

La chirurgie urologique... et après ?

Dr Annabelle Stainier
Service d'Urologie
Cliniques universitaires Saint Luc,
Université catholique de Louvain,
Bruxelles, Belgique



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Quelques exemples urologiques...

- La cure chirurgicale d'incontinence urinaire
- Le cancer de la prostate / le cancer de la vessie
- Hypertrophie bénigne de la prostate



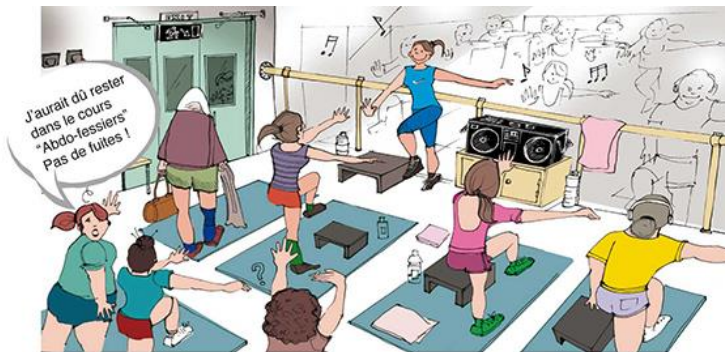
Incontinence urinaire :

Mise en place bandelette sous-urétrale



La cure chirurgicale d'incontinence urinaire par mise en place d'une bandelette sous-urétrale

- Pathologie fréquente mais bénigne
=> ne pas aggraver la situation !
- Anamnèse et examen clinique !!!
- Ne traite que l'incontinence d'effort



Incontinence urinaire d'effort

- Mise en place d'une bandelette sous-urétrale
- Risque si :
 - Instabilité vésicale pré-existante
⇒ Aggravation instabilité



Incontinence urinaire d'effort

- Mise en place d'une bandelette sous-urétrale
- **Risque si :**
 - Accouchement par voie basse après TOT-TVT
⇒ Risque de lésion urétrale
 - Indication « discutable »
⇒ Risque de complication acceptable SSI bonne indication



Quelles sont les bonnes indications de mise en place TOT/TVT-O ?

Incontinence invalidante

Incontinence urinaire d'effort pure *

Echec de la kinésithérapie périnéale

* < 8x/j; max 1x/nuit



Cure d'incontinence urinaire d'effort

Malgré une indication bien posée, risque de complication :

- ✧ Rétention urinaire nécessitant
 - ✧ Sondage intermittent
 - ✧ Ré-intervention (descendre ou sectionner la bandelette)



Si infections récidivantes post bandelette sous-urétrale, penser à vérifier la vidange vésicale !!!



Cure d'incontinence urinaire d'effort

Malgré une indication bien posée, risque de complication :

- ✧ Erosion bandelette sous-urétrale
 - ✧ Importance de la préparation (oestrogènes locaux si atrophie)
 - ✧ Oestrogènes locaux
 - ✧ Parfois nécessaire de retirer la bandelette



Cure d'incontinence urinaire d'effort... et après ?

- Docteur, Je me permets de vous demander votre avis par rapport a un examen que l'expertise (n' étant toujours pas terminée, comme vous vous en doutiez certainement) m'impose , il s'agit d'un EMG du Pelvis , je voulais être certaine avant d'accepter que cet examen n'entraîne aucun problème supplémentaire (...). Voilà 3 ans maintenant que j'ai eu ce traitement parce que je perdais occasionnellement une goutte de pipi quand je courais et maintenant, je ne peux même plus marcher sans avoir mal. Je suis très reconnaissante pour ce que vous avez fait pour moi et pour votre écoute et au niveau urologique, la situation s'est bien améliorée. Par contre pour les douleurs au niveau du bas ventre et jambe cela ne s'est guère amélioré. Au niveau professionnel je n'ai malheureusement pas pu reprendre mon travail d'infirmière indépendante cependant j'ai eu une offre en or du cabinet médical dans mon village qui regroupe 3 médecins et je travaille pour eux en tant que secrétaire (...)



Quels sont les « vrais » problèmes ?

- ✓ Manque d'information ...
- ✓ Indication de l'intervention ?
- ✓ Gestion des complications
 - ✓ Commence par l'écoute du patient et de ses plaintes
 - ✓ Accepter les échecs/complications de la chirurgie



Cancer de la prostate

Cancer de la vessie



Cancer de prostate, cancer de vessie...

Après la chirurgie ?

Cancer de la prostate :

Prostatectomie radicale

Radiothérapie

Cancer de vessie :

Résections endoscopiques

Cystectomie



Cancer de la prostate

Probabilités :

1/8 belge aura un diagnostic de cancer de la prostate au cours de sa vie

1/27 en mourra...

- Qu'en est-il des 26/27 qui n'en mourront pas ?
- Quand et qui traiter ?
 - Nous ne parlerons pas des indications pathologiques
 - Parlons plutôt des candidats (anatomopathologiques) au traitement



Cancer de la prostate et cancer de vessie

Candidats anatomo-pathologiques au traitement... Et après ?

- ✓ Evaluation du risque/bénéfice
- ✓ Evaluation des complications et de leur prise en charge après le traitement



Malnutrition

Comorbidités

Niveau de dépendance

Risque de mourir du cancer

Risque de mourir/souffrir de complications ou comorbidités



Malnutrition

Comorbidités

Niveau de dépendance

Risques liés au
traitement

Risques liés à la
progression de la
maladie



Cancer de la prostate

Ne pas se fier aux

« dans MA série... »

Les chirurgiens qui ont publié leurs résultats ne sont pas plus mauvais que les autres...

« avec le robot... »

La littérature ne montre aucun bénéfice avec en termes de complications...



Cancer de la prostate

Il est très facile de faire accepter la chirurgie quand on vient d'annoncer un diagnostic de cancer

Quand les patients ont un cancer, ils acceptent toutes les complications liées au traitement pour faire disparaître ce cancer...

Et après ? Une fois le cancer parti, les complications restent...



Cancer de la prostate : Et après ?

Acceptation des complications ?

Complications immédiates

Complications à moyen/long terme



Cancer de la prostate :

Complications immédiates de la PRT

Incontinence : 30 %

La continence = pas de fuites, pas de protection !!!

Dysfonction sexuelle constante après PRT : 100%

Disparition de la prostate = disparition de l'éjaculation !

Dysfonction érectile quasi constante mais peut parfois être améliorée avec des IPDE5



Cancer de la prostate :

Complications différées de la PRT/RXthérapie



Incontinence :

Le patient traité de son cancer de la prostate **souffrira-t-il plus vite d'incontinence urinaire** en cas d'apparition de pathologies neurologiques ? Rhumatismales ? En cas d'instauration de certains médicaments (diurétiques, BZD, antidépresseurs... ?)



Cancer de la prostate :

Prendre en charge les complications

Incontinence urinaire post chirurgie :

Kinésithérapie périnéale

Male sling

Sphincter urinaire artificiel

Dysfonction érectile :

IPDE5

Injections intracaverneuses de substances vaso-actives

Prothèses péniennes



Cancer de la prostate :

Prendre en charge les complications

Incontinence urinaire post radiothérapie

- Souvent apparition progressive... parfois le patient n'ose pas s'en plaindre parce que ne met pas le problème en relation avec le tt
- !! Souvent instabilité vésicale !!
 - ⇒ Vérifier l'absence d'obstacle
 - ⇒ Traitement anticholinergique



Cancer de la prostate :

Prendre en charge les complications

Dysfonction érectile post radiothérapie:

- Souvent apparition progressive... parfois le patient n'ose pas s'en plaindre parce que ne met pas le problème en relation avec le tt
- Traitement :
 - IPDE5
 - Injections intracaverneuses de substances vaso-actives
 - Prothèses péniennes



