

Short communication



La prostatectomie radicale: résultats carcinologiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec

Ndiaga Seck Ndour, Yaya Sow, Babacar Sine, Modou Ndiaye, Alioune Sarr, Amath Thiam, Cyrille Zé Ondo, Ndèye Aissatou Bagayogo, Aboubacar Traoré, Samba Thiapato Faye, Abdoulaye Ndiath,  Ousmane Sow, Boubacar Fall, Babacar Diao, Alain Khassim Ndoye

Corresponding author: Ndiaga Seck Ndour, Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal. matarsn803@gmail.com

Received: 26 Jul 2020 - **Accepted:** 03 Dec 2020 - **Published:** 18 Jan 2021

Keywords: Cancer prostatique, prostatectomie radicale, survie

Copyright: Ndiaga Seck Ndour et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Ndiaga Seck Ndour et al. La prostatectomie radicale: résultats carcinologiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec. Pan African Medical Journal. 2021;38(56). 10.11604/pamj.2021.38.56.25198

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/38/56/full>

La prostatectomie radicale: résultats carcinologiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec

Outcomes of radical prostatectomy in patients with prostate cancer at the Aristide Le Dantec University Hospital

Ndiaga Seck Ndour^{1,&}, Yaya Sow¹, Babacar Sine¹, Modou Ndiaye¹, Alioune Sarr¹, Amath Thiam¹, Cyrille Zé Ondo¹, Ndèye Aissatou Bagayogo¹, Aboubacar Traoré¹, Samba Thiapato Faye¹,

Abdoulaye Ndiath¹, Ousmane Sow¹, Boubacar Fall¹, Babacar Diao¹, Alain Khassim Ndoye¹

¹Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

&Auteur correspondant

Ndiaga Seck Ndour, Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Résumé

Le but était d'évaluer les résultats carcinologiques de la prostatectomie radicale. Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique au service d'urologie-andrologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2016. Nous avons colligé 60 cas de prostatectomie radicale par voie rétropubienne associée à un curage ganglionnaire ilio-obturateur. Après la prostatectomie radicale (PR), le taux d'antigène prostatique spécifique (PSA) était indétectable (<0,1 ng/ml) chez 20 patients (33,3%). Onze malades (18,3%) qui avaient une récurrence biochimique, ont une hormonothérapie complémentaire. Une réponse a été obtenue après instauration du traitement avec un taux de PSA total redevenu indétectable après un suivi de 8 mois. La durée moyenne de la survie globale était de 17,5 mois avec une médiane de 9,49. Le taux de survie globale cumulé à 1 an, 3 ans et 4 ans étaient respectivement de 42,4, 13,6 et 6,8%. La durée moyenne de la survie sans récurrence était de 17,3 mois avec une médiane de survie sans récurrence biochimique qui était de onze (11) mois. La durée moyenne de la survie spécifique était de 8,1 mois avec une médiane de 3 mois. Les marges de résection étaient positives chez sept (7) patients soit un taux de 11,6%. Quatre(4) patients avaient un envahissement ganglionnaire. La prostatectomie radicale indiquée dans quelques cas dans notre pratique, est une méthode thérapeutique efficace avec de bons résultats carcinologiques.

English abstract

The purpose of this study was to assess outcomes of radical prostatectomy in patients with prostate cancer. We conducted a retrospective single-center study in the Department of Urology and Andrology at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar from June 1, 2010 to May 31, 2016. We collected data of 60 patients undergoing radical retropubic prostatectomy associated with dissection of the iliac and obturator nodes. After radical

prostatectomy, prostate specific antigen (PSA) levels were undetectable (<0.1 ng/mL) in 20 patients (33.3%). Eleven patients (18.3%), who had biochemical relapse, received complementary hormone therapy. Patients achieved a response after initiation of treatment, and total PSA became undetectable again after an 8-month follow-up period. Mean overall survival was 17.5 months, with a median of 9.49. Cumulative overall survival rates at 1 year, 3 years and 4 years were 42.4, 13.6 and 6.8%, respectively. Mean relapse-free survival was 17.3 months, with a median biochemical relapse-free survival of eleven (11) months. The mean duration of specific survival was 8.1 months, with a median of 3 months. Seven patients had positive resection margins (11.6%). Four patients had lymph node involvement. Radical prostatectomy, suggested in some patients with prostate cancer in our practice, has been shown to be an effective therapeutic method leading to good outcomes.

