



# FORUM

POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

**groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon**  
vendredi 18 novembre 2022



# Programme

## **Dépistage et prévention des cancers de l'homme**

Dépistage et prévention du cancer colo-rectal (Dr S. Grimbert)

Dépistage et prévention du cancer de prostate (Pr P. Sèbe)

Dépistage des autres cancers masculins (Pr P. Sèbe)

## **Traitements personnalisés du cancer de prostate**

Chirurgie (Dr A. Colau)

Radiothérapie (Dr M. Kissel)

Traitements médicamenteux (Dr C. Serrate)

Surveillance (Pr P. Sèbe)

## **Briser les tabous du cancer**



# Dépistage et prévention du cancer colorectal



Dr Sylvie Grimbert

Service de gastroentérologie

# Introduction

- Le **cancer colorectal (CCR)** est une **tumeur maligne du côlon ou du rectum**.
- Il fait suite dans 60 % à 80 % des cas à une tumeur bénigne, appelée polype, qui peut correspondre histologiquement à un polype adénomateux ou à un polype festonné.
- La **durée de transformation d'un polype** en cancer est estimée de 5 à 10 ans.



# Incidence du cancer colorectal

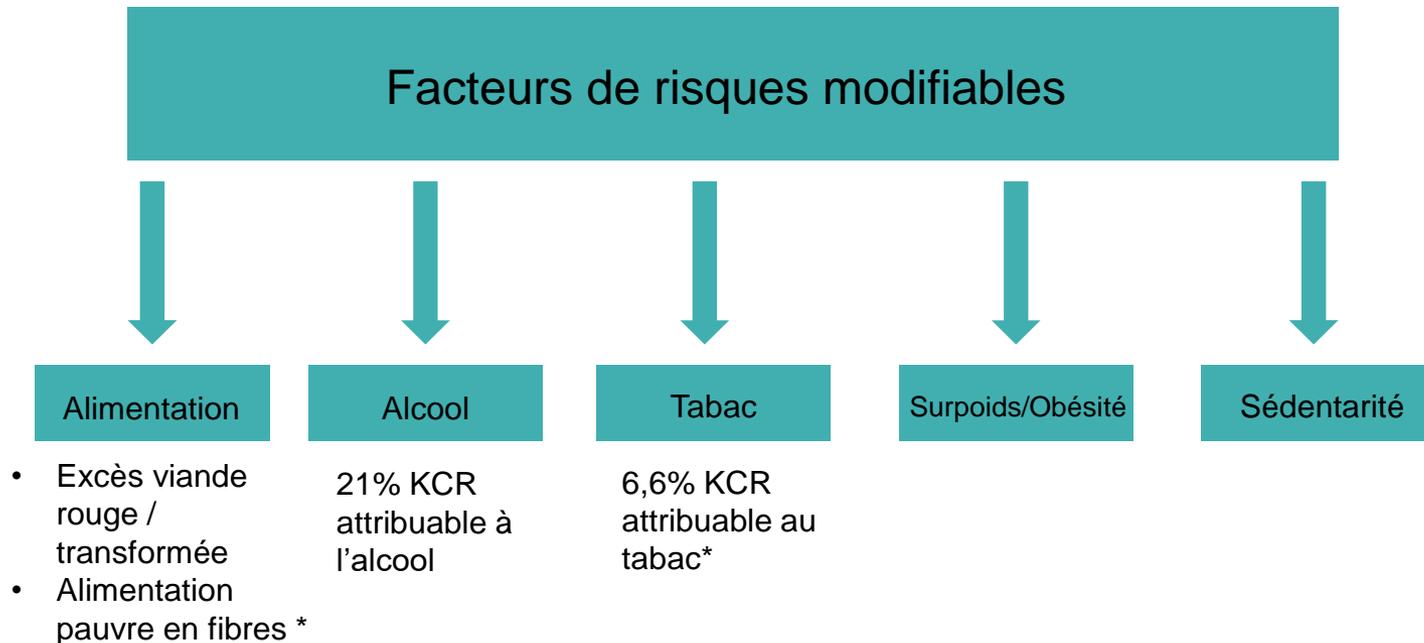
- 45 000 nouveaux cas par an (13% de tous les cancers) dont 54% surviennent chez H
- Parmi eux **65% localisés au colon.**
- 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez l'homme (2<sup>ème</sup> chez la femme)
- 2<sup>ème</sup> cause de décès chez l'homme (3<sup>ème</sup> cause chez la femme)
- Âge médian au diagnostic : 71-73 ans (Réseau français des registres du K FRANCIM )
- Survie nette standardisée à 5 ans : 63% / à 10 ans : 52% (tous stades confondus)
- Incidence stable chez la femme, en baisse chez l'homme
- Taux de mortalité en baisse

Données INCO 2022



# Facteurs prédisposant au cancer colorectal

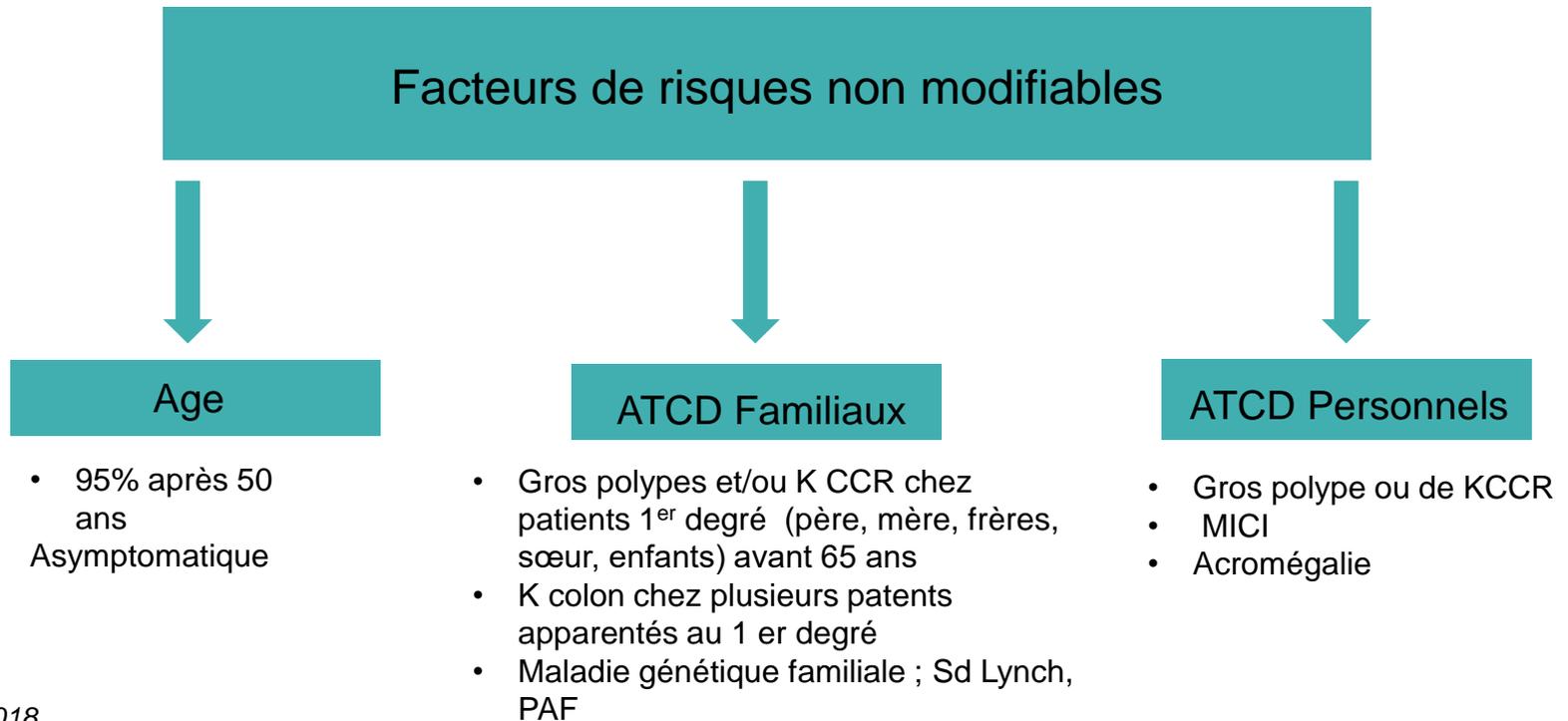
## Facteurs de risques (1)



\*CIRC 2018

# Facteurs prédisposant au cancer colorectal

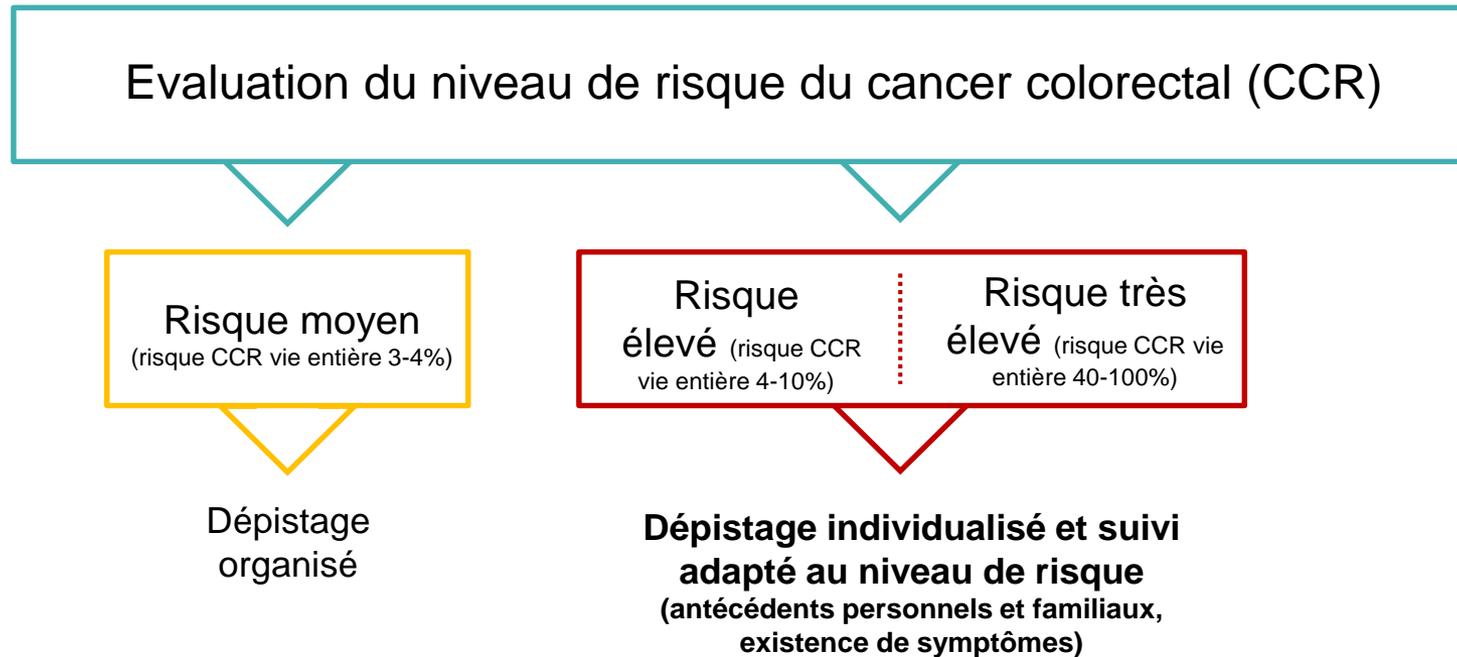
## Facteurs de risques (2)



\*CIRC 2018

# Les stratégies de dépistage du cancer colorectal

**Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage**



\*CIRC 2018



**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

# Dépistage organisé du cancer colorectal en pratique



## Depuis quand ?

- PNOD généralisé à tout le territoire depuis **2008**



## Pour qui ?

- Hommes et femmes de **50 à 74 ans à risque moyen** sans symptôme clinique et sans ATCD personnels ou familiaux de polypes et/ou de KCCR
- Absence de coloscopie < à 5 ans
- Absence de coloscanner ou de coloscopie incomplète + coloscanner < 2 ans



## Comment ?

- Test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans (test au Gaiac (HemocultII)) ou **test immunologique (FIT) depuis 2015**
- **Prise en charge à 100% par l'Assurance maladie**



## A quelle fréquence?

- Courrier envoyé par le CRCDC (Centre régional de coordination des dépistages du K) tous les 2 ans en cas de test précédent – et à 5 ans d'une coloscopie normale.
- 1ère relance postale à 4-5 mois maximum
- 2ème relance postale à 9-10 mois de la précédente invitation accompagnée d'un test si l'assuré a déjà participé à l'une des 3 campagnes précédentes.
- 20 millions de personnes invités au dépistage en France chaque année, 3 millions en IDF

# Dépistage organisé du cancer colorectal en pratique

## Qui remet le test à l'assuré?

- Un professionnel de santé après évaluation du niveau de risque
- Le CRCDC (centre de dépistage des K)
- Via la seconde relance si le patient a déjà participé à l'une des 3 campagnes précédentes.
- Sur demande de l'assuré, par téléphone ou mail après avoir vérifié son éligibilité par un petit questionnaire
- Par commande en ligne s'ils sont munis d'une invitation via une plateforme dédiée : [www.monkit.depistage-colorectal.fr](http://www.monkit.depistage-colorectal.fr)
-  Par les pharmaciens - à venir !

