

CANCER DE LA PROSTATE : UN GUIDE POUR LES PATIENTS

INFORMATION BASÉE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide pour les patients a été préparé par le Fonds Anticancer comme un service aux patients, afin de les aider ainsi que leurs proches à mieux comprendre le cancer de la prostate et à prendre conscience des meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer de la prostate. Nous recommandons aux patients de demander à leur médecin quels tests et quels types de traitement sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans ce document sont basées sur les recommandations de

Cancer de la prostate : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2014.1

Page 1

Ce document est fourni par le Fonds Anticancer avec la permission de l'ESMO.

Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical. Il est à usage personnel et ne peut pas être modifié, reproduit ou diffusé d'aucune manière sans l'autorisation écrite de l'ESMO et du Fonds Anticancer.

pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) pour la prise en charge du cancer de la prostate. Ce guide pour les patients a été réalisé en collaboration avec l'ESMO et est diffusé avec l'autorisation de l'ESMO. Il a été écrit par un médecin et relu par 2 oncologues de l'ESMO dont le oncologue responsable des recommandations de pratique clinique pour les professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

Plus d'information sur le Fonds Anticancer :

www.fondsanticancer.org

Plus d'information sur l'European Society of Medical Oncology : www.esmo.org

Veuillez consulter la fin du document pour la définition des mots marqués par un astérisque.

Table des matières

Le cancer de la prostate en quelques phrases.....	5
Définition du cancer de la prostate	10
Le cancer de la prostate est-il fréquent ?	11
Qu'est-ce qui provoque le cancer de la prostate ?	13
Comment le cancer de la prostate est-il diagnostiqué ?	18
Qu'est-ce qui est important à connaître pour un traitement optimal ?	26
Quelles sont les options de traitement?.....	35
Quels sont les effets secondaires éventuels du traitement?	56

Cancer de la prostate : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2014.1

Page 3

Ce document est fourni par le Fonds Anticancer avec la permission de l'ESMO.

Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical. Il est à usage personnel et ne peut pas être modifié, reproduit ou diffusé d'aucune manière sans l'autorisation écrite de l'ESMO et du Fonds Anticancer.

Que se passe-t-il après le traitement ?..... 63

Définitions des termes médicaux 75

Ce texte a été écrit par le Dr. Ana Ugarte (Fonds Anticancer) et relu par le Dr. Svetlana Jezdic (ESMO), le Prof. Louis Denis (The European Prostate Cancer Coalition et Cancer Patient Working Group de l'ESMO) et le Prof. Raphael Catane (Cancer Patient Working Group de l'ESMO).

Cette mise à jour reflète les modifications de la dernière version des recommandations de pratique clinique de l'ESMO. Elle a été réalisée par le Dr. Ana Ugarte (Fonds Anticancer) et a été relue par le Dr. Svetlana Jezdic (ESMO), le Prof. Alan Horwich (ESMO), le Prof. Raphael Catane (Cancer Patient Working Group de l'ESMO), le Prof. Louis Denis (The European Prostate Cancer Coalition et Cancer Patient Working Group de l'ESMO), Anita Waldman (Cancer Patient Working Group de l'ESMO) et Zorana Stokic (Cancer Patient Working Group de l'ESMO).

Le texte a été traduit de l'anglais par un professionnel en traduction scientifique et médicale puis a été relu par le Dr. Gauthier Bouche (Fonds Anticancer).

Cancer de la prostate : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2014.1
Page 4

Ce document est fourni par le Fonds Anticancer avec la permission de l'ESMO.

Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical. Il est à usage personnel et ne peut pas être modifié, reproduit ou diffusé d'aucune manière sans l'autorisation écrite de l'ESMO et du Fonds Anticancer.

LE CANCER DE LA PROSTATE EN QUELQUES PHRASES

Définition du cancer de la prostate

- Le cancer de la prostate se forme dans les tissus qui composent de la prostate. La prostate est une glande du système reproducteur masculin qui se trouve sous la vessie et devant le rectum. La prostate se compose de 2 lobes symétriques.
- Il ne doit pas être confondu avec l'hyperplasie bénigne de prostate qui correspond à une augmentation non cancéreuse de la taille de la prostate.

Diagnostic

- Uriner plus fréquemment, avoir des difficultés à uriner, devoir se lever souvent la nuit pour uriner, ressentir le

besoin ou la sensation d'avoir à uriner de façon urgente sont des symptômes possibles de cancer de la prostate.

- Un examen clinique et le dosage dans le sang du taux d'une protéine produite par la prostate (PSA) vont permettre d'orienter le diagnostic.
- Le diagnostic ne peut être confirmé qu'après analyse de morceaux de la tumeur (biopsies) en laboratoire à l'aide d'un microscope.

Traitement en fonction de l'étendue de la maladie (catégorisée en différents stades)

- Les stades I et II du cancer de la prostate sont appelés cancers localisés ou cancers précoces car la tumeur est située à l'intérieur de la prostate
 - o Quand le cancer est diagnostiqué à un stage très précoce et qu'il semble que les risques d'un traitement dépassent les bénéfices, il est possible de surveiller l'évolution de la tumeur de façon rapprochée. Il s'agit de réaliser des

examens médicaux régulièrement sans intervenir sauf si les examens indiquent que la tumeur est en train de grandir.

- o Dans tous les autres cas, opération et radiothérapie ont tous 2 la même efficacité. Ils ont par contre des effets secondaires différents et chaque patient doit donc recevoir une information sur les risques et les bénéfices de chacun. Par ailleurs, un traitement hormonal est recommandé en complément.
- o Un traitement hormonal seul peut être proposé chez les patients âgés et les patients ne pouvant ou ne voulant pas être traités par une opération ou par radiothérapie
- Le stade III du cancer de la prostate est appelé cancer localement avancé car la tumeur a franchi l'enveloppe entourant la prostate (enveloppe appelée capsule)
 - o La radiothérapie associée à un traitement hormonal est le traitement standard.

- Dans certains cas, il est possible de proposer une opération chirurgicale.
- Le stade IV du cancer de la prostate est appelé cancer avancé ou métastatique car le cancer s'est disséminé encore plus loin
 - Un traitement hormonal est le traitement standard.
 - Le recours à une intervention chirurgicale ou à la radiothérapie est possible afin de soulager les symptômes provoqués par le cancer.

Le suivi

- Afin de détecter une éventuelle récurrence du cancer, le taux de PSA est dosé régulièrement. Une augmentation du taux de PSA n'est pas suffisante pour confirmer une récurrence du cancer. Ceci doit être confirmé par la réalisation d'autres examens tels qu'une biopsie ou un scanner.

- Le suivi a aussi pour objectif d'évaluer les éventuels effets secondaires du traitement et de fournir un soutien psychologique et toute information nécessaire à la reprise d'une vie normale.

DÉFINITION DU CANCER DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate est un cancer qui se forme dans les tissus de la prostate. La prostate est une glande du système reproducteur masculin qui se trouve sous la vessie, en avant du rectum*. Ce cancer survient généralement chez les hommes âgés. Il ne doit pas être confondu avec l'hyperplasie bénigne* de la prostate qui est l'augmentation de la taille de la prostate en raison de l'augmentation du nombre de cellules, mais qui ne se propage pas à d'autres parties du corps, et dont les symptômes sont associés à la compression des structures adjacentes, notamment de l'urètre*.

LE CANCER DE LA PROSTATE EST-IL FRÉQUENT ?

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes. En Europe, environ un homme sur 10 développera un cancer de la prostate à un moment donné de sa vie. Ce risque est plus faible dans certains pays nordiques et dans les pays autour de la Méditerranée.

En Europe, environ 382 000 hommes, soit 65 sur 100 000) ont été diagnostiqués avec un cancer de la prostate en 2008, avec des variations entre le pays allant de 18 sur 100 000 en Grèce à 126 pour 100 000 en Irlande. Ces différences s'expliquent principalement par des différences de la fréquence du dépistage du cancer de la prostate entre les pays.

Au début, le cancer de la prostate peut ne causer aucun symptôme. Chez les hommes entre 55 et 69 ans, le cancer de la prostate peut être détecté en mesurant le taux de la

protéine PSA (prostate specific antigen). Des études suggèrent que le dépistage par le PSA pourrait réduire le nombre de décès liés au cancer de la prostate de 20%, mais ceci est sujet à controverse. Cependant, le cancer de la prostate se développe relativement lentement et la présence de symptômes est souvent le signe d'un cancer à un stade déjà avancé. L'utilité du dépistage a été étudiée largement et la conclusion actuelle est que bien que le dépistage diminue légèrement le nombre de décès par cancer de la prostate, de nombreux patients sont traités inutilement entraînant par conséquent une diminution de leur qualité de vie.

QU'EST-CE QUI PROVOQUE LE CANCER DE LA PROSTATE ?

À l'heure actuelle, les raisons pour lesquelles le cancer de la prostate apparaît ne sont pas claires. Certains facteurs de risque ont été identifiés. Un facteur de risque* augmente le risque d'apparition du cancer mais n'est ni suffisant ni nécessaire pour provoquer le cancer. Ce n'est pas une cause en soi.

Certains hommes qui présentent ces facteurs de risque ne développeront jamais un cancer de la prostate et certains hommes qui ne présentent aucun de ces facteurs de risque développeront un cancer de la prostate.

