



Article Original

Cancer Métastatique de la Prostate Hormono Naïf : Aspects Cliniques et Thérapeutiques au CHU Point G

Diagnosis and management of metastatic hormone-naïve prostate cancer in the urology department of CHU Point G

Mbamba OFM^(1,3), Dikongue Dikongue F^(2,3), Amougou B⁽²⁾, Kassougué A⁽¹⁾, Diallo S⁽¹⁾, Coulibaly MT⁽¹⁾, Diarra A⁽¹⁾, Berthé HJG⁽¹⁾, Diakité ML⁽¹⁾

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE

Ce qui est connu du sujet

En Afrique sud saharienne, le diagnostic du cancer de la prostate est tardif et fait le plus souvent au stade de métastases. En même qu'il faut des stratégies pour un diagnostic précoce, il est essentiel de bien connaître la présentation clinique du cancer tardif.

La question abordée dans cette étude

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de la prostate métastatique hormono naïf au CHU Point G (Bamako)

Ce que cette étude apporte de nouveau

La présentation clinique est conforme aux données classiques. Le groupe pronostique de la classification ISUP le plus représenté était le groupe 3. Le traitement palliatif le plus pratiqué est la castration chirurgicale associée à un anti androgène, essentiellement le bicalutamide.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Il y a nécessité d'implémenter des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce.

RÉSUMÉ

But. Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de la prostate métastatique hormono naïf dans le service d'urologie du CHU Point G. **Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive analytique portant sur 33 dossiers des patients hospitalisés dans le service d'urologie du CHU point G pour cancer de la prostate métastatique hormono naïf de décembre 2017 à janvier 2021 soit une période de 4 ans. **Résultats.** La prévalence du cancer de la prostate métastatique dans le service d'urologie CHU point G était 43,42%. L'âge moyen des patients était de 71,15 ans avec des extrêmes de 54 et 87 ans. Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur osseuse (54,5%). Le signe physique le plus retrouvé était une prostate augmentée de volume, dure, nodulaire et indolore (84,8%). à la TDM, le site des lésions secondaires le plus fréquent était les métastases osseuses (60,06%). Le groupe pronostique de la classification ISUP le plus représenté était le groupe 3 (51,5%). Le traitement palliatif a été fait chez 97% des patients. La suppression androgénique la plus représentée était la castration chirurgicale associée à un anti androgène (53,1%). Le bicalutamide était la molécule anti androgène la plus représentée (73,91%). Le traitement chirurgical palliatif le plus représenté était la résection transurétrale de la prostate RTUP (42,9%). **Conclusion.** Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf était de découverte tardive dans le service d'urologie du CHU point G. La localisation secondaire prédominante était osseuse, et le traitement était essentiellement basé sur le blocage androgénique complet.

ABSTRACT

Purpose. To report the clinical presentation and management of hormone-naïve metastatic prostate cancer in the G-CHU urology unit. **Materials and methods.** This was a descriptive study of 33 patients hospitalized in the G-CHU Urology Unit for hormone naïve metastatic prostate cancer from December 2017 to January 2021 (4 years). **Results.** Patients with metastatic prostate cancer represented 43.42% of the patients of the eG-CHU urology Department. The average age of patients was 71.15 years (extremes: 54 - 87 years). The most common reason for consultation was bone pain (54.5%). The most common physical sign was: enlarged, hard, nodular and painless prostate (84.8%). Bone metastases were the most represented at CT, at 60.06%. The leading prognostic group of the ISUP classification was group 3 (51.5%). Palliative treatment was done in 97% of patients. Androgenic suppression was mainly surgical castration associated with an anti-androgen (53.1%). The antiandrogen molecule bicalutamide was prescribed in 73.91% of cases. The most common surgical palliative modality was transurethral prostatic resection (42.9%). **Conclusion.** In our practice, metastatic hormone-naïve prostate cancer is usually discovered late. Metastasis were mainly most commonly skeletal. Treatment was essentially based on complete androgenic blocking.

