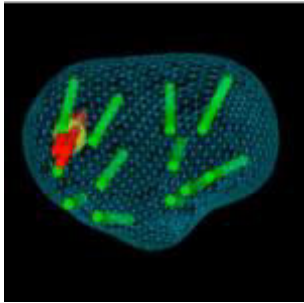


Fusion Echographie-IRM pour la réalisation des biopsies prostatiques ciblées, vers une meilleure prise en charge du cancer de prostate.

décembre 11, 2014



Le cancer de prostate est le premier cancer de l'homme et la troisième cause de mortalité par cancer des pays industrialisés, avec 56800 nouveaux cas et 8876 décès en France en 2012 (1). Malgré une augmentation de l'incidence du cancer de prostate, nous avons assisté à une réduction de la mortalité spécifique en France d'au moins 4% par an ces 15 dernières années.

Ce phénomène s'explique entre autre par le dépistage individuel qui a permis une augmentation du diagnostic à un stade plus précoce, donc plus localisé des cancers de prostate, alors accessibles à une surveillance active ou à un traitement curatif (curiethérapie, chirurgie ou radiothérapie externe).

Cependant, 20 à 30% des patients récidiveront après traitement curatif et plusieurs études ont montré un risque de sous-évaluation des cancers chez les patients en surveillance active (2).

Cette sous-évaluation de l'agressivité des cancers au diagnostic est liée à la limite de nos outils prédictifs actuels. Ces outils prédictifs, basés sur le taux de PSA au diagnostic, le stade clinique cTNM (Tumor Node Metastasis), et le score anatomopathologique des biopsies (score de Gleason) manquent de précision (fiabilité entre 70 et 80%). Ceci est très probablement lié à la difficulté de prédire de façon précise au moment du diagnostic l'agressivité tumorale à partir des données des biopsies.

Ces biopsies réalisent en effet un échantillonnage de la glande prostatique. Cependant, elles peuvent « passer à côté » de la lésion ou la sous-évaluer étant donné le caractère souvent hétérogène et/ou multifocal de la tumeur.

Afin d'éviter les erreurs d'échantillonnage et mieux cibler les zones suspectes de cancers à biopsier, des systèmes de fusion Echographie/IRM ont été développés et sont disponibles dans des centres pilotes, comme au CHU de Brest avec le système UrostationÒ (KOELIS, Grenoble).

Depuis près d'un an, nous travaillons avec les radiologues qui repèrent une zone suspecte de cancer à l'IRM et contournent cette lésion, devenant une « cible ». L'urologue « vise » alors spécifiquement les lésions suspectes en plus des biopsies habituelles, grâce à la fusion d'image Echographie/IRM.

Les premières études rapportent un meilleur taux de détection du cancer de prostate mais aussi une meilleure prédiction du score de Gleason et de l'agressivité tumorale avec les biopsies ciblées lorsque comparées aux biopsies classiques (3).

A l'heure d'une controverse sur le dépistage du cancer de prostate, la communauté scientifique, en particulier urologique, se doit de délivrer un message clair tout en améliorant ses outils de dépistage et de diagnostic du cancer de prostate, afin d'évaluer au mieux l'agressivité tumorale au moment du diagnostic et éviter toute sur ou sous-évaluation et tout sur ou sous-traitement, et ainsi proposer le traitement le plus adapté.

Les données des biopsies ciblées sont un premier élément de réponse et pourront alors être intégrées aux outils prédictifs existants de même que de nouveaux marqueurs pronostiques en développement (sériques, urinaires, génétiques) afin d'affiner la prédiction de l'agressivité tumorale et proposer un traitement personnalisé du cancer de prostate.

Auteur: Marie-Aimée PERROUIN VERBE, Service d'Urologie CHRU Brest