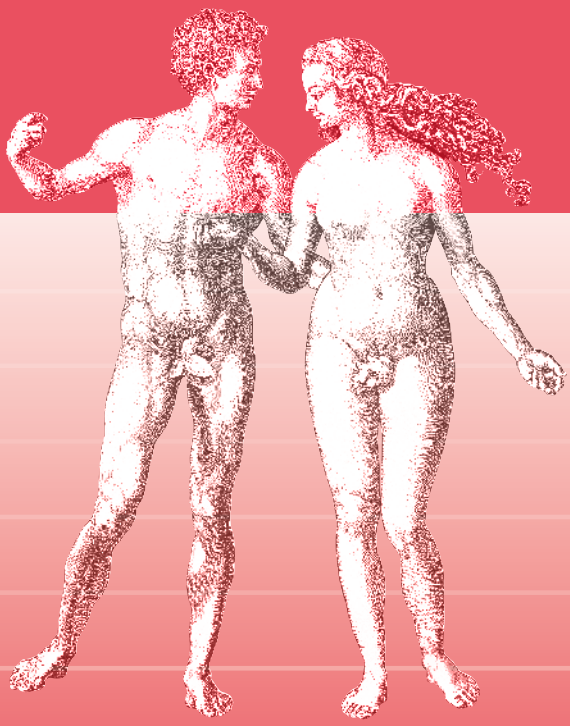
ligue contre le cancer

Le cancer de la prostate

Un guide de la Ligue contre le cancer



Lire en ligne

Les ligues contre le cancer en Suisse : proximité, soutien individuel, confidentialité et professionnalisme

Vous et vos proches pouvez vous appuyer sur les activités de conseil et soutien proposées gratuitement près de chez vous. Près de 100 professionnels, répartis sur plus de 70 sites en Suisse, offrent un suivi individuel et confidentiel pendant et après la maladie.
En parallèle, les ligues cantonales développent des actions de prévention auprès de la population. Objectif : diminuer le risque personnel de développer la maladie.

Impressum

Éditrice
Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne
tél. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

4e édition en allemand
Responsable de projet et rédaction
Barbara Karlen, spécialiste Publications, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction de l'allemand
Evelyne Carrel

Révision
Jacques-Olivier Pidoux,
Ligue suisse contre le cancer

Relecture
Nous remercions chaleureusement Charles Lambrigger pour sa relecture attentive et ses précieuses suggestions.

Conseils scientifiques
(Par ordre alphabétique)
Dr med. Aurelius Omlin, privat-docent, médecin adjoint, clinique d'onco-hématologie, Hôpital cantonal de Saint-Gall
Dr med. Cédric Panje, chef de clinique, clinique de radio-oncologie, Hôpital cantonal de Saint-Gall
Dr med. Cyrill Rentsch, privat-docent, médecin adjoint au service d'urologie, responsable de la recherche clinique en urologie, Hôpital universitaire de Bâle
Prof. Dr med. George Thalmann, médecin-chef et directeur de la clinique universitaire d'urologie, Hôpital de l'Île, Berne
Prof. Dr med. Damian Wild, responsable du service de médecine nucléaire et du centre des tumeurs neuroendocrines et endocrines, Hôpital universitaire de Bâle

Conseils scientifiques et texte original
Ont collaboré à la 4e édition allemande (par ordre alphabétique):
Dr med. Karin Huwiler, collaboratrice scientifique, Ligue suisse contre le cancer, Berne
Prof. Dr med. George Thalmann, médecin-chef et directeur de la clinique universitaire d'urologie, Hôpital de l'Île, Berne

Nous remercions la personne touchée pour sa relecture attentive de l'épreuve et ses précieux commentaires.

Collaboratrices et collaborateurs Ligue suisse contre le cancer
Guido Biscontin, spécialiste Dépistage;
Dr med. Aline Flatz, collaboratrice scientifique Tendances

Couverture
Adam und Eve d'après Albrecht Dürer

Photos
P. 4: ImagePoint SA, Zurich
Pp. 24, 56: Shutterstock
P. 62: iStock

Illustrations
Pp. 9, 12: Frank Geisler, dessinateur scientifique, Berlin
P. 22: iStock
Pp. 60, 61: Rahel Meyer, Lucerne, www.meyer-grafik.ch

Conception graphique
Ligue suisse contre le cancer, Berne

Impression
VVA (Schweiz) GmbH, Widnau

Cette brochure est aussi disponible en allemand et en italien.

© 2020, 2015, 2009, 2006, Ligue suisse contre le cancer, Berne | 4e éd. revue et augmentée

LSC | 12.2023 | 3000 F | 021074012111

Table des matières

6 Qu'est-ce que le cancer ?

11 Le cancer de la prostate
11 La prostate et sa fonction
11 Le cancer de la prostate
13 Causes possibles et facteurs de risque
14 Le dépistage du cancer de la prostate
15 Troubles et symptômes possibles

16 Examens et diagnostic
16 Premiers examens
17 Autres examens en vue de préciser le diagnostic
19 Les stades de la maladie

25 Les options thérapeutiques
25 La surveillance active
26 L'observation attentive
27 La chirurgie
31 La radiothérapie
36 Hormonothérapie et chimiothérapie

42 Quel traitement à quel stade ?
42 La planification du traitement
45 Le traitement du cancer de la prostate localement limité
45 Le traitement du cancer de la prostate localement avancé
46 Le traitement du cancer de la prostate métastatique
46 Le traitement du cancer de la prostate résistant à la castration
48 La thérapie dans le cadre d'une étude clinique

49 Aide à la décision

52 Faire face aux effets indésirables
53 Les effets sur la sexualité et la fertilité
55 Les effets sur la continence urinaire

57 Les traitements additionnels
57 Le traitement de la douleur
59 Les médecines complémentaires
60 Exercices pour renforcer le plancher pelvien

63 Après les traitements
64 Le suivi médical
65 La réadaptation oncologique
66 Les soins palliatifs

68 Conseils et informations

Cher lecteur,

Un diagnostic de cancer est un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule ; le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se bousculent, tantôt chargées d'espoir, tantôt lourdes d'angoisse.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux comprendre et affronter la maladie. Vous y trouverez une description du cancer de la prostate, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement, mais aussi des conseils utiles pour la période qui suit les thérapies et des offres de soutien pour vous faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Lorsque le cancer de la prostate est découvert à un stade précoce, les perspectives de guérison sont généralement bonnes ; à un stade plus avancé, il est possible d'en ralentir la progression et d'en atténuer les symptômes.

Les différentes méthodes utilisées pour traiter le cancer de la prostate peuvent affecter la sexualité et la fertilité. Nous vous recommandons par conséquent d'aborder la question avec votre médecin avant le début du traitement.

Vous trouverez des informations utiles et des conseils pour mieux vivre avec la maladie dans de nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer (voir p. 71).

N'hésitez pas à faire appel au soutien de votre entourage. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer et pourront vous conseiller et vous accompagner. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à la page 74.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Qu'est-ce que le cancer ?

Le terme de « cancer » recouvre un large éventail de maladies différentes qui présentent néanmoins certaines caractéristiques communes :

- Des cellules normales au départ se multiplient de façon incontrôlée ; elles prolifèrent et se transforment en cellules cancéreuses.
- Les cellules cancéreuses envahissent le tissu sain ; elles le compriment et le détruisent.
- Certaines de ces cellules peuvent se détacher de l'endroit où elles se sont constituées et donner naissance à des foyers secondaires dans d'autres parties du corps : les métastases.

Le terme de « cancer » désigne donc la prolifération de cellules qui se multiplient de façon incontrôlée et qui envahissent le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie « nouvelle formation ».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse ou un nodule (comme dans le cas de la prostate), et les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies, par ex.).

Les tumeurs malignes solides qui se forment à partir de tissus superficiels comme la peau, les muqueuses ou les glandes sont appelées carcinomes. Le cancer de la prostate se classe dans cette catégorie. Les carcinomes représentent la grande majorité des tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes solides qui se développent dans le tissu conjonctif, le tissu adipeux, les cartilages, les muscles, les os ou les vaisseaux sont qualifiées de sarcomes.

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

Certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes, parfois après de longues années. Les polypes de l'intestin en sont un bon exemple. Ces excroissances qui se développent sur la muqueuse intesti-

nale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

Les tumeurs malignes, quant à elles, envahissent le tissu environnant et l'endommagent. Elles forment également de nouveaux vaisseaux sanguins pour s'approvisionner en éléments nutritifs.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et passer dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles parviennent ainsi dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, où elles forment des métastases. En principe, les cellules cancéreuses conservent les caractéristiques de leur tissu d'origine, de sorte qu'il est possible d'identifier l'organe dont les métastases sont issues.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu : le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes. Celui-ci est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique. Au cours du processus de division cellulaire, de nouvelles cellules apparaissent constamment tandis que d'autres meurent. Le matériel génétique peut être endommagé à la suite d'une erreur lors de la division cellulaire ou sous l'influence de divers autres facteurs. En principe, les cellules sont capables de détecter et de réparer elles-mêmes ces anomalies ou meurent si elles ont subi une altération. Lorsque ce n'est pas le cas, la cellule défectueuse – on parle de cellule mutée – continue de se diviser de manière incontrôlée. Les cellules qui prolifèrent ainsi finissent par former, avec le temps, un nodule, une tumeur.

Des dimensions inimaginables

Une tumeur d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut s'être formée il y a plusieurs années. En d'autres termes, une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain ; la vitesse à laquelle elle grandit varie toutefois d'un type de cancer à l'autre.

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules. Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et jouent un rôle dans l'apparition du cancer :

- le vieillissement naturel ;
- le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ;
- des influences extérieures (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, etc.) ;
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. On estime qu'environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités si on éliminait des facteurs de risque comme l'alcool ou le tabac. Les deux tiers restants sont liés à des facteurs non modifiables ou inconnus.

En principe, l'apparition d'un cancer est due à la conjonction de plusieurs facteurs. Dans bien des cas, on ignore toutefois quels éléments particuliers ont conduit à la maladie.

Le vieillissement

Le vieillissement naturel de l'organisme favorise le développement des maladies cancéreuses. La fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge ; près de 90 % surviennent après 50 ans.

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique – en d'autres termes, le mode de vie – sont autant de facteurs sur lesquels chacun peut agir. En ayant une bonne hygiène de vie, on peut diminuer le risque de certains cancers.

Les influences extérieures

Si l'on ne peut que partiellement se soustraire à certains facteurs extérieurs auxquels on se trouve involontairement exposé, comme les particules fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

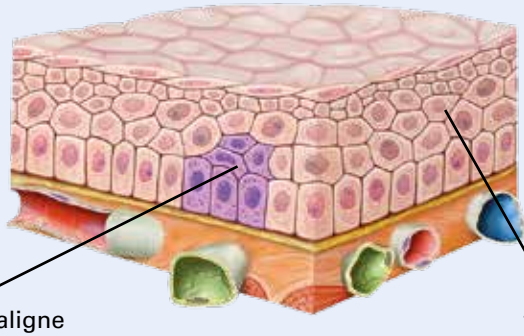
L'hérédité

On estime que dans 5 à 10 % des cas, le cancer est lié à une modification congénitale avérée du matériel génétique. On parle alors de cancer héréditaire. Les personnes qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie.

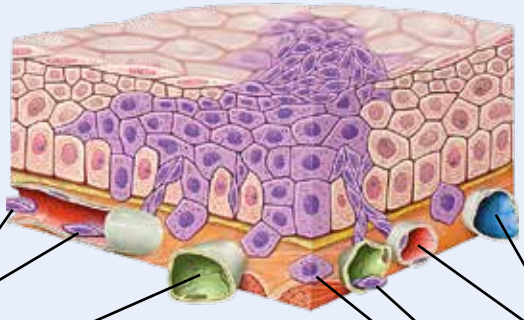
Comment se forme une tumeur ?

Exemple : carcinome de la muqueuse

1. La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



2. Elle envahit le tissu voisin. Les cellules cancéreuses pénètrent dans les vaisseaux sanguins (en rouge/bleu) et lymphatiques (en vert) et parviennent ainsi dans d'autres organes, où elles forment des métastases.



Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer de la prostate. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (voir p. 13), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 71).

Pourquoi moi ?

Vous vous posez peut-être cette question et vous vous demandez si vous auriez pu faire les choses autrement pour échapper à la maladie. Il est compréhensible que vous vous interrogiez et que vous soyez en proie au doute ou à la colère. Vous devez toutefois savoir que la genèse du cancer est un processus extrêmement complexe, qui est difficile à cerner même pour un spécialiste.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sainement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le diagnostic engendre un stress important.

Le cancer de la prostate

La prostate et sa fonction

La prostate est une glande de la taille d'une châtaigne qui fait partie des organes génitaux internes de l'homme, au même titre que les canaux déférents et les vésicules séminales (voir p. 12). Située directement sous la vessie, elle entoure la partie supérieure de l'urètre, qui la divise en deux lobes. Elle comporte trois zones : une zone périphérique, une zone centrale et une zone transitionnelle. La plupart des tumeurs de la prostate apparaissent dans la zone périphérique, près du rectum.

La prostate produit une partie du liquide séminal, qui transporte les spermatozoïdes à travers l'urètre lors de l'éjaculation. Elle sécrète également l'antigène spécifique de la prostate (PSA, de l'anglais prostate-specific antigen), une protéine qui fluidifie le sperme et que l'on peut également déceler dans le sang.

