

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 pathologie 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 exposés 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.

TRAITEMENT PAR RÉSECTION TRANS-URÉTRALE DE LA PROSTATE DANS L'HYPERPLASIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

LE CONTEXTE

L'organe

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 passer à travers la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sortent de la vessie et sont évacuées.

La maladie

L'augmentation de volume de la prostate, ou adénome prostatique, est une pathologie bénigne qui peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou d'envies fréquentes d'uriner.

L'adénome de prostate est une pathologie extrêmement fréquente qui touche, à des degrés divers, la presque totalité des hommes après un certain âge.

Le traitement de l'adénome de prostate repose en première intention sur le traitement médical. Parfois, lorsque le traitement médical n'est plus efficace, une intervention chirurgicale devient nécessaire.

En l'absence de traitement, il existe un risque de détérioration progressive du fonctionnement de la vessie, de blocage complet des urines (rétention), d'infection ou de saignement urinaire, ou de détérioration progressive du fonctionnement des reins.

Les options de prise en charge à ce stade

Un traitement médical est habituellement proposé en première intention, mais il peut avoir certains effets secondaires et avoir une efficacité limitée.

L'intervention chirurgicale (par voie ouverte ou par les voies naturelles ; adénomectomie ou résection trans-urétrale de la prostate) est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît. Il consiste à enlever l'adénome pour élargir le canal

urinaire. C'est un traitement plus radical mais qui est très fréquemment responsable de la survenue d'une éjaculation rétrograde.

Titre de l'intervention proposée

L'intervention qui vous est proposée s'appelle la résection trans-urétrale de la prostate.

Elle se réalise en passant par les voies naturelles.

Elle s'adresse le plus souvent à des patients chez qui le volume prostatique n'est pas trop important.

Principe de l'intervention

Cette intervention consiste à élargir le canal de l'urètre intra-prostatique en enlevant l'adénome qui l'entoure et qui empêche l'écoulement de l'urine.

L'avantage de cette technique est de ne pas laisser de cicatrice cutanée.

Son action est souvent définitive et permet d'arrêter le traitement médical. L'adénome peut néanmoins repousser plusieurs années après l'intervention et entraîner une réapparition des symptômes.

Durée moyenne de séjour

Cette intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Préparation à l'intervention

Une échographie de la prostate est habituellement demandée pour vérifier que les dimensions de la prostate sont compatibles avec ce traitement.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

Un bilan sanguin sera réalisé avant l'intervention.

Les médicaments anti-coagulant ou anti-aggrégant (Aspégic, Plavix) devront le plus souvent être arrêtés quelques jours avant l'intervention.

Habituellement, cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (rachi-anesthésie).

En prévention d'une infection, vous recevrez une dose d'antibiotique au début de l'intervention.

Technique opératoire

L'anesthésie loco-régionale est obtenue par rachi-anesthésie. Une injection d'anesthésique est réalisée par ponction lombaire.

En cas de rachi-anesthésie, vous ne pourrez plus bouger vos jambes. Vous pourrez conserver des sensations, mais l'intervention restera indolore.

Cette opération se déroule par le canal de l'urètre.

Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre un appareil appelé endoscope qui lui permet de voir dans le canal et de repérer la prostate.

Un résecteur permet d'enlever des copeaux de prostate sur toute la circonférence de l'urètre. Le résecteur fonctionne grâce à un courant électrique coupant et coagulant les tissus.

Pour que le courant électrique puisse agir, une solution qui conduit l'électricité (le Glycocolle) est injectée dans l'urètre de manière continue.

Les copeaux de prostate sont retirés et gardés pour être analysés.

En fin d'intervention, le chirurgien met une sonde vésicale qui va servir à laver la vessie en continue avec de l'eau pour éviter la formation de caillots de sang.

Suites habituelles

Vous pourrez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention et un traitement contre la douleur pourra être prescrit si besoin.

Un traitement anti-coagulant n'est pas nécessaire si votre hospitalisation est courte et si vous ne présentez pas de risque spécifique de phlébite.

Le premier lever intervient le lendemain de l'intervention.

Lorsque les urines qui sortent par la sonde deviennent suffisamment claires, le lavage continu peut être arrêté. La sonde urinaire est laissée en place pendant environ 48 heures. Les urines peuvent être encore rosées plusieurs jours après l'ablation de la sonde.

LE RETOUR À DOMICILE

Préparation à la sortie et soins à domicile

Un traitement antalgique est prescrit pour une durée de quelques jours si besoin.

Il n'y a pas de soins infirmiers à prévoir.

Il faut boire abondamment et uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges.

Des ordonnances pourront vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.

Un courrier sera adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé et des résultats de l'analyse des tissus prostatiques.

Reprise d'activités

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 sur un délai d'environ 1 à 3 mois, en particulier en ce qui concerne les mictions nocturnes. Pendant cette période, vous pouvez ressentir des envies pressantes ou des brûlures en urinant.

Pendant quelques semaines après l'opération, il vous sera recommandé de boire abondamment et d'éviter les efforts car un saignement dans les urines est possible.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention comporte un risque vital lié à l'intervention ou à vos antécédents médicaux.

Dans le cas de la résection endoscopique de prostate, ce risque est limité.

Le produit de lavage de la vessie pendant l'intervention peut être à l'origine de désordres ioniques dans le sang pouvant entraîner des nausées, malaises, et exceptionnellement coma.

La rétention urinaire (blocage de la vessie) est une complication possible. Elle peut aussi être due à la présence de caillots secondaire à une reprise du saignement (chute d'escarre). Si une rétention urinaire devait survenir, une sonde vésicale sera posée par votre urologue pendant quelques jours.

Le risque de saignement de la prostate persiste pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention en particulier chez les patients prenant des anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires.

L'infection urinaire est la complication la plus fréquente. Elle pourra 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 demander conseil à votre urologue.

La qualité des érections et la libido ne sont pas habituellement pas modifiées par l'intervention. L'impuissance est exceptionnelle.

Le risque d'éjaculation rétrograde est important (90%). 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 la résection de l'adénome. Cela ne modifie en principe pas la sensation de plaisir.

L'incontinence est rare, le plus souvent transitoire.

Dans de rares cas peut survenir un rétrécissement secondaire du canal de l'urètre.

L'ORGANISATION DU SUIVI

Suivi postopératoire

La consultation postopératoire interviendra dans les semaines qui suivent l'intervention.

Le suivi consistera à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de votre 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.

LES CONTACTS

Autres sources d'information

Site Internet Urofrance : <http://www.urofrance.org/>

* 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.