

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.

SPHINCTÉROTOMIE PROTHÉTIQUE

INTRODUCTION / OBJECTIF

Objectif

Permettre que les urines soient éliminées rapidement et complètement de la vessie, sans avoir recours à des sondages.

L'organe

Après une lésion de la moelle épinière on peut parfois noter une modification du fonctionnement du sphincter urinaire de la vessie qui tarde à s'ouvrir ou bien reste fermé au moment de la miction. Ce dysfonctionnement est source d'incontinence, de difficulté à uriner et de vidange incomplète de la vessie. De plus sans traitement il est possible d'avoir des complications rénales, des calculs et des infections urinaires.

Principe de l'intervention

Pour obtenir la vidange de la vessie, on peut utiliser les contractions réflexes du muscle vésical. Il est dans ce cas important de diminuer l'importance de l'obstacle entraîné par l'absence de relaxation sphinctérienne durant la contraction vésicale. L'objectif est d'obtenir une vidange complète rapide et à basse pression. Pour cela, on peut proposer d'insérer une prothèse à l'intérieur du sphincter. C'est ce que l'on appelle une « sphinctérotomie prothétique ». Ceci peut être proposé à titre temporaire pour tester le mode mictionnel et vérifier sa tolérance (4 à 12 mois selon le modèle de prothèse utilisée) ou à titre définitif par la mise en place d'une prothèse destinée à s'intégrer à l'urètre.

Autres options de prise en charge

Le traitement de référence de ces troubles est le sondage intermittent propre de la vessie. La sphinctérotomie s'adresse donc à des patients de sexe masculin, ne pouvant (tétraplégie haute) ou ne voulant pas utiliser l'auto sondage, tolérant bien l'étui pénien, et après échec du traitement médical.

L'INTERVENTION / LE SÉJOUR

Ce que vous pouvez faire pour que le geste se déroule le mieux possible

Si vous avez des difficultés d'appareillage avec les étuis péniens, il est important que vous le signaliez à l'urologue.

Votre urologue peut prévoir une consultation d'anesthésie soit parce-qu'il estime qu'une anesthésie sera nécessaire pour la mise en place de la prothèse, soit pour que vous puissiez bénéficier d'une surveillance accrue pendant le geste. Dans ce cas :

- Pensez à amener toutes vos ordonnances et les examens de sang récents
- Il est important que vous signaliez : toute allergie, la prise d'anti-coagulants, tout problème médical qui vous semble important à signaler.

Si vous avez des problèmes cutanés ou une fragilité particulière, signalez-le au cadre infirmier pour qu'il puisse le cas échéant prévoir un lit adapté. De même, si vous avez un fauteuil roulant, demandez-lui s'il est possible de garder votre fauteuil dans la chambre durant la période d'hospitalisation.

Une semaine avant l'intervention : faites faire un nouvel ECBU. En cas d'infection urinaire, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant le geste.

En arrivant dans le service, signalez les éventuels problèmes cutanés que vous avez, de même que la présence d'une infection urinaire et le traitement qui vous a été prescrit.

Pendant l'hospitalisation, n'hésitez pas à demander à l'équipe infirmière de réaliser des lavements évacuateurs ou des touchers rectaux si vous en avez besoin tous les jours pour garder un transit équilibré.

Technique opératoire

La prothèse est en général mise en place en regard du sphincter strié. Chez certains patients, on peut volontairement ponter le col vésical ou l'urètre prostatique en cas d'obstacle associé ou suspecté à ces niveaux. L'ensemble du geste est fait par voie endoscopique, en passant les instruments à travers le canal de l'urètre.

L'avantage des sphinctérotomies prothétiques est d'être réversibles, même si cela n'est pas totalement démontré pour les prothèses définitives (restitution ad integrum du sphincter strié) et de réduire les durées d'hospitalisation en milieu chirurgical ainsi que les complications notamment hémorragiques ou sexuelles de la sphinctérotomie chirurgicale.

Durée prévisible

- de l'intervention : 1H
- du passage en salle de réveil : 1H
- du séjour : 1 à 3 jours

Suites habituelles

- Sortie de salle de bloc sans sonde
- Vérification de la bonne vidange vésicale dans le service
- En cas de doute, sondage évacuateur à travers la prothèse possible

LE RETOUR A DOMICILE

Préparation à la sortie et soins à domicile

Ordonnances de sortie : consultation de contrôle (1-3 mois) pour vérification du bon fonctionnement de la prothèse

Demander le compte-rendu opératoire pour préciser le type de prothèse portée

Reprise d'activités

Elle est possible dès la sortie de l'hôpital

Suivi postopératoire

Il est conseillé de prévoir une exploration endoscopique en consultation une fois par an tant qu'une prothèse est en place. Si la prothèse mise en place était temporaire, il faut prévoir une nouvelle discussion sur le mode de vidange vésical après un an.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Complications pendant l'opération

- Risque vital : Aucun
- Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie
- Migration ou impossibilité de mettre en place la prothèse

Complications postopératoires précoces

- Infection urinaire fébrile
- Migration de la prothèse
- Saignements de l'urètre pouvant obstruer temporairement la prothèse
- Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie.

Complications tardives

- Incrustation de la prothèse
- Obstruction de la prothèse
- Infections urinaires symptomatiques à répétition

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

- Sites de l'Association Française d'Urologie : www.urofrance.org
- Site du GENULF : www.genulf.com
- Site SIFUD-PP : www.sifud-pp.org

Comité de rédaction de la fiche : A Ruffion, X Game, G Karsenty, M de Seze, E Castel, S Bart, JJ Labat, P Grise, C Scheiber-Nogueira, L Cormier, P Denys

Année de rédaction de la fiche : 2008

Année d'actualisation de la fiche : 2008

* 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.