



URETRECTOMIE TOTALE CHEZ L'HOMME

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.

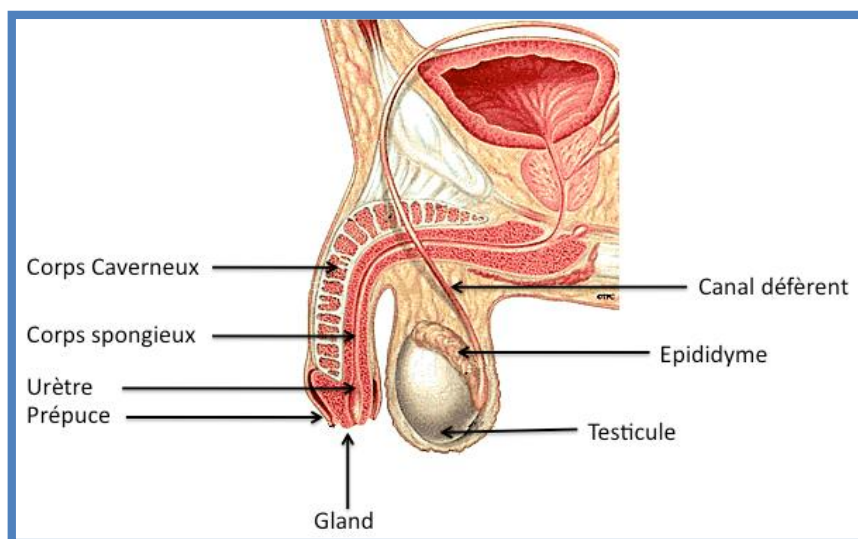
L'intervention qui vous est proposée est destinée à retirer la totalité de votre urètre

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 passer à travers 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

Cette intervention est le plus souvent réalisée dans les suites immédiates ou à distance d'une cystectomie totale pour cancer en raison d'un envahissement cancéreux de l'urètre ou d'un risque élevé d'atteinte de l'urètre par le cancer.

Y a-t-il d'autres possibilités ?

Il existe d'autres options de prise en charge qui ont été discutées par votre urologue et /ou par le comité multidisciplinaire de cancérologie :

- ◆ Radiothérapie
- ◆ Chimiothérapie
- ◆ Surveillance simple

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.

Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention, mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant est adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Indiquez aussi toute allergie.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco régionale. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

La voie d'abord se fait par une incision périnéale, dans l'espace situé sous les bourses, ainsi que par une petite incision à l'extrémité de la verge au pourtour de l'orifice urétral.

L'intervention consiste à enlever l'ensemble de l'urètre de sa partie interne située sous l'os du pubis, jusqu'à sa partie la plus externe à l'extrémité du pénis. Il est parfois nécessaire de réaliser une incision supplémentaire abdominale au dessus du pubis.

A la fin de l'opération, un ou plusieurs drains sont mis en place; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains est défini par votre chirurgien.

Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention des thromboses veineuses (phlébite) sont mises en place, pouvant faire appel à une mobilisation précoce, une contention des membres inférieurs (bas à varices) et à un traitement anticoagulant. Ces traitements peuvent être poursuivis après votre hospitalisation et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général et du type et de l'importance de votre lésion vésicale. Le plus souvent, elle est de 5 à 7 jours.

La reprise de vos activités se fait progressivement en fonction des conseils donnés pendant votre hospitalisation et par votre médecin traitant.

Analyse anatomopathologique

Le résultat de l'analyse du prélèvement urétral est connu plusieurs jours après l'opération.

Il définit l'extension de votre maladie et/ou le caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale. Il conditionne le choix d'éventuels traitements complémentaires (chimiothérapie, radiothérapie).

Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.

Suivi post opératoire

Vous serez informé par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire.

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 :

Habituelles :

- Infection ou hématome du site opératoire.
- Douleurs ou inconfort de la zone opérée.

Occasionnelles :

- Saignements pendant ou après l'opération susceptibles de nécessiter une transfusion.

Rares :

- Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation.
- Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.
- Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.

Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder: fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, douleurs abdominales, vomissements.

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.