

## La prostatectomie radicale par laparoscopie

Andrew P. Steinberg, M.D., FRCS(C), Professeur adjoint  
Département d'urologie, Université McGill

Le but premier du traitement d'un cancer localisé de la prostate (cancer confiné à l'organe) est l'exérèse complète de la tumeur cancéreuse. La prostatectomie radicale est un traitement chirurgical standard de première ligne du cancer de la prostate. Cette intervention comprend l'exérèse de la prostate dans sa totalité, des vésicules séminales et d'une partie des déférents. Selon les observations oncologiques, le chirurgien procédera également à l'ablation des tissus gras avoisinants, des nerfs et des vaisseaux sanguins.

Depuis la mise au point de l'ASP et du dépistage de nombreux cancers à un stade précoce, la prostatectomie radicale présente un taux de guérison très élevé. À ce titre, on redouble d'efforts pour réduire la morbidité et les séquelles fonctionnelles (incontinence urinaire et impuissance) causées par l'intervention. Au cours des dix dernières années, de nombreuses études ont porté sur les améliorations techniques de la prostatectomie radicale par voie ouverte.

Avec la prostatectomie radicale par laparoscopie (PRL), on assiste à l'émergence d'une solution de rechange à la prostatectomie traditionnelle ou prostatectomie radicale par voie « ouverte ». L'équipe française de Guillonnet et Vallencien a innové la prostatectomie radicale par laparoscopie et l'a perfectionnée, rendant cette pratique usuelle et efficace. Depuis, diverses équipes européennes et américaines y ont introduit des éléments nouveaux. Au Canada, il existe actuellement six centres qui proposent la PRL comme option thérapeutique contre le cancer localisé de la prostate.

Dans les deux cas – la PRL et la prostatectomie radicale par voie ouverte – on procède à l'exérèse totale de la prostate. Par la suite, on fixe la vessie à l'urètre, rétablissant ainsi la continuité du système urinaire. Essentiellement, la PRL et la prostatectomie radicale par voie ouverte sont des opérations similaires, qui se distinguent par leur méthode pour accéder au bassin.

Contrairement à la prostatectomie radicale par voie ouverte, la pratique de la PRL ne nécessite pas une large incision abdominale, mais plutôt de petits orifices, pas plus long que 5 ou 10 millimètres de diamètre. Un télescope (laparoscope) est introduit dans un orifice situé juste sous le nombril afin de transmettre des images sur un écran. Le chirurgien peut alors opérer son patient en regardant une image agrandie de la prostate à l'écran. Le chirurgien et son assistant introduisent des instruments d'environ la taille d'un stylo dans quatre autres orifices.

La chirurgie laparoscopique profite des avantages offerts par le système moderne de fibres optiques. Inséré à quelques pouces de la prostate, le télescope fournit une image incomparable de la prostate et des structures avoisinantes. Cette technique permet d'obtenir des clichés anatomiques agrandis et de réaliser une dissection plus fine de la prostate en préservant d'importantes structures comme les nerfs érectiles et le sphincter urinaire nécessaire au maintien de la continence.

### Quels sont les bienfaits de la PRL?

Compte tenu des multiples caractéristiques techniques de la PRL, la perte de sang associée à cette intervention est très faible, variant en général de 100 à 200 millimètres. Par contre, la perte de sang associée à la prostatectomie radicale traditionnelle atteint presque un litre. Cette réduction de la perte de sang diminue le nombre des transfusions sanguines durant l'opération, qui n'est nécessaire que dans 5 % des cas. On s'attend également à une plus grande réduction des risques de complications postopératoires, comme les crises cardiaques. La PRL étant réalisée à l'aide de très petites incisions, elle s'accompagne de très peu de douleurs. Une journée après l'opération, le besoin de narcotiques est minime chez la plupart des patients, ce qui réduit les effets secondaires comme la fatigue, les étourdissements et la constipation. La réduction de la douleur permet également aux patients de se lever quelques heures après l'opération et de quitter l'hôpital en moins de trois jours. Dans de nombreux centres des États-Unis, les patients reçoivent leur congé de l'hôpital le lendemain de l'opération. Certains patients (mais ils sont rares) retournent au travail moins de 48 heures après l'intervention; la plupart peuvent reprendre leurs activités (golf, exercices, etc.) dans les deux semaines. On assiste rarement à un rétablissement d'une telle rapidité à la suite d'autres chirurgies traditionnelles.

