CANCER INFO

OCTOBRE 2016

GUIDES PATIENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DE LA PROSTATE

e-cancer.fr

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 7.13 :**
Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : **e-cancer.fr**

Ce guide a été publié en octobre 2016 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements des cancers de la prostate*, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2016.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

Vous avez appris que vous avez un cancer de la prostate. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de questions sur la maladie et les soins. Ce guide est là pour vous apporter des réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante.

Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Il n'a pas valeur d'avis médical et ne remplace pas l'échange personnalisé que vous avez avec votre équipe soignante.

Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation, qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent.

Que contient ce guide ?

Ce guide concerne la forme la plus fréquente des cancers de la prostate, appelée adénocarcinome de la prostate. Il n'aborde pas les autres formes, plus rares.

Concrètement, vous trouverez dans ce guide des explications sur la surveillance et les traitements possibles, leurs buts, leur déroulement et leurs effets indésirables, sur le rôle des différents professionnels que vous rencontrez, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente également, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Enfin, un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur au moment de la rédaction du guide et ont été validées par des spécialistes du cancer de la prostate.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de ce guide de manière indépendante ou en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous recherchez d'autres informations ?

Vous pouvez retrouver toutes ces informations et en obtenir d'autres sur les facteurs de risque en vous rendant sur **e-cancer.fr/patients-et-proches.**

Introduction

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : les cellules*. Au cœur des cellules, les gènes* contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies ; le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être déréglé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules déréglées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus* voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins* et les vaisseaux qui transportent la lymphe*, et former d'autres tumeurs à distance, les métastases.

Sommaire

1. Un cancer de la prostate, qu'est-ce que c'est ? 9
   1.1 La prostate 9
   1.2 Le développement d'un cancer de la prostate 9
   1.3 Le diagnostic d'un cancer de la prostate 10

2. Les traitements du cancer de la prostate 13
   2.1 Le choix de la stratégie de soins 14
   2.2 Les traitements possibles en fonction de l'étendue du cancer 16
   2.3 Participer à un essai clinique 19
   2.4 Votre qualité de vie 21

3. La surveillance active 23
   3.1 Dans quels cas une surveillance active peut-elle être programmée ? 23
   3.2 Comment se déroule en pratique la surveillance active ? 24
   3.3 Que se passe-t-il lorsqu'une progression du cancer est suspectée ? 24

4. La chirurgie 27
   4.1 Dans quels cas la chirurgie est-elle indiquée ? 27
   4.2 Comment se préparer à l'intervention ? 27
   4.3 Comment l'urologue accède-t-il à la prostate ? 28
   4.4 Comment se déroule l'intervention ? 30
   4.5 Que se passe-t-il après l'intervention ? 30
   4.6 Quels sont les effets indésirables possibles de la chirurgie ? 32

5. La radiothérapie externe 35
   5.1 Dans quels cas la radiothérapie externe est-elle indiquée ? 36
   5.2 Comment se déroule une radiothérapie externe en pratique ? 36
   5.3 Quels sont les effets indésirables possibles d'une radiothérapie externe ? 40

6. La curiethérapie 45
   6.1 Dans quels cas une curiethérapie est-elle indiquée ? 45
   6.2 Comment se déroule une curiethérapie en pratique ? 46
   6.3 Quels sont les effets indésirables possibles de la curiethérapie ? 49

7. L'hormonothérapie 53
   7.1 Dans quels cas une hormonothérapie est-elle indiquée ? 53
   7.2 Quels sont les types d'hormonothérapie utilisés ? 53
   7.3 Quels sont les effets indésirables possibles d'une hormonothérapie ? 55

8. La chimiothérapie 57
   8.1 Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ? 57
   8.2 Quels sont les médicaments de chimiothérapie utilisés ? 58
   8.3 Comment se déroule le traitement par chimiothérapie en pratique ? 59
   8.4 Quels sont les effets indésirables possibles des médicaments de chimiothérapie ? 60

9. Le suivi après traitement 71
   9.1 Quels sont les objectifs du suivi après traitement ? 71
   9.2 Quelles sont les modalités du suivi après traitement ? 71

10. Les traitements des métastases osseuses et des douleurs 73
   10.1 Les médicaments 74
   10.2 La radiothérapie 75

11. Sexualité et fertilité 77
   11.1 La sexualité pendant et après le cancer 77
   11.2 La fertilité 79

12. Les professionnels et leur rôle 81

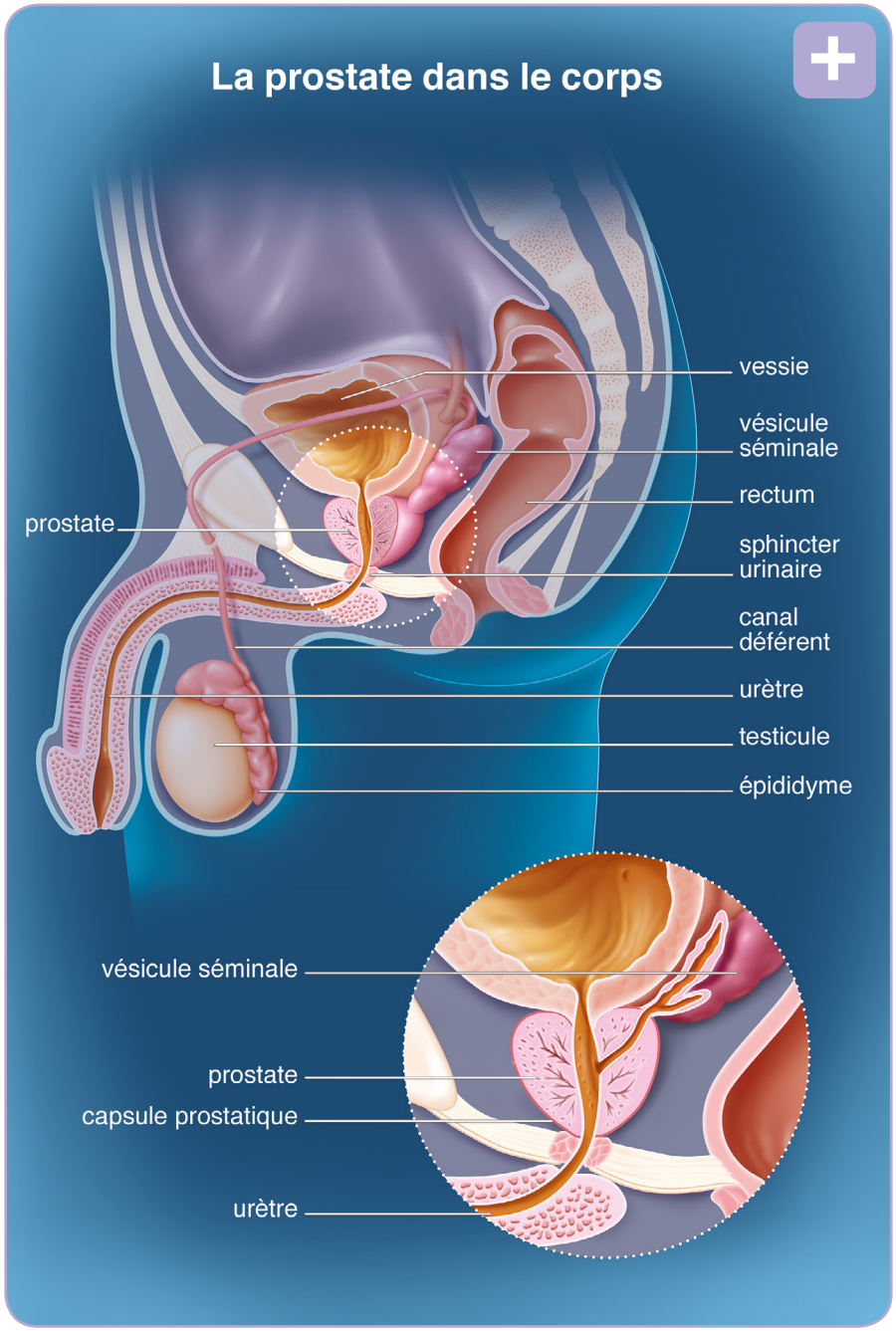
13. Questions de vie quotidienne 87
   13.1 Qu'est-ce que l'ALD ? 87
   13.2 La vie professionnelle pendant les traitements 88
   13.3 Les aides à domicile 89
   13.4 Bénéficier d'un soutien psychologique 90
   13.5 Bénéficier d'une aide pour arrêter de fumer 91
   13.6 Les proches 92

14. Ressources utiles 95
   14.1 La plateforme Cancer info 95
   14.2 Les associations 97
   14.3 Les lieux d'information et d'orientation 98

15. Glossaire 99

Annexe : les examens du bilan diagnostique 114

Méthode et références 118



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

LA PROSTATE
LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE LA PROSTATE
LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE LA PROSTATE

Un cancer de la prostate est une maladie qui se développe à partir de cellules de la prostate initialement normales qui se transforment et se multiplient de façon anarchique, jusqu'à former une masse appelée tumeur maligne.

1.1 LA PROSTATE

La prostate est une glande* de l'appareil génital masculin. Elle est de la forme et de la taille d'une châtaigne chez l'homme jeune ; son volume augmente avec l'âge. Elle est située sous la vessie et en avant du rectum. Elle entoure le début de l'urètre*, canal qui permet d'évacuer l'urine et le sperme*. Tout autour de l'urètre, un ensemble de fibres musculaires sont regroupées au niveau du col vésical* et sous la prostate et forment le sphincter* urinaire, qui contrôle le passage de l'urine en se contractant ou se relâchant et permet ainsi de gérer la continence. La prostate est entourée d'une capsule, qui la sépare du reste des autres organes du pelvis*.

La prostate joue un rôle dans la production du sperme en produisant un liquide qu'on appelle liquide prostatique. Ce sont les vésicules séminales*, situées en arrière de la vessie, au-dessus de la prostate, qui produisent la majeure partie du liquide séminal. Au moment de l'éjaculation, le liquide séminal se mélange avec les spermatozoïdes*, qui proviennent des testicules et passent par les canaux déférents.

1.2 LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE LA PROSTATE

La majorité des cancers de la prostate sont des adénocarcinomes (90 %) ; ils se développent à partir des cellules qui constituent le tissu* de revêtement de la prostate (cellules épithéliales).

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

La tumeur est d'abord limitée à la prostate. Avec le temps, la tumeur grossit et peut s'étendre au-delà de la capsule prostatique. Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins* ou les vaisseaux lymphatiques* pour aller envahir d'autres parties du corps :

- les ganglions lymphatiques* situés à proximité de la prostate ;
- les os et, plus tardivement, le foie et les poumons.

Les nouvelles tumeurs qui se forment alors s'appellent des métastases*. Un cancer de la prostate qui présente des métastases est qualifié de métastatique.

La maladie évolue souvent lentement, sur plusieurs années.

QUELQUES CHIFFRES

Avec près de 54 000 nouveaux cas estimés en France en 2011, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent, à la fois chez l'homme et dans l'ensemble de la population. Il est très rare avant 50 ans et son incidence augmente progressivement avec l'âge. L'âge moyen au moment du diagnostic* est de près de 70 ans.

1.3 LE DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE LA PROSTATE

Le plus souvent, la découverte d'un cancer de la prostate fait suite à une mesure du PSA (voir encadré ci-contre) et/ou une anomalie de la consistance de la prostate lors d'un toucher rectal*.

Un cancer de la prostate peut également être diagnostiqué après un traitement chirurgical d'un adénome* de la prostate. En effet, le tissu prélevé fait l'objet d'un examen systématique et attentif au microscope, réalisé par un anatomopathologiste, au cours duquel des cellules cancéreuses peuvent être identifiées.

Plus rarement, lorsque le cancer est évolué, il peut provoquer des symptômes qui font suspecter sa présence, comme une infection de l'appareil urinaire, la présence de sang dans les urines ou dans le sperme, une rétention d'urine, des douleurs dans le bas du dos ou dans les os.

La première étape du diagnostic est une consultation au cours de laquelle le médecin vous interroge sur vos antécédents personnels et familiaux. Il vous questionne également sur d'éventuels symptômes que vous pourriez ressentir, comme par exemple des troubles lors de la miction (c'est-à-dire lorsque vous urinez) ou la présence de sang dans les urines.

Votre médecin effectue ensuite un examen clinique*. Celui-ci comporte un toucher rectal qui a pour objectif d'évaluer la taille de la prostate, sa consistance, ainsi que de détecter d'éventuelles anomalies perceptibles au toucher (augmentation de la taille, zone plus dure…).

Votre médecin prescrit également un dosage du PSA dans le sang (voir encadré ci-dessous).

QU'EST-CE QUE LE PSA ?

Le PSA est une abréviation de l'anglais *Prostatic Specific Antigen*, en français antigène spécifique de prostate. Il s'agit d'une protéine* produite quasi-exclusivement par les cellules de la prostate, qu'elles soient normales ou anormales.

Attention : il est impossible d'interpréter par vous-même les résultats d'analyse. Une concentration normale du PSA n'exclut pas un diagnostic de cancer, et une concentration anormale peut être provoquée par une autre cause que le cancer. Pour cette raison, seul un médecin est capable d'interpréter vos résultats.

Lorsque ces différents examens renforcent la suspicion de cancer, votre urologue peut vous proposer de réaliser une biopsie* prostatique. Sous anesthésie locale, au moins 12 fragments de tissus sont prélevés dans différentes parties de la prostate. Ils sont ensuite examinés au microscope par un médecin anatomopathologiste : cet examen s'appelle un examen anatomopathologique*. Il s'agit d'une analyse des tissus prélevés qui permet de confirmer ou non la présence d'un cancer. Il a pour objectifs de :

- préciser l'agressivité des cellules cancéreuses définie selon une échelle, appelée score de Gleason* (degré de différenciation de la tumeur, c'est-à-dire la tendance de la tumeur à ressembler à un tissu normal de la prostate) ;

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

- évaluer notamment le nombre de biopsies positives (présentant des cellules cancéreuses), les caractéristiques du tissu tumoral et le franchissement des cellules cancéreuses au-delà de la capsule de la prostate.

Lorsque les biopsies montrent la présence d'un cancer et en fonction de ses caractéristiques, un bilan d'extension pourra être réalisé. Il comporte des examens d'imagerie qui permettent de vérifier si le cancer s'est développé en dehors de la prostate, autrement dit s'il s'est étendu à d'autres organes. Il peut notamment s'agir d'une IRM*, d'une scintigraphie* osseuse ou d'un scanner*.

Ces différents examens permettent également de déterminer les caractéristiques du cancer et son stade*. A partir de ces informations, votre équipe médicale vous propose la stratégie de soins la plus adaptée à votre situation.

Pour en savoir plus sur le bilan diagnostique et notamment sur les examens d'imagerie complémentaires, voir en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 114.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels examens sont effectués pour poser le diagnostic de cancer de la prostate ?
Quel est le rôle de ces différents examens ?
Quelles sont les caractéristiques du cancer dans mon cas ?
Connaît-on son étendue ?

2. Les traitements du cancer de la prostate

LE CHOIX DE LA STRATÉGIE DE SOINS
LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DU CANCER
PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
VOTRE QUALITÉ DE VIE

Les cancers de la prostate peuvent être abordés de différentes manières selon leurs caractéristiques. Plusieurs modalités peuvent être proposées, seules ou en association :

- surveillance ;
- chirurgie ;
- radiothérapie externe* ;
- curiethérapie* ;
- hormonothérapie* ;
- chimiothérapie*.

Selon les cas, le ou les objectif(s) sont de :

- surveiller l'évolution de la maladie pour retarder la mise en route d'un traitement ;
- supprimer ou réduire la tumeur* et/ou les métastases* ;
- réduire le risque de récidive* ;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- traiter les symptômes engendrés par la maladie pour assurer la meilleure qualité de vie possible.

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie sont réalisées au sein d'établissements qui sont autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements par région est disponible sur **e-cancer.fr**.

2.1 LE CHOIX DE LA STRATÉGIE DE SOINS

Elle est adaptée à votre cas personnel. Elle dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : l'endroit où il est situé, son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées, son stade, c'est-à-dire son degré d'extension, et son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir le chapitre 1.3, « Le diagnostic d'un cancer de la prostate » page 10, et en annexe le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 114).

Un bilan préthérapeutique permet d'évaluer votre fonction urinaire et votre fonction sexuelle ; il se base habituellement sur un entretien et des questionnaires (notamment le score IPSS*). Ces éléments, ainsi que les caractéristiques de votre prostate (comme son volume), votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre état de santé global, les contre-indications éventuelles à certains traitements, votre avis et vos préférences sont également pris en compte.

