



HAL
open science

La surveillance active du cancer de prostate en Guadeloupe, une cohorte prospective de 234 cas inclus selon les critères de l'université de Toronto

Matthias Meunier

► **To cite this version:**

Matthias Meunier. La surveillance active du cancer de prostate en Guadeloupe, une cohorte prospective de 234 cas inclus selon les critères de l'université de Toronto. Urologie et Néphrologie. 2016. dumas-01686828

HAL Id: dumas-01686828

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01686828>

Submitted on 17 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES

2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2017ANTI0193

**LA SURVEILLANCE ACTIVE DU CANCER
DE PROSTATE EN GUADELOUPE,
UNE COHORTE PROSPECTIVE DE 234 CAS
INCLUS SELON LES CRITERES DE
L'UNIVERSITE DE TORONTO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté
Le jeudi 22 septembre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MEUNIER Matthias

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur BLANCHET Pascal

Madame le Professeur DUFLO Suzy

Monsieur le Professeur DAVIDThierry

Monsieur le Docteur SENECHAL Cédric

Monsieur le Docteur EYRAUD Rémi

Monsieur le Docteur BRUREAU Laurent

Président du jury

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse

Co-directeur de thèse

Membre du jury

UNIVERSITE DES ANTILLES

2016

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2017ANTI0193

**LA SURVEILLANCE ACTIVE DU CANCER
DE PROSTATE EN GUADELOUPE,
UNE COHORTE PROSPECTIVE DE 234 CAS
INCLUS SELON LES CRITERES DE
L'UNIVERSITE DE TORONTO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté
Le jeudi 22 septembre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MEUNIER Matthias

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur BLANCHET Pascal

Madame le Professeur DUFLO Suzy

Monsieur le Professeur DAVIDThierry

Monsieur le Docteur SENECHAL Cédric

Monsieur le Docteur EYRAUD Rémi

Monsieur le Docteur BRUREAU Laurent

Président du jury

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse

Co-directeur de thèse

Membre du jury

« On ne croit qu'en ceux qui croient en eux »

Charles de TALLEYRAND

UNIVERSITÉ DES ANTILLES



FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CÉSAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI	Médecine interne CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Fax : 05 90 89 17 87
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 - Fax : 05 90 89 17 44
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	Ophthalmologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88
Georges JEAN-BAPTISTE	Rhumatologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
François ROQUES	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE	Chirurgie digestive CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie orthopédique CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André WARTER	Anatomopathologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 50
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 85 / 05 96 55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 72

Professeurs des Universités Associés

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 60

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitalier

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse
CEPHISE**

Endocrinologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 37

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

Lauren BRUNIER-AGOT

Rhumatologie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52

Xavier BOUILLOUX

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 66

Philippe CARRERE

Médecine Générale
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 99 99 11

Cédric Sandy PIERRE

ORL
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

Pierre CARRET

Orthopédie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 90 55 22 28

Emilie SAMBOURG

Dermatologie – Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 59

Katlyne POLOMAT

Médecine interne
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22 55

Teddy TOTO

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 37 32 40 / 05 90 89 17 90

Laurent BRUREAU

Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 11 82

GUILLE Jérémy

ORL
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

BLETTERY Marie

Rhumatologie
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

ROUX Guillaume

Parasitologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

Professeurs Émérites

CARME Bernard

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

REMERCIEMENTS

A mon maître et président de thèse, Monsieur le Professeur Pascal Blanchet :

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Je tenais à vous remercier d'avoir permis d'inscrire mes pas dans ceux d'une équipe à votre image : compétente, professionnelle et disponible. J'espère pouvoir continuer longtemps à m'inscrire dans cette voie.

A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Suzy Duflo :

Pour avoir accepté d'être membre du jury. Je vous remercie d'avoir bien voulu juger ce travail à propos d'une glande qui n'est pas tout à fait la thyroïde. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A mon maître et juge, Monsieur le Professeur Thierry David :

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté si spontanément et rapidement de juger mon travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Cédric Sénéchal :

Je te remercie de m'avoir confié ce sujet qui te tient à cœur depuis de nombreuses années, et que tu connais si bien. Nos longues discussions sur le sujet ont été passionnantes et enrichissantes. Merci pour la rigueur avec laquelle tu as su cadrer ce travail.

A mon co-directeur de thèse, Monsieur le Docteur Rémi Eyraud :

Ah Rémi ... Monsieur 200 000 volts et 25 idées à la seconde. Ton enthousiasme, ta bienveillance et ton savoir me guident depuis le début de mon internat. Tu as su me faire comprendre l'essentiel et que professionnalisme peut rimer avec bonne humeur. Merci pour ces fous rires au bloc opératoire et ces apéros à la marina. Merci pour ces heures passées à faire et refaire les statistiques et à me relire. Merci vieille bique.

A mon juge, Monsieur le Docteur Laurent Brureau :

Merci d'avoir toujours eu le bon conseil. Ton sang froid et ta justesse peuvent se résumer en un mot : la force tranquille. Souvenirs d'astreintes, entre patients nocturnes et conversations politiques ou football. Merci aussi d'avoir initié ces travaux de recherche que je poursuis aujourd'hui.

Aux médecins du service d'Urologie :

*Gilles, l'assurance du cool, la gentillesse faite homme, la pédagogie et le savoir en plus et un amateur de jazz, n'en jetez plus, voilà le chirurgien parfait ! **Vivi ou Roukie**, « bon samedi on va kiteeeeeerrrr, ça souffle bien ce week end, ou alors on se fait une journée aux saintes et après tous au Zoooooo », parfaite Virg' ne change pas. **Damien** l'homme de la bonne bouffe et des blocs rapides. **Monsieur Fofana** hugh grand chef. **Johann** l'homme des soirées dansantes et de la moto.*

A tous mes co-internes :

***Manu**, l'homme qui ne dort qu'une heure par nuit et arrive avec une tête de chauve-souris à la visite mais toujours dans la joie et la bonne humeur, merci pour tous ces conseils de début d'internat. **Yvane** la martiniquaise, merci pour ces zouks endiablés à l'instant et pour ton sourire. **Grassano**, mon binôme, mon mentor, mon pote. Déjà à la première soirée passée ensemble j'ai su que nous allions former un duo de choc ! Ça s'est confirmé par la suite: ooouuuu Yeeaaaah ! Et c'est reparti un bloc, deux blocs, dix blocs et puis apéro ! Et toujours bon pied bon œil mon YoYo. **Sophie** mon autre binôme, notre duo pourrait se résumer à une entente parfaite. **Arnaud** le roi de la vanne à 2 francs. **Mélanie**, toujours prête à me suivre jusqu'au bout de la fête et toujours en version fou rire. Et enfin **Ralphy**, l'homme de Beyrouth, j'ai été ton guide en Guadeloupe, tu as été mon guide de chicha, de gâteaux libanais, de ballons ... Merci pour tous ces bons moments.*

A l'ensemble du service d'Urologie:

Cadre, Infirmiers, aide-soignants :Merci à tous

***Mr Carpin** notre cadre, Ka ou fé ? Toujours une tape sur l'épaule ou un encouragement, **Léna** pour cette bonne humeur communicative et ses leçons de créole, **Séverine** pour son sourire et sa prévenance, **Hélène** pour sa gentillesse, **Steph** pour ses fous rires, **Catherine** la tatie du service, **Evelyne** : « comment ca vaaaaa ? » **Jojo**, **Linsay** ma choupette, **Gina**, **Francianne**, **Annick**, **Agnès**, **Marie-Annick**, **Moïsette**, **Lydie**, **Jonathan**, **Dina**, **Mégane**, **Céline**, **Marie-Louis**, **Alain**, et tous ceux et celles que j'oublie ...*

***Aux secrétaires** : **Claudine** sans qui ce travail n'aurait pu aboutir si vite, pour toutes ses confidences dans le bureau des secrétaires ... et **Marlyse** pour tous ces contre-staffs à plaisanter et pour ta bonne humeur, sans oublier **Priscille**.*

Au personnel du bloc opératoire :

*Merci à nos chères Ibode : **Manuela**, **Lubricia** et **Sarah**.*

Aux médecins du CHBT :

*A **Maria-Grazia Serra**, ma maman de Basse-Terre, la première à m'avoir fait confiance et à m'avoir vraiment donné la main. Merci pour ta générosité et ta gentillesse. Après avoir été ton interne et ton orateur au congrès, nous resterons, j'en suis sûr, amis.*

*A **Mr Chérubin**, le chef de service le plus adorable de toutes les Antilles. Merci de permettre à des internes de s'épanouir dans votre super service.*

*Au **Dr Sfeir**, « noooooon !! Attention ta main pas comme ça, comme ça ! » Votre exigence et votre compétence forcent le respect. Et derrière le chirurgien il y a l'homme, toujours prévenant, prêt à pousser votre voiture qui ne démarre pas. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.*

A l'ensemble de l'unité Inserm U 1134 :

***Marc Romana** pour tous ses sages conseils teintés d'humour second degré, merci d'avoir su m'apprendre la rigueur scientifique, **Séverine** ma coach, celle sans qui je n'aurais rien pu apprendre au laboratoire, merci pour ta méticulosité, ta patience et ta rigueur. **Kizzypour** pour ses fous rires de bon matin, ça y est la thèse est passée pour nous deux ! **Yoann** pour toutes ces discussions et **Marie Garnier** mon maître à penser de la mise en page. Merci à tous pour ces petits déjeuners toujours parfaitement organisés, ou presque.*

Au Docteur Luc Multigner :

Je vous remercie d'avoir bien voulu me diriger pour cette année scientifique et théorique. Votre compétence et vos préceptes me guident vers l'excellence.

