Analyse en bref

Août 2014

Prostatectomie radicale pour le traitement du cancer de la prostate

Introduction

Au Canada, le cancer de la prostate est le cancer le plus couramment diagnostiqué et la deuxième cause de décès liés au cancer chez les hommes. En 2013, quelque 23 600 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été décelés et 3 900 hommes en sont décédés[1]. Le choix du traitement dépend de la gravité de la maladie. Les hommes dont le cancer se limite à la prostate peuvent opter pour une chirurgie, des séances de radiothérapie ou d'hormonothérapie, une combinaison de ces traitements ou encore adopter une approche attentiste, c'est-à-dire une surveillance active ou attentive[i]. Les études menées à ce jour n'ont pas permis d'établir de manière irréfutable les avantages, sur le plan de la survie ou de la qualité de vie, d'un type de traitement par rapport à un autre[2, 3]. Le choix du traitement repose donc en grande partie sur les préférences des patients et de leur médecin et tient compte de l'âge, de l'état de santé, de l'attitude envers les éventuels effets secondaires et de la perception des risques de la maladie par rapport aux avantages potentiels du traitement[4].

Le présent rapport brosse un portrait du traitement du cancer de la prostate par chirurgie au Canada de 2006-2007 à 2012-2013 et se concentre sur la prostatectomie radicale, une intervention chirurgicale potentiellement curative. La prostatectomie radicale consiste à retirer complètement la prostate, les tissus périphériques et les vésicules séminales; elle est indiquée lorsque le cancer se limite à la glande proprement dite. La prostatectomie radicale peut être réalisée par approche ouverte, c'est-à-dire qu'une incision est faite dans la partie inférieure de l'abdomen (incision rétropubienne), ou par approche minimalement invasive, la laparoscopie. Par rapport à l'approche ouverte, la prostatectomie laparoscopique est liée à des taux moins élevés de complications[5, 6].

i. La surveillance active consiste à suivre de près les hommes atteints d'un cancer de la prostate dont les caractéristiques augmentent la probabilité d'une absence de symptômes. Ces hommes font l'objet d'un suivi combinant des tests d'antigène prostatique spécifique (APS) et des biopsies périodiques. En cas de progression de la maladie, le traitement approprié est alors envisagé[2, 35, 36]. La surveillance attentive, quant à elle, consiste à ne pas soumettre le patient à un traitement curatif et à n'amorcer un traitement qu'à l'apparition des symptômes[37].

En 2000, un nouveau système chirurgical robotisé visant à faciliter l'exécution des prostatectomies laparoscopiques a vu le jour[7, 8]. Cet appareil technologique coûteux permet de voir en 3D et de grossir de 10 fois les structures neurovasculaires et urinaires touchées par l'intervention[9]. La question de savoir si l'utilisation de ce robot constitue une valeur ajoutée sur le plan des résultats cliniques par rapport aux coûts ne fait pas l'unanimité[10-14]. Les interventions par approche ouverte et celles assistées par robot donnent lieu à des taux semblables de contrôle du cancer, mais il est impossible de déterminer avec certitude les avantages d'un type d'intervention par rapport à l'autre en ce qui concerne la réduction des taux de complications périopératoires (p. ex. pertes sanguines) ou les effets à long terme (incontinence, impuissance, etc.)[7, 10, 15-22]. La prostatectomie radicale est une intervention longue et complexe, et les médecins qui ont adopté le système robotisé affirment qu'il facilite l'accès à la région pelvienne, aide à la visualisation et améliore le confort ergonomique durant l'intervention[23, 24].

La prestation de soins chirurgicaux aux hommes atteints du cancer de la prostate au Canada n'a pas été bien décrite jusqu'à maintenant. Le présent rapport décrit les tendances relatives aux approches chirurgicales privilégiées pour le traitement du cancer de la prostate par province, ainsi que les variations dans la durée du séjour, la durée de l'intervention et le taux de réadmissions à l'hôpital pour chaque approche chirurgicale.

Méthodes

La présente section décrit les sources de données utilisées, la façon dont les patients atteints du cancer de la prostate ont été repérés et la façon dont les interventions chirurgicales liées au traitement du cancer ont été définies (consultez le site Web pour obtenir de plus amples renseignements sur les méthodes).

Sources des données

Trois sources de données ont servi à repérer l'ensemble des interventions chirurgicales pratiquées sur des patients hospitalisés ou en chirurgie d'un jour de 2006-2007 à 2012-2013 :

- Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
- Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS
- Alberta Ambulatory Care Reporting System, Santé Alberta

Repérage des patients atteints du cancer et des interventions chirurgicales

Les hommes qui ont subi une intervention chirurgicale potentiellement curative pour le traitement d'un cancer primitif de la prostate ont été définis comme ceux dont l'abrégé de sortie indique un diagnostic principal de cancer primitif de la prostate et une intervention chirurgicale liée au cancer (consultez le site Web de l'ICIS pour obtenir la liste des codes de diagnostic et d'intervention). Le présent rapport met l'accent sur la prostatectomie radicale, qui représente 97 % des interventions chirurgicales potentiellement curatives réalisées pour le traitement d'un cancer de la prostate (consultez le tableau A1 sur le site Web de l'ICIS).

Les hospitalisations ont été calculées au moyen des épisodes de soins. Par épisode de soins, on entend l'ensemble des enregistrements d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour[ii] successifs, y compris les transferts à l'intérieur d'un établissement et entre plusieurs établissements. Ces épisodes de traitement ont servi à calculer la durée des séjours et les réadmissions.

