

RALP

(Prostatectomie Radicale Laparoscopique Robotisée)

Brochure d'information pour les patients



**Chez nous, le
patient est au
premier plan**

www.urologie-asz-aalst.be



ASZ
CAMPUS ALOST Service d'UROLOGIE
Merestraat 80
9300 Aalst
T +32 (0)53 76 49 93
F +32 (0)53 76 49 94
E URO02@asz.be
Site web: www.urologie-asz-aalst.be

CAMPUS GRAMMONT
Gasthuisstraat 4
9500 Geraardsbergen
T +32 (0)54 43 21 11
F +32 (0)54 43 21 12

CAMPUS WETTEREN
Wegvoeringstraat 73
9230 Wetteren
T +32 (0)9 368 82 68
F +32 (0)9 368 82 38
E urologie.wet@asz.be

Sommaire

1. Introduction	1
2. La prostate	1
3. Le cancer de la prostate	2
4. Le Diagnostic	3
5. L'intervention (Prostatectomie Radicale Laparoscopique Robotisée–RALP)	3
6. Préparation de l'opération	5
7. Le jour de l'intervention	6
8. Pendant l'intervention	7
9. Après l'intervention	7
9.1. Les plaies et les soins de plaies	7
9.2. La perfusion	7
9.3. La sonde vésicale	7
9.4. L'analgésie	8
9.5. Les selles	8
9.6. La prévention de la phlébite	8
9.7. L'exercice physique	9
9.8. Algemene richtlijnen voor thuis	9
10. Suites de l'opération à long terme	9
10.1. L'incontinence	9
10.2. Les troubles d'érection	10
11. Suivi de la maladie.	11
12. Un traitement de suivi est-il nécessaire?	11

RALP

(Prostatectomie Radicale Laparoscopique Robotisée)

Brochure d'information pour les patients

1. Introduction

Cette brochure d'information a été développée pour répondre à vos questions au sujet de la Prostatectomie Radicale Laparoscopique Robotisée (RALP, Robot Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy) en cas de cancer de la prostate.

Elle explique pourquoi ce traitement est indiqué pour vous, ses avantages et ses risques, et ce que vous pouvez attendre de ce traitement, mais aussi après l'intervention.

Cette brochure n'a nullement l'intention de vous inquiéter, mais de vous donner l'information suffisante pour pouvoir décider si vous désirez bénéficier ou non de cette intervention.

S'il vous reste des questions sans réponse dans cette brochure, vous pouvez vous adresser pour toute information complémentaire à votre urologue traitant ou à l'infirmier/l'infirmière de la prostate.

Le traitement RALP est largement appliqué depuis plusieurs années dans les pays limitrophes. Or, le nombre de centres belges effectuant l'intervention de façon régulière est encore limité.

Dès lors, la présente brochure d'information repose sur la littérature internationale et des directives:

- Les directives de la European Association of Urology (EAU)
- Les directives de la Société belge d'Urologie (SBU)/de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU)
- Les directives de la British Association of Urology (BAUS)
- Différentes publications internationales récentes

2. La prostate

La prostate est une glande située juste au-dessous de la vessie de l'homme. Sa forme est comparable à celle d'une noix, et elle pèse entre 20 et 200 g. L'urètre la traverse en ligne droite de la vessie vers le pénis.

La fonction de la prostate est la production du liquide prostatique, qui fait partie du sperme.

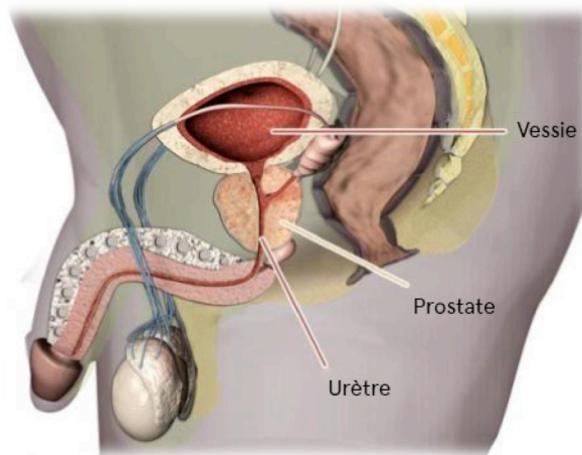
Il existe plusieurs affections de la prostate, allant de l'inflammation ou de l'infection banale, jusqu'à la dégénération du tissu prostatique avec le développement d'un cancer, en passant par l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Ces différentes affections s'accompagnent de symptômes très divers, variant de troubles mictionnels à des douleurs, un jet urinaire affaibli, une sensation de brûlure durant la

miction, etc.

Au stade initial, une tumeur de la prostate ne provoque guère ou pas de plaintes.

Or, c'est précisément dans cette phase asymptomatique que le cancer de la prostate est encore facilement curable. Ce n'est qu'à un stade ultérieur, surtout en cas de disséminations ou métastases, que les plaintes se manifestent de plus en plus nettement et qu'une guérison n'est plus toujours possible.



3. Le cancer de la prostate

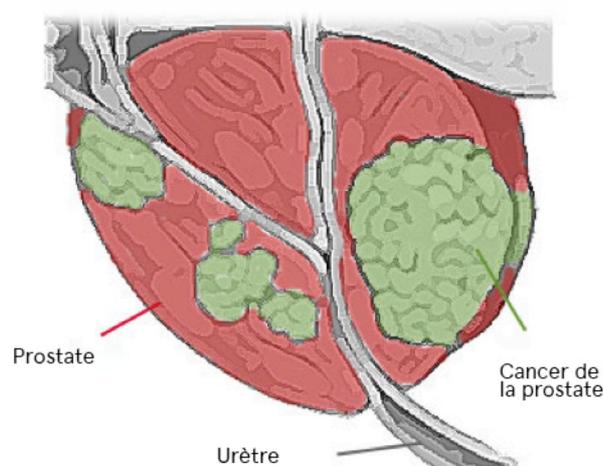
Le cancer ou tumeur maligne de la prostate est une maladie qui commence généralement au bord de la prostate, de sorte que l'affection ne provoque initialement guère de plaintes. En général, ce type de tumeurs se développe lentement, notamment en fonction du taux d'agressivité de la tumeur.

Le cancer de la prostate se déclare chez 30 hommes sur 100.000. Il est ainsi la tumeur maligne la plus fréquente chez l'homme.

Il existe de nombreuses méthodes de traitement du cancer de la prostate, allant du simple suivi (surveillance active) à l'irradiation interne ou externe, en passant par la chirurgie (prostatectomie robotisée).

Un type déterminé de traitement est choisi en fonction de l'âge du patient, du taux d'agressivité de la maladie et de quelques autres facteurs déterminants comme la localisation de la tumeur, la présence ou l'absence de métastases, etc.

La présente brochure expose les différents aspects de la **PROSTATECTOMIE RADICALE LAPAROSCOPIQUE ROBOTISEE ou RALP**.



4. Le Diagnostic

Généralement, le diagnostic a son origine dans un taux accru de PSA à l'examen de sang et / ou un examen rectal suspect. On effectue ensuite une échographie de la prostate avec prélèvement d'une biopsie.

De plus en plus fréquemment, la biopsie est précédée d'un scanner en imagerie par résonance magnétique (IRM) de la prostate.

Le diagnostic effectif du cancer de la prostate ainsi que la détermination du taux d'agressivité de la tumeur (score de Gleason) reposent sur un prélèvement tissulaire. Dans le cadre de la recherche de métastases, on effectue encore un scanner des cavités abdominale et pelvienne, ainsi qu'un scanner du squelette.

Une fois le diagnostic définitif posé, et une fois que l'imagerie est complète, chaque cas particulier est présenté à l'équipe tumorale lors d'une Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM). Sauf votre urologue traitant, y participent le coordinateur de la COM ainsi que les médecins des services d'oncologie, de radiologie, d'anatomopathologie, d'imagerie médicale et de médecine nucléaire (radio-isotopes).

S'il le désire, votre médecin généraliste peut également assister à la consultation.

