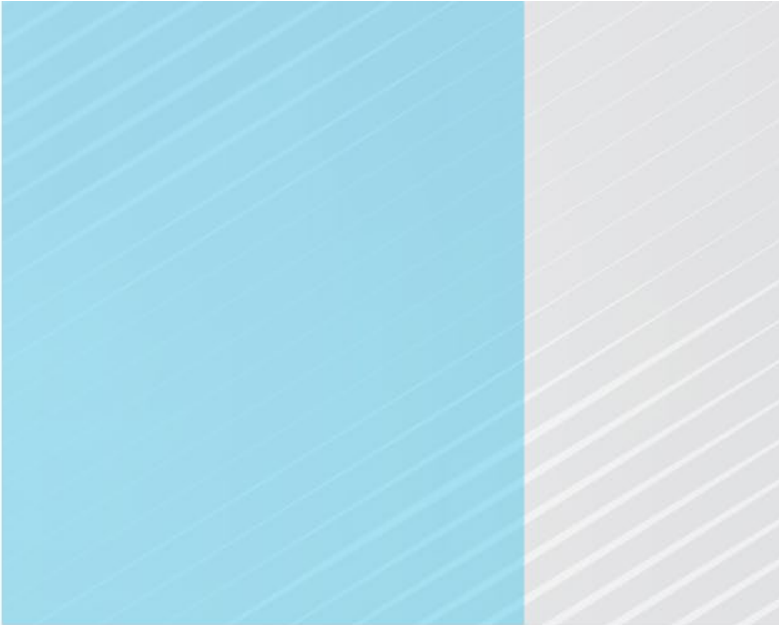


Algorithme de traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Algorithme de traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

Rédaction

Camille Lehuédé

Collaboration

Valérie Hindié

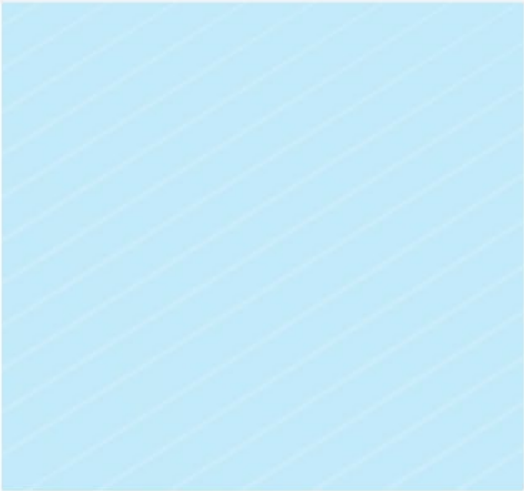
Coordination scientifique

Jim Boulanger

Direction

Catherine Truchon

Stéphane Gilbert



Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité de l'évolution des pratiques en oncologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 5 juin 2026.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Camille Lehuédé, Ph. D.

Collaboratrice interne

Valérie Hindié, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Jim Boulanger, Ph. D.

Adjoint à la direction

Stéphane Gilbert, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D.

Soutien administratif

Lolita Haddad

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science de l'information

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Marie St-Amour, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-04580-4 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Algorithme de traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration. Québec, Qc : INESSS. 23 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif sont :

Armen Garo Aprikian, urologue-oncologue, Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill

Alexis Bujold, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Kevin Jao, hématologue et oncologue médical, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Simon Ouellet, urologue, Hôpital régional de Rimouski, Santé Québec Bas-Saint-Laurent

Fred Saad, urologue-oncologue, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Comité de l'évolution des pratiques en oncologie

Le Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) est composé d'hématologues et oncologues médicaux, de chirurgiens, de radio-oncologues, de pharmaciens, d'infirmiers et de gestionnaires. Cette composition permet de capter les différentes perspectives requises pour remplir le mandat du comité.

Présidente

Julie Beaudet, hématologue et oncologue médicale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Vice-présidente

Mélanie Simard, pharmacienne, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Membres

Sophie Audet, hématologue et oncologue médicale, Hôpital de Chicoutimi, Santé Québec Saguenay-Lac-Saint-Jean – Universitaire

Marie-Ève Bédard Dufresne, pharmacienne, Santé Québec Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Cindy Boulanger-Gobeil, chirurgienne oncologue, Hôtel-Dieu de Québec, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Marianne Boyer, pharmacienne, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Johanne Caron, hématologue et oncologue médicale, Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAUR), Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire

Audrey Chouinard, infirmière conseil en pratique avancée, Santé Québec – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Anne Dagnault, radio-oncologue, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Bianca Déry-Neveu, pharmacienne, Hôpital Honoré-Mercier, Santé Québec Montérégie-Est

Tarek Hijal, radio-oncologue, Santé Québec – Centre universitaire de santé McGill

Kevin Jao, hématologue et oncologue médical, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, Santé Québec Nord-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Christopher Lemieux, hématologue et oncologue médical, Centre intégré de cancérologie, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Élise Martel, chirurgienne générale, Centre hospitalier de Lanaudière, Santé Québec Lanaudière

Sophie Paquet, gestionnaire, chef de service Hémato-oncologie, soins palliatifs et fin de vie – axe Nord, Santé Québec Chaudière-Appalaches

Martin Rouillard, chirurgien général, Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Santé Québec Mauricie-et-Centre-du-Québec – Universitaire

Déclaration d'intérêts

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts ou de rôles relatif à l'objet de l'évaluation.

Pour l'ensemble des auteurs et des experts consultés, les conflits d'intérêts et de rôles ont été déclarés et gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS.

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux.

Simon Ouellet a été conférencier invité pour Tolmar, Bayer et Astellas.

Fred Saad a reçu des honoraires pour sa participation aux travaux de comités consultatifs pour Astellas, AstraZeneca, Bayer, Janssen, Merck, Novartis et Pfizer. Il a de plus participé à de nombreux projets de recherche en lien avec les traitements pour le cancer de la prostate.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	II
AVERTISSEMENT	III
SIGLES ET ACRONYMES	IV
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Identification des sujets traités	4
1.1.1 Première version de l'algorithme	4
1.1.2 Nouvelles sections et mises à jour.....	4
1.1.3 Mise à jour du statut de remboursement des médicaments.....	5
1.2 Stratégie de repérage de la littérature	5
1.2.1 Littérature scientifique	5
1.2.2 Autres sources de littérature.....	5
1.3 Sélection de la littérature	7
1.3.1 Critères de sélection des études.....	7
1.3.2 Sélection des publications	7
1.4 Extraction et synthèse de l'information scientifique.....	7
1.5 Collecte des données contextuelles et expérientielles et validation scientifique	8
1.5.1 Comité consultatif et lecteurs externes	8
1.5.2 Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO)	8
2 RÉSULTATS	9
2.1 Facteurs pronostiques	9
2.2 Algorithme (niveau 1).....	9
2.2.1 Traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm)	11
2.2.2 Définitions du volume et du risque de la maladie métastatique	12
2.2.3 Tableaux des médicaments.....	12
2.3 Recommandations (niveau 2)	16
2.3.1 Facteurs pronostiques.....	16
2.3.2 Thérapie de privation androgénique (TPA)	16
2.3.3 Intensification du traitement systémique (ARPI).....	17
2.3.4 Traitement local de la tumeur primaire.....	18
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES.....	20

RÉSUMÉ

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Québec et au Canada, représentant environ 23 % des nouveaux cas, avec une incidence et une mortalité qui augmentent avec l'âge, en particulier chez les hommes de plus de 70 ans. Initialement hormonodépendant (ou sensible à la castration), ce cancer est une maladie hétérogène dont l'évolution clinique est généralement associée à l'acquisition d'une résistance à la castration, conséquence de l'évolution de la maladie et des traitements anti-androgènes. Les métastases surviennent principalement dans les os, mais peuvent aussi toucher d'autres organes. Bien que la plupart des cas soient diagnostiqués à un stade précoce, généralement associé à une survie élevée, le pronostic diminue fortement au stade métastatique.

