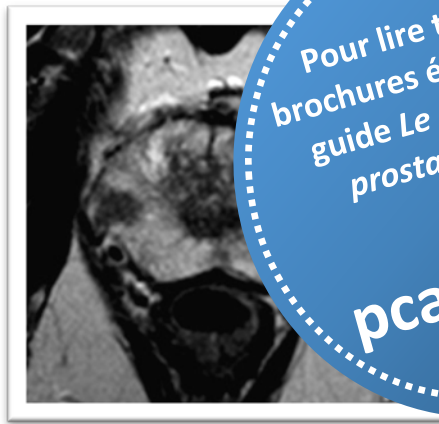


Le cancer de la prostate par IRM  
*Préciser le diagnostic et le traitement*

# Surveillance active



de l'APS à l'imagerie de la prostate

Guide pour patients et médecins curieux

Dr Samuel Aronson

Dr Laurence Klotz

Dr Franck Bladou

Dr Armen Aprikian & Dr Marc Emberton, préfaciers

# On m'a diagnostiqué un cancer de la prostate. Et si je décidais de ne rien faire?

## Surveillance active

sélection et suivi du cancer de la prostate non-traité

«La surveillance active épargne les patients atteints d'un cancer non-agressif ou "entre les deux" de la douleur, des risques et des effets secondaires associés au traitement » – Dr L. Klotz

### Cancers de la prostate

#### Non agressif

indolent, non-significatif  
bas grade, faible risque, non-invasif

#### Entre les deux

#### Agressif

actif biologiquement, significatif,  
haut grade, haut risque, invasif

#### La majorité des cancers de la prostate sont non-agressifs

- > Courants, fréquents, développement très lent, ne causent pas de maladie
- > Progression lente de l'APS, densité de l'APS  $\leq 0,10$  (volume de la prostate obtenu par l'échographie ou l'IRM)
- > Les hommes avec des cancers non-agressifs décèdent d'autres causes
- > Petit volume – score de Gleason 6, 7 (3+4)  
(bas grade, aspect microscopique favorable)
- > **Non visualisés à l'IRM**

#### Entre les deux

- > Petit volume – score de Gleason 6, 7 (3+4)
- > Densité de l'APS  $\leq 0,10-0,15$
- > Taux de progression variable de l'APS

#### Quelques cancers de la prostate sont agressifs

- > Moins fréquents, développement plus rapide, causent des maladies graves et même le décès
- > APS – progression rapide (les infections de la prostate et la rétention urinaire peuvent causer une augmentation rapide de l'APS)
- > Densité de l'APS  $\geq 0,15$
- > **Visualisés à l'IRM** (nodule cancéreux habituellement  $\geq 0,5$  cc)
- > Spécimens de biopsie – score de Gleason 7 (4+3), 8, 9, 10  
(haut grade, aspect microscopique défavorable)

#### APS

**Pour le diagnostic**  
pas de limite « normale »

- 4 ng/ml : incorrect comme limite supérieure de la normale
- Plus l'APS est élevé, plus grande est la probabilité de cancer
- Moins de 4 ng/ml : possibilité de présence de cancers agressifs
- Plus de 4 ng/ml : surtout causé par HBP (hyperplasie bénigne de la prostate)
- Densité de l'APS, et progression de l'APS: **de meilleurs** indicateurs de cancer

**Après traitement**  
Un biomarqueur sensible et fiable pour le suivi

### Critères pour la surveillance active

- Âge, espérance de vie
- APS, progression de l'APS, densité de l'APS
- Score IRM PI-RAD
- % de cancer par carotte de biopsie
- Stadification locale
- Score de Gleason 6, 7 (3+4)
- Biomarqueurs
- IRM: nodules cancéreux, volume, emplacement
- Nombre de carottes positives
- Extension à distance

# Résultats de la surveillance active

25 % ont un score de Gleason plus élevé que lors du diagnostic initial

5-10 % développent un cancer plus grave après plusieurs années

30 % nécessitent ou réclament des soins

2-3 % décèdent du cancer de la prostate

Ces pourcentages diminuent avec les biopsies ciblées basées sur une fusion d'images échographie-IRM, la sélection et le suivi par surveillance active

