

CONSENTEMENT ECLAIRE

CONSENTEMENT ECLAIRE : PROSTATECTOMIE RADICALE version 1.1 (2011)

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).

Elle est destinée aux patients et aux professionnels de la santé et vise à vous informer sur les modalités de votre traitement, sur les effets secondaires habituellement rencontrés ainsi que les complications les plus fréquentes ou les plus sérieuses pouvant survenir.

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

La première partie de cette brochure (A) contient des informations générales sur la prostatectomie radicale.

La deuxième partie (B) contient le formulaire d'information et de consentement à proprement parler que vous devez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

A. Informations générales sur la prostatectomie radicale.

BASES ANATOMIQUES ET PRINCIPE GENERAL DE LA CHIRURGIE :

La prostate est une glande située entre la vessie qui récolte les urines et le sphincter qui assure la continence urinaire. Elle 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 amènent les spermatozoïdes 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 être éventuellement 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 qui est 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 terme de contrôle du cancer, de la continence et de la récupération des érections.

AUTRES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES :

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

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

Le choix du traitement est dépendant de l'âge et de l'état général du patient, de l'agressivité du cancer, du volume de la prostate et des impacts fonctionnels de chaque traitement.

L'absence de traitement risque de permettre au cancer d'évoluer localement ou à distance le plus souvent (d) dans les os (métastases).

PREPARATION A LA CHIRURGIE :

Des examens en vue de 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.

TECHNIQUES OPERATOIRES :

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

Le choix de la technique est dépendant des habitudes de votre chirurgien mais la prostate et les vésicules séminales sont dans tous les cas retirés et les canaux déférents sectionnés. Une suture entre la vessie et l'urètre remet en continuité les voies urinaires. Les ganglions éventuellement prélevés en début d'intervention peuvent être analysés durant l'opération. Si ils contiennent des cellules cancéreuses votre urologue peut décider de ne pas poursuivre l'opération et de laissé en place la prostate. Un traitement alternatif sera alors discuté ultérieurement.

Lors de l'intervention, les bandelettes neuro-vasculaires qui passent 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 pour drainer les saignements résiduels.

SUITES HABITUELLES DE LA CHIRURGIE :

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 en barre dans la partie supérieure de l'abdomen ainsi qu'un torticolis reflex par irritation du diaphragme.

Des contrôles de prise de sang sont réalisés et des transfusions sanguines sont parfois (c) nécessaires pour compenser les pertes sanguines durant l'intervention ou les premiers jours postopératoires immédiats.

Des injections d'anticoagulants sous cutanées quotidiennes réduisent le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

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

Le retrait du drain est déterminé par le chirurgien.

La sonde vésicale est le plus souvent bien toléré mais peut parfois (c) donner des poussées vésicales ou de spasmes urétraux. La sonde est retirée après 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 :

L'incontinence au moins transitoire est très fréquente (d) après cette opération. Elle peut perdurer pendant des mois mais la situation est susceptible de s'améliorer pendant un an pour atteindre 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 problèmes d'érections sont très fréquents (d) après cette chirurgie et sont soit définitifs si les deux bandelettes neurovasculaires ont été retirées pendant l'opération ou être potentiellement réversible si une ou les deux bandelettes ont été préservées. La récupération des érections ne peut être garantie mais est favorisée par l'administration précoce d'un traitement oral ou par injection directe dans la verge. Les érections sont susceptibles de s'améliorer durant une année. 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 s'il

existe encore un désir de grossesse ultérieure il est possible de congeler du sperme avant l'opération.

La durée de convalescence et la date de reprise des activités sont dépendantes de l'âge du patient et de la voie d'abord utilisée. Un à trois mois sont généralement (d) nécessaires pour 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. Pour le 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 le suivi du PSA, un traitement complémentaire pourra être proposé (radiothérapie, castration,...)

COMPLICATIONS :

Pendant l'intervention :

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

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

Les organes voisins de la prostate peuvent rarement (a) être blessés durant l'opération. Les intestins grêles et plus rarement les uretères et le rectum sont concernés. Ces lésions, si elles sont reconnues pendant l'opération, sont réparées immédiatement et ne donne qu'un retard de reprise d'activité du tube digestif. Les plaies du rectum peuvent parfois (c) nécessiter une colostomie (anus artificiel) pendant quelques mois pour 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 risque faible 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 de caillot dans les veines des jambes (phlébites) (b) peut provoquer une embolie pulmonaire par migration de ce caillot vers les poumons (a). Cette complication majeure peut parfois être fatale (a). Elle est prévenue en injectant des anticoagulants sous cutanés et en portant des 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 de ganglions lymphatiques un écoulement lymphatique prolongé peut nécessiter de laisser le drain plus longtemps (c). Ce problème s'arrange spontanément le plus souvent (d) mais peut se compliquer parfois (a) d'une surinfection nécessitant l'administration d'antibiotique voir d'un drainage chirurgical.

Une reprise tardive de l'activité du tube digestif nécessite rarement (a) la mise en place d'une sonde gastrique pour 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 reprendre leur fonction après une laparoscopie. Durant cette période de récupération des reins des séances d'hémodialyse peuvent être nécessaires (d).

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

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

Une infection des incisions cutanées peut être observée (b) et nécessiter des 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, de l'emphysème pulmonaire,...)

Après l'hospitalisation :

Des occlusions intestinales tardives responsables de douleurs chroniques sont toujours possibles (a) à cause d'adhérences tardives qui peuvent 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 contention et les massages peuvent améliorer les symptômes.

Un lâchage de la paroi abdominale est possible (c) et peut donner des éventrations qui nécessitent parfois une correction chirurgicale. Cette complication est plus fréquente après 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.

B. Consentement éclairé : Prostatectomie radicale Version 1.1 (2011)

GENERAL

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

Ce formulaire comprenant toutes les informations relatives à votre intervention vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien ou des informations complémentaires vous seront fournies si besoin en est. Il doit être rendu dûment complété et signé à une personne de l'équipe médicale avant l'intervention de façon à compléter votre dossier médical.

Le but de cette information n'est pas de vous angoisser, mais bien que vous puissiez prendre une décision quant à l'intervention en toute connaissance de cause.