

TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

S. GIL VERNET (*)

C'est bien à tort que l'on croit résolu le traitement du cancer de la prostate, il me paraît nécessaire d'y insister. Le cancer de la prostate de l'homme, son traitement curatif n'en est pas pour autant assuré. Cela est dû au fait que nous disposons dans l'hormonothérapie d'un traitement palliatif très actif, qui améliore beaucoup l'état des malades. D'autre part la chirurgie prostatopérinéale, seul traitement curatif, est d'exécution difficile, la voie haute étant d'application exceptionnelle dans les cas de contre-indication de la voie périnéale.

Récemment dans le *Journal of Urology*, a paru un Editorial par le Professeur Huggins sur le traitement du cancer de la prostate qui mérite d'être lu par tous les urologues. L'autorité scientifique du Professeur Huggins, sa grande connaissance de ce problème, le rôle éminent qu'il a joué dans la découverte du traitement hormonal rendent ses commentaires sur le traitement du cancer de la prostate d'une valeur exceptionnelle. Ils nous invitent à réfléchir à cette question et à faire un examen de conscience.

La conclusion du Professeur Huggins est que le succès du traitement du cancer de la prostate réside dans la combinaison du traitement hormonal et de la chirurgie d'exérèse. Il propose « qu'il y ait un chirurgien spécialisé dans la chirurgie périnéale dans toutes les cliniques urologiques universitaires, car la prostatectomie périnéale radicale guérit beaucoup de cancers ». L'auteur signale que « beaucoup de chirurgiens craignent cette intervention dont les dangers résident dans deux complications possibles : la fistule rectale et l'incontinence des urines. On peut les éviter toutes deux si on connaît l'anatomie chirurgicale. Les difficultés viennent des anatomistes qui dans leurs livres ne l'exposent pas comme elle est en réalité ».

Je suis complètement d'accord avec l'auteur, il est décourageant et déprimant de lire dans les Revues et dans une récente Encyclopédie d'Urologie par ailleurs très digne d'estime, l'anatomie du périnée et de l'ensemble viscéral uro-génital intra-pelvien d'après les descriptions du XIX^e siècle, de voir des dessins en noir et en couleurs anachroniques, sans aucun rapport avec la réalité ; car il est plus facile de recopier les anciennes descriptions que de vérifier au laboratoire la valeur de ce qui a été décrit. C'est là un obscurantisme qui ralentit le progrès scientifique.

ORIGINE DU CANCER DE LA PROSTATE I

A ces faits déjà signalés, il faut ajouter un élément très important, l'oubli ou la méconnaissance de ce que l'on sait sur l'origine et le développement du cancer de la prostate.

Etablir sur des bases solides l'origine et le développement d'un processus pathologique donne une orientation précieuse au traitement rationnel et logique. C'est le conseil que donnait Guyon dans ses admirables leçons cliniques, que l'étude approfondie des lésions doit toujours nous guider.

Quant, à la fin de 1939, je commençai l'étude du difficile problème de l'origine du cancer de la prostate, l'opinion générale était que ce cancer était presque toujours la conséquence de la dégénérescence maligne d'un adénome préexistant, on considérait l'adénome comme un état pré-cancéreux. C'était une raison encore aujourd'hui avancée pour convaincre le malade de la nécessité de l'intervention sur l'adénome, en effet on

(*) [Directeur de l'Ecole d'Urologie, Faculté de Médecine de Barcelone (Espagne)].

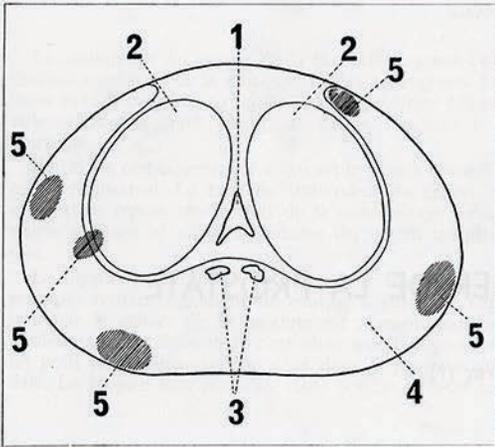


Fig. 1

1. Conduit urétral.
2. Lobule adénomateux.
3. Conduits éjaculateurs.
4. Glande prostatique.
5. Cancer initial.

guérirait les troubles prostatiques en même temps que l'on assurerait la prophylaxie du cancer.

En 1944, en publiant mes travaux, j'affirmais que le cancer naît dans la glande prostatique proprement dite, avec intégrité absolue de l'adénome coexistant. Je conclus en disant « il est nécessaire de supprimer de la terminologie clinique les expressions de dégénérescence maligne de l'adénome, l'adénome dégénéré ». La figure 1 montre le schéma publié en 1944.

Dire avec précision quelle est l'origine du cancer de la prostate a une grande importance clinique. En effet, si le cancer prend naissance dans la prostate restante, après extirpation chirurgicale d'un adénome où l'examen anatomo-pathologique montre la présence de cellules malignes, il reste toujours un foyer cancéreux dans la prostate laissée en place : d'où la nécessité de la prostatectomie totale. Si elle n'est pas possible, il faut prescrire un traitement hormonal. Il faut combattre l'idée que l'ablation de l'adénome avec un foyer néoplasique guérit le malade. Bientôt le processus néoplasique envahira la région avec toutes ses conséquences.

Origine du cancer dans la prostate caudale.

En 1953 je publiais mes études où je démontrerais la dualité de la prostate divisée en portion caudale et portion crâniale. En 1962 je publiais dans « Urologia Internationalis » 2 un travail dont les bases étaient les observations cliniques et l'étude systématique des coupes sériées, où je prouvais que le cancer de la prostate naît toujours dans la portion caudale et l'adénome dans la portion crâniale.

