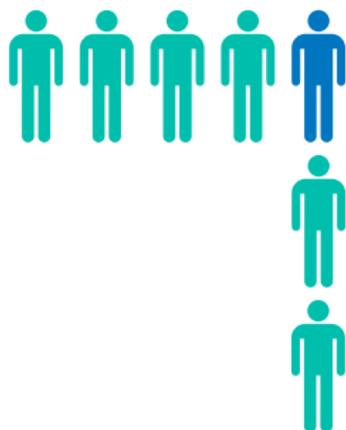


# PRO♂CURE

Halte au cancer de la prostate.  
The Force Against Prostate Cancer.



## LE CANCER DE LA PROSTATE CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

---

**VOTRE DIAGNOSTIC VOUS ASSOMME ?  
CE GUIDE EST POUR VOUS !**



Halte au cancer de la prostate.  
The Force Against Prostate Cancer.

Fondé en 2003, PROCURE est le seul organisme de bienfaisance au Québec entièrement consacré à la lutte contre le cancer de la prostate par la recherche, la sensibilisation, l'information et le soutien aux hommes souffrant de cette maladie de même qu'à leurs proches.

## QUAND LE DIAGNOSTIC TOMBE

Cancer. Nous savons tous ce que ce mot évoque. La personne est là, devant un médecin lui-même mal à l'aise, elle reçoit le diagnostic et c'est comme un coup de massue. Elle rentrera tristement chez elle et y vivra une gamme d'émotions allant de l'incrédulité à la colère, en passant par le désarroi, l'abattement et la peur.

Pour ceux qui l'entourent aussi, les membres de sa famille, ses amis, ses proches, c'est une véritable commotion.

Cette personne-là est un homme, c'est un oncle, un voisin, un collègue. Ou bien un chanteur rock. Un ministre. N'importe qui, en fait. C'est peut-être vous. L'homme en question vient d'apprendre qu'il a un cancer de la prostate. Au choc initial s'ajoutent des angoisses intimes quant à l'image virile qu'il a de lui-même ou qu'il projette, quant à sa sexualité, à sa vie de couple en particulier. Non, se dit-il, rien ne sera plus jamais pareil. Il aura alors tendance à s'isoler, sans confier ses états d'âme ni chercher d'aide en dehors du cadre médical. Pourtant, de l'aide, il en existe, chez PROCURE notamment, tout comme il existe de très bonnes raisons de garder espoir.

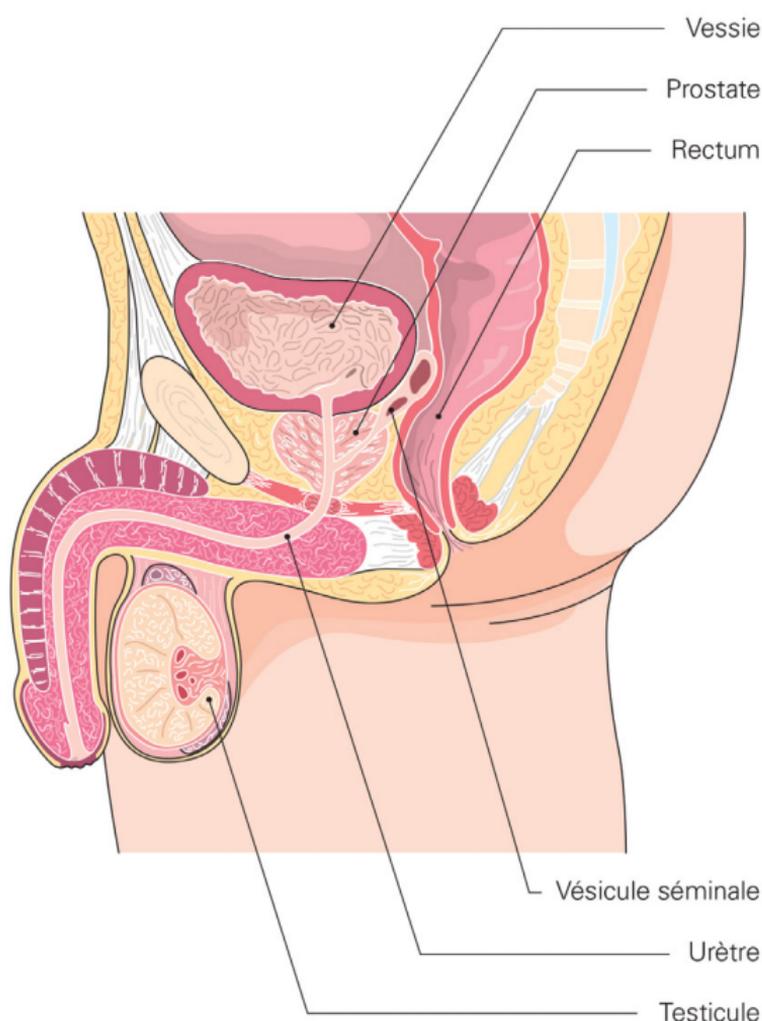
## UN HOMME SUR SEPT

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme.

En 2013, au Québec seulement, ils étaient près de 4 600 à se voir annoncer qu'ils l'avaient. Depuis les 25 dernières années, on enregistre d'ailleurs une augmentation de 30 pourcent du nombre de nouveaux cas, augmentation due en partie au vieillissement de la population, il est vrai, de même qu'à des programmes de dépistage précoce. Parallèlement, le taux de survie s'améliore. Sans que ce soit une expérience agréable, le pronostic s'avère en effet, et dans une large mesure, beaucoup moins sombre que par le passé.

La prostate est une glande de l'appareil génital masculin ayant pour fonction de produire l'essentiel des substances qui, avec les spermatozoïdes, constituent le sperme. De la forme et de la grosseur d'une noix de Grenoble, elle est située directement sous la vessie et entoure la partie supérieure de l'urètre, canal qui permet d'évacuer l'urine et véhicule également le sperme lors de l'éjaculation. La prostate ne joue aucun rôle dans l'érection.

Comme les poumons, le foie, le cerveau, etc., la prostate peut être le siège d'un cancer. Le cancer se définit globalement par un ensemble de cellules anormales qui se développent de façon anarchique. Ces cellules forment alors des masses appelées tumeur. Elles peuvent aussi se propager dans d'autres endroits de l'organisme. Ce sont les métastases. Les causes profondes du cancer demeurent inconnues.



