

# Le cancer de la prostate chez l'homme de 55 ans et l'homme de 80 ANS

*L'âge modifie-t-il le choix thérapeutique?*

*UROBEL – BAU 7 décembre 2018*

Docteur Julien Van Damme

Christine Remacle

Infirmière Coordinatrice de Soins en Oncologie



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Constat

- *“ ...55 ans, il est jeune, il faut lui faire de la chir...”*
- *“...il tient à sa fonction érectile. Il a une jeune épouse. Il déprime depuis qu’il a reçu son diagnostic...”*
- *“...Si c’était moi, on l’enlève, il y a quand même plus de chance de guérison...!”*
- *“Si on l’enlève, on a toujours la radiothérapie en cas de récurrence, ...”*
- *“Après un traitement de radiothérapie, l’opération est difficile sur un ‘terrain bétonné’...”*
- *“A quatre vingt ans, mais qu’on le laisse tranquille...”*
- *“Oui mais attend...y a quand même les guidelines...”*
- *“Quelle est son espérance s-de vie..”*



# Questions à se poser

- Quels sont les besoins en informations des professionnels de la santé ?



# Questions à se poser

## *A l'annonce d'un diagnostic de cancer de la prostate*

- Quels sont les besoins en informations du patient âgé de 55 ans?
- Quels sont les besoins en informations du patient âgé de 80 ans?
- Que comprend-il au sujet de sa maladie?
- Que comprend-il au sujet de son traitement?
- Quelles sont ses préoccupations prioritaires?



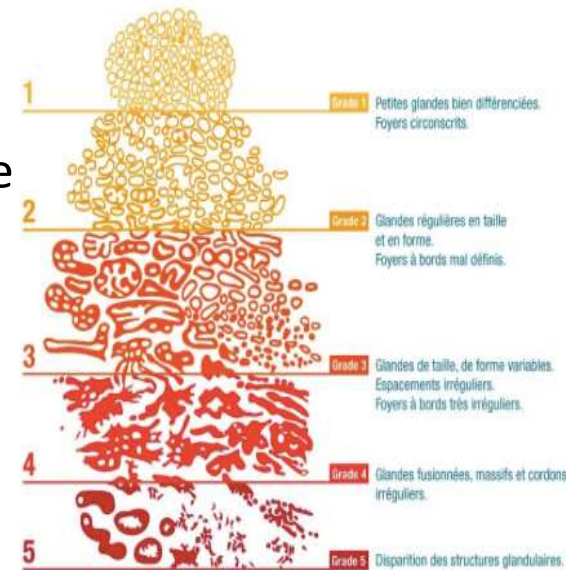
# Élément Diagnostique du cancer de la prostate

## Score architectural selon Gleason

## Groupe de classes ISUP

- Un examen anatomopathologique précis est nécessaire pour évaluer l'agressivité du cancer
- Le score selon Gleason varie de 1, bien différencié à 5, faiblement différencié
- Le score selon Gleason varie de 2 à 10
- En pratique
  - le score le plus bas se voit attribuer un 6, bien qu'il soit sur une échelle de 2-10 < hypothèse logique et incorrecte pour l'évaluation
  - nouveau système de groupe de 5 classes a été mis au point. Ces groupes de classes ISUP vont maintenant de 1 (score de Gleason  $\leq 6$ ) à 5<sup>1</sup>

### Représentation du grade de Gleason

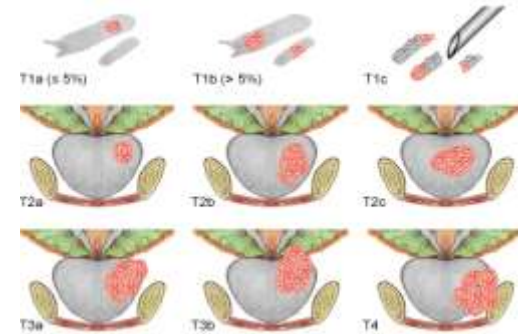


<sup>1</sup> Epstein JI, Amin MB, Reuter VE, Humphrey PA. Contemporary Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: An Update With Discussion on Practical Issues to Implement the 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2017; **41**(4): e1-e7.

