**Le cancer de la prostate**

**Pr.Ouarhlent H.E**

**Maitre de conférence en urologie**

**CHU.SETIF**

**Définition**

**Prostate** : volumineuse glande à sécrétion exocrine et endocrine appartenant à l'appareil génital masculin, située sous la vessie, au confluent des voies génitales et urinaires, traversée par l'urètre et incomplétement entourée par les sphincters striés.

La prostate est le siège de trois affections principales : le cancer de la prostate, l'adénome de la prostate et l'infection de la prostate ou prostatite. Le cancer de la prostate est, comme tous les cancers glandulaires, **un "adénocarcinome"** et, dans la grande majorité des cas, il est influencé par les hormones.

**Epidémiologie**

Le cancer de la prostate est **le plus fréquent des cancers de l'homme de plus de 50 ans** et représente avec le cancer broncho-pulmonaire **la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme** dans le monde développé,
Son incidence augmente avec l'âge. l'augmentation de 23 % de la mortalité liée au cancer prostatique, dans les vingt dernières années, reflète l'augmentation de l'espérance de vie et la reconnaissance plus fréquente du cancer de la prostate comme cause principale du décès. En France.
**L'âge moyen du cancer de la prostate se situe autour de 70 ans** mais certains hommes sont atteints à un âge plus précoce.

Les facteurs de risque du cancer de la prostate sont :

* l'**âge**,
* les **facteurs familiaux** : selon le nombre de parents du premier degré atteints d'un cancer de la prostate, le risque de cancer pour un homme de la famille peut être 2 à 5 fois celui d'un homme sans antécédents familiaux,
* les **antécédents de vasectomie**,
* les **régimes alimentaires riches en graisses**,
* autres facteurs : activité physique, masse corporelle, taux d'hormones sexuelles.

N'ont pas été identifiés comme facteurs de risque: les troubles de sécrétion de la testostérone, le statut socio économique, le tabac, l'alcool, l'activité sexuelle.

**Evolution**

Le cancer de la prostate se développe à partir de cellules de la prostate. Il se développe souvent très lentement, et reste localisé au début. Quand le cancer évolue, il peut s'étendre en dehors de la prostate par envahissement direct des tissus et des organes situés près de la prostate et il peut essaimer dans d'autres organes à distance de la prostate (os, ganglions...). Si des cellules cancéreuses pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques de la prostate, elles sont transportées vers les ganglions du petit bassin où elles continuent à se développer en formant des métastases ganglionnaires (adénopathies).

**La plupart des cancers se développent dans la partie périphérique de la prostate, environ 15% dans la portion transitionnelle et 5% dans la portion centrale.** La progression tumorale semble liée au stade et au degré de la tumeur.

**Les différents stades du cancer de la prostate**

Le "stade" du cancer de la prostate indique le **degré d'extension du cancer dans la prostate, aux tissus avoisinants et aux autres organes**. Le stade de la maladie est habituellement défini par un système appelé **"le système TNM"** qui décrit l'extension de la tumeur primitive (T), l'absence ou la présence de métastases ganglionnaires (N), et l'absence ou la présence de métastases à distance (M).

**Stade T**

* **T1** correspond à une tumeur non perçue au toucher rectal. **T1a** et **T1b** correspondent à des cancers découverts incidemment lors de l'examen du tissu prostatique obtenu au cours d'une intervention pour adénome bénin de la prostate. **T1c** correspond à des cancers découverts par biopsies faites en raison d'une élévation suspecte du taux de PSA,
* **T2** correspond à un cancer palpable au toucher rectal et qui semble localisé à la glande, intéressant un seul (T2a) ou les 2 lobes (T2b) de la prostate,
* **T3** correspond à un cancer qui s'étend en dehors de la prostate et/ou aux vésicules séminales (T3b),
* **T4** correspond à un cancer qui a envahi les organes adjacents à la prostate (vessie, rectum, muscle).

**StadeN**
**N0** correspond à l'absence d'envahissement lymphatique, et **N1** à l'envahissement d'un ou de plusieurs ganglions du petit bassin.

**StadeM
M0** correspond à l'absence de métastases à distance et **M1** à la présence de métastases en dehors du petit bassin (os, poumons, foie ou cerveau).

Le meilleur gage de guérison est donc de **détecter le cancer à un stade précoce**, quand il est encore localisé à la prostate, sans extension en dehors d'elle.

