



R.C.C.P. BULLETIN

Décembre 2005

La voix du cancer de la prostate au Canada ^{MC}

de liaison

Commandez vos bracelets jusqu'à épuisement du stock

Avez-vous entendu parler des nouveaux bracelets du RCCP ? Nous disposons encore d'un bon nombre de bracelets sur laquelle est gravée la devise du RCCP : « Force – Unité – Courage ». Les bracelets sont disponibles, à titre gracieux, auprès des groupes de soutien canadiens qui en font la demande. Nous suggérons aux groupes de soutien de vendre ces bracelets au prix de 2 \$ chacun. Les fonds recueillis serviront aux activités locales de sensibilisation organisées par les groupes de soutien. Veuillez faire acheminer vos demandes au RCCP, C.P. 1253, Lakefield (Ontario) K0L 2H0 ou par courriel : cpcn@nexicom.net

COMPTES RENDUS DES GROUPES DE SOUTIEN CONTRE LE CP

M. Dick Groot du groupe de soutien de **Kings County (Nouvelle-Écosse)** fait remarquer que son groupe prend de l'élan et se réunit le dernier mercredi de chaque mois (sauf en décembre, juillet et août), de 19 à 21 h, au centre East Kings Public Health de Wolfville.

Mme Stephanie Ruckstuhl rapporte que la clinique gratuite de dépistage de l'APS (antigène prostatique spécifique) de **Cornwall (Ontario)** a connu un franc succès. « À l'ouverture de la clinique, les files d'attente étaient très longues. J'oserais dire que dès 10 h le samedi matin, plus de 200 hommes attendaient à l'entrée. Quatre techniciens de laboratoire ont travaillé sans interruption et sans pause jusqu'à 15 h. La plupart des hommes qui ont participé à cette clinique n'ont pas de médecin de famille. Par contre, ceux qui en ont un se plaignent du coût des tests et se demandent pourquoi les médecins ne sont pas unanimes à prescrire ce test comme outil de dépistage. À la fin de la journée, plus de 460 hommes ont subi l'examen et plus de 100 trousseaux sur le cancer colorectal ont été distribués.

M. Emmett Mulvaney du **Nouveau-Brunswick** mentionne que la présence de son groupe de soutien aux activités de l'atelier Moncton Woodworking Workshop a suscité plus de 400 contacts. On a échangé sur les malencontreuses expériences de certains hommes de bonne foi dont le cas d'un père et de son fils, atteints du cancer de la prostate et dont le médecin se contenta de faire un examen manuel de la prostate en affirmant qu'ils étaient tous les deux libres de toute trace de cancer !

Coup d'œil sur la conférence 2005



Chapeau bas à Aaron Bacher et aux membres et aux épouses de son groupe de soutien qui ont si bien animé l'événement de Toronto. En médaillon : Mac Butt de Terre-Neuve qui reçoit le Prix d'excellence du président des mains de Bob Shiell, président du RCCP.

La deuxième conférence annuelle du RCCP a connu un succès éclatant.

Des délégués venus de partout au Canada ont participé à cette conférence qui a eu lieu au centre-ville de Toronto, du 7 au 9 août à l'hôtel Delta Chelsea. Ils ont pu apprécier les présentations de nombreux conférenciers de marque ainsi qu'une variété d'ateliers, de rencontres décontractées et cette année, pour la première fois, une foire commerciale où des commanditaires offraient de la documentation et répondaient aux questions.

M. Floyd Mitchell, membre du groupe de soutien de Vernon, dans la vallée de l'Okanagan (C.-B.), était impressionné par toutes les innovations et les nouvelles idées qui ont vu le jour depuis la conférence de Calgary. Il se disait étonné de la grande quantité d'information mise à la disposition des participants cette année. Il ne savait pas que la chirurgie par laparoscopie robotisée était en voie de devenir une option possible pour certains hommes ayant subi une prostatectomie radicale. Et il n'avait jamais entendu parler d'UFHI (ultrasons focalisés de haute intensité). M. Mitchell affirme que les présentations étaient de premier ordre et qu'il a surtout apprécié les périodes réservées aux questions.

M. Euclide Leblanc de Fredericton (Nouveau-Brunswick) était fasciné par

la curiethérapie (ou brachythérapie) à haut débit de doses. « Ce fut une découverte toute nouvelle pour moi. J'avais entendu parler de la curiethérapie, mais pas de cette nouvelle technique » ajoute M. Leblanc.



Contrairement à la curiethérapie, qui émet la radiation par des grains radioactifs déposés dans la prostate, y demeurant pendant une période prolongée (parfois en permanence), la curiethérapie à haut débit de doses permet aux médecins d'administrer des doses d'irradiation équivalentes en insérant des grains radioactifs et en les retirant après quelques minutes d'incubation seulement. La curiethérapie à haut débit de doses est administrée en clinique externe et les médecins peuvent régler la dose d'irradiation, avec plus de précision, en minimisant également le potentiel de lésions des tissus périphériques.

Le Dr Edward Woods, urologue de l'Hôpital général de Scarborough (Ontario), a fait une présentation sur un nouveau traitement appelé UFHI (ultrasons focalisés de haute intensité) qui consiste à traiter le patient au moyen d'une sonde endorectale munie d'une tomographie par ultrasons et d'un applicateur d'UFHI.

