

## Récidive biochimique

### ARTICLE :

**Les rechutes après traitement chez les patients par prostatectomie sont essentiellement locales : analyse des modèles de rechute par le SWOG 8794.**

**Département de radiographie - oncologie et urologie, Centre des sciences sanitaires de l'Université du Texas, San Antonio, TX 78229-3900, USA, [gswanson@ctrc.net](mailto:gswanson@ctrc.net)**

**BUT :** L'essai 8794 du Southwest Oncology Group (SWOG) a démontré que des irradiations adjuvantes réduisent le risque d'échec du traitement biochimique (antigène spécifique de la prostate, PSA) de 50 % par rapport à une prostatectomie radicale seule. Dans cette analyse, nous avons classé les patients en fonction de leurs niveaux de PSA avant irradiation et avons réalisé une corrélation avec des résultats tels que l'échec du traitement du PSA, une récurrence locale et une rechute à distance, afin d'élaborer des lignes directrices pour des recherches futures.

**PATIENTS ET METHODES :** 431 sujets souffrant d'un cancer de la prostate au stade pathologique (extension extra-prostatique, marge chirurgicale positive ou invasion de la vésicule séminale) ont été soumis de manière aléatoire à une radiothérapie adjuvante ou à une observation.

**RESULTATS :** 374 patients éligibles ont présenté une augmentation du PSA soit immédiatement après la prostatectomie, soit plus tard. En moyenne, le délai constaté en cas de récurrence différée était de 10,2 ans. Pour les patients présentant un PSA post-chirurgical de 0,2 ng/mL, les irradiations ont été associées à des diminutions du risque d'échec du traitement biochimique à 10 ans (de 72 à 42 %), des récurrences locales (de 20 à 7 %) et des rechutes à distance (de 12 à 4 %). Des diminutions ont également été constatées pour les patients dont le PSA post-chirurgical était supérieur à 0,2 ng/mL et inférieur ou égal à 1,0 ng/mL : risque d'échec du traitement biochimique à 10 ans, de 80 à 73 %, récurrences locales, de 25 à 9 % et rechutes à distance, de 16 à 12 %. Quant aux patients avec un PSA post-chirurgical supérieur à 1,0 ng/mL, les chiffres se montent respectivement à 94 % contre 100 %, 28 contre 9 % et 44 contre 18 %.

**CONCLUSION :** Les modèles d'échec des traitements chez les patients à haut risque sont essentiellement locaux, avec une incidence exceptionnellement faible des rechutes métastatiques. Les irradiations adjuvantes sur le lit prostatique réduisent le risque de maladie métastatique et de rechute biochimique à tous les niveaux de PSA post-chirurgicaux. Les nouvelles améliorations en termes de diminution des échecs des traitements locaux vont sans doute avoir l'impact le plus considérable sur les patients à haut risque après une prostatectomie.

PMID : 17538167 [PubMed – indexed for MEDLINE]

---

Cher Professeur,

Je vous soumetts ci-dessous un abstract qui nous pose problème. La première question est relative au « postsurgical PSA ». S'agit-il du PSA immédiatement après RP ou si l'on a attendu que le PSA remonte à ces valeurs pour procéder à la radiothérapie.

La seconde porte sur l'interprétation du résultat. Par exemple, pour un PSA post RP de 0,2 ng/mL et après 10 ans de vie, la radiothérapie fait passer la récurrence biochimique (élévation du PSA ?) de 72% à 42%, la récurrence locale de 20% à 7 % et la récurrence métastatique de 12 % à 4%. Est-ce la bonne interprétation ? Si oui, les chiffres correspondent-ils à votre expérience ?

Avec mes remerciements anticipés et mes respectueuses et non moins chaleureuses salutations.

**Roland MUNTZ**

---

Cher Monsieur,

Le post-chirurgical PSA est le nadir du PSA obtenu dans les 2 mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

La récurrence biochimique après prostatectomie radicale, est déclarée pour au taux de PSA qui se maintient au-delà de 0,2 ng/ml.

Votre interprétation est la bonne :

Une radiothérapie post-opératoire immédiate après prostatectomie, dès le retour à la normale de la miction, réduit le risque de récurrence biochimique à 10 ans de 72 à 42%, de récurrence locale de 20 à 7% et d'échec à distance de 12 à 4% cicatrisation obtenue. Ces résultats sont conformes à l'essai EORTC 22911 que j'ai publié sur le Lancet en 2005.

Cordialement.

**Pr Michel Bolla**