Comme le taux de guérison du cancer localisé de la prostate augmente considérablement, les séquelles fonctionnelles du traitement sont passées au premier plan. En effet, l'incontinence urinaire est une préoccupation majeure après une prostatectomie par voie ouverte, et elle demeure une cause de morbidité importante chez un petit nombre de patients. Malheureusement, il est souvent difficile de comparer les taux de continence révélés par diverses études, car les auteurs ont tendance à utiliser des définitions différentes de la continence, et ils ont souvent recours à des questionnaires subjectifs. Néanmoins, la plupart des études démontrent qu'au moins 5 % des hommes restent incontinents après l'opération. À l'aide de questionnaires standardisés à l'intention des patients, une étude détaillée (Litwin et al.) révèle que seulement 61 % des cas de prostatectomie par voie ouverte retrouvent une « fonction urinaire » normale, un an après l'opération. Ces constatations contredisent l'expérience menée à John Hopkins (Walsh et al.). Selon ces chercheurs, un an après avoir subi une prostatectomie par voie ouverte, jusqu'à 95 % des patients décrivent leurs « ennuis urinaires » comme « n'étant pas un problème » ni même un « moindre problème ». Éventuellement, la plupart des hommes retrouveront le contrôle de leurs mictions, mais certains devront attendre 18 mois après l'opération.

Des résultats similaires ont été publiés dans des études « laparoscopiques ». La possibilité de faire des dissections plus fines du sphincter et des points de suture plus précis sur

la vessie laisse espérer qu'on puisse accélérer le processus de rétablissement qui mène à la continence. Éventuellement, moins d'hommes seront incontinents. D'autres études sont en cours dans l'espoir de répondre à toutes ces questions.

La prostatectomie assistée par robot. Au fur et à mesure que progresse la technologie, on assiste à l'amélioration d'options thérapeutiques contre le cancer de la prostate. À l'heure actuelle, un nouvel instrument robotique, le DaVinci, est utilisé pour faciliter et, possiblement, améliorer la technique laparoscopique. Ses bienfaits sont encore à l'étude. Le DaVinci pourrait améliorer la qualité de l'image (image tridimensionnelle) ainsi que la dextérité manuelle. L'amélioration de la dextérité manuelle de l'instrument provient de sa capacité d'articuler ses extrémités. Grâce à cette caractéristique, le DaVinci peut imiter les mouvements exécutés par le poignet de l'homme. Enfin, la console de commande permet au chirurgien d'être assis plus confortablement, donc d'être plus détendu et moins fatigué. Il y a de fortes chances qu'avec le perfectionnement de la technologie robotique, les systèmes chirurgicaux robotiques puissent faciliter la pratique de la PRL, surtout pour le chirurgien débutant.

### Avantages et désavantages potentiels de la prostatectomie radicale par laparoscopie

#### Avantages

1. Diminution de la perte de sang
2. Diminution du temps de cathétérisme
3. Diminution de la douleur postopératoire
4. Réduction du séjour hospitalier
5. Reprise plus rapide des activités normales
6. Augmentation de la visualisation des nerfs érectiles
7. Précision de l'étanchéité de l'anastomose rétro-vésicale (raccordement de la vessie à l'urètre)

#### Désavantages

1. Difficulté concernant l'apprentissage et la maîtrise de cette technique
2. Prolongement de la durée de l'opération
3. Insuffisance de données à long terme

Suite à la page 4 ...

### Sommaire ...

- 1 La prostatectomie radicale par laparoscopie
- 2 La Nycturie
- 3 L'histoire de Ronny
- 4 Événements à venir

## Définition

Auparavant, on définissait la nycturie de différentes façons, ce qui pouvait nuire à l'identification de la maladie et à son traitement. En 2002, l'International Continence Society (ICS) a normalisé la définition de la nycturie en décrivant ses manifestations de la façon suivante : « La personne se plaint d'être réveillée par une envie d'uriner une ou plusieurs fois par nuit. »<sup>1</sup> Or, avant cette nouvelle formulation, les chercheurs définissaient ce trouble agaçant en mentionnant deux ou plusieurs interruptions de sommeil par nuit, causées par l'envie d'uriner. Dans la nouvelle définition, on précise que le patient se plaint du problème, ce qui met en évidence la notion d'agacement. En outre, la prévalence de la nycturie est appelée à augmenter, et les médecins devraient poser des questions à leurs patients en utilisant cette nouvelle définition pour en normaliser le diagnostic et la thérapie.

