



Pr A. Belkacem-Nacer *

La fréquence du **cancer de la prostate** est sous-estimée, en Algérie

... Propos recueillis par Tanina Ait

Santé Mag: La fréquence du cancer de la prostate est sous-estimée, en Algérie

Pr Abdelwahab Belkacem-Nacer: Il faut savoir qu'au-delà de l'âge de 50 ans, le cancer de la prostate, qui est déjà classé en première position dans la fréquence des cancers urologiques, devient, alors, premier parmi toutes les survenues des cancers, chez l'homme, avant celui du poumon. Nonobstant cela, il n'est pas diagnostiqué précocement dans notre pays, alors que cette progression est la même de par le monde et devrait constituer une alerte. Malheureusement, dans les **2/3** des cas, les patients qui se présentent en consultation, chez nous, ont des tumeurs à un stade localement avancé, ou métastatique.

D'où, l'intérêt d'un dépistage...

Je ferai remarquer, de prime abord, que le dépistage de masse organisé ne présente aucun intérêt. En revanche, il importe de pratiquer individuellement un dépistage et ce, dès l'âge de **50** ans et ne pas attendre les signes urinaires.

En quoi consiste ce dépistage ?

Lors d'une consultation chez le médecin traitant, celui-ci procédera, dans tous les cas, à un toucher rectal, à la recherche d'un nodule, ou tout aspect suspect de la prostate; puis, il demandera un PSA (antigène spécifique prostatique) et ce, lorsque le patient a dépassé la cinquantaine. Les résultats de cet examen doivent être inférieurs à **4ng/ml** l.

... Au demeurant, il est utile de rappeler que le médecin généraliste traitant est le pivot du système de santé ...

En cela, il lui appartient, en premier lieu, de sensibiliser les patients; puisque,



souvent, c'est leur premier contact avec le secteur médical.

Quel est le rythme du dépistage ?

Le rythme du dépistage est fonction des résultats du premier dosage effectué. Si ce dosage est très bas, il n'est pas, alors, nécessaire de le refaire chaque année, mais tous les deux ans. Cependant, lorsque ce dosage se situe entre **3, 5/ml** et **4,5**, on procédera, par conséquent, à cette analyse annuellement. J'ajouterai qu'en cas d'antécédents familiaux de cancer de prostate, il importe de se faire dépister à partir de **45** ans.

Comment se fait l'examen de certitude ?

En cas de suspicion de cancer de prostate (toucher rectal anormal, ou élévation du PSA), on procède à une biopsie prostatique; les prélèvements, analyses en histologie confirment le diagnostic. On peut demander une IRM, qui peut nous guider dans les prélèvements biopsiques, lorsqu'elle est anormale. Elle nous aide, aussi, à faire un bilan d'extension. L'IRM nous donne, effecti-

vement, une cartographie bien précise de l'extension de la tumeur, beaucoup mieux que le scanner. Aussi, désormais, nous travaillons en étroite collaboration avec les uro-radiologues. En effet, l'uro-radiologie est une sur-spécialité qui rend compte, plus finement, de la réalité; d'où, un diagnostic pertinent et donc, une meilleure prise en charge. De nos jours, la sur-spécialité est rendue nécessaire, voire obligatoire, de par les progrès scientifiques réalisés dans le domaine médical. Dès lors, en radiologie, par exemple, on se spécialisera en uro-radiologie et ici, l'idéal serait, même, de se spécialiser dans la prostate, le rein, la vessie... Ceci permettra aux différents urologues et uro-radiologues de mieux se comprendre.

Est-ce que l'uro-radiologie est enseignée, en Algérie ?

Cette sur-spécialité n'est pas encore enseignée et cela nous manque; c'est pourquoi, nous œuvrons beaucoup pour qu'elle le soit. Maintenant, pour revenir à la question que vous m'aviez posée

tantôt et qui concerne le diagnostic, je préciserai qu'après l'IRM, on procédera à une scintigraphie osseuse; car, le cancer de la prostate se développe comme localisation secondaire, au niveau de l'os. **C'est ce qu'on appelle un cancer ostéophile.**

Ceci fait, on fera des investigations, pour voir si des organes ne sont pas atteints par ailleurs.

A la lumière de tout ce qui précède, on peut, alors, stadifier le patient en fonction de l'atteinte tumorale, de l'extension lymphatique et de la présence, ou non, de métastases.

Qu'en est-il du traitement ?

Au stade avancé et métastatique, seule l'hormonothérapie est indiquée. La chimiothérapie a une place, en cas de résistance à l'hormonothérapie. Au stade localement avancé, c'est un traitement multimodal qui est prescrit, associant radiothérapie-hormonothérapie, ou chirurgie-radiothérapie, voire chirurgie-hormonothérapie.

Toujours est-il et à l'évidence, nous faisons en sorte que le malade n'atteigne pas ces stades avancés; car, lorsque nous sommes face à une tumeur localisée, la probabilité de guérison est plus grande. Aussi, nous procéderons, alors, à une chirurgie, ou prostatectomie; voire, une radiothérapie conformationnelle. Au demeurant, nous préférons la première voie; c'est-à-dire, la chirurgie, parce qu'elle n'exclut pas une radiothérapie adjuvante postopératoire, alors que l'inverse n'est pas possible; c'est-à-dire, une radiothérapie, puis une chirurgie.