## 1 L'anatomie de la prostate et des organes avoisinants

### UN CANCER SOURNOIS

Le cancer de la prostate est généralement «silencieux», c'est-à-dire qu'il ne s'accompagne d'aucun symptôme dans la grande majorité des cas. Les symptômes qui peuvent néanmoins apparaître ressemblent parfois à ceux d'une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP). Augmentant de volume, la prostate en vient alors à comprimer l'urètre, ce qui entraîne des problèmes de miction, comme de la difficulté à uriner, une faiblesse du jet, des envies fréquentes, même la nuit, et enfin la sensation d'une vessie jamais complètement vidée.

En présence de tels symptômes, on ne peut conclure à un cancer de la prostate, mais il vaut mieux en éliminer la possibilité, ce que le médecin voudra faire sans doute.

## LES FACTEURS DE RISQUE

### L'ÂGE

Le risque d'avoir un cancer de la prostate augmente avec l'âge. C'est plutôt rare qu'il survienne avant 50 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic s'établit à 65 ans.

### LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Le risque est multiplié par deux si le père, un frère, un oncle, a eu le cancer de la prostate. Il s'accroît davantage si cette personne était encore relativement jeune au moment du diagnostic. On relève des facteurs héréditaires dans environ 15 pourcent des cas.

### LES FACTEURS GÉNÉTIQUES

Héréditaires ou non, ces facteurs affectent la façon dont les cellules cancéreuses s'organisent et prolifèrent.

### LES FACTEURS RACIAUX

Les Afro-américains affichent le plus haut taux de cancer de la prostate au monde. À l'opposé, les Asiatiques, les Japonais en particulier, n'en souffrent presque pas. On explique ce phénomène par le milieu et les habitudes de vie, par l'alimentation plus particulièrement. On en a pour preuve le fait que, transplantés en Amérique, les Japonais ont le même taux de cancer de la prostate que l'on observe chez nous.

## **L'ALIMENTATION**

On a établi une corrélation très nette entre la consommation de graisses animales et de viande rouge et le cancer de la prostate. Les gras polyinsaturés sont également dans la ligne de mire des chercheurs. Ajoutons à cela l'obésité et la sédentarité. Inversement, l'activité physique et une saine alimentation assurent une certaine protection contre le cancer en général.

## **L'ENVIRONNEMENT**

Divers facteurs environnementaux sont aussi de plus en plus montrés du doigt.

## **LA TESTOSTÉRONE**

Dans un sens large, le premier facteur explicatif relève des androgènes, de la testostérone en particulier. Ces hormones, sans être nocives à proprement parler, puisqu'elles sont nécessaires au développement des caractères masculins de l'homme, de même qu'à leur expression, ont des effets certains sur le tissu prostatique, normal ou non. Cela est mis en évidence par la régression d'un cancer de la prostate lorsqu'on fait en sorte de stopper la production d'androgènes chez un patient. La testostérone agit donc comme un stimulant dans le cancer de la prostate; elle le nourrit pour ainsi dire.

À l'instar du cancer du sein chez la femme, le cancer de la prostate est donc hormonodépendant, du moins dans sa phase initiale, car il peut changer de nature à un stade très avancé.

Pour résumer, plusieurs facteurs peuvent être en cause, mais un cancer de la prostate se développe parfois sans qu'il soit possible d'en identifier un en particulier. Quoi qu'il en soit, certains facteurs doivent appeler à une plus grande vigilance, les antécédents familiaux notamment. Il importe de retenir qu'aucun cas n'est semblable à un autre.

Tout homme qui a plus de 50 ans devrait aborder avec son médecin la question du cancer de la prostate et de la pertinence, dans son cas, d'un toucher rectal et d'un prélèvement sanguin pour mesurer le taux d'APS (antigène prostatique spécifique). Cela devrait même s'imposer dès l'âge de 40 ans s'il y a eu des cancers de la prostate dans sa famille. Pour en savoir davantage, visitez **procure.ca** et consultez notre page Web sur l'APS.

## LE DÉPISTAGE ET LA CLASSIFICATION

La plupart du temps, le cancer de la prostate est découvert par hasard, à la suite d'une prise de sang ou lors d'un examen physique de routine. Il n'y aura eu aucun symptôme notable, même s'il s'agit d'un cancer assez avancé.

Les deux principales méthodes de dépistage sont le toucher rectal et le test de l'APS. Le toucher rectal, un peu déplaisant mais nécessaire à partir de la mi-cinquantaine, peut permettre au médecin de déceler une bosse ou une induration (durcissement des tissus) en périphérie de la prostate. Chaque homme arrivé à cet âge devrait s'y soumettre annuellement, à

plus forte raison s'il présente un risque connu.

Quant au test de l'APS, il est parfois contesté mais, utilisé à bon escient, il permet une détection plus précoce du cancer, améliorant ainsi les chances de guérison et de survie.

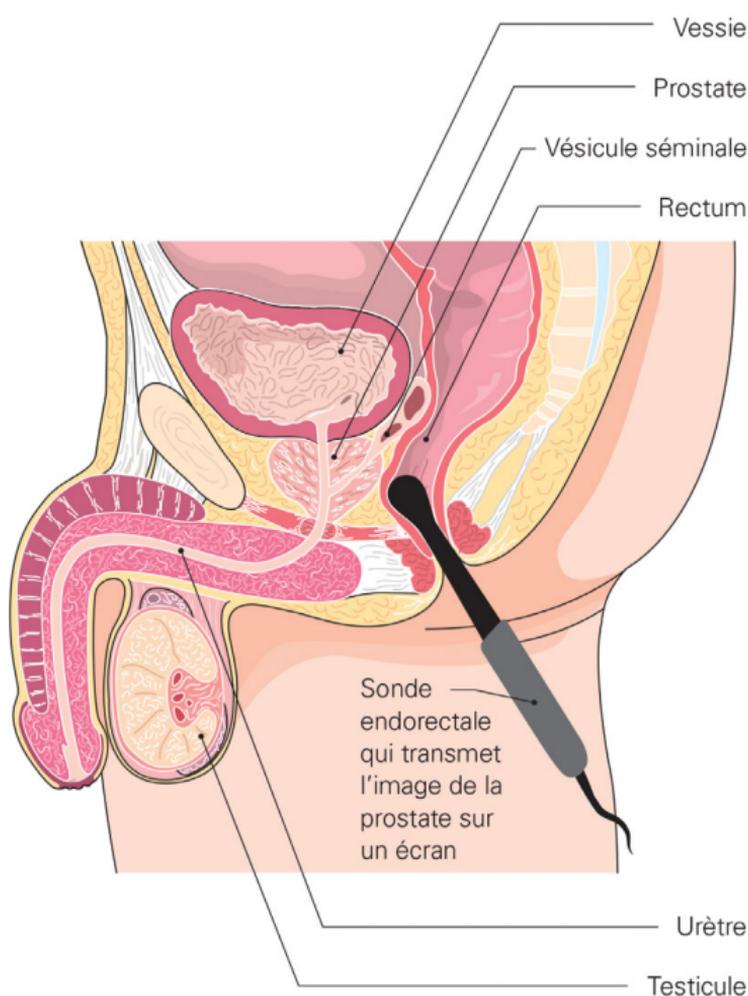
L'APS est une protéine sécrétée par la prostate. Une partie infime se retrouve dans le sang, ce qui n'est pas anormal en soi. Il y aura cependant augmentation de cette protéine si un problème, cancéreux ou non, par exemple une inflammation ou une hyperplasie, affecte la prostate. Normalement, le taux d'APS ne doit pas excéder 4,0 ng/mL. Abstraction faite des cas d'inflammation et d'hyperplasie, un simple prélèvement sanguin peut se révéler déterminant dans la découverte d'un cancer de la prostate.