## Prévalence

La nycturie est un problème courant, largement ignoré par les patients qui ont tendance à croire qu'il s'agit d'un trouble « naturel », dû au vieillissement chez les femmes ou à la prostate chez les hommes. En se reportant à la définition précédente de deux mictions ou plus par nuit, on a constaté que la prévalence de la nycturie chez les hommes âgés de 40 à 49 ans s'établissait à 16 %, et chez les hommes de 50 à 59 ans, à 29 %. Quant à ceux de 60-69 ans, le pourcentage grimpe à 42 % et atteignait même 55 % chez les hommes de plus de 70 ans.<sup>2</sup> Parallèlement, les recherches ont montré que la nycturie touchait 13 % des femmes âgées de 40 à 59 ans, 28 % des femmes de 60 à 79 ans et jusqu'à 51 % des femmes de plus de 80 ans.<sup>3</sup> Ces études révèlent que la prévalence de la nycturie augmente avec l'âge, et qu'il s'agit d'un problème très répandu.

## Impact de la nycturie : l'agacement

Face à tout problème d'origine génito-urinaire, les médecins évaluent le niveau « d'agacement » pour déterminer le bien-fondé d'une thérapie. Des recherches sur la nycturie révèlent que deux tiers des hommes et des femmes touchés par ce problème le considèrent très agaçant.<sup>4</sup> L'impact de la nycturie est énorme, car le fait de se faire réveiller à cause du besoin d'uriner perturbe le sommeil. Or, la privation de sommeil a des effets négatifs sur le rendement au travail,

l'humeur et la qualité de vie. Ces effets coûtent cher à la victime comme à la société.<sup>5</sup> En outre, le risque de chutes et de fractures chez les personnes âgées serait lié au nombre de mictions nocturnes.<sup>6</sup> Bref, la nycturie est définitivement une source d'agacement pour les patients.

## Le diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la nycturie est vaste et englobe presque toutes les disciplines de la médecine, de la psychiatrie, en passant par l'endocrinologie, la cardiologie et l'urologie. Le tableau 1 (en annexe) donne la liste des étiologies les plus courantes :

1. Polyurie (volume d'urine durant 24 h > 2800ml)
2. Troubles du sommeil
3. Problèmes d'entreposage vésical
4. Polyurie nocturne (volume d'urine la nuit > 20 à 30 % du volume d'urine produit durant 24 h).

La polyurie et la polyurie nocturne présentent souvent des étiologies différentes. En effet, la polyurie indique une production excessive d'urine, tandis que la polyurie nocturne est due à une surproduction d'urine durant la nuit. Habituellement, la production d'hormones antidiurétiques a un rythme circadien, caractérisé par des sécrétions accrues durant le sommeil, ce qui réduit la production d'urine. Les patients souffrant de polyurie nocturne peuvent avoir une diurèse aqueuse, associée à une diminution des sécrétions hormonales ou à une insensibilité rénale. De façon alternative, les patients peuvent avoir une diurèse aqueuse/

osmotique, associée à une insuffisance cardiaque congestive, aux apnées du sommeil ou à l'insuffisance veineuse.

Chez l'homme vieillissant, la cause de nycturie la plus souvent évoquée est l'hypertrophie bénigne de la prostate. Toutefois, de nombreux problèmes d'entreposage vésical conduisent à la nycturie chez les hommes et les femmes. Mentionnons, entre autres, la vessie hyperactive ou le taux élevé de résidus postmictionnels, entraînant une diminution de la capacité fonctionnelle de la vessie. En isolant la cause de la nycturie, il est possible de mieux orienter la thérapie.

