



INFORMATION
& PRÉVENTION

Le cancer de la prostate

G R A N D P U B L I C

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est un cancer fréquent (40 000 nouveaux cas par an en France en l'an 2000) ; il est responsable de 10 000 décès annuels.

Ce cancer touche essentiellement l'homme mûr ; il est en effet rare avant 50 ans, puis sa fréquence augmente avec l'âge du patient.

À 75 ans, il représente le cancer le plus fréquent chez l'homme.

C'est notamment l'allongement de l'espérance de vie des hommes qui explique l'augmentation progressive (estimée à 5,33 % par an) de l'incidence du cancer de la prostate.

Ce à quoi sert la prostate

La prostate est une glande située à la sortie de la vessie. Anatomiquement, elle se situe juste en avant du rectum, si bien qu'au cours d'un toucher rectal, le médecin peut en apprécier le volume et la consistance.

Le canal qui prolonge la sortie de la vessie et s'étend jusqu'à l'extrémité du pénis, et qui permet l'évacuation de l'urine, s'appelle l'urètre ; celui-ci traverse donc la prostate. Autrement dit, la prostate entoure l'origine de l'urètre comme un manchon.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme ; c'est la contraction de la prostate qui permet l'éjaculation.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone*.

* cf. glossaire p.12

Les tumeurs bénignes de la prostate

La prostate, comme tout organe, peut être le siège d'un développement tumoral. Ces tumeurs ne sont pas forcément malignes. La plus fréquente est une tumeur bénigne, l'adénome*, qui correspond à une augmentation de taille du centre de la prostate (les médecins parlent alors d'hypertrophie bénigne de la prostate). L'adénome de la prostate est très fréquent. Après l'âge de 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints.

L'adénome n'entraîne pas forcément de troubles urinaires. Il peut cependant être décelé par le médecin, en particulier lors du toucher rectal.

L'adénome peut entraîner des troubles urinaires, en particulier lorsqu'il est volumineux. Les troubles sont facilement expliqués par les notions anatomiques exposées plus haut. Comme la prostate entoure l'urètre, une tumeur prostatique peut le comprimer, gênant l'évacuation de l'urine qui se fait plus difficilement (jet de moindre puissance) et incomplètement (résidu post-mictionnel).

Tardivement, une rétention chronique d'urines peut altérer la fonction des reins et aboutir à une insuffisance rénale. La présence d'une tumeur prostatique provoque également des envies plus fréquentes (besoin de se lever une ou plusieurs fois la nuit), ou de fausses envies d'uriner, tant la nuit que le jour. Le traitement de l'adénome prostatique peut dans un premier temps relever d'un simple traitement médicamenteux, mais le recours à la chirurgie est souvent nécessaire au bout d'un certain temps. La résection prostatique (la résection consiste à disséquer et à retirer un fragment plus ou moins important d'un organe, voire l'organe entier) se fait le plus souvent par les voies naturelles, au cours d'une endoscopie.

* cf. glossaire p.12

Le cancer de la prostate

PRÉVENTION, FACTEURS DE RISQUE

Il n'existe pas de mesure préventive spécifique du cancer de la prostate.

Le fait d'avoir un adénome prostatique n'expose pas à un risque accru de cancer de la prostate.

Certaines personnes ont un risque plus élevé que la moyenne, il s'agit des individus :

- > ayant deux parents proches (par exemple un père + un grand père ou un grand-père + un oncle) atteints de cancer de la prostate,
- > ayant un parent proche atteint de cancer de la prostate à moins de 45 ans,
- > d'origine africaine ou antillaise.

Pour ces personnes à risque, l'unique précaution actuellement recommandée est d'abaisser de 50 à 45 ans l'âge pour débuter le dépistage annuel.

PAS DE SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES

Le cancer de la prostate, bien qu'étant le cancer le plus fréquent chez l'homme, est beaucoup plus rare que l'adénome de la prostate. Le plus souvent, le cancer de la prostate n'occasionne pas de troubles urinaires. En effet, le cancer se développe généralement en périphérie de la prostate et ne comprime pas l'urètre. Cependant, il peut arriver que le cancer occasionne des troubles, en particulier à un stade avancé.

