



Association de patients reconnue d'utilité publique
Secrétariat : 12 rue Partarrieu - 33124 AUROS - France
Secrétariat général : 35, place de la Mairie - Bâtiment Gaztelondoa - 64480 USTARITZ
Siège : 17 bis, Avenue Poincaré - 57400 SARREBOURG - France
Permanence téléphonique du lundi au jeudi de 9h-13h et 14h-16h
☎ : 05.56.65.13.25 - ✉ info@anamacap.fr - 🌐 www.anamacap.fr

Interview du Pr Freddie HAMDY par l'ANAMACaP par l'intermédiaire du Pr Olivier CUSSENOT, Président du Conseil scientifique de l'ANAMACaP sept. 2023

Présentation

Freddie HAMDY est professeur de chirurgie et d'urologie. Chef du département de chirurgie de Nuffield, Chirurgien urologique consultant aux hôpitaux universitaires d'Oxford ainsi que fellow du Collège Balliol au Royaume-Uni. Il est l'auteur de plus de 400 articles évalués par des pairs et a recueilli à ce jour plus de 60 millions de livres sterling en subventions institutionnelles.

Introduction

Professeur HAMDY, vous êtes l'investigateur principal de l'étude Hamdy FC et al « ProtecT Study Group. - Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer" publiée en Mars dernier dans la prestigieuse revue New England Journal Medicine. Merci de donner l'opportunité à notre association de patients de vous interviewer afin d'éclairer les hommes nouvellement diagnostiqués.

Pouvez expliquer les résultats de cette étude aux patients et les conséquences qu'elle suscite pour la prise en charge des cancers de la prostate au stade localisé ?

Pr HAMDY : l'étude ProtecT est actuellement la plus large, randomisée*, qui traite du cancer de la prostate localisé, dont l'objectif est de comparer l'efficacité des traitements conventionnels (Prostatectomie, radiothérapie ou surveillance active) et leurs effets secondaires.

Ayant démarré en 1999, nous avons pu tester en Grande-Bretagne plus de 82 000 hommes âgés de 50 à 69 ans par dosage de PSA, suivi de biopsies de la prostate. Nous avons pu déceler près de 3000 patients avec un cancer de la prostate parmi lesquels 1643 patients avec un cancer localisé ont été randomisés. Le suivi est en moyenne de 15 ans. Les résultats viennent d'être publiés.

En bref, nous avons trouvé que deux-tiers des patients avaient un cancer de bas grade et un tiers de grade intermédiaire ou à haut risque. **Les traitements radicaux (prostatectomie ou radiothérapie) n'ont apporté aucun bénéfice au niveau de la survie, comparés à la surveillance active, avec des taux de survie importants (97%). En revanche, les traitements radicaux immédiats (dans les 12 premiers mois après le diagnostic) offrent l'avantage de réduire le risque de métastases et de recours au traitement hormonal de 10% à 5% comparés à la surveillance active.**

En parallèle, nous avons interrogé les patients sur leur qualité de vie (auto-questionnaires) : les résultats ont aussi démontré les effets secondaires des traitements radicaux. C'est-à-dire que si un homme se présente avec un cancer de la prostate de risque bas ou intermédiaire, il a d'abord le temps de réfléchir et de peser le pour et le contre d'un traitement immédiat. Avec la connaissance des bénéfices oncologiques, mais aussi des effets secondaires qui peuvent affecter la continence urinaire ainsi que la performance sexuelle (particulièrement affectés par la chirurgie). La radiothérapie quant à elle peut affecter des troubles rectaux comme fréquence, continence et saignement. Ainsi chaque patient aura des priorités différentes et pourra décider en fonction de ses préférences, mais aussi en bonne connaissance de ces données réelles et importantes.

*** Etude randomisée : répartition des patients de façon aléatoire dans les groupes de prise en charge afin d'éviter un biais de sélection.**

A la suite de cette étude, comment informeriez-vous le patient qui vient d'être diagnostiqué avec un cancer de la prostate localisé ?