Joseph Johnston, membre du groupe de soutien de Brockville (Ontario), voulait en savoir davantage sur une technologie de pointe qui utilise des virus pour combattre le cancer. « Cette technique est encore en voie de développement et consistera, semble-t-il, à injecter dans l'organisme des virus spécialement préparés qui ciblent les cellules cancéreuses pour les détruire... presque comme prendre

un comprimé contre la grippe ! » exclame M. Johnson.

Le présentateur principal de la conférence, le Dr Gérald Chodak, urologue de Chicago, qui a fondé le premier groupe de soutien en Amérique du Nord en 1989, a donné un aperçu général de toutes les options thérapeutiques connues et il a mis l'accent sur l'importance d'impliquer les patients dans leur propre traitement.

M. Euclide Leblanc s'est dit impressionné par la qualité des ateliers animés par Ron Benson et Jim Moran, tous deux membres et volontaires du groupe de soutien torontois Man-to-Man Prostate Group.

M. Leblanc pense également que sa participation à la conférence l'aidera à soutenir et à informer d'autres hommes. « C'était fort intéressant d'obtenir tant de renseignements sur les nouvelles avances technologiques qui existent dans le domaine du CP et de quitter la conférence mieux informé et plus en mesure d'offrir le maximum d'information aux membres de mon groupe de soutien ».



Dr Gerald Chopak

La conférence de l'année prochaine aura lieu à Calgary (Alberta) du 30 juillet au 1er août. Le thème de la conférence de 2006 sera : « Gagner la bataille contre le cancer de la prostate ». Le conférencier principal sera le Dr Stephen Strum, spécialiste de renommée internationale du CP. De plus, de nombreux séminaires seront offerts aux groupes de soutien ainsi que des occasions d'échange sur les meilleures pratiques thérapeutiques à envisager. Réservez votre place dès maintenant !

À l'intérieur

Les épouses des survivants.....	2
Pressions politiques.....	2
Le magazine Our Voice.....	2
La surveillance active.....	3
Surveiller l'APS.....	4
Élection de nouveaux directeurs.....	4



RCCP – Siège national
C.P. 1253
Lakefield (Ontario)
K0L 2H0



Les épouses – une histoire non racontée

Croiriez-vous que 85 % des appels destinés au RCCP viennent de la gent féminine ?

C'est une statistique importante qui dénote le rôle des proches dans la thérapeutique des hommes atteints du cancer de la prostate (CP).

Mme Margaret Seeley, de Lakefield (Ontario), le sait grâce à son expérience personnelle et à son travail de bénévole. Margaret, épouse de Wally Seeley, directeur exécutif du RCCP, répond à de nombreux appels téléphoniques dirigés vers le RCCP et provenant de femmes, de partenaires, voire même de filles et de brus d'hommes atteints du CP. « Certaines s'inquiètent parce que leur mari refuse de subir un test de l'APS », dit Mme Seeley. « Dans un bon nombre de cas, l'homme a reçu son diagnostic, mais sa femme est insatisfaite du manque d'information obtenue. J'ai souvent l'impression que les hommes souhaiteraient en savoir davantage mais qu'ils n'osent pas faire les démarches nécessaires pour obtenir plus de renseignements ».

Bien que l'information concernant le diagnostic du CP soit bien disponible, certaines questions qui intéressent les femmes ne se trouvent pas dans les livres ou sur Internet. « J'aurais aimé qu'on m'indique le temps requis pour se rétablir d'une intervention chirurgicale », dit Catherine Wackett, d'Orillia (Ontario). « J'ai été étonnée du temps que mon mari a dû mettre pour se rétablir. Il est resté à l'hôpital seulement trois ou quatre jours mais quand il est rentré à la maison, il fallait l'aider avec son cathéter et ses poches de drainage ».

La question des soins personnels a été soulevée lors de la recherche de la

Dre Lorna Butler, professeure de sciences infirmières de l'Université Dalhousie d'Halifax (N.-É.). Elle a mené des sondages afin de déceler les préoccupations des épouses / partenaires des hommes atteints du CP. « Un grand nombre de femmes sont inquiètes de devoir soigner les parties intimes du corps de leur mari ». Elles se sentent mal à l'aise d'aider avec l'entretien des poches de drainage et du cathéter et avec le nettoyage des organes génitaux. Dans certains cas, les couples ne dorment pas dans le même lit de peur que la femme s'entrave dans le cathéter et l'arrache par accident.

Il arrive souvent que l'homme se sente gêné par le fait qu'il doit dépendre de son épouse. « Colin se sentait mal à l'aise lorsqu'il devait me demander de l'aider avec le cathéter ou les poches de drainage », dit Catherine. « Ce n'était pas facile pour moi non plus, car les liquides corporels m'ont toujours inspiré une certaine gêne. J'ai dû y mettre un certain temps pour m'habituer ».

