

Radiothérapie adjuvante à la prostatectomie totale

Pierre Richaud

Pourquoi un traitement adjuvant ?

- Après prostatectomie totale, rechute biologique dans 15 à 40% des cas
- Soit récurrence locale, soit évolution métastatique

- Comment différencier ces patients ?
- Comment les traiter ?
- Quand ?

Pour les patients pT3, R1, pN0 quel impact a la RT adjuvante ?

1. Sur la rechute biologique ?
2. Sur le risque de complication tardive et la Q de vie ?
3. Sur la survie sans métastase et la survie globale ?

Réduit-elle le risque de rechute clinique et/ou biologique ?

Radiothérapie adjuvante post-opératoire

3 essais randomisés

EORTC 22911 Bolla, Lancet 2005	pT3a ou pT3b ou marges positives et N0 PSA post-op > 0,2 ng /ml : 10.7%
ARO Wiegel ASCO 2005	pT3 N0 - PSA indétectable
SWOG ASTRO 2005	pT3a, PT3b, marges positives PSA post-op > 0,2 ng /ml : 53%

EORTC 22911

Survie sans rechute biologique

1005 patients

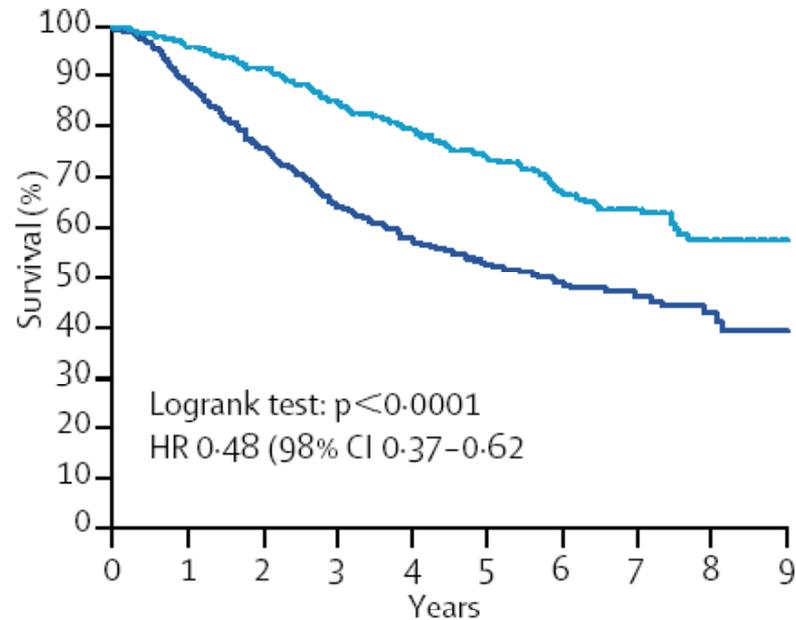
pT2 - pT3 a-b

Marges +

VS +

PSA > 0,2 ng/ml 10%

Suivi médian 5 ans



Events Patients Number of patients at risk

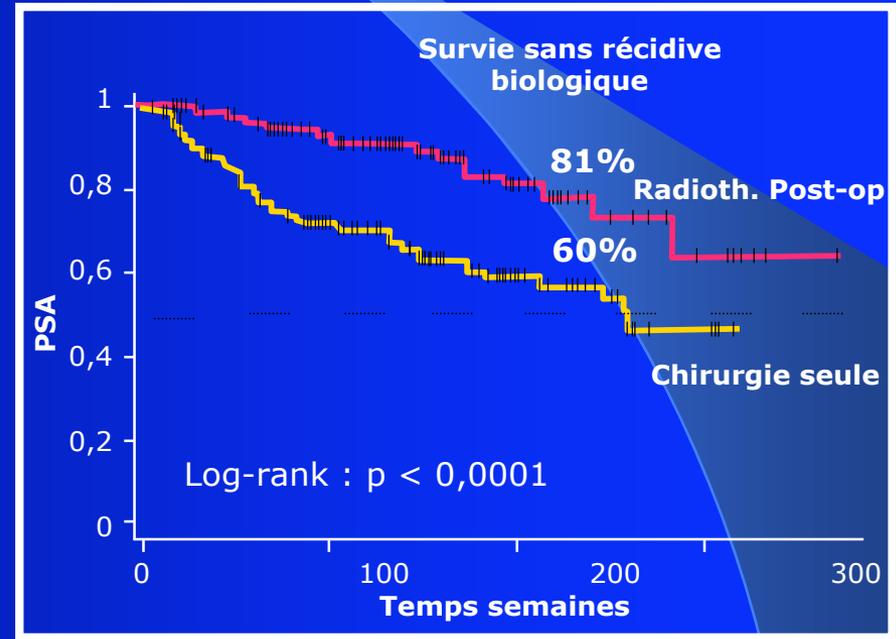
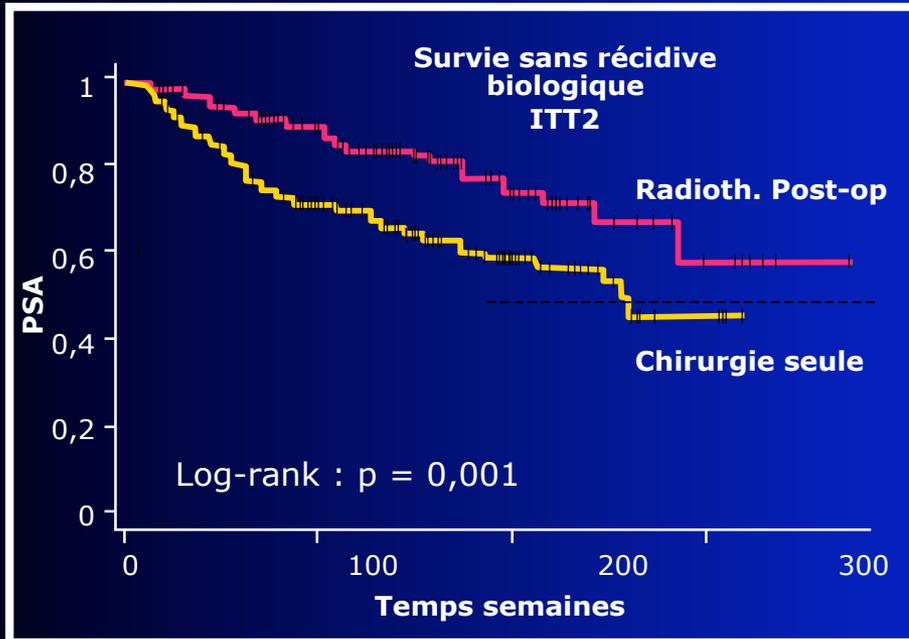
Events	Patients	Number of patients at risk	10	11
220	503	425 337 243 182 126 84 52 27	10	11
131	502	456 407 330 262 193 125 85 41	10	11