Actuellement les défenseurs de la dégénérescence de l'adénome battent en retraite. Certains y croient encore,

d'autres ne l'admettent plus mais par habitude parlent encore d'adénome dégénéré.

Le fait que d'autres auteurs aient publié récemment encore des schémas prétendus originaux où le cancer prend naissance dans la prostate caudale et envahit progressivement l'adénome, n'enlève rien à la valeur de mes travaux. Cela n'a pas d'importance, ce qui compte en définitive, c'est la connaissance de la réalité.

Mais pour connaître cette réalité, j'ai prêché dans le désert pendant 30 ans et surtout j'ai dû accumuler pendant des années plusieurs milliers de préparations qui démontrent la vérité de mes conclusions. Il est difficile de modifier les concepts classiques qui sont recopiés et répétés d'une publication à une autre et ainsi d'éviter de perpétuer les erreurs.

Développement initial du cancer dans la prostate caudale.

Le lieu d'apparition du cancer de la prostate est montré dans la figure 2. On peut y voir au centre l'urètre prostatique et l'adénome qui l'entoure. Un nodule néoplasique est visible dans la périphérie de la prostate caudale, au niveau de la partie postéro-latérale. Cela explique que par le toucher rectal on perçoit une zone dure qui contraste avec l'élasticité du reste de la glande. A ce stade, le nodule néoplasique n'a pas contracté d'adhérences avec l'aponévrose latérale de la prostate qui conserve sa mobilité. Cette préparation montre la difficulté qu'il y aurait de faire une biopsie de ce noyau cancéreux par voie rectale ou transpérinéale.

Mais le nodule néoplasique initial ne siège pas toujours dans la partie postérieure ou postéro-latérale de la prostate, il peut naître dans la partie antérieure de la prostate caudale. On comprend qu'on ne puisse le reconnaître par le toucher rectal et qu'il soit difficile d'en faire la biopsie.

DEVELOPPEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

Il est fréquent de reconnaître sur les pièces opératoires, comme sur les pièces d'autopsie, des adénomes sans éléments néoplasiques, sauf dans la zone contiguë au cancer développé dans la portion caudale où l'adénome apparaît superficiellement envahi par les éléments néoplasiques (fig. 3). Je pourrais montrer de nombreuses préparations où l'on voit l'envahissement progressif de l'adénome par le cancer né et développé dans la prostate caudale.

Invasion de l'espace intervésico-séminal.

Dans les phases avancées, on voit que le cancer envahit totalement la prostate caudale où il a pris naissance. Le cancer tend à se développer vers le haut, envahissant d'abord l'adénome voisin et plus tard l'espace intervésico-séminal. La figure 4 est une coupe horizontale qui intéresse le col vésical et les vésicules séminales. On y voit le lobe gauche de l'adénome complètement envahi, tandis que le lobe droit est intact. Plus en arrière, on voit les vésicules séminales se transformer en un bloc épais, la lumière glandulaire a disparu. Cela démontre la fausseté de l'opinion classique qu'on ne cesse

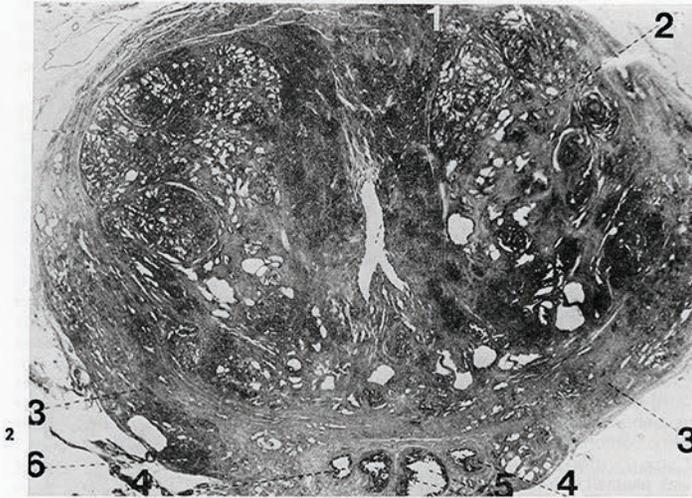
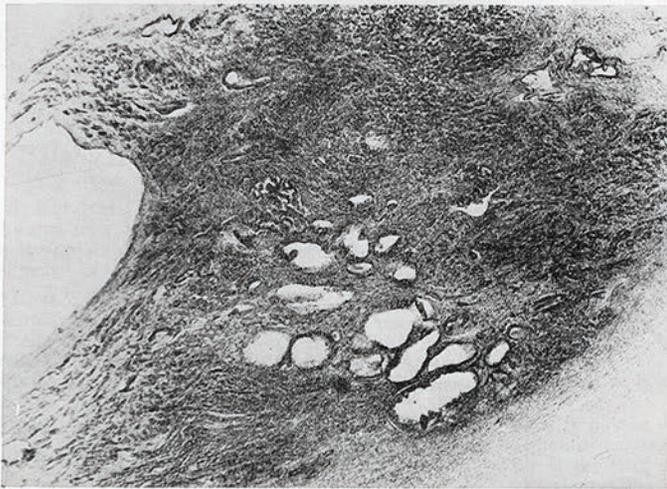


FIG. 2

1. Conduit urétral.
2. Lobule adénomateux droit.
2. Lobule adénomateux gauche.
3. Glande prostatique.
4. Vésicules séminales.
5. Ampoules différentielles.
6. Cancer initial placé dans la périphérie de la glande prostatique.



2 bis



FIG. 2 bis. — Le cancer initial, signalé par le numéro 6 sur la figure antérieure, vu à un plus grand grossissement.

de répéter, que « les vésicules séminales dans le cas de cancer de la prostate sont dilatées par l'accumulation du liquide séminal après obstruction des canaux éjaculateurs ». Cette idée a dû être suggérée par la comparaison du cancer de la prostate avec le cancer de la tête du pancréas qui obstrue le cholédoque et dilate les voies biliaires. Dans les cas avancés comme celui-ci, on voit l'envahissement du trigone par le néoplasme, avec obstruction des uretères et anurie excrétrice que l'on observe dans les phases terminales du cancer de la prostate. Sur le schéma de la figure 5, on voit l'invasion de l'espace intervésico-séminal, des vésicules et de la base de la prostate. Il est plus rare que le cancer envahisse

le diaphragme uro-génital, l'espace pré-prostatique et la partie basse de la symphyse pubienne.

DIAGNOSTIC PRECOCE DU CANCER DE LA PROSTATE COEXISTANT AVEC L'ADENOME

Il est facile de comprendre que le cancer de la prostate en lui-même dans sa phase initiale et même assez longtemps ne provoque aucun trouble. L'urologue est consulté pour les troubles de prostatisme que provoque

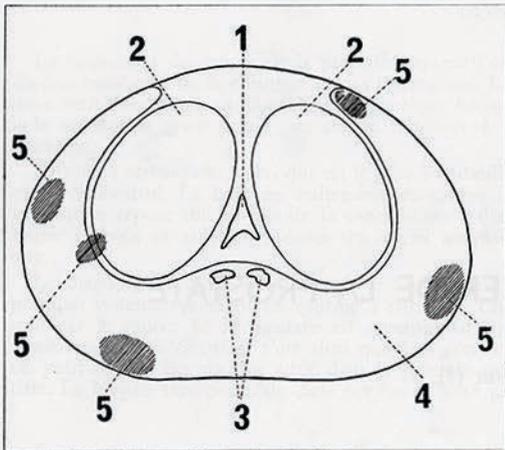


FIG. 1

1. Conduit urétral.
2. Lobule adénomateux.
3. Conduits éjaculateurs.
4. Glande prostatique.
5. Cancer initial.

guérirait les troubles prostatiques en même temps que l'on assurerait la prophylaxie du cancer.

En 1944, en publiant mes travaux, j'affirmais que le cancer naît dans la glande prostatique proprement dite, avec intégrité absolue de l'adénome coexistant. Je concluais en disant « il est nécessaire de supprimer de la terminologie clinique les expressions de dégénérescence maligne de l'adénome, l'adénome dégénéré ». La figure 1 montre le schéma publié en 1944.

Dire avec précision quelle est l'origine du cancer de la prostate a une grande importance clinique. En effet, si le cancer prend naissance dans la prostate restante, après extirpation chirurgicale d'un adénome où l'examen anatomo-pathologique montre la présence de cellules malignes, il reste toujours un foyer cancéreux dans la prostate laissée en place : d'où la nécessité de la prostatectomie totale. Si elle n'est pas possible, il faut prescrire un traitement hormonal. Il faut combattre l'idée que l'ablation de l'adénome avec un foyer néoplasique guérit le malade. Bientôt le processus néoplasique envahira la région avec toutes ses conséquences.

Origine du cancer dans la prostate caudale.

En 1953 je publiais mes études où je démontrerais la dualité de la prostate divisée en portion caudale et portion crâniale. En 1962 je publiais dans « Urologia Internationalis » 2 un travail dont les bases étaient les observations cliniques et l'étude systématique des coupes sériées, où je prouvais que le cancer de la prostate naît toujours dans la portion caudale et l'adénome dans la portion crâniale.

Actuellement les défenseurs de la dégénérescence de l'adénome battent en retraite. Certains y croient encore,

d'autres ne l'admettent plus mais par habitude parlent encore d'adénome dégénéré.

Le fait que d'autres auteurs aient publié récemment encore des schémas prétendus originaux où le cancer prend naissance dans la prostate caudale et envahit progressivement l'adénome, n'enlève rien à la valeur de mes travaux. Cela n'a pas d'importance, ce qui compte en définitive, c'est la connaissance de la réalité.

Mais pour connaître cette réalité, j'ai prêché dans le désert pendant 30 ans et surtout j'ai dû accumuler pendant des années plusieurs milliers de préparations qui démontrent la vérité de mes conclusions. Il est difficile de modifier les concepts classiques qui sont recopiés et répétés d'une publication à une autre et ainsi d'éviter de perpétuer les erreurs.

Développement initial du cancer dans la prostate caudale.

Le lieu d'apparition du cancer de la prostate est montré dans la figure 2. On peut y voir au centre l'urètre prostatique et l'adénome qui l'entoure. Un nodule néoplasique est visible dans la périphérie de la prostate caudale, au niveau de la partie postéro-latérale. Cela explique que par le toucher rectal on perçoit une zone dure qui contraste avec l'élasticité du reste de la glande. A ce stade, le nodule néoplasique n'a pas contracté d'adhérences avec l'aponévrose latérale de la prostate qui conserve sa mobilité. Cette préparation montre la difficulté qu'il y aurait de faire une biopsie de ce noyau cancéreux par voie rectale ou transpérinéale.

Mais le nodule néoplasique initial ne siège pas toujours dans la partie postérieure ou postéro-latérale de la prostate, il peut naître dans la partie antérieure de la prostate caudale. On comprend qu'on ne puisse le reconnaître par le toucher rectal et qu'il soit difficile d'en faire la biopsie.

DEVELOPPEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

Il est fréquent de reconnaître sur les pièces opératoires, comme sur les pièces d'autopsie, des adénomes sans éléments néoplasiques, sauf dans la zone contiguë au cancer développé dans la portion caudale où l'adénome apparaît superficiellement envahi par les éléments néoplasiques (fig. 3). Je pourrais montrer de nombreuses préparations où l'on voit l'envahissement progressif de l'adénome par le cancer né et développé dans la prostate caudale.

Invasion de l'espace intervésico-séminal.

Dans les phases avancées, on voit que le cancer envahit totalement la prostate caudale où il a pris naissance. Le cancer tend à se développer vers le haut, envahissant d'abord l'adénome voisin et plus tard l'espace intervésico-séminal. La figure 4 est une coupe horizontale qui intéresse le col vésical et les vésicules séminales. On y voit le lobe gauche de l'adénome complètement envahi, tandis que le lobe droit est intact. Plus en arrière, on voit les vésicules séminales se transformer en un bloc épais, la lumière glandulaire a disparu. Cela démontre la fausseté de l'opinion classique qu'on ne cesse

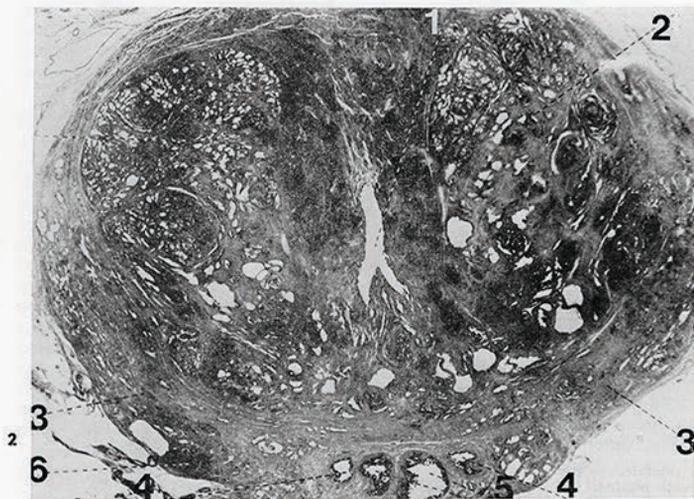


FIG. 2

1. Conduit urétral.
2. Lobule adénomateux droit.
2. Lobule adénomateux gauche.
3. Glande prostatique.
4. Vésicules séminales.
5. Ampoules différentielles.
6. Cancer initial placé dans la périphérie de la glande prostatique.



FIG. 2 bis. — Le cancer initial, signalé par le numéro 6 sur la figure antérieure, vu à un plus grand grossissement.

de répéter, que « les vésicules séminales dans le cas de cancer de la prostate sont dilatées par l'accumulation du liquide séminal après obstruction des canaux éjaculateurs ». Cette idée a dû être suggérée par la comparaison du cancer de la prostate avec le cancer de la tête du pancréas qui obstrue le cholédoque et dilate les voies biliaires. Dans les cas avancés comme celui-ci, on voit l'envahissement du trigone par le néoplasme, avec obstruction des uretères et anurie excrétrice que l'on observe dans les phases terminales du cancer de la prostate. Sur le schéma de la figure 5, on voit l'invasion de l'espace intervésico-séminal, des vésicules et de la base de la prostate. Il est plus rare que le cancer envahisse

le diaphragme uro-génital, l'espace pré-prostatique et la partie basse de la symphyse pubienne.

DIAGNOSTIC PRECOCE DU CANCER DE LA PROSTATE COEXISTANT AVEC L'ADENOME

Il est facile de comprendre que le cancer de la prostate en lui-même dans sa phase initiale et même assez longtemps ne provoque aucun trouble. L'urologue est consulté pour les troubles de prostatisme que provoque

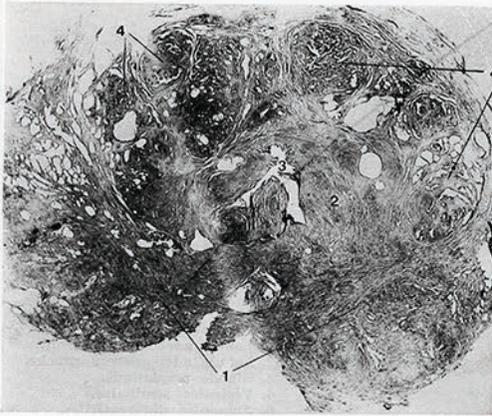


FIG. 3

- 1. Infiltration cancéreuse de la glande caudale.
- 2. Fibromiomes envahis par des éléments malins.
- 3. Conduit urétral.
- 4. Fibromiomes dépourvus d'éléments malins.



FIG. 4

- 1. Vésicules et ampoules sténosées et sclérosées par le processus de cancérisation.
- 2. Adénome envahi par le cancer.
- 3. Nodule développé dans la partie inférieure de l'espace intervésico-prostato-séminal.
- 4. Adénome du côté droit non envahi par le cancer.

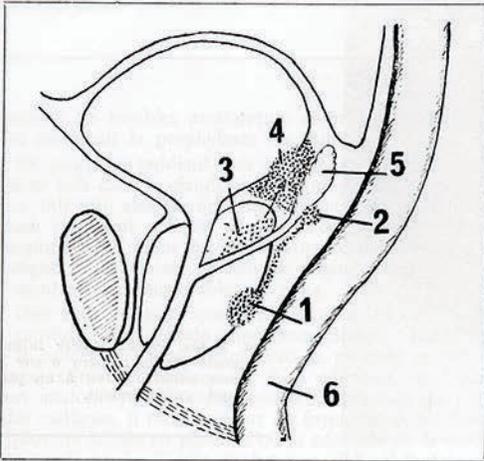


FIG. 5. — Coupe sagittale du bloc viscéral pelvien.