# Élément de stadification du cancer de la prostate

## Classification TNM

- La classification TNM décrit l'extension tumorale de l'UICC <sup>2</sup>.
- Le **stade T** décrit l'**envahissement local** de la tumeur primitive
- Le **stade N** décrit l'**étendue de la propagation dans les ganglions lymphatiques**
- Le **stade M** décrit les métastases ou extensions lointaines









Le **stade T** est défini par examen rectal numérique ou par **IRM multiparamétrique**.

Les **stades N et M** sont classiquement définis par un scanner à contraste renforcé ou par le thorax, l'abdomen et le pelvis et par une scintigraphie osseuse à <sup>99m</sup>Tc. Ces techniques ont une précision diagnostique limitée et ont tendance à être remplacées par des modalités d'imagerie du corps entier telles que la TEP / TDM avec des traceurs spécifiques de la prostate (<sup>11</sup>C-Choline ou <sup>69</sup>GA-PSMA) ou l'IRM du corps entier <sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Paner GP, Stadler WM, Hansel DE, Montironi R, Lin DW, Amin MB. Updates in the Eighth Edition of the Tumor-Node-Metastasis Staging Classification for Urologic Cancers. *Eur Urol* 2018; **73**(4): 560-9.

<sup>3</sup> Sartor O, Eisenberger M, Kattan MW, Tombal B, Lecouvet F. Unmet needs in the prediction and detection of metastases in prostate cancer. *The oncologist* 2013; **18**(5): 549-57.

# Classification TNM

<p><b>T Tumeur primitive</b>            Tx Tumeur primitive ne pouvant être classée            T0 Absence de tumeur primitive            T1 Tumeur non palpable de découverte fortuite ou visible à l'imagerie            T1a Tumeur envahissant 5% du tissu réséqué lors d'une résection de prostate            T1b Tumeur envahissant plus de 5% du tissu réséqué lors d'une résection de prostate            T1c Tumeur découverte sur des biopsies pour une élévation du PSA</p>	 <p><b>T2a</b></p>
<p><b>T2 Tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)</b>            T2a Atteinte d'un lobe prostatique            T2b Atteinte des deux lobes prostatiques</p>	 <p><b>T2b</b></p>
<p><b>T3 Tumeur avec une extension au-delà de la capsule</b>            T3a Extension extra-capsulaire            T3b Extension aux vésicules séminales</p>	 <p><b>T3a</b></p>
<p><b>T4 Tumeur avec une extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter urétral, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée</b></p>	 <p><b>T3b</b></p>
<p><b>N Ganglions régionaux</b>            Nx Ganglions régionaux non évaluables            N0 Absence de métastase ganglionnaire régionale            N1 Atteinte ganglionnaire régionale</p>	 <p><b>T3b</b></p>
<p><b>M Métastases à distance</b>            Mx Métastase à distance non évaluable            M0 Absence de métastase à distance            M1 Métastases à distance            M1a Ganglions non régionaux            M1b Os            M1c Autres sites</p>	 <p><b>T3b</b></p>





# Stratification du cancer de la prostate (PCa)

## *par groupe de risque*

## *Elément essentiel dans la proposition de ttt*

- en fonction de l'extension, du score de Gleason (SG) et de la valeur de PSA <sup>4</sup>
- **Les PCa localisés à faible risque :**  
PSA  $\leq$  10 ng / ml, un SG  $<$ 7 (grade ISUP I) TNM cT1-2a.
- **Les PCa localisés à risque intermédiaire**  
PSA 10-20 ng / mL, ou SG 7 (grade ISUP 2/3) ou cT2b.
- **Les PCa localisés à haut risque**  
PSA  $>$  20 ng / mL ou SG  $>$  7 (grade 4/5 ISUP) ou cT2c
- **Les PCa localisés (ou localement avancés) à très haut risque**  
PSA quelconque, quel que soit leur grade, GS cT3-4 ou cN +, tout grade ISUP.
- **Les PCa métastatiques**  
ganglions lymphatiques positifs au-delà des métastases pelviennes, osseuses ou viscérales.