À la demande de la Direction de la cancérologie (DC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit une mise à jour de l'algorithme d'investigation, de traitement et de suivi du cancer de la prostate, initialement publié en 2015. La section détaillée dans le présent document porte sur le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm).

Cet algorithme constitue un outil d'aide à la décision accessible sous forme Web interactive regroupant l'ensemble des recommandations de l'INESSS fondées sur des données probantes ainsi que sur des savoirs expérientiels et contextuels. Élaboré en collaboration avec des cliniciens, il vise à soutenir le travail des professionnels de la santé impliqués dans les trajectoires de soins du cancer de la prostate. Sa mise à jour ainsi que l'intégration de nouvelles sections sont réalisées de manière continue.

La version Web de l'algorithme est structurée en trois grands niveaux complémentaires : les algorithmes qui schématisent la trajectoire de soins (niveau 1), les recommandations pour la pratique clinique (niveau 2) ainsi que les données probantes et la discussion (niveau 3). Des hyperliens permettent de naviguer entre ces niveaux. Le présent document constitue une version statique des niveaux 1 et 2 de cet algorithme.

Les principaux traitements du CPSCm (hormonothérapie, chimiothérapie et radiothérapie) sont présentés dans l'algorithme en fonction du volume et/ou du niveau de risque de la maladie métastatique. Les différents médicaments utilisés sont décrits avec leurs indications et leur statut de remboursement au Québec. Enfin, ce document présente les recommandations qui soutiennent cet algorithme et orientent la pratique clinique dans le traitement du CPSCm.

SUMMARY

Treatment Algorithm for Metastatic Castration-Sensitive Prostate Cancer

Prostate cancer is the most frequently diagnosed cancer among men in Quebec and Canada, accounting for approximately 23% of new cases. Its incidence and mortality increase with age, particularly among men over 70 years old. Initially hormone-dependent, or castration-sensitive, prostate cancer is a heterogeneous disease whose clinical progression is generally associated with the development of castration resistance, resulting of disease progression and selective pressure from antiandrogen therapies. Metastases occur primarily in the bones but may also affect other organs. Although most cases are diagnosed at an early stage, which is generally associated with favorable survival outcomes, prognosis declines significantly at the metastatic stage.

At the request of the Direction de la cancérologie (DC) of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has updated the algorithm for the investigation, treatment, and follow-up of prostate cancer, originally published in 2015. This document focuses on the treatment of metastatic castration-sensitive prostate cancer (mCSPC).

This algorithm is a decision-making tool available in an interactive web-based format that brings together INESSS recommendations, based on scientific evidence as well as experiential and contextual knowledge. Developed in collaboration with clinicians, it is intended to support healthcare professionals involved in the care of patients with prostate cancer. The algorithm is continuously updated, with new sections added on an ongoing basis.

The web-based algorithm is structured into three complementary levels: care pathway algorithms (Level 1), clinical practice recommendations (Level 2), and supporting evidence and discussion (Level 3). Hyperlinks enable users to navigate between these levels. This document presents a static version of Levels 1 and 2 of the algorithm.

The algorithm presents the main treatment options for mCSPC, including hormone therapy, chemotherapy, and radiation therapy, based on metastatic disease volume and/or risk stratification. The various treatments are described, along with their indications and reimbursement status in Quebec. Finally, this document presents the recommendations that support this algorithm and guide clinical practice in the treatment of mCSPC.

AVERTISSEMENT

Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

SIGLES ET ACRONYMES

AJCC	American Joint Committee on Cancer
APS	Antigène prostatique spécifique
ARPI	Inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur aux androgènes (<i>Androgen Receptor Pathway Inhibitor</i>)
CEPO	Comité de l'évolution des pratiques en oncologie
CPRCm	Cancer de la prostate métastatique résistant à la castration
CPSCm	Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration
DC	Direction de la cancérologie
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
GEOQ	Groupe d'étude en oncologie du Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LHRH	Hormone de libération de l'hormone lutéinisante (<i>Luteinizing Hormone-Releasing Hormone</i>)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RQC	Registre québécois du cancer
RT	Radiothérapie
SCC	Société canadienne du cancer
TDM	Tomodensitométrie
TNM	Classification TNM : T (tumeur; <i>Tumor</i>), N (ganglion; <i>Node</i>); M (métastases; <i>Metastasis</i>)
TPA	Thérapie de privation androgénique

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate représente le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Québec et à l'échelle nationale (23 % des cancers incidents). La Société canadienne du cancer (SCC) estime que 29 300 cas de cancer de la prostate seront diagnostiqués et que 5 300 décès (11 %) liés à cette maladie auront été enregistrés en 2026 au Canada (Brenner *et al.*, 2026). Au Québec, le Registre québécois du cancer (RQC) fait mention de 8 389 nouveaux cas de cancer de la prostate (2024) et 1 057 décès attribuables à cette maladie (2021) (RQC, 2026).

Le cancer de la prostate résulte de l'accumulation d'altérations génétiques dans la prostate qui entraînent une croissance incontrôlée des cellules (Wilson et Zishiri, 2024). L'âge représente le facteur de risque le plus important (Wasim *et al.*, 2022; Wilson et Zishiri, 2024). Au Québec, la quasi-totalité (99 %) des hommes qui reçoivent un diagnostic de cancer de la prostate sont âgés de 50 ans et plus, les trois quarts (75 %) ont plus de 65 ans et environ la moitié (52 %) sont diagnostiqués à l'âge de 70 ans et plus (données du RQC pour l'année 2024). Une grande majorité des décès par cancer de la prostate (85 %) surviennent chez les hommes âgés de 70 ans et plus (données du RQC pour l'année 2021) (RQC, 2026).

Sur le plan histologique, 95 % des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes, des lésions cancéreuses qui prennent naissance dans les cellules épithéliales glandulaires de la prostate, la plupart ayant une origine acinaire, sinon canalaire (Wasim *et al.*, 2022). Les variantes histologiques rares incluent le carcinome urothélial (ou transitionnel), à petites cellules ou épidermoïde, ou encore le sarcome ou les tumeurs carcinoïdes (SCC, 2021).

Initialement hormonodépendant (androgéno-dépendant ou sensible à la castration), le cancer de la prostate est une maladie hétérogène dont l'évolution clinique est fréquemment caractérisée par l'acquisition progressive d'une résistance à la castration, qui résulte de l'histoire naturelle de la maladie et de la pression de sélection exercée par les traitements anti-androgènes (Damodaran *et al.*, 2017; Mallah *et al.*, 2025; Raychaudhuri *et al.*, 2025). Les métastases associées au cancer de la prostate sont majoritairement localisées aux os, mais peuvent également atteindre les ganglions lymphatiques, la glande surrénale, les organes pelviens, les poumons, le foie et le cerveau (Lebret et Mejean, 2008; Mallah *et al.*, 2025). Au Canada, près des trois quarts des cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués à un stade précoce (c.-à-d. lorsque la maladie est localisée; stade I : 22 %; stade II : 51 %), alors que 13 % et 14 % le sont aux stades III et IV¹ (Statistique Canada, 2023b). Le taux de survie nette à 5 ans normalisé selon l'âge est estimé à 91 %, pour tous les stades confondus. Il est proche de 100 % pour les stades I, II et III, mais il chute à 41 % pour le stade IV² (SCC, 2023; Statistique Canada, 2023a).

