

FASCICULE
INFORMATIF

LE CANCER DE LA PROSTATE



IMPRIMER

INTRODUCTION DE LA SLO

Chère Consoeur,
Cher Confrère,

La Société Luxembourgeoise est heureuse de pouvoir mettre à votre disposition ces fiches informatives pour vos patients.

Nous sommes confrontés à un nombre toujours croissant de patients atteints de cancers, et leurs traitements deviennent toujours plus complexes, heureusement aussi plus prometteurs, exigeant une concertation pluridisciplinaire. Avec cette première initiative des “fiches informatives”, nous aimerions souligner l’importance que nous donnons à cette collaboration avec vous dans le but de mieux servir nos patients.

Aborder le diagnostic d’un cancer de la prostate lors d’une consultation médicale n’est pas une tâche simple. Pouvoir donner des renseignements complets dépasse largement la durée d’une consultation et la capacité de votre patient à enregistrer toutes les informations reçues. Nous espérons que ces fiches informatives pourront vous aider à vous consacrer à un contact empathique tout en fournissant des informations, que votre patient pourra (re)consulter chez lui selon ses désirs.

Le caractère des fiches est volontairement sommaire. Des patients souhaitant approfondir leurs connaissances pourront consulter les sites cités à la fin de la brochure.

Merci de nous faire parvenir vos remarques et commentaires.

Nous vous souhaitons une bonne lecture .



Avec le soutien de:



Les auteurs :

Dr Berchem Guy
Dr Rauh Stefan



1. Introduction générale

pg 4

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P4

2. Généralité

pg 5

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P5

a. La prostate

3. Adénome et cancer de la prostate, 2 maladies bien distinctes

pg 6

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P6-7

a. Adénome

b. Cancer

4. Le cancer de la prostate

pg 8

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P8-9

a. Le développement du cancer de la prostate

b. La cause d'un cancer de la prostate

c. Héritéité du cancer de la prostate

5. Le dépistage

pg 10

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P10

a. Les tests

6. Le pronostic et les stades du cancer

pg 11

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P11

a. Les stades

b. Le pronostic

7. Les traitements pourquoi ?

pg 12

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P12

8. Classification des traitements selon les stades de la maladie

pg 13

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P13

9. Les traitements médicaux du cancer de la prostate

pg 15

POUR IMPRIMER CE CHAPITRE, SÉLECTIONNEZ P15-20

a. Les progrès

b. L'hormonothérapie

c. La chimiothérapie

d. Les essais cliniques

IMPRIMER TOUT LE FASCICULE





1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cher patient ,

La Société d'Oncologie Luxembourgeoise a mis à disposition de votre médecin traitant les fiches d'information sur:

“LE CANCER DE LA PROSTATE”

- > Afin de vous donner plus de réponses et de faciliter le dialogue avec vous.
- > Toutes les informations ne s'appliqueront pas nécessairement à votre cas.
- > En cas de questions complémentaires, adressez-vous toujours à votre médecin.

En vous souhaitant bonne lecture.

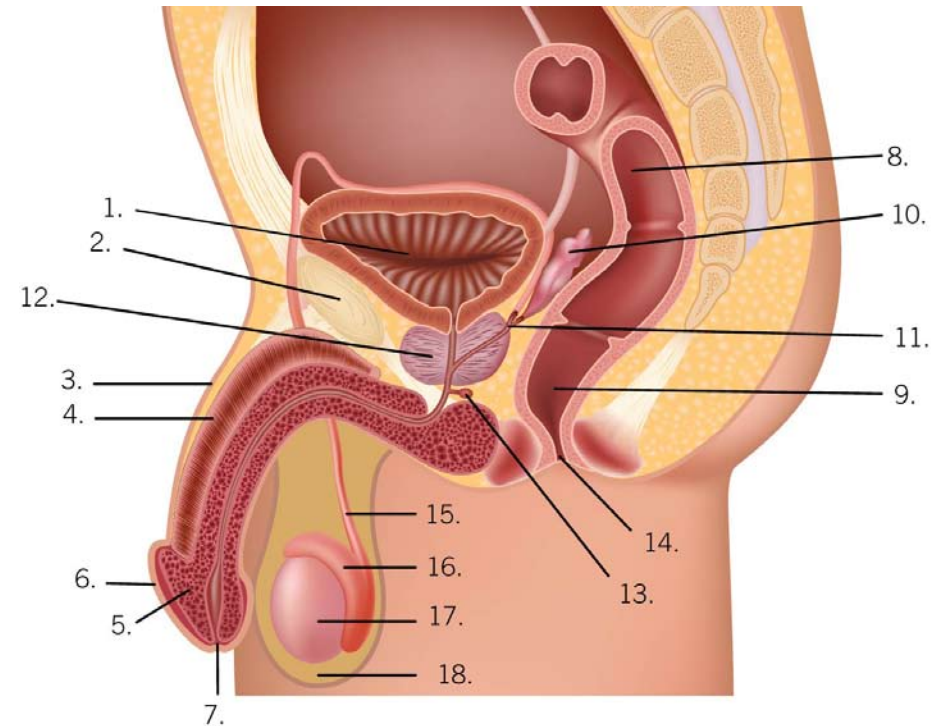


2. GÉNÉRALITÉ

a. La prostate

La prostate est une glande située dans le petit bassin de l'homme, son nom désigne "devant". Cette glande fait partie de l'appareil génital et mesure environ 3cm sur 4. Elle est située dans le petit bassin, sous la vessie et en avant du rectum (1). Elle entoure l'uretère (le tube qui vide l'urine de la vessie)

La prostate ne sécrète pas d'hormone. Elle est une glande exocrine qui produit le liquide prostatique (2). Ce dernier, associé aux sécrétions des vésicules séminales (petites glandes situées de part et d'autre de la prostate), forme le liquide séminal qui, au moment de l'éjaculation, se mélange avec les spermatozoïdes produits par les testicules. Ainsi, le liquide prostatique participe à la composition du sperme (2). La prostate se développe et travaille sous l'influence des hormones sexuelles de l'homme (les androgènes). Ce fait joue un rôle éminent dans certains traitements.



