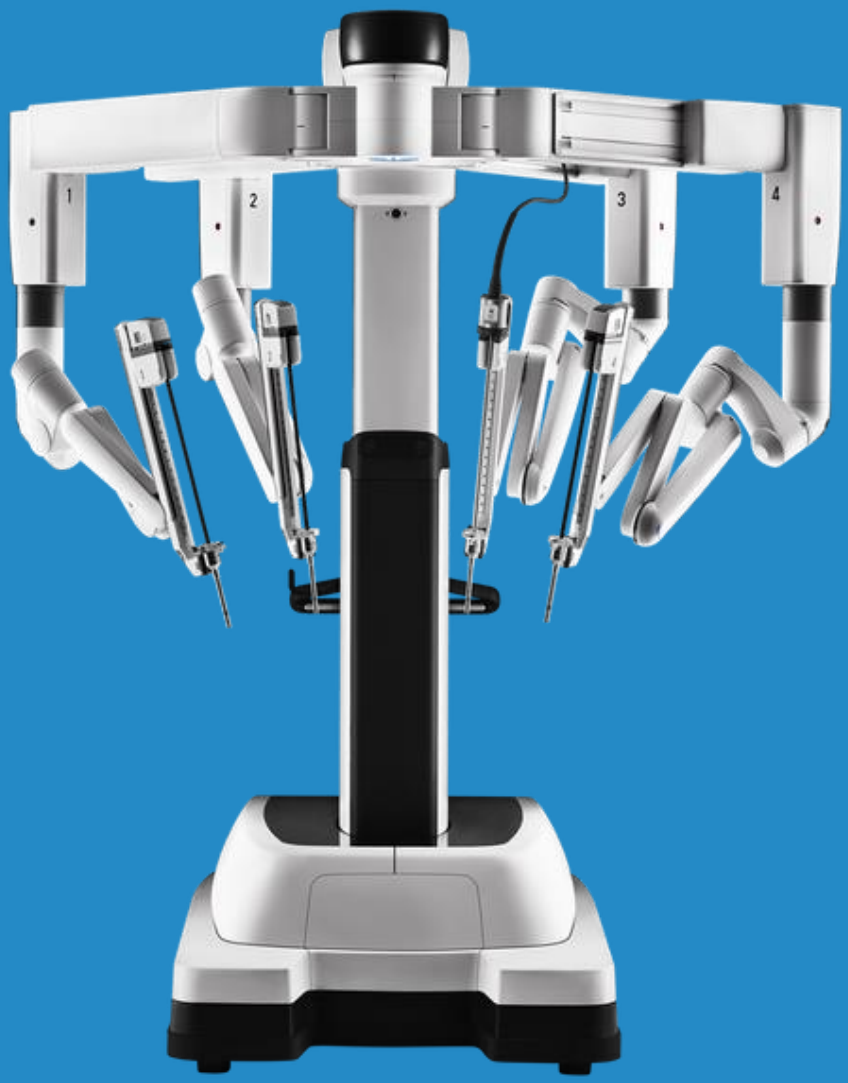
Jan Yperman Ziekenhuis

La prostatectomie radicale par laparoscopie robot-assistée (RALP)

51.074F



Centre hospitalier Jan Yperman
Briekestraat 12 • 8900 Ieper/Ypres
www.yperman.net • 057 35 35 35
info@yperman.net •

Votre médecin a constaté que vous souffrez d’une tumeur maligne dans la prostate. Après concertation, il a été décidé de retirer la prostate entière au moyen d'une intervention chirurgicale mini-invasive robot-assistée, ou RALP.

En quoi consiste exactement une RALP ?

RALP est l'abréviation de la dénomination anglaise d'une prostatectomie radicale par laparoscopie robot-assistée. Lors de cette opération, la prostate entière est retirée, ainsi que la capsule et les vésicules séminales, sous anesthésie générale. En fonction des caractéristiques de la tumeur, les ganglions environnants sont également enlevés. Cette intervention est réalisée à l'aide d'un système robotique.