Pr HAMDY : Si le patient souffre d'un cancer de grade bas ou intermédiaire, cliniquement localisé, je l'informe des résultats de l'étude et lui donne du temps pour réfléchir, particulièrement avec son partenaire de vie. Si le cancer est de haut grade, ou avec une suspicion d'extension hors de la prostate, une surveillance active n'est pas à recommander. De plus, si le patient a des membres de sa famille qui ont eu le même diagnostic, il faudrait avoir recours à un avis génétique spécialisé.

L'étude démontre qu'un peu plus de patients sous surveillance active vont évoluer vers des métastases (9,4 % contre près de 5% pour les traitements radicaux). Idem pour l'initiation vers une privation androgénique de long terme (12,7 % contre plus de 7 % pour les traitements radicaux). Par ailleurs, certains patients peuvent subir un certain stress sous surveillance active ? Que dire ou faire pour rassurer un patient sur son avenir notamment s'il hésite à choisir la surveillance active ?

Pr HAMDY : Je montre inmanquablement les courbes de l'étude qui aident le patient à se positionner vis-à-vis des attendus en termes de bénéfices et de risques.

Comment inclure les attentes des patients en termes de qualité de vie dans le choix thérapeutique ?

Pr HAMDY : Les décisions doivent être partagées entre le médecin traitant, le patient et sa famille. C'est en fait un genre de négociation subtile entre ce que l'on sait des avantages versus le risque des traitements. Chaque patient sera différent dans ses priorités.

Nous avons lu plusieurs articles français après votre publication. L'un d'entre eux nous a interpellé. Est-il possible que les résultats de l'étude à plus long termes démontrent un taux de mortalité élevé pour les patients dans le bras surveillance active (en raison d'un taux d'évolution métastatique doublé par rapport aux traitements radicaux) ?

Pr HAMDY : Oui, c'est possible. Mais, après la publication de nos résultats à 10 ans, on s'attendait à voir une différence de mortalité en faveur des traitements radicaux. La surprise a été grande mais aussi très importante de ne voir aucune différence à 15 ans. Il y a un certain nombre de choses qu'on ne peut pas conclure dans notre étude. D'abord, ce qui arrive après un suivi moyen de 15 ans, pour les patient jeunes, c'est très important. Il nous faudra attendre encore 3 ans pour avoir un suivi moyen sur 20 ans. Nous n'avons pas de données sur les patients de haut grade et des cancers plus avancés. Ceci fait partie d'une étude en cours par nos collègues scandinaves (l'étude SPCG-15). Finalement, on ne peut pas se prononcer sur les différences de comportement biologique dans les populations asiatiques ou d'origine africaine, qui ne constituaient que 2% de notre population dans l'étude.

Il y a 15 ou 20 ans, les outils diagnostiques et d'imageries que l'on utilise désormais n'existaient pas ou étaient peu développées (biopsies ciblées, IRM multiparamétrique, Tep Choline ou PSMA...). Les résultats auraient-ils été différents avec ces outils ?

Pr HAMDY : Peut-être, mais si ces techniques avaient été utilisées, la différence sur la mortalité aurait été encore plus minime car elles auraient exclu certains patients graves que l'étude n'a pas identifiés. Même avec les moyens utilisés, nous n'avons pas trouvé de différence de mortalité. Donc, nos méthodes de surveillance active, maintenant bien plus utilisées, n'ont pas mis les patients en danger de mort, même s'ils ont eu une plus grande fréquence de métastases. Plusieurs études ont traité des nouvelles techniques chirurgicales, comme la robotique, et des nouvelles technologies de radiothérapies : elles ont trouvé les mêmes types d'effets secondaires que les techniques utilisées dans notre étude. Ceci donne une confiance contemporaine dans nos résultats auxquels on peut se fier. Les nouvelles technologies sont remarquables, mais on n'a pas encore prouvé qu'elles peuvent contribuer à une amélioration de la survie dans le cancer de la prostate. A suivre !...