A ma famille :

A mes parents, Nicole et Philippe :

*Vous avez su vous créer une vie fantastique et qui vous ressemble. Vous m'avez parfaitement montré le chemin à suivre pour réussir la mienne. Vous m'avez inculqué des valeurs nobles : toujours être positif, rester loyal en amitié, suivre ses passions, rechercher l'équilibre dans sa vie, et de tout cela découle le bonheur. Vous êtes non seulement mes parents, mais mes confidents, mes meilleurs amis, mes conseillers. Pour tous les moments fantastiques que l'on a partagé tous les trois, je tenais à vous remercier du fond du cœur. Cette thèse est l'aboutissement de tout ce que vous avez réussi à faire de moi : Un homme épanoui.
Je vous aime.*

A mon oncle, Jean-claude :

Cher tonton, merci d'avoir toujours été là pour moi. Tu es l'autre partie de ma famille qui m'est indispensable. Ta gentillesse, ton humour, ton élégance et ta culture auront toujours été source d'admiration pour moi. Ma thèse je l'espère, te rendra fier. Pour tout ce que nous avons partagé et que nous partagerons encore, pour tous tes précieux conseils, je voulais te remercier de tout mon cœur.

A ma grand-mère, Simone : *J'aurais tant aimé que tu sois à nos côtés pour ce moment, toi qui m'a soutenu depuis toujours, mais j'ai gagné mon pari et tu m'auras vu devenir docteur. Merci pour ton énergie et ton positivisme qui ont toujours été une force pour moi.*

A ma grand-mère Françoise, *merci d'avoir été le roc d'amour sur lequel s'appuyait toute la famille, et à mon grand-père, médecin, Henrique je tiens à remercier d'avoir su transmettre l'envie de soigner les patients. Tu m'auras vu rentrer en première année, et je sais que de là-haut tu es fier de ton petit-fils.*

A mes tantes Dominique et Martine *merci pour leur amour et leur bonne humeur et merci à mes cousins Nicolas, Marion, Stéphanie et Philippe, mais aussi Michèle, Maurice, David, Carine, Stéphane, Katia et Olivier.*

A Gaël : *Pour ta prévenance et ta gentillesse, toi qui fais désormais partie de la famille, je voulais te remercier.*

A mes amis :

A Damien : *Mon ami de toujours. On aura tout partagé ensemble, mais surtout les bons moments que l'on ne peut plus compter. Vacances, week-end de folie, soirées jusqu'au bout de la nuit ... Tu es non seulement le frère que je n'ai pas eu, mais surtout un ami génial et fidèle, toujours avec les mots justes. Merci mon pote.*

A Mathias : *Malgré l'éloignement qui nous a guidé chacun à l'opposé du globe, nous avons su maintenir cette belle amitié. Merci d'avoir été l'original de mes amis, celui qui te fait toujours réfléchir et te remettre en question. En souvenirs de toutes ces discussions autour d'un bon vieux vinyle de rock and roll ou de soul, je voulais te dire merci d'être encore là. Ciao amigo.*

A Polo : *Mon vieil ami d'enfance. Et « bieeeen suuur », toujours prêt à m'accueillir dans son palace parisien, et aller boire une fraîche au bistrot. Merci d'avoir été là toutes ces années.*

A Franky : *Il me tarde de retrouver la fine équipe du trio et de plaisanter autour d'une terrasse de café parisien. La vie londonienne n'est pas exactement la vie antillaise mais bientôt on sera à nouveau de retour sur le marché. Merci mon poulet.*

A Alexandra : *Ma confidente, si tu ressortais toutes les casseroles que tu connaissais sur moi ... Toutes nos années d'études nous avons été côte à côte. Merci pour ces tous ces debriefs interminables. Merci d'être la plus belle, la plus intelligente et la plus parfaite.*

A Amélie: *méli-mélomerci d'avoir toujours été la sœur que je n'ai pas eue.*

A Charlotte : *Chaaachooouu, la vieille pote d'enfance, toujours le petit sourire complice, la danse avec une amie de toujours. Merci poulette.*

A Thomas : *« Hey voisin ? Ce soir on se night ou pas ? Une petite bouteille de vovo ? ». A bientôt sur Ré, Paris ou la Guadeloupe, on trouvera.*

A Fabien : *Entre Paris et Boston, qu'est ce qui nous lie ? La Guadeloupe bien sur !*

A Matao *merci d'avoir été le seul courageux à venir me voir et à* **Toto, Jean-jean, Youssoun'dour, Alex Ao, Gerald, Pigo, Edmond, Fafa, Clem et Tiph :** *La fine équipe, merci à tous d'avoir toujours été là !*

A Matthieu Roger : *Mon ami de D4, toujours prêt à affronter le bleu ensemble ou à escalader les terrasses de la rue de la montagne sainte-Geneviève. Merci pour tous ces déjeuners familiaux post-confs du samedi. Merci de ces discussions interminables sur le cinéma d'auteur hongrois ou l'art de la chistera toulousaine. Et merci aussi à ta femme **Alice**, vous formez un couple magnifique.*

A mes colocs de Petit-Bourg : Marcelle, Ludivine et Coline. *Merci les filles pour toutes ces sacrés soirées, ces barbecues improvisés et ces bains de midi ... ou de minuit ! Je n'aurais pas pu rêver meilleure arrivée aux Antilles ! A très bientôt.*

A mes colocs de Basse-Terre :Rémi le Chti, *venu du nord mais parfaitement créolisé, toujours prêt pour un coup de pêche ou un coup de ti-punch,***Alessia** *la meilleure italienne de Guadeloupe et* **Julien** *l'anesth professoral. Merci les enfants pour ces 6 mois incroyables dans cette maison où l'on pouvait toucher les saintes du bout des doigts.*

A Mathieu dit Mitch :*Quel rencontre ! Un ami cultivé, toujours prêt à entamer une discussion philosophique autour de quelques tapas. Des soirées qui se finissent toujours bien, quoique ... Merci d'avoir supporté mes comptes rendu de journée au laboratoire.*

A Gunther : *Le G.O des Antilles. L'homme qui vous met de bonne humeur quoiqu'il advienne, merci pour tous ces grands moments passés sur ton île. On a bien profité non ? « Va leur dire !! »*

A Jerem et Lulu : *Les fantastiques mariés du pays basque, merci de nous avoir fait un peu rentrer dans votre famille, on sera toujours là.*

A Alexandra, mon bab :

« Derrière tout grand homme, il y a une grande femme ». Je n'ai pas la prétention d'être un grand homme, mais ce dont je suis sûr c'est que tu es une femme formidable. Ton amour et ton soutien me sont indispensables. Tu illumines ma vie. J'espère pouvoir accomplir avec toi d'incessants projets, continuer à partager les passions qui nous unissent, et poursuivre l'idée du bonheur d'une existence à tes côtés. Merci d'être la femme qui me comble et me tire vers le haut.

Je t'aime

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES	15
LISTE DES ABREVIATIONS	16
RESUME	17
INTRODUCTION	21
METHODES	23
<i>Conception de l'étude</i>	23
<i>Analyse statistique</i>	24
RESULTATS	25
<i>Population</i>	25
<i>Mortalité et métastases</i>	28
<i>Traitement</i>	30
DISCUSSION	34
CONCLUSION	39
REFERENCES	40
ANNEXES	45
SERMENT D'HIPPOCRATE	56

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Tableau 1	26
Tableau 2	30
Tableau 3	33
Tableau 4A	49
Tableau 5A	49
Tableau 6A	50
Tableau 7A	54
Tableau 8A	55
Figure 1	27
Figure 2	29
Figure 3	31
Figure 4A	51
Figure 5A	52
Figure 6A	53

Généralités sur la surveillance active du cancer de prostate44

LISTE DES ABREVIATIONS

CaP : Cancer de Prostate

HR : Hazard Ratio

IC : Intervalle de Confiance

OR : Odds Ratio

PSA : Prostate Specific Antigen

SA : Surveillance Active

RESUME

Introduction

La surveillance active (SA) est une option de traitement pour les cancers de prostate (CaP) de risque favorable. Pourtant les données sur les populations originaires d'Afrique subsaharienne manquent. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la sécurité et le bénéfice de la SA dans une population Guadeloupéenne de patients présentant un CaP de risque favorable. L'objectif secondaire était de rechercher des arguments en faveur de l'agressivité de ces cancers.

Patients et méthodes

Une étude de cohorte prospective mono-centrique a été réalisée en Guadeloupe entre 2005 et 2016, incluant des patients présentant un CaP de faible risque ($\leq T2a$; $PSA \leq 10$ ng/ml; $Gleason \leq 6$) ou de risque intermédiaire favorable ($\leq T2b$; $PSA 10-20$ ng/ml; $Gleason \leq 3+4$; espérance de vie < 10 ans) en SA. Un traitement était recommandé en cas de progression histologique, d'augmentation du volume tumoral, de temps de doublement du PSA < 36 mois ou de souhait du patient. Les critères de jugement principaux étaient la survie globale, la survie-spécifique et le temps passé en SA. Le critère de jugement secondaire était le risque de récurrence après prostatectomie (CAPRA-S score) des patients sortis de SA. Une analyse multivariée a été réalisée selon le modèle de Cox pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de sortie de SA. Une analyse multivariée a été réalisée par régression logistique pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de récurrence après prostatectomie.