Appareil génital masculin : 1. Vessie 2. Pubis (os) 3. Pénis 4. Corps caverneux 5. Gland 6. Prépuce 7. Méat urétral 8. Côlon sigmoïde 9. Rectum 10. Vésicule séminale 11. Canal éjaculateur 12. Prostate 13. Glande de Cowper 14. Anus 15. Canal déférent 16. Épididyme 17. Testicule 18. Scrotum

3. ADÉNOME ET CANCER DE LA PROSTATE, DEUX MALADIES BIEN DISTINCTES

Bien que l'adénome et le cancer de la prostate soient caractérisés par le développement d'une tumeur au sein de la prostate, il s'agit de deux maladies différentes : l'adénome est bénin, le cancer de la prostate bien entendu malin (en fait, le mot tumeur s'applique aux deux et ne fait pas la différence entre bénin et malin!).

a. L'adénome

Maladie liée à l'âge, l'adénome de la prostate – également appelé hypertrophie bénigne de la prostate (hbp) – est une tumeur bénigne qui se développe au sein de la partie centrale de la prostate et qui provoque un accroissement de sa taille et une modification de sa consistance (1). De manière plus simple, on pourrait dire que la prostate augmente souvent de volume avec l'âge et peut ultérieurement comprimer l'urètre et/ou créer des troubles sexuels. Il n'est donc pas un cancer (3).

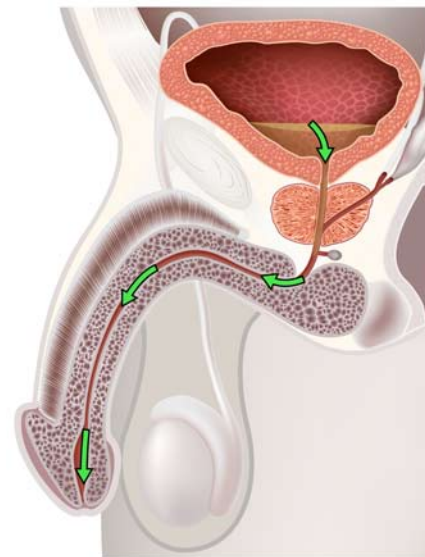
Beaucoup de patients notent alors des difficultés pour uriner, des mictions fréquentes pendant la nuit et des besoins impérieux d'uriner [1].

Il ne semble pas que le fait d'avoir un adénome de la prostate augmente le risque de développer un cancer de la prostate, mais les deux maladies, adénome et cancer de la prostate, peuvent coexister (3). En cas où l'adénome comprime trop l'urètre, sa partie centrale peut être réséquée sans que toute la prostate ne soit enlevée.

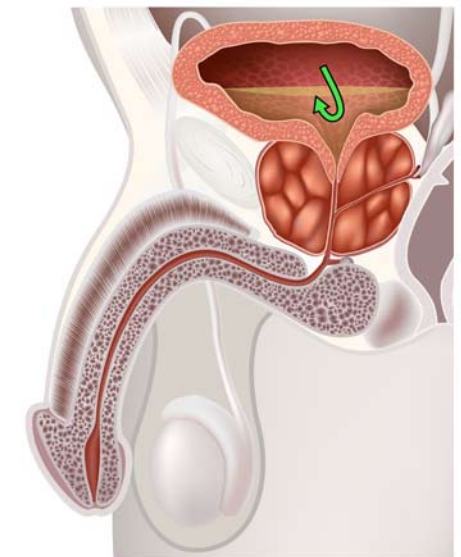
Attention: Les symptômes d'une HBP peuvent être les mêmes que celles d'un cancer de la prostate!

HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE (HBP)

NORMAL



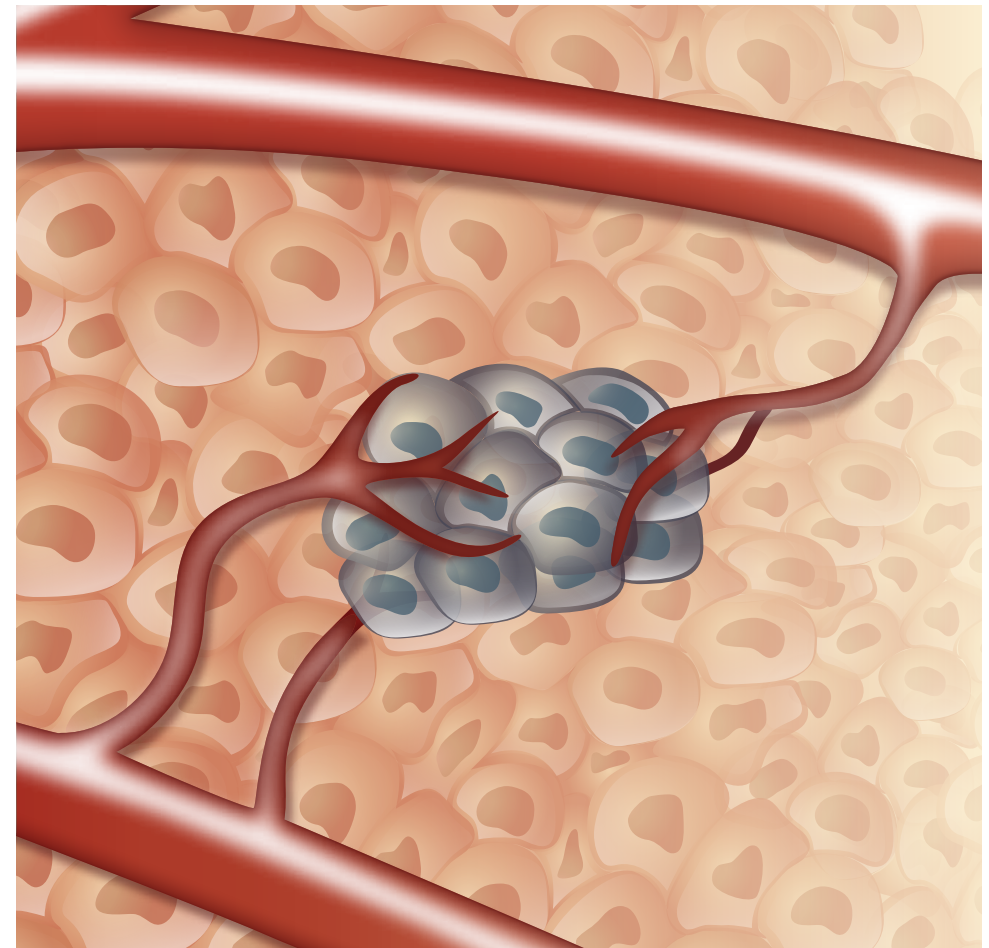
GLANDE PROSTATIQUE ÉLARGIE



b. Le cancer

Un cancer est le résultat d'une suite de dérèglements cellulaires de l'organisme. Les cellules devenues anormales et indépendantes de tout contrôle se multiplient de façon anarchique. Dans un premier temps, ces cellules prolifèrent localement puis elles se développent vers les régions avoisinantes et à distance où elles forment des métastases (1). Il faut différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

Contrairement aux tumeurs malignes, les tumeurs bénignes sont composées de cellules normales qui se multiplient en excès ; ces cellules n'ont pas la propriété de migrer vers d'autres organes pour former des métastases (2).



