



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

DOSSIER DE PRESSE

Journée nationale de la Prostate 2012

19 septembre 2012

Contacts :

The Desk

Guénola Désveaux : 01 49 24 58 42 – 06 64 39 30 56 – g.desveaux@thedesk.fr

GHPSJ - Direction du développement et de la communication

Nadia Nouvion : 01 44 12 33 10 – nnouvion@hpsj.fr

www.hpsj.fr

SOMMAIRE

I. Présentation des pathologies de la prostate et importance du dépistage

- Anatomie et rôle de la prostate
- L'adénome de la prostate
- Le cancer de la prostate

II. Traitement de l'adénome au laser : une technique maîtrisée depuis 7 ans au GHPSJ

➔ 3 questions au Dr. Hervé Baumert, chef du service d'urologie du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

III. Traitement du cancer : cryothérapie et chirurgie par voie coelioscopique robot assistée au service du patient

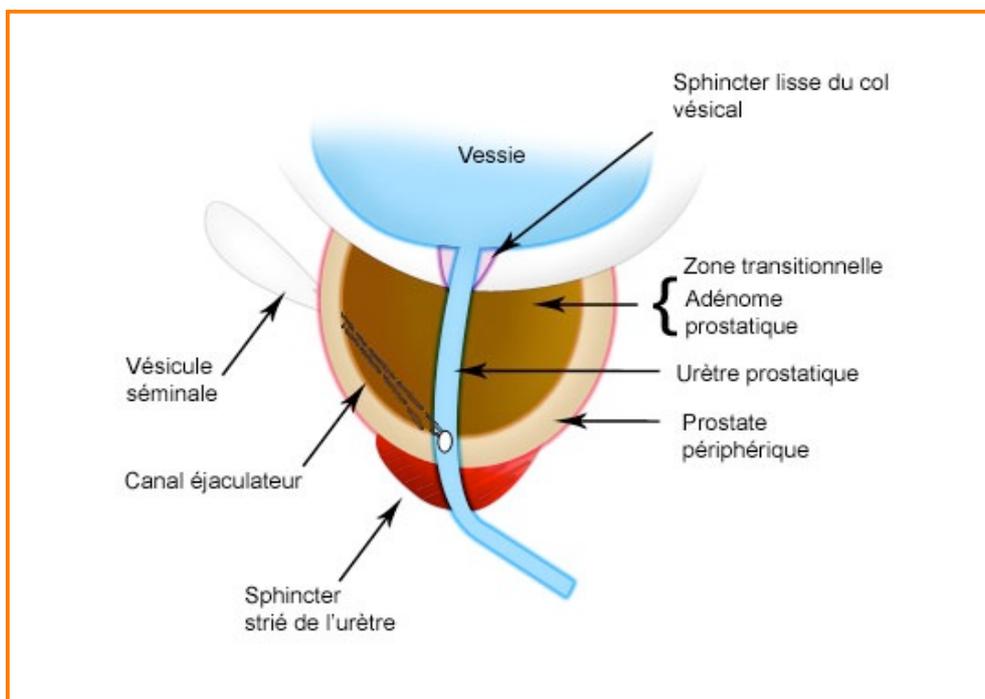
- La cryothérapie
- La chirurgie par voie coelioscopique robot assistée

Annexes

I. Présentation des pathologies de la prostate et importance du dépistage

○ Anatomie et rôle de la prostate

La prostate est une glande du système reproducteur masculin qui fabrique le liquide séminal, composant du sperme. Sa fonction essentielle est donc de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme, c'est la contraction de la prostate qui permet l'éjaculation.



Anatomiquement, la prostate se situe juste en avant du rectum et à la sortie de la vessie sur l'urètre qu'elle entoure comme un manchon, ce qui permet de comprendre les troubles liés à l'augmentation de volume de l'organe.

○ L'adénome de la prostate

■ Explications

En France, l'adénome de la prostate concerne 50 à 75% des hommes de plus de 50 ans.

L'adénome de la prostate consiste en une augmentation de volume de la prostate qui survient le plus souvent **chez l'homme de plus de 50 ans**. Cette maladie est aussi appelée hypertrophie bénigne de la prostate ou HBP.