Key words: Prostate cancer, radical prostatectomy, survival

Introduction

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme et la deuxième cause de décès par cancer [1]. La prostatectomie radicale est l'un des traitements de référence du cancer de la prostate localisé [2]. Ce traitement chirurgical est également recommandé pour des cancers à haut risque, localement avancés ou oligo-métastatiques (moins de 3 sites métastatiques) [3-5]. C'est en 1904 que Young a réalisé la première prostatectomie radicale par voie périnéale. Une meilleure compréhension de l'anatomie avec la possibilité de préservation des bandelettes vasculonerveuses a été développée par Walsh [6] au début des années 1980. De la voie ouverte aux techniques mini-invasives, elle a connu une évolution importante afin d'améliorer les résultats carcinologiques et fonctionnels. Dans notre contexte, il s'agit d'une chirurgie encore réalisée à un taux faible du fait de la difficulté de sélection de patients éligibles qui sont vus pour la plupart à un

stade avancé de la maladie cancéreuse. L'objectif de notre étude était d'évaluer les résultats carcinologiques de la prostatectomie radicale.

Méthodes

Dans cette étude ont été inclus soixante (60) patients admis pour cancer de la prostate et ayant une preuve histologique chez qui un traitement radical a été réalisé. Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur 60 cas de prostatectomie radicale par voie rétropubienne associée à un curage ganglionnaire ilio-obturateur réalisés au service d'urologie de l'hôpital Aristide Le Dantec. Une prostatectomie radicale élargie aux tissus voisins associée à un curage ganglionnaire étendu était réalisée pour les cancers localement avancés. Les patients sont répartis selon le stade tumoral sur le Tableau 1. Les patients étaient revus à trois mois puis tous les six mois avec un contrôle du taux de PSA total pendant six (6) ans. Les critères d'appréciation des résultats étaient: la cinétique du PSA total, les résultats de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, la survie globale, la survie sans récurrence. La progression était définie par un dosage PSA supérieur à 0,1ng/ml ou par l'apparition de métastases. Le délai de progression était estimé pour chaque malade. La survie a été évaluée selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats

La durée moyenne du suivi était de 20 mois. Le taux de PSA était indétectable (<0,1 ng/ml) chez 20 patients (33,3%). La plupart de ces patients avaient un cancer à haut risque D'Amico ou localement avancé. Onze patients (18,3%) qui avaient une récurrence biochimique, ont eu une hormonothérapie complémentaire avec de la goseréline (8 cas) et une pulpectomie bilatérale (3 cas). Une réponse a été obtenue après instauration du traitement avec un taux de PSA total redevenu indétectable. Durant le suivi, 5 patients sont décédés (8,3%), avec deux cas en rapport avec l'évolution du cancer et dans 3 cas décédés d'une autre cause. Les patients décédés

appartenaient tous au groupe de cancers à haut risque de D'Amico ou localement avancés. La survie globale des patients à risque faible ou intermédiaire était de 100%. La durée moyenne de la survie globale était de 20,8 mois avec une médiane de 15. Le taux de survie globale cumulé à 1 an, 3 ans et 4 ans étaient respectivement de 79,7, 40,7 et 20,3% (Figure 1). La durée moyenne de la survie sans récurrence était de 17,3 mois avec une médiane de survie sans récurrence biochimique qui était de onze (11) mois (Figure 2). Les marges de résection étaient positives chez sept (7) patients soit un taux de 11,6% des patients dont la plupart (85%) avaient un cancer localisé à haut risque de D'Amico. Quatre(4) patients avaient un envahissement ganglionnaire.

Discussion

Après prostatectomie radicale, le PSA devient normalement indétectable en 4 à 6 semaines [7]. Dans notre série, le taux de PSA était indétectable (<0,1 ng/ml) chez 20 patients (33,3%). Une récurrence biochimique a été diagnostiquée chez 23 (38,3%) patients dont la majorité avaient un cancer localement avancé ou à haut risque de D'Amico. Delongchamps *et al.* [8] rapportent 52% de récurrence biochimique. La majorité des études retrouve 25 à 35% de récurrence biologique à dix ans, après prostatectomie totale, tous stades confondus, mais avec des taux inférieurs à 18% en cas de PSA initial inférieur à 10 ng/ml [9]. Le risque de progression du taux de PSA en cas de PSA supérieur à 0,2 ng/ml en postopératoire est de 86% à un an et de 100% à trois ans [10]. En effet Molina *et al.* [11] rapportent que le taux de PSA pré-thérapeutique, le score de Gleason (4+3), le stade pathologique pT3b et des marges chirurgicales positives sont des facteurs pronostiques indépendants liés à la récurrence biochimique. Ces résultats seraient en rapport avec le stade avancé des cancers de la prostate dans notre série. Parmi ces patients, onze (47,8%) ont eu une hormonothérapie qui était médicale (analogue LHRH) dans 8 cas et chirurgicale dans 3 cas. Ward *et al.* [12] rapportent 78% de traitement complémentaire (hormonothérapie) pour des

