

In collaborazione con
PARIOLI
Teatro Parioli Costanzo

LILT
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

for men
NASTRO BLU

SOS LILT
800-998877
www.lilt.it lilt nazionale

NOVEMBRE EST LE MOIS BLEU DE LA PRÉVENTION

N'ATTENDEZ PLUS : IL EST TEMPS DE PRENDRE RENDEZ-VOUS CHEZ VOTRE UROLOGUE.

SOMMAIRE

Introduction du Président **4**
Le cancer de la prostate **6**
Qu'est-ce que la prostate ? 6
Hyperplasie bénigne de la prostate : causes, symptômes et traitements 6
Connaître le carcinome de la prostate 7
Faits et chiffres : incidence, mortalité et prévalence en Italie 8
Le diagnostic précoce est-il possible ? 8
Les symptômes à surveiller 8
Facteurs de risque 9
Prévenir l'apparition 10
Comment est-il diagnostiqué ? 11
Comment interpréter les valeurs du PSA ? 11
Examens complémentaires approfondis 11
Comment est-il traité ? 12
La sexualité, la fertilité et la vie après le traitement 14

Le cancer du pénis **17**
Anatomie 17
Affections non cancéreuses du pénis 18
Qu'est-ce que le cancer du pénis ? 18
Faits et chiffres : incidence, mortalité et prévalence en Italie 19
Symptômes 19
Facteurs de risque 19
Comment est-il diagnostiqué ? 20
Peut-on prévenir son apparition ? 20
Comment est-il traité ? 21

Le cancer des testicules **24**
Anatomie 24
Faits et chiffres : incidence, mortalité et prévalence en Italie 25
Qu'est-ce que c'est ? 25
Facteurs de risque 25
Prévention 25
Symptômes 26
Comment est-il diagnostiqué ? 26
Comment est-il traité ? 27

La LILT **30**
Sa mission 30
Ses activités 30
Comment soutenir la LILT 31
Dons 31
5x1000 31

INTRODUCTION DU PRÉSIDENT



LILT FOR MEN - NASTRO BLU est la campagne de sensibilisation par laquelle tous les ans la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) attire l'attention du public sur l'importance de la prévention et du diagnostic précoce des cancers de l'appareil génital masculin.
L'un des plus fréquents est le cancer de la prostate, qui représente plus de 20% de l'ensemble des cancers masculins. On estime que plus de 40 000 nouveaux cas pourraient être enregistrés chaque année. Mais diagnostiqué précocement, il affiche un taux de guérison très élevé, supérieur à 90 %. Bien que plus rares, les autres cancers spécifiquement masculins sont le cancer du testicule (environ 2 000 cas diagnostiqués chaque année) et le carcinome du pénis. Dans l'ensemble, le tabou culturel persiste encore aujourd'hui autour de ces néoplasies, et la consultation urologique demeure une source de peur ou d'embarras. Il en résulte que les hommes sont moins informés, plus réticents que les femmes à passer des examens de contrôle préventifs et, de ce fait, moins attentifs à leur santé.
Cette publication se veut un outil, concis et utile, pour promouvoir une information correcte visant à développer une culture de la prévention et du diagnostic précoce. Elle se propose de consolider ces pratiques dans le tissu psychosocial et de contribuer ainsi à surmonter les peurs, les réticences et les idées reçues. Mieux connaître le cancer permet de prendre conscience des moyens de le prévenir et de le vaincre. C'est pourquoi la LILT est quotidiennement aux côtés des personnes partout dans le pays avec ses centres de consultation externes, ses spécialistes et ses activités d'éducation à la santé.
Diffuser la culture de la prévention comme mode de vie signifie bâtir un avenir où de plus en plus d'hommes choisiront de prendre soin d'eux-mêmes, sans craintes ni hésitations. C'est une responsabilité individuelle, mais aussi un engagement collectif qui concerne les familles, les institutions, les soignants, le monde de l'école et la société.
Ensemble, nous pouvons faire tomber le mur du silence et du malaise, faire de la prévention une habitude et continuer à gagner le défi le plus important : celui de la vie !

Prof. Francesco Schittulli
Président national de la LILT
Chirurgien sénologue et oncologue

LE CANCER DE LA PROSTATE

LE CANCER DE LA PROSTATE

QU'EST-CE QUE LA PROSTATE ?

La prostate est une glande en forme de châtaigne située sous la vessie de l'homme, en avant du rectum. Elle entoure la première partie de l'urètre (conduit qui relie la vessie à l'extérieur) (Figure 1).
Elle participe au mécanisme de l'éjaculation, en sécrétant la majeure partie du sperme, qui sert de véhicule aux spermatozoïdes. La prostate produit entre autres un enzyme appelé Antigène Prostatique Spécifique (PSA), qui peut également se trouver en plus petites quantités dans le sang, d'où il peut donc être prélevé et dosé.

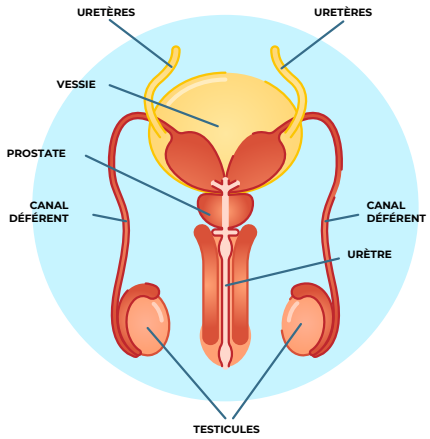


Figure 1 : L'APPAREIL URO-GÉNITAL MASCULIN AVEC LA PROSTATE

HYPERPLASIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE : CAUSES, SYMPTÔMES ET TRAITEMENTS

Avec l'âge, généralement entre 40 et 50 ans, la prostate a tendance à grossir. Cette augmentation de volume, qui est médiée par l'hormone masculine Testostérone, est appelée Hyperplasie Bénigne de la Prostate (HPB). Ce phénomène ne constitue pas un cancer et n'accroît pas le risque d'en développer un, mais il peut entraîner des symptômes semblables à ceux du carcinome de la prostate à son stade initial, intéressant la miction (le processus d'expulsion de l'urine de la vessie), notamment :

- des difficultés à uriner ;
- des besoins urgents et/ou fréquents d'uriner, avec du mal à se retenir ;
- un jet urinaire plus faible et la nécessité d'exercer une forte pression.

Si la taille de la prostate augmente encore, le risque est aussi l'impossibilité soudaine d'uriner (rétention aiguë d'urine) nécessitant la pose d'une sonde urinaire, ou une stase urinaire pouvant comporter le développement d'infections urinaires récurrentes. Certains médicaments tels que les antihistaminiques, les antidépresseurs, les tranquillisants et quelques antihypertenseurs peuvent aggraver les symptômes de l'HPB.

Il existe fondamentalement trois approches thérapeutiques pour l'hypertrophie bénigne de la prostate. Aux stades précoces, les recommandations sont :

- modifier son mode de vie, par exemple en évitant l'apport important de liquides le soir ;
- vider le plus complètement possible sa vessie à chaque miction ;
- ne pas retenir l'urine trop longtemps.

Dans les formes les plus avancées on peut recourir à des médicaments spécifiques ou à la chirurgie. En dehors de la résection transurétrale classique (RTUP), des techniques chirurgicales mini-invasives sont aujourd'hui disponibles, comme l'énucléation de la prostate au laser (HoLEP, ThuLEP), la vaporisation photosélective de la prostate (VPP), l'embolisation de l'artère prostatique (EAP) et, pour les formes plus légères, des procédures ambulatoires comme Rezum et UroLift. Ces techniques, disponibles dans les centres de référence, permettent souvent un rétablissement plus rapide et une moindre incidence des effets indésirables qu'avec la chirurgie traditionnelle. Le médecin généraliste et le spécialiste urologue pourront vous conseiller la meilleure stratégie thérapeutique.

