



L'hygiène de vie du malade du Cancer de la Prostate

- Parce qu'elle intéresse peu les médecins français,
- Parce qu'il n'y a pas, à ce jour, de preuves scientifiques déterminantes,
- Parce que des théories fumeuses côtoient des remèdes traditionnels,
- Parce que de grands esprits comme des apprentis-gourous s'adonnent à des controverses acharnées,
- Parce que tout un chacun a sa propre conception de la chose,

l'hygiène de vie et ses composantes (nutrition, exercice physique, gestion du stress) est, dans la communauté des patients du cancer de la prostate (CaP), un sujet passionnant et passionné.

L'ANAMACaP n'a pas vocation à épouser une théorie plus qu'une autre : elle se contente d'informer de la façon la plus impartiale possible les observations qu'elle constate non seulement dans le pays mais aussi au plan international.

Quelques jours de vacances m'ont permis de lire, étudier, et traduire les mises à jour que le docteur Charles Myers a collationnées auprès de ses collègues américains dans sa revue « Prostatepedia ».

Dans un premier chapitre, nous apprendrons de la Docteur Stacey KENFIELD de l'Université de Californie à San Francisco, comment la nutrition et de nouvelles habitudes de vie peuvent réduire le risque d'une tumeur agressive comme celui de prolonger la rémission d'un cancer de la prostate.

Puis le Docteur Daniel GALVAO de l'Université Edith Cowan en Australie nous précisera l'impact de l'exercice physique sur le CaP. Les conclusions de ses travaux permettent d'avancer qu'une combinaison d'exercices de type « aérobic » (effort de longue durée et de faible intensité) et d'exercices de type « anaérobic » (durée courte et effort plus intense) a un impact significatif non seulement sur la rémission d'un cancer existant mais aussi sur la gestion des effets délétères des traitements.

Si les activités physiques doivent être de type aérobic dans le cas des maladies cardiaques, il faut privilégier les activités physiques plus intenses dans le cas des Cap.

Enfin, je ferai le point de la situation actuelle en France en me référant à la contribution du professeur Pascal ESCHWEGE du CHU de Nancy lors du dernier congrès de l'AFU ainsi qu'à l'expérience de quelques patients érudits de l'ANAMACaP.

1- La nutrition et les habitudes de vie quotidienne (Dr Stacey KENFIELD)

L'objet de cette recherche ne repose pas sur la prévention de tous les CaP mais de ceux qui se révèlent potentiellement mortels (Au diagnostic : PSA>20, Gleason 8-10, métastases). Les aliments qui réduisent le risque de développer une forme agressive du CaP sont les suivants :

- ❖ Tomates, de préférence cuisinées
- ❖ Crucifères
- ❖ Poisson
- ❖ Remplacer les graisses saturées par des graisses insaturées
- ❖ Café

Au contraire, la consommation de charcuterie (salami, lard, saucisses...) est associée à un risque plus important de CaP avancé.

Les études ne sont pas toutes concordantes mais la tendance générale approuve ces associations.

Pour les malades qui veulent éviter une récurrence, le Docteur KENFIELD a publié un article dans « Current Opinions in Urology » dont voici les grandes lignes :

- ❖ Eviter le tabac
- ❖ Privilégier une activité physique quotidienne pour éviter des habitudes sédentaires
- ❖ Consommer beaucoup de graisses saines (saumon, hareng, sardine, noix, avocat, graines de lin)
- ❖ Privilégier les produits naturels aux suppléments
- ❖ Consommer beaucoup de fruits et légumes (comme des crucifères ou des tomates cuisinées)
- ❖ Eviter la charcuterie et les produits laitiers particulièrement ceux riches en matière grasse
- ❖ Choisir des sources de protéines non transformées comme du poisson, de la volaille sans la peau.

En suivant ces recommandations, les patients auront un risque moindre de comorbidités telles qu'obésité, diabète, et maladies cardio-vasculaires. Et nous connaissons le risque supplémentaire développé par les malades sous traitement hormonal. Ces recommandations sont une solution « gagnant-gagnant » non seulement contre la progression du CaP mais aussi pour la santé générale.

Voici un message important à retenir : ce n'est pas parce qu'un produit est naturel qu'il est bénéfique pour sa santé (exemples de l'arsenic et de la cigüe). Ainsi elle a publié cette année (2016), dans le « Journal of the National Cancer Institute », un article démontrant que la consommation de 140 mg de sélénium par jour après un diagnostic de CaP présentait un risque presque trois fois plus important de mourir du CaP comparée à la non-consommation.

Une exception cependant : la vitamine D. Mais avant d'en prendre, il convient au moins de contrôler son niveau et d'en parler avec son médecin. Enfin, il est préférable de consommer du poisson plutôt qu'un supplément en huile de poisson car on ne sait pas exactement ce qui est bénéfique dans le poisson. Ce peut être les Omega 3 mais cela n'a pas encore été prouvé.

