

# Résultats carcinologiques

## de la prostatectomie totale chez 52 patients

K. BENAKILA, A. BELKACEM-NACER,  
M. MEBREK, M.R. TOUATI, S. REZKALLAH,  
F. RABAHI, T. SELMANE, F. MEKLAT, K. ADJALI,  
Service de Chirurgie Urologique,  
CHU Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger  
Faculté de Médecine d'Alger 1.

### Résumé

**Objectif :** L'évaluation des résultats carcinologiques et fonctionnels à court et moyen terme, l'évaluation de la morbidité et de la mortalité (précoce et tardive) de la prostatectomie totale rétropubienne dans le cancer de la prostate localisé. **Matériel et méthode :** il s'agissait d'une étude prospective de 2004 à 2008 qui a porté sur 52 patients traités par prostatectomie totale rétropubienne pour cancer localisé de la prostate. L'âge moyen des patients était de  $64,712 \pm 6,210$  ans, la moyenne du PSA total était de  $13,078 \pm 6,772$  ng/ml, la moyenne du score de Gleason des biopsies était à  $5,885 \pm 0,784$ , les tumeurs étaient toutes localisées (53,8% de T1c et 46,2 de T2) avec un bilan d'extension négatif. La classification de D'Amico a montré ce qui suit : 40,3% de risque faible, 42,3% de risque intermédiaire, 17,3% de haut risque. Le suivi moyen était de  $53,98 \pm 14,48$  mois. **Résultats :** Après la prostatectomie totale, l'étude anatomo-pathologique des pièces opératoires a retrouvé 61,4% de pT2, 32,7% de pT3 avec une moyenne du score de Gleason de  $6,404 \pm 1,818$ , les marges positives étaient présentes chez 32,7 % des patients et l'apex était le site le plus fréquemment retrouvé. La continence post opératoire était de 93,5% à 5 ans. Par contre, l'érection spontanée était retrouvée chez 11,5 %, l'impuissance sexuelle est retrouvée dans 88,5 %. Le taux de survie moyenne est de 72,071 mois avec IC (67,73 - 76,40). Le taux de mortalité globale est de 9,61% et le taux de décès par cancer de la prostate est de 7,69% (léthalité). **Conclusion :** La prostatectomie totale rétropubienne est le traitement de référence dans le cancer de la prostate localisé et constitue un défi chirurgical, on doit assurer un objectif carcinologique et aussi assurer un résultat fonctionnel de qualité.

#### >>> Mots-clés :

Cancer de la prostate localisé, prostatectomie totale rétropubienne, résultats carcinologiques, résultats fonctionnels.

### Abstract

**Objective :** Evaluation of short and intermediate oncologic and functional results, evaluation of the morbidity and mortality (early and late) of retropubic total prostatectomy for localized prostate cancer. **Material and method :** this was a prospective study from 2004 to 2008 that included 52 patients treated with open retropubic total prostatectomy for localized prostate cancer. The mean age of our patients was  $64.712 \pm 6.210$  years, the mean total PSA was  $13.078 \pm 6.772$  ng / ml, the mean Gleason score was  $5.885 \pm 0.784$ , our patients had localized tumors (53.8% T1c and 46.2 T2) with negative extension status. The prognostic classification D'Amico as follows in 40.3% of low risk, 42.3% at intermediate risk, 9 patients are at high risk or 17.3% was  $53.98 \pm 14.48$  months. **Results :** after retropubic total prostatectomy, the anatomo-pathological study of surgical specimens found 61.4% pT2, 32.7% of pT3 with a mean Gleason score of  $6.404 \pm 1.818$ , positive margins were present in 32.7%, the apex was the most frequently found site with 41.2% of margins. Postoperative continence in our patients was 93.5% at 5 years. Spontaneous erection was found in 11.5%, erectile dysfunction is found in 88.5%. In our series the 5-year recurrence-free survival rate is 61%, the average survival is 72,071 months with IC (67,73 - 76,40). The overall mortality rate is 9.61% and the cancer death rate of the prostate is 7.69% (lethality). **Conclusion :** Total retropubic prostatectomy is the standard treatment in localized prostate cancer and is a surgical challenge, it must ensure a carcinological objective and also ensure a functional result of quality.

#### >>> Key-words :

Localized prostate cancer, total retropubic prostatectomy, results carcinological, functional results.

## Introduction

Le cancer de la prostate (CaP) est le premier cancer chez l'homme de plus de 50 ans aux États-Unis et en Europe, plus de 196.200 nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2009 [1]. En France, l'augmentation de l'incidence est estimée à 8% par an [2]. Il constitue un véritable problème de santé publique.

Le cancer de la prostate est le 4ème cancer masculin à Alger avec une incidence brute moyenne de 10,3 cas pour 100.000 hommes [3], nous nous attendons à une augmentation notable du nombre de nouveaux cas dans les années à venir dans notre pays.

Il y a quelques années le cancer de la prostate était dans la majorité des cas détecté à un stade localement avancé où il avait produit déjà des métastases et le traitement ne pouvait être que palliatif.

Depuis l'utilisation du PSA, et les biopsies prostatiques la présentation clinique du cancer de la prostate a été modifiée au profit des stades localisés.

La prostatectomie totale est le traitement de référence dans les cancers de la prostate localisés qui consiste en l'ablation en monobloc de la prostate et des vésicules séminales. C'est une chirurgie bien réglée [4], elle doit concilier un objectif carcinologique avec un résultat fonctionnel de qualité.