Le toucher rectal et les tests d'APS ne sont pas infaillibles. Prises séparément, ces deux méthodes peuvent en effet conduire à des diagnostics erronés. En les jumelant, on risque beaucoup moins de se tromper. Une induration sentie au toucher rectal et un taux d'APS excédant 4 suffisent en tout cas pour éveiller les soupçons. Le médecin voudra logiquement aller plus loin. C'est toutefois au patient que revient la décision. Celui-ci pourrait même choisir de ne pas se faire soigner.

Un durcissement de la prostate perçu au toucher rectal ou un taux d'APS supérieur à 4 (ou des tests successifs montrant une augmentation sur une brève période) invitent donc à passer

à l'étape suivante, la biopsie. Cela se fait au moyen d'un petit instrument introduit dans le rectum et renseignant sur la conformation et le volume de la prostate (échographie transrectale). Par la même occasion, une douzaine de prélèvements sont effectués en des endroits précis de la glande.

Quoique pratiquée sous anesthésie locale, la biopsie peut ne pas être très agréable. Elle est habituellement bien tolérée mais nécessite une préparation spéciale, de même qu'un suivi, surtout en ce qui a trait aux risques d'infection. La plupart des effets secondaires (sang dans les urines ou dans les selles, malaise) disparaissent au bout d'un jour ou deux.

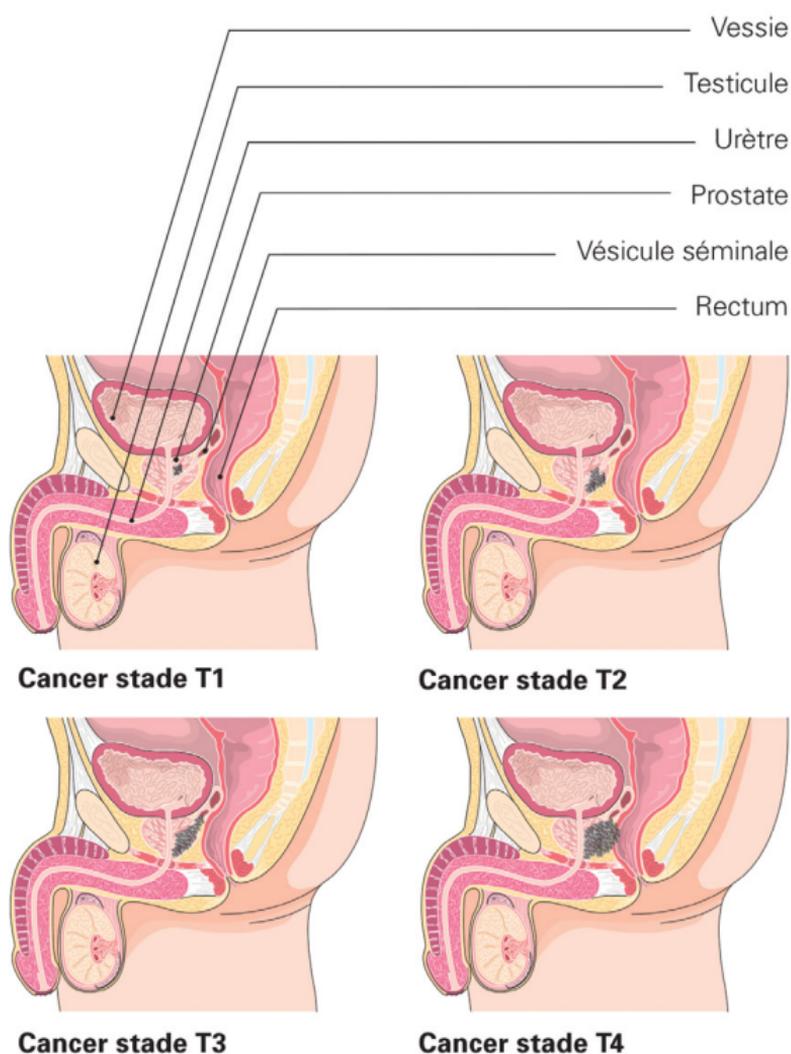


### ❶ L'échographie transrectale

## LE GRADE

C'est à un pathologiste (spécialiste de l'analyse de tissus humains) que revient la tâche de déterminer si les échantillons prélevés sont cancéreux ou non. S'ils le sont, le pathologiste l'indiquera et attribuera un grade au cancer, c'est-à-dire un degré de malignité ou d'agressivité selon que les cellules s'éloignent plus ou moins de ce que devraient être leur forme et leur organisation normales. Il se servira d'une échelle de 1 à 5 dans son rapport, 1 pour des cellules presque normales, 3 pour un degré moyen d'anomalie et 5, pour une structure totalement chaotique. Les cancers n'ayant pas toujours un aspect homogène, le pathologiste additionnera ensuite les deux chiffres qui correspondent aux grades les plus représentés dans les prélèvements. Plus le total (le score dans l'échelle de Gleason) est élevé, plus la tumeur est maligne, donc susceptible de progresser.

Le cas échéant, d'autres examens permettront de voir si le cancer s'est étendu ailleurs dans l'organisme. On procédera par exemple à une intervention consistant à prélever des ganglions pelviens afin d'établir s'ils contiennent des cellules cancéreuses. C'est la lymphadénectomie, aussi appelée curage lymphatique. Souvent on aura recours à une scintigraphie osseuse pour détecter la présence de métastases éventuelles. Ce sont principalement les os du bassin et ceux de la colonne vertébrale qui risquent d'être atteints; le patient ressentira alors de la douleur aux hanches et au bas du dos.



