

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE NOVEMBRE 2018

DERNIERE MISE A JOUR :
MARS 2025

SPHINCTÉROTOMIE CHIRURGICALE

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques et les risques connus même les complications rares.

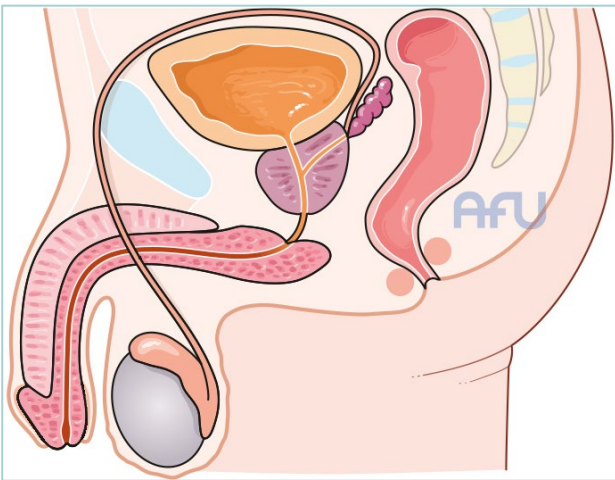
Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :
WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

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.

Dans un premier temps, il est possible d'utiliser un traitement médical. En cas d'inefficacité, on peut proposer d'insérer une prothèse à l'intérieur du sphincter. C'est ce que l'on appelle une « sphinctérotomie prothétique ». Chez certains patients, on peut proposer une sphinctérotomie chirurgicale qui consiste à sectionner le sphincter urinaire. Cette intervention est définitive et irréversible.

Y-A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Le traitement de référence de ces troubles urinaires 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.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu.

Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

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

Une consultation d'anesthésie est réalisée avant l'intervention :

- 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 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 sphinctérotomie consiste à sectionner le sphincter strié.

Chez certains patients, on peut couper à la fois le sphincter strié et le sphincter du col vésical ou associer une résection ou une énucléation de la prostate en cas d'obstacle à ce niveau. L'ensemble du geste est fait par voie endoscopique, en passant les instruments à travers le canal de l'urètre.

SUITES HABITUELLES

- Sortie de salle de bloc opératoire avec une sonde à demeure et un lavage vésical. Parfois un catheter sus pubien peut être positionné en plus de la sonde à demeure.
- Vérification de la bonne vidange vésicale après ablation de la sonde à demeure, un ou deux jours après l'intervention
- Ordonnances de sortie : consultation de contrôle (1-3 mois) pour vérification du bon fonctionnement de la sphinctérotomie.
- Reprise d'activités : elle est possible dès la sortie de l'hôpital

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

En cas d'urgence, votre urologue vous donnera la conduite à tenir pour le joindre, en cas de difficulté à le joindre faite le 15.

Prévention de la phlébite et de l'embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvements des membres inférieurs favorisent la stase veineuse. Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballotement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre.

► Signes qui peuvent survenir et conduite à tenir

Une hématurie (sang dans les urines)

Les suites de votre intervention sont le plus souvent marquées par la présence de sang dans les urines. Il vous est donc demandé de boire très régulièrement et de façon abondante pour diluer le sang et éviter ainsi la formation de caillots. Ceux-ci peuvent être responsables de la persistance du saignement ou, s'ils sont présents en abondance, être responsables d'un blocage de la vidange de votre vessie. La constatation d'urines rosées est habituelle et ne doit pas vous inquiéter. L'hématurie peut également survenir une à trois semaines après l'intervention. Cela correspond à la récurrence du saignement au fond de la zone de cicatrice (chute d'escarre). Vous devez alors boire de nouveau de façon abondante et régulière ; la persistance de sang en abondance (urine très rouge) et de caillots dans vos urines, malgré la boisson abondante, doit vous conduire à consulter votre urologue. Il sera alors peut être nécessaire de vous reposer une sonde pour « » votre vessie, et très rarement de vous opérer pour arrêter le saignement

Une urétrorragie

Elle correspond à l'émission de sang par l'urètre. Elle survient rarement, est en général peu abondante et cède de façon spontanée.

Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines (ECBU).

Cet ECBU peut montrer une leucocyturie (présence de très nombreux leucocytes) et une hématurie (hématies dans les urines). Ces deux anomalies sont habituelles et témoignent d'une cicatrisation en cours.

En l'absence de germes en abondance, il ne s'agit pas d'une infection urinaire : aucun antibiotique n'est alors nécessaire.

Des douleurs abdominales ou des nausées et des vomissements

Ces symptômes peuvent traduire le passage d'urine dans la cavité abdominale par une communication avec la vessie au niveau de la zone de résection. Ces symptômes doivent vous faire consulter en urgence absolue. Une sonde vésicale doit être mise en place sans retard.

Des difficultés à uriner

La force du jet peut vous sembler faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical. Il est alors nécessaire de recontacter rapidement votre urologue ou de consulter en urgence :

- si les difficultés à vider la vessie se majorent au point de craindre de ne plus pouvoir uriner
- si vous avez un blocage complet, c'est à dire une rétention d'urine.

De la fièvre

Toute fièvre inexplicée peut être en rapport avec une infection de l'appareil urinaire. Elle nécessite que vous consultiez votre médecin ou votre urologue qui vous prescrira une analyse d'urines à la recherche de bactéries.

Des douleurs lombaires

Exceptionnellement, vous pouvez avoir des douleurs lombaires en rapport avec une obstruction du canal de l'uretère au niveau de son abouchement dans la vessie. Ces douleurs peuvent correspondre à une pesanteur ou à des douleurs intenses dans une fosse lombaire. La survenue de ces symptômes doit vous conduire à consulter votre urologue, l'intensité des douleurs et la présence de fièvre guideront l'urgence de la consultation.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Il est conseillé de vérifier la bonne vidange vésicale une fois par an par une échographie, car le

sphincter peut devenir de nouveau obstructif après quelques années.

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.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Ils vous seront expliqués lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

► Les complications communes à toute chirurgie sont :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

► Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

Complications pendant l'opération :

- Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie.
- Risque vital : si saignement important dans les suites de la sphinctérotomie chirurgicale.

Complications postopératoires précoces :

- Saignement important par le canal de l'urètre.
- Infection urinaire fébrile.
- Augmentation de la tension artérielle pour les patients qui souffrent d'hyperréflexie.

Complications tardives :

- Récidive de l'obstruction par rétrécissement du canal de l'urètre.

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.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie,

en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989



ou par internet :
[tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-service.fr)

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **sphinctérotomie chirurgicale**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site www.urofrance.org/espace-grand-public/

L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

Le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne