

La lymphadénectomie sous contrôle coelioscopique dans le cancer localisé de prostate

Daniel GASMAN, Yvan BARTHELEMY, Patrick ANTIPHON, Dominique CHOPIN, Claude ABOU

Service d'Urologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil

RESUME

Nous avons réalisé, par coelioscopie, un curage ganglionnaire iliaque externe sous-veineux bilatéral chez 15 patients porteurs d'un cancer prostatique dont l'âge moyen était de 65,5 ans. Le groupe se composait de 13 T2 et de 2 T3. La durée moyenne d'intervention était de 175 min. (90 à 240 min). Le nombre moyen de ganglions enlevés était de 5,3 à droite et de 6,4 à gauche. Des ganglions métastatiques ont été retrouvés dans 5 cas (33%), et ces 5 patients avaient un taux de PSA > 30 et/ou un score de Gleason > 6. Nous rapportons 3 complications majeures : 2 perforations coliques et une plaie d'un vaisseau du mésentère. Une prostatectomie radicale a été réalisée chez 8 patients sans que ce geste ait été rendu plus difficile par la coelioscopie. Au total il s'agit d'une technique qui permet une bonne évaluation ganglionnaire mais avec un taux de complications encore élevé qui est probablement destiné à diminuer avec l'expérience, et l'évaluation d'une telle méthode dans le traitement du cancer de la prostate reste à définir.

Mots clés : Prostate, cancer, lymphadénectomie, coelioscopie.

Progrès en Urologie (1994), 4, 516-522

INTRODUCTION

La laparoscopie représente une nouvelle technique en Urologie qui reste encore à la recherche de ses indications. Les insuffisances des méthodes non chirurgicales d'exploration ganglionnaire et du curage chirurgical classique semblent justifier la

mise au point de nouvelles techniques que sont la coelioscopie et la pelvioscopie. Ces méthodes doivent être utilisées quand les explorations pré-opératoires classiques sont négatives mais elle doivent également être fiables et avoir une morbidité inférieure à celle de la chirurgie. Notre expérience concerne le cancer de la prostate et la coelioscopie mais ses principes peuvent être appliqués au cancer de vessie et à la pelvioscopie.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé 15 lymphadénectomies coelioscopiques entre avril 1991 et avril 1992. Les patients étaient âgés de 56 à 74 ans (âge moyen 65,5 ans) et l'on dénombrait 13 T2 et 2 T3. Leur poids allait de 60 à 95 kg (poids moyen 73,8 kg). Il est important de noter que le rapport poids réel sur poids idéal variait de 0,94 à 1,45. Pour 5 patients le rapport était supérieur à 1,2; il s'agit alors de patients obèses chez qui la coelioscopie est techniquement plus difficile. Le taux de PSA variait de 0,3 à 198 (moyenne 28,2 ng/ml), dans 3 cas il était supérieur à 30 ng/ml. Le score de Gleason était > 6 chez 9 patients. Dans tous les cas le scanner abdominal et la scintigraphie osseuse étaient normaux.

La technique du curage coelioscopique est semblable à celle décrite la première fois par SCHUESSLER en 1991 [26]. Les contre-indications sont essentiellement les interventions sous-ombilicales antérieures importantes, une insuffisance cardiaque sévère. Pour certains l'obésité n'est pas une

Manuscrit reçu le 2 janvier 1994.

Adresse pour correspondance : Dr. D. Gasman, Service d'Urologie, Hôpital Henri Mondor, 51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil.

contre-indication, pour d'autres elle gêne le déroulement de l'intervention.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, le patient est en décubitus dorsal avec un billot sous les fesses et en position de Trendelenburg. Le côlon est préparé, une sonde nasogastrique et une sonde urinaire sont mises en place en pré-opératoire. Nous avons utilisé 4 ou 6 trocars : 1 trocart de 10 mm dans l'ombilic, 1 trocart de 10 mm sus-pubien, 2 trocars de 5 mm dans les fosses iliaques droite et gauche, 2 trocars supplémentaires peuvent servir chez les obèses pour refouler l'intestin, ils seront introduits dans les flancs.

