



DOSSIER DE PRESSE

DA VINCI

L'assistance robotique du chirurgien

Le 30 avril 2009, de 14h à 20h

en présence de Mme Bourragué, Députée de la Gironde,
et de M. Lothaire, Maire adjoint de Caudéran.

SOMMAIRE

Communiqué de presse	3
Préambule de M. Yves NOËL, Directeur Général du Groupe Bordeaux Nord Aquitaine	4
L'assistance robotique du chirurgien	5
- Présentation du système « Da Vinci » d'Intuitive Surgical	5
- Installation du système « Da Vinci »	5
- Apport : valeur ajoutée du système robotique	6
- Pourquoi la chirurgie robotisée serait-elle meilleure que la chirurgie classique ou toute autre forme de traitement ?	6
- Traitement à l'aide du robot : les principaux avantages	7
- Les coûts : une approche pragmatique	7
Le cancer de la prostate	8
- À quoi sert la prostate ?	8
- Qu'est-ce qu'un cancer de la prostate ?	8
- Quels sont les facteurs de risque du cancer de la prostate ?	8
- Les tumeurs bénignes de la prostate	9
- Symptômes pathologiques non spécifiques	9
- Le dépistage	10
- Le diagnostic	10
Le traitement du cancer de la prostate	12
- Le traitement des formes localisées à faible risque	12
- Le traitement des formes localisées à haut risque ou localement avancées	13
- Le traitement des formes non localisées	13
- Cas particuliers	13

**Présentation de la nouvelle acquisition technologique
de la Clinique Chirurgicale Bel-Air
« le Robot DA VINCI », le 30 avril 2009, inauguration à partir de 18 heures**

La Clinique Chirurgicale Bel-Air, appartenant au Groupe Bordeaux Nord Aquitaine, présentera sa nouvelle acquisition technologique, le robot DA VINCI Intuitive, le jeudi 30 avril 2009, de 14 h à 20 h, en présence du Docteur Guy Paul Guichard, Président fondateur du groupe, du Docteur Pierre GUICHARD, membre du Conseil d'Administration et de Monsieur Yves NOËL, Directeur Général qui auront l'honneur d'accueillir Madame BOURRAGUÉ, Députée de la Gironde, et Monsieur LOTHAIRE, Maire adjoint de Bordeaux-Caudéran.

La chirurgie robotique a ouvert une nouvelle ère et s'est progressivement étendue à plusieurs spécialités chirurgicales (gynécologie, digestif, O.R.L.), avec une utilisation plus importante en urologie. Disposant de cette technologie de pointe depuis février 2009 et après le temps de formation nécessaire, la Clinique Chirurgicale Bel-Air avait déjà, fin mars, 20 cas traités au travers de l'assistance robotique, soit une intervention tous les deux jours. Fin avril, compte tenu de ce démarrage remarquable, la Clinique pourrait atteindre de 30 à 40 interventions par mois, 80% urologiques et 20% gynécologiques et digestives.

Le robot Intuitive chirurgical « Da Vinci », composé d'une console et de 4 bras intégrés (3 avec instruments, 1 avec caméra), offre plusieurs avantages, tant pour le patient que pour le chirurgien, qui peuvent être synthétisés comme suit :

- **Miniaturisation des instruments** permettant la dissection, l'ablation et la reconstruction de structures situées dans des zones peu accessibles lors d'un abord conventionnel, avec une précision microscopique ;
- **Vue détaillée et tridimensionnelle** du champ opératoire avec possibilité d'agrandissement (jusqu'à 20 fois) et de retransmission entrant dans le cadre de la télé-médecine ;
- **Amélioration de la dextérité** grâce à la spécificité des instruments chirurgicaux qui sont extrêmement précis et d'une plus grande mobilité autorisant des mouvements dans l'espace jusqu'alors irréalisables. Munis d'articulations, ils sont capables de se mouvoir dans le corps à la manière de la main du chirurgien reproduisant ainsi ses mouvements avec plus de précision et supprimant tout tremblement.
- **Envers le patient : diminution de l'agression chirurgicale, limitation des complications, durée d'hospitalisation et de réadaptation plus courte, récupération et reprise du travail plus rapide.**

En investissant dans le robot Intuitive Da Vinci, le Groupe Bordeaux Nord Aquitaine montre son engagement dans les technologies d'avenir. Actuellement, il y a 23 robots installés en France, dont la grande majorité en CHU. Le robot installé à la Clinique Chirurgicale Bel-Air est le mille cent onzième mondial.

