

Fiche Info-Patient



Dernière mise à jour : mai 2012

RESECTION ENDOSCOPIQUE (ET VAPORISATION ELECTRIQUE) DE LA PROSTATE

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.

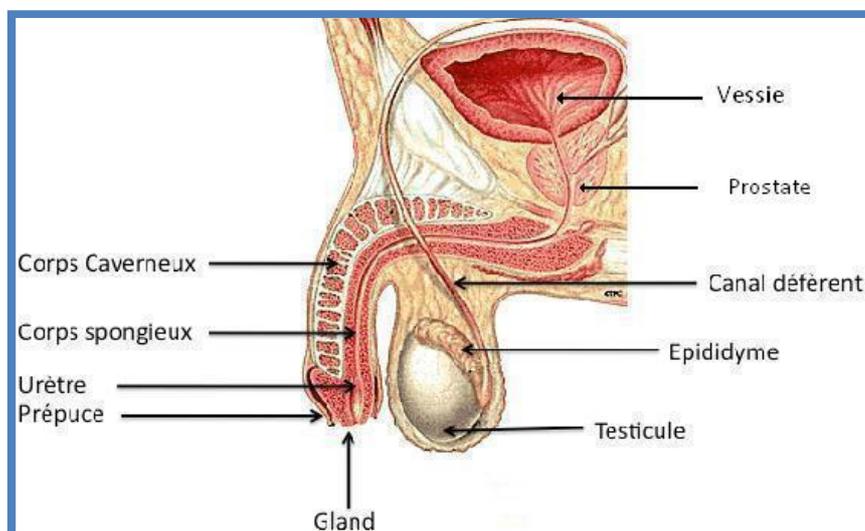
L'intervention proposée a pour objectif de traiter chirurgicalement l'adénome de prostate par voie endoscopique (résection ou vaporisation électrique).

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 prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit traverser 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...). 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 ou une vaporisation de la prostate suivant la technique utilisée.

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.

Réalisée par voie naturelle, trans-urétrale sous contrôle endoscopique, elle s'adresse le plus souvent à des patients chez qui le volume prostatique n'est pas trop important. Cette intervention consiste à élargir le canal de l'urètre intra-prostatique en enlevant l'adénome qui l'entoure et qui empêche l'écoulement de l'urine. Le tissu prostatique peut être soit enlevé par petits copeaux (résection à l'aide d'une anse électrique ou d'un laser) soit vaporisé (par une anse électrique ou par laser). Si les tissus sont vaporisés, il n'est pas possible d'obtenir une analyse microscopique.

Cette technique ne laisse pas de cicatrice cutanée ou pariétale.

Cette intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours.

Existe-t-il d'autres options ?

Un traitement médical est habituellement proposé en première intention. Il peut avoir des effets secondaires et une efficacité limitée.

L'intervention chirurgicale par voie ouverte ou adénomectomie voie haute est proposée lorsque le volume prostatique paraît trop élevé pour qu'une opération par voie naturelle ait de bonnes chances de donner un résultat satisfaisant.

Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi il privilégie une intervention endoscopique plutôt qu'une adénomectomie chirurgicale, le volume de la prostate est un des critères de choix importants.

Préparation à l'intervention

Une échographie de la prostate peut être réalisée pour estimer le volume de la prostate et apprécier l'aspect de la vessie.

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 repousser la date de votre opération. Un bilan sanguin comportant l'étude de la fonction des reins est réalisé avant l'intervention.

La prise d'anti-agrégant plaquettaire ou 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.

Technique opératoire

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Elle se déroule par le canal de l'urètre. Le chirurgien y introduit un appareil appelé endoscope qui lui permet de voir dans le canal et de repérer la prostate.

Le résecteur muni d'une anse électrique permet soit de découper la prostate en copeaux plus ou moins importants, soit de vaporiser la prostate. Un liquide permet une irrigation continue de l'urètre pendant l'intervention. Sauf en cas de vaporisation, le tissu prostatique retiré est conservé pour être analysé au microscope.

Une sonde vésicale, mise en place en fin d'intervention, est maintenue pendant un à plusieurs jours suivant les recommandations de votre urologue. Elle peut permettre de laver la vessie de façon continue avec du sérum pour éviter la formation de caillots de sang et l'obstruction de la sonde.

Analyse anatomopathologique

Les fragments opératoires (copeaux) sont systématiquement analysés par le médecin anatomopathologiste pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion bénigne.

Suites habituelles

Vous pouvez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention. Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin. La douleur appelée « poussée sur sonde » peut survenir par intermittence, elle correspond à un spasme de la vessie et se caractérise par une envie douloureuse d'uriner malgré la sonde.

Lorsque les urines qui sortent par la sonde deviennent suffisamment claires, le lavage continu peut être arrêté. Le délai pour l'arrêt du lavage de la vessie et le retrait de la sonde est variable, habituellement de quelques jours et il est décidé au cas par cas par votre chirurgien. Lorsque des caillots sanguins obstruent la sonde, un lavage de vessie avec une seringue à gros embout est utilisé pour rétablir la perméabilité de la sonde. Les urines peuvent être encore rosées plusieurs jours après l'ablation de la sonde.

Un traitement anti-coagulant peut être prescrit en postopératoire pour prévenir le risque de phlébite.

Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.

Un traitement antalgique est prescrit pour une durée de quelques jours si besoin. Les soins infirmiers à domicile comprennent l'injection quotidienne d'anti-coagulant, si une prescription en a été faite.

Des ordonnances peuvent vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi. Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

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.

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

Suivi post-opératoire

La consultation postopératoire intervient dans les semaines qui suivent l'intervention. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale.

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

Le suivi est ensuite réalisé habituellement une fois par an par l'urologue ou le médecin référent du patient.

Si un cancer de la prostate est diagnostiqué sur le tissu prostatique retiré lors de l'intervention, votre urologue vous précisera les conditions du suivi. Une repousse de l'adénome peut se produire plusieurs années après l'intervention, avec réapparition des symptômes urinaires.

Par ailleurs, un cancer de la prostate peut survenir à distance sur la prostate restante, sans que cela n'ait de lien avec 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 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 :
 - Le saignement peut être présent pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention. Une réintervention peut être nécessaire pour retirer des caillots sanguins dans la vessie.
 - La rétention urinaire (blocage de la vessie ou défaut de contractilité du muscle vésical) est une complication possible. Dans la période post-opératoire précoce, elle peut être due à la présence de caillots secondaires à une reprise du saignement (chute d'escarre). Une sonde vésicale est posée pendant quelques jours si une rétention urinaire par caillotage survient.
 - L'infection urinaire, complication la plus fréquente, peut 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 contacter rapidement votre médecin traitant ou à votre urologue.
 - L'incontinence urinaire est rare, le plus souvent transitoire.
 - Dans de rares cas, peut survenir un rétrécissement secondaire du canal de l'urètre ou du col de la vessie pouvant nécessiter une ré-intervention.
 - Il n'existe habituellement 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 provoquée par le retrait de l'adénome.
 - La phlébite est une complication possible, mais le risque est réduit par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants.

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 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.

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.