③ Les différents stades du cancer de la prostate

STADE	DESCRIPTION
T1	La tumeur est non palpable et confinée à la prostate
T2	La tumeur est palpable mais encore confinée à la prostate
T3	La tumeur déborde de la prostate
T4	Le cancer s'est propagé aux organes voisins et peut-être ailleurs dans l'organisme

À un stade plus avancé, il y aura engourdissement progressif des membres inférieurs, et même paralysie. Une enflure des chevilles, une perte de poids, la pâleur (anémie) et la fatigue feront également suspecter des métastases osseuses. Une forte élévation du taux d'APS précède presque toujours l'apparition de telles métastases; par contre, on n'en observera à peu près jamais si le taux d'APS reste inférieur à 20.

Pour plus de certitude, on se tournera vers l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et/ou la tomographie par émission de positrons (TEP), techniques permettant de visualiser les organes internes. Ajoutons la tomodensitométrie axiale (CT-scan), surtout utile pour préciser le volume et la forme de la prostate avant une radiothérapie.

Avec les résultats de ces examens, le médecin est en mesure de déterminer le stade d'un cancer de la prostate, en d'autres mots son étendue.

En ce qui a trait à la classification d'un cancer de la prostate, on utilise le système international TNM (T pour le stade de la tumeur, son étendue proprement dite, N pour les ganglions, nodes en anglais, M pour métastases, osseuses en l'occurrence). Par exemple, T2 N0 M0, T2 indique que la tumeur est confinée à la prostate, et les zéros de N et de M, que ni les ganglions ni les os ne sont atteints.

## TRAITEMENTS

Le choix et la durée des traitements dépendent de plusieurs facteurs :

1. les données diagnostiques: grade, stade, taux d'APS, ganglions touchés ou non, présence ou non de métastases osseuses ;
2. l'âge, la santé générale du patient, ses antécédents familiaux. Son espérance de vie également: s'il n'a que 60 ans, il a encore bien des années devant lui, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas d'un octogénaire, lequel peut mourir de bien d'autres choses que de son cancer de la prostate, d'où l'importance d'une intervention hâtive pour le premier ;
3. les effets secondaires d'un traitement par rapport aux résultats attendus. Il pourrait même arriver qu'un patient y renonce, par exemple s'il craint de devenir incontinent ou impuissant. À cet égard, on prendra soin de répondre à toutes ses questions. C'est sa décision, autant que celle de l'oncologue ou de l'urologue. Il doit donc être parfaitement informé. Pour en apprendre davantage, visitez **procure.ca** et consultez notre page Web sur les traitements.

Les principales méthodes d'intervention appliquées au cancer de la prostate sont la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie, soit isolément, de façon indépendante, soit associées les unes aux autres, simultanément ou non. Selon le type de cancer

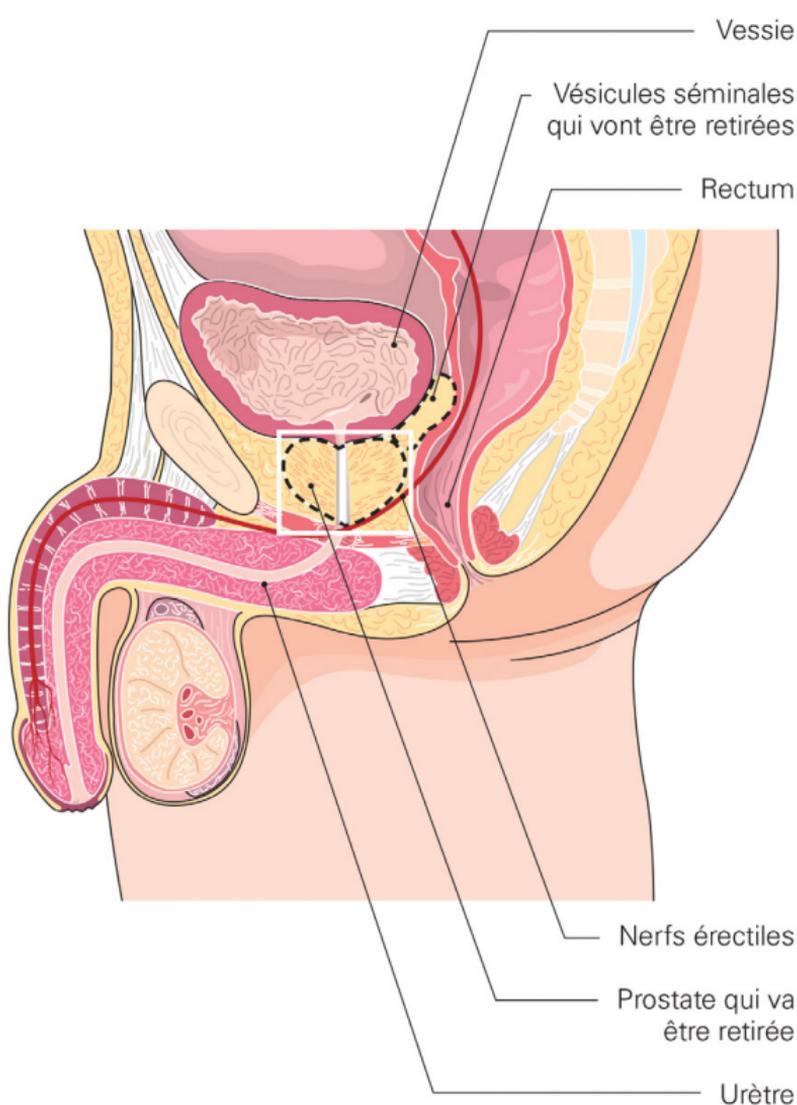
et les facteurs indiqués ci-dessus, le but visé sera de détruire la tumeur, de stopper ou de ralentir sa progression, de diminuer les risques de récurrence, de combattre les métastases et de traiter les symptômes de la maladie pour assurer au patient la meilleure qualité de vie possible.

Ces méthodes donnent généralement de très bons résultats. Si elles ne permettent pas toujours la guérison et s'accompagnent de certains effets secondaires, elles assurent en revanche un taux de survie appréciable. Il est souvent fait état d'un « nombre magique », soit cinq ans sans récurrence observable (la rémission), mais une guérison complète n'est jamais assurée. C'est d'ailleurs la raison d'un suivi à long terme.

Parfois, une surveillance active suffira, par exemple chez un homme ayant une espérance de vie inférieure à 10 ans ou en présence d'un cancer localisé à évolution lente, comme l'est souvent le cancer de la prostate. Dans un cas semblable, on n'interviendra que si le besoin s'en fait sentir, par exemple une brusque élévation du taux d'APC. Ce choix d'un traitement différé suppose un suivi régulier avec toucher rectal, dosage du taux d'APC et biopsies périodiques. La nécessité d'un suivi rigoureux s'applique du reste à chacune des méthodes d'intervention que nous allons maintenant décrire.