CONNAÎTRE LE CARCINOME DE LA PROSTATE

Le cancer de la prostate le plus fréquent est l'adénocarcinome, qui se caractérise par la prolifération incontrôlée de cellules glandulaires qui acquièrent la capacité d'infiltrer et d'envahir les structures et les organes contigus et même de toucher des organes éloignés via le système lymphatique et sanguin (métastases).
Ce type de cancer est rare avant 40 ans. Dans les pays occidentaux, le taux d'incidence est de plus de 55 nouveaux cas pour 100 000 habitants, mais il augmente avec l'âge, touchant principalement les hommes de plus de 50 ans, avec un pic autour de 70 ans.
Le pronostic de ce cancer dépend de certains facteurs, mais, d'une manière particulière, de l'extension de la néoplasie au moment du diagnostic et de l'âge du patient.

INCIDENCE EN ITALIE
40 mila nouveaux cas en Italie chaque année
1 homme sur 9
Pic d'incidence/nouveaux cas chez les hommes de plus de 65 ans

FAITS ET CHIFFRES : INCIDENCE, MORTALITÉ ET PRÉVALENCE EN ITALIE

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes en Italie. Les estimations les plus récentes indiquent environ 40 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2025, soit 17 % des cancers masculins. Il est devenu la néoplasie la plus fréquemment détectée au cours de ces dix dernières années, moins par la présence de facteurs de risque que par la probabilité accrue que cette maladie soit diagnostiquée, car il est présent sous forme latente chez 15-30 % des individus de sexe masculin de plus de 50 ans et chez 70 % des octogénaires.

Son taux d'incidence est en hausse surtout en raison de la grande diffusion du test pour la recherche de l'antigène prostatique spécifique (PSA), qui permet de le diagnostiquer plus tôt.

Ce cancer se situe au troisième rang dans l'échelle de la mortalité (8% du total des décès par cancer), et dans la quasi-totalité des cas il concerne les hommes de plus de 70 ans. À l'augmentation rapide de la prévalence ont contribué respectivement :

- l'accroissement de l'incidence, qui inclue une part de tumeurs indolores ;
- l'amélioration du taux de survie, du fait d'une meilleure offre thérapeutique, mais aussi du diagnostic de néoplasies asymptomatiques, avec un risque consécutif de surtraitement ;
- le vieillissement démographique, qui a une incidence particulière dans le cas des cancers de la prostate car ils se manifestent principalement à un âge avancé (figure 3).

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE EST-IL POSSIBLE ?

Aux premiers stades, le cancer de la prostate est souvent asymptomatique. Chez les sujets sans symptômes, l'éventuel dosage du PSA doit être décidé de manière éclairée et personnalisée, en considérant l'âge, l'espérance de vie et les facteurs de risque. Les lignes directrices européennes suggèrent de doser le PSA à partir de 50 ans dans la population générale, à partir de 45 ans en présence d'antécédents familiaux significatifs ou pour les hommes d'ascendance africaine, et à partir de 40 ans pour les porteurs de la mutation BRCA2. Un PSA altéré ne doit pas être interprété comme un diagnostic de cancer de la prostate et le contexte clinique global doit toujours être pris en compte.

LES SYMPTÔMES À SURVEILLER

Cette tumeur est généralement caractérisée par une croissance très lente ; au stade initial, elle est fréquemment asymptomatique et le cancer peut donc rester non diagnostiqué pendant des années. En augmentant de volume, la masse comprime les structures adjacentes et peut donner origine à des troubles liés à la sphère urinaire, tels que :

- la difficulté à uriner (hésitation) ;
- l'envie fréquente d'uriner pendant la nuit (nycturie) ou des mictions rapprochées au cours des 24 heures, mais avec un volume total réduit de l'urine produite (pollakiurie) ;
- un flux faible, intermittent ou une sensation persistante de ne pas arriver à vider sa vessie ;
- une douleur ou une sensation de brûlure durant la miction (dysurie) ;
- du sang dans les urines ou dans le sperme (hématospermie) ;
- la dysfonction érectile (impuissance) ou éjaculation douloureuse ;
- une sensation de gêne dans la région pelvienne ;
- la fatigue, perte d'appétit et malaise général ;
- une douleur généralisée dans le dos, les hanches ou le bassin.

Il s'agit de symptômes qui, à eux seuls, ne désignent pas nécessairement un cancer, étant donné que, comme on l'a vu, ils sont aussi communs à l'hyperplasie bénigne de la prostate. Ils peuvent aussi être le signe par exemple d'une inflammation de la prostate de nature bactérienne (prostatite). C'est précisément pour cela qu'il est toujours important de consulter son médecin pour passer des examens de contrôle, sans alarmisme, mais sans reporter le rendez-vous.

Chez moins de 10 % des patients le carcinome de la prostate se manifeste par des symptômes liés à sa dissémination métastatique comme les douleurs osseuses, même graves. En effet, une tumeur maligne peut métastaser aux ganglions lymphatiques du pelvis et se propager progressivement à d'autres parties du corps.

Le cancer de la prostate a tendance à métastaser surtout vers les os de la colonne vertébrale, du bassin, des côtes et du fémur. La douleur osseuse peut donc être un symptôme de cancer à un stade avancé. Une compression de la moelle épinière par la métastase peut entraîner une faiblesse ou un engourdissement des membres inférieurs, l'incontinence urinaire et fécale.

FACTEURS DE RISQUE

Pour le cancer de la prostate, les principaux facteurs de risque sûrs sont toujours de nature génétique, plus particulièrement :

- **L'âge :** il doit être considéré comme le principal facteur de risque, car cette néoplasie est très rare avant 40-50 ans, mais son incidence augmente rapidement à un âge plus avancé.
- **Les antécédents familiaux :** le risque de développer un cancer de la prostate est 2 à 3 fois plus élevé chez les individus dont un parent au premier degré souffre de la même maladie, mais il peut être 10 fois plus élevé si le nombre de parents affectés augmente. Dans ce dernier cas, ou s'il existe des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire, un test génétique peut être utile pour évaluer la présence de mutations héréditaires (par exemple dans les gènes BRCA1, BRCA2 ou d'autres gènes impliqués dans la réparation de l'ADN). Connaître cette information aide à planifier des contrôles personnalisés et, aux stades plus avancés de la maladie, orienter le choix de thérapies ciblées.

- **L'ethnie :** ce cancer est essentiellement une maladie des pays occidentaux ; l'incidence et la mortalité plus élevées s'observent chez les hommes afro-américains aux États-Unis et les plus faibles au Japon, en Chine et dans d'autres pays d'Asie.

Il existe d'autres facteurs de risque, de nature diététique, bien que les preuves scientifiques les concernant soient moins consolidées. Un régime alimentaire riche en acides gras saturés et l'obésité (Indice de Masse Corporelle – IMC supérieur à 29) semblent comporter une hausse de l'incidence. L'action défavorable des graisses est à lier à une augmentation de la production de la testostérone et à une diminution de l'absorption de la vitamine A. Un déficit d'apport en vitamine D et en sélénium dans l'alimentation également a été associé à une plus forte incidence du cancer de la prostate.
Enfin, on remarque d'une manière croissante que l'inflammation chronique, avec pour conséquence un stress oxydatif et des dommages cellulaires, semble induire l'apparition de mutations favorisant la cancérogénèse de la prostate.

