

COMPTE RENDU



Mardi 20 juin 2023

21^e Journée scientifique

Ministère de la Santé et de la Prévention



SOMMAIRE

« CANCERS DE PROSTATE, SANTE SEXUELLE et VIE INTIME : Retours sur les actions menées et projets à venir de la commission »

Par les Dr Pierre BONDIL, Dr Catherine SOLANO, Jean-Luc ROUX, Alain MESTRE, Dominique CHORT, Dominique DELOR, Georges DUBREZ.....Page 3

« PRISE EN CHARGE des CANCERS de PROSTATE : Que nous apprend l'étude observationnelle des données nationales ? »

- **Etude Observapur : d'une base de données administratives à une base de données médicales**

Par les Pr Olivier CUSSENOT, M. Yoann TAILLE, Dr Bertrand LUKACS, Dr Jean-Jacques PORTAL, Pr Eric VICAUT.....Page 9

- **Position de l'Association Française d'Urologie sur le diagnostic précoce du cancer de prostate**

Par le Pr Alexandre DE LA TAILLE.....Page 15

- **Discussion sur la prise en charge des cancers de prostate.....Page 16**

« CANCERS DE PROSTATE et CONTINENCE : Regards croisés »

- **Incontinence post-prostatectomie**

Par le Pr François HAAB.....Page 18

- **Sphincter Urinaire Artificiel UroActive™**

Par le Pr Pierre MOZER.....Page 24

- **Apport du kinésithérapeute dans la prise en charge du cancer de la prostate**

Par Guillaume CARNAUX.....Page 27

- **Discussion sur les cancers de prostate et continence.....Page 30**

« CANCERS DE PROSTATE AVANCES : Quels progrès ces dernières années ? Quels espoirs/orientations pour l'avenir ? »

- **Cancers de la prostate avancés : quels progrès thérapeutiques ?**

Par le Pr Stéphane OUDARD.....Page 33

- **Discussion sur les avancées thérapeutiques pour les cancers de la prostate avancés ?**

Par les Pr COURBON, Pr CUSSENOT,.....Page 40

« Questions-réponses entre l'assemblée et les intervenants »Page 41

Etude Observapur : d'une base de données administratives à une base de données médicales

Par le Pr Olivier CUSSENOT (urologue-oncologue-généticien, Directeur Scientifique du Centre de Recherche sur les Pathologies Prostatiques et Urologiques CeRePP, Professeur invité à l'Université d'Oxford, Président du Conseil Scientifique de l'ANAMACaP), M. Yoann TAILLE (Data Scientist), Dr Bertrand LUKACS (Urologue), Dr Jean-Jacques PORTAL, Pr Eric VICAUT (Chef d'Unité de Recherche Clinique, Hôpital Lariboisière – Fernand-Widal, AP-HP. Nord - Université Paris Cité)

I) Introduction

Les études cliniques ont certaines limites :

- elles sont effectuées sur une durée de temps limitée, et on ne sait pas ce qu'il advient après la fin de l'étude,
- les patients inclus dans ces études sont représentatifs mais sélectionnés pour pouvoir participer,
- les centres où sont réalisées ces études cliniques ne sont pas toujours ceux dans lesquels une majorité des patients seront traités.

Il y a donc une question de représentativité des patients, des centres et des modes de prise en charge dans une étude clinique, qui sont globalement souvent meilleurs que dans la réalité.

L'idée de l'étude Observapur est donc de collecter toutes les données de la sécurité sociale des patients qui ont un cancer de prostate ou sont suivis pour une tumeur bénigne de la prostate. On a ainsi des informations pour toute la population française avec des données qui remontent à 2005. On peut donc suivre toute la prise en charge médicale des patients atteints de cancer de prostate à partir de 2005. Cela permet de répondre à des questions précises à l'échelle nationale.

