



# Cancer de la prostate

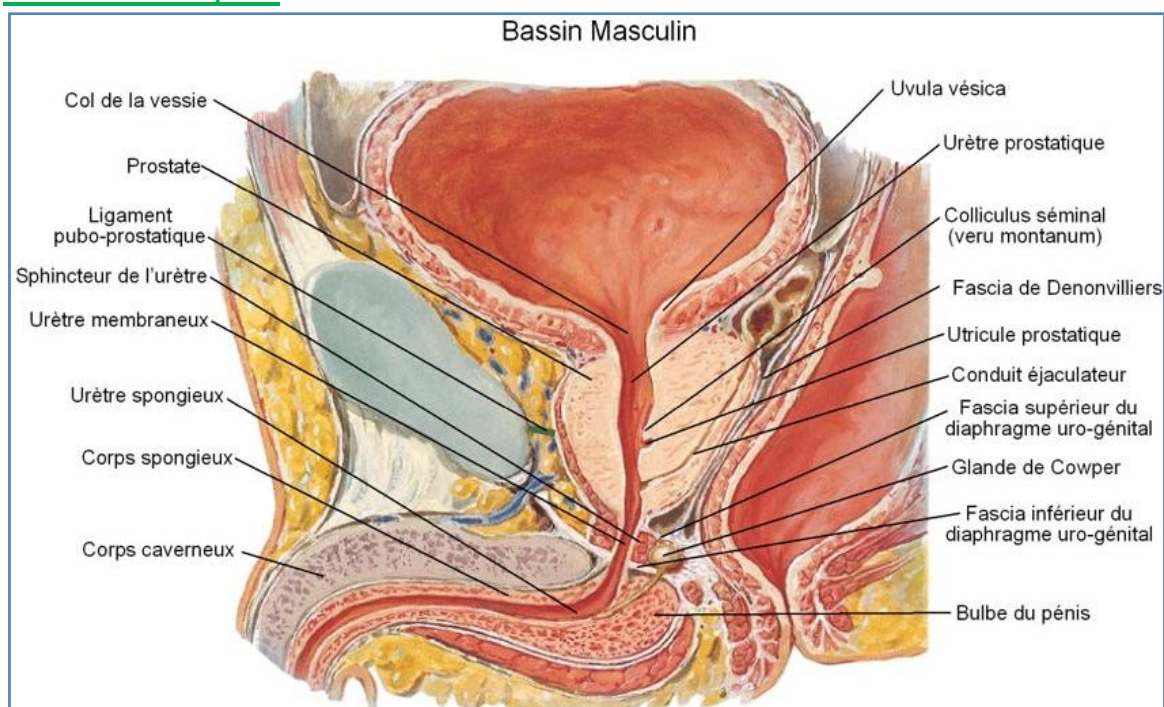
Pr OUARHLENT. H. E

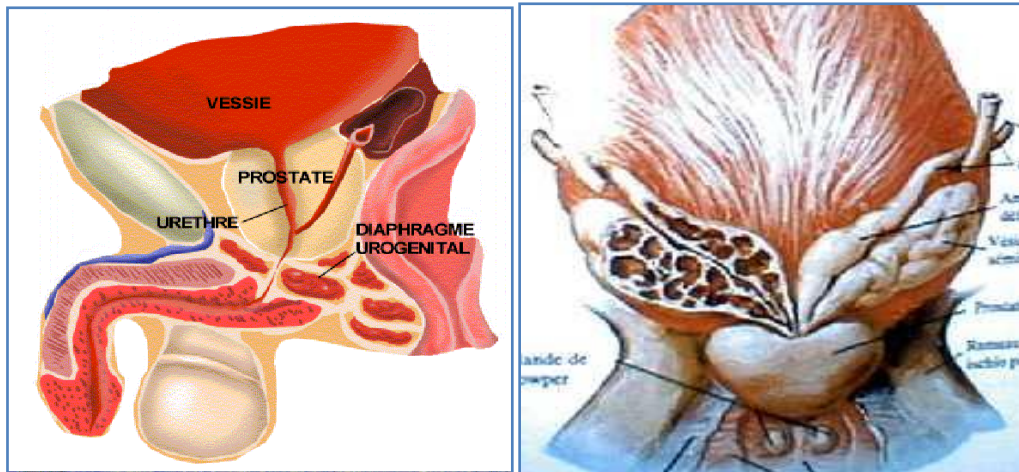
## I/ Introduction

- Le cancer de la prostate a longtemps été une maladie délaissée par manque d'outils diagnostiques et thérapeutiques.
- La découverte de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et son utilisation courante depuis 1987 ont modifié de façon spectaculaire son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique.
- Un cancer de la prostate peut actuellement être diagnostiqué précocement.
- Le cancer de la prostate peut être totalement asymptomatique ou responsable de troubles mictionnels: pollakiurie, dysurie, voire même rétention vésicale aiguë.
- Le diagnostic du Kc de la prostate repose sur le toucher rectal, le taux de PSA et l'échographie endo-rectale couplée à la biopsie échoguidée .
- Chez l'homme , c'est le cancer le plus fréquent et la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après le cancer bronchique
- Enfin il est au 1er rang des cancers urologiques.
