

**PROCES VERBAL**  
**de l'ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE de l'ANAMACaP du 3 juin 2006 à 9 h**  
Amphithéâtre Léon - Hôpital Tenon (Paris XXème)

**Présents ou représentés** : .....

***Le quorum étant requis, le Président déclare que l'Assemblée Générale peut valablement délibérer***

**ORDRE DU JOUR**

- 1) Assemblée Générale Statutaire
  - a. Approbation du compte-rendu de l'Assemblée Générale du 9 juillet 2005
  - b. Compte-rendu financier visé par un expert-comptable
  - c. Compte-rendu d'activités
  - d. Communications
  
- 2) Intervention de spécialistes
  - a. Prise en charge de l'incontinence urinaire après les différents traitements du cancer de la prostate (sujet présenté par le Professeur F. HAAB)
  - b. Place des nouvelles techniques d'imagerie dans la prise en charge du cancer de la prostate (IRM, PET-SCAN) (sujet présenté par le Professeur Olivier CUSSENOT)
  - c. Résultats des cohortes de patients (sujet présenté par le Professeur Olivier CUSSENOT)
  
- 3) Réponses aux questions

**I) ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE**

**a) Approbation du compte-rendu de l'Assemblée Générale du 9 juillet 2005**

Le Président donne lecture du compte-rendu de l'Assemblée Générale du 9 juillet 2005.

Aucune observation ou demande de modification n'étant formulée, le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

## **b) Compte-rendu financier visé par un expert-comptable**

Le Président donne lecture, en séance, du bilan de l'ANAMACaP établi par notre expert-comptable, le cabinet Michel LEVY de Strasbourg. Le résultat de l'exploitation est excédentaire de 18 494 € pour l'exercice 2005 alors qu'il était déficitaire de 10 299 € pour l'exercice N-1.

### **Report à nouveau**

	<u>2005</u>
<i>Au 1<sup>er</sup> janvier</i>	7 513 €

### **Produits d'exploitation**

<i>Intitulés</i>	<u>2005</u>
<i>Dons</i>	27 809 €
<i>Subventions</i>	22 500 €
<i>Cotisations</i>	2 580 €
<b>TOTAL</b>	<b>52 889 €</b>

### **Charges d'exploitations**

<i>Intitulés</i>	<u>2005</u>
<i>Affiches / flyers etc</i>	9 768 €
<i>Salaires et traitements</i>	7 413 €
<i>Conférences / AG etc</i>	5 306 €
<i>Missions / déplacements</i>	4 122 €
<i>Affranchissements/Télécom</i>	2 662 €
<i>Site Internet</i>	1 667 €
<i>Charges sociales</i>	1 388 €
<i>Honoraires</i>	615 €
<i>Documentation</i>	597 €
<i>Fournitures</i>	429 €
<i>Prestations de services</i>	188 €
<i>Assurances</i>	157 €
<i>Services bancaires</i>	51 €
<i>Cotisations</i>	32 €
<b>TOTAL</b>	<b>34 395 €</b>

### **Compte de résultat**

	<u>2005</u>
<i>Résultat de l'exercice</i>	18 494 €(excédent)

### **Reste à réaliser**

	<u>2005</u>
<b>PRODUITS</b>	
<b>CHARGES</b>	2 467 €

Après lecture de ce rapport, il n'est formulé aucune observation. Les membres présents approuvent à l'unanimité les comptes et donnent quitus.

## **c) Compte-rendu d'activités**

### **REUNION D'INFORMATION**

- 15/10/2005 : Réunion d'information « Incontinence, Impuissance et cancer de la prostate » à la Faculté de Pharmacie de PARIS

### **PARTICIPATION MEETING**

- 08/03/05 : Europa Uomo : steering Committee à Anvers
- 24/06/05 : 6th Consultation prostate cancer au Palais des Congrès à Paris
- 10/09/05 : Laboratoire TAKEDA : table ronde
- 14/09/05 : Journée cancer de la prostate (organisée par l'AFU et le Labo SANOFI)
- 15/09/05 : Participation à la journée Nationale de la Prostate à LYON
- 19/09/05 : Visite du Laboratoire Novartis
- 08/10/05 : 8ème salon Forme et Santé à Paris (qui a permis la rencontre avec le Directeur du Laboratoire PFIZER)
- 13/10/05 : Présentation de la Thèse de Stéphane LARRE à Nancy (étude sur le dépistage systématique du cancer de la prostate sur les hommes de 50 à 70 ans dans l'arrondissement de Sarrebourg – Résultat époustouflant)
- 14/11/05 : 3ème rencontre parlementaire au Ministère de la Santé
- 15/11/05 : SANOFI : 1ère journée Voltaire à la Maison de la Chimie
- 18/11/05 : Etats Généraux de la Ligue Nationale contre le Cancer à Paris
- 28/11/05 : Europa Uomo : Congrès ECCO – Steering Committee à Paris
- 02/12/05 : ARTP : 14ème journée scientifique – Maison de la Chimie