La cause de cette augmentation de volume reste inconnue et l'adénome de la prostate (même lorsqu'il est volumineux) **peut n'entraîner aucun symptôme**. Il s'agit donc d'une évolution quasi-normale de la prostate, essentiellement liée à l'âge.

Néanmoins, l'augmentation du volume de la prostate peut entraîner **principalement des troubles urinaires** associant :

Après 60 ans, 60% des hommes souffrent de troubles de la prostate ; pour toucher après 85 ans, près de 90 des hommes.

- une dysurie (difficultés pour uriner) ;
- une faiblesse du jet ;
- des envies fréquentes d'uriner, notamment la nuit ;
- des envies urgentes d'uriner.

Les signes de la maladie s'aggravent le plus souvent avec le temps. L'évolution peut être émaillée de complications :

- infections : orchi épидидymite (infection des testicules), prostatite (infection de la prostate) ;
- rétention vésicale (la prostate bloque le passage de l'urine qui reste « piégée » dans la vessie) ;
- calcul dans la vessie empêchant l'écoulement normal de l'urine ;
- insuffisance rénale.

■ Prévention et dépistage

Dans 20% des cas, lorsqu'un homme de 65 ans se plaint de signes urinaires liés à une hypertrophie bénigne de la prostate et ne se soigne pas, il risque une aggravation de ses symptômes.

Actuellement en France, près de 2,5 millions d'hommes, âgés de 50 à 70 ans, présentent des troubles urinaires et seulement 20 % d'entre eux sont traités.

En termes de prévention, **une consultation de contrôle régulière avec un urologue** se révèle nécessaire **dès l'apparition des symptômes** évoqués précédemment, afin d'éviter toute complication et permettre une prise en charge médicale ou chirurgicale adaptée.

Ce **dépistage régulier** consiste principalement en un toucher rectal, phase primordiale de l'examen médical, qui permet au médecin d'évaluer l'importance de l'adénome, le volume et la consistance de la prostate.

Si elle est régulière et de forme arrondie, il s'agit généralement d'une hypertrophie bénigne ; dans le cas contraire, elle **peut s'avérer cancéreuse**.

○ Le cancer de la prostate

■ Explications

Le cancer **lorsqu'il est localisé à la prostate n'entraîne pas de symptôme**. C'est pourtant **uniquement à ce stade qu'on peut le guérir, d'où l'intérêt du dépistage**. A un stade plus évolué, il s'étend aux os sous forme de métastases à l'origine de douleurs voire de fractures.

Certaines personnes ont un risque plus élevé que la moyenne, du fait :

- d'antécédents familiaux. Les risques sont plus élevés lorsque le père ou un frère a déjà souffert de cette maladie,
- de leur race. Les hommes d'origine africaine ou antillaise sont plus à risque que les Caucasiens, qui sont plus à risque eux mêmes que les Asiatiques.

Pour ces personnes à risque, l'unique précaution actuellement recommandée est de **commencer un dépistage dès 45 ans**. La nécessité d'un dépistage est également prouvée par le fait qu'à un stade précoce (donc curable), le cancer de la prostate n'entraîne aucun symptôme. Pour la population générale, ce dépistage est préconisé à partir de 50 ans.

De plus, pour les principaux symptômes décrits ci-dessous, ils peuvent être reliés à une autre maladie de la prostate comme celle, plus courante, de l'hypertrophie bénigne de la prostate (décrite ci-dessus) :

- le besoin d'uriner fréquemment,
- la difficulté à commencer à uriner ou à retenir l'urine,
- l'incapacité à uriner,
- la difficulté à obtenir une érection.

■ Prévention et dépistage

À partir de 45 ans, si le patient présente des antécédents familiaux de cancers de la prostate, et **dans tous les cas à partir de 50 ans, il convient de faire pratiquer un examen de la prostate chaque année**.

Cet examen est **effectué par un médecin spécialiste** (le plus souvent un urologue) et il comprend : une palpation de la prostate ainsi que le dosage d'un marqueur biologique sanguin appelé antigène spécifique prostatique (PSA).