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

Votre situation est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP*) qui rassemble au moins trois médecins de spécialités médicales différentes : urologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, anatomopathologiste… (voir le chapitre 12, « Les professionnels et leur rôle », page 81).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations de bonnes pratiques*, les médecins établissent une proposition de traitements. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique*.

La proposition de traitements est discutée avec vous

Lors d'une consultation spécifique, **la consultation d'annonce**, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie et notamment son étendue (voir ci-après). Il vous présente la stratégie de soins retenue, les bénéfices attendus et les effets indésirables* qui peuvent survenir. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui avant de donner votre avis. Parfois, plusieurs options sont possibles. Dans ce cas, et après discussion avec l'équipe médicale, le choix définitif du traitement vous appartient.

Cette consultation est importante. Il est utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré ci-après). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser à votre médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et intégrer les informations données par le médecin et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de surveillance ou de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Il comporte les dates ou les rythmes de vos différents examens de surveillance ou de vos traitements et leur durée prévue, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Après que vous avez donné votre accord sur la proposition retenue, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant qui sera l'un de vos interlocuteurs privilégiés. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre parcours de soins, en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.
Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée, à vous et à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social, psychologique ou nutritionnel, par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

Les médecins et les membres de l'équipe soignante, mais aussi votre médecin traitant et votre pharmacien, sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'ensemble de ces professionnels.

Pour en savoir plus sur les professionnels et leur rôle, consultez le chapitre 12, page 81.

Les traitements du cancer de la prostate

CANCER DE LA PROSTATE ET FERTILITÉ

Si vous envisagez une paternité après les traitements, parlez-en à votre équipe médicale avant le début des traitements.
Consultez également le chapitre 11.2, « La fertilité », page 79.

LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAITRE VOS CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il est possible d'établir, seul ou avec l'aide de votre médecin, des directives anticipées. Il s'agit d'exprimer, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont modifiables et révocables à tout moment.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (Les directives anticipées et La personne de confiance) sur le site du ministère chargé de la santé : **www.sante.gouv.fr** (Espace Droits des usagers de la santé/ Le Guide)

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

Le choix et l'ordre des traitements dépendent notamment de l'étendue du cancer au moment du diagnostic, c'est-à-dire son stade. Pour évaluer cette extension du cancer, les médecins s'appuient sur un système de classification international, appelé TNM, basé sur :

- la taille de la tumeur (T) ;
- l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques* par des cellules cancéreuses (N, de l'anglais *node*, qui signifie ganglion) ;
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps (notamment os, foie, poumon) (M).

Pour les cancers de la prostate, la classification AJCC distingue 4 stades, classés de I à IV, du moins étendu au plus étendu.

Ces éléments sont définis par le bilan diagnostique (voir chapitre 1.3, « Le diagnostic d'un cancer de la prostate », page 10, ainsi que le tableau des examens diagnostiques en annexe, page 114).

Les cancers de la prostate localisés (stades I et II ainsi que certains stades III) : le cancer est à un stade précoce. Il n'atteint pas les vésicules séminales* ou d'autres organes.

Ces cancers sont classés en 3 catégories selon leur risque de récidive, évalué par :

- le stade de la tumeur ;
- le taux de PSA* dans le sang ;
- le score de Gleason*, qui mesure l'agressivité des cellules cancéreuses. Il est établi par l'examen anatomopathologique* de prélèvements réalisés au niveau de la prostate au cours d'une biopsie* prostatique (voir chapitre 1.3, « Le diagnostic d'un cancer de la prostate », page 10).

Ces trois critères sont essentiels lors du diagnostic afin de définir le stade et les possibilités de traitement.

On distingue alors, selon la classification de d'Amico :

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

Les cancers de la prostate localement avancés (certains stades III et certains stades IV) : la tumeur a franchi la capsule prostatique et s'est étendue localement :

- aux vésicules séminales ;
- et/ou par contiguïté, localement, à d'autres structures adjacentes à la prostate, comme la vessie, le rectum ou encore la paroi pelvienne.

Les traitements du cancer de la prostate

Aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastase à distance.

Les cancers de la prostate au stade métastatique (certains stades IV) : le cancer a envahi soit :

- un ou plusieurs ganglions lymphatiques. Il s'agit le plus souvent de ceux du pelvis*, c'est pourquoi on parle d'atteinte ganglionnaire pelvienne ;
- d'autres organes, à distance, sous la forme d'une ou plusieurs métastases. Elles peuvent notamment toucher les os, le foie et les poumons.

Le tableau qui suit présente les principales possibilités thérapeutiques en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic. Toutes les situations ne sont pas décrites dans ce tableau et les différentes modalités ne sont pas classées par ordre de priorité.

Les modalités citées dans ce tableau sont décrites en détail dans les chapitres 3 à 8.

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Principales possibilités en première intention
Cancers localisés : ■ à faible risque	Choix entre plusieurs modalités : ■ surveillance ■ ou prostatectomie totale* +/- curage ganglionnaire* ■ ou curiethérapie ■ ou radiothérapie externe
■ à risque intermédiaire	Choix entre plusieurs modalités : ■ prostatectomie totale + curage ganglionnaire ■ ou radiothérapie externe +/- hormonothérapie (durée : jusqu'à 6 mois) ■ dans certains cas, curiethérapie
■ à haut risque	Choix entre plusieurs modalités : ■ prostatectomie totale + curage ganglionnaire ■ ou radiothérapie externe +/- précédée d'un curage ganglionnaire + hormonothérapie prolongée (durée : jusqu'à 3 ans)
Cancers localement avancés	■ Radiothérapie externe +/- précédée d'un curage ganglionnaire + hormonothérapie prolongée (durée : jusqu'à 3 ans). Des soins visant à soulager vos symptômes et à améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.
Stades métastatiques	L'hormonothérapie est le traitement de référence. Dans certaines situations cliniques, elle peut être associée à une chimiothérapie. Des soins visant à soulager vos symptômes et à améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre. Il peut s'agir d'un traitement médicamenteux ou d'une radiothérapie symptomatique.

2.3 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec la participation de patients.

Les cancers de la prostate font l'objet de nombreuses études qui visent notamment à :

- tester de nouveaux traitements anticancéreux (médicaments de chimiothérapie, d'hormonothérapie, d'immunothérapie ou de thérapie ciblée*) ;
- évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, notamment pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets indésirables ;
- comparer l'efficacité des médicaments utilisés pour soulager les symptômes (médicaments pour faciliter la consolidation osseuse ou contre la douleur par exemple) ;
- expérimenter de nouvelles techniques d'imagerie utilisées pour le diagnostic ou le suivi, ou de nouvelles modalités de traitements (comme le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU)).

Les traitements du cancer de la prostate

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour participer, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, spécifiques à chaque essai.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche et, à terme, la manière dont les patients sont soignés. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement.

Si vous participez à un essai clinique et que le traitement administré ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement. Vous ne participerez jamais à un essai clinique sans avoir donné votre consentement écrit. Personne ne fera pression sur vous pour obtenir votre consentement. Votre refus ne modifiera en rien la qualité des soins qui vous sont donnés.

LE TRAITEMENT PAR ULTRASONS FOCALISÉS DE HAUTE INTENSITÉ (HIFU)

Un traitement par ultrasons focalisés de haute intensité a pour but de détruire la prostate et la tumeur par la chaleur. Au moment de la parution de ce guide, le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité est en cours d'évaluation et ne doit être réalisé que dans le cadre d'essais cliniques, par une équipe entraînée à cette technique. Certains patients atteints de cancers de la prostate localisés peuvent être inclus, dans des conditions très précises.

En pratique, il utilise des ultrasons émis par une sonde endorectale (introduite dans le rectum du patient). La sonde est recouverte d'un ballonnet contenant un liquide réfrigéré. Ce liquide permet de maintenir la paroi du rectum à une température constante pendant toute la durée du traitement. La sonde permet à la fois de voir la prostate et de la traiter. Le faisceau d'ultrasons focalisés est émis sous forme de tirs qui durent 5 secondes. Ces tirs d'ultrasons provoquent une élévation brutale de la température dans la zone traitée, ce qui détruit définitivement les tissus* placés dans cette zone. Chaque impulsion détruit ainsi une petite zone de prostate. La sonde endorectale est déplacée légèrement entre chaque impulsion et les tirs d'ultrasons répétés. Trois à quatre cents tirs environ sont nécessaires pour traiter la prostate dans sa totalité. Le nombre précis de tirs dépend du volume de la prostate.

Des effets indésirables à long terme peuvent survenir, notamment des troubles de l'érection, un rétrécissement de l'urètre* et du col vésical*, ainsi qu'une incontinence urinaire*.

Pour en savoir plus, vous pouvez lire le guide *Participer à un essai clinique en cancérologie*. Si vous souhaitez connaître les essais cliniques en cours sur les cancers de la prostate, consultez le registre des essais cliniques sur **e-cancer.fr**.

2.4 VOTRE QUALITÉ DE VIE

Vos soins ne se limitent pas aux traitements spécifiques du cancer. Dans une approche globale, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour gérer les éventuelles conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles de la sexualité, troubles urinaires, troubles alimentaires, difficultés psychologiques ou sociales…

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés : sexologue, spécialiste de la douleur, assistant social, diététicien, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, etc. Ils peuvent se dérouler en établissement de santé (hôpital, clinique) ou en ville (voir le chapitre 12, « Les professionnels et leur rôle », page 81).

Les soins de support comprennent notamment :

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

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

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

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou non conventionnelles. Elles peuvent leur apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous suit pour votre cancer. Il est donc très important d'en parler avec lui.

Par ailleurs, si les médecines complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades et/ou de leur famille en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses et coûteuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous suit ou votre médecin traitant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quelles sont les alternatives possibles dans ma situation ? Pourquoi ?
Quels sont les objectifs de chacune de ces alternatives ?
Quels sont leurs avantages et leurs inconvénients ?
Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir/les soulager ?
Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?
Quelle est la durée des traitements ?
Comment suis-je suivi pendant les traitements ?
Quel est l'impact possible sur ma vie quotidienne ?

3. La surveillance active

DANS QUELS CAS UNE SURVEILLANCE ACTIVE PEUT-ELLE ÊTRE PROGRAMMÉE ?
COMMENT SE DÉROULE EN PRATIQUE LA SURVEILLANCE ACTIVE ?
QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UNE PROGRESSION DU CANCER EST SUSPECTÉE ?

Une stratégie de surveillance peut vous être proposée lorsque la tumeur est localisée et ne provoque pas de symptôme. Il s'agit la plupart du temps d'une surveillance active.

Elle a pour objectif de retarder un traitement, et les effets indésirables* qui l'accompagnent, tant qu'il n'est pas nécessaire. En effet, certains cancers de la prostate évoluent lentement et ce, parfois, pendant longtemps.

Le principe de la surveillance active repose sur des examens réguliers. Si une évolution de la maladie est détectée, un traitement ayant pour objectif de traiter la maladie peut être programmé.

Lorsqu'une surveillance est le choix retenu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP*), votre médecin discute avec vous des avantages et des inconvénients de cette option. Il vous informe du risque de progression de la maladie, évalué en fonction de votre situation médicale personnelle. Après cet échange, **la décision de mettre en place une surveillance ou un traitement vous appartient.**

Les modalités de surveillance ne doivent pas être confondues avec le suivi après un traitement, qui concerne tous les cancers. Ce suivi est programmé dans des temps et selon des modalités différentes des modalités de surveillance présentées dans ce chapitre.

3.1 DANS QUELS CAS UNE SURVEILLANCE ACTIVE PEUT-ELLE ÊTRE PROGRAMMÉE ?

La surveillance active s'adresse à certains patients atteints d'une tumeur localisée à faible risque d'évolution, dont le cancer ne nécessite pas obligatoirement un traitement immédiat mais qui pourraient bénéficier d'un traitement curatif en cas d'évolution du cancer. Il s'agit donc de retarder la mise en place d'un traitement.

3.2 COMMENT SE DÉROULE EN PRATIQUE LA SURVEILLANCE ACTIVE ?

La surveillance active est basée sur des bilans fixés à intervalles réguliers par l'équipe qui vous suit à l'hôpital ou à la clinique, en lien avec votre médecin traitant. Ils reposent principalement sur :

- un examen clinique*, au cours duquel le médecin vous examine et pratique un toucher rectal* afin de détecter des signes cliniques d'évolution ;
- des dosages répétés du PSA* afin de suivre son évolution dans le temps et notamment le temps de doublement ;
- des biopsies* prostatiques, dont la fréquence est déterminée par l'urologue.

Dans certaines situations, une IRM* pourra vous être proposée.

Les résultats de l'ensemble de ces examens permettent à votre médecin de surveiller la maladie et de détecter une éventuelle progression. Le médecin vous indique également les symptômes qui doivent vous conduire à consulter en dehors des rendez-vous programmés.

La surveillance est généralement poursuivie tout au long de la vie ou jusqu'à évolution de la maladie.

3.3 QUE SE PASSE-T-IL LORSQU'UNE PROGRESSION DU CANCER EST SUSPECTÉE ?

Si une évolution du cancer est constatée au travers des résultats des différents examens réalisés, l'opportunité de débuter un traitement sera discutée en RCP. Une proposition de traitement vous est alors faite.

L'ABSTENTION SURVEILLANCE CLINIQUE (WATCHFUL WAITING)

L'abstention surveillance clinique est différente de la surveillance active. Elle peut être proposée lorsque l'âge ou l'état de santé du patient ne permet pas ou ne justifie pas de mettre en place un traitement pour traiter la maladie. Cette modalité de surveillance permet d'initier un traitement uniquement lorsque le cancer provoque des symptômes, afin de les traiter. On parle alors de traitement palliatif*. La mise en route du traitement est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Le traitement proposé est généralement basé sur une hormonothérapie*, associée selon les besoins et les symptômes ressentis, à d'autres traitements dits symptomatiques (par exemple, une radiothérapie en cas de douleurs osseuses). Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le chapitre 10, « Les traitements des métastases osseuses et des douleurs », page 73.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pourquoi me proposer une surveillance et pas un traitement ?
Quel type de surveillance me proposez-vous ? Pourquoi ?
Ne serait-il pas préférable de traiter le cancer dès à présent ?
Quel est l'intérêt de la surveillance ?
Comment se déroule la surveillance en pratique ?
Combien de temps dure-t-elle ?
La maladie peut-elle évoluer ?

La surveillance active

4. La chirurgie

DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
COMMENT L'UROLOGUE ACCÈDE-T-IL À LA PROSTATE ?
COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?
QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DE LA CHIRURGIE ?

La chirurgie est un traitement locorégional des cancers. L'intervention proposée est une prostatectomie totale, dite aussi prostatectomie radicale. Elle vise à retirer toute la prostate ainsi que les vésicules séminales*. Dans certains cas, les ganglions lymphatiques* voisins sont également enlevés ; on parle alors de curage ganglionnaire. Cette opération est pratiquée par un urologue.

4.1 DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La chirurgie est l'un des traitements de référence des cancers de la prostate localisés. Pour les tumeurs localisées à faible risque, elle peut être associée à un curage ganglionnaire. Ce curage est systématique pour les tumeurs à risque intermédiaire et à haut risque de récidive*.

4.2 COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Deux consultations sont programmées avant l'intervention : une consultation avec l'urologue qui sera chargé de votre opération et une autre avec l'anesthésiste. Selon votre état de santé général, d'autres consultations pourront également être programmées.

