

CAISSE NATIONALE

# CANCER DE LA PROSTATE

Etat des pratiques en 2003 et 2004

Résultats de l'étude

## **GROUPE DE PILOTAGE**

Mme le Pr. BLUM-BOISGARD - Médecin conseil national

Mme DESCHAUME - Responsable département Gestion Du Risque

## **EXPERTS**

M. le Dr DAVIN - Responsable du comité de cancérologie de l'Association française d'urologie

M. le Pr. SOULIE - CHU Rangueil, Toulouse

M. le Dr. MONGIAT-ARTUS - Hôpital Saint Louis, AP- HP

M. le Dr. F. de BELS - Pharmacien - ANAES

## **GROUPE DE PROJET**

M. le Dr THOMAS - Médecin conseil régional, Caisse maladie régionale de Bretagne

Mme le Dr DEMATONS - Médecin conseil chef de service - Service médical national

Mr le Dr CLAUDAUD - Médecin conseil, Caisse maladie régionale de Provence

M. le Dr LUNAUD - Médecin conseil, Caisse maladie régionale de Bourgogne

M. le Dr VAPPEREAU - Médecin conseil, Caisse maladie régionale du Rhône

## SOMMAIRE

---

	Pages
RESUME	5
I- INTRODUCTION	6
II- OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
III- METHODOLOGIE	9
IV - RESULTATS	14
IV-1. Description de la population d'étude	14
IV-1.1. Inclusion	16
IV-1.2. Statut professionnel	16
IV-1.3. Age	16
IV-1.4. Antécédents	17
IV-1.5. Dosages des PSA antérieurs à la découverte	18
IV-2. Circonstances de découverte	19
IV-3. Modalités du diagnostic	20
IV-3.1. Biopsie	20
IV-3.2. Résection trans-urétrale	23
V-4. Histologie	24
V-4.1. Informations accompagnant la demande d'examen histologique	24
V-4.2. Eléments figurant sur le compte-rendu histologique	25
V-4.3. Score de Gleason	27
V-5. Bilan d'extension	28
V-6. Stadification TNM	29
V-7. Dosages des PSA	31
V-8. Co-morbidités	31
V-9. Modalités de la décision thérapeutique	32

V-10. Traitements	33
V-10.1. Prostatectomie radicale	34
V-10.2. Radiothérapie curative	35
V-10.3. Hormonothérapie	36
V-10.4. Distribution des traitements principaux selon le stade et l'espérance de de vie.	36
V-10.5. Influence des facteurs associés sur le choix thérapeutique	39
V-10.6. Autres traitements	40
V-11. Cancer et traitement par inhibiteur de l'alpha 5 testostérone réductase	40
V-12. Eléments du suivi	40
VI-DISCUSSION	42
VII-CONCLUSIONS	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	48

## RESUME

---

### Objectifs

Devant la progression importante des exonérations du ticket modérateur pour cancer prostatique et des remboursements de dosages d'antigène spécifique de prostate sur les dernières années, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes a souhaité étudier l'état des pratiques en matière de prise en charge de cette pathologie chez ses ressortissants ainsi que son évolution en comparant les résultats de ce travail avec ceux de l'étude AFU-FRANCIM de 1995.

### Méthodologie

Une population de 717 assurés ayant bénéficié de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée pour cancer prostatique au cours du dernier trimestre 2003 a été sélectionnée.

Les médecins conseils ont recueilli les informations médicales utiles auprès des urologues traitants à partir des dossiers médicaux de leurs patients.

### Résultats

La médiane de découverte du cancer est de 71 ans *vs* 74 dans l'étude AFU-FRANCIM. L'âge moyen du groupe professionnel des professions libérales est plus bas que celui des commerçants et des artisans. Les patients sont asymptomatiques dans 63,74% des cas lors de la découverte alors qu'ils étaient 73% en 1995. L'évolution locale ou à distance révèle la tumeur dans 19,62% des cas.

Le PSA médian est de 11ng/ml.

Les prélèvements histologiques sont issus de biopsies dans 88% des cas et celles-ci sont effectuées à 71,18% en secteur privé. Les recommandations professionnelles sur les modalités de préparation des biopsies sont globalement bien respectées. Le nombre de carottes prélevées est variable, seuls 34,49% des patients ont le nombre recommandé de 6 ou 10 carottes.

Les comptes-rendus histologiques des biopsies sont bien documentés à 83%. Le score de Gleason est égal ou supérieur à 7 pour 47% des patients.

Le stade « T » de la stadification TNM est retrouvé au dossier pour 66,81% des cas seulement. Les tumeurs localisées (TI et TII) représentent 69,52% des cas *vs* 60,10% dans l'étude AFU-FRANCIM et ces stades sont plus fréquents en secteur privé.

Près de la moitié des décisions thérapeutiques sont prises de manière pluri-disciplinaire.

Les traitements à visée curative sont plus fréquents que dans l'étude AFU-FRANCIM. La prostatectomie radicale isolée ou associée à la radiothérapie et/ou l'hormonothérapie est réalisée chez 34,45% des patients dont 22,49% des malades ayant 70 ans ou plus. La voie coelioscopique est employée dans 26,33% et chez des patients plus jeunes.

Les patients ayant une espérance de vie inférieure à 10 ans ont cependant bénéficié dans 3,13% des cas d'une prostatectomie. Pour les stades T1-T2, avec cette même espérance de vie pour laquelle l'abstention-surveillance est à privilégier, 71,29% des malades reçoivent une radiothérapie et/ou une hormonothérapie.

### Conclusions

On constate, parallèlement à l'augmentation des dosages de PSA, une évolution des modalités de découverte du cancer prostatique - malades plus jeunes et tumeurs plus localisées - ainsi que de la thérapeutique, plus souvent à visée curative.

## I- INTRODUCTION

---

En 2000, le cancer de la prostate représentait la localisation maligne la plus fréquente chez l'homme de plus de 50 ans avec plus de 40 000 nouveaux cas estimés.

Il était la seconde cause de mortalité par cancer chez l'homme avec 10 000 décès et la 4<sup>ème</sup> cause par cancer dans l'ensemble de la population.

Son incidence a augmenté régulièrement, en raison de l'allongement de la durée de vie, de l'utilisation des dosages d'antigène spécifique de prostate (PSA) et également par la découverte de tumeurs au décours d'une intervention pour adénome prostatique.

Entre 1995 et 2004, le cancer de la prostate a fait l'objet de plusieurs recommandations sur son dépistage et sa prise en charge.

Concernant le dépistage par dosage des PSA, il semble exister un décalage entre les recommandations de l'ANAES (1998), renouvelées en 2001 par un groupe d'experts, rappelées par la Commission d'orientation sur le cancer en 2003 et la pratique.

En effet, si le dépistage de masse organisé du cancer de la prostate n'était alors pas recommandé par l'ANAES du fait d'une insuffisance de preuve de son bénéfice sur la mortalité et la qualité de vie, le dépistage individuel a très fortement augmenté.

L'Association Française d'Urologie (AFU) s'est prononcée en 2002 pour un dépistage par dosage de PSA chez les hommes à partir de 50 ans.

Des études américaines et européennes sur l'intérêt du dépistage précoce sur la mortalité sont en cours.

Le Régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) à travers les exonérations de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) pour cancer de la prostate et les remboursements de dosages de PSA constate les évolutions décrites ci-dessus.

Les nouvelles mises en ALD pour cancer de la prostate ont connu une progression de 9% entre 2000 et 2001 et de 13,4% entre 2001 et 2002 ou 3275 nouvelles ALD étaient enregistrées, soit 4,5 pour 1000 hommes de plus de 50 ans bénéficiaires du Régime.

La tendance se confirme, puisqu'en 2003 on notait 3458 nouvelles ALD avec un "stock" de 16 338 bénéficiaires reconnus en ALD pour cette pathologie. Le cancer de la prostate représente 1 ALD sur 5 parmi le groupe des tumeurs malignes, tous sexe et âge confondus.

Le nombre de dosages de PSA remboursés a subi une évolution de plus de 46% entre 2000 et 2002 avec notamment une progression de 148% pour le dosage de PSA "libre", la prise en charge de ce dosage étant réservée au diagnostic différentiel entre cancer de la prostate et hypertrophie bénigne de la prostate (annexe 1).

Ces constatations ont amené la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) à inscrire dans son plan de gestion du risque une étude sur l'état des pratiques de la prise en charge du cancer de la prostate chez les bénéficiaires du Régime. Elle a souhaité le faire en relation avec l'AFU qui regroupe la grande majorité des urologues et qui avait en 1995 réalisé un travail (6) sur ce thème à partir de 4 registres du cancer.

## II- OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

L'objectif de l'étude était double :

- d'une part établir un état des pratiques en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge médico-chirurgicale du cancer de la prostate chez les bénéficiaires du Régime France entière et rechercher d'éventuelles disparités entre pratiques ainsi que des discordances entre celles-ci et les référentiels ;
- d'autre part, examiner l'évolution des pratiques depuis 1995 à partir des résultats de l'étude AFU-FRANCIM.

Les résultats ont vocation à être transmis aux autorités sanitaires compétentes et aux cliniciens afin d'élaborer, le cas échéant, des recommandations de bonne pratique et/ou d'inciter à la mise en œuvre d'amélioration des pratiques professionnelles.

## **III- METHODE**

---

La CNIL a donné un avis favorable (N° 1011648) aux modalités de traitement des données à caractère personnel nécessaires à l'étude.

L'exploitation des données informatiques du Régime, données médicales et données de remboursement des prestations, a permis une analyse descriptive des affections de longue durée pour cancer de la prostate et des remboursements de dosages de PSA - dont les résultats sont présentés au chapitre IV du présent document - ainsi que la constitution de la population d'étude.

Dans un second temps, les informations médicales ont été recueillies auprès des praticiens traitants ayant en charge la population d'étude.

### **III-1. Population d'étude**

#### **III-1.1. Critère d'inclusion**

- bénéficiaires pour lesquels une première mise en ALD pour cancer de la prostate a été prononcée par les services médicaux des caisses au cours du dernier trimestre 2003.

#### **III-1-2. Critères d'exclusion**

- date du diagnostic du cancer antérieure de plus de 6 mois à la date de décision de mise en ALD par les services médicaux, la date de diagnostic étant définie comme la date du compte-rendu anatomopathologique faisant pour la première fois mention du cancer.

Ce critère a été choisi afin de limiter l'observation des pratiques initiales à une période reserrée.

- co-existence d'un cancer de la vessie au moment du diagnostic, la prise en charge thérapeutique étant différente.
- récurrence ou complication d'un cancer prostatique "ancien".

### **III-2. Déroulement de l'étude**

Une lettre co-signée de Madame le Professeur BLUM-BOISGARD, Médecin conseil national AMPI, et de Monsieur le Docteur DAVIN, responsable du comité de cancérologie de l'AFU, a été adressée préalablement au déclenchement de l'étude à l'ensemble des spécialistes en urologie connus de l'AFU. Elle les informait des objectifs et modalités de ce travail, et leur demandait de bien vouloir accueillir les médecins conseils et mettre à leur disposition les dossiers médicaux des malades.

### **III-2.1. Travail préparatoire**

Des requêtes informatiques ont été mises à disposition des services médicaux de chaque région, permettant l'extraction via le système d'exploitation des données du Régime AMPI, OCAP<sup>\*</sup>, des éléments utiles à l'étude.

Une première requête, sélectionnant les premières mise en ALD30 avec un code CIM10<sup>†</sup> "C61", "Tumeur maligne de la prostate", avec une date de décision du service médical comprise entre le 01/10/2003 et le 31/12/2003 fournissait la liste des bénéficiaires constituant la population "source".

Une seconde requête présentait pour chaque bénéficiaire de cette population certaines catégories de prestations remboursées dans les 24 mois précédant la mise en ALD :

- les actes réalisés par les médecins des spécialités suivantes :
  - omnipraticien
  - anesthésie
  - chirurgie
  - électroradiologie
  - médecine interne
  - urologie
  - néphrologie
  - chirurgie viscérale
  - médecine nucléaire
  - oncologie médicale
  - radiothérapie
  
- notamment les actes de :
  - consultations
  - chirurgie
  - radiologie
  - radiothérapie
  - anatomopathologie
  
- notamment les médicaments prescrits :
  - antiandrogènes cytostatiques
  - analogues cytostatiques du facteur de libération des gonadotrophines
  - cyprotérone
  - finastéride

Etait également produite une fiche pour chaque bénéficiaire, pré-renseignée des coordonnées de la personne, de son âge, de sa catégorie professionnelle (artisan, commerçant ou profession libérale), et de la date de mise en ALD.

---

\* Observatoire des Caisses d'Assurance maladie des Professions Indépendantes

† Classification Internationale des Maladies 10ème version

Le document support de la mise en ALD (Protocole d'examen spécial) était sorti des archives.

Les critères d'inclusion dans la population d'étude étaient alors appliqués, sachant que pour certains dossiers, la décision pouvait être remise en cause lors du recueil des éléments médicaux auprès du professionnel de santé.

Le médecin conseil, au vu de l'ensemble des documents et informations réunis, devait déterminer le spécialiste ayant pris en charge le patient en priorisant l'urologue qui disposait a priori du maximum des renseignements recherchés.

Pour les personnes ayant été prises en charge hors de la circonscription géographique de la caisse, le dossier était transmis au service médical de la caisse compétente puis retourné à la caisse expéditrice après le recueil.

### **III-2.2. Recueil des informations médicales**

Le médecin conseil contactait l'urologue pour convenir d'une date de rendez-vous à son cabinet ou en établissement afin de prendre connaissance du dossier médical et de compléter un questionnaire.

Ce questionnaire (annexe 2) était organisé en 4 parties. Certains items étaient préalablement renseignés à partir des dossiers conservés par les services médicaux ou des données informatiques des prestations remboursées.

#### **III-2.2.1. Circonstances de découverte et antécédents du patient**

On recherchait :

- si la pathologie avait été révélée :  
dans un cadre de « dépistage », c'est à dire lors d'un examen réalisé à titre systématique (toucher rectal, PSA), sans signe d'appel urinaire ou autre ;  
ou « hors dépistage », lorsqu'un état symptomatique était à l'origine de la découverte ;
- les résultats du toucher rectal et d'un dosage des PSA éventuels ainsi que la spécialité du "découvreur" ;
- la notion d'un dosage de PSA dans les 18 mois précédant la découverte (à partir de la base de données "prestations" du Régime) ;
- les antécédents personnels d'intervention sur la prostate, d'infection prostatique ou d'autres cancers que prostatiques;
- les antécédents familiaux de cancer prostatique et de cancer du sein ;

- les antécédents de traitement par inhibiteur de l'alpha-5-testostérone réductase au cours des 12 mois précédant la découverte du cancer.