Lors de cette réunion, toutes les données sont minutieusement vérifiées une nouvelle fois et les différentes possibilités de traitement sont évoquées sur base multidisciplinaire.

Les avantages et inconvénients ainsi que les complications éventuelles des différentes thérapies sont comparés après quoi un avis circonstancié est donné pour les options de traitement ultérieures.

5. L'intervention (Prostatectomie Radicale Laparoscopique Robotisée–RALP)

Dans votre cas, nous avons opté pour un enlèvement chirurgical de la tumeur prostatique. L'intervention peut s'effectuer via une opération classique avec une incision dans le bas-ventre ou via une opération laparoscopique, avec des incisions beaucoup plus petites, où le chirurgien utilise un robot chirurgical.

Dans notre centre, nous utilisons le système robot **da Vinci**®.



Lors d'une intervention chirurgicale assistée par robot ou robotisée, le chirurgien ne se trouve plus à la table d'opération, mais il dirige un robot à une station de travail (console) séparée, à l'aide de manettes, de pédales et de boutons.

Les opérations effectuées avec un tel **robot da Vinci**[®] ont certains avantages par rapport aux opérations classiques.

- Le robot permet d'utiliser des pincettes et de petits ciseaux beaucoup plus mobiles que les instruments de chirurgie classiques, de sorte que l'intervention se déroule avec une précision largement supérieure.
- Le robot élimine et filtre les tremblements des mains du chirurgien.
- Le chirurgien reçoit une image du champ opératoire en trois dimensions, avec une vision en profondeur, ce qui améliore encore la précision de l'intervention.
- La technique permet d'opérer à travers des incisions plus petites, avec moins de douleur pour le patient après l'intervention et un rétablissement plus rapide.



Lors de la prostatectomie radicale laparoscopique robotisée, on enlève l'ensemble de la prostate ainsi que les deux vésicules séminales et une partie des canaux déférents. L'urètre est ensuite soigneusement resuturé à la vessie avec un fil de suture très fin. C'est pourquoi vous aurez une sonde vésicale au cours des premiers jours après l'opération.

Si c'est techniquement possible et sans danger du point de vue oncologique, le chirurgien épargnera au cours de l'opération les nerfs de l'érection d'un ou des deux côtés de la prostate, dans le but d'un rétablissement optimal de la continence et de l'érection au cours de la phase postopératoire.

Cependant, l'épargne des nerfs érectiles n'est pas toujours possible, par exemple en cas d'adhérences importantes (imprévues) autour de la prostate et est même déconseillée dans certains cas de tumeurs trop importantes ou trop agressives, comportant un danger

d'extension dans ou même à travers la capsule prostatique. C'est pourquoi on décide parfois d'enlever un ou même les deux nerfs érectiles avec la prostate malade.

En fonction notamment des taux de PSA, du taux d'agressivité (score de Gleason) de la tumeur et des observations au scanner préopératoire, les ganglions lymphatiques pelviens sont parfois également enlevés chez certains patients.

6. Préparation de l'opération

La prostatectomie robotisée demande en routine la réalisation d'une **prise de sang** et d'un **électrocardiogramme (ECG)**.

Les deux examens sont parfaitement réalisables par les soins de votre médecin généraliste. Cependant, comme il s'agit d'une opération importante, et selon votre état général et vos antécédents médicaux, on planifie également une évaluation approfondie **cardiologique** (du cœur) et **pulmonaire** (des poumons).

Les rendez-vous à cet effet sont pris via la consultation en urologie.



Il vous sera également remis un **formulaire de consentement éclairé**, ainsi qu'un **questionnaire détaillé** pour l'anesthésiste, avec notamment les **médicaments** que vous prenez couramment à domicile.

N'oubliez pas de rapporter les deux documents complétés et signés lors de votre admission.

Si vous prenez des anticoagulants, ceux-ci doivent être interrompus en temps utile.

Les traitements par la Cardio-aspirine[®] ou Asaflow[®] s'arrêtent de préférence une huitaine de jours à l'avance. Dans certains cas, l'arrêt de leur prise est contre-indiqué, et l'urologue, le médecin généraliste et le cardiologue peuvent décider de concert de ne pas interrompre les anticoagulants de ce type lors de l'intervention.