<sup>4</sup> Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol* 2017; **71**(4): 618-29.



# PCa de faible risque

## *Surveillance active*

- Risque de décès par cancer très faible < 5% : non influencé par un traitement initial.

### **Recommandations:**

- PSA et un TR réguliers avec des biopsies annuelles ou bisannuelles
- complétés par une IRM.

La qualité du diagnostic initial est déterminant. Idéalement, la biopsie doit être effectuée correctement et complétée par une IRM de la prostate. Les biopsies de la prostate ciblées par IRM ont réduit le risque d'omission de cancer agressif <sup>5</sup>

Le principal avantage de la surveillance active est d'éviter les effets secondaires du traitement.<sup>6</sup>



## différence entre la 'Surveillance Active' et le 'Watchfull waiting'

<sup>5</sup> Ahmed HU, Bosaily AE, Brown LC, et al. The PROMIS study: A paired-cohort, blinded confirmatory study evaluating the accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in men with an elevated PSA. *Journal of Clinical Oncology* 2016; **34**(suppl.): a5000.

<sup>6</sup> Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2016; **375**(15): 1425-37.

# Surveillance active

## Recommandations

- Cancer de la prostate localisée à faible risque.
- Risque de décès par cancer très faible < 5% : non influencé par un traitement initial.

### Recommandations:

- PSA et un TR réguliers avec des biopsies annuelles ou bisannuelles
- éventuellement complétés par une IRM.
- L'éducation pour des exercices réguliers et des mesures diététiques
- psycho-oncologue si nécessaire

### Interventions spécifiques pour le Rôle infirmier

- L'éducation pour des exercices réguliers et des mesures diététiques
- Evaluation de l'adaptation au diagnostic
- Evaluation des besoins spécifiques du patient
- Diriger vers des collègues dotés de compétences spécifiques (psycho-oncologue pour un soutien psychologique spécifique, médecin en médecine physique, diététicien pour des conseils diététiques spécifiques).



# PCa localisé de risque intermédiaire

## *proposer les différentes options de ttt*

- Deux options standards:

Chirurgie (PRT) et la Radiothérapie (Rth)

Modalité d'application : chirurgie ouverte vs laparoscopie; curiethérapie vs radiothérapie externe

Bilan d'extension: CT scan et scintigraphie ? (non recommandé par l'EAU)

### **Recommandations de l'EAU**

Ttt radical si le patient ne présente pas de comorbidités

En cas de PRT : Résection complète – association d'un curage lymphatique étendu – si marges + : + Rth

En cas de Rth: une courte hormonothérapie de 6 mois peut être associée

Quelle est la différence?

- Cinétique d'apparition et incidence des Effets Secondaires (ES)
- Dysfonction Erectile (DE) – incontinence



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# CP localisé de haut risque

## *proposer les différentes options de ttt*

- Deux options standards:

Chirurgie (PRT) et la Radiothérapie (Rth)

Modalité d'application : chirurgie ouverte vs laparoscopie; curiethérapie vs radiothérapie externe

Bilan d'extension: CT scan et scintigraphie ? (non recommandé par l'EAU)

### **Recommandations de l'EAU**

Ttt radical si le patient ne présente pas de comorbidités

En cas de PRT : Résection complète – association d'un curage lymphatique étendu – si marges + : + Rth

En cas de Rth: hormonothérapie de 18 à 24 mois doit être associée

Quelle est la différence?

- Cinétique d'apparition et incidence des Effets Secondaires (ES)
- Dysfonction Erectile (DE) – Fuites urinaires



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Comment choisir entre les ttt locaux?

- Discussion du plan de ttt en réunion multidisciplinaire
  - Structure du plan de traitement en deux questions:
    - Un traitement est-il nécessaire?
    - si oui, quelles sont les options de traitement?
- Importance particulière de la première question pour les patients présentant une maladie localisée à faible risque et ceux présentant de multiples comorbidités.