PRÉVENIR L'APPARITION

Comme pour beaucoup d'autres maladies chroniques, dans le cas des pathologies de la prostate aussi le **mode de vie** joue un rôle clé.
De nombreuses études ont montré qu'une activité physique régulière contribue au maintien d'un poids approprié, améliore le métabolisme des hormones masculines et réduit les processus inflammatoires, autant de facteurs susceptibles d'influer sur le risque de développer un cancer.
Une **alimentation équilibrée** est un autre pilier : réduire les graisses animales et privilégier les fruits, les légumes et les légumineuses permet d'apporter des substances antioxydantes et des vitamines protectrices (ex. A, D, E et sélénium).
Certains aliments, en particulier les tomates, riches en lycopène, les légumes jaunes et les poivrons semblent posséder un effet protecteur.
Les céréales complètes et le poisson, typiques du régime méditerranéen, sont également associés à un meilleur équilibre hormonal et à un moindre risque de pathologies cardiovasculaires, qui accompagnent souvent les cancers.
Le **tabagisme** joue un rôle non négligeable, pouvant augmenter l'agressivité de certaines formes tumorales et favoriser l'inflammation chronique ; arrêter de fumer représente donc un choix utile non seulement pour la santé générale, mais aussi pour la prévention du cancer de la prostate. Il convient également de limiter la consommation excessive d'alcool.
La **gestion du poids corporel** est un autre aspect crucial : l'obésité et l'excès de graisse abdominale ont été associés à un risque accru de formes avancées de cancer de la prostate. Maintenir un indice de masse corporelle (IMC) normal, avec une bonne qualité du sommeil et la réduction du stress chronique, contribue au bien-être général et à la santé de la prostate.
Enfin, la prévention ne concerne pas seulement le mode de vie, mais aussi la conscience de nos propres **facteurs de risque.** Connaître nos antécédents familiaux et en parler avec notre médecin aide à programmer des contrôles personnalisés. Même si nous ne pouvons pas supprimer le risque, nous pouvons le réduire de façon significative et, surtout, favoriser un diagnostic plus précoce et des traitements plus efficaces.

COMMENT EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Un diagnostic précis se base essentiellement sur les examens suivants :

- **Le toucher rectal (TR) :** c'est le premier examen auquel doit se soumettre un patient présentant des troubles attribuables à la prostate. Comme le carcinome prostatique se développe dans la plupart des cas (70 %) à partir de la zone périphérique de l'organe, cet examen est utile mais il ne permet pas de détecter des tumeurs très petites et au stade initial. Le TR est facile à exécuter, il ne dure qu'une dizaine de secondes et il est indolore.
- **Le dosage de l'Antigène Prostatique Spécifique (PSA) :** cette substance, produite par la prostate, peut être dosée grâce à une simple prise de sang. La quantité de PSA dans le sang a tendance à augmenter avec l'âge, il est donc normal qu'elle soit plus élevée chez un sujet âgé que chez un jeune. Elle peut enregistrer un accroissement très important si les structures glandulaires de l'organe présentent des lésions, dues par exemple à des infections des voies urinaires, à l'hyperplasie bénigne de la prostate ou à des gestes instrumentaux.

COMMENT INTERPRÉTER LES VALEURS DU PSA ?

Le PSA peut s'accroître temporairement dans le cas d'infections urinaires ou de prostatites, de rétention d'urine, d'interventions ou manipulations récentes de la prostate et, dans une mesure variable, après l'éjaculation ou une intense activité cycliste. C'est pourquoi le dosage doit être programmé et, si nécessaire, répété selon les indications du médecin, en évitant toute interprétation fondée sur une seule mesure.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES APPROFONDIS

En cas de résultats suspects, les examens complémentaires comprennent :

- **L'échographie transrectale (ETR ou TRUS) :** elle est utile surtout pour évaluer le volume et l'anatomie de la prostate et elle peut être utilisée comme guide durant certaines procédures de biopsie. Aujourd'hui, elle ne représente pas l'examen principal pour dépister ou stadifier un carcinome prostatique : l'imagerie par résonance magnétique multiparamétrique offre une meilleure précision à cet égard.
- **La biopsie prostatique :** l'échographie permet en outre de guider avec précision une aiguille très fine à l'intérieur de la prostate pour effectuer des biopsies multiples de chaque nodule palpable ou visible à l'examen échoguidé et/ou d'obtenir une cartographie complète de la prostate en faisant des prélèvements à plusieurs endroits. Les fragments de tissu ainsi obtenus, examinés sur le plan histologique, définiront la nature de la lésion. Ces dernières années, la voie transpérinéale s'est progressivement imposée et est aujourd'hui préférée à la voie transrectale traditionnelle : cette approche réduit de manière significative le risque d'infections après biopsie,

y compris la septicémie, événement rare mais redoutable, rendant en général superflue l'antibioprophylaxie à large spectre.

- **L'imagerie par résonance magnétique multiparamétrique :** cette méthode a fait réaliser d'immenses progrès ces dernières années dans l'imagerie médicale de la prostate. Elle combine différentes techniques d'étude au cours d'un seul examen : l'étude morphologique pour évaluer l'anatomie de la glande et identifier l'éventuelle lésion ; l'étude de spectroscopie de l'hydrogène pour évaluer les métabolites de la glande et de la lésion ; l'étude de diffusion pour évaluer le degré de prolifération et l'éventuelle lésion cellulaire ; l'étude de perfusion sous injection intraveineuse de produit de contraste paramagnétique pour évaluer la vascularisation. L'IRM multiparamétrique de la prostate améliore par conséquent les performances de l'IRM classique ; elle est devenue fondamentale pour poser le diagnostic et planifier le parcours thérapeutique des patients. Dans la pratique clinique avec l'IRM multiparamétrique on cartographie tout le volume de la prostate pour identifier les zones suspectes sur lesquelles effectuer par la suite des prélèvements biopsiques ciblés sous guidage échographique ou directement par IRM, de manière à éviter de le faire de manière aléatoire. De plus, cette méthode est utile pour effectuer une stadification loco-régionale correcte de la maladie et dans le suivi après le traitement. Elle n'est pas invasive et elle n'expose pas aux rayonnements ionisants. Aujourd'hui, l'IRM multiparamétrique est réalisée, dans la mesure du possible, avant la biopsie de la prostate : ce parcours (« IRM avant biopsie ») permet d'orienter plus précisément la biopsie vers les sites suspects en réduisant les biopsies non nécessaires.
- **La TEP/TDM aux traceurs ciblant le PSMA :** c'est à ce jour l'une des méthodes de référence pour la stadification de la maladie à haut risque et, si elle est disponible, elle peut augmenter la précision de la procédure même chez les patients classés à risque intermédiaire défavorable. Elle joue en outre un rôle très important dans la localisation de la maladie en cas de récidive biochimique. En revanche, elle n'est pas indiquée comme méthode de routine pour la stadification des cancers à faible risque.

COMMENT EST-IL TRAITÉ ?

Le choix du traitement dépend du stade clinique, du niveau de PSA, du score de Gleason, des comorbidités et de l'espérance de vie. Il existe plusieurs options thérapeutiques pour les patients avec cancer de la prostate localisé :