Si vous prenez sur base régulière du clopidogrel (Plavix[®]), ce traitement doit être interrompu 10 jours avant l'admission. Il existe en effet un risque considérable d'hémorragie persistante après une chirurgie de la prostate. Le traitement peut être repris en toute sécurité une dizaine de jours après l'intervention.

Le traitement par Sintrom[®], Marevan[®], Marcoumar[®], Eliquis[®], Xarelto[®] et autres, doit être signalés suffisamment à l'avance, ce qui permet d'envisager son interruption ainsi qu'un traitement de substitution.

Le tout s'effectue bien entendu de concert avec votre médecin généraliste ou cardiologue traitant.



7. Le jour de l'intervention

Dans notre centre, les admissions s'effectuent généralement **le jour même de l'intervention**.

Pour connaître **l'heure de votre admission**, vous pouvez contacter par téléphone le jour avant l'admission la polyclinique d'urologie au numéro 053/76.49.93 ou le service de planification des admissions au 053/76.40.22 (après 12h00), afin de limiter les longues attentes dans la chambre.

Le jour de l'intervention, vous venez **à jeun**. Cela signifie que vous ne mangez ou ne buvez plus rien à partir de minuit.

Les **médicaments essentiels** peuvent être pris avec une petite gorgée d'eau, avec l'accord de votre urologue traitant.

Lors de votre admission, on vous allouera une chambre. Vous recevrez une **chemise d'opération** et vous laisserez vos vêtements dans votre chambre. Il est également préférable de laisser à votre domicile tout bijou ou objet précieux. En effet, tous les bijoux sont enlevés en salle d'opération.

Avant l'opération, on installera également **une perfusion** qui permettra d'administrer tous les médicaments pendant et après l'anesthésie.

8. Pendant l'intervention

L'opération proprement dite dure de 2 à 3 heures.

Pendant toute la durée de l'intervention, vous serez endormi (sous anesthésie générale), sous la surveillance attentive d'un médecin anesthésiste.

On commence par insuffler du gaz carbonique (CO₂) dans la cavité abdominale pour ménager un espace dans lequel le chirurgien peut opérer.

Quelques petits accès sont installés (généralement 5), qui permettent d'introduire les divers instruments de chirurgie, les fils chirurgicaux, etc. C'est pourquoi on parle d'opération laparoscopique, qui signifie "regarder dans l'abdomen".

Au cours de l'opération, on enlève l'ensemble de la prostate ainsi que les deux vésicules séminales. L'urètre est ensuite soigneusement resuturé à la vessie avec un fil de suture très fin.

On enlève souvent les ganglions lymphatiques pelviens au cours de la même opération.

9. Après l'intervention

Après l'opération, vous resterez quelque temps en observation en salle de réveil. Votre tension artérielle, votre taux d'oxygène et d'autres paramètres sont suivis de près pendant les premières heures après l'opération.

Habituellement, vous pouvez regagner le jour même votre chambre dans le service d'urologie.

Dans certains cas, un court séjour aux soins intensifs est nécessaire, mais c'est exceptionnel pour ce type d'intervention.

9.1. Les plaies et les soins de plaies

Après l'intervention, vous aurez généralement 5 ou 6 petites incisions au niveau de la paroi abdominale.

À la fin de l'intervention, on introduit un drain, un petit tuyau destiné à l'évacuation du liquide de la plaie, dans une de ces petites ouvertures.

Ce drain est généralement retiré le deuxième ou le troisième jour après l'opération, selon la quantité de liquide produite par la plaie.

L'incision par l'ombilic est en général la plus importante. C'est par celle-ci que la prostate est extraite de l'abdomen après l'intervention.

9.2. La perfusion

La perfusion est installée avant l'intervention. Elle permet de vous administrer des liquides ainsi que les médicaments nécessaires pendant et après l'opération.

Dès que les intestins reprennent leur activité, il sera à nouveau possible d'administrer les liquides et les médicaments par voie orale, et la perfusion peut être enlevée, généralement le deuxième ou le troisième jour après l'intervention.