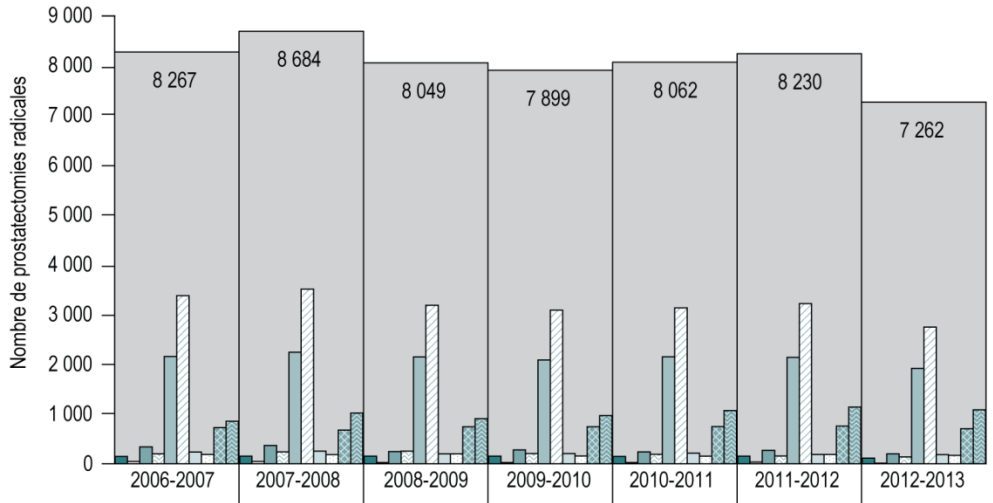
Les résultats indiqués par province se rapportent au lieu de l'intervention, et non à la province de résidence du patient.

Résultats

Interventions chirurgicales potentiellement curatives

Au cours de la période de sept ans à l'étude, le nombre annuel de prostatectomies radicales[iii] a varié de 7 262 à 8 684; aucune tendance importante n'a été observée. De 2011-2012 à 2012-2013, le nombre de prostatectomies radicales a connu une baisse considérable (figure 1). Cette diminution a été observée dans l'ensemble des provinces.

Figure 1 : Nombre de prostatectomies radicales selon la province où la chirurgie a eu lieu, 2006-2007 à 2012-2013



	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Canada	8 267	8 684	8 049	7 899	8 062	8 230	7 262
T.-N.-L.	150	152	151	152	149	153	111
Î.-P.-É.	46	48	26	24	24	33	13
N.-É.	342	367	244	279	238	272	201
N.-B.	199	242	254	206	191	156	138
Qc	2 151	2 239	2 143	2 083	2 148	2 133	1 918
Ont.	3 375	3 504	3 180	3 086	3 130	3 214	2 742
Man.	236	253	201	203	213	189	183
Sask.	189	182	200	157	154	189	170
Alb.	725	676	744	742	749	755	702
C.-B.	854	1 021	906	967	1 066	1 136	1 084

Sources
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2006-2007 à 2009-2010, Santé Alberta.

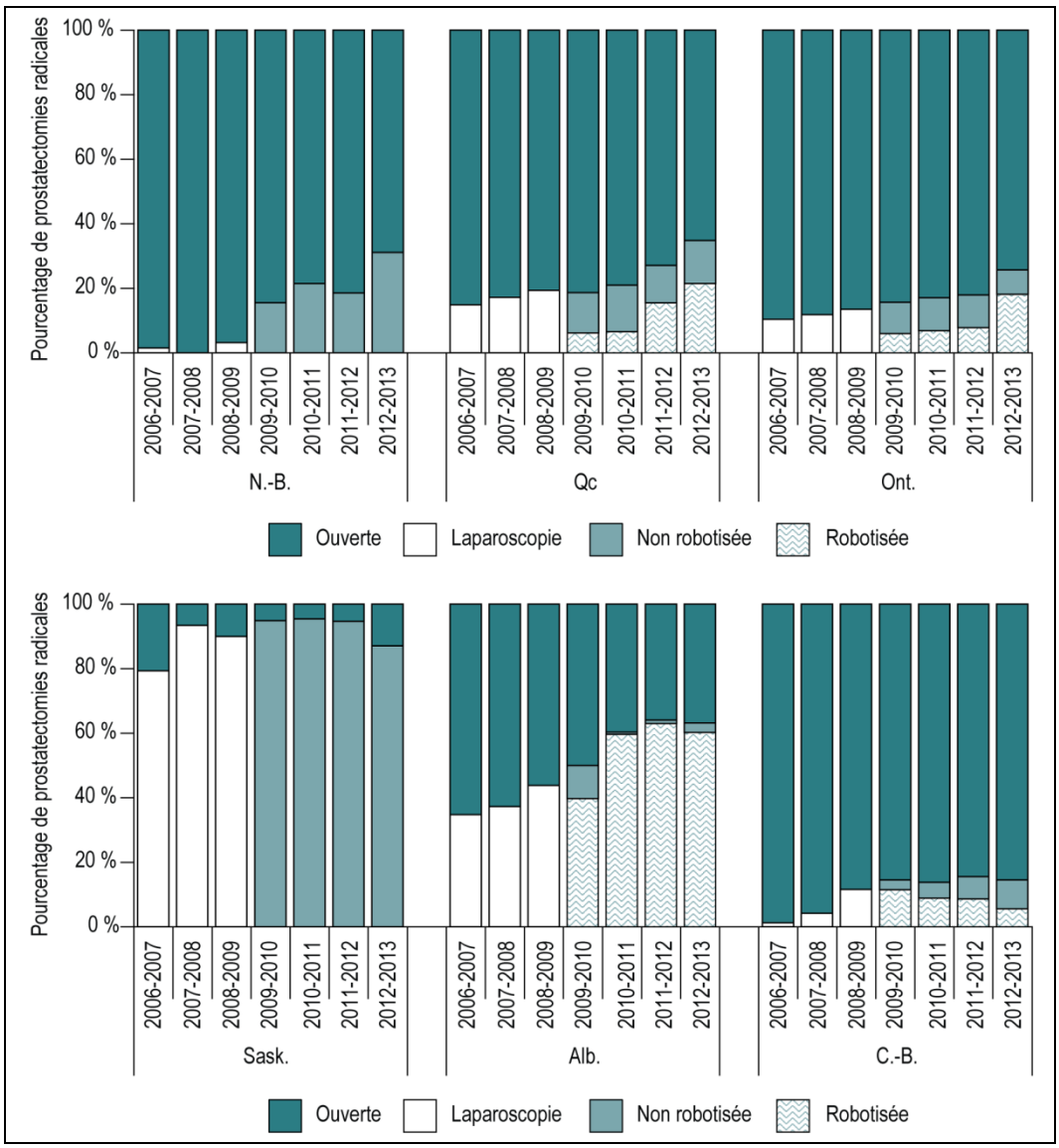
ii. La presque totalité (plus de 99 %) des prostatectomies radicales ont lieu dans le cadre d'une hospitalisation.
iii. La prostatectomie radicale sert presque exclusivement à traiter le cancer de la prostate (98,7 % des prostatectomies radicales ont été pratiquées sur des hommes atteints du cancer de la prostate).