Informations pratiques :

**Présentation du robot DA VINCI
Jeudi 30 avril 2009, de 14 h à 20 h**

Clinique Chirurgicale Bel-Air
138 avenue de la République – 33073 Bordeaux Cedex
(Prendre le bus, ligne 16, 13, 50, arrêt Bel-Air)
www.bordeauxnord.com

Contact CCBA : Corinne Gasqueton : c.gasqueton@bordeauxnord.com – 06 80 75 89 81

Contact GBNA : Yves NOËL : y.noel@bordeauxnord.com – 05 56 43 73 38

Contact ACCRÖ : Mathilde Meynard : mathilde.meynard@accro.fr – 05 33 20 02 89

PRÉAMBULE

En santé comme ailleurs, pour prendre en compte les attentes des patients et pour préparer le soin de demain, il faut savoir investir.

Le premier des investissements est humain avec la formation des professionnels. Son corollaire est matériel avec des décisions stratégiques : Choisirons-nous l'imagerie, la chirurgie ou l'obstétrique ? Choisirons-nous des travaux d'extension ou de reconstruction ; au contraire, en situation troublée, stopperons-nous tout investissement pour « voir venir » ?

Notre politique a toujours été de prendre le risque de l'entrepreneur, c'est-à-dire le choix de l'investissement dans le progrès, dans la modernité, le pari sur l'avenir.

Lorsque le projet d'acquisition de ce robot chirurgical est arrivé devant le Conseil d'Administration du groupe, la toute première question a porté sur l'intérêt du patient, la seconde sur la motivation des équipes chirurgicales, la troisième sur notre capacité de financement d'une telle opération. Ces trois feux étant verts, la décision d'acquisition a été prise en novembre 2008 avec un début d'activité effective en mars de cette année.

Le démarrage en flèche de l'activité montre jusqu'à présent que ce choix est cohérent.

Monsieur Yves Noël
Directeur Général du Groupe Bordeaux Nord Aquitaine

L'ASSISTANCE ROBOTIQUE DU CHIRURGIEN

Si aux U.S.A., le traitement du cancer de la prostate par prostatectomie radicale est réalisé avec l'aide du robot dans plus de 60 % des cas, il n'en est pas de même en France.

L'Hexagone ne compte en effet que 23 robots contre 1111 installés dans le monde. Le coût élevé du robot ne permet pas encore la diffusion de la robotique.

La Clinique Chirurgicale Bel-Air bénéficie de la dernière génération de robot Da Vinci produit par la société Intuitive Surgical. Il s'agit du modèle à 4 bras, vision 3D.

Présentation du système « Da Vinci » d'Intuitive Surgical.

Le système est composé de trois éléments : l'unité opératoire, la console de commande et la colonne technique.

- *L'unité opératoire* est constituée d'un axe central, fixé sur un plateau roulant que l'on place au pied du patient et qui porte les quatre bras du système robotique : un bras central qui supporte l'optique et trois bras opérateurs sur lesquels sont placés différents types d'instruments (crochets à dissection mono polaire, pince bipolaire, pince d'exposition, ciseau, porte aiguille, etc.).
- La *console de commande* est à distance de l'unité opératoire (dans la même salle d'intervention). L'opérateur en situation assise place ses yeux sur le système binoculaire et « plonge » dans la cavité opératoire avec une vision en 3D. Il mobilise les instruments opérateurs et dirige l'optique par un geste combiné des commandes manuelles (joysticks) et des pédales aux pieds.
- La *colonne technique* comporte un écran moniteur à son étage supérieur, et sur les étages inférieurs le nécessaire à la cœlioscopie et la centrale informatique du système robotique. Elle est placée sur le côté gauche du patient, orientée face à l'assistance opérateur qui est assis à la droite du patient.

