

FICHE INFO PATIENT



(ENR-CSE-138)

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 revoyiez 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, 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.urologie-santé.fr

RTUV

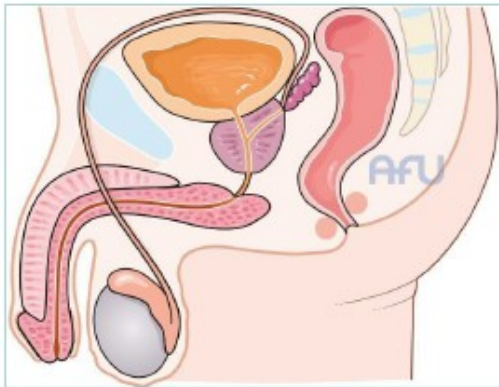
RÉSECTION TRANS-URÉTRALE DE VESSIE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

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 MALADIE

Une anomalie de votre vessie a été détectée ou est suspectée par des examens radiologiques, biologiques ou endoscopiques.

Seul l'examen au microscope du tissu enlevé fera le diagnostic exact permettant de vous proposer le traitement et le suivi adaptés à votre situation.

L'absence de diagnostic précis et de traitement vous expose au risque de laisser évoluer une lésion dangereuse, éventuellement cancéreuse ou susceptible de le devenir.

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

Il n'y a pas d'autre moyen que l'intervention qui vous est proposée pour permettre l'ablation ou le prélèvement de l'anomalie de la vessie, que vous présentez.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention qui vous est proposée est destinée à réaliser l'ablation ou un prélèvement de votre lésion vésicale et à en faire pratiquer l'analyse au microscope.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE À L'INTERVENTION

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie préopératoire 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, Inhibiteur direct du facteur Xa, Inhibiteur direct de la thrombine, héparine) 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.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée préalablement pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre un appareil endoscopique appelé résecteur. Il est parfois nécessaire de dilater le canal de l'urètre afin d'introduire l'endoscope et permettre l'intervention dans la vessie.

La résection pour tumeur de la vessie se déroule sous contrôle vidéo. Après exploration de l'ensemble de la vessie, le résecteur permet d'enlever la ou les lésions et de coaguler les différents vaisseaux susceptibles de saigner. Les tissus prélevés sont envoyés au laboratoire pour analyse. Il peut être parfois nécessaire de réaliser des biopsies complémentaires.

À la fin de l'intervention, une sonde, éventuellement avec lavage continu, est habituellement mise en place dans la vessie.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le lavage vésical est arrêté dès que les urines sont claires et la sonde vésicale est enlevée selon les indications du chirurgien après un ou plusieurs jours.

Il est possible que votre urologue réalise une instillation post opératoire de mitomycine C dans les 24 heures suivant l'intervention afin de réduire le risque de récurrence à distance. Ce traitement instillé dans votre vessie par la sonde vésicale est laissé en place pendant une heure.

À l'ablation de la sonde, les urines sont claires ou parfois encore teintées de sang. 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 2 à 3 jours.

Après une résection endoscopique pour retirer une lésion de la vessie, ou lors de biopsies de vessie, il vous est recommandé de boire abondamment et régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines ne deviennent rouges. Il est également important d'uriner régulièrement et d'éviter de vous retenir trop longtemps. Il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans la première semaine suivant l'intervention.

Les ordonnances, qui vous ont été remises, comprennent l'injection quotidienne d'un anticoagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.

Un courrier a été adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de votre état physique. Vous discuterez avec votre urologue de la date de

reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique des pièces opératoires et la suite de vos soins.

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. On peut les classer en complications :

↳ Habituelles

- Lorsque la sonde vésicale est en place, des contractions vésicales douloureuses peuvent survenir, elles sont parfois associées à des fuites d'urine le long de la sonde.
- Vous pouvez percevoir une sensation de brûlures modérées ou avoir un saignement en urinant pendant 24 à 48 heures.
- En cas de persistance de ces troubles, vous devez prendre contact avec votre médecin traitant ou votre urologue.

↳ Occasionnelles

- Saignement urinaire persistant justifiant le port prolongé de la sonde.
- Infection de l'appareil uro-génital nécessitant un traitement antibiotique adapté, plus rarement infection sévère avec passage des germes dans le sang pouvant nécessiter des soins de réanimation.
- Obstruction de la sonde nécessitant des manœuvres de désobstruction et/ou son

changement.

- Saignement par l'urètre appelé urétrorragie, qui peut s'associer à des difficultés d'évacuation des urines en raison de caillots.

↳ Rares

- Saignement urinaire pendant ou après l'opération susceptible de nécessiter une transfusion et/ou une nouvelle intervention chirurgicale.
- Plaie de la vessie ou d'un organe de l'abdomen pendant l'intervention nécessitant le plus souvent le port prolongé de la sonde et exceptionnellement une réparation chirurgicale immédiate.
- Impossibilité à reprendre les mictions après l'ablation de la sonde.
- Le produit de lavage de la vessie pendant l'intervention peut être à l'origine de désordres ioniques dans le sang et entraîner des troubles visuels, nausées, malaises, et exceptionnellement coma.
- Lésion de l'urètre, immédiate ou à distance.
- Lésion de l'uretère nécessitant un traitement complémentaire.
- 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.

Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder : fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, difficultés à uriner, apparition de sang dans les urines, douleurs abdominales, vomissements, blocage des urines avec impression de mauvaise vidange de la vessie.

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

↳ 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 inexpliquée 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.

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.