

Lettre d'information RHESOU

Novembre 2024 – Numéro 4 – Spécial Prostate

Editorial

Chèr(e)s ami(e)s,

En ce mois de novembre, nous vous adressons la lettre d'information dédiée aux cancers de prostate diagnostiqués entre le 01/01/2017 et le 31/12/2022 chez les hommes résidant dans l'Hérault au diagnostic.

Nous avons cette année centré nos analyses sur le Cancer de prostate métastatique au diagnostic HormonoSensible (CaPmHS).

Vous en souhaitant bonne réception, n'hésitez pas à nous faire part de vos suggestions et demandes.

Dr Brigitte TRETARRE, Dr François IBORRA, Stéphanie SABATIER

Movember est un événement annuel qui consiste à se laisser pousser la moustache pendant le mois de novembre afin de sensibiliser le public aux problèmes de santé masculine, tels que le cancer de la prostate, ...

p.2 : Bilan des Cancers de prostate (CaP) dans l'Hérault (Années 2017 à 2022)

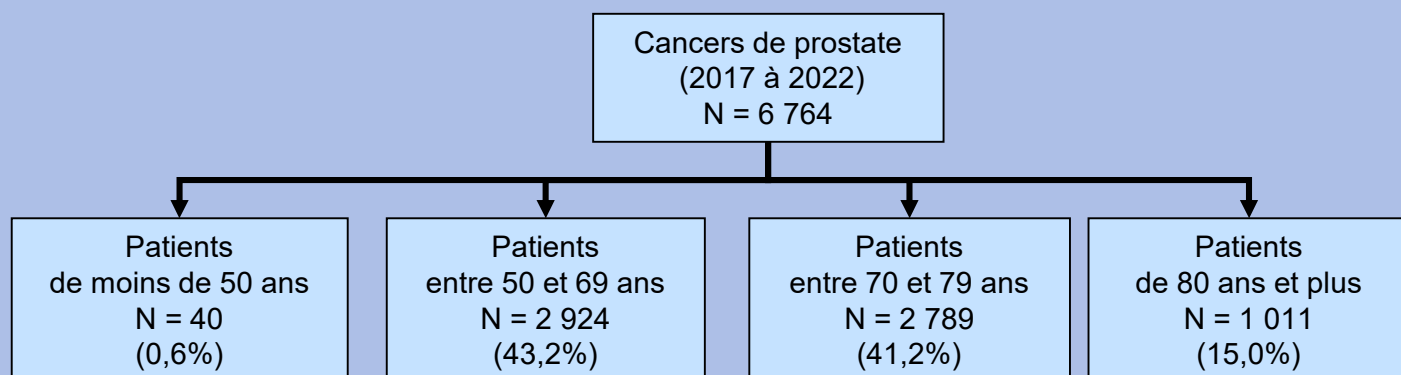
p.3 à p.6 : Cancers de prostate métastatiques au diagnostic hormonosensibles (NOM+ ou N+M+)



Bilan des tumeurs de prostate 2017 – 2022

Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2022, RHESOU a recueilli dans sa base de données 6 764 cancers de prostate.

Cancers de Prostate	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	%augmentation entre 2017 – 2022
Nombre de cas/an	990	1 102	1 086	1 062	1 233	1 291	6 764	+30,4%
Patients de moins de 50 ans	8	4	8	3	7	10	40	+25,0%
Patients de 50 et 69 ans	469	466	458	465	543	523	2 924	+11,5%
Patients de 70 à 79 ans	372	453	441	431	533	559	2 789	+50,3%
Patients de plus de 80 ans	141	179	179	163	150	199	1 011	+41,1%