¹ Période de référence 2017 (données excluant le Québec).

² Période 2010-2017 (données excluant le Québec).

Les symptômes au diagnostic sont peu spécifiques et communs avec ceux de l'hyperplasie bénigne de la prostate (NCI, 2025; Raychaudhuri *et al.*, 2025). Ils sont généralement d'ordre urinaire (rétention urinaire, troubles de la miction, incontinence, incapacité à vider complètement sa vessie, etc.) ou sexuel (Raychaudhuri *et al.*, 2025). Bien que plus rares, des symptômes liés à la présence de métastases peuvent être ressentis, tels que des douleurs osseuses et des fractures (NCI, 2025; Raychaudhuri *et al.*, 2025; SCC, 2021).

Mandat et objectif

Le mandat de ces travaux vise à actualiser l'algorithme d'investigation, de traitement et de suivi élaboré par l'INESSS en 2015. Cette mise à jour permet de migrer d'un format PDF vers une version Web interactive, facilitant ainsi l'accès à l'information et l'évolution continue de l'algorithme par l'ajout de nouvelles sections.

L'objectif de ce document est de définir la trajectoire de traitement des personnes atteintes d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration en privilégiant les options thérapeutiques pertinentes, disponibles et adaptées au contexte québécois, ainsi que leur séquence optimale selon le sous-type de maladie.

Les étapes en amont du continuum de soins, soit la prévention, le dépistage, l'investigation et la stadification, ne sont pas abordées directement dans ce document, de même que la prise en charge des patients atteints d'un cancer localisé, avancé mais non métastatique ou métastatique mais résistant à la castration. Cependant, différentes sections seront progressivement ajoutées à l'algorithme en fonction des besoins cliniques identifiés.

Les algorithmes en cancérologie de l'INESSS

Les différents algorithmes proposés par l'INESSS sont destinés à faciliter la prise de décisions concernant les soins en cancérologie, dispensés par les médecins, les infirmières et les pharmaciens, et à uniformiser la pratique entre les établissements du Québec. Ils sont présentés dans une [forme Web](#) qui favorise leur mise à jour et qui tient compte des récents développements pour la prise en charge du cancer. L'enrichissement des algorithmes est fait selon un processus continu fondé sur l'examen critique des meilleures données probantes disponibles, ce qui permet l'élaboration de recommandations avec la participation des experts du Québec dans le domaine du cancer.

Comment utiliser l'algorithme

Le contenu de l'algorithme est divisé en trois niveaux d'information. Le premier niveau fournit un aperçu global du thème abordé dans lequel l'information est schématisée sous la forme d'arbres décisionnels répondant aux besoins de la pratique québécoise (Algorithmes). Le deuxième niveau correspond aux recommandations qui soutiennent la pratique clinique (Recommandations). Enfin, le troisième niveau d'information (Données probantes et discussion) comprend une synthèse des principales données probantes disponibles et des éléments de discussion qui appuient les algorithmes et les

recommandations formulées. Cette section permettra au lecteur d'évaluer la qualité et l'impact clinique des données probantes qui soutiennent les recommandations.

Divers liens cliquables (caractères bleus) ont été intégrés dans la structure des algorithmes afin de guider le lecteur vers les énoncés de recommandations correspondants. Des liens cliquables ont aussi été associés aux recommandations avec la mention « détails »; ils permettent de faire le pont vers les données probantes et les discussions. L'absence de cette mention signifie qu'une synthèse des données appuyant la recommandation n'a pas été présentée. Ainsi, à partir d'un thème dans un algorithme, il est possible de naviguer rapidement entre les différents niveaux d'information.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Identification des sujets traités

1.1.1 Première version de l'algorithme

Afin d'identifier les pratiques consensuelles et divergentes au Québec relativement à l'investigation, au traitement et au suivi du cancer de la prostate, le Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ) a organisé en 2014 une rencontre dans le but de répondre à près de 130 questions avec choix de réponses destinées à un groupe d'experts québécois spécialisés en cancer de la prostate. Les sujets pour lesquels un consensus n'a pas été obtenu ont été initialement privilégiés pour l'élaboration de la section *Données probantes et discussion* et des recommandations sous-jacentes. Un document a été publié en 2015 (INESSS et GEOQ, 2015).

1.1.2 Nouvelles sections et mises à jour

La mise à jour périodique de l'algorithme de traitement est essentielle pour maintenir la validité des recommandations. À cette fin, de nouvelles sections ou des mises à jour de sections déjà présentes sont régulièrement développées et publiées.

Le processus est divisé en quatre étapes : 1) l'identification des sujets à mettre à jour, 2) l'évaluation de la pertinence d'une mise à jour, 3) l'analyse des principales données probantes disponibles et 4) la formulation d'une nouvelle recommandation ou encore la reconduction ou la modification d'une recommandation existante.

L'identification des sujets à traiter provient de différentes sources (p. ex. Comité de l'évolution des pratiques en oncologie [CEPO], cliniciens, Direction de la cancérologie [DC] du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], nouvelles publications, principaux guides de pratique, résumés de congrès). La publication de la mise à jour des recommandations est indiquée dans l'algorithme par une étiquette visuelle « Mise à jour – date MM-AAAA » afin d'en faciliter le repérage.

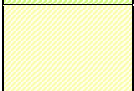
Pour chacun des sujets abordés, les questions générales suivantes en lien avec la dimension clinique guident les travaux d'évaluation :

- 1) Quelles sont l'efficacité et l'innocuité des traitements ou des interventions évalués selon les meilleures données disponibles?
- 2) Quelles sont la prise en charge et la séquence optimale des traitements ou des interventions dans le contexte québécois?
- 3) Quelles sont les recommandations des principales sociétés savantes et organisations?

Des questions plus ciblées, spécifiques aux sections développées, ont pu être formulées selon les sujets abordés.

1.1.3 Mise à jour du statut de remboursement des médicaments

Le statut de remboursement des médicaments est mis à jour périodiquement en fonction de leur processus d'homologation par [Santé Canada](#) et d'évaluation par l'INESSS, et selon leur inscription ou non aux listes de médicaments de la RAMQ. Les tableaux des médicaments et des indications sont alors mis à jour selon le code de couleur suivant :

	Inscrit aux listes des médicaments pour cette indication au Québec.
	Valeur thérapeutique reconnue par l'INESSS, surseoir à la décision du ministre, non inscrit aux listes des médicaments au Québec.
	En cours d'évaluation à l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec.
	Indication reconnue par Santé Canada, non évalué par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec.
	Valeur thérapeutique évaluée et non reconnue par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec.

L'approche, les modalités et les processus d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription sont publiés sur le site de l'INESSS³.

1.2 Stratégie de repérage de la littérature

1.2.1 Littérature scientifique

La recherche de l'information scientifique a été effectuée en consultant, notamment, les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et Cochrane Database of Systematic Reviews de la collection EBM Reviews. La recherche s'est limitée aux articles publiés en français ou en anglais. Le repérage d'articles comparables à ceux sélectionnés a aussi été réalisé à l'aide des fonctions « *similar articles* » et « *cited by* » dans l'interface PubMed. La liste des références des publications retenues a également été consultée afin de permettre le repérage d'études pertinentes.