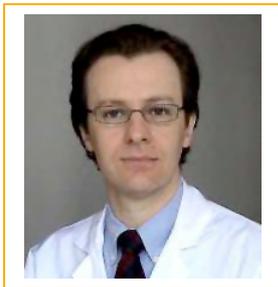
L'intérêt d'un dépistage et d'un traitement précoce chez les patients atteints d'un cancer de la prostate et présentant une espérance de vie supérieure ou égale à 10 ans sont **démontrés par 2 études prospectives randomisées** :

- **Une étude européenne multicentrique** (NEJM, vol. 360, 2009) a montré une réduction de la mortalité par cancer de la prostate de 27% chez les hommes de 55 à 69 ans ayant fait un dépistage par PSA ;
- **Une étude scandinave** (JNCI, vol.100, 2008) confirme le gain en termes de survie et de qualité de fin de vie, le dépistage permettant à 10 ans de réduire de 49% le risque d'évolution métastatique.

Ce dépistage permet également **de distinguer au moment du diagnostic, les tumeurs agressives de celles qui le sont moins**. Dans un pareil cas, une « **surveillance active** », consistant à un dosage du PSA tous les 3 mois et une biopsie prostatique annuelle de contrôle, peut être réalisée. Un traitement ne sera proposer au patient que si ces contrôles confirment la progression du cancer.

II. Traitement de l'adénome au laser : une technique maîtrisée depuis 7 ans au GHPSJ

À l'occasion de la 8^{ème} journée nationale de la prostate, le Dr. Hervé Baumert, chef du service d'urologie présente une technique parfaitement bien maîtrisée au sein du GHPSJ : la chirurgie mini-invasive au laser pour pratiquer une résection de l'adénome de la prostate.



Interview du Dr. Hervé BAUMERT

Chef du service d'urologie du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (GHPSJ)

Q ? Quelle est la position du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph sur la chirurgie mini-invasive ?

Depuis quelques années de nouvelles techniques se sont développées, notamment aux Etats-Unis, dans le but de minimiser les effets secondaires et les complications des traitements de référence.

Au sein du service d'urologie du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, ces techniques de chirurgie, appelée chirurgie mini-invasive, sont particulièrement utilisées pour traiter l'adénome et le cancer de la prostate. **Le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph est le seul établissement en Europe à disposer et à maîtriser les trois techniques de lasers actuellement disponibles.**

Le développement de la chirurgie urologique mini-invasive est une priorité pour nous : le service est **positionné depuis des années sur les techniques de chirurgie mini-invasive** pour les pathologies de la prostate avec, en moyenne, **600 interventions pratiquées chaque année** (le service est reconnu comme centre de référence en matière de formation des urologues en France et en Europe).

Q ? En quoi consiste une résection prostatique au laser ?

La chirurgie prostatique est **proposée lorsque le traitement par médicaments ne produit pas les résultats escomptés** et lorsque l'évolution de la maladie entraîne des complications.

La chirurgie de l'adénome prostatique au laser constitue **une alternative aux techniques chirurgicales plus classiques** de l'endoscopie et de l'incision abdominale.

Appelée « résection endoscopique de la prostate », elle consiste à désobstruer le canal de l'urètre à l'aide d'une fibre laser et selon la technique soit à **détruire le tissu prostatique, soit à retirer l'adénome copeau par copeau sous contrôle vidéo**

En France, chaque année, 7% des hommes entre 50 et 80 ans sont opérés d'un adénome de prostate.

Introduit par voie endoscopique, les différents lasers permettent **trois types d'interventions** :

- **La vaporisation prostatique** : destruction de l'adénome à l'aide d'un **laser Green Light** ;
- **La résection prostatique** : découpe à l'aide d'un **laser Thulium**, de l'adénome en copeaux qui sont ensuite retirés et analysés ;
- **L'énucléation prostatique** à l'aide du **laser Holmium** : l'adénome est « énucléé » en monobloc puis repoussé dans la vessie avant d'être aspiré toujours par voie endoscopique.

