

Les traitements du cancer de la prostate

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

LA PROSTATE

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LA CHIRURGIE

LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

LA CURIETHÉRAPIE

LA SURVEILLANCE ACTIVE

L'HORMONOTHÉRAPIE

LA CHIMIOTHÉRAPIE

LES TRAITEMENTS
EN COURS D'ÉVALUATION

LES PROFESSIONNELS

LA VIE QUOTIDIENNE

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en novembre 2010 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 19

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit © *Les traitements du cancer de la prostate*, collection Guides patients Cancer info, INCa, novembre 2010.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr



Vous avez appris que vous avez un cancer de la prostate. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de nombreuses questions. En essayant d'y répondre concrètement, ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Il explique les traitements qui peuvent vous être proposés, comment ils sont choisis, quels sont leurs buts, comment ils se déroulent, quels sont leurs effets secondaires. Il décrit le rôle des différents professionnels que vous rencontrez. Il aborde aussi les conséquences immédiates de la maladie sur la vie quotidienne : mise en ALD (affection longue durée), activité professionnelle, aides à domicile, soutien psychologique, rôle des proches...

Enfin, un glossaire explique les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements. Ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes du cancer de la prostate.

Les informations proposées ici ne peuvent pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent. Elles décrivent les situations et les techniques les plus couramment rencontrées mais n'ont pas valeur d'avis médical. Ces informations sont destinées à faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés : n'hésitez pas à leur poser des questions.



Points clés

- Un cancer de la prostate se développe à partir d'une cellule normale, qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, formant une masse appelée tumeur. La tumeur est d'abord limitée à la prostate. Avec le temps, elle peut grossir et s'étendre au-delà de la capsule prostatique, c'est-à-dire de l'enveloppe qui entoure la prostate et qui la sépare des tissus voisins. Souvent cette évolution est lente.
- Dans 90% des cas, les cancers de la prostate sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire des cancers qui se développent à partir de cellules qui constituent le revêtement de la prostate.
- Les principales modalités de prise en charge des cancers de la prostate sont la chirurgie, la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie), la surveillance active (qui permet de différer la mise en route d'un traitement) et l'hormonothérapie. Plus rarement, la chimiothérapie peut également être utilisée. D'autres techniques sont en cours d'évaluation: le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité et la cryothérapie.
- Le choix des traitements est adapté à votre situation. Plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des solutions de traitements possibles dans votre cas. Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Ils peuvent également vous proposer de participer à un essai clinique.

- L'équipe qui vous prend en charge comprend des médecins et des soignants de différentes spécialités : chirurgien-urologue, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, pathologiste, psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, assistant social... Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements et en lien avec votre médecin traitant (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 49).
- Les traitements peuvent engendrer des effets secondaires qui font également l'objet d'une prise en charge médicale. Des conseils pratiques peuvent aussi vous aider à les atténuer.
- La prise en charge du cancer est globale et comprend tous les soins et soutiens dont vous pourriez avoir besoin dès le diagnostic, pendant et après les traitements : prise en charge de la douleur, soutien psychologique, accompagnement social, etc.



Sommaire

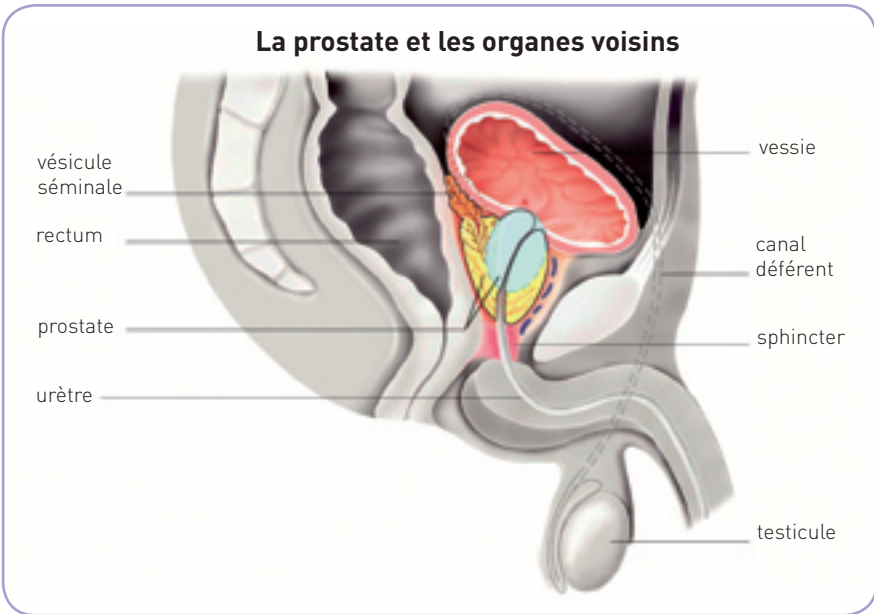
1.	Un cancer de la prostate, qu'est-ce que c'est ?	9
2.	Les traitements du cancer de la prostate	11
2.1	Le choix de vos traitements en pratique	11
2.2	Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer	13
2.3	Participer à un essai clinique	15
2.4	La prise en charge de la qualité de vie	16
3.	La chirurgie	19
3.1	Dans quels cas une chirurgie est-elle indiquée ?	19
3.2	Comment se préparer à l'intervention ?	19
3.3	Les voies d'abord ou comment accéder à la tumeur	20
3.4	Comment se déroule l'intervention ?	21
3.5	Que se passe-t-il après l'intervention ?	21
3.6	Quels sont les effets secondaires possibles de l'intervention ?	22
4.	La radiothérapie externe	25
4.1	Dans quels cas une radiothérapie externe est-elle indiquée ?	25
4.2	Comment se déroule une radiothérapie externe en pratique ?	26
4.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	28
5.	La curiethérapie	31
5.1	Dans quels cas une curiethérapie est-elle indiquée ?	31
5.2	Comment se déroule la curiethérapie en pratique ?	32
5.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	34
6.	La surveillance active	37
7.	L'hormonothérapie	39
7.1	Dans quels cas une hormonothérapie est-elle indiquée ?	39
7.2	Quels sont les types d'hormonothérapie utilisés ?	39
7.3	Quels sont les effets secondaires possibles ?	41

8.	La chimiothérapie	43
8.1	Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?	43
8.2	Quels sont les médicaments utilisés ?	43
9.	Les traitements en cours d'évaluation : ultrasons focalisés de haute intensité et cryothérapie	45
9.1	Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité	45
9.2	La cryothérapie	46
10.	Les professionnels et leur rôle	49
11.	Questions de vie quotidienne	53
11.1	Qu'est-ce que l'ALD ?	53
11.2	La vie professionnelle pendant les traitements	54
11.3	Les aides à domicile	54
11.4	Bénéficier d'un soutien psychologique	55
11.5	Les proches	56
12.	Ressources utiles	57
12.1	La plateforme Cancer info	57
12.2	Les associations	58
13.	Glossaire	61
	Annexe : les examens du bilan diagnostique	72
	Méthode et références	74

1. Un cancer de la prostate, qu'est-ce que c'est ?

Un cancer de la prostate est une maladie des cellules* qui constituent la prostate.

La prostate est une glande* de l'appareil génital masculin dont le rôle est de produire une petite partie des sécrétions qui, avec les spermatozoïdes, constituent le sperme. De la forme et de la taille d'une châtaigne, elle est située sous la vessie en avant du rectum, et entoure le début de l'urètre, canal qui permet d'évacuer l'urine et le sperme.



Un cancer de la prostate se développe à partir d'une cellule normale, qui se transforme et se multiplie de façon anarchique formant une masse appelée tumeur. La tumeur est d'abord limitée à la prostate. Avec le temps, la tumeur grossit et peut s'étendre au-delà de la capsule prostatique, enveloppe qui sépare la prostate des tissus voisins. Des cellules cancéreuses peuvent ensuite se détacher de la tumeur et

emprunter les vaisseaux sanguins ou lymphatiques* pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions* lymphatiques situés à proximité de la prostate ;
- les os et, plus tardivement, le foie et les poumons. Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases*.

La maladie évolue souvent lentement, sur plusieurs années.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient l'étendue et l'agressivité du cancer afin de proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

QUELQUES CHIFFRES

Avec plus de 71 500 nouveaux cas estimés en France en 2010, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent. Il est exceptionnel avant 50 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 70 ans. Dans 90 % des cas, les cancers de la prostate sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire des cancers qui se développent à partir des cellules qui constituent le tissu de revêtement de la prostate.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

- **Où le cancer est-il situé exactement ?**
- **Quelles sont ses caractéristiques ?**
- **Connaît-on son étendue ?**
- **Quelle est sa gravité ?**
- **Quelles sont les différentes solutions de prise en charge ?**

2. Les traitements du cancer de la prostate

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Les principales modalités de prise en charge des cancers de la prostate sont la chirurgie*, la radiothérapie* (radiothérapie externe et curiethérapie*), la surveillance active* (qui permet de différer la mise en route d'un traitement) et l'hormonothérapie*.

