




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Résultats de la prostatectomie totale chez le patient âgé

Results of total prostatectomy in the elderly patient

M. Peyromaure*, P. Mongiat-Artus, P. Beuzeboc, P. Richaud, C. Bastide, F. Cornud, N. Gaschignard, V. Molinié, F. Rozet, F. Staerman, M. Soulié, L. Salomon et les membres du CCAFU

Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg St-Jaques, 75014 Paris, France

MOTS CLÉS

Cancer de la prostate ;
Prostatectomie totale ;
Sujet âgé

KEYWORDS

Prostate cancer;
Radical prostatectomy;
Elderly patient

Résumé

Très peu d'études ont été publiées concernant les résultats de la prostatectomie totale (PT) chez le patient âgé. Les rares données disponibles suggèrent que l'âge avancé n'augmente pas le taux de mortalité ou de morbidité postopératoire, sous réserve d'une sélection étroite des patients. De même, les résultats carcinologiques de la PT sont comparables entre les patients de plus de 70 ans et les patients plus jeunes. Seul le risque d'incontinence semble accru, avec un impact potentiel sur la qualité de vie. Il n'existe pas d'étude comparant les différents traitements curatifs du cancer de la prostate (PT, radiothérapie externe, curiethérapie, surveillance active) dans la population âgée. Le bénéfice en termes de survie ne peut être précisé.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Only few studies have been published regarding the results of radical Prostatectomy (RP) in elderly patients. The available data suggest that advanced age does not increase the postoperative mortality and morbidity rates, as far as reasonable selection is performed. Similarly, oncological results of RP are similar in patients aged >70 years and in younger patients. Only the risk of incontinence may be increased, with a potential impact on quality of life. There are no studies comparing the various curative treatments of Prostate cancer (RP, radiation therapy, brachytherapy, active surveillance) in the elderly population.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michael.peyromaure@cch.aphp.fr

Introduction

Peu de données ont été publiées concernant la prise en charge du cancer localisé de la prostate (CaP) chez le patient âgé. Ce manque de données s'explique en partie par le fait que le dépistage du CaP n'est habituellement pas réalisé après l'âge de 75 ans. De plus, lorsqu'un CaP est diagnostiqué chez un patient âgé, le traitement se résume souvent soit à une simple surveillance lorsque sa tumeur est à faible risque, soit à une hormonothérapie lorsque sa tumeur est à risque élevé de progression [1].

Rationnel

Il est classique de penser que lorsque l'espérance de vie est inférieure à 10 ans, un traitement à visée curative n'est pas justifié. Toutefois, en l'absence de comorbidités sévères, un traitement est parfois proposé dans un but curatif : radiothérapie externe, curiethérapie, voire ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). En revanche, une prostatectomie totale (PT) est très rarement proposée, et ce pour trois raisons :

- premièrement, il n'est pas prouvé que la PT apporte un bénéfice carcinologique à cet âge ;
- deuxièmement, comme toute intervention chirurgicale chez le patient âgé, la PT peut être associée à une morbidité péri-opératoire accrue ;
- et troisièmement, le risque d'incontinence urinaire après PT augmente avec l'âge, avec un impact important sur la qualité de vie.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie masculine, la meilleure gestion anesthésique péri-opératoire des patients, les progrès techniques constants et le développement des traitements contre l'incontinence, la question se pose aujourd'hui de savoir si cette limite de 75 ans n'est pas devenue purement arbitraire. Pourrait-on étendre les indications de PT après cet âge, chez certains patients demandeurs et en bon état général, mais pour quel bénéfice ?

L'objectif de cet article est de faire le point sur les rares séries publiées de PT chez le sujet âgé et de tenter de répondre à cette question.

Mortalité et morbidité chirurgicales

Une étude canadienne a comparé la mortalité précoce (dans le premier mois postopératoire) après PT, entre les trois tranches d'âge 50-59 ans, 60-69 ans, et 70-79 ans [2]. Dans cette étude, 11 010 patients ont été opérés, parmi lesquels 53 (0,48 %) sont décédés dans le mois suivant l'intervention. La principale cause de décès était représentée par les complications cardio-vasculaires. Les risques de décès, en valeur absolue, étaient respectivement de 0,18 %, 0,51 % et 0,59 % dans les trois tranches d'âge considérées. Ces risques n'étaient pas significativement différents dans les tranches d'âge 60-69 ans et 70-79 ans, suggérant que l'âge élevé n'induisait pas un risque accru de mortalité postopératoire.

Poulakis et al., ont récemment comparé les données fonctionnelles péri-opératoires de 72 patients d'un âge supérieur à 70 ans et de 132 patients d'un âge inférieur à 60 ans, soumis à une PT par voie laparoscopique [3]. Les temps opératoires, les consommations d'analgésiques, la durée d'hospitalisation, les temps de convalescence et les taux de complication étaient similaires entre les deux tranches d'âge.