4. LE CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate touche principalement les hommes âgés de plus de 50 ans. On estime qu'un homme sur huit est, a été ou sera touché par ce cancer plus ou moins tardivement dans sa vie (80% des hommes de >70 ans portent un cancer). Etre atteint d'un cancer de la prostate ne veut par contre pas dire qu'on en souffre! Beaucoup d'hommes âgés sont porteurs d'un cancer de la prostate sans jamais s'en rendre compte !

Chez l'homme le cancer de la prostate représente 20% de tous les cancers. Il se caractérise par la prolifération de cellules anormales, qui se divisent de façon anarchique et non contrôlée au sein de la prostate (1).

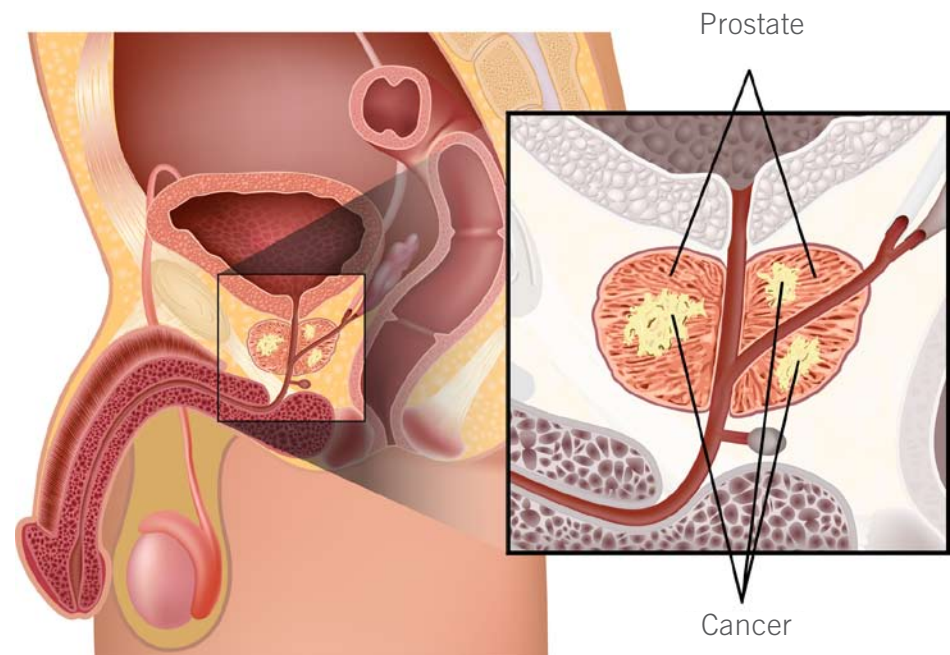
Il se développe surtout au niveau de la zone périphérique de la prostate, ce phénomène explique pourquoi il reste souvent dans un premier temps asymptomatique.

En cas de symptômes, on peut retrouver:

- > Un jet d'urine faible ou avec interruption
- > Des urinations (=mictions) fréquentes, surtout la nuit
- > Des difficultés à uriner
- > Des brûlures ou douleurs lors des mictions
- > De l'urine ou du sperme sanguinolant
- > Une éjaculation douloureuse
- > Des douleurs dans le bassin/dos et les hanches qui ne cèdent pas

Ces symptômes ne sont pas spécifiques et peuvent être retrouvés dans beaucoup d'autres situations!

Un examen médical est nécessaire pour poser le diagnostic correct devant ces symptômes.



a. Le développement du cancer de la prostate

Le cancer de la prostate se développe le plus souvent très lentement mais, dans certains cas, son évolution peut être plus rapide. Localisées à la prostate au début de la maladie, les cellules cancéreuses peuvent ensuite se développer dans les organes avoisinants et migrer vers les ganglions ou des organes à distance pour former des métastases, le plus fréquemment ganglionnaires et osseuses.

b. La cause d'un cancer de la prostate

Comme c'est le cas d'un certain nombre de cancers, les causes précises du cancer de la prostate restent mal cernées (1). Outre l'âge, il y a aussi l'obésité, ainsi que le mode de vie / l'alimentation à l'occidentale qui constituent des facteurs de risque de la maladie. Des facteurs héréditaires semblent parfois impliqués dans le développement du cancer de la prostate.

c. Héritéité du cancer de la prostate

Les formes héréditaires sont définies par des cas de cancers de la prostate rapportés chez au moins 3 personnes apparentés du premier degré (père ou frère) ou du second degré (grand-père, oncle), elles représentent environ 20% des causes. Les cancers de la prostate survenus avant l'âge de 55 ans chez deux membres de la famille sont plus rares et représentent 5% des cas.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus à propos de l'intérêt d'un dépistage systématique du cancer de la prostate et il n'existe donc pas de dépistage organisé pour ce cancer (4).

Néanmoins, un dépistage individuel peut être réalisé sur demande du patient et/ou chez des hommes qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque tels que l'âge ou l'existence d'antécédents familiaux de cancer de la prostate (frère, père ou oncle) [4].

La décision d'un dépistage du cancer de la prostate reste donc aujourd'hui une démarche au cas par cas, après décision des patients avec leur médecin généraliste et/ou leur urologue.



5. LE DÉPISTAGE

a. Les tests nécessaires au dépistage du cancer de la prostate

Les examens suivants sont couramment utilisés pour diagnostiquer un cancer de la prostate:

- > **Le toucher rectal:** l'examen par un doigt ganté lubrifié, avec lequel le médecin touche la prostate à travers le rectum afin de détecter une surface anormale/rugueuse ou asymétrique, suspecte.
- > **Le dosage du PSA:** Le PSA (Prostate Specific Antigen) ou antigène prostatique spécifique est une protéine fabriquée exclusivement par la prostate et elle peut être dosée dans le sang. Elle est réalisée de plus en plus souvent chez les hommes à partir de l'âge de 50 ans. La situation la plus fréquente au cours de laquelle un cancer de la prostate est suspecté est lorsque le taux de PSA dans le sang évolue au-dessus de la normale (ATTENTION: des valeurs élevées peuvent aussi être constatées dans des maladies non cancéreuses, comme une hbp ou une inflammation de la prostate!).