## Comment un professionnel de santé peut commander les kits de dépistage ?

- Ameli pro
- Auprès du CRCDC de son département

# Le kit de dépistage

Test spécifique de l'hémoglobine humaine

Un seul prélèvement de selles

Seuil : 30µgHb/g de selles (150 ngHb/ml)

Sensibilité : 70% (bon niveau de détection)

Spécificité : 96-98%

Faux négatifs: 0.15% - Faux positifs : 4%

Taux de positivité : 4% au seuil choisi

Le kit comporte 3 volets:

1. Le mode d'emploi
2. La fiche d'identification
3. Le mode de prélèvement

Date réalisation test, étiquette identification assuré, coordonnées MT ou centre qui a envoyé le test

 ***On détecte 2 fois plus de K CCR avec FIT que hemocult***

# Rôle du professionnel de santé

Sensibilisation, information, intérêt du dépistage



Remise du kit de dépistage (pour les personnes éligibles)

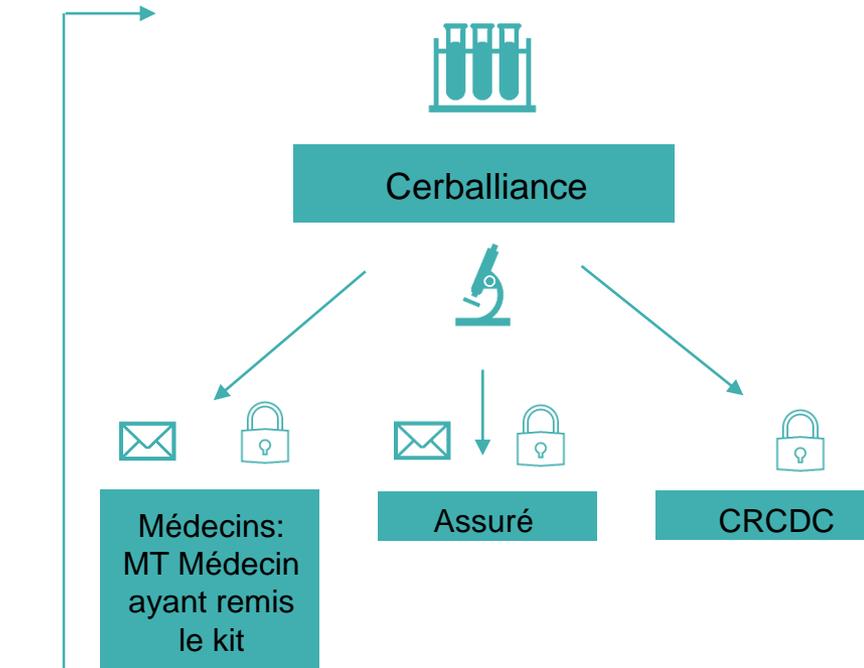


Explications: mode d'emploi, remplissage de la FI



Réalisations du test par le patient à domicile

- Enveloppe T retour: FI + tube dans sachet
- A expédier au plus tard 24h après réalisation prélèvement
- Éviter samedi et veille jour férié



# Conduite à tenir en fonction des résultats

## Test négatif ?

Nouvelle invitation à 2 ans (consultation médicale en cas de troubles digestifs sans délai)

## Test non analysable ?

Nouveau kit envoyé au domicile de l'assuré par Daklapack (fournisseur)

## Test positif ? (4%)

Orientation vers un gastro-entérologue pour coloscopie

- Délai recommandé: 13 jours
- Délai Val-de-Marne: 100 jours

## résultats clés du dépistage en 2020-21

- Près de 35 % de la population a réalisé un test de dépistage du cancer colorectal en 2020-2021
- Un chiffre en hausse par rapport à la période précédente (2018-2019)
- Mais toujours en-deçà du standard européen (45 %)
- Taux de participation plus élevé chez les femmes (35,7 %) que chez les hommes (33,5 %), qui augmente avec l'âge et varie selon les départements.
- **Suivi des positifs**

Le pourcentage de personnes confirmées positives par la coloscopie est de 52% au niveau plus important chez les hommes (57%) que chez les femmes (46,4%).

*Données HAS 2020*

# La coloscopie

- **La coloscopie est l'examen de référence pour l'exploration du colon car à la fois diagnostique et thérapeutique.**
- Pour réduire la prévalence des cancers, la coloscopie est largement considérée comme la référence pour la détection de tumeurs du côlon.
- **La résection de polypes coliques a permis une diminution de l'incidence et de la mortalité liée au CCR.**
- Le risque de complications graves liées à la coloscopie existe mais est rare.
- Le taux d'hémorragies et de perforations est d'environ 1 à 4,5 pour 1000 coloscopies réalisées

# La coloscopie

- **Coloscopie normale dans 40-50% cas**

Polype à bas risque

Polype à haut risque :

Adenome > 10 mm

Adenome festonné dysplasique

Dysplasie de haut grade



**50-55% cas**

**Cancer dans 3-5% des cas**

# Les limites de la coloscopie

- **Le résultat dépend**
  - de l'expertise de l'opérateur,
  - temps de retrait et la qualité de la préparation.
- Certains polypes ne sont pas détectés au cours des coloscopies responsables de la survenue de **CCR dit «d'intervalle »**.
- Le cancer d'intervalle correspond à un CCR découvert au-delà du 6ème mois après une coloscopie index et avant la 3ème ou la 5ème année de suivi.
- **Sa fréquence moyenne est estimée à (5%)** dont plus de 50% localisés au niveau colon droit.



**L'Intelligence artificielle est apparue comme une solution innovante pour relever le défi de la détection des polypes dans le colon.**

**Etude monocentrique randomisée réalisée sur 2000 patients dans le service de gastroentérologie pour savoir si l'IA**

Améliore la qualité des coloscopies de dépistage en augmentant le nb de polypes détectés.

# Conclusion

Le cancer colorectal est un cancer très fréquent

La prévention du K CCR passe par une modification de nos habitudes de vie

Plus le K CCR est détecté à un stade précoce plus les chances de guérison sont importantes

Le dépistage du K CCR fait appel à 2 procédures:

- Le programme de dépistage organisé
- Le dépistage individuel par la coloscopie.



Les données de la littérature suggèrent qu'un dépistage K CCR associant test immunologique (FIT) + coloscopie pourrait diminuer de 15 à 20% la mortalité liée à ce cancer si le taux de participation était de 50%



# Dépistage et prévention du cancer de prostate



Pr Philippe Sèbe

Service de chirurgie urologique

# Dépistage du cancer de prostate

## Controversé

- **Non recommandé** par la haute autorité de santé (HAS), même en cas de facteurs de risque
- Il n'est recommandé par aucune autorité sanitaire dans le monde.
- Recommandé par l'association française d'urologie (AFU) pour les hommes de 50 à 75 ans:
  - Examen clinique de la prostate et PSA total
  - 1 fois par an

## Controversé

**CANCER DE LA PROSTATE... NE PASSEZ PAS À UN DOIGT DU DIAGNOSTIC !**



**CANCER de la PROSTATE... pointons du DOIGT le risque de SURDIAGNOSTIC**



- Le dépistage permet de diagnostiquer une maladie asymptomatique, potentiellement peu ou pas évolutive.
- Mais les traitements entraînent des séquelles urinaires et sexuelles.

# Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

## Arguments en faveur du dépistage :

- Cancer de l'homme le plus fréquent : environ 50.000 nouveaux cas par an en France
  - 80 % des diagnostics à un stade localisé, sans symptôme
- Mortalité:
  - 8000 morts par an en France
  - 3<sup>ème</sup> rang de la mortalité par cancer
  - 80 % des décès > 75 ans
- Traitements efficaces au stade localisé:
  - Chirurgie
  - Radiothérapie

# Dépistage du cancer de prostate

Pourquoi cette controverse ?

## Arguments contre le dépistage :

- Problème diagnostic: les traitements de peuvent être bénéfiques que pour les patients qui ont des cellules cancéreuses susceptibles de se transformer en maladie appelée cancer.
- Problème du **surdiagnostic**

# Dépistage du cancer de prostate

## Pourquoi cette controverse ?

- Définition du **cancer** (site de l'INCA):

**Maladie** provoquée par:

1. La **transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive.**
2. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle **tumeur maligne.**
3. Les **cellules cancéreuses** ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur.
4. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (**métastase**).

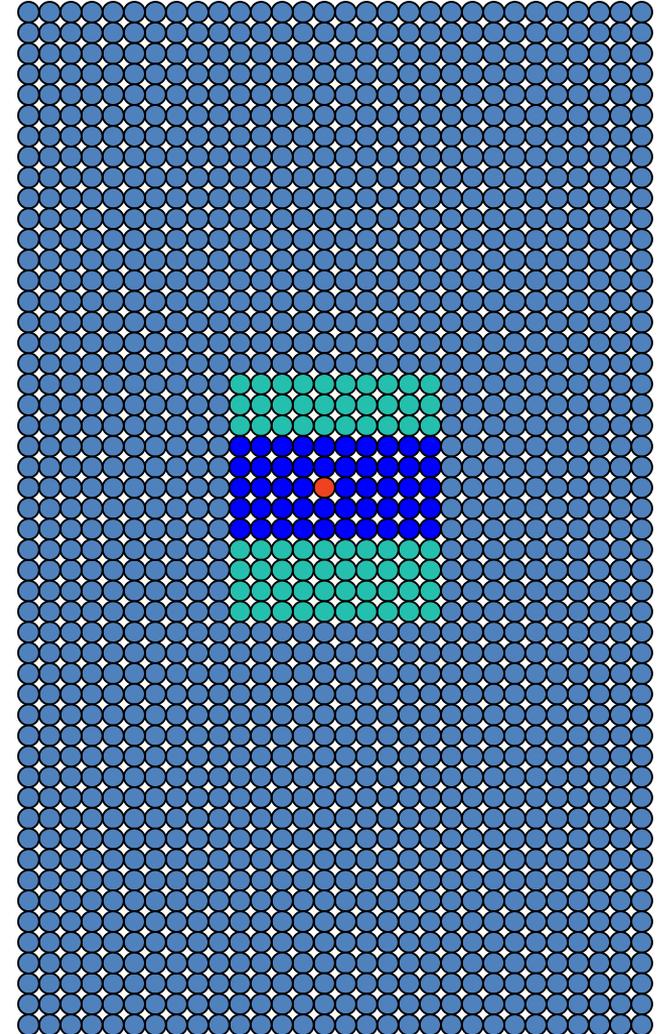
- **Toutes les cellules anormales dites cancéreuses évoluent-elles vers la maladie cancer ?**
- **Pour le cancer de la prostate: NON**



# Dépistage du cancer de prostate

## Pourquoi cette controverse ?

- Etude européenne (NEJM, 2009):
  - Pour prévenir 1 décès:
    - Dépister 1410 patients
    - Traiter 48 patients
  - Groupe dépisté:
    - Gleason  $\leq 6 = 72\%$



# Dépistage du cancer de prostate

## Les questions à se poser ?

- **Initiative individuelle: suis-je bien informé ?**
- **Si je souhaite le faire: à quel moment ?**
- **Même si la biopsie diagnostique un cancer, aurais-je la maladie ?**
  - **Est-ce bien un cancer ? Le diagnostic fait sur la biopsie est-il correct ?**
  - **Faut-il prendre un autre avis non pas sur le traitement à faire mais sur le diagnostic ?**

# Prévention du cancer de prostate

- Aucune mesure de prévention n'a été démontrée
- Mais:
  - Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque
- Alimentation équilibrée
- Activité physique régulière



# Dépistage des autres cancers



Pr Philippe Sèbe

Service de chirurgie urologique

# Dépistage des autres cancers

- **Pas de dépistage systématique mais des recommandations:**
- Avant 50 ans:
  - Cancer du testicule: palpation régulière avec réalisation d'une échographie en cas d'apparition d'un nodule ou d'une induration

# Dépistage des autres cancers

- **Pas de dépistage systématique mais des recommandations:**
- **Après 50 ans:**
  - Pour les fumeurs ou ceux qui boivent régulièrement de l'alcool:
    - Visite tous les deux ans chez l'ORL en vue d'un examen de la bouche, de la gorge et des cordes vocales
    - Scanner thoracique à faible dose

# Dépistage des autres cancers

- **Diagnostic précoce: consulter rapidement en cas de signes d'alerte:**
- Au niveau pulmonaire et ORL:
  - Répétition d'infections pulmonaires, une toux persistante, un essoufflement chronique, des crachats de sang, une modification de la voix, une tache étrange ou dure sur l'intérieur des lèvres ou la langue
- Au niveau urologique:
  - Présence de sang dans les urines
- Au niveau digestif:
  - Troubles du transit avec alternance de constipation et de diarrhées, du sang dans les selles

# Dépistage des autres cancers

- **Diagnostic précoce: consulter rapidement en cas de signes d'alerte:**
- Au niveau de la peau:
  - Méthode ABCDE: moyen mnémotechnique simple pour se souvenir des éléments à rechercher sur les **grains de beauté** :
  - **Asymétrie**
  - **Bords irréguliers** : des bords déchiquetés sont le signe d'un grain de beauté à surveiller.
  - **Couleur non homogène** : attention aux grains de beauté et aux taches qui mélangent plusieurs couleurs (brun, rouge, blanc, bleu ou bleu-noirâtre).
  - **Diamètre (> 6 mm de diamètre)**
  - **Évolution** : tout changement rapide



# Les Prostatectomies



Dr Alexandre Colau

Service de chirurgie urologique

# Rôle Clef de la chirurgie

- Ablation complète de la prostate et des vésicules séminales.
- Lymphadenectomie (curage).
- Anastomose urethro-vésicale.

