ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

fiche info patient

FICHE REMISE LE

……/……/……

PAR DR

……

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
MAI 2025

URÉTRECTOMIE TOTALE

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 bénéfices 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 faîtes 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.

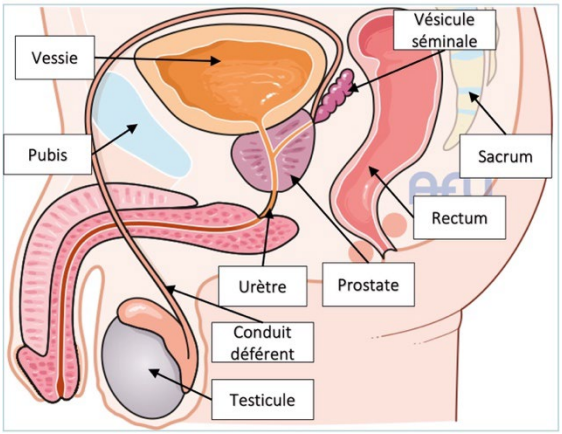
L'intervention qui vous est proposée s'appelle l'urétrectomie et a pour objectif l'ablation complète de l'urétre généralement pour tumeur.

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.

LA MALADIE

L'exérèse (ablation) de l'urètre est nécessaire devant une tumeur de l'urètre.



EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Il existe d'autres méthodes qui n'ont pas été retenues par votre urologue dans votre cas :

- La chimio-radiothérapie
- La pose d'une sonde urinaire à demeure peut permettre l'écoulement de l'urine, mais expose à un certain degré d'inconfort et à des risques de complication. Il ne s'agit pas d'un traitement curatif de la maladie urétrale.
- La pose d'un cystocathéter (sonde sus pubienne) à demeure peut permettre l'écoulement de l'urine, mais expose à un certain degré d'inconfort et à des risques de complication. Il ne s'agit pas d'un traitement curatif de la maladie urétrale.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE 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.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention uniquement en cas de cystectomie associée pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération. Il peut également être décidé de réaliser un bilan sanguin général.

L'intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours. Sous certaines conditions, une hospitalisation ambulatoire peut vous être proposée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'urétrectomie consiste à enlever chirurgicalement l'urètre, ce geste est associé à la cystectomie (ablation de la vessie) lors de la même opération ou secondairement, la cystectomie ayant été réalisée plusieurs mois ou années auparavant.

Dans le cas d'une cystectomie, la nécessité d'une urétrectomie associée rend impossible la réalisation d'une néo-vessie.
Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.
Une incision chirurgicale est pratiquée du scrotum et/ou du périnée (zone cutanée entre l'anus et les bourses) d'une part et du gland d'autre part.

SUITES HABITUELLES, RETOUR À DOMICILE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

- La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement. Certaines prises en charge pourront être effectuées par l'équipe d'anesthésie (cathéter péridural, infiltration antalgique…).
- Le transit digestif n'est habituellement pas perturbé.
- Il existe une diminution importante du volume et de la longueur de la verge. Une impuissance érectile totale et une perte de l'éjaculation sont systématiques.
- Le moment de l'ablation du ou des drains est défini par votre chirurgien.
- Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention d'une thrombose veineuse (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.
- La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires et de votre état général.
- Les ordonnances qui vous ont été remises comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'un anticoagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite et peut nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.
- Le résultat de l'analyse anatomopathologique de l'urètre n'est connu que 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, immunothérapie). Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.
- Un suivi est planifié pour contrôler l'absence de récidive du cancer et prendre en charge d'éventuels effets indésirables. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire. Risques et complications

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
- Saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

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

Pendant le geste opératoire

- Saignements pouvant nécessiter une transfusion de sang.

Dans les suites opératoires immédiates

- Saignement secondaire pouvant obliger à une nouvelle transfusion et/ou une opération.
- 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 entrainer des séquelles et une prise en charge à long terme.
- Un hématome et un « œdème » des organes génitaux peuvent survenir
- Désunion de cicatrice nécessitant des soins infirmiers prolongés
- Infections plus ou moins sévères :

  - Abcès en regard de la cicatrice
  - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.

-Infection de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux prolongés.

Toute complication sévère peut conduire au décès du patient.

Risques à distance

- Risques propres à votre cancer : reprise évolutive justifiant de nouveaux traitements.

CONSEILS POUR LES SUITES POST OPÉRATOIRES

Prévention d'une phlébite et 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 coté, 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 15.

Cicatrisation

La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, les incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène

locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer rapidement cette cicatrice a votre chirurgien : il peut s'agit d'un hématome ou d'un abcès.

Il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïdes). En revanche, en cas de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.
Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

Une fièvre

La survenue d'une fièvre après une urétrectomie n'est pas habituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

Douleurs au niveau de la plaie ou de l'abdomen

Un traitement contre la douleur vous a été prescrit. Une douleur importante ou persistante nécessite que vous contactiez votre médecin. Un écoulement ou hématome au niveau de la plaie guérit le plus souvent avec des soins locaux.

Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile vous pouvez prendre une douche.

Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités sportives est possible progressivement après cicatrisation complète.

Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entrainer une somnolence qui peut ne pas être compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible sans restriction après cicatrisation complète.

Puis-je voyager ?

Sauf avis contraire de votre médecin, les voyages sont possibles après cicatrisation complète.

Il est difficile de répondre ici à toute vos questions, n'hésitez pas à contacter votre urologue ou votre médecin traitant.

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

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

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 : **urétrectomie totale.**

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