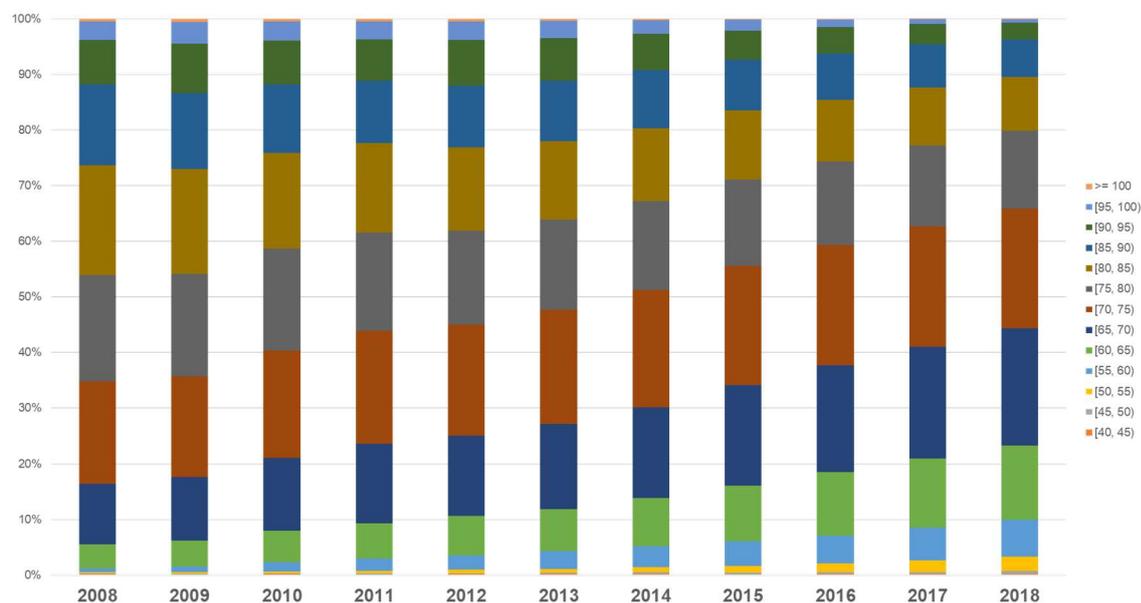
II) Distribution et mortalité

Au sein de la cohorte Observapur qui comporte plus de 5 millions d'hommes, nous avons sélectionné ceux qui avaient plus de 40 ans en 2018. Puis, nous avons comparé, au sein de cette population, les patients atteints de cancer de prostate (environ 500 000) avec les 1,8 millions d'hommes sans cancer de prostate mais qui avaient eu au moins un dosage du taux de PSA (Antigène Spécifique de la Prostate) au cours de cette période (ils constituent la population de témoins de cette étude).

A) Distribution

Entre 2008 et 2018, on constate que le nombre de cancers de prostate diagnostiqués à un âge plus jeune (avant 70 ans) a augmenté alors que le nombre de cancers de prostate diagnostiqués après 75 ans diminue (Figure 1). Ce rajeunissement est lié à des modifications de prise en charge des hommes et, notamment, à l'utilisation du dosage de PSA. Le pic de diagnostic du cancer de prostate reste situé entre 70 et 75 ans, mais se décale vers la tranche 65-70 ans dans les années les plus récentes.

Figure 1 : Nombre de nouveaux cas de cancer de prostate par année et tranche d'âge



Quelques variations régionales de l'incidence du cancer de prostate (nombre de patients atteints / nombre d'hommes dans la base Observapur) sont observées, avec une plus forte incidence de ce cancer aux Antilles (Martinique et Guadeloupe), qui s'explique notamment par des raisons génétiques (risque plus élevé de cancer de prostate dans les populations d'origine africaine). De même, les patients des Antilles sont diagnostiqués à un plus jeune âge.

B) Mortalité

La mortalité des patients atteints de cancer de prostate est plus importante que celle des non atteints quelle que soit la tranche d'âge analysée, mais plus le cancer de prostate est diagnostiqué jeune plus le risque de décéder précocement est élevé. Malgré cela, même à la tranche d'âge 80-90 ans, on observe 40% de risque supplémentaire de mortalité chez les hommes atteints de cancer de prostate. Cela pourrait s'expliquer par un diagnostic tardif de la maladie dans cette tranche d'âge, avec des cancers diagnostiqués à un stade plus avancé.

