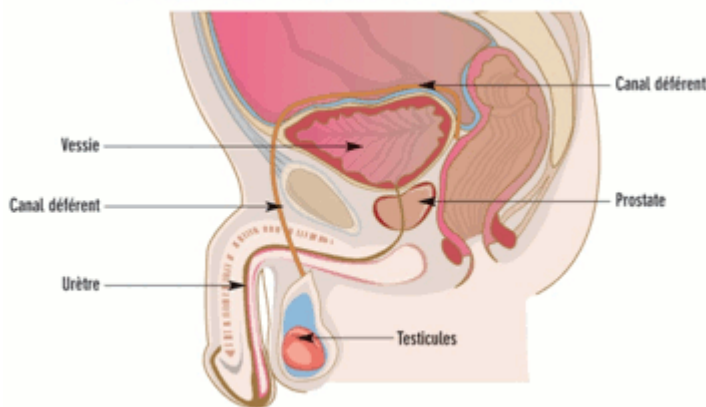


# CANCER DE LA PROSTATE

## A quoi sert la prostate ?

Il s'agit d'une petite glande située sous la vessie et qui constitue la partie initiale de l'urètre. Elle sert à terminer la composition du liquide séminal (les spermatozoïdes venant des testicules et sont acheminés au travers des canaux déférents jusqu'aux vésicules séminales ou ils sont stockés). Elle joue un rôle essentiel dans l'éjaculation.

### Anatomie de l'appareil génital masculin



Coupe des organes génitaux internes de l'homme

Appareil génital masculin

## Quelles sont les maladies de la prostate ?

La plus souvent évoquée est l'adénome de la prostate ou hypertrophie bénigne de la prostate, sujet qui sera abordé ailleurs dans le site (adénome prostatique).

Une autre pathologie de la prostate est la prostatite ou infection de la prostate dont le traitement relève avant tout des antibiotiques mais qui impose parfois une hospitalisation.

Enfin le sujet qui est traité ici, le cancer de la prostate, véritable problème de santé publique puisqu'il représente maintenant le premier cancer de l'homme.

## Qu'est-ce que le cancer de la prostate ?

Il s'agit d'une tumeur maligne par dégénérescence de cellules au sein de la prostate. La progression en est habituellement lente et par la même sournoise, d'où l'intérêt du dépistage à un stade précoce,

car dès lors que la maladie donne des signes cliniques, elle est rarement accessible aux traitements les plus efficaces.

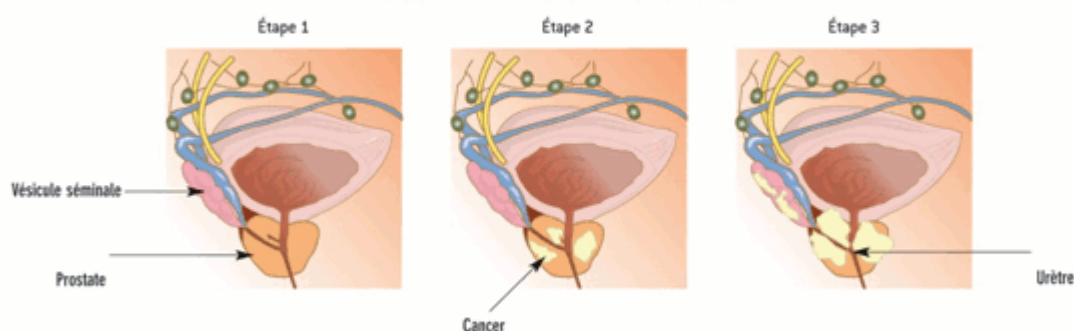
L'évolution non traitée se fait vers l'extension locale et régionale (ganglions) mais aussi une propension à essaimer à distance (métastases surtout au niveau des os).

Dans la grande majorité des cas la présence des hormones males (testostérone) est un facteur de développement du cancer de la prostate (s'il n'y a pas de testostérone, le cancer a tendance à moins se développer).

Il faut toutefois signaler qu'un certain nombre de cancers de la prostate n'ont pas tendance à se développer, ce qui pose la question de l'intérêt du dépistage systématique. Toutefois, nous ne disposons pas à ce jour d'outils capables de discriminer les cancers qui vont évoluer par rapport à ceux qui resteront quiescents.

