



CE QUE L'HOMME DOIT SAVOIR

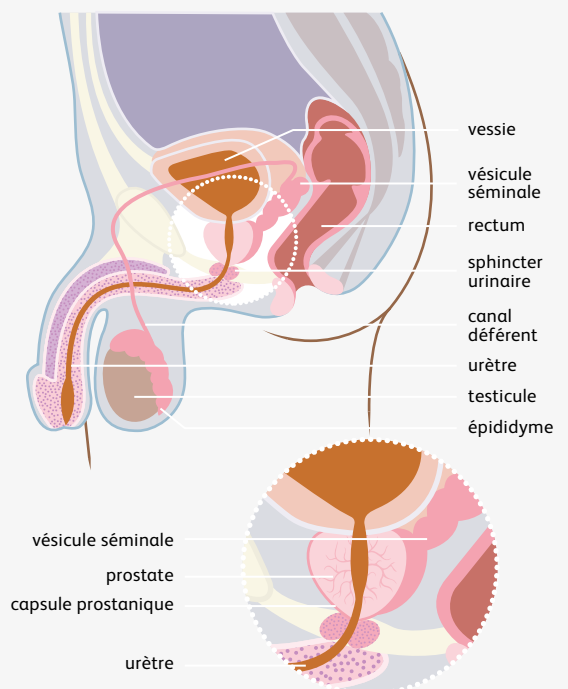
Le cancer de la prostate

La prostate, c'est quoi ?

La prostate est une petite glande de l'appareil génital masculin qui a la forme et la taille d'une châtaigne chez l'homme jeune (15-20 g). La prostate se situe sous la vessie et en avant du rectum. Elle entoure le début de l'urètre, canal qui sert à évacuer l'urine et le sperme.

La prostate joue un rôle dans la production du sperme en produisant un liquide qu'on appelle liquide prostatique. Ce liquide, avec les sécrétions des vésicules séminales (vésicules séminales, situées en arrière de la vessie, au-dessus de la prostate, qui produisent la majeure partie du liquide séminal), forme le liquide séminal. Au moment de l'éjaculation, ce liquide se mélange avec les spermatozoïdes, qui proviennent des testicules. Le tout forme le sperme.

La prostate n'a pas une fonction dans la miction (le fait d'uriner). De par sa position, on comprend cependant qu'une augmentation de la taille de la prostate



peut comprimer l'urètre et rendre la miction plus difficile.

Le développement et le fonctionnement de la prostate sont influencés par les hormones mâles (testostérone), fabriquées dans les testicules. Ces hormones règlent la croissance de la prostate ainsi que la formation du liquide prostatique.

Il faut cependant savoir que son volume augmente avec l'âge. A partir de la cinquantaine, on parle d'hypertrophie bénigne de la prostate. Cette augmentation peut entraîner des troubles urinaires dus à la compression de l'urètre.

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Il est très **rare avant 50 ans**. Sa survenue augmente avec l'âge, sachant que l'âge moyen du diagnostic est aux alentours des 70 ans. La plupart des cancers sont des adénocarcinomes, cancers qui se développent à partir des cellules épithéliales.

La maladie évolue souvent très lentement. La tumeur maligne est d'abord limitée à la prostate. Avec le temps, la tumeur grossit, peut s'étendre au-delà et envahir d'autres organes tels les os, le foie et les poumons. On parle alors d'un cancer de la prostate métastatique.

En 2014, il y a eu 293* nouveaux cas de cancer de la prostate au Luxembourg.

Quels sont les facteurs de risque

- **L'âge**: le facteur de risque principal. Très rare avant 50 ans, l'incidence du cancer de la prostate augmente progressivement avec l'âge. Chez les plus de 80 ans, les cancers de la prostate sont extrêmement

fréquents, mais ils se développent habituellement si lentement qu'ils ne causent aucun problème.

- **Facteurs génétiques**: il existe des formes héréditaires des cancers de la prostate
- **Prédisposition familiale**: il existe des formes familiales non héréditaires

Il existe un grand nombre de facteurs de risque discutés ou non démontrés du cancer de la prostate.

Prévention et dépistage

A l'heure actuelle il n'existe **pas de facteur de prévention** du cancer de la prostate démontré. Un dépistage organisé (national) pour ce cancer n'est pas préconisé, il n'y a pas de consensus sur l'intérêt d'un tel dépistage systématique (voir aussi notre info cancer n°79).

Quels sont les symptômes ?