Adoption d'approches chirurgicales à l'échelle du Canada

Les analyses qui suivent mettent l'accent sur l'approche chirurgicale, c'est-à-dire les interventions pratiquées par approche ouverte ou par laparoscopie, avec ou sans l'aide d'un système robotisé. Les codes relatifs à l'utilisation d'un robot durant une prostatectomie radicale ont été créés en 2009-2010. Par conséquent, les descriptions des approches chirurgicales avant 2009-2010 se limitent à une comparaison des prostatectomies radicales par approche ouverte et par laparoscopie. Pour les quatre dernières années de l'étude (2009-2010 à 2012-2013), les prostatectomies radicales par laparoscopie se divisent en deux catégories : avec robot et sans robot.

La figure 2 présente le pourcentage de prostatectomies radicales selon la province, l'approche chirurgicale et l'année. Un tableau indiquant le nombre de prostatectomies radicales selon les mêmes critères peut être consulté sur le site Web de l'ICIS (tableau A2).

Figure 2 : Pourcentage de prostatectomies radicales selon l'approche chirurgicale, provinces sélectionnées, 2006-2007 à 2012-2013



Sources
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2006-2007 à 2009-2010, Santé Alberta.

Approche chirurgicale ouverte et laparoscopie

Durant la période visée par l'étude, le recours à la prostatectomie par laparoscopie a plus que doublé, passant de 13 % en 2006-2007 à 30 % en 2012-2013. L'utilisation de l'approche ouverte par rapport à la laparoscopie variait considérablement d'une province à l'autre. Presque toutes (99,6 %) les prostatectomies radicales par laparoscopie ont eu lieu dans six provinces (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique). Pratiquement toutes les prostatectomies radicales réalisées à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba l'ont été au moyen de l'approche ouverte.

Parmi les six provinces où la prostatectomie radicale par laparoscopie a été pratiquée, des différences importantes ont été observées dans la proportion de prostatectomies radicales réalisées par laparoscopie ainsi que dans les tendances d'utilisation de ce type de prostatectomie sur sept ans (figure 2).

- L'Alberta affichait la plus importante augmentation du recours à la laparoscopie, soit une augmentation réelle de près de 30 %. Le taux s'est stabilisé durant les trois dernières années de la période visée par l'étude.
- Le Nouveau-Brunswick, le Québec et l'Ontario ont connu une augmentation soutenue du recours à la chirurgie laparoscopique, mais l'augmentation réelle s'y est révélée un peu moins importante qu'en Alberta.
- La Colombie-Britannique a connu une hausse importante au début de la période à l'étude, puis l'utilisation est demeurée relativement constante à 15 % au cours des quatre dernières années de la période visée.
- En Saskatchewan, presque toutes les prostatectomies radicales ont été réalisées par laparoscopie au cours de la période visée.

Chirurgie assistée par robot (2009-2010 à 2012-2013)

Pendant la période à l'étude, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique utilisaient des robots pour réaliser les prostatectomies radicales. Dans ces provinces, le nombre de prostatectomies radicales assistées par robot a augmenté, passant de 720 en 2009-2010 à 1 394 en 2012-2013.

- Au Québec et en Ontario, le nombre de prostatectomies radicales assistées par robot a augmenté de façon marquée. En effet, il a pratiquement doublé durant les quatre dernières années de la période visée (figure 2). La hausse du nombre de prostatectomies radicales par laparoscopie mentionnée précédemment pour le Québec et l'Ontario a presque exclusivement résulté de ce recours accru au système robotisé (le nombre de prostatectomies radicales par laparoscopie non assistées est demeuré assez constant au cours des quatre années).
- En Alberta, presque toutes les prostatectomies radicales par laparoscopie ont été réalisées à l'aide d'un robot (figure 2). La hausse du nombre de prostatectomies radicales par laparoscopie dans cette province a exclusivement résulté du recours accru au système robotisé (le nombre de prostatectomies radicales par laparoscopie non assistées a diminué au cours des quatre mêmes années).

