

CANCER DE LA PROSTATE : COMMENT OPERER ?

Posté le 11 octobre 2010

Il y a en effet 3 façons bien distinctes d'intervenir :

- **La voie chirurgicale classique** avec cicatrice médiane de la partie basse de l'abdomen.
- **La chirurgie par cœlioscopie** (petites incisions de l'abdomen qui permettent de passer des instruments pour réaliser l'acte avec une caméra.
- **La chirurgie par cœlioscopie robot-assistée** qui permet d'opérer le patient au moyen d'un robot commandé par le chirurgien qui se trouve à distance du patient.

Tout récemment, le Comité de Cancérologie de l'association Française d'Urologie s'est saisi de cette question au travers d'une méta-analyse (analyse de multiples études) publiée dans « **Progrès en urologie** » (2010) **20**, 547-552.

- Concernant la **durée opératoire**, celle-ci est plus courte dans la voie chirurgicale classique.
- Pour le **saignement** et la nécessité de transfusion sanguine éventuelle, il semble y avoir une légère majoration du risque en cas de chirurgie classique (mais saignement ne signifie pas transfusion obligatoire).
- La **douleur postopératoire** est identique dans les 3 techniques dans la grande majorité des études.
- Les **complications postopératoires** ont un taux de survenue comparable quelle que soit la technique utilisée.
- Les **résultats carcinologiques** (nombre de guérisons obtenues) : pas de différence entre les 3 voies d'abord.
- Les résultats sont également comparables en ce qui concerne les risques d'**incontinence** et d'**impuissance sexuelle**.
- **Impact sur la qualité de vie** : taux de satisfaction global de 84% quelle que soit la technique avec tout de même plus de patients (24%) déçus par la chirurgie robotisée (sans doute du fait d'une attente trop importante de cette chirurgie High Tech par rapport aux résultats objectifs constatés).

Un nouvel article datant de février 2012 est venu corroborer ces conclusions, en comparant la chirurgie classique avec la chirurgie robot assistée:

Comparaison des séquelles après prostatectomie robotisée laparoscopique ou rétropubienne, parmi un échantillon national de patients Medicare sélectionnés au hasard

(Barry MJ et al. J Clin Oncol. 2012 Feb 10; 30(5): 513-8)

La prostatectomie radicale (PR) robotisée s'est développée rapidement en Europe et aux États Unis, où elle semble même s'imposer par rapport à la prostatectomie radicale rétropubienne à ciel ouvert, bien qu'il n'existe que peu de données comparant les résultats fonctionnels de ces deux techniques.

En utilisant les bases de données *Medicare*, les auteurs ont sélectionné et contacté par mail 797 patients ayant eu une PR pour cancer de la prostate entre janvier et décembre 2008 avec un délai moyen postopératoire de 14 mois. 685 patients (86%) ont répondu en renvoyant un auto-questionnaire explorant leur continence et leur sexualité ; parmi eux 406 avaient eu une PR robotisée et 220 une PR rétropubienne à ciel ouvert. Globalement, 31% des patients rapportent des problèmes modérés ou sévères de continence et 88% des problèmes modérés ou sévères de sexualité toutes techniques confondues. En ajustant ces résultats en fonction de l'âge et du niveau d'éducation des patients, la chirurgie robotisée entraîne une tendance, non significative, à un risque supérieur d'incontinence (odds ratio [OR]=1,41 ; 95% CI : 0,97-2,05) et aucun avantage en termes de sexualité (OR=0,87 ; 95% CI : 0,51-1,49).

Une étude plus récente (étude prospective février 2015) de l'équipe d'urologie du CHU Rangueil à Toulouse conclut également à l'absence de différence entre la chirurgie classique et la chirurgie par robot tant au plan des résultats carcinologiques que de la récupération de la continence. Seule la récupération de la fonction érectile est un plus rapide avec les techniques robotisées.

En conclusion de cette étude rétrospective de population, il ressort que les séquelles urinaires et sexuelles de la prostatectomie radicale sont fréquentes, quelle que soit la technique utilisée, robotisée ou rétropubienne à ciel ouvert, sans que la chirurgie robotisée ne permette d'en réduire les risques de séquelles.

A ce jour donc, **aucun consensus** n'apparaît en faveur de telle ou telle technique pour la chirurgie d'ablation de la prostate pour cancer, et il apparaît que l'intervention peut être réalisée de façon comparable quelle que soit la voie d'abord.

Ces conclusions sont confirmées en tous points par une étude encore plus récente datant de 2013: Robot-assisted radical prostatectomy compared with open and laparoscopic approach: a systematic review and meta-analysis; Moran PS, O'Neill M, Teljeur C, Flattery M, Murphy LA, Smyth G, et al.; Int J Urol 2013;20:312-21 et par l'évaluation de l'HAS fin 2016.

Rédacteur: Philippe Fiatte

Détail de la publication consultable en ligne

