

EMPLOI DES TABLES DE PARTIN

Le cancer de la prostate trouve son origine dans l'évolution tumorigène de certaines cellules de la prostate. Au cours des premiers stades, ces cellules tumorales se multiplient sur place jusqu'à envahir une fraction plus ou moins importante de l'organe. A partir d'un certain degré de développement, des cellules tumorales franchissent les limites de l'organe, envahissant d'abord les organes les plus proches (vésicules séminales, ganglions lymphatiques, etc...) produisant autant de métastases. Progressivement, l'extension va s'élargir l'un des élargissements les plus fréquentes étant la formation de métastases osseuses particulièrement douloureuses. Il va de soi que la lutte contre ce cancer sera d'autant plus difficile que celui-ci s'étendra davantage. Aussi longtemps que ce cancer est limité à la prostate, l'ablation chirurgicale est le traitement le plus employé et sans doute le plus efficace : l'ablation de l'organe entraîne alors la disparition de toutes les cellules atteintes et la guérison définitive. Celle-ci sera d'autant plus difficile à obtenir que les cellules tumorales auront atteint une plus grande diversité d'organes. De ces simples considérations découle le caractère vital de l'opération qui consiste à évaluer l'extension du cancer au moment de son diagnostic. Cette opération sera désigné sous le nom de bilan d'extension (parfois, le terme anglais staging). Elle représente une étape décisive dans l'évaluation d'un cancer, dans le choix d'une méthode de traitement et dans l'appréciation des chances de succès d'un traitement.

Les conditions d'un choix thérapeutique efficace étant ainsi clairement posées, on s'aperçoit immédiatement que les méthodes disponibles pour faire un bilan d'extension manquent singulièrement de sensibilité. L'extension extracapsulaire d'une tumeur prostatique peut être évaluée par imagerie, rayons X ou IRM. Mais, dans les conditions les plus courantes de leur emploi, ces méthodes ne révèlent pas une extension de dimension inférieure au cm, qui dépasse amplement le domaine de la dangerosité. L'emploi de marqueurs nouveaux (USPIO, ultra small particle of iron oxyde) ouvre l'espoir d'atteindre un seuil de détection millimétrique, amélioration notable qui dépasse néanmoins le seuil de dangerosité. Dans le passé, Partin et al (2001) ont confronté systématiquement les résultats des examens prélabiles, accessibles avant une exérèse, aux résultats observés sur les pièces après exérèse. L'ensemble des observations faites sur des milliers de sujets a été synthétisé dans des tables qui représentent aujourd'hui la meilleure base pour une évaluation. Dans l'une des formes données à ces tables, on entre les paramètres suivants : concentration du PSA, stade de la tumeur d'après une classification clinique, stade de la tumeur selon la classification de Gleason, obtenue à partir d'une biopsie. A partir de ces 3 paramètres, les tables fournissent les probabilités d'extension de la tumeur. L'emploi de ces tables mérite un examen détaillé. Celui-ci démontre que la validité des prévisions repose, d'une part, sur le soin avec lequel ont été déterminés les paramètres de décision, d'autre part sur l'habileté avec laquelle ces tables sont employées. Si on estime qu'un patient doit prendre part aux décisions qui le concernent, celui-ci devra être introduit à l'usage de ces tables. Ce sera pour lui le moyen de voir quel niveau de sécurité (ou d'incertitude !) s'impose au travail du spécialiste. En même temps, on reconnaîtra que ces tables résument un état actuel des connaissances, reposant sur des milliers d'examens : la poursuite des études peut introduire de nouveaux paramètres et conduire à une amélioration des prévisions. Un exemple tout à fait parlant des difficultés que rencontre aujourd'hui l'exercice de la médecine et des espoirs de progrès pour l'avenir. Toutes ces raisons justifient que l'on apporte aux patients qui souhaitent participer aux décisions, le moyen de comprendre comment ces décisions sont prises.

□ *Les paramètres pris en compte*

1. *Le stade clinique*

- T1c. Tumeur non palpable diagnostiquée par biopsie
- T2a. Tumeur palpable sur la moitié d'un lobe
- T2b. Tumeur palpable sur plus de moitié d'un lobe
- T2c. Tumeur palpable sur les deux lobes de la prostate

2. *La concentration sérique de PSA*

- Concentration sérique du PSA en ng/ml

3. *Le score de Gleason*

Le score de Gleason est un chiffre compris entre 0 et 10, résultant de l'examen histologique d'une biopsie. Dans un premier temps, on décrit la structure la plus répandue dans la biopsie, ces structures étant classées entre 1 et 5. Dans un deuxième temps, on caractérise de la même façon, la structure la plus fréquente après celle caractérisée d'abord. Le score de Gleason est donné par la somme des deux chiffres ainsi obtenus. La définition du score de Gleason comportant une composante subjective, on recommande souvent de le faire analyser par deux spécialistes indépendants

