

FICHE INFO PATIENT

(ENR-CSE-137)

FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIÈRE MISE À JOUR : NOVEMBRE 2018



Etiquette patient

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 renvoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées 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, renvoyez 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.urologie-santé.fr

PROSTATECTOMIE TOTALE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention est destinée à enlever la prostate en raison de la présence d'un cancer.

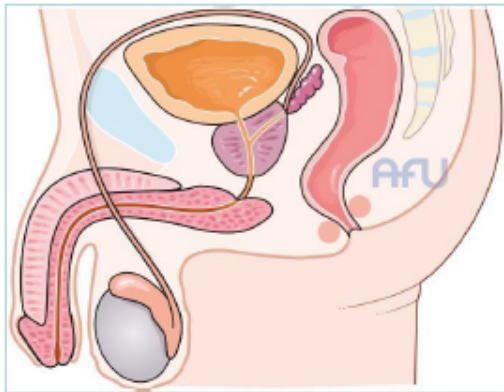
RAPPEL ANATOMIQUE

La prostate est une glande située sous la vessie et avant du rectum. Elle est traversée par le canal

de l'urètre qui se prolonge jusqu'à l'extrémité du pénis et permet l'évacuation de l'urine. Elle est à proximité du système sphinctérien qui assure la continence urinaire et des nerfs de l'érection. Les vésicules séminales sont le réservoir du sperme et s'abouchent directement dans la prostate.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme. Elle contribue à l'émission du sperme.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone.



LA MALADIE

La prostatectomie totale (ablation de la prostate) est indiquée en cas de cancer. Ce cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme et est responsable de 8 000 décès par an en France. En cas de cancer localisé à la prostate, un des traitements possibles est le traitement radical chirurgical.

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Il existe d'autres traitements du cancer de la prostate localisé tels que la radiothérapie externe, la curiethérapie, la surveillance active ou dans certains cas un traitement focal.

Les avantages et les inconvénients de la stratégie chirurgicale ont été précisés par l'urologue.

Le choix de la chirurgie tient compte de l'âge, de l'état général et des caractéristiques du cancer.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Les biopsies de prostate ont mis en évidence un cancer. Le but de l'intervention est d'enlever toute la prostate (car le cancer de la prostate est multifocal c'est-à-dire qu'il existe plusieurs cancers au sein de la prostate) ainsi que les vésicules séminales. L'absence de traitement expose aux risques évolutifs du cancer, localement et à distance sous forme de métastases et du décès.

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 consultation de pré-anesthésie est obligatoire quelques jours avant l'intervention.

Le bilan avant l'intervention doit comprendre :

- une analyse d'urines pour en vérifier l'absence d'infection urinaire et la traiter avant l'intervention. Une infection urinaire non traitée pourrait conduire à différer la date de l'intervention.
- un bilan sanguin comportant l'étude de la coagulation et de la fonction des reins est réalisé avant l'intervention.

La prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours.

Un antibiotique sera systématiquement donné pendant l'intervention selon les protocoles en vigueur.

Habituellement, il n'y a pas de préparation digestive à réaliser. Un lavement rectal est proposé dans certains cas.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La prostatectomie totale se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs voies d'abord sont possibles selon les habitudes du chirurgien. Cette intervention peut être réalisée par une incision sous l'ombilic (voie ouverte) ou par des petites incisions par lesquels sont introduits les instruments nécessaires à

l'intervention (voie coelioscopique parfois assistée par robot).

ABLATION DE LA PROSTATE ET SUTURE ENTRE VESSIE ET URETRE

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par une suture sous couvert d'une sonde urinaire. Un drain permettant l'évacuation de sérosités de la zone opératoire est parfois placé en fin d'intervention.

Un curage ganglionnaire, c'est à dire l'ablation des ganglions drainant la lymphe de la prostate, peut être associé à la prostatectomie afin de rechercher une dissémination microscopique du cancer qui pourrait modifier la stratégie du traitement.

La prostate est analysée sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste. Il précise si le cancer est limité à la prostate ou s'il dépasse les limites de la prostate, de même qu'une éventuelle atteinte des ganglions prélevés.

Le résultat est transmis à votre chirurgien après plusieurs jours.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Après l'intervention, un traitement contre la douleur est prescrit si besoin.

La durée de l'hospitalisation est en général courte et reste à la discrétion du chirurgien.

L'ablation du drain est réalisée en général quelques heures à quelques jours après l'intervention.

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Le temps de maintien de la sonde

urinaire et la durée d'hospitalisation sont précisés par le chirurgien. L'ablation de la sonde peut être réalisée pendant l'hospitalisation ou après la sortie.

Des fuites urinaires peuvent se produire initialement. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement. Une rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie est parfois nécessaire.

Un traitement anti-coagulant afin de prévenir le risque de phlébite est nécessaire après votre hospitalisation. Le port des bas de contention est souhaitable pendant et après votre intervention.

Les soins infirmiers à domicile comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'anti-coagulant. Il est recommandé de boire abondamment quand la sonde est en place et après l'ablation si les urines sont encore rouges. Exceptionnellement, la formation de caillots peut entraîner un blocage des urines.

A la sortie de l'hôpital, des ordonnances sont remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi. Un courrier est adressé au médecin traitant pour le tenir informé de l'intervention et de ses suites.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de la voie d'abord et de l'état physique du patient.

