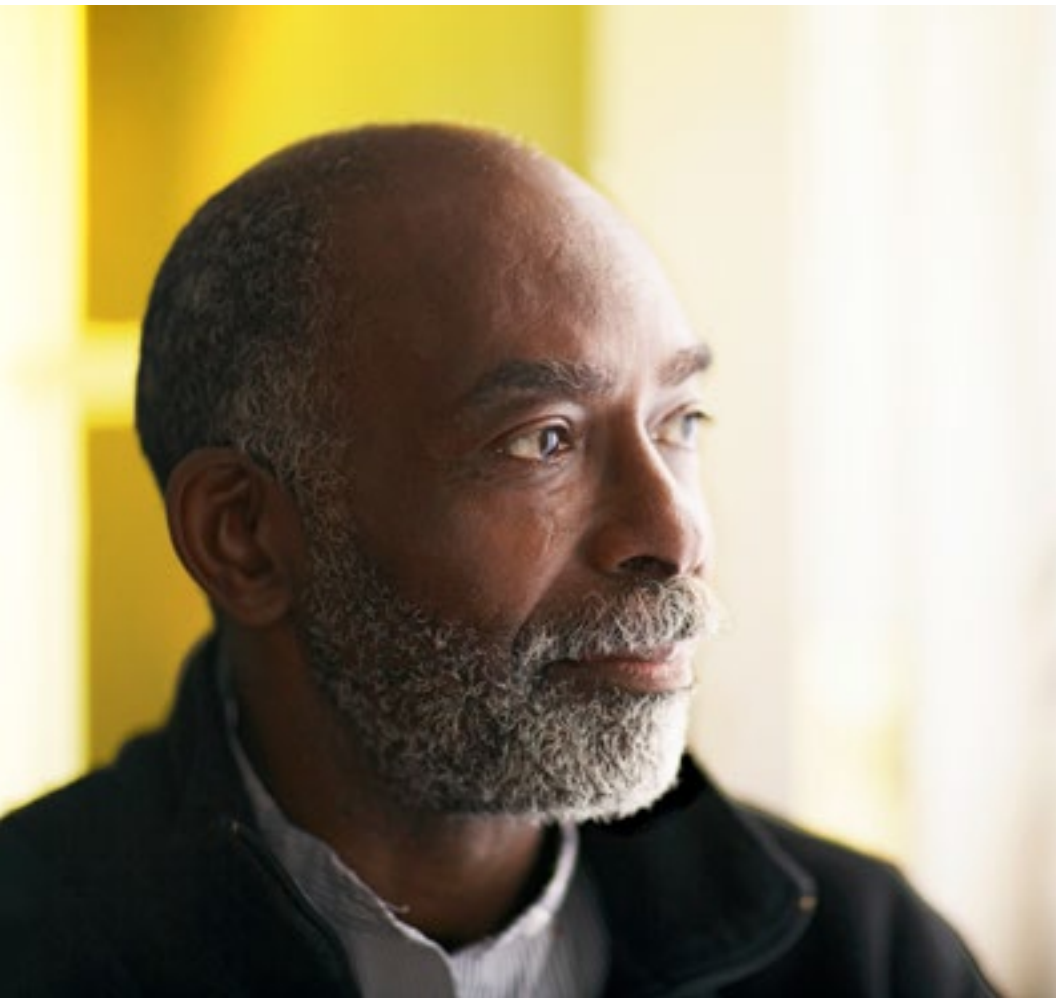
Société canadienne du cancer

Cancer de la prostate

Du diagnostic au suivi



1 888 939-3333 | CANCER.CA

Cancer de la prostate

Du diagnostic au suivi

Nous offrons un réseau d'aide aux personnes touchées par le cancer. Nos services vous aident à obtenir des réponses à vos questions sur le cancer, à vivre avec le cancer au quotidien, à tisser des liens avec les autres et à vous assurer une qualité de vie et un bien-être. Plusieurs de nos programmes sont offerts dans différentes langues.

Qu'il soit question de diagnostic, de traitement ou bien de la vie après le cancer, vous trouverez dans nos publications de l'information fiable et facile à comprendre.

Nous sommes là pour vous soutenir.

Nous proposons de courtes vidéos, faciles à comprendre, sur des aspects courants du cancer. Visitez **cancer.ca/lesbasesducancer.**

Photographies : © Getty Images

Matériel autorisé à des fins d'illustration seulement; les personnes apparaissant sur les photos sont des modèles.

Table of contents

2 **Partie 1 : Notions de base**

4 La prostate

5 Le cancer de la prostate

5 Risques de cancer de la prostate

8 Symptômes du cancer de la prostate

9 **Partie 2 : Diagnostic**

9 Tests diagnostiques du cancer de la prostate

13 Propagation du cancer de la prostate

14 Grades du cancer de la prostate

16 Stades du cancer de la prostate

20 Comprendre un diagnostic de cancer de la prostate

21 Questions à poser sur le diagnostic

23 **Partie 3 : Traitement**

23 Traitements du cancer de la prostate

34 Traitements du cancer de la prostate selon le stade

37 Essais cliniques

37 Si vous ne pouvez pas ou ne voulez pas recevoir de traitement du cancer

38 Questions à poser sur le traitement

39 **Partie 4 : Effets secondaires**

40 Effets secondaires du traitement du cancer de la prostate

42 Gérer les effets secondaires

49 Questions à poser sur les effets secondaires

50 **Partie 5 : Suivi**

50 Soins de suivi pour le cancer de la prostate

55 Questions à poser sur le suivi

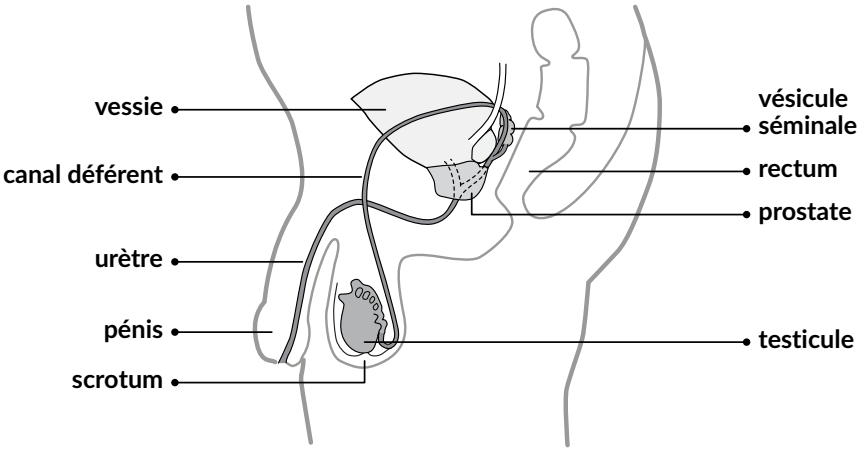
Partie 1 : Notions de base

Le cancer de la prostate est le cancer le plus répandu chez les hommes au Canada. Si vous avez reçu un diagnostic de cancer de la prostate, obtenir de l'information sur la maladie pourrait vous sembler compliqué au début. Commençons donc par quelques notions de base.

La prostate

La prostate fait partie des appareils reproducteur et urinaire masculins. Elle est située sous la vessie et devant le rectum. L'urètre (tube qui fait circuler l'urine et le sperme jusqu'à l'extérieur du corps par le pénis) traverse la prostate. La principale fonction de la prostate est d'ajouter à l'éjaculat un liquide qui protège et nourrit les spermatozoïdes.

Emplacement de la prostate



© Société canadienne du cancer

La prostate a habituellement la taille d'une noix de Grenoble chez les jeunes hommes, mais elle peut commencer à grossir vers la fin de la quarantaine et le début de la cinquantaine. C'est une hormone, la testostérone, qui contrôle la croissance des cellules de la prostate – qu'elles soient saines ou cancéreuses.

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate prend naissance dans les cellules de la prostate. La tumeur cancéreuse (maligne) est constituée de cellules cancéreuses qui peuvent envahir et détruire le tissu voisin. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps.

L'adénocarcinome, qui apparaît dans les cellules glandulaires, est le type de cancer de la prostate le plus courant. Il représente 95 % de tous les cas.

Le cancer de la prostate a l'habitude de se développer lentement. On peut souvent l'enlever complètement ou réussir à le gérer avant qu'il ne se propage hors de la prostate. Il est fréquent que les hommes âgés atteints d'un cancer de la prostate décèdent d'autres causes. Certains hommes peuvent être atteints d'un type de cancer de la prostate à croissance rapide qui nécessite un traitement précoce.

Risques de cancer de la prostate

Le cancer de la prostate n'est pas attribuable à une cause unique. Mais certains facteurs font augmenter le risque d'apparition de la maladie.

Âge

Le risque d'être atteint d'un cancer de la prostate augmente avec l'âge. La probabilité de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate est plus élevée à partir de 50 ans. On diagnostique la maladie le plus souvent chez les hommes dans la soixantaine.

Origine ethnique

Le cancer de la prostate apparaît plus fréquemment chez les hommes noirs (dont ceux d'origine africaine ou caribéenne) que chez les hommes d'autres groupes ethniques. Les hommes noirs sont également plus susceptibles d'avoir une tumeur qui se développe et se propage rapidement et de mourir du cancer de la prostate que les autres hommes. On ne s'explique pas clairement la cause de ces différences.

Antécédents familiaux

Des antécédents familiaux de cancer de la prostate font augmenter votre risque d'avoir cette maladie. Ce risque est plus élevé si l'un de vos parents au premier degré (votre père, frère ou fils) a reçu ce diagnostic. Plus vous avez de parents au premier degré qui sont atteints du cancer de la prostate, plus votre risque est grand.

