

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. En France, plus de 40.000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Mais le cancer de la prostate n'évolue pas de la même façon chez tous les hommes ; ils n'auront donc pas le même traitement.

Ne pas confondre adénome et cancer

Un adénome ou hypertrophie bénigne de la prostate est une augmentation de volume de la prostate qui engendre assez souvent des troubles urinaires : envies d'uriner fréquentes la nuit, urgentes le jour, écoulement urinaire à faible débit. Lorsqu'un adénome devient trop gênant pour le patient ou qu'une complication survient (rétention urinaire, infection, formation d'un calcul), il peut être traité par médicaments ou chirurgie. L'intervention consiste alors à retirer uniquement la partie centrale de la prostate. Cette intervention est le plus souvent réalisée par les voies naturelles (canal de l'urètre) sous contrôle endoscopique. Dans certains cas, la photo vaporisation par laser « green light » peut être utilisée dans ce cas car il s'agit d'une tumeur bénigne (voir la notice correspondante sur notre site web).

Le cancer prostatique correspond au développement de cellules cancéreuses dans la prostate le plus souvent dans sa partie périphérique au contraire de l'adénome. (Ceci explique que les 2 maladies peuvent coexister et que traitement chirurgical de l'adénome ne protège pas contre le risque de cancer). Les capacités de développement des cellules cancéreuses sont variables d'une tumeur à l'autre. S'il est statistiquement établi qu'un homme sur trois après 60 ans a dans sa prostate quelques cellules néoplasiques, 2 fois sur 3 elles n'ont aucun potentiel évolutif. Le rôle du médecin sera alors de diagnostiquer le cancer, mais aussi d'estimer s'il présente un risque évolutif pour la santé du patient, et s'il faut le traiter. En effet, les traitements ont par eux mêmes des conséquences néfastes : risque d'incontinence urinaire, troubles de l'érection ; risque de brûlure de la vessie ou du rectum après radiothérapie.

Deux examens permettent de suspecter un cancer de la prostate

Le toucher rectal, qui palpe la prostate par l'intermédiaire du rectum ; le dosage du PSA (Prostatic Specific Antigen) qui est un marqueur non pas du cancer, mais de l'activité prostatique. Son taux peut augmenter dans d'autres circonstances que le cancer : adénome, infection, inflammation.

Seule la biopsie affirme le diagnostic. Ce prélèvement se fait avec une aiguille fine qui prélève sous anesthésie locale une douzaine de carottes prostatiques sous contrôle échographique endorectal. L'examen au microscope de ces prélèvements permettra d'établir le diagnostic, mais aussi le pronostic, c'est à dire le potentiel évolutif de la tumeur selon le type des cellules.

Les examens d'imagerie

Ils font le bilan d'extension de la maladie mais ils ne sont pas prescrits de façon systématique : tomodensitométrie (scanner), ou mieux imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) qui reconstitue l'anatomie des organes sans utilisation de rayonnement X. La scintigraphie osseuse recherche la propagation de cellules cancéreuses (métastase) dans les os. Grâce à ces examens, on pourra répondre à la question (si sa réponse est susceptible d'influer sur l'attitude thérapeutique) : le cancer est-il contenu à l'intérieur de la prostate (cancer localisé), ou a-t-il franchi les limites de la prostate (capsule) pour progresser à l'extérieur de la glande (cancer localement avancé ou métastatique).

Quels sont les traitements proposés ?

L'objectif du traitement est soit de supprimer toutes les cellules cancéreuses (traitement curatif), soit de stopper leur prolifération (traitement palliatif). Mais le médecin doit d'abord estimer si le cancer qui vient d'être diagnostiqué représente un réel danger pour le patient et s'il est nécessaire de le traiter. Si on décide de le traiter, on n'envisagera pas le même traitement selon que le cancer est localisé, localement avancé ou métastatique, et que l'espérance de vie est supérieure ou inférieure à 10 ans.