# Solution

## Organisation autour de l'annonce

### EN PRATIQUE 4 étapes

1

#### Concertation multidisciplinaire + consultation médicale

- Annonce du diagnostic ou de la proposition de traitement

2

#### Consultation CSO

- Soutien/écoute
- Evaluation
- Information
- Communication
- Education thérapeutique
- Coordination

3

#### Paramédicaux

- Guider vers les ressources professionnelles en fonction des besoins

4

#### Médecin Généraliste (soins au domicile)

- Lien vers l'extérieur - informations sur l'environnement
- Echange d'informations et de décisions

Adaptation - Coping - Autonomisation - Empowerment



INSTITUT  
ROI ALBERT 4I

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL, Bruxelles

# Comment choisir entre les ttt locaux?

- Lorsqu'un traitement radical est préconisé, les patients devront choisir entre une chirurgie, une radiothérapie ou une stratégie plus expérimentale telle que la thérapie focale. Pour chaque traitement, il existe différentes modalités. L'hormonothérapie sera recommandée dans la plupart des cas quand une radiothérapie sera retenue.
- Malheureusement, les études comparant ces modalités sont rares. Il est donc difficile de donner des informations claires au patient et il faut supposer que l'efficacité des différents traitements est similaire.

De plus, il existe un risque évident que les médecins recommandent leur propre stratégie préférée. Dans ce contexte, le rôle principal de l'infirmière est de s'assurer que le dialogue autour des différentes options reste centré sur le patient et non sur le médecin.





# Traitement radical

## *La radiothérapie*

Destruction des cellules cancéreuses par rayonnements ionisants

- Radiothérapie externe (EBRT)
- La curiethérapie à faible débit de dose (LDR) ou à haut débit de dose (HDR)

Effets indésirables précoces: apparaissent après quelques semaines, résultant d'une irritation des organes voisins: le canal de l'urètre et la vessie, le rectum et l'anus<sup>7</sup>.

Effets indésirables tardifs : se produisent chez 10 à 15% des patients (mictions fréquentes, difficulté à uriner, plus rarement incontinence et hématurie). Des effets secondaires gastro-intestinaux tardifs entraînent la présence de sang dans les selles principalement en cas de constipation.

Une dysfonction érectile se manifeste dans 50 à 60% des patients progressivement après quelques mois, voire quelques années.

Récemment, les indications de radiothérapie ont également été étendues aux patients atteints d'un cancer «oligométastatique», c'est-à-dire ceux qui présentent des dépôts métastatiques limités. La radiothérapie stéréotaxique des métastases offre la perspective de retarder le traitement systémique<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Barocas DA, Alvarez J, Resnick MJ, et al. Association Between Radiation Therapy, Surgery, or Observation for Localized Prostate Cancer and Patient-Reported Outcomes After 3 Years. *JAMA* 2017; **317**(11): 1126-40.

<sup>8</sup> Ost P, Reynders D, Decaestecker K, et al. Surveillance or Metastasis-Directed Therapy for Oligometastatic Prostate Cancer Recurrence: A Prospective, Randomized, Multicenter Phase II Trial. *J Clin Oncol* 2017: JCO2017754853.



# Traitement radical

## *La Prostatectomie Radicale Totale (PRT)*

- La PRT consiste en l'excision totale de la prostate et des vésicules séminales. L'excision des ganglions pelviens se fera en cas de tumeur agressive.

Les effets secondaires de la PRT sont les suivants:

- stérilité dans 100% des cas
- Incontinence urinaire à l'effort (IUE) : s'améliore dans les premiers mois.
- L'IUE sévère affecte 5 à 10% des patients opérés
- L'IUE modérée affecte 15 à 30% des patients, en particulier les hommes de plus de 65 ans
- La dysfonction érectile (DE) affecte 20 à 80% des patients.



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Traitement radical

## *La Brachythérapie*

- La curiethérapie est l'implantation de grains chargés d'iode radioactive dans la prostate

Les critères de sélection des patients pouvant bénéficier de cette technique sont très stricts:

- le cancer de la prostate doit être localisé, à risque faible ou intermédiaire
- la prostate ne doit pas mesurer plus de 40-50 cc
- le patient ne devrait pas avoir de symptômes urinaires importants et la prostate ne devrait pas avoir subi de chirurgie auparavant.