Résultats

Au total, 234 patients (âge médian: 64 ans) ont été inclus. Le suivi médian était de 4 ans (IQR : 2,3-5,5 ans). La survie globale à 2,5 ans, 5 ans et 10 ans était de respectivement : 99,5 %, 98,5 %, 90,7 %. La survie spécifique à 2,5 ans, 5 ans et 10 ans était de 100%. Les raisons les plus fréquentes de sortie de SA étaient l'augmentation du volume tumoral (35,5%) et la progression histologique (32,3%). À 2,5 ans, 5 ans et 10 ans, 72,7%, 52,6%, 40,4% des patients demeuraient sans traitement et en SA. L'âge ($p = 0,006$; HR = 0,96 par année additionnelle ; IC 95% = 0,93 - 0,99) et la densité du PSA ($p < 0,001$; HR = 1,52 par 0,1 additionnel ; IC 95% = 1,20 - 1,89) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de sortie de SA. Soixante-treize patients (31,2% de la cohorte) ont été traités par prostatectomie. Après évaluation du score CAPRA-S, 32 patients (43,8%) présentaient un risque intermédiaire ou élevé de récurrence après prostatectomie. L'âge ($p = 0,043$; OR = 1,15 par année additionnelle ; IC95% = 1,04 - 1,28) et la densité du PSA ($p < 0,001$; OR = 5,02 ; IC95% = 2,19 - 14,82) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de récurrence après prostatectomie (CAPRA-S ≥ 3).

Conclusion

La SA est sûre et bénéfique pour les patients Antillais présentant un CaP de risque favorable. Le taux de patients sortis de SA semble traduire une plus grande proportion de cancers agressifs dans cette population. La densité du PSA pourrait permettre de mieux sélectionner ces patients.

ABSTRACT

Introduction

Active surveillance (AS) is a treatment option for prostate cancer (PCa) of favorable risk. Yet data on populations from sub-Saharan Africa are lacking. The main objective of this study was to evaluate the safety and benefit of AS in a Caribbean population of men with favorable risk PCa. The secondary objective was to seek evidence for the aggressiveness of these cancers.

Patients and methods

A mono-center prospective cohort study was conducted in Guadeloupe between 2005 and 2016, including patients with a low risk PCa ($\leq T2a$; PSA ≤ 10 ng/ml; Gleason ≤ 6) or intermediate favorable risk ($\leq T2b$; PSA 10-20 ng/ml; Gleason $\leq 3+4$; life expectancy < 10 years) in AS. Treatment was recommended in case of: histological progression, biopsy volume progression, PSA doubling time < 36 months or patient's wishes. The primary endpoints were overall survival, cancer-specific survival and time to stopping AS. The secondary endpoint was the risk of recurrence after prostatectomy (CAPRA-S score) in patients who have discontinued AS. Multivariate analysis was performed using the Cox model to search for predictive factors at baseline for stopping AS. Logistic regression was performed to search for predictive factors at baseline for recurrence after prostatectomy.

Results

A total of 234 men (median age, 64 years) were included. Median follow-up was 4 years (IQR : 2.3-5.5 years). Overall survival at 2.5 years, 5 years and 10 years was respectively 99.5%, 98.5%, 90.7%. Specific survival at 2.5 years, 5 years and 10 years was 100%. The most frequent reasons for stopping AS were biopsy volume progression (35.5%) and histological progression (32.3%). At 2.5 years, 5 years and 10 years, 72.7%, 52.6%, 40.4% of patients remained untreated and on AS. Age ($p = 0.006$; HR = 0.96 per additional year; 95% CI = 0.93 to 0.99) and PSA density ($p < 0.001$; HR = 1.52 by additional 0.1; 95% CI = 1.20 to 1.89) were found as independent predictive factors for stopping AS. Seventy three patients (31.2% of the cohort) were treated by prostatectomy. After evaluation of the CAPRA-S score, 32 patients (43.8%) had intermediate or high risk of recurrence after prostatectomy. Age ($p = 0.043$; OR = 1.15 per additional year; 95% CI = 1.04 to 1.28) and PSA density ($p < 0.001$; OR = 5.02; 95% CI = 2.19 to 14, 82) were found as independent predictive factors for recurrence after prostatectomy (CAPRA-S ≥ 3).

Conclusion

AS is safe and beneficial for Caribbean patients with favorable risk PCa. The rate of patients who have stopped AS seems to reflect a greater proportion of aggressive cancers in this population. PSA density might help to have a better selection of these patients.

INTRODUCTION

Le cancer de prostate est au niveau mondial le second cancer en terme de fréquence, et le sixième cancer en terme de mortalité (1). Le dosage du Prostate-Specific Antigen (PSA) lors du dépistage du cancer de prostate (CaP) permet de réduire la mortalité spécifique liée au cancer de prostate (2). Son utilisation conduit au sur-traitement de patients présentant un CaP de faible risque avec une pathologie d'évolution indolente (3)(4).

La surveillance active (SA - Voir généralités en annexe) est une option qui pourrait permettre d'éviter le sur-traitement des patients présentant un CaP de faible risque, tout en préservant la possibilité d'un traitement curatif différé (5). Bien que son utilisation ne soit pas encore généralisée (6), les données récentes de la littérature suggèrent que la SA est devenue une option thérapeutique fiable et sûre, car le taux de mortalité spécifique des patients en SA est inférieur à celui des patients en abstention-surveillance (7). Il semble par ailleurs comparable à celui d'un traitement définitif (8), tout en préservant une meilleure qualité de vie (9).

L'étude de la SA a été réalisée ces vingt dernières années sur des populations à majorité caucasiennes. Il existe à ce jour peu d'études prospectives observationnelles avec des effectifs conséquents de patients originaires d'Afrique subsaharienne en SA (10). Le CaP est plus fréquent et plus agressif dans ces populations (11). L'origine ethnique pourrait être facteur prédictif de progression histologique et d'évolution péjorative pour les patients éligibles à une SA (12)(13).

La Guadeloupe est une île Caraïbienne et un département français, dont la population est majoritairement originaire d'Afrique subsaharienne(14). L'incidence standardisée du CaP en Guadeloupe est une des plus élevées au monde avec 180 cas par an pour 100 000 Habitants(15).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la sécurité et les bénéfices de la SA dans une population à risque. L'objectif secondaire était de rechercher des arguments en faveur de l'agressivité de ces cancers dans cette population.

METHODES

Conception de l'étude

Nous avons initié une étude de cohorte prospective mono-centrique au centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre en Guadeloupe le 1^{er} janvier 2005, pour évaluer la faisabilité et la pertinence d'un protocole de SA du CaP dans une population à majorité originaire d'Afrique subsaharienne.

L'inclusion dans notre protocole en surveillance active était proposée à tous les patients présentant une pathologie de faible risque: un stade clinique \leq T2a, un dosage du PSA \leq 10 ng/ml et un score histologique Gleason \leq 6, et aux patients présentant une pathologie de risque intermédiaire favorable: un stade clinique \leq T2b, un PSA compris entre 10 et 20 ng/ml, un score histologique Gleason \leq 3+4 ainsi qu'une espérance de vie inférieure à 10 ans et des comorbidités significatives.

La surveillance des patients s'effectuait par un toucher rectal et un dosage du PSA tous les 6 mois, une biopsie de confirmation dans les douze premiers mois de suivi, puis des biopsies tous les 2 à 4 ans.

Un traitement curatif était recommandé selon les critères suivants : souhait du patient, temps de doublement du PSA \leq 36 mois, progression histologique, augmentation du volume tumoral sur les biopsies répétées: augmentation du nombre de carottes envahies et/ou augmentation de la longueur tumorale totale. Les critères de sorties de SA pouvaient être uniques, ou multiples. En cas de critères multiples, la cause principale retenue était celle inscrite sur le compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire, composée d'urologues, de radiothérapeutes, d'oncologues, de

radiologues et d'anatomo-pathologistes, actant le choix initial de la modalité thérapeutique.

Les patients étaient informés sur les modalités de suivi et de sortie de SA, et consentants.

Analyse statistique

Une analyse de survie de type Kaplan-Meier a été réalisée pour tous les patients. Les critères de jugements principaux étaient la survie globale, la survie spécifique et le temps passé en SA. Les critères de jugements secondaires étaient le taux de récurrence biologique après traitement et le risque de récurrence post-chirurgical d'après le score CAPRA-S (FIGURE 4A, 5A et 6A)(16).

La récurrence biologique était définie par un taux de PSA supérieur à 0,2 ng/ml après chirurgie et par un taux de PSA + 2 ng/ml du nadir après radiothérapie. L'évaluation du risque de récurrence était réalisée grâce au CAPRA-S score, composé par: le PSA pré-chirurgical, le score de Gleason, la présence de marges chirurgicales, l'extension extra-capsulaire, l'envahissement des vésicules séminales et l'envahissement ganglionnaire. Le risque de récurrence après prostatectomie était déterminé comme faible, intermédiaire ou élevé.