Poids

Selon des preuves solides, l'obésité et l'embonpoint font augmenter le risque de cancer de la prostate. Dans de tels cas, il est plus probable que le cancer de la prostate sera diagnostiqué à un stade plus avancé. Une quantité importante de graisse corporelle est également liée à un risque plus élevé d'être atteint d'un cancer de la prostate qui croît et se propage rapidement.

Grande taille à l'âge adulte

Le fait d'être grand à l'âge adulte accroît le risque de cancer de la prostate. Plusieurs facteurs à l'origine d'une grande taille à l'âge adulte, comme la génétique et la vitesse de croissance durant l'enfance, semblent contribuer à l'augmentation du risque.

Mutations génétiques héréditaires

Il n'y a qu'un très faible nombre de cas de cancer de la prostate qui sont liés à des mutations génétiques héréditaires.

Il est possible que vous soyez atteint d'un cancer de la prostate même si vous ne présentez aucun de ces facteurs de risque. Les femmes trans et les personnes non binaires à qui on a attribué le sexe masculin à la naissance peuvent aussi avoir le cancer de la prostate.

Symptômes du cancer de la prostate

Il est possible que le cancer de la prostate ne cause aucun symptôme aux tout premiers stades de la maladie. Les symptômes peuvent apparaître plus tard, à mesure que la tumeur se développe et provoque des changements dans le corps. D'autres affections médicales peuvent entraîner les mêmes symptômes que le cancer de la prostate.

Les symptômes du cancer de la prostate comprennent :

- le besoin d'uriner plus souvent, surtout la nuit;
- la difficulté à uriner;
- le besoin pressant ou soudain d'uriner;
- l'incapacité de vider complètement la vessie;
- la difficulté à contrôler la vessie (incontinence), ce qui peut entraîner des fuites urinaires;
- une sensation de brûlure ou de la douleur lorsqu'on urine;
- la présence de sang dans l'urine ou le sperme;
- une douleur à l'éjaculation;
- une douleur ou une raideur dans le dos, les hanches ou le bassin qui ne disparaît pas.

Partie 2 : Diagnostic

On a recours à plusieurs tests pour diagnostiquer le cancer de la prostate. Bon nombre de ces tests servent également à déterminer jusqu'où la maladie s'est propagée. Votre médecin pourrait aussi vous faire passer d'autres examens afin de vérifier votre état général de santé et d'aider à planifier votre traitement.

Tests diagnostiques du cancer de la prostate

Les tests qui suivent sont ceux qu'on emploie le plus couramment pour diagnostiquer le cancer de la prostate.

Toucher rectal (TR)
Lors d'un toucher rectal (TR), votre médecin introduit un doigt ganté et lubrifié dans le rectum pour vérifier la taille et la forme de la prostate en la palpant. Une prostate saine est souple, caoutchouteuse, lisse, symétrique et régulière. Toute masse ou zone dure dans la prostate peut être un signe de cancer et devra faire l'objet d'examens plus approfondis.

Test de l'antigène prostatique spécifique (APS)
Le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) est une analyse sanguine simple que votre médecin demande pour dépister le cancer de la prostate. Ce test mesure la quantité d'APS (une protéine fabriquée par les cellules de la prostate) dans votre sang. Le taux d'APS est exprimé en nanogrammes par millilitre de sang.

Le taux d'APS varie selon l'âge. Votre taux d'APS augmente naturellement à mesure que vous vieillissez, mais il peut aussi monter ou baisser pour de nombreuses raisons. Un taux d'APS plus élevé que la normale peut être attribuable à un cancer de la prostate, entre autres. Si votre taux d'APS est élevé, vous pourriez passer d'autres examens de suivi.

On effectue habituellement le test de l'APS à partir de l'âge de 50 ans, mais le dépistage pourrait commencer plus tôt si vous avez des antécédents familiaux de cancer de la prostate. Comme la plupart des cancers de la prostate ne peuvent être décelés lors d'un TR, le test de l'APS est important pour détecter la maladie à un stade précoce, alors qu'elle peut être gérée.

Échographie transrectale (ETR)

Lors d'une échographie, on a recours à des ondes sonores de haute fréquence pour produire des images de parties du corps. Dans le cas de l'échographie transrectale (ETR), on met une sonde ultrasonore à l'intérieur du rectum pour mesurer la taille de la prostate et vérifier la présence de régions anormales. L'ETR permet de guider l'aiguille qui sert à prélever du tissu dans la prostate au cours d'une biopsie.

L'ETR est utilisée pour déterminer la densité de l'APS, c'est-à-dire le taux d'APS dans le sang par rapport à la taille (volume) de la prostate. Une densité élevée de l'APS peut indiquer la présence d'un cancer de la prostate.

Biopsie de la prostate

On peut effectuer une biopsie de la prostate si votre médecin détecte une région anormale lors d'un TR ou d'une ETR. On y a le plus souvent recours si votre taux d'APS est supérieur à la normale ou qu'il a augmenté au fil du temps.

La biopsie de la prostate porte aussi le nom de biopsie par forage parce que le médecin se sert d'une aiguille mince et creuse pour prélever des échantillons de tissu (appelés carottes). Une sonde permet de guider l'aiguille. Dans la plupart des cas, le médecin prélève entre 10 et 12 échantillons dans la prostate, dont des échantillons provenant de régions anormales. Comme il arrive que le prélèvement des échantillons provoque un certain inconfort, le médecin pourrait injecter un anesthésique dans la prostate avant de procéder à la biopsie.

Les échantillons prélevés au cours d'une biopsie de la prostate sont envoyés à un laboratoire. Le rapport de pathologie confirmera s'ils contiennent des cellules cancéreuses.

Si la biopsie est positive :

- on a trouvé des cellules cancéreuses;
- le pathologiste attribuera au cancer de la prostate une cote de Gleason (grade) et un groupe de grade pour décrire son agressivité et la probabilité qu'il se propage.

Si la biopsie est négative :

- on n'a pas trouvé de cellules cancéreuses;
- il est possible que le médecin en refasse une autre puisqu'il peut arriver qu'une biopsie passe à côté d'un cancer.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)
En imagerie par résonance magnétique (IRM), on a recours à un puissant aimant et à des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins. On injecte parfois un colorant (produit de contraste) dans une veine avant l'examen. Ce colorant aide à faire ressortir les parties du corps sur les images.

L'IRM permet de :

- déceler, dans la partie avant de la prostate, un cancer que d'autres examens n'auraient pas détecté;
- trouver un cancer de la prostate dont le médecin soupçonne la présence sans avoir pu la confirmer par une ETR ou des biopsies;
- déterminer la taille et l'emplacement d'un cancer de la prostate, et de vérifier s'il s'est propagé;
- planifier une radiothérapie visant à traiter le cancer de la prostate.

On peut également effectuer une IRM pour vérifier si le cancer s'est propagé hors de la prostate, comme dans les ganglions lymphatiques du bassin.

L'*IRM multiparamétrique* est un type particulier d'IRM qui utilise plusieurs images pour fournir plus de détails sur l'emplacement de la tumeur dans la prostate, son agressivité et sa propagation hors de la prostate. Elle peut aussi aider les médecins à déterminer si une personne devrait recevoir immédiatement un traitement contre le cancer de la prostate ou faire l'objet d'un suivi au moyen de tests et d'examens (surveillance active).

Scintigraphie osseuse

Lors d'une scintigraphie osseuse, on emploie des matières radioactives qui se fixent sur les os (produits radiopharmaceutiques) et un ordinateur pour créer une image des os. On y a recours pour déterminer si le cancer s'est propagé aux os. Vous n'aurez peut-être pas besoin de passer une scintigraphie osseuse si votre taux d'APS est faible et que votre cote de Gleason est peu élevée. Ces facteurs signifient que le cancer risque peu de s'être propagé hors de la prostate.

La scintigraphie osseuse sert aussi à vérifier comment un cancer de la prostate métastatique (un cancer qui s'est propagé) répond au traitement.

Tomodensitométrie (TDM)
Lors d'une tomodensitométrie (TDM), on emploie des appareils radiographiques particuliers afin de produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble les clichés en images détaillées.

On peut effectuer une TDM pour vérifier si le cancer s'est propagé hors de la prostate, comme au thorax, à l'abdomen ou au bassin. Les médecins n'ont habituellement pas recours à la TDM pour évaluer la propagation du cancer si votre taux d'APS est faible et que votre cote de Gleason est peu élevée. Ces facteurs signifient que le cancer risque moins de s'être propagé hors de la prostate. La TDM peut aussi servir à guider l'aiguille lors d'une biopsie des ganglions lymphatiques situés près de la prostate.

Propagation du cancer de la prostate

Des cellules cancéreuses peuvent se propager d'une partie du corps à une autre. Cette propagation porte le nom de métastase.

Le cancer de la prostate peut se propager de la prostate à ces parties du corps :

- tissus et organes entourant la prostate;
- ganglions lymphatiques situés dans le bassin et hors du bassin;
- os;
- poumons (rarement);
- foie (très rarement);
- cerveau (très rarement).

La propagation aux os (métastases osseuses) est le type de propagation du cancer de la prostate le plus courant.

Grades du cancer de la prostate

Le grade, ou classification histologique, définit l'apparence des cellules cancéreuses qu'on compare à celle des cellules normales et saines. Connaître le grade donne à votre équipe soignante une idée de la rapidité à laquelle le cancer peut se développer et de sa probabilité de propagation.

La classification de Gleason est le système le plus couramment employé pour déterminer le grade du cancer de la prostate. Elle repose sur le modèle de croissance (disposition) des cellules cancéreuses dans la prostate.