L'insufflation de CO² est accomplie jusqu'à une pression de 13-15 mmHg.

Après avoir libéré des adhérences intestinales qui peuvent gêner la dissection surtout à gauche, il faut repérer certains éléments anatomiques tels que le ligament ombilical, les vaisseaux iliaques et l'anneau inguinal interne. La péritonéotomie est faite aux ciseaux en dehors du ligament ombilical, en dedans et en dessous de l'anneau inguinal. Cette incision, poursuivie proximale, rencontrera le déférent qui sera alors récliné ou sectionné. On conduira ensuite la dissection prudemment jusqu'à l'artère, puis la veine iliaque externe, pour pouvoir réaliser un curage sous-veineux iliaque externe dont les limites sont en avant l'anneau inguinal profond, en arrière la bifurcation iliaque, en haut la veine iliaque externe et en bas le nerf obturateur. Les difficultés principales de cette technique sont dues au bassin étroit de l'homme, aux adhérences du sigmoïde et du caecum, aux anses intestinales en général surtout chez le patient obèse. Le curage réalisé est bilatéral. La prostatectomie n'est réalisée que dans un second temps après examen histologique définitif des ganglions.

RESULTATS

La durée moyenne de l'intervention était de 175 min. (de 90 à 240 min.).

Cette durée semble liée au degré d'obésité puisque les 5 patients dont le rapport poids réel sur poids théorique était supérieur à 1,2 avaient une durée moyenne d'intervention égale à 210 min. alors que pour les patients dont le rapport était inférieur à 1,2 cette durée était égale à 150 min. Le nombre

moyen de ganglions prélevés était : à droite égal à 5,3 (de 2 à 16), à gauche égal à 6,4 (de 2 à 20). Cinq patients, soit 33%, avaient des ganglions positifs. Le curage a pu être bilatéral chez 13 patients sur 15. Les résultats peuvent être interprétés en fonction du score de Gleason et du taux de PSA.

Parmi les N- un seul patient avait un PSA > 30 et 5 patients avaient un score de Gleason > 6.

Parmi les 5 N+: 3/5 avaient un PSA >30, 4/5 avaient un score de Gleason > 6, 5/5 avaient un PSA > 30 et/ou un Gleason > 6. Les sujets N+ ont été traités par une hormonothérapie.

Pour 8 patients N- qui ont bénéficié d'un traitement radical, 7/8 l'ont eu dans un délai de 2 à 7 jours (moyenne 5,3 jours) après la coelioscopie. Chez l'un d'entre eux, dont le curage a été marqué par une complication digestive, la prostatectomie a été différée.

Nous avons eu des complications chez 5 patients, soit 33% de complications : un abcès de paroi avec orchépididymite, une mauvaise tolérance du Trendelenburg nous ayant obligés à interrompre la coelioscopie et à continuer le curage par voie classique, une blessure d'un vaisseau du mésentère non contrôlable ayant nécessité une laparotomie d'hémostase, deux perforations coliques méconduites, dues à des palpateurs utilisés pour récliner l'intestin. Il nous faut donc constater 3 complications majeures, dont 2 graves puisqu'il s'agit de lésions intestinales ayant nécessité une dérivation secondaire transitoire.

DISCUSSION

Pour pouvoir apprécier l'intérêt du curage coelioscopique, compte tenu en particulier de ses complications, il nous faut rappeler un certain nombre de principes propres au cancer localisé de la prostate.

Tout d'abord, l'importance du statut ganglionnaire dans la décision thérapeutique. En effet, l'existence de métastases ganglionnaires est l'indication d'un traitement palliatif. Ainsi, certains auteurs comme PROUT en 1980 [23] et SCHMIDT en 1982 [25], retrouvaient une différence de pronostic entre un envahissement ganglionnaire limité à un ganglion et un envahissement plus massif. Or, GERVASI et SCARDINO en 1989 [12] ont analysé la progression

Tableau 1. Pronostic en fonction de l'étendue de l'atteinte ganglionnaire.