cancers localement avancés. La décision du type de traitement de rattrapage doit être prise en fonction des paramètres pathologiques habituels (statut ganglionnaire, marges, score de Gleason, stade pT) ainsi que des paramètres biologiques postopératoires que sont le taux immédiat postopératoire du PSA et sa vélocité. Une forte vélocité du PSA et des caractéristiques pathologiques défavorables orientent plutôt vers une maladie métastatique et une prise en charge systémique de la maladie résiduelle [13].

La durée moyenne de la survie globale était de 20,8 mois avec une médiane de 15 mois. Le taux de survie globale cumulée à 1 an, 3 et 4 ans était estimé respectivement à 71,7%, 40,7 et 20,3%. Cette survie globale était très inférieure à celle rapportée dans les séries occidentales. Li *et al.* [14] rapportent un taux de survie de 41% à 5 ans après prostatectomie radicale. La durée moyenne de survie sans récurrence biochimique était de 17,3 mois avec une médiane de 11 mois. Le taux de survie sans récurrence (SSR) biochimique cumulé était de 66,7% et 33% respectivement à 12 et 24 mois. Roehl *et al.* [15] rapporte un taux de SSR de 73% et 15% respectivement pour les cancers localisés et les cancers localement avancés après un suivi de 10 ans. Delongchamps [8] rapporte également dans sa série une SSR biochimique de 48% à 5 ans pour des cancers localement avancés. Cette différence serait essentiellement due au fait que nos patients avaient pour la plupart des cancers avancés. En cas de récurrence biologique, l'évolution se fait inexorablement vers la progression avec une histoire naturelle évoluant en deux phases: une première phase asymptomatique de huit ans en moyenne jusqu'à l'apparition des métastases, puis une seconde de cinq ans avant le décès [9]. Si le PSA reste indétectable, pendant sept à dix ans en postopératoire, il n'y a plus de risque de récurrence et la guérison est affirmée [9].

D'après Roehl *et al.* [15], la valeur du PSA préopératoire, le stade tumoral, le score de Gleason et les résultats histologiques de la pièce opératoire seraient des facteurs prédictifs de récurrence biologique. En effet Ritch *et al.* [16] rapportent que

la population afro-américaine est plus susceptible de développer une récurrence biochimique après prostatectomie radicale démontrant le caractère agressif du cancer chez le sujet de race noire. Ces données réconfortent l'idée du dépistage précoce individuel en identifiant les facteurs de risque (âge, origine ethnique africaine) et l'estimation de l'espérance de vie.

Cependant la prostatectomie radicale reste une méthode de choix efficace dans la prise en charge des cancers de la prostate localisés à haut risque D'Amico ou localement avancés. En effet, d'après Vickers *et al.* [17] la prostatectomie radicale apporte un bénéfice avec une diminution du risque relatif de décès par cancer estimé entre 0 et 25% en fonction de l'âge, du score de Gleason et du stade clinique. Les marges de résection étaient positives chez sept (7) patients, soit un taux de 11,6%. Quatre patients (cancers à haut risque) avaient un envahissement ganglionnaire soit un taux de 6,6% tandis que Xylinas *et al.* [18] rapportent un taux de 17 à 31% d'envahissement ganglionnaire. D'après Salomon *et al.* [19], le taux de marges chirurgicales positives (MCP) était de 32,5%, 18,5% et 26,4% respectivement pour les voies rétropubienne, périnéale et laparoscopique. Chez tous nos patients opérés, l'abord était par voie rétropubienne. En effet dans cette voie d'abord, du fait d'une dissection difficile, l'apex est le premier site de MCP [19]. D'après Soloway et Wieder [20] la positivité des marges chirurgicales après prostatectomie radicale est une situation complexe dont la fréquence varie de moins de 10% à plus de 40% selon le stade pathologique et les opérateurs. En revanche, les options thérapeutiques plausibles devant des MCP peuvent varier de la surveillance, la radiothérapie et/ou l'hormonothérapie adjuvante lorsque la récurrence biologique et la progression de la maladie sont évidentes [20].