Les troubles liés au cancer sont alors semblables à ceux que provoque l'adénome :

- > fréquence anormale des besoins d'uriner, surtout la nuit ;
- > difficulté d'émettre les urines : temps d'attente, jet faible, évacuation incomplète ;
- > parfois blocage complet (rétention aiguë d'urine) ;
- > douleurs en urinant.

Le cancer de la prostate peut aussi se manifester par des douleurs osseuses, révélatrices de métastases. Le cancer de la prostate, après un certain temps d'évolution, va en effet s'étendre à distance (métastases), surtout dans les os et les ganglions abdominaux, parfois dans le cerveau, les poumons, le foie.

Le diagnostic de cancer de la prostate peut aussi se faire de façon fortuite, au cours d'un bilan de santé par exemple, alors même qu'il n'existe aucun symptôme clinique.

De nombreux cas de cancer de la prostate survenant chez des personnes âgées sont des données d'autopsie, c'est-à-dire que le cancer était cliniquement muet et que le patient est décédé d'une autre cause.

Enfin, il faut savoir que le cancer de la prostate évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. C'est la raison pour laquelle le dépistage précoce de ce cancer n'est pas recommandé après l'âge de 75 ans, l'espérance de vie à cet âge étant inférieure à 10 ans.

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Compte tenu de la fréquence du cancer de la prostate et de sa gravité potentielle, la question de son dépistage précoce dans la population générale suscite un vif intérêt. Mais il n'existe pas, pour l'instant, de démonstration formelle qu'un dépistage précoce permet de limiter la mortalité liée au cancer de la prostate.

Aux Etats-Unis, la recommandation est que tout homme de plus de 50 ans bénéficie d'un toucher rectal et d'un dosage de PSA* (âge abaissé à 45 ans en cas de risque plus important, lié à des antécédents familiaux de cancer de la prostate survenant avant 50 ans).

En France, la question reste débattue. Selon l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), il n'y a pas actuellement de justification, en termes de santé publique, au dépistage systématique par mesure annuelle du PSA chez les hommes de plus de 50 ans. En revanche, l'Association Française d'Urologie et la grande majorité des urologues approuvent les recommandations américaines et recommandent un dosage du PSA et un toucher rectal tous les ans, dès 50 ans (ou 45 ans en cas de risque augmenté) et jusqu'à 75 ans.

* cf. glossaire p.12

LE DIAGNOSTIC

Les moyens de diagnostic du cancer de la prostate sont en premier lieu l'examen clinique.

Celui-ci repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal. Cet examen permet d'apprécier le volume de la glande et sa consistance. Le toucher rectal peut être très évocateur pour un praticien exercé.

Le dosage sanguin du PSA est le deuxième élément fondamental du dépistage. Ce marqueur tumoral ne signe pas automatiquement un cancer de la prostate ; il peut en effet être augmenté dans diverses affections prostatiques, y compris l'adénome prostatique ou une prostatite. Un taux élevé de PSA, ou la progression rapide du PSA, sont des éléments qui font suspecter un cancer de la prostate.

La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le PSA se situe en dessous de 4 nanogrammes par ml (ng/ml). Ce taux peut être influencé par l'activité sexuelle ; il est donc recommandé d'observer une abstinence de 48 heures avant le dosage.

Plus le taux est élevé, plus le risque qu'il y ait un cancer de la prostate est haut. Si le taux de PSA ne permet pas seul de faire un diagnostic, il peut servir pendant le traitement de marqueur de l'efficacité de celui-ci ; après le traitement, il peut permettre de détecter précocement une reprise du cancer signée par une remontée du taux de PSA.

Des biopsies* de la prostate seront indispensables pour lever un doute secondaire à l'examen clinique et/ou au dosage du PSA. Les biopsies consistent à prélever de petits fragments du tissu prostatique pour l'examiner au microscope (examen histologique réalisé par un anatomopathologiste).