Froehner et al., ont rapporté leur expérience de la PT chez 214 patients âgés de plus de 70 ans [4]. Parmi eux, 24 sont décédés dans les cinq ans suivant l'intervention : 29 % de leur CaP, 42 % par second cancer, et 29 % de leurs comorbidités. Le seul facteur prédictif de décès par comorbidité était une insuffisance cardiaque sévère (score NYHA ≥ 2). Ni la classification ASA, ni le score de Charlson n'avaient un impact sur le risque de décès. Ce groupe a été comparé à un autre groupe de 240 patients, âgés de 67 à 70 ans. Dans ce deuxième groupe, 50 % des décès observés étaient liés à une comorbidité. De plus, la classification ASA et le score de Charlson avaient une valeur pronostique. Les auteurs concluaient que chez les patients de plus de 70 ans soumis à une PT, les comorbidités avaient une valeur pronostique limitée pour la survie. Plus récemment, la même équipe a montré, d'après une série de 1 302 patients opérés, que les comorbidités avaient un impact important sur le risque de décès dans la tranche d'âge 63-70 ans, mais pas chez les patients plus jeunes ou les patients plus âgés [5]. Bien que ces résultats suggèrent un biais par une sélection certainement plus rigoureuse des patients âgés, ils illustrent bien le fait qu'une PT peut être proposée sans accroître le risque de décès chez certains hommes âgés.

Résultats fonctionnels

Il est bien connu que dans la population générale, en l'absence même de chirurgie, l'incidence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Après PT, le risque d'incontinence est également corrélé à l'âge des patients [6]. Les rares données publiées chez les hommes âgés confirment cette donnée. Dans la série de Poulakis et al, les taux respectifs de continence urinaire à 6 mois étaient de 91 % chez les patients d'un âge inférieur à 60 ans, contre 67 % seulement chez les patients de plus de 70 ans [3].

L'étude de Thompson et al conforte cette hypothèse [7]. Dans cette étude, les dossiers de 13 154 patients ayant eu une PT ont été rétrospectivement analysés. Parmi eux, 19 (soit 0,14 %) avaient un âge supérieur ou égal à 80 ans. Dans ce groupe, l'âge moyen au moment de l'intervention était de 81 ans (extrêmes de 80 à 84 ans), et le score ASA moyen de 2,4 (extrêmes de 2 à 3). Durant le suivi, 14 patients (soit 74 %) étaient continents, et 36 % avaient des fuites urinaires considérées comme modérées ou sévères, réfractaires à la rééducation. Un patient a dû avoir un sphincter urinaire artificiel.

Les données concernant l'incontinence urinaire après PT chez les hommes âgés étant extrêmement rares, il est difficile de porter des conclusions claires à ce sujet. Néanmoins, il est logique de penser qu'après l'âge de 75 ans, le risque d'incontinence postopératoire devient très élevé, avec un impact certain sur la qualité de vie.

Quant au risque de dysfonction sexuelle postopératoire, il n'a pas été étudié dans cette population. L'explication vient probablement du fait que la majorité des hommes âgés ont déjà des troubles de l'érection. Il est aussi possible que dans cette population, les efforts de préservation vasculo-nerveuse soient moins fréquents et les injections cavernueuses moins souvent réalisées. Il est logique de penser que l'âge élevé s'accompagne d'un risque accru de dysfonction érectile après PT, comme c'est le cas dans les tranches d'âge moins élevées. Une étude récente, portant sur 1 110 opérés, a montré que les seuls facteurs indépendants de la récupération des érections après PT étaient l'âge, le diabète, et la préservation vasculo-nerveuse [8].

Résultats carcinologiques

Dans la série de Thompson et al, le PSA moyen des 19 patients inclus était de 10,2 ng/ml [7]. Parmi eux, 13 (68 %) avaient une tumeur pT3 et/ou un score de Gleason ≥ 7 . Après un suivi médian de 10,5 ans, aucun patient n'est décédé de son CaP. Trois patients (16 %) sont décédés dans les 10 ans suivant l'intervention, d'une autre cause que le CaP. Dix patients (53 %) étaient en vie plus de 10 ans après la PT. Cette étude n'étant pas comparative, elle n'apporte pas d'information réelle sur les résultats carcinologiques de la PT dans la population âgée.

Dans l'étude comparative de Poulakis et al, les taux de tumeurs extra-capsulaires, les scores de Gleason sur la pièce opératoire et les taux de récurrence biologique à court terme ont été comparés entre les patients jeunes et les patients de plus de 70 ans [3]. Les patients âgés avaient un taux plus élevé de tumeurs extra-capsulaires (45 % contre 32 %, $p < 0,001$) et un score de Gleason plus élevé (score médian de 7 contre 6, $p < 0,001$). Cependant, ils avaient un risque de récurrence biologique significativement moins élevé, sans qu'aucune explication ne puisse être avancée pour expliquer ce phénomène.