Plus rarement, la chimiothérapie* peut également être utilisée. D'autres techniques sont en cours d'évaluation : le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité* et la cryothérapie*.

Les traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres. Ils peuvent avoir pour objectifs, selon les cas :

- de supprimer la tumeur* ou les métastases* ;
- de réduire le risque de récidive* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes de la maladie pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

2.1 LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS EN PRATIQUE

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : l'endroit où il est situé, son type histologique c'est-à-dire le type de cellules impliquées, son stade c'est-à-dire son degré d'extension, et son grade c'est-à-dire son degré d'agressivité. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens de diagnostic (voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 72). Les caractéristiques de votre prostate (son volume, le retentissement sur le fonctionnement de la vessie), votre âge, vos antécédents* médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, ainsi que vos avis et vos préférences sont également pris en compte dans le choix de vos traitements.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est donc discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : chirurgien-urologue, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, pathologiste... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 49). Compte tenu de votre situation particulière et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous

Cette proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, appelée consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile de vous y faire accompagner par l'un de vos proches. Prenez le temps de vous assurer que vous avez bien compris et n'hésitez pas à poser toutes vos questions. C'est en dialoguant avec le médecin que vous pourrez prendre ensemble les décisions adaptées à votre situation.

Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, ses modalités sont décrites dans un document appelé programme personnalisé de soins (PPS). Celui-ci comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des différents membres de l'équipe soignante. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après la consultation d'annonce avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les

faire expliquer à nouveau, poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

À chaque étape, vous pouvez être accompagné par un proche ou la personne de confiance que vous avez désignée. La personne de confiance est la personne choisie par le patient à son entrée à l'hôpital pour être consultée si celui-ci se trouve dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. Elle est désignée par écrit. Ce peut être une personne appartenant ou non à la famille. À tout moment, le patient peut revenir sur son choix.

2.2 LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Pour l'évaluer, les médecins prennent en compte :

- la taille de la tumeur ;
- l'atteinte ou non des ganglions* lymphatiques voisins par des cellules cancéreuses ;
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps.

En fonction de ces critères, on distingue quatre stades différents de cancer de la prostate.

Les cancers de la prostate localisés

Ils sont limités à la prostate : il n'y a pas d'extension au-delà de la capsule prostatique. Ils sont classés en trois catégories en fonction de leur risque de récurrence :

- les cancers de la prostate localisés à faible risque ;
- les cancers de la prostate localisés à risque intermédiaire ;
- les cancers de la prostate localisés à haut risque.

Pour évaluer le risque de récurrence des cancers localisés, on utilise la taille de la tumeur, le taux de PSA* et le score de Gleason* qui indique le degré d'agressivité des cellules cancéreuses.

Les cancers de la prostate localement avancés

Ils s'étendent au-delà de la capsule prostatique. Aucun ganglion* n'est atteint et il n'y a pas de métastase à distance.

Les cancers de la prostate avec atteinte des ganglions voisins

Les ganglions concernés sont ceux du pelvis*. On parle donc d'atteinte ganglionnaire pelvienne.

Les cancers de la prostate métastatiques

Ils présentent une ou des métastases à distance (os, foie, poumon).

Le tableau qui suit présente les possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
Cancers de la prostate localisés ■ à faible risque	Choix à faire entre plusieurs traitements de référence : <ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie (prostatectomie totale) +/- curage ganglionnaire +/- radiothérapie et/ou hormonothérapie adjuvantes ■ ou radiothérapie externe ■ ou curiethérapie +/- hormonothérapie néoadjuvante ■ ou surveillance active Autres possibilités (discutées en RCP) : ultrasons focalisés de haute intensité (en cours d'évaluation), cryothérapie (en cours d'évaluation)
■ à risque intermédiaire	Choix à faire entre plusieurs traitements de référence : <ul style="list-style-type: none"> ■ Chirurgie (prostatectomie totale) avec curage ganglionnaire +/- radiothérapie et/ou hormonothérapie adjuvantes ■ ou radiothérapie externe Autres possibilités (discutées en RCP) : curiethérapie +/- hormonothérapie courte (6 mois)

■ à haut risque	<p>Traitement de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hormonothérapie (3 ans) + radiothérapie externe <p>Autres possibilités (discutées en RCP) : prostatectomie totale étendue sans préservation des bandelettes neurovasculaires, précédée d'un curage ganglionnaire, +/- radiothérapie et/ou hormonothérapie</p>
Cancers de la prostate localement avancés	<p>Traitement de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hormonothérapie (3 ans) + radiothérapie externe <p>Autres possibilités (discutées en RCP) : prostatectomie totale étendue sans préservation des bandelettes neurovasculaires, précédée d'un curage ganglionnaire +/- radiothérapie et/ou hormonothérapie</p>
Cancers de la prostate avec atteinte des ganglions voisins	<p>Traitement de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hormonothérapie de longue durée. <p>Autres possibilités (discutées en RCP) : prostatectomie totale, radiothérapie externe, abstention-surveillance</p>
Cancers de la prostate métastatiques	<p>Traitement de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hormonothérapie de longue durée <p>Autres possibilités (discutées en RCP) : abstention-surveillance, radiothérapie palliative et/ou antalgique, traitement par bisphosphonates*, chimiothérapie</p>

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

Au cours de votre prise en charge, il peut vous être proposé de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire avancer la recherche. C'est grâce à ces études que des progrès sont sans cesse réalisés en

matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre de bénéficier d'un nouveau traitement.

Le cancer de la prostate fait l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- tester de nouveaux traitements anticancéreux (médicaments de chimiothérapie ou de thérapie ciblée, immunothérapie, hormonothérapie) ;
- évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- évaluer différentes modalités de dépistage ;
- comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes de la maladie (médicaments contre la douleur par exemple).

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique et de bénéficier du traitement de référence.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions*. Pour connaître les essais cliniques en cours sur le cancer de la prostate, consultez le registre des essais cliniques sur **www.e-cancer.fr**

2.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA QUALITÉ DE VIE

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du cancer de la prostate, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles de la sexualité, troubles urinaires, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés (spécialiste de la douleur, sexologue, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, assistant social, etc.).

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires et de vous orienter au mieux.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation..., de nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou alternatives. Ils en attendent souvent un soutien pour leur permettre de mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue ou l'anxiété.

Si ces médecines peuvent soulager, elles ne peuvent en aucun cas remplacer les traitements habituels du cancer. Certaines peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est important d'en parler avec lui.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

- **Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?**
- **Si plusieurs traitements sont susceptibles d'avoir les mêmes résultats sur la maladie, quels sont les avantages et les inconvénients de chacun ?**
- **Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?**
- **Quels sont leurs effets secondaires ? Quand ceux-ci vont-ils apparaître ? Seront-ils définitifs ou temporaires ?**
- **Quel peut être le retentissement des traitements sur ma vie sexuelle ?**
- **Y a-t-il des risques d'incontinence urinaire* ?**
- **Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/ équipes médicales ?**
- **Comment suis-je suivi pendant les traitements ?**

3. La chirurgie

DANS QUELS CAS UNE CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE L'INTERVENTION ?

L'intervention chirurgicale proposée dans le cadre du traitement d'un cancer de la prostate est une prostatectomie totale (dite aussi prostatectomie radicale). Elle consiste à enlever toute la prostate ainsi que les vésicules séminales*. Dans certains cas, les ganglions* voisins sont également enlevés ; on parle alors de curage ganglionnaire. Cette opération est pratiquée par un chirurgien urologue.

3.1 DANS QUELS CAS UNE CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La prostatectomie totale est un traitement de référence des cancers de la prostate localisés à risque faible et à risque intermédiaire. Selon les cas, elle est utilisée seule ou complétée d'une radiothérapie* et/ou d'une hormonothérapie*.

Elle peut également être proposée dans certains cas de cancers de la prostate localisés à haut risque, localement avancés et avec atteinte des ganglions.

3.2 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien urologue vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur fasse l'objet d'une analyse génétique. L'objectif est de déterminer si vos cellules sont sensibles à des traitements dits ciblés qui pourraient vous être proposés après la chirurgie. Cet échantillon peut également être conservé après l'opération dans une tumorotheque (bibliothèque de tumeurs) en vue de recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents* médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (asthme, eczéma, rhume des foies, etc.), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), la prise de médicaments, en particulier anticoagulants* et aspirine, ainsi que votre consommation de tabac.