- En Colombie-Britannique, l'utilisation du système robotisé a diminué. En 2012-2013, la part des prostatectomies radicales par laparoscopie réalisées avec l'aide d'un robot représentait la moitié de celle constatée en 2009-2010 (figure 2). Dans l'ensemble, l'utilisation de la laparoscopie en Colombie-Britannique est demeurée relativement constante à 15 % (le nombre de prostatectomies radicales par laparoscopie non assistées a augmenté au cours des quatre années).
- En Saskatchewan, où presque toutes les prostatectomies radicales ont été réalisées par laparoscopie, aucune intervention n'a été assistée par robot (figure 2).

La part des prostatectomies radicales pratiquées au Canada avec l'aide d'un système robotisé a doublé durant la période de quatre ans, passant de 9,1 % en 2009-2010 à 19,2 % en 2012-2013.

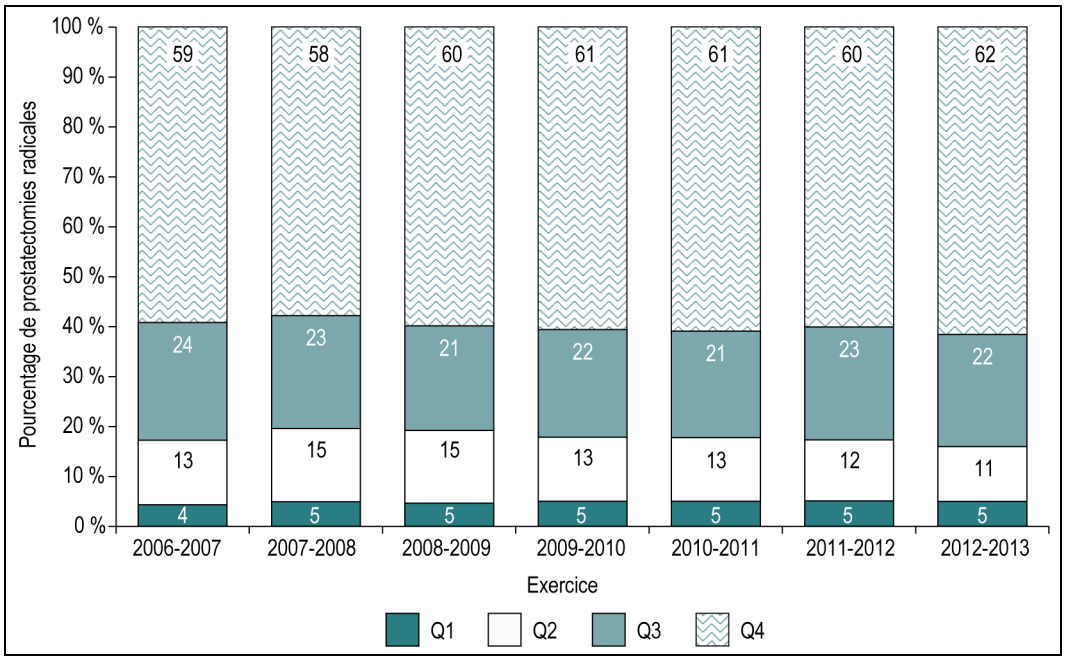
Incidence sur l'organisation des soins

Centralisation

La tendance à centraliser davantage les soins chirurgicaux se caractérise par l'augmentation de la part des interventions réalisées, au fil du temps, dans les hôpitaux aux volumes les plus élevés. Dans le cas de la prostatectomie radicale, il pourrait y avoir centralisation si les patients cessaient d'être dirigés vers les petits hôpitaux qui ne pratiquent pas cette intervention par laparoscopie au profit des grands établissements qui la pratiquent.

Le nombre d'hôpitaux pratiquant la prostatectomie radicale a légèrement diminué, passant de 157 en 2006-2007 à 145 en 2012-2013. Cette légère diminution peut s'expliquer par le recours à des spécialistes au lieu de chirurgiens généralistes. Les urologues ont réalisé presque toutes (99,7 %) les prostatectomies radicales durant la période à l'étude. Les hôpitaux pratiquant la prostatectomie radicale ont été répartis en quartiles selon le nombre de prostatectomies radicales réalisées annuellement (consultez le tableau A3 sur le site Web de l'ICIS). Le premier quartile (Q1) comprend la tranche de 25 % des hôpitaux aux volumes les plus faibles (17 prostatectomies radicales ou moins pratiquées en 2012-2013). Le quatrième quartile (Q4) comprend la tranche de 25 % des hôpitaux aux volumes les plus élevés (de 59 à 345 prostatectomies radicales pratiquées en 2012-2013).

Figure 3 : Pourcentage de prostatectomies radicales selon le quartile de volume des hôpitaux, 2006-2007 à 2012-2013



Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2006-2007 à 2009-2010, Santé Alberta.

Aucun changement dans le degré de centralisation des prostatectomies radicales au Canada n'a été observé pour la période de sept ans à l'étude, comme l'indique l'absence de variation marquée, d'une année à l'autre, dans la répartition des prostatectomies radicales selon le quartile de volume des hôpitaux (figure 3). Par exemple, les hôpitaux aux volumes les plus élevés (Q4) n'ont pas représenté une part grandissante du nombre d'interventions au cours de la période à l'étude. Le quartile des hôpitaux aux volumes les plus élevés représentait environ 60 % de toutes les prostatectomies radicales pratiquées (variant de 58 % à 62 % durant la période visée). Alors que la répartition des prostatectomies radicales entre les hôpitaux est demeurée stable, le recours à la laparoscopie a doublé au Canada.

