



Clinique S' Pierre  
OTTIGNIES

# CALCUL DE LA VESSIE

Tél.: 010 437 235

[secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be](mailto:secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be)

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.

## RAPPEL ANATOMIQUE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. Le col de la vessie s'ouvre lors de la miction, ce qui permet le bon écoulement des urines. L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.

## LA LITHIASSE

La lithiase vésicale désigne la maladie en rapport avec la formation de calculs dans la vessie. Ces calculs (« pierres ») pouvant atteindre plusieurs centimètres sont formés d'agrégats de diverses substances minérales (calcium, phosphates, magnésium...) et organiques. Ils peuvent être associés ou non à la présence d'autres calculs dans le reste de l'appareil urinaire.

Le plus souvent, chez l'adulte, ces calculs se forment du fait :

- D'une mauvaise vidange vésicale, en raison d'un obstacle sous-vésical ou d'un dysfonctionnement de la vessie d'origine neurologique.
- Plus rarement, en raison de la présence d'un corps étranger intra-vésical, d'anomalies anatomiques ou d'antécédents chirurgicaux urologiques.
- De façon exceptionnelle, on ne retrouve pas de cause urologique et la lithiase peut être due à un désordre métabolique.

Ainsi, chez tout patient sans histoire connue de maladie urologique, votre chirurgien recherche toujours une cause de dysfonction vésicale ou un obstacle expliquant les symptômes. En effet, si une cause est retrouvée (par exemple une prostate augmentée de volume faisant obstacle à l'écoulement de l'urine) il faut également la traiter pour éviter une récurrence.

Les symptômes, quand ils sont présents, sont le plus souvent des infections urinaires, des douleurs, ou des épisodes de sang dans les urines du fait de l'irritation de la paroi vésicale. Des troubles mictionnels à type d'envies fréquentes d'uriner, de sensations de blocage partiel ou complet des urines sont également possibles, mais intriqués avec la maladie causale, neurologique ou non, pouvant générer la formation des calculs.

# PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Le traitement chirurgical de la lithiase vésicale est systématique, quand l'expulsion spontanée des calculs est impossible en raison de leur taille. De plus, la présence de calculs est la conséquence d'une pathologie (obstacle urinaire ou maladie neurologique) qu'il convient le plus souvent de prendre en charge.

Le principe du traitement est de retirer les calculs de la vessie, soit en monobloc en ouvrant la vessie, soit en les fractionnant par voie naturelle trans-urétrale pour en extraire ensuite les débris. Le choix de la voie d'abord est réalisé selon le contexte, la taille et le nombre des calculs et les habitudes du chirurgien. Les calculs de gros volume sont plus souvent extraits par ouverture chirurgicale, les plus petits par endoscopie.

Le traitement de la cause est associé, soit par un acte chirurgical (éventuellement dans le même temps), soit par une prise en charge médicale appropriée.

## Y'A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

En dehors de cas exceptionnels, il n'y a pas d'alternative à l'ablation endoscopique ou chirurgicale des calculs. Dans le cas particulier de la vessie, les techniques de fragmentation percutanée (lithotritie extra-corporelle) et les traitements médicaux sont en général inefficaces.

## PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Votre chirurgien vous demande de vous munir de tous les résultats des examens dont vous disposez. Il peut pratiquer une fibroscopie vésicale pour vérifier l'intégrité de la vessie. En l'absence de cause évidente, des examens plus poussés comme un bilan urodynamique peuvent être effectués.

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération.

Un bilan sanguin est réalisé avant l'intervention.

La prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours ou éventuellement poursuivie à faible dose.

Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement. Si les urines étaient infectées avant l'opération, le traitement antibiotique sera poursuivi pendant quelques jours.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

- **Extraction des calculs par incision chirurgicale**

Cette opération, autrefois dite « taille vésicale », consiste à ouvrir la vessie, pour retirer les calculs en intégralité. Le traitement d'un obstacle associé (par exemple adénome de prostate) peut être réalisé dans le même temps.