**Dépistage**

Les symptômes qui doivent amener à consulter sont : des envies d’uriner trop fréquentes obligeant à se lever la nuit(pollakiurie nocturne) et une difficulté, voire un véritable blocage des urines(de la dysurie à la rétention), et des douleurs osseuses. Dans le cas d’un cancer, ces symptômes s’installent assez rapidement, deviennent permanents et s’aggravent en quelques mois.

Il existe plusieurs méthodes de détection du cancer de la prostate :

* **Interrogatoire du patient**
Il renseigne le médecin sur l'existence de symptômes urinaires ou autres, sur d' autres maladies éventuelles, sur les facteurs de risque et sur les traitements en cours.
* **Toucher rectal**
La prostate étant située juste en avant du rectum, le médecin peut la palper par un doigt introduit dans l'anus et donc apprécier son volume, la régularité des contours et la consistance de la glande.
* **PSA (Antigène prostatique spécifique)**
Le PSA est un marqueur tumoral utilisé pour la détection du cancer de la prostate. Le taux de PSA dans le sang est exprimé en nanogrammes par millilitres (ng/ml) et est considéré comme normal si le taux est inférieur à 4 ng/ml. Plus le taux de PSA est élevé en cas de cancer de la prostate, plus le risque d'une extension à distance du cancer est élevé, ce qui signifie habituellement une diminution des chances de guérison ou de survie à long terme.
* **Echographie endorectale de la prostate et biopsies**
L'échographie utilise des ultrasons pour produire une image de la prostate, ces ultrasons sont produits par une sonde introduite dans l'anus. On peut ainsi guider très précisément une aiguille pour faire des prélèvements à un endroit déterminé de la prostate. Seule la biopsie peut affirmer le cancer car les cellules cancéreuses sont visibles au microscope. Les biopsies ont donc une importance primordiale pour déterminer le pronostic de la maladie.
* **Curage ganglionnaire**
Il consiste à prélever et à examiner au microscope les ganglions du petit bassin. Si l'on trouve des cellules cancéreuses dans les ganglions, cela prouve que le cancer a dépassé les limites de la prostate, la prostatectomie est donc inutile.
* **Autres tests sanguins**
- *Dosage de la créatinine* pour vérifier le bon fonctionnement rénal,
- *Dosage des phosphatases alcalines* pour surveiller le retentissement d'éventuelles métastases osseuses,
- *Dosage des enzymes du foie* pour surveiller certains traitements pouvant influer sur le fonctionnement de celui-ci.
* **Scanner**
Il est utilisé pour détecter des ganglions ou l'extension du cancer à d'autres organes.
* **Résonnance magnétique**
Une IRM endorectale permet d'obtenir des images très précises du contour de la prostate et déceler une extension extraprostatique du cancer.
* **Scintigraphie osseuse**
Cet examen permet de détecter l'extension du cancer de la prostate aux os.
* **Autres examens :** recherche d’autres sites de métastases tel que : l’echographie abdominale qui renseigne sur les métastases surtout gonglionnaires et hépatiques et la radiographie du thorax

**Traitement**

**- Prostatectomie totale** (prostatectomie rétropubienne radicale)
Cette opération enlève toute la prostate et les vésicules séminales qui sont des glandes accessoires appendues à la prostate. L'intervention, faite sous anesthésie générale ou sous péridurale, n'a lieu que si le cancer ne dépasse pas les limites de la prostate. Environ 10 % des patients vont développer une récidive locale dans les 5 ans suivant une prostatectomie radicale pour un cancer de la prostate localisé. Si le suivi est plus long, ce taux atteint 15 %.

**-Résection,trans-urétrale,de,prostate**
Cette intervention représente un traitement palliatif des troubles urinaires liés à l'obstruction par évolution locale de la maladie.

**-Radiothérapie**
La radiothérapie est utilisée pour traiter les cancers qui sont localisés à la prostate, ou qui ont atteint les tissus voisins. Elle peut être utilisée pour diminuer le volume de la tumeur ou éviter des complications locales. On utilise soit la radiothérapie externe, soit la curiethérapie (ou brachythérapie) qui consiste à placer des sources radio-actives directement dans le tissu prostatique.