### **REUNIONS IMPORTANTES**

- 17/02/05 : Réunion avec le Laboratoire AstraZeneca (financement d'une newsletter)
- 16/02/05 : Réunion avec le Professeur CUSSENOT : constitution d'une cohorte
- 14/07/05 : Réunion avec le Professeur PUJOL (Ligue Nationale)
- 03/06/05 : Réunion avec le Professeur OUDARD – note sur chimio + vaccin
- 05/06/05 : Réunion avec le Laboratoire Schwarzpharma (financement de réunions d'information dans les grandes villes)
- 01/11/05 : Réunion avec le Laboratoire AstraZeneca
- 02/11/05 : Réunion avec le Laboratoire Novartis
- 01/12/05 : Réunion avec le Laboratoire PFIZER (Financement du passeport, sorte de carnet de bord du malade atteint du cancer de la prostate)
- 18/12/05 : Réunion avec Monsieur Paul DIXEY, conseiller en négociation notamment avec le Ministère de la Santé.

### **PASSAGE PUBLIC**

- 17/02/05 : Réunion avec le Laboratoire AstraZeneca
- 05/08/05 : Interview par BSC Communication
- Interview pour un dossier « spécial cancer de la prostate » dans le magazine « ALTERNATIVE SANTE » n° 325 de septembre 2005
- Décembre 2005 : passage de Monsieur Jean DUVAL, modérateur du forum, sur la Chaîne de télévision France 5.

### **ADHESIONS**

- Au 31/12/2004 : 252 adhérents
- Au 31/12/2005 : 428 adhérents

- A ce jour : 587 adhérents

Par ailleurs, le Président informe les membres qu'une rencontre est programmée d'ici une dizaine de jours avec Monsieur MOUROUGA de l'Institut National du Cancer et que l'association, représentée par son président, est invitée à présenter un exposé sur notre paradigme du cancer de la prostate à l'UICC, congrès international organisé à Washington en juillet 2006.

## **d) Communications**

### **AFFAIRE ERNEST**

Monsieur ERNEST était l'un des membres de notre association.

Monsieur ERNEST, lors d'une consultation en 1999 chez son médecin, a demandé à bénéficier d'un dépistage à cause de son âge mais aussi et surtout parce que son père est décédé du cancer de la prostate et parce qu'il se levait la nuit pour uriner. Son médecin lui a répondu que le PSA n'était pas réservé au dépistage mais au suivi du cancer de la prostate.

3 ans plus tard, Monsieur ERNEST retourne voir son médecin généraliste pour demander un test PSA. Son médecin accepte et lui prescrit les analyses. Les résultats sont alarmants : découverte d'un PSA élevé, une prostatectomie radicale s'en suit avec récurrence immédiate.

Il s'est avéré que la tumeur était de nature endocrine. La tumeur s'est ensuite développée sans produire de PSA. L'objectif de Monsieur ERNEST, qui est récemment décédé, était de faire reconnaître par la justice l'erreur commise par son médecin généraliste. S'il lui avait prescrit un test PSA la première fois, son cancer de la prostate aurait probablement été découvert à temps et il aurait pu avoir une chance de le contrôler.

La famille du défunt souhaite toujours porter cette affaire devant la justice et demande le soutien de l'ANAMACaP.

Le Président demande à l'Assemblée si l'association doit accompagner cette famille dans cette démarche ou si l'ANAMACaP doit rester strictement dans le cadre de son action.

Un adhérent approuve fortement et propose même de participer aux frais de la famille.

Un autre pense que l'essentiel est d'informer le public, cependant plusieurs actions de ce genre n'ont pas abouti.