□ *La synthèse*

Supposons un sujet de stade clinique T2a, avec un PSA compris entre 4,1 et 6 ng/ml, un score de Gleason de 7 avec représentation majoritaire du stade 3, minoritaire du stade 4, la lecture du tableau fournit les résultats suivants :

- probabilité moyenne d'une tumeur intraprostatique : 44 %
- probabilité moyenne d'une extension extraprostatique : 46 %
- extension à la vésicule séminale : 5 %
- extension aux ganglions lymphatiques : 6 %

Dans ces conditions, une ablation large de la prostate conduit à une probabilité d'éradication de l'ordre de 90 %. Si ce degré de sécurité est jugé insuffisant, la prostatectomie devra être complétée, par exemple par une irradiation appropriée.

TABLES DE PARTIN

Tableau 1. Stade T1c, survie sans récurrence biologique à 5 ans.

PSA Intervalle (ng/ml)	Stade pathologique	Score de <i>Gleason</i>				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2,5	localisé	95(89-99)	90(88-93)	79(74-85)	71(62-79)	66(54-76)
	extension extraprostatique	5(1-11)	9(7-12)	17(13-23)	25(18-34)	28(20-38)
	vésicule séminale (+)	-	0(0-1)	2(1-5)	2(1-5)	4(1-10)
	ganglions lymphatiques (+)	-	-	1(0-2)	1(04)	1(04)
	2,64,0	localisé	92(82-98)	84(81-86)	68(62-74)	58(48-67)
4,1-6,0	extension extraprostatique	8(2-18)	15(13-18)	27(22-33)	37(29-46)	40(31-50)
	vésicule séminale (+)	-	1(0-1)	4(2-7)	4(1-7)	6(3-12)
	ganglions lymphatiques (+)	-	-	1(0-2)	1(0-3)	1(04)
	localisé	90(78-98)	80(78-83)	63(58-68)	52(43-60)	46(36-56)
	extension extraprostatique	10(2-22)	19(16-21)	32(27-36)	42(35-50)	45(36-54)
6,1-10,0	vésicule séminale (+)	-	1(0-1)	3(2-5)	3(1-6)	5(3-9)
	ganglions lymphatiques (+)	-	0(0-1)	2(1-3)	3(1-5)	3(1-6)
	localisé	87(73-97)	75(72-77)	54(49-59)	43(35-51)	37(28-46)
	extension	13(3-27)	23(21-25)	36(32-40)	47(40-54)	48(39-57)
	extraprostatique	-	2(2-3)	8(6-11)	8(4-12)	13(8-19)
> 10,0	vésicule séminale (+)	-	0(0-1)	2(1-3)	2(14)	3(1-5)
	localisé	80(61-95)	62(58-64)	37(32-42)	27(21-34)	22(16-30)
	extension	20(5-39)	33(30-36)	43(38-48)	51(44-59)	50(42-59)
	extraprostatique	-	4(3-5)	12(9-17)	11(6-17)	17(10-25)
	vésicule séminale (+)	-	2(1-3)	8(5-11)	10(5-17)	11(5-18)
ganglions lymphatiques (+)	-	-	-	-	-	

Tableau 2. Stade T2a, survie sans récurrence biologique à 5 ans.

PSA Intervalle (ng/ml)	Stade pathologique	Score de <i>Gleason</i>					
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10	
0-2,5	localisé	91(79-98)	81(77-85)	64(56-71)	53(43-63)	47(35-59)	
	extension extraprostatique	9(2-21)	17(13-21)	29(23-36)	40(30-49)	42(32-53)	
	vésicule séminale (+)	-	1(0-2)	5(1-9)	4(1-9)	7(2-16)	
	ganglions lymphatiques (+)	-	0(0-1)	2(0-5)	3(0-8)	3(0-9)	
	2,6-4,0	localisé	85(69-96)	71(66-75)	50(43-57)	39(30-48)	33(24-44)
2,6-4,0	extension extraprostatique	15(4-31)	27(23-31)	41(35-48)	52(43-61)	53(44-63)	
	vésicule séminale (+)	-	2(1-3)	7(3-12)	6(2-12)	10(4-18)	
	ganglions lymphatiques (+)	-	0(0-1)	2(0-4)	2(0-6)	3(0-8)	
	4,1-6,0	localisé	81(63-95)	66(62-70)	44(39-50)	33(25-41)	28(20-37)
	4,1-6,0	extension extraprostatique	19(5-37)	32(28-36)	46(40-52)	56(48-64)	58(49-66)
vésicule séminale (+)		-	1(1-2)	5(3-8)	5(2-8)	8(4-13)	
ganglions lymphatiques (+)		-	1(0-2)	4(2-7)	6(3-11)	6(2-12)	
6,1-10,0		localisé	76(56-94)	58(54-61)	35(30-40)	25(19-32)	21(15-28)
6,1-10,0		extension extraprostatique	24(6-44)	37(34-41)	49(43-54)	58(51-66)	57(48-65)
	vésicule séminale (+)	-	4(3-5)	13(9-18)	11(6-17)	17(11-26)	
	ganglions lymphatiques (+)	-	1(0-2)	3(2-6)	5(2-8)	5(2-10)	
	> 10,0	localisé	65(43-89)	42(38-46)	20(17-24)	14(10-18)	11(7-15)
	> 10,0	extension extraprostatique	35(11-57)	47(43-52)	49(43-55)	55(46-64)	52(41-62)
vésicule séminale (+)		-	6(4-8)	16(11-22)	13(7-20)	19(12-29)	
ganglions lymphatiques (+)		-	4(3-7)	14(9-21)	18(10-27)	17(9-29)	