Il existe cinq modèles de cellules du cancer de la prostate, désignés par un chiffre de 1 à 5. Plus le chiffre est bas, plus l'apparence, le comportement et la disposition des cellules cancéreuses ressemblent à ceux des cellules normales. Plus le chiffre est élevé, plus les cellules cancéreuses ont l'air anormales en comparaison des cellules normales. Un pathologiste assignera un grade à chaque modèle de croissance des cellules cancéreuses présentes dans les échantillons prélevés par biopsie.

Le grade du cancer correspond au chiffre du modèle de croissance. Pour les modèles de croissance de Gleason 1 et 2, les cellules cancéreuses ressemblent beaucoup à des cellules normales. Pour le modèle de croissance de Gleason 5, les cellules cancéreuses semblent très anormales comparativement aux cellules normales. Les modèles de croissance de Gleason 3 et 4 se situent quelque part entre les deux. Le modèle de croissance de Gleason de la plupart des cancers de la prostate est 3, 4 ou 5. La cote de Gleason est la somme des deux principaux modèles observés dans vos prélèvements.

Groupe de grade

Afin de rendre la cote de Gleason plus facile à comprendre, les médecins ont conçu un système de groupes de grade. Ce système assigne un seul chiffre de 1 à 5 selon la cote de Gleason. Par exemple, le groupe de grade 1 correspond à une cote de Gleason de 6 et le groupe de grade 5 correspond à une cote de Gleason de 9 ou de 10.

Groupe de grade	Cote de Gleason	Description
1	6 ou moins	Le cancer se développera et se propagera probablement très lentement (bien différencié, ou de bas grade).
2	3 + 4 = 7	Le cancer se développera et se propagera probablement lentement (modérément différencié, ou de grade intermédiaire).
3	4 + 3 = 7	Le cancer se développera et se propagera probablement lentement (modérément différencié, ou de grade intermédiaire). Le cancer de groupe de grade 3 est plus susceptible de se développer et de se propager que le cancer de groupe de grade 2.
4	8	Le cancer se développera et se propagera probablement rapidement (peu différencié, ou de haut grade).
5	9 ou 10	Le cancer se développera et se propagera probablement rapidement (peu différencié, ou de haut grade). Le cancer de groupe de grade 5 est susceptible de se développer et de se propager plus rapidement que le cancer de groupe de grade 4.

Stades du cancer de la prostate

La stadification décrit ou classe un cancer en fonction de la quantité de cancer présente dans le corps et de son emplacement lors du diagnostic initial. C'est ce qu'on appelle souvent l'étendue du cancer. On se sert de l'information révélée par les examens pour savoir :

- quelle est la taille de la tumeur;
- quelles parties de l'organe sont atteintes par le cancer;
- si le cancer s'est propagé à partir de son lieu d'origine;
- où le cancer s'est propagé.

Votre équipe soignante a recours au stade pour planifier votre traitement et prévoir l'issue de la maladie (votre pronostic). Les renseignements qui suivent concernent la stadification de l'adénocarcinome. La stadification des autres types de cancer de la prostate est différente.

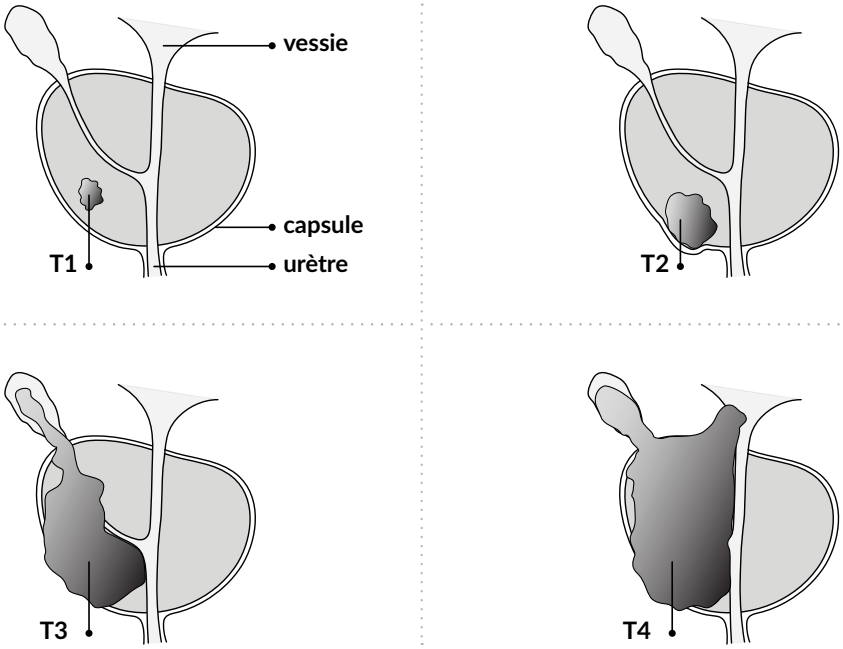
Le système de stadification le plus fréquemment employé pour le cancer de la prostate est la classification TNM de l'AJCC/UICC. Celle-ci se base sur les éléments suivants :

T décrit la tumeur et indique si les médecins peuvent la palper ou la voir à l'imagerie. Cette lettre indique également si la tumeur a traversé la prostate pour envahir les tissus entourant l'organe. T est habituellement classé de 1 à 4. Un chiffre plus élevé signifie que la tumeur occupe une plus grande proportion de la prostate ou qu'elle a traversé la prostate pour envahir les tissus voisins. Certains stades sont subdivisés en a, b ou c. La première lettre correspond au stade le plus bas.

N décrit la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques situés près de la prostate. N0 signifie que le cancer ne s'est propagé à aucun ganglion lymphatique voisin. N1 signifie que le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques voisins.

M décrit la propagation du cancer à d'autres parties du corps. M0 signifie que le cancer ne s'est pas propagé à d'autres parties du corps. M1 signifie que le cancer s'est propagé.

T1, T2, T3 ou T4



© Société canadienne du cancer

Stade	Description
T1	On ne parvient pas à palper la tumeur lors du TR ni à la voir sur les images. Il se peut qu'on la détecte à l'occasion d'une biopsie.
T1a	On observe le cancer dans 5 % ou moins du tissu prélevé par biopsie.
T1b	On observe le cancer dans plus de 5 % du tissu prélevé par biopsie.
T1c	On détecte la tumeur par biopsie à l'aiguille dans l'un des côtés ou dans les deux côtés de la prostate.
T2	La tumeur peut être palpée lors d'un TR et observée sur les images.
T2a	La tumeur occupe moins de la moitié d'un côté de la prostate.
T2b	La tumeur occupe plus de la moitié d'un côté de la prostate.
T2c	La tumeur est présente dans les deux côtés de la prostate.
T3	La tumeur a traversé la couche externe de la prostate.
T3a	La tumeur a traversé la prostate mais n'a pas envahi les vésicules séminales.
T3b	La tumeur a traversé la prostate et a envahi les vésicules séminales.
T4	La tumeur a traversé la prostate et a envahi des structures voisines comme la vessie ou le rectum.

Un *cancer de la prostate récidivant* est un cancer qui récidive (réapparaît) à la suite du traitement. S'il réapparaît à l'endroit où il a d'abord pris naissance, on parle de récidive locale. S'il réapparaît dans des tissus ou des ganglions lymphatiques situés près de la prostate, on parle de récidive régionale. Il peut aussi réapparaître dans une autre partie du corps : on parle alors de métastase à distance ou de récidive à distance.

On diagnostique également une récidive de cancer de la prostate quand le taux d'APS se met à augmenter après le traitement initial sans qu'il y ait d'autres signes de cancer. C'est ce qu'on appelle une récidive biochimique de cancer de la prostate.

Description du cancer de la prostate selon sa propagation

Les médecins divisent souvent les cancers de la prostate en groupes fondés sur leur propagation dans le corps.

Localisé signifie que le cancer se trouve seulement dans la prostate. Il n'a pas envahi les tissus voisins et ne s'est pas propagé à des parties du corps éloignées.

Localement avancé signifie que le cancer s'est propagé hors de la prostate mais pas aux ganglions lymphatiques ou à des parties du corps éloignées. Ce cancer n'est pas métastatique.

Métastatique signifie que le cancer s'est propagé au-delà de la prostate pour atteindre des ganglions lymphatiques ou d'autres parties du corps (habituellement les os).

Catégories de risque pour le cancer de la prostate localisé

Les médecins peuvent classer le cancer de la prostate localisé en groupes fondés sur son risque de réapparition après le traitement. Ils utilisent les catégories de risque suivantes pour élaborer les plans de traitement.

Les catégories de risque sont basées sur le stade de la tumeur, le taux d'APS et le groupe de grade.

Catégorie de risque	Stade de la tumeur	Groupe de grade	Taux d'APS (ng/ml)
très faible	T1c	1	inférieur à 10
faible	de T1a à T2a	1	inférieur à 10
intermédiaire	T2b ou T2c	2 ou 3	entre 10 et 20
élevé	T3a	4 ou 5	supérieur à 20
très élevé	T3b ou T4	5	

Comprendre un diagnostic de cancer de la prostate

Vous vous sentez peut-être un peu désorienté, dépassé même, par tous les taux et chiffres qui font partie d'un diagnostic de cancer de la prostate. Dites-vous que tous ces éléments permettent aux membres de votre équipe soignante de mieux comprendre votre diagnostic, comment le cancer pourrait se comporter et jusqu'où il s'est propagé. Ils les aident aussi à déterminer le traitement qui sera le plus efficace pour vous.