Affiliations

1 - Service d'urologie du centre hospitalier universitaire du point G, Bamako, Mali
2- Département de chirurgie et spécialités faculté de médecine et de sciences pharmaceutiques université de Dschang
3- Centre médical d'arrondissement de Bonamoussadi

Auteur correspondant :

Mbamba Omam Franck
Merlin service d'urologie du
CHU POINT G, Bamako,

E-mail :

mbambaomamfranck@gmail.com

Mots clés : cancer, prostate, adénocarcinome, métastases.

Keywords: cancer, prostate, adenocarcinoma, metastases.

Article history

Submitted: 1st March 2023

Revision requested: 8 April 2023

Accepted: 16 April 2023

Published: 30 April 2023

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est défini comme étant une prolifération anormale des cellules plus ou moins différenciées de la prostate [1]. On lui décrit plusieurs stades évolutifs : cancer localisé, localement avancé et métastatique [2]. Le cancer métastatique de la prostate correspond à une tumeur qui s'est propagée au-delà des tissus entourant la prostate pour atteindre des ganglions lymphatiques éloignés ou d'autres parties du corps à distance de la prostate comme les poumons, le foie ou les os. On lui distingue deux entités à savoir : le cancer de la prostate métastatique hormono naïf et le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration [2]. Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf est un cancer qui est sensible à la castration qu'elle soit chimique ou chirurgicale. C'est un cancer dont les cellules tumorales sont stimulées par les androgènes, essentiellement la testostérone produite par les testicules sous la dépendance de l'axe hypothalamo-hypophysaire. La testostérone est le principal androgène circulant, 5 à 10% sont produites par les surrénales. Elle est ensuite convertie dans les cellules prostatiques par les 5 alpha-réductase en dihydrotestostérone [3].

Il constitue un problème de santé publique dans les pays développés, et représente la cinquième cause de tumeur masculine tous âges confondus dans le monde, et la troisième cause de décès par cancer chez l'homme [4].

Le cancer de la prostate métastatique hormono naïf a une fréquence estimée à 10% en Europe [3], en Afrique : 68,23% en Côte d'Ivoire [5], et 45,9% [6] au Sénégal. Son diagnostic est évoqué devant un touché rectal suspect, une élévation de l'antigène spécifique de la prostate qui peut prédire son extension (PSA >100 ng/ml). Il est confirmé à l'examen anatomopathologie qui établit le type et le grade histologique. Plus, de 95% des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes [5]. C'est un cancer à fort potentiel métastatique tant au plan local, locorégional qu'à distance. Les métastases les plus fréquentes sont ganglionnaires et osseuses atteignant déjà 40% des patients au diagnostic et 86% au stade terminal. Les localisations secondaires viscérales et cérébrales sont rares et terminales [7]. Son traitement actuel repose sur une suppression androgénique associée à une hormonothérapie de nouvelle génération ou une chimiothérapie [2]. En Afrique sud saharienne et au Mali en particulier, le diagnostic du cancer de la prostate demeure tardif et est fait le plus souvent au stade de métastases. Le but de cette étude est de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de la prostate métastatique hormono naïf dans le service d'urologie du CHU point G.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude a été réalisée dans le service d'urologie du CHU point G. Il s'agit d'une étude descriptive analytique portant sur 33 dossiers des patients hospitalisés pour cancer de la prostate métastatique hormono naïf de décembre 2017 à janvier 2021 soit une période de 4 ans. Ont été inclus dans notre étude tout patient admis dans le service d'urologie pour cancer de la prostate métastatique hormono naïf, n'ont pas été inclus tout patient admis dans le service d'urologie pour cancer de la prostate

métastatique hormono naïf sans bilan d'extension. Les paramètres étudiés étaient Aspects sociodémographiques (âge, profession), l'examen clinique et para cliniques, l'anatomopathologie (groupe pronostic de la classification ISUP), le traitement (blocage androgénique). Nous avons exploité le registre d'admission des patients, les dossiers des malades. La saisie a été faite sur Microsoft Word 2010, les tableaux et graphiques sur EXCEL2010. L'analyse des données réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 7, les tests statistiques utilisés étaient : le test exact de Fisher et celui de Student avec un seuil de signification pour $P < 0,05$.

