



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Tél.: 010 437 235

secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre prostate qui est atteinte d'une tumeur maligne.

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.

LA PROSTATE

La prostate est une glande qui participe à la formation du sperme. Elle est située sous la vessie et est traversée par le canal de l'urètre. 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.

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les biopsies de prostate ont mis en évidence une tumeur maligne. Le but de cette intervention est d'enlever la tumeur et la glande prostatique dans son ensemble avec les vésicules séminales. L'absence de traitement expose aux risques évolutifs de la tumeur, localement et à distance sous forme de métastases.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Il existe d'autres traitements du cancer de la prostate dont les avantages et les inconvénients vous ont été précisés par votre urologue. Le choix de la chirurgie a tenu compte de votre âge, de votre état général et des caractéristiques de votre tumeur.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie 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 exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

AVANT L'INTERVENTION

- Un bilan préopératoire aura lieu chez l'anesthésiste.
- Pas de précaution particulière, hormis éviter la prise d'anticoagulants (aspirine, Sintrom, plavix) 10 jours précédent l'intervention.
- Il est utile de réaliser de la kinésithérapie avant l'intervention de façon à bien comprendre le

fonctionnement du sphincter.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération se déroule sous anesthésie générale. Il s'agit d'une intervention sous coelioscopie. La coelioscopie ne modifie pas le principe de l'opération mais la méthode opératoire est différente de celle de la chirurgie classique. La coelioscopie consiste à opérer sous anesthésie générale, sous écran vidéo par l'intermédiaire d'une caméra fixée à une optique ; cette optique et les instruments du chirurgien sont amenés au site opératoire après ponction de la paroi abdominale au travers de tubes appelés trocars. Pour pouvoir travailler, votre chirurgien doit gonfler l'abdomen avec un gaz (le dioxyde de carbone). Les avantages de ce type d'intervention sont essentiellement représentés par la simplicité des suites opératoires, la diminution de la durée de convalescence et la réalisation de cicatrices de plus petite taille que par chirurgie conventionnelle.

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par des sutures utilisant des fils. En fin d'intervention une sonde urinaire est mise en place dans la vessie par le canal de l'urètre pour favoriser la cicatrisation. Le site opératoire est drainé pendant quelques jours.

Dans certains cas, un prélèvement de ganglions lymphatiques du petit bassin est effectué au début de l'intervention.

EN POST-OPÉRATOIRE IMMÉDIAT

L'hospitalisation dure en moyenne 5 jours. Après l'intervention, vous aurez :

- Une perfusion (habituellement 3 jours).
- Un drain (habituellement 3 jours).
- Une sonde vésicale : au 6^e jour après l'intervention, une radiographie sera réalisée afin de s'assurer que la cicatrisation est complète, auquel cas la sonde pourra être ôtée.

Vous pourrez vous lever et vous réalimenter dès le lendemain de l'intervention.

Il n'est pas indispensable de rester hospitalisé pendant toute cette période, un retour précoce est possible avec la sonde vésicale.

DE RETOUR À DOMICILE

- **Soins infirmiers** : pansement et soins de plaie un jour sur deux et injections de Clexane (contre les phlébites) quotidiennement 20 jours.
- Les **agrafes** seront ôtées par votre médecin traitant à partir du 15^e jour postopératoire.
- Les **bas** doivent être gardés jour et nuit les 15 premiers jours et la nuit uniquement les 15 jours suivant.
- **Médicaments** : dès votre sortie, vous pouvez reprendre votre traitement habituel, hormis l'aspirine, tant que vous avez les injections de Clexane.

CONSEILS GÉNÉRAUX

- **Régime** : pas de restriction sur le plan alimentaire.
- **Boissons** : inutile de vous forcer à boire plus que d'habitude, voire même un peu moins. Exclure toute boisson alcoolisée (bière, vin, alcool), car l'alcool affaiblit le sphincter et aggrave l'incontinence, au moins 2 mois et en tout cas jusqu'à ce que vous ayez récupéré une continence complète.
- **Uriner** : dans les suites, il est fréquent d'avoir une incontinence à l'effort. Cette incontinence dure en moyenne 3 mois et s'améliore avec la kinésithérapie qui sera recommencée 15 jours après la sortie de Clinique. Le risque d'une incontinence permanente (après un an) est seulement de 5% et ne nécessite habituellement que le port d'une protection quotidienne. Dans les cas extrêmes, il est toujours possible de solutionner le problème par l'implantation chirurgicale d'un sphincter artificiel.