Il est prouvé que l'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention réduit les complications postopératoires.

3.3 LES VOIES D'ABORD OU COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR

Une voie d'abord désigne le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Dans le cas de la chirurgie du cancer de la prostate on distingue :

- la prostatectomie par voie abdominale (ou rétropubienne) ouverte. Elle est effectuée grâce à une ouverture située sur l'abdomen au niveau du bas ventre ;
- la prostatectomie par voie abdominale (ou rétropubienne) sous coelioscopie. La technique de la coelioscopie évite d'ouvrir le ventre. Le chirurgien réalise seulement trois ou quatre petites incisions. Celles-ci permettent d'introduire un endoscope* relié à un écran extérieur et des instruments chirurgicaux. Le chirurgien opère en regardant l'écran. On parle aussi d'opération à ventre fermé. C'est dans ce type de chirurgie que le chirurgien peut opérer avec l'aide d'un robot ;

- la prostatectomie par voie périnéale. L'incision est réalisée entre l'anus et les testicules, au niveau du périnée*. Cette technique ne permet pas l'ablation des ganglions lymphatiques.

Le choix entre ces différentes voies d'abord chirurgicales dépend du type de tumeur et de la pratique habituelle de l'urologue.

3.4 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Une prostatectomie totale est réalisée sous anesthésie générale.

Le chirurgien commence par enlever les ganglions lymphatiques, si nécessaire. C'est ce qu'on appelle le curage ganglionnaire. Il retire ensuite la totalité de la prostate, ainsi que les vésicules séminales, deux petites glandes situées de part et d'autre de la prostate. Il rattache enfin l'urètre* à la vessie pour assurer l'écoulement des urines.

Les nerfs et les vaisseaux sanguins qui permettent l'érection passent de chaque côté de la prostate. Ils forment ce qu'on appelle les deux bandelettes neurovasculaires (ou vasculonerveuses). Dans la mesure du possible, ces bandelettes sont préservées par une technique de conservation des nerfs. Il peut cependant arriver qu'elles soient endommagées au cours de l'intervention. Dans certains cas, quand les cellules cancéreuses sont très proches, il est nécessaire de les enlever.

3.5 QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale s'assure que votre réveil de l'anesthésie se passe bien.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement soit adapté.

Une sonde urinaire a été introduite dans le canal de l'urètre jusque dans la vessie pendant l'intervention. Cette sonde permet d'évacuer

les urines jusqu'à ce que les tissus cicatrisent. La cicatrisation nécessite entre 5 et 10 jours. La sonde est ensuite retirée.

Un ou plusieurs drains (petits tuyaux très fins) ont également été mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ils servent à évacuer les liquides (sang, lymphe*) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ils sont retirés sur décision du chirurgien, souvent vers le quatrième jour suivant l'opération.

Enfin, pour éviter le risque de phlébite*, un médicament anticoagulant* vous est prescrit et les médecins vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention.

La durée d'hospitalisation

Le délai moyen d'hospitalisation est de 5 à 10 jours. Le délai est plus court si vous sortez de l'hôpital avec la sonde urinaire, qui sera retirée ultérieurement.

Les analyses réalisées

L'ensemble de ce qui est a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est envoyé dans un laboratoire ou service d'anatomopathologie* pour être analysé. Les analyses sont réalisées par un médecin spécialiste appelé pathologiste. Elles consistent à observer minutieusement à l'œil nu et au microscope les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

C'est grâce à cette analyse que le stade* du cancer est défini et que les médecins peuvent décider si un traitement complémentaire, tel qu'une radiothérapie et/ou une hormonothérapie, est nécessaire après la chirurgie.

Après l'opération, un dosage du PSA* est également réalisé.

3.6 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES DE L'INTERVENTION ?

Comme après toute chirurgie, les effets secondaires suivants peuvent se produire :

- un hématome*, une infection au niveau de la plaie ou une accumulation de lymphes dans la région opérée ;
- une phlébite ;
- une fatigue liée à l'intervention.

Les effets secondaires spécifiques à la prostatectomie totale les plus fréquents sont l'incontinence urinaire* et les troubles de l'érection.

- Une incontinence urinaire temporaire à l'effort peut survenir dans les semaines qui suivent l'intervention. Elle est liée à une altération momentanée du fonctionnement normal du muscle de la vessie et du sphincter*.

Le plus souvent, la fonction du sphincter s'améliore rapidement dans les 2 semaines qui suivent l'intervention ou plus progressivement, dans les 3, 6 voire 12 mois. L'incontinence urinaire permanente et définitive est aujourd'hui exceptionnelle (moins de 3 % des patients). Elle se limite le plus souvent à des fuites lors d'efforts particuliers, comme le port d'une charge par exemple.

Pour limiter l'incontinence, une rééducation urinaire effectuée juste avant ou après l'intervention peut être utile. On parle aussi de rééducation sphinctérienne.

Si des fuites urinaires restent importantes plusieurs mois après la prostatectomie totale et malgré la rééducation sphinctérienne, des traitements complémentaires sont alors envisagés. Il peut s'agir d'injection périurétrale (autour de l'urètre), de la pose de bandelettes sous-urétrales*, d'un ballonnet*, ou de la mise en place d'un sphincter artificiel (prothèse du sphincter).

- Des troubles de l'érection sont fréquents après l'intervention. Ils sont liés à la non-conservation ou à la lésion des bandelettes neurovasculaires au cours de l'intervention.

Si les deux bandelettes neurovasculaires sont ôtées, le risque d'impuissance est presque de 100%. Si une ou les deux bandelettes ont pu être conservées, le risque d'impuissance est de 20 à 50%. Même si la préservation des bandelettes a été possible, un délai de 6 à 12 mois peut être nécessaire avant le retour à une fonction sexuelle normale.

S'il est difficile d'obtenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels après l'intervention, différents traitements peuvent vous être proposés. Certains sont à prendre par voie orale (inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase) ; d'autres sont injectés dans les corps caverneux*, à la base du pénis (on parle d'injections intracaverneuses). Une pompe à vide (vacuum) peut également être un moyen d'obtenir des érections. Ces traitements sont généralement utilisés assez tôt après l'intervention afin de faciliter le retour des érections spontanées. En dernier recours, la mise en place d'une prothèse pénienne peut être proposée au patient avec des résultats satisfaisants.

Il est à noter également que la prostatectomie totale entraîne une impossibilité définitive d'éjaculer. La prostate et les vésicules séminales sont en effet enlevées. Or ce sont elles qui produisent les sécrétions qui, avec les spermatozoïdes, constituent le sperme. De plus, les canaux déférents qui amènent les spermatozoïdes depuis les testicules jusqu'à l'urètre sont sectionnés et ligaturés. Cependant, l'éjaculation n'est pas liée à la sensation de plaisir qui reste intacte.

4. La radiothérapie externe

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE DÉROULE UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?
QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

La radiothérapie externe utilise des rayonnements (on dit aussi rayons ou radiations) pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Ces rayons sont produits par une machine appelée accélérateur de particules. Les rayons sont dirigés en faisceau vers la prostate pour atteindre la tumeur à travers la peau. La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dits organes à risque (notamment la vessie, le rectum et le canal anal).

Pour les cancers de la prostate, on utilise la radiothérapie conformationnelle en trois dimensions (3D). Cette technique consiste à faire correspondre le plus précisément possible (autrement dit à conformer) le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la prostate. Elle utilise des images en 3D de la tumeur et des organes avoisinants obtenues par scanner*. Des logiciels simulent virtuellement, en 3D, la forme des faisceaux d'irradiation et la distribution des doses à utiliser pour s'adapter au mieux au volume de la tumeur. Dans certaines situations, l'oncologue radiothérapeute peut utiliser des techniques d'irradiation avec intensité modulée du faisceau. On parle alors de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité* (RCMI).

4.1 DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie externe est un traitement de référence des cancers de la prostate localisés à risque faible et à risque intermédiaire.

L'association d'une radiothérapie externe et d'une hormonothérapie* est le traitement de référence des cancers de la prostate localisés à haut risque et des cancers de la prostate localement avancés.

La radiothérapie externe peut aussi être utilisée en complément d'une chirurgie* pour limiter les risques de récurrence locale.

4.2 COMMENT SE DÉROULE UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien, un dosimétriste, coordonnés par un oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 49).

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision d'un traitement par radiothérapie et le début effectif du traitement.

Le repérage

Durant la phase de repérage, l'oncologue radiothérapeute, assisté d'un manipulateur, repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger (intestin grêle, vessie, canal anal, rectum...). Le radiothérapeute réalise pour cela un scanner qui permet d'obtenir une simulation en trois dimensions de la zone à traiter. Il détermine les types de rayons à utiliser, la dimension du faisceau et son orientation pour irradier la tumeur en épargnant les organes sains voisins.

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) peuvent être réalisées.

La dosimétrie

L'étape de dosimétrie consiste à réaliser une étude informatisée de la distribution de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose totale de rayons et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre de séances, espacement des séances...).

Les doses habituellement délivrées lors d'une radiothérapie externe exclusive d'un cancer de la prostate sont de 70 à 80 Gy. Les doses sont plus faibles en cas de radiothérapie réalisée après une prostatectomie totale.

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégé en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 Gy correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

Le traitement

La radiothérapie est le plus souvent administrée pendant 4 à 5 jours consécutifs (à raison d'une séance par jour), et ce, durant 6 à 8 semaines.

Le plus souvent, le traitement par radiothérapie externe est réalisé en ambulatoire ce qui signifie que vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible lorsque vous êtes traité simultanément par chimiothérapie, si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements.

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez éviter de bouger.

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de quinze minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais prévu de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous avez reçue lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est en cours de mise en place dans tous les centres de radiothérapie.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions. Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

4.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Malgré toutes les précautions mises en œuvre au moment de l'irradiation, les cellules saines constituant les tissus environnants peuvent être atteintes et altérées par les rayons. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Ces effets secondaires varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur les effets secondaires qui peuvent éventuellement se produire dans votre cas et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

Les effets secondaires de la radiothérapie externe ne surviennent que deux à trois semaines après le début du traitement. Leur intensité est variable d'une personne à l'autre.

Les effets secondaires immédiats

Ils peuvent se manifester en cours de traitement et jusqu'à quelques semaines après la fin de celui-ci. On peut observer :

- **une rougeur de la peau** au niveau de la zone de passage des rayons, semblable à un coup de soleil, appelée érythème cutané. Il s'agit de la réaction la plus fréquente. Elle survient habituellement à partir de la quatrième ou la cinquième semaine de traitement. La rougeur disparaît lentement et laisse progressivement place à une coloration brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.
- **une fatigue physique et/ou morale** liée à différents facteurs dont la découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements quotidiens, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même. Beaucoup de patients ont besoin de se reposer après chaque séance de radiothérapie.
- **une inflammation de la vessie et de l'urètre (cystite)**, qui peut entraîner une envie fréquente d'uriner, notamment la nuit, des difficultés à uriner avec un jet moins fort et des brûlures en urinant.
- **la présence de sang dans les urines (hématurie)**, phénomène rare.
- **une inflammation du rectum (rectite)**, qui se traduit par une envie plus fréquente et parfois douloureuse d'aller à la selle, avec quelquefois de « faux besoins » et des brûlures au niveau de l'anus. Il peut également y avoir du sang dans les selles (rectorragie).
- **des diarrhées.**

Les effets secondaires tardifs

Les effets secondaires tardifs peuvent apparaître plusieurs mois ou parfois années après la fin du traitement. Les progrès des techniques d'irradiation les ont rendus moins fréquents. Ce peut-être :

- une douleur au niveau de la zone irradiée ;
- une perte de souplesse de la peau sous la cicatrice s'il y a eu une opération ;
- une envie fréquente d'uriner ou des difficultés à uriner ;

- rarement, la présence de sang dans les urines (hématurie) ;
- très rarement, une incontinence urinaire* ;
- la présence de sang dans les selles (rectorragie), notamment en cas de constipation ;
- des troubles de l'érection qui surviennent progressivement, en quelques mois, voire quelques années, en moyenne chez 50 à 70% des patients. Pour connaître les traitements proposés dans ce cas, voir page 23.

Pour en savoir plus sur la radiothérapie externe, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Comprendre la radiothérapie*.

5. La curiethérapie

DANS QUELS CAS UNE CURIETHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

COMMENT SE DÉROULE UNE CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Une curiethérapie de la prostate consiste à placer des sources radioactives à l'intérieur de la prostate. Ces éléments radioactifs émettent des rayonnements qui détruisent les cellules cancéreuses. La dose de rayonnement décroît très vite au fur et à mesure que l'on s'éloigne de ces implants, ce qui permet de limiter les effets secondaires sur les tissus sains avoisinants (vessie, rectum, canal anal).

Il existe deux formes de curiethérapie :

- par implants permanents de grains d'iode 125. C'est la technique la plus fréquemment utilisée en France actuellement. Elle est habituellement réalisée seule, parfois précédée d'une hormonothérapie*, et plus rarement associée à une radiothérapie* externe ;
- par implants temporaires de sources d'iridium 192. Cette forme de curiethérapie est plus rarement utilisée. Elle est le plus souvent associée à une radiothérapie externe et parfois à une hormonothérapie.

Le patient est pris en charge, en association avec un urologue, par un oncologue radiothérapeute spécialisé en curiethérapie : un curiethérapeute. Une curiethérapie doit être réalisée par une équipe entraînée et spécialisée.

5.1 DANS QUELS CAS UNE CURIETHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La curiethérapie a une action très localisée au niveau de la prostate. C'est un traitement de référence des cancers de la prostate localisés à faible risque. Elle peut aussi, après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, être proposée dans certains cas de cancers de la prostate localisés de risque intermédiaire.

Il existe des contre-indications à la curiethérapie de la prostate, notamment :

- des problèmes de mobilité des hanches, qui peuvent empêcher la réalisation de l'implantation ;
- une prostate dont le poids est supérieur à 50-60 grammes. Néanmoins une hormonothérapie qui vise à réduire le volume de la prostate peut être proposée au patient avant de réaliser la curiethérapie ;
- des difficultés à uriner importantes avant traitement évaluées par le score IPSS*.

La possibilité de réaliser une curiethérapie chez un homme ayant été traité précédemment pour un adénome* de la prostate par résection transurétrale* s'apprécie au cas par cas. Elle dépend notamment du volume de tissu prostatique restant.

5.2 COMMENT SE DÉROULE UNE CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

Une curiethérapie de prostate nécessite une anesthésie générale le plus souvent ou une péridurale*. Une consultation préanesthésique est programmée quelques jours avant l'intervention.

Vous êtes en général hospitalisé la veille du traitement. Une fois anesthésié, une sonde urinaire est mise en place. Une échographie* endorectale permet l'acquisition du volume de la prostate. Après repérage de la prostate, de l'urètre et du rectum sur les images échographiques, la planification et la dosimétrie* en trois dimensions (3D) sont réalisées en temps réel par le radiophysicien. L'échographie permet de guider l'implantation des aiguilles destinées à introduire les sources radioactives. Celles-ci sont introduites par le périnée*, à travers une grille d'implantation.

Lors d'une curiethérapie par implants permanents, la mise en place des sources radioactives est ensuite réalisée de façon manuelle ou automatisée sous le contrôle de l'échographie. Les aiguilles sont enlevées au fur et à mesure de l'implantation du matériel radioactif. À la fin de l'implantation, le patient est amené en salle de réveil. La durée d'hospitalisation est en général de deux jours. Quelques heures après l'implantation ou le lendemain, un scanner*, ou une IRM*, est réalisé

pour contrôler la qualité de l'implantation des grains d'iode dans la prostate.

Lors d'une curiethérapie par implants temporaires, les aiguilles placées dans la prostate sont connectées à un projecteur de source au cours de deux à trois séances de quelques minutes réparties sur un ou deux jours. Le projecteur de source contient une microsource d'iridium qui se déplace dans chaque aiguille. À chaque séance est effectué un nouveau calcul de distribution de dose et un contrôle soit par un scanner, soit par une nouvelle échographie endorectale de la prostate. La durée d'hospitalisation, dans le service de curiethérapie, est en moyenne de deux à trois jours en fonction du nombre de séances à réaliser.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

En cas d'hospitalisation pour une curiethérapie par implants temporaires (sources d'iridium 192), dite à haut débit de dose*, aucune précaution n'est à prendre en dehors des séances car le patient n'est pas radioactif.

En cas de curiethérapie par implants permanents (iode 125), la radioactivité des sources implantées diminue progressivement dans le temps. Les risques pour l'entourage sont jugés inexistantes, les rayonnements émis étant très peu pénétrants et donc arrêtés presque totalement par le corps lui-même.

Quelques précautions sont cependant nécessaires dans les deux premiers mois qui suivent l'implantation : en pratique, vous devez éviter les contacts directs avec les très jeunes enfants (par exemple les prendre sur vos genoux...) et les femmes enceintes.