Une mise à jour des stratégies de repérage de l'information a été effectuée périodiquement jusqu'à l'envoi de la version préliminaire du document aux membres du CEPO (21 mai 2026).

1.2.2 Autres sources de littérature

D'autres sources spécialisées ont été consultées, telles que les sites Web des agences d'évaluation des technologies de la santé, des organismes gouvernementaux, des associations professionnelles pertinentes et des établissements. Le tableau suivant

³ [INESSS : Médicaments : évaluation aux fins d'inscription.](#)

présente les sources le plus fréquemment consultées. Les sites examinés varient en fonction du thème abordé. Seuls les guides de pratique clinique les plus récents (généralement moins de cinq ans) et pertinents ont été retenus. Les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont été interrogés.

Autres sources de repérage de la littérature

SOURCES	
Internationale	Guidelines International Network (G-I-N) (www.g-i-n.net)
Québec	- Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ) (https://www.geoq.info/) - Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (https://www.inesss.qc.ca/)
Canada ou autres provinces canadiennes	- Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) (http://www.cadth.ca/fr) - Alberta Health Services (AHS) (http://www.albertahealthservices.ca/) - BC Cancer (http://www.bccancer.bc.ca/) - BC Guidelines (https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines) - Cancer Care Ontario (CCO) (https://www.cancercareontario.ca/fr) - Société canadienne du cancer (SCC) (http://www.cancer.ca/fr) - Santé Canada (https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/?lang=fre)
États-Unis	- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (http://www.asco.org/) - American Urological Association (AUA) (https://www.auanet.org/) - American Society for Radiation Oncology (ASTRO) (https://www.astro.org/) - ClinicalTrials.gov (https://clinicaltrials.gov/) - National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (http://www.nccn.org/) - National Cancer Institute (NCI) (https://www.cancer.gov) U. S. Food and Drug Administration (FDA) (https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/)
Europe	- European Association of Urology (EAU) (http://www.uroweb.org/) - European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (https://www.eortc.org/) - European Society for Medical Oncology (ESMO) (http://www.esmo.org/) - European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO) (http://www.estro.org/)
France	- Association française d'urologie (AFU) (https://www.urofrance.org/) - Haute Autorité de santé (HAS) (http://www.has-sante.fr) - Institut national du cancer (INCa) (http://www.e-cancer.fr/)
Royaume-Uni	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (http://www.nice.org.uk)
Australie	Cancer Australia (http://canceraustralia.gov.au/)

1.3 Sélection de la littérature

1.3.1 Critères de sélection des études

Les types de publications sélectionnées comprennent les essais cliniques, les revues systématiques avec ou sans méta-analyse, les études prospectives comparatives et rétrospectives, les guides de pratique clinique et les consensus d'experts publiés en français ou en anglais entre 2022 et 2026. Les études cliniques en cours, les résumés de conférence et les affiches ont généralement été exclus. Les études de cas sont exclues.

1.3.2 Sélection des publications

La sélection des articles repérés dans la littérature scientifique et la littérature grise a été effectuée par une professionnelle selon les critères PICOTS (population ciblée, interventions, comparateurs, résultats, moment, contexte), lorsque requis, en fonction des particularités de chacun des thèmes abordés.

La qualité des articles a été évaluée de façon qualitative en mettant l'accent sur les méthodologies employées. Les principales limites méthodologiques importantes pour l'interprétation des résultats ont été rapportées et accompagnent la description des études concernées.

1.4 Extraction et synthèse de l'information scientifique

L'extraction des données a été réalisée par une professionnelle scientifique responsable du dossier et ces données ont été validées par une seconde professionnelle scientifique.

La force des recommandations et la qualité de la preuve (selon l'organisation citée) ont été présentées lorsque l'information était disponible. L'ensemble de la preuve scientifique a ensuite été regroupé par thèmes et synthétisé sous la forme de documents de travail contenant des propositions de recommandations.

Les recommandations, adaptées selon la pratique clinique québécoise, sont formulées à partir des meilleures données probantes disponibles et elles ne prennent généralement pas en considération les aspects qui se rapportent aux retombées sur le système de santé (économiques et organisationnelles) ainsi que l'impact environnemental.

L'INESSS reconnaît que certaines personnes puissent présenter une identité, une expression ou une affirmation de genre différent du sexe déterminé à la naissance. Dans ce texte, le terme « homme » est utilisé pour faire référence à toute personne de sexe masculin à la naissance.

1.5 Collecte des données contextuelles et expérientielles et validation scientifique

1.5.1 Comité consultatif et lecteurs externes

Un comité consultatif formé de cliniciens a accompagné l'INESSS dans la réalisation des travaux afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle du produit livré. À cette fin, les cliniciens consultés ont été invités à :

- se prononcer sur les sujets abordés;
- se prononcer sur les questions d'évaluation;
- prendre connaissance des résultats de la revue de la littérature;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle.

Les documents de travail ont été partagés avec les cliniciens afin de recueillir, dans un premier temps, leur perception des besoins cliniques et, par la suite, de discuter des données et des recommandations issues de l'extraction de la littérature scientifique. Ces échanges ont permis de recueillir les données expérientielles et contextuelles nécessaires à l'élaboration des recommandations et des algorithmes. Les membres du comité consultatif sont présentés dans les pages liminaires.

1.5.2 Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO)

Le CEPO est un comité consultatif permanent de l'INESSS sous la responsabilité de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé. Ce comité multidisciplinaire s'appuie sur les meilleures données scientifiques disponibles ainsi que sur l'expertise et l'expérience de ses membres pour soutenir l'optimisation et la standardisation de la pratique clinique québécoise en oncologie et ainsi offrir de meilleurs soins aux patients soupçonnés ou atteints de cancer à travers la province. Ce comité a participé activement à l'élaboration de cet algorithme en émettant des commentaires et suggestions et en soulevant des enjeux cliniques, éthiques et organisationnels associés au projet. Les membres se sont prononcés sur la pertinence des questions d'évaluation, puis sur les critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature considérée et des données recueillies par l'INESSS. Ils ont contribué à l'analyse et à l'appréciation de la preuve scientifique en commentant la revue de littérature de l'INESSS, en fournissant de l'information contextuelle et expérientielle en lien avec l'objet d'évaluation et en identifiant les barrières et facilitateurs à la prestation de soins et services dans le contexte québécois. Le CEPO a révisé et entériné les recommandations et les éléments de discussion qui s'y rapportent. La liste des membres du CEPO est présentée dans les pages liminaires.

2 RÉSULTATS⁴

2.1 Facteurs pronostiques

Les principaux facteurs pronostiques du cancer de la prostate sont le stade clinique, établi à l'aide du système de classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8^e édition, basé sur l'étendue de la maladie (stade TNM), ainsi que le grade tumoral et le taux sérique d'antigène prostatique spécifique (APS) (Paner *et al.*, 2018). D'autres facteurs, tels que le volume et le niveau de risque de la maladie métastatique, liés principalement au nombre et à la localisation des métastases, influencent également le pronostic. Ils ont été définis par les études CHAARTED et LATITUDE et sont utilisés de manière usuelle pour adapter la prise en charge des patients (Fizazi *et al.*, 2017; Kyriakopoulos *et al.*, 2018).