Souvent, c'est un des deux examens, ou leur combinaison, qui va motiver votre médecin traitant de vous adresser à un urologue ou/et radiologue pour d'autres examens:

- > **Echo endoscopie rectale:** une sonde du diamètre d'un doigt est entrée dans le rectum. Grâce à de l'ultrason, la prostate peut être visualisée à travers le rectum, et des nodules ou autres anomalies peuvent être détectées.

- > **Biopsie transrectale:** par la même procédure, l'urologue peut introduire une aiguille pour ponctionner et retirer un petit morceau d'un endroit suspect de la prostate. La biopsie sera envoyée au Laboratoire Histo-Pathologique, où il sera examinée à l'aide d'un microscope. Le pathologue peut ainsi confirmer s'il s'agit bel et bien d'un cancer. Il peut également donner des renseignements sur l'agressivité du cancer (évalué sur le score de Gleason).
- > Parfois la biopsie est également obtenue par une biopsie périnéale: à ce moment, une fine aiguille est entrée par le scrotum dans la prostate.

Certains autres examens peuvent s'avérer utiles au cas où le diagnostic d'un cancer de la prostate est confirmé, ou suspecté. Voici une liste non exhaustive:

- > Une imagerie de la résonance magnétique (IRM) peut parfois détecter un cancer qui ne se manifeste pas à l'échographie endo rectale, et donner des informations sur l'extension du cancer autour la prostate.
- > Une échographie abdominale ou / et un scanner abdominal / abdomino pelvien peuvent renseigner sur d'éventuels autres organes atteints ou si des métastases sont suspectées.
- > Une scintigraphie osseuse est demandée en cas de possibilité d'un cancer avancé: elle détecte des métastases du cancer de la prostate dans les os.
- > Une tomographie à émission de positrons (TEP ou PET en angl.) est plus rarement demandée dans le bilan d'extension.



6. LE PRONOSTIC ET LES STADES DU CANCER

a. Les stades :

Une fois le diagnostic du cancer de la prostate confirmé, le stade de la maladie est déterminé avec des examens complémentaires, surtout radiologique (scanner, irm) et de la médecine nucléaire (scintigr. osseuse, PET). Parfois, des interventions chirurgicales supplémentaires peuvent s'avérer utiles pour mieux définir le stade de la maladie (résection de ganglions pelviens, biopsie des glandes séminales).

Il y a différentes façons de déterminer un stade dans le cancer de la prostate. On peut faire la distinction entre une maladie localisée, localement avancée ou disséminée (c'est à dire avec des métastases).

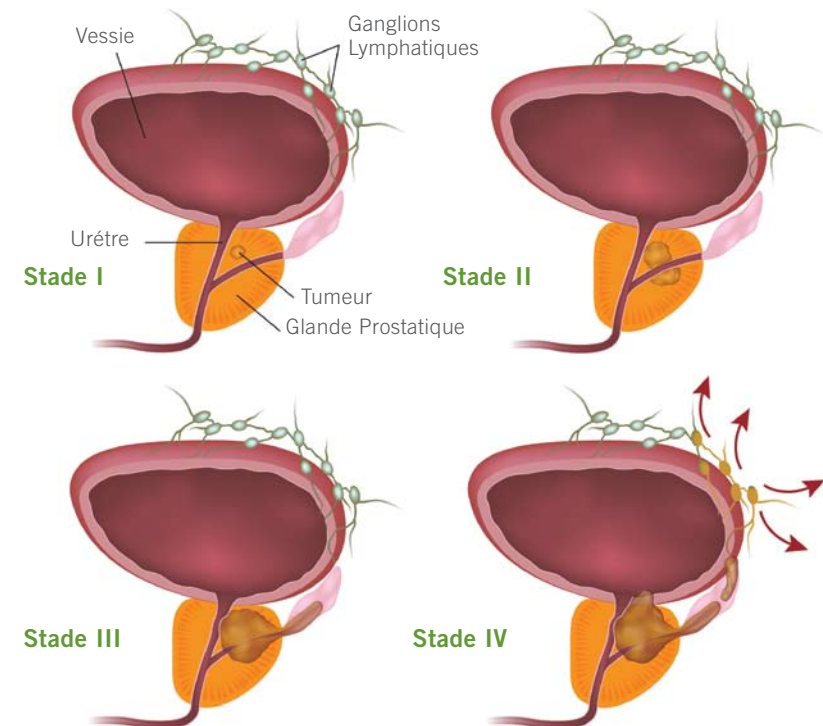
- > **Les stades I et II** représentent un cancer localisé,
- > **le stade III** comprend le cancer ayant perforé la capsule de la prostate ou envahi les glandes séminales,
- > **le stade IV** comprend ou bien des tumeurs ayant envahi des organes avoisinants (en dehors des glandes séminales), comme la vessie ou le rectum, des ganlions avoisinants , ou dans des organes à distance (le plus souvent les os).

b. Le pronostic:

> du grec ancien πρόγνωσις, grec moderne πρόγνωση - littéralement savoir d'avance, prévoir- est un terme qui dénote la prédiction par le médecin du progrès de la maladie du patient, et ses chances éventuelles de guérison. Il détermine donc forcément également le(s) choix des traitements à discuter. Le pronostic reste une prédiction sommaire et

statistique et ne peut pas donner une certitude concernant l'évolution de la maladie chez un patient individuel.

Le pronostic est déterminé par l'avancement (stade) de la maladie, ainsi que de facteurs corrélant avec l'agressivité de la tumeur (dans le cancer de la prostate, on se sert souvent du score de Gleason, mentionné auparavant). Le score de Gleason va de 2 à 10. Moins le score est élevé, moins le cancer risque de se disséminer (se métastaser).



7. LES TRAITEMENTS POURQUOI ?

Il existe de nombreuses façons de traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate. Le choix du type de prise en charge, qui vise à proposer le traitement le plus adapté, prend en compte les différentes caractéristiques du cancer de la prostate identifiées pendant les différents examens (taille et stade de la tumeur ainsi que l'agressivité du cancer [score de Gleason]), le taux de PSA, l'âge du patient et son état général (existence de maladies associées, antécédents médicaux).

Selon les cas, les traitements proposés peuvent avoir pour buts :

- > de guérir du cancer en cherchant à détruire la tumeur et les autres cellules cancéreuses éventuellement présentes dans le corps ;
- > de contenir l'évolution de la maladie ;
- > de traiter les symptômes afin d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients.