Les principaux facteurs de risque* du cancer de la prostate sont :

- **Le vieillissement** : le risque de cancer de la prostate est très influencé par l'âge. Après 50 ans, le risque augmente de façon exponentielle chaque année. Son mécanisme exact d'apparition n'est pas connu avec certitude, mais le vieillissement des cellules et les changements consécutifs de leur ADN* semblent y jouer un rôle.
- **L'origine ethnique** : dans les pays développés, les hommes noirs ont un risque plus élevé d'avoir un cancer de la prostate que les hommes blancs et asiatiques. Les raisons de cette différence sont mal connues.
- **Les gènes** : des recherches récentes ont montré qu'il existe plusieurs gènes hérités qui sont liés à un risque plus élevé de développer un cancer de la prostate, mais apparemment, ils ne représentent qu'un faible nombre de cas. Des études sont en cours afin de déterminer si les tests de recherche

de ces gènes pourraient servir à prédire le risque de cancer de la prostate.

- ***Les antécédents familiaux de cancer de la prostate :*** il a été prouvé qu'il existait une prédisposition familiale au cancer de la prostate, notamment chez les hommes dont les pères ou les frères sont ou ont été touchés.
- ***Le régime alimentaire :*** il est difficile de savoir si le régime alimentaire et le mode de vie jouent un rôle dans le développement du cancer de la prostate. Certaines études suggèrent qu'une alimentation riche en viande rouge ou en produits laitiers augmente légèrement le risque de développer un cancer de la prostate. D'autre part, certaines études suggèrent qu'une alimentation riche en lycopènes issues des tomates et en sélénium, un minéral* qui se trouve principalement dans les viandes, les poissons, les fruits de mer, les œufs et les céréales,

diminue légèrement le risque de cancer de la prostate. L'obésité augmente également le risque d'avoir un cancer de la prostate.

- **Le mode de vie :** le tabagisme peut augmenter légèrement le risque de cancer de la prostate alors qu'une activité physique régulière semble diminuer légèrement ce risque.
- **Les hormones :** des taux sanguins élevés de testostérone* engendrent un risque accru de cancer de la prostate. En outre, certaines hormones liées à la croissance ont été associées au cancer, mais des études supplémentaires doivent être menées.

D'autres facteurs sont suspectés d'être associés à un risque accru de cancer de la prostate, mais les preuves obtenues sont contradictoires. Malheureusement, on ne peut pas agir sur les facteurs qui ont le plus d'influence sur le risque de

cancer de la prostate tels que l'âge, l'origine ethnique, les gènes et les antécédents familiaux.

COMMENT LE CANCER DE LA PROSTATE EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Le cancer de la prostate se développe lentement et les symptômes peuvent n'apparaître que lorsque la maladie est à un stade avancé. Les symptômes les plus courants sont à ce stade des symptômes urinaires tels que l'augmentation de la fréquence des mictions, une difficulté à démarrer la miction, les réveils multiples pour uriner durant la nuit, une sensation d'urgence ou de nécessité d'uriner immédiatement. D'autres symptômes moins fréquents sont la présence de sang dans les urines et le sperme, des douleurs osseuses, une perte de contrôle de la vessie. Ces symptômes sont en fait moins spécifiques que les précédents.

En conséquence, les hommes atteints des symptômes mentionnés précédemment ou présentant des facteurs de

risque* comme l'âge ou des antécédents familiaux de cancer de la prostate doivent se faire examiner.

Le diagnostic repose sur la mesure du taux sanguin d'antigène prostatique spécifique* (PSA) et sur le toucher rectal pour les patients présentant des symptômes ou qui demandent à être examinés lors d'un examen normal de dépistage. Ce diagnostic doit néanmoins être confirmé par une biopsie* et un examen anatomopathologique.

1. Le toucher rectal

Le toucher rectal est un examen destiné à vérifier la taille, la consistance, la sensibilité et les limites de la prostate. Comme la prostate est située à l'avant du rectum, le médecin peut la palper en insérant un doigt ganté et lubrifié dans le rectum. Le toucher rectal pourrait manquer environ la moitié des cancers de la prostate. Un dosage du PSA doit donc être réalisé en complément. Ces examens doivent être réalisés chez les patients présentant des signes évocateurs

d'un cancer de la prostate ou chez des patients qui souhaitent être dépistés pour le cancer de la prostate.

2. Le dosage du PSA

PSA est l'acronyme anglais d'antigène prostatique spécifique*. Il s'agit d'une protéine* produite exclusivement par la prostate. Cet examen mesure le niveau de PSA dans le sang. Cette protéine est présente normalement dans le sang, mais une augmentation de son taux peut suggérer la présence d'un cancer de la prostate. Chez les patients sans signes de cancer, le dosage du PSA est répété régulièrement afin de détecter tout changement dans le temps. Il est toutefois important de savoir que le cancer de la prostate n'est pas la seule cause d'augmentation des taux de PSA. Des maladies non-cancéreuses telles qu'une inflammation de la prostate (prostatite), une infection urinaire ou une hyperplasie bénigne de la prostate* peut entraîner une élévation des taux de PSA. Certains médicaments, la réalisation récente

d'une biopsie de la prostate ou d'un toucher rectal, la pratique du vélo ou des relations sexuelles sont autant d'autres raisons fréquentes d'élévation du taux de PSA. Il est conseillé d'éviter autant que possible ces situations avant un dosage du PSA.

3. La biopsie

Le diagnostic ne peut être confirmé que par l'examen en laboratoire d'un échantillon des cellules tumorales (biopsie*). Dans cette procédure, des échantillons de tissu prostatique sont prélevés afin d'en analyser les cellules. Les échantillons peuvent être prélevés en insérant une aiguille par le rectum*, le périnée* ou l'urètre*.

- Par voie rectale : lorsque la biopsie* est réalisée par le rectum*, il convient de réaliser préalablement un lavement pour nettoyer le rectum. Cela peut être fait sous anesthésie locale ou générale. L'administration d'antibiotiques peut diminuer le

risque d'infections. Une échographie* transrectale (TRUS) est généralement utilisée pour guider l'aiguille au bon endroit de biopsie*, mais parfois un guide-aiguille est fixé sur le doigt du médecin qui doit alors insérer un doigt dans le rectum*. L'aiguille est ensuite glissée le long du guide à travers la paroi du rectum*. Dans la prostate, l'aiguille est tournée pour prélever des échantillons de tissus, puis elle est retirée. Une biopsie transrectale* dure environ 30 minutes. C'est la méthode la plus couramment utilisée pour la réalisation d'une biopsie.

- Par voie périnéale : lorsque la biopsie* est réalisée en traversant le périnée*, il est possible de recourir à une anesthésie locale ou générale. Le médecin insère un doigt dans le rectum* du patient pour maintenir la prostate pendant le prélèvement des échantillons. Une petite coupure (incision) est faite

dans le périnée* du patient. L'aiguille traverse alors le périnée et pénètre dans la prostate. Pour prélever un échantillon de tissu, l'aiguille est légèrement tournée, puis retirée. Une pression est appliquée pour stopper l'hémorragie et un petit pansement est placé sur l'incision. Ce type de biopsie* dure habituellement environ 15 à 30 minutes.

- Par voie urétrale : lorsque la biopsie* est réalisée par l'urètre*, on peut généralement recourir à une rachianesthésie ou à une anesthésie* locale. Un endoscope (cystoscope) est inséré dans l'urètre*. Il permet au médecin d'observer directement la prostate. Un bistouri en forme d'anse est passé dans le cystoscope pour enlever des petits morceaux de tissu de la prostate. Une biopsie transurétrale* dure habituellement de 30 à 45 minutes.

Généralement, plusieurs échantillons de biopsie* sont prélevés dans différentes parties de la prostate lors de la même intervention. Cela permet au médecin de déterminer où se trouvent les cellules cancéreuses, ainsi que le stade de développement du cancer.

Des antibiotiques* doivent être prescrits avant l'intervention pour prévenir les infections.

Un second examen anatomopathologique de la tumeur et des ganglions lymphatiques retirés chirurgicalement sera effectué plus tard.

La décision de faire ou ne pas faire une biopsie doit être prise en fonction des résultats du toucher rectal, de la taille de la prostate, de l'âge, de l'ethnicité, de la présence d'autres maladies, d'antécédents de cancer de prostate dans la famille, du souhait du patient, de la réalisation d'une biopsie dans le passé et du taux de PSA. Si le taux de PSA est élevé mais l'analyse en laboratoire des échantillons

prélevés lors de la biopsie ne montrent pas de signe de cancer, un nouveau test appelé PCA3 peut être fait lors d'une analyse d'urines afin de voir si de nouvelles biopsies sont nécessaires.

QU'EST-CE-QUI EST IMPORTANT À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins devront rassembler différentes informations pour déterminer le meilleur traitement. Ces informations à recueillir concernent le patient et le cancer.

Informations importantes à propos du patient

- Les antécédents médicaux personnels
- Les antécédents de cancer dans la famille, en particulier de cancer de la prostate
- Les résultats de l'examen clinique* pratiqué par le médecin
- L'état de santé générale du patient
- Les résultats des analyses de sang effectuées pour évaluer les globules blancs*, les globules rouges*,

les plaquettes* et pour déceler tout problème au niveau du foie et du rein, ainsi que des problèmes osseux.

- L'âge du patient et son espérance de vie
- Les autres maladies du patient, telles que les problèmes cardiaques et pulmonaires* ou un diabète.
- Les préférences personnelles du patient sur les options de traitement en ce qui concerne les risques, les effets secondaires possibles et les chances de succès (risques et bénéfices)

Informations importantes à propos du cancer

- **Les résultats de la biopsie***

Le diagnostic de cancer de la prostate ne peut être confirmé qu'après une biopsie*. Dans cette procédure, des

échantillons de tissu prostatique sont prélevés pour analyser les cellules.

Comme expliqué précédemment, les échantillons sont obtenus en insérant une aiguille dans le rectum*, le périnée* ou l'urètre*.