Mme Seeley comprend très bien. « Quelquefois, ce sont les petites choses gênantes qui sont les plus difficiles à accepter », dit-elle. De plus, la femme cherche parfois le mot juste dans certaines situations embarrassantes et ne le trouve pas. Par exemple, si le mari tente de soulever des objets trop lourds, comment le dissuader sans qu'il vous trouve agaçante ? Si le mari refuse d'utiliser des couches, sa femme pourrait se demander



Mesdames Aki Arai, Linda Garshon et Roz Wagman lors de la conférence 2005 du RCCP.

comment aborder cette question avec lui. Elle pourrait aussi craindre de ne pas dire la bonne chose et de provoquer une attitude défensive chez son mari. « Parfois elle se contente de se taire, ce qui n'est pas toujours la solution », affirme la Dre Butler.

« Ces problèmes ne sont pas toujours mis en évidence lors des consultations avec le médecin ou le personnel infirmier, car les entretiens portent surtout sur les troubles médicaux immédiats », poursuit la Dre Butler. Parfois en consultation, la femme demande comment elle doit gérer l'utilisation du cathéter alors qu'elle désire plutôt savoir comment son mari réagit devant son aide et si cela a un effet sur leur relation. C'est ce genre d'aide dont les couples ont besoin.

Un autre défi à relever est le fait que le processus de traitement de l'information varie entre hommes et femmes, selon la Dre Butler. « Nous avons demandé au personnel infirmier de prendre en note les questions posées par les hommes et les femmes durant les consultations.

On a constaté que les hommes posaient peu de questions et que les femmes en posaient beaucoup. Un autre point intéressant : presque toutes les femmes enquêtées par la Dre Butler ont affirmé avoir pris part aux décisions entourant le mode de traitement que leur mari devait suivre. Par contre, lorsqu'on a interrogé les hommes à ce sujet, seulement un sur 20 a avoué que sa femme participait activement au processus décisionnel.

Bref, la communication ouverte est la clé. C'est un fait incontournable. Néanmoins, comme chaque cas est différent, il n'existe pas de plan global adapté à toutes les éventualités. Il s'agit donc de reconnaître que même si l'homme doit vivre avec sa maladie et son rétablissement, sa femme aussi est intimement liée à son sort. « L'homme et la femme doivent apprendre à composer avec cette maladie en équipe et à travailler ensemble », conclut Mme Seeley.

Nouveaux services en français

D'ici la réception du Bulletin de liaison du RCCP, vous bénéficierez d'une présence française en ligne. Le RCCP est maintenant bilingue. De plus, vous pouvez rejoindre (en français) notre nouveau directeur, M. Claude Forget, au 1-888-322-5735 (numéro sans frais).

Claude mettra tout en œuvre pour organiser de meilleurs services de soutien en français à l'intention des hommes atteints du cancer de la prostate et ce, par la création de groupes d'entraide à travers le Québec. N'hésitez pas à communiquer avec Claude si vous ou votre communauté avez besoin de soutien ou de renseignements.

Les élections... occasion de pressions politiques en faveur de l'ICRCP

Le 25 octobre, des Canadiens éminents ont saisi l'occasion de passer un test de l'APS, à quelques pas de la Chambre des communes.

Cette activité a été organisée par l'ICRCP (Initiative canadienne de recherche sur le cancer de la prostate) dans le but de sensibiliser nos parlementaires et de souligner l'importance d'une plus grande conscientisation contre le cancer de la prostate (CP) et de la nécessité de la recherche dans ce domaine.

L'année dernière, le bulletin de liaison du RCCP avait rapporté que Santé Canada ne voulait pas renouveler son financement de l'ICRCP en 2004 au terme de son entente de cinq ans. L'ICRCP bénéficie encore d'un certain financement de l'INCC (Institut national du cancer du Canada) mais sans l'apport de Santé Canada qui constituait les deux-tiers du budget de l'ICRCP. Depuis lors, l'ICRCP doit fonctionner à capacité réduite et sans cesse chercher de nouvelles sources de financement.

Peter MacKay, chef adjoint du Parti conservateur du Canada, a animé une séance de tests de dépistage de l'APS à laquelle avaient participé plus de 25 députés des deux sexes, deux sénateurs et des représentants de tous les partis politiques de la Chambre des communes.

En plus d'un petit-déjeuner santé et d'un test gratuit de l'APS, les personnes suivantes ont donné une présentation : le Dr Neil Fleshner, chef du service d'urologie de l'hôpital Princess Margaret de Toronto; la Dre

Lorna Butler, professeure de l'Université Dalhousie d'Halifax; Ewan Clark, président de l'ICRCP; et Wally Seeley, directeur exécutif du RCCP. Cinq membres du groupe de soutien d'Ottawa étaient également présents. Tous les conférenciers ont souligné l'importance de la recherche scientifique et du renouvellement du financement de l'ICRCP par le gouvernement fédéral.

Malgré l'absence de financement par

le gouvernement fédéral, l'ICRCP travaille activement à continuer ses recherches qui sont en cours en plus d'entamer de nouveaux projets.

À l'aube des élections fédérales prévues au 23 janvier 2006, c'est MAINTENANT qu'il faut communiquer avec les candidats de votre circonscription électorale, soit par une visite, soit par lettre, soit par courriel. Demandez-leur d'aider à rétablir le financement de la recherche

de l'ICRCP par Santé Canada. Vous pouvez facilement trouver le nom du député qui vous représente à la Chambre des communes en cliquant sur le lien approprié dans le site Web du RCCP et en y insérant votre code postal.

