



## Article Original

## Le Cancer de la Prostate chez les Sujets de Plus de 75 ans à Brazzaville

### *Prostate cancer of men aged 75 years or more at Brazzaville*

Ondziel Opara AS<sup>1</sup>, Banga Mouss RB<sup>1</sup>, Ondongo Atipo AM<sup>1</sup>, Dimi Nyanga YI<sup>1</sup>, Odzébé AWS<sup>1</sup>, Bouya PA<sup>1</sup>

#### RÉSUMÉ

(1) Service d'urologie andrologie du CHU de Brazzaville

**Auteur correspondant :**  
Professeur ODZEBE AWS

**Adresse e-mail :**  
[odzebe\\_s@yahoo.fr](mailto:odzebe_s@yahoo.fr)

**Mots-clés :** cancer, prostate, sujet âgé, métastase, hormonothérapie.

**Keywords:** cancer, prostate, elderly subject, metastasis, hormone therapy

**Objectif.** Déterminer la fréquence du cancer de la prostate chez les sujets de plus de 75 ans et décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette affection dans notre service. **Population et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective réalisée dans le service d'Urologie-Andrologie, d'anatomie et de cytologie pathologique du CHU de Brazzaville, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2018. Les paramètres étudiés étaient : la fréquence, l'âge, la provenance des patients, les signes révélateurs, le PSAT, le résultat de l'examen anatomopathologique, la classification TNM, le type de traitement et les résultats du traitement après un recul moyen de six mois. **Résultats.** Durant cette période, 99 patients âgés de 75 ans ou plus ont été hospitalisés et traités pour cancer de la prostate, sur un total de 485 patients avec cancer. La fréquence hospitalière de notre groupe d'étude était de 1,6% et l'âge moyen de 79,6 ans +/- 14,8 ans. Le diabète et l'hypertension artérielle étaient retrouvés respectivement chez 31 et 5 patients. S'agissant des troubles urinaires, 24 patients avaient une rétention d'urine et 12 patients, une hématurie. Seize patients présentaient des troubles neurologiques liés à une compression médullaire. Au toucher rectal, le plus souvent, la prostate avait les caractéristiques d'un cancer de la prostate. Quatre-vingt-seize pour cent des patients avaient des métastases et le traitement hormonal a été indiqué chez tous ses patients. Trente-six cas de décès ont été enregistrés durant cette période. **Conclusion.** Le cancer de la prostate est une maladie fréquente à cet âge car son incidence augmente avec l'âge. Le diagnostic se fait tardivement car les patients arrivent tard à la consultation d'où l'intérêt de la pratique du dépistage individuel. Sa prise en charge est délicate prenant en compte l'état général du patient, son espérance de vie et la présence des comorbidités.

#### ABSTRACT

**Objective.** To determine the frequency of prostate cancer after age 75 and to describe the diagnostic and therapeutic aspects of this condition within our department. **Population and methods.** This was a descriptive and retrospective study carried out in the Department of urology-andrology, anatomy and pathological cytology at the University Hospital of Brazzaville, from January 1, 2008 to December 31, 2018. The data of study were: prevalence, age, patient origin, main clinical findings, PSAT, histological diagnosis, TNM classification, treatment modalities and outcomes after a 6-month follow up period. **Results.** During our study period, 99 patients aged 75 years or more were hospitalized and treated for prostate cancer out of a total of 485 patients with prostate cancer. The hospital frequency was 1.6% and the average age was 79.6 years and 14.8 years. The main comorbidities were diabetes (N=31) and high blood pressure (N=5). Concerning urinary disorders, 24 patients had urine retention and 12 patients had hematuria. Sixteen patients had neurological disorders related to spinal compression. On rectal examination, the prostate had diagnostic features of prostate cancer. Ninety-six percent of the patients had metastases and hormonal treatment was administrated to all those patients. Thirty-six deaths were recorded during the six month follow up period. **Conclusion.** Prostate cancer is a common disease at this age because its incidence increases with age. The diagnosis is late because of the long delay before consultation, hence the interest of individual screening. The management is difficult, and should consider the general condition of the patient, his life expectancy and the presence of comorbidities.