Le plus souvent, le cancer de la prostate se développe **sans provoquer de symptôme particulier**. Il est découvert suite à une mesure du PSA et/ou une anomalie de la consistance de la prostate lors d'un toucher rectal.

Mais il peut entraîner des **changements des mictions** (lorsque vous urinez), comme la nycturie (devoir se lever la nuit pour uriner), pollakiurie (devoir fréquemment uriner), une miction urgente, une rétention aigue d'urine ou un jet faible. La présence de sang dans les urines (hématurie) de même qu'une infection de l'appareil urinaire peuvent également révéler un cancer de la prostate.

Une éjaculation douloureuse, du sang dans le sperme de même qu'un trouble de l'érection peuvent faire suspecter un cancer de la prostate.

Une diminution de l'état général ou des douleurs dans le bas du dos ou dans les os peuvent être des signes de cancer.

Si vous présentez un de ces symptômes, sachez que d'autres maladies peuvent entraîner ces signes cliniques. Consultez votre médecin pour faire un bilan. Une maladie très fréquente chez l'homme âgé, l'adénome de la prostate appelé aussi hypertrophie bénigne de la prostate HTBP peut avoir les mêmes symptômes qu'un cancer de la prostate.

Comment fait-on le diagnostic ?

Votre médecin lors de sa consultation va vous questionner sur vos antécédents familiaux et personnels, et des éventuels symptômes que vous ressentez.

Il va faire un toucher rectal pour évaluer la taille et la consistance de la prostate et vous prescrire un bilan sanguin avec dosage du PSA (*Prostate Specific Antigen*). Une valeur supérieure à 4 ng/ml est généralement considérée comme anormale tout en sachant que le PSA peut être augmenté dans d'autres situations qu'un cancer de la prostate (prostatite, HTBP).

Si les résultats de ces examens vont suspecter un cancer, vous devez prendre rendez-vous chez un urologue qui va faire **des biopsies** de la prostate. Sous anesthésie locale et à travers la paroi du rectum, une écho-endoscopie va être réalisée: une douzaine de fragments de tissus de votre prostate est prélevée pour faire un examen anatomopathologique. C'est cette analyse des tissus sous microscope qui va affirmer ou infirmer le diagnostic de cancer. Cet examen permet aussi de déterminer l'agressivité des cellules cancéreuses définie selon une échelle, appelée score de Gleason.

En fonction du stade de votre cancer, un bilan d'imagerie va être réalisé pour aller d'un/e IRM pelvi-prostatique, scanner abdomino-pelvien, scintigraphie osseuse, IRM corps entier à un TEP-Scan.

Les classifications

La classification d'un cancer de la prostate est essentielle, c'est elle qui va déterminer le traitement.

1. La classification TNM :

Les stades du cancer sont définis selon la classification TNM en fonction de l'envahissement de la tumeur T, de son extension, régionale (ganglions atteints: N) et à distance (métastases: M)

- la taille de la tumeur (T); allant de
 - T1, T1a, T1b,
 - T2, T2a, T2b, T2c,
 - T3, T3a, T3b
 - à T4 en fonction de l'extension dans la prostate et aux organes aux alentours.
- l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses (N, de l'anglais *node*, qui signifie ganglion);
 - N0: pas de ganglion atteint
 - N1: présence de cellules tumorales dans un ganglion régional
- la présence ou non de métastases (M) dans d'autres parties du corps (notamment os, foie, poumon).
 - M0: pas de métastase à distance
 - M1a, M1b, M1c.

TNM évalue donc l'**extension** du cancer. Les cancers sont alors classés alors en **quatre stades** :

stade 1 : T1/T2, N0, M0 (cancer localisé)

stade 2 : T3/T4, N0, M0 (cancer localisé)

stade 3 : tout T, N1, M0 (cancer avec atteinte ganglionnaire pelvienne)

stade 4 : tout T, tout N, M1 (cancer métastatique)

2. Le score de Gleason

La classification de Gleason reflète jusqu'à quel point le tissu de la tumeur diffère du tissu normal de la prostate. Elle sert à décrire le **degré d'agressivité** et à évaluer la probabilité de propagation du cancer. Ce score est fondé sur trois principes : au sein d'une même prostate, il peut exister plusieurs populations tumorales ; ces populations tumorales peuvent être de grade (d'agressivité) différent ; plus l'architecture de la glande est détruite, plus le pronostic est mauvais. Le degré d'agressivité est coté du grade 1 à 5, cinq étant le plus agressif.