Pour obtenir plus de renseignements sur l'ICRCP, consulter son site Web au www.prostateresearch.ca. La version française de ce site est sous construction.

Le magazine Our Voice va de l'avant...

Plusieurs lecteurs et lectrices du bulletin de liaison du RCCP connaissent le magazine Our Voice destiné aux hommes atteints du cancer de la prostate (CP) et publié par la maison d'édition Parkhurst Publishing. Grâce à une subvention éducative sans limite d'AstraZeneca Canada Inc., le magazine Our Voice est maintenant publié quatre fois par année comme auparavant.

En plus des mises à jour sur l'actualité et la recherche médicales, Our Voice puise dans les commentaires reçus de ses lecteurs pour rédiger son éditorial. Les lecteurs soumettent des questions auxquelles donneront suite des spécialistes de l'équipe éditoriale. Our Voice publie également les récits personnels des lecteurs. Ces récits doivent

compter environ 700 mots, dit la rédactrice en chef Mme Mairi MacKinnon. « Il peut s'agir d'un récit personnel écrit par le lecteur ou d'un entretien entre le lecteur et l'un des journalistes de notre magazine. Les hommes et leurs partenaires sont invités à soumettre leurs questions ou leurs récits personnels au magazine ».

Mme MacKinnon explique, cependant, qu'il n'est pas possible d'imprimer tous les récits et toutes les questions que le magazine reçoit. Il faudrait également prévoir un délai de

plusieurs mois avant que la question posée ou l'article soumis apparaisse dans le magazine.

De plus, Our Voice présente régulièrement la liste des groupes de soutien canadiens contre le cancer de la prostate. Or, les groupes de soutien devraient prendre contact avec la maison d'édition Parkhurst Publishing pour lui soumettre leurs coordonnées les plus récentes. Les groupes de soutien recevront sur demande 10 exemplaires de chaque nouveau numéro du magazine.

Pour obtenir un abonnement gratuit d'un an ou pour soumettre une question ou un récit personnel, veuillez vous adresser à :

Mme Mairi MacKinnon
Rédactrice en chef, Our Voice
Parkhurst Publishing
400, rue McGill, 3^e étage
Montréal (Québec) H2Y 2G1
Courriel : mackinnon@parkpub.com



La surveillance active fait place à l'attente sous surveillance

Depuis un grand nombre d'années, l'attente sous surveillance et des expressions similaires font partie du vocabulaire qui entoure le cancer de la prostate (CP). Par contre, si des médecins comme le Dr Stephen Strum, urologue / oncologue et le Dr Laurence Klotz de Toronto réussissent à obtenir gain de cause, cette phraséologie passera bientôt en désuétude.

L'attente sous surveillance a été acceptée comme un principe de la pratique médicale parce que généralement le CP évolue lentement (mais pas exclusivement). Dans le passé, on diagnostiquait le CP notamment chez les hommes d'un certain âge. D'aucuns avaient d'autres troubles de santé jugés prioritaires, rendant le traitement du CP dangereux alors que chez d'autres l'importance clinique du CP ne semblait pas trop modifier le pronostic vital.

D'après le Dr Klotz sur le plan historique, le terme « attente sous surveillance » possède des connotations peu utiles. Il explique que dans certaines régions de l'Europe septentrionale, par exemple, le terme « attente sous surveillance » veut dire qu'un homme ne sera traité qu'au moment où son CP deviendra métastatique (c'est-à-dire, qu'il se soit répandu vers d'autres parties du corps). À ce moment-là, le patient reçoit un traitement qui vise à prolonger sa vie mais sans la possibilité d'une guérison complète.

Le Dr Strum est d'accord et souhaiterait voir remplacer le terme « attente sous surveillance » par « surveillance active objectivée » (SAO). J'aimerais que l'usage du terme « attente sous surveillance » cède sa place au terme SAO qui incarne une autre approche thérapeutique qui inclut à la fois le régime alimentaire, le mode de vie et les modes de surveillance.

L'évolution des standards thérapeutiques a commencé par l'avènement du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) qui a permis la détection de tumeurs prostatiques chez des hommes plus jeunes et en bonne santé, parfois même au tout début de la maladie. Cette méthode de détection, qui augmente les chances de guérison, oblige des hommes relativement jeunes à vivre pendant longtemps soumis aux effets secondaires associés aux traitements standards.

Le Dr William Meade, urologue / chirurgien de Peterborough (Ontario), explique que les spécialistes du CP essaient d'améliorer le processus de sélection des patients nécessitant un traitement. « Le CP est unique en son genre par le fait que son incidence est très, très commune chez les hommes, c'est-à-dire, un homme sur sept. Il est vrai qu'un bon nombre d'hommes en meurent encore, mais comme le CP a tendance d'évoluer plus lentement que les autres cancers, il existe un danger de traiter prématurément des hommes qui n'ont pas besoin de traitement.