## INTRODUCTION

Le cancer de la prostate s'inscrit avec le cancer broncho-pulmonaire, parmi les cancers les plus fréquents chez l'homme dans le monde. De plus, il est clairement établi qu'il s'agit d'un cancer du sujet de plus de 50 ans [1]. En effet, l'âge médian au moment du diagnostic est de 68 ans et son incidence augmente avec l'âge [2]. Par ailleurs, l'espérance de vie a augmenté dans le monde de 5 années entre 2000 et 2015. En Afrique, cette hausse est de 9,4 années ses six dernières décennies [3]. La concordance des croissances de l'espérance de vie à la naissance et de l'incidence globale des cancers laisse augurer d'une élévation très significative des cancers de la personne âgée et en particulier, de l'intensification de l'incidence du cancer de la prostate sur cette tranche d'âge. Raison pour laquelle, la prise en charge des patients de plus de 75 ans représentera un problème de santé public et un défi majeur pour l'avenir [4]. Pourtant tout cela contraste avec la pauvreté des connaissances scientifiques solides sur ce sujet concernant les patients plus âgés [5]. En effet, plusieurs études ont été réalisées sur le cancer de la prostate dans notre service, mais aucune n'a porté sur les personnes âgées de plus de 75 ans. C'est ainsi que nous nous sommes proposés de réaliser cette étude afin de déterminer la fréquence du cancer de la prostate après 75 ans, de décrire ses aspects diagnostiques et thérapeutiques au sein de cette tranche de la population au CHU de Brazzaville.

## POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective réalisée dans le service d'Urologie-Andrologie, d'anatomie et de cytologie pathologique du CHU de Brazzaville, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2018. Elle a porté sur des patients de plus de 75 ans atteints de cancer de la prostate, hospitalisés et pris en charge dans le service pour cancer de la prostate durant cette période. Le diagnostic était retenu sur la base des arguments cliniques et para cliniques (les signes cliniques, l'échographie, l'IRM et les résultats de l'examen anatomopathologique). Les patients n'ayant pas les résultats du PSAT et de l'examen anatomo-pathologique ont été exclus de cette étude. Les paramètres étudiés étaient : la fréquence, l'âge, la provenance des patients, les signes révélateurs, le PSAT, le résultat de l'examen anatomopathologique, la classification TNM, le types de traitement et les résultats du traitement après un recul moyen de 6 mois.

Les renseignements ont été recueillis à partir des dossiers médicaux des patients, du registre d'hospitalisation, du compte-rendu opératoire ainsi que du registre du laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique. Ils ont ensuite été collectés à l'aide d'un questionnaire, puis stockés dans une base conçue à partir du logiciel Excel 2016. Le logiciel Epi-info 7.2 a été utilisé pour l'enregistrement, le classement et l'analyse des données. La courbe de survie a été réalisée avec le logiciel biostat gv utilisant la méthode de Kaplan-Meier.

## RÉSULTATS

### Aspects épidémiologiques

Nous avons colligé 99 Patients d'âge supérieur à 75 hospitalisés et traités pour cancer de la prostate sur un total de 485 patients. Le nombre total de patient hospitalisé durant cette période était de 6188. La fréquence hospitalière était de 1,6%.

L'âge moyen était de 79,6 ans +/- 14,8 ans, avec des extrêmes de 75 et 96 ans

### Aspects cliniques

Le diabète et l'HTA étaient retrouvés respectivement chez 31 et 5 patients (figure 1).

La médiane du délai de consultation était de 120 jours avec un intervalle interquartile ] 14 ; 365[.

Les syndromes obstructifs étaient retrouvés chez 40 patients (figure 2).

Les symptômes neurologiques étaient présents chez 16 patients (16,16%). Il s'agissait de 9 cas de para parésies (16,16%), 7 cas de paraplégies (7,7%) et 5 cas d'incontinences urinaires (5,5%).

Les douleurs étaient présentes chez 12 patients. Elles étaient localisées au niveau du rachis et du bassin.

Quarante et sept patients avaient un état général conservé (**Tableau I**).

Tableau : distribution en fonction du stade

	Effectifs	Pourcentage
Stade 4	19	19,2
Stade 3	33	33,3
Stade 2	46	46,5
Stade 1	1	1
Total	99	100,00

La médiane du poids de la prostate à l'échographie sus-pubienne était de 70,3g ]46 ; 103[.