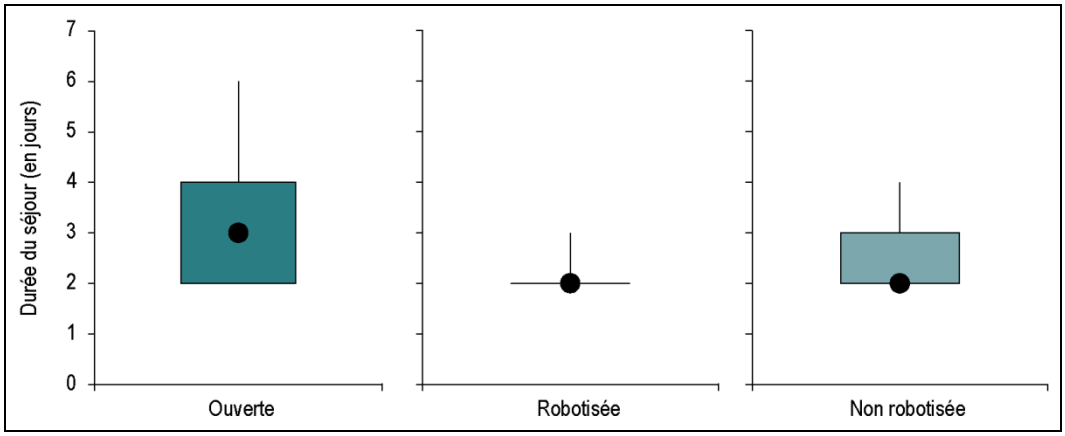
Résultats des chirurgies (2009-2010 à 2012-2013)

Aux fins de la présente analyse, l'ICIS ne disposait pas d'information sur les potentielles complications graves de la prostatectomie radicale (incontinence, impuissance, rétrécissement urétral, etc.). L'information présentée relativement aux résultats des chirurgies se limite à la durée du séjour, à la durée de l'intervention et à la réadmission imprévue du patient dans les 30 jours suivant sa sortie.

Durée du séjour

La prostatectomie radicale par approche ouverte a été associée à de plus longs séjours à l'hôpital que celle réalisée par laparoscopie (figure 4). Les interventions laparoscopiques assistées par robot ont entraîné un séjour plus court que celles réalisées sans système robotisé. Parmi les hommes ayant subi une prostatectomie radicale par approche ouverte, 37,6 % sont restés plus de trois jours à l'hôpital, contre 8 % des hommes ayant subi une prostatectomie radicale assistée par robot et 14,6 % des hommes ayant subi une prostatectomie radicale non assistée. En outre, 24 % des hommes ayant subi une prostatectomie radicale laparoscopique assistée par robot ont été hospitalisés plus de deux jours, contre 37 % des hommes ayant subi une prostatectomie radicale laparoscopique non assistée. La durée du séjour a diminué pendant la période à l'étude; cette diminution a été plus marquée pour les interventions par approche ouverte que pour les interventions par laparoscopie.

Figure 4 : Médiane, intervalle interquartile et 90e percentile de la durée du séjour selon l'approche chirurgicale, 2009-2010 à 2012-2013



Sources

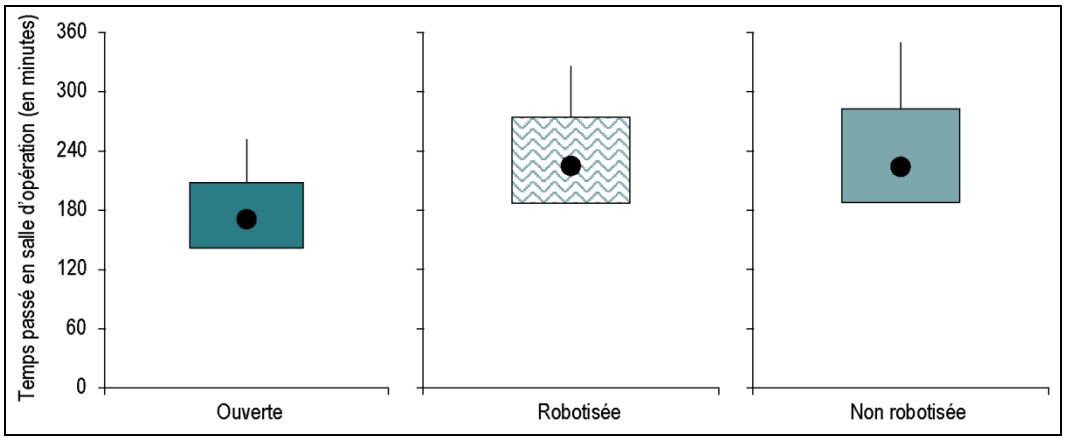
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2009-2010, Santé Alberta.

Temps passé en salle d'opération[iv]

Les hommes qui ont subi une prostatectomie par approche ouverte ont passé moins de temps (médiane de 171 minutes) en salle d'opération que ceux dont l'intervention a été réalisée par laparoscopie, avec ou sans l'aide d'un robot (médiane de 220 minutes chacune) (figure 5). Moins de la moitié (43 %) des hommes ayant subi une intervention par approche ouverte sont restés trois heures ou plus en salle d'opération. En revanche, plus des trois quarts des hommes ayant subi une prostatectomie radicale par laparoscopie sont restés trois heures ou plus en salle d'opération.

iv. Les chirurgies réalisées au Québec ont été exclues de l'analyse en raison du manque d'éléments de données requis pour calculer le temps passé en salle d'opération.