### III-2.2.2. Modalités du diagnostic

On recherchait :

- la nature de la pièce histologique ayant fait le diagnostic du cancer : biopsie, résection trans-urétrale, adénomectomie ou autre ;
- la spécialité de l'opérateur ainsi que l'environnement de l'acte : ambulatoire ou hospitalisation secteur public ou privé ;
- les modalités de préparation pour la biopsie (antiobioprophylaxie, préparation rectale, antalgie, anesthésie) et de sa réalisation (échoguidage, nombre de carottes) ;
- les éléments devant figurer sur le compte-rendu anatomopathologique : (4)
  - pour les prélèvements biopsiques : données cliniques et taux de PSA communiqués par l'urologue, nombre de fragments, repérage de ceux-ci, leur longueur, la longueur du cancer par fragment, les grades et score de Gleason, l'indication de la présence ou de l'absence de PIN<sup>‡</sup> de haut grade, tissu capsulaire, tissu péri-prostatique, engainement péri-nerveux ;
  - pour les prélèvements de résection trans-urétrale de prostate (RTUP) : données cliniques et dosages de PSA communiqués par l'urologue, le nombre total de copeaux , le nombre de copeaux envahis, les grades et score de Gleason, le type histologique du cancer, l'indication de la présence ou de l'absence d'une extension extra-prostatique, de PIN, d'envahissement périnerveux, d'invasion micro-capsulaire.

### III-2.2.3. Bilan pré-thérapeutique

On recherchait des examens ou actes réalisés avant la prise de décision thérapeutique, ainsi que certains éléments d'information :

- échographie, scintigraphie osseuse, tomодensitométrie, IRM<sup>§</sup>, curage ganglionnaire pelvien, débitmétrie ;
- dosages de PSA ;
- codification TNM ;

---

<sup>‡</sup> Pronostic Intraépithelial ou dysplasie intra canalaire de haut grade.

<sup>§</sup> Imagerie par Résonance Magnétique

- mention de co-morbidités.

#### III-2.2.4. Thérapeutiques mises en œuvre et évolution.

On recherchait :

- les modalités de la prise de décision thérapeutique : unité de concertation pluridisciplinaire oncologique (UCPO), pluridisciplinaire non formalisée, mono-disciplinaire ou autre ;
- les traitements retenus :
  - chirurgie, en précisant la technique et la voie d'abord, le pTNM\* ;
  - radiothérapie et son type ;
  - hormonothérapie, son type et les médicaments utilisés ;
  - chimiothérapie et médicaments utilisés ;
  - autres traitements : ultrasons focalisés, neutronthérapie ;
  - abstention surveillance.
- les modalités du suivi et les thérapeutiques décidées en seconde intention ;
- le décès éventuel, sa cause et le délai entre la date du diagnostic et le décès.

#### III-3. Analyse statistique

LES TESTS STATISTIQUES ONT ETE REALISES SUR LE LOGICIEL « STATVIEW ».

Ont été utilisés : le test du KHI2, l'analyse de la variance et la régression logistique.

---

\* TNM établi à partir des constatations histologiques

## IV- RESULTATS

### IV-1. Description de la population d'étude

#### IV-1.1. Inclusion

Durant le 4ème trimestre 2003, les services médicaux des CMR ont accordé l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée pour cancer prostatique à 894 bénéficiaires.

Après application des critères d'inclusion 755 cas sont retenus. Les non réponses ou refus de certains professionnels de participer à l'étude ramènent cette population à 717 cas soit 80,2% de la population initiale de 894 bénéficiaires.

Tableau 1 : Nombre de bénéficiaires par CMR

CMR	Nb d'ALD cancer prostatique	Dossiers inclus	% d'inclusion
01- ALPES	33	25	75,76
03- ALSACE	8	4	50,00
05- AQUITAINE	39	36	92,31
07- AUVERGNE	40	30	75,00
09- BOURGOGNE	38	29	76,32
11- BRETAGNE	69	64	92,75
13- CENTRE	31	26	83,87
15- CHAMPAGNE ARDENNES	19	18	94,74
17- COTE D'AZUR	31	24	77,42
19- FRANCHE COMTE	17	17	100
21- LANGUEDOC ROUSSILLON	37	26	70,27
23- LIMOUSIN	23	21	91,30
25- LORRAINE	21	16	76,19
27- MIDI PYRENEES	30	24	80,00
29- BASSE NORMANDIE	29	20	68,97
31- HAUTE NORMANDIE	26	22	84,62
33- NORD	27	24	88,89
35- PAS DE CALAIS	11	10	90,91
37- PAYS DE LOIRE	65	53	81,54
39- PICARDIE	30	26	86,67
41- POITOU CHARENTE	39	32	82,05
43- PROVENCE	26	20	76,92
45- RHONE	48	40	83,33
47-50-55- PARIS ART. COM. BATELLERIE	53	37	69,81
53- PROF. LIBERALES ILE DE FRANCE	31	19	61,29
54- PROF. LIBERALES PROVINCE	58	43	74,14
57- CORSE	5	4	80
58- ANTILLES GUYANE	9	6	66,67
59- REUNION	1	1	100
Total	894	717	80,20

La non inclusion et les non réponses ou refus des professionnels concernent 177 dossiers soit 19,8%.

Des « erreurs » concernent 9 dossiers : erreur de bénéficiaire, de codage ALD...

Tableau 2 – Motif de non inclusion par CMR

CMR	Motif de non inclusion				Refus médecin
	cancer ancien	délai >6 mois	cancer vessie	erreur	
01- ALPES	-	-	-	1	7
03- ALSACE	1	2	-	1	-
05- AQUITAINE	-	3	-	-	-
07- AUVERGNE	1	9	-	-	-
09- BOURGOGNE	1	3	1	2	2
11- BRETAGNE	-	3	-	-	2
13- CENTRE	1	3	-	-	1
15- CHAMPAGNE ARDENNES	1	-	-	-	-
17- COTE D'AZUR	1	3	-	2	1
19- FRANCHE COMTE	-	-	-	-	-
21- LANGUEDOC ROUSSILLON	3	8	-	-	-
23- LIMOUSIN	-	2	-	-	-
25- LORRAINE	-	4	1	-	-
27- MIDI PYRENEES	2	1	1	-	2
29- BASSE NORMANDIE	3	3	-	-	3
31- HAUTE NORMANDIE	1	1	-	-	2
33- NORD	2	-	-	-	1
35- PAS DE CALAIS	1	-	-	-	-
37- PAYS DE LOIRE	8	3	1	-	-
39- PICARDIE	1	1	-	-	2
41- POITOU CHARENTE	-	6	1	-	-
43- PROVENCE	3	1	1	-	1
45- RHONE	1	6	1	-	-
47-50-55- PARIS ART. COM. BATELL.	9	1	1	-	5
53- PROF. LIBERALES ILE DE FRANCE	2	6	-	2	2
54- PROF. LIBERALES PROVINCE	1	7	-	1	6
57- CORSE	-	-	1	-	-
58- ANTILLES GUYANE	1	1	-	-	1
59- REUNION	-	-	-	-	-
Total	44	77	9	9	38
(%)	24,86	43,50	5,08	5,08	21,47

UNE ETUDE DE LA CMR DE PROVENCE AVAIT DEMONTRE QUE LA CONNAISSANCE DES CANCERS PROSTATIQUES A TRAVERS LES ALD ETAIT CORRELEE AUX DONNEES DU PMSI EN POPULATION GENERALE POUR CETTE PATHOLOGIE. ON PEUT DONC ESTIMER SE RAPPROCHER DE L'EXHAUSTIVITE DES NOUVEAUX CAS SUR LA PERIODE CONSIDEREE.

#### IV-1.2. Statut professionnel

Tableau 3 : Distribution selon le statut professionnel

	N	%
<b>Artisan</b>	<b>343</b>	<b>47,84</b>
<b>Commerçant</b>	<b>312</b>	<b>43,51</b>
<b>Profession libérale</b>	<b>62</b>	<b>8,65</b>
	<b>717</b>	<b>100</b>

#### IV-1.3. Age

L'âge moyen des patients inclus est de 70,29 ans avec une médiane de 71 ans.  
L'âge minimum est de 42 ans, le maximum de 99 ans.

Les moins de 65 ans représentent 27,20% de la population et 9 malades soit 1,26% ont moins de 50 ans.

Tableau 4 : Distribution par âge

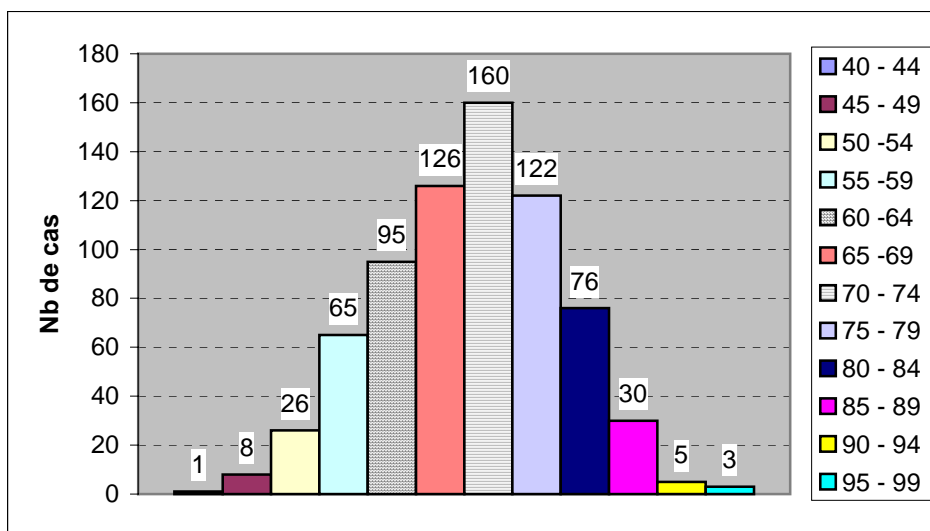


Tableau 5 : Age selon le statut professionnel

	Age moyen
<b>Artisan</b>	<b>69,88</b>
<b>Commerçant</b>	<b>71,18</b>
<b>Profession libérale</b>	<b>68,11</b>

Il existe une différence statistiquement significative pour les âges moyens selon le statut professionnel ( $p = 0,0319$ ). Les professions libérales sont plus jeunes de 21 mois par rapport aux artisans et de 3 ans par rapport aux commerçants.

Les Caisses Maladies Régionales (CMR) ont été regroupées par « grandes régions » géographiques\*\*.

On ne retrouve pas de différence significative pour l'âge selon les grandes régions.

#### V-1.4. Antécédents

##### V-1.4.1. Antécédents urologiques hors cancer

On retrouve des antécédents urologiques dans 12,98% des cas.

Il s'agit dans 9,21% des cas d'antécédents chirurgicaux de RTUP ou d'adénomectomie, et dans 4,32% des cas d'infection prostatique .

**Tableau 6 : Antécédents urologiques hors cancers**

	N	%
Pas d'antécédent urologique	624	87,02
Résection trans-urétrale de prostate (RTUP)	37	5,16
Infection prostatique	27	3,77
Adénomectomie	23	3,21
RTUP + infection prostatique	3	0,84
RTUP + Adénomectomie	2	
RTUP + infection prostatique + Adénomectomie	1	
Total	717	100

Les patients ayant des antécédents de RTUP ou d'adénomectomie sont plus âgés que ceux n'ayant pas d'antécédents : 75,33 ans vs 69,61 (p<0,0001).

##### IV-1.4.2. Antécédents personnels de cancer

Ils ont été recherchés dans le dossier médical du praticien et également à partir des informations détenues par les services médicaux.

Des antécédents personnels de cancer sont retrouvés dans 5,44% des cas (N=39).

Les localisations aux voies urinaires sont représentées par 5 cancers du rein et 2 cancers de la vessie.

*Tableau 7 : Antécédents personnels de cancer*

Codes CIM10	Chapitre de la CIM10	N
C15 à C26	<b>Organes digestifs</b>	10
C64 à C68	Voies urinaires	7
C43 à C44	Peau	6
C30 à C39	Organes respiratoires et intra-thoraciques	5
C81 à C96	Tissus lymphoïdes et hématopoïétiques	5

\*\* Voir annexe V.

C00 à C26	Lèvre, cavité buccale et pharynx	4
C72 à C75	Thyroïde et autres glandes endocrines	2
Total		39

#### IV-1.4.3. Antécédents familiaux de cancer

Les antécédents familiaux de cancers de la prostate augmentent le risque d'apparition d'une tumeur prostatique dans la fratrie, d'autant que le nombre de parents atteints est plus important et les cancers découverts avant 65 ans (10).

Une relation entre cancer du sein et de la prostate a également été mise en évidence (8).

Ces éléments ont été recherchés uniquement à partir du dossier médical lors du recueil.

Des antécédents familiaux de cancer prostatique et de cancer du sein existent dans, respectivement, 6,14% (N=40) et 0,98% des cas (N=7).

#### IV-1.5. Dosages de PSA antérieurs à la découverte

Le remboursement de dosages de PSA a été recherché dans les données de liquidation des prestations dans une période comprise entre 18 mois et 6 mois avant la découverte du cancer.

Ces dosages ont donc *a priori* été réalisés dans un but de dépistage.

Un, ou des dosages de PSA ont été remboursés dans cette période chez 369 personnes soit 51,46% des cas de cancer inclus.

La comparaison de l'âge moyen des hommes ayant eu des PSA dosés dans cette période et ceux n'en ayant pas eu ne montre pas de différence statistiquement significative.

## IV-2. Circonstances de découverte

- La découverte de la pathologie est réalisée dans un cadre de « dépistage », c'est à dire sans signe d'appel, dans 63,74% des cas (N=457).

Les patients symptomatiques représentent 36,26% des cas (N=260). Pour 19,62 % des malades le signe d'appel est lié à une évolution locale ou à distance de la maladie.

*Tableau 8 : Détail des signes d'appel*

Symptomatologie	Nombre de cas	%
Signe d'appel urinaire d'hypertrophie prostatique	201	77,31
Localisation maligne secondaire	25	9,62
Complication par progression locale	20	7,69
Evolution locale et à distance	6	2,31
Inconnu	8	3,08
	Total	260
		100

- L'âge moyen des malades est de 68 ans lorsque le cancer est découvert en « dépistage » et 74 ans « hors dépistage ». La différence est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).
- On ne retrouve pas de différence statistiquement significative pour le dépistage selon le statut professionnel ni selon les grandes régions.
- En « dépistage », la notion de la réalisation d'un toucher rectal est retrouvée dans 74,40% des cas (N=340).

Il est évocateur du cancer chez 61,76% (N=210) des patients ayant bénéficié de l'examen.

Les PSA ont été dosés dans la quasi totalité des cas (98,91%), et étaient élevés pour 98,89% d'entre eux.

- Les patients ayant des antécédents de RTUP ou d'adénomectomie prostatique ont leur pathologie cancéreuse moins souvent découverte en « dépistage » ( $p = 0,0004$ ).
- Le découvreur de la pathologie (le médecin ayant suspecté la possibilité d'un cancer prostatique, soit à la suite d'un « dépistage », soit devant un état symptomatique) est majoritairement un omnipraticien.

Tableau 9 : Spécialité du découvreur (sur 717 items exploitables)

Spécialité	N	%
Omnipraticien	432	60,25
Urologie	258	35,98
Chirurgie	11	1,53
Pathologie cardio-vasculaire	2	1,68
Pneumologie	2	
Rhumatologie	2	
Gastro-entérologie	2	
Radiologie	1	
Dermato-vénérologie	1	
Médecine interne	1	
Oncologie médicale	1	
Inconnu	4	0,56
<b>Total</b>	<b>717</b>	<b>100</b>

### IV-3. Modalités du diagnostic

- Le diagnostic histologique est fait essentiellement à partir de prélèvements biopsiques.

Tableau 10 : Modalités du diagnostic histologique

Modalités	N	%
<b>Biopsie</b>	<b>628</b>	<b>87,59</b>
<b>RTUP</b>	<b>65</b>	<b>9,06</b>
<b>Sur prélèvement ganglionnaire</b>	<b>2</b>	<b>0,28</b>
<b>Pas d'histologie</b>	<b>22</b>	<b>3,07</b>
<b>Total</b>	<b>717</b>	<b>100</b>

- Il existe une différence statistiquement significative pour l'âge entre les modalités de diagnostic « biopsie », 69 ans, et « RTUP », 77 ans, ( $p < 0,0001$ ).
- Le mode de diagnostic ne diffère pas selon les grandes régions.

#### IV-3.1. Biopsie

##### IV-3.1.1. Spécialité de l'opérateur

Tableau 11 : Spécialité de l'opérateur

Spécialité	N	%
<b>Urologie</b>	<b>585</b>	<b>93,15</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>26</b>	<b>4,14</b>
<b>Radiodiagnostic et imagerie médicale</b>	<b>16</b>	<b>2,55</b>
<b>Inconnue</b>	<b>1</b>	<b>0,16</b>
<b>Total</b>	<b>628</b>	<b>100</b>

#### IV-3.1.2. Environnement de l'acte

**Tableau 12 : Réalisation ambulatoire ou en hospitalisation**

	N	%
Ambulatoire	508	80,89
Hospitalisation	110	17,52
Inconnue	10	1,59
Total	628	100

Par « ambulatoire » on entend des actes réalisés chez des patients entrant et sortant le jour même de l'établissement (ou du cabinet).

**Tableau 13 : Réalisation en secteur privé ou public**

Secteur	N	%
Privé	447	71,18
Public	177	28,18
Inconnu	4	0,64
Total	628	100

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour l'âge entre ambulatoire/hospitalisation, ni entre secteurs.

#### IV-3.1.3. Préparation de la biopsie

- Antibioprophylaxie (611 items exploitables)

Elle est réalisée dans 92,68% des biopsies (N=582).

Une fluoroquinolone est utilisée seule ou en association dans 92,09% des cas.

**Tableau 45 : Antibiotiques utilisés**

	N	%
<b>Fluoroquinolones</b>	<b>512</b>	<b>87,97</b>
<b>Fluoroquinolones + Autres</b>	<b>24</b>	<b>4,12</b>
<b>Autres</b>	<b>29</b>	<b>4,98</b>
<b>Inconnu</b>	<b>17</b>	<b>2,92</b>
<b>Total</b>	<b>582</b>	<b>100</b>

- Préparation rectale

Elle est effectuée dans 78,62% des cas (2,87% inconnus).

- Antalgie per os (608 items exploitables)

Elle est donnée dans 8,28% des cas (N=52 et 20 inconnus).

**Tableau 15 : Niveau des antalgiques utilisés**

Niveau	N	%
1	34	65,38
2	10	19,23
3	1	1,92
Inconnu	7	13,46
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

- Anesthésie

Une anesthésie est réalisée dans 75,32% des biopsies (N=473).

**Tableau 16 : Type d'anesthésie**

Type d'anesthésie	N	%
Locale	288	59,38
Générale	118	24,33
Neuroleptanalgie	54	11,13
Rachi ou périurale	6	1,24
Inconnu	7	3,92
Total	473	100

Concernant les biopsies sous anesthésie générale :

- l'âge moyen des patients ne diffère pas de celui des autres patients, il n'y a pas de différence entre les secteurs de prise en charge ni entre les modalités de décision.
- les prélèvements comportent plus de carottes : 11,5 en moyenne *vs* 9,65 (p<0,0001).
- les anesthésies générales sont plus souvent réalisées en hospitalisation et les anesthésies locales en ambulatoire (p<0,0001).

**Tableau 17 : Biopsie - Environnement de l'anesthésie**

Anesthésie	Ambulatoire		Hospitalisation		Total
Locale	261	70,92	27	27,55	288
Générale	64	17,39	54	55,10	118
Neuroleptanalgie	41	11,14	13	13,27	54
Rachi ou périurale	2	0,54	4	4,08	5
<b>Total</b>	<b>368</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>	<b>466</b>

- Echoguidage

Les biopsies sont écho-guidées dans 90,92% des cas (16 items inconnus).

#### IV-3.1.3. Nombre de carottes

Le nombre moyen de carottes prélevées est de 9,58. Médiane à 10. Minimum : 1 et maximum 35.

Les biopsies de 6 ou 10 carottes représentent 34,49% du total.

*Tableau 18 : Distribution du nombre de carottes (sur 606 items exploitables)*

Nb de carottes par biopsie	Nb de cas	%
1 à 5	39	6,44
6	111	18,32
7 à 9	120	19,80
10	98	16,17
11 à 15	211	34,82
16 à 20	22	3,63
21 à 24	4	0,66
35	1	0,17
	606	100

#### IV-3.2. Résection trans-urétrale

##### IV-3.2.1. Spécialité de l'opérateur

*Tableau 19 : RTUP - Spécialité de l'opérateur*

	N	%
Urologie	58	89,23
Chirurgie	7	10,77
Total	65	100

##### IV-3.2.2. Secteur de réalisation

*Tableau 20 : RTUP - Réalisation en secteur privé ou public*

Secteur	N	%
Privé	52	80
Public	13	20
Total	65	100

La différence d'âge du patient entre les 2 secteurs n'est pas significative.

## IV-4. Histologie

### **V-4.1. Informations accompagnant la demande d'examen histologique**

Il est recommandé que des données complémentaires soient transmises à l'anatomo-pathologiste avec la demande d'examen (4-10).

Les résultats du toucher rectal et le taux de PSA pour les RTUP et les biopsies ainsi que, pour ces dernières, le rang (réalisations antérieures) ont été recherchées.

Le recueil se faisant à partir des dossiers médicaux de l'urologue, la recherche de la mention de ces données n'a pas été faite sur la demande d'examen mais sur le compte-rendu histologique où l'anatomopathologiste est susceptible de les faire figurer s'il en a connaissance.

Les comptes-rendus des RTUP sont plus souvent vierges d'informations complémentaires que ceux des biopsies ( $p < 0,0001$ ).

Les résultats des PSA sont présents sur 50,79% des comptes-rendus des biopsies et des RTUP, ceux du TR sur 37,17%.

**Tableau 21 : Données complémentaires**

	Biopsie		RTUP		Biopsie+ RTUP	
	N	%	N	%	N	%
<b>Absent</b>	213	33,92	50	76,92	263	50,19
<b>Taux des PSA</b>	121	19,27	8	12,31	129	24,62
<b>TR + PSA</b>	109	17,36	3	4,62	112	21,37
<b>Rang + PSA + TR</b>	73	11,62				
<b>Rang de la biopsie</b>	56	8,92				
<b>Rang + PSA</b>	38	6,05				
<b>Résultat du TR</b>	16	2,55	4	6,15	20	3,82
<b>Rang + TR</b>	2	0,32				
<b>Total</b>	<b>628</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>524</b>	<b>100,00</b>

#### IV-4.2. Éléments figurant sur le compte-rendu histologique

Les recommandations préconisent que l'anatomopathologiste fasse figurer sur son compte-rendu certaines informations participant à l'évaluation du pronostic évolutif de la maladie (4-10).

La mention de ces éléments est détaillée dans les tableaux suivants.

##### IV-4.2.1. Compte-rendu histologique de la biopsie

Tableau 22 : *Compte-rendu de la biopsie*

	Données figurant sur N comptes-rendus	% de comptes-rendus (sur 628 biopsies)
Nombre total de fragments	570	90,76
Nombre de fragments envahis	529	84,24
Repérage ou numérotation des fragments	447	71,18
Longueur des fragments	454	72,29
Longueur du cancer par fragment	428	68,15
Grade de Gleason	606	96,50
Score de Gleason	621	98,89
Dysplasies intra-canalaires de haut grade	171	27,23
Tissu capsulaire	376	59,87
Tissu péri-prostatique	290	46,18
Engainements péri-nerveux	341	54,30

Si l'on ne tient pas compte des quatre derniers éléments du tableau ci-dessus (PIN, tissu capsulaire et péri-prostatique, engainements nerveux) dont l'absence sur le prélèvement n'est pas forcément précisée, 83,14% de l'ensemble des informations attendues pour les 628 comptes-rendus histologiques de biopsie sont présents.

Ce pourcentage tombe à 65,62% si on retient la non indication des constatations histologiques négatives.

Le nombre moyen de fragments envahis est de 4,34. Médiane à 4.

Tableau 23 : *Compte-rendu de la biopsie - Détails*

	Notés présents	Notés absents	Pas de mention	Part des notés présents sur 628 biopsies (%)
Dysplasies intra-canalaires de haut grade	72	99	457	11,46
Tissu capsulaire	249	127	252	39,65
Tissu péri-prostatique	169	121	338	26,91
Engainements péri-nerveux	195	146	287	31,05

#### IV-4.2.2. Compte-rendu histologique de la RTUP

Tableau 24 : Compte-rendu de la RTUP

	Données figurant sur N comptes-rendus	% de comptes-rendus (sur 65 RTUP)
Nombre de copeaux	29	44,62
Nombre de copeaux envahis	37	56,92
Grade de Gleason	63	96,92
Score de Gleason	64	98,46
Type histologique du cancer	65	100
Extension-extra-prostatique	18	27,69
Dysplasies intra-canalaires de haut grade	14	21,54
Envahissement péri-nerveux	19	26,23
Invasion micro-capsulaire	17	26,15

Selon le même raisonnement que pour les biopsies, on retrouve respectivement 79,38% et 55,73% des informations attendues pour les 65 comptes-rendus de RTUP.

Tableau 25 : Compte-rendu de la RTUP - Détails

	Notés présents	Notés absents	Pas de mention	Par des notés présents sur 65 RTUP
Extension-extra-prostatique	8	10	18	12,31
Dysplasies intra-canalaires de haut grade	5	9	14	7,69
Envahissement péri-nerveux	8	11	46	12,31
Invasion micro-capsulaire	7	10	48	10,77

Les comptes-rendus histologiques des biopsies sont plus renseignés que ceux des RTUP ( $p < 0,0001$ ).

#### IV-4.3. Score de Gleason (annexe 4)

La médiane du score est de 6 pour les prélèvements biopsiques et de 7 pour les RTUP.

Les scores égaux ou supérieurs à 7 sont retrouvés dans 47,02% des prélèvements biopsiques et 53,13% des RTUP.

Ils représentent 47,04% de tous les prélèvements.

*Tableau 26 : Score de Gleason*

Score	Biopsie		RTUP		Biopsie + RTUP	
	N	% du score	N	% du score	N	% du score
2	2	0,32	0	0,00	2	0,29
3	4	0,64	0	0,00	4	0,58
4	19	3,03	4	6,15	23	3,32
5	57	9,08	10	15,38	67	9,67
6	247	39,33	16	24,62	263	37,95
7	202	32,17	13	20,00	215	31,02
8	67	10,67	10	15,38	77	11,11
9	23	3,66	9	13,85	32	4,62
10	0	0,00	2	3,08	2	0,29
Indéterminé	7	1,11	1	1,54	8	1,15
	628	100	65	100	693	100

Pour les prélèvements biopsiques, on note que le score de Gleason augmente avec l'âge ( $p = 0,0002$ ) et que les sujets ayant un score élevé étaient moins souvent en situation de « dépistage » lors de la découverte de la maladie.

*Tableau 27 : Score de Gleason par tranche d'âge (%)*

Score	< 60 ans (N=98)	60 à 69 (N=214)	70 à 79 (N=276)	80 ans (N=97)	N total
≤ 6	54,08	60,75	51,81	34,02	359
≥ 7	45,92	39,25	48,19	65,98	326
					685

Le score de Gleason est plus souvent égal ou supérieur à 7 chez les plus de 70 ans ( $p=0,0002$ ).

## IV-5. Bilan d'extension

Les patients n'ayant pas eu d'examen complémentaire sont plus âgés ( $p=0,0001$ ).

Le score de Gleason n'influence pas la réalisation ou non des examens mais il est plus élevé lorsque les examens sont anormaux ( $p<0,0001$ ).

Tableau 28 : Distribution des examens complémentaires

Type d'examen	Nb d'examens réalisés	Part du total des examens (%)	Part des malades en ayant bénéficié (1 indéterminé) (%)
Scintigraphie osseuse	460	34,95	64,16
TDM <sup>††</sup> abdominale ou pelvienne	360	27,36	50,21
Echographie abdominale	261	19,83	36,40
Lymphadénomectomie	80	6,08	11,16
IRM <sup>‡‡</sup>	78	5,93	10,88
Débitmétrie	55	4,18	7,67
Autres	22	1,67	3,07
Total	1316	100	100

Tableau 29 : Types d'examens complémentaires « autres »

	N
Cystoscopie	5
UIV <sup>§§</sup>	4
TDM (thoracique, cérébral, lombaire)	4
Radiographie du bassin	4
Radiographie pulmonaire	4
IRM endorectale	1
Total	22

Tableau 30 : Résultats des examens complémentaires

Type d'examen	Nb d'examens réalisés	Nb d'examens anormaux	Part des examens anormaux par type d'examen (%)
IRM	78	37	47,44
Débitmétrie	55	25	45,45
Echographie abdominale	261	79	30,27
Autres	37	10	27,03
TDM abdominale ou pelvienne	360	57	15,83
Scintigraphie osseuse	460	64	13,91
Lymphadénomectomie	80	11	13,75
	1316	283	

<sup>††</sup> Tomodensitométrie

<sup>‡‡</sup> Imagerie par Résonance Magnétique

<sup>§§</sup> Urographie Intra-Veineuse

## IV-6. Stadification TNM

Le stade « T » est présent dans 479 cas, soit 66,81% des dossiers.

Tableau 31 : Tumeur primitive - Détail de la stadification

Stade « T »	Nb	%		Nb	%
I	34	7,11	I	105	21,93
I a	4	0,84			
I b	5	1,05			
I c	62	12,97			
II	136	28,45	II	233	48,64
II a	43	9,00			
II b	54	11,30			
III	104	21,76	III	126	26,30
III a	19	3,97			
III b	3	0,42			
IV	15	3,14	IV	15	3,13
Total	479	100		479	100

Le stade « N » est noté 214 fois (44,68%) en complément du stade « T » : dans 91,59% des cas « 0 » et dans 18 cas (8,41%) « + ».

Le stade « M » est noté 157 fois (32,78%) en complément du stade « T ». Il est positif pour 21 cas (13,38%).

Tableau 32 : Métastases à distance

Stade « M »	Nb	%
0 ou X	136	86,63
I	15	9,55
Ib	5	3,18
Ic	1	0,64
Total	157	100

Tableau 33 : Regroupement de la stadification : cancer localisé, localement évolué et métastatique

	N	%
T1 ou T2	333	69,52
T3 ou T4	116	24,22
N+ ou/et M+	30	6,26
Total	479	100

Tableau 34 : Stadification TNM par tranche d'âge (%)

	< 60 ans (N=100)	60 à 69 (N=221)	70 à 79 (N=282)	80 ans (N=114)	N total
T1	19,00	38,00	39,00	8,00	104
T2	40,00	85,00	85,00	19,00	229
T3 ou T4	14,00	43,00	41,00	18,00	116
N+ ou M+	3,00	6,00	11,00	10,00	30
Manquants	24,00	22,17	37,59	51,75	238

Il y a plus de T1 et de T2 avant 70 ans ( $p < 0,0001$ ).

On constate des différences statistiquement significatives dans les cas suivants :

- L'âge moyen des malades pour lesquels le « T » ne figure pas au dossier est supérieur à celui de ceux pour lesquels il est noté (73 ans contre 68,9 ans,  $p < 0,0001$ ) ;
- Les stades T1 et T2 ont plus souvent bénéficié d'un dosage de PSA dans les 6 à 18 mois précédant la découverte du cancer ( $p = 0,0005$ ) ;
- La découverte du cancer pour les stades T1-T2 est plus souvent réalisée dans un cadre « dépistage » ( $p < 0,0001$ ) ;
- Le nombre de carottes par biopsie diminue avec le stade ( $p = 0,0028$ ) ;
- Le stade est plus souvent absent pour les RTUP ( $p < 0,0001$ ) ;
- Le score de Gleason augmente avec le stade, que le prélèvement soit d'origine biopsique ou de RTUP ( $p < 0,0001$ ) ;
- le stade est plus souvent absent du dossier lorsqu'il n'y a pas eu d'examen complémentaire pratiqué ( $p < 0,0001$ ) ;
- Il y a plus de stades T1-T2 en secteur privé et plus de stades T3-T4 ou N+ M+ en secteur public ( $p = 0,0133$ ) ;

On ne retrouve pas de différence significative pour le stade selon les grandes régions.

## IV-7. Dosages de PSA figurant dans le dossier médical

Tableau 35 : Nombre de dosages réalisés

	N	Part des inclus
PSA total	691	96,37
Index PSA ***	230	32,08

La moyenne des résultats des dosages du PSA total est de 42,42 ng/ml. La médiane de 11. La moyenne de l'index PSA est de 10,52. La médiane de 10.

Des valeurs extrêmes sont présentes, le maximum du PSA total étant supérieur à 1000 ng/ml. Si on ne conserve que les PSA inférieurs à 100 ng/ml, (N = 646 PSA total et 224 index) les médianes du PSA total et de l'index sont de 10.

Il existe une différence statistiquement significative pour les valeurs moyennes de PSA total chez les « dépistés » : 24 ng/ml et les « non dépistés » : 75 ng/ml ( $p < 0,0001$ ).

## IV-8. Co-morbidités

La présence de co-morbidités ayant un impact sur l'espérance de vie à 10 ans est un facteur de la décision thérapeutique.

Une co-morbidité est définie comme « une maladie symptomatique de façon importante, équilibrée ou non par le traitement ».

Elles étaient recherchées à la fois dans le dossier médical et dans le système informationnel des services médicaux.

Une co-morbidité est notée 280 fois (39,05%) au dossier médical du médecin traitant.

La comparaison des données de co-morbidités, sur l'ensemble des cas, entre dossiers du praticien traitant et dossiers des services médicaux des caisses, montre que pour 7,81% des patients une co-morbidité connue des services médicaux n'est pas signalée dans le dossier du malade. A l'inverse, pour 13,77% des personnes la donnée est inconnue des services médicaux.

---

\*\*\* PSA libre / PSA total

#### IV-9. Modalités de la décision thérapeutique

Tableau 36 : Décision thérapeutique

	N	%
Mono-disciplinaire	334	46,58
Pluri-disciplinaire	183	25,52
UCPO <sup>†††</sup>	174	24,27
Décision du malade (non conforme à l'avis du praticien)	20	2,79
Essai thérapeutique	1	0,14
Indéterminée	5	0,70
Total	717	100

On constate que :

- les dossiers vus en « UCPO » ou en pluri-disciplinaire, comportent plus souvent le stade TNM ( $p < 0,0001$ ) ;
- les modalités de décision ne diffèrent pas avec le stade ni avec le score de Gleason ;
- les décisions mono-disciplinaires concernent des patients plus âgés ( $p < 0,0001$ ) ;
- les modalités de décision ne diffèrent pas entre le secteur public et le secteur privé ;
- les modalités diffèrent entre grandes régions ( $p = 0,0002$ ).

Tableau 37 : Modalités décisionnelles par « grandes régions »

	DOM		Ile de F		N-E		N-O		S-E		S-O	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mono dis.	5	83,3	19	29,2	91	59,9	71	38,2	86	47,5	62	51,2
Pluri-dis.	1	16,7	22	33,8	25	16,4	51	27,4	60	33,1	24	19,8
UCPO	0	0,0	23	35,4	32	21,1	56	30,1	30	16,6	33	27,3
Patient	0	0,0	1	1,5	4	2,6	8	4,3	5	2,8	2	1,7
Total	6	100,0	65	100,0	152	100,0	186	100,0	181	100,0	121	100,0

<sup>†††</sup> Unité de Concertation Pluridisciplinaire oncologique

## IV-10. Traitements

Tableau 38 : Traitements principaux

Traitement principal	Traitement principal		Détail		
	N	%		N	Part / inclus (%)
Prostatectomie radicale (PR)	247	34,45	PR	215	29,99
			+ RT	12	1,67
			+ HT	15	2,09
			+ RT + HT	5	0,70
Radiothérapie (RT)	203	28,31	RT	83	11,58
			+ HT	120	16,74
Hormonothérapie (HT)	211	29,43			
Abstention thérapeutique	41	5,72			
Autres	15	2,09			
	717	100			

Il y a plus de prostatectomies radicales avant 70 ans et plus d'hormonothérapies après ( $p < 0,0001$ ).

Le pourcentage de prostatectomies réalisées après 70 ans est de 22,49% .

Tableau 39 : Distribution des traitements par tranche d'âge (%)

	< 60 ans (N=100)	60 à 69 (N=221)	70 à 79 (N=282)	80 ans (N=114)
PR	62,00	48,87	15,25	1,75
PR+RT	0,00	3,17	1,77	0,00
PR+HT	3,00	2,26	2,13	0,88
PR+RT+HT	1,00	0,90	0,71	0,00
RT	3,00	12,22	18,44	0,88
RT+HT	14,00	17,19	21,99	5,26
HT	8,00	11,31	31,91	77,19
Abstention	3,00	3,17	6,03	12,28
Autres	6,00	0,90	1,77	1,75

Tableau 40 : Distribution des traitements par dosage antérieur ou non des PSA

		PT		RT		HT	
		N	%	N	%	N	%
PSA avant découverte (N=717)	Oui	153	21,34	97	13,53	88	12,27
	Non	94	13,11	106	14,78	123	17,15

Les patients qui ont bénéficié de dosages de PSA dans les 6 à 18 mois ayant précédé la découverte du cancer ont plus souvent une prostatectomie ( $p < 0,0001$ ) et ont moins d'hormonothérapie ( $p = 0,0007$ ).

#### IV-10.1. Prostatectomie radicale

Un curage ganglionnaire est associé à 55,87% des prostatectomies (N=138) soit 19,25% des inclus.

Tableau 41 : Prostatectomie - Technique (sur 236 items exploitables)

	N	%
A ciel ouvert	171	69,23
Coelioscopie	65	26,32
Inconnue	11	4,45
Total	247	100

Pour les prostatectomies à ciel ouvert, la voie rétro-pubienne est quasi-exclusive avec 94,74% des cas (N=162) vs 5,26% pour la voie périnéale (N=9).

Les patients bénéficiant d'une prostatectomie par coelioscopie sont plus jeunes : 62,31 ans vs 64,75 (p=0,015).

Les patients présentant une co-morbidité bénéficient moins souvent de la chirurgie (p<0,0001).

On ne met pas en évidence de différence pour le stade, ni pour le score de Gleason, ni pour le taux de PSA (< 10ng ou ≥ 10ng) selon la technique utilisée.

Il n'y a pas non plus de différence selon le secteur de réalisation, privé ou public.

Le recueil des données concernant la conservation des nerfs érecteurs lors de la prostatectomie ainsi que la notion de transfusion sanguine et le pTNM n'a été effectué qu'en cours d'étude expliquant le faible nombre d'items exploitables.

Tableau 42 : Prostatectomie - Conservation des nerfs érecteurs

	N	%
Conservés	48	46,60
Non conservés	55	53,40
Total	103	100

Tableau 43 : Transfusion sanguine

	N	%
Transfusion	17	16,04
Pas de transfusion	89	83,96
Total	106	100

Tableau 44 : pTNM - Stadification « T » (annexe 3)

	N	%
I	7	7,69
II	51	56,05
III	33	36,26
Total	91	100

Le stade « N » est noté 89 fois (97,80%) en complément du stade « T » : 88 fois « 0 » ou « X » et dans cas 1 cas « + ».

Le stade « M » est noté 88 fois (96,70%) en complément du stade « T », dans tous les cas « 0 » ou « X ».

Tableau 45 : Regroupement des stadifications : cancer localisé, localement évolué et métastatique.

	N	%
pT1 ou pT2	58	63,73
pT3 ou pT4	32	35,16
N+ ou/et M+	1	1,1
Total	91	100

Sur les 91 dossiers où figure le pT, 76 ont également une stadification « T ».

La comparaison des 2 stadifications montre que 30 fois (39,47%) le « pT » majore le stade « T » et le minore dans 1 cas.

Tableau 46 : Comparaison stadification « T » et « pT »

Stadification « T »	Stadification « pT »		
	I	II	III
I	6	10	7
II	1	32	13
III	0	0	7

#### IV-10.2. Radiothérapie curative

Une radiothérapie curative a été mise en œuvre chez 220 malades soit 30,68% des inclus.

Tableau 46 : Radiothérapie curative

	N	%
Radio. conformationnelle	126	57,27
Radio. externe	81	36,82
Radio. Externe + conformationnelle	5	2,27
CurieThérapie	8	3,64
Total	220	100

I

### V-10.3. Hormonothérapie

Elle est employée chez 349 malades soit 49,68%.

Tableau 47 : Hormonothérapie

	N	%
Isolée <sup>†††</sup>	184	52,72
Concomitante et adjuvante	105	30,09
Néo-adjuvante <sup>§§§</sup>	58	16,62
Concomitante et néo-adjuvante	2	0,57
Total	349	100

Tableau 48 : Molécules utilisées (330 items exploitables)

	N	%
Analogues de la LHRH + Anti-androgènes non stéroïdiens	153	46,36
Analogues de la LHRH	95	28,79
Anti-androgènes non stéroïdiens	45	13,64
Cyprotérone	19	5,76
Analogues LHRH + Cyprotérone	12	3,64
Analogues LHRH + Cyprotérone + Anti-andro. non sté.	3	0,91
Estrogènes + Analogues LHRH + Cyprotérone	3	0,91
Total	330	100

### IV-10.4. Distribution des traitements principaux selon les stades et l'espérance de vie

La décision thérapeutique s'appuie sur des facteurs pronostiques liés, d'une part à la tumeur - stade TNM, score de Gleason, taux de PSA pré-thérapeutique - et d'autre part à l'espérance de vie du patient.

Celle-ci est estimée à partir des tables d'espérance de vie en population générale et selon l'existence ou non de co-morbidités chez le patient, susceptible de réduire à moins de 10 ans son espérance de vie.

En pratique, une thérapeutique à visée curative est proposée lorsque l'espérance de vie est supérieure à 10 ans.

Dans cette étude, une co-morbidité a été définie comme « une maladie symptomatique de façon importante, équilibrée ou non par le traitement » et son impact estimée grâce à l'index of *coexistent disease* (10).

Les patients ont été partagés en 3 groupes en fonction du stade TNM :

- Stades T1 ou T2 (NO MO);
- Stade T3 (NO, MO) ;

<sup>†††</sup> Sans autre traitement

<sup>§§§</sup> Avant un autre traitement

- Stade T4 ou/et N+ ou et M+

Devant le nombre important de stades TNM non mentionnés aux dossiers, un 5ème groupe « Stades manquants » est constitué.

Chacun des groupes a été divisé en 2 sous-groupes selon que l'espérance de vie (EDV) est inférieure ou supérieure à 10 ans en appliquant les critères ci dessus :

- EDV  $\geq$  10 ans : âge inférieur à 75 ans et absence de co-morbidité ;
- EDV < 10 ans : âge supérieur à 75 ans, ou âge supérieur à 70 ans et co-morbidité.

Devant la multiplicité des critères de choix et des possibilités thérapeutiques, les comparaisons aux recommandations des SOR(10) sont limitées. L'analyse ne tient pas compte du score de Gleason et du taux de PSA, qui n'ont pas été individualisés (annexeVIII) dans les tableaux suivants, ni du pTNM.

L'analyse porte sur 703 cas.

Pour l'ensemble des patients ayant une espérance de vie (EDV) inférieure à 10 ans, quel que soit le stade, on constate que 22 prostatectomies radicales ont été réalisées (3,13%) alors que les SOR préconisent de n'instituer une thérapeutique à visée curative que lorsque l'EDV est égale ou supérieure à 10 ans.

Les stades T1-T2 avec une EDV inférieure à 10 ans regroupent à eux seuls 18 prostatectomies. Radiothérapie et hormonothérapie sont également très présentes.

Les patients T1-T2 ayant une EDV égale ou supérieure à 10 ans bénéficient à 81,5% d'un traitement à visée curative.

Tableau 49 : Stades T1-T2

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		$\geq$ 10 ans		N	%
	N	%	N	%		
Abstention	9	8,91	5	2,17	14	4,23
PR	18	17,82	142	61,74	160	48,34
RT	44	43,56	66	28,70	110	33,23
HT	28	27,72	13	5,65	41	12,39
Autres	2	1,98	4	1,74	6	1,81
Total	101	100,00	230	100,00	331	100,00

Il n'y a pas de standards recommandés dans les stades T3 pour les traitements à visée curative.

Tableau 50 : Stade T3

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans		N	%
	N	%	N	%		
Abstention	1	2,33	0	0,00	1	0,92
PR	2	4,65	30	45,45	32	29,36
RT	17	39,53	25	37,88	42	38,53
HT	22	51,16	11	16,67	33	30,28
Autres	1	2,33	0	0,00	1	0,92
Total	43	100,00	66	100,00	109	100,00

Pour les stades T4 et N+, M+, l'hormonothérapie est privilégiée, comme recommandé.

Tableau 51 : Stades T4, N+, M+

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans		N	%
	N	%	N	%		
Abstention	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PR	0	0,00	1	5,26	1	2,70
RT	0	0,00	2	10,53	2	5,41
HT	18	100,00	16	84,21	34	91,89
Autres	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	18	100,00	19	100,00	37	100,00

Tableau 52 : Stades TNM manquants

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans		N	%
	N	%	N	%		
Abstention	12	9,68	9	8,82	21	9,29
PR	2	1,61	49	48,04	51	22,57
RT	23	18,55	24	23,53	47	20,80
HT	84	67,74	15	14,71	99	43,81
Autres	3	2,42	5	4,90	8	3,54
Total	124	100,00	102	100,00	226	100,00

#### IV-10.5. Influence des facteurs associés sur le choix thérapeutique

L'influence des facteurs associés sur le choix thérapeutique est étudiée par une régression logistique. L' Odd Ratio (OR) est à « 1 » pour la valeur de référence et sa signification statistique donnée par la valeur du « p ».

Exemple : le stade T1 étant pris en référence et les autres stades lui étant comparés, le stade N+M+ multiplie par 0,117 (ou divise par 1/0,117=8,55) les chances d'être traité par chirurgie et multiplie par 76,25 les chances de bénéficier d'une hormonothérapie.

On constate notamment que la présence d'une co-morbidité diminue les chances de recourir à la prostatectomie par 2 et multiplie celles du recours à la radiothérapie par 2 également.

D'une manière générale, les facteurs associés influencent les choix thérapeutiques dans le sens des recommandations, le score de Gleason ne semblant avoir de poids que pour la prostatectomie.

Tableau 53 : Influence des facteurs associés sur le choix thérapeutique

	Prostatectomie		Radiothérapie		Hormonoth.		Abstention	
	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR
Stades T1		1		1		1		1
Stades T2	0,5381	1,192	0,5281	1,191	0,4468	1,423	<b>0,0182</b>	<b>0,224</b>
Stades T3 ou T4	0,2703	0,672	0,5093	1,25	<b>0,02</b>	<b>3,172</b>	0,062	0,109
Stades N+M+	<b>0,0485</b>	<b>0,117</b>	<b>0,0127</b>	<b>0,069</b>	<b>&lt;,0001</b>	<b>76,25</b>	0,9721	2,44 <sup>E-06</sup>
Co-morb. absente		1		1		1		1
Co-morb. présente	<b>0,0022</b>	<b>0,489</b>	<b>0,0025</b>	<b>1,93</b>	0,8461	0,943	0,7726	1,191
Age <60 ans		1		1		1		1
Age 60 à 69 ans	0,1204	0,607	0,0963	1,79	0,4011	1,683	0,8641	0,807
Age 70 à 79 ans	<b>&lt;,0001</b>	<b>0,147</b>	<b>0,0001</b>	<b>3,715</b>	<b>0,0101</b>	<b>4,542</b>	0,2788	3,387
Age > 80 ans	<b>&lt;,0001</b>	<b>0,03</b>	0,1166	0,405	<b>&lt;,0001</b>	<b>32,65</b>	<b>0,0035</b>	<b>34,009</b>
Gleason <7		1		1		1		1
Gleason ≥ 7	<b>0,0016</b>	<b>0,465</b>	0,0992	1,456	0,102	1,675	0,2204	0,414
PSA < 10 ng/ml		1		1		1		1
PSA ≥ 10 ng/ml	<b>0,0012</b>	<b>0,466</b>	0,1859	1,35	<b>0,0012</b>	<b>3,046</b>	0,0974	0,324

#### IV- 10.6. Autres traitements

Une RTUP est réalisée 27 fois et des ultrasons focalisés 7 fois (respectivement 3,77% et 0,98% des malades).

Une radiothérapie d'emblée palliative est retrouvée dans 2 cas.

La chimiothérapie concerne 5 malades (0,70%).

« Autres » comprend 4 cas perdus de vue.

#### IV-11. Cancer prostatique et inhibiteur de l'alpha-5-testostérone réductase

On sait que le finastéride entraîne une diminution des taux sériques de PSA même en présence d'un cancer prostatique. Après 6 mois de traitement, le taux de PSA se stabilise à environ 50% de la valeur avant traitement. Après ce délai de 6 mois, le taux de PSA mesuré doit être multiplié par 2 pour pouvoir être interprété par rapport aux valeurs de référence chez les hommes non traités (13).

Cette information a été recueillie par interrogation de la base de production du régime au cours des 12 mois précédant la découverte du cancer : 14% des sujets (N=40) ont été traités par finastéride, dont 65% de ceux-ci pendant plus de 6 mois.

Les patients sous finastéride sont plus âgés : 75 ans *vs* 70 ans ( $p=0,001$ ), leur score de Gleason plus élevé ( $p=0,0126$ ).

Ils ne sont pas plus suivis par des dosages de PSA antérieurs à la découverte du cancer.

L'analyse par stade de découverte n'a pu être menée du fait d'un trop grand nombre de données manquantes.

#### IV-12. Eléments du suivi

Les données suivantes ont été recueillies sur une période allant du traitement initial à la date de fin de recueil par les services médicaux, soit au 31/12/04.

##### IV-12.1. Examens réalisés dans les suites du traitement initial

Données recueillies à partir du dossier médical.

Tableau 54 : Examens réalisés

	N	Part des inclus concernés (%)
Dosage de PSA	626	87,31
Toucher rectal	486	67,78
Scintigraphie osseuse	41	5,72
Biopsies	29	4,04

L'association TR + PSA est retrouvée 433 fois soit 60,39% des inclus.

#### IV-11.2. Dosages de PSA réalisés depuis le début de la mise en oeuvre du traitement initial

Données recueillies à partir de la base de liquidation du régime.

Tableau 55 : Distribution du nombre de dosages par patient

Nombre de dosages sur la période	N	%
1	220	34,11
2	279	43,26
3	100	15,50
4	31	4,81
> 4	15	2,33
Total	645	100

#### IV-11.3. Décès

Dans la période entre la découverte de la maladie et la fin du recueil (31/12/04) 28 patients sont décédés, soit 3,93% sur 715 items exploitables.

Pour ces 28 cas, la moyenne de la survie après la découverte du cancer est de 6,68 mois et la médiane de 4 mois.

L'origine du décès est rattachée dans 52,38% des cas au cancer prostatique (sur 21 items exploitables).

#### IV-11.4. Traitements de seconde intention

Tableau 56 : Type de traitement de seconde intention (sur 712 items exploitables)

	N	Part des malades concernés
<b>Hormonothérapie</b>	<b>32</b>	<b>4,49 %</b>
Radiothérapie	20	2,81 %
Chirurgie	10	1,40 %
Chimiothérapie	9	1,26 %
Autres	7	0,98 %

## V- DISCUSSION

---

De 1995 à 2002, les référentiels sur le cancer prostatique se sont succédés et complétés. L'ANAES a publié en 1995 des recommandations sur le traitement du cancer localisé de la prostate, puis en 1997 sur le cancer prostatique non localisé, en 1999 sur le dépistage systématique par dosage de PSA, en 2001 à nouveau sur les traitements des cancers localisés. On peut ajouter en 2004 les recommandations sur l'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage.

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) en association avec l'AFU faisait paraître en 2001 des SOR (10) pour la prise en charge des patients atteints de cancers prostatiques non métastatiques.

En 2002, l'AFU élaborait ses propres recommandations, insistant notamment sur l'intérêt, selon elle, du dépistage précoce par dosages de PSA.

Au cours des 9 années qui séparent l'étude AFU-FRANCIM de 1995 et celle du Régime en 2003-2004, les pratiques ont donc eu l'occasion d'évoluer en s'appuyant sur ces référentiels.

1- L'étude a été globalement bien acceptée par les professionnels de santé, près de 79% des questionnaires ayant pu être remplis, le plus souvent directement à partir du dossier médical.

2- L'âge moyen de découverte du cancer est inférieur de près de 16 mois à celui de l'étude AFU-FRANCIM (AF) 70,29 *vs* 71,6.

Le différentiel avec la médiane de l'âge est plus important : 71 ans *vs* 74.

Une étude FRANCIM de 2000 donnait également une médiane à 74 ans.

Plus de 27% des diagnostics sont portés avant 65 ans et 33% à partir de 75 ans (*vs* 45% AF). Le cancer de la prostate reste rare avant 50 ans mais concerne 1,26% de notre population alors que les données de la littérature indiquent, pour l'année 2000, 0,3% de cancer avant cet âge.

Les assurés appartenant au groupe professionnel des professions libérales sont plus jeunes au moment de la découverte de la maladie. La différence est importante : de 21 mois avec les artisans, 36 mois avec les commerçants.

3- Le cancer est découvert le plus souvent chez des patients asymptomatiques (63,74%), suite à un dosage de PSA et/ou un toucher rectal suspect, réalisés de manière systématique. Ce mode de découverte est inversé par rapport à celui de l'étude AFU dans laquelle plus de 73% des patients étaient symptomatiques lors du diagnostic, indiquant la montée en puissance du « dépistage » dans les pratiques.

Ceci est confirmé par le fait que plus de 51% des patients ont eu un dosage de PSA dans une période comprise entre 6 mois et 18 mois avant la découverte du cancer (*vs* 33,6% AF), réalisé *a priori* dans un but de « dépistage ».

A l'opposé, 19,62% des malades ont été diagnostiqués à partir d'une évolution locale ou à distance de la maladie.

Le diagnostic suite à des examens systématiques concerne des patients plus jeunes (68 ans vs 74 ans), les PSA sont alors dosés quasi systématiquement mais le toucher rectal n'est retrouvé que dans 74,4% des cas.

Le PSA médian est de 11 ng/ml vs 18,2 pour l'étude AF.

Le taux moyen de PSA est inférieur lorsque le cancer est découvert dans un cadre dépistage (24ng/ml vs 75).

Ces chiffres sont supérieurs à la limite de 10ng/ml à partir de laquelle l'évolutivité du cancer est plus importante.

Si les omnipraticiens sont le plus souvent à l'origine de la suspicion de cancer, les urologues qui seront responsables de manière quasi exhaustive des modalités du diagnostic histologique, sont dans 36% des cas les premiers à faire la découverte de la maladie.

4- Les modalités de diagnostic sont très différentes entre les études AMPI et AFU-FRANCIM (6)

Si la biopsie est l'acte privilégié, il concerne près de 88% des patients en 2003 contre 63% en 1995. La RTUP suit une évolution inverse : 9% vs 31%, accompagnant la diminution du nombre de patients symptomatiques au moment de la découverte du cancer.

Comme pour l'étude AFU-FRANCIM (6), les patients bénéficiant d'une RTUP sont plus âgés.

Les biopsies sont le fait essentiellement des urologues ou des chirurgiens à compétence urologique et dans un petit nombre de cas de l'échographiste (2,55%).

Elles sont réalisées majoritairement en secteur privé (71,18%).

Dans 17,52% des cas l'acte est effectué en hospitalisation.

5- Les recommandations professionnelles sur la réalisation des biopsies sont bien suivies pour l'échoguidage (90,92%), l'antibioprophylaxie (92,38%) et la famille d'antibiotiques (fluoroquinolones 92%) utilisée.

La préparation rectale n'est faite que dans 78,62% des cas.

Une anesthésie est réalisée dans 75% des cas. Les recommandations(4) proposent, en cas de multiplication des biopsies, une anesthésie locale. Elle est générale dans près d'un quart des cas et rattachée à un nombre plus important de carottes dans notre population. Cependant, le nombre moyen de carottes sous anesthésie générale est très proche des recommandations : (11,5 pour 10 biopsies recommandées) et on ne peut donc parler de « multiplication » des biopsies.

Si l'on associe aux anesthésies générales la neuroleptanalgie, qui est en fait une « anesthésie générale », c'est plus de 36% des biopsies qui sont concernées.

Le nombre de carottes recommandé est d'au moins 6 et préférentiellement 10. On retrouve une médiane à 10, conforme à ces données. Cependant la distribution du nombre de prélèvements est étendue. Les patients ayant eu 6 ou 10 carottes ne représentent que 34,49% du total.

Les informations devant, selon les recommandations(4), être portées à la connaissance de l'anatomopathologiste par l'urologue n'ont pu être évaluées qu'indirectement, à la lecture des comptes-rendus histologiques sur lesquels elles sont susceptibles d'être retranscrites.

Cependant, on ne retrouve la notion de PSA que sur 51 % des comptes-rendus et celle du TR sur 37%.

6- Le nombre important de biopsies réalisées en hospitalisation, lié en partie à l'emploi de l'anesthésie générale, devrait faire l'objet d'un complément d'étude, notamment économique.

7- Les comptes-rendus histologiques sont bien documentés, ceux des biopsies davantage que ceux des RTUP (83% vs 79% des informations attendues).

8- Les grades de Gleason 4 ou 5 ont une valeur prédictive péjorative. Les scores égaux ou supérieurs à 7, composés d'un grade 4 ou 5, représentent 47% des prélèvements et se retrouvent plus souvent après 70 ans et chez les patients qui étaient symptomatiques au moment de la découverte du cancer.

Ces données n'ont pu être comparées avec l'étude AFU-FRANCIM qui ne mentionnait pas le score de Gleason.

9- La stadification TNM n'est pas systématiquement présente dans les dossiers médicaux.

Le stade « T » n'a pu être recueilli que pour 66,81% des patients, et parfois reconstitué par le praticien traitant lors du recueil. Il n'était pas demandé aux médecins conseils de déterminer eux-mêmes le stade à partir des éléments du dossier lorsqu'il était absent.

Les tumeurs localisées (Stades I et II) représentent 69,52% des cas versus 60,1 dans l'étude AFU-FRANCIM, les tumeurs localement évoluées (Stades III et IV) 24,22% vs 14% et un envahissement ganglionnaire et/ou métastatique est présent chez 6,26% des patients vs 17% pour l'étude AF.

Les stades T1-T2 ont plus souvent bénéficié de dosages de PSA antérieurs dans un cadre « dépistage » et le diagnostic plus souvent fait chez des patients asymptomatiques.

On a donc un déplacement du stade au moment de la découverte vers des cancers moins évolués.

Les stades T1-T2 sont plus fréquents en secteur privé que public.

Lorsque le stade « T » n'est pas retrouvé au dossier : l'âge moyen des malades est supérieur et la découverte du cancer est moins souvent faite dans un cadre « dépistage ». Plus souvent le prélèvement histologique est fait par RTUP et lorsqu'il est d'origine biopsique, il y a moins de carottes. Plus souvent également aucun examen complémentaire n'a été réalisé. Enfin, les modalités de décision sont moins souvent UCPO ou pluri-disciplinaire.

Il semble se dessiner un « profil » de patients et de prise en charge dans cette situation.

10- Scintigraphie osseuse et TDM abdominale ou pelvienne sont plus souvent réalisées que dans l'étude AF (respectivement 64% vs 57,7% et 50% vs 44,7%).

11- Les décisions en UCPO et pluri-disciplinaires représentent près de la moitié des modalités décisionnelles.

Elles ne diffèrent pas selon les secteurs public ou privé.

On retrouve une différence entre les « Grandes régions » : l'Ile de France ayant plus de décisions en UCPO ou pluri-disciplinaires.

Les décisions mono-disciplinaires concernent des patients plus âgés, donc avec des tumeurs plus évoluées.

12- Les traitements exclusifs ou combinés à visée curative sont plus fréquents et l'abstention thérapeutique, beaucoup plus rare que dans l'étude AF, concerne 5,72% des patients vs 23,8%.

La prostatectomie isolée ou associée à une radiothérapie et/ou une hormonothérapie est réalisée dans 34,45% des cas vs 21,9% pour l'étude AF.

L'intervention est réalisée chez 22,49% des malades ayant 70 ans et plus.

Elle est plus fréquente pour les scores de Gleason égaux ou inférieurs à 6.

La technique « à ciel ouvert » est la plus employée (69,23%), la voie d'abord choisie étant alors la voie de référence, rétro-pubienne dans 94,74% des cas.

La technique coelioscopique est employée dans 26,32% des interventions et chez des patients plus jeunes.

La radiothérapie externe, isolée ou associée à une hormonothérapie bénéficie à 28,31% des cas vs 19,4% pour l'étude AF. Il s'agit dans 57% des cas d'une radiothérapie conformationnelle, offrant une meilleure définition des volumes à irradier et à protéger.

La curithérapie est utilisée 8 fois.

Une hormonothérapie isolée est mise en œuvre dans 29,43% des cas vs 33,1% pour l'étude AF. Les molécules utilisées sont conformes aux AMM.

L'analyse du rapprochement des choix thérapeutiques aux recommandations des SOR était difficile. On peut cependant remarquer que les patients ayant une espérance de vie inférieure à 10 ans ont bénéficié 22 fois d'une prostatectomie radicale, essentiellement dans les stades T1-T2, 71,29% de ces derniers, et toujours avec cette espérance de vie, ont eu une radiothérapie et/ou une hormonothérapie, alors que l'abstention-surveillance est préconisée.

### Limites méthodologiques

1- La place de l'échographie endo-rectale dans le bilan d'extension n'a pu être isolée de sa réalisation dans le cadre de la biopsie ;

2- Un tiers des stades TNM n'a pu être recueilli, ne figurant pas au dossier ou n'ayant pas été reconstitués par l'urologue lors du recueil ;

3- Seuls 37% des pTNM sont connus, le recueil ayant été décidé tardivement ;

4- De même pour la recherche de la conservation des nerfs érecteurs qui ne concerne que 41,70% des prostatectomies ;

## VI- CONCLUSIONS

---

Un patient sur deux dans notre population d'étude était suivi par dosage de PSA avant la découverte du cancer, confirmant les pratiques de dépistage individuel. Dans le même temps, l'étude des remboursements des assurés entre 50 et 53 ans et demi montre que 60% d'entre eux n'ont bénéficié d'aucun dosage, soulignant les disparités du dépistage.

Ces pratiques vont de pair avec une évolution significative des modalités de découverte et de prise en charge du cancer prostatique.

Elles se traduisent par la découverte de cancers prostatiques chez des hommes plus jeunes et à des stades moins avancés avec pour corollaire l'instauration accrue de traitements à visée curative.

Cette image, *a priori* positive, ne doit pas faire oublier que l'opportunité du dépistage n'est pas démontrée en terme de bénéfice sur la mortalité, les études internationales étant toujours en cours, et que la morbidité des traitements et leur impact sur la qualité de vie des patients n'est pas négligeable.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 1 - Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES).  
Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique prostatique.  
Janvier 1999.  
<http://www.anaes.fr>
- 2 - Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES).  
Les traitements du cancer localisé de la prostate. Janvier 2001.  
<http://www.anaes.fr>
- 3 - Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES).  
Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Septembre 2004.  
<http://www.anaes.fr>
- 4 - Association Française d'Urologie (AFU).  
Cancer de la prostate. Recommandations 2002.  
<http://www.urofrance.org>
- 5 - Caisse Maladie Régionale de Provence.  
Cancer de la prostate : comparaison des ALD avec les données du PMSI.
- 6 - Comité de cancérologie de l'Association Française d'Urologie, Réseau Français des Registres de Cancer, Francim. Progrès en urologie (2001), 11, 478-485.
- 7 - Commission d'orientation sur le cancer. Rapport. Janvier 2003.
- 8 - CUSSENOT O., FORUNIER G.- Génétique et urologie - Rapport du congrès de l'AFU - Année 2000.
- 9 - Direction Générale de la Santé (DGS). Groupe Technique National de Définition des Objectifs.  
Cancer de la prostate. Mise à jour du 03/07/03.  
<http://www.sante.gouv.fr>
- 10 - Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer.  
Cancer de la prostate non métastatique. Standards, Options et Recommandations (SOR).  
Janvier 2001.  
<http://www.fnclcc.fr>
- 11 - FRANCIM, INSERM, INVS - Evolution de l'incidence de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.
- 12 - La revue du praticien. Cancer de la prostate. 31/12/03. Tome 53. N°20.
- 13 - Dictionnaire VIDAL.

## ANNEXES

---

I - Etude préalable des remboursements des dosages de PSA.

II - Questionnaire médical

III - Classification TNM

IV - Grades et score de Gleason

V - Regroupement des CMR en « Grandes régions »

VI - Index of coexistent disease

VII - SOR

VIII - Distribution des traitements - Détail des PSA et du Gleason pour les stades T1-T2 et manquants

## ETUDE DES REMBOURSEMENTS DES DOSAGES DE PSA

Pour l'année 2002, le montant des dépenses remboursées au titre des dosages de PSA\*\*\*\*, hors établissements à dotation globale, s'élevait à 654 390 €, soit 3,47% du montant total remboursé au titre des actes de biologie médicale.

Les prescripteurs étaient majoritairement des généralistes (83%), à l'origine de 82,3% du total des prescriptions. Les urologues ne représentaient que 0,94% des prescripteurs pour 4,4% des prescriptions.

Seulement 27% des dosages étaient prescrits à des bénéficiaires reconnus en affection de longue durée pour cancer prostatique.

L'analyse de l'évolution des dosages de PSA entre 2000 et 2003 montre une progression de plus de 74% (162 692 dosages en 2000, 283 495 en 2003). Elle intéresse les 3 types de dosages, mais est plus spectaculaire pour les PSA libres comme le montre le tableau suivant.

Tableau 1 : Evolution du nombre de dosages de PSA remboursés sur la période 2000-2003

Type de dosage	Nombre de dosages par année				Evolution en %		
	2000	2001	2002	2003	2001/2000	2002/2001	2003/2002
PSA total	115758	134916	157809	182307	16,55	16,97	13,44
PSA avec reprise	35506	43447	51975	62001	22,37	19,63	16,17
PSA libre	11425	19175	28340	39187	67,79	47,80	27,68
Tous dosages	162692	197538	238124	283495	21,42	20,55	16

Parmi les hommes ayant eu un dosage de PSA en 2002, 5,5% avaient moins de 50 ans et 23,6 plus de 75 ans. En 2003, ces pourcentages étaient respectivement de 4,04 et 22,2.

Dans la tranche d'âge 50 à 54 ans, 13% des hommes avaient bénéficié d'au moins un dosage remboursé, 17% en 2003.

L'étude des remboursements d'une cohorte de 50 000 hommes ayant eu 50 ans en 2000 montre que 60% d'entre eux n'ont bénéficié d'aucun dosage dans les 3 ans et demi suivants.

Les patients en ALD pour cancer de la prostate avaient dans 70% des cas 1 ou 2 dosages annuels, 5% en avaient plus de 4 (en 2003 : respectivement 71 % et 5,36%).

Parmi ces mêmes patients en ALD et ayant eu au moins 2 dosages en 2002, plus de 14% n'avaient pas réalisé leurs dosages dans le même laboratoire (12,8% en 2003), contrairement aux recommandations (2).

\*\*\*\* Antigène prostatique spécifique, antigène prostatique spécifique avec reprise du sérum précédent, dosage de l'antigène prostatique spécifique libre avec rapport PSA libre / PSA total.

## ANNEXE II - Questionnaire médical

### Fiche recueil n° 2 (1/2) - "CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE"

N° dossier:

**A - La pathologie a t'elle été découverte ou suspectée dans un cadre de dépistage?**  
(sans signe d'appel urinaire ou extra-urinaire)

- |                              |   |  |     |                      |
|------------------------------|---|--|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |  | [5] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |  |     |                      |

**Si oui:**

- |     |   |   |     |                      |
|-----|---|---|-----|----------------------|
|     | <input type="checkbox"/> évocateur                          | 1 |     |                      |
| TR  | <input type="checkbox"/> normal                             | 2 | [6] | <input type="text"/> |
|     | <input type="checkbox"/> pas de notion de TR                | 0 |     |                      |
|     | <input type="checkbox"/> élevés                             | 1 |     |                      |
| PSA | <input type="checkbox"/> normaux                            | 2 | [7] | <input type="text"/> |
|     | <input type="checkbox"/> pas de notion de dosage à ce stade | 0 |     |                      |

**Si non, découverte:**

- |   |   |  |     |                      |
|---|---|--|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> sur signe d'appel urinaire d'hypertrophie prostatique uniquement.                | 1 |  | [8] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> sur complication par progression locale.   | 3 |  |     |                      |
| <input type="checkbox"/> sur localisation maligne secondaire.   | 5 |  |     |                      |
| <input type="checkbox"/> fortuite par l'histologie lors d'une intervention pour hypertrophie prostatique. | 7 |  |     |                      |

*Plusieurs réponses possibles: 3+5 uniquement*

**Dans tous les cas: spécialité du "découvreur" de la pathologie**

- |  |    |  |     |                      |
|--|----|--|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> omnipraticien | 01 |  | [9] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> urologue      | 16 |  |     |                      |
| <input type="checkbox"/> chirurgien    | 04 |  |     |                      |
| <input type="checkbox"/> autre         |    |  |     |                      |

**B - Un dosage de PSA a t-il été réalisé dans une période comprise entre 18 mois et 6 mois avant la découverte de la pathologie?**

- |                              |   |  |      |                      |
|------------------------------|---|--|------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |  | [10] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |  |      |                      |

## ANNEXE II.1. - Questionnaire médical

### Fiche recueil n° 2 (2/2) - "CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE"

N° dossier:

<b>C - Avant cette découverte, le patient avait-il des antécédents:</b>	1 3 6 0	[11] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> de résection trans-urétrale de prostate <input type="checkbox"/> d'adénomectomie prostatique <input type="checkbox"/> d'infection prostatique <input type="checkbox"/> aucun de ces antécédents notés dans le dossier médical		

<b>D - Le patient a-t-il d'autres antécédents personnels de cancer?</b> <i>Notés dans le dossier ou connus du Service médical</i>	1 0	[12] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, code CIM10: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
[13]                  [14]                  [15]		

<b>E - Le patient a-t-il des antécédents familiaux (Père, frère, grands-parents, oncle) de cancer prostatique?</b> <i>Notés dans le dossier médical</i>	1 0	[16] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

<b>F - Le patient a-t-il des antécédents familiaux (mère, sœur, grands-parents, tante) de cancer du sein?</b> <i>Notés dans le dossier médical</i>	1 0	[17] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

<b>G - Le patient suivait-il un traitement médicamenteux par inhibiteur de l'alpha-5-testostérone réductase au cours des 12 mois précédant la découverte du cancer?</b>	1 0	[18] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, durée du traitement :		
<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois	1 0	[19] <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

## ANNEXE II.2. - Questionnaire médical

Fiche recueil n° 3 (1/3) - "DIAGNOSTIC"

N° dossier:

### A - Pièce histologique à l'origine du diagnostic?

[20]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> biopsie prostatique → <i>compléter les questions B à H</i>   | 1 |
| <input type="checkbox"/> RTUP ou adénomectomie → <i>compléter les questions I à L</i> | 2 |
| <input type="checkbox"/> autre type de prélèvement<br>préciser sa nature: _____       | 3 |
| <input type="checkbox"/> pas d'histologie en raison du contexte<br>préciser: _____    | 4 |
- Si "autre type de prélèvement" ou "pas d'histologie" → aller à la fiche n°4, "pré-thérapeutique", directement.*

### Données concernant la biopsie et l'anatomopathologie lui faisant suite

#### B - Spécialité de l'opérateur ayant réalisé la biopsie?

[21]

- |                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> urologue   | 16 |
| <input type="checkbox"/> chirurgien | 04 |
| <input type="checkbox"/> radiologue | 06 |
| <input type="checkbox"/> autre      |    |

#### C - La biopsie a été réalisée:

[22]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> en ambulatoire     | 1 |
| <input type="checkbox"/> en hospitalisation | 2 |

#### Dans le secteur:

[23]

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> privé          | 1 |
| <input type="checkbox"/> public ou PSPH | 2 |

#### D - Préparation de la biopsie:

- |   |     |   |
|---|-----|---|
| Antibiothérapie prophylactique? <input type="checkbox"/> non  | 0   | [24] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| <input type="checkbox"/> fluoroquinolone  | 1   |   |
| <input type="checkbox"/> autre classe, code ATC <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> [25] | 2   |   |
| Préparation rectale? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | 1-0 | [26] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| Antalgie per os? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | 1-0 | [27] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| Si oui préciser: niveau 1, 2 ou 3   |     | [28] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| Anesthésie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non   | 1-0 | [29] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| Si oui, préciser: <input type="checkbox"/> locale   | 1   | [30] <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> |
| <input type="checkbox"/> neurolepanalésie   | 2   |   |
| <input type="checkbox"/> rachianesthésie ou péridurale  | 3   |   |
| <input type="checkbox"/> générale   | 4   |   |

**ANNEXE II.3. - Questionnaire médical**

Fiche recueil n° 3 (2/3) - "DIAGNOSTIC"

N° dossier:

***Données concernant la biopsie éventuelle et l'anatomopathologie lui faisant suite***

<b>E - Biopsie échoguidée?</b>			[31] <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui	1		
<input type="checkbox"/> non	0		
<b>F - Nombre de carottes</b>			[32] <input type="text"/>
<b>G - Données complémentaires figurant sur le compte rendu histologique</b>			
<input type="checkbox"/> résultat du toucher rectal	1		[33] <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> taux de PSA ou index	2		
<input type="checkbox"/> rang de la biopsie	4		
<input type="checkbox"/> aucune de ces données	0		
<b>H - Les informations suivantes figurent-elles sur le compte rendu histologique?</b>			
<b>Nombre total de fragments</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0		[34] <input type="text"/>
Si oui, nombre			[35] <input type="text"/>
<b>Nombre de fragments envahis</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0		[36] <input type="text"/>
Si oui, nombre			[37] <input type="text"/>
<b>Repérage ou numérotation des fragments</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0		[38] <input type="text"/>
<b>Longueur des fragments</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0		[39] <input type="text"/>
<b>Longueur du cancer par fragment</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0		[40] <input type="text"/>
<b>Grade de Gleason</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			[41] <input type="text"/>
Si oui: 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> grade les plus présents			[42] <input type="text"/>
<b>Score de Gleason :</b>			[43] <input type="text"/>
			[44] <input type="text"/>
<b>Pour les éléments suivants, le compte-rendu indique t-il qu'ils sont:</b>			
	présents des prélèvements	absents	aucune de ces 2 notions
PIN de haut grade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tissu capsulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tissu péri-prostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engainements péri-nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1-2-0
			1-2-0
			1-2-0
			1-2-0
			[45] <input type="text"/>
			[46] <input type="text"/>
			[47] <input type="text"/>
			[48] <input type="text"/>

## ANNEXE II.4. - Questionnaire médical

### Fiche recueil n° 3 (3/3) - "DIAGNOSTIC"

N° dossier:

**Données concernant la RTUP (ou l'adénomectomie) éventuelle et l'anatomopathologie lui faisant suite**

<p><b>I- Spécialité de l'opérateur ayant réalisé l'intervention?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> urologue  <input type="checkbox"/> chirurgien  <input type="checkbox"/> autre         </div>	16 04	[49]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																
<p><b>J - L'intervention a été réalisée dans le secteur:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> privé  <input type="checkbox"/> public ou PSPH         </div>	1 2	[50]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																
<p><b>K - Données complémentaires figurant sur le compte rendu histologique</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> résultat du toucher rectal  <input type="checkbox"/> taux de PSA ou index  <input type="checkbox"/> aucune de ces données         </div>	1 2 0	[51]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																																
<p><b>L - Les informations suivantes figurent-elles sur le compte rendu histologique?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Nombre total de copeaux</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1-0</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">[52]</td> <td style="width: 5%; text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Si oui, nombre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">[53]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Nombre de copeaux envahis</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="text-align: center;">1-0</td> <td style="text-align: right;">[54]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Si oui, nombre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">[55]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Grade de Gleason</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="text-align: center;">1-0</td> <td style="text-align: right;">[56]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Si oui: 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> grade les plus présents</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">[57]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">[58]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 10px 0;"><b>Score de Gleason (cf annexe 7-15) :</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">[59]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Type histologique du cancer</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="text-align: center;">1-0</td> <td style="text-align: right;">[60]</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>Pour les éléments suivants, le compte-rendu indique t-il qu'ils sont:</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">présents</td> <td style="text-align: center;">absents</td> <td style="text-align: center;">aucune de</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">des prélèvements</td> <td></td> <td style="text-align: center;">ces 2 notions</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extension extra-prostatique</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1-2-0</td> <td style="text-align: right;">[61]</td> </tr> <tr> <td>PIN</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1-2-0</td> <td style="text-align: right;">[62]</td> </tr> <tr> <td>Envahissement péri-nerveux</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1-2-0</td> <td style="text-align: right;">[63]</td> </tr> <tr> <td>Invasion micro-vasculaire</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">1-2-0</td> <td style="text-align: right;">[64]</td> </tr> </table>	<b>Nombre total de copeaux</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[52]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Si oui, nombre				[53]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Nombre de copeaux envahis</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[54]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Si oui, nombre				[55]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Grade de Gleason</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[56]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Si oui: 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> grade les plus présents				[57]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>					[58]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Score de Gleason (cf annexe 7-15) :</b>				[59]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Type histologique du cancer</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[60]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<b>Pour les éléments suivants, le compte-rendu indique t-il qu'ils sont:</b>							présents	absents	aucune de				des prélèvements		ces 2 notions			Extension extra-prostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[61]	PIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[62]	Envahissement péri-nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[63]	Invasion micro-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[64]			
<b>Nombre total de copeaux</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[52]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
Si oui, nombre				[53]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
<b>Nombre de copeaux envahis</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[54]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
Si oui, nombre				[55]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
<b>Grade de Gleason</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[56]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
Si oui: 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> grade les plus présents				[57]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
				[58]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
<b>Score de Gleason (cf annexe 7-15) :</b>				[59]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
<b>Type histologique du cancer</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	1-0	[60]	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																														
<b>Pour les éléments suivants, le compte-rendu indique t-il qu'ils sont:</b>																																																																																																			
	présents	absents	aucune de																																																																																																
	des prélèvements		ces 2 notions																																																																																																
Extension extra-prostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[61]																																																																																														
PIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[62]																																																																																														
Envahissement péri-nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[63]																																																																																														
Invasion micro-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-2-0	[64]																																																																																														

## ANNEXE II.5. - Questionnaire médical

Fiche recueil n° 4 - "PRE-THERAPEUTIQUE"

N° dossier:

**A - A-t-on la notion de la réalisation des examens ou actes suivants?** (préciser si normal ou non, ou si non retrouvé)

<input type="checkbox"/> échographie abdominale	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[65]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> échographie endorectale	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[66]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[67]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> tomodensitométrie abdominale ou pelvienne	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[68]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[69]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> curage ganglionnaire pelvien (lymphadénomectomie)	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[70]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> débitmètrie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> non vu	1-2-0	[71]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> autres à préciser: _____	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	1-2	[72]	<input type="text"/>

**B - La codification TNM (préthérapeutique) figure t-elle au dossier?**

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, renseigner ci-dessous T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/>	1-0	[73]	<input type="text"/>
--	-----	------	----------------------

**C - Dosages de PSA figurant au dossier et résultats préthérapeutiques**

<input type="checkbox"/> PSA total	<input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml	1-0	[74]	<input type="text"/>
	Coder 00 si non retrouvés			
<input type="checkbox"/> PSA libre avec rapport total/libre	<input type="text"/> <input type="text"/> %	1-0	[75]	<input type="text"/>

*Si plusieurs dosages, on retiendra, par type de dosage, le plus proche précédant la date du diagnostic histologique.*

**D - Comorbidités**

La présence d'affections coexistantes, à un stade sévère (maladie symptomatique de façon importante mais équilibrée ou maladie non équilibrée), est-elle mentionnée dans le dossier médical chez le professionnel? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0	[76]	<input type="text"/>
---	-----	------	----------------------

A la consultation d'INFORMED retrouve t-on des comorbidités (ALD) telles que définies ci-dessus? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1-0	[77]	<input type="text"/>
---	-----	------	----------------------

Si une fiche d'anesthésie figure au dossier, indiquer le score ASA si indiqué. Score ASA, coder de 1 à 5 ou 0 si non présent		[78]	<input type="text"/>
---	--	------	----------------------

## ANNEXE II.6. - Questionnaire médical

### Fiche recueil n° 5 (1/3) - "THERAPEUTIQUE"

N° dossier:

#### A - Modalités de la décision thérapeutique

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> décision par unité de concertation pluridisciplinaire oncologique (UCPO) prouvée par un compte rendu | 1 |
| <input type="checkbox"/> décision pluri disciplinaire non formalisée  | 2 |
| <input type="checkbox"/> décision mono disciplinaire  | 3 |
| <input type="checkbox"/> <b>décision du fait du patient, non conforme aux propositions du Praticien traitant initial</b>      | 4 |
| <input type="checkbox"/> décision dans le cadre d'un essai thérapeutique  | 5 |

[79]

#### TRAITEMENTS MEDICAUX INITIAUX

#### B - Traitement chirurgical (*Associations possibles*)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> prostatectomie totale   | 1 |
| <input type="checkbox"/> prostatectomie totale avec curage ganglionnaire   | 2 |
| <i>Dans ces 2 cas, préciser :</i>  |   |
| Technique (à ciel ouvert=1, laparoscopie=2)  |   |
| Voie d'abord (rétro-pubienne=1, périnéale=2)   |   |
| Nerfs érecteurs (conservé=1, non conservés=0)  |   |
| Transfusion (oui=1, non=0)   |   |
| pT <input style="width: 30px;" type="text"/> pN <input style="width: 30px;" type="text"/> pM <input style="width: 30px;" type="text"/> |   |
| <input type="checkbox"/> désobstruction des voies urinaires (RTUP)   | 4 |
| <input type="checkbox"/> castration chirurgicale ou pulpectomie  | 8 |
| <input type="checkbox"/> aucune de ces interventions   | 0 |

[80]

[81]

[81.1]

[81.2]

[81.3]

#### C - Radiothérapie curative

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> radiothérapie externe                 | 1 |
| <input type="checkbox"/> radiothérapie conformationnelle       | 2 |
| <input type="checkbox"/> curithérapie                          | 3 |
| <input type="checkbox"/> pas de radiothérapie à visée curative | 0 |

[82]

#### D - Hormonothérapie

*(Associations possibles)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> isolée (= sans aucun autre traitement)                         | 1 |
| <input type="checkbox"/> concomitante ou adjuvante                                      | 2 |
| <input type="checkbox"/> néo-adjuvante (= intervenant <u>avant</u> un autre traitement) | 4 |
| <input type="checkbox"/> pas d'hormonothérapie  | 0 |
| Si hormonothérapie, médicaments utilisés: (voir annexe N° 7.19)                         |   |
| <input type="checkbox"/> antiandrogènes non stéroïdiens                                 | 1 |
| <input type="checkbox"/> cyprotérone (Androcur)   | 2 |
| <input type="checkbox"/> analogues de la LHRH   | 4 |
| <input type="checkbox"/> estrogènes (Distilbène)  | 8 |

[83]

[84]

#### E - Chimiothérapie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui                               | 1 |
| <input type="checkbox"/> non                               | 0 |
| Si oui, médicaments utilisés (en clair, voir annexe 7.19): |   |

[85]

**ANNEXE II.7. - Questionnaire médical**

**Fiche recueil n° 5 (2/3) - "THERAPEUTIQUE"**

N° dossier:

**F - Autres thérapeutiques**

[86]

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ultrasons focalisés (Ablatherm) | 1 |
| <input type="checkbox"/> Neutronthérapie                 | 2 |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative        | 4 |
| <input type="checkbox"/> Autres à préciser en clair :    | 8 |

*Sinon coder 0*

**G - Abstention - Surveillance**

[87]

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> non | 0 |

**SUIVI**

**H – Examens réalisés (*Associations possibles*)**

[88]

- |   |    |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> Toucher rectal               | 1  |
| <input type="checkbox"/> PSA                          | 2  |
| <input type="checkbox"/> Biopsies prostatiques        | 4  |
| <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse        | 8  |
| <input type="checkbox"/> Autres à préciser en clair : | 16 |

*Coder 0 si aucun examen*

I- Nombre de dosages de PSA effectués depuis le traitement principal :  
(considérer la date de début de traitement)

[89]

En cas de décès  oui  non 1-0 [90]

Délai, en mois, entre la date décès et la découverte de la maladie : [91]

Motif (si connu)  Code CIM 10 [92]

En cas de traitement complémentaire décidé en deuxième intention : remplir la suite.

## ANNEXE II.8. - Questionnaire médical

Fiche recueil n° 5 (3/3) - "THERAPEUTIQUE"

N° dossier:

### TRAITEMENT EVENTUEL DECIDE EN 2° INTENTION

<b>J - Traitement chirurgical</b> <i>( Associations possibles)</i>	[93]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> prostatectomie totale	1	
<input type="checkbox"/> désobstruction des voies urinaires	2	
<input type="checkbox"/> castration chirurgicale ou pulpectomie	3	
<input type="checkbox"/> aucune de ces interventions	0	

<b>K - Radiothérapie curative</b>	[94]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> radiothérapie externe	1	
<input type="checkbox"/> radiothérapie conformationnelle	2	
<input type="checkbox"/> curithérapie	3	
<input type="checkbox"/> pas de radiothérapie à visée curative	0	

<b>L - Hormonothérapie</b> <i>( Associations possibles) (voir annexe N° 7.19)</i>	[95]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> antiandrogènes non stéroïdiens	1	
<input type="checkbox"/> cyprotérone (Androcur)	2	
<input type="checkbox"/> analogues de la LHRH	4	
<input type="checkbox"/> estrogènes (Distilbène, ST52)	8	
<input type="checkbox"/> pas d'hormonothérapie	0	

<b>M - Chimiothérapie</b>	[96]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> oui	1	
<input type="checkbox"/> non	0	
Si oui, médicaments utilisés (en clair, voir annexe 7.19):		

<b>N - Autres thérapeutiques</b>	[97]	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ultrasons focalisés (Ablatherm)	1	
<input type="checkbox"/> Neutronthérapie	2	
<input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative	4	
<input type="checkbox"/> Autres à préciser en clair :	8	
<i>Sinon coder 0</i>		

La classification TNM permet de décrire l'extension de la maladie. Elle est fondée sur l'évaluation de 3 critères :

- T définit l'extension de la tumeur primitive ;
- N définit l'absence, la présence ou l'extension des atteintes métastatiques des aires ganglionnaires régionales ;
- M définit l'absence ou la présence de métastases à distance.

TNM correspond à la classification clinique ; le classement utilisé pour les constatations histologiques est le même, mais est précédé de la lettre « p » : pT, pN, pM.

La classification TNM donne un groupement par stade qui tient compte du TNM et de la différenciation histopathologique, notée G.

**T tumeur primitive**

- T1 Tumeur non palpable et non visible à l'imagerie
  - T1a < 5 % des copeaux
  - T1b > 5 % des copeaux
  - T1c Découverte par biopsie (élévation du PSA)
- T2 Tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)
  - T2a Atteinte d'un lobe (ancien T2a et b)
  - T2b Atteinte des deux lobes
- T3 Extension au-delà de la capsule
  - T3a Extension extra capsulaire (ancien T3a et b)
  - T3b Extension aux vésicules séminales
- T4 Extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée.

**N ganglions régionaux**

- N0 Absence de métastase ganglionnaire
- N1 Atteinte ganglionnaire régionale (ancien N1, 2, 3)

**M métastases à distance**

- M0 Pas de métastases à distance
- M1 Métastases à distance
  - M1a Ganglions non régionaux
  - M1b Os
  - M1c Autres sites

Degré de différenciation histopathologique

- Gx : impossible à établir
- G1 : bien différencié, anaplasie légère
- G2 : moyennement différencié, anaplasie modérée
- 3-4 : peu différencié/indifférencié, anaplasie marquée

## ANNEXE IV - Score et grade de Gleason

Source ANAES / 2001

La classification de Gleason est fondée sur le degré de différenciation de la tumeur, coté du grade 1 à 5. Le score de Gleason, coté de 2 à 10, est la somme des deux grades le plus fréquemment représentés dans la tumeur analysée.