La médiane du PSA total était de 707 avec un intervalle interquartile ]177 ; 1061[. La valeur minimale était de 15ng/ml et celle maximale de 7582,5ng/ml. Trente-deux patients avaient un PSA  $\leq$  50ng/ml et 67 patients un PSA  $>$  50ng/ml.

Selon le type de prélèvement, la biopsie a été réalisée et permis de poser le diagnostic de certitude chez 62 patients (62,6 %), tandis que l'analyse des copeaux de résection et des pièces opératoires chez 35 patients (37,4%).

Le type histologique retrouvé était l'adénocarcinome chez tous les patients.

S'agissant du Score de Gleason : 23 patients avaient un score de Gleason  $\leq$  6 ; 40 patients un score de Gleason entre 7 et 8 ; 36 patients, un score de Gleason  $>$  8.

Après la réalisation d'un bilan d'extension avec l'IRM, les métastases étaient présentes chez 97% des patients. L'atteinte osseuse était retrouvée chez 19 patients et celle ganglionnaire pelviennes chez 18 patients (figure 1).

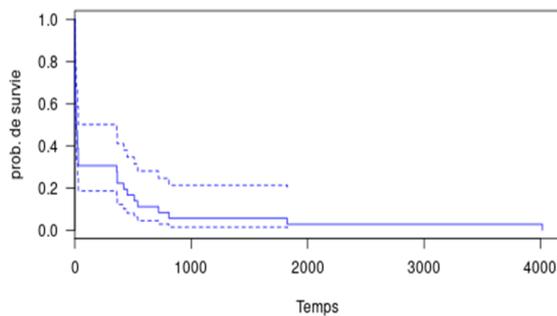


Figure 1 : courbe de survie

### Aspects thérapeutiques

Quatre-vingt-seize patients avaient reçu une hormonothérapie. Il s'agissait dans 47 cas d'une pulpectomie, dans 29 cas d'une castration médicale et dans 20 cas d'une orchidectomie. L'indication chirurgicale avait été posée et réalisée chez 32 patients à un stade métastatique. Il s'agissait d'un évidement cervico-prostatique. Par ailleurs, 3 patients à un stade localisé avaient également subi un évidement cervico-prostatique.

### Evolution

Le taux de décès était de 36,4 %. La survie actuarielle à 2 ans était de 66,7%. La durée médiane globale de survie était de 15 jours avec un intervalle interquartile ]10, 720[. Le choc anémique, l'insuffisance rénale et le sepsis étaient les causes de décès retrouvés respectivement chez 22, 8 et 6 patients.

### DISCUSSION

Le pourcentage des patients de plus de 75 ans ayant le cancer de la prostate varie entre 18,4% et 25,7 % [2] [4]. Ces résultats sont corroborés dans notre série. Les consultations ont eu lieu à des stades tardifs ; en effet, la médiane de consultation était de 120 jours. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le plus souvent les patients ne venaient en consultation qu'après l'apparition des troubles urinaires voir de complications. Le diabète et l'HTA étaient les comorbidités les plus retrouvées. D'autre part, 52 patients avaient un état général altéré (stade 3 et 4).

La problématique de la prise en charge des patients de cette tranche d'âge est complexe dans notre contexte car nous manquons de gériatres oncologues. Ce qui nous conduit à traiter les patients en fonction de l'espérance de vie hors la prise en charge est liée à l'âge chronologique. Un âge qui est très variable d'un individu à l'autre en tenant compte de son état de santé. Le principe de la prise en charge des patients âgés est quasiment le même que celui des autres tranches d'âges [5].

La particularité de cette tranche d'âge réside dans l'existence des comorbidités, de la présence d'un état général pouvant être altéré et de leur statut nutritionnel. Ces dernières années, l'évaluation gériatrique a pris une grande place dans la prise en charge des personnes âgées

car elle permet d'intégrer toutes ses particularités [2]. La société internationale d'oncologie gériatrique (SIOG) utilise ces données pour proposer une classification des patients en fonction de leurs comorbidités, de leurs performances fonctionnelles et de leur statut nutritionnel [2].

Navin Shah et Vladimir Ioffe dans leur étude portant sur 5100 biopsies prostatiques chez les patients de plus de 70 ans estimaient que 61% de ces patients qui avaient un toucher rectal suspect (caractéristique d'un cancer de la prostate) présentaient un Gleason > 7 [6].

