

LA PROSTATE ET SES AFFECTIONS : QUESTIONS ET RÉPONSES

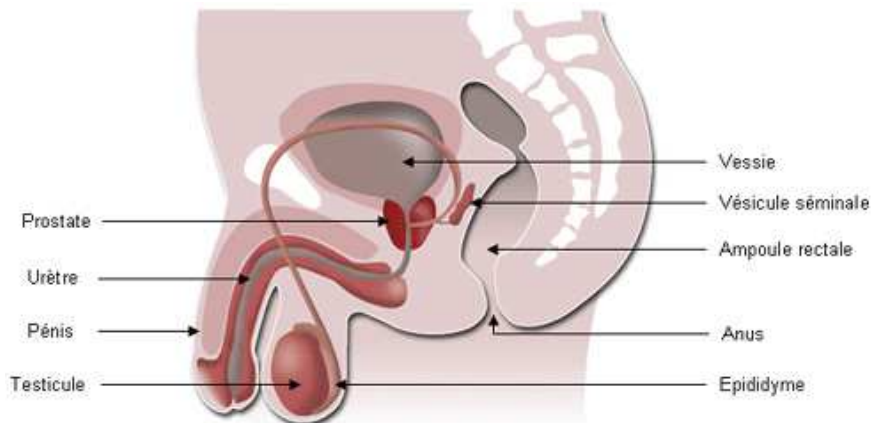
Où se trouve la prostate?

La prostate est une glande qui fait partie de l'appareil reproducteur masculin. Elle est située sous la vessie, en avant du rectum et elle entoure le canal de l'urètre qui conduit l'urine de la vessie vers l'extérieur. Cette position explique les problèmes urinaires de la prostate

A quoi sert la prostate?

Le rôle de la prostate est de produire du liquide prostatique (stockage dans vésicules séminales). Ce liquide prostatique rentre dans la composition du sperme en se mélangeant avec les spermatozoïdes en provenance des testicules.

Le liquide prostatique n'est pas absolument indispensable à la fécondité, mais il la favorise en apportant du volume au sperme émis ainsi que des enzymes facilitant la pénétration des spermatozoïdes à travers le col utérin. Le sperme ainsi produit passe ensuite dans l'urètre avant d'être éjaculé par le pénis.



Qu'est-ce que l'hypertrophie bénigne de la prostate ?

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), appelée aussi adeno-myo-fibrome prostatique, est une affection non cancéreuse d'évolution lente qui débute progressivement chez l'adulte à partir de 30 ans mais qui ne s'exprime en général qu'à partir de 40 ans (18 % des hommes) pour augmenter en fréquence avec l'âge (plus de 50 % des hommes de plus de 70 ans). En Europe, l'âge moyen de découverte clinique de l'adénome est de 65 ans.

L'HBP est liée à l'hypertrophie progressive de la glande, particulièrement dans la partie entourant l'urètre. Dans un premier temps, l'hypertrophie est d'abord légère puis elle s'accroît (l'augmentation de volume de la prostate est alors détectable par échographie). Dans un troisième temps, cette hypertrophie entraîne des troubles urinaires. Néanmoins, il n'existe pas de relation directe entre le volume de la prostate et l'intensité des troubles ressentis. Autrement dit, une prostate peut être très volumineuse et ne pas entraîner de troubles urinaires importants et vice versa. Une fois constitué, l'adénome de la prostate se présente habituellement sous la forme d'une tumeur non cancéreuse située autour de l'urètre.

Quels sont les symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate ?

Pendant la journée, la personne atteinte urine plus fréquemment. Le besoin d'uriner la nuit apparaît et ces besoins peuvent devenir impérieux parfois accompagnés de fuites urinaires.

Des troubles de l'évacuation de l'urine apparaissent également : nécessité de pousser pour uriner, réduction de la force du jet d'urine et difficulté à "finir" la miction (gouttes retardataires). Ces troubles viennent d'une difficulté progressive du muscle de la **vessie** à se contracter. La vessie se vidange mal et retient un résidu d'urine en fin de miction. Ce résidu augmente le risque d'infection urinaire.