Il peut arriver que des sources implantées passent dans vos urines. C'est la raison pour laquelle le médecin peut vous demander d'uriner dans un récipient et d'utiliser un tamis (une passoire à thé par exemple) pour filtrer les urines pendant une quinzaine de jours environ après l'intervention. Si vous retrouvez un grain, il faut le placer dans le container plombé qui vous aura été remis lors de votre sortie d'hospitalisation et le rapporter à l'hôpital.

Les rapports sexuels doivent être protégés en utilisant des préservatifs pendant les premiers rapports : il peut y avoir du sang dans le sperme et, exceptionnellement, immédiatement après la curiethérapie, l'émission d'un grain radioactif.

5.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Les effets secondaires d'une curiethérapie dépendent surtout des éléments suivants :

- le type d'implants (temporaires ou permanents) ;
- le volume de la région traitée ;
- la dose d'irradiation ayant pu atteindre les organes voisins, habituellement très faible ;
- la dose totale, surtout si une radiothérapie externe a déjà été réalisée.

Les effets secondaires immédiats d'une curiethérapie

Les effets secondaires immédiats peuvent se manifester lors du traitement, tout de suite après ou seulement quelques semaines plus tard. On peut observer :

- des ecchymoses* et saignements au niveau du périnée, zone d'insertion des aiguilles ;
- des troubles urinaires :
 - inflammation de la vessie (cystite), présence de sang dans l'urine (hématurie), besoins pressants d'uriner, spasmes de la vessie, exceptionnellement incontinence,
 - rétention aiguë d'urine, qui peut survenir chez 3% des patients. Les difficultés à uriner peuvent être traitées par des médicaments alphabloquants* et des anti-inflammatoires*;
- une inflammation du rectum (rectite) et plus rarement, de l'anus (proctite) : douleur, spasmes, crampes, saignements du rectum, ulcères, hémorroïdes*. Ces effets secondaires sont rares ;
- des diarrhées (plutôt rares) ;
- une fatigue.

Les effets secondaires tardifs d'une curiethérapie

Les effets secondaires tardifs surviennent à distance de la réalisation de la curiethérapie et peuvent être les suivants :

- des troubles de l'érection observés dans 30% des cas, le risque augmentant en cas d'hormonothérapie* néoadjuvante* ou d'association à une radiothérapie externe ;
- la persistance d'une irritation urinaire concernant environ 10% des patients ;

- la persistance d'une obstruction urinaire traitée par alphanbloquants* au long cours ;
- un rétrécissement de l'urètre, rarement ;
- une inflammation de l'urètre (urétrite), rarement ;
- une inflammation du rectum (rectite) dans 3% des cas ;
- une incontinence urinaire* dans moins de 1% des cas ;
- la présence de sang dans l'urine (hématurie).

6. La surveillance active

Du fait de l'évolution généralement lente de la maladie, une phase de surveillance peut parfois vous être proposée avant d'envisager la mise en route des traitements. On parle alors de surveillance active et de traitement différé.

Cette modalité de prise en charge s'adresse aux patients atteints d'un cancer localisé à faible risque d'évolution. Elle repose sur une évaluation régulière de l'évolution de la maladie afin de différer au maximum la mise en route d'un traitement et donc la survenue de ses effets secondaires.

Les examens utilisés sont :

- un dosage du PSA* total tous les 6 mois, associé à un toucher rectal ;
- un bilan par biopsies*, un an après le diagnostic, puis tous les 2 à 3 ans.

Lorsque les examens révèlent une progression de la maladie, un traitement est mis en route.

7. L'hormonothérapie

DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

QUELS SONT LES TYPES D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Le cancer de la prostate est un cancer dit hormonosensible, c'est-à-dire que son développement est stimulé par des hormones* masculines : les androgènes et plus particulièrement la testostérone, responsable des caractères masculins. L'hormonothérapie consiste à empêcher l'action stimulante de la testostérone sur les cellules cancéreuses pour stopper le développement du cancer.

7.1 DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

L'association d'une hormonothérapie et d'une radiothérapie* est le traitement de référence des cancers de la prostate localisés à haut risque et des cancers de la prostate localement avancés.

Une hormonothérapie de longue durée est le traitement de référence des cancers de la prostate avec atteinte ganglionnaire et des cancers de la prostate métastatiques. Le médecin peut également, dans certains cas, proposer au patient de différer la mise en route du traitement hormonal (associé ou pas à une radiothérapie). On parle alors d'abstention surveillance.

Une hormonothérapie peut aussi être utilisée en complément d'autres traitements (après une chirurgie ou avant une curiethérapie par exemple).

7.2 QUELS SONT LES TYPES D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

L'hormonothérapie est le plus souvent un traitement qui utilise des médicaments. Plus rarement, la production de testostérone est supprimée par l'ablation chirurgicale des testicules.

Les traitements médicamenteux

On utilise comme médicaments des analogues ou des antagonistes de la LH-RH, qui bloquent la production de la testostérone par les testicules. Des anti-androgènes peuvent être prescrits en complément des analogues de la LH-RH. Ils agissent comme des anti-hormones en prenant la place de la testostérone au niveau des récepteurs hormonaux des cellules.

Les analogues et les antagonistes de la LH-RH sont injectés sous la peau. Selon le médicament utilisé, l'injection peut être réalisée tous les mois ou tous les trois, quatre ou six mois. Les analogues de la LH-RH les plus couramment utilisés sont la leuproréline, la goséreline, la buséréline et la triptoréline. L'antagoniste de la LH-RH nouvellement disponible est le dégarelix.

Les médicaments anti-androgènes administrés en complément aux analogues de la LH-RH sont pris par voie orale sous forme de comprimés (un à trois par jour). Les plus courants sont le flutamide, le bicalutamide, le nilutamide et l'acétate de cyprotérone.

L'ablation des testicules

L'ablation des testicules est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever la partie du tissu des testicules qui sécrète la testostérone. Deux techniques existent :

- la pulpectomie qui conserve la paroi externe des testicules ;
- l'orchidectomie, plus rarement utilisée, au cours de laquelle tout le testicule est enlevé.

Ces opérations sont simples et réalisées le plus souvent sous anesthésie locorégionale par une petite incision pratiquée dans le scrotum*. Dans le cas de l'orchidectomie, le scrotum apparaît plus petit après l'intervention.

Cette ablation entraîne une réduction de 90 à 95% de la quantité de testostérone présente dans le corps. En réponse à cette privation soudaine de testostérone, la tumeur de la prostate diminue rapidement.

7.3 QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES POSSIBLES ?

Toutes les formes d'hormonothérapie engendrent des effets secondaires. La survenue et l'intensité de ces symptômes dépendent de chaque individu. Des solutions existent pour y remédier. Il ne faut pas hésiter à en parler avec votre médecin.

Les effets secondaires suivants sont communs aux différents types d'hormonothérapie :

- bouffées de chaleur,
- troubles de l'érection,
- modifications de l'apparence physique (notamment prise de poids),
- diminution de la masse osseuse (ostéoporose),
- baisse de la libido,
- gonflement et sensibilité de la poitrine,
- irritabilité.

D'autres effets secondaires spécifiques à chaque traitement peuvent également apparaître et vous seront indiqués par votre médecin.

8. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?

La chimiothérapie est un traitement général, également appelé traitement systémique, car il circule et agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et ne sont pas repérables par les examens. Les médicaments de chimiothérapie agissent sur les mécanismes de la division cellulaire.

8.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Une chimiothérapie peut être indiquée pour traiter des cancers métastatiques hormonorésistants (c'est-à-dire qui ne sont pas sensibles à l'effet d'une hormonothérapie), lors de l'apparition de douleurs osseuses métastatiques ou d'altération de l'état général ou encore en cas de progression rapide de la maladie.

8.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?

Les médicaments employés, les doses administrées ainsi que le rythme des cures* varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

Les molécules les plus fréquemment employées sont le docétaxel et le mitoxantrone. Elles sont très souvent associées au prednisone, un anti-inflammatoire*, qui permet de limiter les effets indésirables qu'elles engendrent.

Pour en savoir plus sur ces médicaments et leurs effets secondaires, consultez le site du ministère de la santé www.portailmedicaments.sante.gouv.fr/

9. Les traitements en cours d'évaluation : ultrasons focalisés de haute intensité et cryothérapie

LES ULTRASONS FOCALISÉS DE HAUTE INTENSITÉ
LA CRYOTHÉRAPIE

9.1 LE TRAITEMENT PAR ULTRASONS FOCALISÉS DE HAUTE INTENSITÉ

Un traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (radiofréquence) a pour but de détruire la prostate et la tumeur par la chaleur. On parle aussi de traitement HIFU («high intensity focused ultrasound» en anglais). Le nom commercial de l'appareil utilisé pour ce traitement est Ablatherm®. Ce traitement est pratiqué par un chirurgien urologue entraîné à cette technique.