9.3. La sonde vésicale

La sonde vésicale est un tube en silicone qui est introduit dans l'urètre au cours de l'opération, et qui va jusque dans la vessie. Elle permet l'évacuation des urines au cours des

premiers jours après l'intervention, et reste en place jusqu'à ce que la suture fragile entre la vessie et l'urètre soit suffisamment consolidée.

Quelques jours après l'opération (entre 4 et 10 jours), on réalise une **cystographie** dans le service d'imagerie médicale.

Cet examen vérifie, par l'injection d'un produit de contraste et à l'aide d'une radiographie, si la suture entre la vessie et l'urètre est bien étanche. Une fois l'étanchéité confirmée, la sonde est enlevée.

Dans les rares cas d'une fuite discrète, la sonde doit rester en place plus longtemps.

9.4. L'analgésie

Il est normal de ressentir quelque douleur après l'intervention. Mais comme il s'agit d'une intervention laparoscopique, cette douleur est fort supportable. Elle se traite aisément avec des analgésiques ordinaires.

Initialement, ceux-ci seront administrés à l'aide de la perfusion. Une fois que les intestins reprennent leur activité, l'analgésie pourra se faire à l'aide de médicaments administrés par voie orale.

L'anesthésiste instaure un schéma analgésique standard après l'opération. Si vous ressentez des douleurs malgré cette médication, parlez-en à l'infirmier ou l'infirmière et vous recevrez des médicaments plus forts. Il est important de signaler à temps que vous avez mal, de sorte que vos médicaments soient adaptés à vos besoins.

9.5. Les selles

Il se déroule quelque temps après l'intervention avant que les intestins ne reprennent totalement leur activité. C'est dû d'une part à l'intervention elle-même, ainsi qu'aux médicaments et aux analgésiques administrés pendant et après l'anesthésie. D'autre part, vous étiez à jeun avant l'opération et vous mangerez un peu moins après. Le résultat global est qu'il peut se passer quelque temps avant que les selles ne réapparaissent. Une fois les intestins réactivés (borborygmes, gaz...), l'urologue décidera de vous laisser boire un peu et de vous donner un aliment léger. Vous pourrez progressivement reprendre une alimentation normale.

Il est important de ne pas exercer de pression lors des premières selles. En cas de difficultés, on pourra vous donner un léger laxatif du type Movicol[®] pour ramollir les selles et faciliter leur évacuation.

9.6. La prévention de la phlébite

Avant l'intervention, on vous essaiera des bas de contention. Le but est de porter ces bas pendant tout votre séjour à l'hôpital ainsi que les 10 premiers jours à votre domicile. Ils favorisent la circulation du sang dans les jambes et contribuent à la prévention de l'inflammation et de la formation de caillots.

Après l'intervention, vous recevrez dans le ventre, les cuisses ou l'épaule, des injections contre la phlébite avec un médicament anticoagulant.

C'est une seconde précaution contre l'apparition d'une phlébite ou inflammation des veines

dans les jambes.

De même, vous continuerez de recevoir ces injections chez vous après l'opération robotisée pendant 10 à 20 jours. Un infirmier à domicile peut parfaitement les administrer. Si vous le désirez, vous pouvez également vous les injecter vous-même.

9.7. L'exercice physique

L'exercice physique est un facteur important dans votre processus de guérison.

Dès quelques heures après l'intervention, vous serez amené à bouger vos jambes régulièrement.

Habituellement, vous vous lèverez dès le lendemain de votre opération. Vous ferez quelques pas et vous vous reposerez quelque temps dans le fauteuil.

Vous pourrez progressivement circuler de plus en plus, éventuellement stimulé par les kinésithérapeutes du service. De courtes promenades sont vivement recommandées. De même, après votre sortie de l'hôpital, il est important d'insérer une activité physique régulière dans votre programme quotidien.