De toute façon, c'est au cas par cas qu'on travaille et chaque traitement doit être administré après discussion en RCP incluant les urologues, les radiothérapeutes et les oncologues; ceci est obligatoire.

Néanmoins, il y a lieu de dire que chaque pays opte pour le type de traitement en fonction de ses capacités propres, lesquelles ne correspondent pas toujours aux réalités des pays développés, réalités qui dicteront les recommandations internationales.

Par conséquent, nous pourrions dire que la chirurgie prostatique est bien maîtrisée...

Bien sûr, nous avons un recul suffisant dans le domaine; voici 10 ans, maintenant, que nous l'enseignons et la pratiquons. Nous pouvons dire, donc, que cette chirurgie est maîtrisée, dans notre pays. Je peux même préciser que le

CHU Lamine Debaghine de Bab El Oued (ex-Maillot) est devenu une référence, pour ce qui est de cette spécialité. En l'occurrence, nous recevons, dans notre CHU, des patients à divers stades de leur tumeur. Nous pratiquons, également, la biopsie prostatique.

La chirurgie peut-elle avoir des effets secondaires ?

Le risque d'un dysfonctionnement érectile peut apparaître, après une chirurgie, surtout lorsqu'il s'agit du stade **T3** ou **T4** et on ne peut sauvegarder les nerfs qui permettent l'érection, au détriment de l'acte devant extraire la tumeur; ce dont est informé, préalablement, le patient. De toute façon, pour palier cet effet secondaire, on préconise des injections à faire avant chaque rapport, pour permettre une érection de meilleure qualité. Lorsque la tumeur est au stade **T1** et **T2**, donc localisée et unilatérale, nous pouvons, dans des cas sélectionnés, préserver les nerfs responsables de l'érection.

••• Le deuxième effet secondaire est l'incontinence urinaire. Toutefois, ce risque est de moins en moins élevé, eu égard à l'amélioration des techniques chirurgicales •••

S'agissant de l'hormonothérapie, disposons-nous de toutes les molécules ?

Si, pour l'hormonothérapie de première ligne, nous en disposons, ce n'est pas le cas pour celle de 2^{ème} ligne, laquelle est indiquée en cas de résistance à la castration. Il faut dire qu'elle coûte très cher; aussi, nous n'en disposons que dans des quantités limitées.

••• Toujours est-il que ce type de molécule de deuxième ligne doit être disponible, car elle permet une survie appréciable, par rapport aux patients qui n'en ont pas bénéficié •••

Pour en revenir à la tumeur T1, qu'appelle-t-on la surveillance active ?

Lorsqu'une tumeur est localisée avec un PSA faible, il n'y a pas lieu de l'opérer; mais, le patient est placé sous surveillance active, c'est-à-dire que, régulièrement, on le soumettra à des examens (PSA, IRM, biopsie), pour vérifier s'il s'agit toujours du même stade et du même type histologique.

Je rappellerai que le cancer de la prostate est un adénocarcinome, dont le score de Gleason montre les différenciations de la cellule cancéreuse. Si ce score est bas, on ne procède pas à une chirurgie. En revanche, le patient est placé sous surveillance et dès qu'une petite anomalie est constatée, le patient fait l'objet d'un protocole chirurgical avisé, curateur. A ce sujet, je ferai, également, remarquer que lorsqu'on annonce à une personne qu'elle a un cancer, celle-ci, naturellement, demande à être opérée. Cependant, nous devons bien lui expliquer que si son état ne nécessite pas une chirurgie, il n'y a pas lieu de l'opérer et par conséquent, elle sera placée sous surveillance active et cela évitera, par la même, les effets secondaires que je vous ai décrits, à l'instant. Cette façon de procéder est, bien-sûr, dans l'intérêt bien compris du patient. Mais, à l'évidence, ce type de protocole ne peut être suivi dans les régions reculées et enclavées du pays; ce, par manque de moyens et surtout, de spécialistes en uro-radiologies.

Quels sont les symptômes du cancer de la prostate ?

Il n'existe pas de signes spécifiques à ce cancer, en dehors d'un toucher rectal, qui peut objectiver un nodule prostatique suspect. Cela ressemble aux signes de l'hypertrophie prostatique bénigne, car la personne se réveille plusieurs fois la nuit, pour uriner et lorsqu'elle urine, sa vessie ne se vide pas totalement, en ressentant, quelquefois, des brûlures. Enfin, je rappellerai qu'un toucher rectal normal ne démontre pas forcément l'absence d'un cancer de la prostate. Il importe de passer, également, un PSA après une semaine à dix jours du toucher rectal et d'un rapport sexuel, sinon cela faussera les résultats.

Votre message, professeur...

J'insisterai, encore une fois, pour un dépistage précoce. A cet effet, cette recommandation doit être faite par le médecin généraliste, dès qu'un patient, dépassant la cinquantaine, se présente à lui, quel que soit le motif de la consultation.

Les médias, également, dans leur ensemble, doivent jouer leur rôle dans ce sens ■

* Pr Abdelwahab Belkacem-Nacer,

Service urologie, CHU Lamine Debaghine (ex-Maillot, Bab-El-Oued) - Alger.