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après l'hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention est souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.

Un courrier a été adressé au médecin traitant pour le tenir informé.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de la voie d'abord et de

l'état physique du patient.

Une consultation post opératoire est programmée afin d'informer le patient du résultat de l'examen de la prostate et de prendre en charge la sexualité et la rééducation de la continence, si nécessaire.

Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer, principalement par dosage de PSA total, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

↳ Prévention d'une phlébite et embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvement 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 conseils : 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 15.

↳ Cicatrisation

La chirurgie abdominale comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Ces 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, sans urgence, cette cicatrice au chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, 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 corticoïde). En revanche, en cas de sensation de craquement profond ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement le chirurgien.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

↳ Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après une prostatectomie totale n'est pas habituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale et à une prise en charge adaptée.

↳ Sonde urinaire

Le plus souvent, la sonde a été retirée 1 semaine en moyenne après l'intervention.

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Les spasmes ou poussées sur sonde demandent un traitement adapté.

QUE FAIRE SI VOUS RESSENTEZ OU PRÉSENTEZ :

↳ Des 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.

↳ 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 qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines (ECBU).

↳ Du sang dans les urines

Il est alors recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie. Les urines peuvent contenir un peu de sang pendant quelques jours. Si ce saignement persiste ou s'amplifie, il faut recontacter le médecin traitant ou l'urologue.

↳ Des difficultés à uriner

La force du jet peut varier pendant les premiers jours. Une aggravation des difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions goutte à goutte,...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical.

↳ Des fuites urinaires

Après le retrait de la sonde, il est fréquent d'avoir quelques fuites urinaires, essentiellement à l'effort. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement en quelques semaines. Des fuites plus importantes peuvent se produire. La rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie peut être bénéfique.

↳ Des troubles sexuels

La récupération d'une érection peut être progressive et la prise en charge des difficultés d'érection est abordée lors de la consultation post opératoire avec votre urologue.

↳ Des troubles du transit intestinal

Après chirurgie abdominale, le retour au transit digestif habituel peut nécessiter quelques semaines. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas en soi un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements sont des signes qui nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible

pour éviter les carences nutritionnelles

- Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)
- Eviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras.

▪ Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile vous pouvez prendre une douche sans problème mais attendre 15 jours pour un bain.

▪ Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités sportive est possible progressivement après quinze jours à un mois de repos.

▪ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui n'est parfois pas compatible avec la conduite.

— 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. Elles vous seront expliquées 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 :

↳ Certaines complications sont liées à l'état général du patient et à l'anesthésie ; elles seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste et/ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

↳ Les complications directement en relation avec l'intervention sont possibles :

- L'incontinence urinaire est fréquente dans les suites opératoires immédiates mais régressent dans la majorité des cas dans les semaines qui suivent. Une incontinence permanente et définitive est exceptionnelle. Il existe des traitements spécifiques. Classiquement, la continence s'améliore au cours du temps à l'aide d'une rééducation périnéale par kinésithérapeute spécialisé.

Il est conseillé d'attendre au moins 6 mois avant d'envisager une intervention complémentaire en cas d'incontinence urinaire permanente.

- Troubles sexuels : L'ablation de la prostate entraîne l'absence d'éjaculation mais le plaisir (orgasme) est toujours présent. Les troubles de l'érection peuvent être fréquents en fonction de l'état érectile avant l'intervention et la préservation ou non des nerfs.

Malgré tous les progrès techniques chirurgicaux réalisés, il est impossible de garantir le maintien d'une érection complète ou partielle après l'intervention. La récupération est progressive sur plusieurs mois voire quelques

années et une prise en charge spécifique est proposée car des traitements médicamenteux ou chirurgicaux sont possibles.

- Hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
- Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
- Ecoulement ou hématome au niveau de la plaie : il guérit le plus souvent avec des soins locaux et oblige rarement à une ré-intervention.
- Fuite d'urines par le drain, qui se tarit en général par un drainage prolongé et le maintien plus longtemps de la sonde urinaire.
- Ecoulement de lymphe ou collection pelvienne (lymphocèle) en cas de prélèvement des ganglions ; une ré-intervention est rarement nécessaire.
- Plaie du rectum du fait de sa proximité avec la prostate : elle est le plus souvent réparée immédiatement, sans séquelles. Parfois, elle peut ne peut être suturée avec étanchéité ou passer inaperçue et peut se compliquer secondairement : dans ces cas, un anus artificiel temporaire pendant quelques mois est nécessaire pour permettre la cicatrisation de la plaie.
- Rétrécissement de l'anastomose entre la vessie et l'urètre : la suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en entraînant une réaction de fibrose et un rétrécissement. Une intervention endoscopique d'élargissement par voie urétrale ou par reprise chirurgicale est possible.
- D'autres complications plus tardives sont possibles : éventration de la paroi abdominale pouvant obliger à une réparation chirurgicale, apparition d'une hernie inguinale, rétention urinaire, infection ou collection de lymphe (lymphocèle).

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 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.

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.

Fait en double exemplaire

Informations lues, approuvées et comprises

Le :

Signature :

DOCUMENT À APPORTER LORS DE LA CONSULTATION ANESTHÉSIE

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 urologie-santé.fr. 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.