

La prostatectomie radicale laparoscopique

*Dr Jean-Emmanuel Lalive,
Dpt de chirurgie,
Hôpital de La Chaux-de-Fonds*

Les indications d'une chirurgie radicale ne sont pas encore définies avec certitude, pour différentes raisons qui dépassent quelque peu le cadre de cet article. En bref, l'indication idéale pourrait être définie comme un cancer significatif (contrairement au cancer du pathologue), localisé à la glande chez un patient ayant au moins dix ans d'espérance de vie.

La chirurgie radicale de la prostate a longtemps été considérée comme difficile et délabrante.

Sombre réputation

Elle doit cette sombre réputation, parfaitement justifiée à l'époque, à la situation cachée de la prostate, difficile d'accès au fond d'un trou étroit, accolée au rectum, soudée à la vessie et richement vascularisée et innervée. Ce type de chirurgie n'a pour ainsi dire aucun lien de parenté avec la chirurgie endoscopique, ni trans-vésicale, de l'adénome prostatique.

Depuis quelques années, elle est devenue de plus en plus « populaire » suite aux travaux de Walsh, qui nous ont permis de mieux connaître les différents rapports anatomiques. En effet, il n'y a pas de place pour l'approximation, ne serait-ce que de quelques millimètres, car :

les bandelettes neuro-vasculaires sont accolées sur les faces postéro-latérales et garantent non seulement d'une bonne fonction sphinctérienne, mais aussi des futures compétences sexuelles ;

le rectum n'est séparé de la prostate que par un espace virtuel, le fascia de Denonvillier ;

enfin, le sphincter urétral, clé de la continence, est adjacent à l'apex de la glande.

Historiquement la voie d'abord a été périnéale malgré les délabrements

possibles sur la fonction ano-rectale. Seul quelques irréductibles continuent dans cette voie, probablement par amour pour l'histoire de la médecine.

Par la suite, la voie rétro-pubienne est devenue le standard. Elle le reste encore de nos jours, mais se trouve en présence de concurrents sérieux, telle la chirurgie par voie laparoscopique et, dans une moindre mesure, les traitements thermo-ablatifs en cours d'évaluation.

La laparoscopie à La Chaux-de-Fonds

A La Chaux-de-Fonds, la laparoscopie est devenue progressivement la méthode de choix depuis la fin des années 90. Les raisons qui ont conduit dans cette direction sont nombreuses :

- facilité des suites opératoires immédiates ;
- diminution du port de la sonde urinaire ;
- temps d'hospitalisation plus court ;
- moins de saignement per- et post-opératoire ;
- présence d'un urologue aguerri à cette technologie.

Et de façon plus anecdotique :

- possibilité pour tous les intervenants de voir la procédure sur l'écran TV ;
- possibilité d'enregistrer une cassette vidéo pour le patient (élément délicat dans l'éventualité d'une action en justice par exemple).

Bien évidemment, il y a aussi quelques inconvénients :

- une courbe d'apprentissage difficile, nécessitant un long compagnonnage ;
- un temps opératoire plus long de presque un tiers ;

- la présence de deux opérateurs habitués à la laparoscopie ;
- l'éviction des assistants du champ opératoire.

Des questions sans réponse

Finalement, il y a encore des questions sans réponse. Le résultat oncologique par exemple, sujet controversé, où les données sont encore insuffisantes pour permettre des conclusions valables. En effet, la localisation des marges tumorales positives diffère entre la voie ouverte et la voie fermée. Elle est pourtant un des témoins de la qualité chirurgicale. Malheureusement, il faudra probablement encore quelques années pour mieux comparer ces deux techniques compte tenu de la lenteur des tumeurs prostatiques et de leurs récurrences cliniques.

Autre sujet de controverse, le coût. A notre connaissance, il n'y a pas de bonnes études suisses sur ce thème.

La chirurgie laparoscopique pourrait pourtant être en mesure de franchir une étape de plus dans le souci permanent de diminuer les suites opératoires à court, moyen et long terme.

Les urologues ont été particulièrement sensibles à ce chant des sirènes à travers le monde, ceci d'autant plus qu'ils ont l'habitude de travailler avec deux dimensions, c'est-à-dire sans profondeur de champ, lors des nombreuses opérations endoscopiques.

De manière intéressante, nos confrères de l'Hexagone n'ont pas eu, à leur réunion annuelle des urologues de 2004, de débats entre avantages et inconvénients de la voie ouverte versus laparoscopique, comme si cette dernière s'était imposée.

