

CANCER DE LA PROSTATE

Dr Patrick Bonfils

Le cancer de la prostate est très fréquent. C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme en dehors des cancers cutanés et c'est la première cause de mortalité par cancer chez l'homme.

Le cancer de la prostate se développe souvent très lentement, et reste localisé au début (il ne dépasse pas la capsule qui entoure la prostate). Quand le cancer évolue, il peut s'étendre au-delà de la capsule de la prostate, par envahissement direct des tissus et des organes situés près de la prostate et il peut essaimer dans d'autres organes à distance de la prostate (os, ganglions).

Il est important de savoir que les cellules qui ont essaimé à distance (cellules métastatiques dans les os par exemple) restent des cellules prostatiques et répondent donc au traitement du cancer de la prostate.

Il est recommandé de commencer la détection du cancer de la prostate à partir de 50 ans voire 45 ans chez les hommes ayant un facteur de risque particulier (frère ou père ayant eu un cancer de la prostate). La détection repose sur le toucher rectal et le dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA), le même examen étant répété chaque année. Ces examens permettent de dépister le cancer de la prostate à un stade précoce avant qu'il ne cause aucun symptôme.

LE TOUCHER RECTAL (TR)

Comme la prostate est située juste en avant du rectum, elle peut être palpée par un doigt introduit dans l'anus et le médecin peut donc apprécier le volume de la tumeur, la régularité des contours et la consistance de la glande.

LE PSA

L'antigène spécifique prostatique, PSA, est un marqueur tumoral utilisé pour la détection du cancer de la prostate.

Le taux de PSA est considéré comme normal lorsqu'il est inférieur à 4ng/ml.

Plus le taux de PSA est élevé plus le risque de cancer de la prostate est grand mais le test ne permet pas de dire s'il y a un cancer ou pas de la prostate. En effet, l'adénome, la prostatite (infection de la prostate par un microbe) peuvent également causer une élévation variable du taux de PSA. Le PSA peut également être

augmenté après un rapport sexuel, un toucher rectal, une échographie endo-rectale, des biopsies de prostate, le vélo...

Par ailleurs, 25% des hommes ayant un cancer ont un taux normal de PSA ce qui explique pourquoi un toucher rectal doit toujours être fait en plus du simple dosage du PSA.

Un taux de PSA supérieur à 4 doit être considéré comme suspect : dans ce cas, l'évolution dans le temps du taux de PSA d'une part et le rapport PSA libre/PSA total d'autre part doivent être pris en compte avant d'envisager de pratiquer des biopsies de la prostate.

ECHOGRAPHIE ENDO-RECTALE DE LA PROSTATE

L'échographie utilise des ultrasons pour produire une image de la prostate. Elle permet de dépister d'éventuels nodules hypo-échogènes (moins denses que le reste du tissu prostatique) situés essentiellement au niveau de la prostate périphérique : la présence de tels nodules imposent de faire des biopsies prostatiques.

LES BIOPSIES DE LA PROSTATE

Une anesthésie locale ou le plus souvent une courte anesthésie générale est réalisée. Les biopsies prostatiques sont effectuées par voie trans-rectale sous contrôle échographique. En général, dix à vingt biopsies sont réalisées.

Après une première série de biopsies négatives, la réalisation d'une nouvelle série de biopsies peut être proposée surtout si le PSA reste supérieur à 4.

Les effets secondaires des biopsies de prostate les plus fréquents sont :

- une hématurie (sang dans les urines) qui dure habituellement quelques jours,
- une hémospemie (sang dans le sperme) qui peut persister quelques semaines,
- les rectorragies (sang par l'anus) sont beaucoup plus rares.

La complication la plus rare est la prostatite aiguë : infection de la prostate suite à l'ensemencement de la prostate lors de la ponction trans-rectale. La fréquence des prostatites est d'environ de 1%.

Lorsque les biopsies sont positives c'est à dire que le cancer est prouvé, un bilan d'extension est indispensable pour savoir si le cancer s'est développé à distance de la prostate (recherche de métastases) : deux examens sont indispensables, le scanner abdomino-pelvien qui recherche les métastases au niveau des ganglions ou autres organes abdominaux (foie) et la scintigraphie osseuse qui permet de détecter l'extension du cancer de la prostate aux os.

Le traitement du cancer prostatique à quel que stade qu'il soit est l'objet de controverse, ce qui ne facilite pas la tâche ni du médecin ni du malade, ce qui explique pourquoi les avis de différents spécialistes peuvent assez souvent diverger.

LA PROSTATECTOMIE TOTALE

Cette opération enlève toute la prostate et les vésicules séminales qui sont les glandes accessoires appendues à la prostate. L'intervention n'est faite que si l'on pense, après avoir fait le bilan d'extension, que le cancer ne dépasse pas les limites de la prostate.

L'intervention est faite sous anesthésie générale et une fois la prostate enlevée, on recoud ensuite la vessie directement sur l'urètre.

On essaye habituellement de préserver les nerfs érecteurs qui passent au contact de la prostate et la préservation de ces nerfs permet de diminuer le risque d'impuissance post-opératoire.

Après l'intervention, une sonde est laissée en place six à sept jours pour faciliter la cicatrisation et l'hospitalisation dure habituellement huit à dix jours selon les cas.

Le taux d'impuissance est de 60 à 90% à un an après l'intervention. Le taux d'incontinence complète post-opératoire est inférieur à 10%. La mortalité de la prostatectomie totale est inférieure à 1%.

Trois à quatre semaines après la prostatectomie totale, le PSA doit devenir nul ou indétectable (inférieur à 0,1ng/ml)

LA RADIOTHERAPIE

La radiothérapie consiste à « brûler » les cellules cancéreuses en laissant la prostate en place.

La radiothérapie externe

Le rayonnement est produit par une source externe.

Elle peut avoir comme conséquence une inflammation du rectum ou de l'anus, des envies fréquentes d'uriner liées à une cystite « radique » ; le taux d'impuissance après radiothérapie externe varie entre 30 et 50%.

La curiethérapie

Elle consiste à placer des sources radioactives directement dans le tissu prostatique.

L'implantation se fait avec de simples aiguilles sous rachianesthésie ou anesthésie générale et sous contrôle échographique.

Elle n'entraîne pas de trouble sexuel mais la curiethérapie est réservée aux tumeurs localisées et aux prostates de petite taille.

La radiothérapie peut être proposée après la prostatectomie totale lorsque l'examen de la pièce opératoire révèle une extension en dehors de la capsule de la prostate.

Le traitement hormonal

L'objectif du traitement hormonal est d'obtenir une diminution du taux de testostérone et de bloquer la prolifération des cellules cancéreuses.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre médecin, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.