# La qualité de la chirurgie est essentielle

- Contrôle carcinologique.
- Contrôle locale.
- Rôle de la lymphadenectomie.

**La chirurgie ne peut pas tout !**



**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

# La chirurgie a mauvaise presse!

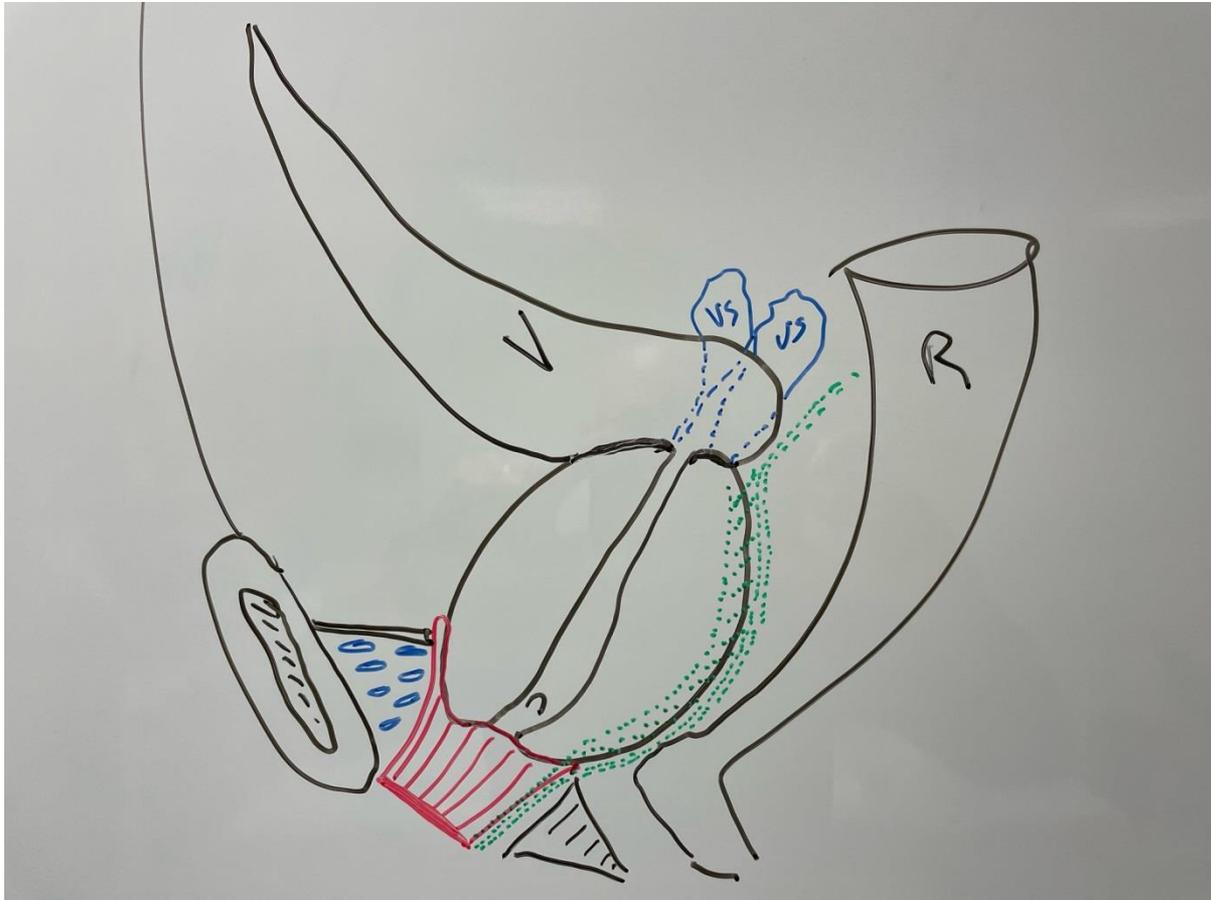
- Incontinence urinaire (< 10% à un an)
- Dysérection ( variable < 50% de novo)

## LOCALISATION DE LA TUMEUR



**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

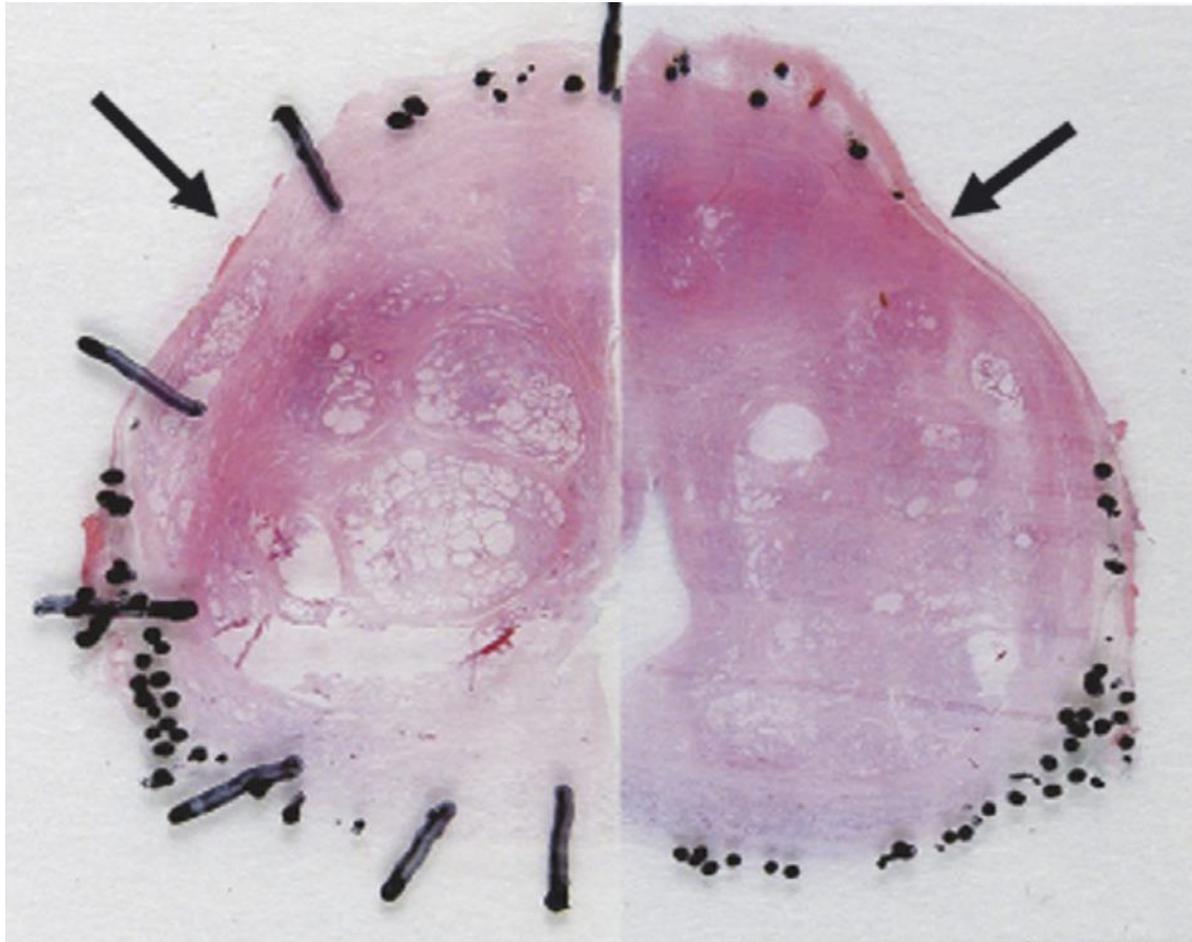
# Adapter le geste à la tumeur!