## Le diagnostic

Comme pour toutes les spécialités médicales, le bilan commence avec l'histoire du patient. Or, les problèmes de nycturie ne sont pas toujours signalés au médecin par leurs patients. Voilà pourquoi les médecins devraient poser régulièrement des questions à cet effet pour dépister plusieurs maladies graves. Il est important de faire la différence entre le réveil nocturne, suivi de mictions et le réveil nocturne causé par l'envie d'uriner. L'histoire du patient devrait également être axée sur ses symptômes médicaux d'ordre général, qui pourraient révéler la cause de la nycturie : problèmes cardiaques, respiratoires, psychiatriques ou diabète. Enfin, il y a lieu d'obtenir du patient des détails sur sa consommation potentiellement excessive de liquides, l'usage de diurétiques et sa consommation d'alcool et de caféine. Un examen physique général peut donner des indices tels que l'œdème périphérique, l'obésité ou l'hypertrophie de la prostate. L'outil diagnostique le plus efficace est la tenue par le patient d'un journal des mictions, durant 24 ou 72 heures. Ce dernier

Tableau 1: Étiologies de la nycturie

| Polyurie                 | Troubles du sommeil            | Problèmes d'entreposage vésical         | Polyurie nocturne                 |
|--------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| Diabète sucré            | Insomnie                       | Résistance vasculaire pulmonaire élevée | Diurèse aqueuse Primaire          |
| Diabète insipide         | Parasomnie                     | Hyperactivité du detrusor               | Secondaire                        |
| Polyurodipsie psychogène | Syndrome des jambes sans repos | Obstacle sur les voies excrétoires      | Diurèse aqueuse/osmotique         |
|                          | Apnées du sommeil              | Hypersensibilité de la vessie           | Insuffisance cardiaque congestive |
|                          | Autres troubles du sommeil     | Viellissement urogénital                | Insuffisance rénale               |
|                          |                                |   | Apnées du sommeil                 |
|                          |                                |   | Déficit en œstrogènes             |

## L'histoire de Ronny

### dans ses propres mots

Interviewée par Suzanne Berton

« Le stress! » dit Ronny, au sujet de son handicap. « J'ai le Spina Bifida et Hyd... Hydro... j'ai de la difficulté avec ce mot. » Ronny veut dire Hydrocéphale, un excès de fluide au cerveau. « Cela, depuis ma naissance, vous ne pouvez pas être atteint du Spina Bifida à la suite d'un accident de voiture », elle ajoute en faisant la moue. Ronny a 19 ans!

« Être une personne handicapée n'est vraiment pas drôle », dit Ronny. « Je suis limitée dans ce que je peux faire. Je ne peux pas marcher sans ma marchette ou sans béquilles. » Elle ajoute qu'elle a pris connaissance de son handicap dès sa jeune adolescence. « Quand j'avais 13 ou 14 ans, je savais que je n'étais pas une enfant normale. Je dois suivre des procédures que d'autres personnes n'ont pas à faire. Je dois me coucher tôt car je dois me lever de très bonne heure pour faire ma routine et me préparer pour l'école. »

« Je ne peux pas porter de paquets sans équilibre. J'ai besoin de béquilles, d'un fauteuil roulant ou de ma marchette. »

Dans une société moderne, où des avances ont été faites dans tous les domaines, Ronny constate que beaucoup pourrait encore être fait pour améliorer sa qualité de vie.

Même aujourd'hui, elle pense que les gens ont encore des attitudes envers les personnes handicapées.

Plusieurs autres choses lui rendent la vie quotidienne difficile. « Les routines de toiletteage. Constamment prendre des bains, se changer, revêtir d'autres habits. » Tous les jours, plus d'une fois par jour, elle suit une routine pour gérer son handicap.