Du fait de l'évolution généralement lente de la maladie, une phase de surveillance peut parfois vous être proposée avant d'envisager la mise en route des traitements. On parle alors de surveillance active et le traitement est différé. (Dans certains cas, ce traitement peut ne jamais avoir lieu, exemple: une personne d'un âge avancé peut avoir un cancer de la prostate peu agressif, localisé et sans plaintes. Ce patient a peu de risque de croissance de son cancer et restera donc sans traitement mais sous surveillance.)

Lors de la prise en charge du cancer de la prostate, celle-ci est variable d'une personne à l'autre car elle dépend du stade de la maladie, des caractéristiques anatomopathologiques, de l'état général de la personne malade et, bien évidemment, de ses préférences.

Les cinq options de traitements suivants sont actuellement à votre disposition :

- > la surveillance active
- > la chirurgie
- > la radiothérapie
- > le traitement hormonal
- > la chimiothérapie

d'autres ne sont actuellement pas encore utilisées chez nous :

- > l'immunothérapie (sipuleucel-T)

est actuellement en cours d'étude :

- > cryochirurgie, L'HIFU (traitement par ultrasons focalisés de haute intensité), radiothérapie par protons, divers traitements anti-hormonaux et chimiothérapies

A ces traitements peuvent s'ajouter des traitements de support (voir définition plus bas) diminuant les symptômes ou le risque de certaines complications (biphosphonates, denusomab, samarium ou strontium, anti-douleurs, etc..), certains de ces traitements sont surtout employés dans les stades avancés de la maladie.



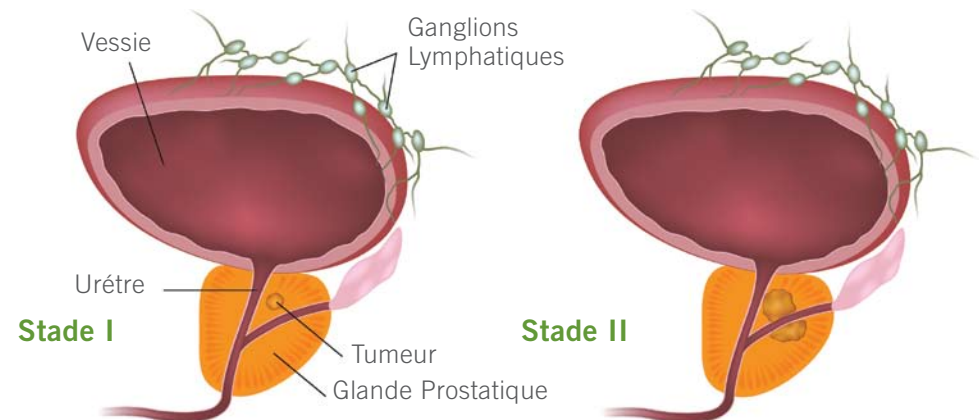
8. CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS SELON LES STADES DE LA MALADIE:

Dans les stades I ou II, le cancer est localisé, les traitements le sont donc également :

- > La surveillance active (voir chapitre 7)
- > La **chirurgie**, ou **prostatectomie radicale**, consiste en l'ablation chirurgicale totale de la prostate et des vésicules séminales. Elle est souvent associée à l'ablation des ganglions satellites (voie lymphatique de drainage). Cette opération peut-être faite par voie chirurgicale classique avec ouverture de la paroi ou par laparoscopie. Le but de cette intervention est de guérir d'un cancer de prostate dit localisé. En effet, si le bilan réalisé préalablement ne montre aucun signe d'extension de la maladie en dehors de la prostate, la chirurgie radicale peut permettre d'oter tout le cancer. La décision est prise lors d'une réunion concertée de plusieurs spécialistes. Les avantages et les inconvénients des différents traitements doivent vous avoir été exposés par votre Urologue.
- > La **radiothérapie externe** permet de détruire les cellules cancéreuses localisées au niveau de la prostate. Elle peut être discutée comme alternative à la chirurgie, parfois, elle sera effectuée suite à une chirurgie (en « adjuvant »).
- > La **curiethérapie** consiste à implanter des grains radio-actifs au sein de la prostate. Elle fonctionne dans une zone bien limitée, et peut être discutée dans le cas d'une tumeur de petite taille, ou être associée à une radiothérapie externe.

Actuellement encore dans les phases d'études:

- > L'**HIFU** (traitement par ultrasons focalisés de haute intensité) a pour objectif de détruire localement, par la chaleur, la prostate et la tumeur. En cours d'évaluation, ce traitement est proposé à certains patients atteints d'un cancer de la prostate localisé à faible risque, dans des conditions très précises.
- > Certains centres proposent la radiothérapie à protons, qui n'est actuellement pas établie au Luxembourg. Les expériences mondialement limitées de cette technique ne permettent donc pas de parler d'un traitement standard.



Dans les stade III :

- > La surveillance active
- > Chirurgie, radiothérapie externe ou leur combinaison
- > L'association de traitements anti hormonaux à la chirurgie, radiothérapie.
- > L'hormonothérapie seule (voir dessous)
- > Associer à l'hormonothérapie une résection trans-urétrale (TURP) pour soulager des symptômes.
- > **Le traitement (anti-)hormonal** permet, en bloquant la stimulation de la testostérone sur les cellules cancéreuses de la prostate, de ralentir la progression de la maladie.