Installation du système « Da Vinci »

- *Préparation du robot* : habillage des bras du robot par des housses stériles, fixation des plaques porteuses des instruments à l'extrémité des bras. Avec un protocole standardisé et une bonne habitude de la procédure par l'équipe de salle, cette étape ne demande pas plus de 20 minutes.
- *Adaptation du robot sur le patient* : cette étape débute par la mise en place des trocars : un de 12 mm pour l'optique, en situation sous ombilicale, trois de 8 mm, pour les bras opérateurs au niveau des fosses iliaques (une du côté droit, deux du côté gauche), et deux trocars additionnels de cœlioscopie (5 mm), de part et d'autre du bras opérateur droit, pour le passage des instruments de l'assistant. Une fois les trocars mis en place, le robot est approché du patient, et les extrémités des bras fixés sur les trocars.

Cette étape demande 20 minutes supplémentaires. Il faut donc envisager environ 40 minutes entre l'entrée du patient en salle, et le véritable début de l'intervention par le chirurgien à la console.

- *L'équipe opératoire se limite à deux personnes* : le chirurgien et son assistant(e). Celui-ci, assis à la droite du patient, manipule deux instruments par ces trocarts de cœlioscopie (système aspirateur et pince d'exposition) et surveille le fonctionnement des bras du robot, pour prévenir les risques de conflit et adapter au mieux les positionnements en fonction des spécificités du patient. L'intervention utilise donc six trocarts, soit un de plus que la procédure de laparoscopie classique.

Apport : valeur ajoutée du système robotique

Le protocole opératoire décrit n'a pas été modifié pour être adapté au système robotique. Il est strictement le même que celui mis au point en chirurgie cœlioscopique, en essayant d'en améliorer la réalisation des temps difficiles grâce à l'apport technique de la robotique. Celui-ci se situe à deux niveaux :

- *Qualité de la vision opératoire* :

Il s'agit du facteur d'amélioration le plus évident par rapport à la laparoscopie conventionnelle lorsqu'on découvre le système robotique. La vision est d'une définition exceptionnelle, très lumineuse, avec une échelle de couleurs très complète, et surtout une restitution du champ opératoire en trois dimensions, qui redonne une notion de profondeur de champs perdue en laparoscopie.

Cette vision amène de fait une amélioration de la dissection opératoire (précision du repérage des structures, choix des plans de dissection, possibilité de correction en cas d'erreur de plans...). La chirurgie cœlioscopique avait déjà permis une avancée dans ce domaine, en amenant la « chirurgie des plans anatomiques ». La chirurgie robotique apporte un niveau de définition anatomique supplémentaire et donc un niveau de précision et de sécurité opératoire supérieur.

Enfin, la vision opératoire robotique est plus reposante pour le chirurgien, qui ne souffre plus de l'effet « brillance » du moniteur, très fatiguant en chirurgie cœlioscopique, et de l'absorption de la lumière et de la dégradation de la couleur rouge en cas de saignement.

- *Effcience du geste opératoire* :

La deuxième révolution du système robotique est apportée par la qualité du geste opératoire qu'il permet. Les instruments, initialement rudimentaires, et maintenant de plus en plus sophistiqués, sont dotés de six degrés de liberté, et autorisent des gestes sans aucune limite d'orientation ou d'axe de rotation.

En effet, la dissection aux ciseaux peut, par exemple, faire intervenir de façon simultanée un axe en obliquité, une orientation en flexion et un mouvement de rotation. Cette disparition des limites « physiques » des gestes opératoires est d'une importance majeure pour les étapes de dissection difficiles de la prostatectomie : dissection de l'urètre cervical, dissection postérieure et latérale des lames, dissection latérale de l'apex... Elle améliore la qualité et la précision des sutures en simplifiant leur réalisation dans les conditions d'accès difficiles.

Pourquoi la chirurgie robotisée serait-elle meilleure que la chirurgie classique ou toute autre forme de traitement ?

Tout d'abord, seule la chirurgie permet de savoir exactement la nature et l'étendue de la tumeur puisque la prostate une fois enlevée sera analysée dans sa totalité ainsi que les ganglions. Le stade pathologique sera donc déterminé de façon précise.

Le PSA, 6 semaines après la prostatectomie, devra être à 0,0 et le rester par la suite. Dans cette situation, le PSA est incontestable et parfaitement fiable. En cas de dépassement de la capsule à l'analyse de la prostate, et de persistance de PSA ou de sa réapparition (>0,2) une radiothérapie de complément à doses plus faibles, peut apporter une deuxième chance de guérison.

