

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIERE MISE A JOUR :
MAI 2024

TRAITEMENT « HORMONAL » SUPPRESSION ANDROGÉNIQUE POUR LE CANCER DE LA PROSTATE

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :

WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les cellules glandulaires de la prostate se développent et se multiplient si elles sont baignées par les hormones mâles (les androgènes). Le principal androgène est la testostérone. Elle est produite à 95% par les testicules sous la commande d'une zone du cerveau (l'hypophyse).

Les cellules du cancer de la prostate (CaP) gardent longtemps la même caractéristique que les cellules prostatiques normales : leur développement et multiplication se font sous la dépendance des androgènes (testostérone).

Le traitement hormonal du CaP, a pour objectif de diminuer la testostérone utilisée par la cellule cancéreuse.

Traitement « hormonal » et suppression androgénique sont les différents noms d'un même traitement.

LA MALADIE

Le traitement hormonal du CaP, est généralement utilisé en association à la radiothérapie en cas de maladie localisée, ou en cas de récurrence du PSA après chirurgie.

En situation métastatique, la suppression androgénique peut être utilisée seule, en association à la chimiothérapie, ou en association aux hormonothérapies de nouvelle génération.

Lorsque la cellule cancéreuse devient résistante au traitement hormonal (résistance à la castration), la suppression androgénique est le plus souvent associée à la chimiothérapie ou aux hormonothérapies de nouvelle génération.

La stratégie thérapeutique est définie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui établit un plan personnalisé de soin, correspondant au profil de chaque patient.

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

La suppression androgénique est le traitement de fond du cancer de la prostate métastatique. Il n'y a pas d'alternative thérapeutique.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION : COMMENT SE FAIT LA SUPPRESSION ANDROGÉNIQUE ?

Il y a deux moyens principaux pour assurer la suppression androgénique : bloquer la production des androgènes ou bloquer leur action.

Le blocage de la production des androgènes peut être assuré de deux façons : par les médicaments ou par la chirurgie.

- Les « antagonistes et agonistes de la LHRH » sont les médicaments qui bloquent (au niveau de l'hypophyse) le signal de production des androgènes. Ces médicaments sont administrés par une injection, sous la peau ou dans un muscle, par une infirmière de ville ou par votre médecin. Les injections doivent être pratiquées à date fixe, tous les mois ou tous les trois voire tous les six mois. Dans certaines situations, on peut proposer d'utiliser les injections de façon discontinue ; c'est ce que l'on appelle le traitement intermittent, dont le rythme d'administration dépend de l'évolution de la maladie.

- La « pulpectomie » est une intervention chirurgicale (aujourd'hui moins utilisée) qui permet de retirer la partie des testicules qui produit les androgènes. Cette intervention se pratique par une incision sur les bourses (éventuellement sous anesthésie locale) et peut être effectuée en chirurgie ambulatoire d'une journée ou en hospitalisation classique.

Plusieurs médicaments permettent de bloquer l'action des androgènes, ils sont appelés « anti-androgènes ». Ils sont pris oralement une à trois fois par jour, tous les jours. Ces traitements sont associés aux agonistes de la LH-RH, pendant les premières semaines de leur utilisation.

De nouvelles hormonothérapies ont démontré leur efficacité en association à la suppression androgénique lorsque la cellule cancéreuse devient résistante au traitement hormonal (résistance à la castration). Les mécanismes d'action de ces molécules sont différents. L'acétate d'abiratéron (AA) agit comme un inhibiteur sélectif de la synthèse des androgènes au sein de la cellule cancéreuse. L'AA est associé à la prescription de corticoïdes. L'Enzalutamide possède une action anti-androgène puissante. Ces deux médicaments sont administrés quotidiennement par voie orale.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

La suppression des androgènes permet un contrôle de la maladie qui se traduit par une diminution des signes cliniques en quelques jours à quelques semaines et par une diminution plus lente et retardée du taux de PSA.

Mais la disparition des androgènes est aussi responsable d'effets secondaires qui peuvent être améliorés ou prévenus par des traitements spécifiques :

- Les bouffées de chaleur très fréquentes sont semblables à celles des femmes à la ménopause et leur intensité est très variable d'un patient à l'autre.
- Les troubles de l'humeur, les difficultés d'attention, le désintérêt, la fatigue sont aussi fréquents. La fatigue peut être due à la combinaison de plusieurs modifications : une diminution du nombre des globules rouges (anémie), une diminution de la force musculaire et une diminution de l'élan vital.
- La diminution du désir sexuel (libido) et la diminution du nombre et de la qualité des érections sont liées à la suppression des hormones mâles et peuvent retentir sur la vie du couple.
- Des modifications corporelles peuvent s'installer en quelques semaines : augmentation de la graisse, surtout au niveau de l'abdomen avec augmentation du poids, diminution de la force musculaire, raréfaction des poils. Deux modifications corporelles ne sont pas visibles : la diminution de la solidité des os (« ostéopénie », voire « éoporose ») une régulation imparfaite du taux de sucre dans le sang (« résistance à l'insuline ») pouvant déséquilibrer un diabète ou une maladie du cœur et des vaisseaux mal pris en charge.
- Les anti-androgènes peuvent être à l'origine de douleurs en arrière des mamelons (mastodynies) ou d'une augmentation du volume des seins (gynécomastie). Ces complications peuvent être stoppées par la prise d'un médicament ou par une radiothérapie courte.
- L'AA peut provoquer l'apparition d'une hypertension artérielle et la survenue d'œdèmes des jambes. Sur le plan biologique, l'AA peut provoquer des troubles hépatiques (cytolyse) et une diminution du potassium sanguin (hypokaliémie). La prescription d'une corticothérapie peut provoquer des complications spécifiques.
- Les effets secondaires courants de l'Enzalutamide sont la fatigue et les risques de convulsion.

COMMENT SURVEILLER UN TRAITEMENT « HORMONAL » ?

Votre médecin organisera la surveillance du traitement lors de consultations régulières.

La surveillance porte sur l'efficacité vis à vis du cancer et sur le dépistage et la prévention des effets secondaires. En fonction de votre maladie, votre médecin déterminera le rythme de la surveillance, et prescrira le bilan biologique et radiographique adapté.

- L'efficacité se juge sur l'amélioration des signes cliniques en rapport avec la maladie (comme des douleurs osseuses, des troubles urinaires ou une modification de l'examen de la prostate). Le dosage du PSA (total) est un très bon marqueur de l'efficacité du traitement hormonal. Un dosage de la testostérone sanguine peut aussi être demandé par votre médecin.
- Le dépistage des effets secondaires se fait au début du traitement par l'interrogatoire, par des dosages sanguins (numération sanguine, glycémie, dosage des lipides...) et parfois par d'autres examens (ostéodensitométrie), ces examens peuvent être reprogrammés ultérieurement. Un bilan cardio-vasculaire et un bilan osseux peuvent être utiles.
- Les bouffées de chaleur handicapantes sont difficiles à faire disparaître et peuvent être traitées par certains médicaments, voire par acupuncture ou homéopathie.
- Les troubles de l'humeur à type de tristesse, de désintérêt, peuvent conduire à la dépression, qui nécessite alors un traitement médical spécifique. Il est conseillé de maintenir des contacts, de garder une activité sociale et de solliciter ses capacités cérébrales (mots croisés, jeux, lecture.).

- Les troubles de l'envie sexuelle et de l'érection doivent être discutés au sein du couple, ils ne sont pas le signe d'une progression de la maladie et ils peuvent répondre à certains traitements spécifiques.
- La fatigue doit être gérée en adaptant ses activités à ses capacités et en programmant éventuellement une courte sieste après le déjeuner.
- La prise de poids doit être prévenue, car une fois installée, elle sera extrêmement difficile à faire disparaître :
 1. il faut veiller à avoir une alimentation qui ne soit pas trop riche en calories (faire trois repas, mais en abondance décroissante dans la journée, ne pas se resservir, ne pas manger entre les repas) et qui soit équilibrée (en privilégiant les fruits et les légumes, en réduisant la part des graisses d'origine animale, en favorisant les viandes blanches, le poisson et le soja comme sources de protéines).
 2. il faut avoir une activité physique régulière, idéalement de la marche à « bon pas » pendant 30 minutes tous les jours. Si vous n'avez pas d'activité physique, il vous faudra débiter celle-ci progressivement, mais d'emblée très régulièrement. Il est nécessaire de stopper tout tabagisme et de modérer la consommation d'alcool, ce qui permet de diminuer efficacement la ration calorique.
- La *diminution de la solidité osseuse* est combattue, outre l'arrêt du tabac et une consommation d'alcool modérée, par un apport de calcium et de vitamine D suffisant, soit par l'alimentation (produits lactés), soit sous forme de médicament. L'os garde sa solidité lorsqu'il travaille, aussi est-il souhaitable de pratiquer des exercices physiques adaptés tous les jours pendant 30 minutes. Les contractions musculaires contre résistance, en soulevant lentement des poids (1 à 2 kilogrammes sous forme d'altères, de petits sacs de sable ou de bouteilles d'eau) avec les bras et les jambes et les épaules en répétant chaque exercice 10 à 20 fois en sont un exemple. Pour certains patients, il

peut être utile de recevoir des explications spécifiques et un entraînement initial par d'un kinésithérapeute.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Complications spécifiques par ordre de fréquence :

- Bouffées de chaleur
- Modification de la sexualité
- Fatigue
- Perte d'avital
- Psychasthénie
- Détérioration cognitive
- Syndrome dépressif
- Trouble de l'humeur
- Résistance précoce à l'insuline et d'un risque tardif de diabète
- Hyper-cholestérolémie
- Perte de la masse maigre et augmentation de la masse grasse
- Complications cardio-vasculaires
- Ostéopénie
- Risque de fracture
- Convulsion

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux,

tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie,

en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



**ou appelez la ligne
Tabac-Info-Service au 3989**



**ou par internet :
[tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-service.fr)**

pour vous aider à arrêter.