Une analyse multivariée a été réalisée selon le modèle de Cox pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de sortie de SA. Une analyse multivariée a été réalisée par régression logistique pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de récurrence après prostatectomie. Les analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel JMP pro 9.0 (SAS Institute Inc, Cary, NC).

RESULTATS

Population

Entre le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} mars 2016, 234 patients ont été inclus dans notre cohorte. L'âge médian au diagnostic était de 64 ans (IQR : 59-70 ans, Tableau 1). Le suivi médian était de 4 ans (IQR : 2,3-5,5 ans, Tableau 1). Cent dix-huit patients (50,5%) ont été suivis \geq 4 ans. Au 1^{er} mars 2016, 136 patients (58,1%) étaient en surveillance active, 82 (35,0%) étaient traités et vivants, et 16 (6,9%) étaient en attente de traitement, perdus de vue ou décédés (Figure 1).

Au moment du diagnostic, 215 patients (91,9%) présentaient un faible risque et 19 patients (8,1%) un risque intermédiaire favorable : 16 patients (6,8%) avaient un PSA $>$ 10 ng/ml, 3 patients (1,3%) avaient un score de Gleason = 3+4 et aucun ne présentait un PSA $>$ 10 ng/ml et un score Gleason = 3+4 (Tableau 4A). 179 patients (76,5%) ont été diagnostiqués après élévation du PSA, 45 (19,2%) avaient un toucher rectal anormal et 10 patients (4,3%) ont été diagnostiqués après résection trans-urétrale de prostate ou adénomectomie voie haute (Tableau 5A).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients au diagnostic

Caractéristiques	Cohorte entière (N =234)	
	Médiane	InterQuartile
Age au diagnostic, années	64	59-70
Taux de PSA, ng/ml	5,69	4,4-7,3
Volume prostatique, cc	44	32-60
Densité du PSA, ng/ml/cc	0,12	0,09-0,18
Nombre de biopsies	12	12-12
Longueur tumorale biopsique totale, mm	1	1-2
Nombres de biopsies envahies	1	1 - 2
Délai biopsies n°1/biopsies n°2, mois	7,7	4,5 – 13,6
Suivi, mois	48	27,7 – 66,5

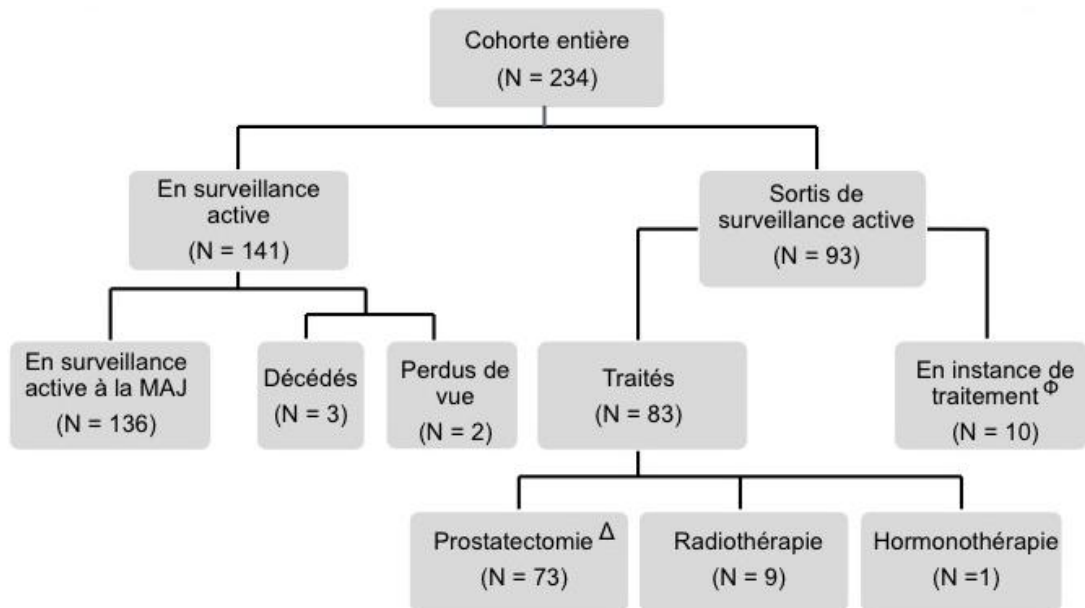


Figure 1 : Diagramme de flux

MAJ : Mise A Jour (1^{er} mars 2016) ; Δ : Dont un patient décédé ;

Φ: Dont un patient perdu de vue.

Mortalité et métastases

Sur les 234 patients suivis, 4 étaient décédés (1,7%). Parmi ces 4 patients, aucun n'était mort de son CaP. Trois étaient décédés d'une cause cardio-vasculaire et un d'un cancer du pancréas métastatique. L'âge médian du décès était de 71,7 ans. Trois patients étaient décédés avant traitement, un après. Ils avaient bénéficié de la SA avant leur décès pendant une durée médiane de 4 ans.

Sur l'entière cohorte, un patient (0,4%) avait présenté un envahissement ganglionnaire et aucun n'avait présenté de métastases à distance. Ce patient présentait au diagnostic un CaP Gleason=6, et avait présenté d'une reclassification après les biopsies de confirmation (Gleason = 4+3). Après prostatectomie, l'anatomopathologie définitive retrouvait un score de Gleason = 3+4 avec marges chirurgicales envahies.

La survie globale à 2,5 ans, à 5 ans et à 10 ans était de respectivement :99,5 %, 98,5 % et90,7 % (Figure 2).La survie spécifique à 2,5 ans, à 5 ans et à 10 ans était de 100%.

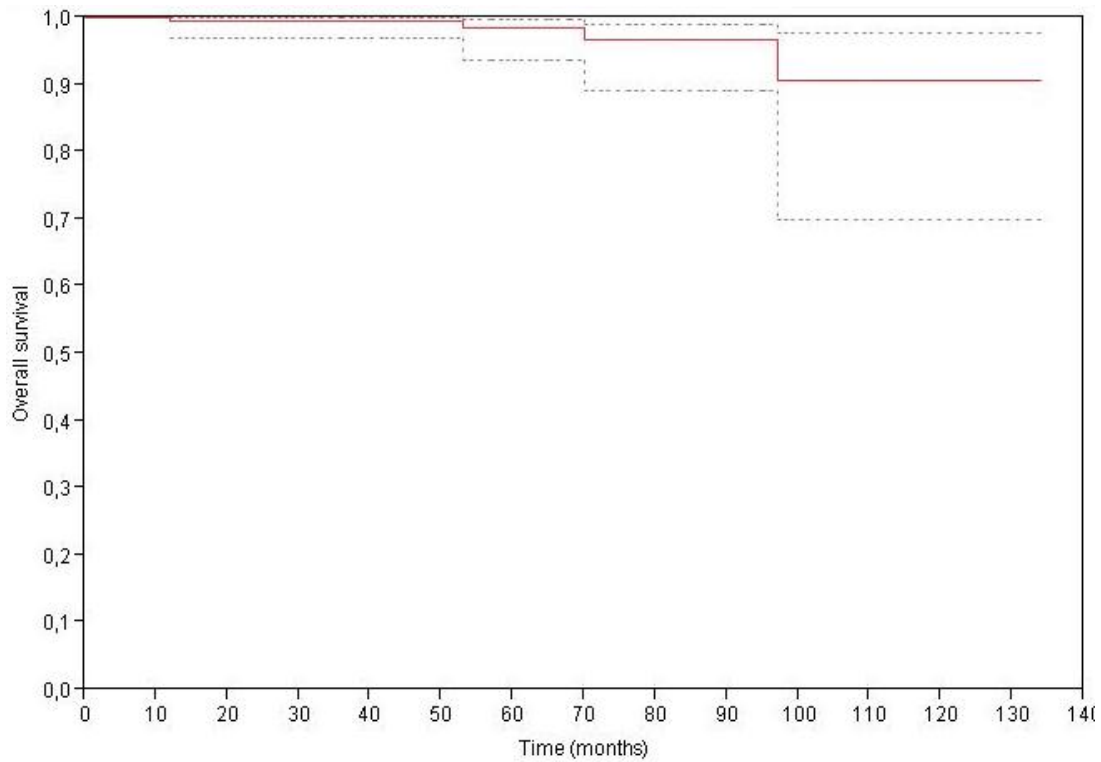


Figure 2 : Courbe de survie globale selon Kaplan-Meier, avec IC 95%
(Cohorte entière)

Traitement

Au moment de l'analyse 83 patients (35,5%) étaient traités et 10 patients (4,3%) étaient sortis de surveillance active et en attente de traitement. Parmi ces 93 patients, les causes les plus fréquentes de sortie de SA étaient l'augmentation du volume tumoral (35,5%) et la progression histologique (32,3%); les causes de sortie de SA sont listées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Causes de sortie de SA

Causes de sortie de SA	Patients sortis de SA (N =93)	
	Nb	%
Augmentation du volume tumoral	33	35,5
Progression du score de Gleason	30	32,3
TD PSA <3ans	12	12,9
Souhait du patient	7	7,5
Autres :		
Modifications IRM	6	6,5
Rétention aigue d'urines	3	3,2
Inobservance	2	2,1

À 2,5 ans, 5 ans et 10 ans, respectivement : 72,7%, 52,6% et 40,4% des patients demeuraient sans traitement et en SA(Figure3).Aprèsanalyse multivariée,l'âge ($p=0,006$; HR=0,96 par année additionnelle; IC95%=0,93-0,99) et la densité du PSA ($p<0,001$; HR=1,52 par 0,1 additionnel; IC 95%=1,20-1,89) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de sortie de SA (Tableau 3, Tableau 6A). Sur les 234 patients de la cohorte, 146 (62,4%) ont bénéficié d'une IRM au diagnostic. Une IRM anormale au diagnostic n'était pas associée à la sortie de SA ($p=0,3$).