Pour calculer le **score de Gleason**, on additionne les grades des deux types de cellules anormales les plus représentées de la tumeur. Le premier chiffre représentant le score du contingent de cellules tumorales le plus représenté. Les deux chiffres obtenus sont ensuite additionnés afin d'obtenir un résultat de 2 à 10 :

- de 2 à 5 : la tumeur est bien différenciée et donc moins agressive,
- de 6 à 7 : l'agressivité est intermédiaire,
- de 8 à 10 : la tumeur est agressive.

3. La classification d'Amico

Un cancer de la prostate localisé

(stades I et II ainsi que certains stades III) est à un stade précoce. Il n'atteint pas les vésicules séminales ou d'autres organes. Les formes localisées de cancer de la prostate sont classées en fonction de leur risque évolutif (risque de récurrence) comprenant trois

sous-groupes en tenant compte de la caractéristique de la tumeur (TNM, score de Gleason et PSA).

- Groupe I (risque faible de récurrence) : PSA < 10 ng/mL et score de Gleason ≤ 6 et stade TNM ≤ T2a
- Groupe II (risque intermédiaire de récurrence) : PSA entre 10 et/ou 20 ng/mL et/ou score de Gleason de 7 et/ou stade T2b
- Groupe III (risque élevé de récurrence) : PSA > 20 ng/mL ou score de Gleason ≥ 8 ou stade ≥ T2c

Traitement

Le diagnostic de cancer de la prostate n'implique pas nécessairement un traitement. Compte tenu de la différence d'agressivité, de l'évolution le plus souvent lente du cancer et de l'âge du patient et de ses comorbidités, **l'indication d'un traitement est discutée au cas par cas**. La surveillance active, la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et l'hormonothérapie peuvent être proposées. Parfois, plusieurs options sont possibles.

La surveillance active

Une tumeur localisée à faible risque d'évolution, dont le cancer ne nécessite pas obligatoirement un traitement immédiat mais qui pourrait bénéficier d'un traitement curatif en cas d'évolution du cancer. Il s'agit donc de retarder la mise en place d'un traitement. Un suivi régulier comporte un examen clinique, les dosages répétés du PSA et des biopsies prostatiques à intervalles réguliers.

La chirurgie : la prostatectomie totale

L'intervention chirurgicale consiste en l'ablation de toute la prostate ainsi que des vésicules séminales. Les nerfs et

les vaisseaux sanguins qui permettent l'érection passent de chaque côté de la prostate. Il peut arriver qu'ils soient lésés au cours de l'intervention. Dans certains cas, quand les cellules cancéreuses sont très proches, il est nécessaire de les enlever. Les complications de cette chirurgie peuvent être une incontinence urinaire (transitoire ou permanente) et une impotence.

La radiothérapie externe

La radiothérapie externe consiste à irradier la prostate. Utilisée seule, elle est un des traitements de référence des cancers de la prostate.

La curiethérapie (radiothérapie interne)

Une curiethérapie de la prostate consiste à placer des sources radioactives – implants permanents, temporaires – à l'intérieur de la prostate.

L'hormonothérapie

L'hormonothérapie consiste à empêcher l'action stimulante de la testostérone sur les cellules cancéreuses. On parle de « castration chimique ». Différents médicaments existent qui agissent à différents niveaux et qui sont soit administrés par injection, soit sous forme orale.

La chimiothérapie

La chimiothérapie est normalement réservée aux cancers métastatiques.

Qualité de vie

Ces traitements peuvent entraîner une diminution de la qualité de vie. Des difficultés d'ordre physique, comme les troubles de l'érection et les troubles de la continence urinaire sont variables. Ils peuvent se manifester immédiatement après les traitements ou plus progressivement, dans les mois voire les années

qui suivent. Il est à noter également que la prostatectomie totale entraîne une impossibilité définitive d'éjaculer; la sensation de plaisir est en revanche maintenue. A cela s'ajoutent d'éventuels problèmes d'ordre psychologique: dépression, anxiété, etc. Sachez que la Fondation Cancer est là pour vous aider à avoir la meilleure qualité de vie possible.

Pronostic

On dit que le cancer de la prostate est en général un cancer de bon pronostic. La maladie évolue souvent lentement, sur plusieurs années. Le taux de survie dépend de l'agressivité du cancer et les chances de guérison dépendent du degré d'extension et des caractéristiques du cancer.

** Registre Morphologiques des Tumeurs
Source : Cancer de la prostate (INCA, France), HAS France*

Le cancer de la prostate est en général un cancer de bon pronostic. La maladie évolue souvent lentement, sur plusieurs années.