Complications de la cystectomie

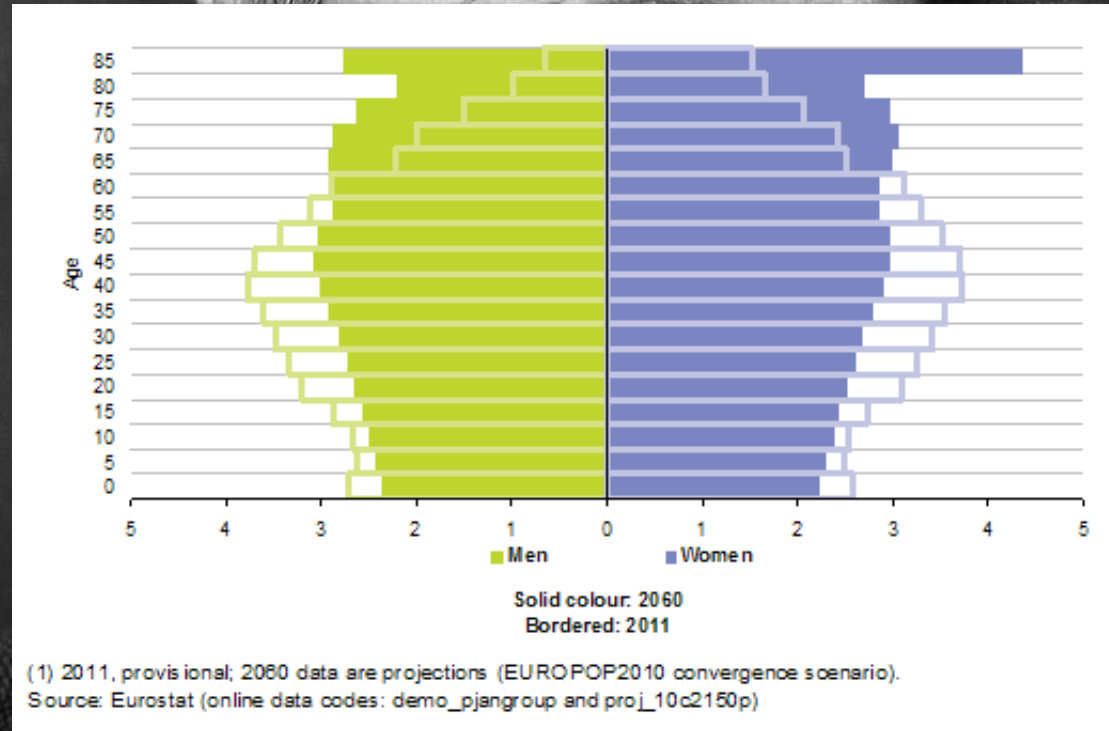
Complications immédiates : Hôpital

Complications différées :