Figure 5 : Médiane, intervalle interquartile et 90e percentile du temps passé en salle d'opération selon l'approche chirurgicale, 2009-2010 à 2012-2013

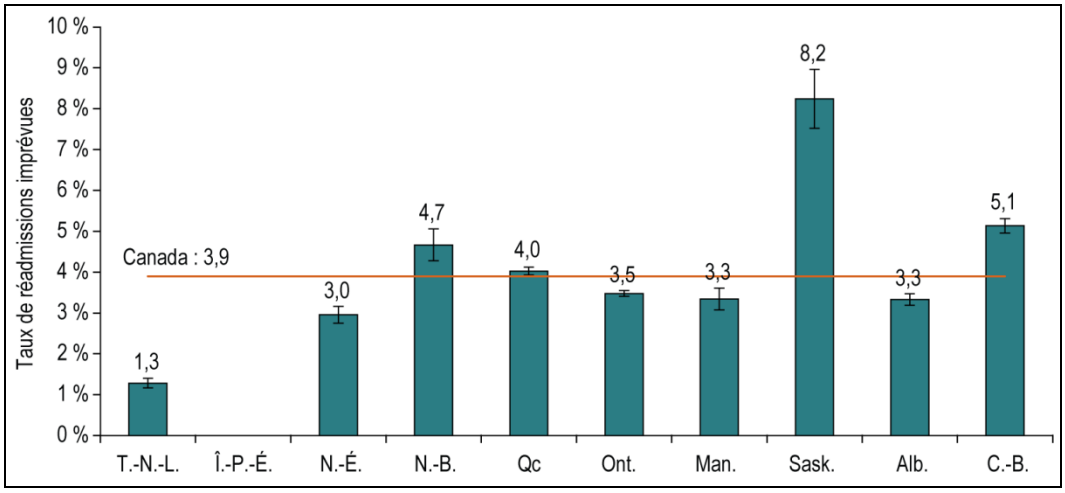


Sources
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2009-2010, Santé Alberta.

Taux de réadmissions imprévues

De 2009-2010 à 2011-2012, le taux de réadmissions imprévues dans les 30 jours suivant l'intervention a été sensiblement le même pour chaque approche chirurgicale utilisée (3,8 %, 3,9 % et 3,8 % respectivement pour les interventions par approche ouverte, laparoscopiques assistées et laparoscopiques non assistées). Pendant cette période, le taux de réadmissions imprévues normalisé selon l'âge a varié de 1,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 8,2 % en Saskatchewan[v] (figure 6).

Figure 6 : Taux de réadmissions imprévues normalisé selon l'âge, selon la province où a eu lieu la chirurgie, 2009-2010 à 2011-2012



Sources
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2009-2010 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Reporting System, 2009-2010, Santé Alberta.

v. Étant donné le taux élevé de la Saskatchewan, d'autres analyses ont été effectuées pour confirmer la validité de ces résultats. Les taux de la Saskatchewan comprennent les réadmissions à l'unité de réévaluation de Regina, lesquelles devraient être exclues (ces réadmissions sont considérées comme des visites au service d'urgence). Cependant, même si l'exclusion de ce petit nombre de réadmissions (supérieur à 5 pour la période de 2009-2010 à 2011-2012) diminuerait légèrement le taux de réadmissions en Saskatchewan, ce taux demeurerait significativement plus élevé que la moyenne canadienne.

Conclusions

Les hommes atteints d'un cancer de la prostate au stade précoce doivent souvent faire des choix difficiles : subir un traitement draconien avec chirurgie ou radiothérapie, ou envisager la surveillance active et renoncer aux traitements invasifs, ou du moins les retarder, avec les risques inhérents de complications à long terme. Idéalement, ces décisions sont prises après que les patients ont été dûment informés des risques connus et des avantages que présentent les solutions de rechange. Pour les hommes qui choisissent la chirurgie, les résultats présentés ici indiquent que le type de chirurgie utilisé dépend en très grande partie de la situation géographique.

Les approches chirurgicales utilisées pour le traitement du cancer de la prostate varient beaucoup selon l'emplacement de l'hôpital. Dans certaines provinces, les hommes subissent presque assurément une intervention par approche ouverte, tandis que dans d'autres, l'intervention est le plus souvent pratiquée par laparoscopie. La variation des taux d'approches chirurgicales au Canada peut être attribuable aux préférences des patients, à la formation et aux préférences des chirurgiens ainsi qu'à des facteurs géographiques et financiers. Par exemple, quatre provinces comptent des hôpitaux équipés de robots da Vinci, ce qui permet d'offrir cette approche à certains patients, mais pas à tous. En outre, le paiement des prostatectomies radicales assistées par robot varie selon la province. En Colombie-Britannique par exemple, un homme qui souhaite subir ce genre d'intervention doit payer 5 800 $ pour les frais additionnels occasionnés par l'utilisation du robot. Par contre, en Alberta, l'usage d'un système robotisé est pris en charge par le régime public d'assurance-maladie. C'est d'ailleurs dans cette province que l'utilisation du robot a enregistré la hausse la plus importante.

En ce qui concerne l'adoption de méthodes robotisées, la situation au Canada — où 11 % des prostatectomies radicales en 2010-2011 ont été réalisées avec l'aide d'un robot — ressemble à celle observée au Royaume-Uni, où 13 % des prostatectomies radicales ont été pratiquées avec système robotisé durant la même année[25]. Contrairement à l'adoption limitée de méthodes robotisées pour les prostatectomies radicales au Canada, une tendance marquée en faveur de la centralisation a été observée aux États-Unis où, en 2008, 80 % des prostatectomies radicales ont été pratiquées au moyen d'un robot[7] et dans les hôpitaux[26] aux volumes les plus élevés. Cette augmentation rapide s'explique par une audacieuse campagne de marketing de la part du fabricant du robot chez nos voisins du Sud, une campagne publicitaire à l'intention de la population, la concurrence entre les hôpitaux pour les parts de marché et la préférence des patients[10, 26-29]. Autre contraste avec les États-Unis, le volume de prostatectomies radicales réalisées au Canada et le nombre d'hôpitaux pratiquant ce genre d'intervention sont demeurés relativement stables pendant la période à l'étude. Aux États-Unis, le volume annuel de prostatectomies radicales a augmenté de 74 % de 2000 à 2008, alors que le nombre d'hôpitaux pratiquant ce genre d'intervention a diminué de 19 %[30].