Nos résultats sont superposables à ceux retrouvés dans la littérature. Le score de Gleason étant un score histopronostic, nous pouvons en déduire que la tumeur est le plus souvent agressive à cet âge et cela au même titre que chez les patients de moins de 50 ans présentant un cancer de la prostate. Ce qui est en contradiction avec les données de la littérature [7] [8].

Nous avons retrouvé 3 patients diagnostiqués à un stade localisé et qui ont subi un évidement cervico-prostatique, alors qu'ils auraient dû subir une prostatectomie radicale (PR) s'ils étaient plus jeunes. Ce qui conduit certains auteurs à penser que le recours aux options thérapeutiques curatives est moins fréquent chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes [5]. On parle alors à juste titre de patients sous-traités en cas de cancer de la prostate localisé [9]. Les hommes âgés atteints d'un cancer de la prostate localisé ne représentent pourtant pas une population uniforme. Ils ont des antécédents multiples, et l'âge devrait être juste l'un des facteurs pendant la prise de décision des indications pour le traitement. En outre, plusieurs études ont démontré d'une part que le cancer de la prostate a des résultats biologiquement défavorables chez les hommes âgés par rapport aux hommes plus jeunes [10] [11]. D'autre part qu'une proportion significative d'hommes âgés atteints d'un cancer de la prostate localisé peut donc bénéficier de la PR et survivre plus longtemps que prévu. Ces perspectives contradictoires concernant la PR chez les hommes âgés se révèlent quelque peu déroutant pour les urologues [9].

La majorité des patients étaient à des stades de métastase soit 96% des patients. Cela prouve à suffisance que non seulement le dépistage individuel recommandé pour la détection précoce des patients n'avait pas été réalisé chez ces patients, mais aussi qu'ils ne consultaient qu'après l'apparition des signes cliniques.

Ces résultats sont différents de ceux retrouvés dans la littérature où, certains auteurs estiment à 25% des patients de cette tranche d'âge qui sont traités par hormonothérapie [12]. Etant donné que cette étude est hospitalière, nous ne pouvons tirer des conclusions de façon hâtive. Soixante-sept patients ont subi une castration chirurgicale car la castration médicale coûte excessivement cher si bien que peu de patients peuvent se permettre cette dépense d'autant plus qu'ils ne bénéficient pas d'une couverture médicale. Les lignes directrices internationalement acceptées recommandent que la première approche du traitement du cancer de la prostate métastatique se fasse par la privation d'androgène car il permet de retarder la progression, de

prévenir les complications potentiellement délétères et d'atténuer efficacement les symptômes sans pour autant prolonger la survie [13] [14]. Faut de moyen financier suffisant ils préféreraient majoritairement une castration chirurgicale à une castration médicale.

Durant cette étude nous n'avons pas enregistré de cas d'ostéoporose. Certes, il est recommandé d'évaluer et de prévenir tout risque de survenu de cette pathologie par l'usage d'un traitement à base d'une supplémentation en calcium et en vitamine D mais aucune prévention n'avait été réalisée à cet effet. Car la suppression d'androgène augmente de manière significative le risque d'ostéoporose grave, qui peut déjà être présent chez le patient avant la castration [15]. Les personnes âgées qui subissent une privation d'androgènes doivent faire l'objet d'une surveillance rigoureuse en cas d'effets indésirables. En effet, la castration qu'elle soit chirurgicale ou médicale est associée à d'autres effets nocifs [16]. Smith et al., dans une étude prospective portant sur 25 patients non diabétiques ayant un cancer de la prostate localement avancé ou récidivant et recevant un blocage androgénique complet, ont signalé une nette augmentation de la masse adipeuse ainsi qu'une diminution de la sensibilité à l'insuline après 12 mois de traitement (augmentation du poids et de la masse grasse, diminution de la masse maigre) [17]. Les patients sont donc exposés à des risques accrus de diabète, d'infarctus du myocarde et de mortalité cardiovasculaire [18]. Selon le bureau pour les statistiques nationales d'Angleterre, la survie est plus élevée chez les hommes dans la soixantaine que chez ceux de plus de 75 ans [19]. Nous avons retrouvé les mêmes résultats. Cela est susceptible d'être associée à des dosages plus élevés de PSA chez les patients de 60 ans [19].