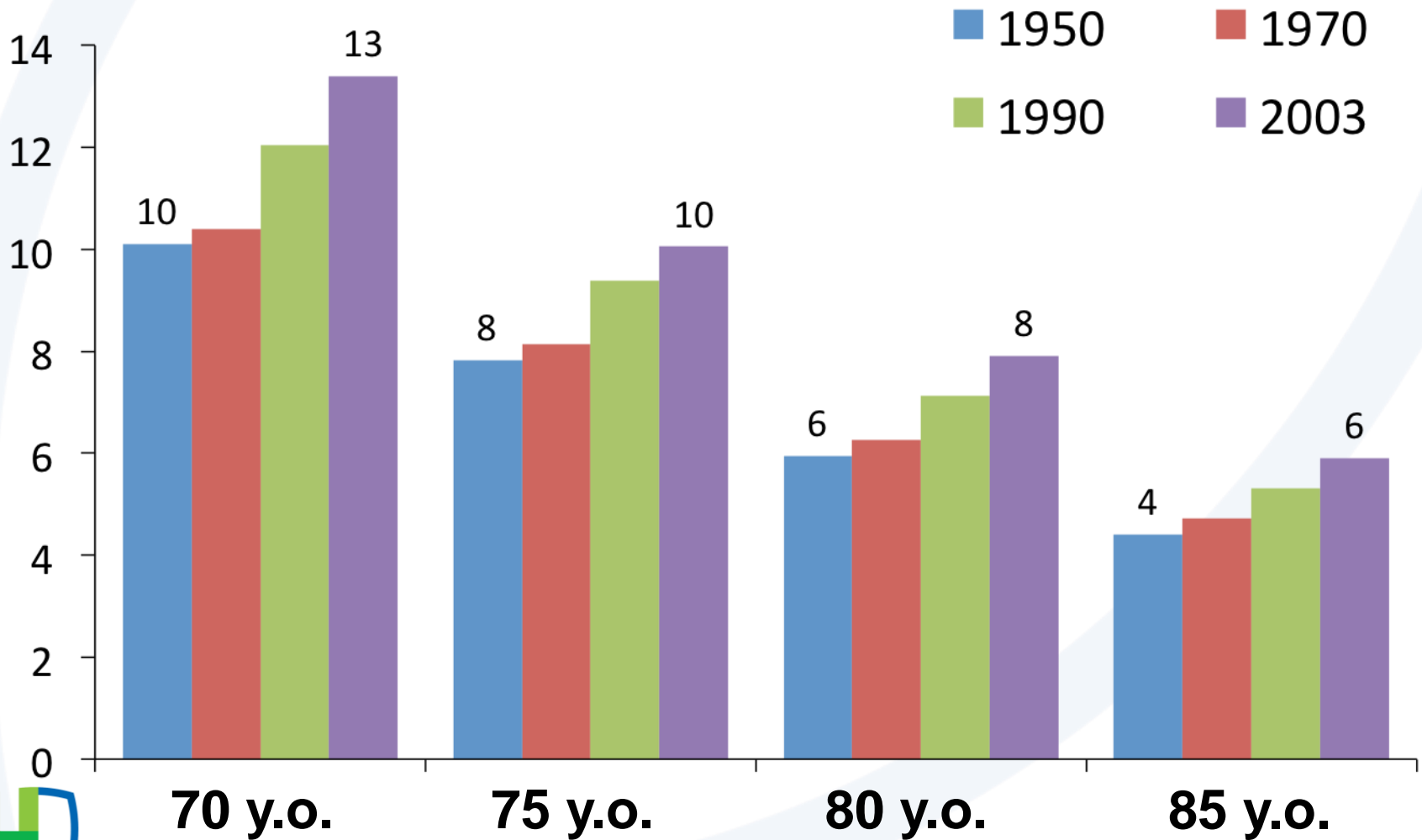
- Eventration parastomiale : n'envisager de traiter que si symptomatique
- Problèmes de stomie :
 - Rappel : il y a de très nombreux systèmes d'appareillage et les firmes vivent de cela
 - ⇒ Si pas de stomathérapeute, ne pas hésiter à contacter les firmes pour qu'elles viennent proposer leurs produits aux patients



What about elderly patients ?



Espérance de vie médiane augmente aux USA



A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.

Charlson ME et al. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

Comorbidités selon Charlson, les points et les scores

Points

1	MI, CCF, PVD, COPD, DM (without end-organ failure), cerebrovascular disease, dementia, ulcers, connective tissue disease, mild liver disease
2	Hemiplegia, moderate-severe CRF, DM (with end-stage disease), malignancy, leukaemia, lymphoma
3	Moderate-severe liver disease
4	Metastatic solid tumor, AIDS

[< Previous Article](#)

Volume 15, No. 9, e404–e414, August 2014

Access this article on [ScienceDirect](#)

Review

Management of prostate cancer in older patients: updated recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology

Prof Jean-Pierre Droz, MD , Matti Aapro, MD, Lodovico Balducci, MD, Helen Boyle, MD, Thomas Van den Broeck, MD, Paul Cathcart, FRCS, Louise Dickinson, MRCS, Eleni Efstathiou, MD, Mark Emberton, MD, John M Fitzpatrick, MCh[†], Axel Heidenreich, MD, Simon Hughes, FRCR, Steven Joniau, MD, Michael Kattan, PhD, Nicolas Mottet, MD, Stéphane Oudard, MD, Heather Payne, FRCR, Fred Saad, MD, Toru Sugihara, MD

