Infos patients – Chirurgie Urologique

Infos patients chirurgie urologique

- Prendre rendez-vous
- L'équipe
- Informations patients
- Vidéo d'information
- Admission en ligne
- Votre hospitalisation
- Enseignement & publications

Les spécialistes du département ont rédigé des fiches d'information dans le but de vous éclairer sur votre pathologie ou les techniques utilisées pour le traitement de celle-ci.

Ces fiches complètent l'information orale reçue en consultation.

Dépistage et Diagnostic

Le cancer de prostate est le cancer le plus fréquent en France : 15% de l'ensemble des cancers et près de 30% des cancers de l'homme.

Il n’existe pas de traitement préventif avéré du cancer de prostate

Si le dépistage systématique « de masse » n’est pas préconisé, un dépistage individuel est conseillé chez les patients âgés de 50 ans (voire 40 ans si facteurs de risque : antécédent familial, ethnie) à 75 ans. Il consiste en la réalisation d’un toucher rectal et, surtout, d’un dosage de PSA. La valeur du PSA doit toujours être interprétée en fonction de l’âge, du volume prostatique, d’un contexte inflammatoire ou infectieux et de sa cinétique. L’échographie, peu spécifique si isolée, peut toutefois permettre de détecter des zones hypo-echogènes douteuses. En cas de doute, la réalisation d’une IRM de prostate est aujourd’hui recommandée, afin, soit d’éviter des biopsies inutiles, soit de cibler les biopsies (en plus des biopsies de cartographie globale) à la recherche de lésions cancéreuses.

Surveillance active

Un certain nombre de cancers de prostate localisés peuvent être diagnostiqués à un stade très précoce (faible volume tumoral et faible agressivité) relevant alors potentiellement d’une simple surveillance. Celle-ci est toutefois appelée « surveillance active » car elle implique des contrôles réguliers (PSA, IRM, Biopsies)

Options et choix de traitement

Selon le stade et les caractéristiques (biopsies, imagerie) de la maladie, l’âge, les pathologies associées et les souhaits du patient, de multiples traitements peuvent être proposés :

- chirurgie (prostatectomie radicale assistée par robot)
- curiethérapie : implantation, sous anesthésie générale, de grains d’iode radioactifs dans la prostate
- traitement par hyperthermie (ultrasons) ou hypothermie (cryothérapie) voire electroporation (IRE)
- radiothérapie externe, éventuellement stéréotaxique

- hormonothérapie (continue ou intermittente) ou chimiothérapie

Le choix est établi après discussions et échanges entre le médecin et le patient, pour offrir le traitement le plus adapté.

Surveillance post traitement

Quel que soit le traitement choisi, l'équipe du département assure un suivi régulier et complet, tant sur le plan du cancer que sur le plan de l'aide à la récupération fonctionnelle (urinaire et sexuelle)L'hypertrophie bénigne de prostate, aussi appelée adénome de prostate, est une augmentation physiologique du volume de la glande prostatique. Survenant avec l'âge, elle peut, par réduction progressive du calibre de l'urètre qu'elle entoure, entraîner des troubles mictionnels tels que la réduction du débit et l'apparition de mictions fréquentes (pollakiurie) le jour et/ou la nuit (envies impérieuses liées aux contractions augmentées de la vessie, « luttant » contre l'obstacle prostatique, pour éliminer l'urine et donc se vider).

L'interrogatoire du patient (appréciation par le patient de sa propre gêne et son retentissement au quotidien) reste l'élément clé dans l'indication thérapeutique. L'échographie des voies urinaires est également souvent indispensable, notamment par l'évaluation de la qualité de la vidange vésicale (résidu post mictionnel, idéalement nul)

Traitements médicamenteux

Parallèlement aux conseils diététiques (réduction des boissons diurétiques, bien vider sa vessie avant d'aller se coucher, etc…), les médicaments sont indiqués en 1ère intention pour des troubles modérés. Ce sont soit des extraits de plante, soit, surtout, des alphabloquants (classe thérapeutique principale), voire des inhibiteurs de la 5 alpha-réductase.
Le choix dépendra de la nature et la sévérité des symptômes

ainsi que de l’âge du patient.

Traitements chirurgicaux par voie endoscopique (voie naturelle)

Ils représentent l’essentiel des traitements chirurgicaux, qui sont indiqués en cas de gêne non améliorée par les médicaments ou à des stades de complications (rétention ou infection urinaire récidivante, calculs vésicaux,…).

Le traitement par énucléation de l’adénome au Laser Holmium (HOLEP) en est le plus innovant fer de lance. Il permet de traiter presque tous les volumes d’adénome par les voies naturelles avec une technologie de pointe qui réduit le saignement et simplifie souvent les suites opératoires. Il permet également de fragmenter et éliminer d’éventuels calculs de la vessie

L’utilisation de l’énergie bipolaire (résection ou énucléation) peut également être proposée selon les cas.

Traitement chirurgical par voie abdominale (ouverte ou coelioscopique)

Pour les très gros volumes d’adénome, la chirurgie par voie abdominale, le plus souvent par voie ouverte (« adénomectomie par voie haute ») reste privilégiée et très efficace.