Dans le domaine de l'activité physique, la docteur KENFIELD et son équipe ont également publié une étude dans laquelle ils démontrent que les hommes qui développent une activité physique intense de trois heures et plus par semaine, ont un risque diminué de 61% de mourir de leur CaP que ceux qui ont moins d'une heure d'activité intense par semaine. Ils démontrent ainsi l'intérêt d'une activité soutenue pour combattre le CaP, ce qui n'est pas le cas dans un cadre général de santé.

Comme il est dorénavant démontré que des actions précises d'activité physique peuvent améliorer le pronostic des malades du CaP, elle lance actuellement plusieurs études aux USA. Pour ce qui nous concerne en France, l'ANAMACaP, par le biais de sa fondation, est susceptible de financer un tel essai dans notre pays. Si vous connaissez des équipes médicales spécialistes de la question, je vous prie de nous les signaler.

2- L'activité physique comme remède de médecine (Dr Daniel GALVAO)

Il y a dix ans, l'hormonothérapie (HT) était l'outil le plus important pour contrôler le CaP localement agressif ou avancé. Mais cette thérapie comporte un certain nombre d'effets délétères : dysfonction érectile, perte musculaire, complications métaboliques et cardiovasculaires, et perte osseuse. Le projet du Docteur GALVAO et de son équipe était d'utiliser l'activité physique comme un remède médical pour compenser ou atténuer ses effets secondaires. Ce fut la première étude dans le monde qui s'intéressa aux problèmes physiologiques et physiques des malades sous HT. Elle a été publiée il y a dix ans et a été d'une grande influence dans la recherche qui a suivi.

La question était de savoir si l'activité physique était faisable et efficace chez de tels patients. L'étude a prouvé que les exercices étaient sans danger et qu'ils ne modifiaient pas le niveau de testostérone. En même temps, il n'y a pas eu de blessures ou d'évènements négatifs ; les patients furent capables d'augmenter leur masse musculaire et ainsi de faire des choses dans la vie quotidienne qu'ils ne faisaient pas auparavant. Bref, ils ont amélioré leur qualité de vie.

Cette première étude a été suivie en 2010 par un essai randomisé qui a été publié dans le « Journal of Clinical Oncology ». Cet essai a consisté à comparer dans un bras, des patients sous HT qui ont ajouté à un entraînement de musculation, un entraînement aérobique, et dans un autre bras, des patients sous HT sans exercice.

L'entraînement aérobique consiste à marcher, faire du vélo ou courir. Le premier résultat a été de constater que dans le premier bras les patients gagnaient jusqu'à un kg de masse musculaire, alors que les autres en perdaient deux pendant la première année sous HT. Ce qui impacte favorablement, pour les premiers, leurs capacités aérobiques et donc les conséquences cardio vasculaires. Le deuxième résultat important est de constater une amélioration dans l'équilibre physique.

On sait que l'HT implique une perte de masse osseuse et musculaire et donc un risque plus important de fractures en cas de chute. Les hommes du premier bras avaient donc une (mal)chance réduite de tomber, et, dans ce cas, une (mal)chance réduite de fracture. En outre, ces patients démontraient une vitalité statistiquement et significativement plus importante.

Ils ont diminué leur degré de fatigue de près de 30%. Enfin, ils ont trouvé que les phénomènes d'inflammation systémique étaient réduits comme le démontrait leur niveau réduit de CRP (C-reactive protein) qui est un marqueur de la progression du cancer.

La recommandation de ces médecins était de pratiquer une activité aérobique (d'intensité modérée, car sous HT) de 150 minutes par semaine, si possible fractionnée en cinq séances de 30 minutes. L'entraînement aérobique cible le système cardio-vasculaire et le syndrome métabolique (cholestérol, pression sanguine...). L'entraînement musculaire cible, lui, le squelette et les muscles pour préserver les fonctions physiques en augmentant la puissance musculaire.

A partir de ces résultats extraordinaires, d'autres essais ont été lancés aux USA car nous savons aujourd'hui avec certitude que la combinaison d'un entraînement de résistance musculaire et d'un entraînement aérobique a un impact important non seulement sur la qualité de vie du patient mais aussi sur la progression de sa maladie.

A partir de ces recommandations générales, il convient de faire appel à un coach pour organiser un programme d'entraînement personnel. En effet, les patients présentent parfois des comorbidités et il est indispensable de réaliser le bon exercice après un contrôle médical (pression sanguine normale).

Les patients qui présentent des métastases osseuses sont généralement exclus de ces essais en raison des risques de fractures. Cependant, les australiens ont démontré pour ce type de patient, l'intérêt et l'absence de danger de l'activité physique.