Demandez à votre équipe soignante de vous aider à remplir le tableau ci-dessous afin de résumer l'information qui concerne votre diagnostic.

Caractéristiques du cancer de la prostate	**Caractéristiques de mon diagnostic**
Taux d'APS	
Stade	
Cote de Gleason	
Groupe de grade	
Catégorie de risque	

Questions à poser sur le diagnostic

Lorsqu'on reçoit un diagnostic de cancer de la prostate, il y a bien des choses auxquelles penser; vous avez peut-être beaucoup de questions à poser à votre équipe soignante. Votre équipe devrait pouvoir répondre à la plupart sinon à la totalité des questions qui suivent, mais il se peut aussi que vous en ayez d'autres.

Pour vous aider à vous souvenir de vos questions, il est bon de les mettre par écrit, par exemple dans un carnet que vous apporterez à vos rendez-vous. Il peut aussi être utile que quelqu'un vous accompagne pour prendre des notes et poser les questions que vous pourriez oublier.

- Aurai-je besoin de passer d'autres tests? Lesquels?

- Le cancer s'est-il propagé? Où?

- Si le cancer ne s'est pas propagé, quelle est la probabilité qu'il le fasse?

Partie 3 : Traitement

Si vous êtes atteint d'un cancer de la prostate, votre équipe soignante élaborera un plan de traitement juste pour vous. Ce plan sera basé sur votre santé et sur des renseignements spécifiques ayant trait au cancer. Rappelez-vous toutefois que si on vous propose certains traitements, une autre personne également atteinte d'un cancer de la prostate pourrait se voir offrir des traitements différents. Le meilleur traitement pour quelqu'un d'autre ne sera pas nécessairement le meilleur pour vous.

Pour décider quels traitements vous proposer pour le cancer de la prostate, votre équipe soignante prendra en considération les éléments suivants :

- le type et le stade du cancer;
- le grade ou la cote de Gleason;
- votre taux d'APS;
- la catégorie de risque (s'il est urgent d'entreprendre un traitement ou s'il n'y a pas de danger à attendre);
- les effets secondaires possibles des traitements;
- vos préférences;
- votre état de santé global et tout problème médical;
- votre âge et votre espérance de vie;
- la présence de symptômes.

Traitements du cancer de la prostate

Les traitements du cancer de la prostate les plus courants sont ceux qui suivent.

Surveillance active
La surveillance active consiste pour votre médecin à vous suivre de près au moyen de tests et d'examens afin de vérifier le développement ou la propagation du cancer, ou l'aggravation de votre état. Si le cancer change

ou que des symptômes apparaissent, on discutera alors avec vous des autres options de traitement.

On pourrait vous proposer la surveillance active si vous êtes atteint d'un cancer de la prostate de petite taille et de bas grade, qui risque peu de se propager ou de réduire votre espérance de vie.

La surveillance active aide à éviter les effets secondaires qui risquent de se produire quand on a recours à des traitements comme la chirurgie ou la radiothérapie. À ce jour, aucune donnée n'indique que les personnes qu'on surveille activement ne vivent pas aussi longtemps que celles qui reçoivent d'autres traitements. De plus, rien ne démontre que la surveillance active engendre d'autres effets négatifs si ou quand on commence un traitement.

Lors de la surveillance active, vous subirez des examens tous les trois à six mois pour vérifier où en est le cancer. Ces examens peuvent comprendre le test de l'APS, un examen physique (dont un toucher rectal) et une biopsie de la prostate. Souvent, on a aussi recours à l'IRM multiparamétrique pour surveiller le cancer de la prostate.

Observation vigilante

De nombreux hommes recevant un diagnostic de cancer de la prostate n'ont pas besoin d'être traités immédiatement. En effet, la plupart des cancers de la prostate se développent lentement et risquent peu de se propager hors de la prostate.

Les hommes âgés atteints d'un cancer de la prostate qui risque très peu de se développer rapidement ou de se propager peuvent se voir offrir l'observation vigilante. On ne fait pas d'examens courants lors de l'observation vigilante. Si des symptômes apparaissent, on pourrait administrer un traitement pour les soulager. Dans ce cas, l'objectif de tout futur traitement ne sera pas de guérir le cancer, mais de maîtriser ses symptômes (traitement palliatif).

L'observation vigilante permet d'éviter les tests courants non nécessaires et les effets secondaires possibles quand on a recours à des traitements comme la chirurgie ou la radiothérapie. L'observation vigilante peut se faire chez les hommes âgés ayant d'autres maladies graves ou mettant la vie en danger.

Chirurgie

On a habituellement recours à la chirurgie pour traiter un cancer qui ne s'est pas propagé hors de la prostate. Le type de chirurgie pratiqué dépend surtout du stade du cancer. Lorsque votre équipe soignante planifie la chirurgie, elle tient aussi compte d'autres facteurs, comme votre âge, votre état de santé global et votre espérance de vie. On pourrait également vous proposer d'autres traitements.

La *prostatectomie radicale* consiste à enlever la prostate et certains tissus tout autour, dont les vésicules séminales. Il se peut que le chirurgien enlève aussi les ganglions lymphatiques près de la prostate (dans le bassin).

Les chirurgiens peuvent employer différentes approches et techniques pour enlever la prostate. Ils peuvent faire une incision (coupure) pour atteindre la prostate (prostatectomie radicale ouverte). Il leur est aussi possible d'utiliser des techniques laparoscopiques ou robotiques, qui nécessitent de plus petites incisions dans le bassin. Ces méthodes chirurgicales sont moins effractives que la prostatectomie radicale ouverte. Elles sont souvent associées à un rétablissement plus rapide, à une perte de sang et une douleur moins importantes et à une hospitalisation plus courte.

La *prostatectomie radicale avec préservation des nerfs* vise à éviter d'endommager les nerfs du pénis, ce qui aide à réduire le risque de dysfonctionnement érectile. C'est une option pour toutes les approches de la prostatectomie radicale, mais elle est plus efficace au stade précoce du cancer de la prostate et chez les jeunes hommes sexuellement actifs. Vos chances d'avoir de nouveau des érections à la suite de l'opération dépendent de votre âge, de votre capacité érectile avant la chirurgie et du fait que les nerfs aient été enlevés ou non.

Il est difficile pour le chirurgien de savoir avant l'opération si les nerfs pourront être préservés. La décision de préserver les nerfs sera prise une fois qu'il aura observé la prostate et la tumeur au cours de l'intervention.

La *cryochirurgie* est une intervention qui détruit les cellules cancéreuses en les congelant. Elle est aussi appelée cryoablation, ablation cryochirurgicale ou cryothérapie. On peut avoir recours à la cryochirurgie pour traiter le cancer de la prostate précoce à risque faible. Elle pourrait aussi être pratiquée si vous êtes incapable d'avoir une chirurgie ou une radiothérapie. La cryochirurgie peut aussi servir à traiter le cancer de la prostate qui récidive.

La *résection transurétrale de la prostate (RTUP)* consiste à enlever une partie de la prostate en passant par l'urètre. Le chirurgien insère un résectoscope au bout du pénis et le fait remonter dans l'urètre jusqu'à ce qu'il atteigne la prostate. Le résectoscope est un type d'endoscope muni d'un instrument grossissant avec une lumière et une caméra vidéo. Le chirurgien insère des outils dans le résectoscope et se sert d'un laser ou

d'un fil mince dans lequel circule un courant électrique pour couper et enlever du tissu prostatique autour de l'urètre.

La RTUP est parfois pratiquée pour aider à soulager les troubles urinaires causés par une prostate enflée qui bloque l'urètre. C'est ce qu'on fait comme traitement palliatif pour les personnes dont le cancer de la prostate est avancé ou qui ne sont pas en assez en bonne santé pour subir une prostatectomie radicale. Ce traitement ne permet cependant pas de guérir le cancer de la prostate.

Radiothérapie

En radiothérapie, on a recours à des rayons de haute énergie pour empêcher les cellules cancéreuses de croître et de se diviser. On administre habituellement une radiothérapie pour traiter le cancer de la prostate. Votre équipe soignante prendra en considération vos besoins personnels pour décider du type et de la dose de radiothérapie, de la façon de l'administrer et du calendrier à suivre.

On pourrait vous proposer un traitement par radiothérapie si vous êtes âgé ou que vous n'êtes pas en assez bonne santé pour subir une chirurgie. Vous pourriez aussi recevoir une hormonothérapie en association avec la radiothérapie.

Il est difficile d'enlever la prostate par chirurgie à la suite d'une radiothérapie, car celle-ci entraîne la formation de tissu cicatriciel dans la région traitée.

On a recours aux types suivants de radiothérapie pour traiter le cancer de la prostate.

Radiothérapie externe

Lors de la radiothérapie externe, un appareil émet des radiations à travers le corps jusqu'à la prostate et à la région ayant besoin d'être traitée. Cela peut inclure les ganglions lymphatiques situés dans le bassin. Les médecins administrent les radiations à la plus petite région possible afin d'aider à réduire le risque d'effets secondaires.

Il existe différents modes d'administration de la radiothérapie externe qui ciblent la région à traiter tout en limitant la quantité de radiation aux tissus normaux environnants.

Curiethérapie
La curiethérapie est une radiothérapie interne. Pour la radiothérapie interne, on met des matières radioactives dans le corps. Il est possible d'administrer de plus fortes doses de radiation qu'avec la radiothérapie externe. En curiethérapie, on se sert d'un implant qui contient une matière radioactive appelée radio-isotope. On insère l'implant directement dans la tumeur ou très près. Ce type de curiethérapie est appelé curiethérapie interstitielle. La radiation détruit les cellules cancéreuses au fil du temps en éliminant leur capacité à se diviser.