La consultation avec l'urologue

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

Lors de cette consultation, l'urologue peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorothèque (bibliothèque de tumeurs), en vue de recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

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

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation* liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants*), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

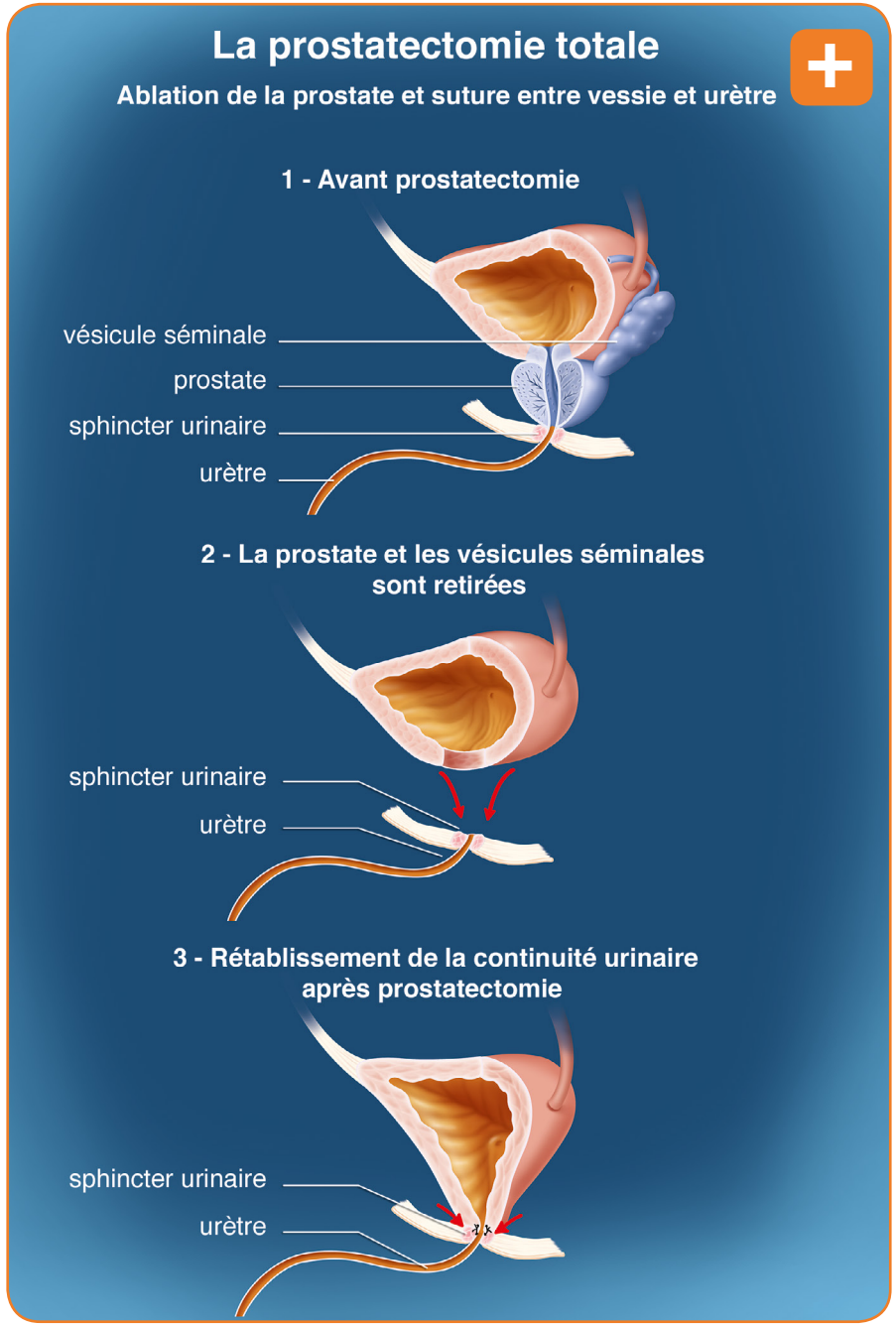
L'arrêt du tabac quelques semaines avant une intervention est important pour réduire les risques de complications pendant et après l'opération. Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Parlez-en avec l'équipe qui vous suit et consultez le chapitre 13.5 « Bénéficier d'une aide pour arrêter de fumer » page 91.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

4.3 COMMENT L'UROLOGUE ACCÈDE-T-IL À LA PROSTATE ?

La voie d'abord est le chemin utilisé pour accéder à l'organe ou à la zone à opérer. Dans le cas de la chirurgie des cancers de la prostate, les deux voies d'abord les plus fréquentes sont :

- la prostatectomie par voie abdominale (ou rétropubienne) ouverte. Elle est effectuée grâce à une ouverture située sur l'abdomen, en dessous du nombril ;
- la prostatectomie par voie abdominale (ou rétropubienne) sous cœlioscopie. La technique de la cœlioscopie permet de ne réaliser que quelques petites incisions, par lesquelles l'urologue introduit un endoscope* relié à un écran extérieur et des instruments chirurgicaux. Il opère en regardant l'écran. On parle aussi d'opération à ventre fermé. C'est dans ce type de chirurgie que l'urologue peut opérer au moyen d'un robot d'aide chirurgicale.



La chirurgie

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

4.4 COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

L'urologue retire la totalité de la prostate, ainsi que les vésicules séminales, deux petites glandes* situées de part et d'autre de la prostate. Il rattache ensuite l'urètre* à la vessie pour assurer l'écoulement des urines par les voies naturelles. Si nécessaire, dans le même temps opératoire, l'urologue enlève également les ganglions lymphatiques : c'est le curage ganglionnaire.

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

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

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale continue d'assurer votre surveillance.

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Si vous ressentez une douleur, quelle que soit son intensité, parlez-en à l'équipe qui vous entoure.

Pour en savoir plus sur la douleur, vous pouvez consulter le guide *Douleur et cancer* ou le dossier « douleur et cancer » sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**

Une sonde urinaire a été introduite dans le canal de l'urètre jusque dans la vessie pendant l'intervention. Cette sonde permet d'évacuer les urines jusqu'à ce que les tissus* cicatrisent. Vous la gardez environ une semaine.

Un ou plusieurs drains sont mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe*) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ces drains ne sont pas douloureux et sont retirés sur décision de l'urologue, dans les quelques jours suivant l'opération.

Enfin, pour éviter une phlébite*, les médecins vous prescrivent un médicament anticoagulant (sous forme injectable) et vous demandent de vous lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de bas antithrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices) pendant la journée est préconisé après l'opération et pendant toute la durée prescrite par votre médecin.

La durée d'hospitalisation

Le délai moyen d'hospitalisation est d'environ une semaine. Le délai est plus court si vous sortez de l'hôpital ou de la clinique avec la sonde urinaire, qui sera retirée ultérieurement.

Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au laboratoire ou au service d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste.

L'examen consiste à observer minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

C'est grâce à cet examen que le stade* du cancer, c'est-à-dire son degré d'extension, ainsi que son degré d'agressivité, sont définis et que les médecins peuvent décider si un traitement complémentaire, tel qu'une hormonothérapie* et/ou une radiothérapie externe*, est nécessaire après la chirurgie.

Dans un délai de 3 mois après l'opération, un dosage du PSA* est également effectué. Le PSA devient normalement indétectable en 4 à 6 semaines.

4.6 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DE LA CHIRURGIE ?

Effets indésirables communs à toute chirurgie

Des complications communes à toute chirurgie peuvent survenir :

- une douleur dans la zone opérée, qui bénéficiera de soins adaptés ;
- une accumulation de sang (hématome) ou de lymphe (lymphocèle) dans la région opérée ;
- une infection au niveau de la cicatrice, nécessitant des soins infirmiers locaux ;
- une thrombose* veineuse ou phlébite. Si cette complication survient, elle nécessite un traitement par des anticoagulants pendant quelques mois associé au port, dans la journée, de bas anti-thrombose (voir page 31) ;
- une fatigue. Elle est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en service de soins de suite et réadaptation (ou maison de convalescence) peut être prescrit par le médecin.

Effets indésirables liés à une chirurgie de la prostate

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

Une **incontinence urinaire** à l'effort, le plus souvent temporaire, peut survenir dans les semaines qui suivent l'intervention. Elle est liée à une altération momentanée du fonctionnement normal du muscle de la vessie et du sphincter*. Pour limiter l'incontinence, une rééducation urinaire effectuée juste avant et/ou après l'intervention peut être utile. On parle aussi de rééducation sphinctérienne.

Le plus souvent, l'incontinence urinaire s'améliore rapidement. Rarement, elle persiste au-delà d'un an : un traitement adapté est alors mis en place.

Des traitements complémentaires peuvent être envisagés, comme des injections intrasphinctériennes (dans le sphincter), la pose de bandelettes sous-urétrales*, de ballonnets périuréthraux*, ou la mise en place d'un sphincter artificiel (prothèse du sphincter).

Des **troubles de l'érection** sont fréquents après l'intervention. Ils dépendent notamment de la qualité des érections que vous aviez avant l'opération et de l'éventuelle non-conservation ou lésion des bandelettes neurovasculaires au cours de l'intervention. Pour autant, la conservation des bandelettes neurovasculaires ne permet pas de garantir la reprise des érections, qui dépend également d'autres facteurs.

Même si la préservation des bandelettes a été possible, un délai de plusieurs mois peut être nécessaire avant le retour à la fonction sexuelle que vous aviez avant l'opération. Une amélioration peut survenir le plus souvent au cours des deux années qui suivent l'intervention. Différents traitements pourront vous être proposés ; ils sont généralement utilisés assez tôt après l'intervention afin de faciliter le retour des érections spontanées.

Pour en savoir plus sur les modalités possibles de gestion des troubles de l'érection, consultez le chapitre 11.1 « La sexualité pendant et après le cancer », page 77.

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

A long terme, un rétrécissement de l'urètre peut apparaître. En effet, au cours de la prostatectomie, l'urètre, conduit par lequel s'écoule l'urine, est suturé à la vessie. Il arrive que ce conduit se rétrécisse au niveau de la suture : on parle de sténose de l'anastomose vésico-urétrale. Elle se manifeste notamment par une diminution de la force du jet d'urine, des douleurs en urinant voire du sang dans les urines. Si cette complication apparaît, parlez-en à votre médecin qui mettra en place une solution adaptée.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quelle préparation est nécessaire avant l'intervention (douche, rasage…) ?
Comment l'opération se déroule-t-elle ?
Quels en sont les risques ?
Comment puis-je me préparer au mieux ?
Que va-t-il se passer après l'intervention ?
Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?
Comment seront-elles prises en compte ?

5. La radiothérapie externe

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

La radiothérapie est un traitement locorégional des cancers. Elle utilise des rayonnements ionisants qui détruisent les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations) sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus* sains et les organes avoisinants, dits organes à risque (notamment la vessie et le dernier segment de l'appareil digestif : rectum et canal anal). Ces rayonnements sont produits par un appareil appelé accélérateur de particules. Ils sont dirigés en faisceaux vers la prostate pour atteindre, à travers la peau, la tumeur ainsi que les ganglions voisins.

LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie qui leur permet de traverser la matière et de la modifier. Cette modification de la matière s'appelle l'ionisation, d'où le qualificatif de rayonnements ionisants.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications ; ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, ils sont produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules (des photons* dans la grande majorité des cas) à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie ; c'est le principe de la radiothérapie externe. On peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie* (voir chapitre 6, « La curiethérapie », page 45).

Avant de démarrer la radiothérapie, l'oncologue radiothérapeute vous en explique le principe et les objectifs, ainsi que la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également sur les effets indésirables* possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez

pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

5.1 DANS QUELS CAS LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La radiothérapie externe, utilisée seule, est un des traitements de référence des cancers de la **prostate localisés à risque faible**.

Pour les formes localisées à risque intermédiaire, la radiothérapie externe peut être associée, dans certains cas, à une hormonothérapie* courte (jusqu'à 6 mois).

Une radiothérapie externe est un des traitements possibles **des formes localisées à haut risque** ; elle est le traitement de référence des **cancers localement avancés**. Dans ces deux situations, elle peut être, dans certains cas, précédée d'un curage ganglionnaire* et associée à une hormonothérapie de longue durée (jusqu'à 3 ans).

Pour en savoir plus sur l'hormonothérapie, vous pouvez consulter le chapitre 7, page 53.

Enfin, une radiothérapie externe peut aussi parfois compléter un traitement par chirurgie, dans certains cas de cancers à haut risque.

Une radiothérapie peut parfois être utilisée pour traiter des métastases* osseuses. Pour en savoir plus à ce sujet, consultez le chapitre 10, « Les traitements des métastases osseuses et des douleurs », page 73.

5.2 COMMENT SE DÉROULE UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE EN PRATIQUE ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien médical, un dosimétriste, coordonnés par un oncologue radiothérapeute (voir le chapitre 12, « Les professionnels et leur rôle », page 81).

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

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

La simulation

Durant la phase de simulation, parfois appelée repérage, l'oncologue radiothérapeute, assisté d'un manipulateur, repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger (intestin grêle, dernier segment de l'appareil digestif : rectum et canal anal, vessie…). Pour cela, un scanner est réalisé afin d'obtenir une simulation en trois dimensions de la zone à traiter et des organes voisins. Certains centres de traitement peuvent recourir à la mise en place de grains d'or dans la prostate pour la localiser précisément. L'oncologue radiothérapeute détermine les types de rayons à utiliser, la dimension des faisceaux et leur orientation pour irradier la tumeur en épargnant les organes sains voisins.

Pendant cette phase de simulation, la position que vous devrez reprendre à chaque séance est soigneusement définie. Un marquage sur la peau et différents accessoires (contentions…) spécialement adaptés sont réalisés.

Afin de reproduire au mieux les conditions initiales de la simulation, des conseils adaptés vous sont délivrés par votre équipe médicale. Souvent, il est notamment demandé de vider le rectum et de remplir la vessie avant la réalisation d'un scanner et avant chaque séance de radiothérapie externe. Tout au long du traitement, il pourra vous être demandé d'éviter les aliments qui produisent des gaz.

La radiothérapie externe

La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution (autrement dit la répartition) de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation, de façon à traiter au mieux la tumeur ou, après une chirurgie, la zone où se situait la prostate, tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

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

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

Les doses totales habituellement délivrées lors d'une radiothérapie externe d'un cancer de la prostate sont de 70 à 80 Gy. La radiothérapie est le plus souvent administrée pendant 4 à 5 jours consécutifs (à raison d'une séance par jour, habituellement du lundi au vendredi), et ce, durant 7 à 8 semaines.

Le traitement

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

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

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

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

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

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

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

Le suivi

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

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

5.3 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES D'UNE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ?

En irradiant une tumeur, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des tissus sains situés à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets indésirables.

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

On distingue :

- les effets indésirables dits immédiats, aigus ou précoces, qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils peuvent apparaître à partir de la troisième semaine de traitement et durer deux à trois semaines après la fin de la radiothérapie. Ils sont souvent temporaires ;
- les effets indésirables dits tardifs, appelés aussi complications, qui peuvent apparaître plusieurs mois, voire plusieurs années, après la fin du traitement. Ils peuvent être durables (on parle alors de séquelles).

Les effets indésirables immédiats

Troubles urinaires

Des troubles urinaires peuvent apparaître. Il s'agit notamment d'une inflammation de la vessie (cystite radique) et de l'urètre*, qui peut se manifester par des envies fréquentes d'uriner (pollakiurie), notamment la nuit, des envies impérieuses d'uriner (impériosités), des difficultés à uriner (dysurie) avec un jet moins fort et/ou des brûlures en urinant. Plus rarement, il peut y avoir des saignements dans les urines (hématurie).

Il est conseillé de boire abondamment de l'eau non gazeuse pour que les urines soient claires et non irritantes. La consommation de thé et de café doit être limitée. L'alcool et le tabac doivent être évités.

Pour en savoir plus sur les aides à l'arrêt du tabac, consultez le chapitre 13.5, « Bénéficier d'une aide pour arrêter de fumer », page 91.

Inflammation du rectum et de l'anus

Une inflammation du rectum survient parfois. Elle peut se manifester par une envie plus fréquente et parfois douloureuse d'aller à la selle, avec quelquefois de « faux besoins ». Elle peut également s'accompagner de brûlures au niveau de l'anus (anite) avec des poussées hémorroïdaires et parfois des traces de sang. Il est conseillé de supprimer les épices de votre alimentation. Si votre médecin le juge nécessaire, il pourra vous prescrire un traitement adapté, le plus souvent par crème ou suppositoires.

Troubles intestinaux

Ces troubles peuvent survenir lorsque l'irradiation du pelvis* est plus large et se manifestent notamment par une diarrhée. Des conseils alimentaires pourront vous être donnés par votre équipe médicale afin de limiter ce trouble, comme suivre un régime sans résidu et sans aliments irritants. Des médicaments antispasmodiques pourront également vous être prescrits.

Réactions cutanées

Une rougeur de la peau semblable à un coup de soleil, appelée érythème cutané, est une réaction rare dans le traitement des cancers de la prostate par radiothérapie externe. Lorsqu'elle survient, elle apparaît habituellement à partir de la quatrième ou de la cinquième semaine de traitement et concerne les plis, comme le sillon inter-fessier, les plis de l'aine ou du ventre. La rougeur disparaît lentement et laisse progressivement place à une coloration brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES RÉACTIONS CUTANÉES

À faire	À éviter
■ Utiliser un savon surgras. ■ Se sécher sans frotter. ■ Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée. ■ Appliquer une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie) en concertation avec l'équipe médicale.	■ Prendre des douches et des bains trop chauds. ■ Savonner directement la zone irradiée. ■ Frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème…

Fatigue

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et les traitements eux-mêmes peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit gérée le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique adaptée, régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Fatigue et cancer* et sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**. Vous pouvez également consulter la fiche Repère *Activité physique et cancer* sur **e-cancer.fr**

Ces effets indésirables disparaissent le plus souvent en quelques semaines après la fin du traitement.