L'incidence du cancer de prostate et le taux de mortalité des patients atteints de cancer de prostate sont plus élevés dans l'Ouest de la France, et montrent une sorte de gradient Nord-Sud (Figure 2). Dans certaines régions, comme les Hauts de France, le groupe témoin comme les patients atteints de cancer de prostate peut avoir un âge de décès moyen plus précoce que dans les autres régions, en raison de l'exposition à d'autres facteurs, tels que d'autres pathologies. Si on compare l'âge moyen de décès des patients atteints de cancer de prostate à celui des témoins de la même région, on observe qu'en Bretagne, les patients ont une perte d'année de vie qui est plus importante que dans les autres régions (Figure 3), sans qu'actuellement, il n'y ait d'explication claire de cette observation car la prise en charge est la même sur l'ensemble du territoire français.

NB Roland MUNTZ : pour les cancers « localisés », la mortalité par cancer de la prostate est faible (étude PROTECT).

Figure 2 : Nombre de cancers de prostate et nombre de décès chez les patients atteints de cancer de la prostate rapportés au nombre de patients dans la base Observapur, par région

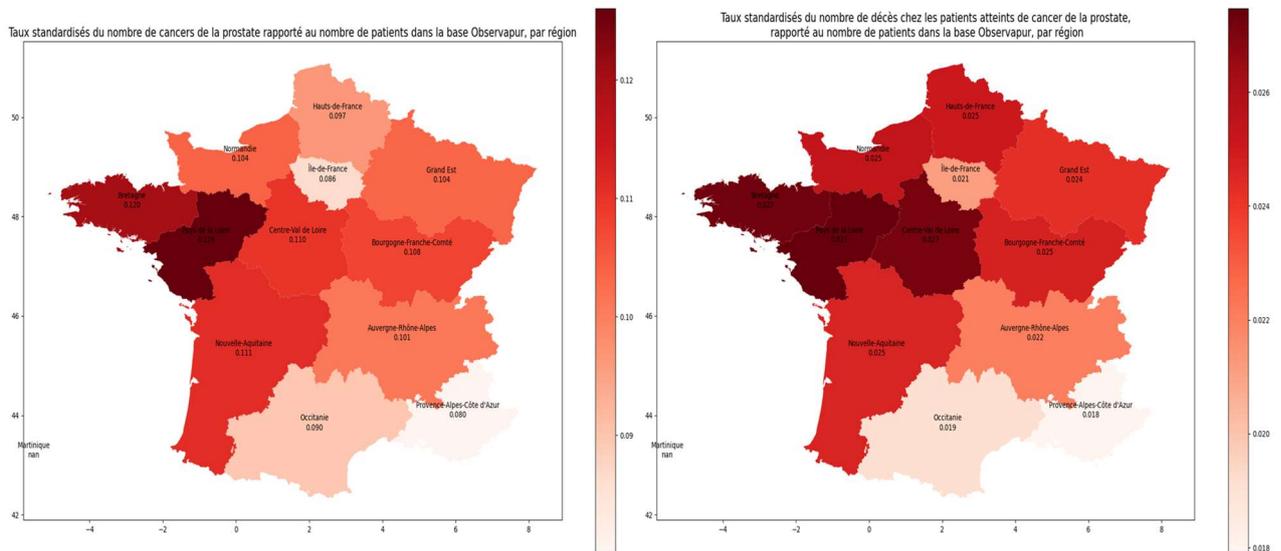
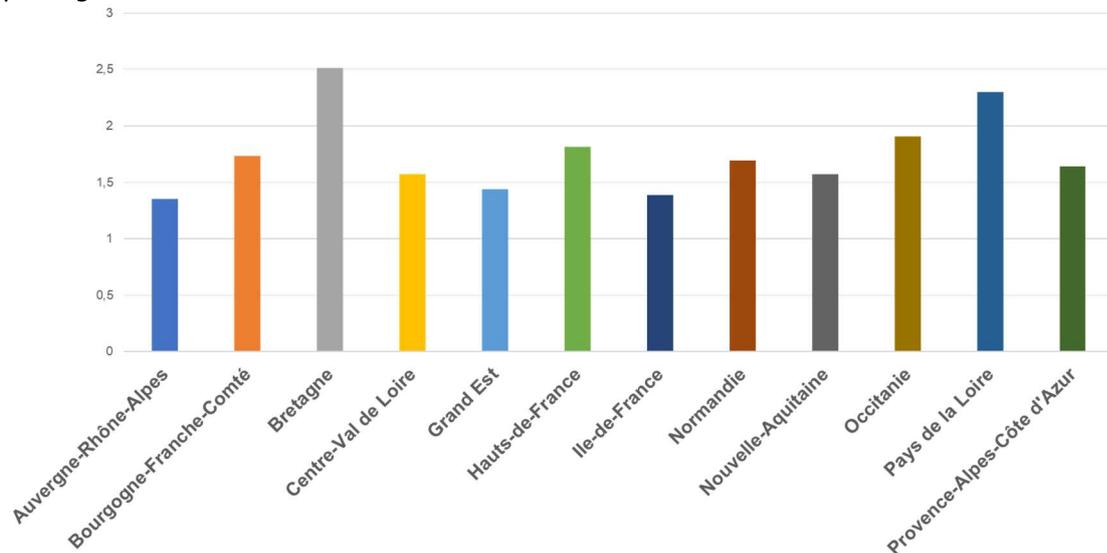