[†] Prof Fitzpatrick died May 14, 2014

Article Options

- PDF (392 KB)
- Download Images(.ppt)
-
- Email Article
- Add to My Reading List
- Export Citation
- Create Citation Alert
- Cited by in Scopus (8)
-
- Request Permissions



Cumulative Illness Score Rating- for Geriatrics (CISR-G)

Heart	Total number of categories endorsed
Vascular	
Hematopoietic	Total Score
Respiratory	
Eyes, Ears, Nose, Throat & Larynx	
Upper GI	Severity index (total score / total number of categories endorsed)
Lower GI	
Liver	
Renal	
Genitourinary	Number of categories at level 3 severity
Musculoskeletal/Integument	
Neurological	Number of categories at level 4 severity
Endocrine/Metabolic & Breast	
Psychiatric Illness	

RATING STRATEGY: 0= no problem; 1= Current mild problem or past significant problem; 2= Moderate disability or morbidity/ requires "first line" therapy; 3= Severe/constant significant disability/uncontrollable chronic problems; 4= Extremely severe/immediate treatment required/end organ failure/severe impairment in function



EVALUATION OF DEPENDENCE STATUS IN SENIOR ADULTS

- ADL (index of independence in Activities of Daily Living) and IADL (simplified Instrumental Activities of Daily Living) scales can be used

IADL¹

1. Can you use the telephone?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely unable

2. Can you get to places out of walking distances?

[3] w/o help; [2] w/some help; [1] completely unable

3. Can you go shopping for groceries or food without help?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely

4. Can you prepare your own meals or use a microwave?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely

5. Can you do your own housework (use hammer, screwdriver, etc.)?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely

6. Can you do your own laundry or take it to cleaners?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely

7. Do you take your own medicine (or could you take it)?

[3] w/o help (in the right doses at the right time);

[2] w/ some help (take medicine if someone prepares it for you or reminds you to take it); [1] completely

[1] completely

8. Can you manage your own money and mail?

[3] w/o help; [2] w/ some help; [1] completely

One abnormality is significant

ADL²

1. Bathing: Independent (assistance only in bathing a single part (as back or disabled extremity) or bathes self completely)

Dependent (assistance in bathing more than one part of body; assistance in getting in or out of tub or does not bathe self)

2. Dressing: Independent (gets clothes from closets and drawers; puts on clothes, outer garments, braces; manages fasteners; act on tying shoes is excluded); Dependent (does not dress self or remains partly undressed)

3. Going to toilet: Independent (gets to toilet; gets on and off toilet; arranges clothes; cleans organs of excretion); Dependent (uses assistance in getting to

and out of bed independently and moves in and out of chair independently)

Dependent (assistance in moving in or out of bed and/or chair; does not perform one or more transfers)

5. Continence: Independent (urination and defecation entirely self-controlled); Dependent (partial or total incontinence in urination or defecation; partial or total control by enemas, catheters, or regulated use of urinals and/or pedpans)