Stade III

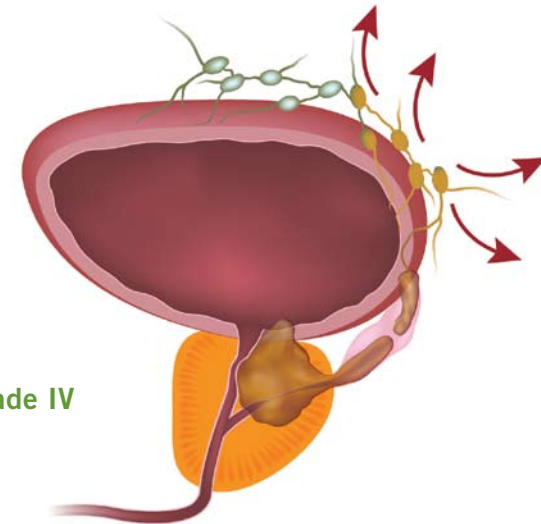


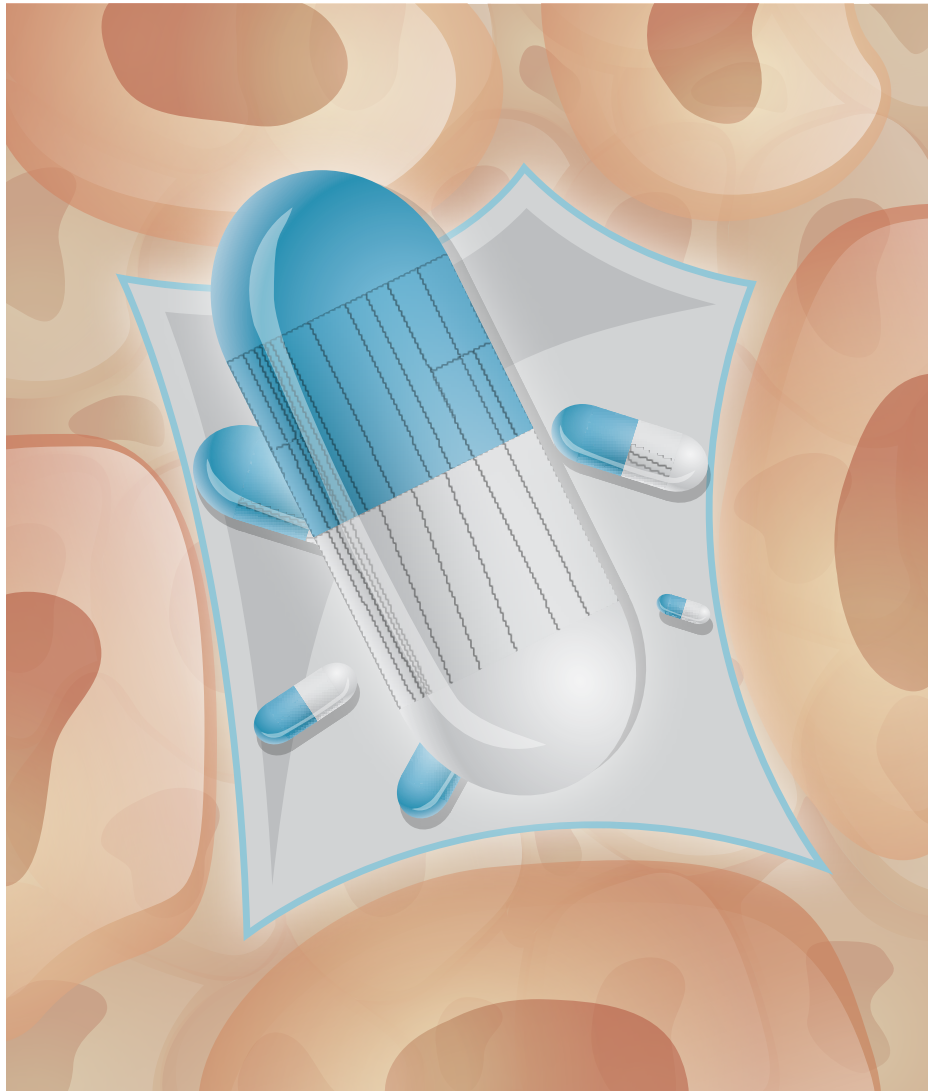
Dans le stade IV :

- > la surveillance active
- > radiothérapie externe, majoritairement avec un traitement anti hormonal
- > l'hormonothérapie
- > La **chimiothérapie** est un traitement qui utilise des médicaments dits cytotoxiques, c'est-à-dire qui détruisent les cellules cancéreuses
- > Les **traitements de support** visent à agir spécifiquement sur les métastases osseuses (radiothérapie externe et métabolique, chirurgie, cimentoplastie, médicaments) et les autres symptômes .
- > Certains de ces traitements peuvent être proposés seuls ou en association.

Il peut y avoir aussi une ou plusieurs étude(s) cliniques que votre médecin pourra vous proposer selon les critères de celle-ci.

Stade IV





9. LES TRAITEMENTS MÉDICAUX EN DÉTAIL

Nos confrères urologues et radiothérapeutes vous donneront les indications précises sur les options de traitements et leurs caractéristiques.

La Société Luxembourgeoise d'Oncologie souhaite vous familiariser avec les options médicales.

Progrès dans le traitement du cancer de la prostate

Les formes avancées du cancer de la prostate étaient de mauvais pronostic encore au début du 21^{ème} siècle, avec peu d'options thérapeutiques à notre disposition.

Ces dernières années des progrès considérables ont été réalisés dans le traitement du cancer de la prostate avec, en particulier, le développement de nouvelles molécules, de nouveaux médicaments de chimiothérapie, de nouveaux traitements hormonaux **qui permettent de prolonger la survie et la qualité de vie des patients atteints d'un cancer de la prostate à un stade avancé**. Des traitements spécifiques, efficaces sur les métastases osseuses permettent une meilleure prise en charge des douleurs et **diminuent les risques de fractures et d'autres complications** (7, 8).

La prise en charge médicale du cancer de la prostate

Comme vous avez pu voir dans le chapitre précédent, il existe de nombreuses façons de traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate. Le choix du traitement et sa prise en charge en fonction du stade précis de la maladie, vise à proposer le traitement le plus adapté, en tenant compte des différents facteurs parmi lesquels les caractéristiques du cancer de la prostate (taille et stade de la tumeur ainsi que l'agressivité du cancer [score de Gleason]), le taux de PSA, l'âge du patient et son état général (existence de maladies associées, antécédents médicaux) [1].

Traitement hormonal ou hormonothérapie

Le cancer de la prostate se développe sous l'influence des hormones sexuelles mâles, il est hormonosensible; cela signifie que la croissance des cellules cancéreuses et donc le développement de la tumeur sont stimulés par les hormones masculines appelées "androgènes", dont la testostérone produite par les testicules (1).

Chez une personne souffrant d'un cancer de la prostate avancé, le traitement hormonal vise à diminuer voire à supprimer les effets stimulants des androgènes sur la tumeur. Le traitement hormonal, ou hormonothérapie, est un traitement qui inhibe (bloque) l'action stimulante des androgènes sur le cancer de la prostate (1). Cet effet peut être obtenu soit en supprimant la production d'androgènes, soit en ciblant le récepteur aux androgènes au niveau des cellules tumorales. Le traitement hormonal permet de bloquer le développement des cellules tumorales et donc la croissance de la tumeur (1).