L'hyperplasie bénigne de la prostate

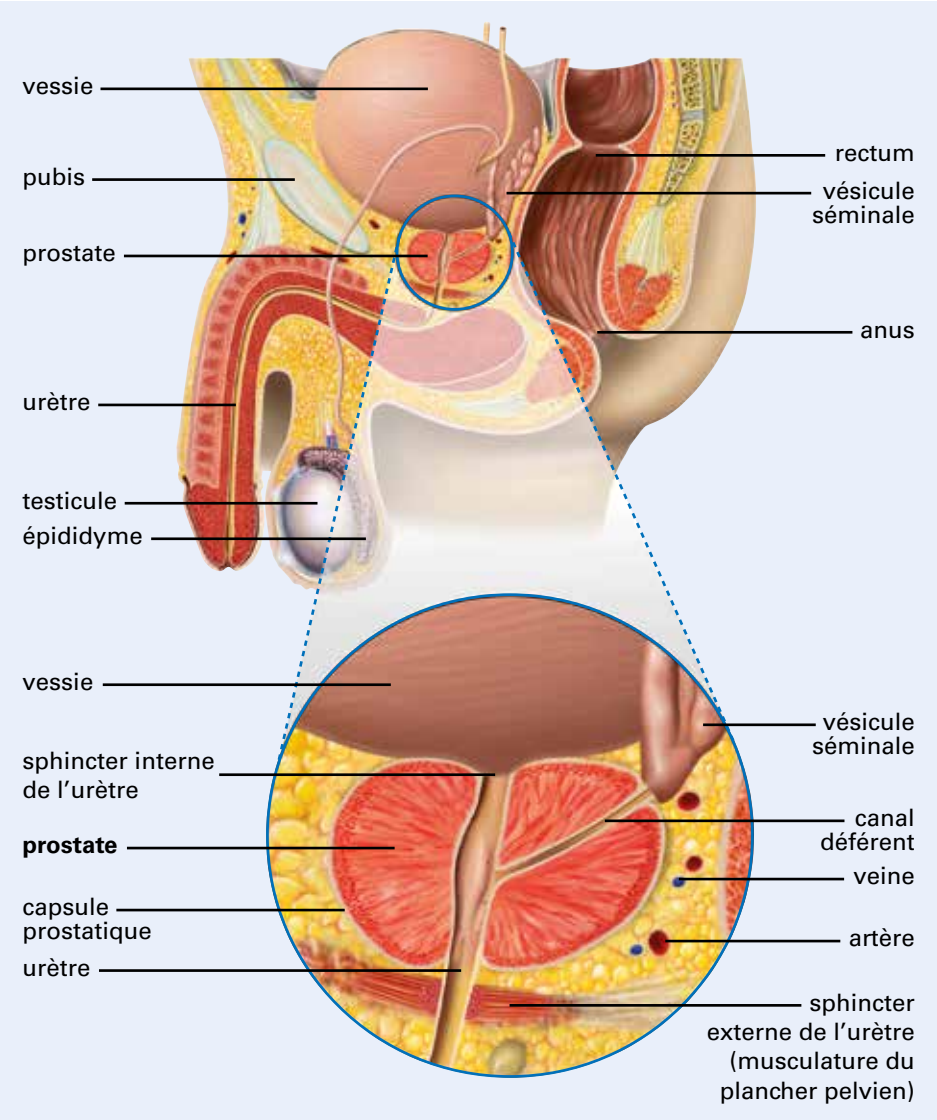
Avec l'âge, les cellules saines de la prostate se multiplient chez la plupart des individus, de sorte que la prostate grossit petit à petit. En moyenne, plus un homme est âgé, plus sa prostate est volumineuse. On parle d'hyperplasie bénigne, qu'il ne faut pas confondre avec un cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate – ou carcinome dans le jargon médical – apparaît lorsque des cellules de la prostate dégénèrent et se multiplient de façon incontrôlée. Certaines de ces cellules peuvent parvenir dans les ganglions lymphatiques voisins en passant dans le système lymphatique ou envahir d'autres organes en empruntant la circulation sanguine. Elles peuvent alors former des foyers cancéreux secondaires : les métastases.

Dans le cas du cancer de la prostate, les métastases sont généralement localisées dans les ganglions voisins ou, à un stade plus avancé, dans les os, plus rarement dans le foie et les poumons.

Un taux de PSA élevé peut signaler un cancer de la prostate (voir p. 16).



Coupe sagittale du bassin masculin et agrandissement de la prostate.

Causes possibles et facteurs de risque

Avec quelque 6100 nouveaux cas par année, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent dans la population masculine en Suisse. Ses causes exactes ne sont pas connues et il peut survenir chez n'importe quel homme. Certains facteurs semblent toutefois jouer un rôle dans son apparition.

L'âge

Le vieillissement constitue le principal facteur de risque. L'âge médian au moment du diagnostic est de 69 ans ; en d'autres termes, la moitié des hommes concernés ont moins de 69 ans, et la moitié sont plus âgés.

Le risque familial

Lorsqu'un proche parent au premier degré (père ou frère) a ou a eu un cancer de la prostate, le risque de développer la maladie augmente. Il peut également être plus élevé dans les familles où l'on observe une accumulation de cancers du sein et/ou de l'ovaire.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Prédispositions héréditaires au cancer » et « Les cancers du sein et de l'ovaire liés à une prédisposition héréditaire » (voir p. 71).

La testostérone

La testostérone, principale hormone sexuelle masculine, stimule la croissance des cellules saines de la prostate, et probablement aussi celle des cellules cancéreuses. On ne connaît toutefois pas son rôle exact dans l'apparition du carcinome de la prostate.

Le cancer n'est pas contagieux

Le cancer n'est pas une maladie transmissible. Des cellules cancéreuses peuvent certes parvenir dans le sperme, mais elles ne peuvent pas s'implanter dans un autre organisme. Une personne qui a un cancer ne peut donc pas en contaminer une autre.

Le dépistage du cancer de la prostate

Certains examens permettent de déceler le cancer de la prostate à un stade précoce, auquel il peut généralement être traité avec succès. Le dépistage ne fait toutefois pas l'unanimité parmi les spécialistes et il n'existe pas de consensus quant au bien-fondé et à la forme de ce type d'examens.

La décision de se soumettre à un dépistage ou d'y renoncer relève d'un choix personnel et dépend de votre situation et de vos convictions. Ce qui est important, c'est que vous la preniez après avoir soigneusement pesé le pour et le contre. Cela implique que vous soyez au clair sur les avantages et les inconvénients des différents tests et investigations complémentaires qui pourraient en résulter, de même que sur les possibilités de traitement si un cancer de la prostate était découvert.

Il est donc judicieux de vous informer auprès de votre médecin dès 50 ans ou, en cas de risque familial, à partir de 40 ans déjà.

Vous trouverez de plus amples informations sur le dépistage du cancer de la prostate et des aides à la décision dans la brochure correspondante de la Ligue contre le cancer (voir p. 71).

Troubles et symptômes possibles

Un grand nombre de cancers de la prostate évoluent lentement, de sorte qu'il arrive fréquemment qu'ils se maintiennent à un stade peu avancé pendant plusieurs années sans provoquer aucun trouble ni symptôme.

Un cancer de la prostate peut provoquer les troubles et symptômes suivants :

- des difficultés lors de la miction, par exemple un affaiblissement du jet d'urine ou un écoulement goutte à goutte ;
- des mictions fréquentes ;
- des douleurs lors de la miction ;
- du sang dans l'urine ;
- des saignements ou des douleurs lors de l'éjaculation.

En présence de tels symptômes, consultez votre médecin pour en clarifier l'origine. Ces troubles ne sont pas nécessairement dus à un cancer ; ils peuvent être liés à une hyperplasie bénigne ou à une inflammation de la prostate (voir p. 11). Ils n'en doivent pas moins être traités.

À un stade avancé, le cancer de la prostate peut provoquer des douleurs, en particulier lorsqu'il s'est propagé au tissu environnant ou lorsqu'il a formé des métastases dans les os.

Examens et diagnostic

Lors de troubles ou de symptômes qui pourraient indiquer la présence d'un cancer de la prostate, différents examens sont réalisés par un médecin spécialiste, l'urologue.

Premiers examens

Anamnèse

L'anamnèse est un bilan détaillé réalisé par le médecin sur la base des renseignements que vous lui fournissez sur vos troubles actuels, vos symptômes, vos antécédents médicaux et votre mode de vie.

Toucher rectal

L'examen physique inclut une palpation de la prostate. La plupart des tumeurs apparaissent dans la zone périphérique, près du rectum. En introduisant un doigt dans l'anus, le médecin peut palper une partie de la prostate afin de déceler d'éventuelles modifications de volume ou des nodules qui pourraient indiquer un cancer.

Cet examen, appelé toucher rectal, ne permet cependant pas de détecter toutes les tumeurs de la prostate ; certaines sont trop petites pour être palpées ou ne sont pas situées près de la paroi du rectum.

Le toucher rectal est un examen bref, qui n'est pas douloureux, mais qui peut être inconfortable.

Mesure de l'antigène spécifique de la prostate (PSA)

L'antigène spécifique de la prostate, ou PSA (de l'anglais prostate-specific antigen) est une protéine sécrétée par les cellules saines de la prostate, mais aussi par les cellules cancéreuses. On peut le déceler dans le sang. Lors d'un cancer de la prostate, sa production peut augmenter, de sorte que la concentration mesurée dans le sang sera supérieure à la normale.

Un taux de PSA élevé n'est pas forcément synonyme de cancer. Il peut être lié à d'autres facteurs, comme une inflammation ou une hyperplasie bénigne de la prostate, ou encore une inflammation de la vessie. Il peut également augmenter lors d'un traitement médicamenteux contre l'hyperplasie bénigne de la prostate, de même que lorsque la glande subit une pression accrue (si vous faites du vélo, par ex.) ou après une éjaculation.

Plus le taux de PSA est élevé, plus la présence d'un cancer de la prostate doit être envisagée. Il faut toutefois savoir que l'on peut avoir un cancer de la prostate malgré une très faible concentration de PSA dans le sang.

Autres examens en vue de préciser le diagnostic

Le toucher rectal et le taux de PSA permettent uniquement de savoir s'il pourrait y avoir un cancer ou non. Pour poser le diagnostic définitif, des examens complémentaires sont nécessaires. Ceux-ci sont choisis en fonction de votre situation personnelle et des résultats des différentes investigations.

Échographie transrectale

Pour réaliser cet examen, une sonde à ultrasons est introduite dans le rectum afin de visualiser la prostate. Les images ainsi obtenues permettent de déterminer la taille de la prostate ou peuvent révéler de possibles inflammations. L'échographie transrectale n'est pas douloureuse, mais peut être inconfortable.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Cette technique est basée sur l'emploi de champs magnétiques et d'ondes radio. En cas de suspicion de cancer de la prostate, on réalise de préférence une IRM multiparamétrique, qui associe plusieurs séquences d'analyse. Différentes images sont réalisées afin de mettre en évidence certaines caractéristiques spécifiques de la prostate. Ce système permet de définir les zones suspectes où l'on pourra par la suite effectuer des prélèvements ciblés.

L'IRM n'entraîne aucune irradiation. Avant l'examen, une faible dose d'un produit de contraste est injectée dans une veine. L'examen est indolore et dure une demi-heure environ.

Biopsie prostatique (prélèvement de tissu)

Pour établir le diagnostic définitif, il est nécessaire de prélever un échantillon de tissu prostatique pour l'examiner en laboratoire.

La biopsie de la prostate est réalisée par voie transrectale ou transpérinéale sous contrôle échographique. Lorsqu'elle est réalisée par voie transpérinéale, l'aiguille est intro-

Bon à savoir

Le taux de PSA peut être normal malgré la présence d'un cancer de la prostate. À l'inverse, ce n'est pas parce qu'il est élevé qu'il y a nécessairement une tumeur maligne.

duite dans la prostate à travers la peau du périnée. Elle ne traverse donc pas la muqueuse intestinale, ce qui réduit le risque d'infection bactérienne par rapport à l'approche transrectale.

Quel que soit la voie d'accès choisie, deux à quatre échantillons de tissu sont prélevés de manière ciblée dans les zones suspectes. Suivant la taille de la prostate, les prélèvements sont plus nombreux.

La biopsie de la prostate est réalisée sous anesthésie locale ou sous brève anesthésie générale et dure une trentaine de minutes. Elle peut entraîner de légers saignements sans gravité dans l'urine, le sperme ou les selles ; plus rarement, elle peut provoquer une septicémie, ou sepsis, c'est-à-dire une infection générale liée à la présence de germes pathogènes dans le sang. Si vous avez de la fièvre et des frissons après une biopsie, consultez un urologue sans tarder.

Autres examens d'imagerie médicale

Si on suspecte que la tumeur s'est propagée au-delà de la prostate, des examens d'imagerie médicale complémentaires peuvent être réalisés afin de définir précisément l'emplacement et l'étendue de la tumeur, les ganglions lymphatiques atteints et les éventuelles métastases.

Scanner (tomodensitomètre), scintigraphie osseuse et IRM

Ces trois examens permettent d'examiner les ganglions lymphatiques et de déceler la présence de métastases.

Tomographie par émission de positrons (TEP) et scanner TEP/TDM

En cas de réapparition ou de progression de la tumeur, une tomographie par émission de positrons couplée à un scanner (TEP/TDM) peut être réalisée. Cet examen utilise un marqueur, l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA), qui rend les cellules cancéreuses fluorescentes sur l'image.

Évaluation des ganglions lymphatiques

Les cellules cancéreuses peuvent se détacher de la prostate et se propager aux ganglions lymphatiques voisins dans un premier temps. Étant donné que les techniques d'imagerie médicale ne permettent pas toujours de déceler une éventuelle atteinte ganglionnaire, les ganglions lymphatiques sont généralement retirés eux aussi lors de l'ablation de la prostate (prostatectomie, voir p. 26).

L'examen du tissu ganglionnaire au microscope donne des indications fiables sur l'étendue de la maladie.