Lors d'une opération robot-assistée, le chirurgien ne se trouve plus à côté de la table d'opération, mais il dirige le robot depuis un poste de travail séparé (console) au moyen de plusieurs joysticks, pédales et boutons. Au Centre hospitalier Jan Yperman, nous utilisons le système robotique « Da Vinci », plus particulièrement la version « XI » la plus moderne.

Les opérations effectuées avec ce robot présentent quelques avantages par rapport aux interventions classiques. Par exemple, les instruments utilisés par le robot disposent d'une mobilité nettement supérieure aux instruments chirurgicaux classiques, ce qui permet de réaliser l'intervention avec une plus grande précision.

Les tremblements des mains du chirurgien sont par ailleurs éliminés par le robot. Le chirurgien a une image en trois dimensions du site opératoire, ce qui favorise également la précision.
De plus, grâce à cette technique, il est possible de travailler avec des incisions de plus petite taille, ce qui engendre moins de douleurs par la suite et permet une convalescence plus rapide.

La préparation

Nous vous demanderons de vous rendre chez le généraliste ou l’anesthésiste en vue d’un bilan préopératoire. Une prise de sang classique, un électrocardiogramme, une analyse d'urine et éventuellement une radio des poumons sont nécessaires. En fonction de votre état général et de vos antécédents médicaux, il est possible qu'une évaluation complète en cardiologie (pour le cœur) et en pneumologie (pour les poumons) soit programmée.

Les anticoagulants doivent en principe être arrêtés avant l’hospitalisation. Si vous prenez des anticoagulants, signalez-le toujours au médecin, afin de pouvoir organiser correctement cet arrêt.

Un peu avant l'intervention, vous devrez assister à deux séances chez un kinésithérapeute pour des exercices du plancher pelvien. Cette étape est essentielle pour limiter les fuites urinaires après l'intervention (voir « fuites urinaires »).

Vous devrez vous présenter à l'hôpital le matin de l'intervention. Vous devrez être à jeun. Cela signifie que vous ne pourrez plus rien manger, boire ou fumer à partir de minuit la veille. Vous pouvez boire les boissons « claires » spéciales riches en glucides que vous recevrez lors de la consultation préopératoire et qui servent à accélérer la récupération du transit gastro-intestinal après l'intervention. Vous pouvez, moyennant l'accord de votre urologue, prendre vos médicaments essentiels à domicile avec une petite gorgée d'eau.

Lors de votre admission, une chambre vous sera attribuée. Vous recevrez une blouse d'opération et vous devrez laisser vos vêtements dans la chambre. Il est préférable de laisser tous vos bijoux et objets de valeur à la maison, étant donné que tous les bijoux sont retirés dans la salle d'opération. Vous pouvez laisser vos lunettes, lentilles, appareils auditifs et prothèses dentaires dans la chambre. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous administrer un sédatif dans la chambre en vue de préparer l'anesthésie.

Lorsque votre tour arrivera en salle d'opération, vous serez emmené sur un lit jusqu'à la salle de préparation. Là, les infirmiers et infirmières de la salle d'opération prendront le relais. Avant l'opération, vous serez placé sous perfusion, ce qui permettra d'administrer les médicaments pendant l'anesthésie. Ensuite, vous serez accompagné dans la salle d'opération où vous rencontrerez également l'anesthésiste qui vous endormira et vous surveillera pendant l'opération.

L'opération

Pendant une prostatectomie radicale par laparoscopie robot-assistée, la prostate entière est retirée, ainsi que les vésicules séminales et une partie des canaux déférents, sous anesthésie totale. La vessie est ensuite rattachée à l'urètre. Un cathéter vésical (ou sonde urinaire) est alors inséré et restera en place les premiers jours pour permettre à l'urine de s'évacuer tout en laissant le nouveau raccord entre la vessie et l'urètre cicatriser correctement. L'intervention dure en moyenne 3 à 4 heures.