Figure 3 : Risque de mortalité chez les patients atteints de cancer de prostate par rapport aux témoins, par région

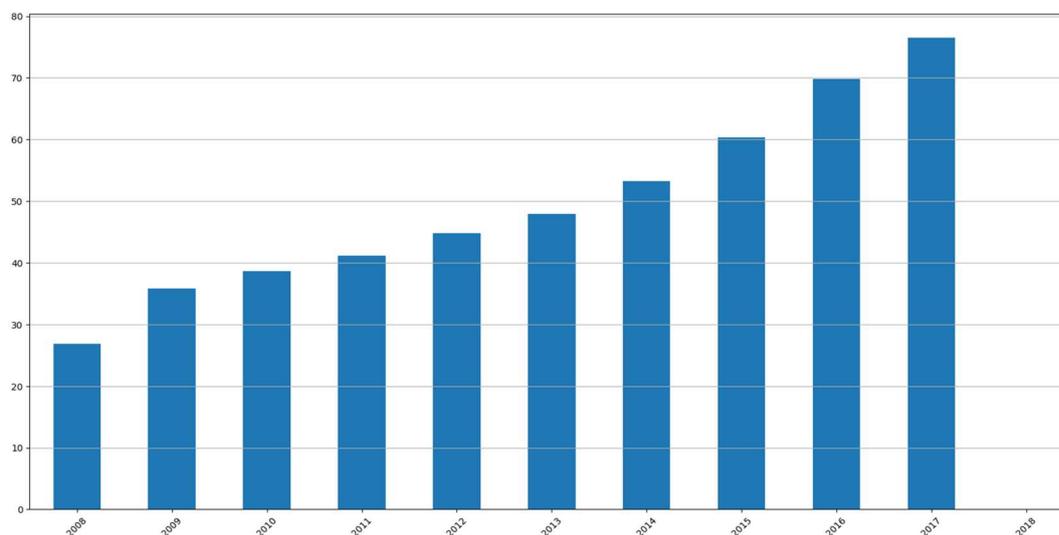


III) Dosage du PSA

Sur la période considérée, de 2008 à 2018, environ 37 millions de dosages de PSA ont été effectués. En moyenne, les patients atteints de cancer de prostate avaient eu 5 dosages de PSA avant leur diagnostic, alors que les témoins en avaient eu près de 9. Malgré l'absence de recommandation de dépistage du cancer de prostate et une remise en cause du dosage de PSA, on observe que le pourcentage de témoins ayant eu un dosage de PSA est en augmentation régulière au cours des années

(Figure 4). Le pic de prescription de ce dosage est autour de 65 ans, ce qui est trop tardif, ne permettant pas de détecter les cancers les plus graves (les plus mortels car se développant à un jeune âge). Si on suit les recommandations des professionnels, il faudrait que le premier dosage de PSA soit réalisé à l'âge de 50 ans, voire même avant pour les populations à risque (avec une histoire familiale de cancer de prostate ou d'origine antillaise).