Auteurs	Etendue de l'atteinte ganglionnaire	Résultats	Nombre de patients	
Prostatectomie				
Schmidt (1982)	1 à 2 gg > 2 gg	17% M+ à 5 ans 47% M+ à 5 ans	22	
Prout (1980)	1 gg 1 gg	18% progression 76% progression	32	
Radiothérapie				
		M+ à 10 ans	Décès à 10 ans	
	N0	31%	17%	359
Gervasi (1989)	N+	83%	57%	152
	N1	80%	40%	37
	N2	84%	66%	86
	N3	88%	58%	29

et le taux de survie sur une série de plus de 511 patients porteurs d'un cancer de prostate localisé. Ils ont démontré une différence de pronostic nette entre les N- et les N+ et cela même en cas d'envahissement microscopique. Par ailleurs, parmi les patients N+ le degré d'invasion macro ou microscopique n'influence pas le pronostic (Tableau 1).

Un autre élément à prendre en considération est l'incidence des patients présentant des métastases ganglionnaires dans les cancers de prostate. En effet environ 25% sont N+. Ainsi GROSSMANN en 1980 [14] rapportait 41% de N+ sur 310 patients (dont 90% de stade A-B avec 52% de A2), DONOHUE (8) en 1981 23% de N+ sur 663 patients (stade A-B seulement) et WALSH en 1986 (28) 13% sur 310 patients (stade A-B seulement).

Devant la fréquence des adénopathies positives et leurs conséquences chez les patients opérés d'un cancer de prostate localisé, même en cas d'invasion ganglionnaire microscopique, des méthodes d'exploration ganglionnaire ont été proposées. Elles sont d'abord non chirurgicales.

Ces méthodes non invasives sont représentées par la lymphographie qui est caractérisée par une mauvaise sensibilité et spécificité. La cytoponction améliore la fiabilité de cet examen annulant les

faux-positifs mais n'éliminant pas les faux-négatifs. Le scanner a des résultats discordants selon les séries mais globalement il présente des insuffisances surtout dans la détection des micrométastases.

Enfin pour la RMN, qui est souvent diversement appréciée, la plupart des publications donnent des résultats équivalents dans la détection des adénomégalies à ceux du scanner (Tableau 2).

Au total, ces méthodes sont caractérisées par une sensibilité insuffisante, c'est pourquoi la stadification ganglionnaire est d'abord chirurgicale avec lymphadénectomie iliaque externe chirurgicale par

Tableau 2. Evaluation des moyens de stadification radiologiques.

Examens	Auteurs	Sensibilité	Spécificité
Lymphographie	Boccon-Gibod	52%	60%
Lymphographie et cyto-ponction	Boccon-Gibod Correa	60% 85 à 95%	100% 100%
Scanner	Golimbu	30%	93%
	Benson	12,50%	93,50%
	Mazeman	33%	91%
IRM	Bezzi	69%	95%

voie classique. Il s'agit en fait d'une technique invalidante et agressive avec un taux non négligeable de complications, en moyenne 25%. Ce taux varie en fait selon l'extension du curage:

◆ BABCOCK [1] en 1979 (curage iliaque externe, interne, primitif, obturateur) rapporte 34% de complications totales, 16% de complications majeures.

◆ PAUL [21] en 1983 (curage iliaque externe, interne, primitif et obturateur) 50% de complications totales, 11% de complications majeures.

◆ BRENDLER [5] en 1980 (curage sous-veineux iliaque externe) 7% de complications totales dont 4% de complications majeures.

Ces complications sont essentiellement pariétales, thrombo-emboliques et les lymphocèles. Souvent la lymphadénectomie est le premier temps de la prostatectomie radicale avec examen extemporané des ganglions. Il se pose alors le problème de l'extemporané avec un taux important de faux négatifs.