## PROSTATECTOMIE RADICALE

Pour un cancer à un stade précoce, c'est-à-dire localisé ou confiné à l'intérieur de la glande, le traitement recommandé est la prostatectomie radicale, soit l'ablation de la prostate, vésicules séminales comprises (petites pochettes juxtaposées à la prostate). Cette opération d'environ deux heures se fait sous anesthésie générale ou régionale selon la technique utilisée :



### ❶ La prostatectomie radicale

1. La chirurgie ouverte, ou classique, c'est-à-dire avec incision dans le bas-ventre ;

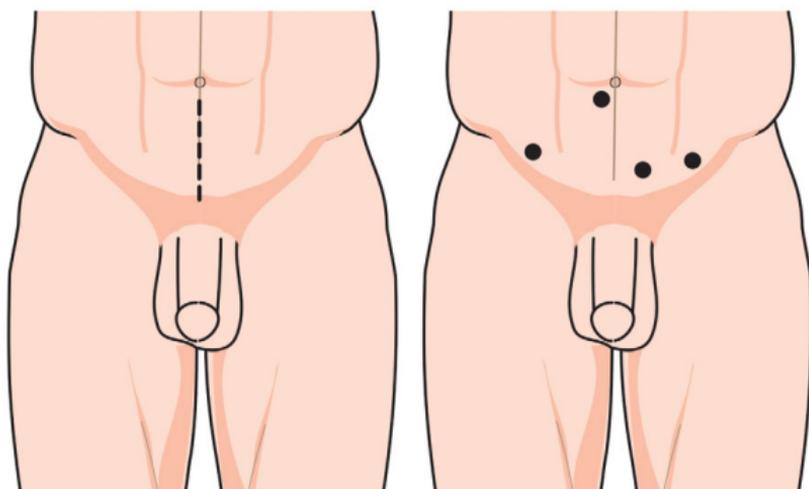
2. La chirurgie laparoscopique, avec trois ou quatre petites ouvertures dans l'abdomen pour permettre le passage des instruments et d'une minicaméra (le chirurgien opère en regardant un écran);
3. La chirurgie laparoscopique robotisée. Cette technique permet l'ablation de la prostate à l'aide de petits instruments très flexibles, très précis, manipulés à partir d'une console. Elle n'est cependant utilisée que dans quelques grands centres hospitaliers.

Il est également possible d'enlever la prostate par voie périnéale (région entre l'anus et le scrotum) mais on ne peut alors accéder aux ganglions lymphatiques pour un prélèvement, ce qui est souvent nécessaire pour voir si les cellules cancéreuses sont confinées ou non à l'intérieur de la prostate. Aussi fait-on moins souvent appel à cette méthode.

Quelle que soit la technique, le chirurgien essaiera de préserver autant que faire se peut les deux bandelettes neurovasculaires (nerfs et vaisseaux sanguins) situées de part et d'autre de la prostate et qui jouent un rôle essentiel dans l'érection. Il se peut cependant qu'elles soient endommagées au cours de l'opération ou qu'il faille les sacrifier en raison d'un volume trop important de la tumeur, de sa malignité ou de sa proximité par rapport celles-ci.

Dans les jours ou les semaines suivant l'intervention, le pathologiste déterminera l'étendue des cellules cancéreuses dans les tissus excisés et déterminera le grade du cancer.

Ce sont ces données qui détermineront si un autre traitement, une radiothérapie ou une hormonothérapie par exemple, doit s'ajouter à la chirurgie.



Incision pour la chirurgie ouverte

Incisions pour la laparoscopie

## 2 La prostatectomie radicale par chirurgie ouverte et par laparoscopie

Au moment de l'intervention, une sonde urinaire sera introduite dans le canal de l'urètre jusque dans la vessie et restera en place pendant quelques jours, le temps que les tissus cicatrisent. Des drains serviront également à évacuer les liquides (sang et lymphe) qui peuvent s'accumuler au début.

Des problèmes d'incontinence sont à prévoir pendant les semaines et les mois qui suivent. Il en va de même pour la capacité érectile, même si les bandelettes neurovasculaires ont été préservées. Dans la majorité des cas, tout revient progressivement à la normale. Si cela tarde à se produire ou ne se produit pas, il est possible d'y remédier. Pour en savoir davantage sur ces questions, n'hésitez

pas à consulter notre page Web sur les effets secondaires sur **procure.ca**.

Deux points importants à noter. Premièrement, la possibilité d'avoir des orgasmes demeure. Idem pour la libido, sauf s'il faut aussi recourir à l'hormonothérapie. Deuxièmement, sans prostate ni vésicules séminales, les canaux déférents (qui transportent les spermatozoïdes depuis les testicules jusqu'à l'urètre) ayant par ailleurs été sectionnés, il n'y a plus d'éjaculation.

L'homme à qui on a enlevé la prostate ne pourra plus engendrer. Si cela lui importe, il prendra soin de s'adresser à une banque de sperme pour y faire conserver sa semence avant de subir l'opération.

## RADIOTHÉRAPIE

### RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

La radiothérapie externe est un autre traitement indiqué pour un cancer limité à la prostate. Si le cancer est plus avancé ou plus agressif, on proposera une hormonothérapie au préalable, ou postérieurement selon le cas. Comme on l'a déjà dit, la radiothérapie externe pourra aussi servir de complément à une prostatectomie pour limiter les risques de récurrence locale.

Ce sont ici des radiations qui détruisent les cellules cancéreuses et qui les empêchent de s'étendre. Ces radiations sont produites par un puissant appareil appelé accélérateur de particules. Le traitement consiste en un nombre variable de séances d'exposition (cinq séances

hebdomadaires, pendant six à huit semaines) à des faisceaux ionisants soigneusement dosés, voire modulés, dirigés avec précision sur la tumeur et sur les vésicules séminales. Toutes les précautions sont prises pour épargner les bandelettes neurovasculaires et les organes voisins de la prostate, en particulier la vessie et le rectum.

