendue :

pT3b

N0
M0

QUESTION 5/7 :

À 1 mois de l'intervention, le PSA est inférieur à 0,06 ng/mL, mais à 2 ans il remonte à 0,3 ng/mL. Que proposez-vous ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une récurrence biologique (taux de PSA > 0,2 ng/mL)
Réalisation d'un bilan d'extension à la recherche de métastases (ganglionnaires ou osseuses)
Pour rappel, la place reconnue du Pet-Scan à la choline se situe pour une récurrence biologique avec un taux de PSA > 2 ng/mL
Si bilan négatif, proposer une radiothérapie de sauvetage

QUESTION 6/7 :

Malgré votre traitement, le PSA continue de progresser rapidement et le patient se plaint de douleurs osseuses au niveau du rachis. Que proposez-vous (fig. 4) ?

Réponse attendue :

Bilan étiologique : scintigraphie osseuse
Hormonothérapie à visée palliative
Castration chirurgicale (poupectomie bilatérale)
ou
Agonistes de la LHRH ou antagoniste de la LHRH
de façon continue ou intermittente
discuter l'association d'un anti-androgène systématique compte tenu de la gravité (si agoniste)
Traitement palliatif après réunion de concertation pluridisciplinaire
Biphosphonates
Traitement des douleurs (irradiation antalgique, traitement antalgique palier 3)

QUESTION 7/7 :

Malgré votre traitement par suppression androgénique, le suivi à 1 an met en évidence une progression biologique avec un PSA à 100 ng/mL et une progression des douleurs osseuses. Que proposez-vous (fig. 5) ?

Réponse attendue :

Nouveau bilan étiologique à la recherche de nouvelles métastases (osseuses, viscérales) : scanner thoraco-abdomino-pelvien et scintigraphie osseuse
Vérifier le passage en résistance à la castration par un taux de testostéronémie effondrée + 3 augmentations de PSA à 4 semaines d'intervalle
=> Il s'agit probablement ici de la phase de résistance à la castration du cancer de prostate avec métastases osseuses symptomatiques après avoir vérifié que le patient n'est pas (plus) sous antiandrogènes.
Biphosphonates IV/3 semaines : Zometa® 4 mg
Chimiothérapie : taxane (Taxotère®), amélioration de la qualité de vie + augmentation de la survie de quelques mois (2-6 mois en fonction des études)
Soins palliatifs avec prise en charge pluridisciplinaire et traitement symptomatique