Ainsi EPSTEIN [10] en 1986 a 27,5% de faux-négatifs par méconnaissance des foyers de micro-invasion pourtant de pronostic péjoratif. Il ressort de cela l'intérêt de techniques de lymphadénectomie à condition qu'elles soient peu invalidantes par rapport à la chirurgie ouverte avec une durée d'hospitalisation et un arrêt d'activité beaucoup plus courts, à condition également que le curage soit de qualité équivalente et que le taux de complications soit modéré.

Ces techniques sont représentées par:

◆ La rétro-péritonéoscopie selon HALD et RASMUSSEN [15] qui utilisent un médiastinoscope modifié introduit à travers une courte incision abdominale pour explorer les ganglions du pelvis. Pas de morbidité rapportée mais l'examen n'a été pratiqué que d'un seul côté. MAZEMAN [19] par la même technique a 0% de faux-positifs, 16% de faux-négatifs et 2% de complications majeures (plaie d'un nerf obturateur, plaie de la veine iliaque). GIRAUD et BOITEUX [11] ont modifié cette technique, tout en conservant son principe. L'incision et la pénétration de l'espace rétro-péritonéal sont identiques, mais ils utilisent un spéculum de Cusco dont ils ont fait allonger les valves et évider le bord interne pour ne pas traumatiser les vaisseaux. Ils introduisent le spéculum dans l'incision, une petite valve éclairante permet d'écarter et d'éclairer, afin d'accéder aux vaisseaux iliaques où sont faits les prélèvements ganglionnaires. Les auteurs rapportent avec cette technique des résultats très favorables.

◆ La rétro-péritonéoscopie à vision panoramique ou pelvioscopie est une adaptation à l'espace rétro-péritonéal des techniques de coelioscopie utilisant en particulier la vidéo. DARGENT et coll. [7] a été le promoteur de cette technique pour les cancers gynécologiques. VILLERS [27] l'a adapté aux cancers urologiques.

Cette méthode permet un curage bilatéral le plus souvent avec peu de complications majeures dans cette série en dehors d'une plaie veineuse iliaque externe.

◆ Enfin la coelioscopie qui aborde les ganglions en intra-péritonéal et utilise la vidéo.

Tableau 3. Comparaison lymphadénectomie ouverte et coelioscopie.

	SCHUESSLER (1991)		BOULLIER (1992)		WINFIELD (1992)		CLAYMAN (1992)	
	ouverte	coelio	ouverte	coelio	ouverte	coelio	ouverte	coelio
Nombre de patients	9	31	12	12	27	66	16	15
Nombre de ganglions	13,2	11,3	11	10,7	11	9,6		
Durée de l'intervention	165	184		185	124	150		
Taux de complications majeures			0	0	1	3	6%	20%
Durée d'hospitalisation	5,9	1,2	4	1	6,5	1,5	7,5	1,6
Arrêt d'activité			14	3	17	7		

Tableau 4. Complications de la lymphadénectomie coelioscopique dans les séries de la littérature.

Auteurs	Patients	Complications majeures
Kozminski [17]	105	12%
Winfield [29]	66	4,50%
Petros [22]	15	20%
Kavoussi [16]	329	15%
Parra [20]	10	0%
Querleu [24] col utérin	39	0%
Doublet [9]	16	12,5%
Mondor	15	20%

En ce qui concerne la fiabilité de la coelioscopie par rapport à la chirurgie ouverte on remarque, dans les séries déjà publiées, que la qualité du prélèvement ganglionnaire est identique à la chirurgie ouverte, que la durée d'hospitalisation est plus courte et la reprise d'activité plus rapide (Tableau 3).

Le vrai problème du curage coelioscopique réside donc dans ses complications que l'on note dans toutes les séries (Tableau 4). Ces complications sont à type de lymphocèle, de plaies vésicale, urétérale, vasculaire, nerveuse (nerf obturateur), ou digestive. Elles posent le problème de l'apprentissage d'une technique et de sa validité tant que ce taux de complications sera aussi élevé, cela malgré une stadification ganglionnaire de bonne qualité.