## Patient et Méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective de 2004 à 2008 qui a porté sur 52 patients consécutifs traités par prostatectomie totale rétropubienne pour cancer localisé de la prostate, au niveau du service d'Urologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine de Bab El Oued, Alger.

L'objectif principal était, l'évaluation à court et moyen terme des résultats carcinologiques, l'impact sur la continence et la puissance sexuelle et l'évaluation de la morbidité et de la mortalité précoce et tardive. L'autre objectif est de promouvoir ce type d'intervention, il faut se placer dans le contexte de l'époque, en 2004, en Algérie peu d'interventions chirurgicales curatives du cancer de la prostate, localisé, étaient proposées aux patients. Ainsi un challenge est-il né de ce vide.

La période d'observation et de surveillance des malades s'est poursuivie à Mars 2011 date à laquelle nous avons débuté l'analyse des résultats.

Les critères d'inclusion sont ceux recommandés par l'Association Française d'Urologie [5], un âge  $\leq 72$  ans, cancer de la prostate localisé, pas de facteurs de comorbidités péjoratifs.

## Évaluation préopératoire

Nos malades ont tous bénéficié d'un interrogatoire,

le toucher rectal était systématique, ainsi qu'un dosage du PSA total. Le diagnostic de l'adénocarcinome de la prostate a été permis par la réalisation de biopsies prostatiques écho-guidées [6].

Une fois le diagnostic du cancer de la prostate posé, un bilan d'extension était systématique (TDM Thoraco Abdomino-pelviennne, scintigraphie osseuse, IRM prostatique). Il était négatif chez tous les patients (cancer localisé à la prostate, répondant aux objectifs carcinologiques de l'intervention proposée).

Les patients ont été informés de la survenue possible de troubles de la continence urinaire et de la puissance sexuelle, ils ont parfaitement adhéré à ce type de traitement. L'âge moyen des patients était de  $64,712 \pm 6,210$  ans (49 ans et 72 ans) et 48,1% avaient un âge de 60-69 ans. 95% patients ont consulté pour des symptômes du bas appareil urinaire (SBAU), seuls 03 patients pour élévation isolée du PSA.

Le toucher rectal (TR) était anormal chez 20 patients, le PSA total moyen était de  $13,078 \pm 6,772$  ng/ml (3,640 - 27,92 ng/ml).

L'adénocarcinome prostatique est le type histologique retrouvé chez tous les patients. La moyenne du score de Gleason (SG) était de  $5,885 \pm 0,784$ ; 38 patients SG à 6; 5 patients SG à 7; 8 patients SG à 4-5, un seul patient SG à 8. Nos patients ont été classés comme suit : 28 patients au stade T1c (53,8%), 19 patients au stade T2a (36,5%), 04 patients au T2b (7,7%), 01 patient au stade T2c (1,9%). La classification histopronostique de D'Amico a fait ressortir : 40,3 % de risque faible, 42,3 % de risque intermédiaire, 17,3 % de haut risque.

### Les caractéristiques préopératoires des patients

- Nombres de Patients	52
- Age moyen (année)	$64.71 \pm 6.21$
- PSA moyen (ng/ml)	$13.07 \pm 6.77$
- Stade clinique pré op	<b>Médiane :</b>
- Gleason pré opératoire	T1c : 28 (58.8%)
- Classification D'Amico	T2a : 19 (36.5%)
	T2b : 4 (7.7%)
	T2c : 1 (1.9%)
	<b>Médiane : GS6 (G4 -G8)</b>
	SG4 : 5 (9.6%)
	SG5 : 3 (5.8%)
	SG6 : 38 (73.1%)
	SG7 : 5 (9.6%)
	SG8 : 1 (1.9%)
	<b>Faible : 21 (40.3%)</b>
	<b>Intermédiaire : 22(42.3%)</b>
	<b>Élevé : 09 (17.3%)</b>

Tous les patients ont eu une prostatectomie totale rétro-pubienne extra-fasciale, après une évaluation en consultation pré-anesthésique selon la classification American Society of Anesthesiologists (ASA).

Le curage ganglionnaire fait chez 21 patients sur 52 soit (40,4 %), exclu si PSA < 10 ng/ml, score de Gleason ≤ 7. Les pertes sanguines étaient de 150 à 800 cc (moyenne de 349,038 ± 157,956 cc), une plaie rectale (1,9 % des patients) a été reconnue et réparée en per opératoire. La fistule urinaire présente chez 17 patients (32,07 % des cas), 1 cas de sepsis de paroi et 1 rétention vésicale à l'ablation. La durée moyenne du sondage était 11,327 ± 2,212 jours (10-20 jours). La durée moyenne de l'hospitalisation était de 11,423 ± 2,600 jours (8j-22 j).

### Résultats carcinologiques

L'analyse anatomopathologique des pièces opératoires retrouve 32 patients (61,5%) CaP localisé : 02 pT3a (3,8 %) ; 09 pT2b (17,3 %) ; 21 PT2c (40,4 %) ; 17 patients étaient extra-prostatiques ; 06 PT3a (11,5 %) ; 11 PT3b (21,2 %) ; 3 patients (5,8 %) en T0.

