
CONSENTEMENT ECLAIRE

prostatectomie radicale

Cher patient,

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) sous le contrôle du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

Destinée aux patients et aux professionnels de la santé, elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir.

Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines médicales applicables à la prostatectomie radicale. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes vous seront communiquées pendant la consultation avec le médecin traitant.

Une première partie de cette brochure contient des informations générales sur la prostatectomie radicale. La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement[®] proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

Informations générales sur la prostatectomie radicale

1. Bases anatomiques et principe général de la chirurgie

La prostate est une glande située entre la vessie, qui récolte les urines, et le sphincter, qui assure la continence urinaire. La prostate est traversée de part en part par l'urètre et sécrète une partie du sperme. Les vésicules séminales, qui sont les réservoirs du sperme, et les canaux déférents, qui acheminent les spermatozoïdes à partir des testicules, se jettent dans l'urètre au niveau de la prostate.

La prostatectomie radicale va donc enlever en bloc la prostate et les vésicules séminales, tout en sectionnant les canaux déférents. La vessie est suturée sur l'urètre en fin de procédure. Les ganglions lymphatiques peuvent éventuellement être prélevés selon votre stade individuel. Ces ganglions sont les premiers filtres dans lesquels les cellules cancéreuses qui se seraient déjà échappées de la prostate vont s'arrêter.

Trois techniques chirurgicales sont acceptées classiquement : la chirurgie par voie ouverte (une incision du nombril au pubis permet de réaliser l'intervention), la chirurgie laparoscopique (une caméra et des instruments sont introduits par des incisions limitées dans l'abdomen, préalablement gonflé par du gaz) et enfin la laparoscopie robotique, qui utilise des instruments laparoscopiques robotisés, manipulés par le chirurgien. Ces trois techniques donnent des résultats comparables en termes de contrôle du cancer, de continence et de récupération des érections.

2. Autres possibilités thérapeutiques

Le cancer de la prostate est en général (a) d'évolution lente.

La chirurgie et la radiothérapie visent à guérir définitivement le cancer, alors que les autres traitements, comme la castration (chimique ou chirurgicale) ou la chimiothérapie, ne peuvent que stabiliser - plus ou moins longtemps la maladie (une dizaine d'années en moyenne).

Le choix du traitement dépend de l'âge et de l'état général du patient, de l'agressivité du cancer, du volume de la prostate et de l'impact fonctionnel de chaque traitement. L'absence de traitement risque de permettre au cancer d'évoluer localement ou à distance, le plus souvent (d) au niveau des os (métastases).

3. Préparation a la chirurgie

Des examens préalables à l'intervention sont nécessaires. Une prise de sang, un examen des urines, une radiographie du thorax et un électrocardiogramme sont réalisés avant la consultation d'anesthésie. Les risques spécifiques à l'anesthésie seront discutés lors de cette consultation. Juste avant l'opération, une préparation de l'intestin peut être proposée par le chirurgien pour faciliter la chirurgie.

4. Techniques opératoires

La chirurgie ouverte peut être réalisée sous anesthésie générale, ou parfois sous rachianesthésie (en n'endormant que le bas du corps). L'anesthésie générale est obligatoire pour la voie laparoscopique. Cette technique est réalisée par 4 à 5 incisions de 5 à 10 mm, le ventre gonflé par du dioxyde de carbone).

Le choix de la technique dépend des habitudes de votre chirurgien, mais la prostate et les vésicules séminales seront dans tous les cas retirées et les canaux déférents sectionnés. Une suture entre la vessie et l'urètre permettra de rétablir la continuité des voies urinaires. Les ganglions éventuellement prélevés en début d'intervention peuvent être analysés durant l'opération. S'ils contiennent des cellules cancéreuses, votre urologue peut décider de ne pas poursuivre l'opération et de laisser la prostate en place. Dans ce cas, un traitement alternatif sera discuté ultérieurement.

Lors de l'intervention, les bandelettes neuro-vasculaires passant en arrière de la prostate peuvent être éventuellement préservées si le cancer n'est pas trop étendu, afin d'essayer de préserver les érections du patient.

En cas de difficulté technique due à des adhérences ou des saignements trop importants, la laparoscopie peut être convertie en chirurgie conventionnelle ouverte.