Une étude américaine récente a rétrospectivement comparé les résultats carcinologiques de la PT dans trois tranches d'âge : moins de 50 ans ($n = 49$), 50-70 ans ($n = 601$), et plus de 70 ans ($n = 39$) [9]. Les trois groupes étaient comparables en termes de PSA pré-opératoire, stade clinique, score de Gleason biopsique et pourcentage de biopsies positives. Les données anatomopathologiques sur pièce opératoire (marges chirurgicales, stade pathologique, atteinte ganglionnaire, invasion lymphovasculaire, et score de Gleason) étaient similaires dans les trois groupes. Seul le volume tumoral était significativement plus élevé dans le groupe des patients âgés. De plus, les taux de survie sans progression à 5 ans étaient respectivement de 82 %, 82 % et 65 % dans les trois groupes. Cette différence n'était pas significative ($p = 0,349$). Les taux de mortalité spécifique et globale étaient également similaires.

Plus récemment encore, une équipe allemande a comparé de manière prospective les résultats de la PT chez 526 patients d'un âge inférieur à 70 ans et 100 patients d'un âge supérieur ou égal à 70 ans [10]. Le suivi moyen était de 5,3 ans. Les caractéristiques pré-opératoires étaient similaires dans les deux groupes. De même, les taux de tumeurs extra-capsulaires et les scores de Gleason sur les pièces opératoires

étaient similaires. Les taux de survie sans récurrence à 10 ans étaient respectivement de 51,8 % et 57,4 % ($p = 0,721$), ceux de survie spécifique à 10 ans de 92,3 % et 97,6 % ($p = 0,342$) et ceux de survie globale à 10 ans de 78,1 % et 71,2 % ($p = 0,565$). Il n'y avait donc aucune différence entre les deux groupes pour tous les paramètres carcinologiques classiques. Les auteurs concluaient que l'âge n'influence pas les résultats carcinologiques de la PT.

Conclusion

Aucune donnée actuelle ne permet d'affirmer que la PT chez l'homme âgé est associée à un surcroît de mortalité ou de morbidité postopératoire. Les résultats carcinologiques de la PT ne paraissent pas non plus compromis par l'âge avancé. En revanche, il existe un risque accru d'incontinence urinaire, ce qui peut altérer de manière significative la qualité de vie. Une PT pourrait donc, en théorie, être proposée sans risque majeur chez un homme de plus de 75 ans s'il est en bon état général et après l'avoir prévenu du risque élevé d'incontinence. La vraie question est de savoir s'il existe un bénéfice carcinologique par rapport aux traitements physiques ou à la surveillance.

Aucune étude comparant spécifiquement le devenir carcinologique et la qualité de vie des patients âgés opérés ou traités par radiothérapie, par curiethérapie ou même surveillés, n'est actuellement disponible. Reste à préciser comment sélectionner les patients candidats à cette chirurgie, l'existence de troubles mictionnels obstructifs qui contre-indiquent un autre traitement curateur par agents physiques (radiothérapie, curiethérapie) pouvant être un des critères retenus en l'absence d'une comorbidité importante.

Conflit d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Konety BR, Cowan JE, Carroll PT. CaPSURE investigators. Patterns of primary and secondary therapy for Prostate cancer in elderly men : analysis of data from CaPSURE. *J Urol* 2008;179:1797-803.
- [2] Alibhai SM, Leach M, Tomlinson G, Krahn MD, Fleshner N, Naglie G. Rethinking 30-day mortality risk after radical Prostatectomy. *Urology* 2006;68: 057-60.
- [3] Poulakis V, Witzsch U, de Vries R, Dillenburger W, Becht E. Laparoscopic radical Prostatectomy in men older than 70 years of age with localized Prostate cancer: comparison of morbidity, reconvalescence, and short-term clinical outcomes between younger and older men. *Eur Urol* 2007;51:1341-8.
- [4] Froehner M, Koch R, Litz RJ, Hakenberg OW, Oehlschlaeger S, Wirth MP. Comorbidity is poor predictor of survival in patients undergoing radical Prostatectomy after 70 years of age. *Urology* 2006;68:583-6.
- [5] Froehner M, Koch R, Litz RJ, Hakenberg OW, Oehlschlaeger S, Wirth MP. Interaction between age and comorbidity as predictors of mortality after radical Prostatectomy. *J Urol* 2008;179:1823-9.
- [6] Sacco E, Payer-Galetti T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F et al. Urinary incontinence after radical Prostatectomy:

- incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up. *BJU Int* 2006;97:1234-41.
- [7] Thompson RH, Slezak JM, Webster WS, Lieber MM. Radical Prostatectomy for octogenarians: how old is too old? *Urology* 2006;68:1042-5.
- [8] Marien T, Sankin A, Lepor H. Factors Predicting Preservation of erectile function in men undergoing open radical retropubic Prostatectomy. *J Urol* 2009;181:1817-22.
- [9] Malaeb BS, Rashid HH, Lotan Y, Khoddami SM, Shariat SF, Sagalowsky AI et al. Prostate cancer disease-free survival after radical retropubic Prostatectomy in patients older than 70 years compared to younger cohorts. *Urol Oncol* 2007;25:291-7.
- [10] Pfitzenmaier J, Pahernik S, Buse S, Haferkamp A, Djakovic N, Hohenfellner M. Survival in Prostate cancer patients \geq 70 years after radical Prostatectomy and comparison to younger patients (Abstract). *World J Urol* 2009;in press.