Une fois que les échantillons ont été analysés, l'anatomopathologiste attribue un score* au cancer, généralement selon le système de Gleason. Le score de Gleason utilise des grades de 1 à 5, en fonction de la différence d'aspect des cellules tumorales par rapport aux cellules normales de la prostate, également appelée grade de différenciation*.

Le grade 1 indique que les cellules cancéreuses ressemblent beaucoup à des cellules normales de la prostate.

Le grade 5 indique que les cellules cancéreuses semblent être réparties de manière complètement désorganisée et

par conséquent le tissu ne ressemble plus du tout à du tissu normal de prostate.

Les grades 2, 3 et 4 sont situés entre les deux extrêmes. Les grades 1 et 2 ne sont désormais plus utilisés.

Le score de Gleason est calculé en faisant la somme du grade retrouvé le plus souvent dans les cellules cancéreuses et du plus haut grade retrouvé. s

Un **score de Gleason inférieur ou égal à 6** indique un cancer bien différencié* ou de bas grade de malignité. En moyenne, le pronostic* est meilleur.

Un **score de Gleason de 7** indique un cancer moyennement différencié* ou de grade intermédiaire de malignité. En moyenne, le pronostic* est intermédiaire.

Un **score de Gleason de 8-10** indique un cancer peu différencié* ou de haut grade. En moyenne, le pronostic* est plus faible.

Parfois, les résultats de la biopsie* ne sont pas concluants et la procédure doit être répétée.

- **Stade du cancer**

Les médecins utilisent les stades du cancer pour estimer l'étendue du cancer et le pronostic* du patient. La classification TNM est habituellement utilisée. La combinaison de T, taille de la tumeur et invasion des tissus avoisinants, N, atteinte des ganglions lymphatiques et M, métastases ou propagation du cancer à un autre organe du corps, aboutira au classement du cancer dans l'un des stades décrits ci-dessous.

Le stade est fondamental pour décider du traitement. Plus le stade est élevé, moins le pronostic* est bon. La détermination du stade est généralement effectuée à deux reprises : après l'examen clinique* et radiologique et après la chirurgie. Lorsqu'une chirurgie est réalisée, la

détermination du stade peut également être influencée par l'examen en laboratoire de la tumeur qui a été enlevée.

Le tableau ci-dessous présente les différents stades du cancer de la prostate. Les définitions sont techniques. Il est donc recommandé de s'adresser à un médecin pour de plus amples explications.

Stade	Définition
Stade I	La tumeur occupe un seul lobe de la prostate, qui a deux lobes. Elle peut être détectée par hasard lors d'une biopsie* effectuée après avoir observé un taux élevé de PSA. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques* ou ailleurs dans l'organisme.
Stade II	La tumeur s'est propagée à l'autre lobe et peut occuper toute la prostate sans sortir de la capsule qui l'enveloppe. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques* ou ailleurs dans

	l'organisme.
Stade III	La tumeur s'est propagée à l'extérieur de la prostate dans les vésicules séminales*, qui sont deux glandes situées au-dessus de la prostate et qui sécrètent une proportion importante du fluide composant le sperme. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques* ou ailleurs dans le corps en dehors des vésicules séminales*.
Stade IV	La tumeur a envahi les structures adjacentes autres que les vésicules séminales*, par exemple, le rectum*, les muscles ou la paroi du pelvis ; ou, indépendamment de l'envahissement des structures adjacentes, elle s'est propagée à d'autres parties du corps y compris les ganglions lymphatiques* et les os.

- **Les catégories de risque**

Pour estimer l'agressivité des cancers localisés de la prostate, ceux-ci sont classés en catégories de risques faible, intermédiaire ou élevé en fonction de la taille de la tumeur, du score de Gleason et du taux de PSA.

Le cancer de la prostate à faible risque correspond à une tumeur limitée à un lobe de la prostate (qui a deux lobes), un score de Gleason inférieur à 7 et un taux de PSA inférieur à 10 nanogrammes par millilitre (ng/ml).

Le cancer de la prostate à risque intermédiaire correspond à une tumeur qui a envahi partiellement ou totalement l'autre lobe de la prostate, un score de Gleason égal à 7 ou un taux de PSA compris entre 11 et 19 ng/ml. Le cancer de la prostate à haut risque présente une tumeur qui a envahi les structures adjacentes de la prostate avec un score de Gleason supérieur à 7 ou un taux de PSA supérieur à 20 ng/ml.

Lorsque le risque est faible, il n'est pas nécessaire de réaliser une scintigraphie* osseuse. Cet examen a pour but de rechercher une dissémination possible du cancer au niveau des os (métastases* osseuses).

Lorsque le risque est intermédiaire et qu'une radiothérapie est envisagée, la réalisation d'une IRM du bassin est recommandée. Lorsque le risque est intermédiaire et qu'une opération est envisagée, il est nécessaire de discuter les risques et bénéfices potentiels de retirer également les ganglions lymphatiques lors de l'opération et de prendre une décision en fonction du pronostic* du cancer.

Lorsque le risque est élevé, une scintigraphie* osseuse doit être réalisée et une IRM du bassin peut être considérée.

Si la présence de métastases osseuses est suspectée, une scintigraphie* osseuse n'est réalisée que si le score de Gleason est d'au moins 7 et si le taux de PSA supérieur à 10 ng/ml.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT?

L'élaboration du programme de soins implique la participation d'une équipe multidisciplinaire de médecins. Ceci implique généralement une réunion entre différents spécialistes, que l'on appelle réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire. Au cours de cette réunion, le programme de traitement sera discuté en fonction des informations importantes évoquées plus haut.

L'intensité du traitement dépendra du stade du cancer, des caractéristiques de la tumeur et des risques encourus.

Il existe de nombreuses options de traitement, mais il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue une gestion optimale. Les différents types de traitements énumérés ci-dessous ont leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications. Il est recommandé d'interroger les oncologues

à propos des bénéfices et des risques attendus pour chaque traitement afin d'être informé des conséquences du traitement. Pour certains traitements, plusieurs options sont disponibles et leur choix doit être discuté en fonction du rapport entre les risques et les bénéfices.

Plan de traitement selon le stade de cancer de la prostate

Plan de traitement pour les cancers localisés à la prostate (stades I et II)

Dans les stades I et II du cancer de la prostate, la tumeur occupe un seul des deux lobes de la prostate, ou les deux lobes, sans envahir d'autres tissus à l'extérieur de l'organe. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques ou ailleurs dans l'organisme. Pour les patients dont le risque est considéré comme faible, une surveillance active* peut être discutée. Pour les patients dont le risque est considéré*

comme intermédiaire, une opération seule ou une radiothérapie associée à un traitement hormonal sont possibles. Un traitement hormonal seul peut être proposé aux patients âgés et aux patients ne pouvant ou ne voulant pas être opérés.

Les patients dont le cancer est au stade I ou II sont des patients dont le risque est considéré comme faible ou intermédiaire. Pour les patients dont le risque est considéré comme faible, une surveillance active* peut être discutée avec les médecins car jusqu'à maintenant, il n'a pas été démontré qu'un traitement immédiat permettait de prolonger la durée de vie des patients à ce stade.

Pour les patients dont le risque est considéré comme intermédiaire, les options de traitement sont soit une opération pour enlever l'ensemble de la prostate, soit une radiothérapie* externe associée à un traitement hormonal qui permet de diminuer le taux de testostérone dans le sang, soit une curiethérapie*.

Aux patients âgés qui n'ont pas de symptômes, aux patients qui ont d'autres problèmes importants de santé, ou à ceux qui refusent de subir un traitement, un suivi* rapproché de leur état peut être proposé. En cas de progression des symptômes lors de ce suivi, une hormonothérapie* sera proposée.

L'hormonothérapie* a pour but d'abaisser le niveau de l'hormone appelée testostérone*, qui est liée à la croissance des cellules cancéreuses dans la prostate. Le recours à une hormonothérapie* n'est recommandée qu'en cas d'apparition de signes de progression de la maladie chez les patients sous surveillance active*.

Les options de traitement destinées à enlever la tumeur ou à en réduire la taille sont les suivantes :

- La prostatectomie est l'ablation de la prostate par une intervention chirurgicale. La prostatectomie par coelioscopie* est un type de prostatectomie qui a apparemment des résultats similaires à la chirurgie ouverte, bien que la reprise du contrôle de la vessie puisse être légèrement retardée. En épargnant les nerfs, la coelioscopie* augmente les chances du retour à la normale de l'activité sexuelle. La prostatectomie par coelioscopie* assistée par robot présente apparemment des avantages par rapport à l'approche ouverte en termes de douleur, de perte de sang et de temps de rétablissement. Mais le temps nécessaire aux chirurgiens pour maîtriser parfaitement ces techniques aidées par robot est un facteur* négatif, et comme il s'agit d'une technique nouvelle, les résultats à long terme n'ont pas encore été évalués.
- La radiothérapie* est l'utilisation de rayons pour détruire les cellules cancéreuses, est également une

option de traitement. Les cellules cancéreuses sont moins capables de réparer les lésions causées par les rayons que les cellules normales, d'où l'intérêt de la radiothérapie* pour traiter le cancer. La radiothérapie* externe et la curiethérapie* sont les deux modes de radiothérapie* utilisés.

En radiothérapie* externe, les rayons sont produits par une source externe et ensuite dirigés vers la tumeur. Il convient d'utiliser des techniques dites conformationnelles qui permettent au faisceau de rayons d'être plus précis et ciblé afin de prévenir les effets secondaires. Parmi ces techniques de conformation figurent la Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité* (IMRT) et la radiothérapie stéréotaxique*, pour n'en nommer que quelques-unes.

Dans la curiethérapie*, la source du rayonnement* est placée à l'intérieur de la prostate dans une petite pastille radioactive.