- Des traitements curatifs sont disponibles. Ces avancées médicales ajoutées au vieillissement de la population, ont généré un réel problème de santé publique : chez qui dépister un tel cancer, comment le diagnostiquer, qui traiter ? A l'opposé, le cancer de la prostate métastatique n'a pas fait l'objet d'avancées médicales décisives, mais de nouveaux protocoles sont en cours.

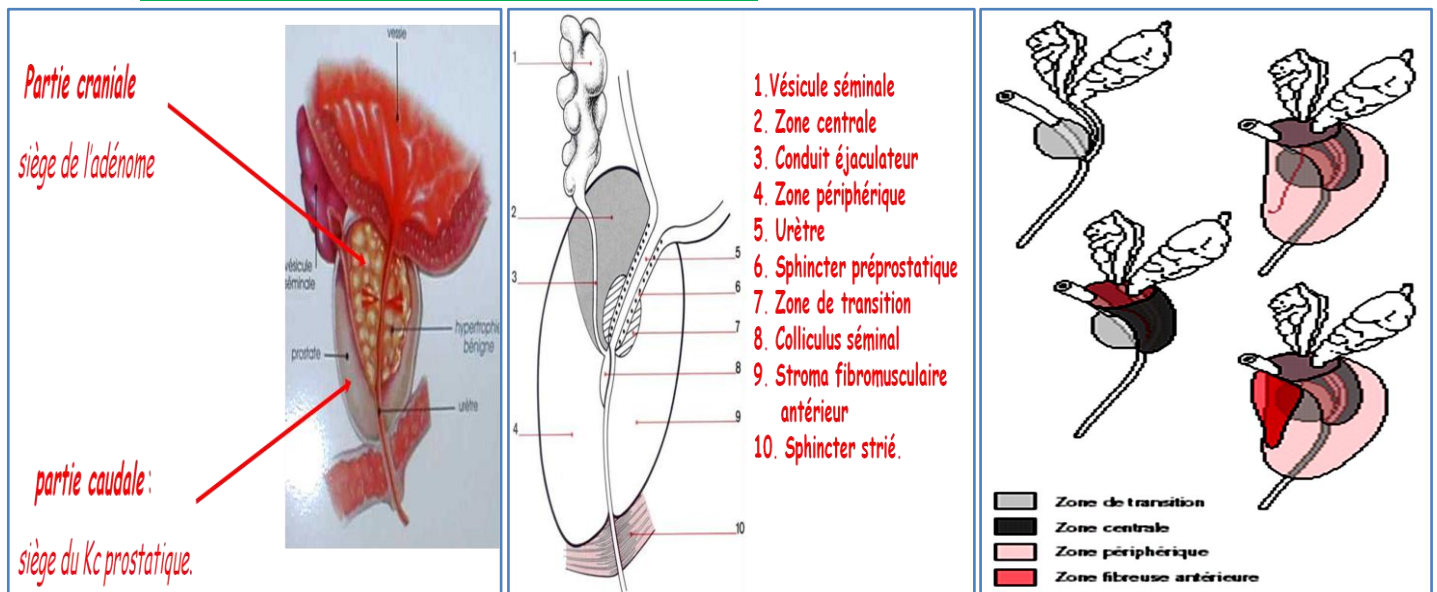
## II/ Rappel anatomique

### A) Anatomie descriptive





## B) Anatomie zonale ( modèle de GILL VERNET )



## III/ Rappel physiologique

### Endocrine :

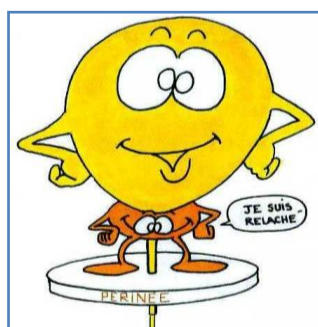
PSA, PAP, alpha 1 et Zn alpha 2 glycoprotéine .

### Formation du sperme ;

30 % du liquide séminal.

### Mécanismes de continence :

- ❖ Le sphincter lisse → Contrôle alpha adrénergique.
- ❖ Le sphincter strié → Contrôle de la volonté.



## IV/ Anatomopathologie

### A) Macroscopie: Localisation

- Zone périphérique 65-70%
- Zone centrale 10%
- Zone de transition 20-25%
- Localisation multiple dans 85%

### B) Microscopie:

La différenciation : classification de Gleason.