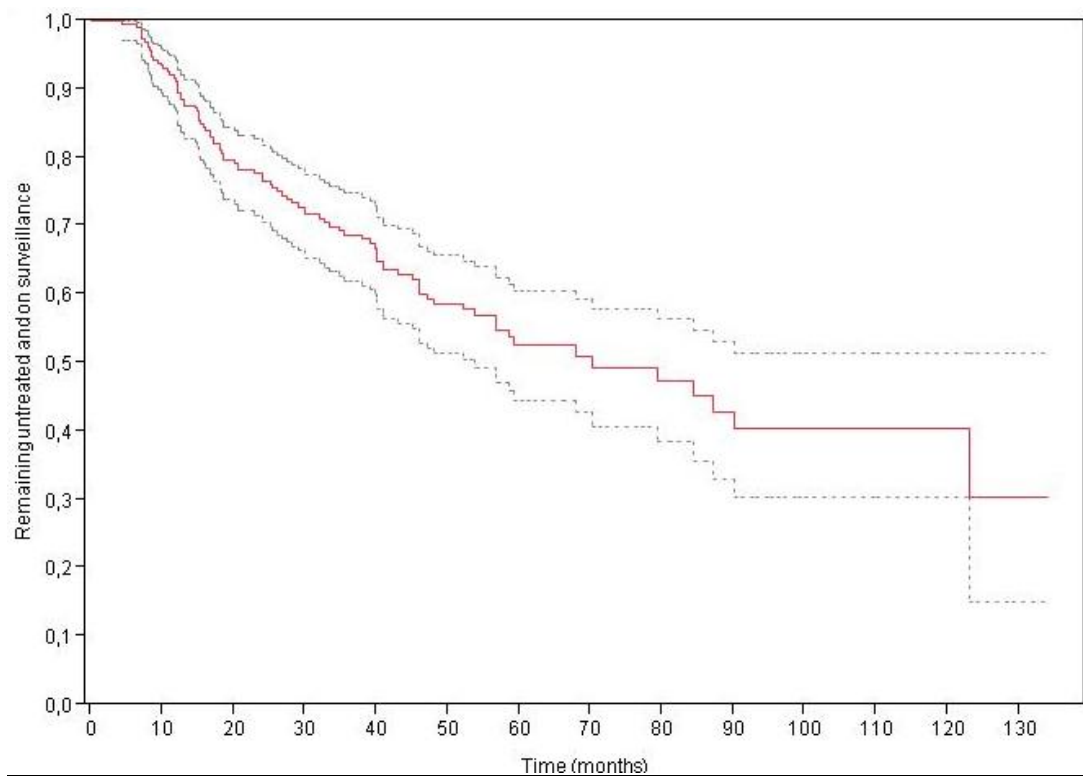


Figure 3 : Patients en SA en fonction du temps, avec IC 95% (Cohorte entière)

Sur les 83 patients ayant bénéficié d'un traitement, 73 avaient bénéficié d'une prostatectomie radicale (88,0%), 9 avaient bénéficié de radiothérapie externe (10,8%) et 1 d'hormonothérapie (1,2%). Le délai médian entre la date du diagnostic et le traitement était de 18,4 mois (IQR : 11,4-37,8 mois), sans différence statistiquement significative entre les différentes modalités. Les patients ayant bénéficié de prostatectomie radicale étaient significativement plus jeunes que ceux ayant bénéficié d'une radiothérapie externe : 62 ans (IQR : 56 - 67 ans) vs 72 ans (IQR : 67,5 - 75 ans); $p < 0,001$.

Des dosages du PSA post-opératoire étaient disponibles pour tous les patients traités. Un suivi post-opératoire ≥ 1 an a été effectué chez 66 patients (79,5%). Parmi les patients traités, 8 avaient présenté une récurrence biologique, soit 9,6% des patients traités et 3,4% de la cohorte entière.

Sur les 73 patients ayant bénéficié d'une prostatectomie radicale, l'analyse histologique de la pièce opératoire retrouvait 68 stades pT2 (93,2%) et 5 pT3 (6,8%). 33 patients présentaient un score de Gleason = 6 (45,2%), 31 un Gleason = 3+4 (42,5%) et 9 un Gleason = 4+3 (12,3%). 38 patients (52,0%) avaient bénéficié d'une reclassification histologique par rapport aux biopsies diagnostiques et 23 patients (31,5%) avaient bénéficié d'une reclassification histologique par rapport aux biopsies systématisées de plus haut grade.

D'après le score CAPRA-S, 41 patients (56,2%) présentaient un faible risque de récurrence après prostatectomie, 30 patients (41,1%) un risque intermédiaire et 2 patients (2,7%) un risque élevé. Après analyse multivariée, l'âge ($p=0,003$; OR=1,15; IC 95%=1,04-1,28) et la densité du PSA ($p<0,001$; OR=5,02 par 0,1 additionnel; IC 95%=2,19-14,82) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de récurrence après prostatectomie (Tableau 3, Tableau 7A et 8A).

Tableau 3 : Analyse multivariée des facteurs diagnostics associés à la sortie de SA (cohorte entière) et au risque de récurrence (patients ayant bénéficié d'une prostatectomie)

Facteurs associés à la sortie de SA	p	HR	IC 95 %
Age	0,006	0,96	0,92 - 0,99
PSA densité, par 0.1 additionnel	<0,001	1,51	1,20 - 1,89
Facteurs associés à un risque de récurrence faible	p	OR	IC 95 %
Age		1,00	
PSA densité, par 0.1 additionnel		1,00	
Facteurs associés à un risque de récurrence intermédiaire et élevé	p	OR	IC 95 %
Age	0,003	1,15	1,04 – 1,28
PSA densité, par 0.1 additionnel	<0,001	5,02	2,19 - 14,82

DISCUSSION

Le CaP est une pathologie complexe pour laquelle il existe un continuum entre les différents types de prise en charge et la SA est de mieux en mieux acceptée pour les tumeurs de faible risque. En effet le traitement curatif n'apporte pas de bénéfice en terme de mortalité pour les CaP de faible risque (17). Avec des taux de survie globale compris entre 80 et 95 % à 10 ans, et des taux de survie spécifique compris entre 95 et 100% à 10 ans, surveiller activement les patients ayant un CaP de faible risque est une approche sûre et reproductible. Pourtant la plupart des travaux prospectifs de SA ont été menés en population à majorité caucasienne. Il persiste des doutes en terme de sécurité et d'efficacité pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne, qui présentent une incidence et une agressivité plus élevée de CaP(11). Les différentes séries existantes tentent de répondre à cette question en se basant soit sur des analyses rétrospectives (12) soit sur de faibles effectifs (10). Notre étude propose d'évaluer prospectivement la SA en population à risque.

Dans notre série, nous avons retrouvé des taux de survie globale et de survie spécifique à 5 et à 10 ans semblables à ceux de la littérature pour des populations à majorité caucasiennes(8). Aucun de nos patients n'est décédé de son CaP, et un seul (0,4%) a présenté une atteinte ganglionnaire qui pourrait induire une évolution péjorative. Ces résultats vont dans le sens de la sûreté de la SA en population à risque.

D'autre part, une des forces de notre étude est le suivi de nos patients (1,3 % de perdus de vue), qui s'explique par notre statut insulaire, mais aussi par l'offre de soins, car notre centre est le seul établissement public à proposer de l'urologie en Guadeloupe.

Bien que la SA fasse désormais consensus, il persiste de grandes disparités dans le choix des critères d'inclusion(18). Hawken et al.(19) a montré que des critères plus restrictifs permettent une meilleure sélection des patients, mais en excluent davantage qui feraient de bons candidats à la SA.

Nous avons choisi des critères d'inclusions regroupant des patients de faible risque, secondairement étendus à des patients de risque intermédiaire associé à une espérance de vie limitée.Klotz et al. (7) a retrouvé une faible mortalité à 15 ans de patients préalablement sélectionnés présentant un risque d'Amico intermédiaire.Nous avons voulu savoir s'il était pertinent d'utiliser ces critères en population à risque. Chez nos patients à risque intermédiaire, les résultats étaient satisfaisants.Les taux de survie, globale et spécifique,étaient de 100%.Letaux de patients de risque intermédiaire demeurant en SA était comparable avec celui des patients de faible risque. Ces résultats doivent être tempérés par le faible effectif (n = 19) sur lequel ils s'appuient.

Un des points majeurs d'évaluation de la SA est son bénéfice réel, c'est à dire la proportion de patients ayant pu éviter une intervention. Dans notre cohorte, les taux de patients demeurant en SA à 5 ans et à 10 ans sont inférieurs de 10 à 20 % à ceux retrouvés en population générale(7)(8).Ces résultatssemblent concordants avecceux déjà obtenusdans la littératuremontrant un risque de progression supérieurchez les populations originaires d'Afrique subsaharienne en SA(20)(21). Cependant dans notre population, à 5 ans, plus d'un patient sur 2 demeure en SA, évitant ainsi les désagréments et les risques d'un traitement radical. Ces résultats soulignent le bénéfice de la SA dans notre population.

