



I-Propulse

L'Infirmierie Protestante de Lyon en mouvement

INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON - Clinique Médico-Chirurgicale

FOCUS

Dès le 8 décembre,
da Vinci® Xi™
nous ouvre les bras :

Lumière sur les 1^{res}
chirurgies robotisées



da Vinci® Xi™
Système chirurgical robotisé
dernière génération

Questions Pratiques

Cancer de la prostate (Cap) :
un dépistage au cas par cas

Parole d'expert

Traiter l'incontinence
urinaire

Dossier

Cancer du rein :
De la concertation
pluridisciplinaire au
traitement sur-mesure



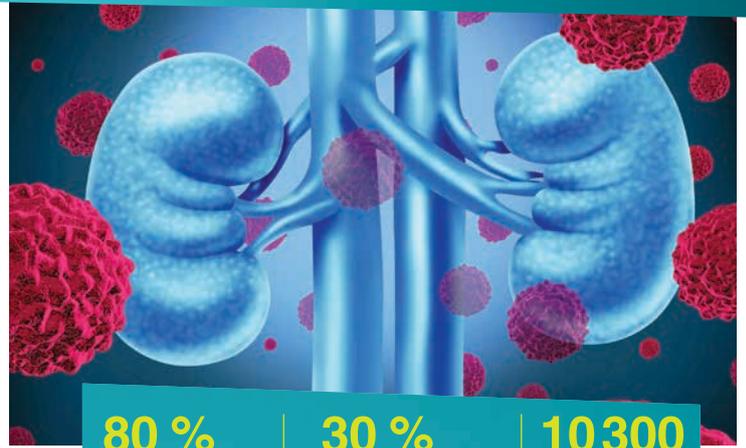
Cancer du rein :

De la concertation pluridisciplinaire au traitement sur-mesure

Si les tumeurs rénales sont aujourd'hui souvent décelées fortuitement à un stade infra-clinique, lors d'un examen d'imagerie réalisé pour une autre raison, leur découverte de plus en plus précoce a permis une évolution majeure de leurs modalités de traitement : préservation de la portion non tumorale, protection de la fonction rénale, survie sans risque accru de récurrence.

Des lésions de natures différentes

La découverte d'une tumeur du rein constitue souvent une source d'angoisse chez le patient : est-ce un cancer ? Doit-on nécessairement opérer ? Quelles sont les implications d'une intervention ?



80 %
des tumeurs
sont malignes

30 %
des tumeurs de
moins de 2 cm
sont bénignes

10300
cas/an
en France

Il est donc nécessaire de préciser la nature exacte et la topographie de la lésion, ses rapports avec les structures vasculaires et les cavités urinaires, car la plupart des tumeurs de petite taille et à distance du hile rénal sont accessibles à un traitement conservateur, c'est-à-dire préservant le parenchyme sain.

En cas de doute sur la nature précise de la lésion, il est possible de réaliser une biopsie sous scanner ou échographie, pour analyse anatomopathologique :

- une tumeur bénigne évolue et grossit sans envahir les structures adjacentes ; elle nécessite un traitement en cas de symptômes gênants pour le patient ou de complication comme le saignement.
- une tumeur maligne envahit progressivement les structures adjacentes avec un risque de progression ganglionnaire voire métastatique. Elle nécessite un traitement le plus précoce possible.

Questions Pratiques

Cancer de la prostate (Cap) : un dépistage au cas par cas

Souvent sporadique, parfois héréditaire (25 % des cas), le Cap est particulièrement répandu chez l'homme de plus de 50 ans, avec au moins 70 000 cas et 8 000 décès par an en France. Asymptomatique au stade localisé, ce cancer est curable lorsqu'il est dépisté à un stade précoce.

Cap sur le dépistage individuel

De nombreuses controverses concernant l'utilité d'un « dépistage systématique » du Cap alimentent les débats depuis 5 ans, sans jamais établir de vérité unique. Deux grandes études multicentriques européenne (ERSPC) et américaine (PLCO) menées à ce sujet en 2009, n'ont pas permis d'y répondre complètement.

La recommandation actuelle de la HAS et de l'INCA préconise un « dépistage individuel » s'adressant aux « hommes

de plus de 50 ans sans polyopathie » ainsi qu'aux hommes à risque (antécédents familiaux ou origines afro-antillaise).

La nécessité d'un dépistage précoce

C'est pourquoi aujourd'hui le dépistage par dosage du PSA et toucher rectal doit être proposé annuellement et au cas par cas par

le médecin traitant après information claire sur l'intérêt d'une telle démarche. En fonction du contexte, l'urologue pourra proposer la réalisation de biopsies prostatiques pour affirmer ou infirmer le diagnostic de Cap.