- **La surveillance active :** c'est la norme pour beaucoup de patients atteints d'un cancer à faible risque et avec une espérance de vie suffisamment longue, et elle peut être prise en compte dans certains cas à risque intermédiaire favorable. Elle prévoit un suivi programmé avec dosage du PSA, examen clinique, IRM et biopsies répétées selon le profil de risque. Une IRM stable dans le temps peut permettre de réduire le nombre des biopsies pour des patients répondant à des critères de sélection précis, sans pour autant les rendre automatiquement superflues. Dans le cas des patients ayant une espérance de vie limitée et pour lesquels un traitement curatif ne serait pas indiqué en cas de progression de la maladie, on parle de *watchful waiting*, attente vigilante, une stratégie différente de la surveillance active.
- **La chirurgie :** elle prévoit une prostatectomie radicale, c'est-à-dire l'ablation de la prostate, des tissus avoisinants et des ganglions lymphatiques régionaux, afin de déterminer la présence éventuelle d'une atteinte métastatique. Plusieurs approches sont possibles pour les tumeurs localisées à la glande : la chirurgie ouverte ou conventionnelle, la chirurgie mini-invasive laparoscopique et la chirurgie robotique, qui est désormais le standard de soin dans la plupart des centres à haut volume. L'approche robotique, offrant au chirurgien une vision 3D agrandie et une plus grande précision de mouvement, facilite la préservation des fascias de la prostate (technique dite *nerve sparing*, c.à,d. qui épargne les nerfs) et dans la plupart des cas favorise une récupération postopératoire plus rapide. La prostatectomie radicale pour les tumeurs localisées à la glande permet un taux de guérison élevé chez les patients. Parmi les possibles complications, il y a l'incontinence (incapacité à retenir les urines) et l'impuissance, mais leur incidence varie selon les cas, jusqu'à environ 10 % ; elle est inférieure si l'on a recours aux techniques chirurgicales avancées.
- **La radiothérapie :** elle est désormais réalisée avec des techniques de haute précision qui permettent de traiter la tumeur en réduisant l'exposition des tissus sains avoisinants. Des protocoles hypofractionnés permettant de réduire la durée totale du traitement souvent à environ 4 à 6 semaines sont accessibles pour la majeure partie des patients. Il peut également y avoir des schémas ultra-hypofractionnés ou stéréotaxiques en quelques séances pour des patients sélectionnés. Le choix dépend de la classe de risque et des caractéristiques cliniques du patient. Dans les cancers à risque intermédiaire ou élevé, la radiothérapie peut être associée pendant des périodes variables à l'hormonothérapie par privation androgénique.
- **L'hormonothérapie :** chez les patients à un stade avancé de la maladie et non éligibles à la chirurgie, l'indication est un traitement pharmacologique qui supprime la production des hormones masculines ou en empêche l'action sur la prostate. Les anti-androgènes et les analogues de la GnRH (*Luteinizing hormone-releasing hormone* ou hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires) sont le plus fréquemment utilisés, car ils garantissent un blocage adéquat de la production de testostérone. Cette classe de médicaments s'accompagne d'effets indésirables tels que la baisse de la libido, l'impuissance et les bouffées de chaleur. À côté des anti-androgènes et des analogues de la GnRH des médicaments de nouvelle génération appelés inhibiteurs de la voie du récepteur des androgènes (abiractérone, enzalutamide, apalutamide, darolutamide) sont aujourd'hui disponibles en pharmacie. Il a été démontré que ces médicaments, associés à la thérapie de privation androgénique, améliorent le taux de survie, tant dans la maladie métastatique que, dans des cas sélectionnés à haut risque, après la réapparition de la maladie (récidive biochimique) à la suite d'un traitement local.

- **La radiothérapie métabolique :** c'est une branche de la médecine nucléaire qui utilise des substances radioactives pour traiter certaines pathologies en exploitant la capacité de celles-ci à se lier spécifiquement aux tissus malades, épargnant ainsi les tissus sains des rayonnements. Pour le cancer de la prostate, les traitements radiométaboliques approuvés en Italie sont deux : le Radium-223 et le 177Lu-PSMA-617, capables d'améliorer la survie chez les patients métastatiques résistants à la castration. L'emploi du 177Lu-PSMA-617 exige la preuve préalable, par PET-scanner au 68Ga-PSMA, d'une maladie exprimant nettement cette cible moléculaire sur les cellules tumorales.
- **La thérapie focale :** il s'agit d'une option intermédiaire entre la surveillance active et les traitements radicaux, réservée à des patients rigoureusement sélectionnés présentant un risque faible ou intermédiaire chez lesquels la maladie est unifocale, c'est-à-dire limitée à la partie de la prostate atteinte par le cancer. Par rapport aux traitements radicaux, des techniques telles que les ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU), la cryothérapie, l'électroporation irréversible et le laser interstitiel permettent de traiter uniquement cette zone, en épargnant le tissu sain avoisinant et en réduisant le risque d'incontinence et de dysfonction érectile. Ces techniques étant en pleine évolution, il est recommandé de les mettre en œuvre dans des centres ayant une expérience éprouvée et, lorsque cela est possible, dans le cadre de registres prospectifs ou d'études cliniques.

Pour les patients chez lesquels la maladie est métastatique, l'analyse moléculaire de la tumeur et – lorsque cela est indiqué – le test génétique germinal peuvent identifier des altérations de BRCA1, BRCA2 ou d'autres gènes de la réparation de l'ADN, ce qui s'avère utile pour orienter l'utilisation de thérapies ciblées comme les inhibiteurs de PARP.

LA SEXUALITÉ, LA FERTILITÉ ET LA VIE APRÈS LE TRAITEMENT

À la fin des traitements, il est tout à fait naturel de se poser des questions sur le corps, le désir et la qualité de vie globale. En postopératoire, surtout après une prostatectomie, une incontinence urinaire transitoire et un dysfonctionnement érectile peuvent se manifester ; la radiothérapie peut provoquer une irritation des voies urinaires et, après un certain temps, affecter la fonction érectile ; l'hormonothérapie, enfin, peut réduire la libido et induire une asthénie ou des changements de la composition corporelle.
Ces effets indésirables, bien que fréquents, s'améliorent souvent grâce à des interventions rééducatives ciblées. Les exercices du plancher pelvien, guidés par un kinésithérapeute spécialisé, facilitent la récupération de la continence urinaire.
Chez les patients ayant subi une chirurgie avec préservation des bandelettes nerveuses, le démarrage précoce, dès les premières semaines après l'intervention, d'un programme de rééducation de la fonction érectile établi avec l'urologue peut optimiser et accélérer la récupération.

L'urologue peut proposer diverses solutions pour récupérer l'érection, comme des médicaments ciblés, de petits dispositifs d'érection sous vide, des injections locales ou, dans les cas plus complexes, un implant pénien.
Parallèlement, un soutien psychologique ou sexologique se révèle d'une grande aide pour faire face à l'anxiété, à la modification de l'image corporelle et aux difficultés interpersonnelles, en aidant le couple à restaurer l'intimité et le bien-être.
Lorsque des traitements susceptibles d'avoir un impact sur la capacité reproductive sont prévus, il est opportun d'évaluer précocement la cryoconservation du sperme et de prendre un rendez-vous chez un andrologue.
En présence d'une altération de la fertilité, des parcours de procréation médicalement assistée peuvent être entrepris.
Enfin, un mode vie actif, une alimentation équilibrée et une gestion correcte du poids sont essentiels pour conserver l'énergie, le moral et la fonction sexuelle pendant et après les traitements, et d'une manière générale améliorer la qualité de vie du patient.

LE CANCER DU PÉNIS

LE CANCER DU PÉNIS

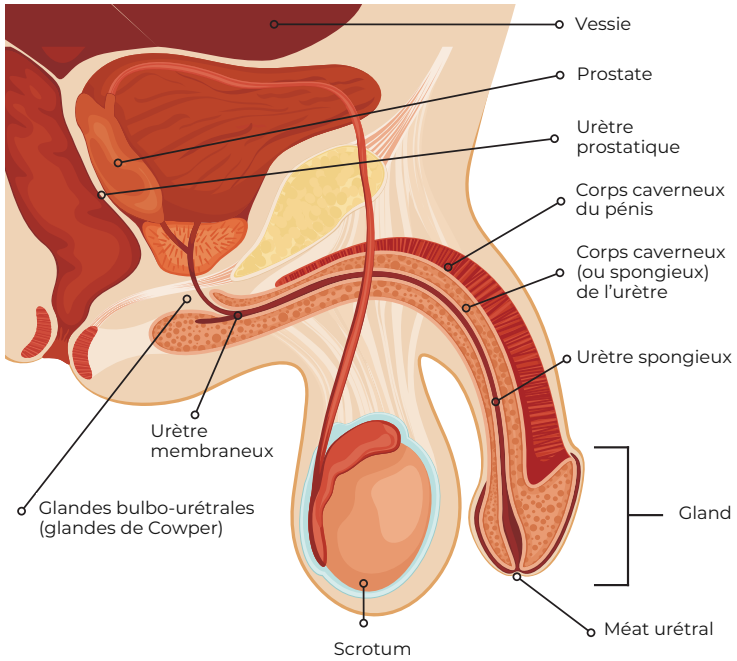


Figure 1 : ANATOMIE DU PÉNIS

ANATOMIE

Le pénis est l'organe génital masculin externe et aussi le dernier segment des voies urinaires. Il a une structure cylindrique, entièrement revêtue de peau, et est constitué d'une racine – située à l'intérieur de la région du périnée – et d'un corps, la partie visible extérieurement, juste devant le scrotum.