Le Président pense que sur un plan politique, philosophique et moral, l'ANAMACaP doit défendre l'un de ses membres. De plus, le seul fait d'intervenir interpellera les médecins généralistes. Il en découlera une prise de conscience puis une meilleure formation des professionnels de santé à ce cancer et une meilleure information vers le patient.

Le président soumet la question suivante à l'Assemblée:

Quels sont ceux qui ne souhaitent pas que l'ANAMACaP engage l'action : aucune main ne se lève

Quels sont ceux qui souhaitent engager l'action : la quasi unanimité des membres présents lève la main.

## **PERMANENCE LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER**

Le Président PUJOL, Président de la Ligue Nationale contre le Cancer, a attribué la seconde partie d'un bureau (la première partie étant occupée par une autre association) à l'ANAMACaP au siège de la Ligue.

Monsieur MUNTZ souhaite y tenir une permanence au moins une fois par mois. Le Président demande à l'Assemblée quels seraient les volontaires pour tenir ces permanences et à quelle fréquence.

Le jour retenu serait le 2<sup>ème</sup> vendredi du mois.

L'un des adhérents estime que c'est une très bonne idée d'autant plus que le cancer du sein pour la femme possède des structures et des moyens qui évoluent sans cesse contrairement au cancer de la prostate pour l'homme.

L'un des adhérents suggère de créer des antennes de l'association en Province car il peut-être difficile pour certaines personnes de se déplacer à Paris.

Le président répond qu'il est préférable de structurer dans un premier temps l'ANAMACaP au niveau national avant de créer des antennes.

La comparaison entre l'association-sœur allemande est à nouveau établie. Les allemands ont fait quelque chose d'extraordinaire avec leur association mais leur Ligue Nationale leur alloue une subvention annuelle de 400 000 € par an contre 2 500 € alloués par la Ligue Française à l'ANAMACaP.

Le Président rappelle à l'Assemblée que chaque membre est libre de créer sa propre association locale et qu'il se porte lui-même volontaire pour prêter main forte.

## **PROBLEMATIQUE DU CANCER DE LA PROSTATE**

### Dépistage

Le président présente le projet de dépistage élaboré avec Monsieur Marc NIGON.

Le Président précise que le lobbying a fonctionné au niveau des administrations sanitaires et que le cancer de la prostate est à l'avant-garde grâce à la nouvelle position de Monsieur Jacques CHIRAC en faveur du dépistage.

### Proposition de M. Marc NIGON

Monsieur Marc NIGON propose des mises à jour sur le site Internet une fois par an ayant pour thème :

- Le dépistage et le staging du cancer de la prostate
- Les facteurs d'orientation thérapeutique : quand décider d'une surveillance active ou du choix d'un traitement : radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie etc... (les traitements seuls ou combinés sont devenus tellement nombreux que l'on se perd et les urologues également), étudier les algorithmes et nomogrammes.

## **PROJETS**

### Passeport

L'élaboration d'un passeport est en cours. Le passeport est une sorte de carnet de bord du patient atteint du cancer de la prostate où tous ses résultats d'analyse pourront y être retranscrits.

### La santé des os

Le laboratoire AVENTIS a alloué une subvention à l'ANAMACaP en contre-partie de l'établissement d'un dossier sur la santé des os. Ce dossier serait établi en collaboration avec le Docteur COLOMBEL de Lyon.

Avant de clôturer cette 1<sup>ère</sup> partie de l'ordre du jour, le Président annonce que lors de la prochaine assemblée générale, quelques modifications statutaires seront à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale statutaire étant épuisée, le Président donne la parole au Professeur HAAB, qui poursuit l'ordre du jour de l'Assemblée Générale par une intervention sur le thème de l'incontinence.

ANAMACaP

Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate

17, bis Avenue Poincaré. 57400 SARREBOURG

**Sujet présenté par le Professeur François HAAB**

— Prise en charge de l'incontinence urinaire après les différents traitements du cancer de la prostate

## II) INTERVENTION DE SPECIALISTES

### a) Prise en charge de l'incontinence urinaire après les différents traitements du cancer de la prostate

(sujet présenté par le Professeur F. HAAB)

#### Présentation :

L'incontinence urinaire touche 3 millions de femmes entre 18 et 70 ans. Actuellement, nous ne possédons aucune donnée chiffrée pour les hommes. Pour des raisons anatomiques, les femmes sont plus touchées par ce problème que les hommes.

