

Avis de non-responsabilité concernant l'algorithme du GURC (doit être fourni avec l'algorithme)

Cet algorithme a pour but de guider la thérapie en mettant en évidence les séquences de traitement couramment sélectionnées. Il s'inspire des données cliniques, mais se fonde principalement sur l'opinion clinique découlant de discussions entre experts multidisciplinaires. Comme il ne représente pas toutes les options de traitement disponibles ou ne reflète pas toutes les données probantes disponibles, il ne devrait pas être considéré comme définitif ou remplacer les lignes directrices cliniques ou les énoncés consensuels fondés sur des données probantes.

Puisque les besoins de chacun des patients constituent la priorité en matière de stratégie thérapeutique, les cliniciens devraient tenir compte des options de traitement suggérées ou du recrutement pour les essais cliniques à la lumière des caractéristiques et des antécédents de la maladie, des préférences du patient, des données probantes disponibles et, idéalement, dans le contexte d'une discussion multidisciplinaire.

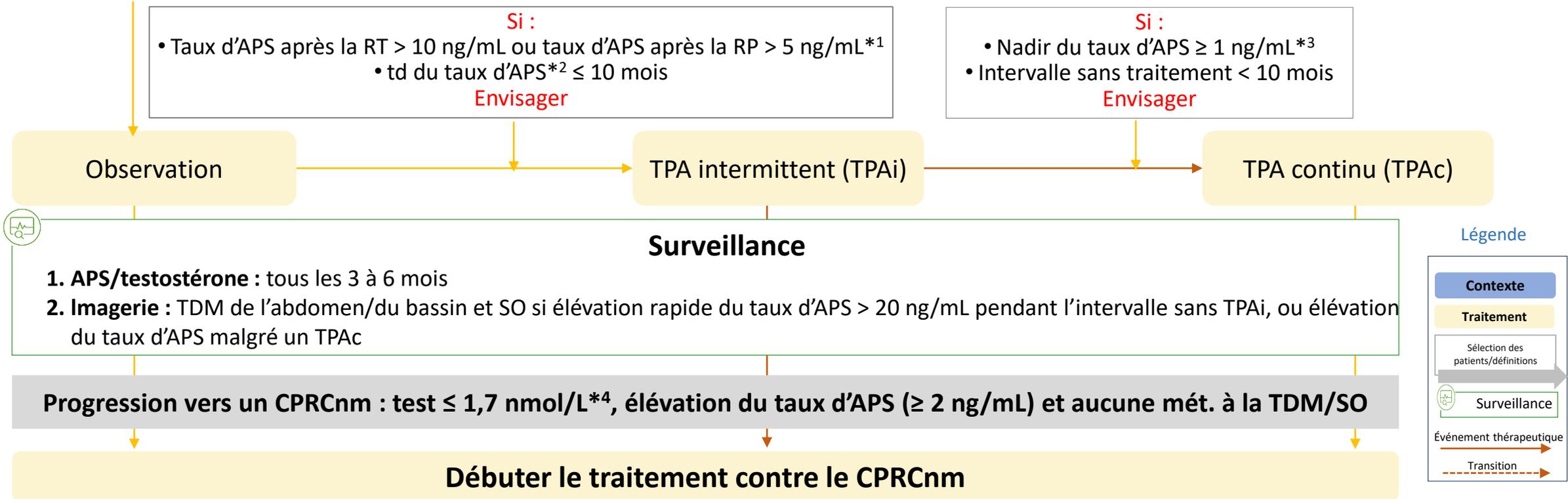
Patients présentant un taux d'APS croissant malgré l'absence de métastase (après un traitement localisé)

Définition de récurrence biochimique :

- Après la radiothérapie :
nadir du taux d'APS + 2 ng/mL
- Après la prostatectomie radicale :
taux d'APS > 0,2 ng/mL

Envisager une orientation précoce pour un *traitement de sauvetage local* :

- Après la RT : si la biopsie de la prostate montre une récurrence locale et si le taux d'APS < 5 ng/mL, envisager une orientation pour des options de sauvetage locales (p. ex. chirurgie, curiethérapie, cryothérapie)
- Après la PR : le moment optimal pour orienter le patient en vue d'une RT de sauvetage est lorsque le taux d'APS est > 0,1 ng/mL (et < 2 ng/mL)



Points à considérer :

*1 Les cliniciens doivent envisager un taux seuil d'APS plus faible en l'absence de prostate *in situ*.