Actuellement, le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité est en cours d'évaluation. Il est proposé à certains patients atteints de cancers de la prostate localisés à faible risque, dans des conditions très précises. Il peut être proposé à certains patients pour lesquels la radiothérapie* n'a pas donné de résultats.

► Comment se déroule le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité en pratique ?

Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité utilise des ultrasons émis par une sonde endorectale, introduite dans le rectum du patient. La sonde est recouverte d'un ballonnet contenant un liquide réfrigéré. Ce liquide permet de maintenir la paroi du rectum à une température constante pendant toute la durée du traitement. La sonde permet à la fois de voir la prostate et de la traiter.

Le faisceau d'ultrasons focalisés est émis sous forme de tirs qui durent 5 secondes. Ces tirs d'ultrasons provoquent une élévation brutale de la

température dans la zone traitée, ce qui détruit définitivement les tissus placés dans cette zone. Chaque impulsion détruit ainsi une petite zone de prostate, de 22 millimètres de long par 2 millimètres de diamètre. La sonde endorectale est déplacée légèrement entre chaque impulsion et les tirs d'ultrasons répétés. Trois à quatre cents tirs environ sont nécessaires pour traiter la prostate dans sa totalité. Le nombre précis de tirs dépend du volume de la prostate.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Les principaux effets secondaires à long terme sont :

- des troubles de l'érection dans 60 à 70 % des cas, en cas de traitement complet du volume prostatique, dans 20 à 30 % des cas, en cas de traitement préservant les bandelettes neurovasculaires* ;
- un rétrécissement de l'urètre* et du col vésical* (17 % des cas) ;
- une incontinence urinaire*.

9.2 LA CRYOTHÉRAPIE

La cryothérapie, appelée aussi cryochirurgie, détruit la tumeur grâce au froid intense délivré par une sonde appelée cryosonde. Cette technique, peu invasive, utilise de la neige carbonique ou de l'azote liquide pour congeler la zone traitée.

Les cellules saines comme les cellules cancéreuses sont sensibles au froid. Sous l'effet du froid intense, plusieurs types de phénomènes se produisent. À une température descendant à moins 40°C, de la glace se forme dans les cellules. Cela provoque le gonflement, puis la rétractation de la cellule qui finit par éclater. De plus, sous l'effet du froid, le sang contenu dans les vaisseaux sanguins qui irriguent la tumeur coagule. Les cellules tumorales sont donc également privées de sang, ce qui entraîne la nécrose* de la tumeur.

Actuellement, la cryothérapie est en cours d'évaluation. Elle peut être proposée à certains patients pour qui la radiothérapie ou la curiethérapie* n'ont pas donné de résultats. Elle peut également être utilisée chez des hommes âgés de plus de 70 ans atteints de cancers localisés.

► **Comment se déroule le traitement par cryothérapie en pratique ?**

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La crysonde ressemble à un tube ; l'extrémité est équipée d'un dispositif qui permet de délivrer le froid. Elle est insérée dans un endoscope* lui-même introduit par une petite incision au niveau du périnée*, à travers la peau. Le médecin s'aide d'une échographie*, d'un scanner* ou d'une IRM* pour réaliser l'intervention.

► **Quels sont les effets secondaires possibles ?**

Les principaux effets secondaires sont des troubles de l'érection. En revanche, cette technique entraîne très rarement une incontinence urinaire. L'évaluation de ce type de traitement et de ses effets secondaires est en cours dans le cadre d'essais cliniques*.

10. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Voici, en quelques mots, en quoi consiste leur activité.

L'**aide-soignant** participe à vos soins en collaboration avec les infirmiers.

L'**anatomopathologiste** ou pathologiste est le médecin spécialiste qui examine à l'œil nu et au microscope des cellules et des tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est le médecin spécialiste chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation pré-anesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter l'assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **chirurgien** est le médecin spécialiste qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur*, des tissus ou des organes atteints ou remédier à certaines complications.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

L'**infirmier** est chargé de la réalisation des soins, de la surveillance et de l'administration des traitements prescrits par le médecin. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé. Il a un rôle très important pour le diagnostic d'un cancer, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. C'est souvent lui qui est choisi comme médecin traitant.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de la médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP ou une scintigraphie osseuse.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant

est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est le médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute et curiethérapeute) ou un spécialiste d'organe (urologue).

Le **physicien** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut vous assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **radiologue** est le médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens de radiologie tels que la radiographie ou l'échographie. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **sexologue** est un médecin ou psychologue formé à la sexologie, ce qui lui permet de vous aider, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles liées à la maladie et ses traitements.

Le **sophrologue** propose des techniques de soutien fondées sur des exercices de respiration consciente, des visualisations positives et des massages de détente.

L'**urologue** est un médecin spécialiste des problèmes urinaires et génitaux, et en particulier des cancers urologiques (diagnostic, traitement, surveillance). C'est lui qui opère le patient pour enlever la tumeur.

11. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

LES PROCHES

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

11.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi, des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100%. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100% concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge à 100%. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100%. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie et sur vos remboursements.

11.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

11.3 LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents métiers tels que l'auxiliaire de vie sociale, la technicienne de l'intervention sociale et familiale, etc.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider dans :

- les gestes du quotidien (comme la toilette, le lever ou l'alimentation) ;
- les activités domestiques (entretien du logement et du linge, courses, préparation des repas...) ;
- les démarches administratives.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer*, ou encore faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

11.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chaque personne vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité, ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer vos doutes et vos craintes auprès de l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre est prise en charge par l'Assurance maladie si vous consultez à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de

personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés, mais leur rôle est important. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches des informations ainsi qu'un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur www.e-cancer.fr/cancer-info

11.5 LES PROCHEs

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir autant les personnes malades que leur entourage. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées à destination des proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

12. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO LES ASSOCIATIONS

12.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821 (prix d'un appel local)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.

Cancer info, la rubrique internet : www.e-cancer.fr/cancer-info

La rubrique Cancer info du site de l'Institut National du Cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer de la prostate, son diagnostic, ses traitements, son suivi, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides

(disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr)

- **Comprendre la radiothérapie (2009)**
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.
- **Démarches sociales et cancer (2009)**
Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.
- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à

faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)**
Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé: quel est l'objectif? Existe-t-il des risques? Comment prendre la décision? Etc.
- **Douleur et cancer (2007)**
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.
- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- **Fatigue et cancer (2005)**
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

12.2 LES ASSOCIATIONS

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux.

Pour connaître et accéder à ses services :

- appelez le 0810 111 101 (prix d'un appel local)
- connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net/**

ANAMACaP

Association nationale des malades du cancer de la prostate

L'ANAMACaP a pour objectif d'informer, de prévenir, d'aider à mieux vivre et de regrouper les malades du cancer de la prostate. Elle fait bénéficier ses membres des dernières informations, innovations, sciences et essais thérapeutiques notamment lors de conférences animées par des spécialistes. Elle aide et soutient ses membres et leurs proches, le grand public, à travers son site internet qui contient des informations générales, des témoignages, un forum, une rubrique où les réponses aux questions sont rédigées par des spécialistes faisant partie du comité scientifique. Pour connaître et accéder aux services de l'ANAMACaP :

- écrivez à **info@anamacap.fr**
- appelez le 05.56.65.13.25
- connectez-vous sur **www.anamacap.fr**

13. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

abstention surveillance : modalité de prise en charge qui permet de différer la mise en route d'une hormonothérapie*.

adénome : augmentation du volume de la prostate, le plus souvent liée à l'âge, et pouvant entraîner des difficultés à uriner. On parle aussi d'hypertrophie bénigne de la prostate, abrégée en HBP.

adjuvant : se dit d'un traitement qui complète un traitement principal.

alphanbloquant : médicament qui, en se fixant et en bloquant les récepteurs alpha présents à la surface des cellules de certains muscles (notamment ceux de l'appareil urinaire et de la paroi des vaisseaux sanguins) provoque leur relâchement.

antalgique : se dit d'un médicament ou de tout autre moyen qui prévient, atténue ou supprime la douleur. On parle aussi d'analgésique.

antécédent : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille, qu'il est nécessaire de connaître pour mieux prendre en charge le patient.

anticoagulant : médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

anti-inflammatoire : médicament destiné à combattre une inflammation. On distingue les anti-inflammatoires stéroïdiens, appelés aussi corticoïdes (comme la cortisone), et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, abrégés en AINS (comme l'aspirine et l'ibuprofène). Les AINS ont la particularité d'agir aussi contre la douleur et la fièvre.

b

ballonnet: petite poche gonflable destinée à traiter l'incontinence urinaire* lors d'un effort. Les ballonnets sont disposés de chaque côté de l'urètre* près de la vessie puis ajustés et gonflés.

bandelette neurovasculaire: ensemble des nerfs et des vaisseaux sanguins qui passent de chaque côté de la prostate et permettent l'érection. On parle aussi de bandelette vasculonerveuse.

bandelette sous-urétrale: ruban placé sous l'urètre* qui permet de le compresser, évitant ainsi l'incontinence urinaire* lors d'un effort.

biopsie: prélèvement qui consiste à enlever un petit morceau de tissu afin de l'examiner au microscope. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans anesthésie (locale ou générale). Les techniques utilisées pour le prélèvement (endoscopie, chirurgie, ponction, etc.) dépendent de l'endroit où est placée la tumeur* et du type de tissu à analyser. Le fragment de tissu fait ensuite l'objet d'un examen anatomopathologique*.

bisphosphonate: médicament qui renforce les os, diminuant le risque de fracture. Les biphosphonates sont prescrits pour prévenir l'ostéoporose, maladie qui fragilise les os, mais également pour traiter certains cancers de la prostate qui ont développé des métastases osseuses.