GRAD E	GLANDES TUMORALES/EPITHELIUM	ASPECTS HISTOLOGIQUES
1	PROLIFERATION MONOTONE DE GLANDES SIMPLES, ARRONDIES, ETROITEMENT REGROUPEES.	NODULES ARRONDIS AUX BORDS BIEN DESSINES
2	GLANDES SIMPLES, ARRONDIES, PLUS DISPERSEES.	MASSES VAGUEMENT ARRONDIES, AUX BORDS MAL DEFINIS.
3A	GLANDES SIMPLES, DE TAILLE MOYENNE, DE FORME, DE TAILLE ET D'ESPACEMENT IRREGULIERS.	MASSES IRREGULIERES AUX BORDS DECHIQUETES.
3B	GLANDES SIMPLES, DE TRES PETITE TAILLE, DE FORME, DE TAILLE ET D'ESPACEMENT IRREGULIERS	MASSES IRREGULIERES AUX BORDS DECHIQUETES
3C	MASSIFS EPITHELIAUX CRIBRIFORMES OU PAPILLAIRES, A BORDS REGULIERS.	ZONES IRREGULIERES CONSTITUEES DE CYLINDRES ET MASSIFS ARRONDIS
4A	MASSIFS EPITHELIAUX DE GLANDE FUSIONNEES	MASSIFS ET CORDONS IRREGULIERS DE GLANDES FUSIONNEES.
4B	MEME ASPECT QUE 4A, AVEC PRESENCE DE CELLULES CLAIRES	MASSIFS ET CORDONS IRREGULIERS. ASPECTS D'« HYPERNEPHROME».
5A	MASSIFS ARRONDIS, PAPILLAIRES OU CRIBRIFORMES AVEC NECROSE CENTRALE.	CYLINDRES ET MASSIFS ARRONDIS DISPOSES DE FAÇON VARIABLE, AVEC NECROSE (« COMEDOCARCINOME »).
5B	ADENOCARCINOME ANAPLASIQUE.	MASSIFS TRES IRREGULIERS.

## ANNEXE V - Regroupement des CMR en « Grandes régions »

	N° CMR	CMR
Région Nord-Est	33	Nord
	35	Pas de Calais
	39	Picardie
	15	Champagne-Ardenne
	03	Alsace
	25	Lorraine
	19	Franche-Comté
	09	Bourgogne
Région Nord-Ouest	11	Bretagne
	29	Basse Normandie
	31	Haute Normandie
	13	Centre
	37	Pays de la Loire
Région Sud-Est	07	Auvergne
	21	Languedoc-Roussillon
	45	Rhône
	01	Alpes
	43	Provence
	17	Côte d'Azur
	57	Corse
Région Sud-Ouest	41	Poitou-Charentes
	23	Limousin
	05	Aquitaine
	27	Midi-Pyrénées
Région Ile de France	50	Paris Artisans
	47	Paris Commerçants
	53	Professions Libérales Ile de France
D.O.M.	58	Antilles-Guyane
	59	Réunion

Les bénéficiaires dépendants de la CMR « professions libérales province » sont comptés dans leur région d'exercice.

## ANNEXE VI- INDEX OF COEXISTENT DISEASE

Cet index envisage 14 affections médicales gradées de 0 à 3, selon 4 niveaux de sévérité

0 : pas d'antécédent ou de preuve de l'affection

1 : maladie asymptomatique ou peu symptomatique mais équilibrée

2 : maladie symptomatique de façon importante mais équilibrée

3 : maladie non équilibrée

Maladies cardiaques organiques	_
Maladies cardiaques ischémiques	_
Arythmie primitive	_
Insuffisance cardiaque congestive	_
Hypertension artérielle	_
Accident vasculaire cérébral	_
Maladies vasculaires périphériques	_
Maladies rénales	_
Maladies respiratoires	_
Maladies du foie	_
Diabète	_
Autres tumeurs malignes	_
Arthrite	_
Maladies gastro-intestinales	_

En cas d'affections multiples, le score retenu concerne celui de l'affection isolée la plus grave. Si un patient a un score à 1 pour une affection, une anomalie plus importante de l'examen clinique augmentera le score final à 2.

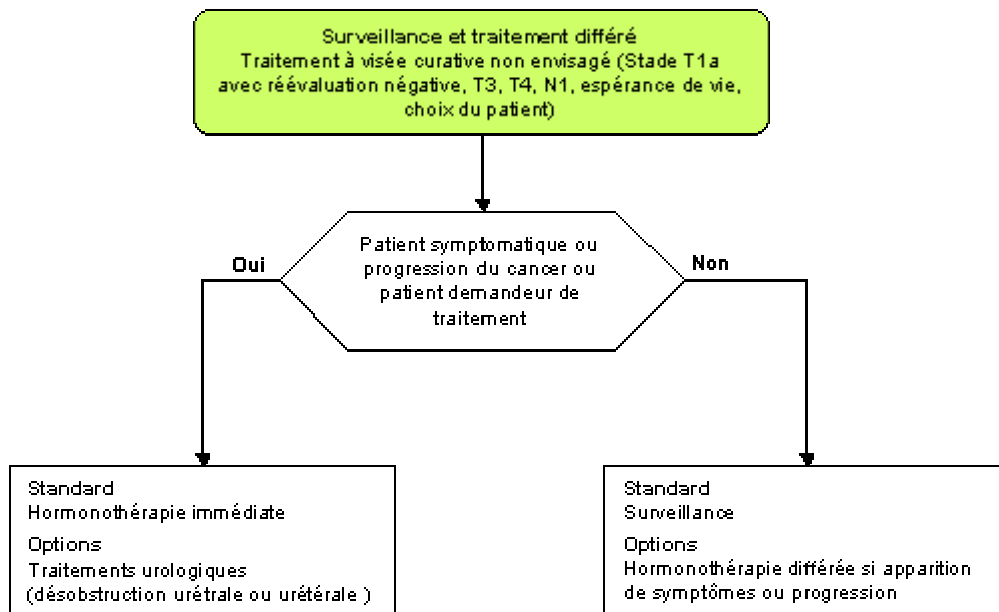
Le score ainsi obtenu est ensuite rapporté à l'âge pour déterminer l'espérance de vie (tableau suivant) :

Index of coexistent disease (ICD)	Age au moment du diagnostic		
	65 ans	70 ans	75 ans
Score 0	17.9	14.8	11.9
Score 1	15.9	12.9	10.1
Score 2	10.8	8.4	6.3
Score 3	4.0	2.8	1.9
Global	15.7	12.7	10.0

*Source : Progrès en urologie – dec 2001 ; 11 (6) : 1195 – 1204*

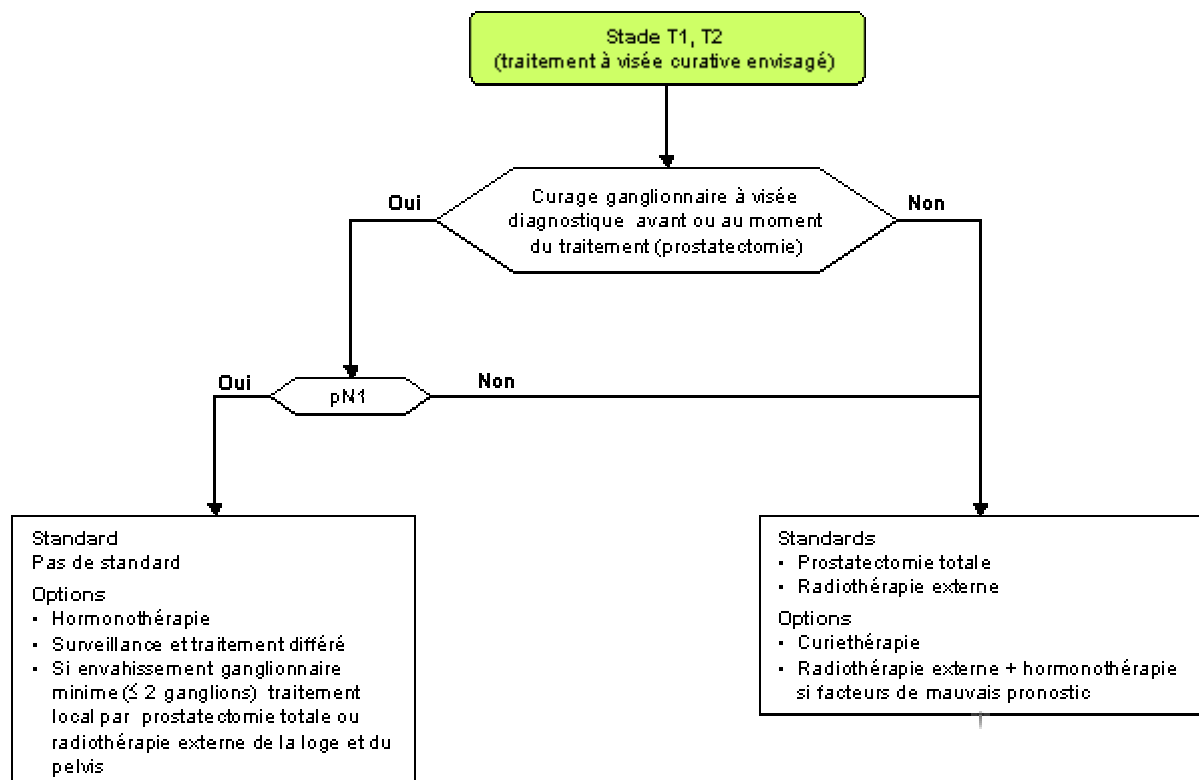
## ANNEXE VII.1- Abstention - Surveillance- SOR

Références : « SOR pour la prise en charge des patients atteints de cancer de la prostate non métastatique » - FNCLCC - 23/07/2003



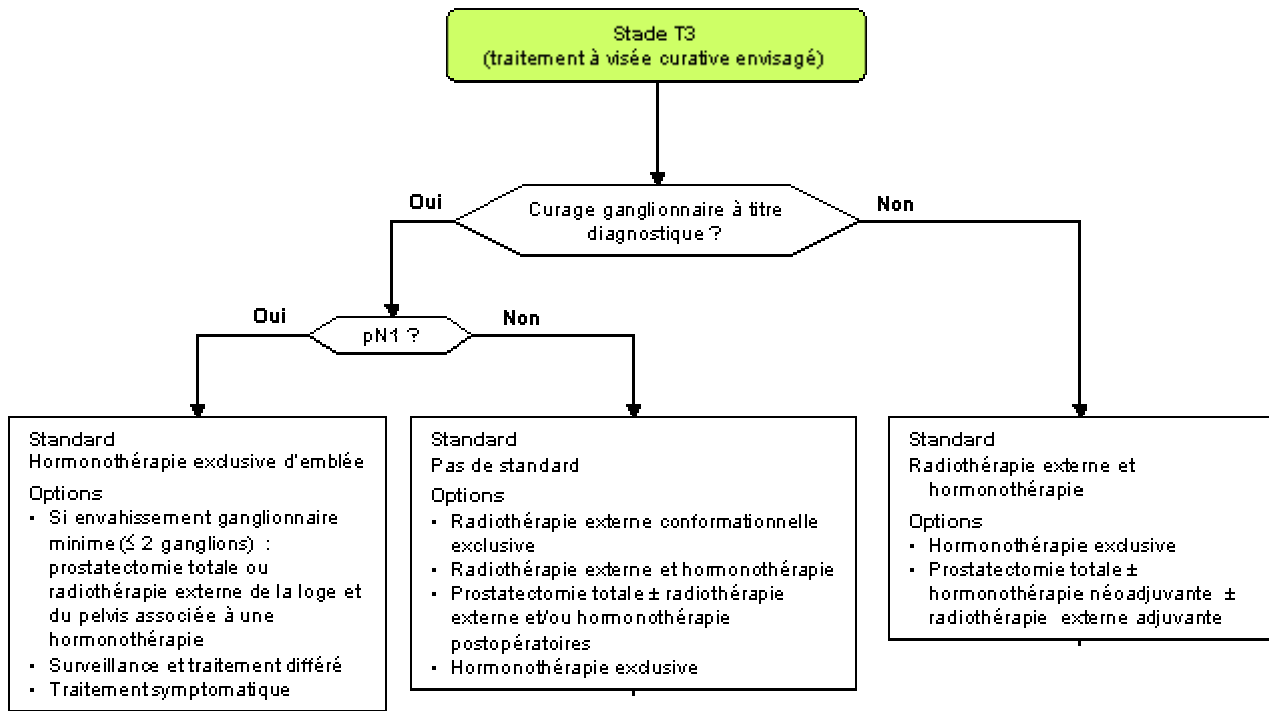
## ANNEXE VII.2- Traitements à visée curative stades T1-T2- SOR

Références : « SOR pour la prise en charge des patients atteints de cancer de la prostate non métastatique » - FNCLCC - 23/07/2003



## ANNEXE VII.3 - Traitements à visée curative stades T3 - SOR

Références : « SOR pour la prise en charge des patients atteints de cancer de la prostate non métastatique » - FNCLCC - 23/07/2003



## ANNEXE VIII - Distribution des traitements - Détail des PSA et du Gleason

**Tableau 49 : T1-T2 et PSA <10 et Gleason < 7**

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans			
	N	%	N	%	N	%
Abstention	5	16,13	3	3,19	8	6,40
PR	8	25,81	68	72,34	76	60,80
RT	14	45,16	20	21,28	34	27,20
HT	4	12,90	2	2,13	6	4,80
Autres	0	0,00	1	1,06	1	0,80
Total	31	100,00	94	100,00	125	100,00

**Tableau 50 : Stades T1-T2 et PSA ≥ 10 et Gleason ≥ 7**

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans			
	N	%	N	%	N	%
Abstention	4	5,71	2	1,47	6	2,91
PR	10	14,29	74	54,41	84	40,78
RT	30	42,86	46	33,82	76	36,89
HT	24	34,29	11	8,09	35	16,99
Autres	2	2,86	3	2,21	5	2,43
Total	70	100,00	136	100,00	206	100,00

**Tableau 53 : Stades manquants et PSA <10 et Gleason < 7**

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans			
	N	%	N	%	N	%
Abstention	7	43,75	3	13,04	10	25,64
PR	0	0,00	15	65,22	15	38,46
RT	5	31,25	4	17,39	9	23,08
HT	3	18,75	0	0,00	3	7,69
Autres	1	6,25	1	4,35	2	5,13
Total	16	100,00	23	100,00	39	100,00

**Tableau 54 : Stades manquants et PSA ≥ 10 et Gleason ≥ 7**

Traitement	Espérance de vie				Total groupe	
	< 10 ans		≥ 10 ans			
	N	%	N	%	N	%
Abstention	5	4,63	6	7,59	11	5,88
PR	2	1,85	34	43,04	36	19,25
RT	18	16,67	20	25,32	38	20,32
HT	81	75,00	15	18,99	96	51,34
Autres	2	1,85	4	5,06	6	3,21
Total	108	100,00	79	100,00	187	100,00