Meilleure récupération

A La Chaux-de-Fonds, sans avoir (encore ?) fait une étude rétrospective

de nos propres cas, nous avons l'impression que la technique laparoscopique donne, en plus des avantages précités, une meilleure récupération de la continence et surtout une récupération plus rapide. En effet, l'apex de la glande est magnifié par la caméra, permettant une plus grande précision pour la dissection et la suture entre la vessie et l'urètre en avant du sphincter.

Les suites sont effectivement plus courtes et plus simples.

Changer de voie. Vraiment ?

Mais faut-il vraiment que les urologues qui maîtrisent une voie d'abord changent au prix d'une longue et difficile courbe d'apprentissage ?

Quel est le rôle de l'effet de mode du mini-invasif dans le corps médical et dans la population ?

C'est un débat délicat où les arguments subjectifs et émotionnels passent souvent avant le dialogue rationnel ?

Cet article ne se veut une propagande ni pour l'une, ni pour l'autre des techniques, mais une présentation simple et honnête de ce qui peut se faire dans le canton.

Résections abdominales polyviscérales pour cancers envahissant plusieurs organes

*Professeur Dr M. Merlini
Hôpital de La Chaux-de-Fonds*

La biologie des cancers des viscères abdominaux est variable. Leur évolution naturelle peut se faire par métastatisation lymphatique, hémotogène ou vers une carcinose péritonéale. Un mode de croissance non exceptionnel est l'envahissement des organes du voisinage. Lorsque cette situation se présente, le cancer est alors classé T4 et est généralement appelé « cancer avancé (advanced cancer) ». Le Service de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds a acquis, au cours de toutes ces dernières années, la maîtrise de ces situations et un ouvrage de technique chirurgicale est en préparation (1).

Le message de cet article est de familiariser le médecin généraliste avec le principe qu'une tumeur au stade T4 par envahissement des organes de voisinage ne représente plus une lésion oncologiquement dépassée. En effet, pour les cancers de l'estomac, du pancréas, du côlon ou du rectum, par exemple, l'envahissement d'organes adjacents portent le même pronostic que les tumeurs ayant simplement dépassé la séreuse (2), dans la mesure où une chirurgie adéquate est pratiquée. Cette notion a mis de nombreuses années à s'imposer, même dans le milieu chirurgical.

Il est certain que les progrès techniques en chirurgie ne sont pas les seuls facteurs favorisant l'amélioration du pronostic des patients présentant une tumeur viscérale T4. Les progrès des moyens diagnostiques permettent de cerner la tumeur et ses relations avec les organes de voisinage. Ainsi, l'IRM, l'angioCT et les reconstructions bi- ou tridimensionnelles ont été un apport majeur de la dernière décennie.

Le concept du traitement pluridisciplinaire est aussi un facteur déterminant. En particulier, la chimiothérapie pré-opératoire délimite les lésions envahissantes ou agit sur une éventuelle carcinose péritonéale débutante (3).

Il est bien sûr impossible de relater ou d'envisager, dans ce bref article, toutes les possibilités d'envahissement tumoral. Quelques généralités sont ici rapportées.

Principes

La chirurgie de résection multiviscérale est basée sur un premier principe qui est l'ablation en bloc de l'organe d'où part le cancer et de tous les organes (ou parties d'organes) envahis. La tentative de libérer des adhérences tumorales ou pseudotumorales aboutit à un échec local certain et à une récurrence de la tumeur. Pratiquement, cela signifie que l'abord (dès la laparotomie) doit

se faire au large de la tumeur, en tissu sain. Le deuxième principe réside dans le fait que les organes ou parties d'organes laissés en place doivent garder une vascularisation adéquate. Ainsi, la limite des résections polyviscérales est souvent l'anatomie vasculaire. Le troisième principe est le curage ganglionnaire du ou des organes résectionnés.

Situations et exemples

Étage sus-mésocolique

Les cancers gastriques peuvent envahir le diaphragme, la rate, le corps du pancréas, le méso-côlon transverse, le lobe gauche du foie. Dans toutes ces situations, une résection curative peut être réalisée. A l'étage sus-mésocolique, le facteur limitant l'exérèse est l'envahissement du tronc coeliaque et de l'artère hépatique commune.

Étage sous-mésocolique

Les cancers coliques peuvent envahir la paroi abdominale, le duodénum, le rétropéritoine, l'intestin grêle. Dans ces circonstances, une résection est possible. L'envahissement de la racine du mésentère et du tronc de l'artère mésentérique supérieure rend cependant la résection tactiquement difficile.

Petit bassin

Les tumeurs rectales peuvent envahir la vessie, l'utérus, le sacrum. Les techniques d'exentération pelvienne sont bien décrites et connues. A ce