**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

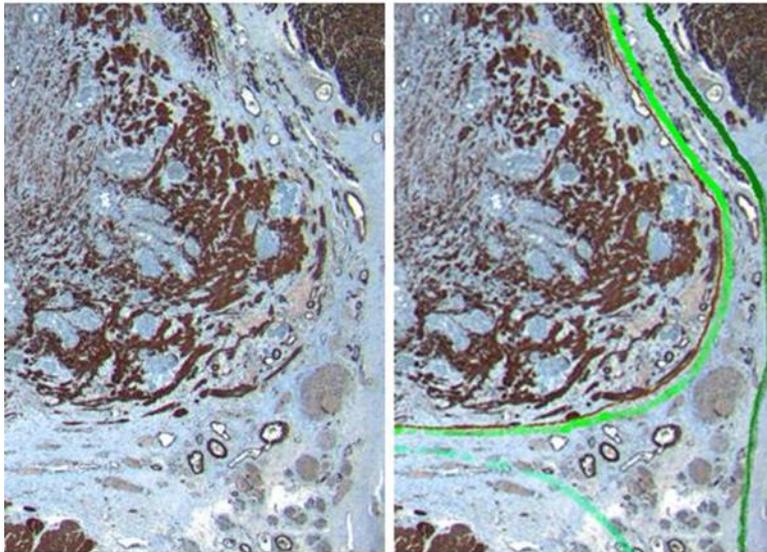
# Préservation neurologique





**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

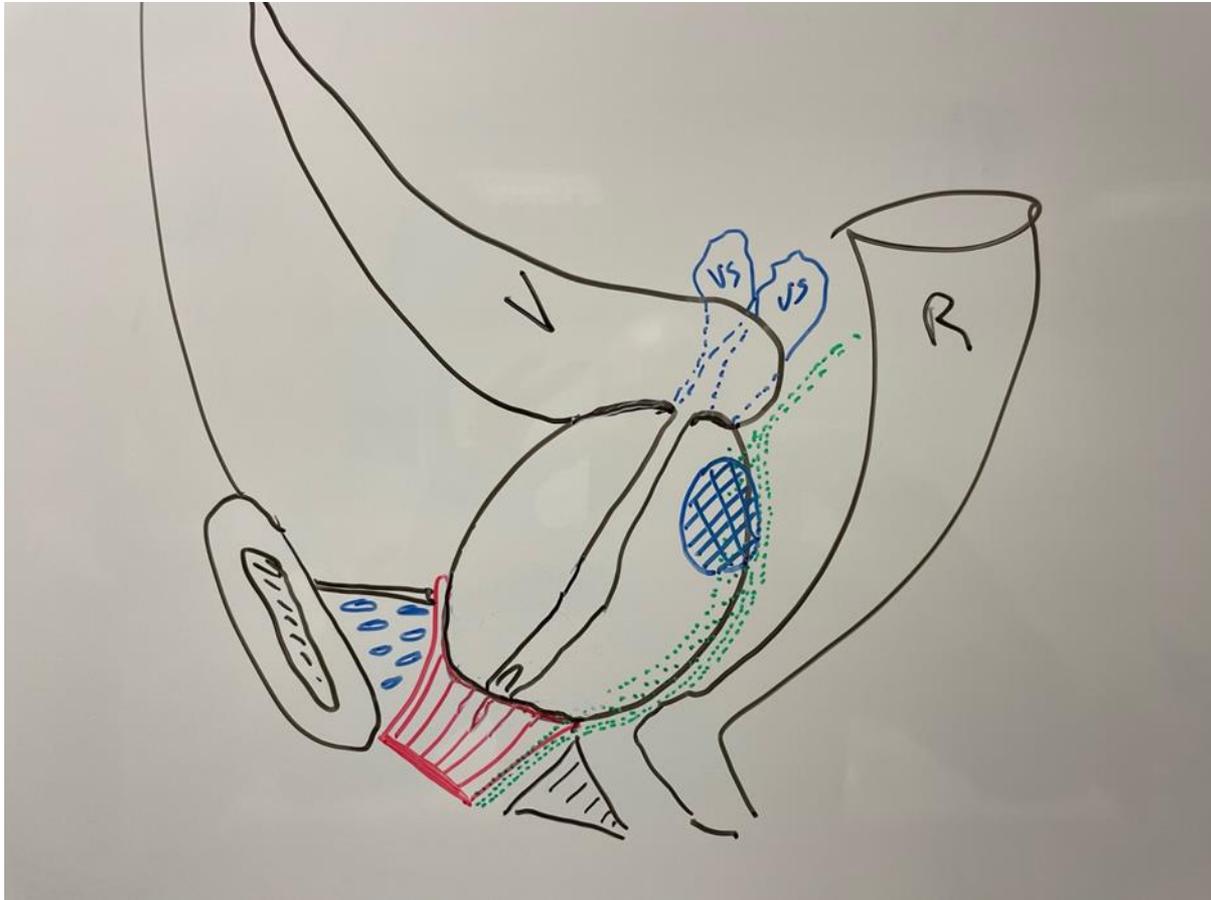
# Préservation neurologique



# Tumeur périphérique



# Tumeur périphérique

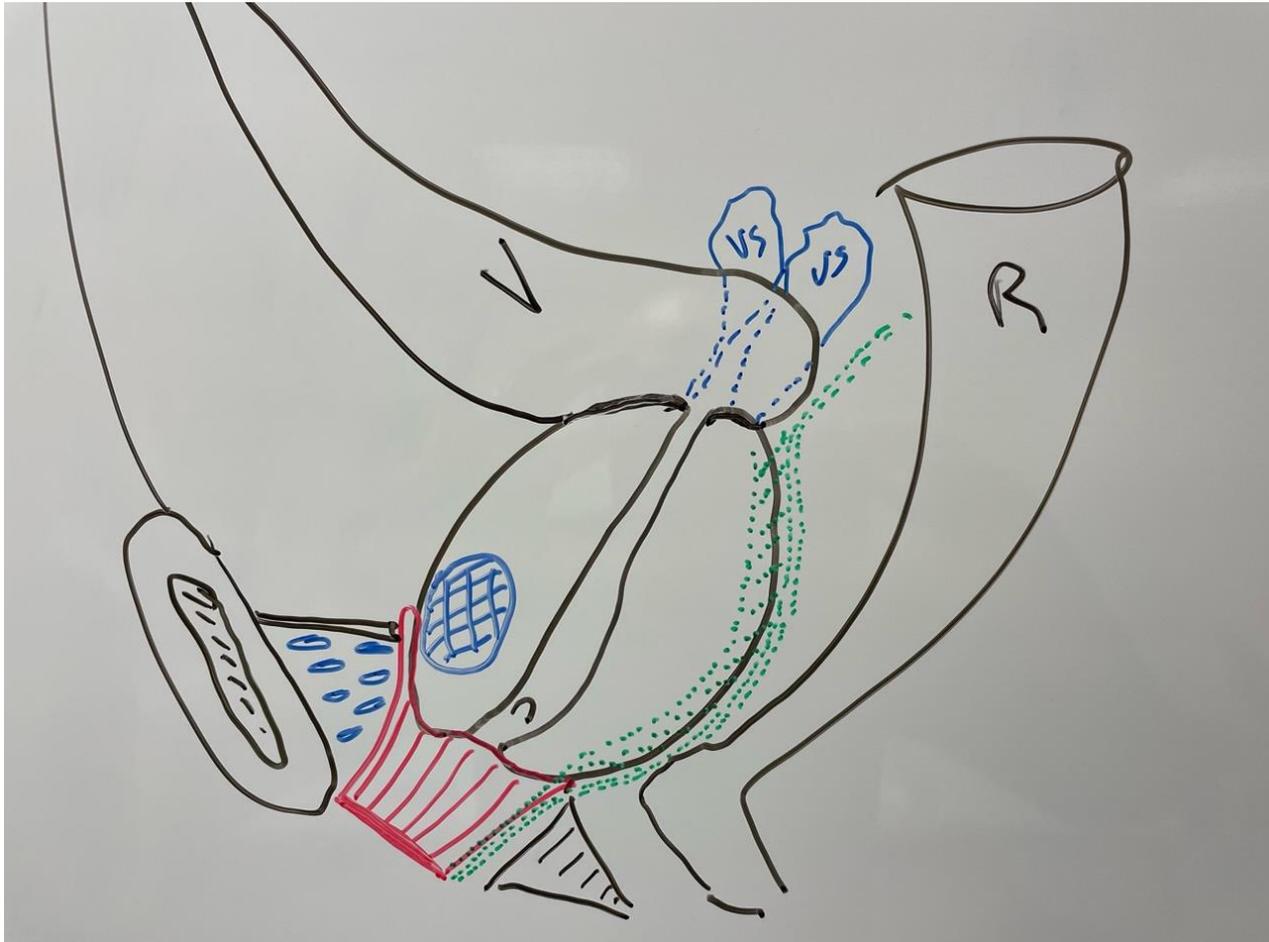


# Tumeur antérieure

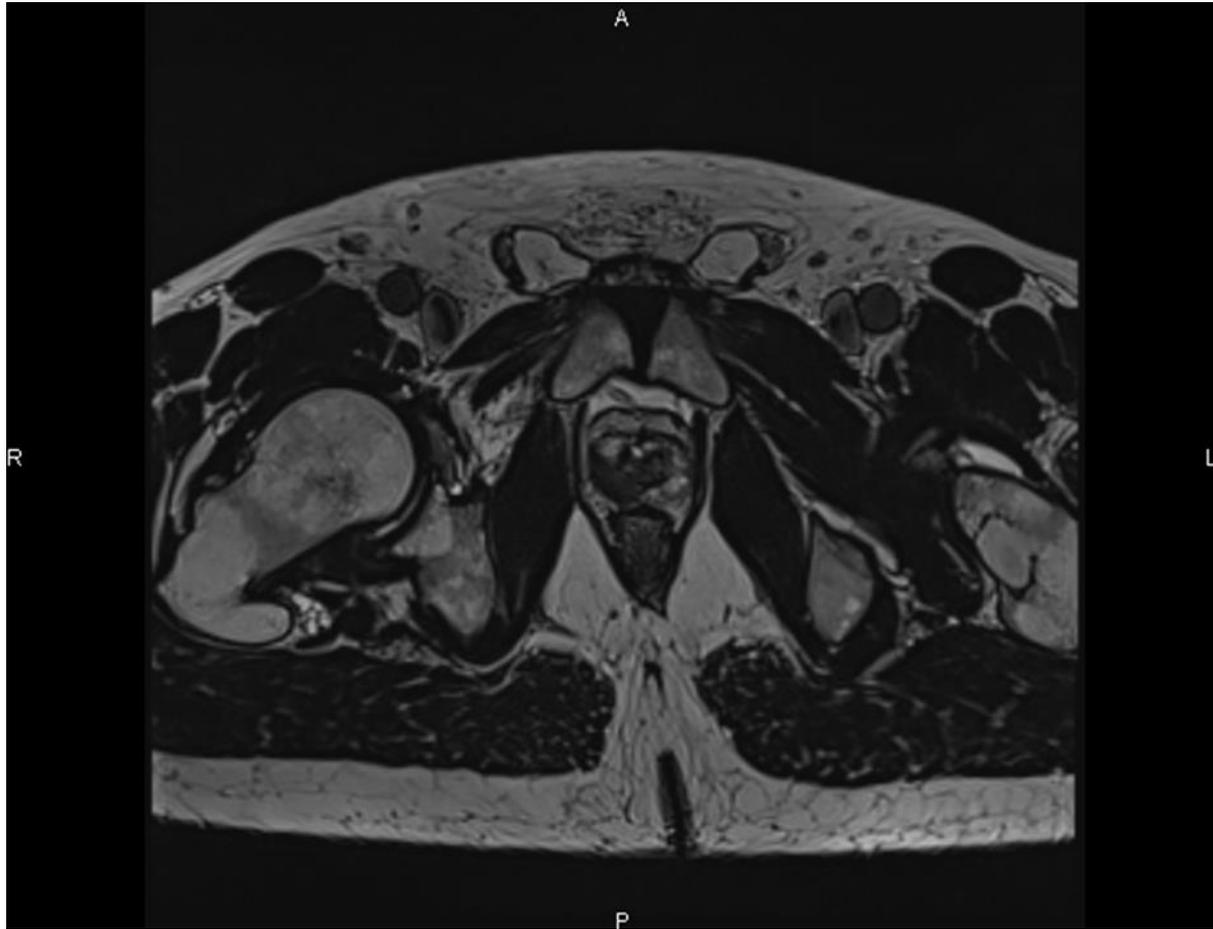




# Tumeur antérieure

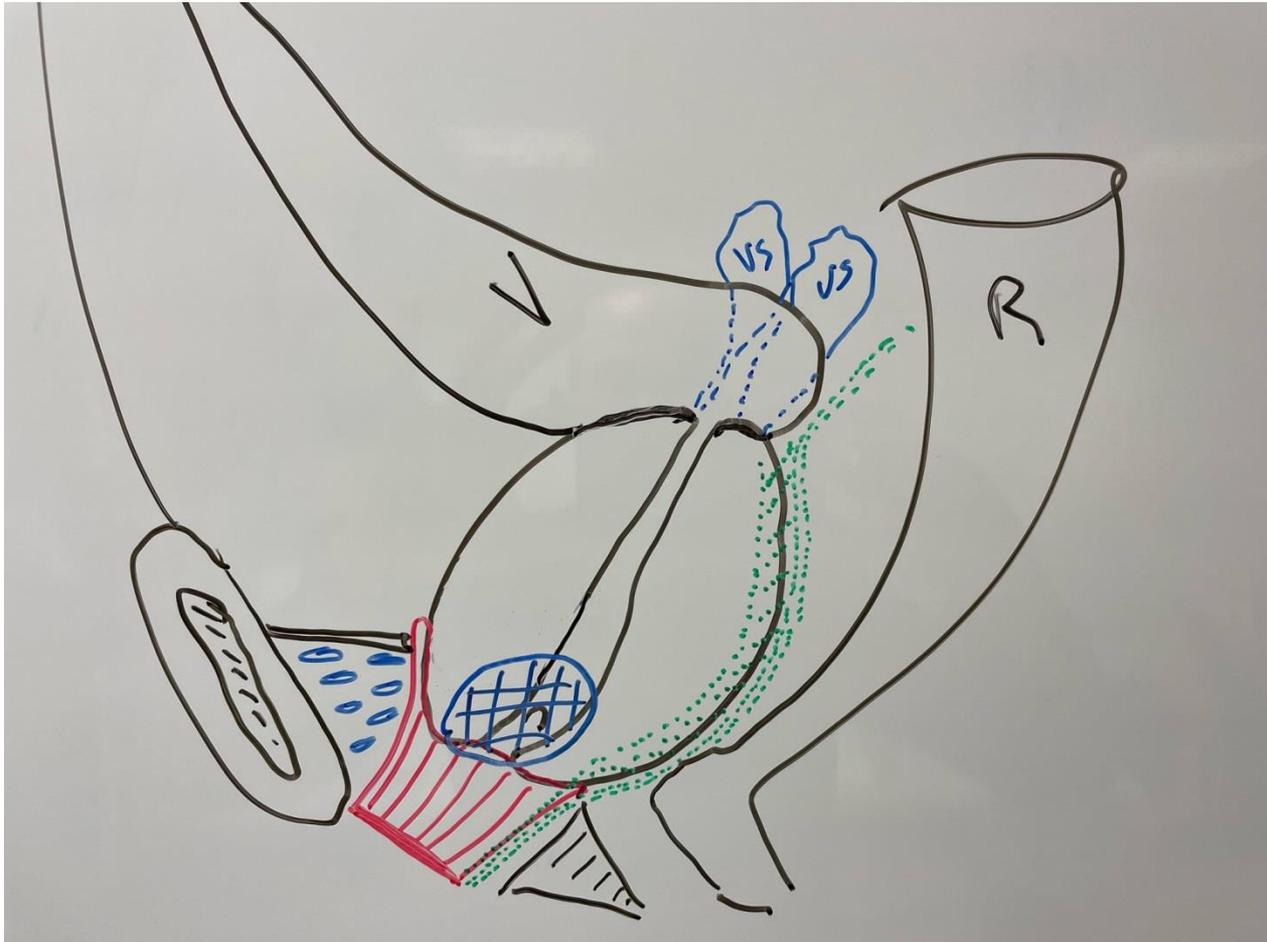


# Tumeur apicale





# Tumeur apicale



# Anatomie de la tumeur

- **TRAVAIL EN EQUIPE ⇔ Qualité chirurgicale**
- **RADIOLOGUE**
- **ANATOMO-PATHOLOGISTE**
- **CHIRURGIE**

Spécificité du GH pour la prise en charge des cancers de la prostate !