Une étude récente a montré que les patients afro-américains en SAétaient plus susceptibles d'avoir une reclassification par progression histologique sur les biopsies

répétées que les patients américains caucasiens, suggérant une plus grande agressivité de ces tumeurs (22). L'agressivité de ces tumeurs pourrait expliquer la plus grande proportion de mise en traitement dans notre cohorte.

Une des forces de notre étude est le nombre ($n = 73$) mais aussi la proportion (88,0%) de patients ayant bénéficié d'un traitement chirurgical par prostatectomie, pour lesquels nous possédons une histologie définitive. Plus de la moitié des patients (52,0%) ont bénéficié d'une reclassification histologique entre la biopsie diagnostic et la pièce opératoire, et près d'un patient sur deux (43,8%) présente un risque de récurrence important ($\text{CAPRA-S} \geq 3$) après prostatectomie. Nos résultats sont cohérents avec ceux reportés par Sundi et al. (12), et montrent cette même tendance pour ces patients à présenter des tumeurs de mauvais pronostic.

Une des explications à ce phénomène pourrait être le placement antérieur plus fréquent des tumeurs index chez les patients d'origine africaine (23). Ces lésions antérieures sont aussi plus susceptibles de présenter une progression histologique sur la pièce de prostatectomie. Par conséquent ces patients ont potentiellement une part importante de lésions agressives manquées par les biopsies systématisées trans-rectales.

Dans un contexte de tumeurs initialement de faible risque, mais ayant une évolution naturelle plus agressive, il paraît nécessaire d'affiner la sélection des patients originaires d'Afrique subsaharienne à inclure en SA.

Nous avons retrouvé la densité du PSA comme facteur prédictif de sortie de SA. On sait que la densité du PSA est un facteur diagnostic associé à une progression histologique durant la SA (13). Kryvenko et al. a montré que les patients afro-américains produisaient moins de PSA à volume prostatique équivalent, autrement dit leur PSA

densité est moindre, et recommandait d'abaisser le seuil de PSA densité pour mieux sélectionner ces patients(24).

D'autre part nous avons étudié dans notre cohorte l'association entre des facteurs au diagnostic et le risque de récurrence après prostatectomie. La densité du PSA apparaissait là aussi en tant que facteur prédictif. Une étude rétrospective réalisée sur des patients Caribéens éligibles à une SA, mais ayant bénéficié d'une prostatectomie, avait montré qu'une valeur seuil de PSA densité à 0,15ng/ml/cc permettait de mieux sélectionner les patients candidats à la surveillance (25). Le National Comprehensive Cancer Network recommande un PSA densité $< 0,15\text{ng/ml/cc}$ pour inclure les patients en SA en population générale, pourtant une minorité de recommandations sur la SA intègrent ce paramètre(26). Etablir un seuil de PSA densité à 0,15ng/ml/cc nous semble un moyen simple, disponible et peu onéreux afin de mieux sélectionner les patients d'origine africaine éligibles à la SA.

Enfin, l'analyse moléculaire des CaP a montré de grandes disparités entre les ethnies, et de nombreux mécanismes biologiques restent à élucider (27)(28). Il pourrait exister chez les sujets originaires d'Afrique subsaharienne une proportion non négligeable de tumeurs initialement de faible risque, rapidement évolutives vers un plus grand volume et/ou vers un index histologique plus élevé. La recherche de biomarqueurs ethnies-spécifiques permettra sans doute à l'avenir de mieux identifier les profils à risque, et donc de mieux sélectionner les patients.

Il existe tout de même plusieurs limites à notre étude. Premièrement notre cohorte se compose uniquement de patients Guadeloupéens, et par conséquent nos résultats pourraient ne pas être généralisables à toutes les populations originaires

d'Afrique subsaharienne. D'autres études de la SA dans ces populations sont nécessaires.

Deuxièmement, nous avons utilisé l'augmentation du volume tumoral comme critère de sortie, sans pour autant définir de valeur seuil. Initialement nos patients avaient été inclus selon le protocole français(29), à savoir un nombre de biopsies inférieur ou égal à deux et une longueur tumorale maximale de 3 mm par carotte. Bien que ces données aient pu représenter des valeurs de référence, nous nous sommes affranchis de l'utilisation stricte de seuils. Pour cela nous nous sommes appuyés sur la sécurité associée à l'emploi de critères moins restrictifs(7) et sur les éléments contradictoires de la littérature sur le volume tumoral (30). Ceci représente un biais méthodologique car l'augmentation du volume n'a pas été strictement définie.

Troisièmement, des critères de jugement tels que la survie globale et la survie spécifique nécessitent un plus long suivi, notamment à 10 ans, où nos chiffres sont basés sur de faibles effectifs.

CONCLUSION

Notre étude supporte l'hypothèse que la SA est sûre et bénéfique pour les patients originaire d'Afrique subsaharienne ayant un CaP de faible risque et de risque intermédiaire favorable. Le taux de patients sortis de SA semble traduire une plus grande proportion de cancers agressifs. Il paraît nécessaire d'informer ces patients sur l'évolution naturelle de leur pathologie et d'effectuer un suivi plus rigoureux. Enfin, Il semble important de mieux sélectionner ces patients en utilisant des critères d'inclusion spécifiques tel que la densité du PSA, et peut être à l'avenir de nouveaux bio-marqueurs.

REFERENCES

1. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. *Eur Urol*. 2012 Jun;61(6):1079–92.
2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med*. 2012 Mar 15;366(11):981–90.
3. Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA*. 2005 May 4;293(17):2095–101.
4. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010 May 5;102(9):605–13.
5. Dall’Era MA, Albertsen PC, Bangma C, Carroll PR, Carter HB, Cooperberg MR, et al. Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of the literature. *Eur Urol*. 2012 Dec;62(6):976–83.
6. Womble PR, Montie JE, Ye Z, Linsell SM, Lane BR, Miller DC, et al. Contemporary use of initial active surveillance among men in Michigan with low-risk prostate cancer. *Eur Urol*. 2015 Jan;67(1):44–50.
7. Klotz L, Vesprini D, Sethukavalan P, Jethava V, Zhang L, Jain S, et al. Long-term follow-up of a large active surveillance cohort of patients with prostate cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2015 Jan 20;33(3):272–7.
8. Tosoian JJ, Mamawala M, Epstein JI, Landis P, Wolf S, Trock BJ, et al. Intermediate and Longer-Term Outcomes From a Prospective Active-Surveillance Program for Favorable-Risk Prostate Cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*.

2015 Oct 20;33(30):3379–85.

9. Bellardita L, Valdagni R, van den Bergh R, Randsdorp H, Repetto C, Venderbos LDF, et al. How does active surveillance for prostate cancer affect quality of life? A systematic review. *Eur Urol*. 2015 Apr;67(4):637–45.

10. Silberstein JL, Feibus AH, Maddox MM, Abdel-Mageed AB, Moparty K, Thomas R, et al. Active surveillance of prostate cancer in African American men. *Urology*. 2014 Dec;84(6):1255–61.

11. Kheirandish P, Chinegwundoh F. Ethnic differences in prostate cancer. *Br J Cancer*. 2011 Aug 9;105(4):481–5.

12. Sundi D, Ross AE, Humphreys EB, Han M, Partin AW, Carter HB, et al. African American men with very low-risk prostate cancer exhibit adverse oncologic outcomes after radical prostatectomy: should active surveillance still be an option for them? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2013 Aug 20;31(24):2991–7.

13. Petrelli F, Vavassori I, Cabiddu M, Coinu A, Ghilardi M, Borgonovo K, et al. Predictive Factors for Reclassification and Relapse in Prostate Cancer Eligible for Active Surveillance: A Systematic Review and Meta-analysis. *Urology*. 2016 May;91:136–42.

14. Mallick S, Blanchet P, Multigner L. Prostate cancer incidence in guadeloupe, a French Caribbean archipelago. *Eur Urol*. 2005 Jun;47(6):769–72.

15. Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane. n°8-9 - Octobre-Novembre 2013. / Antilles-Guyane / Tous les numéros / Bulletin de veille sanitaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cited 2016 May 9]. Available from:

<http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Antilles-Guyane/Bulletin-de-veille-sanitaire-Antilles-Guyane.-n-8-9-Octobre-Novembre-2013>

16. Cooperberg MR, Hilton JF, Carroll PR. The CAPRA-S score: A straightforward tool for improved prediction of outcomes after radical prostatectomy. *Cancer*. 2011 Nov 15;117(22):5039–46.
17. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, Garmo H, Stark JR, Busch C, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011 May 5;364(18):1708–17.
18. Bruinsma SM, Bangma CH, Carroll PR, Leapman MS, Rannikko A, Petrides N, et al. Active surveillance for prostate cancer: a narrative review of clinical guidelines. *Nat Rev Urol*. 2016 Mar;13(3):151–67.
19. Hawken SR, Womble PR, Herrel LA, Ye Z, Linsell SM, Hurley PM, et al. Understanding the Performance of Active Surveillance Selection Criteria in Diverse Urology Practices. *J Urol*. 2015 Nov;194(5):1253–7.
20. Iremashvili V, Soloway MS, Rosenberg DL, Manoharan M. Clinical and demographic characteristics associated with prostate cancer progression in patients on active surveillance. *J Urol*. 2012 May;187(5):1594–9.
21. Abern MR, Bassett MR, Tsivian M, Bañez LL, Polascik TJ, Ferrandino MN, et al. Race is associated with discontinuation of active surveillance of low-risk prostate cancer: results from the Duke Prostate Center. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2013 Mar;16(1):85–90.
22. Sundi D, Faisal FA, Trock BJ, Landis PK, Feng Z, Ross AE, et al. Reclassification rates are higher among African American men than Caucasians on active surveillance. *Urology*. 2015 Jan;85(1):155–60.
23. Sundi D, Kryvenko ON, Carter HB, Ross AE, Epstein JI, Schaeffer EM. Pathological examination of radical prostatectomy specimens in men with very low risk disease at biopsy reveals distinct zonal distribution of cancer in black American men. *J*

Urol. 2014 Jan;191(1):60–7.