- 1. Cancer primitif de la prostate caudale.
- 2. Foyer secondaire vésiculaire.
- 3. Foyer secondaire de la glande crâniale.
- 4. Foyer tertiaire développé dans l'espace intervésico-génital.
- 5. Vésicules.
- 6. Rectum.

l'adénome coexistant. L'âge de l'adénome est aussi l'âge du cancer.

Au toucher rectal, on perçoit la prostate adénomateuse, élastique, augmentée de volume et dans un point limité une zone plus dure qui fait penser à l'existence d'un cancer au début. Je conseille dans ces cas de faire une biopsie pour confirmer ou infirmer l'existence d'un cancer.

La biopsie transpérinéale ou transrectale, en cas de petit nodule est difficile et incertaine. Dans ces cas, il faut procéder à la biopsie par voie périnéale. Quand on a exposé la face postérieure de la prostate on peut enlever avec certitude la zone suspecte et en quelques

minutes on a le diagnostic. S'il est négatif on procède à l'adénomectomie périnéale, s'il est positif on fait la prostatectomie totale en laissant les vésicules.

La biopsie transpérinéale ou transrectale est utile dans les cas avancés où la prostate est envahie largement et fixée. On peut être aussi en présence d'une prostatite avec périprostatite chronique scléreuse qui provoque fixation et induration de la prostate.

La biopsie transpérinéale est recommandable dans les cas intermédiaires où le cancer est limité à une partie de la prostate et adhère à l'aponévrose latérale.

Avec ces notions sur la naissance et le développement du cancer de la prostate, j'ai conseillé dès 1944 qu'à

partir de l'âge mûr, il serait bon de pratiquer périodiquement le toucher rectal pour reconnaître les zones indurées qui peuvent être le début d'un cancer de la prostate.

Aux États-Unis, on le fait systématiquement dans l'armée et on est arrivé ainsi à faire le diagnostic de cancer dans les phases initiales. Cela a permis le traitement précoce, c'est-à-dire la prostatectomie totale avec des résultats remarquables. En Europe, cette façon de procéder qui est logique et rationnelle n'est pas encore reconnue. Il est fréquent de voir des malades opérés d'adénomes quelques mois auparavant et chez qui le toucher rectal montre la prostate restante indurée et néoplasique. Il est certain qu'avant l'intervention d'adénomectomie, l'urologue par le toucher rectal avait reconnu un point induré et suspect de cancer, mais il pensait qu'en donnant des œstrogènes, il empêcherait l'évolution de ces néoplasmes, ou bien qu'il pourrait plus tard pratiquer la prostatovésiculectomie par voie haute. S'il avait fait au bon moment une prostatectomie totale on aurait guéri le malade, alors qu'en opérant plus tard, quand le cancer a envahi les vésicules séminales, la prostatovésiculectomie est une intervention plus sérieuse qui donne des chances de guérison moins grandes. En réalité, cette conduite s'explique par la crainte de la chirurgie prostatespécifique qui, dans des mains inexpertes, provoque incontinence et fistules rectales.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

Il faut partir du principe fondamental qu'a exposé Huggins, selon lequel le succès du traitement du cancer de la prostate dépend de la combinaison du traitement hormonal et de la chirurgie radicale.

Il est difficile d'établir des règles précises sur les indications thérapeutiques ; en effet, elles diffèrent selon les circonstances et selon chaque cas particulier. Nous allons établir certaines règles n'ayant qu'une valeur indicative et que chaque urologue modifiera selon son expérience et selon les cas qu'il rencontrera.

La prostatectomie totale selon Huggins a trois indications principales : le cancer précoce, le cancer avancé rendu opérable par le traitement hormonal enfin, la récurrence du cancer par échec du traitement hormonal.

Cancer au début.

Le cancer au début est le cas idéal tel que nous l'avons déjà exposé. Avant l'intervention, je conseille un traitement œstrogène pendant quelques semaines, de préférence le Stilbestrol qui selon Huggins est le meilleur des œstrogènes. Ce traitement hormonal pré-opératoire donne une indication sur le diagnostic de cancer puisque le nodule se modifiera, il sert aussi à supprimer la congestion de la prostate et ainsi à faciliter l'intervention.

Cancers avancés, rendus opérables par l'hormonothérapie.

Cela arrive parfois, en effet, les premiers examens donnent l'impression que le cancer est tellement diffus

que l'on pense avoir dépassé les possibilités opératoires, mais après un traitement œstrogénique intense par le Stilbestrol, on voit parfois se modifier les lésions de telle façon qu'elles permettent la prostatovésiculectomie.

Récidives de cancer par échec du traitement hormonal.

Bien entendu, il faut prescrire un traitement hormonal très intense et très prolongé qui donne quelquefois de longues survies, mais il peut être dans certains cas recommandable de pratiquer la prostatovésiculectomie.

La voie périnéale dans la chirurgie radicale du cancer.

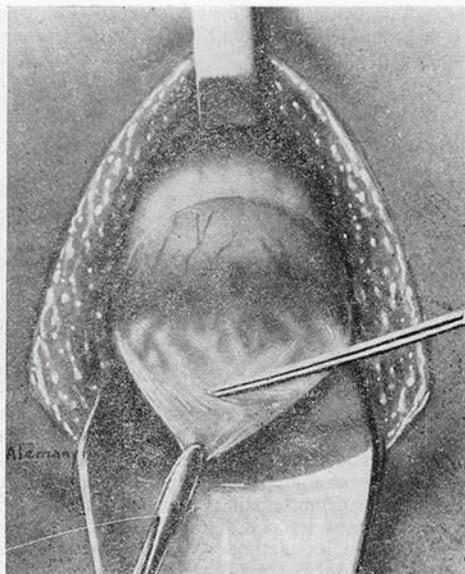
La voie périnéale est la voie d'élection pour le cancer de la prostate, de 1928 à 1945, j'ai pratiqué beaucoup d'adénomectomies par voie périnéale. C'était l'époque où l'on pratiquait l'opération en deux temps ce qui demandait un long séjour du malade à l'hôpital. L'adénomectomie périnéale permettait au contraire la guérison en une semaine avec une mortalité très faible. Actuellement les choses ont changé, par voie transvésicale selon les méthodes de Fabre, de Hryntschak ou de Millin on a d'excellents résultats sans danger d'incontinence ni de fistules rectales. Aujourd'hui, on n'emploie plus la voie périnéale pour la guérison de l'adénome sauf dans des cas exceptionnels, mais la voie périnéale reste encore la méthode idéale dans les cas de cancer de la prostate quand le cancer est limité à la prostate et que la prostatectomie totale est suffisante.

Même si on laisse de côté les avantages de la biopsie au cours de l'intervention, cette voie périnéale nous permet d'enlever beaucoup mieux le cancer puisque celui-ci naît dans la prostate caudale et quelquefois même au bec de la prostate. Quand le cancer infiltre le diaphragme urogénital et les zones les plus proches c'est une voie plus directe si l'on veut en pratiquer l'extirpation ou bien appliquer les aiguilles de radium.

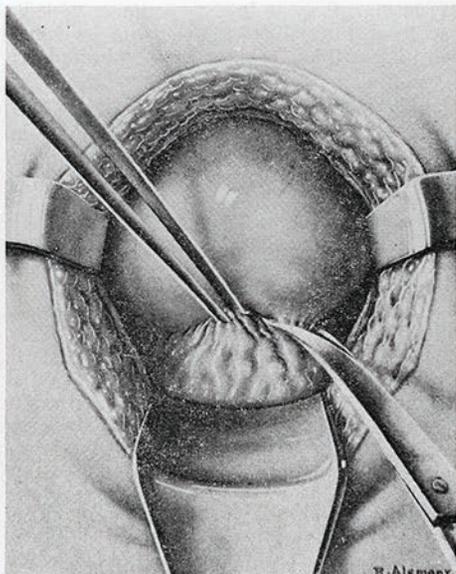
Technique de la prostatectomie périnéale.

La technique de cette opération qui se fait par périnéotomie pararectale comme toutes les interventions sur la prostate, consiste, une fois exposée la prostate, à sectionner l'extrémité inférieure de la vésicule et des ampoules au moment même où elles arrivent au canal éjaculateur. Figures 6, 7, 8 : après avoir sectionné les vésicules on les repousse en arrière vers le rectum (fig. 9). Alors apparaît le segment postérieur du col vésical qu'il faut sectionner (fig. 10). Après la section, les parties latérales puis le contour antérieur de la prostate (fig. 10, 11, 12). On termine l'intervention en sectionnant l'urètre membraneux au niveau du bec de la prostate.

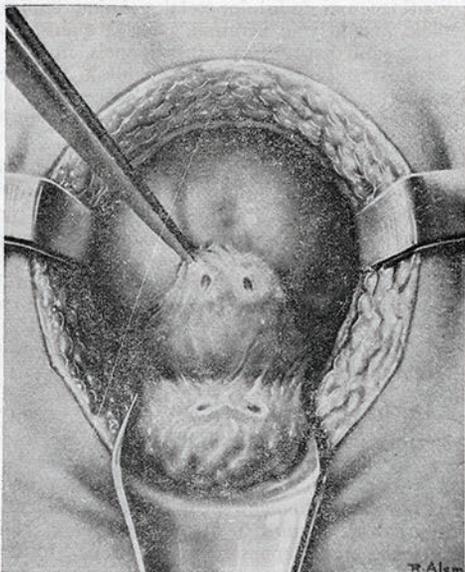
Mise en place d'une sonde que l'on introduit dans la vessie. On suture la vessie au diaphragme urogénital en mettant les points de suture nécessaires sur le col vésical et sur le diaphragme pelvien, on obtient ainsi la continuité de l'urètre membraneux sans sectionner le sphincter externe qui doit être respecté si l'on veut éviter l'incontinence (fig. 13). Cette technique ainsi que les dessins sont la reproduction exacte de ce que j'ai exposé dans mon livre « Cancer de la prostate » publié en 1944.