Les effets indésirables tardifs

Les progrès des techniques d'irradiation ont rendu les effets indésirables tardifs moins fréquents et moins sévères. Cependant, certains symptômes peuvent apparaître plusieurs mois ou plusieurs années après la fin du traitement. Ils sont parfois favorisés par certains traitements. Ce peut être :

- une douleur au niveau de la zone irradiée ;
- une rectite, c'est-à-dire une inflammation de la muqueuse* du rectum, se manifestant notamment par du sang dans les selles (rectorragies) ;
- des troubles urinaires, comme une envie fréquente d'uriner ou des difficultés à uriner. Rarement, ils peuvent se manifester par la présence de sang dans les urines (hématurie), et très rarement par une incontinence urinaire* ;
- des troubles de l'érection qui peuvent survenir progressivement en 12 à 18 mois après le traitement. Pour en savoir plus, consultez le chapitre 11, « Sexualité et fertilité », page 77.

Il est important de les signaler à votre médecin afin de vérifier qu'ils ne sont pas dus à une autre cause (parfois en réalisant des examens complémentaires) et afin que des soins adaptés puissent vous être proposés.

Un risque de second cancer

Après un traitement des cancers de la prostate par radiothérapie externe, il existe un risque très faible (estimé inférieur à 1 %) de développer un cancer du rectum ou de la vessie.

Ce risque est statistiquement supérieur à celui d'une personne qui n'a pas été traitée pour un premier cancer.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels sont les objectifs de la radiothérapie externe ?
Comment se déroule le traitement ?
Combien de temps dure-t-il ?
Dois-je suivre un régime alimentaire spécifique ? Combien de temps ?
Quels sont les effets indésirables possibles ?
Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?
Comment et par qui est effectué le suivi ?

6. La curiethérapie

DANS QUELS CAS UNE CURIETHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE DÉROULE UNE CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DE LA CURIETHÉRAPIE ?

La curiethérapie est un traitement local des cancers. Une curiethérapie de la prostate consiste à placer des sources radioactives à l'intérieur de la prostate. Ces éléments radioactifs émettent des rayonnements qui détruisent les cellules cancéreuses (voir encadré page 35). La dose de rayonnement décroît très vite au fur et à mesure que l'on s'éloigne de ces sources radioactives, ce qui permet de limiter les effets indésirables* sur les tissus* sains avoisinants (notamment la vessie et le dernier segment de l'appareil digestif : rectum et canal anal).

Il existe deux formes de curiethérapie :

- par implants permanents de grains d'iode 125. Dans ce cas, les grains radioactifs restent définitivement implantés dans la prostate ;
- par implants temporaires, généralement de sources d'iridium 192. On parle aussi de technique à haut débit de dose. Dans ce cas, une fois l'irradiation réalisée, plus aucune source radioactive ne reste dans la prostate.

Vous êtes suivi par une équipe entraînée et spécialisée.

6.1 DANS QUELS CAS UNE CURIETHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

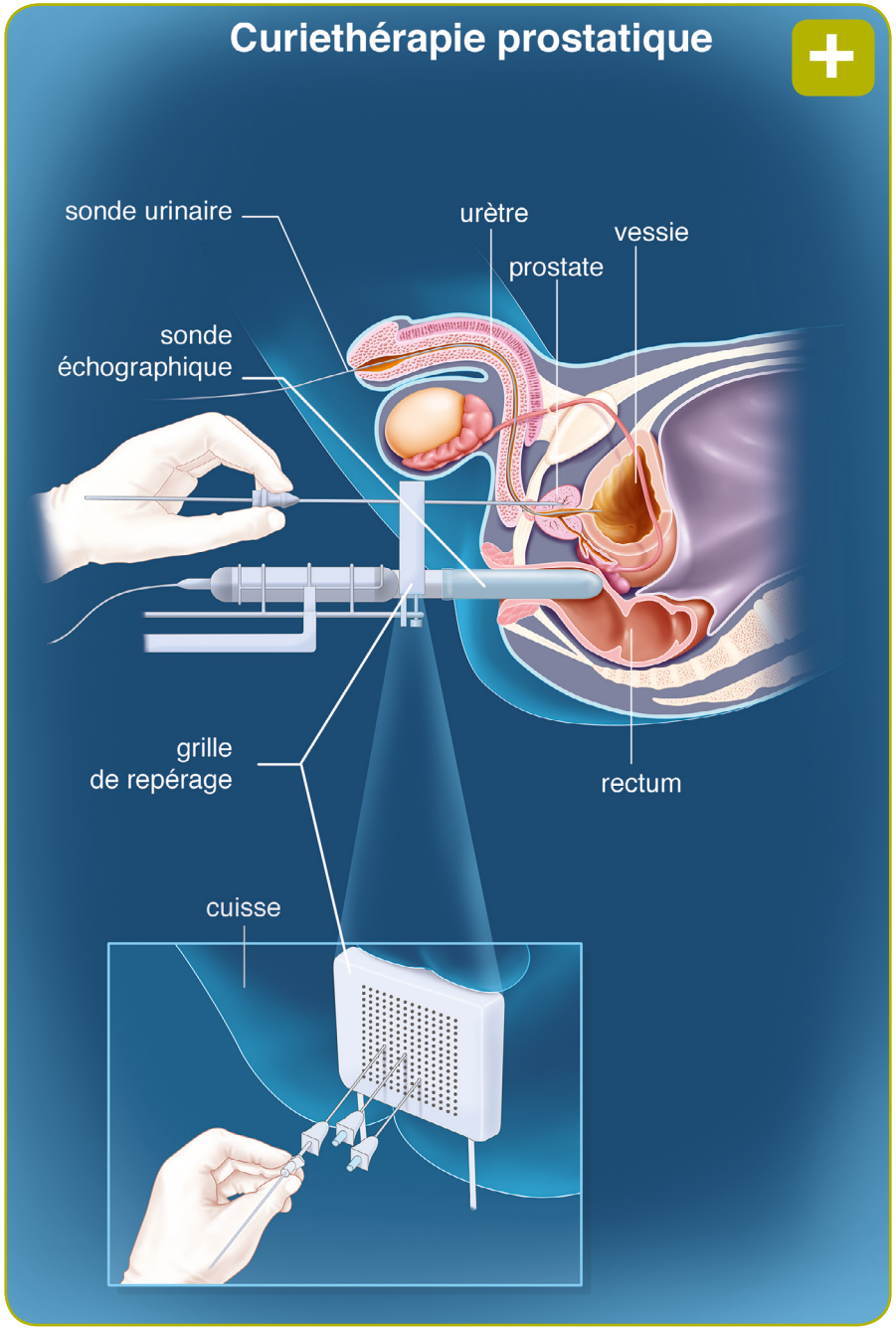
La curiethérapie a une action très localisée au niveau de la prostate. C'est l'un des traitements possibles de certains cancers de la prostate localisés. Dans certaines situations spécifiques, la curiethérapie peut être associée à un traitement par radiothérapie externe.

6.2 COMMENT SE DÉROULE UNE CURIETHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

Vous êtes en général hospitalisé la veille du traitement. La durée d'hospitalisation est le plus souvent de deux jours mais peut varier selon le type de traitement prévu et la manière dont il est planifié. Une consultation préanesthésique est programmée avant l'intervention (pour en savoir plus à ce sujet, consultez le chapitre 4.2 « Comment se préparer à l'intervention », page 27). Par ailleurs, différentes préparations, comme une préparation rectale (lavement) peuvent être nécessaires peu de temps avant l'intervention. Votre équipe médicale vous précisera tous les détails utiles en amont. N'hésitez pas à lui faire part de vos questions et remarques.

Afin d'implanter le matériel nécessaire à la curiethérapie (qu'elle soit réalisée par implants permanents ou temporaires), une anesthésie générale ou une rachianesthésie (anesthésie de l'abdomen et des jambes) est réalisée. Une fois que vous êtes anesthésié, une sonde urinaire est mise en place. Une sonde d'échographie* endorectale est introduite dans le rectum. Elle a pour objectif de visualiser la prostate, l'urètre* et le rectum et d'acquérir les images dans l'ordinateur. Ces éléments permettent au radiophysicien de réaliser en temps réel la planification et la dosimétrie en trois dimensions (3D). L'objectif est d'optimiser l'irradiation, de façon à traiter au mieux la tumeur tout en épargnant les organes sains voisins. L'échographie permet de guider l'implantation des aiguilles destinées à introduire les sources radioactives. Ces aiguilles sont introduites par le périnée*, à travers une grille d'implantation positionnée au niveau du périnée.

Lors d'une curiethérapie par **implants permanents**, la mise en place des grains d'iode 125 via des aiguilles creuses est ensuite réalisée de façon manuelle ou automatisée, sous le contrôle de l'échographie. Les aiguilles sont enlevées au fur et à mesure de l'implantation du matériel radioactif. À la fin de l'implantation, le patient est amené en salle de réveil. Un examen d'imagerie, comme une radiographie, peut être réalisé pour contrôler la qualité de l'implantation des grains d'iode dans la prostate. Il peut être complété par d'autres examens d'imagerie.



Lors d'une curiethérapie par **implants temporaires**, les aiguilles placées dans la prostate sont connectées à un projecteur de source contenant le plus souvent une micro-source d'iridium. Cette micro-source se déplace automatiquement dans chaque aiguille selon la programmation issue de la dosimétrie. Selon votre cas et les habitudes de votre équipe médicale, une à trois séances peuvent généralement être planifiées. Lorsque plusieurs séances sont prévues, elles peuvent se dérouler sur plusieurs jours.

RADIOPROTECTION : PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES (UNIQUEMENT EN CAS DE CURIETHÉRAPIE PAR IMPLANTS PERMANENTS (IODE 125)).

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

Les contacts avec les autres personnes sont autorisés. Quelques précautions sont cependant nécessaires pendant les deux mois qui suivent l'implantation. En pratique, vous devez notamment éviter les contacts directs et prolongés avec les jeunes enfants (par exemple, les prendre sur vos genoux) et les femmes enceintes.

Il peut arriver que des sources implantées passent dans vos urines. C'est la raison pour laquelle le médecin vous demande d'uriner dans un récipient et d'utiliser un tamis (une passoire à thé ou un filtre à café en papier par exemple) pour filtrer les urines **pendant environ deux semaines** après l'intervention. Si vous retrouvez un grain, il faut le récupérer à l'aide d'une pince à épiler ou d'une cuillère et le placer dans le container plombé qui vous aura été remis lors de votre sortie d'hospitalisation puis le rapporter à l'hôpital.

Votre médecin vous précisera les préconisations en matière de protection des rapports sexuels. Exceptionnellement, peu de temps après la curiethérapie, un grain radioactif peut être émis dans le sperme*. Si vous retrouvez un grain, il faut suivre la même procédure que celle que votre équipe de curiethérapie vous aura indiquée pour récupérer un grain émis dans les urines.

L'équipe de curiethérapie vous précisera les consignes à respecter. N'hésitez pas à leur poser toutes vos questions à ce sujet. Les informations qui vous seront remises peuvent varier d'un établissement à l'autre. Les conseils sont ainsi parfois différents de l'information que vous pouvez trouver, par exemple, sur internet. Dans tous les cas, votre équipe médicale est la mieux à même de vous conseiller ; c'est elle qui connaît votre situation personnelle.

Votre équipe médicale vous précisera le déroulement exact du traitement qui est prévu pour vous. N'hésitez pas à leur poser toutes vos questions.

Lorsque la sonde urinaire est enlevée, l'équipe médicale s'assure que les mictions reprennent normalement.

6.3 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DE LA CURIETHÉRAPIE ?

Les effets indésirables d'une curiethérapie dépendent notamment des éléments suivants :

- le type d'implants (temporaires ou permanents) ;
- le volume de la région traitée ;
- la dose d'irradiation ayant pu atteindre les organes voisins, habituellement très faible ;
- la dose totale reçue.

Certains effets indésirables se manifestent immédiatement après l'intervention ou bien quelques semaines plus tard. En général, ils sont temporaires. D'autres apparaissent bien après l'intervention et peuvent durer longtemps.

Les suites immédiates de l'intervention

Certains effets indésirables peuvent se manifester lors du traitement ou tout de suite après. Ils sont surveillés et traités par l'équipe médicale si cela est nécessaire :

- **un hématome* au niveau du périnée**, zone d'insertion des aiguilles, qui disparaît en quelques semaines ;
- **la présence de sang dans les urines** (hématurie), rare en cas de curiethérapie avec implants permanents et fréquente en cas de curiethérapie avec implants temporaires. Ces saignements disparaissent le plus souvent spontanément en quelques heures mais peuvent nécessiter un lavage de la vessie à l'aide de la sonde urinaire qui a été mise en place au cours de l'intervention ;
- **une irritation rectale** liée à la mise en place de la sonde endorectale au cours du traitement ;
- rarement, une **thrombose* veineuse ou phlébite*** (c'est-à-dire qu'une veine se bouche, ce qui bloque la circulation du sang). Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la page 31) ;

- parfois, **une fatigue**. Sa survenue et son intensité dépendent des personnes et notamment de votre état de santé général ou d'une éventuelle appréhension de l'intervention. Elle peut être physique ou psychologique (pour en savoir plus, vous pouvez lire les informations de la page 42) ;
- si vous ressentez une douleur, quelle que soit son intensité, parlez-en à votre équipe médicale.

Les effets indésirables survenant dans les jours et semaines suivant l'intervention :

Certains effets indésirables peuvent se manifester dans les jours et les semaines suivant l'intervention. Ce peut être :

- **des troubles urinaires**, très fréquents, avec une intensité variable selon les patients. Ils sont liés à l'inflammation de l'urètre (urétrite). Ils se manifestent par des besoins pressants et fréquents d'uriner (le jour et la nuit), par un jet plus faible et plus lent et par des brûlures en urinant. Ces difficultés pour uriner débutent habituellement une semaine après l'intervention. La gêne est maximale quatre à six semaines après celle-ci, et ces difficultés disparaissent généralement dans les quelques mois suivant l'intervention. Les difficultés à uriner peuvent être en partie prévenues et traitées par des médicaments alphabloquants* et des anti-inflammatoires*. En cas de troubles urinaires importants (par exemple en cas de miction toutes les demi-heures avec un jet très faible, de douleurs dans le bas ventre et/ou de fièvre), contactez rapidement votre médecin ;
- des **problèmes d'érection transitoires et modérés** ;
- une présence de **sang dans le sperme** ;
- rarement, des **troubles rectaux**, comme une inflammation du rectum (rectite). Ils peuvent se manifester par les mêmes symptômes que des hémorroïdes* : brûlures lors des selles, envies pressantes voire fausse envies d'aller à la selle, plus rarement saignements. Ils disparaissent généralement deux à trois mois après l'intervention.

Les effets indésirables tardifs d'une curiethérapie (dans les mois et années après l'intervention) :

- des **troubles de l'érection**. Ils peuvent apparaître progressivement, généralement dans les années suivant le traitement, et dépendent notamment de la fonction sexuelle que vous aviez avant le traitement. Pour en savoir plus sur les traitements possibles des troubles de l'érection, consultez le chapitre 11.1, « La sexualité pendant et après le cancer », page 77 ;
- une **diminution parfois très nette de la quantité de sperme** ;
- plus rarement, certains **troubles urinaires** peuvent survenir ou persister, surtout si vous en aviez avant l'intervention. Il peut notamment s'agir d'un jet plus faible, de mictions plus fréquentes, d'envies pressantes d'uriner. Pour en savoir plus, consulter les informations de la page 50 sur les effets indésirables survenant dans les jours et semaines suivant l'intervention ;
- rarement, une **inflammation du rectum** (rectite) peut survenir ou persister.

Il est important de les signaler à votre médecin afin de vérifier qu'ils ne sont pas dus à une autre cause (parfois en réalisant des examens complémentaires) et afin que des soins adaptés puissent vous être proposés.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels sont les objectifs de la curiethérapie ?
Comment se déroule le traitement ?
Combien de temps dure-t-il ?
Quels sont les effets indésirables possibles ?
Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?
Puis-je avoir des rapports sexuels ? Comment dois-je les protéger ? Pendant combien de temps ?
Comment et par qui est effectué le suivi ?

La curiethérapie

7. L'hormonothérapie

DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
QUELS SONT LES TYPES D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES D'UNE HORMONOTHÉRAPIE ?

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

7.1 DANS QUELS CAS UNE HORMONOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Une hormonothérapie, associée à une radiothérapie externe*, est le traitement de référence des **cancers de la prostate localement avancés** et un des traitements possibles des **formes localisées à haut risque**. L'hormonothérapie est habituellement débutée avant la radiothérapie puis poursuivie après la radiothérapie jusqu'à 3 ans.