Informez-vous et faites-vous conseiller

Demandez au médecin de vous expliquer les différents examens et de vous dire :

- pourquoi ils sont nécessaires ;
- quelles répercussions ils peuvent avoir ;
- le diagnostic auquel vous devez vous attendre ;
- les conséquences que vous subiriez si vous décidiez de renoncer à un examen.

Les résultats des examens sont analysés le plus vite possible. Il se peut cependant que vous deviez attendre quelques jours jusqu'à ce qu'ils vous soient communiqués. Cette attente peut être pesante. Si vous souhaitez en parler à quelqu'un, vous pouvez vous adresser aux conseillères de la Ligne InfoCancer ou à votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer (voir p. 74 et suiv.).

Les stades de la maladie

Les résultats des divers examens permettent au médecin d'évaluer l'étendue de la maladie, c'est-à-dire de déterminer le stade auquel elle se trouve. On parle aussi de stadification ou de *staging*. Ce processus est important pour définir le meilleur traitement possible.

La classification TNM

On utilise la classification TNM de l'Union internationale contre le cancer pour décrire l'étendue du cancer de la prostate et le degré d'envahissement des ganglions lymphatiques ou d'autres organes.

Les lettres T, N, M signifient :

T **t**umeur (primaire) ;
N ganglions lymphatiques régionaux (**n**odes, en anglais) ;
M **m**étastases.

Classification TNM (8e édition, 2017)

T	La lettre T, suivie d'un chiffre entre 0 et 4, exprime l'étendue de la tumeur (primaire). Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur s'est propagée et est volumineuse.
T1	Tumeur indécelable cliniquement, c'est-à-dire indétectable par palpation et imagerie : **T1a** Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique, occupant moins de 5 % du tissu réséqué (= enlevé). **T1b** Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique, occupant plus de 5 % du tissu réséqué. **T1c** Tumeur diagnostiquée lors d'une biopsie prostatique.
T2	Tumeur palpable, limitée à la prostate. **T2a** Tumeur atteignant la moitié d'un lobe ou moins. **T2b** Tumeur atteignant plus de la moitié d'un lobe, mais pas les deux. **T2c** Tumeur atteignant les deux lobes.
T3	Tumeur avec extension au-delà de la capsule prostatique. **T3a** Extension extra-capsulaire (unilatérale ou bilatérale) et/ou extension au col vésical **T3b** Extension à la ou aux vésicule(s) séminale(s).
T4	Tumeur fixée ou atteignant des structures adjacentes autres que les vésicules séminales, par exemple le sphincter externe (plancher pelvien) ou l'uretère.

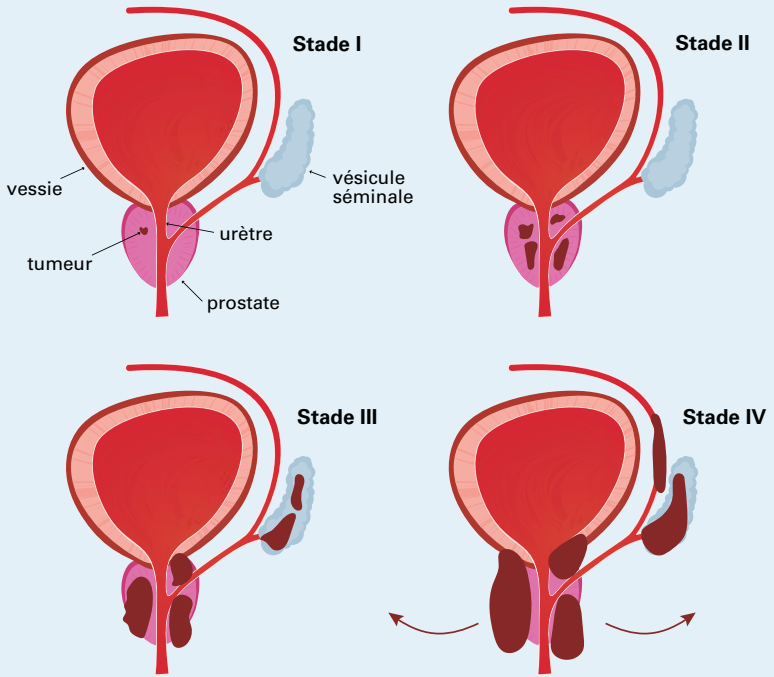
N	La lettre N (***node*** = nodule an anglais) indique si des ganglions lymphatiques sont atteints.
NX	Ganglions lymphatiques voisins* (régionaux) non évalués.
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques voisins*.
N1	Atteinte des ganglions lymphatiques voisins*.

*Les ganglions lymphatiques voisins (régionaux) sont les ganglions de la région pelvienne.

M	La lettre M indique la présence – ou l'absence – de métastases dans d'autres organes (métastases à distance).
M0	Pas de métastases à distance.
M1	Métastases à distance. **M1a** Atteinte de ganglions lymphatiques non régionaux. **M1b** Métastases osseuses. **M1c** Métastases dans d'autres organes.

Le stade de la maladie est défini sur la base de l'extension de la tumeur, de l'atteinte des ganglions lymphatiques et de la présence de métastases à distance. On distingue quatre stades, numérotés de I à IV. Plus le chiffre est élevé, plus la maladie est avancée.

Les stades du cancer de la prostate



Les grades (degrés de différenciation)

Pour vous proposer le traitement le mieux adapté à votre cas particulier, on utilise, en complément à la classification TNM, le système des grades. Celui-ci consiste à analyser les échantillons de tissus prélevés pour voir dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines. Il permet d'évaluer la vitesse à laquelle la tumeur va probablement évoluer, c'est-à-dire son agressivité.

Plus les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines, plus elles sont agressives et plus la tumeur croît rapidement. Les spécialistes parlent de degré de différenciation ou de grading (définition du grade de la tumeur).

Les spécialistes évaluent le degré de différenciation au moyen d'un système à cinq niveaux (groupes de grades) de la Société internationale de pathologie urologique.

Ces niveaux sont numérotés de 1 à 5, le chiffre 1 correspondant au grade le plus bas (tumeur peu agressive), le chiffre 5 au grade le plus haut (tumeur très agressive).

Comme la classification TNM, ce système fournit de précieuses indications pour établir un pronostic et choisir les méthodes de traitement qui seront utilisées.

Les options thérapeutiques

Le traitement est choisi en fonction du stade de la maladie (classification TNM, voir p. 19), des caractéristiques du tissu cancéreux (grades, voir p. 23) et de votre situation personnelle.

Dans la majorité des cas, plusieurs solutions peuvent être envisagées. Faites-vous expliquer en détail les différentes possibilités et demandez conseil. N'hésitez pas à consulter un autre spécialiste (deuxième avis médical) si vous avez des doutes (voir aussi p. 43).

Les principales options thérapeutiques lors d'un cancer de la prostate sont :

- la surveillance active ;
- l'observation attentive ;
- la chirurgie (ablation de la prostate, ou prostatectomie) ;
- la radiothérapie ;
- les traitements médicamenteux.

Ces traitements sont appliqués seuls ou combinés les uns avec les autres ; dans ce cas, ils peuvent être administrés en même temps ou les uns après les autres.

La surveillance active

Le cancer de la prostate n'entraîne pas nécessairement une diminution de l'espérance ou de la qualité de vie. Lorsque la tumeur est limitée à la prostate, qu'elle est peu agressive et que le taux de PSA est bas, il est possible d'opter pour la surveillance active.

Comme son nom l'indique, cette stratégie consiste à surveiller la progression de la tumeur en effectuant des contrôles réguliers. Un traitement actif – une radiothérapie, par exemple – sera engagé à partir du moment où il y a des signes d'évolution agressive de la tumeur ou si vous le souhaitez.

La surveillance active implique la réalisation de contrôles selon un schéma prédéfini. Il est important que vous vous y soumettiez, car c'est uniquement ainsi que cette approche pourra être mise en œuvre de façon sûre.

En règle générale, les contrôles ont lieu tous les trois mois environ pendant deux ans, puis tous les six mois. Ils incluent la mesure du taux de PSA, un toucher rectal, une biopsie et des examens d'imagerie médicale (IRM). Ces deux derniers examens ne sont pas réalisés à chaque

fois. Ces contrôles réguliers visent à déceler des modifications de la tumeur très rapidement pour mettre en œuvre les traitements nécessaires.

Pour les hommes concernés, la surveillance active implique :

- des contrôles médicaux réguliers ;
- pas de traitement dans un premier temps, et donc pas d'effets secondaires ;
- la capacité de vivre avec un cancer de la prostate sans se soumettre à une opération ou une radiothérapie ;
- la possibilité d'engager un traitement à tout moment.

L'observation attentive

L'observation attentive peut être une solution pour les hommes âgés ou qui présentent d'autres maladies concomitantes (comorbidités) ; elle accorde la priorité au maintien de la qualité de vie plutôt qu'au traitement.

Le médecin contrôle l'état de santé du patient. Les éventuels troubles liés au cancer sont généralement traités par hormonothérapie (voir p. 36) ou radiothérapie (voir p. 31). Le médecin n'effectue pas de dosage du PSA ou d'IRM en l'absence de problèmes, ce qui différencie l'observation attentive de la surveillance signifie.
Pour les hommes concernés, l'observation attentive signifie :

- pas de traitement – et donc pas d'effets secondaires – tant qu'il n'y pas de troubles ;
- pas de contrôles réguliers du PSA et d'IRM en l'absence de problèmes ;
- pas de traitement à visée curative ;
- le recours à un traitement palliatif pour atténuer les symptômes à partir du moment où la maladie progresse et provoque des troubles.

La chirurgie

L'ablation de la prostate, ou prostatectomie radicale, peut être envisagée lorsque la tumeur est limitée à la prostate (voir p. 45). À un âge avancé, lorsque l'espérance de vie est inférieure à dix à quinze ans, elle n'est généralement plus conseillée.

But visé

L'opération vise à enlever le tissu cancéreux dans sa totalité (résection R0, voir encadré ci-dessous), en préservant si possible la continence urinaire (voir p. 55) et la capacité érectile (voir p. 53). Lorsque la tumeur peut être retirée en entier, les perspectives de guérison sont bonnes.

Déroulement

L'opération consiste à retirer la prostate en entier, une partie de l'urètre, les extrémités des canaux déférents et les vésicules séminales.

Après l'ablation de la prostate, la continuité entre l'urètre et la vessie est rétablie au moyen d'une suture. Une sonde vésicale est posée pendant quelques jours pour évacuer l'urine. Elle sera retirée une fois la plaie cicatrisée.

Au cours de l'opération, le sphincter interne de l'urètre est également retiré, de sorte que le sphincter externe devra assumer seul la fermeture de la vessie. L'apprentissage de cette fonction peut prendre quelques semaines ou même mois, de sorte que, dans l'intervalle, des pertes involontaires d'urine peuvent se produire. Dans certains cas, l'incontinence urinaire sera permanente (voir « Effets sur la continence urinaire », p. 55). Un entraînement ciblé du plancher pelvien (voir p. 60 et suiv.) peut être utile pour renforcer les muscles qui aident à fermer l'urètre.

Suivant l'étendue de la tumeur, il sera nécessaire d'enlever les bandelettes nerveuses situées de part et d'autre de la prostate en tout ou en partie. Celles-ci sont importantes pour le maintien de la capacité érectile. Lorsque la tumeur est de petite

Résection

Le terme de résection désigne le fait de couper, retrancher par voie chirurgicale, l'objectif étant de retirer la tumeur dans sa totalité. La lettre R indique s'il subsiste une tumeur résiduelle après l'intervention.

- **Résection R0 :** pas de tumeur résiduelle.
- **Résection R1 :** fragments de tumeur résiduelle microscopiques (invisibles à l'œil nu).
- **Résection R2 :** fragments de tumeur résiduelle relativement grands, visibles à l'œil nu.

Même après une résection R0, il peut subsister des cellules cancéreuses sans qu'on détecte leur présence. Celles-ci peuvent se multiplier et entraîner une réapparition du cancer (récidive) et/ou la formation de métastases.

taille, il est possible de les préserver ; lorsqu'elle est plus volumineuse, des cellules cancéreuses pourraient subsister si on les laissait en place, ce qui augmenterait la probabilité d'une récidive et diminuerait les chances de guérison. Pour éviter cela, on retire les bandelettes nerveuses du côté atteint par la tumeur.

Demandez à votre urologue s'il sera possible de préserver les bandelettes nerveuses lors de l'opération. Vous pourrez définir avec lui si vous préférez qu'il essaie de conserver votre capacité érectile en courant le risque qu'il subsiste des cellules cancéreuses.

Lors de la prostatectomie, les ganglions lymphatiques voisins de la prostate (ganglions régionaux) sont également réséqués. S'ils contiennent des cellules cancéreuses, des traitements complémentaires seront éventuellement nécessaires.

L'opération se déroule sous anesthésie générale et dure deux à quatre heures. La durée du séjour à l'hôpital est ensuite de trois à dix jours.

Techniques opératoires

La technique opératoire est choisie en fonction du type de tumeur et de sa taille, de votre état général et de la présence éventuelle d'autres pathologies (comorbidités).

L'expérience du chirurgien ou de la chirurgienne joue un rôle important dans le succès de l'opération.

Discutez avec votre urologue pour connaître les bénéfices et les risques des différentes méthodes.

La prostatectomie laparoscopique assistée par robot

Cette technique dite mini-invasive est la plus courante. Plusieurs petites incisions sont pratiquées dans la paroi abdominale pour introduire les instruments et une caméra miniaturisée. L'urologue dirige les bras du robot qui tiennent les instruments en se guidant sur une image en trois dimensions fortement agrandie.