La France est l'un des plus mauvais pays européens concernant la prise en charge de l'incontinence et est l'un des seuls pays européens où les protections (d'un coût relativement élevé) ne sont pas remboursées. Les professionnels de santé ont demandé à l'Etat de baisser la TVA actuel des protections de 19,6 % à 5,5 %. La demande a été rejetée.

Aujourd'hui, les contraintes budgétaires liées à ce problème sont importantes, ce pourquoi la prise en charge est difficile à mettre en place.

L'incontinence chez l'homme : définition de l'incontinence = toute fuite d'urine qui provoque une gêne (gouttes retardataires – envie pressante d'uriner etc...)

Dans notre société, le mot « incontinence » est assimilé à tort à de grosses fuites. Dans la réalité seuls 3 à 5 % des hommes connaissent ce type d'incontinence dont plus d'un tiers ayant plus de 80 ans.

Il existe deux grandes familles d'incontinents dont les traitements respectifs sont radicalement différents.

- **L'incontinence à l'effort** (qui concerne le sphincter : pression abdominale) : provoquée par la toux, l'éternuement, la marche, le changement de position
- **L'incontinence par impériosité** (contraction de la vessie :) : le plus souvent, elle se rencontre chez l'homme avec un adénome de la prostate : envies pressantes etc...
- **L'incontinence mixte** : associe l'incontinence à l'effort et l'incontinence par instabilité vésicale.

Incontinence à l'effort : le sphincter est un muscle et comme tout muscle sollicité en permanence il se fatigue en fin de journée. Toute la problématique aujourd'hui est de trouver comment faire en sorte qu'il ne se fatigue pas.

Auparavant, le corps médical était démuni pour faire face aux petites fuites des patients. Désormais, il existe quelques nouveautés.

Incontinence par impériosité : L'adénome (inflammation de la prostate) est la cause la plus fréquente de l'incontinence par instabilité vésicale chez l'homme : gouttes retardataires (car peu ou pas de pression), urgences etc... Le traitement est assez simple via le massage urétral.

#### Les causes chirurgicales :

- Le traitement de l'adénome prostatique (= résection) : Il existe un risque très faible d'incontinence sévère après résection de la prostate : - 0,5 %.
- Chirurgie ou irradiation du cancer de la prostate : la marge de manœuvre est très faible pour retirer la prostate à cause de sa situation géographique et parce que l'intention première est de retirer la tumeur (le sphincter est très proche de l'apex).  
Les chirurgiens sont incapables pour l'instant de déterminer avant l'opération qui sera incontinent ou pas. Les professionnels de santé n'en connaissent pas assez sur le

sphincter encore maintenant. Difficultés de l'anastomose (couture entre la vessie et l'urètre).

**Prévalence après prostatectomie** (enquête réalisée sur 757 patients il y a quelques années aux Etats-Unis).

50 % fuites quotidiennes après prostatectomie  
32 % fuites à distance (plus d'un an après l'opération)  
6 % traitement chirurgie spécifique (incontinence sévère)

**Incontinences sévères** (367 patients) : évolution dans le temps

0 – 3 mois : 71 %  
3 – 6 mois : 22 %  
8 – 12 mois : 4 %  
> 12 mois : 3 %

### **Les moyens (traitements) :**

#### **— La rééducation périnéale (par les kinésithérapeutes)**

Objectifs :

- diminuer le temps de récupération
- acquérir le contrôle de la musculature périnéale
- renforcer la musculature périnéale (technique de biofeedback : électro-stimulation)

L'association de ces 2 objectifs permet de raccourcir le délai de l'incontinence après opération. Ce traitement a des résultats satisfaisants s'il est réalisé avant l'opération ou dans les 6 mois qui la suivent.

#### **— Les médicaments**

Il existe des médicaments qui agissent sur la vessie (ex : VESICAIR : très cher et non remboursé)

Contre-indication : existence d'un glaucome (très rare)

Effets secondaires : constipation, bouche sèche. Contre l'effet de bouche sèche, il ne faut surtout pas boire, car cela stimule l'incontinence. La bouche est sèche car les glandes salivaires ne fonctionnent pas. Pour y remédier, il suffit de manger un bonbon sans sucres ou de mâcher un chewing-gum sans sucres.

Il existent également des médicaments pour traiter l'incontinence d'effort : duloxetine.

#### **— Le sphincter artificiel (chirurgie de SCOTT : 1974)**

Un seul dispositif au monde existe. C'est un dispositif rodé qui a fait ses preuves de manière redoutable contre l'incontinence sévère. Sur une échelle de 0 à 5, le niveau de satisfaction des patients atteint 4,1. La partie active du sphincter est une sorte de brassard qui gonfle avec de l'eau et qui entoure l'urètre. Le sphincter est entièrement implanté sous la peau et est invisible. Il est dégonflé manuellement pour uriner à l'aide d'un petit bouton implanté sous les testicules.

Sur 68 patients interrogés, 6 % des cas ont connu des complications telles que la perforation de l'urètre. De plus, le dispositif est un mécanisme, donc il peut tomber en panne au bout de quelques années. Coût du dispositif : 4 800 €

Les résultats sont de l'ordre de 80 % redevenus socialement continents.

#### **— Les bandelettes**

Technique employée pour les fuites occasionnelles. Ce système existe pour les femmes actuellement.

Système de plaque, de ruban, fixé avec des vis dans les os et qui va opprimer l'urètre afin de supprimer l'incontinence.

Le Pr HAAB pense que ce système actuel de pose de bandelettes avec fixation sur les os constitue un risque disproportionné (risque plus important d'infection des os) par rapport à la gêne occasionnée. Un autre projet est actuellement en cours dans 4 centres d'évaluation (Autriche, Allemagne, France : Hôpital Tenon à Paris, et Etats-Unis) avec un autre système de fixation qui sera lancé à la fin 2006 (INVANCE).

— **La prothèse** : dispositif PRO-ACT

L'idée est de refaire une prostate avec 2 ballons qui compriment l'urètre. La prothèse permet de comprimer l'urètre (mécanisme intelligent qui permet un meilleur compromis entre le respect de la miction et de compression de l'urètre). Cependant, la pose est difficile. Le risque de ce système est de voir l'incontinence s'aggraver (6 % des cas).

— **Les traitements futurs**

La thérapie musculaire cellulaire est un système de régénération des cellules. 10 % des cellules régénératrices d'un muscle permettent de régénérer un muscle. Dans le cas présent, il s'agit de prélever des cellules lors d'une biopsie sur l'épaule, puis de réinjecter les cellules régénératrices dans le sphincter (qui lui-même est un muscle).

Ce traitement ne nécessite aucune hospitalisation et est effectué sous anesthésie locale.

Un essai français est actuellement en cours à l'hôpital TENON à Paris. C'est le premier essai au monde sur la thérapie cellulaire après prostatectomie radicale. Cet essai est financé grâce à l'argent du Téléthon. Il est effectué sur 12 patients. Les résultats sont prévus pour les mois d'octobre / novembre 2006 afin de mesurer les effets secondaires de cette nouvelle technique. En fin d'année, d'autres traitements seront comparés à cet essai afin d'en mesurer l'efficacité.

## DIVERS

Le Professeur HAAB conseille l'ANAMACaP de lister les kinésithérapeutes qui pratiquent les techniques spécifiques à l'incontinence.

Le Président MUNTZ souhaite savoir comment valider cette liste.

Le Professeur HAAB suggère de travailler en étroite collaboration avec l'AAPI (Association d'Aide aux Personnes Incontinentes) et éventuellement prendre contact avec le SIFUD-PP (Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie).

Le professeur HAAB pense qu'il faudrait revaloriser ce type de traitements auprès des kinésithérapeutes car les séances demandent beaucoup de temps et ne sont pas bien rémunérées. Cela pousse les kinésithérapeutes à prendre plusieurs personnes nécessitant ce type de traitement en même temps d'où un travail de rééducation qui n'est pas réalisé de manière optimale.

Le champagne, le vin blanc et le café sont les boissons qui excitent le plus la vessie. En cas d'incontinence, il est prudent de les éviter.

L'hôpital TENON est l'hôpital de France qui pratique le plus de pose de sphincters artificiels. Environ 60 par an. De ce fait, l'hôpital TENON dispose d'une liste de personnes ayant pratiqué la pose du sphincter artificiel et qui ont donné leur accord pour témoigner. L'hôpital peut mettre à la disposition des membres de l'ANAMACaP 2 témoignages de patients.

Dernière remarque du Professeur HAAB : La prostatectomie n'est pas le seul traitement du cancer de la prostate qui a pour effet secondaire éventuel l'incontinence. La radiothérapie abîme également la vessie, il en est de même de la curiethérapie. Il faut faire attention aux traitements combinés : exemple : la résection de la prostate combinée à la radiothérapie font mauvais ménage. Plus on combine les traitements, plus le pourcentage d'incontinence augmente.