*Grade1: très bien différencié*

*Grade2: bien différencié*

*Grade3: moyennement différencié*

*Grade4: peu différencié*

*Grade5: indifférencié*

### SCORE:

Compte tenu de l'hétérogénéité au sein de la même tumeur, la différenciation est exprimée par le score de Gleason qui est calculé par la somme des deux grades des deux contingents les plus représentés.

DONC ce score varie de 2 à 10

## VI/ Diagnostic

### A) Clinique

#### 1/ L'interrogatoire: Temps capital

- 1- Apprécier et quantifier les signes fonctionnels
- 2 - rechercher les complications
- 3 - rechercher d'autres maladies
- 4 - connaître l'état de la vie sexuelle

#### Signes irritatifs :

#### La pollakiurie:

- ❖ Émission trop fréquente de petites quantités d'urine.
- ❖ c'est le symptôme le plus souvent rapporté par les patients.
- ❖ entraîne le maximum de gêne sociale et de détérioration de la qualité de vie.

Besoin impérieux : Envie pressante d'uriner.

#### Signes obstructifs :

#### Dysurie:

- Diminution de la force du jet .
- Sensation de miction incomplète.
- Miction en plusieurs temps.
- Nécessité de pousser pour expulser l'urine.

## 2/ Examen physique

### Toucher rectal

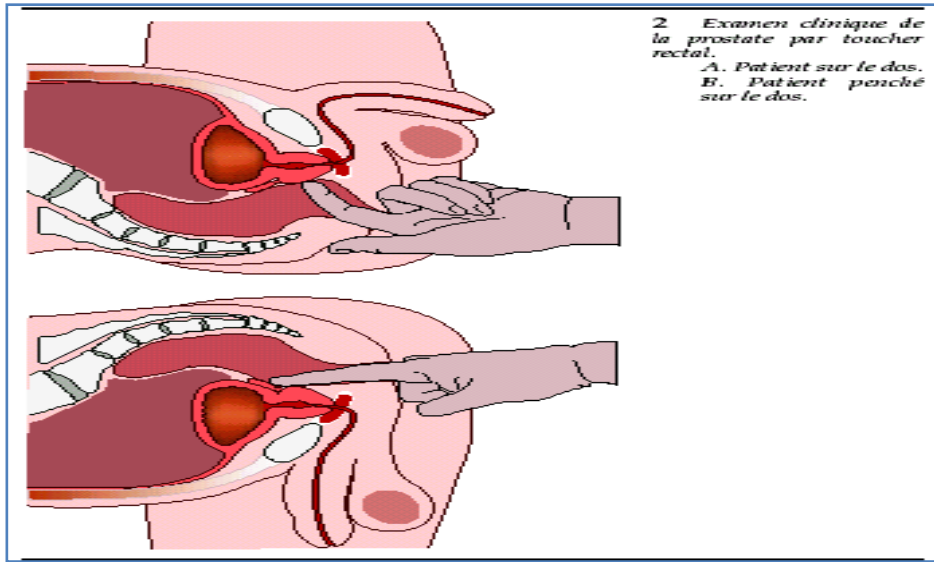
-Élément fondamental du diagnostic du Kc de la prostate.

-Pratiqué après vidange vésicale et rectale :

→ en position de taille sur un plan dure

Combiné au palper hypogastrique.

→ en position debout penché en avant.



### Le reste de l'examen physique :

Palpation abdominale à la recherche de:

- Globe vésical.
- Contact lombaire
- Hernie inguinale et crurale.

## B) Bilan biologique

- UREE , CREATININE SANGUINE

- ECBU

- DOSAGE DE PSA

✚ **Taux de PSA** (dépietage+++)

Protéine produite par la prostate;

Valeur normale : Inf à 4,0 ng/ml

Facteurs de variation:

- cancer de la prostate
- Prostatite
- Facteurs traumatiques: biopsie, résection, sondage.....
- Éjaculation récente
- hypertrophie prostatique
- RVA. (21 jours +++)

## C) Bilan radiologique

### 1. Échographie abdomino-pelvienne: Apprécie:

- Aspect de la prostate ( poids, régularité, échogénicité )
- Le retentissement sur le bas appareil urinaire (diverticule, calcul)
- Le retentissement sur le haut appareil urinaire: (UHNB)
- Mesure du RPM
- Rechercher des métastases abdominales



### 2. Échographie trans. rectale:

garde tout son intérêt dans le KC de la prostate car elle permet de faire des biopsies écho-guidées.



## D) Circonstances de découverte:

### Formes asymptomatiques :

Les circonstances de découverte ont changé depuis les années 1980 où le dosage du PSA est passé dans la pratique courante .