Si cela s'avère possible d'un point de vue technique, le chirurgien préservera les nerfs érecteurs d'un côté ou des deux côtés de la prostate afin d'obtenir la meilleure récupération possible de la continence urinaire et de l'érection. La préservation des nerfs érecteurs n'est toutefois pas toujours possible, par exemple en cas d'adhérences importantes autour de la prostate ou en cas de tumeurs de trop grande taille ou trop agressives.

En fonction des taux de PSA, du degré d'agressivité (score Gleason) de la tumeur et des résultats des précédents scanners, certains cas nécessitent également un curage des ganglions lymphatiques dans la région du pelvis.

Après l'opération

Après l'opération, vous restez en observation en salle de réveil pendant un certain temps. En général, vous pouvez ensuite regagner votre chambre dans le service d'urologie. Dans certains cas, un court séjour aux soins intensifs est nécessaire, mais cela reste exceptionnel.

La perfusion

Une perfusion pour l'administration de liquides et de médicaments est déjà mise en place avant l'intervention. Dès que la fonction intestinale est rétablie, les liquides et les médicaments pourront à nouveau être administrés par voie orale et la perfusion pourra être retirée. La plupart du temps, elle est retirée 2 jours après l'opération.

Les plaies et le drain

Après l'intervention, vous avez généralement 5 petites plaies au niveau de la paroi abdominale. Le plus souvent, l'incision au niveau du nombril est la plus grande. C'est par là que la prostate est retirée de l'abdomen à la fin de l'intervention. Dans certains cas, un drain est placé dans l'une des incisions pendant l'intervention pour éliminer l'excès de sang et de liquide dans l'abdomen. En général, ce drain est enlevé le lendemain de l'intervention.

La sonde vésicale

Un cathéter vésical ou une sonde vésicale est un fin tube en silicone qui est inséré pendant l'intervention dans l'urètre afin de permettre à l'urine de s'évacuer. Cette sonde est nécessaire pour permettre au nouveau raccord entre la vessie et l'urètre de cicatriser suffisamment. La plupart du temps, la sonde est retirée lors de la première consultation, 7 jours après la sortie de l'hôpital.

La douleur

Il est normal de ressentir une certaine douleur après l'intervention. Toutefois, étant donné qu'il s'agit d'une laparoscopie avec le robot, cette douleur est généralement assez limitée. Avant l'opération, une pompe antidouleur est installée par l'anesthésiste et vous permet de vous gérer vous-même l'administration des antidouleurs après l'intervention en appuyant sur le bouton de la pompe. Grâce à un système intégré à la pompe, il est impossible d'administrer une dose excessive. La pompe antidouleur est retirée le lendemain de l'intervention. Ensuite, la douleur est gérée au moyen de simples antidouleurs.

L'alimentation et le transit intestinal

Après l'intervention, il faut attendre un certain temps avant que la fonction intestinale soit rétablie. Le soir de l'intervention, vous pourrez boire de l'eau et manger un pudding ou un yaourt. Le lendemain de l'intervention, vous recevrez une alimentation légère. Deux jours après l'intervention, vous pourrez vous alimenter normalement. Si vous avez des difficultés à aller à la selle, vous pourrez recevoir un laxatif type « Movicol » pour ramollir les selles et faciliter la défécation.

L'activité physique et la prévention des phlébites

Le lendemain de l'intervention, vous pourrez vous asseoir dans le fauteuil. Le deuxième jour après l'intervention, vous serez autorisé à circuler dans la chambre et à prendre une douche. Les mouvements légers dans le lit, par exemple bouger les pieds et les jambes, sont importants directement après l'opération. Il est essentiel de favoriser la circulation sanguine dans les jambes pour éviter les caillots de sang et les phlébites dans les membres inférieurs. C'est pourquoi vous recevrez également chaque soir une injection d'anticoagulant dans le ventre, la cuisse ou le bras. Vous devrez poursuivre ces injections contre les phlébites à la maison pendant 20 jours. Pour ce faire, vous pouvez faire appel à un infirmier ou une infirmière à domicile. Avant l'intervention, vous recevrez aussi des bas de contention sur mesure pour favoriser la circulation sanguine dans les jambes. L'objectif est que vous portiez ces bas de contention pendant toute la durée de votre hospitalisation ainsi que les 10 premiers jours à la maison.