9.8. Algemene richtlijnen voor thuis

Votre convalescence sera facilitée en respectant les recommandations suivantes :

- Buvez 2 litres d'eau par jour, évitez le café et les boissons excitantes (coca, alcool...)
- Consommez une alimentation riche en fibres pour des selles faciles et régulières. Ne poussez pas en allant à la selle.
- Assurez suffisamment d'exercice et une promenade quotidienne.
- Il est préférable de ne pas effectuer de travaux lourds et d'insérer des pauses régulières au cours des six premières semaines après votre opération. Le cyclisme, les sports et les activités sexuelles sont déconseillés au cours de cette période.
- En principe, vous pouvez reprendre le volant à partir de la seconde semaine après l'opération (vérifiez les conditions de votre assurance).
- Votre médecin généraliste peut enlever les sutures une dizaine de jours après l'opération.
- Entretenez régulièrement vos exercices du plancher pelvien (plusieurs fois par jour).
- Portez les bas de contention pendant au moins dix jours après l'opération. Il en est de même avec les injections contre la phlébite.
- Contactez votre médecin généraliste ou votre urologue si la douleur s'aggrave, en cas de fièvre, de difficultés mictionnelles ou d'autres problèmes sérieux dans les premières semaines après l'intervention.

10. Suites de l'opération à long terme

10.1. L'incontinence

Il se peut que vous présentiez des pertes urinaires involontaires au cours des premières semaines ou mois (incontinence d'effort). Afin de limiter ces pertes au minimum en quantité et en durée, des exercices de renforcement du plancher pelvien sont prescrits systématiquement chez un kinésithérapeute spécialisé et compétent en rééducation pelvienne.

Souvent, ces exercices pelviens sont appris dès quelques semaines avant l'intervention. Le but est de ne commencer à les reprendre de façon intensive qu'une dizaine de jours après l'opération, et de vous laisser accompagner par votre kinésithérapeute pelvien au cours de cette rééducation.

Le taux d'incontinence (la quantité) que vous pouvez ressentir au cours de la période postopératoire immédiate ne présage d'aucune façon de votre niveau de continence ultérieur.

La grande majorité des patients sont continents entre 3 et 6 mois après l'opération. Seule une petite minorité (1%) continue de présenter des pertes urinaires gênantes jusque 1 an après l'intervention.

Une intervention supplémentaire est parfois nécessaire dans ce petit groupe afin de renforcer le mécanisme de fermeture de la vessie (male sling/bandelette sous-urétrale).

10.2. Les troubles d'érection

La prostatectomie radicale robotisée avec le robot da Vinci permet d'épargner dans la mesure du possible les nerfs érectiles.

De toute façon, ces nerfs seront au moins touchés en partie par leur manipulation avec les instruments endoscopiques et subiront des lésions minimales, mais irréversibles.

Dans les tumeurs étendues ou agressives, il est même déconseillé, voire contre-indiqué d'épargner les nerfs de l'érection et le chirurgien urologue est parfois contraint d'enlever une partie importante des tissus entourant la prostate, y compris les nerfs, parfois d'un côté, parfois des deux. Le but est d'éliminer autant que possible tout tissu malin.

L'apparition de troubles érectiles après une RALP dépend de plusieurs facteurs : la possibilité d'épargner les nerfs, l'âge, la qualité de l'érection avant l'intervention, le stress lié à l'opération et le processus d'acceptation de cet épisode cancéreux.

La guérison des nerfs érectiles peut être particulièrement lente chez certains patients, et prendre jusque 2 ans après l'opération.

Malgré les meilleurs soins et la libération minutieuse des nerfs érectiles au cours de l'opération, il est impossible de garantir que l'érection spontanée redeviendra possible dans chaque cas particulier. La littérature fait état de résultats favorables oscillant entre 10 et 86%.

Ces variations dépendent d'une part de la technique opératoire appliquée. Mais elles dépendent aussi du type et de l'étendue de la tumeur, qui est déterminante pour la possibilité d'effectuer une chirurgie d'épargne des nerfs en toute sécurité.

Le cas échéant, lorsque les érections ne réapparaissent pas après l'opération, une stimulation des corps caverneux est possible à l'aide d'un traitement médicamenteux.