Le corps se compose d'une hampe et d'une extrémité appelée gland, dont la base prend le nom de couronne. La peau qui recouvre le pénis forme, au niveau de la couronne, le prépuce : un repli mobile qui normalement couvre le gland et peut être rétracté. Le gland, la couronne et le prépuce sont les zones les plus fréquemment touchées par des altérations de la peau et des muqueuses, il est donc de bonne pratique de les examiner régulièrement dans le cadre de son hygiène quotidienne.

À l'intérieur, le corps du pénis est constitué des corps caverneux – deux structures hautement vascularisées, enveloppées de tissu fibreux (albuginée) –

et du corps spongieux, à l'intérieur duquel passe l'urètre, le canal qui achemine l'urine et le sperme vers l'extérieur du corps.
En dehors de sa fonction urinaire, le pénis joue un rôle fondamental dans la reproduction, grâce à l'érection : l'afflux de sang artériel vers les corps caverneux détermine sa turgescence, tandis que la contraction des muscles périnéaux contribue à l'éjaculation, l'expulsion de sperme à travers l'urètre.

AFFECTIONS NON CANCÉREUSES DU PÉNIS

Le pénis peut être affecté par différentes pathologies non tumorales, de nature infectieuse, dermatologique ou structurelle.

- **Maladies sexuellement transmissibles :** ce sont les pathologies les plus fréquentes du pénis. Elles peuvent être causées par des bactéries (gonorrhée, syphilis), champignons ou levures (candidose) ou virus (herpès génital, papillomavirus – HPV). Souvent, elles touchent le gland, qui se présente enflé, enflammé et douloureux, parfois avec des sécrétions : cette affection s'appelle balanite. L'infection à papillomavirus humain (HPV) peut en poutre entraîner l'apparition de lésions appelées condylomes (verrues génitales) et représente le principal facteur de risque infectieux pour le cancer du pénis, traité dans les chapitres suivants ; pour cette raison, le vaccin anti-HPV, recommandé également pour les garçons, constitue aujourd'hui une importante mesure de prévention. Ces infections sont plus fréquentes en cas de rapports sexuels non protégés, avec un risque concret de transmission au partenaire.
- **Maladies dermatologiques :** elles comprennent les dermatites de contact sur base allergique ou inflammatoire (causées par des médicaments, des produits topiques ou des vêtements), le psoriasis – une maladie vraisemblablement auto-immune – qui intéresse non seulement la peau du pénis mais aussi d'autres parties du corps.
- **Phimosis :** une affection caractérisée par un rétrécissement de l'orifice du prépuce, congénital ou acquis à la suite d'infections chroniques. Chez les adolescents et les adultes, le phimosis peut causer une douleur durant l'érection, mais sinon il n'est pas douloureux, en général. Les personnes qui en souffrent sont plus exposées au risque d'inflammation du gland (balanite) et d'autres complications. Dans les cas du phimosis congénital, il n'est pas indiqué de forcer la rétraction du prépuce pendant les premières années de vie de l'enfant. Si ce problème persiste et ne se résout pas spontanément avec le temps, on peut utiliser une crème à base de stéroïdes pour assouplir la peau trop serrée ; si aucune amélioration n'est constatée, on peut envisager une intervention chirurgicale comme la circoncision.

QU'EST-CE QUE LE CANCER DU PÉNIS ?

Comme tous les cancers, le cancer du pénis prend naissance dans des cellules de l'épithélium, qui se multiplient de manière incontrôlée, acquièrent la capacité d'infiltrer et d'envahir les structures environnantes et d'atteindre des organes éloignés à travers le système lymphatique et sanguin (métastases).

Dans 95 % des cas il s'agit d'un carcinome spinocellulaire (à partir des cellules squameuses), qui a son origine dans le revêtement épidermique du gland et dans la partie interne du prépuce. Plus rarement, on observe d'autres histotypes, comme le mélanome ou le sarcome.

FAITS ET CHIFFRES : INCIDENCE, MORTALITÉ ET PRÉVALENCE EN ITALIE

En Europe, le carcinome du pénis est rare, représentant moins de 1 % de tous les cancers. Le risque de développer cette néoplasie varie beaucoup d'un pays à l'autre. Dans les pays industrialisés, l'incidence est de 1 cas par an pour 100 000 hommes, ce qui est nettement inférieur à d'autres régions du globe, comme l'Afrique sub-saharienne, l'Amérique du Sud ou l'Asie du Sud-Est, où le taux d'incidence est de 20 à 30 fois supérieur (2-3 nouveaux cas par an pour 100 000 hommes). En Europe, le pic s'enregistre parmi les hommes de plus de 75 ans, chez lesquels il vérifie chaque année entre 5 et 10 nouveaux cas tous les 100 000 hommes (Figure 2).
On estime à environ 500 les nouveaux cas chaque année en Italie ; les chiffres de la mortalité ne sont pas disponibles. Le pronostic est à considérer comme favorable : la survie moyenne à 5 ans se situe autour de 74 %, et diminue s'il y a atteinte des ganglions lymphatiques locorégionaux ou à distance. Le diagnostic précoce est donc fondamental.
En Italie, les hommes qui vivent avec un diagnostic de cancer du pénis sont environ 4 500, avec un taux de prévalence plus ou moins égal dans toutes les zones géographiques.

SYMPTÔMES

Une altération de l'aspect de la peau du gland, de la couronne ou du prépuce - une zone qui pourrait changer de couleur ou devenir plus mince - représente un premier signal auquel prêter attention. Dans certains cas il peut se former des nodules, plus ou moins douloureux, ou bien des plaques ou des ulcères superficiels blanchâtres ou rougeâtres, associés ou non à des sécrétions irritantes. Aux stades les plus avancés peuvent apparaître des tuméfactions au niveau inguinal, signe d'une probable atteinte ganglionnaire.
Aucun de ces symptômes ne suffit, à lui seul, à établir un diagnostic certain de cancer du pénis, du moment qu'on pourrait trouver les mêmes troubles pour des pathologies bénignes ; voilà pourquoi il est important de toujours consulter son médecin en cas de doute. Cependant, des nodules ou des ulcères qui ne voient pas d'amélioration après un traitement antibiotique ou antifongique et qui ont tendance à grossir, doivent faire suspecter la présence d'une néoplasie du pénis.

FACTEURS DE RISQUE

Citons entre autres, parmi les facteurs de risque prédisposant à la survenue du cancer du pénis :

- **L'infection à papilloma virus (HPV) :** c'est le principal facteur de risque infectieux. Certaines souches virales peuvent donner lieu à des

néoformations bénignes (verrues ou condylomes) ou malignes. La transmission a lieu presque exclusivement par voie sexuelle, sous diverses formes de contact génital. C'est ce qui explique la relation établie non seulement entre l'infection à HPV et le cancer du pénis, mais aussi ceux du col de l'utérus, de la cavité buccale, de l'anus, de l'œsophage et du larynx. Bien que rare, la transmission materno-fœtale est possible au moment de l'accouchement.

- **Le tabagisme :** fumer peut augmenter le risque de cancer du pénis, de manière dose-dépendante.
- **Le phimosis :** les hommes non circoncis dans leur enfance courent plus de risque de développer une néoplasie du pénis, le phimosis constituant un facteur favorisant.
- **Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :** chez les hommes porteurs du VIH l'incidence du cancer du pénis est 4 à 8 fois plus élevée que dans la population générale. La raison en reste incertaine, mais on suppose une plus grande prédisposition à l'acquisition du HPV, déjà connu comme un facteur de risque.