Le malade apprend alors à compenser en "poussant" avec les muscles abdominaux, ce qui peut entraîner une hernie digestive, un affaissement du rectum ou des hémorroïdes.

Enfin, en l'absence d'intervention médicale, la distension de la vessie retentit sur l'uretère et le rein (hyperpression et infection), et peut aboutir à une insuffisance rénale. Ces troubles de la vidange, qui apparaissent de façon plus tardive dans l'évolution de la maladie, sont plus graves que les troubles de la retenue, pour l'intégrité de l'appareil urinaire.

Quand faut-il consulter ?

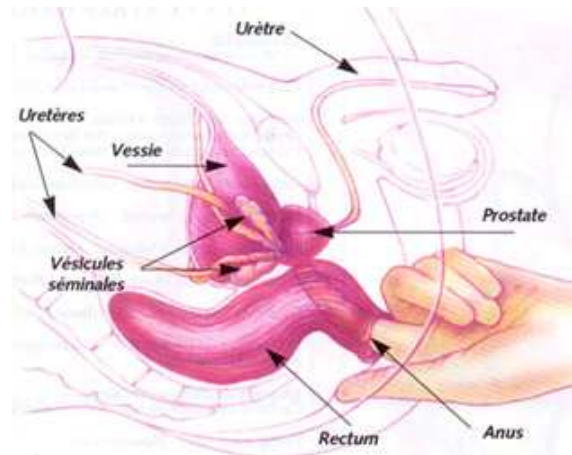
Il est recommandé de consulter votre médecin généraliste ou un urologue si certains signes décrits plus haut apparaissent. La présence de sang dans l'urine ou une infection urinaire nécessitent également une consultation mais ne sont pas des signes évidents d'HBP.

En quoi consiste la première consultation ?

Le médecin vous questionnera pour identifier et caractériser vos troubles urinaires. Il effectuera ensuite un toucher rectal pour mettre en évidence une augmentation du volume de la prostate. Le médecin pourra alors en fonction de ces éléments prescrire une échographie de la prostate, une analyse des urines et une prise de sang pour doser le PSA (ou Antigène Prostatique Spécifique).

Qu'est-ce qu'un toucher rectal ?

Le toucher rectal est un examen fait par le médecin. Il permet de palper la prostate et surtout de détecter des modifications du volume, de la forme et de la consistance. Ces modifications sont caractéristiques d'une anomalie de la prostate. Concrètement, le médecin introduit un doigt (recouvert d'un doigtier avec vaseline) dans l'anus afin de palper la prostate. Le toucher rectal est un acte totalement indolore, sans aucun risque pour le patient et dont la durée est d'à peine deux minutes.



Pourquoi un dosage de PSA ?

Le dosage dans le sang du marqueur appelé PSA (ou Antigène Prostatique Spécifique) permet de dépister un éventuel cancer de la prostate associé à l'HBP. Le PSA, non spécifique du cancer de la prostate, peut être augmenté en cas d'HBP. Un taux anormal de PSA incite toujours le médecin à poursuivre des examens (biopsies de prostate) pour écarter un cancer associé.

Qu'est-ce que le PSA ?

Cette substance est fabriquée par la glande prostatique et est retrouvée à l'état normal dans des proportions faibles dans le sang.

Un des rôles reconnus du PSA est de maintenir le sperme à l'état liquide. La désorganisation de l'architecture du tissu prostatique, retrouvée dans le cancer, est à l'origine d'un passage plus important de PSA dans la circulation générale. Son taux sanguin est alors plus élevé.

Mais l'inflammation, l'adénome de prostate (tumeur parfaitement bénigne), l'éjaculation, une intervention sur la prostate sont également des causes d'élévation de PSA, temporaires pour la plupart.