### Les effets secondaires

- de type urinaire apparaissent souvent trois semaines après l'implantation et peuvent durer quelques semaines - liés à un œdème transitoire de la prostate
- hématome du périnée - du sang dans les urines peut apparaître immédiatement après le traitement
- Des sensations de brûlure ou d'irritation en urinant
- Un dysfonctionnement érectile progressif a été rapporté

Il semble toutefois que ce soit le traitement qui gêne le moins la fonction sexuelle.



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Traitement radical

## *Le Traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU)*

- vise à détruire la tumeur par micro-ondes. Les ultrasons émis par une sonde endorectale brûlent sélectivement les zones de la prostate et entraînent une nécrose de celle-ci.
- L'association d'une résection de la prostate est fréquente.
- Traitement en cours d'évaluation. Cependant, il peut être proposé aux patients pour lesquels les autres options de traitement radical ne sont pas possibles.

Les effets secondaires possibles sont :

- Des mictions plus fréquentes, parfois des fuites, infection des voies urinaires, de petits saignements, une élimination des tissus détruits.

Les effets indésirables à long terme observés dans <10% des cas sont :

- l'incontinence à l'effort urinaire, dans 8% des cas
- un rétrécissement de l'urètre
- l'apparition d'une dysfonction érectile.



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# PCa localisés de risque faibles et intermédiaire

## Effets secondaires

### *Etude ProtecT*

- La PRT est associée à une diminution plus importante de la fonction sexuelle et de l'incontinence urinaire que la radiothérapie après trois ans.
- Pas de différences significatives au niveau de la fonction intestinale ou hormonale au-delà de 12 mois ou dans d'autres domaines de mesure de la qualité de vie liée à la santé.
- Dans les PCa localisés à **haut risque** qui ont tendance à nécessiter davantage de traitements multimodaux, toutefois, la différence entre les effets secondaires et la qualité de vie (HR-QoL) disparaît avec le temps.

### **Interventions spécifiques pour le Rôle infirmier**

- Une connaissance exhaustive des données
- Aider le patient à choisir le traitement qui est approprié à sa maladie (selon le risque), à ses préférences, et à sa propre philosophie.

Le patient qui craint conserver sa prostate et craint que le cancer ne reste, choisira très probablement la PRT. Le patient qui craint développer des effets secondaires, en particulier une dysfonction érectile, aura tendance à opter pour la radiothérapie.

Il est donc très important d'écouter le patient et de lui faire savoir qu'il aura une vie après le traitement. Après le traitement, il devra faire face et vivre avec les effets secondaires du traitement.



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Evaluation G8

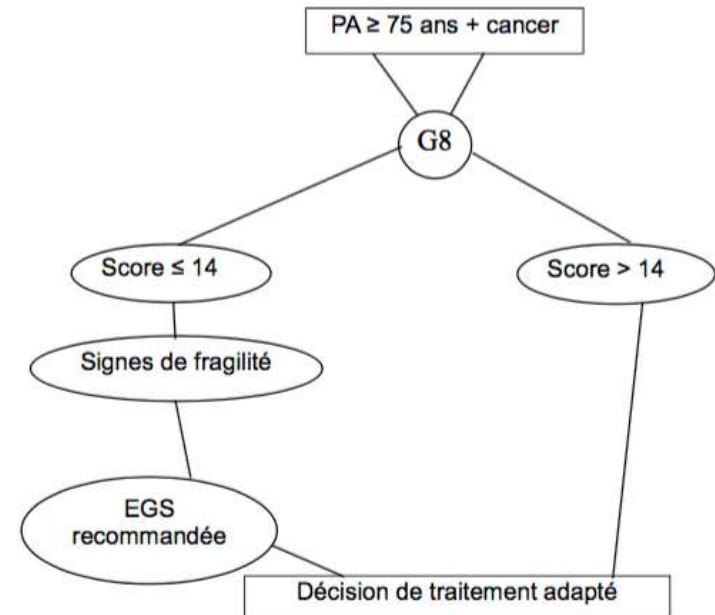
## Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

PATHOLOGIE : \_\_\_\_\_  
 LIEU : \_\_\_\_\_  
 EFFECTUEE PAR :(fonction) \_\_\_\_\_  
**G8** avant Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)    OUI        NON   

soins ou en extra hospitalier.