Conclusion

La prostatectomie radicale est réalisée à un taux encore faible dans notre pratique du fait du retard diagnostique contrairement aux séries occidentales où cette intervention est réalisée de manière

courante. Les résultats sont corrélés aux paramètres clinico-pathologiques. Du fait de la prépondérance de formes avancées du cancer, elle est une option thérapeutique convenable pour nos patients. Ces données réconfortent l'idée du dépistage précoce individuel pour une meilleure prise en charge du cancer de la prostate et l'amélioration de la survie spécifique liée au cancer de prostate.

Etat des connaissances sur le sujet

- *Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme et la deuxième cause de décès par cancer;*
- *La prostatectomie radicale est l'un des traitements de référence du cancer de la prostate localisé qui offre le plus de garantie en terme de contrôle carcinologique;*
- *La Prostatectomie radicale est le seul traitement ayant montré une amélioration en survie globale et survie spécifique dans le traitement du cancer de prostate localisé.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *Ces données réconfortent l'idée du dépistage précoce individuel en identifiant les facteurs de risque (âge, origine ethnique africaine) et l'estimation de l'espérance de vie;*
- *La prostatectomie radicale reste une méthode de choix efficace dans la prise en charge des cancers de la prostate localisés à haut risque D'Amico ou localement avancés.*

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableau et figures

Tableau 1: répartition des patients selon le stade tumoral

Figure 1: courbe de survie globale après prostatectomie radicale

Figure 2: survie sans récurrence après prostatectomie radicale

Références

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65: 5-29. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Salomon L, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, Hen-nequin C *et al.* Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU: cancer de la prostate. *Prog Urol.* 2013;(Suppl. 2) S69-S102. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Carver BS, Bianco Jr FJ, Scardino PT, Eastham JA. Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer. *J Urol.* 2006; 176: 564-8. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Hsu CY, Joniau S, Oyen R, Roskams T, Van Poppel H. Outcome of surgery for clinical unilateral T3a prostate cancer: a single-institution experience. *Eur Urol.* 2007; 51: 121-8. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Axel Heidenreich, David Pfister, Daniel Porres. Cytoreductive radical prostatectomy in patients with prostate cancer and low volume skeletal metastases: results of a feasibility and case-control study. *The Journ of Urol.* March 2015; 193: 3; 832-838. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Walsh PC. Anatomic radical retropubic prostatectomy. In: Walsh PC, Retik AB, Vaugh ED Jr, Wein AJ, editors. *Campbell's Urology.* Philadelphia, PA: Saunders. 2002; 8th ed(4). 3107-3129. **Google Scholar**
7. McNeal JE. Normal histology of the prostate. *Am J Surg Pathol.* 1988; 12: 619-33. **PubMed** | **Google Scholar**