Le score de Gleason (SG) des pièces opératoires était de 6,404 ± 1,818 (0-9).

Les marges chirurgicales étaient positives (MCP) chez 17 patients (32,7%), retrouvées à l'Apex dans 41 % des cas ; 29% aux niveaux des faces postéro-latérales et 18 % à la base. 65 % de ces marges positives dans les pT3 (9 en pT3b et 2 en pT3a).

Nombre de patient	Cancer localisé N=32(61,4%)			Cancer extra-prostatique N=17(32,7%)		Score Gleason Médiane Gleason G7 (G5-G9)				
	T2a	T2b	T2c	T3a	T3b	G5	G6	G7	G8	G9
Nombre de patient	2	9	21	6	11	2	16	24	4	3
Pourcentage %	3,8	17,2	40,4	11,5	21,2	3,8	30,8	64,2	7,7	5,8
Marges positives	-	-	6	2	9					

Tableau récapitulatif les données postopératoires de tous nos patients

### Résultats fonctionnels

La rééducation vésico-sphinctérienne était faite chez tous nos patients et les résultats sont représentés dans ce

tableau ci-dessous. L'incontinence définitive était chez 2 patients (1 pT3a et 1 pT3b).

Contenance	Nombre de patient								
	01 mois	03 mois	06 mois	1 2 mois	24 mois	36 mois	48 mois	60 mois	
Continent	84,6 %	86,5 %	90,4 %	91,8 %	91,8 %	91,8 %	93,2 %	93,5 %	
Fuite urinaire	13,5 %	9,6 %	5,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	
Incontinence	1,9 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	3,8 %	

46 malades (soit 88,5%) n'ont pas eu d'érection spontanée, par contre 6 d'entre eux (soit 11,5 %) ont pu récupérer leurs érections spontanées.

3 patients ont présenté des sténoses anastomotiques traités par des urétrotomies internes (UI).

Le suivi est basé sur l'examen clinique, un dosage de PSA à 1 mois, 3, 6, 12, 24, 36, 48 et 60 mois.

L'échec biologique qu'est défini par une élévation du PSA au delà de 0,2 ng/ml après 2 confirmations successives [5,9] qui se traduira à ± long terme par un échec clinique.

Le seuil retenu pour le temps de dédoublement du PSA (PSADT) < 12 mois, PSADT court est en faveur d'une métastase alors qu'un PSADT long est en faveur d'une récurrence locale [10]. Dans notre série, 19 patients ont eu une récurrence biologique à 5 ans (36,53%), le PSADT était < 12 mois chez 15 patients : 11 pT3 (8 pT3b, 3 pT3a) et 4 pT2.

Le taux de survie sans récurrence (SSR) était de 61,10 % à 5 ans et une moyenne de 53,31 mois (IC 95% = 45,76 à 60,85) ; le taux de survie global est de 94,8% tous stades confondus et une moyenne de 72,02 mois avec IC à 95% [67,738 - 76,404].

Le taux de survie selon le stade pathologique à 5 ans, était de 82,4 % pour pT2 (moyenne de 74,33 mois), dans un IC 95 % [68,298 - 80,369] et de 66,7% pour pT3 (moyenne de 66,82 mois) dans un IC 95% [61,617 - 72,030].

La létalité était de 7,69 % (4 patients décédés suite au CaP), et l'âge moyen des décès 62,40 ± 15,94 ans (54-77 ans), les patients décédés avaient un TDPSA < 12 mois.

## Discussion

Le cancer de la prostate est le plus fréquent cancer de l'homme [11]. La prostatectomie totale permet de réduire la mortalité et le risque de progression locale et à distance [12].

Dans notre étude le recrutement des patients s'est étalé de 2004 à 2008 avec suivi moyen de  $53,98 \pm 14,22$  mois. 3 patients avaient une élévation isolée du PSA, rejoint les recommandations actuelles qui consistent en un dépistage individuel à partir de 50 ans [13].

L'âge moyen de nos patients ( $64,712 \pm 6,210$  ans) est en adéquation avec celui rapporté par Kapanga et al, où l'âge moyen était de 65,5 ans [14].

La recherche du diagnostic s'est faite sur le PSA et les anomalies du toucher rectal [15].

Les objectifs de la prostatectomie sont le contrôle carcinologique, le maintien d'une continence urinaire et une éventuelle puissance sexuelle [6,16,17].

21 curages réalisés, 1 seul (soit 1,9%) était positif, classé

pT2c, la littérature a rapporté des lymphocèles dans 0,4-3,1% des cas [18] que nous n'avons pas rencontré.

Les pertes sanguines en peropératoire étaient de  $349,03 \pm 157,95$  cc, conformes à ceux de la littérature d'environ 1.000 cc. [19,20] qui diminuent avec l'expérience de l'opérateur.

La plaie rectale est en diminution et varie de 0 à 2,9% selon les séries [7,21], elle doit être traitée en peropératoire afin d'éviter une fistule recto-urétrale, une complication désastreuse [21,23]. Nous avons relevé une seule plaie rectale (soit 1,9 % des patients).

Aucune plaie urétérale n'a été relevée dans notre série. Les fistules urinaires étaient présentes chez 17 patients (soit 32 %) de notre série, dans celle de Kopecky les fistules étaient retrouvées dans 19,2 % des cas. Pour éviter cette complication Fowler incorpore lors de l'anastomose des tissus péri-urétraux [24].