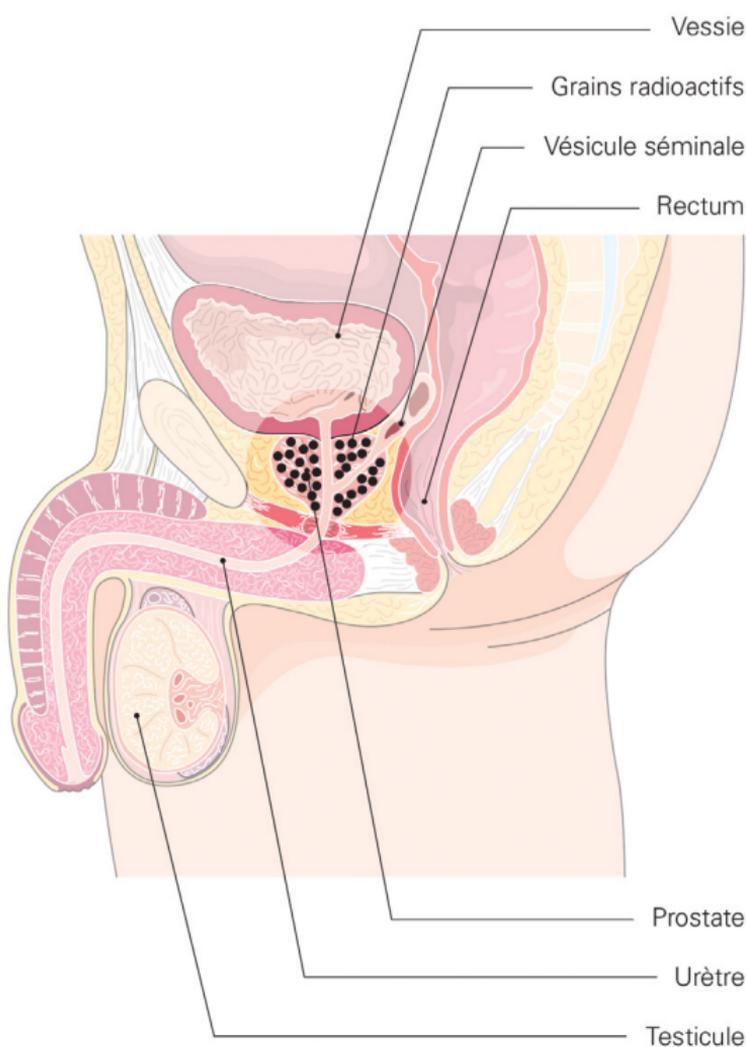
Un dispositif de contention adapté à la morphologie du patient le maintient journellement dans la même position sous l'appareil, du début à la fin du traitement. Chaque séance ne dure que trois ou quatre minutes. S'il ne sent pas trop de fatigue, le patient peut ainsi vaquer à ses occupations habituelles en dehors de ses rendez-vous.

Les effets de la radiothérapie externe sont graduels : ils dépendent du nombre de séances et de la dose administrée. De plus, ils se poursuivent bien après la cessation du traitement, la mort des cellules cancéreuses s'étalant sur plusieurs mois. Il faut souvent attendre près d'un an pour en mesurer les résultats.

## **LA BRACHYTHÉRAPIE (AUSSI APPELÉE CURIETHÉRAPIE)**

La brachythérapie consiste à disposer dans la prostate des sources de radiation, de façon permanente ou non, parfois en association avec une hormonothérapie, plus rarement avec une radiothérapie externe. Il y a deux formes de brachythérapie. La première se caractérise par

l'implantation permanente d'une cinquantaine de petits grains radioactifs dans la prostate, la seconde par l'introduction de douze à quinze aiguilles au moyen desquelles on administre deux ou trois fortes doses de rayonnement et qu'on enlève ensuite.



#### 4 La brachythérapie

Outre le fait qu'elle nécessite beaucoup moins de visites à l'hôpital et qu'elle soit physiquement moins exigeante, la brachythérapie présente l'avantage non négligeable d'épargner les tissus sains avoisinants. Elle est cependant contre-indiquée si la prostate est trop volumineuse. Notons enfin qu'elle ne rend pas « radioactif » celui qui la subit.

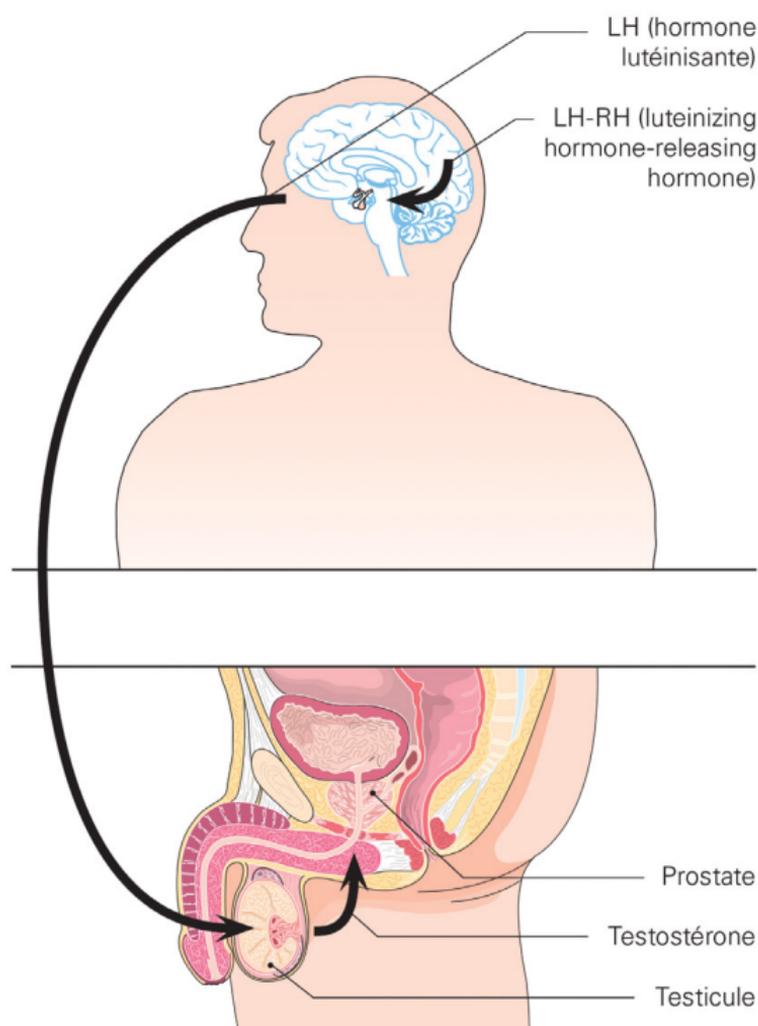
Il existe d'autres méthodes, par exemple la cryothérapie (destruction des cellules cancéreuses par le froid) et le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (destruction par élévation brutale de la température), mais elles sont plus rarement utilisées ou ne le sont qu'à titre expérimental.