Dans certains cas de **cancers localisés à risque intermédiaire**, une hormonothérapie de courte durée (jusqu'à 6 mois) peut être associée à une radiothérapie externe.

Une hormonothérapie de longue durée est le traitement de référence des **cancers de la prostate métastatiques**. Dans certaines situations cliniques, l'hormonothérapie peut parfois être prescrite en association avec une chimiothérapie*.

7.2 QUELS SONT LES TYPES D'HORMONOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

Les médicaments d'hormonothérapie sont le plus souvent administrés par voie orale, injectés sous la peau ou en intramusculaire. Plus rarement, la production de testostérone est supprimée par l'ablation chirurgicale des testicules.

Les traitements médicamenteux

Les médicaments d'hormonothérapie utilisés sont des analogues ou des antagonistes de la LH-RH*, qui bloquent la production de la testostérone par les testicules. On parle de castration chimique.

En complément des analogues de la LH-RH, des anti-androgènes (par voie orale) sont généralement prescrits au début du traitement. Ils ont pour objectif d'éviter une hausse transitoire de la testostérone qui se produit parfois avec ce type de médicaments : on parle d'effet « flare-up ». Les anti-androgènes agissent comme des anti-hormones en prenant la place de la testostérone au niveau des récepteurs hormonaux des cellules. Les plus courants sont le flutamide, le bicalutamide, le nilutamide et l'acétate de cyprotérone.

Les analogues et les antagonistes de la LH-RH sont administrés par injection. Le médicament vous est administré à un rythme régulier, par exemple tous les mois, tous les trois mois, etc. Le rythme qui sera défini par votre médecin dépend du médicament et du dosage qui vous sont prescrits. Les analogues de la LH-RH les plus couramment utilisés sont la leuproréline, la goséreline, la buséréline, la triptoréline et l'histréline. L'antagoniste de la LH-RH disponible est le dégarelix.

Si la tumeur devient résistante à un premier traitement à base d'hormonothérapie, une autre molécule pourra le plus souvent vous être proposée. Il peut notamment s'agir de deux molécules d'hormonothérapie de nouvelle génération : l'acétate d'abiratérone et l'enzalutamide. Dans cette situation, votre médecin vous décrira comment se déroule le traitement et les effets indésirables* qui peuvent survenir.

L'ablation des testicules

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

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

Ces opérations sont simples et réalisées le plus souvent sous anesthésie locorégionale par une petite incision pratiquée dans le scrotum*.

Dans le cas de l'orchidectomie, le scrotum apparaît plus petit après l'intervention.

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

Ce procédé est rarement utilisé.

7.3 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES D'UNE HORMONOTHÉRAPIE ?

Toutes les formes d'hormonothérapie peuvent engendrer des effets indésirables. La survenue et l'intensité de ces symptômes dépendent de chaque individu, ainsi que des médicaments utilisés. Des solutions existent pour y remédier. Il ne faut pas hésiter à en parler avec votre médecin et votre pharmacien.

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

- bouffées de chaleur ;
- troubles de l'érection ;
- baisse de la libido ;
- prise de poids ;
- diminution de la masse osseuse (ostéoporose) ;
- gonflement et sensibilité de la poitrine (gynécomastie) ;
- irritabilité.

D'autres effets indésirables spécifiques de chaque médicament peuvent également apparaître et vous sont indiqués par votre médecin. Vous pouvez aussi consulter la notice du médicament qui vous a été prescrit.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quel type d'hormonothérapie me sera administré ? De quelle façon ?
Quels sont les objectifs du traitement ?
Quels sont les effets indésirables possibles ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils prévenus, traités ?
Le traitement se passe-t-il en établissement de santé (à l'hôpital ou à la clinique) ou à domicile ?
Combien de temps va durer le traitement ?
Comment et par qui est effectué le suivi ?
Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre, des associations médicamenteuses à éviter ?

8. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?
COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE ?

La chimiothérapie est un traitement dont l'action est dirigée notamment sur les mécanismes de la division cellulaire. C'est un traitement général, dit aussi traitement systémique, qui agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation.

Avant de démarrer la chimiothérapie, votre médecin vous en explique le principe et les objectifs. Il vous informe également sur les effets indésirables* possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

8.1 DANS QUELS CAS UNE CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Une chimiothérapie peut être indiquée pour traiter certains cancers métastatiques ; dans certaines situations cliniques, elle peut parfois être associée à une hormonothérapie*. La mise en route d'un traitement par chimiothérapie est discutée par votre équipe médicale en RCP*.

Plusieurs molécules de chimiothérapie sont disponibles pour traiter les cancers de la prostate. Elles peuvent être utilisées successivement: on parle de lignes de traitement. Lorsque le cancer évolue après un premier traitement à base d'hormonothérapie, de nouvelles molécules, notamment de chimiothérapie, peuvent être prescrites pour le traiter. Concernant les cancers de la prostate, une molécule de chimiothérapie et différentes molécules d'hormonothérapie peuvent être prescrites après échec d'un premier traitement à base d'hormonothérapie.

Pour en savoir plus sur les traitements par hormonothérapie, vous pouvez consulter le chapitre 7, « L'hormonothérapie », page 53. Pour en savoir plus sur les soins des symptômes des cancers métastatiques, vous pouvez lire le chapitre 10, « Les traitements des métastases osseuses et des douleurs », page 73.

8.2 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE UTILISÉS ?

Après un premier traitement à base d'hormonothérapie, le traitement des cancers de la prostate par chimiothérapie est basé sur une association entre :

- une molécule de chimiothérapie, le docétaxel, administré par perfusion* ;
- un corticoïde* (prednisone ou prednisolone), par voie orale.

Dans les lignes ultérieures de traitement, la molécule de chimiothérapie utilisée est le cabazitaxel, administré par perfusion. Elle est associée à un corticoïde (prednisone ou prednisolone), par voie orale.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments du ministère chargé de la santé, **www.base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**.

Dans certaines situations, d'autres médicaments peuvent être associés au protocole de chimiothérapie. La décision est prise par votre équipe médicale en fonction de votre situation personnelle.

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

8.3 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous suit vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule par cures successives. Chaque cure est suivie d'une période sans traitement (intercure). Le corticoïde est, quant à lui, administré en continu.

Avant chaque cure, un examen clinique* et des examens de sang sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalie, comme une baisse importante du taux de globules blancs* par exemple, le traitement peut être reporté ou modifié.

Les médicaments sont le plus souvent injectés par perfusion.

La chimiothérapie se déroule généralement dans un établissement de santé (à l'hôpital ou à la clinique) en ambulatoire, c'est-à-dire que vous rentrez chez vous le soir même. On parle aussi d'hospitalisation de jour.

Avant de commencer le traitement intraveineux : la pose d'une chambre implantable

Administrer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées peuvent devenir douloureuses.

Avant de commencer le traitement intraveineux, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) est souvent proposée.

Ce dispositif est composé d'un petit boîtier, la chambre implantable, et d'un tuyau souple et fin, un cathéter. Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Le boîtier est placé en haut du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, une radiographie du thorax est réalisée pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Elle reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité, cependant son port reste obligatoire (le médecin ne peut pas délivrer un certificat de non port de ceinture). Il existe aussi un faible risque de thrombose*, d'infection du cathéter ou encore de migration du boîtier qui peut se déplacer légèrement. Ces phénomènes sont surveillés par l'équipe médicale.

Lorsque le dispositif n'est plus utile, il est enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale.

D'autres dispositifs sont employés, notamment le cathéter veineux central inséré par voie périphérique, qui est posé dans une veine périphérique profonde du bras et dont l'extrémité est placée au niveau de la terminaison de la veine cave supérieure.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, consultez le guide *Comprendre la chimiothérapie*.

8.4 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES DES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE ?

Les effets indésirables des traitements médicaux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

Le pamplemousse est connu pour interagir avec certains médicaments, dont le docétaxel. Il ne réduit pas son efficacité mais augmente la fréquence et la gravité des effets indésirables. Il est donc recommandé de s'abstenir de consommer ce fruit comme d'en boire le jus.

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter les cancers de la prostate sont présentés ci-après. En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face.

EFFETS INDÉSIRABLES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet indésirable ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, ressentir de nombreux effets indésirables ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie ont souvent des effets indésirables sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits ;
- une diminution du taux de globules rouges* et d'hémoglobine* qui provoque, lorsqu'elle est importante, une anémie. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes* (thrombopénie), qui participent au phénomène de coagulation* du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'ecchymoses* et de saignements.

Une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes peut se produire. On parle alors d'aplasie.

Lors d'une chimiothérapie, un traitement préventif par facteurs de croissance* peut être prescrit pour éviter une baisse trop importante de certains globules blancs. Il est également parfois nécessaire, au cours du traitement par chimiothérapie, de recourir à ces médicaments lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges est trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut être réalisée.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier le nombre de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

En cas de fièvre ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), contactez immédiatement votre médecin.

Sensations d'engourdissement ou de fourmillement

Le docétaxel comme le cabazitaxel peuvent avoir un effet toxique sur les nerfs et entraîner des troubles de la sensibilité, appelés paresthésies. Ils se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements, de picotements ou de brûlures qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Si ces symptômes persistent entre deux cures de chimiothérapie ou s'ils entraînent une gêne fonctionnelle, comme une difficulté à saisir un objet ou à marcher, votre médecin pourra décider de retarder votre prochaine cure de chimiothérapie, d'en modifier la posologie, voire d'arrêter ce traitement et de le remplacer par d'autres médicaments.

Troubles cutanés

Le docétaxel et le cabazitaxel peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, dessèchement, tiraillement…

Le docétaxel peut provoquer des éruptions cutanées localisées essentiellement au niveau des pieds et des mains mais également au niveau des bras, du visage ou du thorax. Les lésions au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds peuvent prendre la forme d'un syndrome main-pied. Celui-ci se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS LIÉS AU SYNDROME MAIN-PIED

À faire	À éviter
■ Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un pain surgras). ■ Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne). ■ Porter des vêtements amples et des chaussures souples.	■ S'exposer les mains et les pieds à la chaleur (soleil, bains chauds). ■ Pratiquer des activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage…). ■ Appliquer des pansements adhésifs ou des bandages serrés. ■ Marcher de manière prolongée et pratiquer la course à pied.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Modification de la couleur et fragilisation des ongles

Au cours du traitement par docétaxel, les ongles peuvent devenir cassants, striés et ondulés et finir parfois par tomber. Il est conseillé de porter des chaussures confortables et des gants de protection pour le jardinage et les travaux ménagers, de se couper les ongles courts, afin d'éviter qu'ils se fissurent ou se soulèvent.

Certains centres mettent parfois à disposition des patients, lors de l'administration du traitement, des gants ou des chaussons réfrigérants, ou proposent des bains des orteils dans de l'eau froide. Ces mesures ont pour effet de réduire l'afflux sanguin dans les extrémités et donc la quantité de produit de chimiothérapie qui affecte les cellules des ongles. Cela aide parfois à limiter la fragilisation des ongles.

Certaines équipes conseillent par ailleurs d'utiliser un vernis au silicium pour protéger les ongles tout au long de la période des traitements. Vous pouvez solliciter votre équipe soignante à ce sujet pour en savoir plus.

Nausées et vomissements

Les nausées peuvent commencer le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans le lieu de soins (l'hôpital ou la clinique), avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Il arrive que pendant la chimiothérapie, des personnes ressentent un mauvais goût dans la bouche ou soient particulièrement sensibles aux odeurs. Cela entraîne parfois l'apparition de nausées. Diverses alternatives sont alors proposées :

- sucer des bonbons mentholés diminue le goût désagréable ;
- pratiquer des exercices de relaxation avant et pendant la perfusion de chimiothérapie. Sollicitez des conseils à ce sujet auprès des soignants ;
- regarder la télévision, écouter la radio ou de la musique, jouer à des jeux de société, lire, discuter, etc. pendant la perfusion. Ces activités contribuent parfois à diminuer la sensation de nausées.

Un traitement est le plus souvent prescrit avant, pendant et après la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent, en général, pas plus de 48 heures après le traitement.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire	À éviter
■ Privilégier les aliments froids ou tièdes, qui sont moins odorants que les aliments chauds. ■ Privilégier plusieurs petits repas plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer. ■ Boire plutôt avant ou après les repas. Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment, aident parfois à diminuer les nausées. ■ Manger lentement en mastiquant bien afin de faciliter la digestion. ■ Manger légèrement avant et après le traitement.	■ Consommer des aliments lourds, difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés. ■ Boire pendant les repas. ■ Fumer.

Diarrhées

Des diarrhées sont possibles au cours du traitement par docétaxel ou cabazitaxel. Votre médecin peut vous prescrire un traitement préventif ou curatif (antidiarrhéique).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

En cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements, contactez rapidement votre médecin.

Constipation

A l'inverse, une constipation peut survenir, notamment au cours du traitement par cabazitaxel. Les médicaments antiémétiques, les médicaments à base de morphine prescrits contre la douleur et le ralentissement de l'activité physique peuvent également y contribuer. Un traitement préventif (laxatif) pourra vous être prescrit.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LA CONSTIPATION

- Boire au moins 2 litres d'eau par jour.
- Privilégier une alimentation riche en fibres, à base de fruits et légumes frais, de compote de pruneaux.
- Consommer des céréales et du pain complet.
- Si possible, faire de l'exercice de façon adaptée et régulière.
- Boire au réveil un verre d'eau, ou de jus de fruits, bien froid.

Lésions de la bouche

Le docétaxel peut entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse*) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire	À éviter
■ Réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin après chaque repas. ■ Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple. ■ Sucer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe. ■ Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola). ■ Privilégier les aliments sans acidité, mous voire mixés. ■ Se graisser les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (vaseline, beurre de cacao).	■ Consommer des aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas. ■ Réaliser des bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure. ■ Consommer du tabac et de l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement. ■ Consommer des aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

Perte d'appétit et modification du goût

Parfois, la chimiothérapie entraîne une perte de l'appétit. Une modification de la perception du goût peut également être ressentie : elle disparaît progressivement dès la fin des traitements (à ce sujet, voir également le paragraphe « nausées et vomissements », page 63).

Si la perte d'appétit se prolonge, elle peut entraîner un amaigrissement et, à terme, une situation de dénutrition*. La dénutrition a de nombreuses conséquences, comme une fonte des muscles, une baisse des défenses immunitaires ou une fatigue importante. Elle peut également empêcher le bon déroulement de votre traitement et modifier l'efficacité ou la tolérance de certains médicaments, c'est pourquoi il faut la limiter le plus précocement possible.

Un diététicien ou un nutritionniste peuvent vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement. En cas de nécessité, des compléments alimentaires pourront vous être prescrits pour éviter un amaigrissement trop important.

CONSEILS PRATIQUES POUR ENTRETENIR L'ESPRIT CONVIVIAL DES REPAS ET STIMULER VOTRE APPÉTIT

- Si possible, manger accompagné.
- Travailler la présentation des plats.
- S'installer à table, de préférence dans un cadre agréable.

Chute des cheveux et du système pileux

La chute des cheveux (appelée alopécie) peut être difficile à vivre car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et en général temporaire. Elle commence en général deux à trois semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ six à huit semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

La perruque fait l'objet d'une prescription par le médecin ; elle est remboursée à hauteur de 125 euros par l'Assurance maladie. Un complément pourra vous être remboursé par votre assurance complémentaire si vous en avez une.

Certains centres peuvent proposer l'application d'un casque réfrigéré (parfois appelé casque réfrigérant) lors de l'administration du traitement. Il s'agit d'un bonnet glacé qui a pour effet de réduire l'afflux sanguin dans le cuir chevelu et donc la quantité de produit de chimiothérapie qui affecte les cellules des cheveux. L'utilisation de ce dispositif limite ainsi parfois la chute des cheveux.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Traitements du cancer et chute de cheveux* et sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**.

Fatigue

Consulter la page 42.

Affections oculaires
Au cours du traitement par docétaxel, une augmentation des écoulements oculaires est possible. Rarement, une affection de l'œil, appelée œdème* maculaire cystoïde, peut survenir. Elle se manifeste notamment par une baisse de l'acuité visuelle et d'autres troubles visuels. Il est très important de les signaler rapidement à votre médecin afin de procéder à un examen ophtalmologique complet.

Réactions allergiques
Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, de difficultés à respirer ou d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), ou de tout autre trouble inhabituel.

Fertilité et contraception
Consulter le chapitre 11, « Sexualité et fertilité », page 77.