La durée moyenne du sondage était de  $11,327 \pm 2,212$  j (8 à 20 j) et nos résultats sont comparables aux données de la littérature [25], 7 jours dans la série de Guillonnet.

## Les complications postopératoires précoces de la PTRP

	Nombre	Pertes sanguines (cc)	Transfusion	Plaie rectale	Plaie urétérale	Plaie vascul	Durée hospit. (j)
CATALONA. Al (1999)[36]	1870	-	-	0,05	-	-	-
HAUTMANN (1994) [27]	418	900 (300-2000)	1,7	2,6	0,2	-	-
GUILLONET (1999) [25]	100	-	35 (35 patients)	1	0	0	8 (5-30)
GHAVAMIAN.al (2006) []	70	563	31,4	-	-	-	-
Notre série (2011)	52	350 (150 – 800)	20 (10 patients)	1,9	0	0	11 (8-22)

Les complications thromboemboliques après PT sont assez fréquentes et sont la cause des décès précoces (0,8 – 2,9%) [19]. La phlébite était présente de 6,9% dans la série de Kopecky et 1,7% dans la série de Hautmann [27], elles étaient nulles dans notre série.

L'incontinence urinaire et les troubles érectiles altèrent sévèrement la qualité de vie de patients de plus en plus jeunes [24,28], mais la qualité de vie ne doit pas se faire au détriment du contrôle carcinologique qui doit rester le but principal [17].

Plusieurs équipes rapportent une corrélation signifi-

cative entre l'âge du patient au moment de la prostatectomie et l'incontinence (IU) postopératoire [29].

Lepor et al ont rapporté que la continence postopératoire était de 97,1% à 24 mois [30] et de 92% à 2 ans dans l'étude de Haffner et al. [31] et dans celle de PC Walsh [32]. Dans notre étude, la continence était de 84,6% à 1 mois, 91,8% à 2 ans, de 93,5% à 5 ans, ce qui concorde avec les résultats de l'étude d'Arroua et al où la continence à 5 ans était de 91,5% [33].

Les patients avec fuites urinaires nécessitant le port d'au moins 2 protections par jour, sont au nombre de 2 (4,1%).

L'incontinence urinaire définitive était présente dans 4,1% (2 malades), elle était de 0,5% dans la série de Lange et 3,1% dans celle de Hautmann.

L'incontinence d'effort est retrouvée dans 4,1% dans notre étude, elle est de 15,7% dans la série Hautmann et de 12% dans l'étude de Guillonneau.

La préservation d'une longueur de l'urètre et sa dissection prudente permettraient une amélioration significative et un retour plus rapide de la continence urinaire post-opératoire d'après Van Randenborgh et al [34]. Les mêmes résultats sont retrouvés par Coulange et al [33].

Après la prostatectomie totale, plusieurs facteurs sont mis en évidence dans le retour de la puissance sexuelle [35] les érections avant l'intervention chirurgicale, l'âge jeune (< de 65 ans), la préservation des bandelettes neurovasculaires lors de la prostatectomie.

A 18 mois la récupération était de 59% pour Catalonia et al [36] ; de 86% dans la série de Walsh et al [35] et 50 % des cas dans la série de Lange.

Dans notre série, 88,5% des patients (46 malades) n'ont plus d'érection spontanée. Par ailleurs 6 patients (soit 11,5%) ont récupéré leurs érections.

Nos chiffres diffèrent de ceux de Walsh, vu l'âge moyen des patients de sa série (58 ans) contre l'âge moyen de notre étude (64 ans).

Dans la littérature, les taux de sténose anastomotique rapportés, varient de 8 à 17% dans la série Geary et col [37] ; 8,6 % dans la série de Hautmann et al [27] et 1% dans la série de Guillonneau. Dans notre étude, le taux était de 6% (soit 3 patients) ce qui concorde avec les séries internationales.

Auteurs	Nombre Patients	Sténose Anast %	Incont effort %	Incont. Totale	Impuissance sexuelle
LANGE (1994) []	173	1,7	4	0,5	50%
HAUTMANN (1994) [27]	418	8,6	15,7	3,1	-
GUILLO-NEAU (1999)[25]	100	1	12	2	-
Notre série (2011)	52	6,1	4,1	4,1	88,5%

### Les Complications post-opératoires tardives de la prostatectomie totale

L'étude des pièces opératoires a révélé que 61,5 % des patients étaient des pT2 (32 patients).

17 patients (32,7 %) étaient des pT3 : soit 6 pT3a (11,5 %) et 11 pT3b (21,2 %), ces chiffres se rapprochent de ceux des études internationales, en effet dans the International journal of Clinique Practice de 2003, Boccon-Gibod et al ont rapporté un taux de 40-50 % [38], par ailleurs Turpin-Wendling et al ont rapporté un taux de pT3 de 23% [39] et dans l'étude Kampanga et al, le taux des pT 3 était de plus de 52% [14].

Le nombre important de pT3 dans notre série peut être expliqué par l'existence d'une sous estimation de la classification clinique.

Nous avons eu à constater l'absence de cancer de la prostate chez 3 patients soit 5,8% malgré la présence adénocarcinome à la lecture des biopsies, résultats comparables à ceux rapporté par Kampanga et al (8%) [14]

Dans notre série le score de Gleason 7 était présent dans 46,2% des cas, ce qui concorde avec les taux de la série de Tiguert et al qui étaient de 25% et 50% [40].