Les urologues utilisent un outil appelé l'échelle d'évaluation d'Albertson pour déterminer la nécessité d'administrer un traitement. Meade explique : « Un homme de 55 ans reçoit un score de 7 sur l'échelle

de Gleason (évaluation sous microscope des cellules cancéreuses) et un APS de 7. De plus, trois carottes biopsiques sur six contiennent des cellules cancéreuses. On estime une probabilité de décès à 50 % dans les prochains 10 à 15 ans. Ce risque relatif suggère l'administration d'un traitement anticancéreux. (Les médecins considèrent également d'autres critères, tels que le pourcentage des carottes biopsiques contenant des cellules cancéreuses, l'espérance de vie d'après l'âge du patient et son état de santé).

Toutefois, si ce même patient présentait un score de six avec présence cancéreuse dans seulement une ou deux des carottes biopsiques, sa probabilité de décès serait de 20 % dans les prochains 10 à 15 ans. Le Dr Meade suggère qu'un suivi régulier soit effectué au moyen de tests de dépistage de l'APS. Dans le passé, on a souvent traité sans nécessité les hommes accusant un score de Gleason de 6 ou moins (selon l'évaluation sous microscope des cellules cancéreuses). Il y a cinq à dix ans, un homme qui obtenait un score de Gleason de 6 se classait parmi les cas à traiter. De nos jours, tel n'est plus le cas. « La plupart des tumeurs ayant reçu un score de six sur l'échelle de Gleason n'évoluent pas rapidement », poursuit le Dr Meade. Cela veut dire que pour le plus grand nombre d'hommes de cette catégorie, il existe une période considérable de guérison probable. Bref, il est peu vraisemblable que le CP devienne incurable avant un bon nombre d'années.

C'est rassurant mais les hommes atteints du CP devront se poser deux questions importantes : « Comment sais-je que je ne suis pas l'une de ces exceptions » et « quelle période de guérison probable puis-je espérer » ? La méthode d'évaluation la plus exploitée est le temps de doublement de l'APS qui s'avère un bon indicateur de l'agressivité du cancer. En présence d'un CP à faible risque, il se peut qu'un homme soit testé tous les trois à six mois. Cependant, quand le CP comporte un risque élevé (un plus grand nombre de carottes biopsiques contenant des cellules cancéreuses / un plus grand pourcentage de cellules cancéreuses présentes dans les carottes biopsiques), mais demeure dans les limites des critères de la surveillance active, on pourrait alors effectuer des tests tous les deux mois. Il s'agit d'évaluer le temps de doublement de l'APS (la rapidité avec laquelle le score de l'APS a doublé). Meade ajoute : « Si le score de l'APS double pendant trois ans, un traitement plus énergique s'imposera. Dans certains cas nécessitant une deuxième biopsie, mais où le temps de doublement est très rapide, nous pourrions procéder directement au bloc opératoire ».

La recherche récente permet de croire que la mise en application judicieuse de cette approche thérapeutique est sécuritaire. Les données du Dr Klotz provenant de la surveillance de 299 patients atteints du CP figurant dans cette catégorie de risque favorable (score de Gleason de 6 ou moins, score d'APS inférieur à 10, tumeur de faible volume) ont montré un temps de doublement moyen de l'APS de sept ans. Pour environ 42 % des patients, le temps de doublement était de dix ans. Seulement 5 % des

patients ont vu doubler leur temps de doublement dans moins de 12 mois. Selon le Dr Klotz, même si l'on peut prédire le temps de doublement de l'APS en obtenant trois scores échelonnés sur une période d'au moins trois mois, la méthode la plus précise consiste à obtenir de 8 à 9 scores sur une période de deux ans. Après neuf ans et six mois de participation à l'étude, 99,5 % des sujets sont encore vivants. Seulement deux sujets sont décédés et ce, sur une période de cinq ans.

Prenons le cas de Robert, homme de la mi-cinquantaine, qui demande de rester anonyme car, en raison de sa profession, il ne veut pas qu'on le considère comme un danger pour la santé publique. On a détecté son CP par biopsie au tout début de son évolution. Donc, il sait qu'il n'est pas pressé à décider de l'option thérapeutique à suivre. Robert désire encore obtenir de l'information pour l'aider à évaluer et à suivre son CP de près pour lui permettre de faire des décisions éclairées sur la nécessité d'un traitement. Robert se dit très frustré par le peu de soutien professionnel qu'il reçoit.

Jusqu'à ce jour, on a présenté des options thérapeutiques à Robert mais à peine rien d'autre. « J'ai consulté un chirurgien qui m'a affirmé très brièvement que ma biopsie révélait la présence d'un CP minime. Le chirurgien proposait de l'enlever, me disant que je serai guéri dorénavant ». Toutefois, après avoir lu le rapport de sa biopsie et ayant fait lui-même des recherches poussées sur Internet pour déterminer son profil de vulnérabilité (score de Gleason de six, 2 quadrants libres de cancer, un quadrant avec des traces de cancer et un autre à 5 %, et un score d'APS au-dessous de 5), Robert ne voyait pas la nécessité de prendre une décision immédiate sur son traitement et il a dit à son chirurgien qu'il préférerait attendre encore quelques années pour recueillir de l'information et étudier ses options. Le chirurgien était d'accord et l'orienta vers un radiologue pour discuter de la possibilité d'une curiethérapie (brachythérapie), mais Robert n'a pas reçu de plan concret qui l'aide à suivre l'évolution de son CP. « C'est un psychologue qui m'a donné le plus de renseignements pertinents sur mon état, même si ce n'était pas vraiment son rôle. À l'heure actuelle, je ne sais plus qui est mon médecin ».