Si l'on peut affirmer de manière générale que plus le chiffre de PSA est élevé, plus le risque de présence de cellules cancéreuses dans la prostate augmente, il faut ajouter qu'un chiffre de PSA élevé n'est pas spécifique du cancer de la prostate. Il marque simplement la présence d'une anomalie de la prostate, celle-ci peut parfaitement être sans gravité.

Le dosage du PSA, associé à un toucher rectal, contribue à faire le diagnostic de cancer de la prostate. C'est le dosage de PSA qui est actuellement le meilleur test pour la détection précoce du cancer prostatique, stade où il n'y a pas encore de signes cliniques évocateurs.

Le dosage du PSA sert également à surveiller l'efficacité d'un traitement lors d'un cancer prostatique.

Le PSA peut fluctuer au cours du temps : il est donc important de faire un second dosage afin de valider (ou non) une élévation de PSA.

Dans le cas de PSA élevés (confirmés par 2 dosages), des dosages supplémentaires peuvent être proposés pour améliorer la performance diagnostique du PSA. Le plus répandu est la mesure du PSA libre.

Le PSA libre est une fraction du PSA ($PSA = PSA \text{ libre} + PSA \text{ lié}$). Plus le taux de PSA libre est faible, plus le risque de cancer est élevé.

La limite fixée pour la normale est de 4ng/ml. Cette limite n'est cependant qu'une indication statistique : un chiffre inférieur à 4 n'exclut pas toujours un cancer et un chiffre supérieur à 4 n'est pas une indication certaine de cancer.

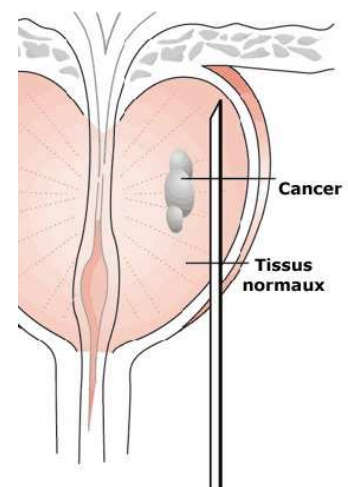
Seul votre médecin pourra correctement interpréter ces résultats.

Que se passe-t-il dans un cancer de la prostate ?

Le cancer de la prostate se développe à partir des cellules prostatiques qui bordent les petites glandes situées au sein de la prostate. En temps normal, les cellules croissent et se divisent selon un ordre préétabli par les informations contenues dans le noyau de la cellule.

Lorsque ce processus de croissance ne suit plus les " consignes " du programme de la cellule, la division se fait de façon anarchique, non freinée, et aboutit à une tumeur. Cette tumeur peut-être soit " bénigne " et sans grand danger pour la santé, soit " maligne " et il s'agit alors d'un cancer.

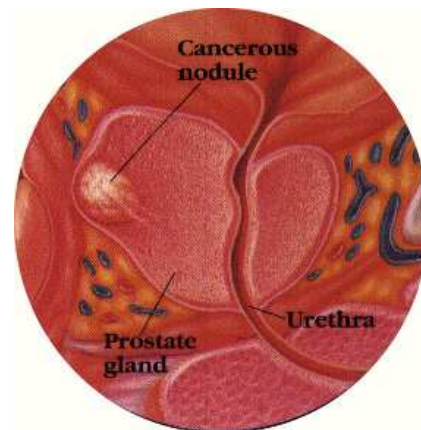
La tumeur maligne a le potentiel de détruire d'autres cellules et de se développer à distance, dans d'autres parties de l'organisme. C'est ce qu'on appelle les métastases. Elle peut par ailleurs récidiver après traitement.



La cause du cancer de la prostate n'est pas connue. On sait cependant que les hormones mâles (testostérone essentiellement) sont nécessaires au développement des cellules prostatiques. Elles jouent donc un rôle dans le cancer de la prostate.

A quel âge apparaît ce cancer ?