Notre série a montré un nombre assez important de patients avec un score de Gleason ≥ 8 soit 7 patients (13,5%) : 4 patients avec S G 8 et 3 patients avec SG à 9. Tous ces patients ont progressé biologiquement confirmant ainsi le caractère péjoratif du score de Gleason.

La marge d'exérèse positive (MCP) est un facteur de risque de progression indépendant de la récurrence [41].

Nous rapportons un taux de marges positives de 32,7% soit 17 patients, ce qui est en adéquation avec les données de la littérature avec des taux entre 16% et 47% [42,43] ; 37% dans la série d'Epstein et al [44] et 35,6% dans l'étude de Arroua et al [49].

Les MCP étaient plus importantes dans les pT3b (53%) confirmant ainsi les données de la littérature [45] ; 35 % des MCP retrouvées dans les pT2 (soit 6 patients).

Cheng et al, notent un taux de progression à 5 ans

de 10 et 22 % lorsque les marges sont respectivement négatives ou positives pour les pT2 [46]. Pour les pT3 la progression biologique est constatée dans 45% des cas en marge positive [46].

Pas de différence dans le taux de récurrence biologique selon la localisation et multiplicité des MCP selon Pettus et al [47], une étude du *Memorial Sloan-Kettering cancer center*

a avancé un taux MCP de 10 à 48 % selon les chirurgiens [48].

Le taux de MCP dans notre série s'explique par la présence de patients à haut risque, par le fait que les interventions sont réalisées par différents chirurgiens avec des qualifications différentes.

Auteurs	Année	Nombre patients	Voie d'abord	Marges positives
EPSTEIN [44]	1993	507	Rétropubienne	37 %
Chun et col [62]	2006	4.277	Rétropubienne	21,5 %
Arroua et col [33]	2008	194	Rétropubienne	35,6 %
Notre série	2011	52	Rétropubienne	32,7 %

### Pourcentage des marges positives : comparaison avec les séries internationales

Le PSA après PR devient un marqueur spécifique du cancer de la prostate, son élévation constitue le premier indicateur d'une progression tumorale et aboutira à plus ou moins long terme, à un échec clinique. Il se définit par l'augmentation du taux de PSA au-delà de 0,2 ng/ml après 2 dosages successifs [9].

Hull et al ont pris comme valeur seuil pour parler de récurrence biologique, un PSA supérieur ou égal à 0,4 ng/ml [50]. Les facteurs pronostiques péjoratifs de cette progression biologique puis clinique sont : score de Gleason > 7, TD PSA < 12 mois, envahissement VS, envahissement ganglionnaire [36,51].

On note chez 2 de nos malades la persistance du PSA (> 0,2 ng/ml) le 1er mois. Langer et al ont rapporté un taux de 22% [52]. Ceci traduit la persistance de la maladie ou une exérèse chirurgicale incomplète, soit l'existence de métastases.

Dans notre étude, l'ascension du PSA est observée chez 17 patients (32,7%), ce taux concorde avec celui de Chemasle et al qui est de 10 à 44% [50,53], 36,5% des patients de notre étude ont présenté une reprise biologique tous stades confondus, en adéquation avec le taux des études internationales qui est de 23 à 59%.

89 % des progressions sont faites dans les 3 premières années après la PT, Pound et al [9] et Stamey et al [54] où ils ont relevé respectivement 75 à 90 %.

Le TDPSA était < 12 mois chez tous les patients décédés, notion importante et constitue un caractère péjoratif [9,55]

Les traitements adjuvants proposés à nos patients sont : la radiothérapie est le traitement adjuvant le plus utilisé après prostatectomie ou devant un cancer de la prostate pT3 ou en présence de marges chirurgicales positives

(R+) [56] et apporterait un bénéfice significatif de survie globale et de survie sans métastases [57].

2 de nos patients ont bénéficié de radiothérapie adjuvante soit 10,5 % ; vu le manque de machines et de centres de radiothérapies dans notre pays à l'époque.

La mise en place d'une hormonothérapie dès la progression biologique surtout dans les cancers à haut risque de progression [58] est bénéfique en termes de survie globale spécifique et de survie sans progression par rapport à un traitement hormonal différé [59].

Dans notre étude, 19 patients ont reçu une hormonothérapie immédiate après progression du PSA, soit 36,5% ; 2 patients à 6 mois ; 7 patients à 12 mois ; 7 autres à 24 mois ; 2 à 36 mois et 1 patient à 4 ans.

La chimiothérapie a été réservée à 03 de nos patients pour une résistance à la castration.

Dans une étude de Cronin et al le taux de survie sans récurrence biologique (SSR) à 5 ans était de 84,8% [60] 183:984-9, était de 80% à 5 ans et de 70% à 10 ans pour Abbas et al [1].

Catalona montre que la SSR à 3 ans était de 93% et de 97% à 5 ans dans l'étude de John Hopkins Hospital de Baltimore.

Dans notre étude le taux SSR à 5 ans est de 61,1 %, et se rapproche de l'étude de Zincke et al [61] qui était de 62 % à 5 ans pour un seuil de PSA à 0,2 ng/ml et de 76 % à 5 ans pour un seuil de PSA à 0,4 ng/ml.