Un des plus grands défis du handicap de Ronny est son « problème vésical. » « Depuis ma naissance », ajoute Ronny, « j'avais des problèmes de vessie, (et des problèmes intestinaux). J'ai subi plusieurs interventions chirurgicales de la vessie. J'ai des infections urinaires. Je dois constamment veiller à maintenir mes reins, ma vessie et mes intestins en bonne santé pour ne pas être malade. » Pour aider ses problèmes de vessie, Ronny doit boire beaucoup d'eau et se cathétériser chaque jour, au besoin. « Je dois me cathétériser sept fois par jour, sinon la pression sur ma vessie me fera uriner. Je peux avoir des accidents. Je dois porter des couches et des coussinets la nuit pour éviter de mouiller le lit, et il me faut aussi porter des couches au cours de la journée. »

Ronny connaît fort bien les problèmes qu'elle peut avoir

avec sa vessie. « Je suis tombée malade à Noël l'an dernier à cause de ma vessie. Étais vraiment malade. J'avais du sang dans les urines. J'avais très mal au ventre, je ne pouvais garder aucune nourriture et j'avais de terribles cernes noirs autour des yeux. Je ne pouvais plus uriner. Il m'a fallu de l'aide afin de pouvoir remédier à ce problème et maintenant, je me porte mieux. J'avais si peur d'aller à l'hôpital et de me faire donner des intraveineuses. Je pensais que cela ne finirait jamais. Cela pourrait se reproduire, ça dépend de ma vessie et si les cathéters fonctionnent bien. »

Ronny ajoute que, « les gens devraient simplement me traiter comme une personne normale. »

L'histoire de Ronny fait preuve qu'il existe plusieurs causes d'incontinence et, il est à espérer que cette histoire aidera à dissiper le mythe qui veut que « ceci est normal », ou que « ceci est due à votre âge. »

Heureusement, dans la majorité des cas, il existe des options de traitement et 80% des cas d'incontinence peuvent être guéris ou gérés avec succès. Nous encourageons toutes les personnes atteintes d'incontinence à rechercher l'aide nécessaire auprès des professionnels de la santé.

notera le nombre de ses mictions, le volume de liquides consommés et le volume de liquides évacués. Finalement, une analyse d'urine peut permettre de dépister la glycosurie, l'hématurie ou la présence d'une cystite.

## Le traitement

La gestion de la nycturie repose sur la modification du comportement ainsi que sur des interventions pharmacologiques. La thérapie initiale devrait viser toute maladie sous-jacente, comme le diabète sucré et l'apnée du sommeil d'origine obstructive. Parmi les modifications apportées au comportement, notons la diminution de consommation de café et d'alcool ainsi que la restriction de tout liquide après le souper. Mise en garde : les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ou d'insuffisance veineuse ont besoin de stratégies préventives plus énergiques contre l'œdème, comme le port de bas élastiques, des siestes en après-midi avec les jambes surélevées et la consommation de diurétiques à des moments appropriés. La diurèse, tôt dans la soirée, donne les meilleurs résultats, puisque le patient s'allonge peu après avoir évacué l'excès de liquide.

Les stratégies pharmacologiques comprennent la consommation de diurétiques aux moments appropriés, l'usage d'anticholinergiques pour la nuit ou d'alpha-bloquants et de desmopressine. La desmopressine est un antidiurétique puissant, qui provoque la réabsorption hydrique dans les néphrons distaux. On recommande ce médicament aux patients souffrant de polyurie nocturne ou de nycturie persistante, malgré l'optimisation de leur état médical. Son usage devrait être autorisé uniquement en l'absence de maladies hépatiques, d'insuffisance cardiaque congestive, d'insuffisance rénale chronique, de syndrome de perte de sel, comme la diarrhée ou les néphropathies et de troubles plaquettaires. Le traitement devrait débuter par une dose de 0,1mg/j, puis être augmenté au besoin à 0,2mg/j et enfin à 0,4mg/j par palier hebdomadaire. Chez les patients âgés de plus de 65 ans ou à risque d'hyponatrémie, il est recommandé d'évaluer le stock sodique moins de trois jours après tout changement de dose ainsi que périodiquement. Les effets secondaires signalés sont les maux de tête, la diarrhée, les étourdissements et la nausée. En cas d'effets secondaires, on recommande d'évaluer le stock sodique et d'interrompre la prise du médicament jusqu'à l'obtention des résultats du test.

Des études ont révélé que la dose de 0,2mg s'avérait efficace chez 33 % des patients, tandis que 55 % avaient besoin d'une dose de 0,4mg.<sup>7</sup> Dans cette étude effectuée auprès de patients de sexe masculin, 54 % d'entre eux ont constaté une réduction de > 40 % de mictions nocturnes, comparés à seulement 16 % dans le cas de patients soumis à un placebo.<sup>7</sup> Ces données confirment le rôle de la desmopressine dans le traitement de la nycturie.