Lors de la *curiethérapie à faible débit de dose (FDD)*, on traite le cancer de la prostate au moyen d'un implant permanent qui émet de faibles doses de radiation en continu durant six mois. Des mesures de sécurité particulières sont prises pour s'assurer que d'autres personnes ne sont pas exposées à la radiation.

On pourrait vous proposer la curiethérapie à FDD pour un cancer qui ne s'est pas propagé hors de la prostate. On peut l'employer seule pour les tumeurs de grade intermédiaire (groupe de grade 2 ou 3) ou en association avec la radiothérapie externe ou l'hormonothérapie pour les tumeurs plus agressives ou avancées.

Lors de la *curiethérapie à haut débit de dose (HDD)*, on traite le cancer de la prostate au moyen d'un implant temporaire qui émet une dose élevée de radiation. Aucune radiation ne demeure dans le corps après l'administration du traitement. Chaque traitement dure généralement de 15 à 20 minutes, pendant que vous êtes sous anesthésie. Comme la curiethérapie à FDD, la curiethérapie à HDD peut être employée seule ou en association avec l'hormonothérapie ou la radiothérapie externe.

Radiothérapie systémique

La radiothérapie systémique est un autre type de radiothérapie interne. On peut aussi l'appeler traitement radio-isotopique. La radiothérapie systémique a recours à une matière radioactive qui circule dans le corps. Les cellules cancéreuses absorbent la matière radioactive, qui les détruit.

Dans le cas du cancer de la prostate, cette matière peut être fixée à une substance qui cible des molécules spécifiques, comme des protéines, à la surface des cellules cancéreuses. Cela permet d'administrer la radiothérapie directement aux cellules cancéreuses, ce qui peut provoquer moins d'effets secondaires ou des effets secondaires moins graves.

On a le plus souvent recours à la radiothérapie systémique comme traitement palliatif d'un cancer de la prostate résistant à la castration (cancer qui réapparaît ou qui ne disparaît pas après avoir été traité par hormonothérapie) ou d'un cancer de la prostate qui s'est propagé aux os et qui cause de la douleur.

Hormonothérapie

On a souvent recours à l'hormonothérapie pour traiter le cancer de la prostate. L'hormonothérapie agit en empêchant temporairement le corps de fabriquer des androgènes (hormones mâles).

Les androgènes, comme la testostérone, aident les cellules du cancer de la prostate à croître. Ils contrôlent également l'apparition des caractéristiques physiques mâles, comme la voix grave et la pousse des poils sur le visage et le corps. Les androgènes sont produits principalement par les testicules.

On peut avoir recours à des médicaments pour bloquer la production ou les effets des androgènes comme la testostérone. Employée seule, l'hormonothérapie ne permet pas de guérir le cancer de la prostate, mais elle peut réduire la taille des tumeurs, ralentir la croissance des cellules cancéreuses et vous aider à vivre plus longtemps. On l'emploie souvent en association avec la radiothérapie.

On pourrait vous proposer une hormonothérapie pour traiter un cancer qui s'est propagé hors de la prostate ou un cancer de la prostate qui est réapparu après d'autres traitements. Ce pourrait aussi être une option s'il s'agit d'un cancer traité par chirurgie ou radiothérapie dont le risque de réapparition est élevé.

Votre équipe soignante prendra vos besoins personnels en considération pour planifier votre hormonothérapie. Vous pourriez commencer l'hormonothérapie peu après votre diagnostic. Ou bien le traitement pourrait être administré seulement quand les symptômes du cancer de la prostate s'aggraveront. Vous pourriez commencer un traitement, l'interrompre puis le reprendre (hormonothérapie intermittente), ou bien prendre des hormones de façon continue durant une longue période. Parfois on associe deux types d'hormonothérapie (blocage androgénique).

Il est possible que l'hormonothérapie cesse d'être efficace avec le temps, ce qui fait en sorte que le cancer de la prostate recommence à se développer. Quand cela se produit, les médecins peuvent proposer d'autres types d'hormonothérapie ou d'autres traitements. Ils ne peuvent pas savoir d'avance pendant combien de temps l'hormonothérapie sera

efficace, alors on vous fera régulièrement des analyses sanguines pour mesurer vos taux d'APS et de testostérone.
Si le taux d'APS se met à augmenter tandis que le taux de testostérone reste faible, cela peut signifier que le cancer a recommencé à se développer.

On a recours à différents types d'hormonothérapie pour traiter le cancer de la prostate.

Les *analogues de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (LHRH)* sont des médicaments qui empêchent les testicules de fabriquer la testostérone. Les analogues de la LHRH sont aussi appelés analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRH).

Les analogues de la LHRH les plus fréquemment utilisés pour traiter le cancer de la prostate sont le leuprolide (Lupron, Lupron Depot, Eligard), la goséréline (Zoladex) et la triptoréline (Trelstar).

Les *antagonistes de la LHRH*, *aussi appelés antagonistes de la GnRH*, sont des médicaments qui empêchent l'hypophyse de fabriquer la LH, ce qui fait que les testicules cessent de produire la testostérone. Habituellement, les antagonistes de la LHRH font baisser le taux de testostérone plus rapidement que les analogues de la LHRH.

L'antagoniste de la LHRH employé pour traiter le cancer de la prostate est le dégarélix (Firmagon).

Les *inhibiteurs de la synthèse des androgènes* bloquent les enzymes dont le corps a besoin pour produire la testostérone.

Les inhibiteurs de la synthèse des androgènes comprennent l'abiratérone (Zytiga). On peut y avoir recours pour traiter le cancer de la prostate avancé.

Les *anti-androgènes* bloquent la testostérone. Ils se lient aux récepteurs d'androgènes situés sur les cellules du cancer de la prostate et empêchent la testostérone de pénétrer dans les cellules.

Les anti-androgènes ne sont généralement pas employés seuls pour traiter le cancer de la prostate. Comme traitement principal du cancer de la prostate, ils peuvent être associés à un analogue de la LHRH (blocage androgénique combiné, ou BAC) ou à une orchidectomie. On peut également administrer des anti-androgènes si le cancer se met à se développer après une orchidectomie ou pendant que vous prenez un analogue ou un antagoniste de la LHRH.

Les anti-androgènes les plus couramment employés pour traiter le cancer de la prostate sont les suivants :

- bicalutamide (Casodex);
- flutamide;
- nilutamide (Anandron);
- apalutamide (Erleada);
- enzalutamide (Xtandi);
- darolutamide (Nubeqa).

L'*orchidectomie* ou castration chirurgicale, est une opération consistant à enlever les testicules. L'ablation des testicules réduit la quantité de testostérone dans le corps. On n'a plus fréquemment recours à l'orchidectomie pour traiter le cancer de la prostate.

Chimiothérapie
La chimiothérapie détruit les cellules cancéreuses au moyen de médicaments anticancéreux, ou cytotoxiques. On l'administre pour vous aider à vivre plus longtemps et pour essayer d'améliorer votre qualité de vie en soulageant la douleur et en contrôlant les symptômes.

On emploie parfois la chimiothérapie pour traiter un cancer de la prostate qui s'est propagé à d'autres parties du corps (cancer de la prostate métastatique) ou qui a cessé de répondre à l'hormonothérapie.

Les agents chimiothérapeutiques administrés pour traiter le cancer de la prostate sont le docétaxel, la mitoxantrone et le cabazitaxel (Jevtana).

Vous poursuivrez votre hormonothérapie pendant la chimiothérapie.

Traitement ciblé
Le traitement ciblé consiste à utiliser des médicaments pour cibler les molécules spécifiques (par exemple des protéines) qui sont présentes à la surface ou à l'intérieur des cellules cancéreuses et qui leur indiquent de croître ou de se diviser. Les médicaments ciblés interrompent la croissance et la propagation des cellules cancéreuses tout en limitant les dommages aux cellules normales.

Vous pourriez recevoir un traitement ciblé pour traiter un cancer de la prostate résistant à la castration qui présente certains changements des gènes dans les cellules cancéreuses. Le médicament ciblé employé est l'olaparib (Lynparza).

Traitements du cancer de la prostate selon le stade

On propose différents traitements pour les différents stades du cancer de la prostate, selon votre état de santé global.

Stade	Traitements possibles
localisé, risque faible ou très faible	• surveillance active • observation vigilante • chirurgie (prostatectomie radicale) • radiothérapie (externe, curiethérapie)
localisé, risque intermédiaire favorable	• surveillance active • observation vigilante • chirurgie (prostatectomie radicale) • radiothérapie (externe, curiethérapie)
localisé, risque intermédiaire défavorable	• chirurgie (prostatectomie radicale) • radiothérapie (externe, curiethérapie) avec ou sans hormonothérapie • hormonothérapie • observation vigilante
localisé, risque élevé ou très élevé	• radiothérapie (externe, curiethérapie) avec hormonothérapie • chirurgie (prostatectomie radicale) • observation vigilante
localement avancé	• radiothérapie (externe, curiethérapie) avec hormonothérapie • chirurgie (prostatectomie radicale, RTUP) et radiothérapie avec ou sans hormonothérapie • hormonothérapie seule • observation vigilante
sensible à la castration (cancer qui répond à l'hormonothérapie), métastatique	• hormonothérapie • radiothérapie (externe) • chirurgie (RTUP) • chimiothérapie • traitements des métastases osseuses • observation vigilante

Stade	Traitements possibles
récidivant – après une prostatectomie radicale	• radiothérapie (externe, curiethérapie) avec ou sans hormonothérapie • hormonothérapie • observation vigilante
récidivant – après une radiothérapie	• observation vigilante • curiethérapie • cryochirurgie • hormonothérapie
récidivant – hors de la prostate	• hormonothérapie • chimiothérapie • traitement ciblé • traitements des métastases osseuses
résistant à la castration (cancer qui ne répond plus à l'hormonothérapie), non métastatique	• hormonothérapie avec ajouts ou changements de médicaments
résistant à la castration, métastatique	• hormonothérapie avec ajouts ou changements de médicaments • chimiothérapie • traitement ciblé • radiothérapie (externe, systémique) • traitements des métastases osseuses

Essais cliniques

Les essais cliniques sont des études de recherche qui se penchent sur de nouvelles façons de prévenir, de trouver, de traiter ou de gérer le cancer. Ils aident à établir si les nouveaux traitements, médicaments ou dispositifs sont sûrs et efficaces.