24. Kryvenko ON, Balise R, Soodana Prakash N, Epstein JI. African-American Men with Gleason Score 3+3=6 Prostate Cancer Produce Less Prostate Specific Antigen than Caucasian Men: A Potential Impact on Active Surveillance. *J Urol*. 2016 Feb;195(2):301–6.

25. Loiseau A, Senechal C, Nevoux P, Benazzouz H, Bhakkan-Mambir B, Casenave J, et al. [The significance of PSA density as predictive factor in Afro-Caribbean patients eligible for active surveillance by the French protocol criteria]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. 2014 May;24(6):327–33.

26. Carroll PR, Parsons JK, Andriole G, Bahnson RR, Castle EP, Catalona WJ, et al. NCCN Guidelines Insights: Prostate Cancer Early Detection, Version 2.2016. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN*. 2016 May;14(5):509–19.

27. Powell IJ, Dyson G, Land S, Ruterbusch J, Bock CH, Lenk S, et al. Genes associated with prostate cancer are differentially expressed in African American and European American men. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2013 May;22(5):891–7.

28. Magi-Galluzzi C, Tsusuki T, Elson P, Simmerman K, LaFargue C, Esgueva R, et al. TMPRSS2-ERG gene fusion prevalence and class are significantly different in prostate cancer of Caucasian, African-American and Japanese patients. *The Prostate*. 2011 Apr;71(5):489–97.

29. Xylinas E, Durand X, Campeggi A, Ploussard G, Allory Y, Vordos D, et al. [Pathological findings after radical prostatectomy in men eligible for active surveillance (French trial SURACAP): is the misclassification rate acceptable?]. *Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol*. 2011 Apr;21(4):264–9.

30. Katz MH, Shikanov S, Sun M, Abdollah F, Budaus L, Gong EM, et al. Gleason

6 prostate cancer in one or two biopsy cores can harbor more aggressive disease. J

Endourol Endourol Soc. 2011 Apr;25(4):699–703.

ANNEXES

Généralités sur la Surveillance Active (SA) du Cancer de Prostate (CaP)

Le CaP est en France le 1^{er} cancer en terme de fréquence (53000 nouveaux cas en 2009) et le 3^{ème} en terme de mortalité (9000 décès en 2009) chez l'homme. Les CaP localisés et de faible risque d'Amico sont des formes peu agressives et d'évolution indolente.

Pour rappel :

- Les CaP localisés sont des tumeurs limités à la prostate (stade TNM : cT1 ou cT2 N0 M0)
- La classification d'Amico est la classification pronostic la plus fréquemment utilisée en pratique clinique. Elle classe les Tumeurs selon le risque : Faible, Intermédiaire ou élevé. Elle se compose de trois paramètres : Le stade clinique, le PSA et le score Histologique de Gleason.

	Low Risk	Moderate Risk	High Risk
Primary Tumor, cT	cT1 / 2a	cT2b	cT2c ¹ / 3
	and	or	or
PSA Value (ng/ml)	≤ 10	> 10 ≤ 20	> 20
	and	or	or
Gleason Score	≤ 6	7	≥ 8

Le gold standard du traitement des CaP localisés et de faible risque d'Amico sont la Prostatectomie radicale et la Radiothérapie externe. Pourtant d'autres modalités existent : HIFU, Curiethérapie, Cryothérapie et la Surveillance Active.

Principe de la surveillance active

Monitoring pluriannuel et multiparamétrique (clinique, biologique, radiologique et histologique) d'un CaP supposé indolent, autorisant un traitement différé si nécessaire, sans perte de chance, chez un patient informé, consentant et observant.

Intérêt

La SA permet d'éviter ou de différer de plusieurs années un traitement curatif et ses conséquences négatives (continence, érection).

Pourquoi la surveillance active ?

Les CaP de faible risque d'Amico présentent une mortalité spécifique limitée (10 % à 20 ans). Le taux de mortalité spécifique des patients en surveillance active est inférieur à celui des patients en abstention-surveillance. Par ailleurs chez ces patients, le traitement radical n'apporte pas de bénéfice par rapport à la surveillance active.

Modalités

Les recommandations actuelles sont très variables selon les différentes sociétés savantes, mais retrouvent fréquemment :

Pour l'inclusion en SA:

- Un stade clinique pré-traitement T1c ou T2
- Un taux de PSA ≤ 10 ng/ml
- Un score de Gleason ≤ 6
- ≤ 2 biopsies envahies et/ou $\leq 50\%$ d'envahissement tumoral par biopsie (pas de consensus)

Pour le suivi :

- Toucher rectal et PSA Pluriannuels
- Biopsie initiale, puis biopsies tous les 1 à 4 ans

Pour la sortie de SA:

- La progression du score de Gleason
- La volonté du patient
- L'augmentation du volume tumoral (pas de consensus)
- Le temps de doublement du PSA < 3 ans (pas de consensus)

IRM

L'IRM est de plus en plus utilisé pour le diagnostic et le suivi des patients en SA.

L'IRM permet de mieux détecter des cancers cliniquement significatifs (volume significatif et histologie agressive), susceptibles de faire sortir les patients de SA. La place de l'IRM n'est pas encore clairement définie dans les recommandations. L'IRM ne permet pas de remplacer les biopsies répétées.

Qualité de vie

L'anxiété et la dépression des patients en SA est comparable avec celles des patients avant traitement radical. La qualité de vie globale des les patients en SA est nettement supérieure par rapport à ceux traité de façon curative (Augmentation de l'anxiété et dépression liée à l'incontinence urinaire et à la dysfonction sexuelle).

Conclusion

La SA est une approche sûre et bénéfique dont les modalités d'inclusion, de suivi et de sortie sont en attente de consensus.

Tableau 4A : Répartition par taux de PSA, score de Gleason et âge (Cohorte entière)

	Gleason Score		TOTAL	Age	
	≤ 6	7 (3+4)		< 70 ans	≥ 70 ans
PSA	Nb, %		Nb, %	Nb, %	
≤ 10 ng/ml	215 (93,1)	3 (100)	218 (93,2)	164 (95,3)	54 (87,1)
>10 ng/ml	16 (6,9)	0 (0)	16 (6,8)	8 (4,7)	8 (12,9)
TOTAL	231	3	234	172	62

Tableau 5A : Répartition en fonction du stade clinique

Stade clinique	Cohorte entière(N = 234)	
	Nb	%
T1a	4	1,7
T1b	4	1,7
T1c	179	76,5
T2a	39	16,7
T2b	6	2,6
Diagnostic sur pièce d'AVH	2	0,9

Tableau 6A : Caractéristiques des patients au diagnostic, selon la sortie ou non de SA

	Patients en SA (N =141)	Patients sortis de SA (N =93)	
Caractéristiques au diagnostic	Médiane, IQ	Médiane, IQ	p
Age, années	65 (60-71)	63 (57-69)	0,029
Taux de PSA, ng/ml	5,7 (4,2-7)	5,7 (4,6-7,4)	0,469
Temps de doublement du PSA, mois	25 (10-47)	29 (13-55)	0,240
Volume prostatique, cc	48 (35-67)	39 (30-50)	0,005
Densité du PSA, ng/ml/cc	0,12 (0,08-0,16)	0,15 (0,11-0,20)	0,002
Longueur tumorale biopsique totale, mm	1 (1-2)	1 (1-3)	0,119
Nombres de biopsies envahies	1 (1-2)	1 (1-2)	0,127
	Nb, %	Nb, %	p
Toucher rectal anormal	27 (19,1)	18 (19,4)	0,969
Score de Gleason			0,774
Gleason ≤6	140(99,3)	91 (97,8)	
Gleason = 3+4	1 (0,7)	2 (2,2)	

Variable	Level	CAPRA-S points
Pre-surgical PSA level (ng/ml)	0.00 to 6.00	0
	6.01 to 10.00	1
	10.01 to 20.00	2
	> 20.00	3
Pathologic Gleason score	$\leq 3 + 3 = 6$	0
	$3 + 4 = 7$	1
	$4 + 3 = 7$	2
	$\geq 4 + 4 = 8$	3
Surgical margin status	Negative	0
	Positive	2
Extracapsular extension	No	0
	Yes	1
Seminal vesicle invasion	No	0
	Yes	2
Lymph node invasion	No	0
	Yes	1

Figure 4A : Score CAPRA-S (16)