C

cancer: maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur* maligne.

cellule: unité de base de la vie qui constitue tout organisme, animal ou végétal. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des

cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Visibles au microscope, les cellules sont composées généralement d'un noyau qui contient l'ADN et d'un cytoplasme limité par une membrane. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

chimiothérapie : traitement du cancer par des médicaments qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Une chimiothérapie est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps.

chirurgie : opération d'un patient sous anesthésie locale ou générale. Une opération peut avoir pour but soit de prélever un fragment d'une anomalie afin de l'analyser et établir un diagnostic, soit d'enlever une tumeur* pour traiter le cancer.

col vésical : partie rétrécie de la vessie composée de fibres musculaires qui communique avec l'urètre et par laquelle s'évacue l'urine lors du relâchement du sphincter.

corps caverneux : réservoir érectile du pénis riche en vaisseaux sanguins et dont les cavités se remplissent de sang lors de l'érection. Au nombre de deux, les corps caverneux sont situés côte à côte sur le dessus du pénis.

cryothérapie : traitement local qui détruit les cellules cancéreuses par un froid intense. Guidé par une échographie, le médecin insère des aiguilles dans la prostate au travers de la peau entre les testicules et l'anus, afin de congeler la tumeur entre - 40° à - 60 °C. Sous l'action du froid, les cellules cancéreuses se rompent et meurent. On parle aussi de cryochirurgie.

curage ganglionnaire : opération chirurgicale qui consiste à enlever certains ganglions afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses. On parle aussi de lymphadénectomie.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie*.

curiethérapie : traitement local du cancer dont le but est de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons produits par une substance radioactive placée à l'intérieur d'un organe ou à son contact. Cet implant, sous forme de grains ou de fils, est temporaire ou permanent. Seuls certains organes peuvent être traités par curiethérapie : utérus, prostate, sein, gorge, bouche...

d

débit de dose : quantité de rayons délivrée pendant un temps donné. Une dose débitée lentement (faible débit de dose) n'a pas les mêmes effets que la même dose délivrée plus rapidement (haut débit de dose).

dosimétrie : calcul des doses de rayons à appliquer à la zone à traiter et de la durée du traitement lors d'une radiothérapie.

e

ecchymose : infiltration de sang sous la peau ou dans les tissus, à la suite d'un saignement localisé plus ou moins important, causé le plus souvent par un traumatisme. Le sang forme un bleu.

échographie : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Cet examen n'est pas douloureux : le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision. Ces images peuvent être imprimées.

endoscope : instrument composé d'un tube muni d'un système optique et parfois d'instruments chirurgicaux. Cet instrument, introduit dans une cavité ou un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin...), permet de l'examiner et, éventuellement, d'y effectuer des prélèvements ou un traitement. Il existe plusieurs types d'endoscopes, rigides ou souples, adaptés aux différents organes.

essai clinique: étude scientifique menée avec des patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie.

examen anatomopathologique: examen qui consiste à étudier des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope, par un médecin appelé anatomopathologiste ou pathologiste. Cet examen permet d'établir le diagnostic, de préciser le type de cancer et ainsi, d'orienter le choix des traitements.

g

ganglion: petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'adénopathie. L'augmentation de volume d'un ganglion peut être liée à tout autre chose qu'un cancer.

glande: organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances qu'il libère ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine).

h

hématome: accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins.

hémorroïde: dilatation d'une veine de l'anus ou du rectum.

hormone: substance produite par une glande*. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe. C'est un moyen pour notre corps de communiquer des informations à travers tout l'organisme, essentiellement grâce à des molécules

transportées par le sang. Il existe un grand nombre d'hormones, qui sont indispensables au bon fonctionnement du corps. Chaque hormone a une fonction précise, comme stimuler la croissance, gérer le stress, contrôler la fertilité, réguler la température du corps, etc. Parfois, elles stimulent la croissance de cellules cancéreuses.

hormonothérapie : traitement du cancer qui vise à réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse.

i

immunothérapie : traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

incontinence urinaire : perte involontaire d'urine. Une incontinence urinaire peut être soit complète (perte du contrôle des sphincters qui retiennent l'urine dans la vessie), soit incomplète, survenant le jour (à la marche, lors d'un effort) ou la nuit, en alternance avec un contrôle normal.

IRM (imagerie par résonance magnétique) : technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique (zone dans laquelle l'effet d'un aimant se fait sentir). Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue. Cette technique est utilisée pour le diagnostic de certaines tumeurs. Pendant l'examen, l'injection d'un produit de contraste peut être nécessaire pour améliorer la qualité de l'image. Cet examen est indolore.

l

lymphatique : se dit du réseau de vaisseaux et de ganglions* qui transporte la lympe* et forme le système lymphatique.

lympe : liquide translucide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lympe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques.

m

métastase : tumeur* formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

n

nécrose : processus d'altération qui aboutit à la mort d'une cellule ou d'un tissu.

néoadjuvant : se dit d'un traitement qui précède un traitement principal.

p

palliatif : se dit d'un traitement dont l'objectif est d'atténuer la douleur ou de soulager les symptômes d'une maladie.

pelvis : partie inférieure de l'abdomen contenant entre autres la vessie, le rectum et les organes génitaux internes (utérus et vagin chez la femme, prostate chez l'homme).

péridurale : anesthésie partielle (on dit aussi locale) qui insensibilise la partie inférieure du corps en injectant un produit dans l'espace entre deux vertèbres.

périnée : partie du corps qui s'étend entre l'anus et les parties génitales.

phlébite : inflammation d'une veine, pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

prostatectomie totale : intervention chirurgicale qui consiste à retirer la totalité de la prostate ainsi que les vésicules séminales*. On parle aussi de prostatectomie radicale.

PSA: abréviation de l'anglais *Prostatic Specific Antigen*. Le PSA est une substance libérée dans le sang par la prostate. Une prise de sang permet de déterminer sa concentration qui se mesure en nanogrammes par millilitre (ng/ml). Plusieurs facteurs peuvent conduire à une augmentation du PSA comme l'âge, une infection de la prostate ou la présence de cellules cancéreuses par exemple.

r

radiothérapie: traitement du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons tout en préservant au mieux les tissus sains voisins. Par différence avec la chimiothérapie* qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local, comme la chirurgie*. Les rayons en eux-mêmes ne sont pas douloureux, mais ils peuvent provoquer des effets secondaires, parfois plusieurs semaines après la radiothérapie.

radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI): technique de radiothérapie* utilisée pour certains cancers, qui consiste à faire varier la forme du faisceau de rayons au cours d'une même séance pour s'adapter précisément à la zone traitée et éviter les tissus sains.

récidive: réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récurrence peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle aussi de rechute.

recommandation: document destiné à aider les professionnels de santé à proposer des examens ou des traitements adaptés à un patient dans une situation donnée. Les recommandations résultent de l'analyse des essais cliniques* internationaux et de l'avis d'experts. On parle parfois de recommandations ou de référentiels de bonnes pratiques.

résection transurétrale: intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie qui permet d'enlever un adénome* de la prostate en passant par l'urètre*.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. C'est un type de radiographie dont les images sont reconstituées par ordinateur et grâce auxquelles on procède à une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen. Un scanner n'est pas douloureux.