Nos résultats concernant le taux de survie globale tous stades pathologiques confondus était de 94,8 %, se rapprochant de ceux de Hull et al [50,62].

Par ailleurs le taux de survie selon le stade pathologique était de 82,4% pour les pT2 et de 66,7% pour les pT3, résultats proches de ceux rapportés par la littérature [63], confirmant ainsi le caractère péjoratif du pT3 [64].

Auteur	Stade tumoral		Marge positive selon Stade pathologique			Survie sans récurrence à 5 ans	
	pT2	pT3	pT2	pT3	Total	pT2	Total
Hull et All 2002 [50]	55.6	33.3	-	11	12.8	94.5	78.2
Chun et All 2006 [62]	64.3	34.2	-	-	21.5	88	70
Carini et al 2008 [64]	39.1	44.3	2.1	16.3	12.8	91.1	75.5
Notre série 2011	61.5	32.7	11.5	21.1	32.6	82.4	61

Le suivi sans récurrence. NB : dans la série de Hull et al, le patient est considéré en récurrence biologique quand le PSA supérieur à 0,4 ng/ml

## Conclusion

La prostatectomie totale rétro-pubienne est le traitement de référence dans le cancer de la prostate localisé et constitue un défi chirurgical, on doit non seulement assurer un objectif carcinologique avec diminution des marges chirurgicales positives mais aussi assurer un résultat fonctionnel de qualité. Il est impératif de poser le diagnostic de CaP au stade localisé par la mise en place d'une politique de dépistage individuelle de ce cancer afin de réduire les taux des cancers de la prostate localement avancés ou métastatiques. Meilleures sélections des patients par l'utilisation de l'imagerie notamment l'IRM prostatique.

## Date de soumission :

15 septembre 2015

## Liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ, Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59(4):225-49.
- Rebillard X, Trétarre B, groupe Francim: Epidémiologie des cancers urologiques en France. *Rev Prat* 2007; 57 :595-602.
- Hammouda et Col. Registre des tumeurs d'Alger 2007. INSP 2007 selon les données du registre des tumeurs d'Alger 2007
- Walsh PC, Lepor H, Eggleston JC. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological consideration. *Prostate* 1983; 4: 473- 485
- Soulié M, Beuzebec P, Cornud F, Eschwege GE P, Gaschnigard N, Grosclaude P, Hennequin C, Maingon P, Molinié V, Mongiat-Artus P, Moreau JL, Paparel P, Péneau M, Peyromaure M, Ravery V, Rébillard X, Richaud P, Salomon L, Staerman F, Villers A : Recommandation 2007 en Onco-urologie : Cancer de la prostate. *Prog. Urol*, 2007, 17, 6, 1157-1188 à
- Soulié M, Vazzoler N, Seguin P, Attalah F, Pontonnier F, Plante P: La

- laparotomie horizontale courte Pfannenstiel dans la prostatectomie rétro-pubienne *Prog Urol* 2000; 10 :1169-1172
- Boland R, Walsh P; the management of rectal injury during radical retro-pubic prostatectomy. *J. Urol* 1992. 147/ 905-90
- Surya BV, Provet J, Johanson KE, Brown J: Anastomotic strictures following radical prostatectomy: risk factors and management. *J. Urol* 1990; 143: 755-8.
- Pound C.R, Partin A.W, Epstein J.I, Walsh P.C: Prostate-Specific antigen after anatomical radical retro-pubic prostatectomy. *Urol. Clin North Am*, 1997; 24: 395-406
- Hanks GE, D'Amico A, Epstein BE, Schultheiss TE: Prostatic-specific antigen doubling times patients with prostate cancer: a potentially useful reflection of tumor doubling time. *Int J Radiat. Oncol. Biol Phys*; 1993; 27:125-127
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ, Thun Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008; 58:71-96
- Anna Bill-Axelsson, M.D; Lars Holmberg, M.D;Ph.D; Mirja Ruutu, M.D;Ph.D; Michael Haggman, M.D;Ph.D; Swen-Olof Andersson, M.D;Ph.D; Stefan Bratell, M.D;Ph.D Anders Spangberg, M.D;Ph.D; Christer Busch, M.D;Ph.D. Stig Nordling, M.D;Ph.D for the Scandinavian Prostate Cancer Groupe Study No.4\*Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. *N Engl J Med*; Vol 352, No: 19, 2005, May 12; 1977-1984.
- Grönberg H. Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 2003; 361:859-64
- Kampanga M, Dahmani F, Hakami F, Devoldere G, Abourachid H. Sténose de l'anastomose vésico-urétrale: notre expérience sur 114 prostatectomies radicales *Prog Urol* 1994, 4; 683-687
- Partin AW Mangold LA, Lamm DM, Walsh PC, Epstein JI, and Pearson JD: Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin Table) for the new millennium. *Urology* 2001; 58:843-8.
- Mottet N. Place de la surveillance active dans le cancer de la prostate: présentation du protocole français. *Prog Urol- FMC* 2008; 18: F12-6
- Walsh. PC: the status of radical prostatectomy in United States in 1993. Where do we go from here? *J.Urol*.1994; 152:1816).
- Wagner M, Sokoloff M, Daneshmand S, The role of pelvic lymphadenectomy for prostate cancer-therapeutic? *J Urol* 2008; 179:408-13
- Keetch D, Andriole G, Catalona W: Complication of radical retro-pubic prostatectomy. *AUA update* 1994; XII, 46-51
- Leandri P, Rossignol G, Gautier JR, Ramon J. Radical retro-pubic prostatectomy: morbidity and quality of life. Experience with 620 consecutive cases. *J Urol* 1992; 147,883-886
- Thomas. C, Jones J, Jager. W, Hampel. C, Thuroff. JW, Gillitzer. R. Incidence, clinical symptoms and management and recto-urethral fistulas after radical prostatectomy. *J Urol* 2010; 183:608-12
- Katcher J, Kupelian P, Zippe C, Klein E, Sohn J. Indications for excluding the seminal vesicles when treating clinically localized prostatic adenocarcinoma with radiotherapy alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 37:871-6,
- Durand X, Vaessen C, Bitker MO, Richard F. Prostatectomies totales rétro-pubienne, laparoscopiques et robot-assistées: Comparaison des suites