Le chirurgien effectue une incision de la paroi abdominale. La vessie est ouverte et peut ainsi être complètement explorée. L'ensemble des calculs est retiré. Une sonde vésicale est mise en place; la vessie puis la paroi de l'abdomen sont refermées. Un drain à travers la paroi peut être mis en place en dehors de la vessie. Le drainage vésical par sonde urinaire est maintenu quelques jours. Il est parfois nécessaire de mettre en place un drainage supplémentaire de la vessie, par voie abdominale (cathéter sus pubien).

- **Lithotritie et extraction par voie naturelle**

Menée par voie endoscopique, trans-urétrale, elle consiste à fragmenter les calculs, puis à en extraire les morceaux en totalité.

Le chirurgien introduit un cystoscope rigide et les calculs repérés sont fragmentés à la pince, ou par laser, ou par percussion, ou encore par ultrasons. Les débris sont évacués par la même voie.

Le geste peut associer un traitement de l'obstacle à l'écoulement des urines (résection trans-

urétrale de la prostate le plus souvent). Une sonde urinaire est posée lors de l'opération et conservée pendant quelques jours en cas d'intervention associée sur la prostate.

## SUITES OPÉRATOIRES

La sonde urinaire et les drains éventuels sont conservés plusieurs jours suivant les indications de votre urologue.

Des antalgiques vous sont prescrits si besoin.

L'injection d'anticoagulants pour la prévention de la thrombose veineuse peut être réalisée en fonction du type d'intervention et de vos facteurs de risque.

L'hospitalisation nécessaire est habituellement de quelques jours. La sortie se fait après vérification que les suites de l'opération sont bonnes : urines claires, bonne évacuation de la vessie, absence de signe d'infection. Un traitement antalgique par voie orale, le traitement anticoagulant et des soins locaux sont prescrits à la sortie suivant votre situation.

La durée de l'arrêt de travail est adaptée au type d'intervention.

Après l'opération, il vous est conseillé d'éviter les efforts importants.

En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles, de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, de douleurs importantes ou d'écoulement au niveau du site opératoire, vous devez consulter votre médecin traitant ou votre urologue. La présence de sang dans les urines en quantité importante ou avec caillots peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire avec décaillotage et une nouvelle hospitalisation.

Une consultation de contrôle est prévue dans les semaines qui suivent l'intervention.

## RISQUES ET COMPLICATIONS

Les résultats de cette chirurgie permettant l'ablation complète des calculs sont excellents, 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 :

### PENDANT L'INTERVENTION

- Risque de blessure et de perforation de la paroi vésicale lors d'une intervention par endoscopie.
- Nécessité d'interrompre l'intervention endoscopique et de réintervenir secondairement.

### APRÈS L'INTERVENTION

- Douleurs : elles sont généralement minimales et limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Un fond douloureux pelvien peut se prolonger pendant quelques semaines.
- Infections : infection urinaire ou du site opératoire.
- Hématome pelvien.
- Défaut de cicatrisation de la vessie : la paroi de la vessie peut ne pas être étanche ou mal cicatriser, permettant à l'urine de se répandre autour de la vessie, dans le petit bassin. Ces situations nécessitent le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas, une réintervention.
- Fistule vésico-cutanée : après chirurgie par voie ouverte, une communication peut se former entre la vessie et la peau avec écoulement d'urine, nécessitant le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas, une réintervention.
- Troubles mictionnels : à type de besoins impérieux d'uriner, le plus souvent transitoires. Leur persistance à distance de l'intervention nécessite un nouveau bilan.
- Sténose urétrale: après chirurgie endoscopique, des blessures, même mineures du canal de

l'urètre, peuvent provoquer un rétrécissement de l'urètre.

- Sexualité : cette opération n'a habituellement pas d'incidence sur la sexualité.

**A ces complications s'ajoutent celles de l'acte éventuellement réalisé pour traiter la cause de la maladie** (adénectomie voie haute ou résection endoscopique de la prostate).

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.