La majorité des cancers de la prostate sont découverts après 65 ans. 95% des cas surviennent entre 57 et 88 ans. L'âge moyen d'apparition d'un cancer de la prostate est de 73 ans. Le risque de développer un cancer de la prostate est 2 à 5 fois plus important si votre père ou (un de vos) frère en a eu un.



L'alimentation joue-t-elle un rôle dans l'apparition du cancer de la prostate ?

Il existe d'importantes différences du nombre de cancers de la prostate entre les pays occidentaux et les pays asiatiques. Or, le régime alimentaire occidental est caractérisé par l'importance des protéines et graisses animales et la pauvreté en fibres. Ce régime s'oppose à celui retrouvé communément dans les pays asiatiques, pauvre en protéines et graisses animales et riche en féculents, grains, fruits et légumes. On peut donc suggérer qu'un régime riche en graisses animales et pauvre en fibres soit un facteur de risque de cancer de la prostate.

Comment évolue le cancer de la prostate ?

Comparé à d'autres types de cancer, le cancer prostatique a une croissance relativement lente. Dans la majorité des cas, l'évolution se fait sur 10 ans ou plus. Dans certains cas même, le cancer de la prostate peut ne pas être découvert du vivant du patient : beaucoup d'hommes meurent avec un cancer de la prostate sans que celui-ci soit à l'origine de leur décès. Les importants progrès thérapeutiques réalisés dans ce domaine, ont considérablement amélioré le pronostic vital de cette maladie. La mortalité amorce une diminution statistiquement significative dans la majorité des pays occidentaux. Aujourd'hui, un tiers seulement des hommes atteints d'un cancer de la prostate en décéderont. Par rapport à d'autres cancers (poumons notamment), le pronostic du cancer de la prostate est plutôt bon.

Comment diagnostiquer le cancer de la prostate ?

Il peut être décelé lors d'un toucher rectal ou plus tardivement lors d'apparition de signes cliniques marquant l'extension de la maladie à d'autres organes (douleurs osseuses, insuffisance rénale essentiellement).

Le toucher rectal : est-il totalement indispensable dans le dépistage du cancer de la prostate ?

Non, si cet acte vous pose spécialement problème, vous pouvez vous en passer et faire uniquement, tout du moins dans un premier temps, un dosage sanguin de PSA. Cet acte ne doit donc pas être un frein à votre volonté de faire un dépistage.

Un dépistage systématique précoce est-il justifié ?

Les avis sont partagés puisqu'il n'existe pas de preuve de son réel impact sur l'épidémiologie du cancer de la prostate. Certains experts préconisent un dépistage annuel systématique du cancer de la prostate entre 50 et 75 ans. Le cancer de la prostate ayant un développement généralement assez lent (par rapport à d'autres cancers), un rythme annuel doit optimiser les chances de dépister la maladie à un stade précoce. L'âge est abaissé à 45 ans en cas de facteurs de risque : antécédents familiaux de cancer de la prostate ou origine africaine. Le dépistage précoce systématique (comme son nom l'indique) doit permettre de déceler les cancers de la prostate à un stade précoce, souvent en l'absence de tous signes cliniques. Comme tous cancers, plus il est décelé et pris en charge tôt, plus son pronostic est bon.

Quand faire une biopsie de la prostate ?

Le dosage de PSA seul ne permet pas d'affirmer le diagnostic de cancer de la prostate, en particulier dans les chiffres inférieurs à 10 ng/ml. D'autres causes bénignes peuvent être responsables de cette élévation modérée. La certitude du diagnostic ne peut être acquise que par l'observation au microscope de cellules cancéreuses prélevées sur la prostate. Le prélèvement de " carottes " de tissu prostatique (6 à 12 carottes en général) est appelé biopsie prostatique. La biopsie permet donc d'établir le diagnostic exact et d'utiliser ainsi un traitement adapté. L'absence de diagnostic exposerait au risque de laisser évoluer une lésion dangereuse, éventuellement cancéreuse ou susceptible de le devenir. Une biopsie est pratiquée lorsqu'une anomalie de la prostate a été détectée par le toucher rectal et / ou le taux de PSA sanguin.