CAPRA-S score	No. patients	Probability of progression-free survival (%)	
		At 3 years	At 5 years
0	1,042	96.3	94.5
1	826	95.3	91.0
2	669	89.8	83.3
3	499	80.7	72.8
4	336	74.9	70.2
5	213	63.1	42.5
6	103	49.2	25.9
7	70	50.9	26.9
8	40	26.9	12.3
9 to 12	39	7.3	0.0

Figure 5A : Survie sans-progression à 3 ans et 5 ans selon le Score CAPRA-S (16)

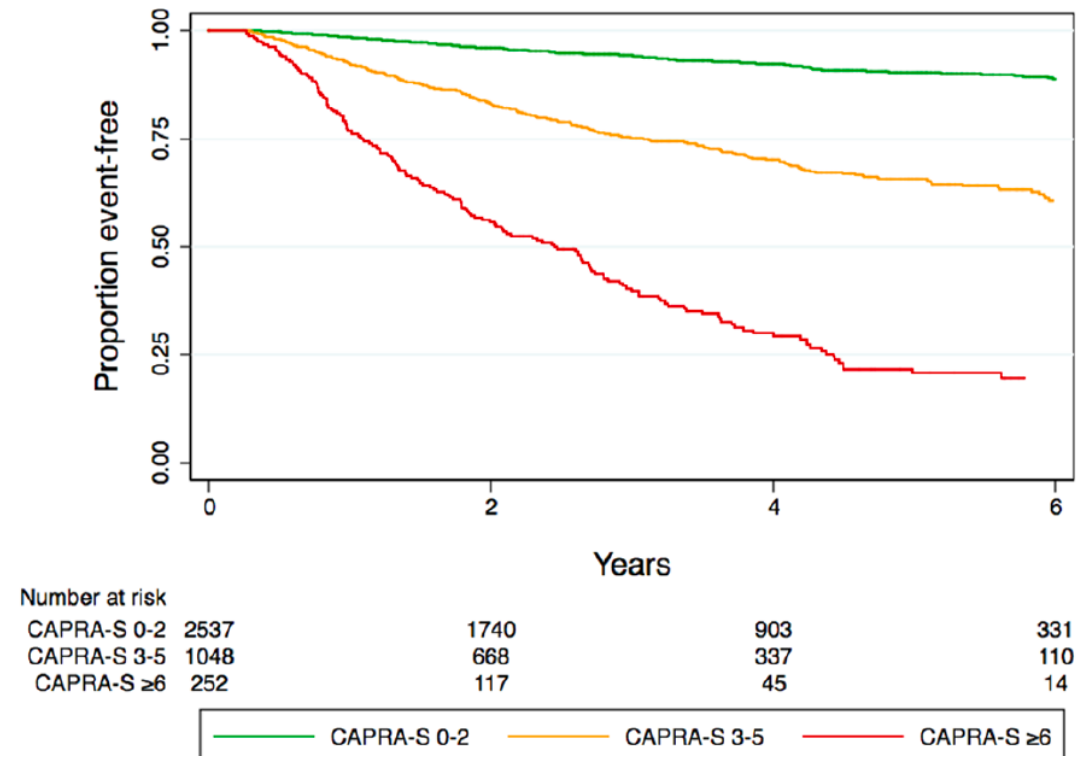


Figure 6A : Stratification de la survie sans-progression d’après le risque de récurrence: Faible (0-2), Intermédiaire (3-5) et élevé (≥ 6) selon le Score CAPRA-S (16)

Tableau 7A : Répartition selon les composantes du CAPRA-S score dans différentes populations

	En SA	Eligibles à la SA		Population générale
	GUADELOUPE	SUNDI(12) Afro-Am (N = 101)	SUNDI(12) White-Am (N = 223)	CAPRA-S(16)
	(N = 73)			(N = 3837)
	%	%	%	%
Risque faible (CAPRA ≤ 2)	56,2	79,0	94,3	66,1
Risque intermédiaire et élevé (CAPRA ≥ 3)	43,8	21,0	5,7	33,9
PSA ≤ 6 ng/ml	39,7	-	-	56,1
PSA 6 -10 ng/ml	34,2	-	-	27,3
PSA 10-20 ng/ml	24,7	-	-	12,2
PSA > 20 ng/ml	1,4	-	-	3,3
Gleason ≤ 6	45,2	67,3	87,4	55,8
Gleason 3 + 4	42,5	24,5	9,0	30,3
Gleason 4 + 3	12,3	5,0	2,7	7,8
Gleason ≥ 8	0	3,0	0,9	6,2
Marges chirurgicales	26,0	19,0	6,3	26,9
Extension extra-capsulaire	2,7	13,9	4,5	14,0
Invasion vésicules séminales	4,1	0	0,4	4,7
Invasion ganglionnaire	0	-	-	0,6

Tableau 8A : Caractéristiques des patients au diagnostic, selon le risque de récurrence

	Risque faible de récurrence (N =41)	Risque intermédiaire et élevé de récurrence (N =32)	
Caractéristiques au diagnostic	Médiane, IQ	Médiane, IQ	p
Age, années	60 (55-66)	63 (57-69)	0,043
Taux de PSA, ng/ml	5,1 (4,3-6,7)	6,1 (5,2-7,8)	0,004
Temps de doublement du PSA, mois	31 (13-49)	25 (9-53)	0,725
Volume prostatique, cc	42 (31-57)	35 (29-47)	0,051
Densité du PSA, ng/ml/cc	0,12 (0,08-0,16)	0,19 (0,13-0,26)	<0,001
Longueur tumorale biopsique totale, mm	1 (1-3)	1 (1-2,4)	0,805
Nombres de biopsies envahies	1 (1-2)	1 (1-2)	0,365
	Nb, %	Nb, %	p
Toucher rectal anormal	10 (24,4)	5 (15,6)	0,357
Score de Gleason			0,158
Gleason ≤ 6	40 (97,6)	31 (96,9)	
Gleason = 3+4	1 (2,4)	1 (3,1)	
	Médiane, IQ	Médiane, IQ	p
Délai biopsie diagnostic-traitement	18,4 (12-31)	17,5 (11,7-39,6)	0,785

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

La surveillance du cancer de prostate en Guadeloupe, une cohorte prospective de 234 cas inclus selon les critères de l'université de Toronto

MEUNIER Matthias

Thèse de médecine spécialisée - N°: 2017ANTI0193

Mots clés : Prostate, Cancer, Surveillance active

RESUME

Introduction : La surveillance active (SA) est une option de traitement pour les cancers de prostate (CaP) de risque favorable. Pourtant les données sur les populations originaires d'Afrique subsaharienne manquent. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la sécurité et le bénéfice de la SA dans une population Guadeloupéenne de patients présentant un CaP de risque favorable. L'objectif secondaire était de rechercher des arguments en faveur de l'agressivité de ces cancers.

Patients et méthodes : Une étude de cohorte prospective mono-centrique a été réalisée en Guadeloupe entre 2005 et 2016, incluant des patients présentant un CaP de faible risque ($\leq T2a$; PSA ≤ 10 ng/ml; Gleason ≤ 6) ou de risque intermédiaire favorable ($\leq T2b$; PSA 10-20ng/ml; Gleason $\leq 3+4$; espérance de vie < 10 ans) en SA. Un traitement était recommandé en cas de progression histologique, d'augmentation du volume tumoral, de temps de doublement du PSA < 36 mois ou de souhait du patient. Les critères de jugement principaux étaient la survie globale, la survie-spécifique et le temps passé en SA. Le critère de jugement secondaire était le risque de récurrence après prostatectomie (CAPRA-S score) des patients sortis de SA. Une analyse multivariée a été réalisée selon le modèle de Cox pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de sortie de SA. Une analyse multivariée a été réalisée par régression logistique pour rechercher des facteurs au diagnostic prédictifs de récurrence après prostatectomie.

Résultats : Au total, 234 patients (âge médian: 64 ans) ont été inclus. Le suivi médian était de 4 ans (IQR : 2,3-5,5 ans). La survie globale à 2,5 ans, 5 ans et 10 ans était de respectivement : 99,5 %, 98,5 %, 90,7 %. La survie spécifique à 2,5 ans, 5 ans et 10 ans était de 100%. Les raisons les plus fréquentes de sortie de SA étaient l'augmentation du volume tumoral (35,5%) et la progression histologique (32,3%). À 2,5 ans, 5 ans et 10 ans, 72,7%, 52,6%, 40,4% des patients demeuraient sans traitement et en SA. L'âge ($p=0,006$; HR=0,96 par année additionnelle; IC95%=0,93-0,99) et la densité du PSA ($p<0,001$; HR=1,52 par 0,1 additionnel; IC95%=1,20-1,89) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de sortie de SA. Soixante-treize patients (31,2% de la cohorte) ont été traités par prostatectomie. Après évaluation du score CAPRA-S, 32 patients (43,8%) présentaient un risque intermédiaire ou élevé de récurrence après prostatectomie. L'âge ($p=0,043$; OR=1,15 par année additionnelle; IC95%=1,04-1,28) et la densité du PSA ($p<0,001$; OR=5,02; IC95%=2,19-14,82) ont été retrouvés comme facteurs prédictifs indépendants de récurrence après prostatectomie (CAPRA-S ≥ 3).

Conclusion : La SA est sûre et bénéfique pour les patients Antillais présentant un CaP de risque favorable. Le taux de patients sortis de SA semble traduire une plus grande proportion de cancers agressifs dans cette population. La densité du PSA pourrait permettre de mieux sélectionner ces patients.