- L'efficacité de la radiothérapie* et celle de la prostatectomie* sont équivalentes. Afin de prendre une décision, il est donc important de prendre en compte et d'évaluer les possibles effets secondaires. Ce choix doit être fait avec le soutien d'un chirurgien oncologue ou d'un urologue et d'un radiothérapeute*.

Plan de traitement pour les cancers de la prostate localement avancés (stade III)

Dans le cancer de la prostate de stade III, la tumeur s'est propagée à l'extérieur de la prostate vers les vésicules séminales. Le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques* ou ailleurs dans le corps, en dehors des vésicules séminales*. Une radiothérapie* associée à un traitement hormonal* est le traitement standard. Dans certains cas, une opération peut être discutée.*

Les patients dont le cancer est au stade III sont des patients dont le risque est considéré comme élevé. Le traitement standard est la radiothérapie. Une radiothérapie associée à un traitement hormonal pour 2 ou 3 ans est recommandée car il a été démontré que cela permettait de prolonger la durée de vie des patients par rapport à une radiothérapie seule. Un traitement hormonal seul n'est pas recommandé. Parfois, une opération enlevant la prostate et les ganglions lymphatiques peut être envisagée.

Pour les patients n'ayant pas de symptômes et ne pouvant ou ne voulant pas recevoir les traitements évoqués ci-dessus, il est possible d'organiser une surveillance active* avec initiation d'un traitement hormonal dès que la surveillance indique que le cancer évolue.

Afin d'augmenter les chances de guérison, plusieurs traitements sont associés chez un même patient. Un traitement « néo-adjuvant » est un traitement donné avant le traitement principal (c'est-à-dire le plus important). Un

traitement adjuvant est un traitement donné après ou en parallèle au traitement principal.

Pour les hommes dont le risque est considéré comme élevé, un traitement hormonal néo-adjuvant avec un médicament agoniste de la LHRH est recommandé pour une durée de 4 à 6 mois avant de commencer la radiothérapie. Un traitement hormonal adjuvant est ensuite recommandé pendant 2 ou 3 ans.

Il est possible de proposer le bicalutamide au lieu d'un agoniste de la LHRH comme traitement hormonal adjuvant chez les hommes pour lesquels il est très important de maintenir autant que possible une fonction sexuelle normale. Cependant, il existe encore une incertitude concernant l'efficacité de ce traitement sur le cancer lui-même.

Dans le cas où une opération enlevant toute la prostate a été réalisée, une radiothérapie réalisée immédiatement après l'opération peut être envisagée, bien que ce ne soit pas recommandé systématiquement. Les patients chez qui il est probable que l'ensemble de la tumeur n'a pas pu être enlevée, chez qui les marges de résection* sont positives ou chez qui la tumeur s'est étendue au-delà de la prostate aux tissus ou organes voisins doivent recevoir une information détaillée sur les risques et les bénéfices éventuels d'une radiothérapie.

Dans tous les cas, lorsque la prostate a été enlevée complètement, un traitement hormonal n'est pas recommandé.

Plan de traitement pour les cancers de la prostate avancés (stade IV)

La tumeur a envahi les structures adjacentes autres que les vésicules séminales, par exemple, le rectum*, les muscles*

Cancer de la prostate : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2014.1

Page 44

Ce document est fourni par le Fonds Anticancer avec la permission de l'ESMO.

Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical. Il est à usage personnel et ne peut pas être modifié, reproduit ou diffusé d'aucune manière sans l'autorisation écrite de l'ESMO et du Fonds Anticancer.

ou la paroi du pelvis, ou, indépendamment de l'invasion des structures adjacentes, elle s'est propagée à d'autres parties du corps, y compris aux ganglions lymphatiques et aux os. Un traitement hormonal est le traitement standard. Il est possible d'avoir recours à une opération ou à une radiothérapie afin de soulager les symptômes liés au cancer.*

Le traitement de première intention repose sur l'hormonothérapie*. Les autres possibilités de traitement sont la radiothérapie* externe associée à l'hormonothérapie* et la chirurgie afin de soulager les symptômes tels que les saignements dans les urines et une obstruction des voies urinaires.

Hormonothérapie

Le but du traitement hormonal est de diminuer les taux d'androgènes* dans le sang, et plus particulièrement la testostérone*. La testostérone stimule* en effet la

croissance des cellules. L'hormonothérapie* peut être obtenue chirurgicalement (castration chirurgicale) par l'ablation des deux testicules, également appelée orchidectomie* ou de manière non chirurgicale par administration d'agonistes de la LHRH* (castration chimique). Dans le cas d'une hormonothérapie chirurgicale, on retire les organes qui produisent la testostérone*, c'est-à-dire, les testicules. Dans le cas d'une hormonothérapie non chirurgicale, l'administration d'agonistes de la LHRH* empêche la libération d'une hormone appelée LH (hormone lutéinisante) dans le cerveau et qui est responsable de la production de testostérone* dans les testicules. Par conséquent, ce traitement hormonal diminue le niveau de testostérone* dans le sang.

L'hormonothérapie* intermittente se compose d'une période initiale de traitement hormonal, qui dure généralement entre 6 et 9 mois, suivie d'une période de même durée pendant laquelle aucun traitement actif n'est

entrepris. Les patients sont ensuite suivis et lorsque les critères de réactivation de la maladie sont réunis, le traitement hormonal est repris. L'intérêt de l'approche intermittente doit être confirmé par des études à plus long terme, bien que les premiers résultats suggèrent une équivalence avec une hormonothérapie* classique, continue.

Un des effets du traitement par agonistes* de la LHRH* est le phénomène initial de recrudescence, dans lequel le taux sanguin de testostérone* augmente en raison de la stimulation initiale des récepteurs d'androgènes*. Cela peut entraîner une augmentation à court terme de la croissance du cancer, et si le patient a des métastases* au niveau des os, elles peuvent devenir douloureuses. Lorsque les métastases* se trouvent au niveau de la colonne vertébrale, une légère augmentation de leur volume peut produire une compression de la moelle épinière et une paralysie. Pour éviter ce phénomène de recrudescence, on

administre des anti-androgènes* pendant quelques semaines. Des antagonistes de la LHRH* ont été développés récemment et semblent permettre de réduire le taux de testostérone* de manière équivalente sans avoir besoin d'un anti-androgène pour contrôler le pic transitoire de testostérone*.

Cancer de la prostate résistant au traitement hormonal

Lors du traitement hormonal, il est possible que le cancer de la prostate devienne résistant au traitement hormonal. Pour ces patients, il est recommandé de poursuivre le traitement hormonal initial et de discuter d'autres options de traitement hormonal telles que les médicaments anti-androgènes*, les corticostéroïdes*, les œstrogènes* et les inhibiteurs de l'enzyme CYP17* (qui bloquent l'enzyme CYP17 nécessaire à la synthèse des hormones androgènes) comme l'abiratérone.

Chez les patients dont le traitement hormonal n'a pas ou que peu d'effet ou dont les symptômes liés au cancer sont importants et gênants, le recours à une chimiothérapie est préférable. Le docétaxel* associé à la prednisone* toutes les 3 semaines est recommandée pour les patients souffrant de symptôme d'un cancer devenu résistant au traitement hormonal. Si le traitement par docétaxel* n'a pas ou que peu d'effet, un traitement hormonal par abiratéron* ou enzatumamide* associés à la prednisone peut être proposé s'ils n'ont pas déjà été essayés. Le cabazitaxel* et la mitoxantrone* sont d'autres médicaments qui pourraient être utilisés après échec du traitement par docétaxel*. L'association du cabazitaxel* à la prednisone* a montré qu'elle permettait de prolonger la survie des patients de façon plus importante que l'association de la mitoxantrone* à la prednisone*, tout en sachant qu'elle n'est pas dénuée d'effets indésirables.

Métastases osseuses

Avec l'âge, les hommes sont sujets à l'ostéoporose et donc aux fractures. Le traitement hormonal augmente ce risque. La densité minérale osseuse est un indicateur du risque de fractures. Lorsque cette densité est faible, le risque de fractures est augmenté. La densité minérale osseuse doit donc être contrôlée annuellement. Si la densité diminue, l'acide zolédronique* peut être utilisé. Les métastases* elles-mêmes peuvent causer des fractures. La compression de la moelle épinière en raison d'une fracture de la colonne vertébrale est une complication sévère qui peut être diagnostiquée assez tôt par l'imagerie médicale et qui peut être traitée avec succès.

Une dose unique de radiothérapie* externe doit être proposée aux patients présentant un petit nombre de métastases* osseuses douloureuses dues à un cancer résistant au traitement hormonal.

La thérapie par radioisotopes ciblant les os au strontium 89, au radium-223* ou au samarium 153 a montré son efficacité chez les patients présentant des métastases* osseuses douloureuses dues à un cancer résistant au traitement hormonal. Cette technique est basée sur l'injection intraveineuse de molécules qui sont radioactives et qui ont une affinité pour les os. Après injection, les molécules atteignent les os et émettent des rayons localement.

L'acide zolédronique* ou le dénosumab* doivent être envisagés chez les patients avec des douleurs osseuses qui résistent malgré la radiothérapie* et les antalgiques classiques.

Le dénosumab* a démontré qu'il permettait de mieux retarder la survenue de lésions osseuses (fracture, tassement de vertèbre) en lien avec les métastases que l'acide zolédronique*. Cependant, ses effets indésirables

sont plus fréquents. Aucun de ces deux traitements n'a montré qu'il permettait de prolonger la survie des patients.

La compression de la moelle épinière est une conséquence grave de métastases aux vertèbres. Un diagnostic précoce de cette compression est fondamental afin d'en réduire les conséquences. La réalisation d'une IRM* de la colonne vertébrale doit être envisagée chez les patients ayant des métastases aux vertèbres et des douleurs dans le dos afin de détecter précocement une telle compression.

