

Brochure éducative

Le cancer de la prostate par IRM

Préciser le diagnostic et le traitement

APS 2017



de l'APS à l'imagerie de la prostate

Guide pour patients et médecins curieux

Dr Samuel Aronson

Dr Franck Bladou

Dr Armen Aprikian & Dr Marc Emberton, préfaciers

Antigène prostatique spécifique

Un biomarqueur qui **prédit** le cancer de la prostate

Un test mal utilisé et avec une mauvaise réputation

L'ère de l'APS

- > **Années 1990:** début de l'utilisation clinique de l'APS
- > L'APS est utilisé avant même d'avoir fait l'objet d'étude scientifique approfondie (4 ng/ml interprété comme limite supérieure de la normale)
- > Le dépistage de l'APS devient très populaire
- > Des millions d'hommes présentent un taux d'APS supérieur à 4 ng/ml et subissent des biopsies non-ciblées (aléatoires) de la prostate par échographie transrectale
- > **2012, le US Preventive Services Task Force (États-Unis) ne recommande pas le dépistage de l'APS, car selon eux:**
 - les inconvénients sont supérieurs aux avantages
 - il y a trop de surdiagnostic et de surtraitement pour des cancers qui progressent lentement et qui ne causeront jamais de lésion
- > **Les médecins et leurs patients ont de moins en moins recours au dépistage de l'APS**
- > **2016, sans dépistage de l'APS, les patients présentent des cancers à un stade plus avancé**

Le diagnostic et l'APS

- > L'APS peut indiquer une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), une rétention urinaire, une infection, une irritation de la prostate ou du lobe moyen, une exploration instrumentale, ou un cancer
- > **Aucune valeur de l'APS désignée comme valeur normale**
 - **4 ng/ml** limite supérieure de la normale (inexact)
 - **Plus l'APS augmente, plus les chances de cancer augmentent**
 - **Plus de 4 ng/ml** la plupart du temps causé par l'HBP
 - **Moins de 4 ng/ml** un cancer agressif peut être présent
 - **On doit toujours confirmer une valeur inhabituelle. L'APS peut varier dans le temps, mais aussi selon le laboratoire d'analyse**

Progression de l'APS

Une meilleure donnée prédictive du cancer de la prostate que l'APS seul

- L'APS augmente normalement sur plusieurs années
- La prostate augmente avec l'âge (HBP), l'APS aussi
- Les cancers de la prostate peuvent provoquer une progression rapide de l'APS

Densité de l'APS

Encore plus efficace que la progression de l'APS

- > Le ratio entre l'APS et le volume de la prostate $\frac{\text{APS}}{\text{Volume de la prostate}}$
- > Le volume de la prostate est obtenu par l'échographie transrectale (ETR) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM)
- > Densité de l'APS (DAPS)
 - **Moins de 0.10** (la présence d'un cancer est peu probable)
 - **0.10-0.15** (un cancer peut être présent)
 - **Plus de 0.15** (la présence d'un cancer est probable)

Dépistage de l'APS

obtenir une valeur de référence

30 ans – hommes à risque (histoire familiale-génétique, race noire)

40 ans – hommes inquiets

Vérifier tous les 2 à 4 ans

Lorsque l'APS est utilisé à bon escient et qu'il est combiné à la progression et à la densité de l'APS, il s'avère être un indicateur de cancer efficace, disponible, peu coûteux et largement utilisé

L'APS après le traitement

Un excellent biomarqueur fiable pour le suivi d'un cancer de la prostate résiduel ou récurrent

Évaluation des risques du cancer de la prostate

Cible les hommes candidats à l'IRM de la prostate

Espérance de vie, âge, maladies graves, histoire familiale-génétique, race, médicaments, Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase, testostérone, expositions, antécédents (infections urinaires, IRM, biopsie, chirurgie pelvienne et radiation), algorithmes de prédiction, examen urologique, APS, progression de l'APS, biomarqueurs, échographie transrectale-densité de l'APS

IRM de la prostate

L'ère de l'imagerie de la prostate

- > Milieu des années 2000: début de l'utilisation clinique en Europe
- > L'IRM se développe de façon prudente avec 3 paramètres
 - T2w – anatomie interne détaillée
 - DWI/ADC – restriction de l'eau entre les cellules
 - DCE – mini-angiographie
- > 94 % précis dans le **diagnostic** d'un cancer agressif, menaçant (pas perçu au toucher rectal, pas visualisé à l'échographie ou au CT Scan)
- > L'utilisation clinique de l'IRM nécessite:
 - des images précises
 - un radiologiste expérimenté et des rapports d'IRM clairs et concis
 - un urologue compétent en imagerie par résonance magnétique
 - un pathologiste pour établir la présence d'un cancer à partir d'échantillons de tissus
- > En 2011, l'utilisation clinique commence au Québec
- > L'IRM devient essentielle pour:
 - Suivi des hommes à risque de cancer
 - Biopsie ciblée sur fusion d'images ETR-IRM
 - Distinction entre les stades cliniques T2 et T3
 - Choix et plan de traitement
 - Suivi post-traitement pour cancer résiduel ou récurrent
 - **Choix des patients à biopsier**
 - Stadification locale
 - Surveillance active
 - Thérapie focale

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
Télec. : 514 340-7559

Groupe Santé Physimed

6363, rte Transcanadienne, bur. 121
Saint-Laurent (Québec) H4T 1Z9
Tél. : 514 747-8888
Télec. : 514 747-8188

Design et traduction Annie Desjardins
Commanditaire Groupe Santé Physimed

www.pcamri.com