**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

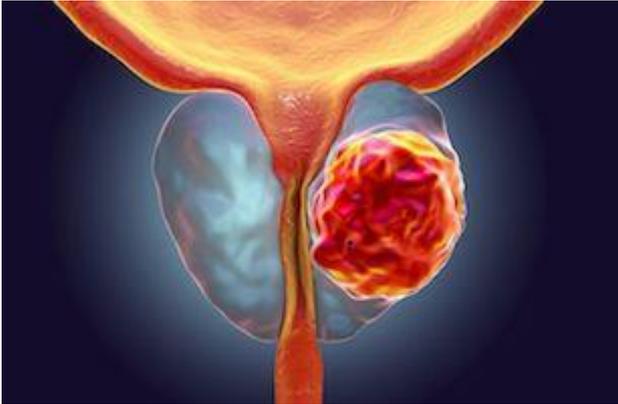
# Radiothérapie



Dr Manon Kissel

Institut Curie

# Introduction



- Cancer de prostate : cancer le plus fréquent chez l'homme
  - Environ 50000 cas par an
  - => dont environ 28000 traités par irradiation / an
  - Mortalité en constante diminution

- Irradiation : créé des lésions de l'ADN
  - Impacte également les cellules normales, mais qui ont la capacité de se réparer

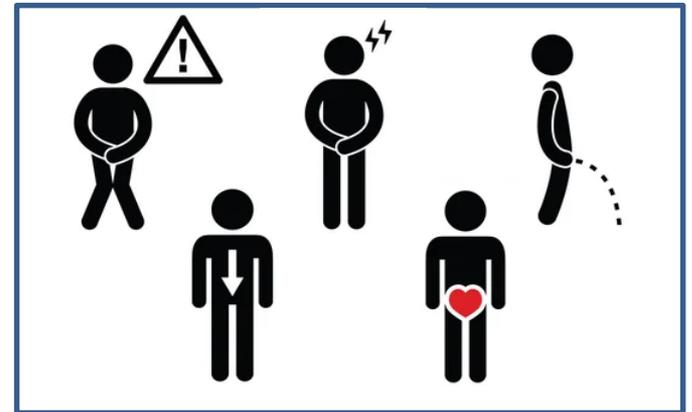


# Un mot sur la radiothérapie

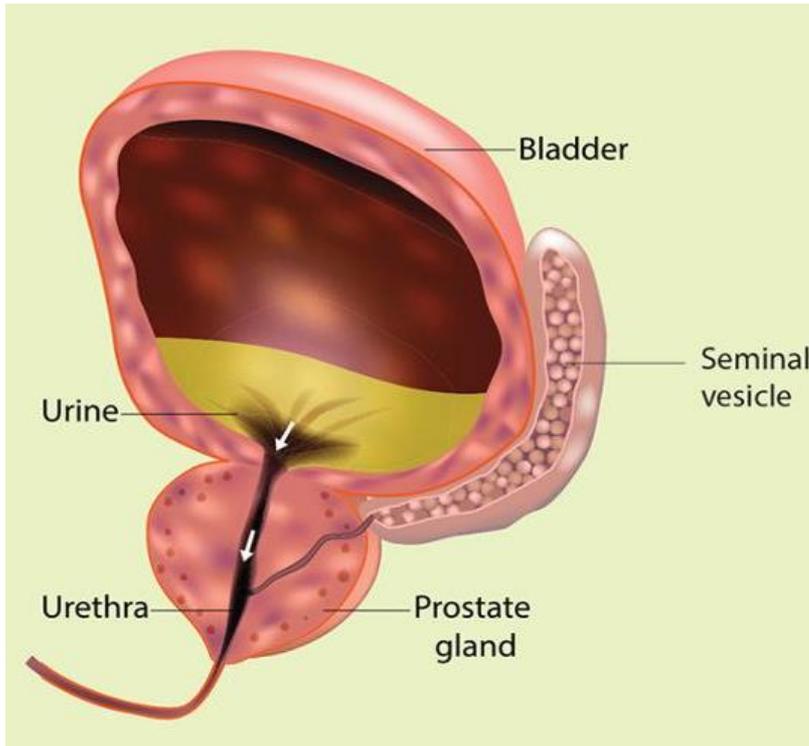


- Consiste à irradier avec des rayons de haute énergie la tumeur à travers la peau grâce à un appareil (radiothérapie externe)
- Débute par un scanner spécifique, dit de positionnement ou de simulation
- Dosimétrie
- Classiquement une séance par jour, du lundi au vendredi, sur 4 à 8 semaines
- Chaque séance dure quelques minutes seulement
- Indolore

- Effets secondaires :
  - Aigus : « coup de soleil » : brûlures urinaires, envies pressantes, difficultés à uriner, diarrhées, selles glaireuses, fatigue
  - Tardifs : « séquelles » : sang dans les selles ou dans les urines, envies pressantes, difficultés à uriner, dysfonction érectile, diminution des éjaculations



# Un mot sur la curiethérapie



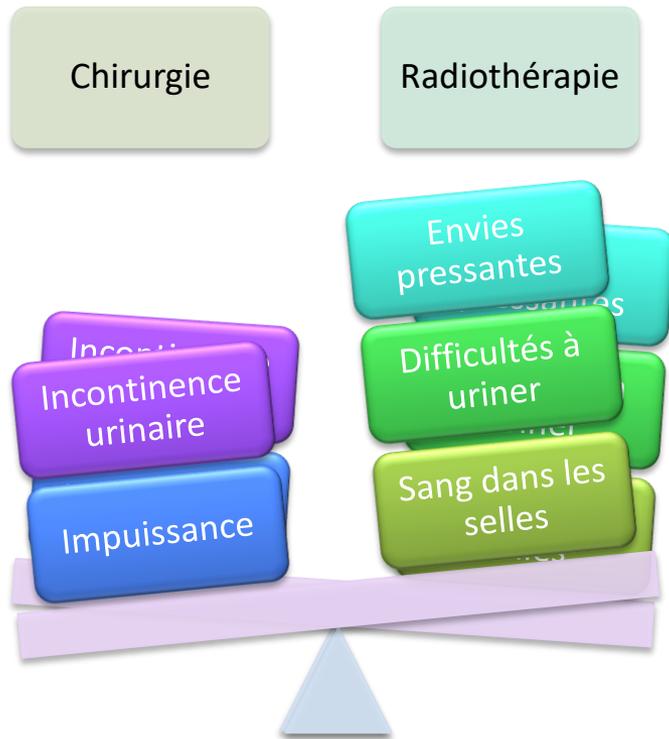
- Consiste à irradier la tumeur grâce à l'insertion d'implants radioactifs au contact de la lésion cancéreuse
- Procédure invasive (anesthésie générale)
- En une seule fois
- 2h-3h d'implantation au bloc opératoire
- Implantation sous contrôle échographique en temps réel de grains d'iode radioactifs
- Sortie le lendemain du geste
  
- Effets secondaires
  - les mêmes que la radiothérapie
  - phase difficile les 6 mois suivant la curiethérapie (symptômes irritatifs et obstructifs)
  - meilleure protection globale des organes sains autour de la prostate
  - meilleure préservation des érections au long terme

# Indications d'irradiation dans le cancer prostatique

- Cancer de prostate localisé :
  - Faible risque : radiothérapie ou curiethérapie
  - Risque intermédiaire faible : radiothérapie ou curiethérapie
  - Risque intermédiaire élevé : association d'une hormonothérapie pendant 6 mois avec radiothérapie ou radiothérapie + curiethérapie « boost »
  - Risque élevé : association d'une hormonothérapie pendant 18 à 36 mois avec radiothérapie ou radiothérapie + curiethérapie « boost »
  - En rattrapage après chirurgie : radiothérapie +/- hormonothérapie de 6 mois
  - En rattrapage après radiothérapie : radiothérapie stéréotaxique ou curiethérapie
- Cancer de prostate métastatique :
  - Faible nombre de métastases : radiothérapie de la prostate +/- des métastases
  - Nombre élevé de métastases : radiothérapie pour soulager les douleurs ou les symptômes



# Stratégies personnalisées de traitement incluant une irradiation



- Exemple du cancer localisé de risque intermédiaire faible :
- Toutes les options peuvent être possibles !
  - Surveillance active / chirurgie / radiothérapie / curiethérapie
  - Même efficacité pour toutes les options thérapeutiques, seuls les effets secondaires changent
- Tous les patients ne sont pas accessibles à toutes les options :
- Curiothérapie : nécessite une bonne fonction urinaire préalable, un volume prostatique < 60 mL et que la lésion soit bien placée
- Radiothérapie : à éviter si maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et certaines pathologies génétiques

# Stratégies personnalisées de traitement incluant une irradiation



Chirurgie

?

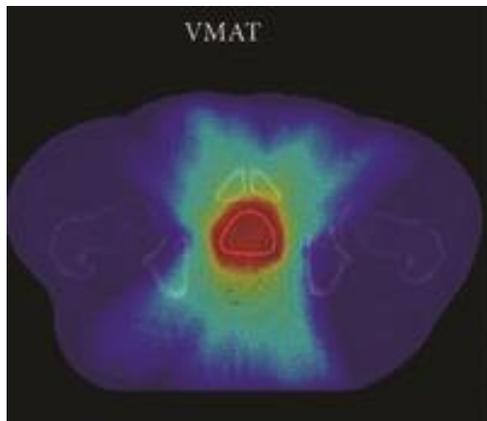
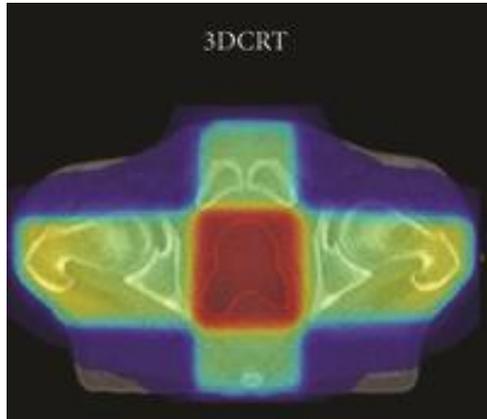
Radiothérapie



- Exemple du cancer localisé de risque intermédiaire faible :
- Toutes les options peuvent être possibles !
  - Surveillance active, chirurgie, radiothérapie, curiethérapie.
  - Même efficacité pour toutes les options thérapeutiques, seuls les effets secondaires changent
- Tous les patients ne sont pas accessibles à toutes les options :
- Curiothérapie : nécessite une bonne fonction urinaire préalable, un volume prostatique < 60 mL et que la lésion soit bien placée
- Radiothérapie : à éviter si maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et certaines pathologies génétiques

Au final : discussion initiale en RCP avec les différents spécialistes et surtout avec le patient !

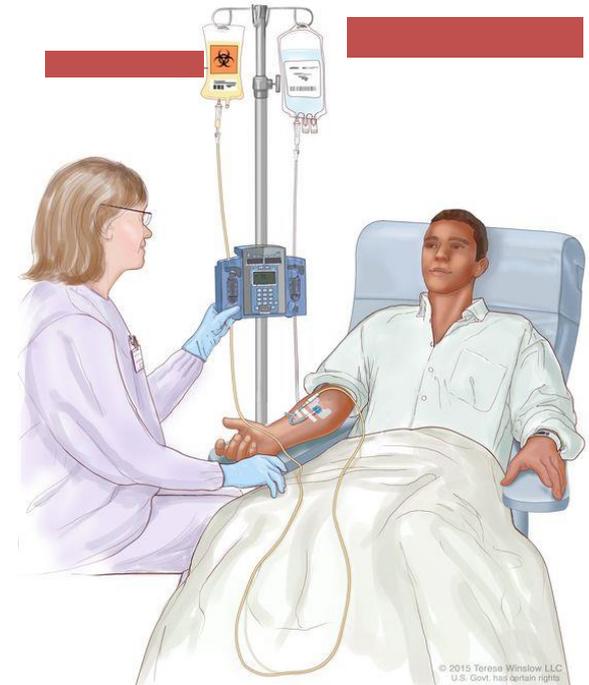
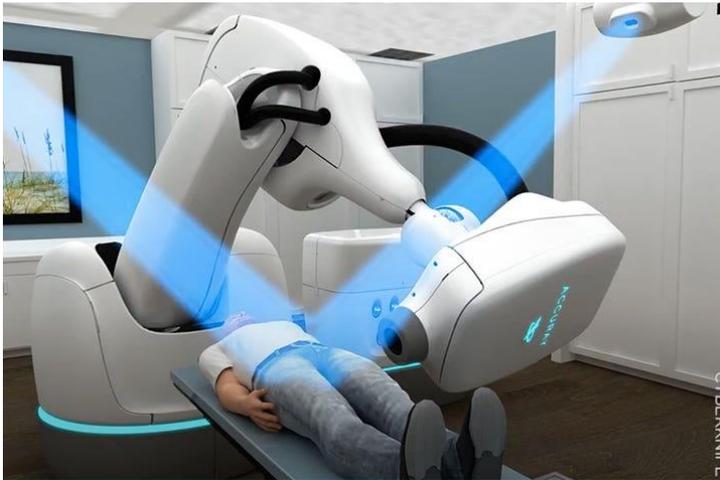
# Les évolutions dans l'irradiation prostatique