En réaction à l'absence de données probantes sur l'efficacité des prostatectomies radicales assistées par robot, l'Institut de recherche en services de santé a mené une étude en 2012 sur les complications post-chirurgicales de la prostatectomie[31]. Les chercheurs ont observé une adoption graduelle des méthodes robotisées en Ontario de 2005 à 2011. De plus, ils ont constaté que la prostatectomie radicale assistée par robot présentait des avantages dans le cas de complications (transfusions sanguines, rétrécissement, etc.) par rapport aux autres approches. Une évaluation antérieure de la prostatectomie radicale assistée par robot (évaluation fondée sur un examen systématique de la documentation) a révélé que les données probantes étaient insuffisantes et qu'une incertitude persistait sur les avantages cliniques de cette intervention par rapport aux autres approches[24]. Actuellement, les coûts par rapport aux avantages de la prostatectomie radicale assistée par robot sont inconnus.

Certains des résultats de la présente analyse ont été observés ailleurs. Par exemple, il a été prouvé que la durée du séjour est plus longue pour les prostatectomies radicales par approche ouverte que pour celles effectuées par laparoscopie[5, 6, 21, 22]. De plus, d'autres analyses ont permis d'observer des taux de réadmissions similaires pour les différentes approches, mais des variations par province[32]. Certaines semblent indiquer que les résultats des chirurgies dépendent en grande partie de l'expérience du chirurgien et du nombre d'interventions pratiquées dans l'établissement, et non de l'approche chirurgicale adoptée[23, 33, 34].

Pour le moment, les données longitudinales sur les résultats des chirurgies liées au cancer de la prostate au Canada ne sont pas recueillies de façon systématique. Par conséquent, il a été impossible de décrire l'éventail complet des complications associées à la prostatectomie radicale (incontinence, impuissance, etc.). En l'absence d'essais rigoureux, un système de surveillance pourrait servir à recueillir l'information sur les résultats des chirurgies. Le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé a recommandé l'établissement d'un comité directeur provincial sur la chirurgie minimalement invasive assistée par robot, dont les objectifs seraient les suivants[31] :

1. donner des conseils sur la mise en place de registres à l'échelle provinciale visant à recueillir systématiquement les données sur les résultats des interventions pratiquées à l'aide de cette technologie (mesures des résultats déclarés par les patients, résultats fonctionnels et chirurgicaux, etc.);
2. assurer le suivi des indicateurs de performance clés associés à cette technologie;
3. recommander des méthodes de formation pour les chirurgiens qui utilisent cette technologie (mentorat, agrément, etc.).

Ces recommandations font ressortir la difficulté d'analyser efficacement les résultats des traitements effectués à l'hôpital lorsque des complications sont traitées en milieu communautaire après la sortie du patient. Dans le présent rapport, l'analyse des complications associées à la prostatectomie radicale s'est limitée à la durée du séjour, à la durée de l'intervention et à la réadmission imprévue du patient dans les 30 jours suivant sa sortie.

Ce rapport fait partie d'une vaste étude complète sur les traitements offerts aux hommes atteints du cancer de la prostate. Les travaux ultérieurs porteront sur le traitement des hommes qui viennent de recevoir un diagnostic de cancer de la prostate et tenteront de documenter l'utilisation de diverses méthodes, notamment la surveillance attentive et la surveillance active, la radiothérapie, le traitement anti-androgénique et la chirurgie. Aux fins de cette vaste étude, les données administratives de l'ICIS seront couplées avec celles des registres sur le cancer et d'autres sources. Ce couplage nous permettra de brosser un portrait plus précis des différentes interventions offertes pour le traitement du cancer de la prostate.

Références

1. Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*. Toronto : Société canadienne du cancer; 2013.
2. Finelli A, Pace KT, Sharir S, et al. Surgery for Prostate Cancer. In : Urbach DR, Simunovic M, Schultz SE, dir. *Cancer Surgery in Ontario: ICES Atlas*. Toronto : Institut de recherche en services de santé; 2008;29-35.
3. Shen X, Zaorsky NG, Mishra MV, et al. Comparative effectiveness research for prostate cancer radiation therapy: current status and future directions. *Future Oncol.* 2012;8(1):37-54.
4. Xu J, Dailey RK, Eggly S, Neale AV, Schwartz KL. Men's perspectives on selecting their prostate cancer treatment. *J Natl Med Assoc.* 2011;103(6):468-478.
5. Kowalczyk KJ, Levy JM, Caplan CF, et al. Temporal national trends of minimally invasive and retropubic radical prostatectomy outcomes from 2003 to 2007: results from the 100% Medicare sample. *Eur Urol.* 2012;61(4):803-809.
6. Hu JC, Gu X, Lipsitz SR, et al. Comparative effectiveness of minimally invasive vs open radical prostatectomy. *JAMA.* 2009;302(14):1557-1564.
7. Mohler JL. Ten years of progress in prostate cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2012;10(2):136-140.
8. Phillips C. Tracking the rise of robotic surgery for prostate cancer. *NCI Cancer Bulletin.* 2011;8(16):1-5.
9. Kirby R. Advances in the diagnosis and treatment of prostate cancer. *Practitioner.* 2010;254(1726):21, 23-24, 2.
10. Biehn SS, Reed SD, Moul JW. Will the future of health care lead to the end of the robotic golden years? *Eur Urol.* 2014;65(2):325-327.
11. Hu JC, Freedland SJ, Hollenbeck BK, et al. Valuation of robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2014;65:327-328.
12. Kirby RS. You can't resist the charms of the robot! *BJU Int.* 2010;105(5):582.
13. Nickel JC. Seduced by a robot. *BJU Int.* 2010;105(5):581-582.
14. Nickel JC. The robotic revolution: the seduction continues. *BJU Int.* 2010;105(5):583.