## Conclusion

La nycturie est un problème courant, qui nuit à la qualité de la vie. Le bilan de l'état du patient permet d'identifier les causes susceptibles d'être traitées par la thérapie comportementale et la pharmacothérapie. La thérapie a pour effet d'apporter au patient un sommeil plus réparateur.

## Références bibliographiques

1. Van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D, et al.: The Standardization of Terminology in Nocturia: Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn.* 2:179-183, 2002.
2. Chute CG, Panser LA, Girman CJ, et al.: The prevalence of prostatism: A population based survey of urinary symptoms. *J. Urol.* 150: 85-89, 1993
3. Swithinbank LV, Donovan J, James MC, et al.: Female urinary symptoms: Age prevalence in a community dwelling population using a validated questionnaire. *Neurourol. Urodyn.* 16: 432-434, 1997.

4. Jolleys JV, Donovan JL, Nanchahal K, et al.: Urinary symptoms in the community. How bothersome are they? *Br. J. Urol.* 74:551-555, 1994.
5. Nocturia: Epidemiology, Etiology, Lifestyle Consequences and Treatment of this Condition in Canada: Summary Proceedings of a Canadian Roundtable Conference. April 13, 2002.
6. Stewart, RB, Moore, MT, May, FE, et al.: Nocturia: a risk factor for falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 40: 1217, 1992.
7. Cannon A, Carter PG, McConnell AA, et al.: Desmopressin in the treatment of nocturnal polyuria in the male. *BJU Int.* 84:20-24, 1999.

## Novembre : MOIS DE LA SENSIBILISATION AUX PROBLÈMES D'INCONTINENCE!

La préparation de forums d'information publique est en cours. Grâce à la collaboration de bénévoles locaux, ces événements se tiendront dans de nombreuses villes partout au Canada.



Pour connaître le site du forum le plus près de chez vous ou pour vérifier la date et l'heure de l'événement, veuillez consulter la liste des forums, qui figurera vers la mi-octobre dans le site Web de la Fondation.

[www.continence-fdn.ca](http://www.continence-fdn.ca)



## NOUVELLE PUBLICATION

FEUILLETS D'INFORMATION:  
INCONTINENCE URINAIRE?

LA RÉTROACTION BIOLOGIQUE  
POURRAIT VOUS AIDER!

SEULEMENT \$2.00 chaque

# Laparoscopic Radical Prostatectomy

Suite

## Conclusion

Les standards établis par la prostatectomie rétropubienne radicale par voie ouverte demeurent extrêmement élevés. De nos jours, l'opération par voie ouverte est une intervention rapide qui donne lieu à un court séjour hospitalier, à un faible taux de morbidité, à d'excellents résultats en matière de continence et de virilité. En raison des difficultés que pose l'apprentissage de cette intervention, son usage n'est pas encore répandu. D'autres études fiables sur le contrôle du cancer, le rétablissement du patient, la continence et la virilité sont nécessaires pour démontrer les véritables bienfaits de cette technique. En dernière analyse, la laparoscopie devrait réduire les problèmes d'incontinence et d'impuissance. À mon avis, la laparoscopie pourra répondre à ces deux objectifs en raison de l'incomparable visualisation qu'elle offre au chirurgien et de la diminution de perte de sang liée à cette opération. Une plus grande expérience technique permettra de perfectionner la préservation des nerfs. Nous croyons que les difficultés techniques de la PRL ne sont pas un « problème ». Elle offre plutôt d'excellentes « perspectives d'avenir ». L'énorme demande du public concernant les techniques chirurgicales peu effractives et les progrès technologiques pourraient s'avérer un facteur décisif à cet égard.