RESULTATS

La fréquence du cancer de la prostate métastatique hormono naïf était de 43,42%, %. L'âge moyen de nos patients était de 71,15 avec des extrêmes allant de 54 et 87 ans avec un écart type de 9,311 ans, les fonctionnaires étaient la profession la plus représentée soit 33,3%. La douleur osseuse était le motif de consultation le plus fréquent soit 54,5%, les signes obstructifs étaient les troubles mictionnels les plus représentés soit 72,22%

Tableau I : Signes physiques (n=33)

Signes physiques	N	%
Prostate augmentée de taille, dure, nodulaire	28	84,8
Prostate augmentée de taille, consistance ferme, surface lissé, contour régulier	05	15,2
Œdème de compression	04	12,1
Adénopathie	03	9,1

La prostate suspecte était le signe physique le plus représenté soit 84,8%.

Tableau I : Taux d'Hb des patients (n=33)

Taux d'Hb	Effectif	Pourcentage
[3 - 7]	11	33,3
[8 - 10]	14	42,4
> 10	08	24,2
Total	33	100,0

42,4% des patients avaient un taux d'Hb compris entre [8-10].

L'EBCU était stérile dans 72,7% des cas et il y avait une infection urinaire dans 27,3% des cas.

Tableau IIV : Titre de PSA total (n=33)

Taux de PSA total en ng/ml	Effectif	Pourcentage
[1- 50[01	3,03
[50- 100[01	3,03
[100-200[31	93,9
Total	33	100,0

La tranche [100-200[était la plus représentée soit 93,9%. Tous les patients avaient réalisé une TDM thoraco-abdomino-pelvienne.

Tableau V : site de métastases à la TDM (n=33)

Métastases retrouvées à la TDM thoraco-abdomino-pelvienne	Effectif	%
Métastases osseuses	20	60,06
Métastases pulmonaires	11	33,3
Métastases ganglionnaires pelviennes	02	6,06

Les métastases osseuses étaient les plus représentées soit 60,06%.

Tableau VI : type de prélèvement pour anatomopathologie (n=33)

Type prélèvement pour anatomopathologie	N	%
Pièces d'adénomectomie	17	51,51
Biopsie prostatique	11	33,33
Copeaux de résection prostatique	05	15,15
Total	33	100,0

Les pièces d'adénomectomie étaient les plus représentées soit 51,51%

Tableau III : Groupe pronostique ISUP (n=33)

Groupe pronostic ISUP	N	%
Groupe 1 Score de Gleason 6 (3+3)	03	9,1
Groupe 2 Score de Gleason 7 (3+4)	06	18,2
Groupe 3 Score de Gleason 7 (4+3)	17	51,5
Groupe 4 Score de Gleason 8 (4+4, 3+5 ou 5+3)	04	12,1
Groupe 5 Score de Gleason 9 ou 10	03	9,1
Total	33	100,0

Le groupe 3 était le plus représenté soit 51,5%.

Tableau IVIII : type de blocage androgénique (n=32)

Traitement	Effectif	Pourcentage
Castration chirurgicale seule	08	25
Castration chirurgicale + Anti androgène	17	53,12
Castration chimique + Anti androgène	06	18,75
Castration chimique (Agonistes LH-Rh) seule	01	3,12

La castration chirurgicale associée à l'anti androgène était le plus représentée soit 53,12%.

Tableau IX : traitement chirurgical

Traitement chirurgical palliatif	Effectif (n=14)	Pourcentage
RTUP	06	42,9
Dérivation urinaire	05	35,7
ECP	03	21,4
RTUP : résection transurétrale de la prostate		
ECP : évidement cervicoprostatique		

La RTUP était le traitement chirurgical le plus représenté soit 42,9%.

DISCUSSION

• Prévalence

Pendant la période de notre étude, nous avons recruté 33 cas de cancer de la prostate métastatique hormono naïf sur 76 cas de cancer de la prostate, soit un pourcentage de 43,42%. Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par Konan PG et al. 68,23% [5] Cette différence serait liée à notre échantillon qui ne prenait pas en compte les patients qui n'avaient pas de bilan d'extension.

