



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

MILLIN

Tél.: 010 437 235
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

Traitement par adénomectomie chirurgicale de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Cette fiche d'information est destinée aux patients et aux professionnels de la santé. Elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir. Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

L'ORGANE

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 sortent de la vessie et sont évacuées.

LA MALADIE

L'augmentation de volume de la prostate, ou adénome prostatique, est une pathologie bénigne qui peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou d'envies fréquentes d'uriner. L'adénome de prostate est une pathologie extrêmement fréquente qui touche, à des degrés divers, la presque totalité des hommes après un certain âge. Le traitement de l'adénome de prostate repose en première intention sur le traitement médical. Parfois, lorsque le traitement médical n'est plus efficace, une intervention chirurgicale devient nécessaire. En l'absence de traitement, il existe un risque de détérioration progressive du fonctionnement de la vessie, de blocage complet des urines (rétention), d'infection ou de saignement urinaire, ou de détérioration progressive du fonctionnement des reins.

LES OPTIONS DE PRISE EN CHARGE À CE STADE

Un traitement médical est habituellement proposé en première intention, mais il peut avoir certains effets secondaires et avoir une efficacité limitée.

L'intervention chirurgicale (par voie ouverte ou par les voies naturelles ; adénomectomie ou résection trans-urétrale de la prostate) est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît. Il consiste à enlever l'adénome pour élargir le canal. C'est un traitement plus radical mais qui est très fréquemment responsable de la survenue d'une éjaculation rétrograde.

TITRE DE L'INTERVENTION PROPOSÉE

L'intervention qui vous est proposée s'appelle une adénomectomie par voie sus pubienne. Elle ne se pratique pas par les voies naturelles.

Elle s'adresse à des patients candidats à un traitement chirurgical mais chez qui une intervention par les voies naturelles n'est pas possible, en raison du gros volume de l'adénome.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Cette intervention consiste à retirer la globalité de l'adénome en passant par la vessie. Le reste de la prostate est laissé en place. Elle nécessite donc une incision cutanée médiane de quelques centimètres au-dessus du pubis.

L'avantage de cette technique par rapport à une résection trans-urétrale de la prostate est de permettre d'enlever la totalité de l'adénome tout en évitant les risques liés à l'utilisation du Glycine (produit de lavage utilisé lors de la résection trans-urétrale de prostate).

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Cette intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Une échographie de la prostate est habituellement demandée pour vérifier le volume de la prostate et l'aspect de la vessie. Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

Un bilan sanguin sera réalisé avant l'intervention.

Habituellement, cette intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

En cas de prise d'anti-agrégant plaquettaire (Aspégic, Plavix), elle nécessite l'arrêt du traitement pendant plusieurs jours.

En prévention d'une infection, vous recevrez une dose d'antibiotique au début de l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'anesthésie est générale avec dans certains cas une péridurale supplémentaire.

L'intervention commence par une incision de la peau médiane juste au-dessus du pubis.

La vessie, qui est sous les muscles du ventre, est ouverte. Le chirurgien dissèque l'adénome, et le sépare du reste de la prostate en passant par la vessie. Le tissu prostatique retiré est ensuite gardé pour être analysé.

Le chirurgien va ensuite contrôler le saignement, puis refermer la vessie avec du fil.

En fin d'intervention, un drain aspiratif sera placé à côté de la vessie et ressorti par la peau. Une sonde vésicale sera mise en place, qui ressortira par la verge, et permettra de laver la vessie en continu avec du sérum physiologique pour éviter la formation de caillots de sang.

SUITES HABITUELLES

Vous garderez le drain pendant environ de 4 à 5 jours.

Vous garderez la sonde vésicale environ 4 à 5 jours, mais ce délai est variable et est décidé au cas par cas par votre chirurgien.

Vous pourrez vous lever le lendemain de l'intervention.

Vous pourrez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention et un traitement contre la douleur pourra être prescrit si besoin.

Vous aurez un traitement anticoagulant pendant environ 3 semaines pour prévenir le risque de phlébite.

Les fils ou les agrafes cutanés seront retirés par le médecin traitant au 15^e jour postopératoire. Si nécessaire.

LE RETOUR À DOMICILE

PRÉPARATION À LA SORTIE ET SOINS À DOMICILE

Un traitement antalgique est prescrit pour une durée de quelques jours si besoin.

Les soins infirmiers à prévoir sont ceux de la cicatrice cutanée ainsi que la piqûre d'anticoagulant journalière.

Des ordonnances pourront vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.

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

REPRISE D'ACTIVITÉS

La reprise de vos activités doit être progressive en évitant les efforts et les rapports sexuels pour un mois.

Au-delà, il n'y a aucune restriction particulière.

Vous devrez boire et uriner souvent pour laver la vessie et éviter que les urines soient rouges. En effet, la formation de caillots peut entraîner un blocage des urines.

Le résultat fonctionnel sur les mictions est progressif sur un délai d'environ 1 à 3 mois, en particulier en ce qui concerne les mictions nocturnes. Pendant cette période, vous pouvez ressentir des envies pressantes ou des brûlures en urinant.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention comporte un risque vital lié à l'intervention ou à vos antécédents médicaux.

La rétention urinaire (blocage de la vessie) est une complication possible. L'adénomectomie provoque en effet une inflammation transitoire de la prostate qui peut entraîner ce genre de blocage. Elle peut aussi être due à la présence de caillots secondaire à une reprise du saignement (chute d'escarre). Si une rétention urinaire devait survenir, une sonde vésicale sera posée par votre urologue pendant quelques jours.

Le saignement peut être présent pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention. L'infection urinaire est la complication la plus fréquente. Elle pourra conduire votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, n'hésitez pas à demander conseil à votre urologue.

La phlébite est une complication possible, mais le risque est réduit par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants.

La cicatrice cutanée peut s'infecter (abcès). En cas de douleur au niveau de la cicatrice, de rougeur ou d'écoulement de pus, il faudra contacter votre chirurgien.

Il n'existe pas de troubles de l'érection après ce type d'intervention.

Le risque d'éjaculation rétrograde est très important. Celle-ci se caractérise par l'absence d'émission de sperme au moment de l'orgasme. Elle est secondaire à l'ouverture du col de la vessie provoqué par le retrait de l'adénome. L'incontinence est rare, le plus souvent transitoire.

Dans de rares cas peut survenir un rétrécissement secondaire du canal de l'urètre.

L'ORGANISATION DU SUIVI

La consultation postopératoire interviendra dans les semaines qui suivent l'intervention.

Pour cela, vous devrez venir avec la vessie pleine, d'est-à-dire avec un fort besoin d'uriner.

Le suivi consistera à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de votre vidange vésicale.

Une analyse d'urine à la recherche d'une infection et une échographie avec mesure du résidu post mictionnel peuvent vous être prescrite.

Tél.: 010 437 235

secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be