Chacune de ces méthodes a ses avantages mais aussi des effets indésirables, lesquels se ramènent presque toujours à des problèmes d'incontinence urinaire et à un dysfonctionnement érectile pendant une période plus ou moins longue. Dans la plupart des cas, la situation revient à la normale après un certain temps. Il peut aussi arriver que ces problèmes se manifestent plus tardivement. Diverses solutions existent pour y faire face. Pour en savoir plus, parlez-en à votre médecin ou consultez notre chaîne YouTube sur notre site **procure.ca**.

## L'HORMONOTHÉRAPIE

Le cancer de la prostate est stimulé par les androgènes, en tout premier lieu la testostérone, laquelle compte pour environ 90 % des hormones sexuelles de l'homme. L'hormonothérapie vise précisément à empêcher cette stimulation. Elle peut prendre la forme d'une castration chirurgicale irréversible (ablation pure et simple des deux testicules) ou, le plus souvent, d'une castration médicale réversible. La seconde consiste à injecter à intervalles réguliers, de façon permanente ou non, des composés synthétiques ayant pour

effet de contrer la production de testostérone par les testicules. Privée de testostérone, la prostate diminue de volume et la tumeur peut aussi régresser.



### ❶ Le circuit hormonal

Le traitement précède parfois une radiothérapie lorsqu'il y a lieu de réduire le volume de la prostate; plus petite, celle-ci est en effet plus facile à irradier. Il peut aussi venir en complément à une ablation si on pense que des cellules cancéreuses ont pu se propager ailleurs dans l'organisme ou, plus généralement, s'il y a risque de récurrence.

L'hormonothérapie exerce son action dans l'ensemble du corps. Sa durée varie de

quelque mois à quelques années selon le grade et le stade du cancer et selon le taux d'APS. Elle n'apporte pas la guérison, mais peut ralentir l'évolution de la maladie et en soulager les symptômes.

Dans le cas d'un cancer avancé avec atteinte ganglionnaire ou métastases à distance, tout comme lors d'une récurrence, l'hormonothérapie peut durer indéfiniment, ce qui équivaut à une castration chirurgicale.

Ses effets secondaires les plus notables sont alors la perte de la libido, l'impuissance, l'augmentation de poids, les bouffées de chaleur, la fatigue, la diminution de la masse musculaire et l'ostéoporose. Ici encore, comme pour les autres thérapies, il convient de soupeser les avantages et les inconvénients. Lesquels en effet l'emportent ? C'est au patient qu'il appartient de répondre à cette question délicate après en avoir discuté avec son urologue ou son oncologue.

## LA CHIMIOTHÉRAPIE

Si, malgré l'hormonothérapie, le taux d'APS continue d'augmenter et si une tomodensitométrie ou une scintigraphie prouve l'existence de métastases osseuses, la qualité de vie et le soulagement de la douleur deviennent la priorité absolue. En agissant sur les mécanismes de la division cellulaire, la chimiothérapie tue les cellules qui se multiplient le plus rapidement, les cellules cancéreuses en particulier. Cette action s'exerce partout dans l'organisme. Les médicaments utilisés

varient selon les caractéristiques de la maladie, l'état général du patient et la façon dont il les supporte. La chimiothérapie peut dans certains cas améliorer sensiblement sa condition physique et même prolonger sa vie. Notons enfin à ce chapitre l'apparition de nouveaux agents palliatifs très prometteurs.

En plus de profiter des derniers progrès de la science médicale, le patient peut se voir offrir l'occasion de participer à des protocoles de recherche concernant tout aussi bien les méthodes de dépistage que les approches thérapeutiques, sans oublier les médicaments expérimentaux. Et lorsqu'il examine tout ce qui s'est fait dans ces domaines depuis dix ou quinze ans, il peut se dire que le jour où on aura vaincu le cancer de la prostate n'est peut-être pas loin.

Quand il a reçu le diagnostic, cet homme au début, il a pensé que le sol se dérobaient sous ses pieds, il vivait un cauchemar, les ténèbres l'enveloppaient. Très tôt on l'a pris en charge, les médecins, les spécialistes, le personnel soignant. On lui expliquait la situation, il était entre bonnes mains. Il pouvait aussi compter sur ses proches et obtenir toute l'aide dont il avait besoin d'organismes comme le nôtre.

Peu à peu, il a surmonté ses angoisses et repris goût à la vie. Plein de détermination et de courage, il s'est engagé dans son parcours du combattant. Non, les choses ne seront plus tout à fait les mêmes, mais il les verra d'un œil nouveau, plus attentif et plus serein. L'espoir renaîtra.

## QUESTIONS À POSER À VOTRE ÉQUIPE SOIGNANTE

Il est normal d'éprouver de l'anxiété à la suite d'un diagnostic de cancer de la prostate. Voici une liste de questions pouvant vous aider à obtenir l'information dont vous avez le plus besoin au sujet des traitements disponibles. Nous vous suggérons d'apporter cette liste et de demander à un membre de la famille ou à un ami de vous accompagner lors de votre rendez-vous.

1. Quel est le stade d'évolution de mon cancer? S'est-il propagé à l'extérieur de la prostate?
2. Sa croissance est-elle lente? Peut-on envisager une simple surveillance active?
3. Quelles sont les traitements possibles compte tenu de mon âge et de mon état de santé?
4. Parmi tous les traitements possibles, comment puis-je savoir lequel est le plus approprié dans mon cas?
5. Quelle option me recommandez-vous? Pourquoi?
6. Pouvez-vous m'expliquer en quoi ce traitement consiste?
7. Quels sont les effets secondaires les plus probables? Seront-ils permanents?
8. Vais-je souffrir d'incontinence urinaire? De dysfonction érectile? Pendant combien de temps?
9. Que puis-je faire pour contrer ces effets?
10. Quelles sont les chances de réussite du traitement? Quand et comment le saurez-vous?
11. Quelles autres possibilités s'offrent à moi si le traitement ne donne pas de résultats?



## GLOSSAIRE

**Androgènes :** Hormones sexuelles mâles (p. ex., la testostérone).

**APS :** Antigène prostatique spécifique, une protéine produite par la prostate et pouvant indiquer la présence d'un cancer lorsque sa concentration est élevée.

**Biopsie :** Prélèvement d'échantillons de cellules à l'aide d'aiguilles fines; ces cellules sont ensuite envoyées à un laboratoire afin de déterminer si elles sont cancéreuses.

**Classification TNM :** Classification internationale qui permet au médecin spécialiste de déterminer le ou de connaître le stade d'un cancer de la prostate.

