

CHIRURGIE UROLOGIQUE

La Clinique de l'Alma est en mesure de prendre en charge l'ensemble de la chirurgie urologique, carcinologique ou non, à l'aide des techniques les plus en pointe.

CHIRURGIE CANCÉROLOGIQUE

CANCER DE LA PROSTATE

Le choix de l'option chirurgicale dépend du grade et du stade de la tumeur prostatique. La chirurgie peut être réalisée par cœliochirurgie assistée par robot, c'est-à-dire à l'aide de simples incisions cutanées (trocarts de moins de 1 cm de diamètre) par lesquelles le praticien fait passer ses instruments ainsi qu'un endoscope muni d'une caméra optique afin de visualiser ses gestes sur un écran.

Cette chirurgie est dite mini-invasive au contraire de la chirurgie « ouverte », d'où un moindre risque hémorragique, une récupération plus rapide et de ce fait une durée de séjour réduite. De plus, le confort post-opératoire est meilleur, les douleurs secondaires nettement soulagées et l'avantage esthétique certain.

A la Clinique de l'Alma, cette chirurgie cœlioscopique est réalisée à l'aide du Robot Da Vinci®. L'utilisation de robots télécommandés permet un geste opératoire plus précis et mieux maîtrisé

CANCER DU TESTICULE

Aujourd'hui, la majorité des tumeurs du testicule sont découvertes à un stade peu avancé et localisé à l'organe. La chirurgie de référence consiste à enlever la masse testiculaire cancéreuse (orchidectomie), par voie inguinale.

CANCER DE LA VESSIE

L'ablation complète de la vessie (ou cystectomie) pour des tumeurs qui infiltrent le muscle vésical impose de réaliser des dérivations urinaires, voire la réalisation d'une néo vessie. Une partie d'intestin grêle est alors remodelée en forme de réservoir auquel le chirurgien abouche les uretères et l'urètre. Cette opération lourde est réalisée dans des centres médicaux par des chirurgiens rompus à ce type de chirurgie. Elle peut être exclusivement pratiquée sous coelioscopie assistée par robot, avec les avantages de cette chirurgie mini-invasive (risque hémorragique et douleurs secondaires moindres, récupération plus rapide).

Les tumeurs de taille majeure, rencontrées moins fréquemment, sont opérées par chirurgie ouverte classique.

CANCER DU REIN

Les tumeurs rénales sont de plus en plus souvent découvertes à un stade précoce sans aucun retentissement clinique. La chirurgie est alors, au maximum, conservatrice. La tumorectomie ou chirurgie partielle du rein est pratiquée aujourd'hui sous chirurgie cœlioscopique assistée par robot. En effet, la chirurgie rénale exige une préservation maximale du capital rénal qui doit se faire en clampant l'artère rénale (interruption de la circulation sanguine). Le temps étant compté, le robot permet de réaliser la chirurgie en un temps plus court.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

CHIRURGIE DE LA LITHIASE URINAIRE

La lithiase urinaire (calculs urinaires) affecte environ 10% de la population française, avec des taux de récurrence de 50% à cinq ans.

La prise en charge chirurgicale dépend de la taille et de la localisation des lithiases (calculs) du haut appareil urinaire.

Dans l'éventail des possibilités de traitement permis par les progrès technologiques, la lithotritie (ou lithotripsie) extracorporelle consiste en la fragmentation des calculs du rein et de l'uretère lombaire par des ondes de choc créées par un générateur extracorporel (ultrasons). Le taux de succès de cette opération peu invasive est de l'ordre de 70%. Elle est réalisable en ambulatoire avec la possibilité de renouveler le geste.

Pour les calculs situés à l'étage lombaire ou des cavités rénales, l'urétroscopie souple est une option de traitement qui concurrence la lithotritie extracorporelle. On utilise alors un endoscope miniaturisé qui permet d'emmener des fibres laser jusqu'à l'intérieur du rein pour détruire le calcul in-situ, avec près de 100% de succès. Cette opération est réalisable en une ou deux étapes, à plusieurs jours d'intervalle.

Quant à la micro-chirurgie percutanée (au travers de la peau), elle reste le choix privilégié en cas de calculs rénaux volumineux (de taille supérieure à 15-20 mm de diamètre). Elle utilise un endoscope adapté à la vision directe des cavités rénales. *La microchirurgie percutanée arrivera prochainement à la Clinique de l'Alma.*

CHIRURGIE DE L'HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

La chirurgie classique de l'hypertrophie bénigne de prostate est la résection prostatique (résection trans-urétrale de prostate). L'élargissement du canal de l'urètre intra-prostatique obstrué par une prostate devenue trop volumineuse est permis grâce au passage par le canal de l'urètre d'un endoscope muni d'une caméra optique. L'hospitalisation dure trois jours en moyenne et le risque de saignement est aujourd'hui considérablement limité. En effet, l'utilisation du courant bipolaire permet de prendre en charge les prostates volumineuses avec une durée d'hospitalisation limitée à 24 ou 48 heures.

Parce qu'elle permet une durée d'hospitalisation minimale et un risque hémorragique encore plus faible, la chirurgie de l'hypertrophie bénigne de prostate par laser peut être aussi proposée avec les mêmes indications que la résection bipolaire.

CHIRURGIE UROLOGIQUE

CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE

Chez la femme, dans l'incontinence urinaire d'effort, la pose de bandelettes urinaires qui permet un soutènement du canal de l'urètre peut être proposée. L'urologue s'appuie sur un bilan pré-opératoire précis : examen clinique, fibroscopie vésicale (cystoscopie) et bilan urodynamique si besoin pour les cas plus complexes ou lorsqu'il existe une discordance entre la plainte de la patiente et l'examen clinique.

L'implantation d'un sphincter urinaire artificiel peut être envisagé, lorsqu'une incontinence majeure se double d'une insuffisance des sphincters vésicaux ou lorsque les bandelettes sont ou s'avèreraient insuffisantes.

Un autre type d'incontinence urinaire est celui de l'hyperactivité ou instabilité vésicale, qui provoquent des urgenturies (impériosités), c'est-à-dire l'impossibilité de contrôler ses mictions, en dehors de tout effort.

Lorsque les médicaments de première intention sont en échec, la Clinique de l'Alma propose l'injection de toxine botulique dans le muscle lisse dans la paroi de la vessie (appelé détrusor).

La solution de la neuromodulation sacrée est aussi possible. Un boîtier électrique implanté stimule électriquement les racines nerveuses issues de la moelle épinière à la hauteur du bassin (3ème vertèbre sacrée).

En cas d'incontinence urinaire chez l'homme, la chirurgie par bandelette est aussi possible, ainsi que la pose d'un sphincter urinaire artificiel, ce dernier restant l'option de choix lorsque l'incontinence est majeure et handicapante.

Pour les pathologies de « descente d'organes » ou prolapsus urogénital (cystocèle lorsque seule la vessie est concernée, hystérocèle lorsque seul l'utérus est en cause ou rectocèle lorsqu'il s'agit du rectum), la chirurgie de réduction du prolapsus peut être réalisée soit par voie basse, soit par cœliochirurgie.

La technique de promontofixation coelioscopique proposée à la Clinique de l'Alma est le traitement de référence chez les femmes jeunes, après un bilan complet. Les organes, réintégrés dans la cavité pelvienne y restent maintenus en bonne position au moyen de bandelettes synthétiques.