COMMENT EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

L'investigation permettant de confirmer le cancer du pénis doit être menée chez les hommes qui présentent une lésion suspecte de l'organe, tel qu'il a été décrit au chapitre précédent. Dans ce cas, il est indispensable de consulter un spécialiste qui, après un examen médical approfondi visant à évaluer l'état local de l'organe et une palpation des ganglions lymphatiques de l'aine, effectuera une biopsie de la lésion afin de confirmer ou exclure la présence dde cellulestumorales.
Une fois le diagnostic posé, il est fondamental de définir l'extension de la maladie par des examens radiologiques, dont :

- l'imagerie par résonance magnétique du pénis ;
- l'échographie du pli inguinal, avec éventuelle cytoponction des ganglions lymphatiques ;
- la tomodensitométrie (TDM) ;
- la tomographie par émission de positons (TEP).

La TDM et la TEP sont utilisées en particulier pour évaluer l'éventuel intéressement d'organes éloignés de la zone d'origine.

PEUT-ON PRÉVENIR SON APPARITION ?

Il n'existe pas de stratégie de prévention en mesure d'éliminer totalement le risque de cancer du pénis, mais diverses mesures permettent de le réduire de manière significative.
Il convient d'être particulièrement vigilant face à des lésions suspectes qui apparaissent chez des patients adultes avec phimosis, VIH ou des antécédents de condylomes au pénis. Une bonne hygiène des organes génitaux est un élément fondamental pour la prévention, même si à elle seule, elle ne suffit pas.
Il est utile également de limiter l'exposition aux facteurs de risque connus, en évitant le tabac et les comportements sexuels qui augmentent le risque de contracter des infections à HPV ou VIH.
La mesure la plus efficace reste cependant la vaccination anti-HPV, qui agit contre les types (souches) de HPV responsables de la majeure partie des tumeurs génitales. En Italie le Plan national de prévention vaccinale recommande son administration dans le courant de la douzième année de vie (11 ans révolus) à tous les garçons et les filles. La vaccination est gratuite jusqu'à 26 ans pour les filles et au moins jusqu'à 18 ans pour les garçons, avec d'éventuelles extensions prévues par certaines régions ; elle est gratuite sans limites d'âge pour certaines catégories à risque, dont les personnes infectées par le VIH. Pour être pleinement efficace, le vaccin doit être administré avant que l'organisme entre en contact avec le virus, donc, de préférence avant le début de l'activité sexuelle. Le vaccin est très sûr : les effets indésirables les plus courants sont la douleur, la rougeur, le gonflement et les démangeaisons au site d'injection.

COMMENT EST-IL TRAITÉ ?

S'il est diagnostiqué à un stade précoce, le cancer du pénis offre des chances de guérison en général très bonnes. Le choix du traitement le plus approprié dépend de plusieurs facteurs, dont l'extension et la localisation de la tumeur, l'état général du patient et ses préférences.
La **chirurgie** est le traitement de référence quand la tumeur est localisée dans le pénis, avec différentes procédures possibles selon les caractéristiques de la néoplasie. La chirurgie conservatrice, qui vise à préserver l'organe, est privilégiée lorsque le risque de récidive est jugé faible.

- **Chirurgie laser :** utilisée dans les formes tumorales extrêmement précoces, elle cible avec une source d'énergie laser les cellules tumorales plus superficielles pour les détruire.
- **Circoncision :** elle permet l'ablation des lésions tumorales limitées au prépuce.
- **Chirurgie de Mohs :** elle prévoit l'ablation de fines couches de tissu, qui sont analysées progressivement jusqu'à ce qu'on atteigne une couche totalement dépourvue de cellules tumorales.
- **Exérèse chirurgicale simple :** ablation de la lésion avec une petite partie de tissu sain environnant.

Lorsque la tumeur s'étend en profondeur, une ablation partielle ou totale du pénis peut être nécessaire. La chirurgie est fondamentale en outre pour l'ablation des ganglions lymphatiques inguinaux, s'ils sont atteints par la maladie.
La **radiothérapie** – par faisceaux externes ou par brachythérapie, qui prévoit l'utilisation de petites particules radioactives placées directement à l'intérieur de la tumeur – peut être utilisée en cas de contre-indication à la chirurgie, ou en combinaison avec elle pour réduire le risque de récidive.

La **chimiothérapie** peut être administrée avant l'intervention chirurgicale, pour réduire la taille de la tumeur lorsque l'ablation n'est pas initialement réalisable, ou dans les cas où la maladie s'est propagée à d'autres parties du corps.
Pour les patients chez lesquels la maladie progresse après la chimiothérapie initiale, le pronostic est malheureusement défavorable. Dans ces cas, il est important d'offrir, lorsque cela est possible, la participation à des études cliniques, avec un soutien adéquat pour la gestion des symptômes et de la qualité de la vie.

LE CANCER DES TESTICULES

LE CANCER DES TESTICULES

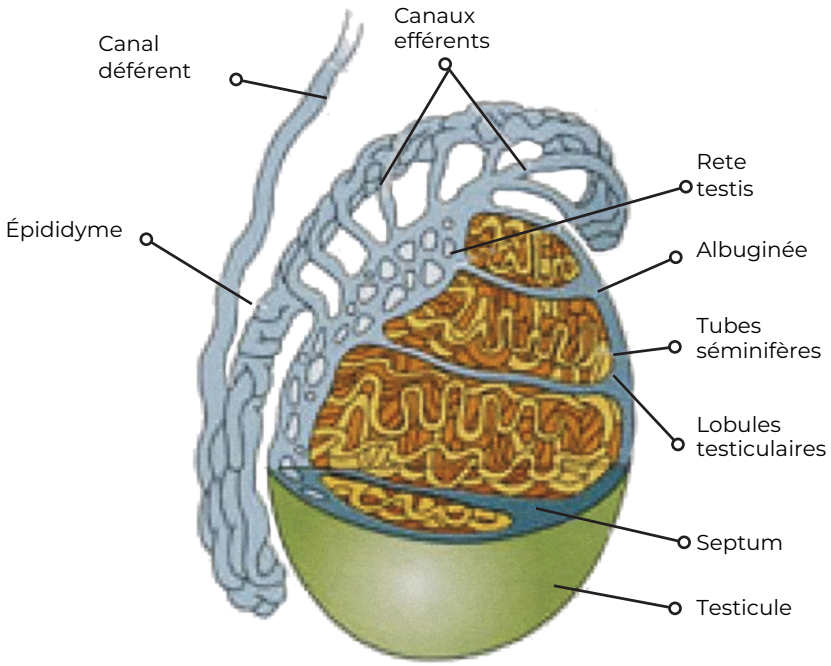


Figure 1 : ANATOMIE DU TESTICULE

ANATOMIE

Les testicules sont deux organes ovoïdes, pesant environ 20 grammes, situés à l'intérieur de la bourse scrotale, juste sous le pubis : une position qui les rend facilement palpables. À l'intérieur, les tubes séminifères produisent les spermatozoïdes, tandis que les cellules de Leydig – situées dans l'espace entre les tubes – produisent la principale hormone masculine, la **testostérone.**
Des tubes séminifères, les spermatozoïdes atteignent l'épididyme – une structure adossée au testicule où ils complètent leur maturation – et de là, le canal déférent les transporte vers le haut en passant par les canaux inguinaux (l'un des sièges les plus fréquents des hernies), jusqu'au bassin. Là le canal déférent passe en arrière de la prostate, presque en contact avec les vésicules séminales – qui avec la prostate produisent la quasi-totalité du sperme, dans lequel sont immergés les spermatozoïdes – avant de confluer dans l'urètre, qui est le canal éjaculateur. (Figure 1).