Autres effets indésirables possibles
D'autres effets indésirables sont possibles, comme des troubles cardiaques, des écoulements nasaux, des saignements de nez, une toux, la présence de sang dans les urines ou encore des douleurs musculaires et/ou articulaires. Il est important de les signaler à l'équipe soignante, afin qu'ils soient traités et afin d'adapter votre traitement si besoin.

Les effets indésirables des corticoïdes
Le traitement par corticoïdes peut générer certains effets indésirables parmi lesquels :

- des modifications physiques, comme une fonte musculaire ou un gonflement du visage ;
- des tendances à la dépression ou au contraire à l'agitation, avec notamment des insomnies ;
- l'aggravation ou l'apparition d'un diabète.

Cette liste n'est pas exhaustive (pour plus de détails, vous pouvez consulter la notice du médicament qui vous a été prescrit).

La surveillance médicale dont vous bénéficiez tout au long du traitement permet de repérer les effets indésirables des corticoïdes, de les traiter et d'adapter votre traitement si besoin. Parlez-en avec votre équipe médicale.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?
Quels sont les objectifs du traitement ?
Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?
Le traitement se passe-t-il à l'hôpital/à la clinique ou à domicile ?
Combien de temps dure-t-il ?
Comment et par qui est effectué le suivi ?
Y a-t-il des conseils alimentaires particuliers à suivre ?

9. Le suivi après traitement

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT ?
QUELLES SONT LES MODALITÉS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT ?

Après la phase des traitements initiaux, un suivi est mis en place.

Le suivi se différencie de la surveillance, qui a pour objectif de retarder un traitement et les effets indésirables* qui l'accompagnent tant qu'il n'est pas nécessaire. Pour en savoir plus, consultez le chapitre 3, « La surveillance active », page 23.

9.1 QUELS SONT LES OBJECTIFS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT ?

Le suivi a principalement deux objectifs :

- surveiller la survenue éventuelle d'une récidive* de la maladie, c'est-à-dire la réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps ;
- mettre en œuvre les soins de support nécessaires pour rétablir et/ou préserver au mieux votre qualité de vie. Cela concerne la détection et la gestion d'éventuels effets indésirables des traitements et complications de la maladie mais aussi la gestion des conséquences psychologiques de la maladie sur votre vie sociale et affective, etc.

9.2 QUELLES SONT LES MODALITÉS DU SUIVI APRÈS TRAITEMENT ?

L'équipe spécialisée ayant réalisé le traitement joue un rôle essentiel dans le suivi, en lien avec votre médecin traitant. En fonction des effets indésirables des traitements ou des complications de la maladie elle-même, d'autres professionnels peuvent également intervenir.

Le suivi repose généralement sur :

- un examen clinique*, comportant un toucher rectal* dans certaines situations ;
- le dosage du PSA*. Dans certains cas, d'autres éléments comme la créatinine* et la calcémie* peuvent être mesurés.

Les modalités et le rythme du suivi sont adaptés au cas par cas. **Ces rendez-vous sont importants ; ils doivent être effectués selon le programme prévu.**

Le médecin vous indique également les symptômes qui doivent vous conduire à consulter en dehors des rendez-vous programmés. Il s'agit notamment de l'apparition de douleurs osseuses, une faiblesse dans les jambes, une impossibilité d'uriner… (liste non exhaustive). Si vous ressentez des symptômes nouveaux ou inexpliqués, consultez votre médecin traitant qui évaluera la nécessité de vous orienter vers votre équipe hospitalière.

Si vous n'avez pas été traité, la surveillance régulière de votre maladie est décrite au chapitre 3, « La surveillance active », page 23).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Comment se déroule le suivi en pratique ?
Quels professionnels sont chargés de mon suivi ?
Quels examens seront nécessaires ?
A quel intervalle devrai-je être suivi ?
Qui contacter en cas d'apparition de symptômes entre deux consultations ?

10. Les traitements des métastases osseuses et des douleurs

LES MÉDICAMENTS
LA RADIOTHÉRAPIE

L'os n'est pas un tissu* figé. Il est constamment détruit et reconstruit par des cellules spécialisées. Les ostéoblastes sont les cellules qui construisent l'os et les ostéoclastes sont celles qui détruisent ce tissu. En situation normale, l'os reste solide car un équilibre est maintenu entre l'activité de ces cellules.

Lorsque le cancer de la prostate a évolué, des métastases* peuvent se développer à distance, notamment au niveau des os. Ces métastases entraînent une destruction de l'os et peuvent ainsi provoquer des douleurs, voire des fractures.

Un traitement (par médicaments ou par radiothérapie) est alors mis en place. Souvent réalisé dans le même temps qu'un traitement par hormonothérapie* ou chimiothérapie*, il n'a cependant pas pour objectif de traiter la maladie elle-même. Les traitements spécifiques du cancer, par leur action directe sur la tumeur et les métastases, contribuent également à soulager les symptômes.

D'autres traitements spécifiques pourront parfois vous être proposés si votre état de santé le justifie, notamment par chirurgie.

Toutes les douleurs bénéficient par ailleurs de soins adaptés, notamment par des médicaments antalgiques*.

Pour en savoir plus sur la douleur, vous pouvez consulter le guide *Douleur et cancer* et sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**

10.1 LES MÉDICAMENTS

Des médicaments peuvent être prescrits dans certaines situations pour :

- soulager les douleurs osseuses en prévenant ou ralentissant la destruction de l'os causée par les métastases ;
- corriger un taux anormalement élevé de calcium* dans le sang (hypercalcémie).

Deux classes de molécules peuvent être prescrites, toutes deux ralentissant l'action des ostéoclastes pour limiter la résorption du tissu osseux : les bisphosphonates* et un anticorps monoclonal*, le denosumab.

Les modalités d'administration

La plupart des bisphosphonates sont administrés par voie intraveineuse, généralement une fois par mois en début de traitement. Votre médecin pourra ensuite adapter plus spécifiquement le rythme d'injection à votre situation.

Le denosumab est administré par injections sous la peau, tous les mois. En complément de cette molécule, votre médecin vous prescrira une supplémentation en calcium et en vitamine D, sauf si le denosumab vous est donné pour corriger un taux de calcium anormalement élevé.

Les effets indésirables possibles

Les bisphosphonates et le denosumab peuvent générer des effets indésirables*, comme une ostéonécrose des maxillaires, c'est-à-dire une destruction de l'os de la mâchoire. Pour la prévenir, la réalisation d'un bilan buccodentaire et, si besoin, de soins dentaires est nécessaire avant le début du traitement. Au cours du traitement, il est important de consulter un dentiste au moins une fois par an et de lui signaler que vous prenez des bisphosphonates ou du denosumab afin de recevoir des soins adaptés, le cas échéant. Si vous remarquez une anomalie dentaire, comme une dent qui bouge ou bien des problèmes au niveau des gencives (douleur, gonflement), il est très important de le signaler à votre médecin ou à votre dentiste.

Le denosumab provoque parfois une hypocalcémie, c'est-à-dire une baisse du taux de calcium dans le sang. Elle peut se manifester par une tétanie*, des fourmillements, des raideurs musculaires, des contractions, des spasmes ou des crampes musculaires. Si vous ressentez ces symptômes, contactez rapidement votre médecin.

L'utilisation de bisphosphonates peut provoquer un état pseudo-grippal (pour les bisphosphonates en intraveineuse) ou des complications gastro-intestinales comme des nausées, des diarrhées ou des vomissements (pour les formes orales).

10.2 LA RADIOTHÉRAPIE

Lorsque des métastases dans les os génèrent des symptômes, notamment des douleurs, deux types de radiothérapie peuvent permettre de les traiter : la radiothérapie métabolique et la radiothérapie externe*. Le choix du traitement est réalisé par votre équipe médicale en fonction de votre situation.

La radiothérapie métabolique consiste à injecter dans une veine un produit radioactif. Il circule dans tout le corps par la voie sanguine et se fixe préférentiellement sur les cellules cancéreuses présentes sur le squelette, pour les irradier. Ce traitement est réalisé dans un service de médecine nucléaire agréé. Une à deux séances peuvent être nécessaires.

La radiothérapie externe, quant à elle, consiste à utiliser des rayonnements ionisants qui détruisent les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Les rayonnements (appelés aussi rayons ou radiations), produits par un appareil appelé accélérateur de particules, sont dirigés précisément sur la zone à traiter. L'action est locale. Quelques séances suffisent, parfois une seule.

Ces deux traitements permettent notamment de réduire la douleur (effet antalgique). Cependant, leur effet n'est pas immédiat, les douleurs pouvant même s'accentuer dans un premier temps (les jours qui suivent) avant de diminuer. En prévention, votre traitement antalgique doit être augmenté avant la séance et adapté ensuite car quelques semaines sont nécessaires pour obtenir l'effet antidouleur maximal.

Les traitements des métastases osseuses et des douleurs

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

Pour en savoir plus sur la radiothérapie externe, consultez également le chapitre 5.2, « Comment se déroule une radiothérapie externe en pratique », page 36.

Parfois, une métastase positionnée sur une vertèbre peut entraîner la fracture de cette vertèbre. Cela se manifeste par différents symptômes : une faiblesse dans les jambes, la perte ou au contraire la rétention des selles ou des urines, une forte douleur de sciatique, voire une paralysie.
Ces symptômes doivent vous amener **à alerter au plus vite votre équipe médicale** afin de bénéficier de traitements adaptés en urgence.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Comment mes symptômes liés aux métastases osseuses peuvent-ils être traités ?
Quel est le bénéfice attendu ?
Quels sont les effets indésirables du traitement qui m'est proposé ?
Comment les prévenir ?
Comment les soulager ?

11. Sexualité et fertilité

LA SEXUALITÉ PENDANT ET APRÈS LE CANCER
LA FERTILITÉ

Les cancers de la prostate et leurs traitements ont une influence sur la sexualité et la fertilité. Un accompagnement dédié de la sexualité est mis en place, de même que des mesures de prévention de l'infertilité si vous envisagez un projet de paternité.

Il n'y a pas d'inconvénient ou de risque à avoir des rapports sexuels pendant les traitements. En cas de traitement par curiethérapie* avec implants définitifs (grains d'iode 125), votre médecin vous précisera les préconisations en matière de protection des rapports sexuels. Par ailleurs, en cas de radiothérapie, chimiothérapie* ou hormonothérapie*, au cours des traitements et six mois après la fin des traitements, il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception adapté (pour vous ou votre partenaire) afin d'éviter tout risque de fécondation à partir d'un spermatozoïde* altéré.

11.1 LA SEXUALITÉ PENDANT ET APRÈS LE CANCER

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. Mais la sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels, elle englobe l'affection, la tendresse, la parole… et avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

De nombreuses questions peuvent se poser avant, pendant et après les traitements car l'image du corps est modifiée. Des difficultés peuvent surgir, comme la peur d'être dévalorisé aux yeux de l'autre, un sentiment d'atteinte de sa virilité, une perte d'estime de soi et des doutes sur ses capacités de séduction. Ces difficultés peuvent avoir des conséquences relationnelles et sexuelles. Aborder le sujet au sein du couple peut contribuer à une meilleure communication et à la reprise d'une vie affective et sexuelle épanouie après la maladie.

Des difficultés d'ordre physique, notamment des troubles de l'érection ou de la continence urinaire, peuvent apparaître. Ils sont variables et dépendent des problèmes érectiles et urinaires que vous pouviez rencontrer avant les traitements, ainsi que des traitements reçus. Les troubles de l'érection peuvent se manifester immédiatement après les traitements ou plus progressivement, dans les mois voire les années qui suivent. N'hésitez pas à en parler à votre équipe médicale et à poser toutes vos questions. Les médecins et les professionnels de santé sont habitués à ce type de demande et vous orienteront vers les solutions adaptées à votre situation et à vos besoins.

S'il est difficile d'obtenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels, différents traitements peuvent vous être proposés. Certains sont à prendre par voie orale (inhibiteurs de la 5-phosphodiestérase) ; d'autres sont injectés dans les corps caverneux*, à la base du pénis (on parle d'injections intracaverneuses), d'autres encore se présentent en gel à insérer dans le méat urinaire*. Une pompe à vide (vacuum) peut également être un moyen d'obtenir des érections. En dernier recours, la mise en place d'une prothèse pénienne peut être proposée.

Il est à noter également que le traitement par chirurgie (prostatectomie totale*) entraîne une impossibilité définitive d'éjaculer ; la sensation de plaisir est en revanche préservée. Pour en savoir plus à ce sujet, consultez le chapitre 4.6, « Quels sont les effets indésirables possibles de la chirurgie », page 32.

Des consultations de sexologie et/ou un accompagnement psychologique dédié peuvent être prévus pour vous aider pendant et après les traitements. Votre partenaire peut être associé(e) à ces consultations.

Un peu de temps peut être nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements, et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire facilitent le réapprentissage de la sexualité.

11.2 LA FERTILITÉ

Les traitements contre le cancer génèrent le plus souvent une perte de la fertilité. Si vous envisagez une paternité, parlez-en avec votre médecin avant le début des traitements afin de mettre en place des mesures de préservation de la fertilité.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site internet des Centres d'études et de conservation des oeufs et du sperme, les CECOS (**www.cecos.org**), qui propose une liste de questions fréquentes et une information détaillée et pratique sur la préservation de la fertilité.

Sexualité et fertilité

12. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements. Votre accompagnement est global et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

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

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

L'**andrologue** est un médecin spécialiste des maladies ou dysfonctions de l'appareil génital ou urinaire de l'homme. Ce peut être un urologue, un endocrinologue, etc.

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

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

L'**attaché de recherche clinique** est le professionnel qui, dans le cadre d'un essai clinique, aide le médecin investigateur à l'inclusion et au suivi des malades.

Le **biologiste** est un médecin ou pharmacien responsable des analyses médicales (analyses de sang, par exemple), dans un laboratoire en ville ou dans un établissement de santé comme un hôpital ou une clinique. Le biologiste contribue à la prévention, au diagnostic, au traitement et au suivi du patient.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou améliorer l'apparence de la zone opérée. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

Le **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante, guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, gère les problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et les conséquences nutritionnelles des traitements.

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

L'**externe** (ou étudiant hospitalier) est un étudiant en médecine en cours de formation. Il poursuit sa formation théorique et est en stage pratique dans un hôpital. Il participe à vos soins et est notamment chargé d'effectuer certains actes médicaux de pratique courante et de la tenue des observations.

L'**infirmier diplômé d'Etat (IDE)** est chargé de réaliser des soins et de surveiller comme d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Dans certains centres, un infirmier coordinateur assure la coordination du parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement.

L'**interne** en médecine est un médecin en fin de formation au sein d'un hôpital. Il examine les patients puis peut prescrire des examens et des traitements sous la supervision d'un médecin titulaire.

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

Le manipulateur d'électroradiologie médicale est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales. Lors d'une curiethérapie, ce sont des manipulateurs spécialisés dans ce domaine qui assurent ces fonctions.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmière, kinésithérapeute…). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors du suivi après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.

Le **médecin nucléaire** utilise des éléments radioactifs pour aider à un diagnostic ou effectuer un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP ou une scintigraphie osseuse.

Les professionnels et leur rôle

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

Le **nutritionniste** est un médecin spécialiste des troubles et des maladies de la nutrition.

L'**oncologue**, ou **cancérologue**, est un médecin spécialiste des cancers et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (pneumologue, hépatogastroentérologue, neurologue…) ou un chirurgien spécialisé en cancérologie (urologue…).

L'**oncologue médical** est un médecin spécialiste des traitements des cancers à l'aide de médicaments. L'oncologue médical prescrit différents types de traitements contre le cancer, comme les médicaments de chimiothérapie. Au cours de consultations régulières, il vérifie le bon déroulement du traitement et, si nécessaire, s'occupe de la gestion d'éventuels effets indésirables, pendant et à la fin des traitements.

Le **pharmacien** est un professionnel de santé spécialiste du médicament. Il est chargé de contrôler la prescription des médicaments, de les préparer et de les délivrer en tenant compte des interactions médicamenteuses entre les différents traitements. Il peut également donner des renseignements sur leur mode d'action, leur mode d'administration et leurs éventuels effets indésirables. Si vous le souhaitez, il peut créer votre dossier pharmaceutique (DP) avec votre carte vitale ; ce dossier a pour but de recenser les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois et permet ainsi d'identifier d'éventuelles interactions entre médicaments. Un pharmacien peut travailler à l'hôpital (pharmacien hospitalier) ou être installé en ville (pharmacien d'officine).

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

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

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

Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens de radiologie, tels qu'une radiographie, un scanner ou une échographie. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle. Il est assisté par un **manipulateur de radiologie.**

Le **radiothérapeute**, ou oncologue radiothérapeute, est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothérapie). En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend notamment un physicien et un dosimétriste, le radiothérapeute prescrit la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur (radiothérapie externe et/ou curiethérapie), identifie les zones à traiter et celles à protéger, et planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur d'électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de

prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables. Lorsque le radiothérapeute est spécialisé en curiethérapie, il est parfois nommé curiethérapeute.