Entre-temps, grâce à ses propres recherches, Robert fait des modifications à son régime alimentaire et à son mode de vie – moins de viandes saignantes, plus de légumes, plus de suppléments alimentaires comme le sélénium, la vitamine E et le lycopène. Il envisage même la possibilité de suivre des traitements non conventionnels, tels qu'une échographie haute fréquence (au coût de 13 000 \$) et la thérapie photo-dynamique, qui tue les cellules cancéreuses à l'aide d'une lumière forte et d'un médicament qui rend les cellules hypersensibles à cette lumière. Tout comme les autres hommes atteints du CP, Robert préfère éliminer complètement le cancer de son organisme et cherche un traitement non effractif, à faible risque et à prix abordable. Actuellement, son moral est bon, malgré sa confusion au sujet

des scores d'APS obtenus. « J'ai obtenu quatre scores d'APS sur une période de 17 mois : 2,63; 4,55; 2,75; 4,85. Les deux scores plus bas proviennent de la clinique de ma région et les deux scores plus élevés proviennent du laboratoire de l'hôpital. Qui a donc raison ?

« On a tous entendu parler de résultats fautifs issus des laboratoires. C'est mieux de faire tous les tests au même laboratoire », conclut le Dr Klotz.

Prenons maintenant le cas de John, âgé d'un peu plus de 62 ans (qui tout comme Robert avait reçu un diagnostic du CP à 55 ans). Ayant obtenu un score de Gleason de 8,3 (il y a sept ans), John se classe sans contredit dans la catégorie des cas à traiter. Par contre, il choisit de ne pas suivre de traitement parce qu'il craint les effets secondaires. John décide d'attendre, de suivre ses scores d'APS et de demander un traitement conventionnel seulement quand son score d'APS aura atteint le seuil de 15, ce qui s'est produit en août. Cependant, le score avait augmenté sur une période de six ans et n'avait pas encore doublé. Il a donc décidé d'attendre encore un peu. Mais comme son score d'APS a augmenté récemment, il se rend chez son radiologue. « J'ai décidé de suivre une radiothérapie ».

Ici, le problème fondamental vient du fait que John ne se sentait pas suffisamment bien informé pour prendre une décision éclairée. « Je crois que si des hommes comme moi ne décident pas de suivre un traitement, on les met au rancart. J'ai encore beaucoup à apprendre. J'ai fait des modifications à mon mode de vie et je crois que ces changements porteront fruit. Par contre, a-t-on pris le temps d'étudier l'effet des modifications au mode de vie sur un groupe de patients afin de déterminer quels changements sont les plus utiles à réaliser ?

De plus, John aimerait prendre contact avec des hommes qui vivent des situations semblables afin de savoir comment ils se débrouillent et d'échanger de l'information. Il cherche un groupe de discussion en ligne qui regroupe ses semblables, mais jusqu'à présent, aucun succès.

Le Dr Klotz comprend la difficulté qu'éprouvent les hommes qui ne veulent pas subir un traitement agressif comme la prostatectomie radicale. « Ils veulent continuer à vivre tout en conservant une certaine qualité de vie ». D'autre part, le Dr Klotz connaît des hommes qui, contrairement à Robert, se situent à l'autre bout du spectre. Même s'ils sont à faible risque, l'idée du cancer présent dans leur corps les répugne. « Pour plusieurs hommes détectés au stade précoce, le terme 'cancer' a une connotation horrifiante, synonyme à une maladie galopante. Par contre, dans la plupart des cas détectés tôt, la réalité est bien différente des peurs qu'on se fait ».

Le Dr Klotz et certains de ses

Les hommes désireux de correspondre avec John sont priés de s'adresser à johnwinters@hotmail.com

suite à la p.4

Surveiller l'APS après un traitement radical

Par Doug Scott

En août 1995, à l'âge de 62 ans, j'ai subi une prostatectomie radicale contre le cancer de la prostate (CP). Avant l'opération, mon score d'APS était de 25 et celui de l'échelle de Gleason (indice de l'agressivité de la tumeur) était de 7. Bref, un degré d'agressivité morbide assez intense. En raison de ces scores élevés, je savais que j'étais exposé à des risques non négligeables de tumeurs cancéreuses en dehors de la glande prostatique incurables par la chirurgie. Bien que le rapport pathologique n'ait indiqué aucune présence cancéreuse dans la glande prostatique ou à proximité, je savais tout de même qu'un suivi judicieux de l'APS et une vigilance assidue pour toute rémanence morbide était de mise. J'ai subi des tests ultrasensibles de l'APS à des intervalles de trois mois. Le score de l'APS était très bas et est demeuré stable pendant plusieurs années, mais en 1999, ces tests ont commencé à indiquer des élévations consécutives minimales d'environ 0,1. J'ai consulté immédiatement un chirurgien urologue qui m'a orienté vers un radiologue oncologue. Selon ce dernier, étant donné le faible score d'APS et l'élévation lente survenue après quelques années, il était fort probable que la quantité minimale de cancer présent en moi se localise dans le lit prostatique et qu'une irradiation efficace permettrait de l'éliminer.