L'UCSF (Université de Californie) recrute actuellement 75 patients en situation métastatique résistante à la castration, pour dupliquer l'essai australien. Cette étude est primordiale car l'addition de molécules chimio thérapeutiques à l'HT détériore rapidement la santé physique des patients ; elle permettra de prouver que l'exercice physique peut aussi être recommandé aux malades dans cette situation.

Un autre essai est lancé aux USA pour savoir si cet entraînement physique permet d'améliorer la santé sexuelle des patients, y compris ceux sous HT.

Enfin, un essai est sur le point d'être complet pour déterminer si l'activité physique avant la prostatectomie permet d'améliorer les effets secondaires (impuissance, incontinence) de l'opération. Les américains appellent cela « prehabilitation » en anglais.

En ce qui concerne les malades en surveillance active, le Docteur GALVAO pense que l'exercice physique retarde la progression du CaP mais il n'y a pas à ce jour d'articles scientifiques pour le prouver. Ce qui est démontré est le rôle majeur de l'exercice physique dans l'atténuation des effets délétères de l'HT et de la radiothérapie (RT).

Ces médecins démontrent ainsi l'action de l'exercice physique sur le contrôle des symptômes et de potentielles toxicités. Mais ce qui est encore plus extraordinaire est que ces études indiquent qu'il y a avec ce « remède médical » un effet protecteur après le diagnostic d'un CaP. Cet effet protecteur se calcule en termes de mortalité toutes causes et de mortalité spécifique du CaP. Cette réduction, prouvée scientifiquement, est de 49% ; cela veut dire que les patients qui ont cette activité physique décéderont moins non seulement du CaP mais aussi de toutes autres maladies.

Nous ne comprenons pas encore comment l'exercice physique induit un tel effet protecteur. Est-ce l'inflammation, le système endocrinien, les facteurs de croissance ? Un groupe de chercheurs suédois a analysé le sérum sanguin de patients adeptes de cet entraînement physique et l'ont introduit dans des cellules cancéreuses prostatiques in vitro. Le sérum réduisait la prolifération des cellules cancéreuses. Il reste maintenant à le prouver chez des humains porteurs de CaP.

3- La situation en France

L'ANAMACaP est la seule association reconnue d'utilité publique regroupant le plus grand nombre de malades du CaP (>1000). A ce jour, nous n'avons pas été contactés par une équipe médicale pour intégrer un essai sur ces sujets. D'ailleurs, nous n'en connaissons pas.

a. La nutrition

- Le sujet a été traité lors de notre journée scientifique 2007 par Mme Natacha PIALLAT, diététicienne en collaboration avec le Dr Thierry HANH, médecin-nutritionniste (lien : <http://anamacap.fr/telechargement/articles/association/pv/PVAG-2007.pdf>).
- L'actualité la plus récente a été présentée par le professeur Pascal ESCHWEGE du CHU de Nancy lors du dernier congrès de l'AFU. (lien <https://www.anamacap.fr/telechargement/alimentation/Document3.pdf>).
- Il existe en France des spécificités :
 - ❖ Un nutriment, la castase, commercialisée par la marque Nutrialys qui a pour origine les travaux du professeur MOULINOUX de l'université de Rennes 1. Ce nutriment est spécifiquement destiné aux patients en situation métastatique (cf lien https://www.anamacap.fr/telechargement/CR_Conf_nutrialys_201208.pdf)
 - ❖ Un complément alimentaire, le sulforaphane actif, libre et stabilisé, commercialisé par la marque Nutrinov sous le nom de Prostaphane®, voir l'article du Dr CIPOLLA. Ce supplément est destiné aux patients en rémission pour la prolonger. (<http://anamacap.free.fr/documents/syntheses/prostaphaneuncomplementalimentairepourlacancerdelaprostate.pdf>)
 - ❖ L'association curcuma-poivre dont on connaît le mode d'action dans l'organisme
- Un petit mot sur le jus de grenade qui a fait l'objet d'un emballement il y a une dizaine d'années suite à des articles d'oncologues américains sur l'effet protecteur de la variété de grenade californienne, POM Wonderful. La France a alors été envahie par les grenades espagnoles, marocaines et turques. Les distributeurs se sont livrés une bataille commerciale acharnée. Dans cette tourmente, des analyses (dont celle de l'ANAMACaP) ont révélé que ces jus étaient sur sucrés pour masquer l'âpreté et que certains n'étaient que du jus de betterave.

Moralité : il convient d'être sûr de la composition du produit et de se méfier des gourous vantant tel élixir de jouvence ou poudre de perlimpinpin.