CONCLUSION

L'enthousiasme qui a marqué les débuts de la lymphadénectomie coelioscopique s'est estompé avec l'apparition de ses complications. Il faut cependant retenir qu'elle permet de préciser le statut ganglionnaire par un curage de qualité identique à celui de la chirurgie ouverte. Sachant l'importance de ce statut ganglionnaire, elle évite ainsi des traitements lourds et inutiles comme la prostatectomie radicale. Elle autorise, quand elle est négative, la prostatectomie périméale. Avec un taux de complications encore élevé, que l'on peut espérer diminuer avec l'expérience, elle doit rester en évaluation avec d'autres techniques telles que la rétro-péritonéoscopie à vision directe et la pelvioscopie.

REFERENCES

1. BABCOCK J.R., GRAYHACK J.T. Morbidity of pelvic lymphadenectomy. *Urology*, 1979, 13, 483-486.
2. BENSON K.H., WATSON R.A., SPRING D.B., AGEE R.E. The value of computerized tomography in the evaluation of the pelvic lymph nodes. *J. Urol.*, 1981, 126, 63-64.
3. BEZZI N., KRESSEL H.Y., ALLEN K.S. Prostatic carcinoma : staging with MR imaging at 1.5 T. *Radiology*, 1988, 169, 339-346.
4. BOCCON-GIBOD L., BLERY M., COCHAND B., GERAUD M. La lymphographie avec cyto-ponction ganglionnaire. *Ann. Urol.*, 1987, 21, 259-262.
5. BRENDLER C.B., CLEEVE L.K., ANDERSON E.E., PARSON D.F. Staging pelvic lymphadenectomy for carcinoma of the prostate. Risk versus benefit. *J. Urol.*, 1980, 124, 849-850.
6. CORREA R.J., KIDD C.R., BURNETT L., BRANNEN G.E., GIBBONS R.P., CUMMINGS K.S. Percutaneous pelvic lymph node aspiration in carcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 1981, 126, 190-191.
7. DARGENT D., SALVAT J. Chirurgie. En vahissement ganglionnaire pelvien. Place de la pelvioscopie rétro-péritonéale. Paris, MEDSI/ Mc Graw-Hill 1989.
8. DONOHUE R.E., FAUVER H.E., WHITESEL J.A., AUGSPURGER R.R., PFISTER R.R. Prostatic carcinoma, influence of tumor grade on results of pelvic lymphadenectomy. *Urology*, 1981, 17, 435-440.
9. DOUBLET J.D., GATTEGNO B., D'ACREMONT B., LUKACS B., THIBAUT P. Curage lymphatique iliaque sous-veineux par coelioscopie pour le bilan des cancers prostatiques (16 patients). *Prog. Urol.*, 1992, 2, 980-986.
10. EPSTEIN J.J., OESTERLING J.E., EGGLESTON J.C., WALSH P.C. Frozen section detections of lymph node metastases in prostatic carcinoma : accuracy in grossly involved pelvic lymphadenectomy specimens. *J. Urol.*, 1988, 136, 1234-1237.
11. FRANCANNET P., BOITEUX J.P., BERETVAS M., GIRAUD B. Technique et résultats du curage ganglionnaire par lymphadénectomie pelvienne. *Ann. Urol.*, 1988, 22, 369-372.
12. GERVASI L.A., MATA J., EASLEY J.D., WILBANKS J.H., HAWKINS C.S., CARLTON Jr. C.E., SCARDINO P.T. Prognostic significance of lymph nodal metastases in prostate cancer. *J. Urol.*, 1989, 142, 332-336.
13. GOLIMBU T.H., MORALES P., AL-ASKARIS S., SCHULMAN R.E. C.T. Scanning in staging of prostatic cancer. *J. Urol.*, 1981, 18, 305-308.
14. GROSSMANN I.A., CARPINELLO V., GREENBERG S.H., MALLOY T.R., WEIN A.J. Staging pelvic lymphadenectomy for carcinoma of the prostate. Review of 91 cases. *J. Urol.*, 1980, 124, 632-634.
15. HALD I., RASMUSSEN F. Extraperitoneal pelvioscopy : a