Si on revient sur le principe de découpage de la prostate, la technique robotisée permet une meilleure vision (en 3 dimensions) et une meilleure précision (pas de tremblement, articulation du bout des instruments sur six axes avec réduction du mouvement, et disparition de l'effet de bras de

levier qu'on peut avoir avec un instrument classique introduit dans la cavité abdominale). Ceci sans oublier la position confortable et ergonomique du chirurgien assis à la console, manipulant ses instruments de façon totalement ambidextre et dans l'axe de sa caméra 3D.

C'est pourquoi la prostatectomie effectuée avec le robot Da Vinci est en voie de devenir la technique chirurgicale de référence. À l'heure actuelle, près de la moitié des 70'000 prostatectomies radicales effectuées aux Etats-Unis chaque année est réalisée à l'aide du robot Da Vinci !

Traitement à l'aide du robot : les principaux avantages

La laparoscopie robotisée est une technique dite « mini-invasive » qui permet, grâce à l'emploi d'un télémanipulateur avec une vision en trois dimensions, de recréer les conditions d'une intervention classique, mais en étant assis à une console à distance du malade. Les améliorations apportées par la technologie du robot sont multiples. Les principaux avantages concernent tant le patient que le chirurgien.

Pour le patient

- Sécurité accrue
- Précision de dissection
- Petites incisions
- Avantages combinés de la chirurgie mini-invasive :
 - diminution du saignement
 - diminution des infections
 - diminution de la douleur
- Hospitalisation et convalescence raccourcies

Pour le chirurgien

- Vision exceptionnelle en 3D
- Facilité d'accès à des sites opératoires difficiles
- Position ergonomique
- Précision des gestes par :
 - diminution du saignement
 - réduction des mouvements
 - rotation des instruments sur 6 axes

Les coûts : une approche pragmatique

La méthode développée utilise une technologie de pointe qui est par nature très coûteuse.

L'investissement pour un robot neuf coûte entre 1,2 et 1,6 millions d'euros hors taxes, sa maintenance à partir de la deuxième année coûte 120 000 euros par an. Les coûts de fonctionnement pour une intervention sont compris entre 1 200 et 1 500 euros selon l'organe concerné.

Ces surcoûts majeurs ne sont pas pour le moment pris en compte par l'Assurance Maladie. On peut imaginer que sa priorité actuelle porte sur la réduction du déficit et n'est pas susceptible, à court terme, de nous destiner une oreille attentive.

Aussi, et pour ne pas se priver de cette avancée majeure, la clinique absorbe une partie des surcoûts (amortissement et maintenance) et demande au chirurgien une participation sous forme de redevance pour utilisation d'un matériel spécifique.

Le développement de la robotisation chirurgicale est aujourd'hui freiné par cette obligation économique ; gageons que cette implantation, ajoutée aux 22 autres réalisées en France, contribuera à faire évoluer positivement cette situation.

LE CANCER DE LA PROSTATE

À quoi sert la prostate ?

La prostate est une glande située à la sortie de la vessie sur l'urètre. L'urètre est la canal qui prolonge la sortie de la vessie et s'étend jusqu'à l'extrémité du pénis. Il permet l'évacuation de l'urine et traverse donc la prostate. Autrement dit, la prostate entoure l'origine de l'urètre comme un manchon.

Anatomiquement, la prostate se situe juste en avant du rectum, si bien qu'au cours d'un toucher rectal, le médecin peut en apprécier le volume et la consistance.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme ; c'est la contraction de la prostate qui permet l'éjaculation.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée « testostérone ».

Qu'est-ce qu'un cancer de la prostate ?

Un cancer de la prostate correspond au développement de cellules cancéreuses dans la prostate. Le plus souvent, ces cellules se développent essentiellement dans la zone périphérique de la prostate, un peu moins dans la zone centrale.

- *Est-ce un cancer fréquent ?*

Aujourd'hui, en France, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme : plus de 40 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Il représente 25 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins. Le rôle du médecin est d'établir le diagnostic de cancer, mais aussi d'estimer si le cancer diagnostiqué présente un risque pour la santé du patient et s'il est vraiment nécessaire de le traiter, ce qui n'est pas toujours le cas.

- *Quelles sont les causes du cancer de la prostate ?*

Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer de la prostate ne sont actuellement pas connues. Néanmoins, certains facteurs de risque ont été découverts et semblent favoriser un cancer de la prostate.