Ce prélèvement se fait à l'aide d'une aiguille spéciale et par voie rectale ; l'examen n'est pas douloureux et peut se pratiquer sans anesthésie ni hospitalisation. Les biopsies permettront d'affirmer le diagnostic de cancer et de fournir des informations pronostiques sur l'agressivité des cellules (grade du cancer). En revanche, un résultat négatif ne permet pas d'écarter formellement la présence d'un cancer, les biopsies ayant pu se faire en tissu sain, à côté du tissu tumoral. Si le médecin a un doute, il prescrira une deuxième série de biopsies.

BILAN AVANT TRAITEMENT

Le bilan d'extension d'un cancer de la prostate est d'abord régional. Un scanner pelvien, voire une IRM, va permettre d'analyser le degré d'extension locale (franchissement de la capsule prostatique*, envahissement ganglionnaire, envahissement d'un organe de voisinage). On recherche également une extension à distance, en particulier par une scintigraphie osseuse et une radiographie des poumons.

* cf glossaire p. 12

Ce bilan va permettre de faire la stadification (classement par stade) du cancer, en utilisant la classification TNM (T pour *Tumor* [tumeur], N pour *Nodes* [ganglions], M pour *Métastases*).

- > **T1a et T1b** : le cancer est découvert fortuitement lors de l'examen histologique après traitement chirurgical d'un adénome (voies naturelles ou voie haute) ;
- > **T1c** : le cancer est découvert suite à une élévation du PSA ; il n'est pas palpable au toucher rectal ;
- > **T2** : la tumeur est palpable. Elle atteint moins de la moitié d'un seul lobe prostatique (T1a), un seul lobe mais plus de la moitié du lobe (T2b), ou les deux lobes (T2c) ;
- > **T3** : la tumeur est palpable, et s'étend en dehors de la capsule prostatique ;
- > **T4** : la tumeur est palpable, et envahit les organes de voisinage (vessie ou rectum) ;
- > **N0** : aucun ganglion envahi ;
- > **N1** : un ganglion pelvien envahi, de moins de 2 cm de diamètre ;
- > **N2** : un ou plusieurs ganglion(s) envahi(s) mais aucun de plus de 5 cm ;
- > **N3** : un ganglion de plus de 5 cm envahi ;
- > **M0** : pas de métastase (hormis le ou les ganglion(s) locaux) ;
- > **M1** : présence de métastases à distance.

LE TRAITEMENT DÉPEND DU DEGRÉ D'EXTENSION

Le diagnostic établi, un traitement choisi en fonction de l'extension de la maladie sera proposé.

Le traitement des formes localisées

Le traitement des formes localisées (T1 ou T2, N0, M0) repose sur la chirurgie, la radiothérapie, et la curiethérapie.

- > **Chirurgie** : la prostatectomie radicale (ablation de la prostate), intervention réalisée sous anesthésie générale ou péridurale. Les inconvénients de cette intervention sont un risque de fuites urinaires, souvent transitoires durant quelques semaines (7 à 25% des cas) et surtout un risque d'impuissance, très fréquente (40 à 80% des cas). Cette impuissance est due en partie à une lésion des nerfs érecteurs durant l'intervention ;
- > **La radiothérapie**, en particulier conformationnelle (le champ d'irradiation est focalisé, de façon à réduire l'irradiation des tissus sains avoisinants et donc les effets secondaires), dont les inconvénients sont un risque de rectite (inflammation chronique du rectum, qui survient dans moins de 10 % des cas) et d'impuissance, un peu retardée (2 à 3 ans), mais fréquente aussi.
- > **La curiethérapie** (implantation de grains radioactifs dans la prostate) est également une option possible, dont les résultats sont similaires à ceux de la chirurgie et de la radiothérapie.

Globalement, dans les formes localisées, le pronostic est bon, avec une survie globale à 10 ans supérieure à 85 % et une bonne qualité de vie.

Il n'existe pas d'argument formel de supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Le patient doit avoir une espérance de vie d'au moins 10 ans pour pouvoir tirer bénéfice d'un tel traitement. Lorsque l'espérance de vie est réduite, une simple surveillance clinique et biologique, ou un traitement médical, sont proposés.