**-Traitement,hormonal**
Le but du traitement hormonal est de s'opposer à l'action des hormones mâles (androgènes) qui stimulent la prostate. Ainsi, la diminution du taux de testostérone, principale hormone masculine, bloque la prolifération des cellules cancéreuses et diminue le volume de la prostate. Le traitement hormonal n'a qu'un effet transitoire, il bloque la prolifération du cancer sans le guérir.
- *Analogues de la LH-RH* : ils bloquent la libération de LH et donc la production de testostérone par les testicules.
- *Anti-androgènes* : ils bloquent l'action de la testostérone au niveau des organes cibles, en particulier la prostate. Les anti-androgènes sont souvent utilisés en combinaison avec la castration chirurgicale ou la prescription d'analogues de la LH-RH car ils permettent un blocage androgénique total (BAT) ce qui améliore la durée de survie et la qualité de vie des patients en cas de maladie minime.
- *Les oestrogènes* : ils sont utilisés en seconde intention.
**-** *Castration chirurgicale* : il s'agit d'une intervention chirurgicale qui consiste à faire une incision au niveau des bourses et à enlever la partie des testicules qui sécrète la testostérone (pulpectomie). Cette intervention est peu pratiquée actuellement car les médicaments permettent une castration "médicale".

**-Chimiothérapie**
La chimiothérapie est utilisée dans le cancer de la prostate quand celui-ci a évolué avec une extension extraprostatique et qu'il ne répond plus au traitement hormonal. La chimiothérapie diminue la croissance tumorale et peut diminuer les douleurs liées au cancer.

**-Surveillance(traitement,différé)**
Pour certains patients, une surveillance sans traitement immédiat est parfois la meilleure stratégie. C'est le cas notamment de certains patients âgés présentant un petit cancer peu agressif. On évite ainsi les effets secondaires éventuels d'un traitement.

**-Traitement,de,la,douleur**
Dans certains cas, en particulier quand il existe métastases osseuses, des douleurs peuvent entraîner une altération de la qualité de vie et nécessiter un traitement adapté. Certains médicaments comme le biphosphonate peuvent ralentir les lésions osseuses liées au cancer de la prostate et diminuer les douleurs. Il existe d'autres méthodes pour traiter les douleurs osseuses : séances de rayons focalisés sur les zones douloureuses, injection intraveineuse de produits radioactifs (Strontium…).

**-Traitements,expérimentaux**
- *Cryochirurgie* : cette technique détruit les cellules cancéreuses par congélation brutale et répétée de la prostate à l'aide d'une sonde refroidissante (azote liquide) introduite sous anesthésie dans la prostate. L'efficacité de cette technique n'est pas encore été démontrée.
- *Ablatherm®* : c'est un système de traitement du cancer de la prostate par ultrasons focalisés par voie endorectale. Ce traitement serait indiqué à titre palliatif.

**Effets secondaires du traitement**

**Incontinence urinaire :** c'est l'impossibilité de contrôler les urines. Il peut s'agir d'une incontinence urinaire d'effort qui est causée par une insuffisance du sphincter (la chirurgie prostatique peut endommager le sphincter), d'une incontinence par regorgement qui est due à la mauvaise évacuation de la vessie, ou de fuites par impériosités mictionnelles qui surviennent particulièrement après radiothérapie, quand la tolérance de la vessie au remplissage est diminuée.

**Impuissance :** elle est définie par l'impossibilité à obtenir une érection. En effet, la chirurgie prostatique ou la radiothérapie peuvent endommager les nerfs érecteurs. Après prostatectomie totale, 60% à 90% des patients sont impuissants. Les chances de récupérer des érections sont liées à l'âge du patient, à la préservation des nerfs érecteurs et au stade de la maladie. Interviennent alors des traitements comme les prothèses péniennes, les injections intracaverneuses de prostaglandine E1 et l'administration de citrate de sildénafil (Viagra®).

**Autres effets secondaires :**
- *La radiothérapie externe* peut entraîner des troubles intestinaux (diarrhée, colite), et des troubles urinaires survenant essentiellement pendant le traitement (fréquence urinaire, diminution du jet, envies pressantes, brûlures mictionnelles, hématurie). La radiothérapie peut engendrer une certaine fatigue en cours de traitement.
- *L'administration de certains anti-androgènes* peuvent entraîner des effets secondaires (diarrhée, difficultés respiratoires, troubles de l'accommodation visuelle …).
- *Le traitement hormonal* à long terme peut entraîner une ostéoporose avec fragilisation osseuse.