Quels sont les traitements du cancer de la prostate ?

Le traitement sera choisi en fonction des caractéristiques de la maladie : son stade (limité ou non à la prostate), sa vitesse de croissance, et en fonction des caractéristiques du malade : état général (âge, autres maladies graves), priorités et préférences selon les avantages et inconvénients des différents traitements possibles. Le choix se fera donc à l'issue d'un réel dialogue médecin / patient durant lequel le patient aura été informé des différentes possibilités de traitement et de leurs avantages et inconvénients respectifs.

Les traitements actuels sont l'ablation chirurgicale de la prostate (prostatectomie), la radiothérapie externe, la curiethérapie et le traitement hormonal.

Le traitement n'est pas systématique et parfois il est possible de simplement surveiller un cancer de la prostate sans traiter d'emblée.

Pour certains patients fragiles ou âgés ayant un cancer peu évolutif (chiffre de PSA faible, toucher rectal normal, pas de symptômes de la maladie, cellules peu agressives après examen de la biopsie au microscope), on peut envisager une surveillance avec un traitement différé en cas d'évolution de la maladie

En quoi consiste la prostatectomie ?

C'est l'ablation chirurgicale de la prostate et des vésicules séminales.

Elle implique de reconstruire la continuité en faisant une suture entre la vessie et le canal de l'urètre. Cette intervention peut-être menée par voie chirurgicale classique (incision sur la peau) ou par laparoscopie (ou coelioscopie). Elle est parfois associée à l'élimination de ganglions qui drainent la prostate dans le but d'avoir une analyse plus précise du stade de la maladie.

Cet acte est réalisé dans le but de guérir un cancer de prostate localisé (c'est-à-dire que le bilan est en faveur d'une tumeur confinée à la prostate).

La prostatectomie permet l'analyse de la prostate par un laboratoire (sous microscope). Cette démarche permet d'établir le diagnostic précis du stade de la maladie et de réaliser si nécessaire une radiothérapie complémentaire.

Qu'en est-il des risques d'impuissance liés à la prostatectomie ?

L'impuissance est fréquente juste après l'opération, l'impuissance s'améliore généralement dans les mois qui suivent (jusqu'à 18 mois après l'intervention). Les séquelles peuvent être des érections moins rigides avec parfois un besoin de traitement complémentaire. Le risque d'impuissance dépend de l'âge : plus la personne est âgée, plus le risque d'impuissance est important. Il dépend également de la puissance sexuelle avant l'intervention : Plus le malade a des érections et rapports sexuels possibles, plus le risque d'impuissance est faible. Pour finir, l'impuissance dépend aussi de la possibilité, au moment de l'intervention, de préserver les nerfs érecteurs (au contact de la prostate). Ce choix engendre cependant le risque de laisser une partie de la tumeur en place.

L'impuissance est-elle définitive ?

Généralement, non. Elle peut durer jusqu'à 18 mois . Malheureusement, dans certains cas, elle peut ne plus disparaître. Les traitements actuels (comprimés ou injections) peuvent alors parfois pallier à cette impuissance.

Quelle est la fréquence de l'impuissance ?

Les études à ce propos sont très variables puisqu'elles nous donnent des chiffres allant de 10% à 90%. La moyenne se situe sans doute autour de 70% (c'est-à-dire que 70% des personnes opérées présenteront une impuissance après l'opération).

Quels sont les autres inconvénients de la prostatectomie ?

L'incontinence urinaire : fréquente à l'ablation lorsque la sonde urinaire est retirée, elle s'améliore dans les semaines qui suivent. Plus de 90% des malades n'ont pas besoin de protection (couches) à 1 an de la prostatectomie.