La sortie

Deux jours après l'opération, vous pourrez simplement quitter l'hôpital. Vous quitterez l'hôpital avec la sonde vésicale qui permet d'évacuer l'urine dans une poche que vous pouvez fixer à votre jambe. Vous recevrez les prescriptions de médicaments nécessaires pour les injections contre les phlébites et pour les antidouleurs, ainsi qu'un rapport pour votre généraliste et, le cas échéant, d'autres documents (pour l'assurance, pour le travail, etc.). Un rendez-vous sera également fixé pour le contrôle postopératoire.

Les soins postopératoires

Il est très important de boire suffisamment lorsque vous rentrerez chez vous après l'opération afin de maintenir un bon rinçage de la vessie (1,5 à 2 litres d'eau par jour). Il est normal que l'urine soit rose ou rouge après l'opération. Tant que vous portez la sonde vésicale, il est nécessaire de vider la poche plusieurs fois par jour. Pour la nuit, vous recevrez une poche de plus grande taille pour récupérer l'urine.

Par ailleurs, vous devez éviter les efforts importants (particulièrement de porter des chargez lourdes), les efforts de poussée et le vélo pendant les 6 premières semaines afin d'éviter les saignements. De plus, il est déconseillé de prendre des bains et de nager les 10 premiers jours pour favoriser une bonne cicatrisation des plaies. Toutefois, vous pourrez prendre une douche en portant des pansements imperméables spéciaux.

Veillez à avoir une activité physique suffisante et à faire une promenade chaque jour. Vous devrez porter les bas de contention pendant les 10 jours suivant l'intervention. Chaque soir pendant 20 jours, vous devrez recevoir une injection contre les phlébites. Pour ce faire, vous pouvez faire appel à un infirmier ou une infirmière à domicile. Si vous le souhaitez, vous pouvez également vous administrer ces injections vous-même.

Pour maintenir un transit intestinal régulier et sans problème, hydratez-vous suffisamment et consommez une alimentation riche en fibres. Si nécessaire, vous pourrez prendre un laxatif de type « Movicol ».

Essayez d'effectuer régulièrement (plusieurs fois par jour) vos exercices pour le plancher pelvien afin de limiter les fuites urinaires.

Si la douleur augmente, si vous avez de la fièvre, des problèmes pour uriner ou tout autre problème grave au cours des premières semaines après l'intervention, il est préférable de contacter votre généraliste ou votre urologue.

La consultation de contrôle

Environ 7 jours après votre sortie de l'hôpital, vous reviendrez pour une consultation de contrôle. C'est à ce moment-là que la sonde vésicale sera retirée. Les plaies seront inspectées et une partie des agrafes sera retirée.

Vous reviendrez pour une deuxième consultation 14 jours après votre sortie. Pour ce rendez-vous, vous devrez vous présenter avec une vessie bien remplie, afin de pouvoir effectuer une analyse d'urine. Si nécessaire, vous pourrez demander de réaliser cette analyse avant de voir le médecin. En cas de problèmes urinaires, vous pourrez commencer à effectuer des exercices pour le plancher pelvien chez le kinésithérapeute. Les plaies seront à nouveau inspectées et les agrafes restantes seront enlevées. Votre urologue abordera également avec vous l'analyse microscopique de la prostate et/ou des ganglions lymphatiques. L'ensemble de l'ablation, le stade de la tumeur, le score d'agressivité définitif et l'éventuelle atteinte des ganglions seront à l'ordre du jour. En fonction de tout cela, vous définirez ensemble un plan de suivi sur mesure.