Le Président de l'ANAMACaP propose au Professeur HAAB, d'être notre expert en incontinence et de faire ainsi partie des membres du Conseil Scientifique de l'Association.

ANAMACaP

Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate

17, bis Avenue Poincaré. 57400 SARREBOURG

**Sujets présentés par le Professeur Olivier**

**CUSSENOT**

— Place des nouvelles techniques d'imagerie dans la prise en charge du cancer de la prostate (IRM, PET-SCAN)

— Résultats des cohortes de patients

## **b) Place des nouvelles techniques d'imagerie dans la prise en charge du cancer de la prostate (IRM, PET-SCAN)**

(sujet présenté par le Professeur Olivier CUSSENOT)

2 techniques d'imagerie se distinguent dans la prise en charge du cancer de la prostate :

- **l'imagerie anatomique** (comparaison aux formes et dimensions anatomiques normales. Par exemple la taille d'un ganglion lymphatique)
- **l'imagerie fonctionnelle** : (comparaison à des phénomènes physiologiques normaux. Par exemple, la distribution d'un produit de contraste dans les vaisseaux en fonction du temps, ou la captation privilégiée d'une molécule chimique par un organe ou des cellules tumorales)

Les techniques d'imagerie fonctionnelles, visent à répondre à des questions précises :

### **1<sup>ère</sup> étape :**

- ***Où est le cancer de la prostate ?***
- ***Quel est son volume ?***
- ***Le cancer dépasse-t-il les limites de la prostate ?***

Si le PSA est élevé et les biopsies sont négatives, on a recours à la biopsie itérative (qui peut comporter jusqu'à 40 prélèvements). La biopsie-standard qui comporte 8 à 12 prélèvements n'arrive pas à déceler 30 % des cancers pour un PSA < 10 ng/ml. Quant à la biopsie à 6 prélèvements, le résultat est logiquement encore plus décevant. S'il s'agit d'un micro-foyer de moins de 1 mm et de Gleason peu élevé, il n'y aura pas forcément de traitement mais une surveillance active de la prostate. D'où l'intérêt d'apprécier la localisation et le volume tumoral au sein de la prostate, ce que les techniques d'imagerie classique (IRM endorectale, Echographie endorectale) ne permettent pas dans la majorité des cas pour des cancers au stade localisé.

— **IRM** : l'IRM est une technique d'imagerie médicale permettant d'avoir une vue 2D ou 3D d'une partie du corps, basée sur les modifications d'orientations (résonance ou vibration) de certains atomes (hydrogène des molécules d'eau) dans l'IRM « classique » soumis à un champ magnétique intense. La résolution pour les appareils de dernières générations permet une plus grande finesse en augmentant le champ magnétique de 1,5 Tesla à 3 Tesla.

— **SPECTRO-IRM** : la SPECTRO-IRM répond au même principe mais analyse d'autres molécules que l'hydrogène (eau) mais des molécules plus complexes comme la Choline ou Citrate choisies pour leur plus forte concentration dans le tissu cancéreux que dans le tissu prostatique normal.

— **PET-SCAN** (en français : Le TEP-SCAN est la fusion de la technique du scanner (ou IRM) avec la Tomographie d'Emission de Positons.

— **Fluor 18 + Choline** : Le fluor 18 est une préparation radioactive de durée de vie de 110 mn, il peut être couplé à différents traceurs spécifique de certains types de cancers. La Choline se fixe sur les cancers de la prostate ce qui actuellement le fait considéré comme le meilleur traceur pour le cancer de la prostate. Afin de détecter les sites de fixation de la Choline en TEP-Scan la Choline est couplé au Fluor 18. La combinaison du PET-SCAN avec la Fluro-choline est une nouvelle technique d'imagerie médicale grâce à laquelle on peut voir pour la première fois le cancer dans la prostate.

### **2<sup>ème</sup> étape :**

- ***Y a-t-il des métastases ganglionnaires ?***

— SCANNER ou IRM : ne détectent que des ganglions de taille anormalement grosse, donc pas très sensible au-dessous d'une taille de 10 mm.

