

## Cancer de prostate chez le sujet agé :

### Traitement, prise en charge et interrogations

LILLAZ Julien (CCA UROLOGIE)

## PEC cancer de prostate chez le sujet agé

- Dépistage : 50-75 ans PUIS STOP.
  - Car morbidité des traitements curateurs
  - Pas de bénéfice démontré.
- Découverte après 75 ans : formes symptomatiques donc évoluées.
  - PEC palliative : hormonothérapie.
  - Efficace +++
  - Mais hormonosensibilité de durée variable.
  - Traitements de seconde ligne.
- La surveillance simple peut être indiquée chez certains patients (watchfull- waiting)

## Prostatectomie radicale chez le sujet agé

- Sujet peu connu.
- Nécessité de sélection étroite des patients.
- Résultats carcinologiques = patients jeunes.
- Augmentation risques d'incontinence.
- Impact sur la survie = ?
  - Donc bénéfice = ???

## Suppression androgénique

- De plus en plus fréquente :
  - Formes métastatiques.
  - Formes localement avancées.
  - Récidives biologiques après traitement curateur.
- Effets secondaires notamment chez le sujet agé.
- Indications :
  - Formes métastatiques : amendement des symptômes / Survie globale ?
  - Formes localement avancées : ?

## Suppression androgénique

- Ostéoporose :
  - Principalement la première année de traitement.
  - RR fracture : 4,7 (VS 3 en l'absence de SA).
- Troubles cognitifs :
  - Mémoire, orientation, parole,...
- DNID, pathologies cardiovasculaires.
- Qualité de vie +++ : fatigue, dépression.

## Suppression androgénique

- BREF :
  - Traitement différé si possible.
  - Traitement intermittent à discuter au cas par cas.
  - INDICATIONS :
    - 1/ formes métastatiques (os)
    - 2/ formes localement avancées : pas d'indication stricte, à discuter si troubles urinaires obstructifs.

## Place de la radiothérapie

- À proposer chez les patients qui ont un cancer de prostate localisé.
- Espérance de vie supérieure à 5 ans.
- +/- hormonothérapie si facteurs péjoratifs.

## Points forts

- Dosage du PSA : 50-75 ans ET espérance de vie > 10 ans puis STOP.
- Après 75 ans dosage du PSA au en cas de signes urinaires obstructifs MARQUES (au cas par cas) ou de recherche d'un primitif (méta os+)
- Chirurgie chez le sujet agé ?
- HT : effets secondaires émergents !
- RT : indications qui semblent s'élargirent

## SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE

- Vous voyez en consultation pour la première fois Mr X, 84 ans, statut mictionnel correcte, opéré d'un cancer de prostate il y a 11 ans. Il a été suivi par son urologue pendant 5 ans puis a stoppé tout suivi carcinologique.
- Que faites vous ?

## SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE

- Dosage du PSA +++
  - Guérison : PSA indosable.
  - Récidive biologique après PT > 0,2 ng/ml.
  - Récidive biologique après RTE : nadir + 2.
- Si guérison : stop suivi (> 10 ans de recul).
- Si récurrence biologique : bilan d'extension :
  - Localisation 2ndaire ? Lésions osseuses menaçantes ?
- Thérapeutiques à discuter : abstention thérapeutique et surveillance, traitement hormonal ?

## SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE

- Le PSA est dosé à 90 ng/ml.
- TDM TAP : multiples ADP ilio-obturatrices.
- Scinti osseuse : hyperfixations diffuses costales, rachis, bassin.
  
- Que proposez vous comme thérapeutique ?

## SURVEILLANCE POST THERAPEUTIQUE

- Hormonothérapie : car métastatique.
  - Antiandrogène 1 mois.
  - Alhrh à débiter 15 jours après l'antiandrogène (effet flare up sur les sites métastatiques).
  - Bilan pré thérapeutique : bilan hépatique, OSTEODENSITOMETRIE.
- Biphosphonates +++ :
  - Car patient métastatique osseux.
- Avis urgent neurochirurgie si lésions rachidiennes menaçantes.