8. Delongchamps NB, Peyromaurea M, Kpatchaa F, Beuvonb F, Legrand G, Zerbib M. Cancer de la prostate de stade pT3N0 traité par prostatectomie radicale en monothérapie: résultats carcinologiques et facteurs prédictifs de récurrence. *Prog Urol.* 2012; 22: 100-105. **PubMed | Google Scholar**
9. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, Chan DW, Pearson JD, Walsh PC. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA.* 1999; 281: 1591-7. **PubMed | Google Scholar**
10. Freedland SJ, Sutter ME, Dorey F, Aronson WJ. Defining the ideal cutpoint for determining PSA recurrence after radical prostatectomy: prostate-specific antigen. *Urology.* 2003; 61: 365-9. **PubMed | Google Scholar**
11. Molina Escudero R, Herranz-Amo F, Paez-Borda A, Hernandez Fernandez C. Predictive postoperative model for biochemical recurrence in patients with localized prostate cancer treated with radical prostatectomy as monotherapy. *Arch Esp Urol.* 2014 Apr;67(3): 259-67. **PubMed | Google Scholar**
12. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstrahl E, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int.* 2005 Apr;95(6): 751-6. **PubMed | Google Scholar**
13. Godoy G, Tareen BU, Lepor H. Does benign prostatic tissue contribute to measurable PSA levels after radical prostatectomy? *Urology.* 2009; 74: 167-70. **Google Scholar**
14. Li Am, He C, Wood DP, Arbor A. Predictors of overall cancer-specific and disease-free survival after prostatectomy in men with high grade cancer. *April 2011; 185(4): Suppl: p e65-e66.* **Google Scholar**
15. Roehl KA, Han RC, Antenor JA, Catalona WJ. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3478 consecutive patients: long-term results. *September 2004, 172: 3; 910-914.* **Google Scholar**
16. Ritch CR, Morrison BF, Hruby G, Coard KC, Mayhew R, Aiken W *et al.* Pathological outcome and biochemical recurrence-free survival after radical prostatectomy in African-American, Afro-Caribbean (Jamaican) and Caucasian-American men: An international comparison. *BJU Int.* 2013; 111(4 Pt B): E186-90. **PubMed | Google Scholar**
17. Vickers A, Bennette C, Steineck G, Adami HO, Johansson JE, Bill-Axelsson A, Palmgren J, Garmo H, Holmberg L. Individualized estimation of the benefit of radical prostatectomy from the Scandinavian Prostate Cancer Group randomized trial. *Eur Urol.* 2012 Aug; 62(2): 204-9. **PubMed | Google Scholar**
18. Xylinas E, Misraï V, Compérat E, Rennard-Pennat R, Vaessen C. Résultats carcinologiques et fonctionnels de la prostatectomie totale dans les cancers de la prostate T3. *Prog Urol.* 2009; 19: 285-90. **PubMed | Google Scholar**
19. Salomon L, Levrel O, De La Taille A, Hoznek A, Chopin D, Abbou C. Localisation des marges d'exérèse positives après prostatectomie radicale par voie rétropubienne, périnéale et laparoscopique. *Prog Urol.* 2002; 12: 628-34. **PubMed | Google Scholar**
20. Wieder JA, Soloway MS. Incidence, etiology, location, prevention and treatment of positive surgical margins after radical prostatectomy for prostate cancer. *The journal of urology.* 1998; 160: 299-315. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: répartition des patients selon le stade tumoral		
Stade tumoral	Nombre de patients	Pourcentage %
Risque faible	3	5
Risque intermédiaire	14	23,3
Risque élevé	21	35
Localement avancés	22	36,6