Quels sont les facteurs de risque du cancer de la prostate ?

Les facteurs de risque qui semblent contribuer au développement du cancer de la prostate sont l'âge, les antécédents familiaux, les facteurs liés à l'origine ethnique et géographique, les conditions de vie.

- *L'âge*

L'âge est le facteur de risque le plus important. Comme la majorité des maladies cardio-vasculaires et la plupart des cancers, le risque d'avoir un cancer de la prostate augmente avec l'âge. Un cancer de la prostate est exceptionnel avant l'âge de 50 ans.

- *Les antécédents familiaux*

On distingue différentes formes de cancer de la prostate. Il arrive qu'un ou plusieurs membres d'une famille développent un cancer de la prostate. On parle alors de formes génétiques. Ces cancers sont dus à une anomalie d'un ou plusieurs gènes qui prédispose à développer la maladie. Les hommes ayant ces antécédents familiaux ont alors un risque plus grand que les autres de développer un

cancer. Ils peuvent également développer un cancer de la prostate plus tôt que la moyenne. Même si ces formes génétiques de cancer de la prostate sont assez rares, il est important de signaler au médecin les antécédents de cancer de la prostate dans la famille, aussi bien du côté paternel que du côté maternel. Un dépistage précoce (dosage du PSA et toucher rectal annuels) à partir de 40 ans peut alors être proposé. C'est pourquoi, il est important d'informer les membres de sa famille lors d'un cancer de la prostate.

Le plus souvent, aucun facteur génétique n'est mis en évidence. Dans ce cas, on parle de forme sporadique. C'est la forme la plus fréquente du cancer de la prostate.

Les recherches en cours sur la génétique en cancérologie (appelée « oncogénétique ») devraient permettre d'en savoir plus sur les facteurs familiaux du cancer de la prostate.

- *Les facteurs liés à l'origine ethnique et géographique*

Des études scientifiques américaines ont montré que le risque de développer un cancer de la prostate pourrait varier en fonction de l'origine ethnique et géographique des différents groupes de la population américaine. En France, l'origine antillaise ou africaine apparaît comme un facteur de risque de cancer de la prostate. N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour obtenir des informations plus détaillées en fonction de votre situation.

- *Les conditions de vie*

À ce jour, aucun résultat certain n'existe pour permettre de donner des conseils précis aux patients. À la différence de l'âge ou du risque familial, l'influence de facteurs environnementaux reste mal établie.

Les tumeurs bénignes de la prostate

La prostate, comme tout organe, peut être le siège d'un développement tumoral. Ces tumeurs ne sont pas forcément malignes. La plus fréquente est une tumeur bénigne, *l'adénome*, qui correspond à une augmentation de la taille du centre de la prostate (les médecins parlent aussi d'« hypertrophie bénigne de la prostate »). L'adénome de la prostate est très fréquent.

Après l'âge de 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints. Il peut être décelé par le médecin lors d'un toucher rectal.

L'adénome peut entraîner des troubles urinaires, surtout lorsqu'il est volumineux. Les troubles sont facilement expliqués par les notions anatomiques exposées plus haut. Comme la prostate entoure l'urètre, une tumeur prostatique peut le comprimer, gênant l'évacuation de l'urine qui se fait plus difficilement (jet de moindre puissance) et incomplètement (résidu post-mictionnel).

Tardivement, une rétention chronique d'urines peut altérer le fonctionnement des reins et aboutir à une insuffisance rénale. La présence d'une tumeur prostatique provoque également des envies plus fréquentes (besoin de se lever une ou plusieurs fois la nuit), ou de fausses envies d'uriner, tant la nuit que le jour.

Le traitement de l'adénome prostatique peut dans un premier temps relever d'un simple traitement médicamenteux, mais le recours à la chirurgie peut être nécessaire au bout d'un certain temps. Le fait d'avoir été opéré d'un adénome de la prostate ne met pas à l'abri de la survenue d'un cancer.

Symptômes pathologiques non spécifiques

Le cancer de la prostate, bien qu'étant le cancer le plus fréquent chez l'homme, est beaucoup plus rare que l'adénome de la prostate. Le plus souvent, le cancer de la prostate n'occasionne pas de troubles urinaires. En effet, le cancer se développe plutôt en périphérie de la prostate et ne comprime pas l'urètre.

