

Laurence Klotz

Rédacteur en chef, JAUC

Le JAUC souhaite la bienvenue aux membres à l'occasion du 62e congrès annuel de l'AUC. Dans ce deuxième numéro, nous sommes ravis de publier les résumés qui seront présentés au congrès. Notre journal continue sa lancée vers la réussite et nous avons confiance qu'il sera bientôt indexé et ce, rétroactivement au premier numéro. Nous encourageons vivement les présentateurs de résumés à ce congrès à proposer leurs manuscrits au JAUC à des fins de publication. Le JAUC est véritablement votre journal et son succès est lié à votre implication.

La prostatectomie par robot ne sera pas délogée de sitôt. Aujourd'hui, plus de 50% des prostatectomies radicales (PR) aux États-Unis sont effectuées ainsi. L'article du docteur Chin, et al¹, nous offre un aperçu de cette tendance. La technologie robotique représente un défi pour notre système canadien alors qu'elle s'est rapidement installée aux États-Unis avec plus de 350 robots.

Les avantages du robot da Vinci sont évidents : grossissement et vision binoculaire, au moins 6 degrés de liberté et fatigue réduite pour les chirurgiens qui peuvent s'asseoir pendant l'intervention. On pourrait donc croire que des résultats probants ne sauraient tarder.

Curieusement, lorsque l'on compare les données avec la chirurgie effractive, il n'existe pas de corrélation évidente avec une amélioration des résultats au niveau oncologique ou une réduction des effets secondaires malgré une diminution de la perte sanguine et un recours moins fréquent aux équipements de transfusion de la chirurgie robotique (par rapport à la chirurgie effractive et non à la chirurgie laparoscopique conventionnelle). De plus, la durée du séjour hospitalier, les besoins analgésiques, la période d'arrêt de travail et de convalescence sont sensiblement les mêmes. Cependant, des avantages seront nécessaires pour justifier le coût de l'approche robotique. Il est difficile de prouver l'amélioration des résultats étant donné la variation très importante des retours de PSA, la préservation de la fonction érectile et l'incontinence, même chez des chirurgiens qui ont un gros volume d'opérations. Il semblerait que ces variations s'expliquent davantage par le chirurgien lui-même que par les différentes techniques d'accès à la prostate.²

L'article par Chin, et al. viendrait étayer cette observation. Les résultats, quoiqu'acceptables, ne sont pas spectaculaires : un taux de marge positive de 30%, 10% des patients avec une incontinence modérée à l'effort et 20% avec une incontinence faible, un séjour hospitalier de 3,5 jours et une moyenne de 12 jours de port d'une sonde à demeure. On peut s'attendre à ce que ces résultats s'améliorent avec le temps, mais le taux de réussite des chirurgies traditionnelles représente l'étalon or et s'avèrera difficile à surpasser. Un autre volet qui entrave cette ruée vers la prostatectomie par robot est la relation volume-qualité des résultats. On obtient de meilleurs résultats lorsque le chirurgien effectue plus de 50 opérations dans son année. Compte tenu du coût du da Vinci et de la longueur de la courbe d'apprentissage³, il serait logique que la prostatectomie par robot s'effectue en grand volume par quelques chirurgiens et dans un nombre limité de centres d'expertise.

En essayant de maintenir la part du marché, chaque hôpital américain, grand ou petit, est motivé à acquérir cette technologie. Il n'en reste pas moins que 90% des urologues aux États-Unis qui effectuent des PR en font moins que 10 par année. De plus, après leur acquisition, ces unités semblent se doter de leur propre mandat : "Utilisez-moi", avec pour résultat le marketing inconvenant de la prostatectomie par robot comme procédure à effraction minimale sans morbidité. Balivernes. Accès minime ne veut pas dire à effraction minimale et le taux de morbidité disponible à ce jour est comparable à l'approche effractive.

Il est à souhaiter qu'au Canada nous fassions preuve de plus de maturité face à cet appareil coûteux. Quelques robots, disons entre 5 et 10, devraient être achetés par des centres canadiens reconnus, où un petit nombre de chirurgiens maintiendraient un grand volume d'interventions et acquerraient rapidement une expertise. La multiplication de ces robots au-delà de ces centres ne devrait se faire qu'après l'apparition de solides données relatives aux résultats oncologiques et à la qualité de vie.

References

1. Chin JL, Luke PP, Pautler SE. Initial experience with robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy in the Canadian health care system. *CUAJ* 2007;1(2):97-101.
2. Bianco FJ Jr, Riedel ER, Begg CB, et al. Variations among high volume surgeons in the rate of complications after radical prostatectomy: further evidence that technique matters. *J Urol* 2005;173:2099-103.
3. Zorn KC, Orvieto MA, Gong EM, et al. Robotic radical prostatectomy learning curve of a fellowship-trained laparoscopic surgeon. *J Endourol* 2007;21:441-7.