Les autres modalités de traitement

Vaccin

Le sipuleucel-T est vaccin thérapeutique. Un vaccin thérapeutique est destiné à traiter le cancer, non pas à le prévenir.

Il est élaboré avec les globules blancs* prélevés dans le sang du patient et exposés à des protéines* issues des cellules cancéreuses de la prostate appelées phosphatases acides prostatiques (PAP). Après ce processus, les cellules sont injectées chez le même patient. Dans l'organisme, elles incitent alors d'autres cellules du système immunitaire à attaquer le cancer.

Il peut être utilisé chez les patients ayant un cancer de la prostate avec métastases, en particulier lorsque le traitement hormonal ne fonctionne pas ou plus et qu'il

semble prématuré d'avoir recours à un traitement par chimiothérapie.

Traitements locaux dits de « sauvetage »

La cryochirurgie*

Ce type de traitement est utilisé pour traiter le cancer localisé de la prostate en le détruisant par le froid. Cela ne doit pas être envisagé pour les patients dont le volume de la prostate est grand.

Cette intervention est effectuée sous anesthésie* et avec l'aide d'une échographie*. Ses résultats à long terme n'ont pas encore été mesurés. Par conséquent, ce traitement est parfois recommandé lorsque le cancer est réapparu malgré l'utilisation d'autres types de traitement.

La cryochirurgie n'est pas recommandée comme traitement initial et est plutôt considérée comme une thérapie* expérimentale en cours de développement.

Les ultrasons focalisés de haute intensité* (HIFU)

Ce type de traitement concentre des faisceaux d'ultrasons de haute intensité* dans la prostate à l'aide d'une sonde dans le rectum*, de manière à chauffer et détruire un volume très précis de tissu. Ce type de traitement vise la tumeur et non pas toute la glande. Il est recommandé pour le cancer de la prostate localisé dans un seul lobe. Ses effets secondaires comprennent une incontinence urinaire et une impuissance.

Il n'est pas recommandé comme traitement initial et est plutôt considéré comme une thérapie* expérimentale en cours de développement.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ÉVENTUELS DU TRAITEMENT?

Les effets secondaires de la chirurgie

Enlever la prostate peut entraîner des effets secondaires comme une incontinence urinaire, une impuissance ou la stérilité en raison de dégâts causés aux structures et nerfs impliqués dans le contrôle des capacités d'érection.

Les effets secondaires de la radiothérapie

La radiothérapie peut entraîner une incontinence, une impuissance, des problèmes urinaires et intestinaux, une fatigue, un rétrécissement de l'urètre, une obstruction* lymphatique et une rétention d'eau*, et par conséquent, des œdèmes.

La curiethérapie consiste à placer une source radioactive au niveau de la prostate. Tant que la source radioactive est active, des rayonnements peuvent atteindre la surface du corps et il est donc recommandé que les patients évitent tout contact avec des femmes enceintes et des enfants.

Les effets secondaires des radioisotopes

Le sang et les urines resteront radioactifs quelque temps. Les médecins et infirmières vous donneront des conseils sur les mesures à prendre lors de la période de traitement.

Les effets secondaires des traitements hormonaux

Les principaux effets indésirables des traitements hormonaux sont une perte de libido, une impuissance, des bouffées de chaleur, des changements d'humeur, une ostéoporose, une faiblesse musculaire, un développement excessif des seins (gynécomastie), une résistance à l'insuline et une augmentation de la quantité de graisse. Les patients

doivent être suivis pour surveiller la survenue de ces effets indésirables et les prendre en charge.

L'abiratéronne présente des effets indésirables plus spécifiques comme une hypertension, une rétention d'eau* et des œdèmes*, une fatigue, une infection urinaire, une arythmie cardiaque et des lésions au foie.

L'enzatulamide peut entraîner des maux de tête, des bouffées de chaleur, une hypertension, des douleurs dans le dos, une infection des voies respiratoires, une anxiété, des diarrhées, une fatigue, des crises d'épilepsie, la présence de sang dans les urines et des œdèmes*.

Les effets secondaires de la chimiothérapie

- **Docétaxel** : les effets secondaires liés à l'utilisation du docétaxel comprennent une neutropénie*, une fatigue, une perte de cheveux, des diarrhées, une

neuropathie*, un œdème* des membres et une dystrophie* des ongles.

- Mitoxantrone : la fatigue, la perte de cheveux, les nausées, les vomissements, la diarrhée, la lymphopénie* et la thrombocytopénie* sont les effets secondaires liés à son utilisation.
- Cabazitaxel : les effets secondaires liés à son utilisation comprennent une fatigue, une diarrhée, une hématurie (sang dans les urines), une anémie*, une neutropénie*, une perte de cheveux et un œdème* des membres (gonflement des tissus du à une rétention d'eau*).

Les effets secondaires de l'acide zolédronique

Les effets secondaires dus à l'utilisation de l'acide zolédronique* comprennent une anémie*, une fièvre, des

oedèmes (rétention d'eau*), une fatigue, des douleurs musculaires et une nécrose de la mâchoire. Pour réduire le risque de nécrose de la mâchoire (sans pour autant l'éliminer), une bonne hygiène bucco-dentaire ainsi que des soins dentaires réguliers sont recommandés. Pour certains patients recevant de l'acide zolédronique* par voie intraveineuse*, l'utilisation d'un antibiotique comme la clindamycine peut être indiquée, combinée avec des bains de bouche à la chlorhexidine, 4 fois par jour.

Les effets secondaires du dénosumab

Les effets secondaires les plus fréquents liés au dénosumab sont les douleurs au dos, une éruption cutanée parfois avec des bulles, du sang dans les urines et des douleurs musculaire et osseuses.

Les effets secondaires du sipuleucel-T

L'utilisation de ce vaccin thérapeutique est associé à une fièvre, des signes d'inflammation voire parfois une infection à l'endroit où les cellules nécessaires pour préparer le vaccin ont été prélevées ou à l'endroit où le vaccin a été injecté. Les effets secondaires possibles comprennent des nausées, des maux de tête, des douleurs dans le dos et des douleurs à différents endroits du corps.

Les effets secondaires de la cryochirurgie

Les effets secondaires résultant de la congélation des structures adjacentes et des nerfs peuvent inclure une incontinence urinaire, une impuissance et l'apparition d'une fistule, c'est-à-dire un passage anormal entre le rectum* et la vessie).

Les effets secondaires des ultrasons focalisés de haute intensité* (HIFU)

Ses effets secondaires comprennent une incontinence urinaire et une impuissance.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Il n'existe aucun traitement qui n'a pas d'effets secondaires, bien que de nouvelles techniques permettent de réduire ces effets indésirables.

Les effets secondaires du traitement, comme l'impuissance, l'incontinence et l'infertilité, doivent être discutés explicitement et ouvertement avec le patient.

Les principaux traitements du cancer de la prostate peuvent avoir des conséquences à long terme. Par exemple, la fonction sexuelle est particulièrement affectée par la chirurgie, et les fonctions urinaires et intestinales sont plus particulièrement touchées par la radiothérapie* externe et la curiethérapie.

Le suivi* avec les médecins

Une fois que le traitement est terminé, les médecins proposeront un suivi* dont les objectifs sont de :

- Détecter une récurrence* éventuelle le plus tôt possible ;
- Évaluer les effets indésirables du traitement et les traiter ;
- Apporter un soutien psychologique et fournir des informations afin de favoriser le retour à une vie normale.

Les visites de suivi* avec l'oncologue doivent comprendre :

- Des questions sur les symptômes et un examen clinique ;

- Le taux de PSA doit être mesuré régulièrement après un traitement ayant permis d'éliminer totalement la tumeur.

Après l'intervention chirurgicale, en raison de l'élimination des cellules cancéreuses de la prostate, le taux de PSA doit être indétectable dans le sang, mais parfois, un taux faible de PSA circule encore dans le sang. Dans ce cas, les médecins peuvent recommander d'attendre quelques semaines pour effectuer à nouveau cet examen.

Après la radiothérapie*, il n'est pas prévu que les taux de PSA présentent une baisse spectaculaire. Cela se déroule progressivement jusqu'à atteindre un niveau minimal de PSA au bout de 2 ans. Dans de nombreux cas, si ce n'est la majorité d'entre eux, un patient recevant aujourd'hui une radiothérapie* reçoit également une hormonothérapie* débutée avant le traitement par radiothérapie. Dans ce cas, il est probable que le taux de PSA est soit indétectable ou très faible, même avant le début de la radiothérapie*.

Puisque dans cette situation, le taux de PSA restera bas après la radiothérapie, une autre protéine produite uniquement par la prostate et appelée phosphatase acide prostatique (PAP) peut être dosée au cours du suivi du patient.

Les valeurs de PSA fluctuent légèrement avec le temps. Une petite augmentation ne signifie pas obligatoirement une récurrence* du cancer (ou que le cancer n'a pas été guéri). Cependant, comme une augmentation peut être une indication de récurrence* du cancer, il doit être contrôlé.

Un toucher rectal n'est pas recommandé tant que le taux de PSA reste à des niveaux de référence.

Une biopsie* de la loge prostatique ne doit pas être effectuée chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate et qui ont subi une prostatectomie radicale. Une biopsie* de la prostate après radiothérapie* doit être effectuée uniquement chez les hommes atteints d'un

cancer de la prostate qui envisagent une « thérapie de sauvetage » (par exemple, ultrasons focalisés de haute intensité ou HIFU, cryochirurgie ou chirurgie de sauvetage).

