

ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE CHIRURGICALE

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

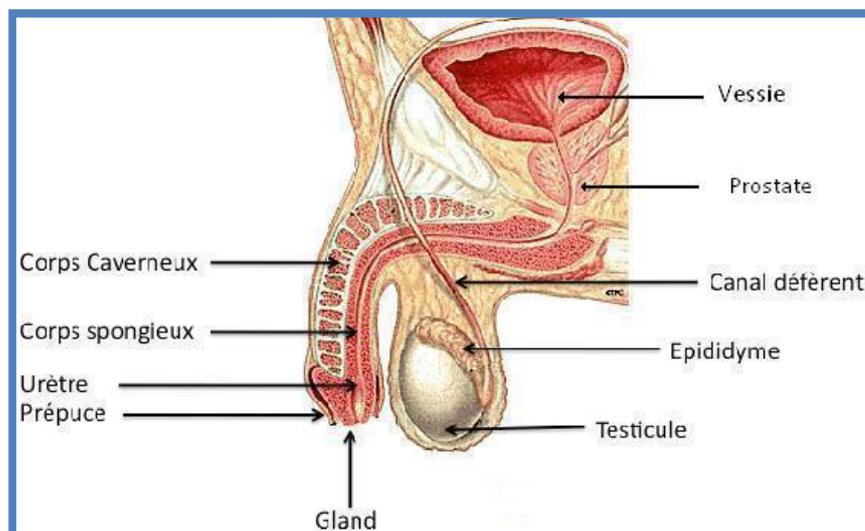
L'intervention proposée a pour objectif de traiter l'adénome de prostate que vous présentez, par voie chirurgicale dite « ouverte ».

Rappel anatomique

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

La prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit traverser la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.



Principe de l'intervention

L'augmentation de volume de la prostate, adénome prostatique ou hypertrophie bénigne prostatique (HBP) est une pathologie de la partie centrale de la prostate. Elle peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou des envies fréquentes d'uriner et d'autres complications (lithiase, hématurie, rétention d'urines...).

Une intervention chirurgicale est indiquée lorsque le traitement médical n'est plus efficace et dans le cas de complications.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Existe-t-il d'autres options ?

Un traitement médical est habituellement proposé en première intention. Il peut avoir des effets secondaires et une efficacité limitée.

L'intervention peut être réalisée par voie naturelle, trans-urétrale sous contrôle endoscopique. Appelée résection trans-urétrale de la prostate (RTUP), elle est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît. Elle consiste à enlever l'adénome prostatique pour élargir le canal urinaire. Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi il privilégie une adénomectomie chirurgicale plutôt qu'une intervention endoscopique, le volume de la prostate est un des critères de choix importants.

Préparation à l'intervention

Une échographie de la prostate peut être réalisée pour estimer le volume de la prostate et apprécier l'aspect de la vessie.

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération.

Un bilan sanguin, comportant l'étude de la fonction des reins, est réalisé avant l'intervention.

la prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours ou éventuellement poursuivie à faible dose pour l'aspirine.

Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Technique opératoire

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

L'adénomectomie prostatique chirurgicale consiste à retirer la totalité de l'adénome, c'est-à-dire la partie centrale de la prostate, en passant au travers de la vessie ou directement par incision de la capsule prostatique. La prostate périphérique est laissée en place.

Elle nécessite une incision cutanée de quelques centimètres au dessus du pubis.

Dans la technique trans-vésicale, la vessie, située sous la paroi musculaire de l'abdomen, est ouverte. Le chirurgien dissèque l'adénome et le sépare du reste de la prostate en passant par la vessie. Le tissu prostatique retiré est conservé pour être analysé au microscope.

En fin d'intervention, un drain aspiratif est placé au niveau de la zone opératoire. Une sonde vésicale, mise en place pendant l'intervention, est maintenue pendant plusieurs jours suivant les recommandations de votre urologue. Elle peut permettre de laver la vessie de façon continue avec du sérum pour éviter la formation de caillots de sang et l'obstruction de la sonde.