En prenant part à un essai clinique, vous avez la possibilité de recevoir un nouveau traitement prometteur. Cela peut être une source d'espoir si les autres options de traitement ne sont pas efficaces ou disponibles.

La participation à un essai clinique est quelque chose que vous acceptez librement, ce n'est pas une obligation. Avant de prendre votre décision, il est important de vous renseigner le plus possible.

Pour en apprendre davantage sur les essais cliniques, visitez cancer.ca. Vous pouvez également consulter ces sites :

- ClinicalTrials.gov (en anglais);
- EssaisCanadiensCancer.ca;
- cancer.gov/ClinicalTrials (National Cancer Institute des États-Unis) (en anglais).

Si vous ne pouvez pas ou ne voulez pas recevoir de traitement du cancer

Vous pourriez envisager de recevoir un type de soins qui vous permet de vous sentir mieux sans traiter le cancer en lui-même. Ce pourrait être parce que les traitements du cancer n'agissent plus, qu'il n'est plus probable qu'ils améliorent votre état ou que leurs effets secondaires sont difficiles à tolérer. D'autres raisons peuvent aussi expliquer pourquoi vous ne pouvez pas ou ne voulez pas recevoir de traitement du cancer.

Discutez-en avec les membres de votre équipe soignante. Ils peuvent vous aider à choisir les soins et le traitement pour un cancer avancé.

Questions à poser sur le traitement

- Quels sont les risques si le cancer n'est pas bientôt traité?

- Quel est le plan de traitement que l'équipe soignante a recommandé pour moi?

- Quand mon traitement commencera-t-il et combien de temps durera-t-il?

- Comment serai-je suivi si mon traitement est la surveillance active?

- Quels symptômes devrais-je signaler à l'équipe soignante si mon traitement consiste en une observation vigilante?

- Qu'arrivera-t-il si le traitement de première intention ne donne pas de résultats?

Partie 4 : Effets secondaires

Peu importe le traitement du cancer de la prostate, il est possible que des effets secondaires se produisent, mais chaque personne les ressent différemment. Certaines en ont beaucoup alors que d'autres en éprouvent peu ou pas du tout.

Si des effets secondaires se manifestent, ils peuvent le faire n'importe quand pendant le traitement, tout de suite après ou quelques jours, voire quelques semaines plus tard. Il arrive que des effets secondaires apparaissent des mois ou des années à la suite du traitement (effets tardifs). La plupart disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains risquent de durer longtemps ou d'être permanents.

Connaître les effets secondaires peut vous aider à décider de votre traitement du cancer de la prostate, en particulier si vous devez choisir entre la chirurgie et la radiothérapie. Demandez à votre équipe soignante quels sont les effets secondaires de chaque traitement.
On pourra vous aider à choisir ce qui vous convient le mieux.

Effets secondaires du traitement du cancer de la prostate

Au moment de prendre des décisions de traitement, il est parfois utile de comparer les effets secondaires. Le tableau qui suit présente en parallèle les effets secondaires possibles de chaque traitement.

	Traitement	
	Chirurgie	**Hormonothérapie**
Effets secondaires	• saignement • infection • difficulté à obtenir et à maintenir une érection (dysfonctionnement érectile) • changements de l'orgasme • perte du contrôle de la vessie (incontinence urinaire) • fuite de selles par l'anus • fuite d'urine lors de l'éjaculation • affaiblissement d'une région de la paroi abdominale, près de l'aine, à travers laquelle les intestins peuvent passer (hernie inguinale) • enflure de la région génitale • perte de fertilité • enflure (lymphœdème) • rétrécissement du pénis	• baisse de libido • dysfonctionnement érectile • bouffées de chaleur • sautes d'humeur • sensibilité des seins et développement du tissu mammaire • rétrécissement des testicules et du pénis • perte de masse musculaire et de force physique • amincissement des os et fractures (cassures) • fatigue • diarrhée ou constipation • pression artérielle élevée • maux de tête • nausées • dépression, difficulté à se concentrer et troubles de la mémoire • hausse du taux de cholestérol • troubles cardiaques

	Traitement		
	Radiothérapie	**Chimiothérapie**	**Traitement ciblé**
Effets secondaires	• fatigue • diarrhée • sang dans les selles • douleur rectale • sensation de brûlure dans le rectum • écoulement par l'anus • incontinence urinaire • besoin d'uriner plus souvent • sensation de brûlure lorsqu'on urine • dysfonctionnement érectile • lymphœdème • douleur et enflure entre le scrotum et le rectum • sang dans l'urine • hausse temporaire du taux d'APS (rebond d'APS)	• nombre peu élevé de cellules sanguines • nausées et vomissements • diarrhée • fatigue • perte de poils et de cheveux • douleur dans la bouche et maux de gorge • perte d'appétit	• nombre peu élevé de globules rouges • douleurs articulaires • enflure des chevilles • infections de la vessie • toux • troubles respiratoires • nausées et vomissements • diarrhée

Gérer les effets secondaires

La plupart des traitements du cancer de la prostate peuvent entraîner des effets secondaires à court et à long termes. Vous trouverez ci-dessous les effets secondaires les plus courants du cancer de la prostate. Voyez avec votre équipe soignante comment il est possible de les gérer ou de les traiter.

Fatigue

La fatigue rend une personne plus lasse que d'habitude et peut nuire aux activités quotidiennes et au sommeil. Il s'agit d'un effet secondaire fréquent du traitement du cancer de la prostate.

La fatigue peut être causée par un nombre peu élevé de globules rouges (anémie) ou par les substances toxiques qui sont produites lorsque les cellules cancéreuses se décomposent et meurent à la suite de la radiothérapie. Elle peut également être associée à une perte d'appétit ou à la dépression. Vous pouvez aussi éprouver de la fatigue pendant votre rétablissement d'une chirurgie du cancer de la prostate.

La fatigue peut s'atténuer avec le temps, mais elle peut également se prolonger bien après la fin du traitement du cancer de la prostate.

Si la fatigue vous incommode, parlez-en aux membres de votre équipe soignante. Ils tenteront de déterminer la cause de cette fatigue et vous suggéreront des moyens de la traiter ou de la gérer.

Incontinence urinaire

Tout traitement qui nécessite l'ablation de la prostate ou qui détruit le tissu prostatique peut influencer la miction (action d'uriner). Cela s'explique du fait que la prostate est située près de la vessie et qu'elle entoure l'urètre.

L'incontinence urinaire est aussi appelée perte du contrôle de la vessie. C'est l'évacuation involontaire d'urine ou l'incapacité de maîtriser le passage de l'urine. Il s'agit d'un effet secondaire assez courant de la prostatectomie radicale. L'incontinence est habituellement temporaire (de quelques semaines à quelques mois), mais elle peut être permanente dans certains cas. Les fuites d'urine peuvent survenir sans avertissement

ou seulement lorsqu'on soulève des objets lourds ou qu'on fait un mouvement physique brusque, comme éternuer ou rire. D'autres difficultés urinaires peuvent survenir après la radiothérapie, comme le besoin fréquent d'uriner, une sensation de brûlure et de douleur, du sang dans les urines ou une envie intense d'uriner.

Pour vous aider à gérer l'incontinence urinaire, faites attention à la quantité et aux types de liquides et d'aliments que vous consommez. Évitez l'alcool et les boissons contenant de la caféine, car ils risquent de trop stimuler la vessie. Limitez également votre consommation d'aliments épicés, de boissons gazeuses, d'agrumes et de jus d'agrumes, qui peuvent tous irriter la vessie. Ne buvez pas trop de liquide dans les trois à quatre heures qui précèdent le coucher. Si vous faites de l'embonpoint ou que vous êtes obèse, la perte de poids peut aider à atténuer les problèmes d'incontinence.

Informez-vous des autres moyens de gérer l'incontinence urinaire auprès des membres de votre équipe soignante. Ils vous suggéreront peut-être d'essayer une ou plusieurs des solutions suivantes.

Entraînement et exercices de la vessie
Essayez d'aller régulièrement aux toilettes toutes les deux ou trois heures lorsque vous êtes éveillé, et augmentez graduellement cet intervalle pour qu'il atteigne de trois à quatre heures.

Discutez avec votre équipe soignante de la possibilité d'apprendre à pratiquer les exercices de Kegel. Ces exercices renforcent les muscles du plancher pelvien, qui aident à contrôler la miction. En les renforçant, vous pourriez atténuer l'incontinence urinaire.

Médicaments
Votre équipe soignante peut vous suggérer des médicaments pour traiter l'incontinence urinaire. Ces médicaments agissent de différentes manières pour détendre ou renforcer le muscle de la vessie, stopper les spasmes de la vessie et aider à ralentir les contractions de la vessie. On peut avoir recours à d'autres médicaments pour aider à vider la vessie.