Le traitement des formes non localisées

Lorsqu'il y a des métastases, le cancer ne peut pas être guéri. Le traitement consiste alors à réduire le risque de complications du cancer et le risque de décès lié au cancer. L'évolution est souvent lente et les traitements palliatifs permettent une vie quasi-normale pendant plusieurs années.

Les traitements à visée curative (prostatectomie radicale ou radiothérapie externe) n'ont donc plus d'indication lorsque le bilan d'extension a montré que le cancer de la prostate n'était plus localisé.

Le cancer de la prostate est hormono-dépendant : son évolution est sous l'influence de la testostérone. Le traitement des formes non localisées repose donc sur la suppression de la testostérone. Il peut s'agir d'une « castration chirurgicale » (ablation chirurgicale de la partie centrale des testicules, ou pulpectomie), ou d'une « castration médicale » (administration d'anti-androgènes* et/ou de substances dites agonistes de la LH-RH*).

Ces traitements hormonaux sont généralement prescrits en première ligne. Le cancer va ainsi pouvoir être freiné pendant plusieurs années (2 à 3 en moyenne, parfois jusqu'à dix ans).

Quand le cancer non localisé de la prostate échappe au traitement hormonal, le dernier recours est la chimiothérapie. En effet, des travaux récents ont montré que certaines chimiothérapies, dont le docétaxel, permettent de prolonger d'environ 6 mois la survie des patients dont le cancer ne répond plus au traitement hormonal.

* cf. glossaire p.12

Cas particuliers

- > En cas de métastases osseuses, des médicaments agissant sur la fabrication de l'os (diphosphonates) apportent souvent un soulagement de la douleur et une réduction du risque de fractures.
- > Des troubles urinaires importants liés à un envahissement de l'urètre par le cancer peuvent conduire à une résection de la prostate par les voies naturelles.

En conclusion

Même si pour l'instant le dépistage du cancer de la prostate n'est pas recommandé par l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), il est vivement recommandé par les urologues. En effet, le dépistage précoce permet de diagnostiquer des tumeurs à un stade localisé qui pourront être guéries. Ce dépistage repose sur le toucher rectal et le dosage du PSA tous les ans à partir de 50 ans (ou 45 ans en cas d'antécédent familial) jusqu'à l'âge de 75 ans.

Il est nécessaire de consulter rapidement en cas de symptômes urinaires, car un cancer de la prostate peut se révéler par les mêmes troubles que l'adénome de la prostate.

Enfin, des thérapeutiques nouvelles (chimiothérapies, thérapie génique, biothérapies*) sont en cours d'évaluation pour le traitement du cancer de la prostate.

* cf. glossaire p.12

Glossaire

Adénome prostatique :

l'adénome prostatique est une tumeur bénigne de la prostate. On parle alors d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Après 50 ans, un homme sur deux en est affecté.

Adénocarcinome prostatique :

c'est une tumeur maligne développée à partir du tissu glandulaire de la prostate.

Androgènes et testostérone :

les androgènes sont les hormones mâles, la principale étant la testostérone, essentiellement sécrétée par les testicules.

Anti-androgènes :

ce sont des médicaments qui s'opposent aux effets des androgènes. Ils permettent, pendant un temps variable, de contrôler la croissance d'un cancer prostatique.

Analogues (ou agonistes) de la LH-RH :

ces médicaments s'opposent également aux androgènes mais en intervenant au niveau cérébral, sur les médiateurs hypophysaires qui vont déclencher le signal de sécrétion des androgènes.

Biothérapies :

ce sont toutes les thérapeutiques qui mettent en jeu des ressources naturelles de l'organisme. A commencer par les transfusions sanguines et les greffes et demain, les cellules souches.

Biopsie :

une biopsie est un prélèvement, le plus souvent à l'aiguille, d'un fragment de tissu qui sera analysé au microscope. On parle d'examen histologique réalisé par un anatomopathologiste.

Capsule prostatique :

la prostate se situe sous la vessie, en avant du rectum ; le tissu glandulaire est enfermé dans une capsule.

Echographie endorectale :

la sonde d'échographie est introduite dans le rectum. On peut ainsi atteindre plus facilement la prostate et recueillir des images de meilleure qualité.