- A l'ANAMACaP, des camarades de la première heure privilégient la nutrition pour contrôler leur CaP.
 - ❖ Pierre VERNEUIL a délaissé depuis 10 ans les traitements invasifs pour contrôler sa tumeur par un changement d'habitudes alimentaires sans pour autant avoir eu besoin de suivre un "régime". Il a une approche globale de l'hygiène de vie : nutrition ; activité physique modérée ; activité intellectuelle avec investissement dans des projets structurants à caractère social. Cette activité lui permet d'éviter le stress qui se gère tout seul, tout simplement il n'y pense plus.
 - ❖ Jacques MARILLEAU est un adepte de la médecine holistique : en préconisant l'ascèse et le bien-être psychologique.
 - ❖ Guy VOLK est pharmacien retraité. Il ne renie pas les médicaments mais y ajoute les principes d'une bonne hygiène de vie.

Vous pouvez les interroger par l'intermédiaire de notre secrétariat.

b. L'activité physique

Les médecins américains, australiens et suédois nous ont appris que l'exercice physique a un impact majeur sur la qualité de vie et le devenir des malades du CaP. Mais la révélation a été que cet exercice doit être spécifique au CaP (intensité).

Je ne connais pas de recommandations spécifiques d'exercice physique pour le patient français du CaP.

En revanche, une association importante, la CAMI, développe une activité nationale pour combattre tous les cancers par l'activité physique (liens <https://www.sportetcancer.com/> et <http://anamacap.free.fr/documents/syntheses/Journee-Scientifique-2013.pdf>).

Vous pouvez interroger Alain MESTRE, professeur de sport retraité, sur ce sujet par l'intermédiaire de notre secrétariat.

c. La gestion du stress

J'ai accompagné vers la mort, dans la dignité, des patients devenus amis présentant des milliers de PSA. De l'autre côté j'ai du calmer des malades au bord de la dépression car leur PSA était passé de 0,015 à 0.018ng/mL (véridique !). J'ai connu un industriel qui s'est suicidé à cause d'un CaP, PSA=6, Gleason =6. Tout cela est la conséquence d'un manque d'information ou d'une désinformation de l'entourage, qu'il soit familial voir médical.

Le sujet est délicat. J'ai préféré faire appel au psy que j'avais moi-même consulté pour calmer mes angoisses et qui nous a gratifié d'un exposé surprenant lors de notre assemblée générale 2009 (lien <http://anamacap.fr/telechargement/articles/association/pv/PVAG-2009.pdf>)

Une des rares études sur le sujet a été menée en 2016 par le docteur Marie-Anne VAN STRAM, de l'Utrecht Cancer Center. Trois questions furent posées à deux bras. Le premier était composé de 644 malades du CaP.

Le second de 644 personnes de la population générale sans problèmes de prostate. A la première question sur la présence de troubles psychologiques parmi les deux groupes, la réponse a été de 14% dans le premier et de 6% dans le second. La seconde question portait sur les facteurs de risques chez les malades du CaP.

Six facteurs de risque ont été identifiés : 1 : être veuf, 2 : un statut socio-économique bas, 3 : une santé générale déficiente, 4 : des douleurs physiques, 5 : l'incontinence, 6 : l'impuissance. Enfin, la dernière question a permis d'observer une différence significative entre les deux groupes.

Dans la population générale (deuxième bras), l'âge est un facteur important de troubles mentaux. Chez les malades du CaP, l'âge n'intervient qu'accessoirement. Le principal risque étant celui du mauvais état de santé générale.

Ces facteurs de risques sont négligés dans la prise en charge des malades du CaP par nos médecins. La première étape consisterait en présence de ces facteurs de risques à adresser le patient à un spécialiste psy. Vaste programme qui peut être amélioré par la décision du patient lui-même d'avoir recours à ce psy. A la condition de le savoir. Vous le savez maintenant.

4- Conclusion

En Scandinavie, 10% des patients du CaP se regroupent dans des associations de patients. Il y a, en France, 350 000 malades du CaP et l'ANAMACaP en compte un peu plus de 1000. Un conseiller du Ministre de la Santé m'a avoué que, lorsque nous serons plus nombreux, nous pourrions exiger...

Par exemple des essais ou des ETP (Programmes d'Education Thérapeutiques) de nutrition, d'activité physique, de gestion du stress comme en Australie, en Suède ou aux USA.

Nous disposons de l'outil pour cela : une Fondation. Restent la puissance et les moyens.

Vous savez que vous ne trouverez nulle part ailleurs les informations dont vous disposez à l'ANAMACaP. Vous pouvez améliorer son action en faisant une bonne action. Renseignez vos camarades d'infortune sur ce que vous apporte notre association et demandez-leur d'adhérer même pour 1 euro de cotisation.

Avec mes sentiments dévoués

Roland Muntz