

# Cancer prostatique : histoire de cas

Table ronde

Homme de 65 ans, asymptomatique.  
Antécédents : hypertension artérielle bien contrôlée.  
Nodule prostatique limité au lobe gauche, découvert fortuitement.

PSA 8 ng/ml.

Biopsie : adénocarcinome, Gleason 7.

Stade T<sub>2</sub>b N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> (clinique).

Scan osseux normal.

Question 1 : Quel traitement lui proposez-vous?

1. Surveillance sans traitement.
2. Prostatectomie radicale.
3. Radiothérapie.
4. Radiothérapie et hormonothérapie adjuvante.

Il subit une prostatectomie radicale (son choix versus radiothérapie).

Puis, suivi aux 3 mois, PSA < 0,06 ng/ml.

Deux ans après le diagnostic, on obtient une valeur de PSA à 0,3 ng/ml

Question 2 : Quelle est votre interprétation de la valeur de la PSA?

1. Il s'agit d'une fluctuation minime. Pour l'instant, la rechute est improbable. On ne modifie pas le plan de suivi à ce stade.
2. La rechute est probable. On planifie un suivi serré. Il nécessitera probablement un traitement additionnel dans l'année en cours.
3. La rechute est improbable, mais on planifie des contrôles plus rapprochés afin d'intervenir dès que les valeurs normales de PSA (environ 4 ng/ml) seront dépassées.

Le patient est perdu en suivi. Il revient dix mois plus tard.

Il est toujours asymptomatique.

PSA 1,7 ng/ml.

Bilan d'extension normal (examen physique, tacco abdomino-pelvien, scintigraphie osseuse).

Question 3 : Que recommandez-vous?

1. Aucun traitement immédiat.
2. Hormonothérapie.
3. Radiothérapie pelvienne.
4. Radiothérapie et hormonothérapie.
5. Hormonothérapie et consultation en oncologie médicale pour suivi.

Le patient reçoit une radiothérapie au niveau de la fosse prostatique.

Dans son suivi ultérieur, la PSA redevient  $< 0,06$  ng/ml.

Dix-huit mois plus tard, la PSA s'élève à 3 ng/ml.

Le bilan métastatique nous donne une scintigraphie osseuse avec de petites anomalies non spécifiques mais, dans le contexte, considérées significatives.

Le patient est toujours asymptomatique.

Question 4 : Que recommandez-vous?

1. Aucun traitement immédiat.
2. Hormonothérapie.
3. Hormonothérapie et biphosphonate intraveineux.
4. Hormonothérapie et consultation en oncologie médicale pour suivi.

On débute une hormonothérapie avec un analogue LHRH et un antiandrogène. La PSA se stabilise autour de 1 ng/ml. Les scintigraphies osseuses sont plus ou moins normales et stables aux contrôles. Le patient demeure asymptomatique.

Quatre ans plus tard, il commence à se plaindre de douleurs à une hanche.

La scintigraphie osseuse est positive à ce site et quelques autres petits endroits. La PSA est à 7 (il n'avait pas eu de contrôle depuis 1 an).

Il reçoit une radiothérapie sur sa hanche avec une bonne réponse antalgique.

Question 5 : Que recommandez-vous d'autre?

1. Ne rien changer au traitement tout de suite.
2. Cesser l'antiandrogène, débiter ac. zolédronique i.v.
3. Cesser l'hormonothérapie, débiter la chimiothérapie (référer en oncologie médicale).

Le patient reçoit un traitement de radiothérapie sur sa hanche.

Il cesse son antiandrogène, poursuit son analogue LHRH et débute l'acide zolédronique i.v. aux mois.

Il est de nouveau asymptomatique.

Après trois mois, la PSA est à 7 ng/ml.

Après six mois, la PSA est à 15 ng/ml.

La scintigraphie osseuse est positive, considérée stable depuis 6 mois, sauf pour l'amélioration au niveau de la hanche irradiée.

Il n'a aucun symptôme.

## Question 6 : Que recommandez-vous?

1. Débuter la chimiothérapie (référer en oncologie médicale).
2. Attendre que le patient soit symptomatique pour envisager la chimiothérapie.
3. À 75 ans, la chimiothérapie est rarement une option. Poursuivre le même traitement, avec radiothérapie palliative au besoin.
4. Demander à mon infirmière pivot. Elle a assisté à la journée du 24 octobre et doit connaître la réponse.

La chimiothérapie est discutée avec le patient.

Comme c'est encore un grand voyageur, il n'est pas anxieux de débiter la chimiothérapie le plus tôt possible.

On lui assure un suivi à sa convenance.

À l'an prochain...