Afin de stimuler le rétablissement des nerfs érectiles ainsi que l'irrigation sanguine du pénis, on peut commencer dès quelques semaines après l'intervention avec des médicaments favorisant l'érection comme Viagra[®], Levitra[®], Cialis[®], Spedra[®] ou leurs analogues.

Or, ces médicaments, tous des comprimés, ne sont souvent pas assez puissants dans la phase immédiatement postopératoire pour obtenir une rigidité immédiate des corps caverneux.

S'ils le désirent, ces patients peuvent commencer un traitement par auto-injection à l'aide de substances vasodilatatrices.

Votre urologue traitant peut vous apprendre la technique d'injection et prescrire les différentes préparations ou même des associations de produits aux différentes doses.

Après une prostatectomie radicale robotisée, il n'est plus question de production de sperme, puisque c'est la prostate elle-même qui l'assure, et qu'elle a été enlevée.

Par contre, l'érection et l'orgasme restent possibles.

11. Suivi de la maladie.

Lors de votre sortie de l'hôpital, on vous fixera un rendez-vous de contrôle quelques semaines plus tard.

Cette première consultation vérifiera votre bien-être général, une incontinence éventuelle et votre fonction érectile.

Une mesure du débit urinaire et un contrôle par échographie seront effectués pour confirmer la vidange complète de votre vessie.

De même, la tonicité de la musculature du plancher pelvien et la force et l'endurance du sphincter seront vérifiées.

Les résultats définitifs de l'examen microscopique (anatomopathologie) de la prostate enlevée et/ou des ganglions lymphatiques seront évoqués avec vous.

Le caractère total de l'enlèvement (pénétration capsulaire, neurale), le stade de la tumeur, le score d'agressivité définitif et l'invasion éventuelle de ganglions lymphatiques sont alors discutés.

En fonction de ces données, un plan de suivi individualisé sera établi, et la fréquence des consultations de suivi, des prélèvements en laboratoire avec dosage du PSA et une éventuelle imagerie nécessaire seront réglés.

Habituellement, un rendez-vous de contrôle est prévu tous les trois mois au cours de l'année qui suit l'opération.

Si les résultats sont rassurants, face à des taux faibles du PSA et en cas d'évolution favorable de la continence et de la fonction érectile, les consultations de suivi seront plus espacées.

12. Un traitement de suivi est-il nécessaire?

Normalement, le taux de PSA doit être extrêmement faible à partir de quelque 3 mois après l'intervention. L'évolution de ce taux de PSA est une indication importante de l'évolution de la maladie.

Un taux de PSA faible, non détectable, indique l'absence de maladie active.

Au cours du suivi, des prises de sang seront effectuées à intervalles réguliers, ainsi que des contrôles échographiques, et éventuellement des examens supplémentaires au scanner (scanner, TEP-CT, scanner osseux et autres).

Le type d'examen par scanner ainsi que le moment où ils sont demandés dépendent de plusieurs facteurs comme l'évolution de votre taux de PSA, l'examen clinique, le type et le taux d'agressivité de votre tumeur, l'étendue de la lésion, etc.

Lorsque votre médecin urologue a des indications que la maladie n'est pas entièrement sous contrôle après l'intervention chirurgicale, on peut décider d'associer un traitement complémentaire, comme une irradiation (radiothérapie) ou un traitement hormonal.

Généralement, ces décisions seront à nouveau évoquées et évaluées aux réunions de la Concertation **O**ncologique **M**ultidisciplinaire (réunion **COM**), où une équipe de médecins spécialisés en oncologie examine votre dossier et envisage les autres actions et traitements à effectuer.

Votre urologue joue ici un rôle de coordinateur et orientera ce processus.

Une équipe d'onco-psychologues est disponible pour vous aider à faire face à votre affection. De même, les différents membres de l'équipe d'urologie sont disponibles pour vous soutenir dans vos problèmes.

Vous trouverez de plus amples informations sur le service d'urologie et le RALP sur le site:
www.urologie-asz-aalst.be

Mise à jour le 16/06/2017

Editeur responsable :

Dr F. Peeren

Urologue ASZ

Dr B. Rappe

Chef de service d'Urologie ASZ

Consultant académique à l'Université de Gand