Analyse anatomopathologique

La pièce opératoire est systématiquement analysée par le médecin anatomopathologiste pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion bénigne.

Suites habituelles

Le drain est retiré après 1 à 3 jours. Si un fil dit de « cerclage » a été placé pour diminuer le saignement, il est retiré par simple traction à travers la peau 1 ou 2 jours après l'intervention.

Le délai pour l'arrêt du lavage de la vessie et le retrait de la sonde est variable, habituellement de quelques jours et il est décidé au cas par cas par votre chirurgien. Lorsque des caillots sanguins obstruent la sonde, un lavage de vessie avec une seringue à gros embout est utilisé pour rétablir la perméabilité de la sonde.

Vous pouvez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention. Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin. La douleur appelée « poussée sur sonde » peut survenir par intermittence, elle correspond à un spasme de la vessie et se caractérise par une envie douloureuse d'uriner malgré la sonde.

Un traitement anti-coagulant est prescrit en post-opératoire pour prévenir le risque de phlébite.

Les fils ou les agrafes cutanés sont retirés dans un délai de 6 à 12 jours.

Les soins infirmiers à domicile comprennent les soins de la cicatrice cutanée ainsi que l'injection quotidienne d'anti-coagulant. Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.

Des ordonnances peuvent vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi. Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La reprise de vos activités doit être progressive en évitant les efforts et les rapports sexuels pour un mois. Au-delà, il n'y a aucune restriction particulière.

Le résultat fonctionnel sur les mictions est progressif dans un délai d'environ 1 à 3 mois. Pendant cette période, vous pouvez ressentir des envies pressantes ou des brûlures en urinant.

Suivi post-opératoire

La consultation post-opératoire intervient dans les semaines qui suivent l'intervention. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale.

Une analyse d'urine à la recherche d'une infection et une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel peuvent vous être prescrites.

Le suivi est ensuite réalisé habituellement une fois par an par l'urologue ou le médecin traitant du patient.

Si un cancer de la prostate est diagnostiqué sur le tissu prostatique retiré lors de l'intervention, votre urologue vous précisera les conditions du suivi.

Une repousse de l'adénome peut se produire plusieurs années après l'intervention, avec réapparition des symptômes urinaires. Par ailleurs, un cancer de la prostate peut survenir à distance sur la prostate restante, sans que cela n'ait de lien avec l'intervention.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute

intervention chirurgicale.

- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :
 - Le saignement peut être présent pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention. Une réintervention peut être nécessaire pour retirer des caillots sanguins dans la vessie.
 - La rétention urinaire (blocage de la vessie ou défaut de contractilité du muscle vésical) est une complication possible. Dans la période post-opératoire précoce, elle peut être due à la présence de caillots secondaires à une reprise du saignement (chute d'escarre). Une sonde vésicale est posée pendant quelques jours si une rétention urinaire par caillotage survient.
 - L'infection urinaire, complication la plus fréquente, peut conduire votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, n'hésitez pas à prendre contact rapidement avec votre médecin traitant ou votre urologue.
 - La phlébite est une complication possible, mais le risque est réduit par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants.
 - La cicatrice cutanée peut s'infecter (abcès). En cas de douleur au niveau de la cicatrice, de rougeur ou d'écoulement de pus, il faut contacter votre chirurgien. Un écoulement d'urine par la cicatrice peut nécessiter de reposer la sonde pour une durée de plusieurs jours.
 - Il n'existe habituellement pas de troubles de l'érection après ce type d'intervention.
 - Le risque d'éjaculation rétrograde est très fréquent. Celle-ci se caractérise par l'absence d'émission de sperme au moment de l'orgasme. Elle est secondaire à l'ouverture du col de la vessie provoquée par le retrait de l'adénome.
 - L'incontinence urinaire est rare, le plus souvent transitoire.
 - Dans de rares cas, peut survenir un rétrécissement secondaire du canal de l'urètre ou du col de la vessie ou encore du méat urétral pouvant nécessiter une ré-intervention.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.