• Ages

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était 71,15 ans avec des extrêmes allant de 54 à 84 ans. Cette moyenne

d'âge est supérieure à celle retrouvée dans l'étude de Konan PG et al. 67,44 ans [5] et inférieurs à celle d'Abdessamad 72 ans [8]. Donc l'âge est reconnu comme un facteur favorisant du cancer de la prostate.

• Motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était dominé par les douleurs osseuses 54%. Ce résultat est légèrement inférieur à celui retrouvé par Abdessamad 61,5% [8].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, les patients consultent le plus souvent à un stade tardif.

• Signes physiques

La valeur prédictive positive du TR est évaluée entre 21 et 53% et dépend du degré de suspicion du cancer et l'expérience de l'examineur, le TR anormal est une indication formelle de biopsie même si le taux de PSA est normal. [9]. L'hypertrophie prostatique d'allure maligne a été le signe physique le plus fréquent 84,8%, conforme avec certains auteurs dans la littérature : CHTOOK 82,8% [4], et ABDESSAMAD 79% [8]. Au TR la prostate n'était pas suspecte chez 15,2%, la même observation a été faite par KONAN PG et al. 7,69% [5] et CHTOOK 6% [4]. Ceci est dû au développement zonal du cancer de la prostate. Certains de nos malades 12,2% avaient des OMI, ce résultat est supérieur à celui de CHTOOK 4% [4].

Les adénopathies inguinales ont été retrouvées chez 9,1% de nos patients, ce qui est inférieur à CHTOOK 11 % [4]. Les adénopathies inguinales et les OMI retrouvés chez certains de nos patients sont simplement l'expression du stade métastatique de la maladie.

• PSA total

Le PSA est organique (caractéristique de l'épithélium prostatique et non du Cap), par conséquent il peut être élevé dans l'HBP, la prostatite aigue et dans d'autres affections non malignes C'est pourquoi un délai de 8 à 10 jours est recommandé après chaque acte susceptible de modifier le taux. Néanmoins beaucoup d'hommes peuvent héberger CaP en dépit d'un faible taux de PSA sérique [10]. Dans notre série, 93,9% de nos patients avaient un taux de PSA total ≥ 100 ng/ml, nettement supérieur à ceux retrouvés respectivement par CHTOOK 52% [4] et Tengue et al. 90,5% [11]. Nous pouvons dire qu'un PSA total ≥ 100 ng \ml est fortement associé à la présence de métastases.

• Type de prélèvement pour anatomopathologie

Dans notre étude le type de prélèvement anatomopathologie était les pièces d'adénomectomie 51,5% inférieur à celui de Diakité ML et al. 71,6% [14].

• Groupe pronostique de la classification ISUP

L'adénocarcinome est le type histologique retrouvé dans notre étude. Ce résultat est similaire à ceux de la littérature où on note une nette prédominance de l'adénocarcinome dans le cancer de la prostate. Dans notre série 51,5% des patients présentaient un ISUP 3 (score de Gleason 7 (4 majoritaires)) supérieur à celui observé par Konan PG et al. 48,58% [5] et inférieur à celui retrouvé par ABDESSAMAD 75% [8].

• Bilan d'extension

Dans notre étude, la TDM TAP a été le seul bilan d'extension réalisé par nos patients soit 100%. Ce résultat est supérieur à Tengue K et al. 95% [11] et Belkhama 16% [12]. La fréquence élevée de la TDM TAP s'explique

par l'inaccessibilité, et le coût élevé de certain bilan tel que l'IRM et la scintigraphie osseuse.

• Traitements

Dans notre étude le traitement était basé sur le blocage androgénique. Celui-ci représentait le traitement de référence du cancer de la prostate métastatique jusqu'à ce qu'une combinaison avec HTNG ou la chimiothérapie apparaissent maintenant indiquée dans la plupart des cas [2]. Il est à noter qu'un malade avait refusé le traitement. Si l'hormonothérapie seule ne prolonge pas la survie, il a été prouvé qu'elle diminue rapidement les symptômes douloureux d'origine osseuse et réduit le risque immédiat de complications sévères (compression médullaire, fracture, obstruction urétérale) [13]. Dans notre série 53,12 % de nos patients ont subi une castration chirurgicale associée à un anti androgène, 25% des patients ont subi une castration chirurgicale seule, 18,75% des malades ont reçu une castration chimique associée à un anti androgène, 3,125% des patients ont reçu une castration chimique seule. Ces résultats nettement supérieurs à ceux de Tengue K et al. [11] : 46,1% de ces patients avaient subi une pulpectomie associée à un anti androgène, 34,5% une pulpectomie seule, 3% une castration chimique associée à un anti androgène. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que : les populations africaines surtout celles du tiers monde ont un pouvoir d'achat bas, et les malades optent le plus souvent pour un traitement à coût moins élevé (castration chirurgicale). Le traitement chirurgical palliatif était constitué majoritairement d'une RTUP soit 42,95%, supérieur à celui de Konan PG et al. 16% [5], et d'un évidement cervico prostatique 21,4% inférieur toujours à Konan PG et al. 84% [5].