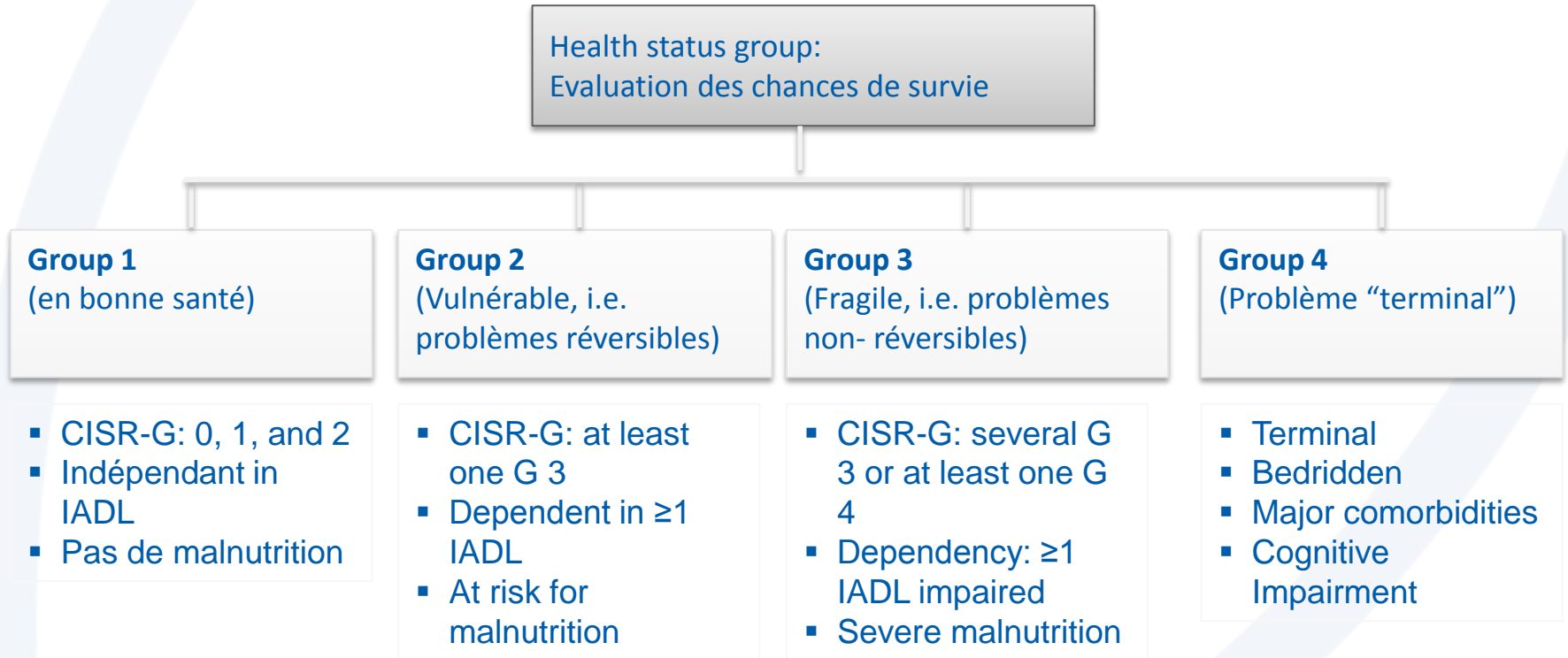
6. Feeding: Independent (gets food from plate or its equivalent into mouth) Dependent (assistance in act of feeding; does not eat at all or parenteral feeding)

¹IADL: simplified Instrumental Activities of Daily Living (Lawton, Gerontologist 1969, 9: 179)