## CONCLUSION

Le cancer de la prostate est une maladie fréquente car son incidence augmente avec l'âge. Le diagnostic se fait tardivement. Même si le principe de la prise en charge est quasiment identique avec celui des patients plus jeune, la différence réside en la réalisation d'une évaluation gériatrique prenant en compte l'état général du patient, son espérance de vie et la présence des comorbidités. Quoi que les effets nocifs de l'hormonothérapie ne soient toujours pas retrouvés, il sied de les prévenir.

## CONFLITS D'INTERETS

Aucun

## RÉFÉRENCES

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S et al. L'incidence du cancer et de mortalité dans le monde: les sources, les méthodes et les principaux profils. GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* (2015); 136 : 359-386.
2. Droz J.P., Balducci L., Bolla M., Emberton M. et al. Background for the proposal of SIOG guidelines for management of prostate cancer in senior adults. *Crit Rev Onc Hemat* (2010), 73 ; 68-9.
3. [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_AnnexB](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_AnnexB). Vu le 25 février 2020.

4. Berger N.A, Savvides P, Koroukian S.M, Kahana E.F, Deimling G.T et al. Cancer in the Elderly. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2006; 117: 147-156.
5. Mongiat-Artusa P, Peyromaurea M, Richauda P, Drozb J P et al. Recommandations pour la prise en charge du cancer de la prostate chez l'homme âgé : un travail du comité de cancérologie de l'association française d'urologie *Prog Urol* (2009), 19, 11 ; 810-7
6. Shah N, Ioffe V. Frequency of Gleason Score 7 to 10 in 5100 Elderly Prostate Cancer Patients. *Rev Urol.* (2016), 18,4 :181-187.
7. Hu JC, Nguyen P, Mao J, Halpern J et al. Increase in Prostate Cancer Distant Metastases at Diagnosis in the United State. *JAMA Oncology* (2016), <http://oncology.jamanetwork.com/> by a University of California - San Diego vu le 13 février 2020.
8. Bouya P.A, Odzebe ASW. Cancer de la prostate avant l'âge de 50 ans. *Carcinologie pratique en Afrique* 2010, 9,1 : 36-40.
9. Mitsuzuka K, Arai Y. Controversies associated with the evaluation of elderly men with localized prostate cancer when considering radical prostatectomy. *Int J Clin Oncol* (2014) 19 :793-9.
10. Kunz I, Musch M, Roggenbuck U, Klevecka V et al. Tumour characteristics, oncological and functional outcomes in patients aged  $\geq 70$  years undergoing radical prostatectomy. *BJUI* (2013), 111,3b ; 24-9.
11. Ko J, Falzarano SM, Walker E, Smith KS et al. Prostate cancer patients older than 70 years treated by radical prostatectomy have higher biochemical recurrence rate than their matched younger counterpart. *Prost* (2013), 73, 8 ; 897-903.
12. Walter L.C, Fung K.Z, Kirby K.A, Shi Y et al 5-Year Downstream Outcomes Following Prostate-Specific Antigen (PSA) Screening in Older Men. *JAMA Intern Med.* (2013), 173,10 ; 866-73.
13. Parker C, Gillissen S, Heide nreich A, Horwich A. On behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cancer of the prostate : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* (2015), 26, 5 ; 69-77.
14. Saad F, Chi KN, Finelli A, Hotte SJ et al. The 2015 CUA-CUOG Guidelines for the management of castration-resistant prostate cancer (CRPC). *Can Uro Assoc J.* (2015), 9, 3-4 ; 90-6.
15. Mangiat-Artus P, Alvelin D. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers de la prostate chez l'homme de plus de 75 ans. *Presse Med.* (2017). <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.09.009>.
16. Ziouziou I, Karmouni T, El Khader K, Koutani A, et al. Complications de l'hormonothérapie anti-androgénique du cancer de la prostate. *Can Urol Assoc J.* (2014), 8, 3-4 ; 159-62.
17. Smith MR, Lee H, Fallon MA, Nathan D.M. Adipocytokines, obesity, and insulin resistance during combined androgen blockade for prostate cancer : Evidence for a Distinct Hypogonadal Metabolic Syndrome ? *Urology.* (2008), 71 ; 318-22.
18. Keating NL, O'Malley AJ, Smith MR. Diabetes and cardiovascular disease during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* (2006), 24 ; 4448-56.
19. Office for National Statistics. Cancer survival in England: adults diagnosed in 2009 to 2013, followed up to 2014. Newport : ONS ; 2015.