Un rétrécissement de la région du raccord entre la vessie et le canal de l'urètre (rare) : ce rétrécissement a pour conséquence une diminution de la force du jet urinaire avec l'obligation de " pousser " pour initier la miction.

Le traitement consiste à inciser ce rétrécissement (sous anesthésie, durée 10 minutes, se pratique au bloc opératoire au cours d'une courte hospitalisation).

En quoi consiste la radiothérapie externe ?

La radiothérapie externe utilise un rayonnement à haute énergie pour détruire les cellules cancéreuses. Les cellules saines sont également affectées par ce traitement mais sont plus résistantes que les cellules cancéreuses. Il n'est pas possible de traiter sélectivement les cellules cancéreuses.

La dose totale de rayons appliquée sur la prostate doit être fractionnée dans le temps, ce qui explique la nécessité de se rendre au centre de radiothérapie tous les jours ouvrables (jusqu'à 8 semaines consécutives) pour des sessions de quelques minutes. C'est une machine qui délivre les rayons et ceci est indolore.

Cette technique a bénéficié des progrès récents de l'informatique et la cible des rayons est plus précise actuellement.

Cette technique est proposée si le cancer est confiné à la prostate ou s'il a franchi les limites de la prostate mais sans extension à distance. Elle est souvent associée dans ces cas à un traitement médical (hormonothérapie). On l'emploie aussi en application sur des métastases douloureuses dans le but de diminuer la douleur.

Métastases = localisation du cancer à un autre partie de l'organisme (vertèbres par exemple).

Quels sont les avantages de la radiothérapie externe ?

Cette technique évite une anesthésie générale et une chirurgie avec leurs complications possibles. A priori, la radiothérapie donne également moins de complications urinaires et sexuelles que la chirurgie.

Quels sont les inconvénients de la radiothérapie externe ?

Les inconvénients sur la santé sont en majorité mineurs et transitoires : irritation cutanée, fatigue, irritation de la vessie, troubles digestifs, diarrhées et sang dans les selles. Cependant le risque de séquelles permanentes ne peut pas être exclu. Une impuissance peut apparaître dans les 2 ans qui suivent la radiothérapie (risque de 40%).

Il reste bien sûr la contrainte de se rendre tous les jours pendant plusieurs semaines au centre de radiothérapie. Il est également impossible de faire une chirurgie (prostatectomie) en cas d'échec de la radiothérapie (à cause de la mauvaise cicatrisation des tissus traités par rayons). On élimine donc une possibilité importante de traitement.

En quoi consiste la curiethérapie ?

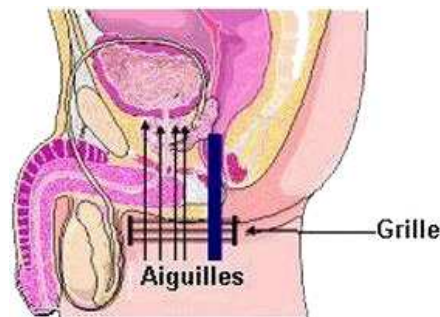
La curiethérapie est une technique d'irradiation de la prostate grâce à des grains radioactifs insérés directement dans la prostate sous contrôle échographique.

Il s'agit d'une intervention peu agressive, faite le plus souvent sous anesthésie générale, d'une durée de 1 à 2 heures. L'hospitalisation est courte (1-3 jours).

Les grains sont placés de façon définitive. Ils délivrent des radiations continues dont l'intensité va en s'amenuisant avec le temps. Au bout de 6 mois, ces radiations sont négligeables. Elles ne rendent pas le patient dangereux pour l'entourage. Il est simplement déconseillé de prendre des enfants sur les genoux les premiers mois.

La curiethérapie est actuellement réservée aux cancers peu évolués (confinés à la glande et peu agressifs).

Des traitements associant curiethérapie et hormonothérapie et / ou radiothérapie externe sont parfois indiqués dans des stades plus avancés de la maladie.