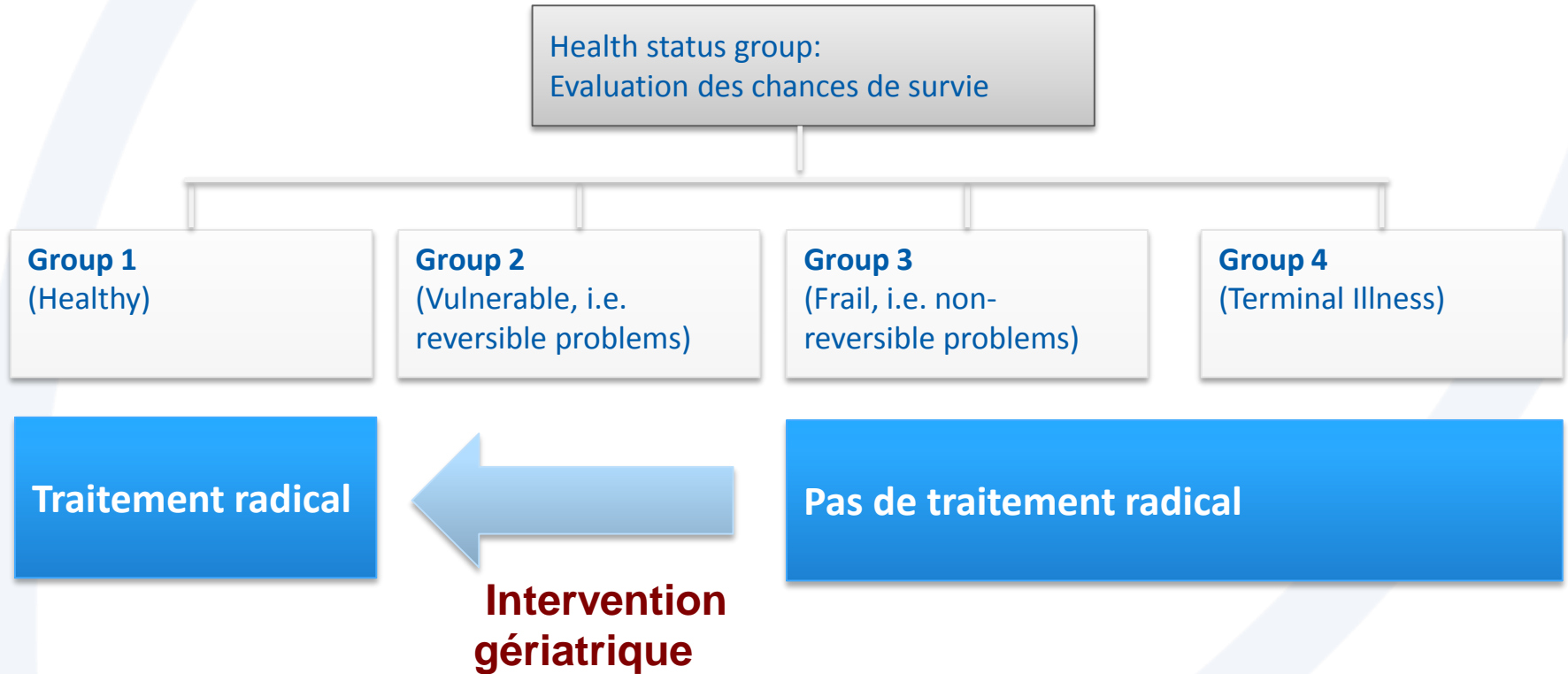
²ADL: index of independence in Activities of Daily Living (Katz, JAMA 1963, 185: 914)



Cancer de la prostate, stratégie proposée pour les patients âgés



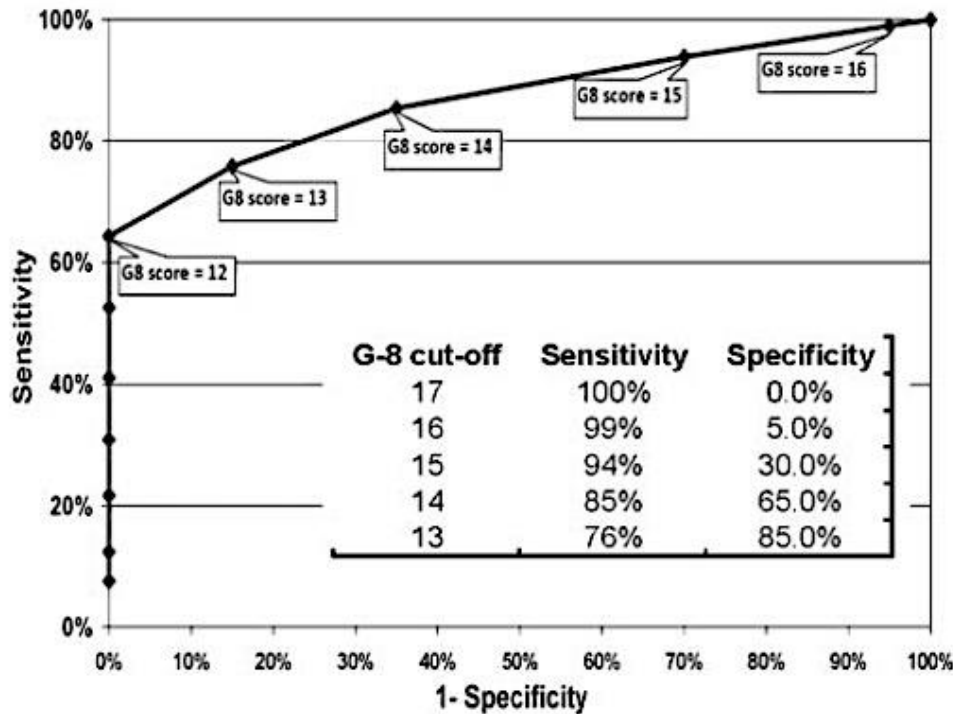
Prostate Cancer, stratégie proposée pour les personnes âgées



Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool

C. A. Bellera^{1,2*}, M. Rainfray^{3,4}, S. Mathoulin-Pélessier^{1,2,5}, C. Mertens^{4,6}, F. Delva¹, M. Fonck⁶ & P. L. Soubeyran⁶

¹Clinical Research and Clinical Epidemiology Unit, Institut Bergonié, Regional Comprehensive Cancer Centre, Bordeaux; ²INSERM CIC-EC7, ISPED, Bordeaux University, Bordeaux; ³SFR Public Health, Bordeaux University, Bordeaux; ⁴Department of Clinical Gerontology, Bordeaux University Hospital, Bordeaux; ⁵INSERM U897 - Epidemiology and Biostatistics, ISPED, Bordeaux University, Bordeaux; ⁶Department of Medical Oncology, Institut Bergonié, Regional Comprehensive Cancer Centre, Bordeaux, France



Receiver operating curve (sensitivity versus 1-specificity) for the G-8 screening tool against the reference exam consisting of seven comprehensive geriatric assessment questionnaires (at least one abnormal score versus none).



Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age :	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL SCORE =	0 - 17



Hypertrophie bénigne de la prostate



Hypertrophie bénigne de la prostate : Résection endoscopique

- Pathologie fréquente
- Anamnèse et examen clinique !!!
 - Dépister par l'anamnèse les instabilités vésicales évaluation des symptômes obstructifs (IPSS)
 - Dépister par l'anamnèse/ l'examen clinique, les éventuelles pathologies neurologiques
- Ne traite pas l'instabilité



IPSS

- ✦ 7 questions sur les difficultés mictionnelles + une question sur la qualité de vie :
 - Vidange vésicale complète
 - Fréquence des mictions
 - Mictions intermittentes
 - Mictions impérieuses
 - Jet faible
 - Effort pour uriner
 - Nycturie
- ✦ Chaque question se réfère au dernier mois et comporte un score de 1 à 5
- ✦ Total maximum 35
- ✦ Cotation :
 - Jamais 0
 - Environ 1 fois sur 5 1
 - Environ 1 fois sur 3 2
 - 1 fois sur 2 3
 - 2 fois sur 3 4
 - Presque toujours 5
- ✦ Le total des 7 items donnent le score international des symptômes prostatiques en termes de sévérité : Sévérité Score
 - 0 - 7 Peu symptomatique
 - 8 - 19 Modérément symptomatique
 - 20 - 35 Symptômes sévères

Hypertrophie bénigne de la prostate : résection endoscopique

- ✦ Toute manœuvre urologique endoscopique donne un risque de sténose de l'urètre !
- ✦ Si instabilité pré-existante ou maladie neurologique, risque d'incontinence par instabilité !



Hypertrophie bénigne de la prostate : résection endoscopique

- ✦ Si incontinence urinaire d'effort post résection, envisager de traiter comme incontinence post PRT :
 - Kinésithérapie périnéale
 - Male sling
 - Sphincter urinaire artificiel



En résumé,

- ✦ Si le patient connaît les risques, les complications possibles de la chirurgie, il les acceptera mieux
- ✦ Si l'indication est bonne, les risques, les complications seront mieux acceptés
- ✦ Ce n'est pas le patient qui pose l'indication

En résumé,

En chirurgie, il faut opérer

- ✦ le BON patient
- ✦ au BON moment
- ✦ de la BONNE opération

Et après ?

- ✦ **Ecouter** le patient !
- ✦ Essayer de **comprendre** pour pouvoir **expliquer**
- ✦ Trouver des **solutions...**

Merci pour votre
invitation

Merci pour votre
attention