En fin d'intervention, une sonde vésicale est placée dans la vessie pour une durée déterminée par votre chirurgien. Un drain est positionné dans le site opératoire pour quelques jours afin de drainer les saignements résiduels.

5. Suites habituelles de la chirurgie

- (a): très rare, <1%
- (b) : rare, 1-5%
- (c) : occasionnel, 5-15 %
- (d) : fréquent, >15 %

Durant l'hospitalisation :

La douleur liée à l'intervention est contrôlée par des médicaments antalgiques qui sont administrés régulièrement.

Après une laparoscopie, il est habituel (d), durant quelques jours, d'avoir une gêne se manifestant sous forme de barre dans la partie supérieure de l'abdomen, ainsi qu'un torticolis reflex par irritation du diaphragme.

Des prises de sang de contrôle sont réalisées et des transfusions sanguines s'imposent parfois (c) pour compenser les pertes sanguines survenant durant l'intervention ou au cours des premiers jours suivant immédiatement l'intervention. Des injections quotidiennes d'anticoagulants sous-cutanées réduisent le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

Le patient peut se lever dès les premiers jours et (d) la reprise de l'alimentation se fait généralement le lendemain de l'opération.

Le retrait du drain est déterminé par le chirurgien. La sonde vésicale est le plus souvent bien tolérée, mais peut parfois (c) donner lieu à des poussées vésicales ou des spasmes urétraux. La sonde est retirée au bout de quelques jours à deux semaines, selon les habitudes du chirurgien et le déroulement de l'intervention.

La durée globale de l'hospitalisation est définie par votre chirurgien.

Retour à domicile :

Une incontinence, au moins transitoire, est très fréquente (d) après cette opération. Elle peut perdurer pendant des mois, mais la situation peut s'améliorer sur une période d'un an, pour atteindre un pourcentage de 10% de patients incontinents. Parmi ceux-ci, certains devront bénéficier de la mise en place d'un sphincter artificiel (3% des patients opérés). La continence peut être améliorée grâce à des médicaments spécifiques et/ou des séances de kinésithérapie périnéales.

Les troubles érectiles sont très fréquents (d) après cette chirurgie ; ils sont soit définitifs, si les deux bandelettes neurovasculaires ont été retirées pendant l'opération, soit potentiellement réversibles si une ou les deux bandelettes a/ont été préservée(s). La récupération des érections ne peut être garantie, mais est favorisée par l'administration précoce d'un traitement oral ou par une injection directe dans la verge. Les érections sont susceptibles de s'améliorer sur une période d'un an. Lors des rapports sexuels, il n'y a pas d'émission de sperme mais la sensation de plaisir est préservée avec une intensité variable selon chaque patient. Après cette opération le patient est donc stérile mais en cas de désir de grossesse ultérieur, il est possible de congeler du sperme avant l'opération. La durée de convalescence et la date de reprise des activités dépendent de l'âge du patient et de la voie d'abord utilisée. Une période de un à trois mois est généralement (d) nécessaire pour obtenir une récupération complète.

Suivi du cancer :

La prostate retirée est analysée par l'anatomopathologiste. Cette analyse permet de donner un pronostic, mais ne permet pas de savoir si vous êtes guéri ou non. Seul le temps permettra d'être certain de la guérison. S'agissant du cancer de prostate, cinq ans de recul sont nécessaires pour s'assurer de la guérison complète.

Le dosage du PSA dans une simple prise de sang est suffisant pour assurer le suivi après une prostatectomie radicale. Sur base de l'analyse de la prostate ou du suivi du PSA, un traitement complémentaire pourra être proposé (radiothérapie, castration,...).

6. Complications

Pendant l'intervention :

Tout acte chirurgical comporte des risques de complications pouvant parfois (b) donner lieu à des séquelles irréversibles, voire entraîner le décès du patient (a). Si le risque de complications majeures est très faible, (b) il n'est malheureusement pas nul et reste le plus souvent imprévisible.