Les risques et effets indésirables

Toute intervention chirurgicale comporte des complications potentielles et des risques, le pire des cas étant le décès du patient. Il arrive parfois qu'en cours d'intervention, le chirurgien soit confronté à des événements imprévus nécessitant une action différente de ce qui était prévu normalement. Certaines de ces complications sont liées à votre état général et/ou à l'anesthésie qui vous est administrée. Dès lors, on pratique une évaluation détaillée des risques, avant l'opération, afin de réduire le risque de survenue de problèmes.

Les fuites urinaires

Au cours des premières semaines, voire des premiers mois, après l'intervention, il est possible que vous souffriez de fuites d'urine involontaires, que vous uriniez fréquemment ou que vous ne parveniez plus à uriner. La durée et la quantité des fuites urinaires dépendent d'un patient à l'autre. Les premières semaines, il est préférable de porter un matériel de collecte adapté. Pour limiter ces problèmes, des exercices de renforcement du plancher

pelvien avec un kinésithérapeute sont systématiquement prescrits à partir de 14 jours après votre sortie de l'hôpital. Ces exercices vous auront déjà été appris quelque temps avant l'intervention. L'objectif est que vous repreniez ces exercices de manière intensive environ deux semaines après l'intervention et que vous soyez suivi par votre kinésithérapeute spécialisé en rééducation périnéale pendant cette période de revalidation. Le niveau et la quantité de fuites urinaires que vous pourrez subir pendant la période directement après l'opération ne reflètent pas nécessairement le niveau d'incontinence final. Moins de 10 % des patients présentent encore des fuites urinaires après 1 an. Parmi ce groupe réduit, une intervention complémentaire peut être envisagée pour renforcer le système de fermeture (avec une « bandelette pour homme » ou un sphincter artificiel).

Les problèmes d'érection

Étant donné que la prostate et les vésicules séminales sont responsables de la production et du stockage du sperme, il n'est plus possible d'avoir une éjaculation. L'érection et l'orgasme restent par contre possibles. Il est alors question d'un orgasme « sec ». Néanmoins, des problèmes d'érection surviennent fréquemment et peuvent s'avérer persistants. Même sans érection, vous pouvez toujours ressentir un orgasme sans éjaculation.

Dans la mesure du possible, les nerfs érecteurs ont été préservés pendant l'opération. Les nerfs érecteurs sont toutefois presque toujours endommagés dans une certaine mesure par leur manipulation avec les instruments chirurgicaux. En cas de tumeurs étendues ou agressives, il est même déconseillé de préserver les nerfs érecteurs, car il est possible que la tumeur continue de se développer dans les nerfs.

La présence de troubles de l'érection après une RALP dépend de plusieurs facteurs. Ainsi, la possibilité d'une intervention préservant les nerfs, l'âge, la qualité des érections avant l'intervention, de même que le stress et le vécu psychologique par rapport à l'opération, tout cela joue un rôle. Chez certains patients, le rétablissement des nerfs érecteurs peut être particulièrement lent et prendre parfois jusqu'à 2 ans après l'intervention.

Il existe plusieurs options de traitement, comme les médicaments facilitateurs d'érection (Viagra, Levitra, Cialis, etc.), le traitement par auto-injections, la prothèse pénienne, etc.

Le traitement de suivi

Les taux de PSA doivent devenir indétectables environ trois mois après l'intervention. L'évolution des taux de PSA est une indication importante de l'évolution de la maladie.
Dans le cadre du suivi, des prises de sang et échographies régulières sont prévues, de même, si nécessaire, que des examens d'imagerie médicale (CT-scan, PET-scan, PSMA PET-scan, scintigraphie osseuse, etc.). Si la maladie n'est pas complètement maîtrisée, il peut être décidé de procéder en plus à un traitement complémentaire tel que la radiothérapie ou l'hormonothérapie.

Coordonnées du secrétariat d'urologie :

057 35 72 00
secheelkunde@yperman.net

Jan Yperman Ziekenhuis