La stadification de l'atteinte locorégionale et métastatique repose essentiellement sur l'imagerie conventionnelle (tomodensitométrie [TDM] de l'abdomen et du pelvis [± thorax] et scintigraphie osseuse), conformément aux modalités utilisées dans les études ayant démontré un bénéfice des traitements du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm), et qui ont établi les critères définissant le volume et le risque de la maladie métastatique (Armstrong *et al.*, 2019; Chi *et al.*, 2019; Davis *et al.*, 2019; Fizazi *et al.*, 2017; Hussain *et al.*, 2023; Saad *et al.*, 2024; So *et al.*, 2025; Vale *et al.*, 2023).

2.2 Algorithme (niveau 1)

Le CPSCm est une maladie hétérogène tant sur les plans biologique que clinique (Ploussard *et al.*, 2024; Wasim *et al.*, 2022). Il peut être diagnostiqué d'emblée au stade métastatique (*de novo*; maladie synchrone) ou survenir à la suite de la progression d'un cancer localisé (maladie métachrone). Un CPSCm est défini par la présence de métastases chez des patients dont la maladie demeure dépendante des androgènes. Généralement, ces derniers n'ont pas encore reçu de thérapie de privation androgénique (TPA) à long terme et leur cancer est fortement susceptible d'y répondre. Bien que le pronostic d'un cancer métastatique *de novo* soit généralement plus sombre, la trajectoire de traitement des maladies synchrone et métachrone présente des similitudes (Ploussard *et al.*, 2024; So *et al.*, 2025). Elle repose sur un traitement systémique combinant une thérapie de privation androgénique (TPA) à un inhibiteur de la voie de signalisation des androgènes (ARPI; *Androgen Receptor Pathway Inhibitor*), auquel s'ajoutent, dans certains cas, une chimiothérapie (docétaxel) et/ou une radiothérapie externe de la prostate (So *et al.*, 2025; Tsung *et al.*, 2025).

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

L'objectif du traitement systémique du CPSCm est de réduire la production d'androgènes sériques et de limiter leur interaction avec le récepteur aux androgènes, afin de contrôler la croissance des cellules tumorales prostatiques pour ultimement prolonger la survie, ralentir la détérioration de la qualité de vie, l'aggravation des symptômes et la transition vers un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm) (Ploussard *et al.*, 2024).

Une radiothérapie externe de la prostate peut être offerte à certains patients présentant une maladie synchrone. Son objectif est de ralentir la progression du cancer, de prévenir la survenue de symptômes locaux liés à la tumeur primaire et ultimement de prolonger la survie (Bossi *et al.*, 2024; Burdett *et al.*, 2019).

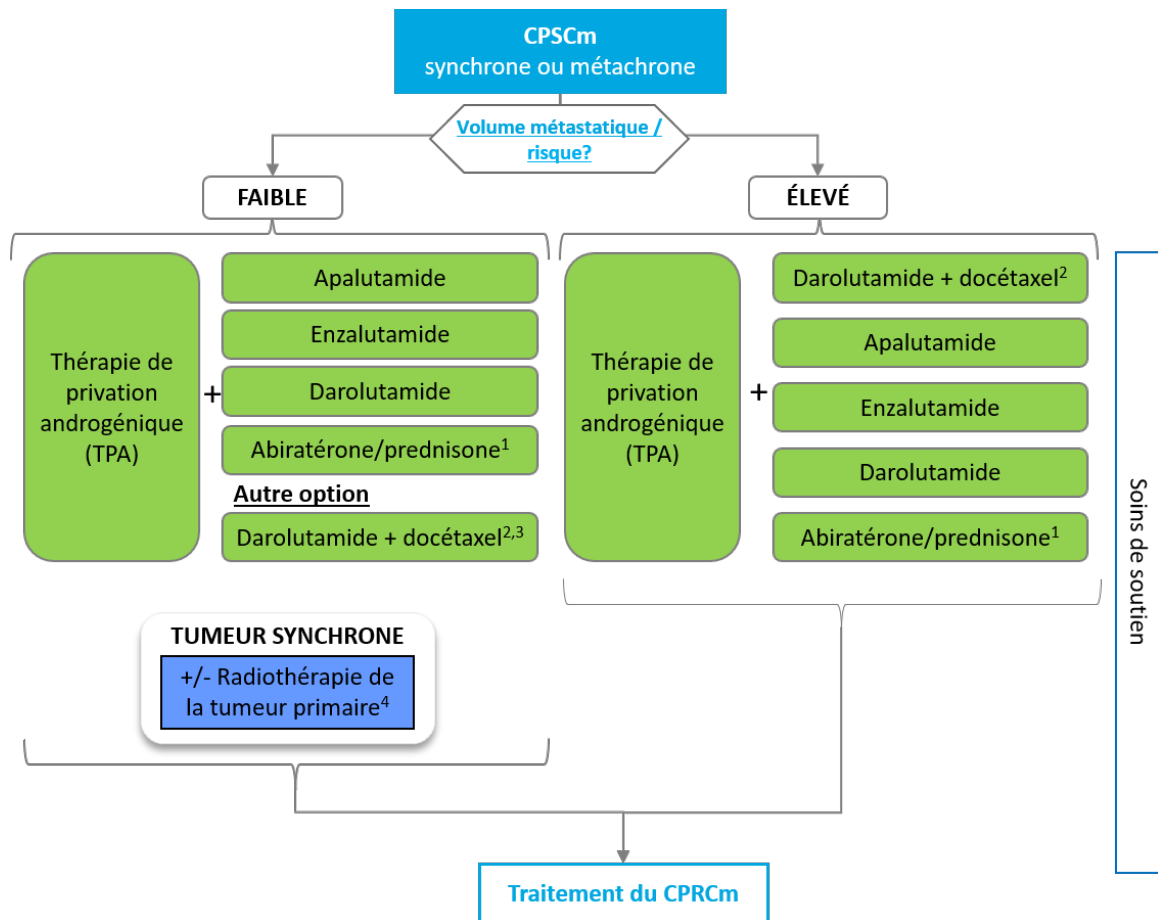
L'algorithme comporte certaines particularités selon le volume et le niveau de risque de la maladie métastatique. Un lien cliquable dans l'algorithme en version Web permettra d'accéder directement aux définitions du volume et du risque, présentées à la figure de la [section 2.2.2](#).

Enfin, un tableau présentant les médicaments utilisés dans le traitement du CPSCm est inclus, de même qu'un second tableau regroupant les différentes options thérapeutiques, accompagnées de leur indication et leur statut de remboursement selon l'intention de traitement.

- [Traitements du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration \(CPSCm\)](#)
- [Définitions du volume et du risque de la maladie métastatique](#)
- [Tableaux des médicaments](#)

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

2.2.1 Traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm)



■ Inscrit aux listes des médicaments au Québec.

1. L'association abiratérone/prednisone et TPA est recommandée chez les patients avec un CPSCm *de novo*. Très peu de données sont disponibles chez les patients avec une maladie métachrone.
2. Chez les patients pour qui le docétaxel est jugé approprié et sécuritaire.
3. La trithérapie (darolutamide, docétaxel et TPA) pourrait être envisagée chez certains patients sélectionnés présentant une maladie métastatique de faible volume, bien que le bénéfice dans ce contexte soit incertain.
4. La radiothérapie prostatique n'est pas recommandée systématiquement en présence d'une maladie métastatique de volume élevé et doit être évaluée au cas par cas. Elle pourrait être envisagée chez certains patients en raison de son effet préventif sur la survenue de complications génito-urinaires sévères.