- La majorité des hommes atteints de cancers non-agressifs et «entre les deux» bénéficient de la surveillance active et évitent les traitements
- Très peu d'hommes en surveillance active manifestent des problèmes dus au cancer de la prostate
- Le suivi établi avec l'APS, les biomarqueurs, l'IRM et les biopsies répétées révèle les cancers agressifs plus tôt, avant qu'ils ne causent des problèmes

## Score de Gleason 3+4

Cas avec moins de 10 % de grade 4 sont propices à la surveillance active

Si le grade 4 est supérieur à 10 %, la mortalité par cancer de la prostate est 4 fois plus grande

# IRM de la prostate

- > Nouvelle technique avec images remarquablement détaillées de la prostate **morphologie T2w, physiologie DWI/ADC, microvasculature DCE**
- > Précise à 90 % pour identifier les cancers agressifs
  - Cible le(s) nodule(s) spécifique(s) à biopsier
  - Prédit le score de Gleason
- > Fournit des **critères d'imagerie** pour la sélection et le suivi par surveillance active
- > **IRM de base** comme référence pour les IRM de suivi
- > Préférentiellement réalisée avant la biopsie, soit avant que les artéfacts de biopsie rendent l'interprétation difficile
- > Requiert un radiologiste d'expérience, un urologue compétent en IRM et un pathologiste pour établir la présence de cancer (concordance avec les images par résonance magnétique)
- > **Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase** minimisent la présentation des cancers agressifs
  - Abaissent l'APS
  - Diminuent le volume et le score des nodules visualisés à l'IRM
  - Donnent une fausse impression de sécurité avec l'APS

# Suivi par surveillance active

**HOMMES À FAIBLE RISQUE** (espérance de vie limitée, plusieurs comorbidités, suivi approprié)

**HOMMES À RISQUE MODÉRÉ ET ÉLEVÉ**

## 6 MOIS

- APS
- Densité de l'APS
- Biomarqueurs
- IRM (faute d'IRM antérieure)

## 12 À 36 MOIS

- IRM de contrôle, comparée avec la précédente
- Densité de l'APS, culture d'urine, mesure du résidu postmictionnel (PVR)
- Biomarqueurs
- Biopsies ciblées sur une fusion d'images échographie-IRM

**L'IRM et les biomarqueurs  
remplacent la nécessité de procéder à des biopsies répétées**

*Le temps de doublement tumoral pour le cancer de la prostate est de 4 ans.  
Omettre un score de Gleason 3+3 ou une tumeur de petit volume 3+4 ne cause pas  
de problèmes graves. Un suivi par surveillance active les détectera.*

## Références

1. Gawende A. Two hundred years of surgery N Engl. J Med (2012) 366:1716-1723.
2. Klotz, L. et. al. Long-Term Follow-Up of a Large Active Surveillance Cohort of Patients with Prostate Cancer, JCO. (2014) 55.1192.
3. Thomsen, F.B. et al. Active Surveillance for Clinically Localized Prostate Cancer – A Systematic Review, J. of Surg. Oncology (2014) 109:830-835.

### DR SAMUEL ARONSON

Professeur adjoint en urologie

Université McGill

Hôpital général Juif

3755, ch. Côte Ste-Catherine, E-959

Montréal (Québec) H3T 1E2

Tél.: 514 340-7558 Téléc.: 514 340-7559

### DR LAURENCE KLOTZ

Professeur en chirurgie, Université de Toronto

Chef, Division d'urologie

Sunnybrook Health Science Center

408 Bayview Avenue, salle MG

Toronto (Ontario) M4N 3M5

Tél.: 416 480-4673 Téléc.: 416 480-6121

Design Annie Desjardins

Traduction Dr Bertrand Daoust

Commanditaire Groupe Santé Physimed

[www.pcamri.com](http://www.pcamri.com)