

par millilitre de sang sur une année, une biopsie s'impose.

Lorsque le PSA se situe dans une zone d'incertitude, entre des valeurs tout à fait normales et des valeurs indiscutablement anormales (entre quatre et dix nanogrammes par millilitre), un autre examen est utile : on détermine par prélèvement sanguin les concentrations relatives en molécules de PSA libres (non fixées à d'autres protéines) et en molécules fixées de PSA. Les hommes qui ont un cancer de la prostate ont souvent un rapport entre le PSA libre et le PSA lié anormalement faible.

D'autres molécules présentes dans le sang sont également modifiées ou en concentrations différentes quand survient un cancer. Des biologistes cherchent aujourd'hui des tests de dépistage fondés sur ces «anomalies». Certains tests pourraient même identifier les hommes qui n'ont pas encore de cancer de la prostate, mais qui sont prédisposés à cette maladie. Ils bénéficieraient d'un suivi et de nouvelles mesures préventives en cours d'évaluation. Par exemple, des concentrations sanguines élevées en IGF-1 seraient peut-être un signe de la présence d'un cancer de la prostate ou d'une prédisposition. Les anatomopathologistes ont identifié un autre

facteur de risque de cancer sur les prélèvements de tissu prostatique. Quand ils examinent au microscope des échantillons de tissu prélevé sur la prostate, ils savent diagnostiquer un cancer d'après l'aspect anormal des cellules cancéreuses agglutinées en amas.

Parfois, ils trouvent des cellules qui n'ont pas toutes les caractéristiques des cellules tumorales, et qui correspondent à des zones de dysplasie intraépithéliale. On ignore encore si une telle dysplasie précède un cancer de la prostate ou si elle l'accompagne, mais on sait que cette dysplasie indique qu'un cancer va se développer ou qu'il est déjà présent quelque part dans la prostate : un cancer se déclare, au cours des cinq ans qui suivent la biopsie, chez la moitié environ des hommes qui ont une dysplasie intraépithéliale.

Les généticiens aussi recherchent des facteurs de prédisposition au cancer de la prostate. Ils ont découvert que les frères et les fils des femmes qui ont un cancer du sein ou une mutation du gène *BRCA1* (un gène de prédisposition au cancer du sein) risquent, plus que les autres, d'avoir un cancer de la prostate. De plus, une forme anormale du gène *HPC1* semble contribuer au déclenchement de certains cancers de la prostate. Toutefois, on ne dispose

pas encore de tests fiables de dépistage de la prédisposition génétique au cancer de la prostate.

Qui peut être guéri ?

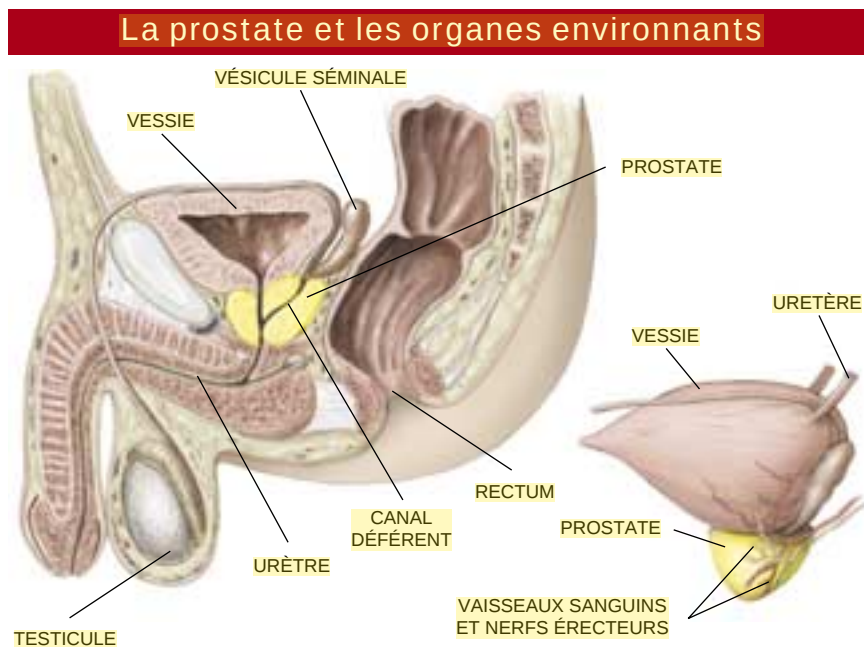
Lorsqu'un cancer de la prostate est diagnostiqué, les médecins décident du traitement en fonction de son stade, ou de son étendue. Naguère on évaluait difficilement la progression des cancers, mais de nouvelles méthodes ont été mises au point.

Parmi les systèmes disponibles pour évaluer le stade de la maladie, la classification internationale TNM est aujourd'hui la plus utilisée. La tumeur primaire est classée selon quatre stades, eux-mêmes subdivisés en sous-groupes. La désignation T1 indique une tumeur microscopique non palpable au toucher rectal ; T2, une tumeur palpable et confinée à la glande ; T3, une tumeur qui s'étend au-delà de la prostate (dans le tissu conjonctif environnant) ou qui a envahi les vésicules séminales adjacentes (les structures de stockage du sperme) ; T4, des tumeurs étendues aux organes de voisinage.

La classification précise aussi si le cancer a envahi les ganglions lymphatiques pelviens (N) ou s'il a métastasé (M). Les métastases sont des tumeurs issues de cellules cancéreuses qui se sont détachées de la tumeur initiale et qui ont été véhiculées par le sang ou par la lymphe vers des sites éloignés, où elles ont proliféré.

Les tumeurs de stade T1 ou de stade T2 sont généralement traitées par prostatectomie totale, c'est-à-dire par ablation de la prostate, car l'organe n'est pas vital. Elles sont parfois traitées par radiothérapie locale, ou par la combinaison d'un traitement hormonal et d'une radiothérapie, ou d'un traitement hormonal et d'une intervention chirurgicale.

L'hormonothérapie est fondée sur le fait que les androgènes (les hormones masculines, la testostérone et ses dérivés) stimulent la croissance des tumeurs prostatiques ; elle bloque la production de ces hormones par l'organisme ou leur action sur les cellules prostatiques. En l'absence de testostérone, les cellules malignes de la prostate meurent souvent. Un traitement hormonal est toujours palliatif, c'est-à-dire qu'il complète les autres traitements, mais qu'il ne peut, à lui seul, guérir des cancers qui ne sont plus microscopiques.



2. LA PROSTATE (en jaune), qui assure la qualité des spermatozoïdes et intervient dans la production du sperme, est située sous la vessie. Quand une tumeur de la prostate se développe, elle touche souvent la vessie ou l'urètre, entraînant des troubles urinaires, notamment des mictions fréquentes et impérieuses. Les traitements du cancer de la prostate endommagent parfois les tissus adjacents et risquent de provoquer incontinence, inflammation rectale ou impuissance.