J'ai donc suivi une radiothérapie en mars / avril 2000. Mon score d'APS avait baissé sensiblement et est demeuré stable à moins de 0,002 lors de tests ultrasensibles aux six mois. J'ai connu, cependant, des effets secondaires importants. Le dysfonctionnement érectile, qui en l'espace de deux ans suivant une intervention chirurgicale (l'un des faisceaux nerveux ayant été épargné) est revenu au même état qu'avant la chirurgie, se détériora après la radiothérapie, mais répondait bien à des médicaments comme Viagra, Cialis, etc. L'incontinence urinaire, qui en dedans de deux ans suivant l'intervention chirurgicale, avait disparu à environ 98 %, se détériora considérablement suite à la radiothérapie. Cependant, j'étais conscient des risques liés à la radiothérapie et les ai acceptés de bon

gré en échange des résultats favorables de la radiothérapie.

Des hommes comme moi, atteints d'un CP plus agressif (score de Gleason de 7 et au-dessus) et traités par une prostatectomie radicale, peuvent présenter un risque plus important en raison des petites quantités de cancer résiduel qui ont échappé aux analyses pathologiques opératoires et qui, après l'intervention chirurgicale, demeurent en bas du niveau décelable des tests de l'APS. Non détectées et non contrôlées, ces quantités très minimales, voire quasi-imperceptibles de cancer, pourront avec le temps compromettre la qualité de vie du patient et même entraîner son décès. Mais si ces quantités, alors qu'elles sont encore minimales et localisées dans le lit prostatique, sont détectées à temps, sans se propager en dehors l'organe atteint, on pourrait alors les traiter au moyen d'une radiothérapie externe.

Pour détecter le cancer assez tôt, un suivi de l'APS post-opératoire s'impose. Le délai optimal pour pratiquer la radiothérapie externe – l'unique espérance de guérison – est le moment où le score de l'APS est très faible, puisque l'APS est considéré comme l'indice du volume cancéreux et de la probabilité de résidus cancéreux localisés. Dans ces cas-là, il est possible d'espérer une guérison. Si l'on ne détecte pas la croissance continue de l'APS (récidive de l'APS), toute chance de guérison liée à la radiothérapie sera atténuée, voire exclue. Si le cancer évolue au-delà des confins du lit prostatique, il ne sera pas possible de pratiquer avec succès une radiothérapie externe et cette option ne sera pas proposée. Le traitement réussit le mieux lorsque l'APS est au-dessous de 1,0; plus le score est bas, mieux c'est. Or, il ne sera jamais trop tôt pour détecter une élévation persistante de l'APS. Bref, le plus tôt serait le mieux !

Le recours à des tests de l'APS, qui sont assez sensibles pour détecter de très faibles concentrations spécifiques, est essentiel pour déceler le plus tôt possible toute hausse persistante de l'APS (qui se définit normalement par trois élévations consécutives). Il semble alors préférable d'effectuer ces tests tous les trois ou quatre mois (et

non tous les six mois, comme c'est parfois la pratique) pendant les premières quatre à cinq années après la chirurgie. C'est durant cette période que se produisent la plupart des élévations de l'APS. Jusqu'à ce moment-là, les hommes atteints d'un cancer plus agressif (score de Gleason de 7 et au-dessus) courent le risque d'un cancer résiduel. Plus le score pré-opératoire est élevé (ex. : de 10 à 20+), plus le risque de cancer résiduel est élevé (cancer ayant échappé aux analyses pathologiques post-opératoires). La réapparition de l'APS n'est pas fréquente après les 5 ans suivant l'intervention chirurgicale et rare après 7 ans. Néanmoins, il y a des cas de réapparition de l'APS / de maladie résiduelle même 10 à 12 années après la chirurgie. Donc, il est important d'effectuer un suivi de l'APS, du moins, tous les six mois.

La vigilance post-opératoire de l'APS est essentielle, avec des tests de l'APS qui donnent une interprétation précise, à partir d'un score d'au moins 0,05 en montant. Ces tests sont maintenant disponibles dans les grands hôpitaux et les laboratoires privés. La lecture précise de scores plus faibles (ex. : 0,03 ou 0,04 par rapport à un score inférieur à 0,05), disponible dans certains laboratoires privés ou laboratoires d'hôpital, est même plus utile pour obtenir des taux initiaux de l'APS et pour aider à déterminer les signes précoces d'élévation. Des tests ultrasensibles de l'APS, capables de détecter des concentrations même plus faibles (ex. : 0,002), ont été mis au point, mais leur utilisation n'est pas encore généralisée.