Bon à savoir

Vous trouverez de plus amples informations sur les interventions pratiquées lors d'un cancer – l'anesthésie ou la façon de gérer la peur de l'opération, par exemple – dans la brochure « La chirurgie du cancer » (voir p. 71).

La prostatectomie par voie ouverte

La chirurgie ouverte, qui consiste à accéder à la prostate en incisant le bas-ventre du nombril au pubis, n'est plus pratiquée que dans de rares cas.

Suites opératoires possibles

L'opération peut entraîner une perte de contrôle du sphincter de l'urètre et, par là même, des fuites urinaires, notamment à l'effort, c'est-à-dire lorsque le patient soulève des charges, se lève ou tousse. En général, le port de protections est nécessaire pendant quelque temps. Les hommes concernés sont orientés vers un physiothérapeute spécialisé afin de rééduquer leur sphincter (renforcement du plancher pelvien).

Lorsque les bandelettes nerveuses ont pu être préservées d'un côté ou des deux côtés de la prostate, la capacité érectile naturelle se rétablira en tout ou en partie après quelque temps. En revanche, si elles ont été sectionnées, une érection spontanée n'est généralement plus possible (voir p. 53).

La prostatectomie radicale affecte également la capacité naturelle de procréation, car les structures nécessaires à l'émission de sperme (prostate, vésicules séminales, canal éjaculateur) ont été retirées. Si vous envisagez d'avoir des enfants, informez-vous avant l'opération ; il existe des mesures qui permettent de conserver du sperme en vue d'une paternité ultérieure (voir p. 53).

Incontinence urinaire et troubles érectiles

Si vous souffrez d'incontinence urinaire et/ou de troubles érectiles, parlez-en à votre urologue. Il existe différents traitements pour y remédier. De nombreux hôpitaux proposent des consultations spécialisées.

N'hésitez pas à poser les questions qui vous tiennent à cœur avant l'opération :
• Existe-t-il une autre solution que l'ablation de la prostate pour traiter mon cancer ? Si oui, quels en sont les bénéfices et les risques ?
• Quelle technique sera utilisée pour opérer mon cancer ?
• Les ganglions lymphatiques seront-ils également retirés ? Cela aura-t-il des conséquences sur ma qualité de vie ?
• Quelles expériences l'urologue a-t-il faites avec cette technique opératoire jusqu'ici ?
• Est-il possible de participer à une étude clinique ?
• Quelles complications peuvent survenir lors de l'opération ?
• Combien de temps devrai-je porter une sonde urinaire après l'opération ?
• Les bandelettes nerveuses pourront-elles être conservées ? La capacité érectile pourra-t-elle être préservée ? Dans la négative, quels sont les traitements possibles ?
• Aurai-je des fuites urinaires après l'opération ? Pendant combien de temps ? Que puis-je faire pour y remédier ?
• Combien de temps faudra-t-il pour que je sois complètement rétabli ? À partir de quand pourrai-je de nouveau faire du sport ?
• Combien de temps durera mon incapacité de travail ?
• Quels traitements additionnels et contrôles sont prévus ?

La radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayonnements qui endommagent les cellules cancéreuses de telle sorte qu'elles finissent par mourir. Elle agit toutefois aussi sur les cellules saines de la zone irradiée, ce qui peut déclencher des troubles passagers.

Pour en savoir plus
Vous trouverez de plus amples informations sur l'emploi des rayons dans le traitement du cancer dans la brochure « La radiothérapie ».

Pour traiter un cancer de la prostate, on peut utiliser divers types de radiothérapie.

La radiothérapie externe

La radiothérapie externe consiste à diriger les rayons sur le tissu cancéreux de l'extérieur, à travers la peau. C'est pourquoi on l'appelle aussi radiothérapie percutanée. Elle a une visée curative et offre les mêmes chances de guérison que la chirurgie lors de cancers de la prostate localement limités et localement avancés. Elle peut également être administrée en tant que traitement complémentaire après une opération. Dans ce cas, elle est effectuée soit quelques semaines après l'intervention, soit à partir du moment où le taux de PSA se remet à augmenter.

Avant la première séance, un scanner est réalisé pour obtenir une image en trois dimensions de la prostate et des tissus environnants. Celle-ci sert de base pour définir la position optimale pour recevoir les rayons. De petits repères de couleur sont tatoués sur la peau. Grâce à ces marques, vous pourrez être placé exactement dans la même position à chaque séance, ce qui permet de diriger les rayons de manière précise sur la prostate en épargnant au maximum le tissu sain.

Dans le cas d'un cancer de la prostate, la radiothérapie s'étale sur quatre à neuf semaines, à raison de cinq séances hebdomadaires. L'irradiation proprement dite ne dure que quelques minutes ; elle est indolore.

Formes particulières de radiothérapie externe

La radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI) et la radiothérapie guidée par l'image (IGRT, de l'anglais image guided radiation therapy) sont des formes particulières de radiothérapie externe. Elles sont plus précises, mais aussi plus coûteuses. Ces deux techniques sont généralement utilisées conjointement.

La RCMI permet de traiter la tumeur avec plus de précision en décomposant les champs d'irradiation en nombreux segments qui seront irradiés sous différents angles. Grâce à ce système, le tissu environnant est épargné. La dose de rayons peut en outre être augmentée à l'intérieur de certaines zones à traiter.

Avec l'IGRT, des images de contrôle sont réalisées au moyen d'un scanner juste avant l'irradiation proprement dite afin de vérifier l'emplacement de la tumeur. Ce système permet de déceler d'éventuels mouvements de la tumeur et d'ajuster aussitôt le faisceau de rayons à la zone cible pour épargner les organes sains environnants (rectum, intestin grêle, vessie, organes génitaux, etc.).

Effets indésirables possibles

- La peau peut devenir rouge et sensible à l'endroit irradié. Il convient par conséquent de ne pas l'exposer au soleil pendant quelques semaines après la fin du traitement. Renseignez-vous auprès de l'équipe soignante sur les précautions à prendre, leur durée et les soins de votre peau pendant et après la thérapie.
- Pendant ou après la radiothérapie, des douleurs sont possibles au niveau de la vessie, de même qu'une inflammation de l'urètre ou un besoin d'uriner plus fréquent, accompagné de douleurs. Plus rarement, une incontinence urinaire peut se manifester ; elle est généralement temporaire.
- La radiothérapie peut provoquer une irritation du rectum, de même que des problèmes intestinaux et des douleurs en allant à selle, du sang dans les selles ou de la diarrhée.
- Les troubles de l'érection ne surviennent pas tout de suite après la radiothérapie, mais la capacité érectile peut diminuer graduellement au cours des années qui suivent. Il est possible de traiter ces troubles à l'aide de médicaments ou d'autres mesures. Une impuissance définitive est plus rare qu'avec une prostatectomie.
- La radiothérapie peut endommager les spermatozoïdes. Par conséquent, une contraception est indiquée pendant le traitement et dans les mois qui suivent. À long terme, la fertilité peut être altérée.

La radiothérapie est souvent associée à une hormonothérapie (voir p. 36), qui en accroît l'efficacité. Les cellules cancéreuses sont en effet plus sensibles aux rayons lorsque la production d'hormones est bloquée ou supprimée. Ce traitement combiné diminue la probabilité d'une récidive et augmente les chances de guérison.

La radiothérapie interne (curiethérapie)

La curiethérapie consiste à placer les sources de rayonnement – de petites particules radioactives – directement à l'intérieur du tissu cancéreux ou à proximité immédiate. La dose de rayons est donc délivrée dans la tumeur, qui est irradiée et détruite de l'intérieur, contrairement à ce qui se passe avec la radiothérapie externe.

Tous les cancers de la prostate ne peuvent pas être traités au moyen de cette forme de radiothérapie. L'agressivité de la tumeur, le risque de récidive, mais aussi la taille de la prostate et les troubles lors de la miction constituent des paramètres déterminants. Dans certains cas, la curiethérapie n'est pas utilisée seule, mais associée à une radiothérapie externe.

On fait la distinction entre la curiethérapie à bas débit de dose (LDR, low dose rate) et à haut débit de dose (HDR, high dose rate).

La curiethérapie à bas débit de dose

Un grand nombre de sources radioactives insérées dans des capsules sont introduites dans la prostate à travers le périnée au moyen d'aiguilles creuses; elles ont la taille d'un grain de riz. Pendant une durée approximative de douze mois, ces sources radioactives libèrent dans la tumeur des doses de rayons dont l'intensité diminue graduellement.

Ces rayons agissent principalement dans la prostate. Sur la peau, on ne mesure déjà pratiquement plus de radioactivité, et à deux mètres de distance, on n'en décèle plus du tout. Il est néanmoins conseillé de ne pas prendre de jeunes enfants sur les genoux pendant quelques semaines après l'implantation des sources radioactives et de se tenir à un à deux mètres des femmes enceintes.

Les sources de rayonnement devenus inactives restent dans la prostate sans qu'il soit nécessaire de les enlever.

L'implantation des sources radioactives nécessite une courte hospitalisation. L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou rachidienne (anesthésie de l'abdomen et des jambes) et dure une à deux heures. Un scanner est réalisé après quatre à six semaines pour contrôler la position des implants radioactifs.

Curiethérapie à haut débit de dose à chargement différé

Avec cette technique, de minuscules tubes en plastique sont piqués dans la tumeur, puis chargés en radioactivité (chargement différé, ou afterloading). Ils sont retirés après l'irra-

diation et ne restent donc que peu de temps dans la prostate.

Cette forme de curiethérapie permet d'administrer une dose de rayons plus élevée dans un bref laps de temps. Dans la plupart des cas, elle est associée à une radiothérapie externe.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou rachidienne. Elle dure environ une heure – l'irradiation proprement dite dix minutes – et requiert une courte hospitalisation.

Le traitement est généralement effectué à deux reprises à une semaine d'intervalle, puis complété par la radiothérapie externe.

Effets indésirables possibles

- Une inflammation de la muqueuse de la vessie et de l'urètre pouvant entraîner des mictions douloureuses et, dans de très rares cas, de la rétention urinaire (impossibilité d'uriner malgré une vessie pleine); celle-ci doit être traitée immédiatement.
- Des inflammations de la muqueuse rectale, ce qui peut provoquer des douleurs en allant à selle et de la diarrhée.
- Des pertes involontaires d'urine (incontinence urinaire).
- Une diminution de la capacité érectile plusieurs mois ou années après la fin du traitement; ces troubles peuvent être traités par des médicaments ou d'autres mesures.
- Une altération de la capacité de procréer.

La radiothérapie des métastases osseuses et le traitement par radionucléides

Les métastases osseuses douloureuses peuvent être traitées en quelques séances par une radiothérapie externe; l'objectif est de diminuer la douleur et d'éviter les fractures.

En présence de nombreuses métastases osseuses, il est possible d'entreprendre un traitement par radionucléides, de petites particules radioactives administrées par perfusion dans une veine. Ces particules

s'accumulent dans les os touchés par les métastases et y délivrent leur rayonnement. Ce traitement permet de ralentir la progression de la maladie et d'atténuer les douleurs. Les effets indésirables possibles sont de la diarrhée, des nausées ou des vomissements.

Le traitement par PSMA marqué au lutétium

La thérapie par PSMA marqué au lutétium-177 constitue une autre option lors de cancers de la prostate métastatiques résistant à la castration (voir p. 36). Une substance radioactive (le lutétium-177) est couplée à une molécule qui, en se liant à l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA) présent en grande quantité à la surface des cellules cancéreuses de la prostate, achemine la radioactivité de manière ciblée dans celles-ci. Cette technique permet d'irradier la tumeur de façon sélective en ménageant le tissu environnant.

Le traitement nécessite une courte hospitalisation. Il est administré par perfusion dans une veine. Les effets indésirables possibles sont une sécheresse buccale et une altération du goût.

En avril 2020, ce traitement ne faisait pas partie des options thérapeutiques standard en Suisse; il peut être administré dans des cas particuliers.

Hormonothérapie et chimiothérapie

L'hormonothérapie (traitement antihormonal)

Les hormones masculines, en particulier la testostérone, stimulent la croissance des cellules de la prostate et de la tumeur. L'hormonothérapie vise à empêcher la production de testostérone dans les testicules ou à en bloquer les effets pour stopper la progression du cancer en utilisant soit des médicaments, soit la chirurgie.

L'hormonothérapie médicamenteuse

Les médicaments antihormonaux agissent de deux façons différentes : soit ils inhibent la production de testostérone, soit ils en bloquent l'activité au niveau de la prostate et des cellules cancéreuses qu'elle contient.

Ces dernières années, des traitements antihormonaux très efficaces ont été développés et autorisés. Votre médecin vous donnera les explications nécessaires et définira avec vous les médicaments antihormonaux les mieux adaptés à votre cas particulier.

L'hormonothérapie chirurgicale

L'ablation chirurgicale des testicules (orchidectomie sous-capsulaire) est une autre méthode pour bloquer la production de testostérone. Elle consiste à retirer le tissu testiculaire qui sécrète cette hormone. Les épididymes et l'enveloppe qui entoure le testicule sont laissés en place, de sorte que l'aspect extérieur reste pratiquement inchangé.

Procédé

L'hormonothérapie inhibe la croissance de la tumeur de la prostate ainsi que des éventuelles métastases pendant plusieurs mois ou années. À l'heure actuelle, elle est essentiellement médicamenteuse.

Cancer de la prostate résistant à la castration

La tumeur peut recommencer à croître malgré ce traitement, car les cellules de la prostate acquièrent la capacité de se diviser en dépit du manque de testostérone. La concentration de testostérone mesurée dans le sang reste faible, mais le taux de PSA augmente ; on parle alors de cancer de la prostate résistant à la castration. Dans pareil cas, le traitement médicamenteux est modifié ; on passe à des médicaments antihormonaux plus forts ou à une chimiothérapie.