Andrew P. Steinberg, M.D., FRCS(C)



## 17th Urological Excellence Conference

September 23 - 25, 2004  
Marriott Hotel Calgary, AB  
"Rocky Mountain Dreams & Streams"  
Call: 403-266-7331  
Email: [Imcdonough@calgaryhealthregion.ca](mailto:Imcdonough@calgaryhealthregion.ca)

## Society of Urologic Nurses & Associates

Annual Meeting  
October 22-26, 2004  
Call: 888-827-7862  
Email: [suna@ajj.com](mailto:suna@ajj.com)

## Canadian Association of Enterostomal Therapy

23rd Annual Conference  
October 13- 17, 2004  
Grand Okanagan Hotel, Kelowna, BC  
"Okanagan Vintage: A Taste of Success"  
Email: [Pamela.tranfunenko@interiorhealth.ca](mailto:Pamela.tranfunenko@interiorhealth.ca)

## 7th Asian Congress of Urology, Hong Kong

31 October- 4 November 2004  
To obtain the latest information regarding the scientific program and other aspects, please log on to [www.acu2004.org](http://www.acu2004.org)  
Email: [secretariat@acu2004.org](mailto:secretariat@acu2004.org)

## Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers En Urologie

12e Journée scientifique  
November 12, 2004  
Montreal, Qc  
Email: [AQ11U@videotron.ca](mailto:AQ11U@videotron.ca)

# Vous pouvez NOUS AIDER!

Chaque don fait à la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) (FAPI) nous permet de poursuivre notre tâche auprès des consommateurs qui sont atteints d'incontinence urinaire.

Il est à noter que FAPI ne reçoit aucun budget d'opération d'aucun niveau de gouvernement que ce soit. Nous comptons sur les contributions individuelles, celles de l'industrie, l'adhésion des membres professionnels de la santé et les ventes de nos publications.

Nous émettons un reçu officiel pour fins d'impôt pour toute contribution de 20.00\$ et plus.  
Organisme de charité # 89004 4746 RR0001

Veillez faire votre chèque au nom de la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) et le faire parvenir à :  
B.P. 30, Succursale Victoria,  
Westmount, Qc H3Z 2V4

## Membres du conseil d'administration

Présidente sortante - Bonny Brunet  
Président par interim -  
M. David Wm. Ames, Bsc, Msc, CCM  
Vice-président par interim -  
Dr Derek Griffiths, PhD  
Représentant de l'industrie -  
M. Peter Brownrigg

Dr Darius Bagli, MD, FRCS  
Mme Frankie Bates, RN, NCA  
Mme Claudia Brown, PT  
Dr Harold Drutz, MD, FRCS  
Dr Scott A. Farrell, BA, BEd, MD, FRCS  
Dr Jerzy Gajwski, MD, FRCS  
Mme Sonya Lytwynec, Reg. B. ScN  
Mme Dianna MacDonald, PT  
Mme Fran Monkman, RN, NCA  
Dr Jane A. Schulz, Bsc, MD, FRCS  
Dr Luc Valiquette, MD FRCS

## Comité consultatif

Dr Michael Borrie, MD, FRCP  
Dr Susan Bowles, Pharm.D  
Dr Jacques Corcos, MD  
Dr Catherine Flood, MD, FRCS  
Dr Sender Herschorn, MD, FRCS  
(Pres. du comité scientifique)  
Dr George Kuchel, MD, FRCP  
Dr Katherine Moore, RN, MN, PhD  
Mme Louise Perrin, PT  
Dr Peter Pommerville, MD, FRCS  
Dr Sydney Radomski, MD, FRCS  
Mme Carole Riback, M.Ed  
Dr M. Lynn Stothers, MD, FRCS

## Directrice générale

Mme Ruth Pelletier

## Adjointe Administrative

Mme Michèle De Cicco

## Design & Mise en page

Dawn Chantale Pelletier

## Formulaire d'adhésion

Veillez compléter ce formulaire et l'envoyer à l'adresse ci-dessous.

### La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)

- Membre professionnel individuel - \$60. (frais annuels)  
 Association membre - \$100. (frais annuels)  
 Donateur  \$10  \$75  \$50  Autre, veuillez préciser: \$ \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_

ORGANISME: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_ CODE POSTALE: \_\_\_\_\_

TÉL: \_\_\_\_\_ TÉLÉC: \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_

#### Paiement:

Carte de crédit Visa # \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de la «fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)»

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada)  
B.P. 30, Succursale Victoria, Westmount, Qc H3Z 2V4