On peut traiter le CP résiduel post-opératoire par un traitement hormonal, voie qui attire les hommes de 70 ans et plus, puisque cette option permet de maîtriser le cancer pour le reste de leurs jours et puisque l'on croit communément que la radiothérapie comporte des effets secondaires plus prononcés, tels que l'incontinence urinaire et les troubles de l'érection. Tel n'est pas nécessairement le cas, d'où la nécessité d'en parler avec un radio-oncologue. L'hormonothérapie, qui sera administrée à vie, comporte, au long cours, des effets secondaires aptes à devenir considérables, car les

hormones bloquent leur approvisionnement en testostérone, la principale hormone androgène (mâle). Les effets secondaires peuvent inclure la réduction en énergie, le volume / la force musculaires; des bouffées de chaleur; le dysfonctionnement érectile et la baisse de la libido; la perte de la densité osseuse; le gain pondéral; une augmentation du tissu mammaire et adipeux; des changements émotifs. Ce sont des considérations importantes qui touchent la qualité de vie des hommes de 70 et 80 ans.

La radiothérapie, réalisée suffisamment tôt (qui offre la possibilité de guérison et une vie libre du CP, des complications liées à une maladie évolutive et des effets secondaires permanents associés à l'hormonothérapie) peut constituer une option enviable pour certains hommes. Le suivi continu de l'APS, la vigilance et la promptitude à prendre les actions requises demeurent toujours des mesures indispensables.

Élection de 2 nouveaux directeurs

Le RCCP est fier d'accueillir à son Conseil d'administration MM. Claude Forget de Val-David (Québec) et Murray Gardner de New Glasgow (Nouvelle-Écosse).



RCCP
Siège national
C.P. 1253
Lakefield, Ont.
K0L 2H0

Ce bulletin a été réalisé par le Réseau canadien du cancer de la prostate. Le RCCP vous invite à lui faire part de vos commentaires, de vos articles ou de vos questions.

Conseillers médicaux pour ce bulletin

Dr Armen Aprikian
Hôpital général de Montréal
Dr David Bell
Halifax Professional Centre
Dr Neil Fleshner
Princess Margaret Hospital – Toronto
Dr Charles Ludgate
University of British Columbia
Dr Stephen Strum
Ashland, Oregon

Conseil d'administration

Claude Forget
Ste-Agathe-des-Monts (Québec)
Murray Gardner
New Glasgow (N.-É.)
Len Gross
Vancouver (C.-B.)
Curtis LeGrow, Président émérite
St. John's (T.-N.)
Norm Oman
Winnipeg (Manitoba)
Steve Phillipow, Vice-président
Regina (Saskatchewan)
Wally Seeley, Directeur administratif
Lakefield (Ontario)
Bob Shiell, Président
Calgary (Alberta)
Robert Watson
Regina (Saskatchewan)

La surveillance active...

... suite de la p.3

collègues collaborent actuellement sur une étude clinique randomisée – l'étude START (Standard Treatment Against Restricted Treatment) – conçue pour les hommes présentant un risque favorable. Les sujets seront affectés de façon aléatoire (comme pile ou face), soit au traitement standard (chirurgie, curiethérapie, radiothérapie), soit à la surveillance active comportant certaines formalités sélectives. Les hommes soumis à la surveillance active seront suivis de très près (tests de dépistage de l'APS et, le cas échéant, des biopsies répétées) et, si toutefois leur cancer vient à évoluer rapidement, ils recevront un traitement approprié.

À première vue, il semblerait difficile de recruter des sujets à cette étude étant donné que le fait de s'y inscrire signifie qu'au court terme le sujet n'aura pas le droit de choisir son traitement. Étonnant de constater cependant qu'un homme sur trois a donné son consentement de prendre

part à cette étude.

« Quand les risques et les méthodes de surveillance sont bien expliqués aux sujets, ils acceptent assez bien, sachant qu'ils sont à faible risque et qu'ils n'ont pas immédiatement besoin de traitement », dit le Dr Klotz. « Notre défi consiste à orienter la mentalité des patients et des professionnels de la santé, centrée sur l'éradication du cancer, vers une approche qui vise à cibler la tumeur et à freiner son évolution ».

L'étude START devrait fournir aux médecins et aux patients des connaissances qui leur permettront d'accepter plus volontiers cette approche thérapeutique et d'en comprendre l'efficacité. À son terme, l'étude aura suivi l'évolution du CP d'un groupe d'hommes pendant plus de 20 ans – le temps requis pour obtenir des données substantielles sur le taux de survie et sur l'efficacité de la surveillance.

Au dire du Dr Klotz, « Nous visons à améliorer notre capacité à prédire les

sujets qui sont à faible risque mais qui courent un plus grand danger d'issue défavorable. Selon la mentalité actuelle, il faut employer une approche conservatrice pour le traitement des sujets à faible risque, mais il faut recourir à un traitement agressif chez les sujets à haut risque.

Questions à poser lorsque votre médecin propose l'attente sous surveillance / la surveillance active comme approche thérapeutique :

1. Quels outils utiliserez-vous pour suivre l'évolution de la tumeur ?
2. Avec quelle fréquence dois-je subir des tests de dépistage de l'APS et un examen manuel de la prostate (toucher rectal) ?
3. Devrais-je subir une biopsie à un moment donné ?
4. Comment pouvez-vous m'aider à comprendre les résultats des tests ?
5. Entre-temps, que puis-je faire pour améliorer mon sort ?