FAITS ET CHIFFRES : INCIDENCE, MORTALITÉ ET PRÉVALENCE EN ITALIE

Les néoplasies du testicule représentent environ 1-1,5 % des néoplasies du sexe masculin. Leur importance en oncologie dérive de deux éléments opposés : elles sont le cancer le plus fréquent chez les hommes de moins de 50 ans (11% des néoplasies masculines dans cette tranche d'âge), avec un pic d'incidence spécifique entre 15 et 40 ans, mais en même temps elles ont un taux de guérison supérieur à 90%, au moins dans les pays occidentaux.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Quatre-vingt-quinze pour cent des cancers du testicule prennent naissance dans les cellules germinales, celles à partir desquelles se forment les spermatozoïdes. Ils se subdivisent en deux grands groupes : les séminomes (environ 50 %) et les non-séminomes ; ces derniers comprennent des formes différentes :

- carcinome embryonnaire ;
- tumeur du sinus endodermique ;
- choriocarcinome ;
- tératome.

Les formes mixtes, très fréquentes, sont traitées comme les non séminomes.
On peut aussi trouver des néoplasies germinales *in situ* (appelées TIN ou CIS) : une lésion précancéreuse qui peut devenir cancéreuse avec le temps.
Les 5 % restants des cas sont constitués par des tumeurs stromales gonadiques (tumeurs de Leydig, de Sertoli ou de la granulosa) ou d'un autre type (particulièrement rares).

FACTEURS DE RISQUE

L'unique facteur de risque confirmé est la cryptorchidie, ou testicule non descendu, car resté bloqué dans l'abdomen. Cette condition augmente le risque de développer un cancer du testicule de 2,5 à 11 fois environ.
D'autres facteurs sont suspectés, bien que pas encore confirmés avec certitude :

- des valeurs hormonales élevées pendant la grossesse de la mère ;
- des antécédents dans la famille de cancer du testicule ;
- l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants ;
- la présence d'une maladie génétique rare, le syndrome de Klinefelter.

Les cancers du testicule sont en outre fréquemment associés à des anomalies de la production du sperme, jusqu'à arriver à l'infertilité.

PRÉVENTION

Il n'existe pas de programme de prévention spécifique pour ce cancer, mais il faut dire que la maladie débute généralement par des signes reconnaissables : un nodule, une augmentation du volume, un gonflement ou une sensation de lourdeur dans le testicule. Par conséquent, il est important que les hommes

apprennent à reconnaître tout changement anatomique éventuel grâce à l'autopalpation.
L'**autopalpation testiculaire** est un geste simple et rapide, à effectuer une fois par mois, de préférence après un bain chaud (lorsque la peau du scrotum est plus détendue). On prend le testicule à deux mains e on le fait glisser entre le pouce, l'index et le majeur de chaque main (le pouce sur le dessus du testicule, l'index et le majeur en dessous). On effectue ensuite de petits mouvements circulaires avec les doigts, de manière à explorer toute la surface. Il faudra signaler au médecin les éventuels nodules durs, les protubérances lisses et arrondies ou toute modification de la forme, de la taille ou de la consistance.

1 Examinez les testicules un par un



2 Placez l'index et le majeur sur la partie basse du testicule et le pouce sur la partie haute. Bougez vos doigts doucement



3 Si vous remarquez une anomalie, contactez immédiatement votre médecin



SYMPTÔMES

Le trouble le plus courant et fréquent est la **présence d'une masse dure, endolorie ou indolore, au niveau du scrotum.** Un retard de diagnostic de 2-3 mois n'est pas rare, soit à cause de la réticence du patient à se faire examiner, soit d'un diagnostic initial de pathologie inflammatoire (épididymite, orchiépididymite).
Aux stades les plus avancés peuvent survenir un mal de dos (lombalgie), dû à la compression de structures par des ganglions lymphatiques enflés, ou des troubles respiratoires, liés à d'éventuelles métastases pulmonaires ou à des ganglions qui compriment les voies respiratoires.
Constater des niveaux élevés de certains marqueurs tumoraux dans le sang aussi peut contribuer au diagnostic (voir plus bas).

COMMENT EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Devant une masse dure au niveau du scrotum, il doit y avoir suspicion systématique du cancer du testicule.
Le premier examen est une échographie scrotale ; si elle confirme le doute clinique, on la complète avec une prise de sang pour doser certains marqueurs tumoraux :

- l'alpha-fœtoprotéine (AFP) ;
- la bêta-hCG ou hormone chorionique gonadotrope humaine, l'hormone des tests de grossesse ;
- la lactate déshydrogénase (LDH).

Le dosage de ces marqueurs est important à la fois pour mettre en place la thérapie et pour en surveiller l'efficacité au fil du temps.

Le passage suivant est l'orchidectomie, l'intervention chirurgicale qui prévoit l'ablation du testicule avec le cordon spermatique, toujours effectuée par voie d'abord inguinale. Elle a un double but :

- **de diagnostic,** pour confirmer ou non qu'il s'agit d'un cancer, par l'examen histologique du tissu excisé ;
- **de classification,** pour établir le « type » de tumeur en évaluant les éventuels facteurs de risque et définir ainsi le traitement le plus approprié.

Le contrôle des marqueurs tumoraux (s'ils étaient élevés avant) se poursuit toujours après l'intervention, en y ajoutant des examens radiologiques pour définir l'extension de la maladie (stadification).

COMMENT EST-IL TRAITÉ ?

Le choix du traitement dépend d'un ensemble de facteurs liés à la maladie (extension, stade, classe de risque) et de facteurs liés au patient (état général, préférences). C'est donc une bonne chose que la décision soit prise par une réunion de concertation pluridisciplinaire, un groupe d'experts de disciplines différentes, qui, dans le cas du cancer du testicule, peut comprendre des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des chirurgiens urologues et des anatomopathologistes.
Le traitement standard repose sur la **chirurgie**, la **radiothérapie** et la **chimiothérapie**, utilisées seules ou en association. Dans les cas à faible risque, on peut opter pour la seule **« surveillance active ».**

La chirurgie

Il existe plusieurs types d'intervention.

- **Orchido-fodulectomie par voie inguinale :** elle présente à la fois une valeur diagnostique et thérapeutique (ablation de la tumeur primitive). Des approches conservatrices peuvent être envisagées dans certains cas particuliers, dont : des biopsies intra-opératoires (lors d'une chirurgie à ciel ouvert si l'on suspecte une pathologie bénigne) ; des interventions de chirurgie conservatrice (par exemple, dans les rares cas de tumeur bilatérale). N.B. étant donné le risque qu'elles comportent, ces approches ne doivent être prises en charge que dans des centres de référence pour la gestion de cas de cancer du testicule.
- **Curage chirurgical des ganglions rétropéritonéaux (RPLND) :** effectué seulement dans les cas de non-séminome, il consiste à retirer des ganglions lymphatiques de l'abdomen. Il peut être pratiqué par précaution pour :

- établir si des ganglions apparemment normaux (stade I) ou seulement légèrement enflés (stade IIa) sont ou non intéressés par la maladie ; on réalisera alors une intervention uniquement sur les zones qui présentent le plus haut risque de métastase. Le but est de réduire les complications de l'intervention, comme l'incidence de l'éjaculation rétrograde : lymphadénectomie *nerve sparing* (curage avec préservation nerveuse) ;
- éliminer les éventuelles masses résiduelles après une chimiothérapie plus radicale, dans le but d'une exérèse et d'une analyse histologique.

La lymphadénectomie pour une masse résiduelle est beaucoup plus complexe et comporte des risques, y compris vasculaires, et doit donc être réalisée uniquement par des chirurgiens qui ont une grande expérience de ce type d'intervention. Dans certains cas sélectionnés – en particulier dans les formes à un stade initial (I ou IIa à faible volume), et pour l'exérèse de la masse résiduelle après une chimiothérapie, le curage chirurgical des ganglions rétropéritonéaux peut être réalisé, dans des centres de référence hautement spécialisés, même avec une technique laparoscopique ou robot-assistée, dans le but de diminuer le caractère invasif de l'intervention.