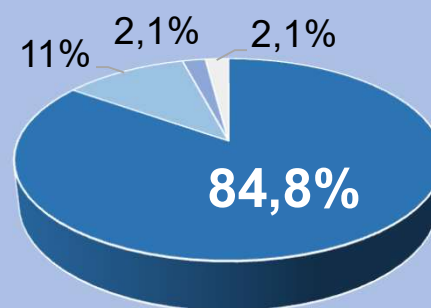


Age médian et mode de découverte au diagnostic



71 ans*

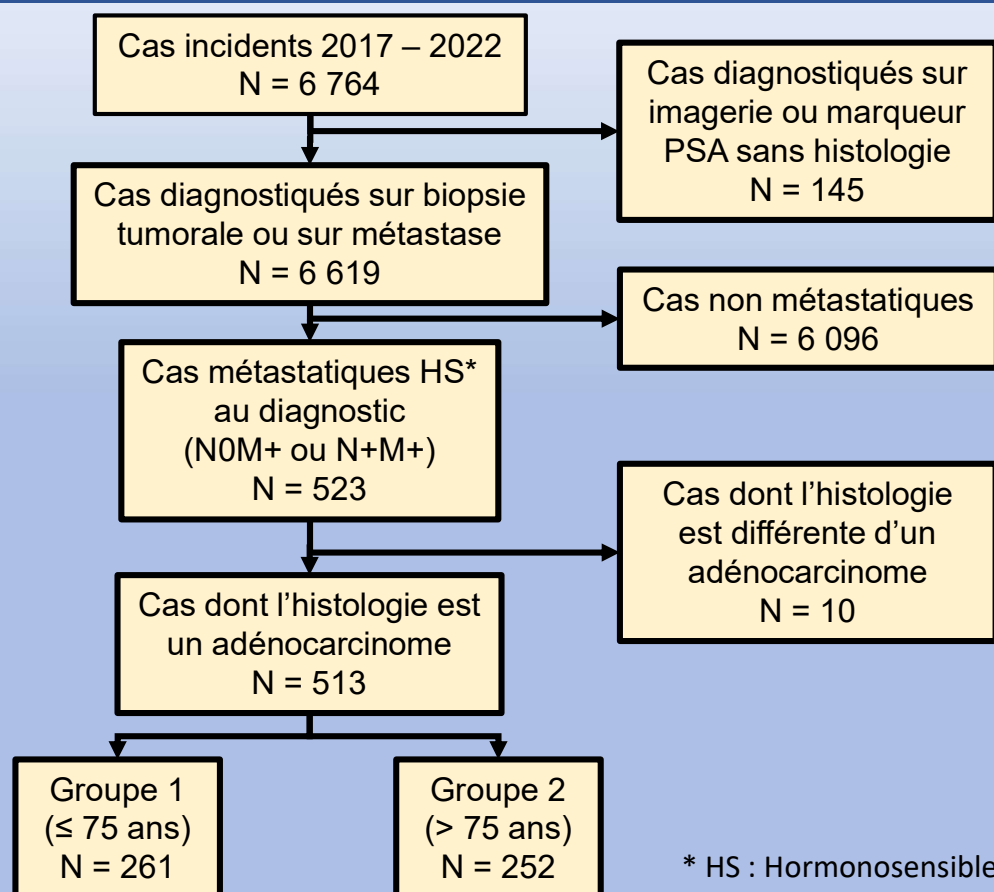
Minimum : 38 ans
Maximum : 98 ans



- Dépistage PSA (84,8%)
- RTUP (11,0%)
- Cystoprostatectomie (2,1%)
- Autre/Non renseigné (2,1%)

* hors un cas de sarcome

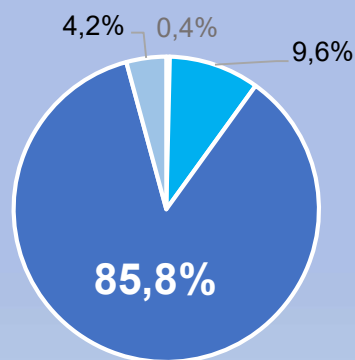
Cancers de prostate métastatiques au diagnostic hormonosensibles (N0M+ ou N+M+)



Nombre CaP métastatiques au diagnostic	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Nombre CaP métastatiques/an	83	92	73	73	89	103	513
Groupe ≤ 75 ans	43	46	38	38	46	50	261
Groupe > 75 ans	40	46	35	35	43	53	252

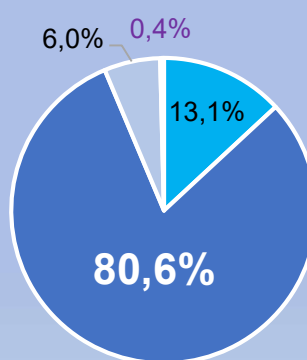
1. Mode de découverte

GRUPE ≤ 75 ans (N = 261)



- Dépistage par PSA (85,8%)
- Découverte sur RTUP (9,6%)
- Découverte sur cystoprostatectomie (0,4%)
- Autre (4,2%)
- Inconnu (0%)

GRUPE > 75 ans (N = 252)