## Anatomie de l'appareil génital masculin

### Évolution du cancer de la prostate



Coupe sagittale des organes génitaux internes de l'homme

Evolution du cancer de la prostate

## Y a-t-il des causes connues du cancer de la prostate ?

Il est certain que le cancer de la prostate ne peut se développer qu'en présence d'hormones males (Testostérone). Un certain nombre de facteurs, environnementaux, alimentaires mais aussi génétiques jouent un rôle probable (voir facteurs favorisant du cancer de la prostate), mais il n'y a pas de cause spécifique connue.

## Quelle est la fréquence du cancer de la prostate ?

L'incidence (nombre de cas déclarés par an) est estimée en France à 97,7 pour 100 000 habitants (Progrès en Urologie, 2015, 25, 9, 536-542) et elle est en augmentation constante depuis 20 ans. Le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent chez l'homme, devant celui du poumon et le cancer colorectal.

L'âge moyen lors du diagnostic est de 72 ans. Il est quasiment absent avant 40 ans et voit sa fréquence augmenter progressivement jusqu'à 65 ans puis rapidement ensuite. Il a été ainsi estimé qu'un homme de 50 ans a 42% de risque de développer un cancer de prostate d'ici à la fin de sa vie mais ce cancer n'aura pas forcément de traduction clinique. Autrement dit un grand nombre de

personnes âgées sont porteuses d'un cancer de prostate mais n'en souffriront jamais et mourront d'une autre maladie. Ceci pose tout le problème de l'intérêt du dépistage et du traitement de ce cancer puisque dans un certain nombre de cas (mais lesquels ?) il ne se manifesterait jamais.

Le cancer de la prostate représente 3,4% des décès et 10,7 % de décès par cancer en France.

Il touche plus la population noire (antillais) et moins les populations d'origine asiatiques. Les facteurs génétiques et alimentaires en seraient la cause (voir facteurs favorisant du cancer de la prostate).

## Manifestations du cancer de la prostate

Si l'on veut proposer un traitement efficace, il faut agir à un stade précoce, d'où l'intérêt du dépistage, car dès lors que la maladie est déclarée, l'on est quasiment certain de ne pouvoir guérir le patient.

En effet, la tumeur se développe le plus souvent à la périphérie de la glande, ne donnant aucun signe pendant des années d'évolution.

Fréquemment, le patient consulte pour des signes en rapport avec un adénome de la prostate (hypertrophie bénigne) et c'est dans le bilan que l'on découvre parfois la coexistence avec le cancer.

Cependant, grâce au progrès du dépistage précoce de plus en plus pratiqué par les médecins généralistes et les urologues, il devient de plus en plus rare de découvrir le cancer à un stade avancé et notamment lorsque des métastases sont apparues.

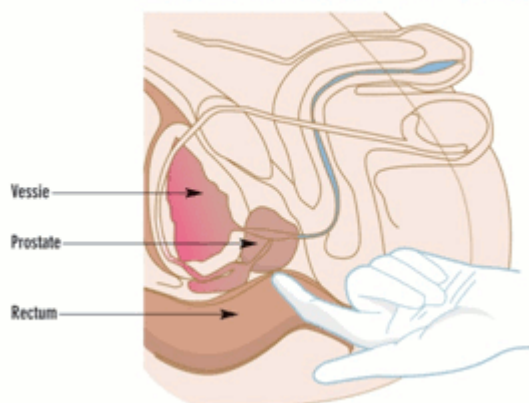
Par contre la présence de sang dans le sperme ou les urines reste exceptionnellement un mode de révélation du cancer de la prostate, ce qui n'exclut pas que tout patient qui présente ces symptômes doit consulter.

## Diagnostic du cancer de la prostate

Depuis la fin des années 80, c'est le dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) qui, dans la grande majorité des cas aide au diagnostic du cancer de la prostate. Certes, l'association de ce test biologique au toucher rectal reste systématique, mais un toucher rectal normal peut parfaitement coexister souvent avec un cancer prostatique.

**Le toucher rectal** consiste à palper la prostate (face postérieure) à l'aide d'un doigt ganté lubrifié introduit dans le rectum. Il s'agit d'un examen désagréable mais indolore (sauf si maladie de l'anus associée (fissure...)). Une prostate normale est souple et lisse. L'on évoque le cancer en cas de perception d'une zone indurée ou simplement trop ferme. Toutefois avec le toucher rectal, l'urologue n'a accès et donc ne peut se faire une opinion que sur la partie postérieure de la prostate.