L'efficacité de l'hormonothérapie est vérifiée en contrôlant régulièrement le taux de PSA.

Lorsqu'un traitement curatif n'est plus possible, l'hormonothérapie est utilisée à des fins palliatives (voir p. 43). Elle diminue souvent les douleurs et améliore les troubles de la miction.

Effets indésirables possibles

En cas d'hormonothérapie de courte durée (jusqu'à six mois environ) :

- bouffées de chaleur, fatigue, manque d'énergie, problèmes de concentration et états dépressifs ;
- baisse ou disparition de la libido (désir sexuel), de la capacité d'érection et de conception.

En cas d'hormonothérapie de longue durée :

- diminution de la masse musculaire, prise de poids ;
- diminution de la densité osseuse (ostéoporose), associée à un risque de fracture accru ;
- troubles du métabolisme entraînant des problèmes tels que hypertension ou diabète ;
- risque accru de maladies cardiovasculaires ;
- gonflement des glandes mammaires, qui peuvent, dans de rares cas, devenir hypersensibles ou douloureuses (gynécomastie).

La plupart de ces effets indésirables peuvent être traités. Demandez conseil à votre urologue et consultez également la page 52.

Mesures en cas de diminution de la densité osseuse

Le manque de testostérone peut provoquer une diminution de la densité osseuse (ostéoporose), ce qui augmente le risque de factures.

Mesures préventives:

- pratiquer une activité physique régulière;
- prendre régulièrement du calcium et de la vitamine D3;
- arrêter de fumer;
- modérer sa consommation d'alcool;
- maintenir un poids normal (pas de surpoids, mais pas non plus de poids insuffisant);
- prendre des médicaments réduisant la perte osseuse (bisphosphonates ou inhibiteurs de RANKL).

Les bisphosphonates et les inhibiteurs de RANKL sont également utilisés lors de métastases osseuses pour diminuer les douleurs ou le risque de fractures. Ils sont souvent administrés en plus des analgésiques et devraient être associés à la prise de calcium et de vitamine D.

Effets indésirables possibles: plaies ouvertes dans la bouche, troubles gastro-intestinaux, symptômes grippaux, anémie, douleurs musculaires et articulaires.

Il est recommandé d'effectuer un bilan dentaire avant le début du traitement aux bisphosphonates et aux inhibiteurs de RANKL (voir encadré p. 40).

La chimiothérapie

La chimiothérapie repose sur l'emploi de médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en bloquent la croissance : les *cytostatiques.* À l'inverse de la radiothérapie, qui agit localement, ces médicaments sont distribués dans une grande partie de l'organisme par le biais de la circulation sanguine ; on parle d'effet systémique.

Les cytostatiques empêchent la division et la prolifération des cellules cancéreuses. Ils endommagent toutefois aussi les cellules saines à croissance rapide, par exemple les cellules responsables de la formation du sang, les follicules pileux ou les cellules des muqueuses (bouche, estomac, intestin). Les dommages infligés aux cellules saines sont la principale cause des effets secondaires possibles de la chimiothérapie. Alors que les cellules cancéreuses sont détruites par le traitement, les organes ont la capacité de se régénérer, de sorte que les effets indésirables s'estompent au terme de la chimiothérapie.

Le moment exact où les cytostatiques sont utilisés lors d'un cancer de la prostate dépend de la progression de la maladie et est discuté au sein de l'équipe médicale. La chimiothérapie peut, d'une part, prolonger la vie et, de l'autre, atténuer des symptômes comme les douleurs. Il convient de peser soigneusement les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles du traitement.

Effets indésirables possibles

La nature des effets secondaires – modifications de la formule sanguine associées à un risque accru d'infection, troubles gastro-intestinaux, chute des cheveux – dépend du type de médicament, du dosage et de la sensibilité individuelle. Votre médecin traitant vous fournira les informations nécessaires et pourra vous conseiller.

Mesures en cas de diminution de la densité osseuse

Le manque de testostérone peut provoquer une diminution de la densité osseuse (ostéoporose), ce qui augmente le risque de factures.

Autres options thérapeutiques

D'autres possibilités de traitements peuvent vous être proposées dans le cadre d'études cliniques ; elles ne font pas partie des traitements standard du cancer de la prostate.

Les thérapies ciblées

Ces thérapies reposent sur l'emploi de substances actives capables de ralentir la croissance ou le métabolisme de la tumeur. Elles sont utilisées lors de cancers de la prostate avancés, en présence de modifications génétiques spécifiques dans le tissu cancéreux.

Ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU)

Parfois appelé thérapie focale, ce traitement consiste à détruire les cellules cancéreuses au moyen d'ultrasons de haute énergie. Les professionnels le recommandent uniquement dans le cadre d'études cliniques.

Prise en charge des frais dentaires

Les médicaments utilisés pour traiter le cancer peuvent endommager les dents. Les frais de dentiste consécutifs à ces dommages ne sont toutefois pris en charge par les caisses-maladie que s'il est possible de démontrer que les lésions ne sont pas antérieures au traitement oncologique, mais bien dues à ce dernier.

Avant d'entamer votre traitement contre le cancer, il est par conséquent recommandé d'effectuer un contrôle chez un dentiste, qui établira un bilan documentant l'état de votre dentition. Cet examen lui permettra également de déceler et soigner d'éventuels foyers inflammatoires ou infectieux avant la thérapie.

Médicaments et traitement de soutien

Votre médecin peut vous prescrire différents médicaments ou traitements pour soulager ou prévenir les symptômes liés à la maladie ou les effets secondaires des thérapies tels que nausées, vomissements, diarrhée, constipation, fièvre, infections, douleurs et mauvaises valeurs sanguines :

- des antiémétiques contre les nausées et les vomissements ;
- des antidiarrhéiques contre la diarrhée, des laxatifs contre la constipation ;
- des antipyrétiques contre la fièvre (en partie identiques aux analgésiques) ;
- des antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- des antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- des analgésiques contre les douleurs ;
- des bains de bouche ou des soins en cas d'inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge ;
- des transfusions sanguines ou des médicaments en cas d'anémie, des transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie ;
- des médicaments ou des mesures d'hygiène pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- des bisphosphonates et des inhibiteurs de RANKL contre l'ostéoporose (diminution de la masse osseuse) ;
- des préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et les nausées ;
- une activité physique régulière pour éviter la prise de poids et la fonte de la masse musculaire ;
- des exercices de renforcement du plancher pelvien sous la direction d'un physiothérapeute pour éviter les pertes involontaires d'urine (incontinence urinaire) ;
- des informations, conseils, moyens auxiliaires et médicaments contre les troubles érectiles et/ou la baisse de la libido.

Il est important de prendre les médicaments qui vous sont prescrits en vous conformant strictement aux indications du médecin pour qu'ils soient efficaces. Consultez également la section « Faire face aux effets indésirables » (p. 52 et suiv.).

Quel traitement à quel stade ?

Le traitement du cancer de la prostate est choisi essentiellement en fonction de l'étendue de la maladie (classification TNM, p. 19) et de la vitesse de croissance de la tumeur (groupe de grades, p. 23). Les paramètres suivants jouent un rôle déterminant :

- La tumeur est-elle limitée à la prostate ?
- Des ganglions lymphatiques sont-ils atteints ?
- La tumeur a-t-elle formé des métastases ?
- Provoque-t-elle des troubles ?

Pour planifier le traitement, le médecin tient également compte de votre état de santé général, de votre âge et de vos attentes en matière de qualité de vie.

La planification du traitement

Il peut s'écouler plusieurs jours, voire plusieurs semaines, jusqu'à ce que vous ayez tous les résultats de vos examens, ce qui peut mettre votre patience à rude épreuve. Mais plus le bilan sera complet, plus votre traitement pourra être planifié sur mesure.

Les différentes étapes du traitement sont programmées et suivies par une équipe interdisciplinaire. En d'autres termes, des spécialistes de plusieurs domaines évaluent la situation ensemble dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (tumorboard) afin de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre cas particulier.

Dans le cas d'un cancer de la prostate, le *tumorboard* réunit généralement les spécialistes ci-après :

- l'urologue, spécialiste des maladies de l'appareil urinaire et des organes sexuels masculins ainsi que du suivi ;
- l'oncologue, expert des traitements médicamenteux des tumeurs et des soins de soutien, qui coordonne le traitement et assure également le suivi ;
- l'anatomopathologiste, qui examine les tissus ;
- le psycho-oncologue, spécialiste du soutien pour surmonter les changements liés à la maladie ;
- le spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, expert de l'imagerie médicale à des fins de diagnostic et de traitement ;
- le radio-oncologue, spécialiste de la radiothérapie.

Des spécialistes des soins infirmiers et de la physiothérapie, du traitement de la douleur et de la médecine palliative sont également associés aux discussions.

Traitement curatif ou traitement palliatif ?

Suivant le type de tumeur et le stade de la maladie, le traitement ne vise pas le même objectif ; il peut être curatif ou palliatif.

Traitement curatif

Le traitement curatif vise à obtenir la guérison. En règle générale, il est envisagé lorsque le cancer de la prostate peut être traité au moyen d'une opération (prostatectomie) ou d'une radiothérapie et qu'il n'a pas formé de métastases.

Traitement palliatif

Lorsque la probabilité d'une guérison est faible, le traitement engagé est dit palliatif ; la qualité de vie est alors la principale préoccupation.

Plusieurs possibilités à choix

Dans la plupart des cas, il existe plusieurs possibilités pour traiter un cancer de la prostate. Il est donc essentiel que vous soyez au clair sur les avantages et les inconvénients des différents traitements.

Ne vous précipitez pas. Prenez le temps de discuter des thérapies et de poser les questions qui vous tiennent à cœur. Le mieux est de les mettre par écrit au calme chez vous pour ne rien oublier le jour du rendez-vous. Vous pouvez vous faire accompagner par une personne de confiance. Vous pouvez également consulter votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical ; c'est votre droit le plus strict et votre démarche ne sera pas considérée comme une marque de défiance

Peut-être ressentez-vous le besoin de parler des difficultés d'ordre psychologique ou social liées à la maladie avec quelqu'un ? N'hésitez pas à consulter un ou une psycho-oncologue, avec qui vous pourrez aborder les questions – l'angoisse, par exemple – qui sortent du cadre purement médical.

La décision vous appartient

Nous vous conseillons de discuter des traitements proposés avec les différents spécialistes. Vous pouvez poser des questions à tout moment, revenir sur une décision ou demander un temps de réflexion. Il est important que vous compreniez bien les modalités exactes ainsi que les conséquences et les effets secondaires possibles d'un traitement avant de donner votre accord.

Vous avez également le droit de refuser un traitement. Demandez au médecin de vous expliquer comment votre cancer évoluera si vous prenez cette décision.

Posez les questions qui vous tiennent à cœur !

- Que puis-je attendre du traitement proposé ? Prolonge-t-il la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ? Existe-t-il d'autres possibilités ?
- À quels risques ou effets secondaires dois-je me préparer ? Seront-ils passagers ou définitifs ? Que puis-je faire pour y remédier ?
- Ma situation a-t-elle été discutée lors d'un tumorboard ? Quelle option a été privilégiée ?
- Quelles fonctions de l'organisme le traitement va-t-il affecter ?
- Est-il possible que j'aie des fuites urinaires (incontinence) après le traitement ?
- Quel impact le traitement aura-t-il sur ma fertilité et ma sexualité ?
- Quelles répercussions la maladie et le traitement auront-ils sur ma vie privée et professionnelle ?
- Si je renonce à certains traitements ou à tous, quelles en seront les conséquences sur mon espérance et ma qualité de vie ?
- Quels traitements complémentaires seront éventuellement nécessaires ?
- La caisse-maladie prend-elle en charge les coûts du traitement ? Rembourse-t-elle également les coûts du traitement des troubles érectiles ?

Le traitement du cancer de la prostate localement limité

On parle de cancer de la prostate localement limité lorsque la tumeur est circonscrite à la prostate (stades TNM jusqu'à T2c, p. 19), que les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints et qu'il n'y a pas de métastases. Pour ces tumeurs-là, les chances de guérison sont bonnes. Celles qui ne causent aucun trouble et croissent lentement peuvent faire l'objet d'une surveillance active ou d'une observation attentive.

La chirurgie (prostatectomie) ou la radiothérapie sont également possibles et offrent des chances de guérison équivalentes. L'hormonothérapie constitue une autre option ; elle est souvent associée à une radiothérapie.

Le traitement du cancer de la prostate localement avancé

On parle de cancer de la prostate localement avancé lorsque la tumeur a percé l'enveloppe de la glande (capsule) ou que des ganglions lymphatiques sont atteints dans la région pelvienne (stades TNM T3 à T4 ou N1, p. 19).

À ces stades-là, il existe plusieurs options. La chirurgie à visée curative constitue une possibilité. Lorsqu'elle n'a pas permis d'enlever le tissu cancéreux dans sa totalité (résection R1 ou R2, p. 27), l'opération peut être complétée par une radiothérapie pour éliminer les cellules cancéreuses résiduelles, puis par une hormonothérapie pendant deux à trois ans.

Une radiothérapie à visée curative représente une autre possibilité. En règle générale, elle est complétée par une hormonothérapie.

Lorsque la tumeur s'est déjà propagée à d'autres organes au-delà du bassin, on renonce généralement à opérer. On procède alors à une hormonothérapie, souvent associée à une radiothérapie et/ou à une chimiothérapie.

Lorsque le cancer de la prostate ne cause aucun trouble, que le patient est âgé ou souffre de pathologies concomitantes, l'observation attentive constitue une autre possibilité.