- new aid in staging of lower urinary tract tumors. A preliminary report. *J. Urol.*, 1980, 124, 245-248.
16. KAVOUSSI L., LOUGHLIN K., CHANDOKE P.J., CLAYMAN R., SCHUESSLER W., VANCAILLE T., SEGURA J., SOUSA E., WINFIELD H. Complications of the laparoscopic pelvic lymph nodes dissection. *J. Urol.*, 1992, 147, 4, 955, 451A.
 17. KOZMINSKI M., GOMELLA L., STONE N.N., SOUSA E., HULBERT J. Laparoscopic urologic surgery, outcome assessment. *J. Urol.*, 1992, 147, 4, 127, 245A.
 18. MAZEMAN E., LEMAITRE L., RIGOT J.M., LAMBERT I. Prostate cancer, part B : Imaging techniques, radiotherapy, chemotherapy and management issues. Edited by G.P. Murphy, S. Khoury, R. Küss, C. Chatelain and L. Denis, New York. Alan R. Liss Inc., 55-64, 1987.
 19. MAZEMAN E., WURTZ A., GILLIOT P., BISERTE H. Extraperitoneal pelviscopy in lymph node staging of bladder and prostatic cancer. *J. Urol.*, 1992, 147, 366-370.
 20. PARRA R.O., ANDRUS C., BOULLIER J. Staging laparoscopic pelvic lymph node dissection : comparison of results with open pelvic lymphadenectomy. *J. Urol.*, 1992, 147, 875-878.
 21. PAUL D.B., LOENING S.A., NARAYANA A.S., CULP D.A. Morbidity from pelvic lymphadenectomy in staging carcinoma of the prostate. *J. Urol.*, 1983, 149, 1141-1144.
 22. PETROS J.A., CHANDHOKE P.S., CLAYMAN R.V., CATALON A W.J. Staging pelvic lymphadenectomy, a comparison of laparoscopic and open techniques. *J. Urol.*, 1992, 147, 4, 125, 245A.
 23. PROUT Jr. G.R., HEANEY J.A., GRIFFIN P.P., DALY J.J., SHIPLEY W.U. Nodal involvement as a prognostic indicator in patients with prostatic carcinoma. *J. Urol.*, 1980, 124, 226-231.
 24. QUERLEU D., LEBLANC E., CASTELAIN B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in staging of early carcinoma of cervix. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 164, 579-581.
 25. SCHMIDT J.D., MAC LAUGHLIN A.P., SALTZSTEIN S.L., GARCIA-REYES R. Risk factors of the development of distant metastases in patients undergoing pelvic lymphadenectomy for prostate cancer. *Am. J. Surg.*, 1982, 144, 131-135.
 26. SCHUESSLER W.W., VANCAILLIE T.G., REICH H., GRIFFITH D.P. Transperitoneal edosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. *J. Urol.*, 1991, 145, 988-991.
 27. VILLERS A., ABECASSIS R., BARON J.C., VANNIER J.L., ANIDJAR M., DELMAS V., BOCCON-GIBOD L. Curage ganglionnaire endoscopique extra-péritonéal avec insufflation dans le bilan d'extension des cancers vésicaux et prostatiques. *Prog. Urol.*, 1992, 2, 892-900.
 28. WALSH P.C. Radical retropubic prostatectomy. In : Campbell's Urology, 5th ed. Edited by P.C. Walsh, R.F. Gittes, A.D. Perlemutter and T.A. Stamey. Philadelphia : W.B. Saunders Co., vol. III, 76, 2754-2775, 1986.
 29. WINFIELD H.N., SEE W.A., DONOVAN J.F., GODET A., FARAGE J.M., LOENING S.A., WILLIAMS R.D. Comparative effectiveness and safety of laparoscopic versus open pelvic lymph node dissection for cancer of the prostate. *J. Urol.*, 1992, 147, 4, 124, 244A.