### Anatomie de l'appareil génital masculin



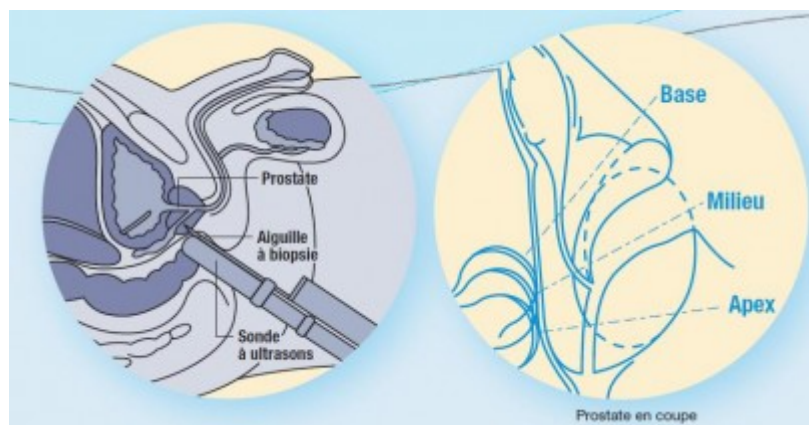
## Examen du toucher rectal

**Le PSA** est une protéine exclusivement sécrétée par les cellules prostatiques. Toutefois, il est spécifique de la prostate, c'est-à-dire que toute maladie de cet organe peut entraîner une élévation de son taux (adénome de la prostate, prostatite, voire simple infection urinaire. Généralement le taux doit être inférieur à 4,0 ng/ml. Cependant si le taux monte au dessus de cette norme il faut l'interpréter en fonction du contexte, de l'âge, du poids estimé de la prostate. A l'inverse, dans de rares cas, l'on peut retrouver un cancer de la prostate avec un PSA normal, d'où l'importance de toujours associer au dosage du PSA un toucher rectal.

**Les recommandations** de l'Association Française d'Urologie sont d'effectuer le dépistage du cancer de la prostate à partir de 50 ans par association du toucher rectal et du PSA et même à partir de 40 ans dans les familles ayant des antécédents de cancer de prostate, surtout si des hommes jeunes ont été touchés (voir la campagne de médiatisation sur le dépistage du cancer de la prostate).

**Par contre l'échographie** est trop peu spécifique pour constituer une aide au diagnostic. En effet de nombreuses prostatites présentent des nodules qui sont loin d'être tous des cancers. Autrement dit, une échographie normale ne peut permettre de rassurer le patient. Par contre, elle va jouer un rôle essentiel dans l'étape suivante du diagnostic, c'est à dire la biopsie.

**La biopsie de la prostate** consiste à prélever de petits fragments de l'organe à l'aide d'une aiguille introduite par voie rectale et guidée par l'échographie. Elle est réalisée sous anesthésie locale ou générale après une préparation antibiotique et intestinale, afin de minimiser les risques notamment infectieux de l'acte (voir fiche d'information aux patients). Les fragments ainsi prélevés sont ensuite envoyés à l'analyse au microscope dont le résultat revient habituellement une dizaine de jours plus tard.



Biopsie de prostate - (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)

## Bilan du cancer de la prostate

Nous nous attacherons ici au bilan du cancer de la prostate chez le sujet de moins de 75 ans

présentant les caractéristiques d'un cancer localisé accessible à un traitement curateur. Ce bilan à pour but essentiel de donner des arguments pour confirmer qu'il s'agit d'un cancer localisé. Il repose essentiellement sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui sera réalisée quasi-systématiquement et plus rarement associée à une scintigraphie osseuse.

## Le traitement du cancer localisé de la prostate

---

Il se fait par un choix schématiquement entre la radiothérapie sous différentes modalités et la chirurgie, choix qui repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, histologiques et inhérent à l'état général et l'âge du patient. D'autres techniques sont en cours d'évaluation (Ablatherm ou traitement par ultrasons focalisés).

Ce site étant conçu par des chirurgiens urologues, nous ne décrivons ici que les principes du traitement chirurgical du cancer de la prostate localisé.

**La prostatectomie totale** : l'opération consiste à retirer la totalité de la prostate ainsi que de petits organes attenants, les vésicules séminales. Ce geste s'accompagne parfois d'une ablation des ganglions pelviens dans les cas où il est nécessaire.