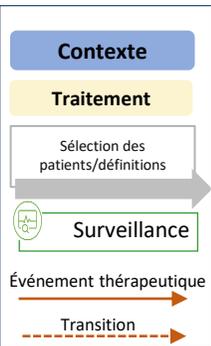
*2 Le temps de doublement de l'APS peut être facilement calculé à l'aide d'une calculatrice en ligne : [MSKCC](#)

*3 Les cliniciens doivent envisager le passage d'un TPAi à un TPAc chez les patients n'atteignant pas un nadir d'APS d'au moins 1 après 6 mois de TPAi.

*4 Des taux plus faibles obtenus au test (T ≤ 0,7 nmol/L) ont été associées à de meilleurs résultats; des manipulations hormonales secondaires (changement de TPA ou ajout d'un antiandrogène) peuvent être envisagées si T > 0,7 nmol/L [Klotz et coll 2018].

** Cet algorithme n'inclut pas certains autres aspects des soins, comme la santé des os et la santé cardiovasculaire.

Abréviations : APS : antigène prostatique spécifique; TPA (i/c) : traitement par privation androgénique (intermittent/continu); CRPC : cancer de la prostate résistant à la castration; TDM : tomodensitométrie; SO : scintigraphie osseuse; nm : non métastatique; mét. : métastase; PR : prostatectomie radicale; RT : radiothérapie; dt : temps de doublement



CPRCnm

Test $\leq 1,7\text{nmol/L}^{*4}$, élévation du taux d'APS ($\geq 2\text{ ng/mL}$) et aucune métastase à la TDM/SO

Envisager la prise en charge multidisciplinaire

Poursuivre la privation androgénique^{*6}

À risque élevé

td du taux d'APS^{*2} ≤ 10 mois

Observation + surveillance

Apalutamide ou enzalutamide^{*7}

Surveillance du CPRCnm à risque élevé

APS/test : tous les 3 mois

TDM/SO : tous les 3 à 6 mois ou symptômes

À faible risque

td du taux d'APS^{*2} > 10 mois

Observation + surveillance

Surveillance du CPRCnm à faible risque

APS/test : tous les 3 à 6 mois

TDM/SO : tous les 6 mois à 1 an ou symptômes

Points à considérer :

*2 Le temps de doublement de l'APS peut être facilement calculé à l'aide d'une calculatrice en ligne : MSKCC

*4 Des taux plus faibles obtenus au test ($T \leq 0,7\text{ nmol/L}$) ont été associées à de meilleurs résultats; des manipulations hormonales secondaires (changement de TPA ou ajout d'un antiandrogène) peuvent être envisagées si $T > 0,7\text{ nmol/L}$ [Klotz et coll 2018].

*5 La participation aux essais cliniques à chaque étape du traitement est, autant que possible, encouragée.

*6 Il existe des preuves émergentes quant aux bienfaits d'un traitement local chez certains patients atteints de CPRCnm.

*7 En instance d'approbation par Santé Canada; l'apalutamide et l'enzalutamide ont récemment montré une amélioration statistiquement significative du critère d'évaluation primaire de la survie sans métastases dans les essais de phase 3; quant à la survie globale, les données sont encore immatures.

** Cet algorithme n'inclut pas certains autres aspects des soins, comme la santé des os et la santé cardiovasculaire.

Abréviations : APS : antigène prostatique spécifique; TPA (i/c) : traitement par privation androgénique (intermittent/continu); CRPC : cancer de la prostate résistant à la castration; TDM : tomographie par émission de positons; SO : scintigraphie osseuse; nm : non métastatique; mét. : métastase; PR : prostatectomie radicale; RT : radiothérapie; dt : temps de doublement