Dispositifs médicaux
Votre équipe soignante peut vous proposer différents dispositifs médicaux pour vous aider à gérer l'incontinence urinaire. Cela peut comprendre un tube (cathéter) introduit dans la vessie pour recueillir l'urine, ou bien un condom collecteur placé sur le pénis et relié à un tube qui achemine l'urine dans un sac.

Chirurgie
Si les autres méthodes n'aident pas à réduire les difficultés urinaires, votre équipe soignante pourrait vous suggérer la chirurgie. Selon la cause de l'incontinence urinaire, on peut avoir recours à différentes interventions pour la traiter.

Effets secondaires liés à la fonction sexuelle
Les effets secondaires liés à la fonction sexuelle à la suite d'un traitement du cancer de la prostate peuvent comprendre l'infertilité, une diminution du désir sexuel (libido) et le dysfonctionnement érectile.

Que vous soyez célibataire ou en couple, il n'est pas rare d'observer des changements sur le plan de l'intimité sexuelle pendant et après le traitement d'un cancer de la prostate.

Vous pouvez continuer de vivre des relations profondes et réconfortantes et d'avoir une vie sexuelle satisfaisante après un cancer de la prostate. Si des troubles sexuels se manifestent à cause du cancer de la prostate ou de ses traitements, il existe des moyens de les gérer.

Vous pourriez avoir besoin d'aide pour faire face aux troubles sexuels ou aux préoccupations liées à la sexualité. Des professionnels de la santé spécialisés en troubles sexuels peuvent fournir de l'information et apporter du soutien aux personnes atteintes de cancer et à leurs partenaires. Le counseling sexuel peut se faire individuellement, en couple ou en groupe. Le counseling peut vous aider à parler ouvertement de vos problèmes, à affronter vos préoccupations et à découvrir de nouvelles manières de vous adapter ou d'obtenir du plaisir sexuel.

Discutez avec votre équipe soignante des ressources qui peuvent vous aider à faire face aux préoccupations ou aux troubles sexuels.

Infertilité
L'infertilité peut être un effet secondaire pour les personnes atteintes d'un cancer de la prostate qui sont traitées par chirurgie ou par radiothérapie.

La prostatectomie radicale consiste à enlever la prostate et les vésicules séminales, qui produisent la plus grande partie du liquide dans le sperme. Cela entraîne un orgasme sec, c'est-à-dire le fait d'atteindre la jouissance sexuelle sans éjaculer de sperme.

La radiothérapie peut réduire le nombre de spermatozoïdes, les détruire ou empêcher les testicules de les fabriquer.

La plupart des hommes atteints d'un cancer de la prostate sont âgés au moment du diagnostic, donc l'incapacité de mettre une personne enceinte pose rarement des problèmes. Discutez avec votre équipe soignante si vous êtes préoccupé par l'effet du traitement sur votre fertilité. Vous pouvez aussi parler à votre équipe soignante de la possibilité de faire congeler votre sperme.

Perte de désir sexuel
La perte de désir sexuel est aussi appelée baisse de libido. Il est fréquent d'éprouver moins d'intérêt pour le sexe après avoir reçu un diagnostic de cancer et pendant le traitement. L'hormonothérapie risque particulièrement de réduire votre désir sexuel, car elle diminue le taux de testostérone. Il est également possible que vous ayez peu de désir sexuel après le traitement si vous craignez que les relations sexuelles soient douloureuses ou que vous ne soyez pas capable d'avoir une érection ou d'atteindre l'orgasme.

Dysfonctionnement érectile (DE)
Le dysfonctionnement érectile (DE) est l'incapacité d'avoir et de maintenir une érection suffisamment ferme pour permettre une relation sexuelle. Le dysfonctionnement érectile est aussi appelé impuissance.

Le DE est un effet secondaire courant de la prostatectomie radicale, même lorsque le chirurgien préserve les faisceaux de nerfs qui contrôlent les érections. Certains hommes pourraient constater une amélioration de leurs érections au fil du temps, alors que d'autres risquent de ne jamais

retrouver la capacité d'avoir une érection spontanée.

La radiothérapie peut aussi entraîner un DE, mais les difficultés mettent un certain temps à se manifester après la fin du traitement.

Voici quelques-uns des traitements offerts pour le DE. Voyez avec votre équipe soignante quels sont les traitements possibles et lesquels vous conviendraient le mieux.

Traitements médicaux du dysfonctionnement érectile

Traitement	Description	Avantages	Désavantages
Médicaments oraux	Les inhibiteurs de la PDE5 détendent les vaisseaux sanguins et augmentent la circulation sanguine dans le pénis.	• faciles à prendre • peuvent faciliter les relations sexuelles spontanées	• ne fonctionnent pas si les nerfs érectiles ont été enlevés • ne peuvent être pris avec des médicaments au nitrate (utilisés en cas de douleur cardiaque) • coût
Dispositifs de constriction à vide	Un cylindre de plastique est placé autour du pénis; un système de succion fait parvenir le sang au pénis pour créer une érection.	• ne nécessitent pas de médicaments ni de chirurgie • pas d'aiguille	• peuvent causer des ecchymoses • le pénis peut être frais au toucher, ce qui ne procure pas une sensation naturelle • ne peuvent pas être portés plus de 30 minutes • ne peuvent pas être utilisés si vous prenez des anticoagulants

Traitements médicaux du dysfonctionnement érectile			
Traitement	**Description**	**Avantages**	**Désavantages**
Traitement par le système transurétral MUSE	On injecte un petit comprimé (pellet) médicamenté dans l'urètre à l'aide d'un dispositif spécial.	• peut fonctionner même si les nerfs érectiles ont été endommagés • pas d'aiguille • peut être utilisé si vous ne pouvez pas prendre de médicaments oraux	• inconfort • coût
Injections péniennes	Au moyen d'une aiguille très fine, on injecte un médicament dans les tissus spongieux du pénis.	• peuvent fonctionner même si les nerfs érectiles ont été endommagés • peuvent être utilisées si vous ne pouvez pas prendre de médicaments oraux	• inconfort • risque d'érection prolongée • formation de tissu cicatriciel qui peut courber le pénis • évanouissement (effet secondaire rare)
Prothèses péniennes	Les tiges fermes peuvent être courbées dans différentes positions, pour les relations sexuelles ou pour le port de vêtements. Les implants gonflables permettent de pomper de l'eau dans le cylindre pour créer une érection.	• peuvent être utilisés si vous ne pouvez pas prendre de médicaments oraux • évitent le risque de tissu cicatriciel associé aux injections péniennes • aucun changement de sensation de la peau du pénis	• nécessitent une chirurgie pour mettre l'implant en place dans le pénis • peuvent être embarrassants lors de relations avec une nouvelle ou un nouveau partenaire • en cas de défaillance de l'implant, celui-ci doit être retiré par chirurgie

Effets secondaires intestinaux
La prostatectomie radicale présente un très faible risque de lésion du rectum. Une colostomie temporaire (ouverture dans l'abdomen pour acheminer les selles dans un sac) peut alors être nécessaire. Il s'agit d'une mesure à court terme, le temps que la lésion au rectum guérisse.

Si vous éprouvez des troubles intestinaux, parlez-en à votre équipe soignante. On pourra vous suggérer de modifier votre alimentation ou vous prescrire des médicaments pour vous soulager.

Perte de masse osseuse
Une perte de masse osseuse est appelée ostéoporose. Certaines hormonothérapies administrées comme traitement du cancer de la prostate peuvent accroître le risque d'ostéoporose. Ces traitements réduisent la quantité de testostérone dans le corps, empêchant ainsi les cellules cancéreuses de l'utiliser pour croître. Mais la testostérone joue aussi un rôle dans le maintien d'os solides; les hormonothérapies qui abaissent le taux de testostérone peuvent donc causer une perte osseuse. Un cancer qui s'est propagé aux os risque également d'affaiblir les os et de provoquer des fractures (cassures).

La détection précoce et le traitement rapide de l'ostéoporose peuvent aider à prévenir la perte osseuse et les fractures. Le traitement de l'ostéoporose comprend l'administration de médicaments appelés bisphosphonates et de dénosumab. Il est important de prendre aussi du calcium et de la vitamine D.

L'hormonothérapie peut également causer une perte de masse et de force musculaires. La pratique régulière de l'exercice peut aider à ralentir ou à prévenir cette perte. Demandez à votre équipe soignante quels sont les types d'exercice les mieux adaptés à l'ostéoporose et à la perte de masse musculaire.

Questions à poser sur les effets secondaires

- Quels sont les principaux effets secondaires des traitements recommandés?

- En quoi chaque type de traitement affectera-t-il ma qualité de vie?

- Est-ce que je risque d'éprouver des problèmes d'incontinence ou de dysfonctionnement érectile après le traitement?

Partie 5 : Suivi

Soins de suivi pour le cancer de la prostate

Une fois votre traitement terminé, vous aurez quand même besoin d'une surveillance étroite de la part de votre équipe soignante.

Votre plan de suivi pourrait inclure des consultations et des examens, des analyses de laboratoire ou des tests d'imagerie, de façon régulière. Informez votre équipe soignante de tout nouveau symptôme, comme une douleur aux os ou un problème urinaire. Votre équipe soignante sera ainsi plus à même de détecter le cancer tôt s'il réapparaît (récidive).

Crainte de la réapparition du cancer
Si vous êtes traité pour un cancer de la prostate, vous craignez peut-être que la maladie réapparaisse. Le fait d'apprivoiser ces peurs peut vous aider à maintenir une bonne qualité de vie.