Un traitement supplémentaire peut être recommandé si les niveaux de PSA montrent une tendance à la hausse sur une période de temps (rechute biochimique), en respectant les critères suivants :

- Pour les hommes qui ont été sous surveillance active c'est-à-dire un suivi sans traitement ; si leur taux de PSA a doublé en moins de 3 ans ou s'ils présentent une augmentation du taux de PSA de plus de 0,75 ng/ml par an, ou s'ils ont une biopsie* de la prostate montrant des signes d'aggravation du cancer.

- Pour les hommes qui ont subi une prostatectomie radicale (ablation de la prostate) ; si leur taux de PSA ne tombe pas en dessous des limites de détection après une chirurgie ou s'ils ont un taux détectable de PSA (sup. à 0,3 ng/ml) qui augmente sur deux mesures ou plus après avoir eu un taux de PSA non détectable.
- Pour les hommes qui ont reçu un autre traitement* initial, comme la radiothérapie* avec ou sans hormonothérapie* ; si leur taux de PSA a augmenté de 2 ng/ml ou plus après un taux de PSA non détectable ou très faible.

Ces résultats du taux de PSA doivent être combinés avec d'autres résultats d'examen, comme une biopsie* de la prostate montrant des cellules cancéreuses ou des résultats anormaux lors d'un scanner.

Les patients présentant des symptômes à la suite d'une radiothérapie tels qu'une anorexie*, des diarrhées, des nausées, des vomissements et une perte de poids doivent être examinés pour exclure toute maladie* inflammatoire de l'intestin, cancer colorectal ou entéropathie radique*.

Le retour à une vie normale

Il peut être difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut réapparaître à tout moment. D'après ce que l'on sait aujourd'hui, il n'existe aucune manière précise de diminuer le risque de récurrence* une fois le traitement terminé, si ce n'est d'éviter de prendre du poids et d'avoir une activité physique régulière. Le retour à une vie normale peut ne pas être simple pour certaines personnes, en raison du cancer en lui-même ou du traitement.

Ce sont surtout les hommes âgés qui sont touchés par le cancer de la prostate et ils peuvent souffrir d'impuissance, de problèmes urinaires et intestinaux avant le traitement. En général, ils se rétablissent complètement sur le plan physique et mental (mais parfois, cela peut prendre jusqu'à 2 ans après le traitement pour revenir à une situation normale). Revenir à une situation normale signifie un retour à comment ils étaient auparavant ce qui inclura malheureusement tout problème d'impuissance, urinaire ou intestinal qui était déjà présent avant le traitement.

Qu'en est-il si le cancer revient ?

Si le cancer revient, on parle de récurrence*. Le traitement dépend de l'étendue de la récurrence.

Localement, le cancer de la prostate peut réapparaître dans les tissus proches de la prostate (dans les muscles qui aident à contrôler la miction, le rectum*, la paroi du bassin)

ou dans les vésicules séminales*. Les ganglions lymphatiques* de la région de la prostate ou hors de cette région peuvent également être affectés par le cancer.

Le cancer de la prostate peut réapparaître dans d'autres parties du corps, on parle alors de métastases*.

Pour évaluer la récurrence* de la tumeur et commencer un nouveau type de traitement, il faudra prendre en compte la taille de la tumeur, l'atteinte des ganglions lymphatiques, le stade et le score de Gleason.

L'augmentation anormale du taux de PSA suggère que le cancer est revenu. Dans ce cas, il conviendra peut-être d'effectuer d'autres examens, par exemple des examens de radiologie.

Parfois, le cancer progresse sans élévation du taux de PSA. Dans ce cas, il est important de vérifier que la tumeur n'est pas en train de se transformer en tumeur neuroendocrine

car cela indiquerait qu'un traitement hormonal n'a que peu de chance d'avoir un effet sur la tumeur. Cette vérification peut se faire à l'aide d'une biopsie ou d'un dosage de NSE (élonase neurospécifique) ou de chromogranine A dans le sang. Les patients pour lesquels un changement neuroendocrine de leur tumeur est confirmé devraient recevoir un traitement par chimiothérapie plutôt qu'un traitement hormonal.

Les options de traitement en cas de récurrence du cancer dépendent du traitement que le patient a déjà reçu.

En cas d'élévation du taux de PSA dans le sang lors du suivi après une exérèse de la prostate par chirurgie, le recours à la radiothérapie ciblé sur la zone où se trouvait la prostate est recommandé.

L'hormonothérapie* n'est généralement pas recommandée pour les hommes qui ont une augmentation du taux de PSA, sauf pour les patients présentant des symptômes de

progression locale de la maladie, des métastases* ou si leur taux de PSA a doublé en moins de 3 mois.

L'hormonothérapie* intermittente se compose d'une période initiale de suppression androgénique active, qui dure généralement entre 6 et 9 mois, suivie d'une période correspondante durant laquelle aucun autre traitement actif n'est entrepris. Les patients sont ensuite suivis et lorsque les critères de réactivation de la maladie sont réunis, la suppression androgénique active est relancée. L'intérêt de l'approche intermittente doit être confirmé par des études à plus long terme, bien que les premiers résultats suggèrent une équivalence avec une hormonothérapie* classique, continue.

Lorsque le patient devient résistant à l'hormonothérapie* initiale, il est possible d'utiliser les médicaments anti-androgènes*, les corticostéroïdes*, les oestrogènes* et les inhibiteurs de l'enzyme CYP17*.

Enfin, l'utilisation d'une des chimiothérapies suivantes est également envisageable.

Le docétaxel (utilisé en association avec la prednisone* ou la prednisolone*) a montré un gain en terme de prolongation de la durée de vie dans le traitement du cancer résistant au traitement hormonal.

Le cabazitaxel est un médicament anticancéreux utilisé avec la prednisone pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate qui s'est propagé en dehors de la prostate et qui ont déjà été traités par le docétaxel.

La mitoxantrone (associée à la prednisone* ou la prednisolone*) est utilisée si le docétaxel est contre-indiqué. Il présente un certain effet contre le cancer de la prostate, mais n'a pas montré qu'il permettait de prolonger la durée de vie.

DÉFINITIONS DES TERMES MÉDICAUX

Abiratérone (acétate d'abiratérone)

Médicament utilisé avec la prednisone* pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate qui s'est disséminé dans d'autres parties du corps et dont l'état ne s'est pas amélioré malgré le traitement hormonal initial. Ce médicament est également à l'étude dans d'autres types de cancer. L'acétate d'abiratérone diminue le taux d'androgènes* (hormones masculines) fabriqués par l'organisme dont la testostérone*. Cela permettrait d'arrêter la croissance des cellules tumorales qui ont besoin d'androgènes pour croître. L'acétate d'abiratérone est un type d'anti-androgènes*.

Acide zolédronique

Médicament utilisé pour traiter les patients ayant une hypercalcémie (élévation du taux de calcium dans le sang)

liée à un cancer. Il est également utilisé avec d'autres médicaments dans la traitement du myélome multiple et afin de prévenir la survenue de fractures et de réduire les douleurs osseuses chez les personnes dont le cancer s'est disséminé aux os. L'acide zolédronique appartient à une famille de médicaments appelés biphosphonates.

ADN

Abréviation pour acide désoxyribonucléique. L'ADN est porteur d'informations génétiques.

Agoniste de la LHRH

Toute substance qui stimule l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante (LHRH ou gonadolibérine), une hormone qui contrôle la sécrétion des hormones sexuelles chez l'homme et chez la femme.

Androgène

Un type d'hormone qui favorise le développement et le maintien des caractéristiques sexuelles mâles.

Anémie

Affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges ou de la quantité d'hémoglobine. Le fer contenu dans l'hémoglobine transporte de l'oxygène des poumons vers le reste de l'organisme, mais ce processus est réduit dans cette affection.

Anesthésie

Etat réversible de perte de conscience au cours duquel le patient ne ressent pas de douleur, perd ses réflexes normaux et réagit moins au stress. Cet état est induit artificiellement par l'emploi de certaines substances désignées sous le nom d'anesthésiques. L'anesthésie peut être totale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Anorexie

Affection au cours de laquelle le patient perd son appétit, quelle qu'en soit la cause.

Antagoniste de la LHRH

Toute substance qui inhibe l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante (LHRH ou gonadolibérine), une hormone qui contrôle la sécrétion des hormones sexuelles chez l'homme et chez la femme.

Anti-androgène

Substance qui empêche les androgènes* (hormones masculines) de se lier à leur récepteurs qui peuvent être présents sur les cellules de prostate et les cellules d'autres tissus. Un traitement par anti-androgène peut permettre d'arrêter la croissance des cellules cancéreuses. Le flutamide, le bicalutamide*, l'enzalutamide* et le nilutamide sont des exemples de médicaments anti-androgènes.

Antibiotique

Un médicament utilisé pour traiter des infections causées par des bactéries et d'autres microorganismes.

Arythmie cardiaque

Un trouble du rythme cardiaque au cours duquel le cœur peut battre trop vite, trop lentement ou de façon irrégulière.

Bénin

Sans danger pour la santé. Pour une tumeur, bénigne signifie non cancéreuse. Les tumeurs bénignes peuvent grossir, mais elles ne se propagent pas dans d'autres parties du corps. On qualifie également ces tumeurs de non malignes.