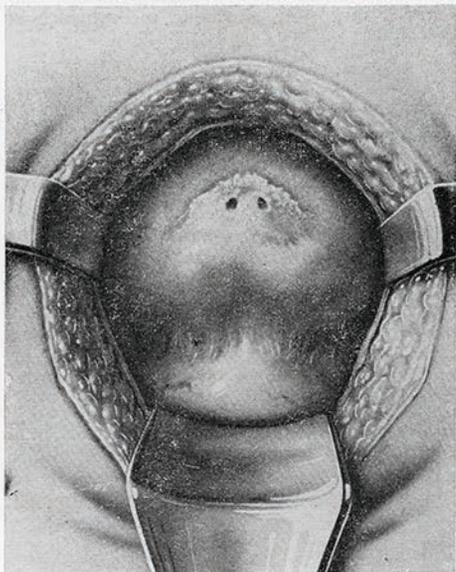
6



7



8



9

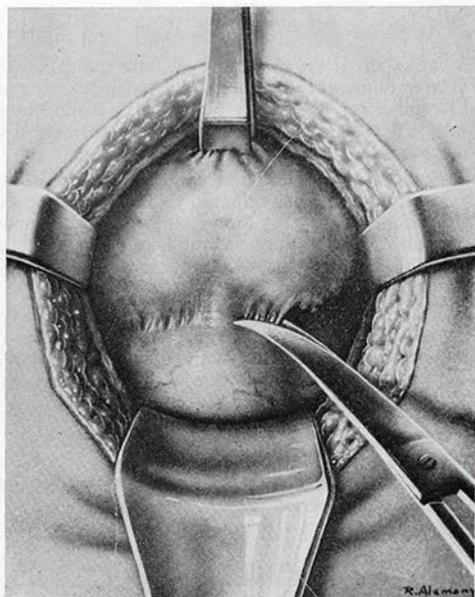
PROSTATECTOMIE PERINEALE

FIG. 6. — Libération de la partie inférieure de la prostate.

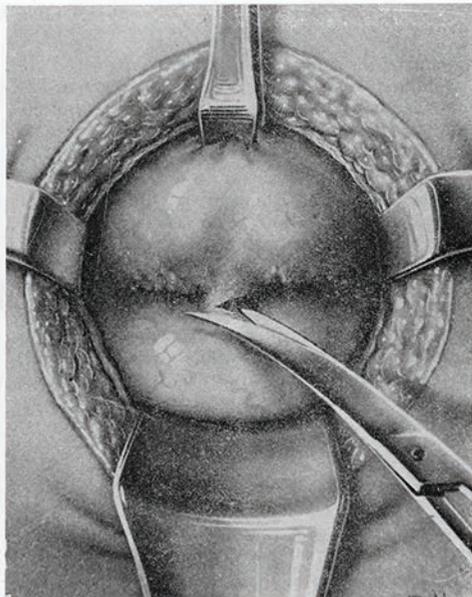
FIG. 7. — Recherche et début de section des vésicules séminales.

FIG. 8. — Section des vésicules séminales.

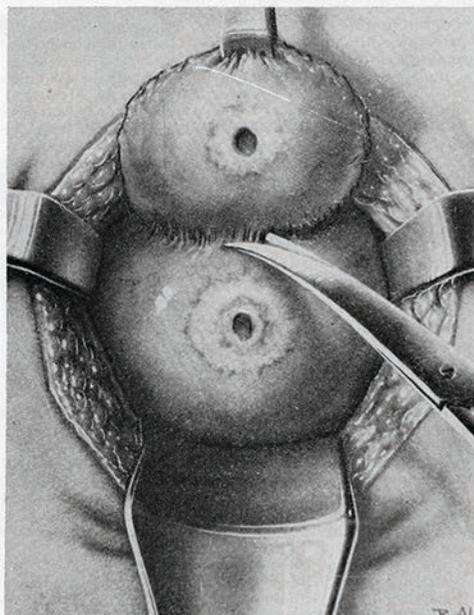
FIG. 9. — Bascul en arrière de la prostate.



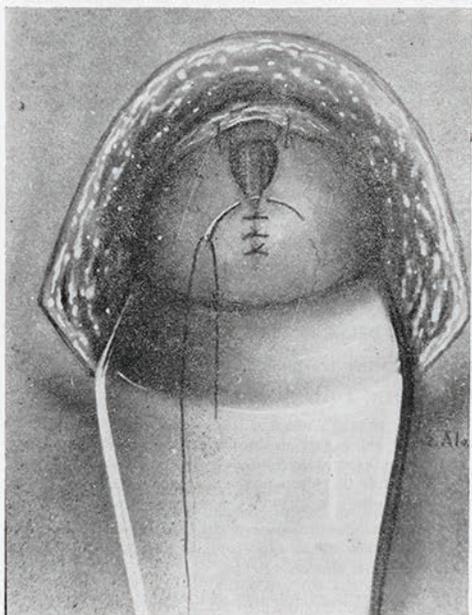
10



11



12



13

FIG. 10. — Repérage du col vésical.

FIG. 11. — Section du col.

FIG. 12. — Libération de la face antérieure de la prostate.

FIG. 13. — Suture de la vessie au diaphragme urogénital.

CONCLUSION

Le traitement du cancer de la prostate requiert l'utilisation combinée de la chirurgie et des œstrogènes. Les deux sont nécessaires : exclure la thérapeutique hormonale serait une grave erreur, de même renoncer à la chirurgie.

Parmi les œstrogènes, celui qui est le plus à conseiller est le Stilbestrol. La base du traitement du cancer de la prostate repose sur les lois de la cancérologie : diagnostic précoce et ablation précoce du noyau néoplasique.

Le diagnostic précoce s'obtient par le toucher rectal pratiqué systématiquement de routine à partir de l'âge mûr car le cancer de la prostate est asymptotique. L'adénome est fréquent et c'est alors que l'on constate un petit nodule néoplasique situé dans la prostate caudale. La biopsie transpérinéale dans ces cas là n'est pas

à conseiller. Il est préférable de faire une périnéotomie et à ce moment le diagnostic histologique extemporané. Si celui-ci est positif, on pratique la prostatectomie totale, s'il est négatif, on pratique simplement l'adénomectomie.

Dans sa phase initiale et pendant longtemps, la prostatectomie totale est suffisante pour la guérison dans la plupart des cas : c'est l'intervention idéale. Lorsque les vésicules sont envahies, il faut faire une prostatovésiculectomie, mais dans ces cas il n'existe que peu de chance de guérison.