Cependant, il peut arriver que le cancer occasionne des troubles, en particulier à un stade avancé.

Les troubles liés au cancer sont alors semblables à ceux que provoque l'adénome :

- fréquence anormale des besoins d'uriner, surtout la nuit ;
- difficulté à émettre les urines : temps d'attente, jet faible, évacuation incomplète ;
- blocage complet (rétention aiguë d'urine) ;
- douleurs en urinant.

Le cancer de la prostate peut aussi se manifester par des douleurs osseuses, révélatrices de métastases. Le cancer de la prostate, après un certain temps d'évolution, va en effet s'étendre à distance (métastases), surtout dans les os et les ganglions abdominaux, parfois dans le cerveau, les poumons, le foie. La progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fonction des caractéristiques tumorales).

Le diagnostic de cancer de la prostate peut aussi se faire de façon fortuite, au cours d'un bilan de santé par exemple, alors même qu'il n'existe aucun symptôme clinique.

De nombreux cas de cancer de la prostate survenant chez les personnes âgées sont des données d'autopsie, c'est-à-dire que le cancer était cliniquement muet et que le patient est décédé d'une autre cause.

Enfin, il faut savoir que le cancer de la prostate évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. C'est la raison pour laquelle le dépistage de ce cancer n'est pas recommandé après l'âge de 75 ans, l'espérance de vie à cet âge étant inférieure à 10 ans.

Le dépistage

Compte tenu de la fréquence du cancer de la prostate et de sa gravité potentielle, la question de son dépistage par un dosage sanguin du PSA total (Prostatic Specific Antigen) dans la population générale suscite un vif intérêt. En effet, il n'existe pas, pour l'instant, de démonstration formelle qu'un dépistage systématique permette de diminuer la mortalité liée au cancer de la prostate.

L'opportunité d'un dépistage organisé a fait l'objet de nombreuses évaluations. L'ensemble des agences d'évaluation en santé qui se sont prononcées sur le thème, en France comme à l'étranger, a conclu que le dosage du PSA dans un cadre de dépistage systématique. Par contre, l'Association Française d'Urologie et l'American Urological Association, sur la base d'un consensus d'experts, recommandent un dépistage individuel annuel entre 50 et 75 ans.

Le diagnostic

Le premier moyen de diagnostic du cancer de la prostate est l'examen clinique. Celui-ci repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal; cet examen permet d'apprécier le volume de la glande et sa consistance.

Le dosage sanguin du PSA est le deuxième élément fondamental du diagnostic. La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le taux de PSA se situe en dessous de 4 nanogrammes par ml (ng/ml). Ce taux peut être influencé par l'activité sexuelle ; il est donc recommandé d'observer une abstinence de 48 heures avant le dosage.

Un taux élevé de marqueur tumoral ne signe pas automatiquement un cancer de la prostate ; il peut en effet augmenter dans diverses affections prostatiques (adénome prostatique, prostatite).

Un taux élevé de PSA ou sa progression rapide sont des éléments qui font suspecter un cancer de la prostate. Inversement, un taux normal de PSA ne permet pas d'exclure l'existence d'un cancer de la prostate.

Si le dosage du PSA ne permet pas seul de faire un diagnostic, il peut servir pendant le traitement de témoin de l'efficacité de celui-ci. Après le traitement, une rechute du cancer peut être détectée précocement par la remontée du taux de PSA.

Des biopsies de la prostate seront indispensables pour lever un doute secondaire à l'examen clinique et au dosage du PSA. Les biopsies consiste à prélever de petits fragments du tissu prostatique pour les examiner au microscope (examen histologique réalisé par un médecin anatomopathologiste). Ce prélèvement se fait à l'aide d'une aiguille spéciale, par voie rectale et sous anesthésie locale en ambulatoire. Les biopsies permettront d'affirmer le diagnostic de cancer et de fournir des informations pronostiques sur l'agressivité des cellules (grade du cancer exprimé par le score de gravité dit « de Gleason »). En cas de résultat négatif, un nouveau test (le PCA3), non invasif, réalisé sur des urines recueillies après massage de la prostate, peut être proposé. Il permettra d'évaluer la probabilité de détection d'un cancer de la prostate et aidera le médecin à poser l'indication d'une nouvelle série de biopsies.

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

Il dépend du stade d'extension, du taux initial de PSA, du score de Gleason, du volume de la prostate et de l'âge du patient.