→ Lien pour visionner une vidéo explicative : <http://www.hpsj.fr/galerie-videos.html>

Q ? Quels sont les avantages du laser en termes de sécurité et de soins pour le patient ?

Près de 300 interventions chirurgicales au laser sont réalisées chaque année au sein du GHPSJ.

Le gros avantage de la chirurgie au laser est qu'elle est **non hémorragique** et **peu douloureuse** pour le patient et réduit ainsi considérablement les risques opératoires et post-opératoires.

Ces lasers permettent ainsi une chirurgie :

- **dont le taux de complications post-opératoires est réduit** (saignement, infection,...).
- **dont l'hospitalisation ainsi que la convalescence sont réduites par deux** par rapport aux « résections endoscopiques classiques ». Les patients sortent généralement le lendemain de leur intervention et reprennent leurs activités normales dans les jours qui suivent.
- **chez les patients les plus fragiles** (notamment sous anti-coagulants), y compris les patients âgés.
- **sous anesthésie locale** chez les « patients fragiles » et **en ambulatoire** chez certains patients.
- **par voie endoscopique y compris pour les gros adénomes (> 100 g)** généralement opérés en chirurgie traditionnelle en ouvrant la vessie.
- dont les résultats à long terme sont équivalents voire supérieurs (pour l'énucléation prostatique) aux techniques traditionnelles.

III. Traitement du cancer : cryothérapie et chirurgie par voie coelioscopique robot assistée au service du patient

○ La cryothérapie

Chaque année, plus de **250 interventions chirurgicales robot assistées**, et **50 interventions en cryothérapie** sont pratiquées au sein du service d'urologie.

Utilisée en première intention ou en cas de récurrence après échec de la radiothérapie, la cryothérapie est un **traitement par le froid** (- 40 °C) qui détruit les cellules cancéreuses, sans avoir à pratiquer une ablation de la prostate. Cette technique consiste à introduire des aiguilles (cryoprobés) et à les positionner sur la zone à traiter. Les aiguilles sont refroidies avec du gaz argon pendant quelques minutes. **Le tissu cancéreux est la cible de la congélation, jusqu'à sa destruction.**

Dans la plupart des cas, la procédure de cryothérapie est **effectuée en moins de 2 heures** et, selon les pathologies, **sous anesthésie générale.**

Elle représente une **alternative à l'ablation de la prostate ainsi qu'à la radiothérapie.** Et, représente par ailleurs, un traitement supplémentaire dit de « rattrapage » en cas d'échec de la radiothérapie et/ou de la curiethérapie.

○ La chirurgie par voie coelioscopique robot assistée

Equipé depuis 2007 d'un 1^{er} robot, le GHPSJ s'est doté en 2012 d'un 2nd. Seuls 50 robots sont disponibles en France (10 Ile-de-France).

La chirurgie par voie coelioscopique robot assistée est une **technologie robotisée de pointe qui permet de reproduire les mouvements des mains du chirurgien et de les traduire en mouvements précis**, mouvements exécutés par des micro-instruments au niveau du site opératoire.

Le chirurgien opère à partir d'une console placée dans la salle d'opération à côté du patient. Grâce à une double caméra qui équipe la machine, le chirurgien bénéficie d'une vision en 3D magnifiée et agrandie du champ opératoire.

Il commande à distance les instruments de chirurgie, fixés sur les 4 bras articulés du robot. Chaque mouvement du chirurgien est reproduit avec précision et avec une extrême mobilité pour permettre ainsi de réaliser des sutures dans des positions impossibles avec la chirurgie classique.



L'utilisation du robot en coeliochirurgie a plusieurs avantages pour le chirurgien :

- récupération d'une vision en 3 dimensions perdues dans la coelioscopie,
- vision stable car la caméra est maintenue et déplacée par un bras articulé,
- geste précis et fin, pour permettre une meilleure dissection,
- liberté retrouvée des mains grâce aux instruments ayant 3 axes de mobilité,
- confort du chirurgien car assis et dans l'axe de travail.

Annexes

➤ Liens utiles

- www.hpsj.fr : site du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
- www.urofrance.org : site de l'Association Française d'Urologie