Gare au sur-traitement

Le diagnostic de formes peu agressives à faible risque évolutif pose la question de la prise en charge thérapeutique. L'IRM prostatique et la répétition des biopsies de la prostate permettent de diagnostiquer ces formes, c'est pourquoi il est désormais recommandé de ne pas traiter mais d'inclure dans des protocoles dits « de surveillance active », permettant d'éviter tout traitement ou de les retarder le plus longtemps possible.





Des traitements sur-mesure

Chaque dossier fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les équipes de radiologie, d'oncologie et d'urologie, afin d'élaborer pour chaque cas, la meilleure stratégie possible.

Traitement N° 1 : la chirurgie

Son objectif curatif et son évolution constante valent à la chirurgie sa position de « traitement de référence ». La chirurgie mini invasive (coelioscopie et maintenant coelioscopie robot assistée), permet notamment une récupération plus rapide du patient opéré et assure l'exérèse de la lésion, son analyse anatomopathologique et l'évaluation des marges chirurgicales afin de s'assurer d'un traitement complet. L'arrivée du robot chirurgical *da Vinci® Xi™* à l'Infirmierie Protestante, va permettre par un système de « fluorescence » de visualiser la vascularisation du parenchyme rénal et ainsi limiter au maximum la souffrance par ischémie du rein sain en ne supprimant que la vascularisation destinée à la tumeur.

Facteurs risque :
tabac, obésité, hypertension, exposition à certains toxiques industriels

Traitement N° 2 : les techniques non chirurgicales

Réalisées en partenariat avec l'équipe de Radiologie, elles consistent en une destruction de la tumeur par congélation (Cryothérapie) ou par échauffement (Radiofréquence). Guidées par scanner ou contrôle échographie en temps réel, elles sont privilégiées chez les patients âgés et fragiles car elles n'impactent que très peu leur fonction rénale et permettent un bon contrôle de lésion. Cependant, elles ne permettent pas l'évaluation précise des marges du traitement et ne sont donc pas à privilégier chez des patients jeunes et en bon état général.

Traitement N° 3 : la surveillance

La surveillance périodique de lésion rénale est aussi une approche raisonnable chez les patients fragiles, présentant une petite lésion à faible potentiel évolutif.

Une vigilance accrue

Post-traitement : surveillance scanographique semestrielle les deux premières années puis tous les ans. Collaboration essentielle médecin traitant/urologue pour garantir au patient un suivi complet.

Dans les cas de cancer du rein évolués sur le plan métastatique : prise en charge oncologique (validée en RCP) en partenariat avec le Centre Léon Bérard (apport de molécules antiangiogéniques).

La collaboration étroite entre les différentes équipes, l'évolution des techniques et la rapidité de prise en charge sont déterminantes pour assurer à la fois le résultat carcinologique et le confort de vie du patient.



Pour flasher les QR codes, téléchargez l'application gratuite **i-nigma** sur le store de votre smartphone.

Parole d'expert

Traiter l'incontinence urinaire

Qu'est-ce que l'incontinence urinaire ?

L'incontinence urinaire est une affection fréquente qui peut être handicapante. On différencie plusieurs types d'incontinence touchant les deux sexes.

Quels en sont les symptômes ?

À l'effort : perte d'urine chez la femme lors d'efforts physiques quotidiens (toux, marche ou course, rapports sexuels). Chez l'homme, elle peut se déclarer après une chirurgie d'un cancer de la prostate.

D'urgence (urgentes) : des envies soudaines et impérieuses d'uriner et d'importantes pertes d'urine.

Comment soigne-t-on l'incontinence urinaire ?

Il convient de définir une stratégie thérapeutique adaptée (médicaments ou chirurgie). La bandelette sous-

urétrale est, depuis 18 ans, la technique référence dans le traitement de l'incontinence féminine à l'effort. En cas de contre-indication (antécédents chirurgicaux) on préférera les ballons ACT à placer à côté du col vésical. Chez l'homme, les fuites importantes sont corrigées par un sphincter artificiel. Pour des fuites plus modérées (moins de 50 ml/24h) les bandelettes sous urétrales masculines sont recommandées. Après avoir éliminé les causes organiques dont les tumeurs de vessie, on traite les instabilités vésicales idiopathiques comme les urgenturies, par des médicaments anticholinergiques.

...définir une stratégie thérapeutique adaptée...

Existe-t-il d'autres traitements thérapeutiques ?

Deux essentiellement : la neuro-modulation des racines sacrées qui équivaut à un « pace maker » de vessie (autonomie de 5 à 7 ans) et les injections de toxine botulique dans le muscle vésical par cystoscopie. Plus connu pour son utilisation en cosmétique, le BOTOX® a obtenu l'AMM durant l'été 2014 pour cette utilisation.