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

2.2.2 Définitions du volume et du risque de la maladie métastatique

Volume métastatique / risque?

Une maladie métastatique de volume élevé est définie, selon l'étude **CHAARTED**, par la présence d'au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- ≥ 4 métastases osseuses dont au moins une située hors de l'axe vertébral et du bassin
- Métastase(s) viscérale(s)

Une maladie à haut risque est définie, selon l'étude **LATITUDE**, par la présence d'au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- ≥ 3 métastases osseuses
- Métastase(s) viscérale(s)
- Score de Gleason ≥ 8

Une maladie métastatique est considérée de faible volume ou à faible risque lorsqu'elle ne répond pas aux critères mentionnés ci-dessus.

2.2.3 Tableaux des médicaments

Médicaments utilisés pour le traitement du CPSCm selon l'intention de traitement (statut de remboursement provenant des [listes des médicaments de la RAMQ en date du 25 juin 2026](#))

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm)
TPA + darolutamide + docétaxel
TPA + abiratéron/prednisone
TPA + apalutamide
TPA + enzalutamide
TPA + darolutamide

CPSCm : cancer de la prostate métastatique sensible à la castration; TPA : thérapie par privation androgénique.

Légende :

-  : Inscrit aux listes des médicaments pour cette indication au Québec
-  : Valeur thérapeutique reconnue par l'INESSS, surseoir à la décision du ministre, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : En cours d'évaluation à l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : Indication reconnue par Santé Canada, non évalué par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : Valeur thérapeutique évaluée et non reconnue par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec.

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

Liste des médicaments d'exception, leurs indications et leur statut d'évaluation et de remboursement au Québec [selon les listes des médicaments d'exception de la RAMQ, en date du 25 juin 2026](#)

Médicaments	Extrait d'avis au ministre	Recommandation de l'INESSS	Statut de remboursement au Québec*
ARPI (inhibiteurs de la voie de signalisation des récepteurs aux androgènes) – Inhibiteur de la synthèse des androgènes			
Abiratérone (acétate d') (Apo-Abiratérone; Jamp-Abiratérone; Nat-Abiratérone [250 mg]; pms-Abiratérone; PRZ-Abiratérone; Sandoz Abiratérone)	Extrait d'avis (28 août 2024)	Inscription – avec conditions	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
	En association avec la prednisone et une thérapie de privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes : - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique; et - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1. La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. La durée des autorisations subséquentes est de 12 mois. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé. Il est à noter que l'abiratérone n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.		
ARPI - Inhibiteurs du récepteur aux androgènes			
Apalutamide (ERLEADA ^{MC})	Extrait d'avis (10 juin 2020); Extrait d'avis (28 août 2024; modification de l'indication)	Inscription – avec conditions	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
	Pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes : - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique; et - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1. La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé. Il est à noter que l'apalutamide n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2 ^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.		

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

Médicaments	Extrait d'avis au ministre	Recommandation de l'INESSS	Statut de remboursement au Québec*
Darolutamide (NUBEQA^{MC})	Extrait d'avis (25 mai 2023); Extrait d'avis (28 août 2024; modification de l'indication)	Inscription – avec conditions	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
Trithérapie	En association au docétaxel et une thérapie de privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes : - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique; et - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1. La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Il est à noter que le darolutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération, s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate. Pour la poursuite du traitement d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le darolutamide, une thérapie de privation androgénique et le docétaxel en milieu hospitalier durant 6 cycles de 21 jours ou dont le docétaxel a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse. La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.		
Bithérapie	Extrait d'avis (2 octobre 2025)	Inscription – avec conditions	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
	Pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes : - n'ayant pas reçu de thérapie par privation androgénique (TPA) pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique; et - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1. La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé. Il est à noter que le darolutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.		
Enzalutamide (XTANDI^{MC}; Jamp Enzalutamide^{MC})	Extrait d'avis (9 septembre 2020); Extrait d'avis (28 août 2024; modification de l'indication)	Inscription – avec conditions	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
	Pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes : - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique; et - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.		

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

Médicaments	Extrait d'avis au ministre	Recommandation de l'INESSS	Statut de remboursement au Québec*
	La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie. La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé. Il est à noter que l'enzalutamide n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2 ^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.		
Biphosphonates			
Acide zolédronique (Acide zolédronique pour injection Dr Reddy's; Acide zolédronique pour injection Juno; Acide zolédronique pour injection Marcan; Acide zolédronique pour injection Taro; Acide zolédronique pour injection Teva Can; Acide zolédronique-Z Sandoz; Jamp-Zoledronic; ZOMETA ^{MC}) Métastases osseuses	Extrait d'avis (1 ^{er} avril 2004) Extrait d'avis (8 août 2018; réévaluation) Extrait d'avis (29 avril 2026; transfert à la section régulière)	Refus d'inscription – valeur thérapeutique non reconnue (2004); Inscription (2018)	Inscrit aux listes des médicaments d'exception
	• Pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale. • Pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant une tumeur solide avec au moins une métastase osseuse, ou un myélome multiple avec lésions osseuses.		

ARPI : inhibiteur de la voie de signalisation des récepteurs aux androgènes (*Androgen Receptor Pathway Inhibitor*);
ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group; TPA : thérapie de privation androgénique.

Légende :

-  : Inscrit aux listes des médicaments pour cette indication au Québec
-  : Valeur thérapeutique reconnue par l'INESSS, surseoir à la décision du ministre, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : En cours d'évaluation à l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : Indication reconnue par Santé Canada, non évalué par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec
-  : Valeur thérapeutique évaluée et non reconnue par l'INESSS, non inscrit aux listes des médicaments au Québec

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

2.3 Recommandations (niveau 2)

2.3.1 Facteurs pronostiques

- L'étendue du cancer de la prostate métastatique devrait être évaluée à partir de l'imagerie conventionnelle et de la biopsie prostatique initiale, en tenant compte du volume de la maladie métastatique. La notion de risque peut également être considérée.
- Selon l'étude CHAARTED, une maladie métastatique de volume élevé est définie par la présence d'au moins une des caractéristiques suivantes :
 - Au moins 4 métastases osseuses, dont au moins une située hors de l'axe vertébral et du bassin;
 - Une ou plusieurs métastases viscérales (à l'exclusion des métastases ganglionnaires).
- Selon l'étude LATITUDE, une maladie à haut risque est définie par la présence d'au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - Au moins 3 métastases osseuses;
 - Une ou plusieurs métastases viscérales (à l'exclusion des métastases ganglionnaires);
 - Un score de Gleason ≥ 8 .
- Une maladie métastatique est considérée comme étant de faible volume ou à faible risque lorsqu'elle ne répond pas aux critères mentionnés ci-dessus.

2.3.2 Thérapie de privation androgénique (TPA)

- La prise en charge du CPSCm (synchrone ou métachrone) repose sur une thérapie de privation androgénique (TPA) en association avec un traitement systémique. La TPA en monothérapie n'est plus recommandée, sauf en présence d'une contre-indication à la thérapie combinée.
- La TPA devrait être administrée de façon continue. L'administration intermittente ne devrait être envisagée que dans le contexte d'une monothérapie. Une surveillance étroite (APS, testostérone et éventuellement imagerie) est alors requise.
- Un suivi régulier du taux sérique de testostérone est recommandé afin de confirmer l'efficacité de la suppression hormonale. Si un niveau de castration (< 50 ng/dl; $< 1,7$ nmol/l) n'est pas maintenu, le traitement devrait être ajusté afin de maximiser la suppression androgénique.

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

- La TPA consiste en l'administration d'un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LHRH) – tel que le leuprolide (Lupron Depot^{mc}, Eligard^{mc}), la goséréline (Zoladex^{mc}), la busérelina (Suprefact^{mc}) ou la triptoréline (Trelstar^{mc}) – ou d'un antagoniste de la LHRH (dégarelix [Firmagon^{mc}], relugolix [Orgovyx^{MC}]). L'orchidectomie bilatérale constitue également une option thérapeutique.
- L'administration à court terme (≥ 7 jours) d'un anti-androgène devrait être envisagée, au début du traitement avec un agoniste de la LHRH, afin de prévenir la poussée transitoire de testostérone (*flare-up*) et l'aggravation des symptômes, en particulier chez les patients à risque de développer des complications.
- L'administration d'un anti-androgène de première génération en monothérapie n'est pas recommandée chez les patients atteints d'un CPSCm.

2.3.3 Intensification du traitement systémique (ARPI)

2.3.3.1 Bithérapie

- L'ajout d'un inhibiteur de la voie des récepteurs aux androgènes (ARPI; *Androgen Receptor Pathway Inhibitor*) à la TPA représente le traitement de référence pour tous les patients atteints d'un CPSCm, qu'il soit diagnostiqué d'emblée au stade métastatique (*de novo*; maladie synchrone) ou qu'il survienne à la suite de la progression d'un cancer localisé (maladie métachrone).
- Parmi les ARPI, l'apalutamide, l'enzalutamide et le darolutamide sont les options thérapeutiques recommandées, quels que soient le volume de la maladie métastatique et le stade initial au diagnostic (maladie synchrone ou métachrone). En l'absence d'études comparatives, ces options sont considérées comme ayant une efficacité similaire. Leur profil d'innocuité différentiel pourrait orienter le choix d'un ARPI plutôt qu'un autre.
- L'association abiratérone et prednisone combinée à une TPA représente une option alternative chez les patients atteints d'un CPSCm *de novo*. Une incertitude demeure chez les patients présentant une maladie métachrone, pour lesquels très peu de données sont disponibles.
- L'association docétaxel et TPA (sans ARPI), autrefois indiquée chez les patients atteints d'une maladie métastatique synchrone de volume élevé, n'est désormais plus recommandée, sauf dans des cas exceptionnels, car la supériorité de la trithérapie a été démontrée.

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

2.3.3.2 Trithérapie

- Le darolutamide en association avec le docétaxel et une TPA (trithérapie) est recommandé chez les patients atteints d'un CPSCm de volume métastatique élevé (critères de l'étude CHAARTED), lorsque la chimiothérapie est jugée appropriée et sécuritaire.
- La trithérapie pourrait également être envisagée chez certains patients sélectionnés présentant une maladie métastatique de faible volume, bien que le bénéfice en termes de survie dans ce contexte demeure incertain.
- Aucune étude n'a comparé la trithérapie à la bithérapie (ARPI + TPA). Ainsi, la bithérapie (ARPI + TPA) représente une option valide, y compris chez les patients ayant une maladie métastatique de volume élevé.
- La durée recommandée des traitements est généralement de six cycles pour le docétaxel, jusqu'à la progression de la maladie pour les ARPI, et à vie pour la TPA. Toutefois, la prise en charge doit être individualisée en fonction de la réponse au traitement, des comorbidités et de la tolérance.

2.3.4 Traitement local de la tumeur primaire

- Une radiothérapie (RT) externe de la tumeur primaire devrait être envisagée chez les patients atteints d'un CPSCm avec une maladie métastatique synchrone de faible volume, en association avec un traitement systémique.
- La radiothérapie prostatique n'est pas recommandée systématiquement en présence d'une maladie métastatique de volume élevé et doit être évaluée au cas par cas. Elle pourrait être envisagée chez certains patients en raison de son effet préventif sur la survenue de complications génito-urinaires sévères.
- Malgré sa simplicité d'administration, les données disponibles ne permettent pas de formuler de constats concernant l'efficacité et l'innocuité d'un schéma de 36 Gy livré en 6 fractions hebdomadaires comparativement aux schémas habituels pour le traitement des patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate.
- Les modalités optimales de l'ultra-hypofractionnement pour le traitement de la maladie métastatique n'ont pas encore été clairement définies.

⁴ Le présent document a été produit en date du 21 juillet 2026. Des modifications ont depuis été apportées aux algorithmes et aux recommandations. Pour la version à jour, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

CONCLUSION

Cet algorithme de prise en charge du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) constitue un outil d'aide à la décision sous forme Web dynamique, qui regroupe l'ensemble des recommandations de l'INESSS basées sur les données probantes et les savoirs expérientiels et contextuels. Il vise à soutenir le travail des professionnels de la santé impliqués dans les trajectoires de soins du cancer de la prostate.

RÉFÉRENCES

- Armstrong, A. J., Szmulewitz, R. Z., Petrylak, D. P., Holzbeierlein, J., Villers, A., Azad, A., Alcaraz, A., Alekseev, B., Iguchi, T., Shore, N. D., Rosbrook, B., Sugg, J., Baron, B., Chen, L. et Stenzl, A. (2019). ARCHES: A Randomized, Phase III Study of Androgen Deprivation Therapy With Enzalutamide or Placebo in Men With Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *J Clin Oncol*, 37(32), 2974-2986. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00799>
- Bossi, A., Foulon, S., Maldonado, X., Sargos, P., MacDermott, R., Kelly, P., Flechon, A., Tombal, B., Supiot, S., Berthold, D., Ronchin, P., Kacso, G., Salem, N., Calabro, F., Berdah, J. F., Hasbini, A., Silva, M., Boustani, J., Ribault, H., . . . investigators, P.-. (2024). Efficacy and safety of prostate radiotherapy in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 x 2 factorial design. *Lancet*, 404(10467), 2065-2076. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01865-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01865-8)
- Brenner, D. R., Gillis, J., Demers, A. A., Ellison, L. F. et C., N. (2026). Projection du fardeau du cancer au Canada en 2026. *CMAJ*, 198(14), E526-E534. <https://doi.org/10.1503/cmaj.252152-f>
- Burdett, S., Boeve, L. M., Ingleby, F. C., Fisher, D. J., Rydzewska, L. H., Vale, C. L., van Andel, G., Clarke, N. W., Hulshof, M. C., James, N. D., Parker, C. C., Parmar, M. K., Sweeney, C. J., Sydes, M. R., Tombal, B., Verhagen, P. C., Tierney, J. F. et Collaborators, S. M. R. (2019). Prostate Radiotherapy for Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer: A STOPCAP Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol*, 76(1), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.02.003>
- Chi, K. N., Agarwal, N., Bjartell, A., Chung, B. H., Pereira de Santana Gomes, A. J., Given, R., Juarez Soto, A., Merseburger, A. S., Ozguroglu, M., Uemura, H., Ye, D., Deprince, K., Naini, V., Li, J., Cheng, S., Yu, M. K., Zhang, K., Larsen, J. S., McCarthy, S., . . . Investigators, T. (2019). Apalutamide for Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 381(1), 13-24. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1903307>
- Damodaran, S., Kyriakopoulos, C. E. et Jarrard, D. F. (2017). Newly Diagnosed Metastatic Prostate Cancer: Has the Paradigm Changed? *Urol Clin North Am*, 44(4), 611-621. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2017.07.008>
- Davis, I. D., Martin, A. J., Stockler, M. R., Begbie, S., Chi, K. N., Chowdhury, S., Coskinas, X., Frydenberg, M., Hague, W. E., Horvath, L. G., Joshua, A. M., Lawrence, N. J., Marx, G., McCaffrey, J., McDermott, R., McJannett, M., North, S. A., Parnis, F., Parulekar, W., . . . Prostate Cancer Trials, G. (2019). Enzalutamide with Standard First-Line Therapy in Metastatic Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 381(2), 121-131. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1903835>