score de Gleason : mesure de l'agressivité d'un cancer de la prostate établie par l'examen anatomopathologique* de prélèvements réalisés au niveau de cet organe. Le pathologiste attribue un chiffre de 1 à 5 aux cellules cancéreuses en fonction de leur degré d'anormalité par rapport à des cellules normales. Les deux chiffres les plus représentés dans les différents prélèvements sont additionnés. Plus le score est élevé, plus la tumeur est agressive.

score IPSS (International Prostate Score Symptoms) : questionnaire que le patient peut remplir lui-même et composé de sept questions établies par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) afin d'évaluer les manifestations anormales liées à la prostate.

scrotum : enveloppe de peau située entre le pénis et l'anus et qui contient les testicules.

sphincter : muscle en rond autour d'un orifice naturel qui permet l'ouverture et la fermeture d'un organe en se contractant (vessie, anus). C'est un sphincter qui permet de retenir et évacuer les urines et les selles.

stade : degré d'extension d'un cancer. Le stade du cancer est spécifié au moyen d'une classification qui prend en compte la taille de la tumeur* et la présence ou non de cellules cancéreuses dans les ganglions* et dans d'autres parties du corps. Ces informations précisées au moment du diagnostic déterminent le traitement.

surveillance active : modalité de prise en charge qui permet de différer la mise en route d'un traitement curatif.

t

thérapie ciblée : traitement à l'aide de médicaments qui, selon leur cible, visent à freiner ou à bloquer la croissance de la cellule cancéreuse, en l'affamant, en provoquant sa destruction, en dirigeant le système immunitaire contre elle ou en l'incitant à redevenir normale. On parle aussi de thérapeutique ou de traitement ciblé.

traceur : produit radioactif qui, une fois injecté dans le sang lors de différents examens d'imagerie (TEP, scintigraphie...), peut être visualisé dans l'organisme du patient. Le traceur, en se fixant sur différents organes, permet d'en analyser le fonctionnement.

traitement par ultrasons focalisés de haute intensité : traitement local du cancer qui détruit les cellules cancéreuses au moyen d'ultrasons. Les ultrasons sont délivrés par une sonde introduite dans le rectum et concentrés vers la prostate. Ils provoquent une élévation brutale de la température de 85 à 100°C qui supprime les cellules cancéreuses de la zone traitée. On parle aussi de traitement HIFU («high intensity focused ultrasound» en anglais).

tumeur : grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne). Les tumeurs bénignes (comme par exemple les grains de beauté, les verrues...) se développent de façon localisée sans altérer les tissus voisins. Les tumeurs malignes (cancer) ont tendance à envahir les tissus voisins et à migrer dans d'autres parties du corps, produisant des métastases.

type histologique: ensemble des caractéristiques des tissus d'une tumeur*, déterminées au microscope par l'examen anatomopathologique*. L'apparence des tissus permet de déterminer s'il s'agit d'une tumeur bénigne ou maligne, plus ou moins proche des tissus normaux sur lesquels la tumeur s'est développée. Le type histologique identifié au moment du diagnostic détermine le choix des traitements. On parle parfois de type histopathologique.

U

urètre: canal qui part de la vessie et qui permet d'évacuer l'urine à l'extérieur. Beaucoup plus long chez l'homme que chez la femme, il permet également le passage du sperme.

V

vésicule séminale: glande de l'appareil génital masculin qui produit la plus grande partie du sperme et le stocke. Les vésicules séminales sont situées de part et d'autre de la vessie.

Annexe : les examens du bilan diag

Des examens sont réalisés pour obtenir le plus d'informations possibles sur le cancer dont vous êtes atteint. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. Le tableau ci-dessous présente les

EXAMEN	DESCRIPTION	
Examen clinique	Examen (auscultation, palpation, etc.) par un médecin généraliste ou un urologue, réalisé dans le cadre d'une consultation médicale qui comprend également un entretien avec le patient. L'examen clinique comprend un toucher rectal.	
Toucher rectal (TR)	Examen qui consiste à palper la prostate avec le doigt à travers la paroi du rectum.	
Dosage du PSA (abréviation de l'anglais <i>Prostatic Specific Antigen</i>)	Prise de sang permettant de déterminer la concentration du PSA, une substance libérée dans le sang par la prostate. La concentration se mesure en nanogramme par millilitre (ng/ml).	
Autres analyses de sang	Outre le PSA, les analyses de sang permettent de mesurer : <ul style="list-style-type: none"> ■ la quantité des différentes cellules sanguines (on parle d'hémo-gramme ou de numération formule sanguine); ■ la créatinine, une molécule produite par les reins et dont la mesure permet de vérifier le fonctionnement. 	
Biopsie de la prostate	Prélèvement à l'aide d'une aiguille spéciale et sous guidage par sonde échographique, d'au moins 10 à 12 petits fragments du tissu de la prostate en passant à travers la paroi du rectum (on parle de voie transrectale).	
Examen anatomo-pathologique	Analyse de tissus prélevés lors d'une biopsie ou retirés lors d'une chirurgie. Cette analyse est faite à l'œil nu et au microscope, par un pathologiste.	
IRM abdominopelvienne	Examen de l'abdomen et du pelvis qui utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes de l'abdomen et du pelvis. Un ordinateur assemble ces images en trois dimensions.	
Scanner abdominopelvien	Examen qui permet de réaliser des images en coupes de l'abdomen et du pelvis, grâce à des rayons X. On parle aussi de tomodensitométrie ou TDM. Avant l'examen, un produit de contraste à base d'iode est injecté dans une veine du bras. L'examen est interprété par un radiologue	
Scintigraphie osseuse	Examen qui permet d'obtenir des images du corps. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs, qui sont injectés, puis repérés sur un écran.	

nostique

examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont réalisés peut varier d'une personne à l'autre. Tous ces examens ne sont pas systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

OBJECTIF
Évaluer l'état de santé général, identifier les éventuels antécédents médicaux ou chirurgicaux personnels et familiaux du patient, déceler des anomalies palpables de la prostate.
Déteçter une augmentation de volume de la prostate, un éventuel durcissement ou la présence d'irrégularités à sa surface. Le toucher rectal ne peut révéler que des tumeurs palpables.
Vérifier le taux et son évolution. Plusieurs facteurs peuvent conduire à une augmentation de PSA comme l'âge, une infection de la prostate ou la présence de cellules cancéreuses par exemple.
Fournir des renseignements sur l'état de santé général, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à certains examens ou traitements.
Rechercher la présence de cellules cancéreuses dans la prostate.
C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques du tissu cancéreux. Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il permet de définir le stade du cancer.
Évaluer l'extension locale de la maladie, c'est-à-dire vérifier si la tumeur a dépassé la capsule prostatique. L'IRM abdominopelvienne permet notamment de voir les vésicules séminales, le rectum, le bas de la vessie et les ganglions lymphatiques situés à proximité de la prostate.
Évaluer l'extension locale de la maladie c'est-à-dire vérifier si la tumeur a dépassé la capsule prostatique. Le scanner permet notamment de voir les vésicules séminales, le rectum, le bas de la vessie et les ganglions lymphatiques situés à proximité de la prostate.
Rechercher la présence d'éventuelles métastases osseuses.

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cancer info est développé par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- **Guide médecin ALD n°30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer de la prostate.** HAS-INCa, septembre 2008 ;
- **Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie,** HAS-INCa, 2006 ;
- **Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.**

Conception et coordination

Emmanuelle Bara, responsable du département information des malades et des proches, directrice adjointe de l'information des publics, Institut National du Cancer

Marianne Duperray, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut National du Cancer

Valérie Delavigne, linguiste, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut National du Cancer

Relecture médicale

Dr Patrick Coloby, chirurgien urologue, CH René Dubos, Pontoise

Pr Laurence Thomas, oncologue radiothérapeute, Institut Bergonié, Bordeaux

Conformité aux recommandations professionnelles

Valérie Mazeau-Woynar, médecin, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut National du Cancer

Laetitia Verdoni, médecin, département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut National du Cancer

Relecture usagers

Martine Damecour, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Françoise Dupin-Escroignard, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Marcel Klein, membre de l'association ANAMACaP

Doina Laroque, membre du Comité des malades, des proches et des usagers (CMPU) de l'Institut National du Cancer

Hélène Mouriessse, membre du groupe d'usagers de la Ligue nationale contre le cancer

Roland Muntz, président de l'association ANAMACaP

Frédérique Stenger, accompagnatrice en santé, Espace de Rencontres et d'Information, Centre Hospitalier Lyon Sud

Pour en savoir plus, télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Édité par l'institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Le Square
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling
Impression : Comelli
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2010

Vous avez appris que vous avez un cancer de la prostate. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne? Qui sont les professionnels que vous rencontrez? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, validées par des spécialistes du cancer de la prostate.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