Bicatulamide

Médicament utilisé avec un autre médicament pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate qui s'est

disséminé dans d'autres parties du corps. Le bicalutamide se lie aux récepteurs des androgènes* qui sont présents sur certaines cellules cancéreuses de la prostate et leur permettent de croître. Le bicalutamide bloque les récepteurs et peut permettre d'arrêter la croissance des cellules cancéreuses. Il s'agit d'un médicament anti-androgène.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un anatomopathologiste. Celui-ci peut étudier le tissu au microscope ou réaliser d'autres tests sur les cellules ou tissus. Il existe de nombreux types de procédures de biopsie. Les types les plus courants sont : (1) la biopsie par incision : seul un échantillon de tissu est prélevé ; (2) la biopsie-exérèse : la totalité de la lésion ou de la zone suspecte est prélevée; et (3) la ponction-biopsie : à l'aide d'une aiguille un échantillon de tissu ou de liquide est prélevé. Lorsqu'une grosse aiguille est utilisée, on parle de

biopsie au trocart. Lorsque l'aiguille utilisée est fine, la procédure est appelée ponction à l'aiguille fine ou cytoponction.

Bisphosphonates

Type de médicament utilisé pour éviter une perte de masse osseuse. Egalement appelés diphosphonates.

Cabazitaxel

Médicament utilisé avec la prednisone* pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique et résistant au traitement hormonal qui ont déjà été traité par docétaxel. Il est également à l'étude dans le traitement d'autres cancers. Le cabazitaxel arrête la croissance des cellules en les empêchant de se diviser et peut éliminer les cellules cancéreuses.

Chimiothérapie

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses et/ou limite leur croissance. Ces médicaments sont généralement administrés au patient par perfusion lente dans les veines (intraveineuse). Toutefois, ils peuvent également être administrés oralement, par perfusion directe dans le membre ou par perfusion dans le foie, selon la localisation du cancer.

Coelioscopie/cœlioscopique

Une opération chirurgicale au cours de laquelle les instruments sont introduits dans l'abdomen ou dans le pelvis à travers de petites incisions et avec l'aide d'une caméra vidéo.

Corticostéroïde

Toute hormone stéroïdienne (qui fait partie d'un groupe de lipides (graisses) possédant une structure chimique particulière) synthétisée dans le cortex surrénal (la partie

externe de la glande surrénale). Cette hormone est également synthétisée en laboratoire. Les corticostéroïdes possèdent de nombreux effets différents au sein de l'organisme et sont utilisés pour traiter de multiples affections différentes. Ils peuvent être utilisés comme traitement hormonal de substitution, pour inhiber le système immunitaire et pour traiter certains effets secondaires du cancer et de son traitement. Les corticostéroïdes sont également utilisés pour traiter certains lymphomes et leucémies lymphoïdes.

Cryochirurgie

Traitement peu invasif qui utilise un froid extrême pour geler et détruire les tissus malades, y compris les cellules cancéreuses.

Curiethérapie

Un type de radiothérapie au cours duquel des substances radioactives encapsulées dans des aiguilles, des grains, des

filles ou des cathéters sont placées directement à l'intérieur ou à proximité d'une tumeur. Également appelée curiethérapie interstitielle, endocuriethérapie ou traitement par insertion d'un implant radioactif.

Dénosumab

Médicament utilisé pour prévenir ou traiter certains problèmes osseux. Il est utilisé pour prévenir les fractures et d'autres problèmes osseux causés par les cancers qui se sont disséminés aux os. Il est également utilisé pour traiter les patients atteints d'une tumeur osseuse à cellules géantes qui ne peuvent pas être opérés. Il est aussi utilisé dans le traitement de l'ostéoporose (une diminution de la masse et de la densité osseuse) chez les femmes ménopausées dont le risque de fracture est élevé. Le dénosumab est à l'étude dans d'autres cancers et maladies. Il se lie à une protéine appelée RANKL et empêche la protéine RANK de s'y lier à la surface de certaines cellules osseuses dont les cellules cancéreuses des os. Cela

permettrait de limiter la dégradation des os et de réduire la croissance des cellules cancéreuses.

Densité minérale osseuse

Mesure de la quantité de minéraux* (calcium et phosphore principalement) contenus dans un certain volume d'os. Cette mesure est utilisée pour faire le diagnostic d'ostéoporose (une réduction de la masse osseuse), pour suivre l'efficacité d'un traitement contre l'ostéoporose et pour prédire le risque de fracture. Une faible densité minérale osseuse peut survenir chez les patients traités pour un cancer.

Différentiation

Le processus biologique par lequel une cellule peu spécialisée se transforme en cellule plus spécialisée. Les cellules tumorales différenciées ressemblent aux cellules normales et se multiplient habituellement à un rythme plus lent que les cellules peu différenciées ou indifférenciées qui

ont un aspect très différent des cellules normales et qui se multiplient rapidement.

Docétaxel

Le docétaxel appartient au groupe des médicaments anticancéreux connus sous le nom de taxanes*. Le docétaxel bloque la capacité des cellules à détruire le « squelette » interne qui leur permet de se diviser et de se multiplier. Lorsque le squelette reste en place, les cellules ne peuvent pas se diviser et elles finissent par mourir. Le docétaxel affecte également les cellules non cancéreuses, telles que les cellules sanguines, ce qui peut engendrer des effets secondaires.

Dystrophie des ongles

État dans lequel les ongles sont gravement endommagés, apparaissant partiellement détruits.

Echographie

Procédure au cours de laquelle des ondes sonores à haute énergie se réverbèrent sur des tissus ou organes internes et produisent un écho. La structure de l'écho s'affiche sur l'écran d'un appareil à ultrasons, formant une image des tissus de l'organisme. Cette technique est également connue sous le nom d'ultrasonographie.

Enzatumamide

Médicament utilisé pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate qui s'est disséminé dans d'autres parties du corps et dont l'état ne s'est pas amélioré malgré d'autres traitements, dont le docétaxel. L'enzatumamide se lie aux récepteurs des androgènes* qui sont présents sur certaines cellules cancéreuses de la prostate et leur permettent de croître. L'enzatumamide bloque les récepteurs et peut permettre d'arrêter la croissance des cellules cancéreuses. Il s'agit d'un médicament anti-androgène.

Essai clinique

Un type d'étude de recherche qui teste de quelle manière de nouvelles approches médicales agissent chez les personnes. Ces études testent de nouvelles méthodes de détection, de prévention, de diagnostic ou de traitement d'une maladie. Également appelé étude clinique.

Examen clinique

Examen du corps visant à rechercher des signes de maladie.

Facteur de risque

Élément qui augmente le risque de développer une maladie. Dans le cas du cancer, l'âge, les antécédents familiaux de cancer, le tabagisme, l'exposition à un rayonnement ou à certains produits chimiques, certaines infections virales ou bactériennes et certaines mutations génétiques sont autant d'exemples de facteurs de risque.

Ganglion lymphatique

Une masse arrondie de tissu lymphatique qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. Les ganglions lymphatiques filtrent la lymphe et abritent des lymphocytes. Ils sont placés le long des vaisseaux lymphatiques

Globule blanc

Cellule du système immunitaire impliquée dans la défense du corps contre les infections.

Globule rouge

Type le plus courant de cellules sanguines. C'est la substance qui donne au sang sa coloration rouge. Sa fonction principale est le transport de l'oxygène.

Grade

Description d'une tumeur en fonction de l'aspect anormal des cellules cancéreuses examinées au microscope et de la

vitesse à laquelle la tumeur est susceptible de grossir et de se propager. Les types de grade diffèrent d'un type de cancer à l'autre.

Hormonothérapie

L'utilisation d'hormones comme traitement médical. Synonyme de traitement hormonal.

Hyperplasie bénigne de la prostate

Maladie bénigne (non cancéreuse) dans laquelle une prolifération du tissu de la prostate comprime l'urètre* et la vessie, bloquant l'écoulement de l'urine. Autre nom : hypertrophie bénigne de la prostate.

Imagerie par résonance magnétique

Technique d'imagerie utilisée en médecine. Elle utilise la résonance magnétique. Parfois, un liquide est injecté pour accentuer le contraste entre les différents tissus, afin de mieux distinguer les différentes structures.

Inhibiteur de la CYP17

Classe de médicament qui inhibe une enzyme appelée CYP17 qui joue un rôle majeur dans la synthèse des androgènes*. Ces médicaments permettent de réduire la synthèse d'androgènes. L'abiratérone est un type d'inhibiteur de la CYP17.

Intraveineux

Dans une veine. Le terme intraveineux fait généralement référence à une manière d'administrer un médicament ou une autre substance au moyen d'une aiguille ou d'un tube inséré dans une veine. Également appelé IV.

Lymphopénie

Affection caractérisée par un nombre de lymphocytes (type de globule blanc) inférieur à la normale.

Maladie inflammatoire de l'intestin

Un terme général qui se rapporte à l'inflammation du côlon et du rectum. Les maladies inflammatoires de l'intestin comprennent la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn.

Marge

Pourtour ou bordure du tissu retiré lors d'une chirurgie du cancer. La marge est dite négative lorsque l'anatomo-pathologiste n'observe aucune cellule cancéreuse en bordure du tissu, ce qui porte à croire que le cancer a été retiré dans son intégralité. À l'inverse, la marge est considérée comme positive lorsque l'anatomo-pathologiste observe des cellules cancéreuses en bordure du tissu, ce qui suggère que le cancer n'a pas été retiré dans son intégralité.

Métastase

La propagation d'un cancer d'une partie de l'organisme à une autre. Une tumeur formée par des cellules qui se sont propagées est appelée une "tumeur métastatique" ou une

“métastase”. La tumeur métastatique contient des cellules semblables à celles présentes dans la tumeur (primaire) d'origine.

Minéral

Substance chimique naturellement présente dans l'écorce terrestre. Les minéraux jouent un rôle important pour la formation des enzymes, la régulation du rythme cardiaque, la formation des os et d'autres processus dans le corps humain. Les minéraux sont produits par le corps même ou extrait de la nourriture.