Le traitement hormonal

Le traitement hormonal est le traitement de référence des formes avancées de cancer de la prostate, c'est-à-dire les cancers de la prostate avec métastases ganglionnaires et/ou métastases à distance (métastases osseuses, pulmonaires, etc.) [1]. Dans ces contextes, le traitement hormonal a pour objectif de ralentir la progression du cancer, d'augmenter la survie et de préserver la qualité de vie.

Il existe différents types de traitements hormonaux

Certains permettent de supprimer la production d'androgènes, notamment celle de la testostérone, et d'autres contrent l'action stimulante de ces hormones en bloquant directement le récepteur des androgènes au niveau des cellules prostatiques (1). La suppression de la production d'androgènes et notamment de testostérone peut être obtenue en utilisant des médicaments réalisant une "castration chimique" (1).

Ces traitements sont administrés à l'aide d'injections sous-cutanées ou intramusculaires (1). D'autres traitements qui sont de véritables anti-hormones, appelés aussi "antiandrogènes", bloquent directement par différents mécanismes d'action, l'action des hormones masculines (androgènes) sur le récepteur aux androgènes (1).

À côté des analogues de la LH-RH qui nécessitent des injections sous-cutanées ou intramusculaires, il existe d'autres traitements hormonaux classiques (les anti-androgènes) ainsi que de nouvelles hormonothérapies qui se présentent sous la forme de comprimés (1).

En cas de progression de la maladie sous hormonothérapie, le traitement hormonal ne doit pas être arrêté. Au vu des résultats de différentes études, il apparaît important de poursuivre le traitement hormonal suppressif en cas de résistance au blocage androgénique complet (castration + anti-androgène). **Même si un nouveau traitement doit alors être envisagé, les injections par un agoniste de la LH-RH seront maintenues, (les anti-androgènes, si utilisés auparavant, sont arrêtés) (9).**



Il existe une nouvelle forme de traitement hormonal, qui est actuellement utilisé chez des patients avec une maladie en nouvelle progression après chimiothérapie. Elle s'administre sous forme orale (comprimés). Cette première molécule bloque les récepteurs aux androgènes sur 3 sites (les glandes surrénales, les testicules et dans la tumeur elle-même).

Chimiothérapie

Les traitements de chimiothérapie, qu'ils soient administrés par voie orale ou par voie intraveineuse, ont pour objectif de détruire les cellules cancéreuses (1). Même si les chimiothérapies détruisent préférentiellement les cellules cancéreuses, elles touchent aussi les autres cellules de l'organisme, en particulier les globules blancs et rouges, et induisent de ce fait des effets indésirables plus ou moins importants selon les médicaments.

Plusieurs chimiothérapies indiquées dans le traitement du cancer de la prostate peuvent être administrées en ambulatoire par voie intraveineuse à l'aide d'une perfusion. Cela nécessite bien entendu que le patient se rende régulièrement à l'hôpital ou dans une clinique à un rythme défini, pour y recevoir son traitement de chimiothérapie pendant quelques heures (1, 10). Une fois que le traitement par chimiothérapie est décidé, le cancérologue ou l'urologue organise et remet au patient un calendrier avec les dates et les lieux où se dérouleront les chimiothérapies (1, 10). La chimiothérapie est administrée régulièrement au cours de cures, avec des perfusions qui durent habituellement 1 heure. Une période de repos sans traitement est nécessaire entre chaque cure pour que le patient puisse récupérer et afin qu'il soit en bon état de santé pour la cure suivante (1, 10).

Un examen clinique et une prise de sang sont réalisés avant chaque nouvelle séance pour s'assurer que l'état de santé général de la personne permette la poursuite de la chimiothérapie (1, 10). Il peut arriver qu'une cure initialement prévue soit retardée, notamment en raison de la survenue d'un effet indésirable ne permettant pas la reprise de la chimiothérapie (par exemple, un taux de globules rouges ou de globules blancs trop bas dans le sang) [1, 10]. Il est possible, dans certaines circonstances, de décaler la chimiothérapie, d'en diminuer les doses ou de l'arrêter temporairement (1, 10). La durée de la chimiothérapie est variable selon les patients et dépend, entre autres, de l'efficacité du traitement et de la tolérance au traitement (1, 10).

Pour éviter l'effet toxique des chimiothérapies sur les veines et les injections répétées à long terme, une chambre implantable (ou cathéter central ou site implantable) peut être posée avant le début du traitement, sous anesthésie locale (10). C'est un dispositif placé sous la peau et relié à une grosse veine centrale qui permet l'administration des traitements de chimiothérapie et qui reste en place pendant toute la durée de la chimiothérapie (10).

Les médicaments de chimiothérapie s'attaquent aux cellules cancéreuses mais aussi aux cellules saines de l'organisme, en particulier celles qui se divisent rapidement, comme les cellules du tube digestif, les cellules à l'origine des cheveux et des poils, les cellules de la reproduction et les cellules de la moëlle osseuse qui fabriquent les globules rouges, les globules blancs et les plaquettes (10). Les principaux effets indésirables de la chimiothérapie sont les nausées et les vomissements ainsi qu'une baisse du nombre des globules rouges et/ou des globules blancs dans le sang. Certaines chimiothérapies peuvent provoquer des troubles de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds.



Toutes les chimiothérapies n'induisent pas systématiquement tous ces effets indésirables (10). Les effets indésirables observés avec la chimiothérapie surviennent avec une fréquence et une sévérité variables selon les traitements utilisés, toutes les personnes ne réagissant pas de la même façon (9). L'absence d'effets indésirables ne signifie pas que la chimiothérapie n'est pas efficace (10).

Par ailleurs, beaucoup de progrès ont été accomplis pour améliorer le confort des patients traités par chimiothérapie. Certains effets indésirables peuvent être évités, voire atténués, grâce à des traitements de support ou à des mesures spécifiques (10).

De plus en plus d'études menées chez des patients âgés ayant un cancer montrent que la chimiothérapie est efficace et qu'elle peut être bien tolérée dès lors que certaines précautions sont prises avant et pendant le traitement (11): consultation gériatrique pour évaluer l'état de santé et les comorbidités du patient et vérifier son aptitude à recevoir le traitement, adaptation des doses et du rythme d'administration si c'est nécessaire, et prévention quand c'est possible d'un certain nombre d'effets indésirables (11).

Remarque : Essai clinique

Entrer dans un essai clinique, ou une étude clinique, est une option de traitement qui peut être proposée à un patient atteint d'un cancer de la prostate (6). Très encadrés, les essais thérapeutiques destinés à évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement (nouvelle molécule, nouvelle indication, nouveau schéma de traitement, etc.) sont indispensables pour faire avancer la recherche (6). Ils peuvent aussi représenter une chance pour un patient d'obtenir un traitement non (encore) disponible en général.