- Apport de l'IRM et des TEP scanners (Choline, Fluciclovine, PSMA)
- Radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT, VMAT, Tomothérapie)
- Radiothérapie guidée par l'image (radio puis scanner)
- Réduction du nombre de séances (de 40 à 20 puis à 5 !) = hypofractionnement
- Radiothérapie stéréotaxique
- Irradiation du primitif dans les cancers métastatiques
- Traitements focaux
- Radiothérapie interne vectorisée
- En curiethérapie : guidage par l'échographie, curiethérapie haut débit de dose avec optimisation inverse par ordinateur
- Pour les maladies à haut risque : association avec la chirurgie (traitement multimodal) ou avec les hormonothérapies de 2<sup>ème</sup> génération

# Perspectives d'avenir

- IRM-Linac (IRM embarquée sur la machine de radiothérapie)
- Stratégies ultra-personnalisées basées sur la génétique de la tumeur
- Traitements de plus en plus ciblés et précis
- Traitement des oligométastases
- Associations avec les traitements systémiques



# Conclusion

- Radiothérapie : peut intervenir à tous les stades de la maladie – de la maladie localisée peu agressive à la maladie multimétastatique
- Traitement sur mesure par excellence
- Beaucoup de progrès sur les dernières décennies
- La curiethérapie : technique séculaire avec de bons résultats mais disponible uniquement dans une minorité de centres
- Stratégies de plus en plus personnalisées, adaptées au risque d'évolution de la maladie, à mettre en balance avec les effets secondaires possibles





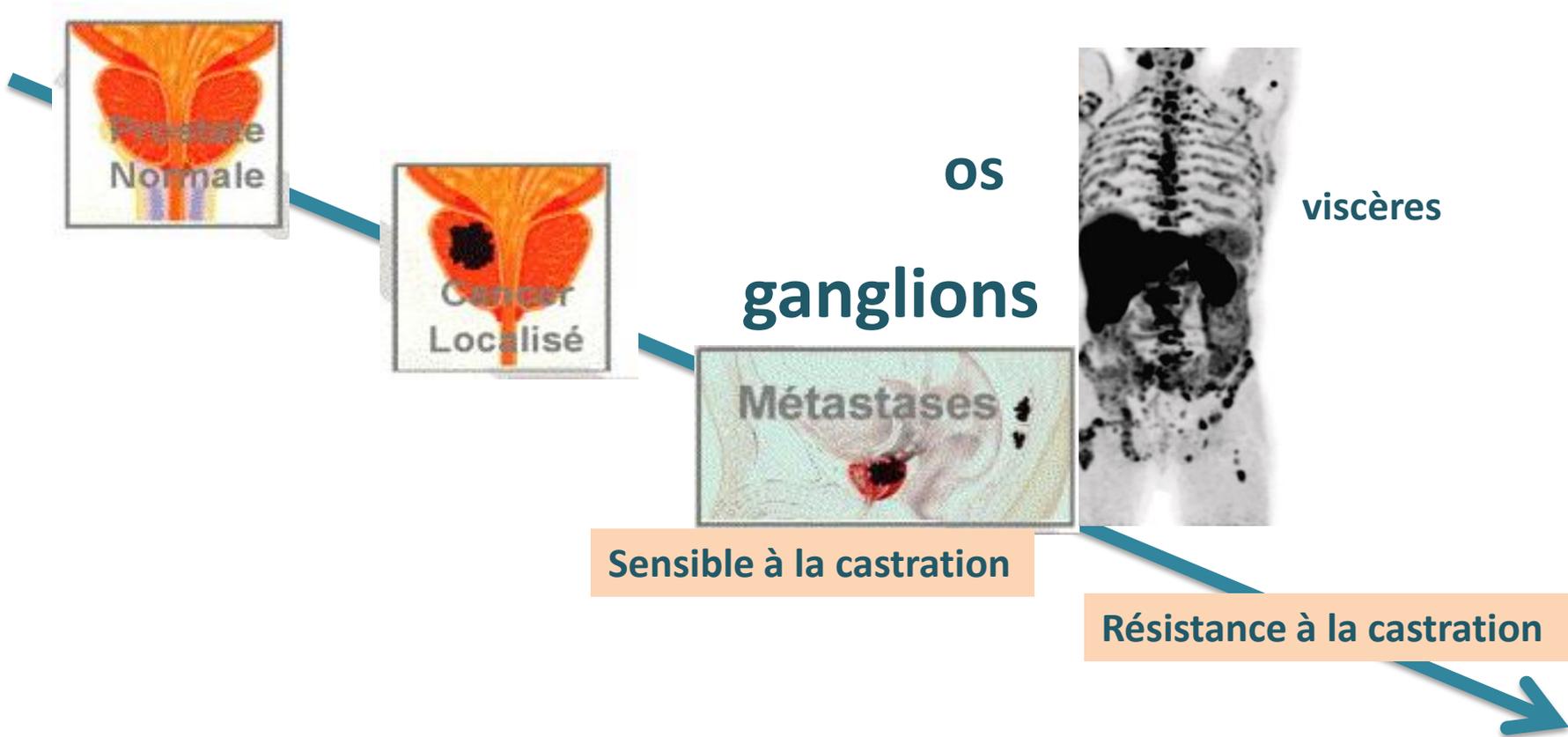
# Traitements médicaux du cancer de prostate métastatique