Il s'agit d'une intervention de pratique courante pour un urologue. Environ 25 000 prostatectomies se pratiquent en France chaque année. Il y a trois façons de la pratiquer. Soit en chirurgie ouverte classique, soit en chirurgie coelioscopique, soit en chirurgie robotique. A ce jour aucune de ces techniques n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport à une autre tant sur le pourcentage de guérison que celui des éventuelles séquelles de la chirurgie, séquelles que nous évoquerons plus loin. Actuellement en France, 80% des prostatectomies se font en chirurgie classique, 10% en chirurgie coelioscopique et 10% en chirurgie robotisée.

Nous allons ici insister sur la **chirurgie coelioscopique** puisque c'est cette technique que nous pratiquons très majoritairement à Agen. Cette technique est réservée aux patients porteurs d'un cancer de la prostate localisé, en bon état général.

D'une manière générale, il se passe habituellement plusieurs semaines entre le diagnostic du cancer et la réalisation de la prostatectomie et ceci pour plusieurs raisons ; tout d'abord, ce délai est inhérent au temps de réponse nécessaire pour l'interprétation des biopsies mais aussi à la réalisation du bilan (IRM, scintigraphie...). Cependant, dans tous les cas de figure, il ne faut pas intervenir trop rapidement après la réalisation des biopsies, car ce geste entraîne des réactions inflammatoires locales qui peuvent gêner l'acte opératoire s'il est effectué trop précocément. Un délai de 6 semaines est donc raisonnable sachant de plus que le cancer de la prostate est d'évolution lente et qu'il n'y a donc pas de danger à différer l'intervention de quelques semaines. De plus, ce délai permet au patient de réfléchir entre les différentes solutions thérapeutiques qui lui ont été proposées, le cas échéant. De plus dans le cadre du plan cancer et du programme de soin personnalisé, il peut consulter un psychologue qui l'aidera à affronter cette importante épreuve.

**La préparation préopératoire** est simple. En dehors de la consultation pré anesthésique (sachant que l'intervention impose une anesthésie générale), le patient doit suivre une dizaine de jours avant l'intervention un régime sans résidu modéré que l'on complétera la veille de l'intervention par une préparation intestinale spécifique. Il doit de plus faire une semaine avant un examen cytobactériologique des urines, car il est indispensable d'aborder l'intervention avec des urines stériles. Le reste du bilan préopératoire est classique et commun à la plupart des interventions (bilan de coagulation, radiographie pulmonaire et électrocardiogramme éventuels...) et bien sûr adapté à

chaque patient en fonction de son terrain et de ses antécédents. Enfin, des bas de contention sont prescrits, car la prévention du risque thromboembolique reste toujours essentielle ici, comme dans toute chirurgie pelvienne. Ils doivent être portés dès la phase préopératoire.

**La réalisation technique** de la prostatectomie cœlioscopique se fait en abordant le petit bassin au moyen de petites incisions de la paroi abdominales (5 en général) dans lesquelles sont insérées des trocarts dits opérateurs qui permettent d'introduire un appareil optique et des instruments miniaturisés qui permettent au chirurgien de travailler, sachant qu'un gaz est introduit sous pression contrôlée dans l'abdomen durant toute la procédure. La durée opératoire est de 2 à 3 heures et peut varier en fonction de l'anatomie du patient et des actes qu'il est nécessaire de réaliser (curage ganglionnaire le cas échéant). En fin d'intervention, une sonde est introduite par la verge dans la vessie, sonde qui sera maintenue en place le temps nécessaire à la cicatrisation des sutures, habituellement une semaine. Cependant le patient est toujours prévenu que, comme pour toute procédure menée sous cœlioscopie, le chirurgien peut être confronté à une situation qui l'oblige à réaliser l'intervention de manière classique c'est-à-dire en réalisant une incision de la paroi abdominale. Cette éventualité, appelée conversion chirurgicale, demeure toutefois rare.



Aspect prostate en cœlioscopie(Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Dissection apex de la prostate(Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Extraction de la prostate (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)

**Les suites opératoires** sont marquées le plus souvent par des douleurs modérées et le plus souvent facilement contrôlées par la prescription d'antalgiques, à tel point qu'il est souvent proposé au patient de sortir de la clinique vers le troisième jour postopératoire, avec sa sonde pour regagner son domicile. La réalimentation se fait habituellement dès le lendemain de l'intervention.