15. Barry MJ, Gallagher PM, Skinner JS, Fowler FJ, Jr. Adverse effects of robotic-assisted laparoscopic versus open retropubic radical prostatectomy among a nationwide random sample of Medicare-age men. *J Clin Oncol.* 2012;30(5):513-518.

16. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):405-417.

17. Ficarra V, Novara G, Ahlering TE, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting potency rates after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):418-430.

18. Lim SK, Kim KH, Shin TY, Rha KH. Current status of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: how does it compare with other surgical approaches? *Int J Urol.* 2013;20(3):271-284.

19. Novara G, Ficarra V, Mocellin S, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting oncologic outcome after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):382-404.

20. Novara G, Ficarra V, Rosen RC, et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):431-452.

21. Trinh QD, Sammon J, Sun M, et al. Perioperative outcomes of robot-assisted radical prostatectomy compared with open radical prostatectomy: results from the nationwide inpatient sample. *Eur Urol.* 2012;61(4):679-685.

22. Yu HY, Hevelone ND, Lipsitz SR, Kowalczyk KJ, Hu JC. Use, costs and comparative effectiveness of robotic assisted, laparoscopic and open urological surgery. *J Urol.* 2012;187(4):1392-1398.

23. Blute ML, Prestipino AL. Factors associated with adoption of robotic surgical technology in US hospitals and relationship to radical prostatectomy procedure volume. *Ann Surg.* 2014;259(1):7-9.

24. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Comparaison entre la chirurgie robotique, la chirurgie ouverte et la chirurgie laparoscopique*. Ottawa : ACMTS; 2012.

25. Royal College of Surgeons of England. *From Innovation to Adoption: Successfully Spreading Surgical Innovation*. Londres : Royal College of Surgeons of England; 2014.

26. Stitzenberg KB, Wong YN, Nielsen ME, Egleston BL, Uzzo RG. Trends in radical prostatectomy: centralization, robotics, and access to urologic cancer care. *Cancer.* 2012;118(1):54-62.

27. Barbash GI, Friedman B, Glied SA, Steiner CA. Factors associated with adoption of robotic surgical technology in US hospitals and relationship to radical prostatectomy procedure volume. *Ann Surg.* 2014;259(1):1-6.

28. Lowrance WT, Parekh DJ. The rapid uptake of robotic prostatectomy and its collateral effects. *Cancer.* 2012;118(1):4-7.

29. Mirkin JN, Lowrance WT, Feifer AH, Mulhall JP, Eastham JE, Elkin EB. Direct-to-consumer internet promotion of robotic prostatectomy exhibits varying quality of information. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(4):760-769.

30. Anderson CB, Penson DF, Ni S, Makarov DV, Barocas DA. Centralization of radical prostatectomy in the United States. *J Urol.* 2013;189(2):500-506.

31. Comité consultatif ontarien des technologies de la santé. *Robotic-Assisted Minimally Invasive Prostatectomy: OHTAC Recommendation*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2014.

32. Friðriksson JO, Holmberg E, Adolfsson J, et al. Rehospitalization after radical prostatectomy in a nationwide, population based study. *J Urol.* 2014; S0022-5347(14)00244-4. doi:10.1016/ j.juro.2014.01.109.

33. Sammon JD, Karakiewicz PI, Sun M, et al. Robot-assisted versus open radical prostatectomy: the differential effect of regionalization, procedure volume and operative approach. *J Urol.* 2013;189(4):1289-1294.

34. Trinh QD, Bjartell A, Freedland SJ, et al. A systematic review of the volume-outcome relationship for radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2013;64(5):786-798.

35. Klotz L. Strengthening evidence for active surveillance for prostate cancer. *Eur Urol*. 2013;63(1):108-110.

36. Klotz L. Active surveillance: patient selection. *Curr Opin Urol*. 2013;23(3):239-244.

37. Ganz PA, Barry JM, Burke W, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference: role of active surveillance in the management of men with localized prostate cancer. *Ann Intern Med*. 2012;156(8):591-595.

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Autres ressources

Les produits complémentaires suivants sont offerts sur le **site Web de l'ICIS** :

- notes techniques
- tableaux de données
- recueil de graphiques
- fiche d'information sur les territoires
- condensé
- avis aux médias

Contactez-nous

Renseignements sur les données :
westernoffice@icis.ca

Demandes des médias :
media@icis.ca

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ni celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Prostatectomie radicale pour le traitement du cancer de la prostate*. Ottawa, ON : ICIS; 2014.

This publication is also available in English under the title *The Delivery of Radical Prostatectomy to Treat Men With Prostate Cancer*.

© 2014 Institut canadien d'information sur la santé

ISBN 978-1-77109-311-8 (PDF) 8181-0814

ANS • YEARS 1994 • 2014

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information