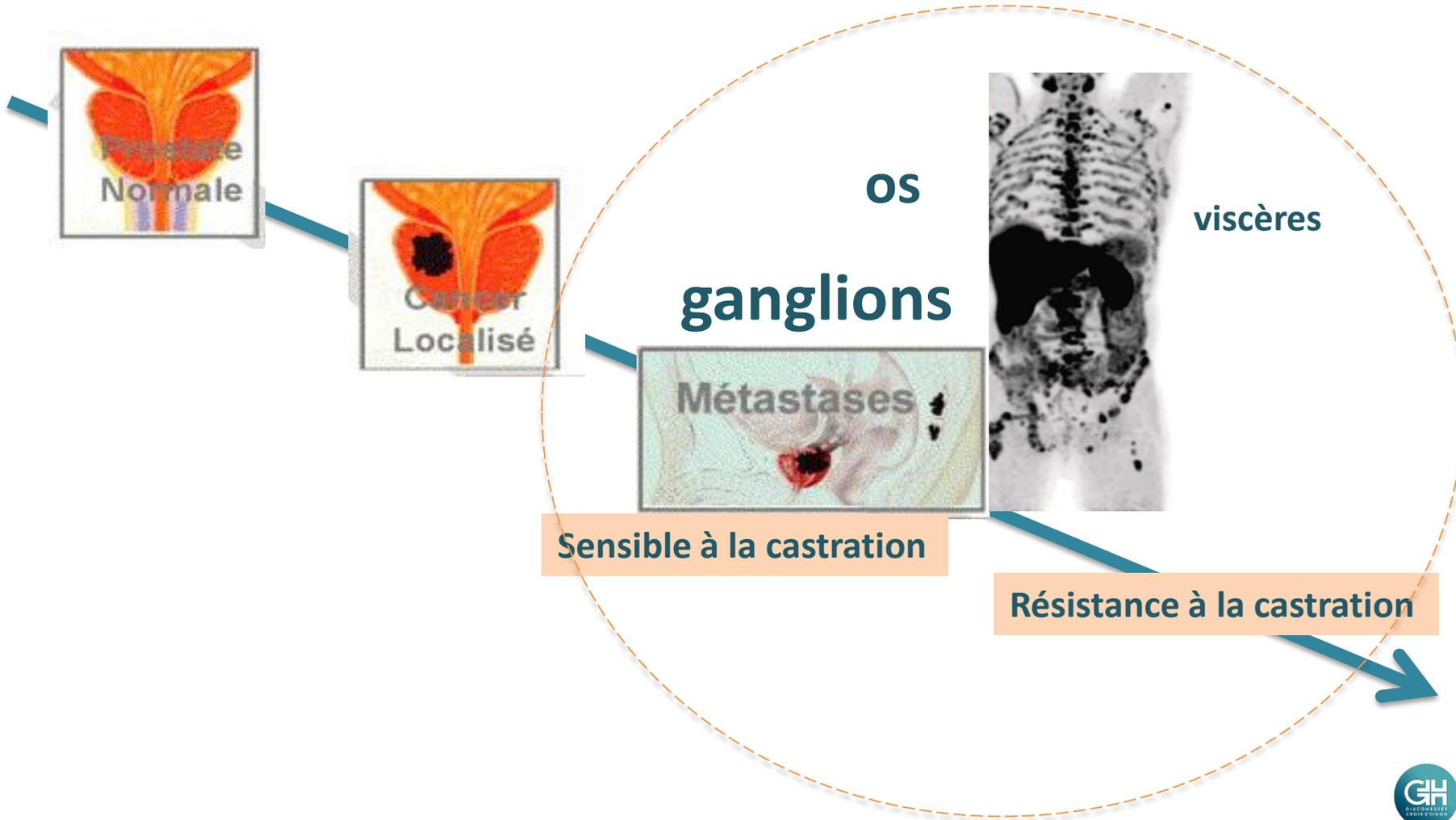
Dr Camille Serrate

Service d'oncologie médicale

# Histoire naturelle du cancer de prostate

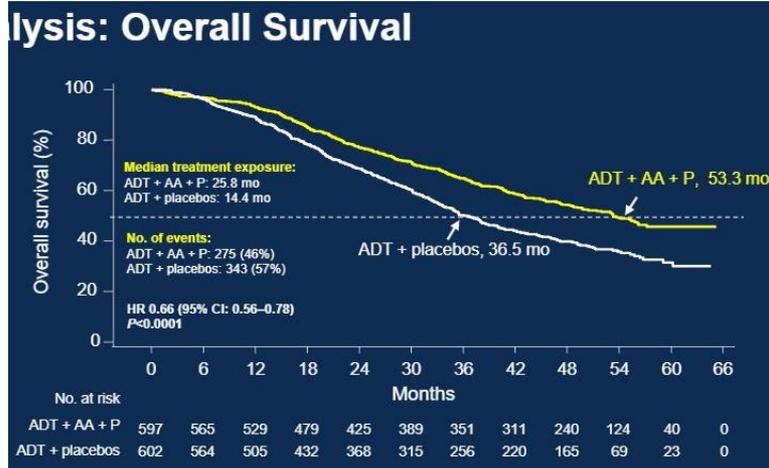


# Histoire naturelle du cancer de prostate



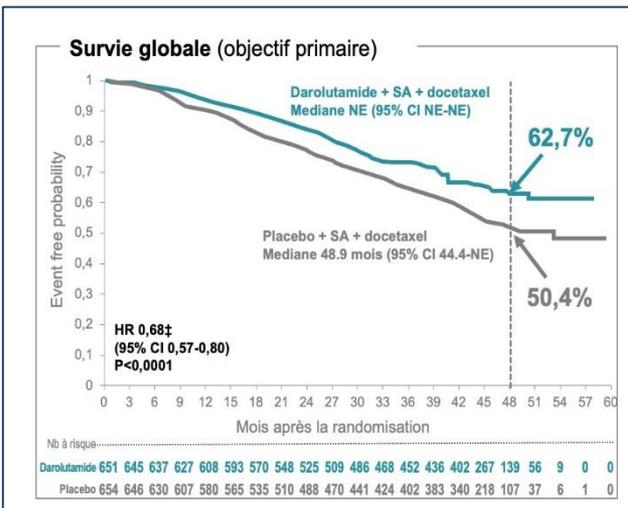
# Progrès thérapeutique

## Amélioration de la survie des patients et de la qualité de vie



Nouveaux médicaments

Essai LATITUDE Esmo 2019



Nouvelles stratégies

Essai ARASENS Esmo 2022

Hier

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Chimiothérapie  
docétaxel

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Chimiothérapie  
docétaxel

Hormonothérapie  
Nouvelle génération

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie  
docétaxel

Hormonothérapie  
Nouvelle génération

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie  
docétaxel

Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Cabazitaxel

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie

PARP

Inhibiteurs

Si mutations BRCA

Chimiothérapie  
radiation

Cabazitaxel

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique

Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie

PARP

Inhib Luthétium

Si mu PSMA

Cabazitaxel

rapie  
ration

# Nouveaux traitements

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique

Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie

PARP

Inhib Luthétium  
Si mu PSMA A rapie

Denosumab

# Nouvelles stratégies

Aujourd'hui

Maladie sensible à la castration

Résistance

Blocage androgénique



Hormonothérapie  
Nouvelle génération

Chimiothérapie  
docétaxel

Chimiothérapie

PARP

Inhib

Si mu

Luthétium

PSMA

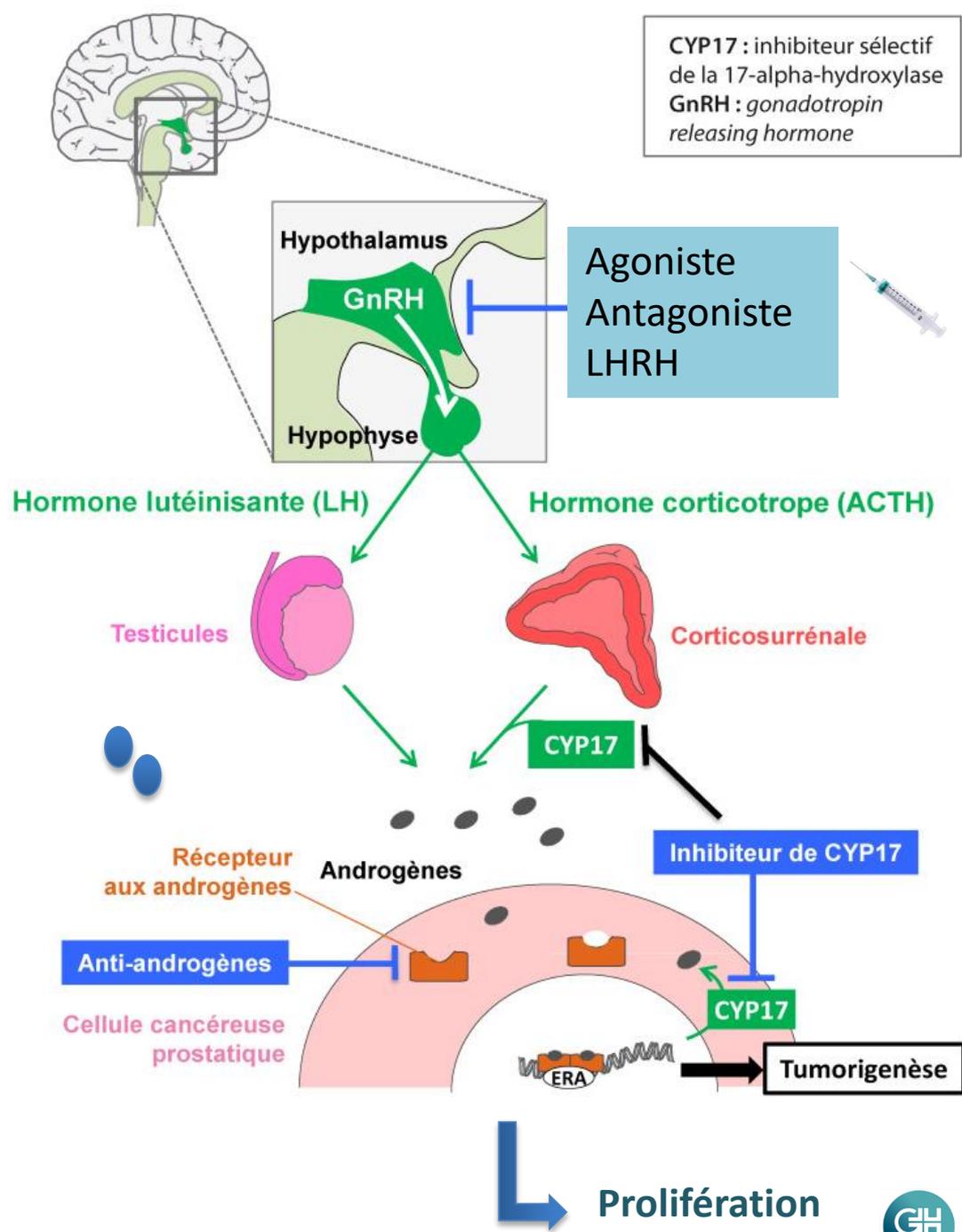
Denosumab

rapie  
ration

# Blocage androgénique



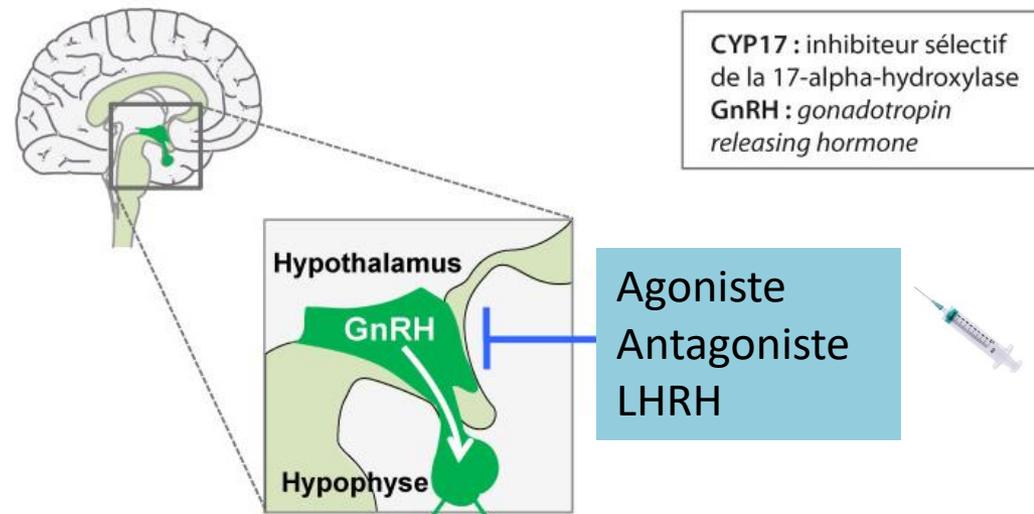
↓ **testostéronémie**



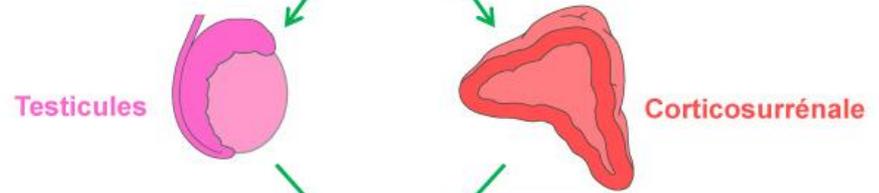
# Blocage androgénique



CYP17 : inhibiteur sélectif de la 17-alpha-hydroxylase  
GnRH : gonadotropin releasing hormone



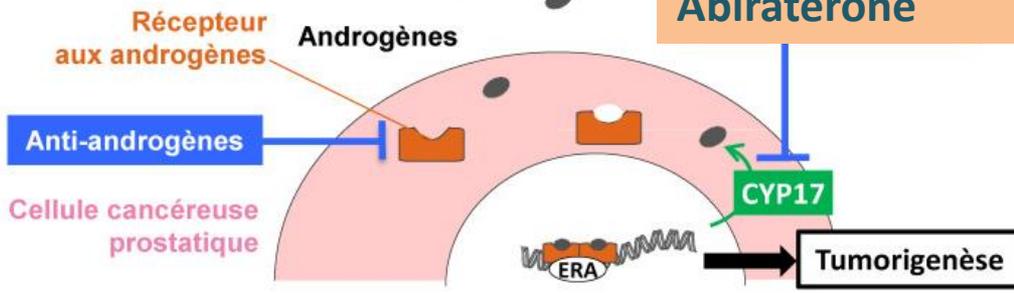
Hormone lutéinisante (LH)      Hormone corticotrope (ACTH)



Hormonothérapie  
Nouvelle génération



Abiraterone

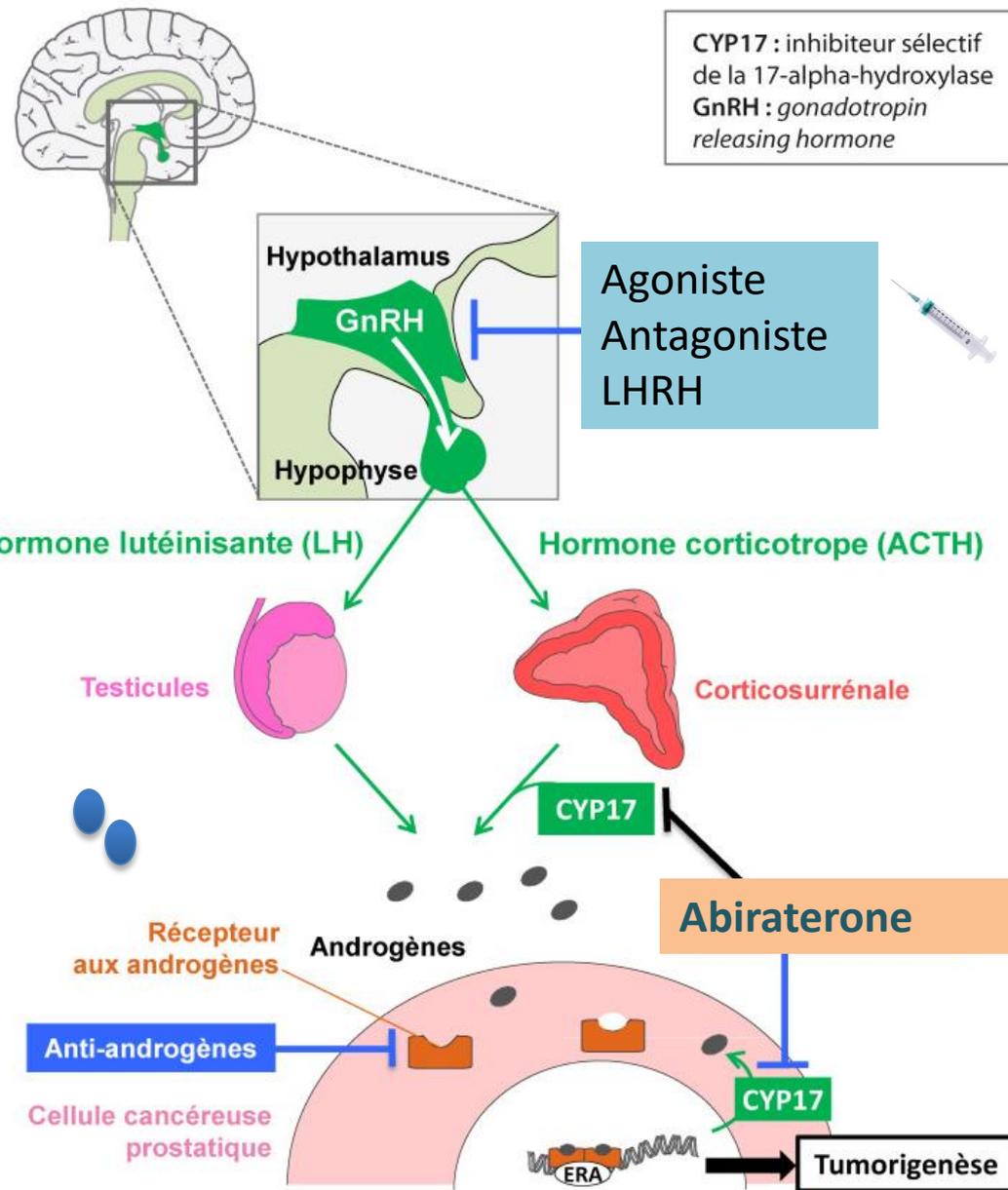


Enzalutamide, Apalutamide  
Darolutamide

Prolifération



# Blocage androgénique



CYP17 : inhibiteur sélectif de la 17-alpha-hydroxylase  
GnRH : gonadotropin releasing hormone