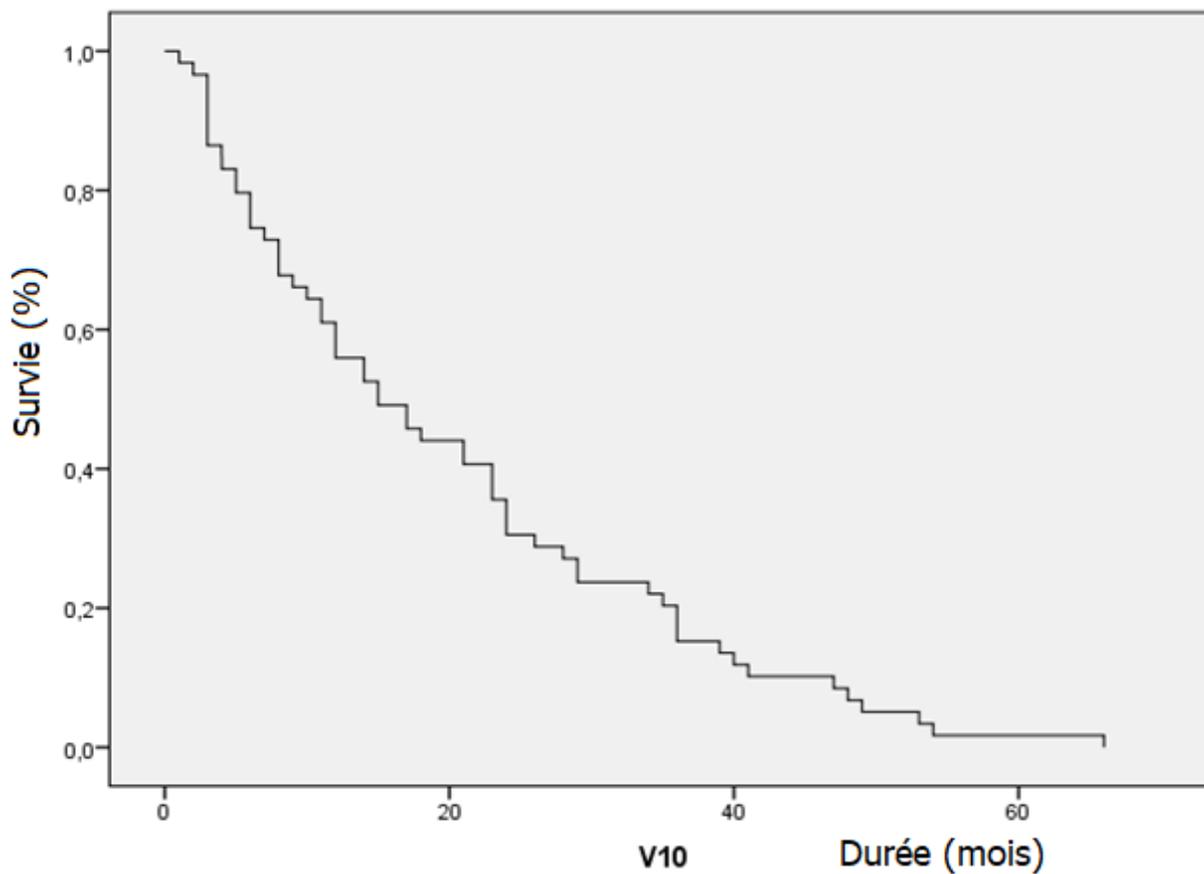


Figure 1: courbe de survie globale après prostatectomie radicale

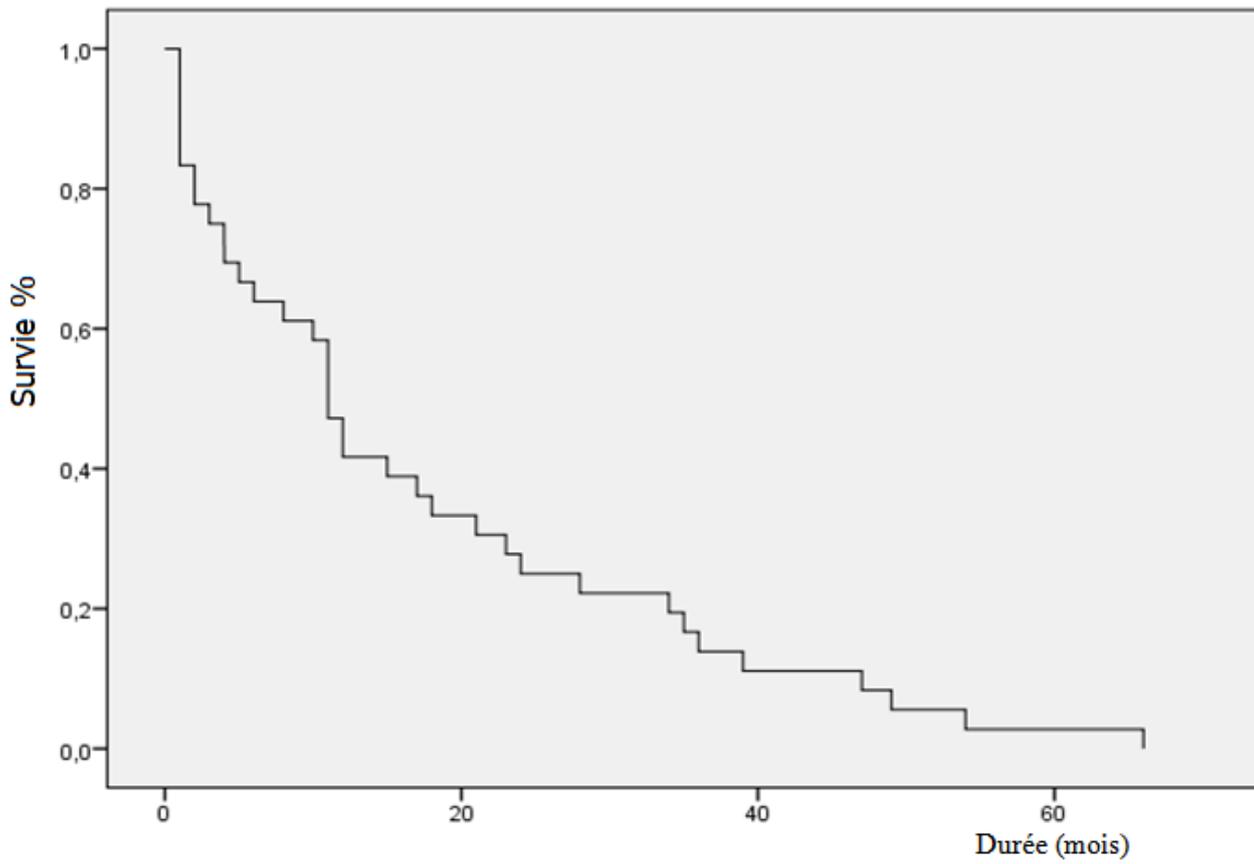


Figure 2: survie sans récurrence après prostatectomie radicale