- Dépistage par PSA (80,6%)
- Découverte sur RTUP (13,1%)
- Découverte sur cystoprostatectomie (0%)
- Autre (6,0%)
- Inconnu (0,4%)

Cancers de prostate métastatiques au diagnostic hormonosensibles (N0M+ ou N+M+)

2. Primotraitements des CaPmHS

Primotraitement	GROUPE ≤ 75 ans N = 261		GROUPE >75 ans N = 252		TOTAL
	Faible risque tumoral	Haut risque tumoral*	Faible risque tumoral	Haut risque tumoral*	
SAd isolée	23	24	76	64	187 (36,5%)
SAd + HTNG	22	28	26	26	102 (19,8%)
SAd + CT	22	36	7	8	73 (14,2%)
SAd + RTprostate	49	1	22	2	74 (14,4%)
SAd + HTNG + CT	5	13	0	2	20 (3,9%)
SAd + CT + RTprostate	2	5	0	0	7 (1,4%)
SAd + HTNG + CT + RTprostate	2	0	0	0	2 (0,4%)
SAd + HTNG + RTprostate	15	4	4	1	24 (4,7%)
Autres traitements	6	4	12	2	24 (4,7%)
TOTAL	146	115	147	105	513 (100%)

SAd = Suppression Androgénique ; HTNG = Hormonothérapie de nouvelle génération ; CT = Chimiothérapie ; RT = Radiothérapie

* Haut risque tumoral (essai LATITUDE – CCAFU 2020 - 2022) :

≥ 2 facteurs de risque parmi les suivants :

- Au moins 3 lésions osseuses
- Métastase(s) viscérale(s)
- ISUP ≥ 4

N.B :

- La chimiothérapie utilisée pour ces patients a été du docetaxel
- Le SAd intermittent a été fait dans 2,2% des cas traités par hormonothérapie

Cancers de prostate métastatiques au diagnostic hormonosensibles (N0M+ ou N+M+)

3. Radiothérapie prostate

Radiothérapie prostate (primotraitement) N = 107	GROUPE ≤ 75 ans (n = 261)			GROUPE > 75 ans (n = 252)		
	Faible risque tumoral (n = 146)	Haut risque tumoral (n = 115)	p*	Faible risque tumoral (n = 147)	Haut risque tumoral (n = 105)	p*
Radiothérapie prostatique ± pelvienne	68 (46,6%)	10 (8,7%)	< 0,0001	26 (17,7%)	3 (2,9%)	< 0,001

* Test de Fisher

La radiothérapie prostatique ± pelvienne a été majoritairement utilisée pour les patients du groupe de faible risque tumoral

4. Hormonothérapie Nouvelle génération utilisée dans le CaPmHS

Type d'hormonothérapie nouvelle génération	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Abiratérone	2	1	5	21	18	41	88 (59,4%)
Enzalutamide	0	0	1	3	10	10	24 (16,2%)
Apalutamide	0	0	0	0	14	21	35 (23,7%)
Darolutamide	0	0	0	0	0	1	1 (0,7%)
Total	2	1	6	24	42	73	148 (100%)

L'HTNG est en train de se développer et est plus souvent utilisée depuis 2020. Le Darolutamide a actuellement eu l'AMM en France.

5. Traitement à visée osseuse

Type de traitement à visée osseuse	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Nombre de cas avec métastases osseuses	68	82	65	68	83	92	458
Acide zolédonique	0	0	1	0	0	0	1 (1,1%)
Denosumab	3	6	7	6	2	1	25 (28,1%)
RT antalgique	1	18	13	8	10	13	63 (70,8%)
Total	4	24	21	14	12	14	89 (100%)

RT = Radiothérapie

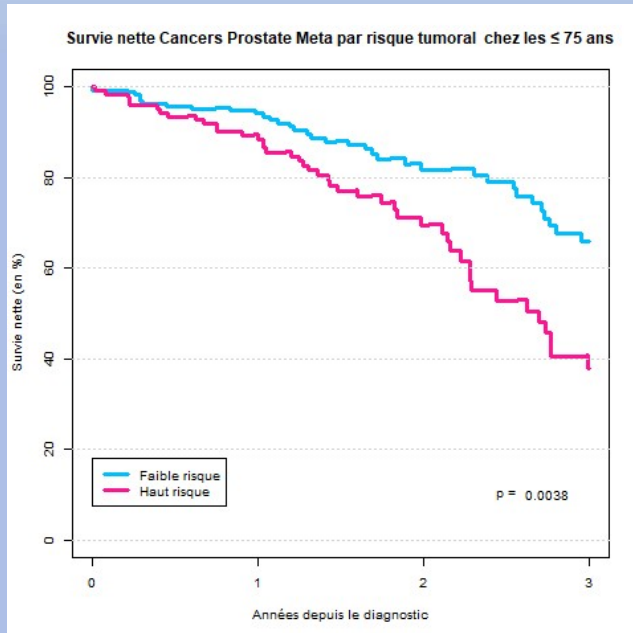
Les traitements à visée osseuse les plus utilisés sont le Dénosumab et la RT antalgique. Pour le traitement par le Dénosumab, ce n'est pas toujours clairement notifié dans les courriers.