Mitoxantrone

Médicament utilisé pour traiter les patients atteints de cancer de la prostate résistant au traitement hormonal, de certaines leucémies aiguës de l'adulte et de sclérose en plaque à un stade avancé. Il est également à l'étude dans le traitement d'autres cancers. Il s'agit d'un médicament de la famille des antibiotiques anti-cancéreux.

Neuropathie

Fait référence à toutes les maladies du système nerveux, touchant le cerveau, la moelle épinière, et les nerfs.

Neutropénie

Affection caractérisée par un nombre de neutrophiles (un type de globule blanc) inférieur à la normale. On peut la constater en cas d'infections virales ou après la radiothérapie et la chimiothérapie. Elle réduit la barrière immunologique contre les infections bactériennes et fongiques.

Œdème

État pathologique dans lequel l'organisme est incapable de drainer les liquides et en accumule des quantités anormales dans tout le corps ou dans une zone localisée. Appelée également rétention d'eau.

Obstruction lymphatique

Blocage des vaisseaux lymphatiques qui, normalement, drainent le liquide des tissus dans tout l'organisme et permettent aux cellules immunitaires de se rendre là où elles sont nécessaires.

Orchidectomie

Intervention chirurgicale pour retirer un ou deux testicules.

Plaquette sanguine

Les plaquettes sanguines sont de petits fragments cellulaires qui jouent un rôle fondamental dans la formation de caillots. Les patients qui ont un taux trop bas de plaquettes courent le risque d'avoir de sévères hémorragies. Les patients qui en ont un trop élevé risquent de faire une thrombose, c'est-à-dire la formation de caillots de sang pouvant bloquer les vaisseaux sanguins et provoquer des accidents vasculaires cérébraux ou d'autres affections graves. Ces patients encourent aussi le risque

d'avoir des hémorragies sévères dues à un dysfonctionnement des plaquettes sanguines.

Périnée

La région du corps située entre l'anus et la vulve chez les femmes et entre l'anus et le scrotum chez les hommes.

Phosphatase acide prostatique

Un enzyme produite par la prostate. Un niveau anormalement élevé de phosphatases acides prostatiques peut être retrouvé dans le sang chez les hommes atteints de cancer de la prostate.

Prednisolone

Médicament qui appartient à la classe de médicaments appelés stéroïdes. Elle empêche la libération dans l'organisme de substances qui causent l'inflammation et est utilisée pour réduire le niveau de testostérone* dans le corps.

Prednisone

Médicament qui réduit l'inflammation et supprime les réponses immunitaires. Elle est également utilisée avec d'autres médicaments pour traiter plusieurs types de leucémie et de lymphome, ainsi que d'autres types de cancer. La prednisone est également utilisée pour traiter de nombreuses affections, y compris l'arthrite, certaines maladies cutanées, les allergies, les faibles taux de certaines hormones surrénales, la perte de l'appétit et l'anémie. C'est un glucocorticoïde thérapeutique.

Pronostic

Résultat ou évolution probable de la maladie ; la probabilité de guérison ou de récurrence.

Protéine

Les protéines sont des nutriments essentiels, qui sont composés d'acides aminés. Les protéines jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement de nombreux organismes

dont le corps humain. Elles sont responsables du transport et de la communication entre les cellules, des modifications chimiques et de la préservation de la structure, par exemple, des cellules.

PSA

Une protéine sécrétée par la prostate et présente dans le sang. Les taux sanguins d'antigène prostatique spécifique peuvent être supérieurs à la normale chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate, d'une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) ou d'une infection ou inflammation de la prostate.

Pulmonaire

Qui se rapporte aux poumons.

Radiothérapie

Thérapie utilisant des rayonnements pour traiter le cancer. Ces rayonnements sont toujours orientés vers une zone spécifique du cancer.

Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

Type de radiothérapie en 3 dimensions qui utilise les images créées par ordinateur pour afficher la taille et la forme de la tumeur. De fins faisceaux de rayonnement de différentes intensités sont dirigés vers la tumeur sous différents angles. Ce type de radiothérapie réduit les dégâts causés aux tissus sains proches de la tumeur.

Radiothérapie stéréotaxique

Un type de radiothérapie externe qui utilise un équipement spécial afin de positionner le patient et d'administrer avec précision des radiations à une tumeur. La dose totale de radiations est divisée en plusieurs petites doses administrées sur plusieurs jours. La radiothérapie stéréotaxique est utilisée pour traiter des tumeurs cérébrales et d'autres affections cérébrales. Elle fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de

cancer tels que le cancer du poumon. Également appelée radiothérapie stéréotaxique par faisceau externe.

Radium-223

Médicament utilisé pour traiter les patients atteints d'un cancer de la prostate qui s'est disséminé aux os et dont l'état ne s'est pas amélioré malgré d'autres traitements. Il est également à l'étude dans le traitement d'autres cancers. Le radium-223 est une substance radioactive qui s'accumule dans les os où il émet des radiations qui peuvent tuer les cellules tumorales. Il s'agit d'un type de radio-isotope.

Récidive

Se dit d'un cancer qui réapparaît, généralement après une période durant laquelle il ne pouvait être détecté. Le cancer peut réapparaître au même endroit que la tumeur d'origine (primitive) ou à un autre endroit du corps. On parle également de « cancer récidivant ».

Rectum

Les quelques derniers centimètres du gros intestin, jusqu'à l'anus.

Rétention d'eau

État pathologique dans lequel l'organisme est incapable de drainer les liquides et en accumule des quantités anormales dans tout le corps ou dans une zone localisée. Appelée également œdème.

Réunion de concertation multidisciplinaire

Méthode de planification du traitement dans laquelle un certain nombre de spécialistes appartenant à différentes disciplines examinent et discutent ensemble de l'état et des possibilités de traitement d'un patient. Dans le cas du traitement d'un cancer, la réunion de concertation pluridisciplinaire peut réunir l'expertise d'un oncologue médical (spécialiste du traitement médicamenteux des cancers), un chirurgien oncologue (responsable du

traitement chirurgical des cancers), et un radiothérapeute (responsable du traitement par radiothérapie). Ce groupe d'experts est également appelé RCP, consultation oncologique multidisciplinaire ou COM.

Samarium-153

Une substance radioactive utilisé dans le traitement des cancers des os et des métastases* osseuses (cancer qui s'est disséminé aux os). Le samarium-153 est une forme radioactive de l'élément chimique samarium. Il s'accumule dans les os où il émet des radiations qui peuvent tuer les cellules tumorales. Il s'agit d'un type de radio-isotope.

Scanner

Forme de radiographie dans laquelle les organes du corps sont scannés avec des rayons X et les résultats sont synthétisés par un ordinateur, en vue de générer des images de parties du corps.

Scintigraphie

Examen paraclinique utilisé en médecine nucléaire dans lequel des produits pharmaco-radioactifs sont administrés par voie interne. Le rayonnement émis est ensuite capturé par des détecteurs externes en vue d'obtenir des images 2D.

Sipuleucel-T

Médicament utilisé pour traiter les patients atteints de cancer de la prostate métastatique. Il est réalisé à partir de cellules immunitaires prélevés chez le patient atteint d'un cancer de la prostate. Les cellules sont mises en présence d'une protéine qui est produite en associant une protéine trouvée sur les cellules cancéreuses à un facteur de croissance. Lorsque les cellules sont ré-injectées au patient, elles peuvent permettre de stimuler les lymphocytes T afin qu'ils détruisent les cellules cancéreuses. Le sipuleucel-T est un type de vaccin et un type d'immunothérapie cellulaire adaptative.

Strontium-89

Forme radioactive du métal strontium qui est absorbé par les os en croissance. Il est à l'étude pour le traitement des douleurs osseuses provoquées par certains cancers.

Suivi

Contrôle, régulier dans le temps, de la santé d'un patient après traitement. Cela concerne également le contrôle de l'état de santé des participants à une étude ou à un essai clinique, pendant et après l'étude en question.

Surveillance active

Surveillance étroite de l'état de santé d'un patient sans qu'aucun traitement ne soit mis en place, sauf si des symptômes apparaissent ou se modifient. On a parfois recours à une surveillance active pour certaines maladies qui évoluent lentement ou lorsque les risques liés au traitement sont plus importants que les bénéfices potentiels. Lors de la surveillance, certains examens ou

tests peuvent être effectués. Une surveillance active est parfois mise en place chez les patients atteints de cancer de la prostate.

Traitement hormonal

L'utilisation d'hormones comme traitement médical. Synonyme d'hormonothérapie.

Testostérone

Une hormone synthétisée principalement dans les testicules (partie du système reproducteur mâle). Elle est nécessaire au développement et au maintien des caractéristiques sexuelles mâles, telles que les poils sur le visage, la voix grave et le développement musculaire. La testostérone peut également être synthétisée en laboratoire et est utilisée pour traiter certaines affections médicales.

Thrombocytopénie

Affection caractérisée par un nombre de plaquettes sanguines inférieur à la normale.

Ultrasons focalisés de haute intensité* (HIFU)

Procédure au cours de laquelle des ondes sonores de haute énergie sont dirigées vers une région du corps composée de cellules anormales ou de tissu anormal. Les ondes créent de la chaleur qui détruit les cellules. La technique HIFU est à l'étude dans le traitement du cancer de la prostate, d'autres types de cancer et d'autres maladies.

Urètre

Canal qui relie la vessie avec l'extérieur du corps. Chez les hommes, l'urètre* transporte l'urine ainsi que le sperme.

Vésicules séminales

Paire de glandes en forme de tube d'environ 5 cm de longueur, qui sont repliées à l'intérieur d'une structure en

forme d'ampoule. Elles sont situées au-dessus de la prostate. Chacune d'elles dispose d'un canal qui la relie à la prostate. Elles produisent la plus grande partie du fluide contenu dans le sperme.