- postopératoires, des résultats anatomo-pathologiques et fonctionnels : à propos de 86 prostatectomie. *Prog. Urol* 2008; 18:60-7.
24. Gleason DF and The Veterans' Administration Cooperative Urologic Research Group (VACURG) : Histologic grading and clinical staging of prostatic carcinoma, in *Urologic Pathology: The Prostate* (Tannenbaum M., ed.), Lea & Febiger, Philadelphia, pp.171-197, 1977.
25. Guillonnet B, Cathelineau X, Cour F, Veillon B, Vallancien G: Actualisation de la morbidité de la prostatectomie radicale rétropubienne : analyse rétrospective de 100 interventions consécutives pendant la période 1996-1997 : *Prog Urol* 1999 ; 9 :662-667
26. Kopecky AA, Laskowski TZ, Scott RJ: Radical retropubic prostatectomy in the treatment of prostate carcinoma. *J Urol* 1970; 103,641 – 644 *Prev.* 2000; 9:795-804
27. Hautmann R, Sauter T, Wenderoth U: Radical retropubic prostatectomy: morbidity and urinary continence in 418 Consecutive cases *Suppl to Urology* 1994; 43 n°2, 47-51
28. Lokeshwar BL Schartz GG, Selzer MG, Burnstein KL Zhuang SH, Block NL, Binderup L. Inhibition of prostate cancer metastasis in vivo: a comparison of 1,25 – dihydroxyvitamin D (calcitriol) and EB 1089. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 1999; 8:241-8
29. Salomon L, Azria D, Bastide C, Beuzebec P, Cormier L, Cornud F, Eiss D, Eschwege P, Gaschnigard N, Hennequin C, Molinié V, Mongiat Artus P, Moreau J-L, Péneau M, Peyromaure M, Ravery V, Rebillard X, Richaud P, Rischmann P, Rozet F, Staerman F Villers A, Soulié M, et les membres du CCAFU. *Recommandations en Onco-Urologie 2010: Cancer de la prostate. Progrès d'urologie* 2010, 20 Suppl. S217-S252.
30. Lepor H, Kaci L, Xue X. Continence following radical retropubic prostatectomy using self-reporting instruments. *J Urol* 2004; 171:1212-1215
31. Heffner MC, Landis PK, Saigal CS et al: Health-related quality-of-life outcome after anatomic radical prostatectomy in the phosphodiesterase type 5 era: impact of the neurovascular bundle preservation. *Urology* 2005.66:147 -151
32. Steiner MS, Morton RA, Walsh PC. Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. *J Urol* 1991; 145,512-515.
33. Arroua F, Toledano .H, Gaillet S, Saidi .A Breton X, Delaporte V, Daniel L, Lechevallier E, Coulange C : Prostatectomie radicale avec conservation du col vésical : Marges chirurgicales et continence urinaire .*Prog Urol* 2008 ; 18 :304-310
34. Van Randenborg H, Paul R, Kubler H, Breul J, Hartung R. Improved urinary continence after radical retropubic prostatectomy with preparation of long, partially intraprostatic portion of membranous urethra: an analysis of 1013 consecutive cases. *Prostate cancer prostatic Dis* 2004; 7(3):253-7.
35. Walsh PC, Marschke P, Ricker D, Burnett AL, patient-reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. *Urol*, 2000; 55:58-61.
36. Catalona WJ, Carvalhal G.F, Mager D.E, Smith D.S / Potency, continence and complications rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomy. *J. Urol*, 1999 ;162 :433-438
37. Geary ES, Dendinger TE, Freiha FS, Stamey TA, Incontinence and vesical neck following radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1995; 45:1000-6,
38. Boccon-Gibod L, Bertaccini A, Bono AV, Dev Sarmah B, Holtl W, Motet N, et al Management of locally advanced prostate cancer: a European consensus. *Int J Clin Pract* 2003;57: 187 -94
39. Turpin-Wendling F-N, Sahnoun A, Pariente A, Pariente JL, Ferriere M, Le Guillon M: Résultats carcinologiques de 117 prostatectomies radicales consécutives *Prog Urol*, 2005, 15, 1, 30-35
40. Tiguert R, Ravery .V, Grignon DJ, Sakr. W, Wood. DP, Pontes. JE: le grade principal du score 7 de Gleason de la pièce opératoire corrélé à la progression biologique des patients traités par prostatectomie totale. *Prog en Urol* (2002), 12, 31-36
41. Wieder JA, Soloway MS. Incidence, etiology, location prevention and treatment of positive surgical margins after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Urol* 1998; 160:299-315
42. Watson RB, Civantos F, Soloway MS, Positive surgical margins with radical prostatectomy detailed pathological analysis and prognosis. *Urology* 1996; 48:80-90
43. Han M, Partin AW, Pound CR, Epstein JI, Walsh PC, Long-time biochemical disease-free and cancer –specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy. The 15 years Johns Hopkins experience. *Urol Clin North Am* 2001; 28: 555-65
44. Epstein JI, Pizov G, Walsh PC: Correlation of pathologic findings with progression after radical retropubic prostatectomy. *Cancer*, 1993; 71:3582-3593