ARO 9602

Survie sans rechute biologique

PSA post-op non détectable
ITT

PSA post-op non détectable
RT

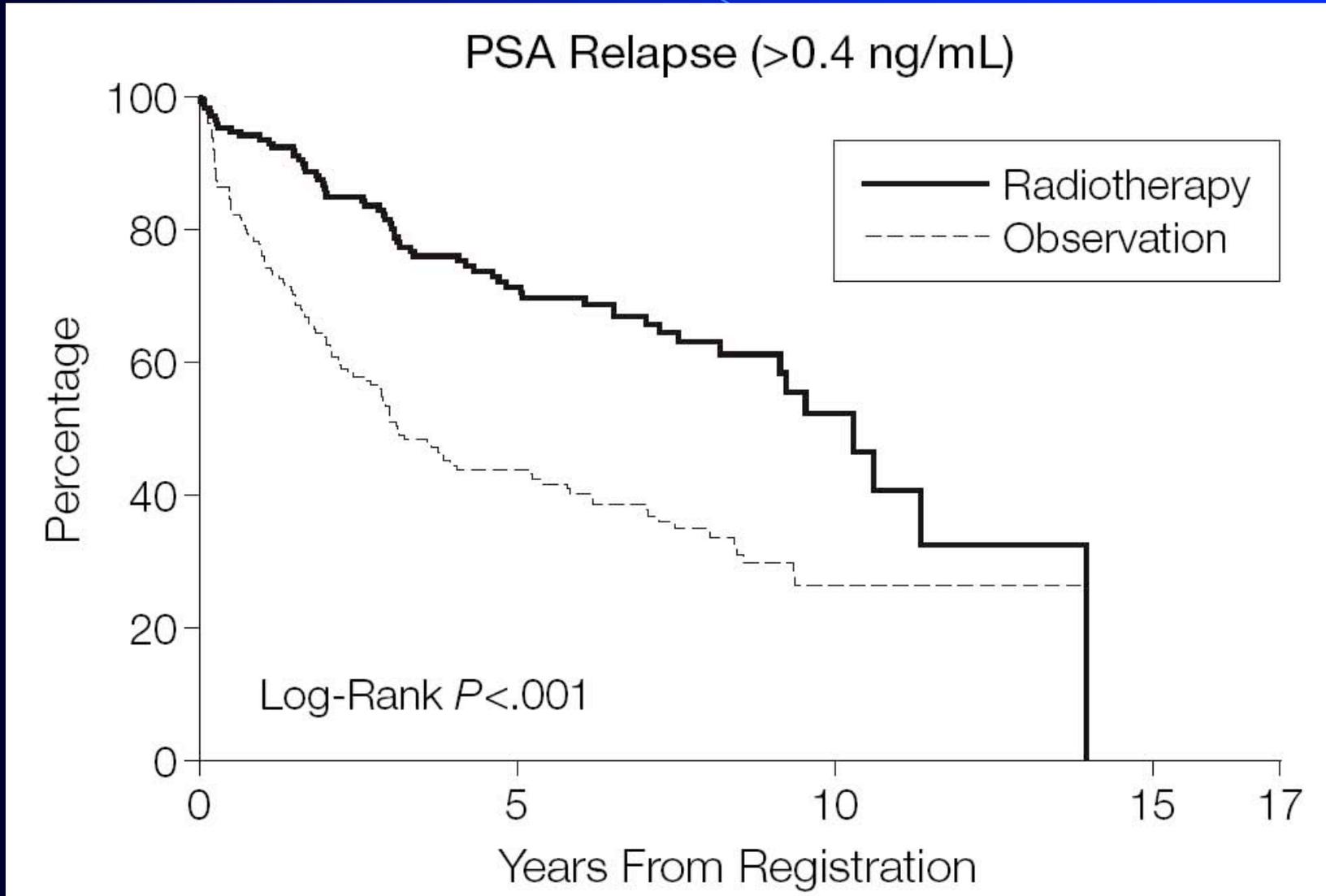


385 pts pT3a-b R1

suivi médian 40 mois

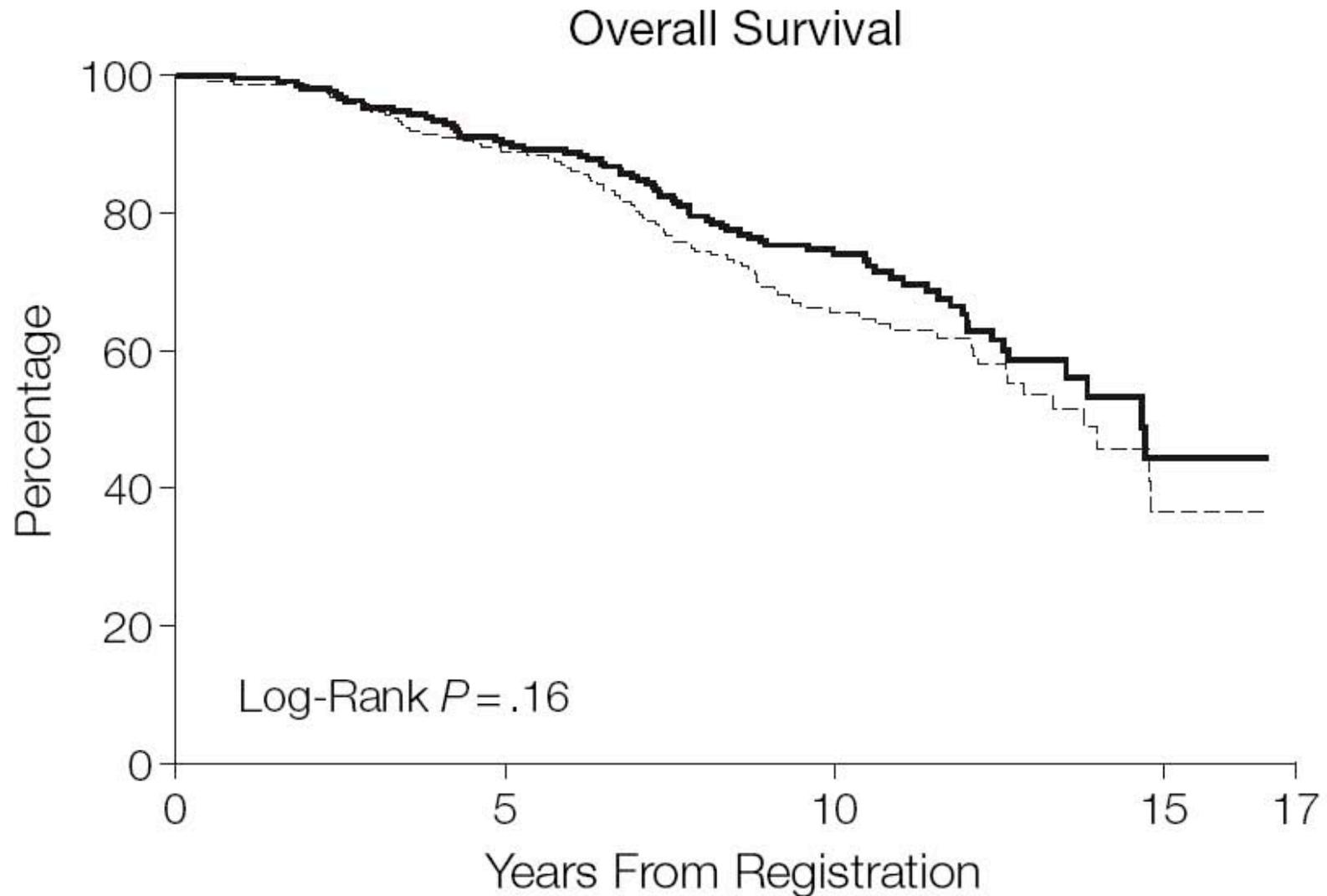
SWOG 8794

Survie sans rechute biologique



SWOG 8794

Survie globale



Quelle morbidité de la RT post-opératoire ? études randomisées

EORTC 22911 : Grade 4 : 0

5 ans

Grade 3 : 4,2% vs 2,6% (p=0,07)

Grade 2 : augmentés après RT

Incontinence et impuissance non évaluées

SWOG 87-94 : Taux global : 23,8% vs 11,9% (p=0,002)

10 ans

Rectite : 3,3% vs 0% (p=0,002)

Sténose urétrale : 17,8% vs 9,5% (p=0,02)

Incontinence : 6,5% vs 2,8% (p=0,11)

ARO 96-02 : Rectite grade >2 : 3%

4 ans

Contenance urinaire

100 pts, pN0
- pT3a
- R1
- pT3b

RT (60 Gy/2 Gy) 3 mois après la chirurgie

Surveillance → Traitement si récurrence clin. ou biol.

- Entretien avec les patients + pesée des protections urinaires
- A 2 ans, pas plus d'incontinence urinaire dans le groupe « radiothérapie »
 - Contenance complète : 77% (après RT) vs 83% (surveillance)

(Van Cangh, J Urol 1998)

Radiothérapie adjuvante

- Amélioration de la survie sans rechute biologique et de la survie sans progression
- Toxicité faible
- 10% des patients ont un PSA post-opératoire $> 0,2$ ng/ml dans l'essai EORTC et plus dans le SWOG

