

Fiche Info-Patient

RÉSECTION ENDOSCOPIQUE DE LA PROSTATE (PAR VAPORISATION LASER GREENLIGHT) (ENR-CSE-143)

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.

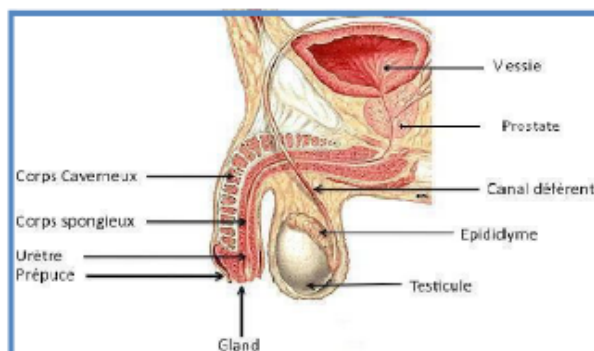
Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

Une intervention chirurgicale est indiquée lorsque le traitement médical n'est plus efficace et dans le cas de complications. L'intervention qui vous est proposée s'appelle une résection – vaporisation de la prostate. Elle n'enlève pas toute la prostate, mais seulement la partie centrale responsable de l'obstruction.

Vous allez être opéré d'un adénome de la prostate, également appelé hypertrophie bénigne de la prostate par la technique de vaporisation laser.

L'organe

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

L'augmentation de volume de la prostate, adénome prostatique ou hypertrophie bénigne prostatique (HBP) est une pathologie de la partie centrale de la prostate.

Elle peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou des envies fréquentes d'uriner et d'autres complications (lithiase, hématurie, rétention d'urines...).

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.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

D'autres traitements peuvent être proposés :

- ♦ La résection trans urétrale de la prostate qui consiste à enlever des copeaux de prostate pour désobstruer le canal de l'urètre.
- ♦ L'adénomectomie sus-pubienne, retirant l'adénome par chirurgie ouverte avec incision sus pubienne.
- ♦ L'incision cervicoprostatique, correspondant en une section endoscopique du col de la vessie et de la prostate.
- ♦ Traitements en cours d'évaluation : autres types de laser, utilisation de la chaleur, du froid, des radiofréquences ou des ultrasons.

Préparation à l'intervention

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie préopératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération. Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée pourrait conduire à différer la date de votre opération. Une antibioprophyllaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Technique opératoire

Cette opération se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale. Elle consiste à introduire un appareil (endoscope) par l'urètre jusqu'à la prostate. Une fibre laser de moins de 2mm de diamètre, dirigée au travers du cystoscope, permet de détruire le tissu prostatique à travers le canal de l'urètre en le vaporisant, ce qui élargit le canal urinaire.

La vaporisation laser dure entre 20 et 120 minutes en fonction du volume de votre prostate et une sonde urétrale est habituellement laissée en place jusqu'au lendemain.

Suites habituelles

La sortie de l'établissement a lieu après retrait de la sonde urinaire et reprise de mictions aisées. L'hospitalisation peut être prolongée si votre urologue le juge nécessaire. Pendant les semaines suivantes, vous observez une amélioration avec un jet de meilleure qualité. Vous pouvez ressentir une gêne en urinant, sous forme de brûlures dans le canal de l'urètre ou encore d'envies très pressantes d'uriner avec parfois quelques fuites d'urine. Des urines rosées ou rouges, voire des dépôts, sont parfois observés jusqu'à 1 mois après l'opération. Ceci est généralement sans gravité quand il n'y a pas de gêne à l'écoulement de l'urine. En cas d'urines rouges, il est conseillé de boire plus abondamment pour éviter la formation de caillots. Votre Médecin traitant ou votre Urologue peuvent être contactés pour informations complémentaires si nécessaire.

Une infection urinaire peut survenir après votre sortie. Révélée par des urines troubles et une fièvre supérieure à 38,5°, elle est traitée par des antibiotiques après analyse d'urine (ECBU).

En principe, l'opération n'entraîne pas d'incontinence urinaire, une fois la cicatrisation terminée. Quelques fuites d'urine en faible quantité peuvent être rarement observées en post-opératoire. Cela peut justifier le recours à un traitement médicamenteux, à quelques séances de rééducation du périnée par un kinésithérapeute spécialisé. De façon exceptionnelle, une atteinte du sphincter peut entraîner des fuites urinaires durables.

Un rétrécissement du canal urétral peut se produire à distance de l'opération. Il se manifeste par une difficulté à l'écoulement de l'urine comme avant l'opération ou par un jet moins puissant ; ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

Il est préférable d'éviter l'activité sexuelle qui peut être douloureuse dans le mois suivant l'intervention. Il n'est généralement pas observé de troubles de l'érection, mais l'éjaculation est le plus souvent modifiée. Si vous aviez encore un désir de paternité, il faudrait en informer l'urologue avant d'envisager l'opération. La consultation post-opératoire par votre urologue permet d'évaluer l'amélioration obtenue, habituellement progressive et pouvant se poursuivre jusqu'à 3 voire 12 mois après l'intervention.

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 préopératoire 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 :

Complications per-opératoires et précoces :

Fréquentes : Saignement modéré pouvant nécessiter l'ablation de quelques caillots par un lavage à la seringue au travers de la sonde.
Infection urinaire.
Epididymite (infection des organes génitaux externes).

Occasionnelles : Saignement pouvant nécessiter une ablation des caillots formés dans la vessie sous anesthésie et/ou une transfusion sanguine et/ou une ré-opération secondaire.
Emission de dépôts pouvant nécessiter leur ablation par cystoscopie.

Rares à exceptionnelles : Complications liées à la position pendant l'opération : compression du nerf sciatique poplitée externe, luxation d'une prothèse totale de hanche.
Plaie d'un organe adjacent : urètre, vessie ou intestin.

Complications tardives :

Fréquentes : Rétrécissement du méat urétral, de l'urètre ou du col vésical.
Infection urinaire ou épидidymaire.
Incontinence urinaire mineure limitée à quelques gouttes terminales.
Nécessité d'un retraitement : le risque de réintervention du même type pour la réapparition de troubles urinaires n'est pas connu compte tenu du recul insuffisant de la technique.

Occasionnelles : Incontinence urinaire nécessitant le port de protection urinaire.
Dysfonction érectile : sa survenue est dépendante de l'âge et de l'état sexuel préopératoire

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.

Fait en double exemplaire

Informations lues, approuvées et comprises

Le :

Signature :

Etiquette patient

DOCUMENT À APPORTER LORS DE LA CONSULTATION ANESTHÉSIE