PSA :

signifie Prostatic Specific Antigen.
C'est un antigène spécifique de la prostate, qui circule dans le sang. Il est augmenté en cas de pathologie prostatique mais il n'est pas spécifique du cancer. Sa valeur normale est < 4 ng/ml.

Brochure rédigée par le Dr Alain Trébuçq
Validation scientifique :
Dr Michaël Peyromaure Debord,
CCA (service d'urologie, hôpital Cochin, Paris)
Octobre 2004

Références utilisées :

1. Anaes www.anaes.fr
(chapitre Publications / urologie)
 - les traitements du cancer localisé de la prostate
 - les traitements du cancer non localisé de la prostate
2. Association française d'urologie
(www.urofrance.org)
3. Mission interministérielle pour la lutte contre
le cancer (www.plan-cancer.fr)
4. Prostate Cancer. *Treatment Guidelines for Patients.*
American Cancer Society & National Comprehensive
Cancer Network

Le cancer

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules "anormales" dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou "grosseur". Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

Quelques chiffres

- En France, le cancer est la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et plus de 150 000 décès lui sont imputables chaque année. C'est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) et la première cause de mortalité chez l'homme.
- Environ 270 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

Le rôle du médecin

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de dépistage et de prévention. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des "facteurs de risque". Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition solaire, les expositions professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical... Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures ou le site www.ligue-cancer.net, sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

Les signes d'alarme

1. La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
2. Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
3. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
4. Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
5. Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
6. Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
7. Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

Qu'est-ce que La Ligue ?

Créée en 1918, La Ligue Contre le Cancer est une association à but non lucratif, régie par la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique. Elle est organisée en une fédération de 101 comités départementaux.

Leurs missions ?

Informier et accompagner toutes personnes susceptibles d'être concernées par le cancer : malades, anciens malades et leurs proches, grand public, responsables de santé publique, médecins et chercheurs.

L'activité de La Ligue et de ses comités s'exerce dans trois directions :

- La recherche
- L'information, la prévention et le dépistage
- L'accompagnement des malades et de leur famille.

• LA RECHERCHE

La recherche, prioritaire pour accroître demain le nombre de guérisons, représente plus de 60 % des fonds attribués par La Ligue. Elle s'organise autour de différents pôles : recherche fondamentale, recherche clinique (amélioration des traitements) et recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage). Elle est pilotée par un Conseil scientifique national et des Conseils scientifiques départementaux et régionaux.

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

Second volet de l'action menée par La Ligue : l'information du public pour la prévention et le dépistage. L'objectif est triple : sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommation de tabac, d'alcool, exposition prolongée au soleil...) ; alerter sur les facteurs de risque ; informer sur l'identification de certains symptômes.

De nombreux moyens de communication adaptés aux publics concernés sont mis en place.

• L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LEUR FAMILLE

Les comités de La Ligue apportent leur soutien aux malades, aux anciens malades et à leur famille : un soutien matériel, moral et psychologique.

En organisant les Etats Généraux des malades atteints de cancer, La Ligue a donné en 1998 et en 2000 une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge.

En donnant la parole aux malades, La Ligue a permis que soient connus et pris en compte leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie.

DEVENEZ LIGUEUR

L'action de La Ligue repose sur la générosité des Français et leur engagement dans le cadre du bénévolat. Vous pouvez vous aussi nous aider à lutter contre le cancer :

- **en adhérant** au comité départemental de La Ligue le plus proche de chez vous ;
- **en participant** à des opérations organisées par votre comité départemental ;
- **en soutenant** notre effort par vos dons ;
- **en faisant** une donation ou un legs (La Ligue est habilitée à recueillir dons, donations et legs, exonérés de tous droits de succession).

Un sérieux et une transparence reconnus

La Ligue adhère au Comité de la Charte de déontologie des organisations sociales et humanitaires faisant appel à la générosité du public, depuis sa création.



La Ligue vous aide et vous informe :

CANCERINFOSERVICE

N°Azur 0 810 810 821

PRIX APPEL LOCAL

Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14, rue Corvisart - 75013 Paris

TOUTELALIGUE

0 810 111 101

PRIX APPEL LOCAL

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



Recherche
Prévention
Action pour les malades