- Fizazi, K., Tran, N., Fein, L., Matsubara, N., Rodriguez-Antolin, A., Alekseev, B. Y., Ozguroglu, M., Ye, D., Feyerabend, S., Protheroe, A., De Porre, P., Kheoh, T., Park, Y. C., Todd, M. B., Chi, K. N. et Investigators, L. (2017). Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 377(4), 352-360. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1704174>
- Hussain, M., Tombal, B., Saad, F., Fizazi, K., Sternberg, C. N., Crawford, E. D., Shore, N., Kopyltsov, E., Kalebasty, A. R., Bogemann, M., Ye, D., Cruz, F., Suzuki, H., Kapur, S., Srinivasan, S., Verholen, F., Kuss, I., Joensuu, H. et Smith, M. R. (2023). Darolutamide Plus Androgen-Deprivation Therapy and Docetaxel in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer by Disease Volume and Risk Subgroups in the Phase III ARASENS Trial. *J Clin Oncol*, 41(20), 3595-3607. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.00041>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et Groupe d'étude en oncologie du Québec. (2015). *Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi du Cancer de la prostate*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/CEPO-GEOQ_Algorithme_cancer_prostate.pdf
- Kyriakopoulos, C. E., Chen, Y. H., Carducci, M. A., Liu, G., Jarrard, D. F., Hahn, N. M., Shevrin, D. H., Dreicer, R., Hussain, M., Eisenberger, M., Kohli, M., Plimack, E. R., Vogelzang, N. J., Picus, J., Cooney, M. M., Garcia, J. A., DiPaola, R. S. et Sweeney, C. J. (2018). Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer: Long-Term Survival Analysis of the Randomized Phase III E3805 CHARTED Trial. *J Clin Oncol*, 36(11), 1080-1087. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.3657>
- Lebret, T. et Mejean, A. (2008). [The natural history of metastatic prostate cancer]. *Prog Urol*, 18 Suppl 7, S327-331. [https://doi.org/10.1016/S1166-7087\(08\)74562-7](https://doi.org/10.1016/S1166-7087(08)74562-7)
- Mallah, H., Diabasana, Z., Soultani, S., Idoux-Gillet, Y. et Massfelder, T. (2025). Prostate Cancer: A Journey Through Its History and Recent Developments. *Cancers (Basel)*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/cancers17020194>
- National Cancer Institute. (2025). *Prostate Cancer Treatment (PDQ®)–Health Professional Version*. <https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-treatment-pdq>
- Paner, G. P., Stadler, W. M., Hansel, D. E., Montironi, R., Lin, D. W. et Amin, M. B. (2018). Updates in the Eighth Edition of the Tumor-Node-Metastasis Staging Classification for Urologic Cancers. *Eur Urol*, 73(4), 560-569. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.12.018>
- Ploussard, G., Dariane, C., Mathieu, R., Baboudjian, M., Barret, E., Brureau, L., Fiard, G., Fromont, G., Olivier, J., Rozet, F., Peyrottes, A., Renard-Penna, R., Sargos, P., Supiot, S., Turpin, L., Roubaud, G., Roupert, M. et Comité de Cancerologie de l'Association Française d'Urologie, G. P. M. d. I. U. (2024). French AFU Cancer Committee Guidelines - Update 2024-2026: Prostate cancer - Management of metastatic disease and castration resistance. *Fr J Urol*, 34(12), 102710. <https://doi.org/10.1016/j.fjurol.2024.102710>

- Raychaudhuri, R., Lin, D. W. et Montgomery, R. B. (2025). Prostate Cancer: A Review. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.0228>
- Registre québécois du cancer. (2026). *Statistiques du Registre québécois du cancer*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>
- Saad, F., Vjaters, E., Shore, N., Olmos, D., Xing, N., Pereira de Santana Gomes, A. J., Cesar de Andrade Mota, A., Salman, P., Jievaltas, M., Ulys, A., Jakubovskis, M., Kopyltsov, E., Han, W., Nevalaita, L., Testa, I., Le Berre, M. A., Kuss, I., Haresh, K. P. et Investigators, A. S. (2024). Darolutamide in Combination With Androgen-Deprivation Therapy in Patients With Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer From the Phase III ARANOTE Trial. *J Clin Oncol*, 42(36), 4271-4281. <https://doi.org/10.1200/JCO-24-01798>
- So, A. I., Chi, K., Danielson, B., Fleshner, N., Kinnaird, A., Niazi, T., Pouliot, F., Rendon, R. A., Shayegan, B., Sridhar, S. S., Vigneault, E., Breau, R. H. et Saad, F. (2025). 2025 Canadian Urological Association-Canadian Uro-oncology Group Guideline: Metastatic castration-naïve and castration-sensitive prostate cancer (Update). *Can Urol Assoc J*, 19(5), E142-E152. <https://doi.org/10.5489/cuaj.9240>
- Société canadienne du cancer. (2021). *Qu'est-ce que le cancer de la prostate?* <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/prostate/what-is-prostate-cancer>
- Société canadienne du cancer. (2023). *Statistiques de survie pour le cancer de la prostate*. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/prostate/prognosis-and-survival/survival-statistics>
- Statistique Canada. (2023a). *La survie au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2023001/article/00001-fra.htm>
- Statistique Canada. (2023b). *Tableau 13-10-0761-01 Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le stade au moment du diagnostic, certains types de cancer, le groupe d'âge et le sexe*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310076101&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.1&pickMembers%5B2%5D=4.7&cubeTimeFrame.startYear=2017&cubeTimeFrame.endYear=2017&referencePeriods=20170101%2C20170101>
- Tsung, I., Yentz, S. E. et Reichert, Z. R. (2025). Controversies in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *Cancer*, 131(16), e70030. <https://doi.org/10.1002/cncr.70030>

- Vale, C. L., Fisher, D. J., Godolphin, P. J., Rydzewska, L. H., Boher, J. M., Burdett, S., Chen, Y. H., Clarke, N. W., Fizazi, K., Gravis, G., James, N. D., Liu, G., Matheson, D., Murphy, L., Oldroyd, R. E., Parmar, M. K. B., Rogozinska, E., Sfumato, P., Sweeney, C. J., . . . Collaboration, S. (2023). Which patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer benefit from docetaxel: a systematic review and meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet Oncol*, 24(7), 783-797. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00230-9)
- Wasim, S., Lee, S. Y. et Kim, J. (2022). Complexities of Prostate Cancer. *Int J Mol Sci*, 23(22). <https://doi.org/10.3390/ijms232214257>
- Wilson, T. K. et Zishiri, O. T. (2024). Prostate Cancer: A Review of Genetics, Current Biomarkers and Personalised Treatments. *Cancer Rep (Hoboken)*, 7(10), e70016. <https://doi.org/10.1002/cnr2.70016>

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