La prostatectomie totale est une intervention dont le but est d'enlever la totalité de la prostate et les vésicules séminales. C'est le traitement standard du cancer localisé de la prostate chez les hommes dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans. La durée moyenne d'hospitalisation est de 7 jours pendant lesquels le patient est porteur d'une sonde urinaire, et celle de la convalescence à domicile est de 3 semaines. Cette intervention peut se réaliser soit par voie abdominale en ouvrant la paroi abdominale entre le pubis et l'ombilic, soit par laparoscopie sous contrôle d'une caméra endoscopique, avec ou sans assistance d'un robot. Le choix est fait en fonction des habitudes du chirurgien, mais il s'agit en fait de la même intervention réalisée, dont les résultats sont identiques tant en terme de résultats que de complications.

Les complications post opératoires sont décrites dans une notice spécifique (voir notre site web).

L'incontinence urinaire est fréquente après l'intervention mais s'améliore avec le temps et disparaît dans 95% des cas dans les 6 mois ; il est parfois utile de réaliser des séances de rééducation du sphincter de l'urètre chez un kinésithérapeute spécialisé. Cette incontinence se limite le plus souvent à des fuites à l'effort

(toux, port de charge, effort abdominal violent). En cas de persistance, au delà de 6 mois, cette incontinence peut être corrigée par des interventions comme la pose de ballonnets ou la mise en place d'un sphincter artificiel. Dans la majorité des cas, le problème des fuites est alors résolu.

Les troubles sexuels sont fréquents, parfois transitoires, parfois définitifs. Ils sont liés à la dissection des nerfs de l'érection qui passent tout à côté de la prostate et que l'on ne peut pas toujours préserver sous peine de laisser en place des cellules cancéreuses. En cas d'impuissance post opératoire, des traitements médicamenteux efficaces sont proposés.

Quel est le suivi après prostatectomie totale ? Le dosage du PSA sera réalisé tous les 6 mois pendant 10 ans ; un taux indétectable, c'est à dire inférieur à 0.1ng/mL est un bon gage de guérison. Sinon, on peut compléter le traitement par une radiothérapie externe ou un traitement hormonal.

La curiethérapie est utilisée en France depuis 1998. Elle consiste à placer à l'intérieur de la prostate des sources radioactives, sous forme de grains d'iridium. Ces micro-sources détruisent les cellules cancéreuses. Elle ne peut être proposée qu'aux formes diagnostiquées tôt car son action est limitée à la prostate. Elle a pour avantage de ne pas induire d'incontinence urinaire, mais par contre, ses échecs thérapeutiques ne peuvent être rattrapés par la chirurgie en raison de l'irradiation locale.

La radiothérapie conformationnelle est basée sur les mêmes principes physiques, mais avec des rayons de haute énergie produits par une source externe. Un scanner avec logiciel 3D permet de « conformer » le plus précisément possible la zone à irradier de façon à éviter les effets collatéraux. Elle peut être proposée à titre curatif soit seule, soit pour compléter une prostatectomie totale, qui s'est révélée insuffisante par extension locale du cancer.

Dans certains cas, elle est précédée et suivie d'un traitement hormonal, dont l'effet est de diminuer le volume cible.

Les ultrasons focalisés de haute intensité ont pour but de détruire la prostate et la tumeur qu'elle contient par la chaleur. La source micro-ondes est placée dans le rectum sous anesthésie locorégionale ou générale. Cette méthode nécessite de garder une sonde vésicale quelques jours en raison de l'œdème lié à la brûlure. Cette méthode a été validée en 2003 par l'Association Française d'Urologie qui la réserve aux patients porteurs d'un cancer localisé âgés de plus de 70 ans ou chez les quels une opération est risquée ou impossible (obésité, insuffisance respiratoire ou cardiaque). Les résultats à long terme ne sont pas encore connus.

La cryothérapie, ou traitement par le froid, est en cours d'évaluation.

Le traitement hormonal vise à empêcher l'action des hormones mâles sur les cellules cancéreuses pour ralentir ou stopper leur croissance. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres traitements. Des effets secondaires sur la sexualité (impuissance et perte de désir) et des bouffées de chaleur sont fréquemment observés. A long terme, il peut exister un effet de décalcification osseux, mais qui reste le plus souvent sans conséquence.

Dr CARIOU

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon -Paris

www.hopital-dcss.org

Date de création : le 15 mai 2009

Mise à jour :

Reproduction interdite sans autorisation des auteurs.