Chaque dossier fera l'objet d'une présentation en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours de laquelle une proposition thérapeutique sera élaborée (« programme personnalisé de soins ») en fonction de référentiels validés et actualisés.

Le traitement des formes localisées à faible risque

Plusieurs options peuvent être envisagées et discutées avec le patient :

- *La chirurgie*

Il s'agit de la prostatectomie radicale (ablation de la prostate), intervention réalisée sous anesthésie générale ou péridurale. Les inconvénients de cette intervention sont un risque de fuites urinaires, souvent transitoires durant quelques semaines (7 à 25 % des cas) et surtout d'impuissance, très fréquente (40 à 80 % des cas). Cette impuissance est due en partie à une lésion des nerfs érecteurs durant l'intervention.

- *La radiothérapie*

Deux options sont possibles :

1. La radiothérapie externe conformationnelle (le champ d'irradiation est focalisé, de façon à réduire l'irradiation des tissus sains avoisinants et donc les effets secondaires). Son inconvénient est le risque de rectite (inflammation chronique du rectum, qui survient dans moins de 10 % des cas) et d'impuissance, un peu retardée (2 à 3 ans).
2. La radiothérapie interne ou curiethérapie (implantation de grains radioactifs dans la prostate). Proposée dans des cas particuliers, ses résultats sont similaires à ceux de la chirurgie et de la radiothérapie externe. Ses principales complications sont la cystite (31 % des cas), la rectite (11 % des cas) et l'impuissance (20 % des cas).

- *Le traitement par ultrasons*

Il s'agit d'un traitement effectué sous anesthésie générale utilisant des ultrasons focalisés de haute fréquence (HIFU) délivrés au niveau de la prostate grâce à une sonde introduite dans le rectum sous échographie. L'énergie ainsi transmise aux tissus provoque une nécrose de coagulation à 85°. Cette technique est utilisée chez les patients de plus de 75 ans avec un pronostic de vie évalué à plus de 8 ans et ayant un cancer localisé et peu agressif.

- *L'abstention thérapeutique*

Elle peut être envisagée dans certains cas particuliers, à condition d'une surveillance étroite et régulière durant plusieurs années.

Il n'existe pas d'argument formel de supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Le patient doit avoir une espérance de vie d'au moins 10 ans pour pouvoir tirer bénéfice d'un tel traitement. Lorsque l'espérance de vie est réduite, une simple surveillance clinique et biologique, ou un traitement médical, est proposé.

Dans ces formes localisées à faible risque, le pronostic est bon, avec une survie globale à 10 ans supérieure à 85 % et une bonne qualité de vie.

Le traitement des formes localisées à haut risque ou localement avancées

Il consiste en une radiothérapie associée à un traitement hormonal pendant 3 ans ou, dans certains cas, en une prostatectomie totale.

Le traitement des formes non localisées

Lorsqu'il y a des métastases, le cancer ne peut être guéri. Le traitement vise alors à réduire le risque de complications et de décès lié au cancer. L'évolution est souvent lente et les traitements palliatifs permettent une vie quasi-normale pendant plusieurs années.

Les traitements utilisés pour les formes localisées (prostatectomie radicale ou radiothérapie externe) n'ont plus d'indications ici. Ces cancers relèvent alors d'un traitement hormonal.

Le cancer de la prostate est hormono-dépendant : son évolution est sous l'influence de la testostérone. Le traitement des formes non localisées repose donc sur la suppression de la sécrétion de la testostérone par les testicules. Il peut s'agir d'une « castration chirurgicale » (ablation chirurgicale de la partie centrale des testicules, ou pulpectomie), ou d'une « castration médicale » (administration de substances dites « agonistes de la LH-RH », associées ou non à un anti-androgène). Le cancer va ainsi pouvoir être freiné pendant plusieurs années.

Quand le cancer non localisé de la prostate échappe au traitement hormonal, une chimiothérapie peut être envisagée.

Cas particuliers

- En cas de métastases osseuses, des médicaments agissant sur la fabrication de l'os (diphosphonates) apportent souvent un soulagement de la douleur et permettent une réduction du risque de fractures.
- Des troubles urinaires importants liés à un envahissement de l'urètre par le cancer peuvent conduire à une résection de la prostate par les voies naturelles.