45. Carver B.S., Bianco F.J., Scardino P.T., Eastham J.A. Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer. *J Urol* 2006; 176:564-568 35 %
46. Cheng L., Darson M.F., Bergstrahl E.J., Sleza J., Myers R.P., Bostwick D.G.: Correlation of margins status and extraprostatic extension with progression of prostate carcinoma. *Cancer*, 1999; 86: 1775-1782.
47. Pettus J.A., Weight C.J., Thompson C.J., Middleton R.G., and Stephenson R.A. : Biochemical failure in men following radical retropubic prostatectomy: Impact of surgical margin status and location. *J. Urol.*, 2004; 172:129-132.
48. Eastham JA, Kattan MW, Riedel E, Begg CB, Wheeler TM, Gerigk C, et al Variation among individual surgeons in rate of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J. Urol* 2003; 170: 2292-5.
49. ASTRO consensus panel. Consensus statement: Guidelines for PSA following radiation therapy. *Int J Oncol Biol Phys Radiat* 1997; 37:1035-41 .
50. Hull GW, Rabbani F, Abbas F, Wheeler TM, Kattan MW, Scardino PT. Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. *J Urol*. 2002; 167: 528-34. AUA update series 1986; 5 lesson 6]
51. Rogers CG, Khan MA, Craig Miller M et al Natural of disease progression in patient Who fail to achieve an undetectable prostate-specific antigen level after undergoing radical prostatectomy. *Cancer* 2004; 101:2549-56
52. Lange PH, Ercole CJ, Lightner DJ, Fraley EE, Vessella R, The value of serum prostate specific antigen determinations before and after radical prostatectomy. *J.Urol.* 1989,141,873-879
53. Chemasle C, Malavaud B; Rishmann P, Mazerolles c, Ballanger P, Sarraon J. How to predict the occurrence of positive resection margins and the secondary rise of PSA after radical prostatectomy? Proceeding of the XIth Congress of European Association of Urology, Berlin, 1994, p. 329 Dans ces cas-là Hull et al rapportent un risque de progression à 10 ans de 72 %
54. Stamey T. A, Yemoto C.M, McNeal J; E, Sigal B.M, Johnstone I.M: Prostate cancer is highly predictable: a prognostic aqution based on all morphological variables in radical prostatectomy specimens. *J.Urol*, 2000, 163, 1155-1160
55. D'Amico AV, Mou J, Peter R et al Prostate specific antigen doubling time as a surrogate end point for prostate cancer specific mortality following radical prostatectomy or radiation therapy. *J Urol* 2004; 172: S42-47
56. Morris MM, Dallow KC, Zietman AL, Park J, Althausen A, Heney NM, et al Adjuvant and salvage irradiation following radical prostatectomy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 38:731-6
57. Epstein J.I.: Incidence and significance of positive margins in radical prostatectomy specimens. *Urol. Clin. North Am.*, 1996; 23: 651-653.
58. Moul JW, Wu H, et al Early versus delayed hormonal therapy for prostate specific antigen only recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy. *J Urol* 2004; 171:1141-47)
59. Messing E.M., Manola J, Yao J, Kiernan M., Crawford D., Wilding G., et al. Immediate versus deferred androgen deprivation treatment in patients with node- positive prostate cancer after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy. *Lancet Oncol* 2006; 7:472-479.
60. Cronin AM, Godoy G, Vickers AJ. Definition of biochemical recurrence after radical prostatectomy does not substantially impact prognostic factor estimates. *J.Urol* 2010;
61. Zincke H., Amling C.L., Bergstrahl E.J.: Defining prostate specific antigen progression after prostatectomy: what is the most appropriate cut point? *J. Urol.*, 2001; 165: 1146-1151.,
62. Chun FK-H, Graefen M, Zacharias M, et al: Anatomic radical retropubic prostatectomy – long term recurrence free survival rates for localized prostate cancer. *Word J Urol* 2006; 24:273-80
63. Loeb S., Smith N.D., Roehl K.A., Catalona WJ: Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007; 69:1170-1175.
64. Carini M, Masieri L, Minervini A Lapini A, Serni S. Oncological and functional results of antegrade radical retropubic prostatectomy for treatment of clinically localized prostate cancer. *Eur Urol* 2008; 53:554 - 563.

**HBP**  
Hypertrophie Bénigne de la Prostate

**Permixon®**

Extrait lipidosterolique de *Serenoa repens* - Solvant hexanique\*



**Agir sur l'inflammation  
prostatique pour soulager  
les symptômes de l'HBP**

**Une posologie  
simple  
2 Gélules /Jour\***



IP/PER/DZ/2018/01

\* RCP

Mentions légales : voir page 103



Pierre Fabre  
Médicament