

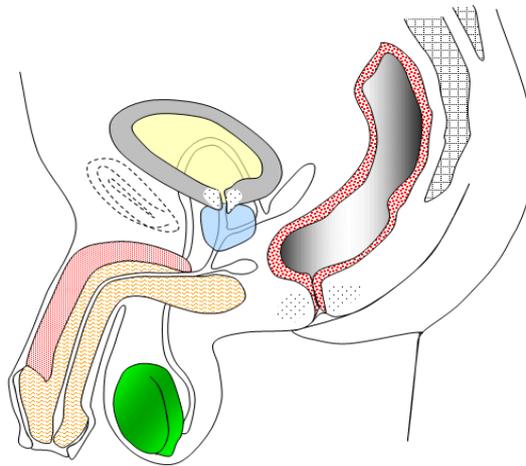


Prostatectomie radicale assistée par ROBOT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre prostate qui est atteinte d'un cancer.

LA PROSTATE

- La prostate est une glande qui participe à la formation du sperme.
- Elle est située sous la vessie et est traversée par le canal de l'urètre.
- Elle est à proximité du système sphinctérien qui assure la continence urinaire et des nerfs de l'érection.
- Les vésicules séminales sont le réservoir du sperme et s'abouchent directement dans la prostate.



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les biopsies de prostate ont mis en évidence un cancer de la prostate. Le but de cette intervention est d'enlever la tumeur et la glande prostatique dans son ensemble avec les vésicules séminales.

L'absence de traitement expose aux risques évolutifs de la tumeur, localement et à distance sous forme de métastases.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Il existe d'autres traitements du cancer de la prostate dont les avantages et les inconvénients vous ont été précisés par votre urologue.

Le choix de la chirurgie a tenu compte de votre âge, de votre état général et des caractéristiques de votre tumeur.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Une consultation d'anesthésie avec examens de sang et d'urine est nécessaire quelques jours avant l'intervention.

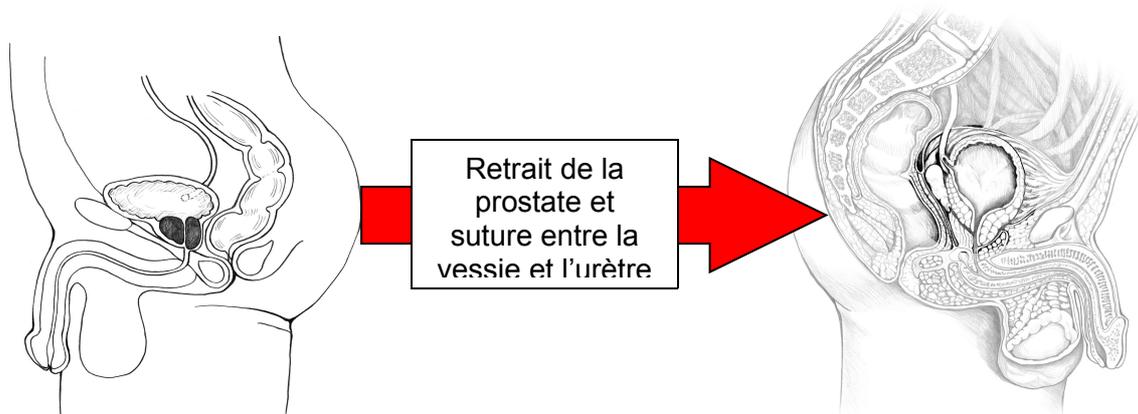
TECHNIQUE OPERATOIRE : LA PROSTATECTOMIE RADICALE LAPAROSCOPIQUE ASSISTEE PAR ROBOT (PRR)

L'opération se déroule sous anesthésie générale.

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par des sutures utilisant des fils.

Pendant l'intervention une sonde urinaire est mise en place dans la vessie par le canal de l'urètre pour favoriser la cicatrisation. Le site opératoire est drainé pendant quelques jours.

Dans certains cas, un prélèvement de ganglion lymphatique du petit bassin est effectué au début de l'intervention, pour rechercher une dissémination ganglionnaire du cancer qui pourrait conduire à un arrêt de l'opération.



L'amélioration et la miniaturisation des technologies vidéo, informatique et mécanique a permis d'obtenir une assistance robotique pour réaliser une prostatectomie radicale pour cancer de la prostate dans des conditions d'ergonomie et de précisions jusqu'alors inégalées.

L'assistance robotique apporte ainsi plusieurs améliorations :

- Visuelles : vision stable et en 3D, instrument dans l'axe de vision
- Gestuelles : précision, réduction des mouvements parasites, pas d'effet de bras de levier,
- Ergonomiques : rotation des instruments à 360° sur 6 axes, chirurgien assis de façon stable devant une console

Le matériel utilisé est le système *da Vinci*® de la société *Intuitive Surgical*, www.intuitivesurgical.com.

Cette assistance robotique permet une **dissection plus fine et plus précise** permettant lorsque les caractéristiques du cancer de la prostate l'autorise, de passer au plus près de la prostate et de **respecter au maximum les structures neuro-vasculaires (bandelettes) participant à la continence et aux érections**. La récupération postopératoire de ces 2 fonctions s'en trouve ainsi améliorée et accélérée.

Les autres avantages de la PRR sont :

- une réduction des pertes sanguines
- une récupération plus rapide

- une hospitalisation raccourcie
- des cicatrices plus petites
- un retour rapide à la vie active



SUITES HABITUELLES

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Un traitement anticoagulant par injection sous cutanée quotidienne est réalisé afin de prévenir le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

Le lever est habituellement autorisé dès le premier jour ainsi que la reprise de l'alimentation.

Le moment du retrait du drain est variable : 1 à 4 jours, et sera défini par le chirurgien.

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner une gêne.

Le temps de maintien de la sonde urinaire est en général de 8 jours. La durée d'hospitalisation est en général de 4 à 6 jours et sera précisée par votre chirurgien. Vous sortirez donc du service avec cette sonde.

Le retrait de la sonde, sera effectué en consultation d'urologie le 8ème jour suivant l'intervention. Un débitmétrique (mesure du jet urinaire) sera alors effectuée.

Après le retrait de la sonde vésicale, une incontinence urinaire est habituelle. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse dans un délai de quelques semaines à quelques mois chez environ 9 hommes sur 10.

Une rééducation musculaire simple du périnée et du sphincter est conseillée. Des séances de rééducation par un kinésithérapeute sont parfois utiles.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale sont variables mais un mois peut être nécessaire pour retrouver votre forme d'avant l'opération.

La prostate est analysée sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste qui précise si la tumeur est limitée à la prostate ou si elle s'est étendue au-delà.

Dans ce cas, il y a un risque de récurrence et un traitement complémentaire après l'intervention peut alors être nécessaire.

Le suivi après l'intervention répond à deux objectifs : surveiller l'absence de récurrence tumorale principalement par dosage du PSA et évaluer la façon dont vous urinez ainsi que la fonction sexuelle.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de

risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelles et peuvent parfois n'être pas guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale, en particulier le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire dans ce type d'intervention.

D'autres complications directement en relation avec le geste opératoire de prostatectomie sont possibles :

1. Risque vital exceptionnel par hémorragie
2. Complications pendant l'opération et complications post-opératoires précoces
 - Hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
 - Lésion de l'uretère nécessitant une réparation.
 - Plaie du rectum du fait de sa proximité avec la prostate et donc de la tumeur : elle est le plus souvent réparée immédiatement, sans séquelles ; parfois, elle ne peut être suturée avec étanchéité ou passe inaperçue, et se complique secondairement : dans ces cas, un anus artificiel temporaire pendant 2 à 3 mois est indispensable pour permettre la cicatrisation de la plaie.
 - Infection urinaire justifiant d'un traitement antibiotique.
 - Hématome au niveau de la plaie : il guérit le plus souvent avec des soins locaux et oblige exceptionnellement à une réintervention.
 - Fuite d'urine par le drain qui se tarit en général par un drainage prolongé et le maintien plus longtemps de la sonde urinaire.
 - Écoulement de lymphes ou collection pelvienne (lymphocèle) en cas de prélèvement des ganglions ; une réintervention est rarement nécessaire.

3. Complications tardives

- Incontinence urinaire :

L'incontinence urinaire permanente et définitive est exceptionnelle (environ 3% des cas).

L'incontinence se limite le plus souvent à des fuites de quelques gouttes d'urine lors d'efforts importants (10 à 15% des cas). La continence s'améliorant au cours du temps, il est conseillé d'attendre au moins 3 à 6 mois avant d'envisager, en cas d'incontinence urinaire permanente, une intervention complémentaire.

- Troubles sexuels :

L'érection est souvent perturbée. Le risque de perte de l'érection augmente avec l'âge du patient et la taille du cancer. Malgré tous les progrès techniques chirurgicaux réalisés, il est impossible de garantir le maintien d'une érection complète ou partielle après l'intervention. En effet, la dissection de la prostate nécessite la dissection des voies nerveuses permettant l'érection. Ainsi ces voies peuvent être lésées ce qui retentit sur la rigidité pénienne.

Un délai allant jusqu'à un an peut être nécessaire avant le retour d'une fonction sexuelle. Dans le cas où il persiste une difficulté érectile, différents traitements pour restaurer l'érection pourront être proposés. Cette dysfonction érectile est fréquente, mais n'est pas

systematique.

En cas de troubles de l'érection, il faut envisager une prise en charge thérapeutique adaptée et précoce (injection intracaverneuse à faible dose) afin de favoriser la récupération des érections et de rendre les rapports sexuels possibles.

D'autre part cette intervention supprime définitivement l'éjaculation. En revanche, ni la libido, ni l'orgasme ne sont touchés.

- Rétrécissement urétral :

La suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en entraînant une réaction de fibrose et un rétrécissement (moins de 5 % des cas). Il nécessite alors une intervention d'élargissement par les voies naturelles.

i