Le **rhumatologue** est un médecin spécialiste des maladies des articulations et des os, ainsi que des médicaments et techniques pour prévenir et traiter les fractures osseuses.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et à ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue, etc. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.

La **socio-esthéticienne** est une professionnelle qui aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques : coiffure, maquillage, manucure, etc.

Le **spécialiste de la douleur** (ou algologue) est un professionnel formé spécifiquement sur les traitements de la douleur. La maladie ou ses traitements provoquent souvent des douleurs modérées ou intenses. Le spécialiste de la douleur les traite par diverses méthodes. Ces spécialistes travaillent habituellement en équipe pluridisciplinaire au sein de structures spécialisées.

Le **stomatologue** est un médecin ou chirurgien-dentiste spécialiste des maladies de la bouche et des dents.

L'**urologue** est un chirurgien spécialiste des problèmes urinaires chez l'homme et la femme et génitaux chez l'homme. Il est notamment impliqué dans le diagnostic, la surveillance, le traitement chirurgical et médical et le suivi des cancers de la prostate. C'est lui qui opère le patient pour enlever la tumeur.

13. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?
LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS
LES AIDES À DOMICILE
BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR ARRÊTER DE FUMER
LES PROCHES

La maladie et la mise en place de vos traitements peuvent entraîner d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre vos soins médicaux et votre vie au quotidien.

13.1 QU'EST-CE QUE L'ALD ?

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

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

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre mise en ALD. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la proposition de soins, sur leur durée et sur vos remboursements.

Concernant les frais de transport, votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les transports prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec des soins ou traitements liés à votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêchent de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale…). Dans tous les cas, une prescription médicale de transport doit être établie au préalable (sauf situation d'urgence). Pour certains transports, une demande d'entente préalable doit être adressée à la caisse d'Assurance maladie.

Pour en savoir plus à ce sujet, vous pouvez consulter le guide *Démarches sociales et cancer* ou la fiche de l'Assurance maladie en ligne (**ameli.fr/assures**, rubrique « Soins et remboursements », puis « Combien serez-vous remboursé » et enfin « Frais de transport ».

13.2 LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

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

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

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

Quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin conseil de votre caisse d'Assurance maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique, par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

13.3 LES AIDES À DOMICILE

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

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

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

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

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi, prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie ou votre complémentaire (si vous en avez une), ou consulter le guide *Démarches sociales et cancer*.

Questions de vie quotidienne

13.4 BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

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

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

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre de secteur I est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

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

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue nationale contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au 0805 123 124 (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

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

13.5 BÉNÉFICIER D'UNE AIDE POUR ARRÊTER DE FUMER

Arrêter de fumer fait partie du traitement de votre cancer. Il est fortement recommandé afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements anticancéreux et d'améliorer la qualité de vos soins. Les études montrent l'importance de l'arrêt en termes de pronostic, de récidive*, de second cancer, de risques opératoires et autres complications liées au traitement pour le patient atteint de cancer de la prostate.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer et c'est encore mieux de le faire le plus tôt possible, dès le diagnostic. Tous les patients atteints sont concernés, quel que soit l'âge et le stade* de la maladie.

Il ne s'agit pas d'une simple question de volonté. Le tabac est une substance très addictive. Des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage. Vous aurez 80 % plus de chances d'arrêter de fumer si vous recevez l'aide d'un professionnel de santé. Votre médecin traitant est la personne qui peut vous accompagner dans cette démarche ou vous orienter vers des consultations dédiées. L'établissement dans lequel vous êtes traité pourra également vous apporter de l'aide. Ainsi, parlez-en avec les professionnels de santé que vous rencontrez.

Une **aide à distance** est également disponible.

- **La ligne téléphonique Tabac info service** vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un coaching et d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
  N° d'appel : 39 89 (appel non surtaxé, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures).
- **Le site internet Tabac info service** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, à éviter les rechutes et à entretenir votre motivation.
  www.tabac-info-service.fr
- **Tabac Info Service** propose de vous accompagner dans votre arrêt du tabac grâce à son application pour smartphones. Vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues et suivre les bénéfices de votre arrêt au quotidien.

Les traitements nicotiniques de substitution (sous forme de patch, de gomme, de pastille, d'inhalation…) sont remboursés à hauteur de 150 euros par an. Il faut pour cela qu'un forfait soit prescrit par un professionnel de santé (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute…).

Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé.

N'hésitez pas à signaler à votre médecin d'une part si vous avez arrêté de fumer depuis moins d'un an avant le diagnostic de votre cancer ou d'autre part si vous avez arrêté depuis plus longtemps mais que vous éprouvez des difficultés à maintenir cet arrêt.

13.6 LES PROCHES

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

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

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

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer.*

Questions de vie quotidienne

14. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

14.1 LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info, le service téléphonique : 0805 123 124 (appel et service gratuits)
Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

Cancer info, la rubrique internet : e-cancer.fr/patients-et-proches
La rubrique patients et proches du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur les cancers de la prostate, les facteurs de risque, le diagnostic, les traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides
(disponibles gratuitement sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**)

- Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)
  Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé : quel est l'objectif ? Existe-t-il des risques ? Comment prendre la décision ? etc.

- Démarches sociales et cancer (2012)
  Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Comprendre la radiothérapie (2009)**
  Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.

- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**
  Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.

- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**
  Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la gestion de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.

- **Douleur et cancer (2007)**
  Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur traitement.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**
  Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**
  Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Fatigue et cancer (2005)**
  Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter son traitement.

14.2 LES ASSOCIATIONS

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0800 940 939 (appel et service gratuits) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net**

CerHom

La fin du cancer, le début de l'homme.
CerHom est une association née en 2014. Elle se donne notamment pour objectif de favoriser l'échange entre des personnes atteintes d'un cancer masculin (comme celui de la prostate) et des anciens patients, pour contribuer à rassurer et informer les nouveaux patients. Elle vise également à récolter des fonds pour aider la recherche et améliorer les traitements.

L'association CerHom propose deux permanences téléphoniques chaque semaine :

- Le lundi de 19 heures à 22 heures au 06 41 22 41 51 : permanence Prost'écoute, consacrée au cancer de la prostate.
- Le mercredi de 19 heures à 22 heures au 07 82 33 15 72 : permanence « Médecin oncologue cancers masculins », durant laquelle des questions d'ordre médical peuvent être posées.

Pour en savoir plus, connectez-vous sur **www.cerhom.fr**.

ANAMACaP : Association nationale des malades du cancer de la prostate

L'ANAMACaP, dont la mission est reconnue d'intérêt public, a pour objectif d'informer, de prévenir, d'aider à mieux vivre et de regrouper les malades du cancer de la prostate. Elle fait bénéficier ses membres des dernières informations, innovations, sciences et essais cliniques*, notamment lors de conférences animées par des spécialistes. Elle aide et soutient ses membres et leurs proches, ainsi que le grand public, à travers son site internet qui contient des informations générales, des

Ressources utiles

témoignages, un forum et une rubrique où les réponses aux questions sont rédigées par des spécialistes faisant partie du comité scientifique.

Pour en savoir plus et bénéficier de ses services, connectez-vous sur **www.anamacap.fr** et suivez son fil d'actualité sur sa page Facebook®. Vous pouvez également appeler le 05 56 65 13 25 pendant les heures de permanence téléphonique, du lundi au vendredi de 9 heures à 13 heures. Il est par ailleurs possible de contacter l'association par e-mail en écrivant à **info@anamacap.fr**.

14.3 LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, d'écouter et d'orienter. Ils ne font ni diagnostic, ni pronostic et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'ERI (Espaces de rencontre et d'information), d'AIRES Cancer (dans la région Hauts-de-France) ou d'autres structures semblables.

Les Accueils cancer de la Ville de Paris proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **e-cancer.fr/patients-et-proches**, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au 0805 123 124 (service et appel gratuits).

15. Glossaire

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

a

adénome : tumeur* bénigne* qui se développe au niveau d'une glande*. Un adénome de la prostate est une augmentation du volume de la prostate.

ADN : abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes*. On parle aussi d'hélice d'ADN. Des segments d'ADN forment les gènes*. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule* du corps.

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

altération moléculaire : anomalie survenant au niveau de l'ADN* constituant les gènes* de la cellule*. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer des tissus* ou des cellules* prélevées sur le patient, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore, par abréviation, d' « anapath ».

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

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

anticorps : protéine* produite par certains globules blancs*, les lymphocytes B, en réaction à un antigène, protéine d'identification particulière d'une cellule* étrangère ou anormale. L'anticorps reconnaît l'antigène comme élément étranger et cherche à le détruire.

anticorps monoclonal : anticorps* produit en laboratoire, à partir d'un clone de cellule* (d'où le terme monoclonal). Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux ont pu être fabriqués. Ces anticorps ont la capacité de bloquer certains mécanismes spécifiques de cellules particulières, comme les ostéoclastes. D'autres anticorps monoclonaux ciblent des mécanismes précis des cellules cancéreuses et sont utilisés dans le traitement de certains cancers.

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

b

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

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

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

bénin : non cancéreux, par opposition à malin*. Une tumeur* bénigne n'est pas un cancer : elle se développe lentement, sans produire de métastases*.

biopsie : prélèvement d'un échantillon de cellules* ou de tissu* en vue de le faire analyser par un anatomopathologiste. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans anesthésie (locale ou générale). Les techniques utilisées pour le prélèvement (endoscopie, chirurgie, ponction, etc.) dépendent de l'endroit où est placée la tumeur* et du type de tissu à analyser. L'échantillon de cellules ou de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste.

bisphosphonate : médicament qui agit en bloquant les cellules* normalement chargées de la destruction de l'os et prévient ainsi l'apparition ou l'aggravation de lésions. Les bisphosphonates peuvent être prescrits dans le cas de cancers de la prostate avec métastases* osseuses, ou encore en prévention de l'ostéoporose.

c

calcémie : taux de calcium* dans le sang.

calcium : élément minéral qui intervient dans la construction et la solidité des os et des dents. Il joue également un rôle fondamental dans les échanges au niveau des cellules* musculaires et nerveuses. Ainsi, le taux de calcium dans le sang a un impact sur des fonctions indispensables comme les contractions musculaires, notamment celles du cœur, et les fonctions cognitives.

cellule : unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang…) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu*. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie, se multiplie de façon incontrôlée et ne meure plus (perte de l'apoptose).

chimiothérapie : traitement à l'aide de médicaments dont l'action vise à détruire les cellules* cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier. La chimiothérapie est un traitement général qui agit dans l'ensemble du corps.

chromosome : élément du noyau de la cellule* composé d'ADN* dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

coagulation : transformation d'une substance liquide (le sang par exemple) en une masse solide.

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

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

corticoïde : médicament proche du cortisol, une hormone* fabriquée par l'organisme qui a des propriétés anti-inflammatoires* et qui a une action anti-lymphocytaire.

créatinine : molécule produite par les muscles et éliminée par les reins. La mesure de la créatinine dans le sang est utilisée pour évaluer le fonctionnement rénal (on dit aussi la fonction rénale).

curage ganglionnaire : opération chirurgicale qui consiste à enlever les ganglions lymphatiques* d'un territoire de drainage lymphatique afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules* cancéreuses.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie*. Dans certains cas, la cure de chimiothérapie est administrée en plusieurs séances, sur plusieurs jours, consécutifs ou non.

curiethérapie : traitement local du cancer dont le but est de détruire les cellules* cancéreuses au moyen de rayons produits par une substance radioactive placée à l'intérieur d'un organe ou à son contact. Cet implant, sous forme de grains ou de fils, est temporaire ou permanent. Seuls certains organes peuvent être traités par curiethérapie : utérus, prostate, sein, gorge, bouche… Dans le traitement du cancer de la prostate, deux types de curiethérapie peuvent être utilisés : par implants permanents d'iode 125 ou bien par implants temporaires (le plus souvent d'iridium 192).

d

dénutrition : état qui se caractérise par un manque d'éléments nutritifs. Une personne souffre de dénutrition lorsqu'elle ne mange pas en quantité suffisante pour couvrir ses besoins et à partir du moment où elle perd 5 % de son poids habituel en un mois ou 10 % en six mois (si une personne de 60 kg perd 3 kg en un mois ou 6 kg en six mois, par exemple).

diagnostic : démarche par laquelle le médecin va identifier la maladie dont souffre le patient. Pour établir un diagnostic, le médecin s'appuie notamment sur les anomalies remarquées par le patient (les symptômes), ses antécédents, un examen clinique* et, si nécessaire, divers examens complémentaires (analyses de sang, radiographies…). Dans le cas du cancer, la confirmation du diagnostic nécessite généralement un prélèvement (biopsie*) qui sera examiné au microscope par un anatomopathologiste.

e

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

échographie : examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les tissus*, les ultrasons sont renvoyés vers la sonde sous forme d'échos. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision.

effet indésirable : conséquence prévisible mais non souhaitée d'un traitement survenant en plus de l'effet principal d'un traitement. Les effets indésirables n'apparaissent pas de façon systématique, mais dépendent des traitements reçus, de leur association avec d'autres, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont la personne malade réagit. Vous êtes informé de l'apparition possible d'effets indésirables. On parle aussi d'effet secondaire.

endoscope : instrument composé d'un tube en fibres optiques. L'endoscope, introduit dans une cavité ou un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin…), permet de l'examiner et, éventuellement, d'y faire des prélèvements ou un traitement. Il existe plusieurs types d'endoscopes, rigides ou souples (dans ce cas on parle de fibroscope), adaptés aux différents organes.

essai clinique : étude scientifique menée avec la participation de patients. Son objectif est de rechercher de meilleures modalités de prévention, de dépistage, de diagnostic*, de traitement, de stratégie thérapeutique ou de qualité de vie.

examen anatomopathologique : voir anatomopathologie.

examen clinique : examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, va notamment palper et ausculter le patient.

f

facteur de croissance : substance qui stimule la fabrication ou la croissance de certaines cellules*. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs disposés à la surface des cellules.

g

ganglion lymphatique : petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aine), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules* cancéreuses. Lorsque les ganglions lymphatiques augmentent de volume, on parle d'adénopathie.

gène : segment d'un chromosome*, constitué d'ADN*. L'Homme possède environ 20 000 gènes qui contiennent des informations sur son identité, lui permettent de transmettre ses particularités à sa descendance et font fonctionner normalement ses cellules*. Il arrive que certains gènes présentent des anomalies. Le programme de fonctionnement de la cellule est alors déréglé et celle-ci se comporte de façon anormale.

glande : organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances libérées ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine). Les glandes salivaires fabriquent la salive ; les glandes mammaires produisent le lait maternel. Certaines glandes, comme la thyroïde ou les ovaires, produisent des hormones* indispensables au bon fonctionnement de l'organisme. La prostate est une glande ; elle sécrète le liquide prostatique qui joue un rôle dans la production de sperme*.

globule blanc : cellule* qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans le sang et dans la lymphe*. On parle aussi de leucocyte. Différents types de globules blancs existent.

globule rouge : cellule* du sang contenant de l'hémoglobine*, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

h

hématome : accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité, dans un organe ou un tissu* (muscle…) à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins*.

hémoglobine : composant des globules rouges*, qui donne la couleur rouge au sang et qui, à l'aide du fer, permet de fixer successivement l'oxygène et le gaz carbonique.

hémogramme : examen biologique réalisé sur un prélèvement sanguin et qui permet de mesurer la qualité et la quantité des différentes cellules* sanguines ; on parle également de numération formule sanguine (NFS).

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

hormone : substance produite par certaines glandes* de l'organisme comme la prostate. Les hormones agissent sur le développement ou le fonctionnement d'un organe. Il existe un grand nombre d'hormones, qui sont indispensables au bon fonctionnement du corps. Chaque hormone a une ou plusieurs fonctions précises, comme stimuler la croissance, gérer le stress, contrôler la fertilité, réguler la température du corps, etc. Parfois, elles stimulent la croissance de cellules* cancéreuses.

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

i

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

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

l

LH-RH : hormone* sécrétée au niveau de l'hypothalamus, une glande* située à la base du cerveau qui agit sur la sécrétion de testostérone au niveau des testicules.

lymphe : liquide translucide qui transporte des globules blancs*, les lymphocytes, et évacue les déchets des cellules*. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques* qui rejoignent ensuite les vaisseaux sanguins*.

m

malin : se dit d'une tumeur* lorsque celle-ci est cancéreuse c'est-à-dire qui se caractérise par la prolifération de cellules* anormales au potentiel invasif local puis à distance.

méat urinaire : orifice externe de l'urètre*, situé au niveau de l'extrémité du pénis (gland) chez l'homme et par lequel sont émis l'urine et le sperme*.

