

Armen Aprikian

Président de l'AUC

Citer comme suit à l'origine : Aprikian A.
Managing advanced prostate cancer: No longer the
primary domain of general urology. *Can Urol Assoc J*
2022;16(12):387. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.8196>

*L'AUC a pour mandat de
promouvoir les plus hautes
normes dans les soins
urologiques pour les
Canadiens et de faire avancer
l'art et la science de l'urologie.*



Pour bon nombre d'entre nous, à l'aube de notre carrière, la prise en charge du cancer de la prostate de stade avancé était surtout assurée par l'urologue général-e. Pendant des décennies, les urologues ont traité le cancer de la prostate métastatique (CPm) par castration chirurgicale/chimique. Nous avons fait un excellent boulot avec la prise en charge de cette maladie et avons joué le rôle de médecin pivot, même au stade palliatif. Heureusement, l'espérance de vie des hommes atteints de CPm a considérablement augmenté grâce à l'arrivée de nombreuses nouvelles options de traitement, qui ont par contre grandement complexifié le domaine.s.

Il existe désormais plusieurs options thérapeutiques de première intention du CPm. En plus du traitement par privation androgénique (TPA), les nouvelles approches permettant de prolonger la vie comprennent plusieurs traitements ciblant l'axe des récepteurs des androgènes (ARAT), la chimiothérapie à base de docetaxel et l'association ARAT/docetaxel. En outre, la radiothérapie locale est encore bénéfique, même en présence de métastases. Nous pouvons ajouter à tout ça le besoin croissant de vérifier le statut mutationnel de la lignée germinale ou du tissu tumoral pour détecter une déficience sur le plan de la réparation par recombinaison homologue et l'usage subséquent d'inhibiteurs de la poly (ADP-ribose) polymérase. De plus, tout le domaine de l'imagerie liée à l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA), des thérapies ciblant le PSMA et de la radiothérapie stéréotaxique dirigée vers certaines métastases évolue rapidement, ce qui ajoute à la complexité de la prise en charge.

Lorsque les ARAT sont devenus indiqués au stade résistant à la castration, nous avons fait valoir que les urologues généraux-ales étaient bien placé-e-s pour employer ces agents puisque ces derniers sont, dans le fond, un prolongement du TPA. De nombreuses heures de FMC ont été offertes pour répondre aux besoins éducatifs des urologues afin de les mobiliser. Or, il s'avère que pour de nombreux patients, on ne procède pas à une intensification du TPA aux stades de sensibilité ou de résistance à la castration, bien que ces médicaments soient sur le marché depuis des années. Il y a plusieurs raisons possibles à cela, notamment la nécessité d'une surveillance plus étroite des paramètres associés à la médecine interne, des effets secondaires plus importants et le « tracass » que représente le besoin d'obtenir une autorisation provinciale. Une autre raison est peut-être que ces patients n'ont pas été consultés par un-e urologue ou un-e oncologue médical-e et leur équipe. Étonnamment, et aussi malheureusement, il y a encore beaucoup d'hommes qui meurent du CP et qui n'ont jamais reçu de chimiothérapie malgré qu'ils y soient admissibles. Lorsque les patients atteignent un stade de progression rapide et qu'ils sont symptomatiques et frêles, il est trop tard pour les orienter en oncologie médicale.

La prise en charge du CP de stade avancé nécessite une équipe, avec un soutien solide du personnel infirmier et des pharmaciens-ne-s, des évaluations fréquentes et une surveillance par des analyses de laboratoire. L'approche classique voulant que « si le taux d'APS est dans les normes, tout va bien » ne suffit plus; il faut en faire plus pour surveiller le patient et la maladie. De plus, en raison du bienfait de la chimiothérapie à base de docetaxel au stade métastatique sensible à la castration, l'évaluation du patient visant à déterminer si la chimiothérapie lui convient ne peut pas être faite en urologie générale. Le même argument s'applique quant à savoir qui est le mieux placé pour peser les mérites cliniques de la chimiothérapie par rapport à un ARAT ou un traitement d'association pour un patient donné. Enfin, les décisions prises aux premiers stades du CPm, ainsi que le moment d'orienter le patient vers un spécialiste, peuvent profondément affecter les options thérapeutiques restantes potentielles à l'avenir.

Nous devons accepter que les urologues généraux-ales ne sont pas les mieux outillé-e-s pour être au cœur de la prise en charge du CP de stade avancé, mais doivent plutôt être membres d'une équipe où l'oncologue médical-e ou l'uro-oncologue tient le rôle principal. Nous avons besoin d'une plus grande intégration de l'urologie générale avec

l'oncologie médicale ou l'uro-oncologie, ce qui implique la mise en place d'équipes locales et un accès aux comités des tumeurs régionaux. Nous devons profiter des bienfaits tirés de la pandémie concernant la télémedecine/médecine virtuelle. Avec l'aide de nos collègues du GUMOC (GU Medical Oncologists of Canada) et de notre Comité d'urologie en milieu non académique, l'AUC est prête à participer à cette intégration autant que possible.