— La CHIRURGIE et les NOMOGRAMMES: Grâce à des études systématiques des ganglions pelviens dans les cancers de la prostate en fonction de paramètres cliniques (résultat des biopsies prostatiques et taux de PSA) des tables de probabilités (ou nomogrammes) ont été établies pour estimer le risque d'avoir des ganglions envahis par le cancer. Ces tables lorsqu'elles déterminent un risque important de métastases ganglionnaires peuvent indiquer pour confirmation de l'envahissement ganglionnaire la réalisation d'un curage ganglionnaire chirurgical (ilio-obturateur) ou étendu (pelvien). Le fait d'enlever des ganglions envahis par le cancer n'a pas d'impact sur le taux de guérison direct de la maladie, mais peut modifier la stratégie traitement.

— LNMRI (Lymphotrophic nanoparticles enhanced MR imaging) : Cette technique également appelée « USPIO » nécessite d'injecter dans le sang des nanoparticules de fer, biodégradables qui se fixent dans les ganglions lymphatiques. L'USPIO permet de détecter des métastases ganglionnaires de 2 mm (avec un IRM à 3 Tesla). Cette technique détecterait 100 % des métastases ganglionnaires de plus de 5 mm.

— PET-SCAN + F18 Choline peut également détecter des métastases ganglionnaires de petite taille.

— IMMUNO-SCINTIGRAPHIE : Elle utilise un élément radioactif fixé sur un anticorps qui reconnaît certaines protéines prostatiques comme la PAP (Phosphatase Alcaline Prostatique) ou le PSMA (Prostate Specific Antigen) (Prostascint®, non disponible en France). Actuellement, en perte de vitesse, car la résolution est moindre que USPIO ou PET-SCAN.

### **3<sup>ème</sup> étape :**

**- Y a-t-il des métastases osseuses ou viscérales ?**

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE : Cette technique d'imagerie identifie les altérations osseuses de façon non spécifique (arthrose, ancien site de fracture, métastase...), en cas d'anomalie une IRM ou un scanner centré sur les lésions identifiées permet habituellement d'apprécier leur nature cancéreuse ou non. Elle est moins spécifique que le PET-SCAN utilisant la Choline. La recherche de métastase osseuse est habituellement réservée aux patients qui présentent un PSA > 10 et un Gleason = 7. L'interprétation des images est difficile car tout endroit où l'os se reconstruit (fracture, arthrose) est actif et fixe la scintigraphie.

### **4<sup>ème</sup> étape :**

**- Quel est ou quelles sont les sites de récurrence ?**

Après prostatectomie, lors d'une récurrence biologique (élévation du taux de PSA), aucune technique d'imagerie ne détecte actuellement le ou les sites de récurrence pour des taux de PSA < 1 ng/ml. Si on suppose que la récurrence se situe dans le pelvis, on peut recourir à une radiothérapie de sauvetage après prostatectomie. Si le PSADT (temps de doublement) est supérieur à 1 an, les résultats à 5 ans (pas de récurrence) sont acceptables (>70 %). Dans le cas contraire, les résultats chutent rapidement à moins de 30 % d'absence de récurrence à 5 ans.

En cas de récurrence, suite à une radiothérapie ou à une curiethérapie, on peut avoir recours à un traitement de sauvetage appelé HIFU (Ablatherm).

### **Conclusion :**

La scintigraphie osseuse est négative à 99 % si le PSA est inférieur à 10.

Le scanner (ou IRM) est négatif à 99 % si le PSA est inférieur à 5.

Ces techniques ne sont donc pas sensibles.

Le PET-SCAN-CHOLINE, (le PROSTASCINT®), l'IRM dynamique, sont des techniques d'imagerie qui permettent de rechercher une récurrence locale après chirurgie. Ces techniques restent cependant peu

performantes pour de taux de PSA<1ng/ml. Après radiothérapie, elles identifient plus facilement une récurrence locale au sein de la prostate)

Le PET-SCAN-CHOLINE (le PROSTACINT®), et le LNMRI sont des techniques d'imagerie qui permettent de rechercher métastases ganglionnaires.

### **QUESTIONS-REPONSES**

— **M. MUNTZ** : Quel est le seuil de sensibilité de toutes ces techniques ?

À **Pr CUSSENOT** : Elles tournent toutes autour de 5 mm. Pour les ganglions, les meilleures techniques sont probablement l'USPIO et le PET-SCAN-CHOLINE.