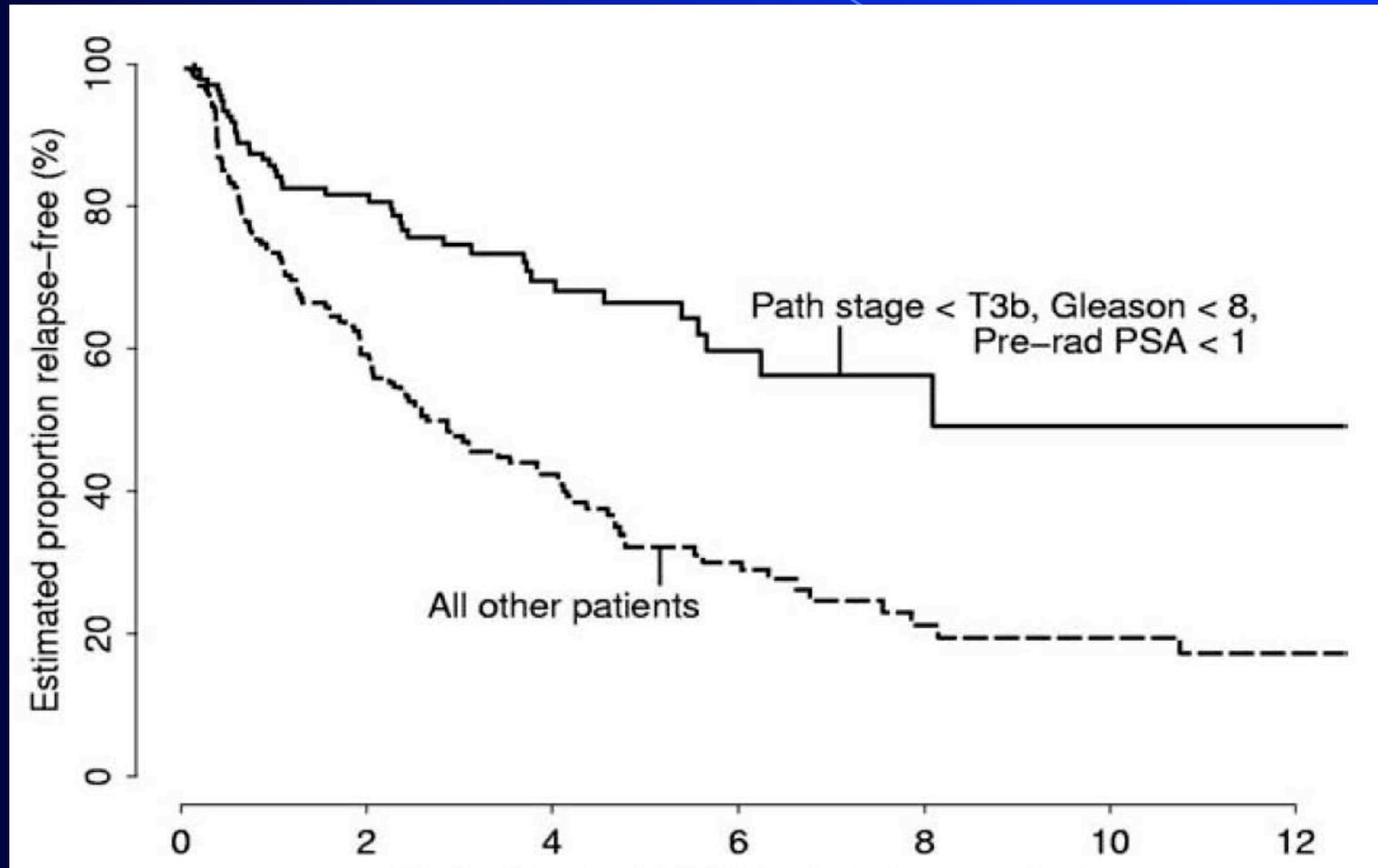
Questions en suspens

- La radiothérapie adjuvante est-elle nécessaire pour tous les pT3 et /ou R1? (pT3b Gleason 8)
- La radiothérapie adjuvante donne-t'elle de meilleurs résultats que la radiothérapie de rattrapage initiée au moment de la rechute biologique ?
- Quelles sont les modalités optimales du traitement de rattrapage?

Radiothérapie de rattrapage après prostatectomie

RT de rattrapage après PT

pour les patients avec faible risque de métastase et PSA < 1 ng/ml



Time after the start of radiotherapy (years)

S Busbik, J Urol 2006



RETOUR

GETUG - AFU 17

Hormono-radiothérapie postopératoire immédiate vs différée précoce

pT3 R1 pN0 ou pNx
718 patients

Randomisation 3 mois après
la chirurgie

Surveillance et traitement
à la rechute biologique
RT 66 Gy + 6 mois a-LHRH

Traitement adjuvant immédiat
> 3 mois et < 6 mois
RT 66 Gy + 6 mois a-LHRH

GETUG - AFU 16

Récidive biologique après prostatectomie

0,2 ng/ml > PSA > 2 ng/ml
Stratification par centre et facteur de risque
482 patients

Randomisation

Radiothérapie seule 66 Gy

Radiothérapie 66 Gy
+ 6 mois a-LHRH



RETOUR