Si vous constatez que vous êtes constamment inquiet et angoissé ou si votre anxiété nuit à votre vie quotidienne, songez à consulter un thérapeute. Il est important d'apprendre à maîtriser votre inquiétude afin de consacrer votre énergie à vivre votre vie, à prendre soin de votre santé et à profiter le plus possible de chaque journée.

Mode de vie sain
Éviter le tabac, bien vous alimenter, faire suffisamment d'activité physique, maintenir un poids santé et limiter votre consommation d'alcool sont autant de gestes qui peuvent vous aider à vivre plus longtemps et à réduire votre risque de récidive du cancer de la prostate ou de cancer secondaire. Votre équipe soignante peut vous aider à élaborer des plans afin de rester en bonne santé.

Activité physique
Pendant et après le traitement du cancer de la prostate, vous remarquerez peut-être que votre masse musculaire a diminué et que vous êtes en moins bonne forme physique. Il se peut aussi que vous vous sentiez fatigué.

Redevenir actif est une étape importante de votre rétablissement. Il est prouvé que l'activité physique régulière aide à réduire les effets secondaires comme la fatigue, la douleur et l'anxiété. Elle peut améliorer votre niveau d'énergie et la qualité de votre sommeil. L'activité physique peut vous aider à accroître votre masse et votre force musculaires, améliorer la santé de votre cœur et abaisser votre pression artérielle. Elle joue aussi un rôle important pour l'atteinte et le maintien d'un poids santé.

Essayez de consacrer au moins 30 minutes par jour à l'activité physique. Si c'est trop, faites ce que vous pouvez : un peu d'exercice vaut mieux que pas du tout. Il vous faudra peut-être du temps pour découvrir ce dont vous êtes capable et pour vous habituer au nouveau mode de fonctionnement de votre corps. Il se peut que votre corps ait de nouvelles limites pendant ou après le traitement, que vous devrez accepter. Les premières fois, vous ne pourrez peut-être pas aller aussi loin ou aussi vite. Vous pourriez aussi être très fatigué, surtout au début.

Parlez à votre équipe soignante avant de commencer. On vous indiquera quel type d'exercice est sans danger pour vous et à quel rythme augmenter l'intensité de vos activités. Les exercices légers comme les courtes promenades à pas lents, les étirements et la natation sont presque toujours à conseiller au début. Si toutefois vous envisagez de reprendre des activités plus vigoureuses (comme des travaux de jardinage exigeants, la musculation ou un sport de contact), votre équipe soignante doit le savoir.

Bien manger
Une alimentation saine et bien équilibrée, composée d'une variété de groupes alimentaires, peut vous aider à vous rétablir du cancer de la prostate. Bien vous alimenter peut aussi contribuer à prolonger votre vie et peut-être à réduire votre risque de cancer secondaire.

Pendant que vous vous rétablissez du cancer de la prostate, veillez à :

- adopter une alimentation riche en légumes, en fruits et en grains entiers;
- limiter les aliments et les boissons riches en calories;
- consommer des aliments faibles en gras saturés.

Si vous avez reçu une hormonothérapie ou une radiothérapie comme traitement du cancer de la prostate, discutez avec votre médecin ou avec une diététiste pour déterminer le régime alimentaire qui vous convient le mieux. La recherche indique qu'un apport suffisant en vitamine D et en calcium peut aider à prévenir l'ostéoporose et les fractures quand on reçoit une hormonothérapie. Certaines personnes traitées par radiothérapie ont de la difficulté à bien absorber les éléments nutritifs contenus dans la nourriture.

Bien-être émotionnel et mental
Un diagnostic de cancer de la prostate peut changer votre vie. Vous risquez d'éprouver du stress, de l'anxiété, de la peur et toutes sortes d'autres émotions. Il est important de pouvoir compter sur un solide réseau de soutien pour traverser cette période difficile de manière positive. Votre réseau peut comprendre des amis, des groupes de soutien ainsi que des groupes religieux et spirituels. Il peut aussi inclure des

membres de votre équipe soignante : médecin de famille, oncologue, travailleur social, psychologue et sexologue, par exemple.

Vous voudrez peut-être essayer quelques-unes des stratégies qui suivent afin de voir ce qui fonctionne pour vous.

Reconnaissez vos émotions et accueillez-les sans détour. Essayez de les décrire ou d'en parler. Il peut être difficile d'exprimer exactement ce que vous ressentez à vos proches parce que vous voulez en quelque sorte les protéger. Mais une franche discussion peut en fait améliorer la communication et renforcer les liens avec les personnes qui vous sont chères.

Confiez-vous à quelqu'un. Parfois, il s'agit de trouver le courage de parler à une seule personne, et on se sent déjà mieux. Ce peut être un ami, un proche parent ou un professionnel de la santé mentale. Il peut aussi être bon de parler à quelqu'un qui a connu une expérience de cancer semblable à la vôtre.

Soyez franc et clair avec les personnes qui vous soutiennent. Dressez une liste des différentes formes d'aide que chaque personne peut vous apporter pendant cette période (par exemple vous conduire à vos rendez-vous, vous donner un coup de main pour diverses tâches, vous écouter quand vous ressentez le besoin de parler).

Continuez à mener votre vie aussi normalement que possible. Même si un diagnostic de cancer risque de bouleverser bien des choses, essayez de maintenir votre routine et vos habitudes – autant que vous le pouvez. Faites l'effort de vous lever et de vous habiller tous les jours. Conservez vos activités sociales.

Décidez de ce qui est important pour vous. Continuez à pratiquer des activités qui vous plaisent et qui ont un sens pour vous. Gérez votre temps de manière réaliste en dressant une liste de choses que vous êtes capable d'accomplir chaque jour.

Essayez de pratiquer la méditation, le yoga ou des techniques de relaxation. Ce genre d'activité peut atténuer le stress, l'anxiété ou la colère; vous vous sentirez alors plus calme et moins dépassé par les événements.

Concentrez-vous sur des choses positives. Passez du temps avec des personnes qui vous font rire ou faites des choses qui vous remontent le moral. De nombreuses personnes disent que le contact avec des animaux de compagnie les apaise et leur fait voir la vie de manière plus positive.

Changez d'environnement. Accordez-vous un peu de tranquillité en prenant une pause ou en allant marcher. Passez du temps dans des endroits que vous trouvez reposants, comme une plage ou un parc.

Adhérez à un groupe de soutien. Il est parfois utile de parler à d'autres personnes qui ont vécu ou qui sont en train de vivre une expérience semblable.

Demandez de l'aide supplémentaire si vous en avez besoin. Si vous n'arrivez pas à prendre le dessus sur le plan émotionnel, parlez-en aux membres de votre équipe soignante. Au besoin, on vous dirigera vers un spécialiste, comme un psychologue ou un psychiatre, qui vous recommandera des médicaments ou une thérapie pour traiter la dépression ou l'anxiété.

Questions à poser sur le suivi

- Comment sont planifiées les visites de suivi?

- Quels tests sont effectués régulièrement? À quelle fréquence?

Notes

NOTRE BUT : VOUS AIDER

Trouvez de l'information digne de confiance
Visitez cancer.ca pour obtenir des renseignements sur plus de 100 types de cancer. Vous y trouverez des sujets allant du diagnostic au traitement, en passant par la gestion des effets secondaires, la vie avec le cancer et la réduction des risques. Nous proposons aussi des publications, des vidéos et des webinaires.

Obtenez des réponses à vos questions
Quelles que soient vos questions à propos du diagnostic, du traitement, de la prévention, du soutien psychosocial et des services offerts, nos spécialistes en information sur le cancer sont qualifiés pour vous aider à obtenir des réponses. Appelez-nous au 1 888 939-3333. Notre Ligne d'aide et d'information sur le cancer est offerte en français et en anglais ainsi qu'en d'autres langues grâce aux services d'interprètes.

Entrez en contact avec des personnes qui sont passées par là
Visitez ParlonsCancer.ca pour vous joindre à notre communauté en ligne dirigée. Vous pouvez vous joindre à des groupes de discussion, obtenir du soutien et aider les autres en même temps. Il s'agit d'un espace sûr où tisser des liens, apprendre et partager votre expérience de cancer.

Trouvez des services dans votre communauté
Notre répertoire des services à la communauté (RSC) est un outil pour trouver les services liés au cancer dont vous avez besoin. Vous pouvez effectuer une recherche parmi plus de 4500 services au Canada : programmes de soutien psychosocial, soins à domicile, aide au transport pour vous rendre à vos traitements du cancer, où trouver une prothèse (capillaire ou autre), et plus encore. Commencez votre recherche à cancer.ca/rsc.

La Société canadienne du cancer travaille sans relâche afin de sauver et d'améliorer des vies. Nous finançons les plus brillants chercheurs sur le cancer. Nous fournissons un réseau d'aide empreint de compassion à toutes les personnes atteintes de cancer, dans tout le Canada et pour tous les types de cancer. Avec le soutien des personnes touchées, des sympathisants, des donateurs et des bénévoles, nous créons un avenir plus sain.

Nous avons tous un rôle à jouer.
Ça prend une société pour agir contre le cancer.

Société canadienne du cancer

ÇA PREND UNE SOCIÉTÉ

1 888 939-3333
CANCER.CA

Ces renseignements généraux, colligés par la Société canadienne du cancer, ne sauraient en aucun cas remplacer les conseils de professionnels de la santé.

Le contenu de cette publication peut être copié ou reproduit sans permission. Cependant, la mention suivante doit être utilisée: *Cancer de la prostate : Du diagnostic au suivi.* Société canadienne du cancer, 2023.

© Société canadienne du cancer, 2023 · 32424-2-NO