CONCLUSION

Le cancer de la prostate est un problème de santé publique dans les pays développés. Au Mali et plus particulièrement dans le service d'urologie du CHU Point G, il était de découverte tardive et au stade métastatique. La localisation secondaire prédominante était essentiellement osseuse et le traitement était essentiellement basé sur le blocage androgénique. Le dépistage et la consultation précoce pourraient permettre d'améliorer la survie devant celui-ci.

RÉFÉRENCES

- 1- Sylla M. Cancer de la prostate au service d'urologie du CHU Gabriel Touré : Etude de 1380 pièces d'adénomectomie. Université de Bamako 2020 ; thèse de médecine N 161.
- 2- Rozet F, Mongiat P, Hennequin C et al. Recommandations françaises du comité de cancérologie de l'AFU actualisation 2020-2022 : cancer de la prostate. Progrès urologie 2020 ; 30(12) : 136-251.
- 3- Oudard S, Velev M, Belhaj Y et al. Traitement des cancers de la prostate métastatique, des avancées significatives. Rev Prat 2018 ; 68(7) :707-12.
- 4- CHTOUK M. Prise en charge du cancer de la prostate localement avancé et métastatique. Université CADI AYYAD Marrakech 2016 ; thèse de médecine N 120.
- 5- Konan PG, Gowe EE, Dekou AH et al. Cancer métastatique de la prostate dans le service d'urologie du CHU de Cocody. Uro Andro 2015 ; 1(4) : 172-176.
- 6- Ndiaye M, Ousmane S, Thiam A Et al. Cancer de la prostate au centre hospitalier universitaire Aristide le Dantec de Dakar: aspects épidémiologiques sur les cinq dernières. Ann Afr Med 2020 ; 14(1) : 4004-4006.
- 7- Ameer A, Touiti D, Mostarchid B et al. Métastases cérébrales d'un cancer de la prostate : régression sous traitement hormonal. Prog Urol 2001 ;11 :1298-1301.
- 8- Abdessamad A. Caractéristiques cliniques et pronostic du cancer métastatique de la prostate (à propos de 52 cas). Université Sidi Mohamed Ben Abdallah Fès 2017 ; thèse de médecine N 172.
- 9- Poirier J. L'hypertrophie bénigne de la prostate et son traitement médicamenteux. 2009 [cité 11 juillet 2014]. Disponible sur nancy.fr/doc num/ SCDPHA – t – 2009 – Poirier – Josephine.PDF.
- 10- Mistry K, Cable G. Meta- analysis of prostate specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. The Journal of the American Family Practice 2003; 16(2): 95-101.
- 11- Tengue K, Kpatcha M, Botcho G et al. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. African journal of urology 2016 ; 22(2) : 76 – 82.
- 12- Belkhaima M. Profil épidémiologique clinique et thérapeutique du cancer de la prostate au CHU Mohamed VI (étude rétrospective à propos de 159 cas). Université Cadi AYYAD Marrakech 2007 ; thèse de médecine N 27.
- 13- Souille M, Benzebo P, Cornud F et al. Cancer de la prostate. Prog Urol 2007 ; 17(1) : 1159 – 1230.
- 14- Diakité M, Kasougué A, Coulibaly B et al. Taux de PSA et pathologies prostatiques : une Analyse Histopathologique de 250 pièces. The Journal of Medicine and Health Sciences 2019 ;20 (5) :23-26.