**Chimiothérapie :** Traitement médicamenteux visant à empêcher la prolifération des cellules cancéreuses et à réduire le volume de la tumeur.

**Chirurgie laparoscopique robotisée :** Type de chirurgie laparoscopique pratiquée en guidant des bras robotiques, lesquels manipulent les instruments avec une grande précision.

**Cryothérapie (cryochirurgie) :** Nouvelle forme de traitement du cancer de la prostate qui consiste à insérer de fines aiguilles dans la prostate pour y injecter des gaz extrêmement froids et ainsi détruire les cellules cancéreuses.

**Curiethérapie, ou Brachythérapie :** Traitement qui consiste à introduire de minuscules grains radioactifs dans ou près de la tumeur afin de détruire le cancer.

**Dysfonction érectile :** Incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection.

**Échographie transrectale :** Méthode qui permet d'obtenir une image de la prostate à l'aide d'une sonde ultrasonore introduite dans le rectum.

**Glande:** Organe qui sécrète un liquide.

**Grade (1 à 4):** Classification décrivant le degré de gravité d'un cancer de la prostate après examen sous microscope de l'apparence de cellules prélevées par rapport à des cellules prostatiques normales.

**HBP (hyperplasie bénigne de la prostate):** Affection courante, non cancéreuse, caractérisée par une augmentation du volume de la prostate, ce qui crée un blocage au niveau de l'urètre ou de la vessie; l'HBP peut s'accompagner de symptômes assez semblables à ceux du cancer de la prostate.

**Hormonodépendant:** Se dit d'une tumeur dont la croissance est stimulée par une hormone (p. ex., la testostérone dans le cas du cancer de la prostate).

**Hormonothérapie:** Traitement général (systémique) consistant à réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse.

**Incontinence:** Incapacité de maîtriser le flux urinaire, ce qui entraîne des fuites. L'incontinence peut être partielle ou totale.

**Induration:** Terme médical pour durcissement d'un tissu.

**IRM (imagerie par résonance magnétique):** Examen qui permet d'obtenir des images détaillées d'organes en utilisant un champ magnétique et des ondes radio.

**Laparoscopie:** Intervention qui consiste à insérer une petite sonde dans le corps afin d'obtenir une image d'une région donnée.

**Lymphadénectomie, ou curage lymphatique:** Chirurgie permettant l'ablation de ganglions lymphatiques.

**Métastase (ou métastasé, adj.) :** Se dit d'un cancer qui s'est propagé à des parties du corps plus ou moins éloignée de son site primitif.

**Miction :** Action d'uriner.

**Nœuds lymphatiques :** Petites masses tissulaires situées le long des vaisseaux lymphatiques (notamment au niveau de l'aine, des aisselles et du cou) qui servent de filtres pour aider à combattre les infections.

**Périnée :** Région s'étendant du scrotum au rectum.

**Prostate :** Glande située sous la vessie ayant pour fonction de contrôler l'écoulement urinaire et l'éjaculation et de sécréter la partie liquide du sperme. Elle produit également l'APS ; un taux élevé d'APS peut indiquer un cancer de la prostate.

**Prostatectomie radicale :** Ablation chirurgicale de la prostate, incluant sa capsule (enveloppe) et parfois aussi des tissus environnants.

**Radiothérapie :** Traitement qui consiste à diriger des rayons à haute énergie (p. ex., des rayons X) vers une tumeur afin de détruire les cellules cancéreuses.

**Sonde urinaire (cathéter) :** Tube inséré dans l'ouverture du pénis pour drainer l'urine de la vessie lors d'une chirurgie de la prostate ou d'un autre type d'intervention.

**Score de Gleason :** Somme des deux grades les plus souvent représentés dans les échantillons prélevés par biopsie ; ce score aide à prédire l'évolution d'un cancer.

**Stade :** Classification indiquant le volume de la tumeur et le degré de propagation du cancer.

**Système lymphatique :** Ensemble des vaisseaux, des nœuds (ou ganglions) et des autres organes permettant de combattre les infections, de nourrir les tissus et d'éliminer les déchets cellulaires.

**Scintigraphie osseuse :** Technique d'imagerie médicale consistant à injecter une substance radioactive inoffensive pour déterminer la présence ou non de cellules cancéreuses dans les os et de suivre l'évolution de la maladie.

**Surveillance active :** Possibilité offerte à certains hommes atteints d'un cancer de la prostate qui risque très peu d'évoluer. La surveillance active consiste en un suivi vigilant et rigoureux avec intervention si nécessaire.

**Testostérone :** Hormone mâle comptant pour environ 90 % des androgènes chez l'homme. La testostérone sert au développement sexuel et à la reproduction.

**Tomodensitométrie (CT-Scan) :** Examen effectué à l'aide d'un appareil informatisé permettant d'obtenir une image d'un organe ou d'une partie du corps.

**Tumeur :** Gonflement anormal des tissus, de nature bénigne (non cancéreuse) ou maligne (cancéreuse).

**Urètre :** Canal qui relie la vessie au pénis et qui transporte l'urine et le sperme.

**Vésicule séminale :** Petite poche contenant du liquide séminal (relatif au sperme).







## PROCURE

Depuis plus de 10 ans, PROCURE participe activement à l'avancement de la recherche grâce à l'établissement d'un dialogue continu avec le public et les professionnels de la santé, leur fournissant l'information et le soutien nécessaires au moyen :

- ♂ d'un site Web extrêmement riche, offert en français et en anglais ;
- ♂ d'un réseau de sensibilisation au cancer de la prostate et de soutien à ceux qui en sont atteints partout au Québec ;
- ♂ de conférences et d'événements spéciaux ;
- ♂ de publications et d'un livre gratuits sur le cancer de la prostate.

PROCURE a également mis sur pied une biobanque d'échantillons biologiques et de données sur les hommes atteints du cancer de la prostate.

Joignez-vous à notre organisme dès aujourd'hui. Encouragez aussi les vôtres à se faire examiner. Cela leur sauvera peut-être la vie.

Si vous désirez souscrire à notre cause, financièrement ou autrement, ou pour toute information au sujet du cancer de la prostate, contactez-nous.

**1 855 899-2873 • [info@procure.ca](mailto:info@procure.ca)**



Contactez-nous au  
**1 855 899-2873**  
[info@procure.ca](mailto:info@procure.ca)

**PR♂CURE**

Halte au cancer de la prostate.  
The Force Against Prostate Cancer.

1320, boul. Graham, Suite 110  
Ville Mont-Royal, QC H3P 3C8

[procure.ca](http://procure.ca)