Tableau 3. Stade clinique T2b, survie sans récurrence biologique à 5 ans.

PSA Intervalle (ng/ml)	Stade pathologique	Score de <i>Gleason</i>				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2,5	localisé	88(73-97)	75(69-81)	54(46-63)	43(33-54)	37(26-49)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	12(3-27)	22(17-28)	35(28-43)	45(35-56)	46(35-58)
	ganglions lymphatiques (+)	-	2(0-3)	6(2-12)	5(1-11)	9(2-20)
2,6-4,0	localisé	-	1(0-2)	4(0-10)	6(0-14)	6(0-16)
	localisé	80(61-95)	63(57-69)	41(33-48)	30(22-39)	25(17-34)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	20(5-39)	34(28-40)	47(40-55)	57(47-67)	57(46-68)
4,1-6,0	localisé	-	2(1-4)	9(4-15)	7(3-14)	12(5-22)
	localisé	75(55-93)	57(52-63)	35(29-40)	25(18-32)	21(14-29)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	25(7-45)	39(33-44)	51(44-57)	60(50-68)	59(49-69)
6,1-10,0	localisé	-	2(1-3)	7(4-11)	5(3-9)	9(4-16)
	localisé	69(47-91)	49(43-54)	26(22-31)	19(14-25)	15(10-21)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	31(9-53)	44(39-49)	52(46-58)	60(52-68)	57(48-67)
> 10,0	localisé	-	5(3-8)	16(10-22)	13(7-20)	19(11-29)
	localisé	57(35-86)	33(28-38)	14(11-17)	9(6-13)	7(4-10)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	43(14-65)	52(46-56)	47(40-53)	50(40-60)	46(36-59)
	ganglions lymphatiques (+)	-	8(5-11)	17(12-24)	13(8-21)	19(12-29)
	ganglions lymphatiques (+)	-	8(5-12)	22(15-30)	27(16-39)	27(14-40)

Tableau 4. Stade clinique T2c, survie sans récurrence biologique à 5 ans.

PSA Intervalle (ng/ml)	Stade pathologique	Score de Gleason				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2,5	localisé	86(71-97)	73(63-81)	51(38-63)	39(26-54)	34(21-48)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	14(3-29)	24(17-33)	36(26-48)	45(32-59)	47(33-61)
	ganglions lymphatiques (+)	-	1(0-4)	5(1-13)	5(1-13)	8(2-19)
2,6-4,0	localisé	78(58-94)	61(50-70)	38(27-50)	27(18-40)	23(14-34)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	22(6-42)	36(27-45)	48(37-59)	57(44-70)	57(44-70)
	ganglions lymphatiques (+)	-	1(0-4)	5(0-15)	7(0-21)	8(0-22)
4,1-6,0	localisé	73(52-93)	55(44-64)	31(23-41)	21(14-31)	18(11-28)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	27(7-48)	40(32-50)	50(40-60)	57(43-68)	57(43-70)
	ganglions lymphatiques (+)	-	2(1-4)	6(2-11)	4(1-10)	7(2-15)
6,1-10,0	localisé	67(45-91)	46(36-56)	24(17-32)	16(10-24)	13(8-20)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	33(9-55)	46(37-55)	52(42-61)	58(46-69)	56(43-69)
	ganglions lymphatiques (+)	-	3(1-6)	10(5-18)	13(6-25)	13(5-26)
> 10,0	localisé	54(32-85)	30(21-38)	11(7-17)	7(4-12)	6(3-10)
	extension extraprostatique vésicule séminale (+)	46(15-68)	51(42-60)	42(30-55)	43(29-59)	41(27-57)
	ganglions lymphatiques (+)	-	13(6-22)	33(18-49)	38(20-58)	38(20-59)