**Hormonothérapie Nouvelle génération**



**Enzalutamide, Apalutamide  
Darolutamide**



**Chimiothérapie**

**Inhibiteurs de PARP  
Si mutation**

**Lu-PSMA  
RT métabolique**

# Nouvelles stratégies

Maladie sensible à la castration

Résistance

**BON**  
pronostic

RT primitif

HNG

+/-

CT

HNG

CT

Lu

PARP i

Denosumab

**MAUVAIS**

CT 5 mois

HNG

+/-

CT

HNG

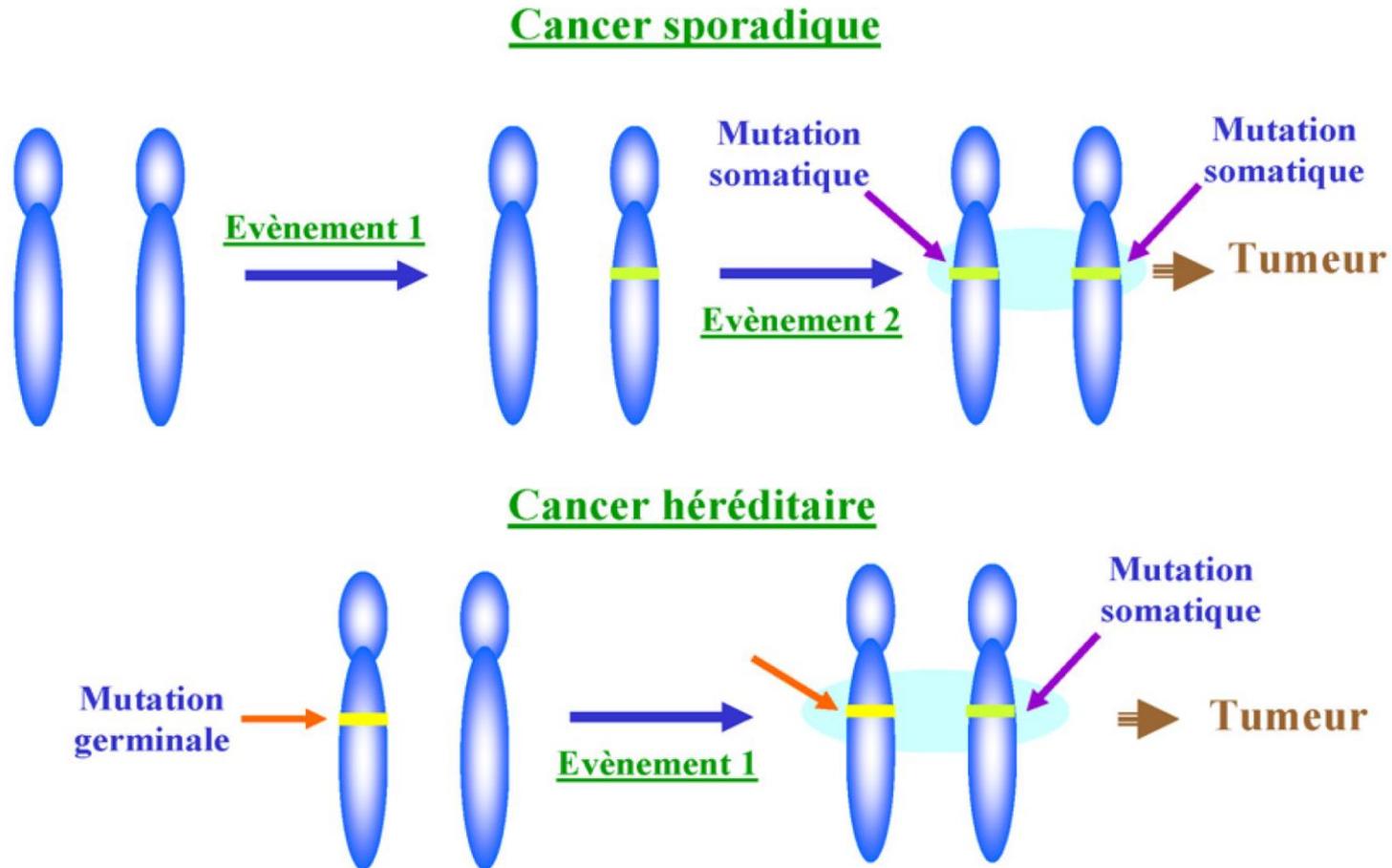
CT

Lu

PARP i

Denosumab

# Place de l'oncogénétique



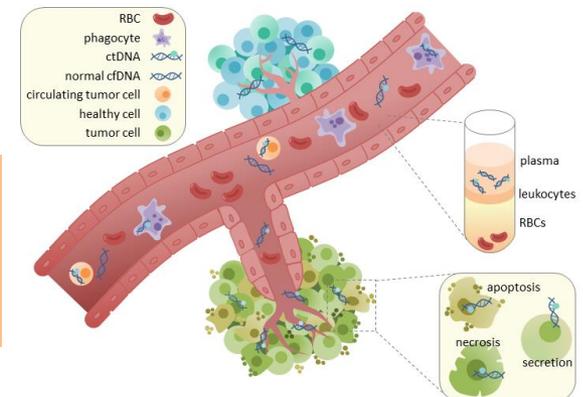
# Place de l'oncogénétique

**BRCA = gènes de réparation de l'ADN cellulaire  
15 % des patients auront cette mutation**

**Recherche de mutation chez tous les patients métastatiques**

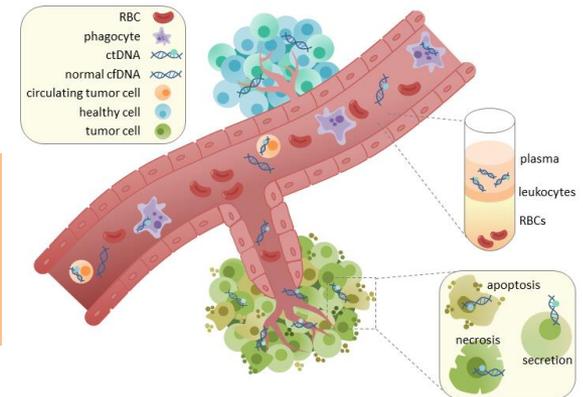
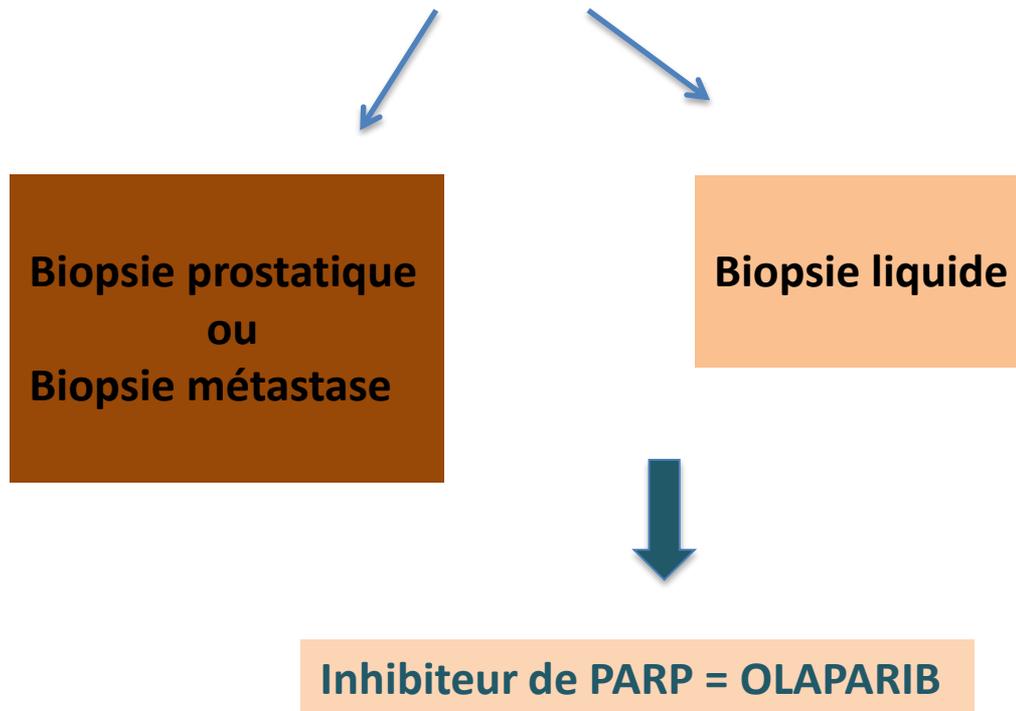
**Biopsie prostatique  
OU  
Biopsie métastase**

**Biopsie liquide**



# Place de l'oncogénétique

Recherche de mutation chez tous les patients métastatiques

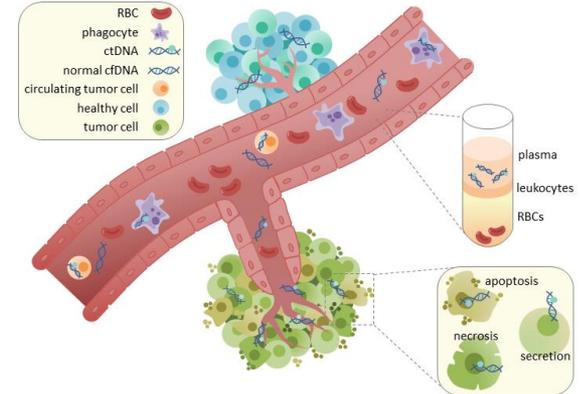


# Place de l'oncogénétique

Recherche de mutation chez tous les patients métastatiques

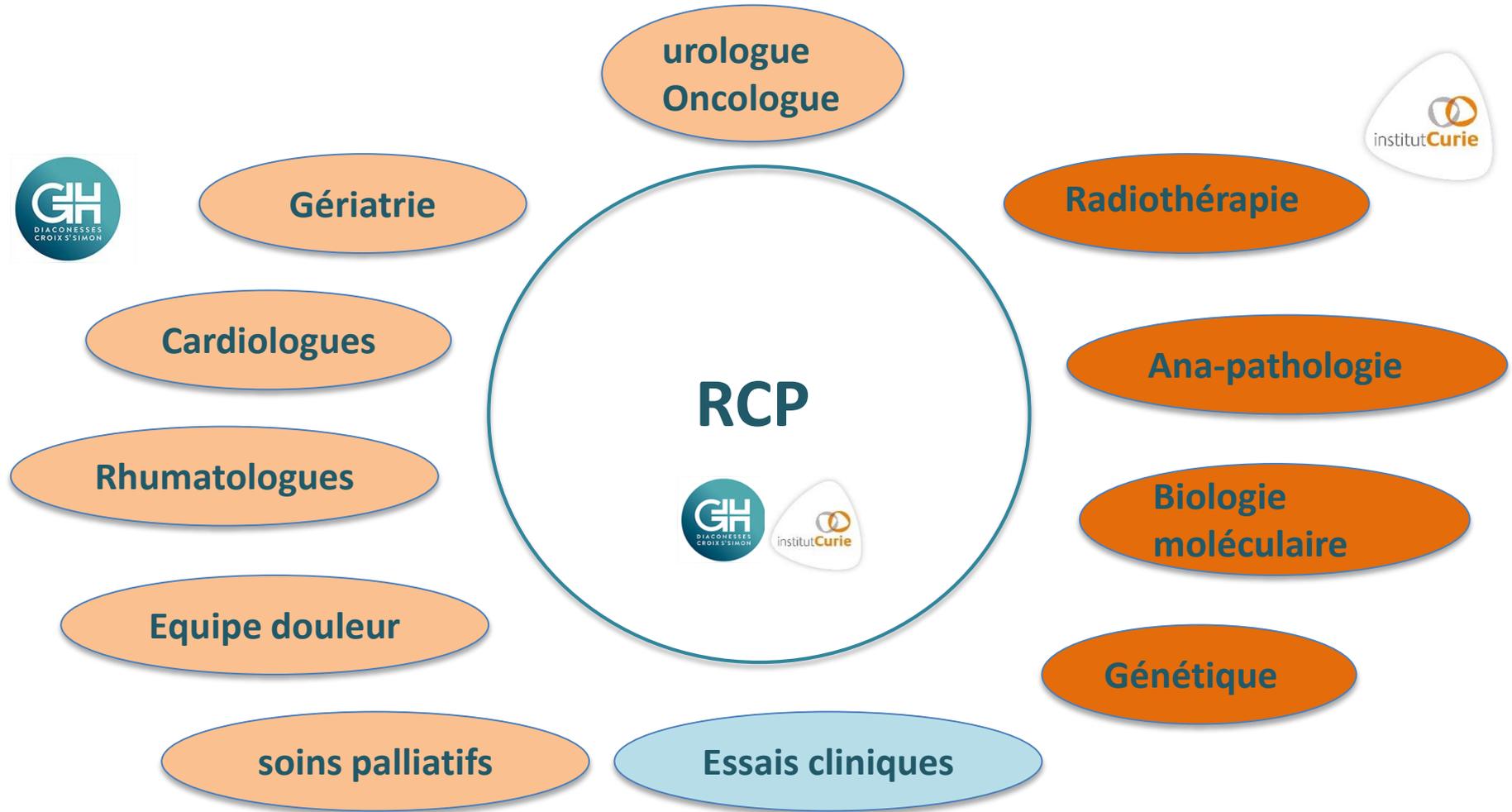
Biopsie prostatique  
OU  
Biopsie métastase

Biopsie liquide



Inhibiteur de PARP = OLAPARIB

Identification de prédisposition familiale  
Cancer sein / prostate / ovaire / pancréas





# La surveillance active dans le cancer de prostate



Pr Philippe Sèbe

Service de chirurgie urologique



# Principe de la surveillance active

- **Utiliser le temps pour sélectionner les patients avec des cancers évolutifs**
- **Traitement réservé aux formes non agressives (25% des diagnostics)**
- **C'est un traitement avec des examens invasifs :**
  - Répétition des examens: toucher rectal, PSA, IRM de prostate
  - Répétitions des biopsies
  - Pour s'assurer qu'il n' y a pas d'évolution
- **Eviter les séquelles urinaires, sexuelles, psychologiques et sociales des traitements par chirurgie et radiothérapie sans perte de chance**

# Surveillance active

- **Résultats:**
  - Survie spécifique à 10 ans= 98 à 100%
  - 5 ans après le diagnostic, 60 à 70 % des patients sont encore en surveillance
  - 20 % de traitements secondaires dans notre expérience (PRIAS)
- **Attitude recommandée, en constante augmentation**
- **Bien informer les patients**

## Les questions à se poser ?

- **Après le diagnostic d'un cancer de prostate, 2 questions essentielles:**
  - **Ai-je bien un cancer susceptible d'évoluer ?**
  - **Faut-il le traiter ?**
- **L'expertise commence dès le diagnostic**



**FORUM**  
POUR LA SANTÉ  
DES HOMMES

**Merci pour votre  
attention**