Au stade localisé le Kc de la prostate reste longtemps asymptomatique et il peut être découvert par :

- TR anormale : le Kc de la prostate peut être découvert par une anomalie au TR dans le cadre du dépistage ou lors d'un bilan d'une affection de voisinage (affection digestive , hernie inguinale )
- PSA anormale : motif de découverte de plus en plus fréquent depuis son utilisation dans le cadre du dépistage ou devant des troubles mictionnels.
- imagerie anormale : anomalie rencontrée à l'échographie endorectale réalisée dans le cadre d'une pathologie de voisinage (digestive)
- Découverte histologique 10- 20% : parfois le diagnostic est fortuit sur des copeaux de RTUP ou sur pièce d'adénomectomie.

### Formes symptomatiques:

La révélation d'un Kc de la prostate par une symptomatologie clinique traduit un stade évolué de la maladie.

- **Signes urinaires** : dysurie , pollakiurie , globe vésical , traduisent l'envahissement de l'urètre ou du col vésical.
- **Insuffisance rénale** : en cas d'obstruction urétérale bilatérale.
- **Douleurs** :
  - **Lombaires** : témoignent de l'envahissement des uretères.
  - **Osseuses** : en rapport avec des métastases osseuses.
- **Autres signes** :
  - **Tableau de compression médullaire** : sciatique , paraplégie .
  - **AEG** : asthénie , amaigrissement .
  - **Œdème des membres inférieurs** : en rapport avec une compression veineuse ou lymphatique pelvienne.

### Ex. clinique:

Le TR est fondamental pour explorer la glande prostatique, réalisé après vidange vésicale et combiné au palper hypogastrique. il peut être suspect par la perception :

- Nodule, lobe induré , induration de toute la prostate.
- Asymétrie des deux lobes ou une prostate complètement déformée.
- Glande fixée au petit bassin.

**NB: le TR normal n'élimine pas le diagnostic.**

- L'examen des Fosses lombaires, globe vésical, ganglion de Troisier.
- Recherche d'hépatomégalie.

**En outre l'examen clinique doit comprendre :**

- L'état général et les tares associées (choix thérapeutique).
- L'état sexuel du patient.
- L'examen des organes génitaux externes est systématique.

### **E) Bilan d'extention:**

**On le fait pour pouvoir classer le KC selon la classification TNM**

IL COMPRENDRA :

- . Le taux de PSA
- . Le score de GLEASON : biopsie
- . Une IRM pelvienne
- . Une scintigraphie osseuse
- . Une Rx du thorax
- . Une échographie abdominale

De cette classification dépendra notre attitude thérapeutique

### **Classification TNM**

#### **T : Tumeur**

*-T1 = non palpable*

*-T1a : < 5% des copeaux de RTUP avec score de Gleason <7.*

*-T1b : > 5% des copeaux de RTUP avec score de Gleason >7.*

*-T1c : Biopsie réalisée pour une valeur de PSA élevée.*

*-T2 = palpable, limité à la prostate*

*-T2a: atteinte de moins de la moitié d'un lobe.*

*-T2b: atteinte de plus de la moitié d'un lobe.*

*-T2c: atteinte des deux lobes*

*-T3 = extension extra capsulaire*

*-T3a: franchissant la capsule d'un coté*

*-T3b: envahissement de la ou des vésicules séminales*

*-T4 = extension aux organes de voisinage autres que les vésicules séminales (uretères, rectum, col vésical , sphincter externe).*

#### **N : ganglions**

Nx: atteinte ganglionnaire non déterminée

N0: pas d'atteinte ganglionnaire

N1: atteinte ganglionnaire régionale

#### **M : Métastases**

M0 :absence de métastases

M x :non évaluable.

M1 : métastases à distance

M 1a atteinte de ganglions non régionaux

M1b méta osseuses.

M1c autres sites métastatiques.

## **VI/ Traitement**

### **■ BUT :**

#### **Stade localisé :**

TRT curatif

-L'objectif est de guérir le malade.

#### **Stade localement avancé et métastatiques:**

TRT palliatif

- L'objectif est d'améliorer la qualité de vie.

### **■ INDICATIONS :**

#### **Stade localisé :**

PROSTATECTOMIE RADICALE

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE

#### **Stade localement avancé:**

HORMONOTHERAPIE et RADIOTHERAPIE

#### **Stade de métastases:**

HORMONOTHERAPIE PLUS CHIMIOOTHERAPIE

## **VII/ Conclusion**

*Une bonne indication = Confort du malade et soulagement du médecin.*

*Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme âgé. Le diagnostic devenu possible à un stade localisé depuis l'utilisation courante du dosage de PSA et le TR permettant ainsi un traitement curatif seul garant d'un bon pronostic d'où l'intérêt du dépistage.*