Quels sont les avantages de la curiethérapie ?

Les effets secondaires urinaires et surtout sexuels sont probablement inférieurs à ceux de la chirurgie. Ceci n'est cependant pas prouvé par des études comparatives à long terme.

L'immobilisation due au traitement est moins importante que celle due aux autres techniques

Quels sont les inconvénients de la curiethérapie ?

Le premier inconvénient est lié au fait que le recul de cette technique est inférieur à celui des autres techniques (prostatectomie et radiothérapie). Ceci fait hésiter à traiter des hommes ayant encore une longue espérance de vie.

Par ailleurs, cette technique peut entraîner une irritation du rectum (diarrhées, saignement par l'anus) et une irritation de la vessie (signes comparables à ceux d'une cystite, c'est-à-dire l'envie fréquente d'uriner associée à des brûlures à la miction) qui apparaissent quelques semaines après l'implantation des grains.

Une impuissance peut aussi apparaître (20 à 40% des cas) dans les 2 ans qui suivent le traitement.

En quoi consiste le traitement hormonal ?

Le but du traitement hormonal est de réduire la production d'hormones "mâles", c'est-à-dire de la testostérone. Cette hormone est produite essentiellement par les testicules. Elle permet aux cellules prostatiques de se développer et se multiplier. La réduction de la testostérone permet de freiner l'activité des cellules prostatiques saines et cancéreuses. Ceci se traduit par une diminution du PSA et une diminution des symptômes en rapport avec le cancer prostatique (lorsqu'ils sont présents).

Cette réduction de la production de testostérone peut-être atteinte par des médicaments (en comprimés ou en injection) ou par l'ablation chirurgicale des glandes testiculaires. On peut adjoindre à cette réduction de la testostérone, un traitement (par comprimés) qui empêche l'action de la testostérone résiduelle sur la prostate.

Le traitement hormonal est classiquement donné de façon continue, à vie. On peut cependant, dans certains cas, le donner de façon temporaire (en association à la radiothérapie par exemple) ou de façon intermittente, pour diminuer la fréquence et l'importance des effets indésirables.

Le plus souvent ce traitement est utilisé dans les cancers de prostate qui ne sont plus localisés à la prostate. Ce traitement peut également être prescrit en cas d'échec ou d'insuffisance d'un traitement local (prostatectomie, radiothérapie ou curiethérapie) ou en association à un traitement local.

Quels sont les inconvénients de la réduction de la testostérone ?

Il y a diminution du désir et de la puissance sexuelle qui va jusqu'à l'impuissance complète dans 90% des cas. Elle est réversible par arrêt du traitement si ce dernier n'a pas été appliqué trop longtemps (c'est-à-dire pas plus de 2 ans).

Des bouffées de chaleur apparaissent.

Après un traitement de quelques années, il y a diminution de la masse osseuse ("décalkification") avec des risques de fracture plus importants que dans la population générale du même âge.

Les cellules cancéreuses prostatiques s'adaptent également à la pénurie de testostérone et se remettent à se développer au bout d'un temps très variable (quelques mois à quelques années). La moitié des malades avec un traitement hormonal voient leur chiffre de PSA remonter dans les 2 ans qui suivent le début du traitement.

Dans ces cas, il faut modifier le traitement hormonal et parfois adjoindre d'autres traitements.

Que nous réserve l'avenir ?

De nouveaux traitements physiques locaux sont en voie d'évaluation. Il faut citer en particulier le traitement par "ultrasons focalisés à haute intensité" qui semble prometteur dans certaines indications. Tout cela reste à confirmer...

Il existe un traitement chimiothérapique destiné au traitement des cancers de la prostate avec métastases. Celui-ci s'administre en intraveineux et en hospitalisation. Il a comme objectif principal de calmer les douleurs et d'augmenter ainsi la qualité de vie du malade.
D'autres médicaments sont en cours d'évaluation.

Copyright © 2006 Pharma-Sites
Tous droits réservés