Les avantages de cette technique résident dans une moindre agression de la paroi abdominale (et donc moins de risque d'infection et d'éventration), un saignement peropératoire le plus souvent minoré et une moindre consommation d'antalgiques en postopératoire (en partie du à l'effet de compression des vaisseaux pelviens grâce à la contre pression exercée par le gaz insufflé) (voir: Coeliochirurgie: le point de vue de l'anesthésiste.)

Pour ce qui est des résultats et des conséquences, ils sont comparables à ceux de la chirurgie ouverte en particuliers pour ce qui est de la récupération de la continence et des érections.

## Après la prostatectomie

L'ablation de la sonde urinaire se fait habituellement au 7ème jour postopératoire parfois après réalisation d'une opacification radiologique vérifiant la cicatrisation et l'étanchéité de la suture entre vessie et urètre (si la suture n'est pas étanche, la sonde est laissée en place une semaine de plus).

A ce stade il est fréquent de constater des **fuites urinaires**, bien que ceci soit très variable d'un patient à l'autre. De toute façon il est toujours proposé de démarrer rapidement une rééducation chez un kinésithérapeute spécialisé afin d'accélérer la récupération de la continence. Cette rééducation s'accompagne d'électrostimulation et comporte au minimum une vingtaine de séances. Le patient constate habituellement les progrès par la diminution de ses fuites et du port de protections. Cependant l'on voit parfois des récupérations tardives d'une continence correcte (jusqu'à un an). Il demeure cependant très rare que l'incontinence reste invalidante et impose d'envisager le recours à une intervention correctrice. De toute façon l'on attend habituellement un an avant de l'envisager, connaissant la possibilité de récupération tardive.

**Pour ce qui est de la sexualité**, le chirurgien, pendant l'intervention va s'efforcer de préserver les nerfs qui courent le long de la prostate et qui commandent les érections. Cependant, cette préservation ne peut se faire que si les caractéristiques du cancer le permettent. Autrement dit la priorité va bien sur au traitement du cancer ce qui peut amener parfois le chirurgien à délibérément sacrifier ces nerfs, d'un seul côté ou des deux. De toute façon, la préservation nerveuse n'est pas une garantie d'efficacité et, souvent le patient a besoin d'une aide pour récupérer des érections

satisfaisantes. Cette aide consiste habituellement en la prise de médicaments facilitateurs de l'érection et, en cas d'insuffisance de résultats, l'on apprend au patient la technique des injections intra caverneuses qui consiste à injecter dans la verge au moyen d'une minuscule aiguille un produit inducteur de l'érection. Cette « rééducation » doit être prolongée si le patient est demandeur, étant entendu que dans un certain nombre de cas, il y aura toujours nécessité de d'utiliser ces produits, alors que d'autres patients récupéreront plus ou moins rapidement des érections de qualité sans recours à un aide médicamenteuse. De plus, si possible, cette rééducation doit être démarrée précocement après l'intervention pour en voir augmenter l'efficacité.

Il faut noter par ailleurs que chez les patients traités par radiothérapie, le phénomène est inverse, c'est-à-dire que leur sexualité reste normale environ un an après le traitement puis se dégrade souvent, ce qui peut imposer là aussi une prise en charge de ce type.

Il faut enfin savoir que la prostatectomie n'altère pas l'équilibre hormonal du patient, autrement dit sa libido reste intacte. Par contre il ne peut plus y avoir d'éjaculation et donc procréation, mais les sensations orgasmiques ne sont habituellement pas modifiées.

**La surveillance du patient** est bien sur prépondérante, car il faut garder en mémoire que c'est de cancer dont il s'agit. Elle repose essentiellement sur le dosage du PSA qui doit devenir indétectable rapidement et le rester. L'on revoit le plus souvent le patient à 6 semaines de l'intervention, puis à 3 mois et ensuite tous les 6 mois pendant 5 ans, à chaque fois avec un dosage du PSA.

L'établissement du pronostic et de la nécessité d'éventuels traitements complémentaires reposent sur l'analyse de la prostate au microscope (importance du cancer, franchissement des parois de l'organe, envahissement des ganglions quand ils ont été prélevés...) mais surtout sur l'évolution du PSA. Si le taux de PSA s'élève en postopératoire, ceci peut être le signe d'une maladie résiduelle qu'il convient de traiter sans tarder et qui peut imposer le recours à une radiothérapie ou à un traitement hormonal.

Rédacteur: Philippe Fiatte