---

— **M. MUNTZ** : Pourquoi faire une scintigraphie osseuse et un IRM dans chaque cas si les résultats s'avèrent négatifs à 99 % avec un PSA inférieur à 10 ou à 5 ?

À **Pr CUSSENOT** : Dans cette situation la scintigraphie est optionnelle.

---

— **M MOREAU** : Quels sont les sites en France où l'on peut pratiquer ces analyses en imagerie ?

À **Pr CUSSENOT** : Partout à condition d'avoir le produit adéquat (les particules USPIO ou la FLUOROCHOLINE sont ne sont disponibles qu'en essai clinique ou ATU) avec la machine adéquate. A terme, ces techniques devraient remplacer le scanner et la scintigraphie osseuse et permettront peut être de limiter la biopsie.

---

— **Un adhérent** : Le PET-SCAN-CHOLINE détermine-t-il l'agressivité du cancer ?

À **Pr CUSSENOT** : Oui, en fonction du volume tumoral et de la situation anatomique des métastases qu'il détecte.

---

— **M NIGON** : Pourrions-nous prévoir une mise à jour du livret « Cancer de la Prostate, Prévenir, détecter et traiter » et/ou prévoir la mise à jour annuelle de ce livret sur le site Internet de l'ANAMACaP (faisabilité plus importante) ?

À **Pr CUSSENOT** : La mise à jour du livret est l'un de nos objectifs mais il faut trouver un sponsor. Concernant la mise à jour sur le site, il faut d'abord négocier la mise à jour du livret avant de pouvoir négocier la mise à jour informatique.

---

— **Un adhérent** : Après une prostatectomie radicale, un PSA à 0,001 garantit-il qu'il n'y ait pas de cellules circulantes ?

À **Pr CUSSENOT** : A priori oui, mais cela ne garantit pas qu'il n'y ait pas quelques cellules cancéreuses immobiles quelque part.

## **b) Résultats des cohortes de patients**

(sujet présenté par le Professeur Olivier CUSSENOT)

Résultat des cohortes de patients :

Sur 50 personnes retenues pour faire partie des cohortes de patients :

11 personnes avaient un PSA indétectable

5 personnes avaient un PSA inférieur à 0,001. Pour cette catégorie, aucun résultat ou bénéfice net n'a été démontré par cette analyse.

Le Professeur CUSSENOT nous informera de l'évolution de ces résultats et va procéder dès maintenant à un contrôle des cellules circulantes sur ces cohortes 1 ans après.

Il existe 4 marqueurs qui permettent de dire s'il y a présence de cellules tumorales.

### **QUESTIONS-REPONSES**

— **Un adhérent** : La peau des raisins noirs serait bénéfique pour le cancer de la prostate ?

À **Pr CUSSENOT** : Oui, car elle contient du resvératrol. C'est le resvératrol qui est très bon pour se préserver du cancer de la prostate.

---

— **M. MUNTZ** : La même question revient très souvent et la réponse n'est pas simple à formuler. En votre qualité de professeur, pourriez-vous nous donner une définition du PSA sensible et du PSA spécifique ?

À **Pr CUSSENOT** : La sensibilité est déterminée par le nombre de tests positifs sur le nombre de cancers détectés. Par exemple sur 100 cancers le test est positif 90 fois, alors la sensibilité du test est de 90 %. La spécificité est déterminée par le nombre de tests négatifs sur le nombre de sujets sans cancers. Par exemple, sur 100 personnes sans cancers le test est négatif dans 10 % des cas, alors la spécificité du test est de 10%. Pour le PSA la sensibilité et la spécificité varient en sens inverse en fonction du seuil du taux de PSA que l'on fixe pour dire si il est normal ou anormal. Par exemple si on fixe le seuil du PSA à 40 : on trouvera un cancer pour tous les tests positifs mais certains cancers (ceux avec un PSA < 40) seront méconnus (mauvaise sensibilité). On dira que la spécificité est très mauvaise. A l'inverse si on fixe la normalité de taux de PSA à 1ng/ml, beaucoup de tests considérés comme positifs s'avéreront ne pas correspondre à un cancer (mauvaise spécificité), mais tous les cancers seront détectés (bonne sensibilité).

---

### **COMMENTAIRE**

Le professeur CUSSENOT informe l'assemblée qu'un programme sur les corrélations du cancer de la prostate (environnement, alimentation etc...) est en cours aux USA sur une cohorte de 10.000 personnes. Ce programme prendra fin dans 5 ans.