



# Réunion rétrospective et prospective en oncologie urologique

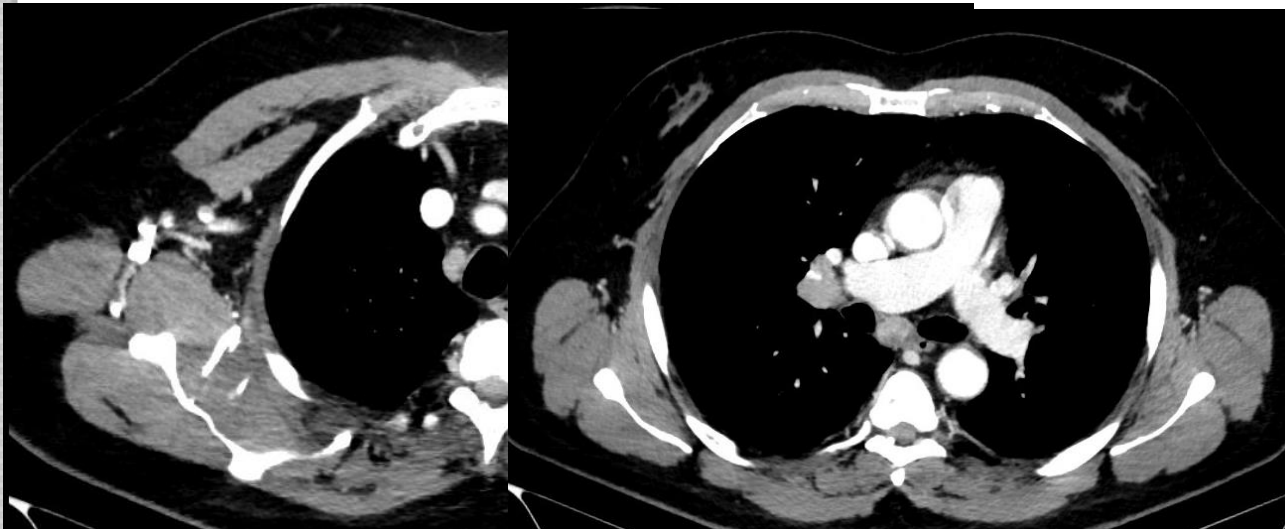
Cas clinique n°2:  
Cancer de prostate

# Cas clinique N°2

- Patient de 69 ans
- Antécédents:
  - Arthrose
  - HTA
  - Stent actif sur l'IVA proximale en juillet 2013
- Bilan biologique en mars 2011: augmentation PSA = 60ng/ml
- Ponction biopsie prostatique: adénocarcinome prostatique Gleason 9 (4+5)
- Bilan d'extension:
  - TDM TAP: pas de lésions viscérales ni d'adénopathies sous diaphragmatique
  - Scintigraphie osseuse: métastases osseuses au niveau bassin, et rachis dorsal et lombaire
- Début hormonothérapie première par Firmagon et radiothérapie à visée antalgique du bassin jusqu'à L4 (30Gy en 10 séances)

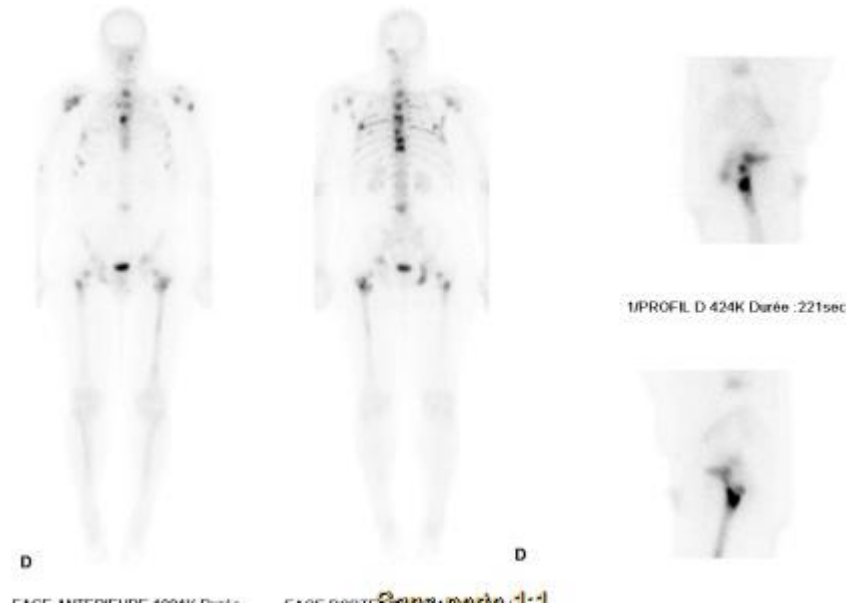
# Cas clinique N°2

- Décroissance initiale du PSA puis reprogression en mars 2015 à 44ng/ml
- Nouveau bilan :
  - TDM TAP : micronodules pulmonaires plus visibles
  - Scintigraphie osseuse: apparition de nouveau foyers hyperfixants
- Manipulations hormonales et réalisation d'un blocage androgénique complet
- Poursuite évolutive du PSA = 180 en février 2016
  - TDM TAP : majoration en taille d'adénomégalies médiastinales, doute sur épaissement bronche segmentaire lobe inférieur droit



