
Protocole d'information concernant l'ablation totale de la prostate avec le robot da Vinci (prostatectomie radicale robotisée) en cas de tumeur maligne (cancer)

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Cher Monsieur,

Les examens pratiqués chez vous ont permis de diagnostiquer une tumeur maligne de la prostate (cancer). Ces investigations ont révélé la présence d'une tumeur de toute évidence localisée, pouvant en principe être éliminée par une ablation totale de la prostate.

Nous discuterons bien entendu longuement de l'intervention que nous envisageons de pratiquer, de ses chances de succès et des risques encourus. Pour que vous puissiez vous préparer à cet entretien, le résumé ci-dessous vous donne les informations générales les plus importantes.

La maladie et ses dangers: Si cette tumeur n'est pas traitée, il y a un risque de dissémination des cellules tumorales avec apparition de métastases dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, pouvant entraîner finalement la mort. Une augmentation concomitante de la taille de la prostate peut provoquer des difficultés à uriner semblables à ceux qui apparaissent en cas d'hypertrophie prostatique bénigne. D'autres problèmes peuvent également être observés occasionnellement : sang dans l'urine, impossibilité complète d'uriner.

Technique opératoire: Sous anesthésie générale, 5 à 6 incisions abdominales de 8 à 12 mm permettent de pratiquer l'intervention : l'une d'elle est située dans la région du nombril et les autres à droite et gauche dans l'abdomen. Celui-ci est tout d'abord rempli avec du gaz carbonique (CO₂). Ensuite, des trocarts sont introduits dans l'abdomen par les incisions : ils serviront de voie d'accès pour les instruments optiques (camera) et chirurgicaux. Le robot est ensuite raccordé à l'optique et aux instruments. Il permet au chirurgien de travailler par laparoscopie en voyant en 3 dimensions avec des instruments dont les angulations sont multiples, ce qui permet de travailler avec grande précision.

L'intervention chirurgicale est débutée par l'ablation des ganglions lymphatiques le long des vaisseaux iliaques ainsi que de la région sus-prostatique. L'ablation complète de la prostate et des vésicules séminales est ensuite effectuée. L'urètre est recousu à la vessie sur une sonde. Parfois un drain est posé à la fin de l'intervention permettant d'évacuer les liquides et le sang accumulés dans la région du site opératoire. La prostate et les ganglions prélevés sont placés dans un sac en plastique et extraits du ventre en agrandissant d'environ 3 cm l'orifice du trocart placé dans la région du nombril.

Suites opératoires: En général, cette opération offre une bonne perspective de guérison totale du cancer de la prostate. Il faut savoir cependant qu'elle entraînera une perte de l'éjaculation et donc de votre pouvoir de procréation. L'intervention peut diminuer plus ou moins temporairement votre capacité à obtenir des érections. Cette diminution dépend de la fréquence et de la qualité de votre activité sexuelle pré-opératoire, ainsi que de l'opportunité per-opératoire d'épargner les filets nerveux entourant la partie postérieure de la prostate. La récupération post-opératoire de votre érection est possible grâce à différents traitements dont nous discuterons les modalités avec vous. Il est possible que des problèmes temporaires d'incontinence urinaire surviennent, mais ceux-ci pourront en règle générale être surmontés rapidement (quelques semaines ou quelques mois). Il est rare qu'une incontinence sévère demeure : au besoin cette dernière pourra être très significativement diminuée par une intervention supplémentaire.

Risques et complications: Comme pour toute intervention, des complications générales telles que thromboses, embolies ou infections des plaies peuvent survenir. Rarement, les intestins, les uretères ou la vessie peuvent être lésés en cours d'intervention. Si un tel problème est identifié immédiatement, la réparation est réalisée de suite, si possible par laparoscopie, mais peut parfois nécessiter une ouverture de l'abdomen. De tels problèmes ne sont parfois identifiés que quelques jours après l'intervention, de même que parfois d'importants saignements peuvent nécessiter une reprise chirurgicale, le plus souvent en ouvrant l'abdomen. Des saignements de moindre importance peuvent être jugulés par des transfusions seules.

Il peut arriver qu'à la suite de l'intervention, le patient présente des troubles passagers du transit intestinal. Lors de l'ablation des ganglions lymphatiques, il est possible que du liquide lymphatique s'accumule dans la région opératoire et nécessite, rarement, la pose d'un drainage pendant quelques jours.

Après l'opération : Une voie veineuse vous permettra de recevoir du liquide et des médicaments le soir et le lendemain de l'intervention. Vous commencerez à reboire le soir de l'intervention, et à vous réalimenter, tout d'abord légèrement, le lendemain. La sonde vésicale sera enlevée entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour après l'opération, après avoir éventuellement testé radiologiquement l'étanchéité de l'anastomose vésico-urétrale. L'hospitalisation durera entre 2 et 5 jours et vous pourrez reprendre le travail au bout de quelques semaines.

Surtout n'hésitez pas à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît important ou peu clair. Faites-nous également savoir si, en ce qui concerne l'intervention, vous souhaitez être mis au courant de la manière la plus détaillée possible ou si, au contraire, vous préférez vous en tenir au strict minimum nécessaire. Nous vous conseillons enfin de faire une liste des questions que vous désirez poser à votre médecin.

Vos questions:
