

CANCER DE LA PROSTATE

Il peut se présenter sous la forme d'une tumeur localisée (circonscrite à la prostate) ou sous une forme évoluée, avec des métastases ganglionnaires et osseuses.

La prostate est une glande hormono-dépendante comme le sein chez la femme.

ÉPIDÉMIOLOGIE

On découvre environ 65 000 nouveaux cas de cancer prostatique chaque année.

Tous n'ont pas le même degré de gravité. 80 % sont découverts à un stade de début, localisé. Ceci incite à encourager le dépistage après 50 ans, comme le recommande l'Association Française d'Urologie qui permet de proposer un traitement permettant la guérison.

SIGNES

Le cancer de la prostate évolue à bas bruit sans donner de signes urinaires à ses débuts.

La survenue plus tardive d'une dysurie peut être la conséquence d'une compression qui s'exerce sur l'urètre et la vessie du fait de la présence d'une tumeur. Mais ces signes peuvent prêter à confusion car, à cet âge, on a tendance à incriminer un éventuel adénome de prostate qui s'accompagne également de troubles urinaires, une pathologie n'excluant pas l'autre, ce qui incite à rester vigilant.

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Le cancer peut être diagnostiqué lors du dépistage recommandé par l'AFU à tout homme à partir de 50 ans. Ce dépistage comprend un dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate) et un toucher rectal. Il peut aussi être mis en évidence chez un patient suivi pour un adénome de la prostate ou se révéler d'emblée à un stade avancé.

DIAGNOSTIC

La preuve diagnostique est apportée par l'histologie après biopsie de la tumeur. Elle succède au diagnostic clinique (toucher rectal) et biologique (dosage du PSA). L'histologie permet de différencier tumeurs bénignes (adénome) et tumeur maligne et, en fonction du grade, de différencier les tumeurs plus ou moins agressives. La détermination du stade selon la classification TNM* permet d'établir un traitement personnalisé qui variera selon que l'atteinte est limitée à la prostate (intra-capsulaire) ou qu'elle a déjà disséminé (extension ganglionnaire et métastases).

On peut y adjoindre l'imagerie (IRM) qui apporte des éléments prédictifs concernant l'atteinte capsulaire.

* *Stades*

- *Sont à faible risque les tumeurs T1a et T2a avec PSA < 10ng et score de Gleason < 6*
- *Sont à risque élevé les tumeurs T2c avec PSA > 20 et score de Gleason > 8, et les T3a et b*
- *Sont à risque intermédiaire les tumeurs T2b avec PSA entre 10 et 20 et Gleason à 7*

TRAITEMENT

Il varie en fonction de la gravité de la tumeur (classification TNM), selon que le cancer est localisé ou métastatique, selon le volume tumoral et l'espérance de vie du patient. On sait en effet que dans bon nombre de cas, une tumeur prostatique connaît une évolution lente qui peut conduire, chez certains patients âgés, à proposer une simple **surveillance**.

Les traitements sont multiples, chaque méthode a ses bénéfices et ses effets secondaires.

La **prostatectomie radicale**, qui consiste à enlever la prostate et les vésicules séminales, est un traitement indiqué en priorité dans les cas localisés chez les hommes de moins de 65 ans, et comporte des effets secondaires sexuels non négligeables.

La **curiethérapie**, technique qui consiste à implanter de façon permanente des grains d'iode radioactif 125 dans la prostate pour détruire la tumeur est aussi un technique proposée aux hommes jeunes mais comporte parfois des effets secondaires d'inflammation.

La **radiothérapie externe** est proposée aux hommes de plus de 70 ans, ou en cas de contre-indication opératoire.

Des traitements mini-invasifs du type ultrasons focalisés de haute intensité (**HIFU**) sont disponibles (méthode nouvelle pour laquelle on manque encore un peu de recul que l'on réserve à des tumeurs peu agressives ou à des récidives locales après radiothérapie chez des patients fragiles). Ce procédé baptisé Ablatherm→ consiste à administrer par voie endorectale des ultrasons qui élèvent la température cellulaire afin de détruire la tumeur.

Dans les tumeurs avancées, l'adjonction d'une **hormonothérapie** fait cesser la prolifération des cellules cancéreuses. Mais l'effet reste limité dans le temps car après 18 à 24 mois, les cellules cancéreuses ont tendance à échapper au traitement (On parle d'échappement hormonal). Il faut alors se tourner vers d'autres prises en charge (chimiothérapie, radiothérapie) qui procurent au patient un confort local, un soulagement des douleurs de compression.

Les formes peu agressives, non métastatiques peuvent également bénéficier de l'hormonothérapie au long cours, mais il faut surveiller les paramètres osseux, ces traitements étant réputés favoriser l'ostéoporose.

COMPLICATIONS

Le traitement des troubles sexuels, après prostatectomie ou irradiation, (troubles de l'érection, absence de sperme et d'éjaculation) sont variables et dépendent du stade initial. Le retour de l'érection peut être difficile si l'on a dû enlever les bandelettes vasculo-nerveuses.

La plupart des patients sont continents, mais 10 % d'entre eux gardent une incontinence au delà d'un an.

Les dysfonctionnements sexuels n'ont évidemment pas le même impact chez un patient âgé et chez le sujet jeune.

On note une augmentation du risque de fractures osseuses liées au traitement hormonal qui nécessite de nouvelles collaborations entre urologues, oncologues et orthopédistes.

PRONOSTIC

Chez l'homme de moins de 65 ans, la prostatectomie radicale permet une réduction de la mortalité à 10 ans. Les patients porteurs d'un cancer de bas grade avec un score de Gleason de 6 ont la même espérance de vie que la population générale. Elle est diminuée de moitié lorsque de Gleason se situe entre 8 et 9.

Recommandations : *Elles émanent du Comité de Cancérologique de l'AFU*

Mots clés : *cancer de prostate, score de Gleason, prostatectomie radicale, hormonothérapie, curiethérapie, radiothérapie*

Date de publication : *08/03/2011*