- **Chirurgie de la masse résiduelle :** dans ce cas, il est nécessaire de procéder à une évaluation rigoureuse avant son éventuelle ablation.
- **Chirurgie de sauvetage :** effectuée, par manque d'alternatives, chez les patients non plus éligibles à une chimiothérapie. Bien qu'elle comporte des risques très élevés, elle peut parvenir à contrôler la maladie dans 25 % des cas. Elle doit être indiquée dans un contexte multidisciplinaire et réalisée par des chirurgiens ayant une expérience avérée dans ce domaine.

La radiothérapie

Elle utilise les rayons X ou autres rayonnements pour détruire les cellules tumorales, par voie externe, au moyen d'un accélérateur linéaire. Dans les séminomes au stade initial (I, IIa, IIb), elle est employée à faible dosage pour faire baisser le taux de récidives ganglionnaires dans la région abdominale (de 20 % à 3 ou 4 %). Les modalités de rayonnement varient en fonction du stade de la maladie. On peut en effet utiliser la radiothérapie aux stades les plus avancés dans le cadre d'un traitement intégré (par exemple dans la gestion de cas avec métastases cérébrales) ou, plus rarement, comme traitement palliatif, pour soulager la douleur et les symptômes aux stades avancés.

La chimiothérapie

Elle utilise des médicaments capables d'atteindre les cellules tumorales dans tout l'organisme. C'est le traitement choisi dans la plupart des cas di de maladie non localisée (à l'exception du séminome avec atteinte initiale des ganglions lymphatiques). Les médicaments peuvent être administrés individuellement ou en association (c'est l'option le plus souvent prise en considération), par la bouche ou injectés par voie intramusculaire ou intraveineuse.
La chimiothérapie a révolutionné le pronostic de ce cancer, en obtenant des taux de guérison très élevés. En général, le traitement prévoit une combinaison de plusieurs médicaments, choisie par l'oncologue selon le type et le stade de la maladie et selon les caractéristiques du patient. Si la maladie ne répond pas au premier traitement ou si elle se représente, d'autres possibilités thérapeutiques sont disponibles. Le choix doit être effectué par une équipe pluridisciplinaire experte, de préférence dans un centre spécialisé dans le soin des cancers du testicule.
Dans le cas d'une chimiothérapie également, le choix du traitement est pris par une réunion de concertation pluridisciplinaire il est administré dans un centre oncologique sous le contrôle d'un oncologue expert dans cette pathologie.

Cette restriction est d'autant plus importante dans les cas de maladie à risque intermédiaire ou élevé et dans les cas de réponse non optimale ou de récidive. Tous ces cas devraient être inclus dans des études cliniques ayant pour objectif l'amélioration ultérieure des réponses pouvant être obtenues.

La surveillance active

Elle consiste à effectuer des contrôles périodiques (consultation, examens complémentaires et marqueurs) avec un traitement éventuel seulement en cas de récidive. C'est une option réservée aux patients avec un cancer localisé et à faible risque de récidive. Le non-séminome au stade I sans facteurs de risque (surtout infiltration vasculaire lymphatique) à l'examen histologique, représente l'indication standard pour cette option thérapeutique. La surveillance doit être prise en considération, après l'intervention, chez des patients sélectionnés au stade initial de la maladie. Le choix dépend du type de cancer, des facteurs de risque et de la possibilité de respecter scrupuleusement le programme des contrôles, et il doit être partagé par l'équipe soignante.

Vu que le cancer du testicule touche souvent des hommes jeunes et que tant la maladie que les soins peuvent réduire la fertilité, il faut prendre en compte la cryoconservation du sperme avant la chimiothérapie, la radiothérapie ou les autres traitements potentiellement gonadotoxiques.

LA LILT

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) est le seul organisme public national associatif existant en Italie avec pour objectif spécifique de vaincre le cancer. Placée sous la tutelle du ministère de la Santé, elle opère sans but lucratif et a pour mission institutionnelle principale la promotion de la culture de la prévention oncologique comme mode de vie. Depuis plus de 100 ans la LILT promeut sur tout le territoire national – en collaboration avec les principales institutions et les plus importantes organisations nationales et internationales opérant dans le domaine de l'oncologie – des campagnes de sensibilisation et des initiatives visant à diffuser des informations correctes et un mode de vie sain. Elle est membre de l'European Cancer League (ECL) et joue un rôle institutionnel dans le cadre de la programmation oncologique européenne

SA MISSION

L'objectif de la LILT est de vaincre les cancers par la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Sa devise est « Prévenir, c'est vivre » : la prévention est l'arme la plus efficace dans la lutte contre il cancer, tel que le confirment une réduction de la mortalité pour certaines néoplasies, ainsi que l'allongement de la durée de vie et l'amélioration de la qualité de vie du malade du cancer.

SES ACTIVITÉS

- La prévention primaire : une alimentation correcte et l'éducation à la santé grâce à des supports éducatifs et informatifs, des campagnes de sensibilisation, des rencontres dans les écoles, des manifestations nationales et régionales, la lutte contre le tabagisme (numéro vert SOS LILT 800 998877).
- La prévention secondaire : visites spécialisées et examens pour le diagnostic précoce, dans le but de repérer d'éventuelles lésions tumorales au stade initial, en augmentant considérablement la possibilité de guérison et en recourant à des traitements moins agressifs.
- La prévention tertiaire : réhabilitation physique, psychologique, sociale et professionnelle de la personne atteinte d'un cancer, grâce aux Associations au niveau des provinces et des Points de prévention (cabinets de consultation externes) en collaboration avec le Système de santé national (SSN).
- L'assistance à domicile : intégration avec les associations locales pour l'accès aux soins hospitaliers. Les Provinces garantissent une prise en charge de type médical, psychologique, de soins infirmiers et, souvent aussi psychosociale et financière.
- La recherche scientifique : la LILT promeut des études sur l'innovation et la prévention, en collaborant avec des institutions nationales et internationales. Dans la dernière décennie, plus de 100 projets ont été financés à hauteur d'environ 20 millions d'euros, de manière spécifique en ce qui concerne l'amélioration de la prévention primaire et secondaire ainsi que l'assistance aux patients cancéreux et à leurs proches.

COMMENT SOUTENIR LA LILT

DONS

Les dons en espèces au Siège national peuvent être effectués :

- Sur le compte courant postal n° 28220002
  Code IBAN : IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
- Par virement bancaire au nom de : Lega Italiana Lotta Contro Tumori - Sede Centrale
  c/o Tesoreria MONTE DEI PASCHI DI SIENA - Via del Tritone, 14 - 00186 Roma
  Codice IBAN: IT 61 E 01030 03200 000006418011
  BIC: PASCITMMROM

Vous pouvez découvrir d'autres façons d'effectuer des dons à la LILT en visitant le site web à la page https://www.lilt.it/come-aiutarci/privati/donazioni

5X1000

La LILT s'engage à promouvoir et à mettre en œuvre des études sur l'innovation et la recherche. Dans la dernière décennie, plus de 100 projets ont été financés pour une enveloppe globale d'environ 20 millions d'euros, de manière spécifique en ce qui concerne l'amélioration de la prévention primaire et secondaire ainsi que l'assistance aux patients cancéreux et à leurs proches.
Dans les formulaires CU, 730 et UNICO remplissez l'encadré « Finanziamento della ricerca sanitaria » (financement de la recherche dans le domaine de la santé) ou « Finanziamento della Ricerca Scientifica e della Università » (financement de la recherche scientifique et de l'Université), en indiquant le numéro d'identification fiscale (C.F.) 80118410580 (Siège national).
Toutes les informations sur www.5x1000allalilt.it

Nous remercions très sincèrement :
Giuseppe Tonini
Vice-président du Comité scientifique de la LILT

Et les membres du groupe de travail LILT sur les Cancers de la prostate

Nous remercions le Teatro Parioli-Costanzo pour sa collaboration à la campagne, dans le cadre du protocole d'entente en vigueur.

AVEC LE SOUTIEN DE

Région Autonome
Vallée d'Aoste
Regione Autonoma
Valle d'Aosta

www.liltformen.it