# Cas clinique N°2

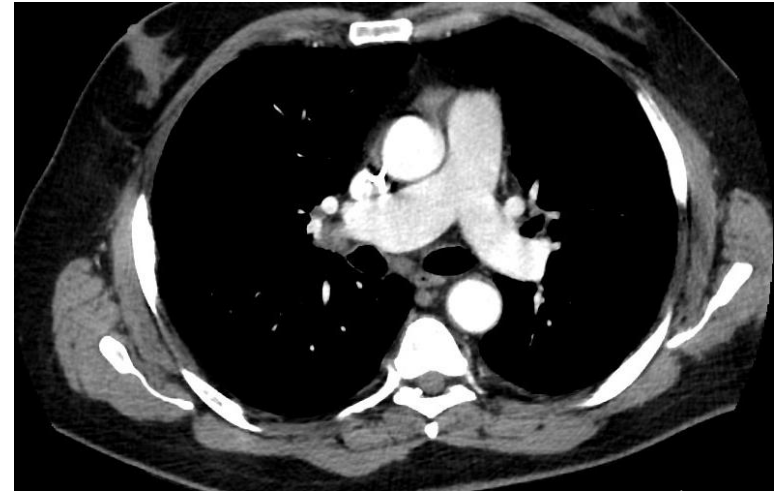
- Scintigraphie osseuse : progression tumorale avec dissémination osseuse diffuse (rachis cervico-thoracique, côtes, têtes humérales et fémur)



=> Début chimiothérapie par Docétaxel tous les 15 jours

# Cas clinique N°2

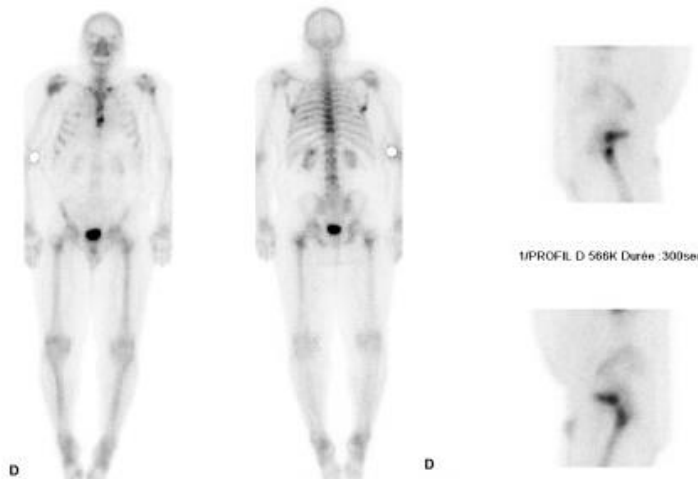
- Bilan post 3 mois de Docétaxel:
  - Décroissance du PSA =4,2
  - TDM TAP : diminution adénopathies prises pour cibles



- Poursuite pour un total de 6 mois de chimiothérapie par Docétaxel
  - PSA = 0,82 en juillet 2016
  - Décision d'une pause thérapeutique

# Cas clinique N°2

- Décembre 2016 : augmentation du PSA à 30 ng/ml, début d'une hormonothérapie de seconde génération : Abiraterone + prednisone
  - Bilan cardiologique de référence: FEVG=70%
- Décroissance du PSA :
  - Nadir 0,76 en mai 2017
  - TDM TAP : lésions osseuses ostéocondensantes diffuses, pas d'autre anomalie suspecte par ailleurs
  - Scintigraphie osseuse : persistance des mêmes sites métastatiques mais avec des lésions moins fixantes



# Cas clinique N°2

- Par la suite PSA fluctuant entre 1,5 et 2 et bilan iconographique stable
- En septembre 2018:
  - OMS=1-2
  - PSA en augmentation à 16,02
  - Progression lésionnelle au niveau de la scintigraphie avec lésion sternale, nouvelles lésions rachidiennes et augmentation du caractère hyperfixant des lésions pré-existantes
  - TDM : pas de réévolution ganglionnaire

=> Début d'une chimiothérapie par Cabazitaxel tous les 15 jours

# Cas clinique N°2

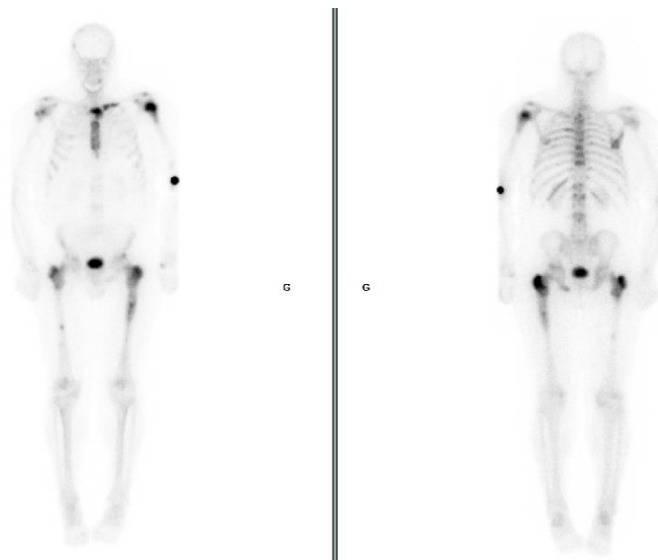
- **Bilan à 3 mois:**
  - Décroissance du PSA
  - Tolérance clinique correcte
  
- **Bilan à 6 mois:**
  - PSA =2,5
  - Asthénie plus marquée
  - Stabilité lésionnelle au niveau scanner et scintigraphie osseuse

=> Pause thérapeutique



# Cas clinique N°2

- Bilan après 4 mois ½ de pause (août 2019)
  - PSA en reprogession à 9,58
  - Scintigraphie osseuse: apparition hyperfixation extrémité proximale humérus et fémur gauche



⇒ Radiothérapie antalgique  
fémur gauche

⇒ Début traitement par  
Enzalutamide