Commentaire du lecteur (L. Boccon-Gibod)

Cet intéressant travail témoigne après d'autres la possibilité d'effectuer par technique endochirurgicale (coelioscopie ou rétropéritonéoscopie), un curage ganglionnaire aussi efficace qu'à ciel ouvert et avec un taux de complications qui, bien que non négligeable, devrait diminuer avec l'expérience croissante acquise.

Le problème actuel n'est pas en fait celui de la possibilité technique de la lymphadénectomie pelvienne endochirurgicale mais bien plus celui de son opportunité dans le cadre du cancer de la prostate.

S'il est bien admis aujourd'hui que le curage ganglionnaire n'a aucune valeur thérapeutique, sa rentabilité diagnostique est devenue extrêmement faible puisque l'incidence des adénopathies métastatiques est passée du début à la fin de la décennie de 80 de plus de 20% à moins de 5% sous l'effet simultané du caractère de plus en plus précoce du diagnostic et de l'amélioration des procédures d'évaluation de l'extension tumorale.

Il est intéressant de remarquer que les seules publications actuelles faisant état d'une incidence d'adénopathies métastatiques identiques à celles du passé sont celles qui utilisent les techniques endochirurgicales réalisées sur des patients qui, compte tenu du stade clinique de la tumeur (T3) ou du taux de PSA (supérieur à 30), ne se seraient très vraisemblablement pas vu proposer une prostatectomie radicale précédée de curage ganglionnaire dans d'autres institutions.

Si, avec les méthodes d'évaluation actuelle, l'incidence des métastases ganglionnaires reconnue uniquement par lymphadénectomie est inférieure à 4%, la légitimité du curage endochirurgical mérite d'être très sérieusement mise en question.

Par ailleurs, le problème actuel du cancer prostatique localisé n'est manifestement plus d'écarter d'une chirurgie probablement inutile les patients atteints de métastases ganglionnaires mais d'épargner cette dernière aux malades dont la lésions est extra-capsulaire, exposés qu'ils sont à une récurrence biologique qui annonce à plus ou moins brève échéance la survenue d'une récurrence clinique.

Ceci est aujourd'hui possible grâce à la mise en perspective du taux du PSA, de la densité du PSA et des caractéristiques des biopsies prostatiques.

Dans ces conditions, si seuls sont soumis à la prostatec-

tomie radicale les patients qui ont un maximum de chance de ne pas avoir d'extension extracapsulaire de leur tumeur, il est bien évident que le curage ganglionnaire devient un rite du passé.

REFERENCES

1. PETROS J.A., CATALONA W.J. Lower incidence of unsuspected lymph node metastases in 521 consecutive patients with clinically localized prostate cancer. *J. Urol.*, 1992, 147, 1574, 1574-1575.
2. DANIELLA J.F., DE KERNION J.B., SMITH R.B., STECKEL J. The contemporary incidence of lymph node metastases in prostate cancer : implications for laparoscopic lymph node dissection. *J. Urol.*, 1993, 149, 1488-1491.
3. The contemporary incidence of lymph node metastases in prostate cancer. Implication for laparoscopic lymph node dissection. Letter to the editor. R.P. GIBBONS. *J. Urol.*, 1994, 151, 1031.
4. DANIELS G.F., McNEAL J.E., STAMEY T.A. Predicted value of contralateral biopsies in unilaterally palpable prostate cancer. *J. Urol.*, 1992, part 2, 147, 870.
5. FOURNIER G.R., NARAYANI J.P. Re-evaluation of the need for pelvic lymphadenectomy in low grade prostate cancer. *Br. J. Urol.*, 1993, 72, 484-488.
6. HAMMERER P., HULAND H., SPARENBERG A. Digital rectal examination imaging and systematic sextant biopsy in identifying operable lymph node negative prostatic carcinoma. *Eur. Urol.*, 1992, 22, 281-287.
7. RUKSTALIS D.B., GERBER G.S., VOGELZANG N.J., HARAF D.J., STRAUS F.H., CHODAK G.W. Laparoscopic pelvic lymph node dissection : a review of 103 consecutive cases. *J. Urol.*, 1994, 151, 670-674.
8. LEVY D.A., RESNICK M.I. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy and radical perineal prostatectomy : a viable alternative to radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.*, 1994, 151, 905-908.
9. PARTIN A.W., YOO J., CARTER H.B., PEARSON J.D., CHAN D.W., EPSTEIN J.E., WALSH P.C. The use of prostate specific antigen, clinical stage and Gleason score to predict pathological stage in men with localized prostate cancer. *J. Urol.*, 1993, 150, 110-114.
10. ACKERMAN D.A., BARRY J.M., WICKLUND R.A., OLSON N., LOWE B.A. Analysis of risk factors associated with prostate cancer extension to the surgical margin and pelvic node metastasis at radical prostatectomy. *J. Urol.*, 1993, 150, 1845-1850.
11. BLUESTEIN D.L., BOSTWICK O.G., BERGSTRÄHL E.J., OESTERLING J.E. Eliminating the need for bilateral pelvic lymphadenectomy in select patient with prostate cancer. *J. Urol.*, 1994, 151, 1315-1320.