- **Conseils** : vous devez aller vous présenter pour aller uriner de façon systématique, toutes les heures à deux heures maximum, quoiqu'il se passe, même si vous n'en ressentez pas le besoin. Installez-vous confortablement, debout ou assis, essayez de bien vider à fond votre vessie, attendre les dernières gouttes, masser l'urètre depuis la base du pénis vers le gland, puis secouer délicatement le pénis pour vider le canal de l'urètre et terminer en toussant et remettre ensuite la verge vers le haut. Les pertes se produisent essentiellement à l'effort ou lors de changements de position : lorsque vous devez vous lever, il faut d'abord serrer le sphincter, se lever calmement tout en se retenant d'uriner et vous rendre à la toilette sans précipitation. Dans la journée, régulièrement (une heure dans la matinée, dans l'après midi et en soirée), un repos allongé est conseillé. Cette position, tout en relaxant le sphincter, favorise le remplissage de la vessie, ce qui en augmentera progressivement sa capacité.
- **Activités physiques** : repos sérieux les 15 premiers jours, et ensuite reprise lente, modérée et très prudente des activités physiques (la limite absolue à ne pas dépasser est l'accentuation des pertes urinaires).

L'EXAMEN DE LA PROSTATE

La prostate est analysée sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste qui précise si la tumeur est limitée à la prostate ou si elle s'est étendue au-delà. Il faut cependant 15 jours pour obtenir les résultats. Dans ce cas, il y a un risque de récurrence et un traitement complémentaire après l'intervention par rayons ou médicaments peut alors être nécessaire. Le suivi après l'intervention répond à deux objectifs : surveiller l'absence de récurrence tumorale principalement par dosage du PSA et évaluer la façon dont vous urinez ainsi que la fonction sexuelle.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu (Conversion).

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale, en particulier le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire dans ce type d'intervention.

D'autres complications directement en relation avec le geste opératoire de prostatectomie sont possibles :

1. Risque vital exceptionnel par hémorragie
2. Complications pendant l'opération et complications post-opératoires précoces
 - Hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine
 - Lésion de l'urètre nécessitant une réparation
 - Plaie du rectum du fait de sa proximité avec la prostate et donc de la tumeur : elle est le plus souvent réparée immédiatement, sans séquelles ; parfois, elle ne peut être suturée avec étanchéité ou passe inaperçue, et se complique secondairement : dans ces cas, un anus artificiel temporaire pendant 2 à 3 mois est indispensable pour permettre la cicatrisation de la plaie.

- Infection urinaire justifiant d'un traitement antibiotique
- Hématome au niveau de la plaie : il guérit le plus souvent avec des soins locaux et oblige exceptionnellement à une réintervention.
- Fuite d'urine par le drain qui se tarit en général par un drainage prolongé et le maintien plus longtemps de la sonde urinaire
- Ecoulement de lympho ou collection pelvienne (lymphocèle) en cas de prélèvement des ganglions; une réintervention est rarement nécessaire.

3. Complications tardives

- Incontinence urinaire
- L'incontinence urinaire permanente et définitive est exceptionnelle (environ 5% des cas).
- L'incontinence se limite le plus souvent à des fuites de quelques gouttes d'urine lors d'efforts importants (10 à 15% des cas). La continence s'améliorant au cours du temps, il est conseillé d'attendre au moins 3 à 6 mois avant d'envisager, en cas d'incontinence urinaire permanente, une intervention complémentaire.
- Troubles sexuels.
- Le risque de perte de l'érection est élevé et augmente avec l'âge et la taille de la tumeur. Sa fréquence est estimée entre 30 et 100% des cas. Malgré tous les progrès techniques chirurgicaux réalisés, il est impossible de garantir le maintien d'une érection complète ou partielle après l'intervention. Un délai allant jusqu'à un an peut être nécessaire avant le retour d'une fonction sexuelle. Dans le cas où il persiste une difficulté érectile, différents traitements pour restaurer l'érection pourront être proposés. D'autre part cette intervention supprime définitivement l'éjaculation mais n'enlève pas la sensation de plaisir au moment d'un rapport sexuel.
- Rétrécissement urétral. La suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en entraînant une réaction de fibrose et un rétrécissement (moins de 5 % des cas). Il nécessite alors une intervention d'élargissement par les voies naturelles.
- Eventration de la paroi abdominale obligeant parfois à une réparation chirurgicale.