Durant l'opération, le chirurgien doit parfois (b) modifier le traitement proposé initialement en fonction des découvertes ou des événements survenant au cours l'intervention. Par exemple, si le cancer est trop étendu, l'intervention peut être interrompue, les bandelettes neuro vasculaires ne peuvent pas être préservées et des ganglions doivent être enlevés en plus de la prostate.

Dans de rares cas, les organes voisins de la prostate peuvent (a) être blessés durant l'opération. L'intestin grêle, et plus rarement l'uretère et le rectum sont concernés. Ces lésions, si elles sont identifiées au cours de l'opération, sont réparées immédiatement et induisent uniquement un retard de la reprise d'activité du tube digestif. Les plaies du rectum peuvent parfois (c) nécessiter une colostomie (anus artificiel) pendant quelques mois afin de permettre une cicatrisation complète.

Des lésions vasculaires majeures peuvent survenir et provoquer des hémorragies (b) nécessitant des transfusions sanguines. Même si le sang transfusé est testé, il existe toujours un faible risque de transmission de maladies connues (HIV, hépatites, ...) ou encore inconnues à ce jour (a). La pré-donation sanguine est contre indiquée dans le cadre d'une chirurgie pour cancer.

Pendant l'hospitalisation :

La formation d'un caillot dans les veines des jambes (phlébite) (b) peut provoquer une embolie pulmonaire par migration de ce caillot vers les poumons (a). Cette complication majeure peut parfois être fatale (a). Elle peut être prévenue par l'injection d'anticoagulants sous-cutanés et par le port de bas de contention pendant le mois suivant l'opération. Les anticoagulants injectés augmentent le risque de saignement.

La formation d'un hématome dans le site opératoire nécessite parfois (b) une ré-intervention pour drainer l'hématome. Des hématomes de la paroi nécessitent plus rarement (a) une reprise chirurgicale.

Après un prélèvement des ganglions lymphatiques, un écoulement lymphatique prolongé peut nécessiter un maintien prolongé du drain (c). La plupart du temps, ce problème se résout spontanément (d) mais peut parfois se compliquer (a) d'une surinfection nécessitant l'administration d'un antibiotique, voire d'un drainage chirurgical.

Une reprise tardive de l'activité du tube digestif nécessite rarement (a) la mise en place d'une sonde gastrique durant quelques jours.

Comme dans toute chirurgie abdominale, il existe toujours un risque faible (a) mais réel d'infection de la cavité, pouvant nécessiter une ré-intervention. La fonction rénale peut exceptionnellement (a) demander quelques jours pour se rétablir après une laparoscopie. Durant cette période de récupération des reins, des séances d'hémodialyse peuvent s'avérer nécessaires (d).

Une fuite d'urine prolongée sur la suture entre la vessie et l'urètre requiert parfois (c) de laisser la sonde ou le drain plus longtemps en place. Le patient peut éventuellement être amené à quitter l'hôpital avec sa sonde vésicale en place durant une ou plusieurs semaines.

Des lésions des branches nerveuses sont rarement (b) observées dans les zones d'incisions de la paroi abdominale, par compression locale ou par diffusion d'électricité du bistouri électrique. Ces lésions peuvent récupérer.

Une infection des incisions cutanées peut être observée (b) et nécessiter l'administration d'antibiotiques ou un drainage par simple incision.

Une infection urinaire est assez fréquemment (c) observée et est traitée par antibiothérapie. Des problèmes de santé individuels peuvent augmenter le risque de complications potentiellement fatales, comme des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux, un emphysème pulmonaire,...).

Après l'hospitalisation :

Des occlusions intestinales tardives responsables de douleurs chroniques sont toujours possibles (a) à cause d'adhérences tardives pouvant nécessiter une correction chirurgicale différée.

En cas de prélèvement des ganglions, un gonflement des membres inférieurs peut persister pendant plusieurs mois après la chirurgie (b). Les bas de contentions et les massages peuvent atténuer les

symptômes.

Un relâchement de la paroi abdominale est possible (c) et peut donner lieu à des éventrations nécessitant parfois une correction chirurgicale. Cette complication est plus fréquente après une chirurgie ouverte.

Un rétrécissement de la suture entre la vessie et l'urètre peut apparaître plusieurs mois après la chirurgie (c) et nécessiter une ré-intervention chirurgicale.

7. généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, sur les traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.