Le traitement du cancer de la prostate métastatique

On parle de cancer de la prostate métastatique lorsque des ganglions lymphatiques sont atteints au-delà du bassin et/ou que des métastases se sont formées dans d'autres organes (stade TNM M1, p. 21).

En règle générale, une guérison ne peut plus être obtenue à ce stade. Dans bien des cas, il est cependant possible de contrôler la maladie pendant une période prolongée et d'en stopper la progression.

Les métastases peuvent provoquer des douleurs ou des fractures spontanées; elles peuvent également comprimer des nerfs au niveau de la colonne vertébrale. Des mesures palliatives permettent d'atténuer ces douleurs et de préserver au mieux la qualité de vie.

Une hormonothérapie peut empêcher la maladie de progresser. La radiothérapie, quant à elle, permet d'atténuer les douleurs. L'administration de bisphosphonates et d'inhibiteurs de RANKL contribue pour sa part à prévenir les douleurs osseuses ou les fractures.

Un traitement par radionucléides peut être administré lors de métastases osseuses. Dans certains cas, les douleurs peuvent être soulagées par une chimiothérapie. Enfin, en présence de certaines modifications génétiques dans le tissu tumoral, une thérapie ciblée peut être envisagée.

Le traitement du cancer de la prostate résistant à la castration

Les cellules cancéreuses de la prostate peuvent recommencer à se diviser malgré l'hormonothérapie (voir « cancer de la prostate résistant à la castration », p. 36). Dans ce cas, une chimiothérapie ou un traitement anti-hormonal plus fort peuvent ralentir la progression de la maladie et atténuer les troubles. Une radiothérapie par PSMA marqué au lutétium peut également être envisagée.

Les différentes options thérapeutiques lors d'un cancer de la prostate

Cancer localement limité	Cancer localement avancé	Cancer métastatique
Surveillance active	Observation attentive	Radiothérapie
Observation attentive	Opération (prostatectomie)	Hormonothérapie
Opération (prostatectomie)	Radiothérapie	Chimiothérapie
Radiothérapie	Hormonothérapie	Thérapie ciblée (dans le cadre d'une étude clinique)
Hormonothérapie	Chimiothérapie	

La thérapie dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'efficacité des soins. Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des patients.

Il est tout à fait possible qu'on vous propose une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages ou inconvénients pour vous. Certains patients acceptent de participer à une étude clinique parce qu'ils pensent que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres patients.

Sur le site www.kofam.ch, vous trouverez de nombreuses informations sur les études en cours (se rapportant à votre tableau clinique). La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou refuser, et si vous acceptez, vous pouvez vous retirer à tout instant.

Le refus de participer à une étude clinique n'influe aucunement sur votre traitement. Dans tous les cas, vous serez soigné selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Aide à la décision

Pour traiter un cancer de la prostate, on a généralement le choix entre plusieurs possibilités. Savoir pour laquelle opter peut se révéler difficile.

Pour prendre votre décision, il est essentiel que vous soyez informé en détail sur la maladie et les différentes options thérapeutiques et que vous soyez au clair sur leurs bénéfices et leurs effets indésirables.

Le tableau ci-après résume les différentes possibilités et leurs implications pour vous.

Surveillance active	
Pour	**Contre**
☐ Je ne ressens aucun trouble et souhaite renoncer à un traitement le plus longtemps possible.	☐ J'aimerais qu'on enlève la tumeur qui se trouve dans mon corps.
☐ Je vis bien avec l'idée que mon cancer n'est pas traité.	☐ Je n'aimerais pas effectuer des contrôles fréquents. L'attente des résultats d'examens me stresse.
☐ Je n'aimerais pas subir les inconvénients d'un traitement et de ses possibles effets secondaires.	☐ Je n'aimerais pas que la maladie progresse éventuellement sans qu'on s'en aperçoive et qu'elle soit ensuite plus difficile à traiter.
☐ Je peux commencer un traitement à tout moment.	

Chirurgie (prostatectomie)	
Pour	**Contre**
☐ Je n'ai pas d'autres maladies qui s'opposent à une opération.	☐ Je ne suis pas prêt à affronter les effets secondaires possibles tels que troubles de l'érection, stérilité et incontinence urinaire.
☐ J'aimerais que la tumeur soit enlevée et que l'on détermine l'étendue exacte du cancer.	☐ Je peux vivre avec le fait qu'on ne procède pas à l'ablation de la tumeur.
☐ J'aimerais que le taux de PSA tombe à zéro ; s'il est bas, je suis sûr qu'une récidive est peu probable.	☐ Je n'aimerais pas m'exposer aux risques liés à une opération (infections, hémorragies).

Radiothérapie	
Pour	**Contre**
☐ J'ai d'autres maladies qui s'opposent à un traitement chirurgical.	☐ J'aimerais que l'on définisse l'étendue exacte de mon cancer.
☐ Je suis prêt à me rendre à des séances de rayons pendant quatre à neuf semaines.	☐ Je ne suis pas prêt à accepter les effets secondaires possibles tels que douleurs vésicales, inflammation de l'urètre, troubles de l'érection ultérieurs et incontinence urinaire.
☐ Je peux vivre avec le fait qu'il faudra attendre un certain temps jusqu'à ce qu'une baisse du taux de PSA confirme l'efficacité du traitement.	☐ J'aimerais que mon taux de PSA retombe tout de suite à zéro après le traitement.

L'équipe médicale vous expliquera les différentes options thérapeutiques. Vous pourrez définir avec elle le traitement le plus indiqué dans votre cas. Vous pouvez aussi laisser l'entière décision à votre médecin traitant. Si vous avez des doutes, vous pouvez demander un deuxième avis médical.

Parfois, il vaut la peine d'écouter son instinct et d'avoir confiance dans le fait que l'on prendra la bonne décision. Vous pouvez également discuter avec d'autres personnes touchées pour voir ce qu'elles vous conseilleraient. Vous trouverez de plus amples informations sur les forums et les groupes d'entraide à partir de la page 69.

Faire face aux effets indésirables

La nature et l'intensité des effets indésirables varient sensiblement d'un individu à l'autre. Certains se manifestent en cours de traitement, puis s'atténuent ; d'autres n'apparaissent que plus tard, au terme de la thérapie.

Des informations indispensables

Votre médecin traitant vous fournira des explications précises sur les effets indésirables possibles. En général, il vous remettra également une feuille d'information sur les médicaments à prendre, les effets secondaires éventuels et la façon d'y remédier. N'hésitez pas à poser des questions si quelque chose ne vous paraît pas clair.

Des médicaments ou des soins permettent de traiter une partie des effets indésirables (voir « Médicaments et traitements de soutien », p. 41). Ceux-ci diminuent d'ailleurs au fil des jours, des semaines ou des mois.

Il est important que vous signaliez à l'équipe soignante les troubles que vous ressentez pour que les mesures nécessaires puissent être mises en place. À un stade avancé de la maladie, il est judicieux de mettre soigneusement en balance le bénéfice escompté du traitement et les effets indésirables possibles.

Important

De nombreux troubles – les douleurs ou les nausées, par exemple – sont prévisibles. Pour les soulager, on vous prescrira parfois certains médicaments à l'avance. Il est important que vous les preniez en vous conformant aux indications du médecin.

N'utilisez aucun produit de votre propre initiative sans en parler au préalable à l'équipe soignante. Cela vaut aussi pour les crèmes ou remèdes utilisés en médecine complémentaire. Aussi « naturels » ou inoffensifs que ceux-ci puissent vous paraître, ils peuvent interférer avec votre traitement et en renforcer ou affaiblir l'effet. Si vous souhaitez y recourir, demandez conseil à l'équipe qui vous suit.

Les effets sur la sexualité et la fertilité

Le traitement du cancer de la prostate peut affecter temporairement ou durablement la sexualité et la fertilité. Avant le début du traitement, renseignez-vous auprès de votre médecin sur l'impact que celui-ci pourrait avoir.

Capacité érectile

Les thérapies utilisées pour combattre le cancer de la prostate peuvent diminuer la capacité d'avoir ou de maintenir une érection. Les spécialistes parlent de dysfonction ou de dysfonctionnement érectile, ou encore d'impuissance.

La chirurgie (prostatectomie radicale) peut endommager les bandelettes nerveuses qui permettent l'érection. Suivant la taille de la tumeur, celles-ci doivent parfois même être retirées, de sorte que vous ne pourrez plus avoir d'érection spontanée temporairement ou définitivement. Si ces nerfs fonctionnent encore en partie, il est possible de remédier à ces troubles en prenant des médicaments.

Avec la radiothérapie et les traitements médicamenteux, les dysfonctionnements érectiles ne surviennent pas dans l'immédiat, mais plusieurs mois ou années après la fin de la thérapie. Il existe des médicaments pour y remédier, de même que des aides mécaniques, comme des anneaux péniens ou des pompes à vide. Renseignez-vous auprès de votre oncologue sur les mesures les plus adaptées dans votre cas particulier.

Capacité de procréer

Lors d'une prostatectomie radicale, les vésicules séminales sont également retirées. Or, ce sont elles qui, avec la prostate, produisent des sécrétions nécessaires à la formation du sperme. Dès lors que ces substances ne sont plus produites, il n'y a plus d'émission de sperme et une procréation par la voie naturelle n'est plus possible.

Si vous souhaitez encore avoir des enfants, il existe différentes mesures de préservation de la fertilité, par exemple la congélation de sperme avant le début du traitement en vue d'une paternité ultérieure.

Bon à savoir

- En principe, la capacité d'avoir des orgasmes demeure intacte, même sans émission de sperme (on parle alors d'orgasme « sec » ou d'aspermie).
- Le patient perd sa capacité de conception car la production du sperme contenant les spermatozoïdes cesse.
- La faculté d'atteindre une érection diminue de façon variable d'un individu à l'autre, ou disparaît complètement. Les spécialistes parlent de dysfonction érectile.
- Votre urologue est en mesure de vous conseiller sur les possibilités de provoquer une érection artificielle. Faites-vous expliquer les avantages et les inconvénients de chaque option.
- Peut-être souhaiteriez-vous également l'avis d'un sexologue ? Une érection et un rapport sexuel ne sont en effet pas des conditions sine qua non pour éprouver du plaisir et de la satisfaction sexuelle. Il est possible d'avoir une vie sexuelle autrement.
- Les changements qui surviennent dans votre vie amoureuse touchent aussi votre partenaire. Pour cette raison, dans la mesure du possible, sa présence à vos côtés est importante lors des entretiens : vous pourrez ainsi clarifier ensemble les besoins, les incertitudes et les craintes qui peuvent survenir chez l'un comme chez l'autre.

La brochure « Cancer et sexualité au masculin » vous fournit de nombreux conseils utiles.

Osez poser des questions

- Avant de commencer le traitement, confiez vos craintes et vos attentes concernant l'amour et la sexualité. Si le médecin n'aborde pas la question spontanément, prenez l'initiative d'en parler.
- Gardez à l'esprit que les spécialistes impliqués dans le traitement du cancer de la prostate ont l'habitude de ce type de discussions et donc une vaste expérience sur le sujet.
- Décrivez ce que vous souhaitez avec vos propres termes : le médecin saura comprendre, s'adapter, et l'entretien sera ainsi plus fructueux.

Les effets sur la continence urinaire

La continence urinaire désigne la capacité à retenir l'urine et à exercer un contrôle conscient de la miction. L'incontinence urinaire se manifeste lorsque ce contrôle devient insuffisant et que des pertes d'urine involontaires se produisent.

Un triple mécanisme assure la continence urinaire : la pression exercée par la prostate sur l'urètre d'une part, et les deux sphincters, interne et externe, d'autre part. Le premier exerce un contrôle indépendant de la volonté (contrôle automatique ou réflexe), alors que le second relève d'un contrôle volontaire.

L'ablation de la prostate (voir « La chirurgie », pp. 26 et suiv.) consiste à enlever, en plus de la prostate, le sphincter interne.

Le sphincter externe, qui peut être préservé lors de l'opération, suffit en règle générale, pour assurer le contrôle vésical. Il peut s'écouler quelques jours ou quelques semaines jusqu'à ce que le muscle « réapprenne » à assurer seul la fonction de fermeture de la vessie.

Pendant cette période, des pertes d'urine involontaires peuvent se produire, principalement à l'effort (par ex. en soulevant quelque chose ou en toussant). Demandez conseil pour savoir comment malgré tout vivre votre quotidien le plus normalement possible (préservatifs urinaires, protections).

Un entraînement ciblé du plancher pelvien (voir p. 60) peut aider à entraîner le sphincter externe consciemment et à retrouver une continence urinaire aussi vite que possible. Demandez aux médecins traitants si vous pourriez tirer un bénéfice d'exercices ciblés réalisés sous la direction d'un physiothérapeute.

Chez certaines personnes touchées, il arrive que le sphincter externe subisse des lésions au cours de l'opération, de telle sorte qu'un entraînement intensif ne lui permettra pas d'assumer la fonction de fermeture de la vessie. Il en résulte une incontinence urinaire permanente. Demandez à votre urologue quelles sont les options thérapeutiques ou moyens auxiliaires dans ce cas.

Les traitements additionnels

Le traitement de la douleur

Un cancer de la prostate peut provoquer des douleurs, surtout à un stade avancé, lorsqu'il y a des métastases. Ces douleurs ne font que vous affaiblir et vous saper le moral. Il est par conséquent essentiel de ne pas les accepter sans rien dire, mais d'en parler à l'équipe médicale. La douleur liée au cancer peut pratiquement toujours être soulagée, voire supprimée complètement, et il importe d'utiliser toutes les possibilités à disposition. Les médicaments et autres méthodes seront adaptés en fonction du type de cancer dont vous souffrez, de l'intensité de vos douleurs et de leurs causes exactes ; vos préférences seront également prises en compte.