Épidémiologie

L’incidence (nombre de nouveaux cas/an) en France est de 12 000.
Les principaux facteurs de risque sont, d’abord, le tabagisme (facteur majeur), et dans une moindre mesure, l’exposition aux amines aromatiques (colorants des peintures, teintures,…)

Diagnostic

Symptômes

L’hématurie macroscopique terminale (sang visible dans les

urines en fin de miction) est le signe clinique le plus fréquent. Des signes d'irritation vésicale (impériosités,…) sont présents dans 5 à 20% des cas.

Endoscopie-imagerie

La cystoscopie (endoscopie sous anesthésie locale en consultation) est un examen clé, associée à l'échographie. Un scanner de l'appareil urinaire (uroscanner) peut être indiqué pour évaluer l'ensemble de l'appareil urinaire.

Résection trans-uretrale de vessie (RTUV) = geste diagnostique et thérapeutique

La résection des lésions (RTUV), sous anesthésie générale ou loco-régionale, est indispensable afin d'enlever le (ou les) « polype(s)» visible(s) qui seront ensuite confier à l'anatomopathologiste pour examen au microscope. Celui-ci est essentiel car il déterminera la profondeur d'implantation du polype dans la paroi de la vessie, clé du traitement ultérieur et du pronostic.

En effet, la question est : le polype atteint –il, ou non, la couche profonde, musculaire, de la paroi vésicale ?

Traitement

Si le muscle vésical prélevé est indemne de toute tumeur, un traitement « conservateur » est la règle.
Il faut ici toutefois distinguer les tumeurs superficielles et les tumeurs intermédiaires (atteignant le chorion, couche intermédiaire entre la superficie et le muscle, tumeurs plus agressives).

Ces tumeurs superficielles ou intermédiaires « non infiltrantes » (n'infiltrant pas le muscle profond), ayant un potentiel élevé de récidives, une surveillance régulière (cystoscopie, cytologie, échographie) est essentielle, et un traitement réduisant le risque de récidives peut être indiqué

(instillations intra-vésicales hebdomadaires, en consultation, de mitomycine ou de BCG)

Si le muscle est atteint (tumeur infiltrante), un traitement plus lourd est requis (après bilan par scanner thoraco-adomino-pelvien)

La chirurgie d'ablation de la vessie, cystectomie totale (+ reconstruction d'une nouvelle vessie ou dérivation externe) est le traitement de référence.

A l'institut Montsouris, cette chirurgie, complexe et lourde, est effectuée à l'aide du Robot, améliorant ainsi le geste et les suites opératoires

En cas de refus par le patient ou si celui-ci est inopérable (selon l'âge, les pathologies associées), un traitement associant une radiothérapie et une chimiothérapie est proposée mais avec des résultats moins satisfaisants.

Un suivi régulier à long terme est requis dans tous les casLes masses rénales comprennent schématiquement 3 sous-groupes :

- les kystes du rein
- les tumeurs bénignes
- les tumeurs malignes ou cancers

Kystes du rein

Les kystes sont des structures liquidiennes pouvant contenir des éléments plus solides les rendant alors plus suspects et donc à surveiller.

Un kyste simple, à contenu purement liquidien, justifie une simple surveillance et ne relève d'un traitement chirurgical (ablation du kyste) qu'en cas de symptômes.

Un kyste à contenu partiellement remanié (paroi épaisse, cloisons intra kystiques,…) relève d'une surveillance d'imagerie plus régulière voire d'un traitement chirurgical

(néphrectomie partielle) s’il a les caractéristiques d’un cancer kystique (critères définis par l’imagerie selon la classification de Bosniak)

Dans tous les cas l’imagerie (scanner ou IRM) est déterminante

Tumeurs bénignes

Il en existe 2 principales : l’oncytome et l’angiomyolipome

Oncocytome

C’est une tumeur de diagnostic différentiel très difficile en imagerie avec un cancer du rein. Son diagnostic peut être fait sur une biopsie pré-opératoire ou sur la pièce de néphrectomie

Angiomyolipome

C’est une tumeur à triple contenu : vasculaire, musculaire et surtout graisseux. Sa découverte en imagerie contre-indique la biopsie (risque hémorragique du fait de sa composante vasculaire). Elle ne relève de la chirurgie (néphrectomie partielle) que lorsqu’elle présente un risque hémorragique significatif, souvent corrélé au volume (à partir de 5 cm)

Tumeurs malignes du rein

L’incidence (nombre de nouveaux cas /an) en France est d’environ 10 000.

Les principaux facteurs de risque sont : l’âge, le tabagisme et l’obésité.

Le diagnostic des cancers du rein est aujourd’hui le plus souvent fortuit (lors d’un bilan d’imagerie abdominale) sans symptômes d’appel. Lorsqu’ils existent, ces derniers (hématurie, douleur et/ou masse palpable lombaire) témoignent d’une tumeur souvent évoluée.

Le diagnostic repose là encore sur l’imagerie (Scanner).

Le traitement repose sur la chirurgie : le plus souvent nephrectomie partielle (pour les tumeurs de moins de 4 cm voire 7cm selon les cas) voire une nephrectomie totale (dite élargie, pour les tumeurs plus volumineuse sou placées au contact des vaisseaux du rein)

A l'institut Montsouris, la chirurgie partielle (conservatrice) est réalisée à l'aide du robot et la chirurgie totale en coelioscopie.
Seuls de très rares cas de tumeurs très volumineuses sne peuvent être opérées en chirurgie mini-invasive et relèvent d'une chirurgie ouverte classique.