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

muqueuse : membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif, de la bouche au rectum, les bronches et les organes génitaux.

o

œdème : gonflement des tissus* causé par une accumulation anormale de liquide.

p

palliatif : se dit d'un traitement dont l'objectif est d'atténuer la douleur ou de soulager les symptômes d'une maladie afin de contribuer à préserver la qualité de vie. Les traitements palliatifs ne visent pas la guérison.

pelvis : partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes internes de la reproduction comme la prostate chez l'homme.

perfusion : injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

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

phlébite : obturation d'une veine par un caillot de sang. On parle aussi de thrombose* veineuse.

photon : type de rayon* utilisé en radiothérapie, de même nature que la lumière et doté d'une grande énergie.

plaquette : composant du sang qui contribue à la coagulation* du sang et à la cicatrisation. La quantité de plaquettes peut par exemple diminuer pendant ou après un traitement de chimiothérapie*. Cette diminution s'appelle une thrombopénie.

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

protéine : composant de toutes les cellules* de l'organisme. De formes très variées, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'entretien et le renouvellement des tissus*, et remplissent de nombreuses fonctions au niveau des cellules : construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes*.

PSA (antigène prostatique spécifique) : abréviation de l'anglais *prostatic specific antigen*. Le PSA est une substance libérée dans le sang par la prostate. Une prise de sang permet de déterminer sa concentration qui se mesure en nanogrammes par millilitre (ng/ml). Plusieurs facteurs peuvent conduire à une augmentation du PSA comme l'âge, un adénome* de la prostate ou un cancer de la prostate par exemple.

r

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

radiothérapie externe : traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules* cancéreuses au moyen de rayons tout en préservant au mieux les tissus* sains voisins. Les rayons sont émis par une machine appelée accélérateur de particules.

rayons X : rayonnement invisible qui est utilisé, selon la puissance, pour réaliser des examens d'imagerie (par exemple radiographie) ou des traitements (radiothérapie externe*). Les rayons X sont également appelés photons* X.

RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) : réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur et des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et des risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les

réunions de concertation pluridisciplinaires rassemblent au minimum trois spécialistes différents. Le médecin informe ensuite le patient et lui remet son programme personnalisé de soins (PPS).

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

recommandations de bonnes pratiques : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer des examens ou des traitements adaptés à un patient dans une situation donnée. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* internationaux et sur l'avis d'experts. Elles ne sont pas figées et évoluent au fur et à mesure des connaissances. On parle parfois de RPC (recommandation pour la pratique clinique) ou de référentiel de bonnes pratiques.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X*. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen. Les radiologues parlent également de tomodensitométrie, abrégée en TDM.

scintigraphie : technique d'imagerie qui utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs, qui sont injectés, puis repérés sur un écran. Cet examen permet de déceler certaines tumeurs* ou des métastases* à distance.

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

score IPSS (*international prostate score symptoms*) : questionnaire que le patient peut remplir lui-même et composé de sept questions établies par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) afin d'évaluer les manifestations anormales liées à la prostate.

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

spermatozoïde : cellule* reproductrice de l'homme susceptible de féconder un ovule.

sperme : liquide blanchâtre émis lors de l'éjaculation. Le sperme est constitué des spermatozoïdes* et des sécrétions des différentes glandes* génitales mâles (prostate, testicules…)

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

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

système lymphatique : ensemble des vaisseaux, tissus* et organes qui produisent, stockent et transportent des globules blancs* appelés lymphocytes, chargés de lutter contre les infections et les autres maladies. Le système lymphatique fait partie du système immunitaire.

t

TDM : tomodensitométrie. Voir scanner.

TEP (tomographie par émission de positons) : examen indolore qui permet de réaliser des images en coupes du corps entier, après injection dans le sang d'un traceur, un produit faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules* cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps, visualisables par ordinateur. On parle aussi de TEP Scan ou de Petscan.

tétanie : état d'hyperexcitabilité nerveuse et musculaire caractérisé par des contractions longues et involontaires de certains muscles. Elle peut notamment être causée par une baisse du taux de calcium* dans le sang.

thérapies ciblées : ensemble de médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules* tumorales, en interférant avec des altérations moléculaires* ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement ou de leur dissémination. Cette action dite « ciblée » permet d'agir plus spécifiquement sur les cellules tumorales et ainsi, de limiter les dommages induits aux cellules normales. Elles ont toutefois des effets indésirables* spécifiques.

thrombose : formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin*.

tissu : ensemble de cellules* qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

toucher rectal : examen de la prostate au cours duquel le médecin introduit un doigt ganté dans le rectum du patient. Il permet au médecin de vérifier le volume, la consistance et la texture de la surface de la prostate. Cet examen est inconfortable mais indolore.

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

u

urètre : canal qui part de la vessie et qui permet d'évacuer l'urine à l'extérieur. Beaucoup plus long chez l'homme que chez la femme, il permet également le passage du sperme*. L'urètre se distingue des uretères, conduits transportant l'urine des deux reins vers la vessie.

v

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions lymphatiques* entre eux pour former le système lymphatique*.

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

vésicule séminale : glande* de l'appareil génital masculin. Au nombre de deux, elles sont situées de part et d'autre de la vessie et produisent le liquide qui, avec les spermatozoïdes*, constitue le sperme*.

Annexe : les examens du bilan diag nostique

Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin, d'autres examens peuvent vous être proposés. Cette étape peut sembler longue mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté. À ce sujet, voir aussi le chapitre 1.3, « Le diagnostic d'un cancer de la prostate », page 10.

EXAMEN	DESCRIPTION		OBJECTIF
Examen clinique Cet examen est systématique	Examen (auscultation, palpation, etc.) par un médecin généraliste ou un urologue, réalisé dans le cadre d'une consultation médicale qui comprend également un entretien avec le patient. L'examen clinique comprend un toucher rectal*.		Évaluer l'état de santé général, identifier les éventuels antécédents médicaux ou chirurgicaux personnels et familiaux du patient.
Toucher rectal (TR) Cet examen est systématique	Examen qui consiste à palper la prostate avec le doigt à travers la paroi du rectum.		Détecter une augmentation de volume de la prostate, un éventuel durcissement ou la présence d'irrégularités à sa surface. Le toucher rectal ne peut révéler que des tumeurs palpables.
Dosage du PSA* Cet examen est systématique	Prise de sang permettant de déterminer la concentration du PSA, une substance libérée dans le sang par la prostate. La concentration se mesure en nanogrammes par millilitre (ng/ml).		Vérifier le taux et son évolution. Plusieurs facteurs peuvent conduire à une augmentation de PSA comme l'âge, un adénome* ou un cancer de la prostate par exemple.
Autres analyses de sang	Outre le dosage du PSA, les analyses de sang permettent notamment de mesurer : ■ la quantité des différentes cellules sanguines (on parle d'hémogramme* ou de numération formule sanguine, abrégé en NFS) ■ la créatinine*.		Fournir des renseignements sur l'état de santé général, vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à certains examens ou traitements.
Biopsie de la prostate Cet examen est systématique pour confirmer la présence d'un cancer, sauf dans le cas où le diagnostic de cancer a été posé suite au traitement chirurgical d'un adénome.	Sous anesthésie locale, prélèvement à l'aide d'une aiguille spéciale et sous guidage par sonde échographique, d'au moins 12 petits fragments de tissu* réparti sur toute la prostate, en passant à travers la paroi du rectum (on parle de voie transrectale).		Analyser les tissus prélevés et déterminer ainsi si des cellules cancéreuses sont présentes.
Examen anatomopathologique	Examen d'un échantillon de tissus ou de cellules prélevés sur un patient lors de la biopsie, à l'œil nu puis au microscope. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.		C'est l'examen indispensable pour confirmer le diagnostic de cancer. Il permet d'étudier les caractéristiques du tissu cancéreux. Réalisé sur la pièce opératoire, donc après la chirurgie, il permet de définir le stade* du cancer.

EXAMEN	DESCRIPTION		OBJECTIF
ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR			
IRM pelvi-prostatique Cet examen n'est pas systématique	L'imagerie par résonance magnétique utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes du pelvis* et de la prostate. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions.		Évaluer l'extension locale de la maladie, c'est-à-dire vérifier si la tumeur a dépassé la capsule prostatique. L'IRM abdominopelvienne permet notamment de voir les vésicules séminales*, le rectum, le bas de la vessie et les ganglions lymphatiques* situés à proximité de la prostate.
TDM* (scanner) abdomino-pelvienne Cet examen n'est pas systématique	Examen qui permet de réaliser des images en coupes de certaines zones du corps grâce à des rayons X*. Avant l'examen, un produit de contraste à base d'iode est parfois injecté dans une veine du bras.		Évaluer l'extension locale de la maladie c'est-à-dire vérifier si la tumeur a dépassé la capsule prostatique. Le scanner permet notamment de voir les vésicules séminales, le rectum, le bas de la vessie et les ganglions lymphatiques situés à proximité de la prostate.
Scintigraphie osseuse Cet examen n'est pas systématique	Examen indolore qui permet d'obtenir des images des os du corps. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs, qui sont injectés, puis repérés sur un écran.		Rechercher la présence éventuelle de métastases* osseuses.
IRM corps entier Cet examen n'est pas systématique	L'imagerie par résonance magnétique utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes de l'ensemble du corps. Un ordinateur assemble ces images en clichés en trois dimensions.		Rechercher la présence éventuelle de métastases osseuses.
TEP-Scan* (tomographie par émission de positons) à la fluorocholine Cet examen est en cours d'évaluation dans le cancer de la prostate et n'est pas systématique.	Examen qui permet de réaliser des images en coupes du corps, après une injection dans le sang. La TEP fournit ainsi des images de la répartition du produit radioactif et donc des cellules cancéreuses sur les os / le squelette.		Rechercher la présence éventuelle de métastases osseuses, ganglionnaires ou viscérales.

Annexe : les examens du bilan diagnostique

Méthode et références

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

Sources de référence

- **Guide ALD n°30, « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, cancer de la prostate »,** HAS-INCa, janvier 2012.
- **Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, collection État des lieux et des connaissances,** ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2013.
- **Les cancers en France, Les données,** INCa, avril 2016.

PARTICIPANTS

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de l'Association française des infirmiers de cancérologie (AFIC), l'Association française de cancérologie (AFU), l'association de patients CerHom, la Fédération française d'oncologie médicale (FFOM), la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) et la Ligue nationale contre le cancer (LNCC).

Ont participé au groupe de travail

Dr Carol Alliot, oncologue médical, CH Alpes Léman
Elianne Dubois, infirmière, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
Muriel Ducrot, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Institut Jean-Godinot, Reims
Dr Aurélie-Réjane Ferrara, médecin généraliste, Hermonville
Dr Mathieu Laramas, oncologue médical, CHU de Grenoble
Dr Nadine Meyer, médecin généraliste, Saint-Genis-les-Ollières
Dr Jean-Marc Pauly, médecin généraliste, Rodemack
Dr Jocelyne Provençal, oncologue médical, CH Métropole Savoie Chambéry
Pr Vincent Ravery, urologue, hôpital Bichat – Claude-Bernard, Paris
Dr Jean-Philippe Suchaud, oncologue radiothérapeute, CH Roanne
Dr Fabrice Veron, pharmacien, Le Rouret
Christian Wiltord, association CerHom, Villejuif

Ont rendu une contribution écrite

Dr Philippe Beuzeboc, oncologue médical, Institut Curie, Paris
Pr Luc Cormier, urologue, CHU Dijon
Pr Jean-Michel Hannoun-Levi, oncologue radiothérapeute, Centre Antoine Lacassagne, Nice
Pr Christophe Hennequin, oncologue radiothérapeute, hôpital Saint-Louis, Paris
Dr Hakim Mahammedi, oncologue médical, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
Dr François Rozet, urologue, Institut Mutualiste Montsouris (IMM), Paris

Ont rendu une contribution écrite sur le chapitre curiethérapie :
Dr Anne-Sophie Baumann, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Lorraine (Alexis Vautrin), Vandœuvre-lès-Nancy
Dr Véronique Beckendorf, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Lorraine (Alexis Vautrin), Vandœuvre-lès-Nancy
Pr Didier Peiffert, oncologue radiothérapeute, Institut de Cancérologie de Lorraine (Alexis Vautrin), Vandœuvre-lès-Nancy
Dr Pascal Pommier, oncologue radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Rédaction et coordination
Marion Cofais, chargée de projet, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.
Marianne Duperray, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.
Dr Chantal Bélorgey, directrice, direction des Recommandations et du médicament (jusqu'en juin 2016).

Conformité aux recommandations
Dr Marie de Montbel, responsable de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament.
Sophie Negellen, pharmacien, responsable du département Médicament, direction des Recommandations et du médicament.

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

CANCER INFO
TOUTE L'INFO DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS
0805 123 124
Service & appel gratuits
www.e-cancer.fr

Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Le Square
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Sophie Jacopin
Impression : CIA GRAPHIC
ISSN 2104-953X
ISBN : 978-2-37219-228-6
ISBN net : 978-2-37219-229-3

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2016

0 805 123 124 Service & appel gratuits

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

Qu'est-ce qu'un cancer de la prostate ? Quels sont les possibilités de surveillance ou de traitement ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets indésirables ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, validées par des spécialistes du cancer de la prostate.

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

e-cancer.fr
LA LIGUE CONTRE LE CANCER
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Votre avis nous intéresse

Date : .... /.... /20....

Donnez-nous votre avis sur le guide

Les traitements des cancers de la prostate (octobre 2016)

L'objectif de ce guide est de mettre à votre disposition une information claire, validée, compréhensible et actualisée sur les traitements des cancers de la prostate. Vos remarques nous permettront de l'améliorer lors d'une prochaine mise à jour.

(Cochez la ou les cases correspondant à vos réponses)

Vous avez obtenu ce guide par :
(plusieurs réponses sont possibles)

☐ Un membre de l'équipe soignante (lequel ?)
.....

☐ Votre médecin traitant

☐ Un établissement de santé (lequel ?)
.....

☐ La Ligue nationale contre le cancer ou un de ses comités (lequel ?)
.....

☐ Une autre association (laquelle ?)
.....

☐ Un lieu d'information (lequel ?)
.....

☐ Le site internet de l'INCa (www.e-cancer.fr)

☐ La ligne téléphonique Cancer info (0 805 123 124)

☐ Autre (précisez) : .....
.....

Selon-vous, ce guide est :

Compréhensible

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Adapté à vos questions

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Utile

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Complet

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Ces informations vous ont-elles aidé à :

Améliorer votre compréhension des traitements des cancers de la prostate

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Trouver des réponses à vos questions

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Poser des questions ou dialoguer avec l'équipe soignante (médecin, infirmière…)

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Dialoguer avec votre entourage

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

☐ Autre (précisez) : .....
.....

La qualité des informations délivrées vous semble-t-elle satisfaisante ?

☐ Tout à fait ☐ Assez
☐ Pas vraiment ☐ Pas du tout

Parmi les chapitres de ce guide, lesquels vous ont le plus intéressé ?

(plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Un cancer de la prostate, qu'est-ce que c'est ?
- ☐ Les traitements du cancer de la prostate
- ☐ La surveillance active
- ☐ La chirurgie
- ☐ La radiothérapie externe
- ☐ La curiethérapie
- ☐ L'hormonothérapie
- ☐ La chimiothérapie
- ☐ Le suivi après traitement
- ☐ Les traitements des métastases osseuses et des douleurs
- ☐ Sexualité et fertilité
- ☐ Les professionnels et leur rôle
- ☐ Questions de vie quotidienne
- ☐ Ressources utiles
- ☐ Glossaire
- ☐ Annexe : les examens du bilan diagnostique
- ☐ Méthode et références

Recommanderiez-vous ce guide ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, à qui ?

(plusieurs réponses sont possibles)

- ☐ Une personne malade
- ☐ Un proche
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Autre (précisez) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour mieux vous connaître

Vous êtes :

☐ une femme ☐ un homme

Vous avez …… ans

Votre profession (ou ancienne profession) :

.....

.....

Vous êtes ou vous avez été atteint d'un cancer

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

.....

.....

.....

Globalement, que pensez-vous de ce guide ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'Institut national du cancer vous remercie pour votre participation

Questionnaire à retourner à :
Institut national du cancer
« Les traitements des cancers de la prostate »
Libre réponse 93934
92513 BOULOGNE-BILLANCOURT Cedex

Il n'est pas nécessaire d'affranchir votre enveloppe