

---

**Suivi du cancer localisé de la prostate après prostatectomie  
Traiter le patient, non le PSA.**

La prostatectomie radicale est souvent conseillée dans le cancer localisé de la prostate, particulièrement avant 70 ans, même si le bénéfice en reste encore à démontrer faute d'essai comparatif. Chez ces patients, quelle est l'évolution après prostatectomie radicale ? Le PSA est largement utilisé dans le suivi. Est-ce justifié ? Quelle est la signification de son élévation ? La survenue de celle-ci est-elle une raison de mettre en oeuvre un traitement complémentaire ? Une étude de suivi apporte des éléments d'information<sup>2</sup>.

L'étude a concerné 1997 patients opérés entre 1982 et 1997 par le même chirurgien pour un cancer localisé de la prostate. Aucun n'a reçu de thérapie adjuvante ou hormonale avant que ne soient documentées des métastases. Le suivi postchirurgical comportait dosage du PSA et TR tous les 3 mois la 1<sup>ère</sup> année, tous les 6 mois la 2<sup>ème</sup>, tous les ans ensuite. En cas d'élévation du PSA au-dessus de 0,2 ng/ml (seuil minimal de détection), un bilan avec scintigraphie était fait et répété tous les ans, et plus tôt en cas de signe clinique. Le suivi moyen a été de 5,3 ans, 70% ayant été suivis plus de 10 ans.

**La survie actuarielle sans métastase était de 87% à 10 ans, 82% à 15 ans.** Aucun patient n'a eu de récurrence locale ou à distance sans élévation du PSA.

**315 (15%) ont eu une élévation du PSA.** Parmi ceux-ci, 11 ont reçu un traitement hormonal immédiat et

ont été éliminés du suivi. Parmi les 304 restants, **103 (34%) ont développé des métastases durant la période d'étude.** Le temps médian de découverte des métastases était de 8 ans à partir de l'élévation du PSA. Dans l'analyse des survies, les facteurs prédictifs étaient le délai d'apparition de l'élévation du PSA (< 2 vs > 2 ans) son temps de doublement (< 10 vs > 10 mois), le score de Gleason, le degré d'extension local initial. Avec un score de Gleason < 8, 73% des patients étaient libres de métastase à 5 ans, seulement 40% avec un score de 8 à 10.

**La mort par cancer survint chez 44 des 103 patients, en moyenne 5 ans après la découverte des métastases.** Le délai entre la chirurgie et l'apparition des métastases était le seul prédictif du temps de survie. Ainsi, la survie à 5 ans est de 13% si le délai est de moins de 3 ans, de 78% s'il est de plus de 8 ans.

Cette étude permet un certain nombre de commentaires<sup>3</sup>:

- elle confirme la longue durée de survie après prostatectomie radicale en cas de cancer localisé de la prostate. Elle n'apporte cependant pas d'élément nouveau concernant le débat sur le bénéfice de la chirurgie, n'étant pas une étude comparative et les résultats à 15 ans étant voisins de ceux de l'attitude d'expectative<sup>4</sup>.
- elle confirme l'importance pronostique des grades histologiques, mais aussi de la plus ou moins grande rapidité d'apparition de l'élévation du PSA, et de son temps de doublement, ainsi que de la longueur du délai entre la chirurgie et la découverte des métastases.
- elle montre que le dosage du PSA, s'il est un élément essentiel de la surveillance, ne peut être un élément de la décision thérapeutique: le délai moyen de 5 ans entre son élévation et l'apparition de métastases justifie l'abstention thérapeutique jusqu'à la preuve de l'existence d'une extension de la maladie.
- elle apporte en effet une donnée de plus en faveur de la stratégie différée de mise en oeuvre des traitements complémentaires, notamment de suppression androgénique, lors de la prostatectomie, ou lors de l'élévation du PSA. Ceci rejoint l'ANAES qui, sur le vu de l'absence de conclusion des diverses études comparatives, écrit de façon voisine: "les patients asymptomatiques, ayant un cancer non localisé de la prostate, peuvent être traités par suppression androgénique soit précocement, soit surveillés et traités de façon différée en cas de progression de la maladie (recommandation de grade B)".<sup>5</sup>
- les auteurs de l'étude notent cependant parmi leurs patients une mortalité plus élevée que dans d'autres études pour les patients porteurs de tumeurs de haut grade, et se posent la question de la responsabilité de l'absence de traitement hormonal précoce chez ces patients.

**Retenons trois conclusions** de l'étude<sup>2</sup>: un PSA normal témoigne de l'absence d'évolutivité de la maladie; l'élévation du PSA ne suffit pas à décider un traitement complémentaire; cette abstention jusqu'à preuve de métastases, voire de symptômes, est peut-être à nuancer en fonction du grade histologique.

1 - Bibliomed. Controverses dans la prise en charge du cancer localisé de la prostate. 1998;114

2 - Pound CR et al. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. JAMA. 1999;281(17):1591-97

3 - Scher HI. Management of prostate cancer after prostatectomy. Treating the patient, not the PSA. JAMA. 1999;281(17):1642-44

4 - Histoire naturelle du cancer de la prostate. 15 ans d'expectative chez 648 patients. Bibliomed, 1997;54

5 - ANAES. Cancer non localisé de la prostate. Recommandations et références médicales 1997;215-39.

**Mots-clé:** PSA, marqueur tumoral, cancer, prostate, métastase, suivi

*Numéro 151 du 2 septembre 1999*