Réponse des auteurs

Le but de cet article est de faire partager notre expérience du curage ganglionnaire par coelioscopie dans le cancer localisé de la prostate et de donner les résultats en terme de faisabilité et de complications.

L'intérêt du curage est actuellement remis en question du fait de la possibilité de sélectionner, sur un ensemble de critères (PSA, densité du PSA, analyse des biopsies multiples, grade, stade clinique), les patients proposés à la prostatectomie. Si le taux d'envahissement ganglionnaire est dans certaines séries de 4%, l'impasse sur l'étude des ganglions est réaliste en terme de rentabilité clinique.

Cependant, dans certaines séries récentes (ZINCKE, *Sem. Urol.*, 1990, 8, 175-178) ce taux (17%) reste significatif pour justifier l'étude des ganglions. Les algorithmes basés sur le PSA, le grade et le stade pré-opératoire (PARTIN, *J. Urol.*, 1993, 150, 110) montrent que chaque critère, isolément, peut être pris en défaut. La définition d'algorithmes qui permettent de prédire l'extension extra-prostatique d'un cancer reste d'actualité et nécessite le contrôle de l'étape ganglionnaire pour sa validation clinique.

Ainsi, si le curage n'est pas justifié pour des PSA < 4 ng/ml (Hybritech®) il reste utile pour des taux > 4 ng/ml surtout quand le score de Gleason est élevé, le risque d'atteinte ganglionnaire n'étant pas négligeable. De même certains cancers de la zone de transition peuvent avoir un PSA élevé et des chances d'être limités à la glande prostatique. Dans ces cas, l'évaluation de l'étape ganglionnaire quelle que soit la technique reste d'actualité.

Si les biopsies de prostate deviennent un excellent moyen d'analyse de la capsule prostatique, elles ne sont pas encore validées pour déterminer les cancers confinés à la glande et l'attitude vis-à-vis des invasions capsulaires minimales n'est pas encore définie.

SUMMARY

Laparoscopic lymphadenectomy in localized prostate cancer

Laparoscopic lymphadenectomy was performed among 15 patients. The average age was 65,5 years. The group was made of 13 T2 and 2 T3. The average time of procedure was 175 min (90 à 240 min). The average number of lymph nodes removed laparoscopically from these patients was 5,3 on the left and 6,4 on the right. Metastatic nodes were found in 5 cases (33%) and among all these 5 patients the PSA level was above 30 and/or the Gleason score >6. We noticed 3 major complications (2 bowel and 1 vascular injuries). Radical prostatectomy was made in 8 patients and nevertheless this intervention did not become more difficult. As a conclusion, this is a procedure which allows a good node staging but the complication rate is still high and will decrease with experience. The merits of such a method are still to be evaluated in localized prostatic cancer.

Key words : Prostate, cancer, lymphadenectomy, laparoscopy.