Si le résultat du G8 est inférieur ou égal à 14, il est recommandé de demander une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée)

QUESTIONS	REPONSES POSSIBLES	SCORE
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	0 1 2
Perte de poids (< 3 mois)	Perte de poids > 3kg Ne sait pas Perte de poids entre 1 et 3kg Pas de perte de poids	0 1 2 3
Motricité	Du lit au fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	0 1 2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de problèmes psychologiques	0 1 2
Indice de Masse Corporelle IMC = [poids] / [taille] <sup>2</sup> en kg par m <sup>2</sup> Poids =      kg    Taille =      m IMC = [      ] / [      ] <sup>2</sup> =	IMC < 19 19 ≤ IMC ≤ 21 21 ≤ IMC ≤ 23 IMC ≥ 23	0 1 2 3
Prend plus de 3 médicaments	Oui Non	0 1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne Ne sait pas Aussi bonne Meilleure	0 0,5 1 2
Age	> 85 ans 80-85 ans < 80ans	0 1 2
<b>SCORE/17</b>		



### Attention

Si le score obtenu est inférieur ou égal à 14, une évaluation gériatrique approfondie peut être effectuée.

**EGS DEMANDEE :**    OUI        NON

# Réalité perçue par le patient

Informations reçues  
Interprétation  
Connaissances  
**Clarification de l'information  
reçue**

Exploration

Représentation  
Croyances personnelles  
Vécu  
Ambivalence  
Perception de bénéfice ?

Ressenti émotionnel  
Préoccupations  
particulières  
Entourage

**Sentiment d'être écouté**

**Travail sur l'anxiété**



INSTITUT  
ROI ALBERT II

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles



# Autre réalité

- Qu'en est-il de nos croyances et de nos représentations?



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL, Bruxelles

# Autre réalité

- Qu'en est-il de notre collaboration interprofessionnelle?

BESOIN DE  
COLLABORATION  
INNOVANTE



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL, Bruxelles

# Solutions

- Accompagnement
- Relation (confiance)



- Communication interprofessionnelle
- Cohésion

➤ Importance du team

BESOIN DE  
COLLABORATION  
INNOVANTE

# Outils

- Entretien CSO

- Maladie
- Thérapeutique
- Vécu
- Environnement
- Développement / Besoins



- Compétences

- Communication

- Bio psycho médico social

- Questionnaires

- Documentations sous formes diverses

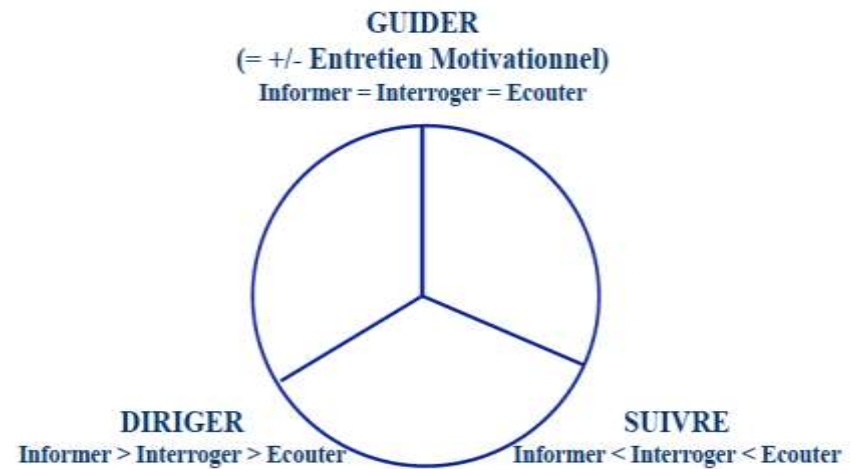


**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL Bruxelles

# Outils

## *entretien motivationnel*



- Informer = Interroger = Ecouter :  
= Question ouverte – Ecoute réflexive – Valorisation  
- Résumé
- *Favorise l'exploration*
- *Permet aux préoccupations de la personne à ressortir*
- *Rencontre le besoin du patient d'être écouté et compris*