Cancers de prostate métastatiques au diagnostic hormonosensibles (N0M+ ou N+M+)

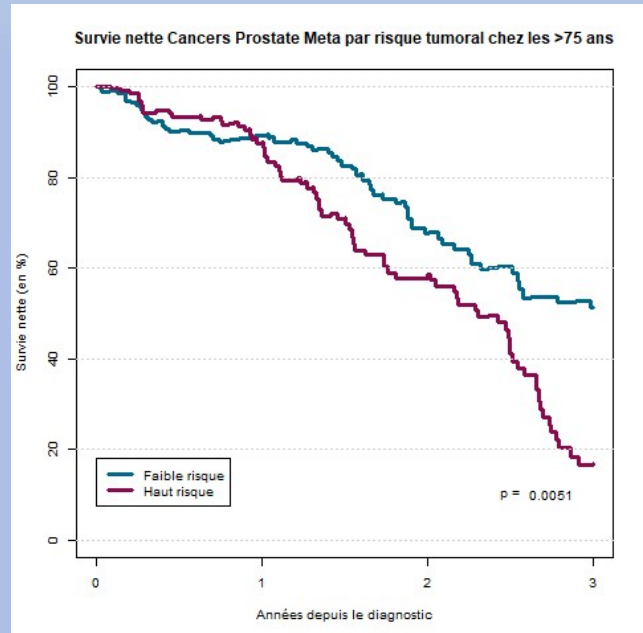
6. Survie nette*

* correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié (date de point : 30/06/2024)

Groupe ≤ 75 ans)



Groupe > 75 ans



Survie nette (%) par groupe d'âge en fonction du risque tumoral

Survie Nette (% [IC95%])	1 an	2 ans	3 ans
Groupe ≤ 75 ans			
Faible risque	94.3 [90.1 ; 98.7]	81.8 [74.3 ; 90.0]	66.0 [55.6 ; 78.4]
Haut risque	89.5 [83.6 ; 95.8]	69.6 [60.0 ; 80.6]	37.8 [26.2 ; 54.4]
Groupe > 75 ans			
Faible risque	89.4 [83.2 ; 96.2]	67.8 [57.4 ; 80.1]	51.3 [39.7 ; 66.5]
Haut risque	87.8 [80.0 ; 96.4]	58.8 [47.5 ; 72.7]	16.9 [9.3 ; 30.6]

La médiane de survie n'a pas pu être analysée car les groupes de faible risque tumoral n'atteignent pas 50% de survie sur la période de suivi de 3 ans contrairement aux groupes de haut risque tumoral.

Bonne fin d'année 2025

**Pour débiter l'année 2026,
la prochaine lettre d'information sera consacrée aux
tumeurs du rein**

RHESOU : Registre Hérault Spécialisé en Onco-Urologie

Pour nous joindre et faire part de vos suggestions :

RHESOU

Registre des tumeurs de l'Hérault
208 rue des apothicaires
34298 MONTPELLIER CEDEX 5

Mail : rhessou@registre-tumeurs-herault.fr

Téléphone : 04 67 41 34 17

Comité de pilotage

François Iborra
Brigitte Trétarre
Xavier Rébillard
David Azria
Jean-Pierre Daurès

Comité Scientifique

Nicolas Abdo	Stéphane Marchal
Olivier Delbos	Ingrid Millet
Adam Gevorgyan	Thibaut Murez
Pierre-Jean Lamy	Grégoire Poinas
Olivier Lauche	Delphine Topart

Remerciements

Nous remercions tous les acteurs de l'Onco Urologie de l'Hérault : les urologues, les radiothérapeutes, les oncologues médicaux, les anatomopathologistes, les radiologues et les médecins nucléaires pour leur implication dans cette étude.