Figure 4 : Pourcentage de patients non atteints de cancer de prostate ayant eu un dosage du taux de PSA, par année

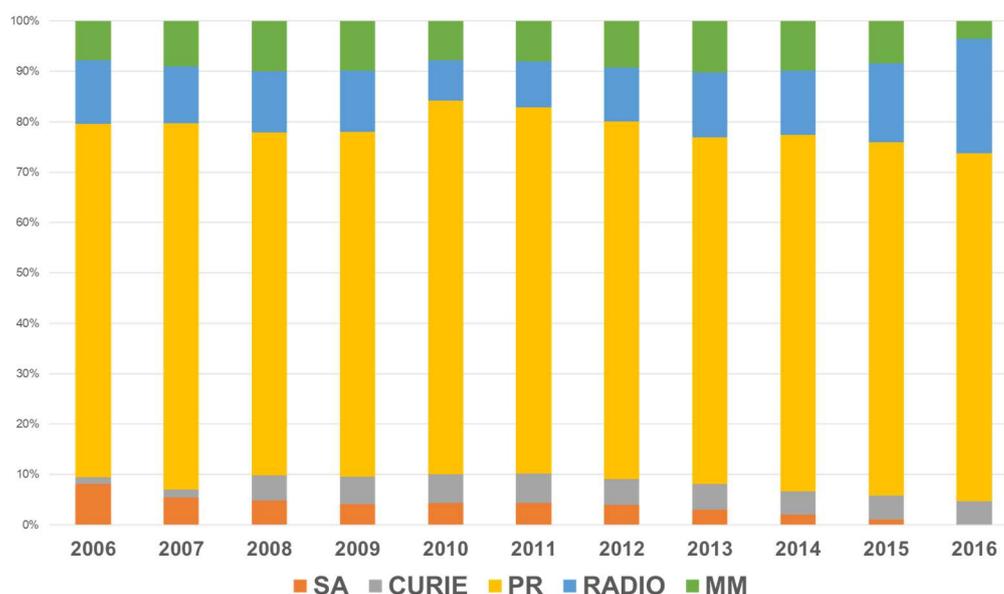


Pour 22% des patients, le diagnostic de cancer de prostate est effectué lors de leur premier dosage de PSA. Ces patients ont une moins bonne survie que les patients diagnostiqués après plusieurs dosages de PSA. Cela s'explique par le fait que les patients qui ont eu plusieurs dosages de PSA antérieurs vont être diagnostiqués à un stade plus précoce de la maladie et ont donc moins de risque d'en mourir. Cette observation est bien en faveur de la réalisation du premier dosage de PSA à un plus jeune âge.

IV) Prise en charge

En dehors du groupe de patients qui n'ont pas de traitement (ils sont en surveillance active), la majorité des patients atteints de cancer de prostate n'ont qu'un traitement. Le nombre maximum de lignes de traitement est de 6, mais cela ne concerne qu'un faible nombre de patients. La plus grande partie des cancers de prostate localisés est traitée par prostatectomie radicale (Figure 5). Entre 2006 et 2016, la part de la curiethérapie a augmenté, en réduisant la part de la surveillance active. Dix pour cent des patients n'ont pas de traitement, mais seulement 2% sont en surveillance active. Ce sont les patients plus âgés (70 ans) qui bénéficient le plus de surveillance, mais la part de la surveillance reste faible en France aujourd'hui et a plutôt tendance à diminuer. Au niveau régional, il n'y a pas de différence pour les traitements comme la prostatectomie ou la radiothérapie. Par contre, on observe que la part de la curiethérapie est variable selon les régions, car elle dépend beaucoup de l'expérience des centres. Ainsi, en Bretagne et en Nouvelle-Aquitaine où il existe des centres référents, le recours à la curiethérapie est plus important.