En bref

Octobre sera rose en signe de solidarité et d'espoir

Comme chaque année, l'Infirmierie Protestante participe à l'opération Octobre Rose dédiée à la lutte contre le cancer du sein. L'occasion de sensibiliser les femmes sur le rôle primordial du dépistage précoce et de récolter des dons dans le but de faire progresser la recherche.

La dermato fait peau neuve

Les nouveaux locaux du 1^{er} étage de l'Infirmierie Protestante acquièrent une nouvelle salle dédiée à la dermatologie. L'accueil, les consultations et la prise en charge des patients seront désormais traités dans les meilleures conditions possibles.

Dès le 8 décembre, *da Vinci® Xi™* nous ouvre les bras : Lumière sur les 1^{res} chirurgies robotisées

Le 30 octobre 2014, le système chirurgical robotisé dernière génération *da Vinci® Xi™*, rejoindra le bloc opératoire de l'Infirmierie Protestante. Développée depuis plus de 15 ans aux États-Unis et dans certains pays d'Europe, la chirurgie assistée par robotique s'impose désormais en France pour certaines interventions chirurgicales délicates.



Petite merveille de la robotique, *da Vinci® Xi™* est un véritable outil chirurgical équipé d'un système de commande déporté du patient. Le chirurgien travaille sur une console opératoire lui permettant d'articuler les bras du robot et de gérer leurs mouvements sur le corps du patient grâce à des instruments chirurgicaux spécifiques et une caméra endoscopique.

L'ergonomie chirurgicale parfaite, la vision en 3 dimensions, la précision des mini-instruments et les techniques innovantes comme l'imagerie en fluorescence (à l'instar d'un GPS de voiture) permettent de conduire des gestes d'une grande complexité en restant dans un acte mini-invasif (par l'intermédiaire de - relativement - petites incisions). Cette procédure étant moins traumatisante pour l'organisme, les durées de séjour à la clinique s'en trouvent réduites*.

Différentes disciplines sont particulièrement intéressées par cette technologie de pointe comme l'urologie pour la chirurgie de la prostate avec préservation des nerfs de l'érection, ou la néphrectomie partielle en cas de petite tumeur du rein.

La chirurgie digestive est également intéressée autorisant des procédures chez les patients obèses habituellement difficiles ou non réalisables en coelioscopie traditionnelle. Certains organes comme le pancréas deviennent accessibles à la chirurgie mini invasive. La gynécologie, l'ORL, la chirurgie thoracique, la chirurgie cardiaque ou vasculaire profiteront de cette technologie.

Une machine d'entraînement *da Vinci® Xi™* est également une aide précieuse à la formation des chirurgiens, qu'ils soient jeunes ou expérimentés, grâce aux simulateurs permettant de répéter les gestes chirurgicaux avant intervention réelle. Certaines machines sont équipées d'une double console comme un « robot-école ». C'est un gage de standardisation des procédures et d'harmonisation de la qualité du geste opératoire.

Il convient de préciser que tous les actes chirurgicaux et surtout tous les patients ne nécessitent pas l'utilisation du robot, d'autant que la procédure est onéreuse. C'est le chirurgien

qui évalue la meilleure voie pour son patient. Il faut se souvenir que le robot est un outil chirurgical aussi efficace que performant, mais il ne se substitue en aucun cas à la réflexion chirurgicale - *Faut-il opérer ou non? Quelle intervention?* - et n'influence ni l'éthique, ni le comportement médical.

Nous sommes en tout cas très heureux d'accueillir *da Vinci® Xi™* sur le site de l'IP, véritable renfort de notre déjà très performant plateau technique chirurgical (laser, lithotritie extracorporelle, radiofréquence).

* Plus d'infos sur www.atih.sante.fr

L'agenda

Novembre 2014 - 108^e Congrès Français d'urologie

Comme chaque année se tiendra le Congrès Français d'Urologie organisé par l'Association Française d'Urologie. Sa 108^e édition aura lieu au Palais des Congrès de Paris, du 19 au 22 novembre 2014.

Décembre 2014 - Illumination technologique à l'IP !

Si la semaine du 8 décembre nous rappelle d'abord la Fête des Lumières, elle est également synonyme d'avancées technologiques pour l'Infirmierie Protestante. C'est à cette période qu'auront lieu les premières interventions chirurgicales robotisées via le système innovant *da Vinci® Xi™*.

Direction de la publication :
Thierry Degoul

Conception-rédaction : Actitudes
Participation : Dr Gilles Polo,
Dr Emmanuel Vian, Dr Arnaud Manel,
Dr Abdellah Aouifi
Sylvie Haga, Caroline Armand

**Un outil garant
de la qualité
opératoire**