Différentes mesures peuvent être utiles pour combattre la douleur :

- divers médicaments ;
- l'activité physique et sportive ;
- la physiothérapie, des traitements physiques, comme l'application de chaud ou de froid, l'ergothérapie ;
- des exercices de relaxation (méditation, training autogène, etc.) ;
- des conseils psycho-oncologiques, une psychothérapie ;
- un traitement chirurgical ;
- une radiothérapie.

Lors de douleurs modérées, un analgésique léger (paracétamol, acide acétylsalicylique, diclofénac) suffit généralement. Si celui-ci ne vous apporte pas le soulagement escompté, il est possible de recourir à des médicaments plus puissants, les opioïdes.

D'autres mesures, comme des exercices de relaxation ou un accompagnement psychothérapeutique peuvent contribuer à soulager les douleurs. Elles permettent parfois aussi de diminuer les médicaments. La chirurgie ou la radiothérapie peuvent également être utilisées pour combattre la douleur, par exemple lorsque celle-ci est due à la pression exercée par la tumeur sur un nerf.

Les opioïdes, qu'est-ce que c'est ?
Les opioïdes sont des composants naturels de l'opium, comme la morphine ou la codéine. Ils peuvent aussi être fabriqués en laboratoire (le tramadol, par ex.).

Un traitement aux opioïdes peut susciter des craintes chez les patients et leurs proches. La peur de certains effets secondaires, comme la dépendance, n'est cependant pas fondée si le traitement est administré correctement. Les effets indésirables qui peuvent survenir en début de traitement, comme de légères nausées ou de la somnolence, peuvent être contrôlés efficacement ou disparaissent d'eux-mêmes après un certain temps.

L'administration d'opioïdes lors d'un traitement contre le cancer n'a rien à voir avec la prise de ces substances par une personne toxicomane. Cette dernière s'injecte une forte dose directement dans une veine, ce qui provoque un état euphorique immédiat et engendre un risque de dépendance. Dans le traitement du cancer, en revanche, les opioïdes sont administrés à intervalles réguliers, à des doses minimales et selon un schéma de prise personnalisé. Souvent, vous en déterminez vous-même le dosage à l'aide d'une pompe à perfusion. L'expérience montre que ce dispositif contribue à diminuer nettement la quantité d'opioïdes nécessaire.

Si vous ou votre entourage avez des réticences quant à l'emploi de morphine ou d'autres opioïdes, vous devriez en discuter avec votre médecin, car ces médicaments constituent parfois la seule solution pour soulager certaines douleurs.

Vous trouverez des informations détaillées sur le sujet dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leur traitement ».

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours à des méthodes issues de la médecine complémentaire, en plus d'un traitement médical « classique ».

Certaines de ces méthodes peuvent contribuer à améliorer le bien-être général et la qualité de vie, pendant et après la thérapie. Elles peuvent renforcer le système immunitaire et rendre les effets secondaires plus tolérables. En général, elles n'ont pas d'effet sur la tumeur elle-même.

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites parallèles ou alternatives qui prétendent se substituer à la médecine classique. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure « Les médecines complémentaires ».

Adressez-vous à votre médecin ou à un membre de votre équipe soignante si une méthode complémentaire vous intéresse, ou si vous en suivez déjà une.

Ensemble, vous définirez celle qui convient le mieux à votre situation personnelle sans qu'elle interfère avec la thérapie recommandée par le médecin.

Exercices pour renforcer le plancher pelvien

Une prostatectomie (voir pp. 25 et suiv.) peut entraîner des fuites involontaires d'urine, principalement à l'effort (lorsque la personne touchée se lève, s'assied ou tousse, par ex.).

La majorité des hommes opérés retrouvent une continence normale après un certain temps. Dans ce but, muscler le plancher pelvien joue un rôle central. En effet, des exercices ciblés entraînent ou renforcent les muscles qui aident à fermer l'urètre et à soutenir la fonction érectile.

L'entraînement conscient des muscles nécessaires au contrôle de la miction ne va pas de soi. Souvent, au lieu d'exercer les muscles du plancher pelvien, on sollicite par erreur les abdominaux et les fessiers. De plus, Une certaine intensité est nécessaire pour que les exercices soient efficaces. Si vous ne vous sentez pas sûr de vous, il vaut la peine de consulter un physiothérapeute spécialisé (www.pelvisuisse.ch).

Recommandations générales après l'opération

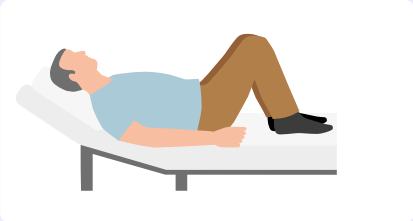
- Ne pas soulever plus de 5 kg pendant six semaines.
- Boire beaucoup, surtout de l'eau plate.
- Au début, éviter la position assise, marcher 30 minutes deux fois par jour.
- Commencer les exercices immédiatement après le retrait de votre sonde.

Les exercices suivants décrivent comment entraîner votre plancher pelvien et le sphincter à la maison.

Exercice 1
Contracter les muscles du plancher pelvien – tenir pendant six secondes – relâcher – faire une pause de six secondes

Position de départ

Faites l'exercice couché (voir photo ci-dessous). Plus tard, lorsque vous aurez suffisamment exercé la perception du bassin, effectuez-le également assis ou debout.



Contractez votre anus comme si vous reteniez vos selles. Pendant l'exercice, continuez à respirer ou comptez à haute voix jusqu'à six. Maintenez les abdominaux, les fessiers et les muscles des jambes relâchées.

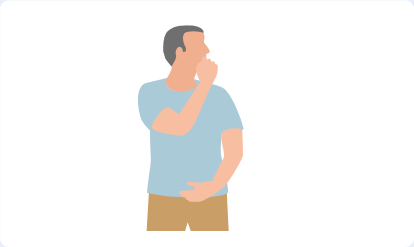
Fréquence
15 fois, trois fois par jour. Pour un renforcement optimal, effectuez les exercices pendant quatre mois.

Exercice 2
Cinq contractions rapides et vigoureuses des muscles du plancher pelvien après la miction

Cet exercice agit efficacement sur l'écoulement de gouttes suivant la miction. De plus, il stimule la coordination des muscles pelviens et améliore les contractions involontaires.

Exercice 3
Stimuler les contractions involontaires des muscles pelviens

Pendant que vous toussez, éternuez, riez ou parlez à haute voix, rentrez le bas-ventre (au-dessus du pubis) et contractez les muscles du plancher pelvien.



Exercice 4
Entraîner le plancher pelvien dans la vie de tous les jours

Concentrez-vous sur la position de votre corps en vous levant, en vous penchant et soulevant quelque chose.

En même temps, contractez les muscles du bas-ventre et du plancher pelvien et pliez les genoux. Ce mouvement favorise le bon fonctionnement des muscles abdominaux et pelviens.

Les mouvements qui ménagent le dos sont aussi des mouvements adéquats pour le plancher pelvien !

Après les traitements

Le cancer bouleverse l'existence. Des semaines durant, les rendez-vous chez le médecin ou à l'hôpital rythment le quotidien, suscitant une foule de sentiments parfois contradictoires, de la peur à la confiance en passant par l'espoir, le désespoir, la colère et la tristesse.

Bon nombre de personnes ne trouvent le temps de réfléchir à ces sentiments et de les digérer qu'une fois les traitements terminés. Certaines sombrent dans l'abattement et ont du mal à retrouver leurs marques. Dans bien des cas, le retour à la vie de tous les jours se révèle difficile.

Se donner le temps

Il faut du temps et de la patience pour se remettre d'un cancer. Les traitements sont certes derrière vous, mais bien des choses ne sont plus comme avant. Vous ne vous sentez peut-être pas encore de taille à reprendre vos activités usuelles. Vous souffrez encore des répercussions physiques et psychiques de la maladie et des thérapies ; vous êtes constamment fatigué, vous n'avez pas d'énergie et vous ressentez une profonde tristesse.

Le cancer place les personnes touchées face à leurs limites, physiquement et moralement, ce qui, pour beaucoup, est une expérience nouvelle qu'il n'est pas facile de gérer. Il se peut que vos proches aient de la peine à comprendre ce qui se passe, car ils s'attendent à ce que les choses redeviennent ce qu'elles étaient. Il est d'autant plus essentiel que vous vous concentriez sur vos propres besoins et que vous ne vous mettiez pas sous pression.

Prenez le temps de vous adapter à ces bouleversements. Essayez de définir ce qui vous fait du bien et vous aide à améliorer votre qualité de vie.

L'horizon s'éclaire parfois quand on se pose des questions toutes simples :

- Qui suis-je à présent ? Qu'est-ce que la maladie a fait de moi ? En quoi m'a-t-elle changé ?
- De quoi ai-je besoin ?
- Comment pourrais-je l'obtenir ?
- Qui pourrait m'aider à y parvenir ?

En parler avec d'autres

Face à la maladie comme à la vie en général, chacun réagit à sa manière. Certaines personnes trouvent que parler de ce qu'elles vivent leur fait du bien. N'ayez pas peur de dire ce que vous ressentez à vos amis et à vos proches, ceux-ci sont souvent désemparés et ne savent pas comment vous apporter leur soutien si vous n'en discutez pas ensemble.

Faire appel à un soutien professionnel

À la fin du traitement, il peut être utile de prendre contact avec la ligue contre le cancer de votre canton ou région ou de vous adresser à un autre spécialiste (voir p. 74 et suiv.) pour obtenir un soutien.

Discutez également avec votre médecin. Il pourra définir avec vous les mesures qui vous seraient le plus utiles et vous informer sur les prestations qui sont prises en charge par l'assurance-maladie.

Vous pouvez également recourir au conseil psycho-oncologique ou psychosocial ou participer à un programme de réadaptation oncologique.

Bon à savoir
Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Cancer et souffrance psychique », « Fatigue et cancer » et « Accompagner un proche atteint de cancer ».

Le suivi médical

Au terme du traitement, vous devrez vous soumettre à des contrôles réguliers. Ces examens visent à identifier les troubles liés à la maladie et les effets indésirables du traitement pour y remédier ainsi qu'à déceler rapidement une éventuelle réapparition de votre cancer (récidive). La fréquence de ces contrôles dépend du stade de la maladie, des traitements réalisés et de votre état général.

Les problèmes possibles ne concernent pas seulement les troubles physiques tels que la douleur ou la fatigue. Les peurs et les difficultés d'ordre psychique, professionnel ou social sont également pesantes et devraient être abordées.

Pour reprendre des forces après le traitement, différentes mesures de réadaptation sont utiles, en particulier l'activité physique.

Important
Si, entre deux contrôles, vous avez des symptômes ou des douleurs, consultez votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous.

La réadaptation oncologique

Une maladie grave et ses traitements ont des répercussions sur le plan physique, mais aussi psychique et social. Le retour à la vie de tous les jours peut parfois s'avérer diffi-

cile. C'est là que la réadaptation oncologique entre en jeu : elle ne vise pas seulement à traiter les troubles consécutifs au cancer, mais aussi à soutenir et fortifier les personnes touchées tout au long du processus de rétablissement et de réinsertion.

Les programmes de réadaptation oncologique

Ces offres, ambulatoires ou stationnaires, comportent différents éléments, comme l'activité physique et sportive, des activités créatives et artistiques ou différentes méthodes de relaxation.

Elles peuvent être bénéfiques pour toutes les personnes :

- qui souffrent des effets secondaires ou directs de la maladie et de ses traitements ;
- qui sont limitées dans leurs activités, leur capacité de performance physique et leur autonomie dans la vie de tous les jours et souhaitent un soutien pratique ;
- qui envisagent un retour au travail ;
- qui ont besoin de reprendre des forces physiques et psychiques.

Vous trouverez de plus amples informations dans les brochures « Réadaptation oncologique » et « Activité physique et cancer », de même que des offres de réadaptation oncologique sous direction médicale sur le site de la Ligue contre le cancer : www.liguecancer.ch.

La reprise du travail

Un grand nombre de personnes reprennent leur activité professionnelle au terme de leur traitement. Dans bien des cas, elles ne sont plus en mesure d'assumer la même charge de travail, car le cancer et les thérapies peuvent entraîner une fatigue persistante et des troubles de la mémoire, du sommeil ou de la concentration. Par ailleurs, la peur d'une récidive reste bien présente.

Planifiez soigneusement votre retour au travail avec le ou la responsable des ressources humaines. Dans un premier temps, il est par exemple possible d'adapter les tâches ou de réduire les horaires de travail.

Cours

La Ligue contre le cancer propose des cours sur différents thèmes. La ligue contre le cancer de votre canton ou région vous renseignera volontiers sur les offres disponibles près de chez vous.

Si vous avez des questions, les spécialistes du conseil au sein des ligues cantonales et régionales contre le cancer y répondront volontiers. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à partir de la page 74.

Les soins palliatifs

Les soins palliatifs recouvrent la prise en charge globale des personnes touchées par une maladie évolutive ou incurable. Ils tiennent compte des besoins de l'individu sur le plan médical, social, psychologique et spirituel. Les mesures palliatives ne sont pas seulement réservées à l'ultime phase de l'existence. Elles ne visent ni à abréger la vie, ni à la prolonger à tout prix, mais à ralentir le plus possible la progression du cancer, à soulager les douleurs et autres symptômes et à améliorer la qualité de vie.

Soins palliatifs et projet de soins anticipé (advance care planning, ACP)

Dans quelques hôpitaux, il existe des équipes spécialisées dans les soins palliatifs ou la planification de la fin de vie (projet de soins anticipé). En associant la famille et l'entourage à la démarche, elles ont pour mission d'établir un plan de prise en charge personnalisé qui documente les besoins, objectifs et souhaits discutés en commun et définit les mesures médicales souhaitées – ou non – dans des situations bien précises.

Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Dans plusieurs régions, il existe des équipes mobiles de soins palliatifs qui accompagnent les patients sur le lieu de vie et de soins et coordonnent la prise en charge. Les conseillères et conseillers des ligues cantonales et régionales contre le cancer peuvent vous aider à programmer un accompagnement palliatif. Vous trouverez les coordonnées nécessaires à la page 74 et 75.

Bon à savoir
Vous trouverez de plus amples informations sur les soins palliatifs dans la brochure « Cancer : quand l'espoir de guérir s'amenuise » ou sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs : www.palliative.ch.

Mandat pour cause d'inaptitude et directives anticipées

Mandat pour cause d'inaptitude

Vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes à qui vous donnez procuration au cas où vous perdriez votre capacité de discernement et où vous ne seriez tout à coup plus en mesure de régler vos affaires personnelles, juridiques et économiques. Cette procuration peut être générale ou ne concerner que certaines questions bien précises (par ex. vos relations bancaires).

Le mandat pour cause d'inaptitude doit être rédigé sous forme manuscrite ou, si ce n'est pas possible, revêtir la forme authentique.

Directives anticipées

Des directives anticipées vous donne la certitude que les décisions médicales seront prises conformément à votre volonté et à vos souhaits. Établies à l'avance, elles sont l'expression de votre volonté pour le cas où vous perdriez votre capacité de discernement.

Rédiger des dispositions de fin de vie n'est pas facile ; la maladie et la mort sont des thèmes que l'on préfère généralement éviter. Des directives anticipées permettent toutefois de définir clairement ce que vous voulez et, surtout, ce que vous ne voulez pas lorsque vous arriverez au terme de votre existence ; elles donnent des consignes précises à vos proches et à l'équipe médicale.

Si vous souhaitez établir des directives anticipées, les ligues cantonales et régionales contre le cancer vous aideront volontiers dans cette démarche.

Pour en savoir plus
Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Décider jusqu'au bout » et « Directives anticipées de la Ligue contre le cancer ».

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Demandez-vous quelle démarche supplémentaire pourrait vous donner des forces et faciliter votre réadaptation.

Psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux: la maladie affecte aussi la vie psychique. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'angoisse et de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent offrir des conseils ou une thérapie car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale.

Physiothérapie

Une prostectomie peut entraîner des pertes d'urine involontaires. Un entraînement ciblé du plancher pelvien peut renforcer les muscles du plancher pelvien et des sphincters vésicaux, dans le but de vider complètement la vessie. Il est possible de recevoir des instructions en s'adressant à un physiothérapeute à l'hôpital.

Pour trouver des adresses de physiothérapeutes spécialisés dans l'entraînement du plancher pelvien, rendez-vous sur le site www.pelvisuisse.ch.

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle accompagne et propose aux personnes touchées et à leurs proches une palette de services: des entretiens, des cours, des réponses à vos questions sur les assurances sociales. Par ailleurs, elle vous aiguille vers un groupe d'entraide ou un spécialiste (physiothérapeute, psycho-oncologue, par ex.).

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent s'effectuer via Skype, à l'adresse: krebstelefon.ch.

Cancerline: pour chatter sur le cancer

Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, adolescents et adultes peuvent chatter en direct avec les conseillères spécialisées de la Ligne InfoCancer. Ils y recevront des informations au sujet du cancer, ils pourront poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe. Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h et le mercredi uniquement pour les enfants et les adolescents.

Cancer : comment en parler aux enfants ?

Vous avez appris que vous êtes malade et avez des enfants : qu'ils soient petits ou grands, vous vous demanderez bientôt comment aborder avec eux le sujet ainsi que les possibles conséquences de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer : comment en parler aux enfants ? » des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Il contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La ligue publie également une brochure utile, sous le titre : « Quand le cancer touche les parents : en parler aux enfants ».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer. Si vous le souhaitez, vous pouvez mettre en place des entretiens de suivi gratuits.

Cours

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des cours de durée variable: www.liguecancer.ch/cours.

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer : renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale, et consultez la brochure « Activité physique et cancer ».

Autres personnes touchées

Entrer en contact avec des personnes ayant traversé des épreuves semblables peuvent vous redonner du courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé une personne ne vous conviendra pas forcément.

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer (Suisse).

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Informez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale : elle vous renseignera sur les groupes d'entraide, sur les groupes de parole ou sur les offres de cours pour personnes touchées et leurs proches.

Service de soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. Vous pouvez faire appel à eux pendant toutes les phases de la maladie. Ils vous conseillent à la maison pendant et après les cycles de traitement, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale vous communiquera une adresse.

Conseils en alimentation

De nombreux hôpitaux offrent des consultations en alimentation. Vous trouvez par ailleurs des conseillers indépendants collaborant la plupart du temps avec les médecins et regroupés en une association:
Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD)
Altenbergstrasse 29
Case postale 686
3000 Berne 8
Tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, le lien Chercher un-e diététicien-ne vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Indépendamment de votre domicile, ils assurent aux personnes concernées un accompagnement optimal et des soins.

palliative.ch
Kochergasse 6
3011 Berne
Tél. 031 310 02 90
info@palliative.ch
www.palliative.ch

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique.

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Informez-vous avant le début du traitement. La ligue contre le cancer de votre canton peut également vous accompagner dans ces démarches.

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Le dépistage du cancer de la prostate**
- **Les traitements médicamenteux des cancers**
  Chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie
- **La radiothérapie**
- **La chirurgie du cancer**
- **Les médecines complémentaires**
- **Les douleurs liées au cancer et leur traitement**
- **Journal des douleurs**
- **DOLOMETER®VAS**
  Réglette pour évaluer l'intensité de la douleur
- **Fatigue et cancer**
  Identifier les causes, chercher des solutions
- **Alimentation et cancer**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
- **Cancer et sexualité au masculin**
- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
- **Activité physique et cancer**
  Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- **Proches aidants et cancer**
- **Soigner un proche et travailler : une mission possible**
  Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- **Quand le cancer touche les parents**
  En parler aux enfants
- **Cancer : comment en parler aux enfants ?**
  Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
- **Les cancers du sein et de l'ovaire liés à une prédisposition héréditaire**
- **Cancer : prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout**
  Comment établir ses directives anticipées ?
- **Directives anticipées de la Ligue contre le cancer**
  Mes volontés en cas de maladie et de décès
- **Mon cancer ne va pas guérir : que faire ?**

Ces brochures et toutes celles qui figurent à notre catalogue ont pour sujet les principaux types de cancer, les thérapies, les symptômes liés au cancer, les modifications du corps, notamment. Elles sont gratuites et téléchargeables. La Ligue suisse contre le cancer et votre Ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au généreux soutien de leurs donatrices et donateurs.

Commandes

- Ligue contre le cancer de votre canton
- Tél. 0844 85 00 00
- boutique@liguecancer.ch
- www.liguecancer.ch/brochures

Lisez et commandez toutes les Brochures **en ligne.**

Votre avis nous intéresse

Vous avez un commentaire à faire sur nos brochures? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire dans cette brochure ou à l'adresse www.liguecancer.ch/brochures.
Votre opinion nous est précieuse!

Autres brochures

«Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique», 2015, à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch
«La prostate, une petite glande de grande importance», Société suisse d'urologie, 2013. À télécharger gratuitement à l'adresse: www.urologie.ch → Patients → Publications
«Une nouvelle vie d'homme» éd. Favre, 2011. Dr Walter Raaflaub Un médecin raconte comment son couple a surmonté les conséquences du traitement.

Sites Internet

Par ordre alphabétique

Offre de la Ligue contre le cancer

www.forumcancer.ch
Forum Internet de la Ligue contre le cancer.
www.liguecancer.ch
Site de la Ligue suisse contre le cancer.
www.liguecancer.ch/cours
La Ligue contre le cancer propose des cours de réadaptation pour mieux vivre avec la maladie au quotidien.

Autres institutions ou services spécialisés

www.avac.ch
L'association «Apprendre à vivre avec le cancer» organise des cours pour les personnes touchées et leurs proches.

www.chuv.ch/oncologie
Site du département d'oncologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

www.hug-ge.ch/centre-cancers
Site du département d'oncologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG)

www.inkontinex.ch
Société suisse d'aide aux personnes incontinentes.

www.palliative.ch
Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

www.prosca.net
Association de soutien aux personnes touchées par le cancer de la prostate, Genève.

www.urologie.ch
Société suisse d'urologie.

Sites en anglais

www.cancer.org
American Cancer Society.

www.cancer.gov
National Cancer Institute USA.

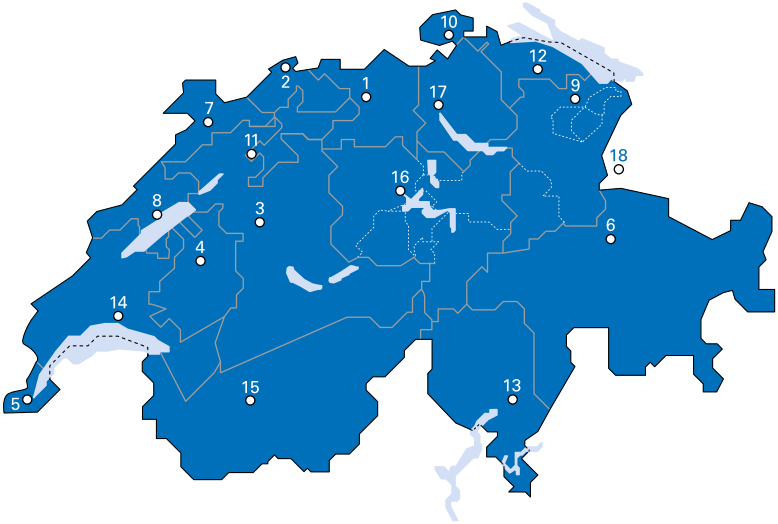
www.cancer.net
American Society of Clinical Oncology.

www.cancersupport.ch
Site de l'ESCA (English speaking cancer association): il s'adresse aux anglophones et à leurs proches résidant en Suisse.

Sources

Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction.

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau
Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
IBAN: CH09 0900 0000 5001 2121 7

2 Krebsliga beider Basel
Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
IBAN: CH11 0900 0000 4002 8150 6

3 Krebsliga Bern
Ligue bernoise contre le cancer
Schwanengasse 5/7
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@krebsligabern.ch
www.krebsligabern.ch
IBAN: CH23 0900 0000 3002 2695 4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
IBAN: CH49 0900 0000 1700 6131 3

5 Ligue genevoise contre le cancer
11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
IBAN: CH80 0900 0000 1200 0380 8

6 Krebsliga Graubünden
Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
IBAN: CH97 0900 0000 7000 1442 0

7 Ligue jurassienne contre le cancer
rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
info@ljcc.ch
www.liguecancer-ju.ch
IBAN: CH13 0900 0000 2500 7881 3

8 Ligue neuchâteloise contre le cancer
faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
IBAN: CH23 0900 0000 2000 6717 9

9 Krebsliga Ostschweiz
SG, AR, AI, GL
Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebsliga-ostschweiz.ch
www.krebsliga-ostschweiz.ch
IBAN: CH29 0900 0000 9001 5390 1

10 Krebsliga Schaffhausen
Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebsliga-sh.ch
www.krebsliga-sh.ch
IBAN: CH65 0900 0000 8200 3096 2

11 Krebsliga Solothurn
Wengistrasse 16
Postfach 531
4502 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebsliga-so.ch
www.krebsliga-so.ch
IBAN: CH73 0900 0000 4500 1044 7

12 Krebsliga Thurgau
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@krebsliga-thurgau.ch
www.krebsliga-thurgau.ch
IBAN: CH58 0483 5046 8950 1100 0

13 Lega cancro Ticino
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
IBAN: CH19 0900 0000 6500 0126 6

14 Ligue vaudoise contre le cancer
Av. d'Ouchy 16
1006 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
IBAN: CH89 0024 3243 4832 0501 Y

15 Ligue valaisanne contre le cancer Krebsliga Wallis
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebsliga-wallis.ch
www.krebsliga-wallis.ch
IBAN: CH73 0900 0000 1900 0340 2

16 Krebsliga Zentralschweiz LU, OW, NW, SZ, UR, ZG
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebsliga.info
www.krebsliga.info
IBAN: CH61 0900 0000 6001 3232 5

17 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebsligazuerich.ch
www.krebsligazuerich.ch
IBAN: CH77 0900 0000 8000 0868 5

18 Krebshilfe Liechtenstein
Landstrasse 40a
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
IBAN: LI98 0880 0000 0239 3221 1

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
www.liguecancer.ch
IBAN: CH95 0900 0000 3000 4843 9

Brochures
tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/brochures

Forum
www.forumcancer.ch, le forum internet de la Ligue contre le cancer

Cancerline
www.liguecancer.ch/cancerline, le chat sur le cancer pour les enfants, les adolescents et les adultes
du lundi au vendredi
10 h – 18 h

Skype
krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
10 h – 18 h

Ligne stop-tabac
tél. 0848 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h – 19 h

Vos dons sont les bienvenus.

Ligne InfoCancer 0800 11 88 11
du lundi au vendredi
10 h – 18 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

La Ligue contre le cancer œuvre en faveur d'un monde où :

le cancer frappe moins souvent,

il engendre moins de souffrances et moins de décès,

l'on puisse en guérir plus souvent,

les malades et leurs proches trouvent aide et réconfort dans toutes les phases de la maladie ainsi qu'en fin de vie.

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre ligue cantonale ou régionale.

Grâce à vos dons, nos brochures sont gratuites.

Faites un don avec TWINT:

Scannez le code QR avec l'app TWINT.

Saisir le montant et confirmer le don.

Ou en ligne sur www.liguecancer.ch/dons.