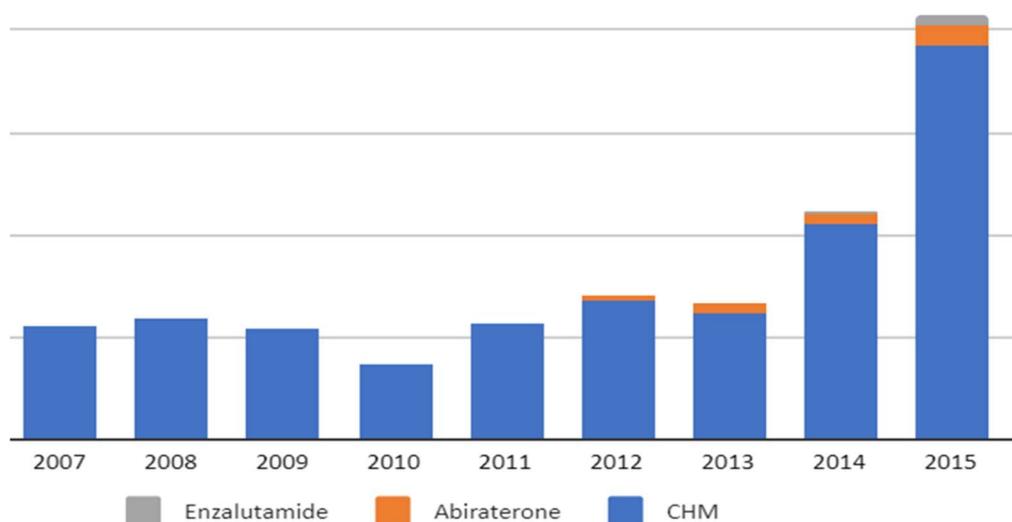
Figure 5 : Répartition des traitements du cancer de prostate localisé en fonction des années



En termes d'âge, au fur et à mesure des années, on voit que la prostatectomie est réalisée à un âge plus avancé (on repousse l'âge limite de l'indication des prostatectomies), alors que la radiothérapie est effectuée à un âge plus précoce. Les profils d'âge viennent à se superposer pour la prostatectomie et la radiothérapie. L'hormonothérapie est décalée vers les patients les plus âgés. Concernant les traitements systémiques pour les cancers avancés, la chimiothérapie est parallèle aux groupes d'âges de l'hormonothérapie, ce qui est normal car elle vient en 2^e ligne.

On peut voir l'émergence des nouvelles thérapies comme l'abiratéron et l'enzatulamide. Entre 2007 et 2015, on voit l'augmentation de la prescription de chimiothérapie et des hormonothérapies de 2^{ème} génération (Figure 6). Il y a également une tendance à l'augmentation du nombre de cancers plus avancés dans le temps, ce qui pose la question de la bonne utilisation du dosage de PSA.

Figure 6 : Nombre de prescription de chimiothérapie et d'hormonothérapie de deuxième génération (abiratéron et l'enzatulamide)



V) Conclusion

- Le premier dosage de PSA est trop tardif. Il faudrait qu'il soit effectué 10 ans avant pour un dépistage efficace, notamment pour diminuer le nombre de diagnostics effectués à un stade trop tardif. Au fur et à mesure des années, on observe une augmentation du nombre de dosages de PSA, mais pas dans les bonnes tranches d'âge.
- Il y a également une augmentation du nombre de traitements systémiques pour des cancers avancés, métastatiques en raison de la réalisation du dosage de PSA à un âge trop tardif (donc un diagnostic à un stade trop avancé), et des progrès de l'imagerie qui permet de détecter des métastases plus petites et plus tôt (ce qui conduit à un rajeunissement des patients diagnostiqués avec des métastases, et à un classement avec plus de patients dans le stade avancé).
- La mortalité des patients atteints de cancer de prostate reste importante à un âge avancé par rapport à la population générale, probablement en raison de ce diagnostic à un stade trop avancé de la maladie qui va impacter la survie des patients.
- La surveillance active reste quasi-inexistante en France (moins de 2% des patients).

Propositions :

- Etablir un calendrier de dépistage (plus précoce) intégré avec les autres maladies, en tenant compte des différences régionales, notamment des autres causes de morbidité. L'idée est d'établir une prise en charge globale du patient.
- Mettre en place une politique et une information éclairée sur la surveillance active, car si on met en place un dépistage systématisé, il faut informer les patients que le fait de détecter un cancer de prostate n'est pas associé obligatoirement à un traitement. Une grande partie des cancers de prostate ont un faible risque évolutif et on peut les surveiller et ne les traiter qu'au bon moment s'ils progressent.

Etude soutenue et financée par le Fonds de Dotation pour l'innovation dans la prise en charge du Cancer de la Prostate (FDCP), l'association ANAMACaP et la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale.



Fonds de Dotation
pour l'innovation dans la prise en
charge du **Cancer de la Prostate**