**INSTITUT  
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE  
Cliniques universitaires SAINT-LUC | UCL, Bruxelles

# Outils

- **Question ouverte**

Exemples :

- Comment allez-vous? Au lieu de: vous allez bien?
- Racontez-moi ce que vous savez sur votre maladie
- Dites moi ce que vous avez retenu sur votre ttt et ses ES
- Quels sont les éléments les plus importants pour vous qui ressortent de l'entretien que vous avez eu avec le Dr....
- *Dites moi ce qui vous inquiète par rapport au ttt et ses ES?*
- *Quelles sont vos préférences, vos préoccupations...?*
- *Par le passé comment avez-vous fait pour dépasser les difficultés rencontrées?*

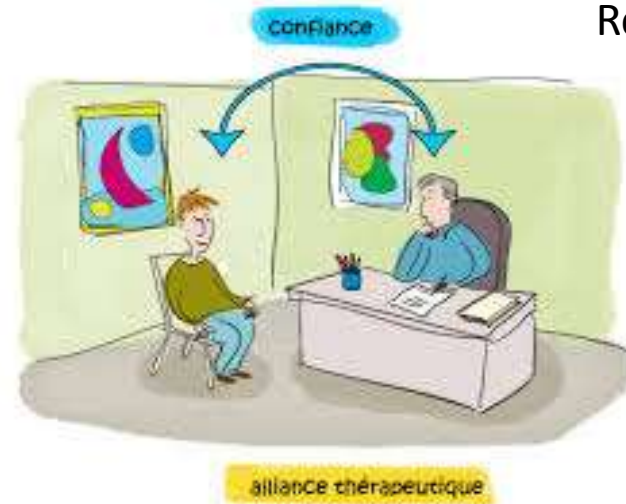


# Points clés

## Accompagnement au long cours

Croyances

Représentations



Relation

Information  
adaptée

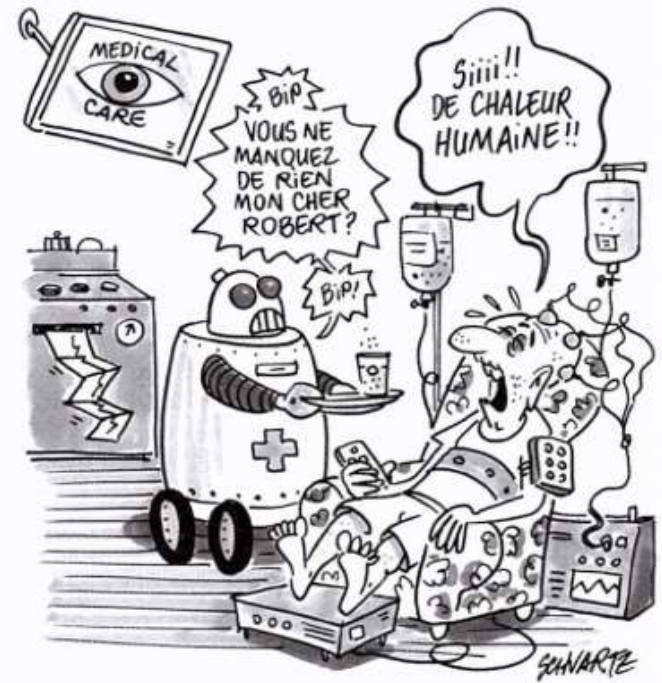


Action



# Conclusions

- Attitude
  - rôle capital d'une relation empathique et d'une coopération active entre patients et soignants



Thank you!



Contact:

Christine Remacle  
christine.remacle@uclouvain.be