Enfin, pour obtenir un résultat satisfaisant dans le traitement chirurgical du cancer de la prostate, c'est la voie périnéale qui est recommandable. Dans toute Clinique Urologique importante, il doit exister un chirurgien expert en chirurgie prostatespérinéale.

RÉSUMÉ

Le traitement du cancer de la prostate exige l'emploi de la chirurgie et celui d'agents hormonaux œstrogéniques. Les deux choses sont nécessaires : écarter la thérapeutique hormonale serait une grave erreur ; c'en serait également d'écarter la chirurgie.

La base du traitement curatif du cancer de la prostate repose sur les principes mêmes de la cancérologie : diagnostic précoce et ablation précoce du cancer.

On obtient le diagnostic précoce par le toucher rectal pratiqué comme examen de routine durant la vieillesse ou la prévieillesse. Le cancer de la prostate en phase initiale est asymptotique. Mais à ces âges-là, la coexistence de l'adénome avec le cancer de la prostate est la règle.

Le malade vient consulter pour les phénomènes de prostatisme provoqués par l'adénome, et c'est alors que l'on peut apprécier un petit noyau induré, situé sur la prostate caudale. Dans ces circonstances, la biopsie transpérinéale est à déconseiller. Il est préférable de procéder à la périnéotomie et c'est alors que l'analyse fera le diagnostic histologique : si celui-ci est positif on procédera à la prostatectomie totale, s'il est négatif on pratiquera seulement l'adénomectomie.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA,

por S. GIL VERNET (Barcelona).

(Ann. Urol., 1970, 4 (1), pp. 9-16).

El tratamiento del cáncer de la prostata requiere el empleo de la cirugía y de agentes hormonales estrogénicos. Ambos son necesarios : excluir la terapéutica hormonal sería un grave error, así como excluir la cirugía.

La base del tratamiento curativo del cáncer de la prostata descansa en las leyes de la cancerología : diagnóstico precoz y ablación precoz del cáncer.

El diagnóstico precoz se consigue por el tacto rectal practicado de rutina en la senectud y pre-senectud. El cáncer de la prostata en su fase inicial es asintomático. Pero en estas edades, es de regla la coexistencia del adenoma con el cáncer de la prostata.

El enfermo acude al médico por los fenomenos de prostatismo producidos por el adenoma y es entonces cuando puede percibirse un pequeño núcleo indurado, situado en la prostata caudal. La biopsia transperineal en estas circunstancias no es aconsejable. Es preferible proceder a la perineotomia y en este momento el analista hace el diagnóstico histológico : si es positivo se practica la prostatectomia total, y si es negativo se practica sólo la adenomectomia.

TREATMENT IN CARCINOMA OF THE PROSTATE,

by S. GIL VERNET (Barcelona, Spain).

(Ann. Urol., 1970, 4 (1), pp. 9-16).

The treatment of prostatic carcinoma requires the use of both surgery and oestrogenic hormonal agents, as both are necessary. It would be a severe error to rule out hormone therapy, the same applying to surgery.

Curative therapy of prostatic carcinoma is based in the principles of cancerology itself : early diagnosis and early removal of the tumor.

Digital rectal examination made routinely in all senescent or pre-senescent subjects is rewarded by early diagnosis. At its initial stage, carcinoma of the prostate is asymptomatic. But, in elderly patients adenoma coexists, as a rule, with carcinoma of the prostate.

The patient goes to the doctor complaining of manifestations provoked by the adenoma and on that occasion, a small hard lump can be detected on the caudal prostate. Under such circumstances, transperineal biopsy is not recommended. Perineotomy is to be preferred, tissue diagnosis being then made by the pathologist. If positive, total prostatectomy should be performed ; if negative, only adenomectomy will be made.

DIE BEHANDLUNG DES PROSTATAKARZINOMS.

Von S. GIL VERNET (Barcelona - Spanien).

(Ann. Urol., 1970, 4 (1), pp. 9-16).

Die Behandlung des Prostatakarzinoms erfordert chirurgische und hormonale Massnahmen ; beide Vorgehen sind notwendig : Von der Hormonstoffbehandlung abzusehen, würde einen schweren Kunstfehler darstellen ; es wäre ebenfalls fehlgehandelt, wenn man sich von der Chirurgie abwenden würde.

Die Grundlage der kurativen Behandlung des Prostatakarzinoms beruht auf den der Karziologie eigenen Prinzipien : Frühzeitige Diagnosestellung und frühzeitige Ausschneidung des Karzinoms.

Die frühzeitige Diagnose wird durch rektale Untersuchung gestellt, Untersuchung, welche als Routinevorgehen im Praesenium und Senium durchgeführt wird. Im Initialstadium ist das Prostatakarzinom asymptomatisch. Doch ist in diesen Lebensabschnitten das gleichzeitige Vorkommen des Adenoms mit dem Prostatakarzinom die Regel.

Der Patient kommt zur Sprechstunde mit Prostatitisbeschwerden, die durch das Adenom ausgelöst werden, und man kann alsdann den Befund eines isolierten, kleinen, harten Knotens im kaudalen Anteil der Vorstehdrüse stellen. Unter diesen Umständen ist von der transperinealen, biptischen Entnahme abzuraten. Man muss hier der Perineotomie den Vorzug geben, Vorgehen, während dem der Pathologe alsdann die feingewebliche Diagnose stellen wird : Ist dieselbe positiv, so wird man zur totalen Prostatektomie vorschreiten, ist dieselbe dagegen negativ, so wird man nur die Adenomektomie vornehmen.