Participer à un essai clinique nécessite que le patient présente un certain nombre de critères (appelés "critères d'inclusion") définis dans le protocole de l'étude (6).

Il existe pour chaque étude un protocole écrit très détaillé qui présente les critères d'inclusion des patients, les traitements proposés et les modalités du suivi (6). Lorsqu'un patient remplit les critères définis par le protocole de l'étude, le médecin peut lui proposer d'entrer dans un essai clinique et lui explique précisément les modalités de l'étude.

À l'issue de cet entretien, si le patient donne son accord, il doit signer un consentement écrit conservé dans son dossier (6). Il est important de savoir que participer à un essai clinique ne représente aucune perte de chance par rapport au traitement habituellement utilisé dans une même situation. En revanche, cela peut permettre au patient de bénéficier d'un traitement innovant et/ou du suivi exigé par le protocole de l'étude (5). À tout moment, le patient peut changer d'avis et se retirer de l'essai clinique sans avoir à se justifier (6).





GLOSSAIRE :

Adénome prostatique. La prostate peut être le siège de 3 principales maladies : un adénome de la prostate appelé aussi “hypertrophie bénigne de la prostate”, un cancer de la prostate et une prostatite (infection de la prostate). Ces 3 maladies peuvent avoir des symptômes similaires. Un adénome se traduit par une augmentation de la taille de la prostate liée à une multiplication importante des cellules prostatiques, mais ce n’est pas un cancer. C’est une affection qui touche pratiquement tous les hommes âgés de plus de 70 ans et qui, en cas de compression de l’urètre, peut être à l’origine de difficultés pour uriner.

Androgènes. Les androgènes sont les hormones responsables des caractères masculins comme les poils sur la poitrine, sous les bras et sur le visage. La testostérone produite par les testicules fait partie des androgènes.

Anti-androgènes. Les anti-androgènes sont des traitements qui s’opposent à l’action des androgènes ou hormones masculines. La plus connue est la testostérone produite par les testicules. Les anti-androgènes constituent un traitement intéressant dans le cancer de la prostate car ils s’opposent à l’action stimulante des androgènes sur les cellules cancéreuses de la prostate.

Biopsies prostatiques. Les biopsies prostatiques consistent en des prélèvements de petits morceaux de tissu prostatique, envoyés ensuite dans un laboratoire d’anatomopathologie pour être analysés. Des biopsies de la prostate sont généralement réalisées lorsqu’une anomalie est constatée au toucher rectal ou en cas d’élévation de la valeur du taux de PSA. Les biopsies de la prostate sont réalisées, selon les cas, avec ou sans anesthésie (locale ou générale). C’est l’analyse des biopsies de prostate qui permet éventuellement d’identifier des cellules cancéreuses et, dans ce cas, d’affirmer le diagnostic de cancer de la prostate.



Chimiothérapie. La chimiothérapie est un traitement qui consiste à utiliser des médicaments actifs contre les cellules cancéreuses (par injection dans un site implantable le plus souvent ou dans une veine). Jusqu'à présent, la chimiothérapie était rarement utilisée dans le traitement du cancer de la prostate car peu active. Mais des progrès importants ont été réalisés au cours de ces dernières années avec la mise sur le marché de nouvelles chimiothérapies efficaces.

Cimentoplastie. La cimentoplastie consiste en l'injection d'une sorte de ciment sous la forme d'une pâte modelable, dans un foyer où l'os est fragilisé, comme c'est le cas dans les métastases osseuses. L'objectif de ce traitement est de consolider la région fragilisée et de diminuer l'intensité des douleurs quand elles existent.

Curage ganglionnaire. Le curage ganglionnaire est une intervention chirurgicale qui permet de prélever les ganglions situés à proximité de la prostate afin de les analyser et de savoir s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses.

Curiethérapie. La curiethérapie, aussi appelée "brachythérapie", est une technique de radiothérapie qui consiste à implanter au niveau de la prostate des grains radioactifs qui émettent des rayonnements et détruisent les cellules cancéreuses.

Hormonothérapie ou traitement hormonal. Traitement visant à interagir avec une ou plusieurs hormones. Dans le cas du cancer de la prostate, le traitement hormonal empêche l'action stimulante de la testostérone sur les cellules cancéreuses prostatiques.

IRM (imagerie par résonance magnétique). Examen d'imagerie qui, appliqué à la prostate, permet d'obtenir des images très précises, de montrer en cas de cancer une éventuelle extension aux organes ou aux ganglions voisins et de suivre l'efficacité du traitement.

Oncologue. Médecin spécialiste du cancer et de ses traitements, appelé aussi "cancérologue". On distingue les oncologues médicaux, ou chimiothérapeutes, qui sont spécialisés dans le traitement médical des cancers et les oncologues radiothérapeutes, spécialisés en radiothérapie.

PSA (Prostatic Specific Antigen). Substance produite quasi exclusivement par les cellules de la prostate et libérée ensuite dans le sang.

Radiothérapie externe. C'est la radiothérapie la plus connue et la plus utilisée; elle consiste à diriger, à partir d'une source externe, des rayonnements vers le cancer pour détruire les cellules cancéreuses.



1. <http://www.e-cancer.fr/> (consulté le 10/01/2012).
2. <http://www.canceronet.com/> (consulté le 10/01/2012).
3. <http://www.uropage.com/> (consulté le 10/01/2012).
4. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cancer_
5. Dossier HAS/RCP : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438502/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie-rcp-4-pages (consulté le 10/01/2012).
6. <http://www.prostate-paris.fr/index.php?page=15> (consulté le 10/01/2012).
7. INCA. Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions. www.ecancer.fr (consulté le 10/01/2012).
8. Garcia JA, Rini BI. Castration-resistant prostate cancer: many treatments, many options, many challenges ahead. Cancer 2011.
9. Salomon L, Azria D, Bastide C et al. Recommandations en onco-urologie 2010: cancer de la prostate. Progrès en urologie 2010; (Suppl.4):S217–S252.
10. <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/se-faire-soigner/traitements/chimiotherapie/> (consulté le 10/01/2012).
11. CancerInfo : comprendre la chimiothérapie. www.ecancer.fr (consulté le 10/01/2012).
12. Delbado C, Caillet P, Pouessel D et al. Spécifi cités de la prise en charge par chimiothérapie chez le sujet âgé. Progrès en urologie 2009;19(Suppl.3):S100-5.



Avec le soutien de:

