

## CONSENTEMENT ECLAIRE

### prostatectomie par voie rétropubienne

Cher patient,

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) sous le contrôle du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

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 médicales applicables à la prostatectomie par voie rétropubienne. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes vous seront communiquées pendant la consultation avec le médecin traitant.

Une première partie de cette brochure contient des informations générales sur la prostatectomie par voie rétropubienne. La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement<sup>©</sup> proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

#### Informations générales sur la prostatectomie par voie rétropubienne

##### 1. Bases anatomiques et principe général de la chirurgie

La prostatectomie par voie rétropubienne consiste à réséquer, au moyen d'une incision dans le bas-ventre, une tumeur bénigne de la prostate qui entraîne une augmentation de sa taille.

Chez la plupart des hommes vieillissants, une tumeur bénigne se développe dans la prostate autour de la première partie de l'urètre. Cette tumeur bénigne peut provoquer des troubles mictionnels.

Cette affection porte le nom d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).

Lorsque les troubles mictionnels réduisent sévèrement la qualité de vie ou compliquent extrêmement la vie (infections urinaires, formation de calculs ou saignements) et qu'un traitement médical n'a pas (ou plus) de sens, l'intervention chirurgicale représente la meilleure option.

A noter que la résection (ou retrait) ne concerne pas toute la prostate - celle-ci n'est entièrement réséquée que dans certains cas spécifiques de cancer de la prostate.

##### 2. Autres possibilités thérapeutiques

**Attentisme** : lorsque l'hypertrophie de la prostate n'occasionne aucun trouble ou s'accompagne uniquement de troubles légers ou modérés; une attitude attentiste convient parfaitement.

Le médecin donnera la plupart du temps des conseils concernant le mode de vie, afin d'aider le patient à gérer les problèmes liés à la miction.

**Traitement médical** : selon le type de troubles mictionnels et le volume d'hypertrophie de la prostate, des médicaments peuvent être prescrits, tous associés à des effets spécifiques et à des effets indésirables particuliers. Le médecin en discutera avec vous avant l'intervention.

**Résection endoscopique de la prostate (résection transurétrale de la prostate, ou RTUP)** : les petites tumeurs bénignes de la prostate, de type HBP, peuvent être réséquées via l'urètre.

Cette intervention repose généralement sur une boucle électrique chargée d'un courant de découpage ou de coagulation, qui permet de découper la tumeur en petits fragments.

Après le découpage (résection), les fragments de prostate sont éliminés de la vessie par rinçage à l'aide d'un récipient spécial.

La RTUP induit souvent de légers saignements. L'urine est donc rincée pendant un à plusieurs jours, jusqu'à ce qu'elle soit à nouveau claire.

**Incision endoscopique de la prostate** : les petites tumeurs bénignes de la prostate de type HBP peuvent parfois être traitées par voie chirurgicale, sans résection mais en créant une sorte de rainure à la sortie de la vessie. Cette intervention est rapide et produit généralement moins de saignements et d'aussi bons résultats que la RTUP.

### 3. Principe de la chirurgie

Préparation à l'intervention : une série d'examen sont réalisés avant l'intervention chirurgicale : analyses de sang et d'urine, radiographie du thorax et électrocardiogramme. Les résultats de ces examens sont évalués par l'anesthésiste. Les risques spécifiques liés à l'anesthésie seront discutés avec l'anesthésiste.

Techniques chirurgicales : l'intervention s'effectue sous anesthésie générale ou locorégionale (l'anesthésie épidurale consiste en une piqûre au niveau du dos). Le chirurgien pratique d'abord une incision verticale d'environ 10 cm, du pubis jusqu'au nombril. Après avoir sectionné le muscle abdominal droit, l'espace en amont de la vessie et de la prostate est libéré. Selon la technique utilisée (il existe trois variantes classiques), quelques points de suture sont réalisés au-dessous, en-dessous ou au niveau du col vésical, plus spécifiquement à l'endroit où la vessie débouche dans l'urètre prostatique. Une petite incision transversale est réalisée entre ces points. Via cette ouverture, la tumeur prostatique peut être séparée du reste de la prostate à l'aide de l'index ou d'un instrument (généralement une pince). Après le retrait de la tumeur, une sonde vésicale est mise en place pour assurer le rinçage et la capsule prostatique est refermée. Un second cathéter, qui traverse la paroi abdominale et assure un double drainage, est parfois placé dans la vessie (sonde de cystostomie). Enfin, un drain de plaie est mis en place et l'incision est suturée.

Déroulement postopératoire :

*Durant l'hospitalisation* : si vous ressentez une douleur, un analgésique vous sera administré. Une prise de sang sera peut-être réalisée pour détecter une anémie éventuelle et une transfusion sanguine sera effectuée si nécessaire pour compenser les pertes de sang durant l'opération. Le chirurgien décidera du moment du retrait du drain. La sonde vésicale est généralement bien tolérée, mais provoque parfois des contractions sous l'effet d'une surstimulation, ce qui peut entraîner des fuites urinaires à côté de la sonde. Ce problème se traite par des médicaments.

La sonde vésicale reste normalement en place au cours des premières heures qui suivent l'intervention, avec un rinçage continu réalisé durant 2 à 5 jours, en fonction de l'évolution et de la décision du chirurgien. La durée totale de l'hospitalisation est déterminée par votre chirurgien, mais varie généralement entre 5 et 8 jours.

*De retour au domicile* : si nécessaire, des soins seront apportés à la plaie par le biais de services de soins à domicile. Il est important de maintenir la plaie au sec pendant 2 semaines. Les bains sont également strictement proscrits. En cas de douleur au niveau de la plaie chirurgicale, vous pouvez prendre un analgésique (p. ex. paracétamol, 1 g). Votre médecin vous le prescrira lors de votre sortie de l'hôpital.

Les sutures doivent être retirées environ 2 semaines après l'intervention, par l'infirmier(-ère) à

domicile ou par votre médecin traitant. La durée du rétablissement et la date de reprise du travail dépendent de l'âge du patient et de la technique chirurgicale utilisée. Il faut parfois attendre jusqu'à deux mois avant que le patient ne soit entièrement rétabli.

Le tissu prostatique réséqué : le tissu prostatique réséqué sera examiné par l'anatomopathologiste pour vérifier s'il est bénin, comme l'on pensait avant l'intervention. Il arrive aussi que ce tissu soit utilisé dans le cadre de recherches générales ; si tel est le cas, l'anonymat sera naturellement respecté.

#### 4. Techniques opératoires

Durant la procédure : toute opération comporte des risques de complications qui sont parfois irréversibles et qui, dans le pire des cas, peuvent entraîner le décès. Même si le risque de complications graves est très faible, il n'est malheureusement jamais nul et est la plupart du temps imprévisible. Les intestins et le péritoine, des organes situés à proximité du champ chirurgical, peuvent être touchés durant l'opération. Cette complication est très rare. De plus, lorsque les lésions sont détectées durant l'opération (ce qui est le cas la plupart du temps), elles sont immédiatement réparées ou traitées.

Toute complication chirurgicale peut retarder la restauration de la fonction digestive. Les pertes de sang abondantes sont rares durant l'intervention, mais peuvent nécessiter une transfusion. Par ailleurs, même si la totalité du sang transfusé est systématiquement testée, on ne peut entièrement exclure tout risque de transmission de maladie contagieuse (VIH, hépatite, etc.). Ce risque de contamination sanguine peut être éliminé en prélevant le sang du patient avant l'intervention. Au besoin, Ce sang sera retransfusé au patient au cours de l'opération (auto-transfusion). La survenue de saignements abondants nécessitant une nouvelle intervention est très rare.

Durant l'hospitalisation :

- Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire.** La formation d'un caillot sanguin dans les artères de la jambe (thrombose veineuse profonde ou phlébite) peut entraîner une embolie pulmonaire lorsque ce caillot migre vers les poumons. Cette complication peut être fatale. L'injection d'anticoagulants sous-cutanés et le port de bas de contention jusqu'à un mois après l'opération permet de prévenir cette complication. Lorsque ces mesures sont prises, la fréquence des thromboses veineuses profondes et d'embolies pulmonaires est rare à très rare. Les anticoagulants injectés augmentent cependant le risque de saignement secondaire.
- Saignement après l'opération (rare).** Un saignement survenant après l'opération correspond généralement à la réapparition d'un saignement à l'endroit où le tissu prostatique est resté en place. Ce type de complication est généralement facilement évité par l'utilisation d'une sonde vésicale avec rinçage continu. En cas de saignements très abondants, une nouvelle intervention s'impose. Dans tous les cas, le chirurgien pourra décider de procéder à une transfusion sanguine.
- Iléus paralytique.** Ce trouble apparaît lorsque le transit intestinal est arrêté ou très lent. En l'absence de traitement, il peut provoquer un ballonnement abdominal et des vomissements. En cas de reprise ralentie ou de non-reprise de l'activité intestinale, une sonde gastrique peut être mise en place durant quelques jours. Cette mesure est rarement nécessaire car en principe, ni les intestins ni le péritoine ne sont touchés durant cette intervention.
- Diminution de la fonction rénale.** L'obstruction de la sonde vésicale (caillots sanguins) et la dilatation de la vessie peuvent perturber temporairement le fonctionnement des reins. Toutefois, ce problème se résout toujours rapidement après la reprise de l'évacuation de l'urine et du liquide de rinçage, et n'entraîne donc pas de séquelles. Une altération sévère de la fonction rénale peut survenir en cas d'endommagement ou de ligature des uretères durant l'intervention.

En principe, les techniques opératoires sont conçues pour rendre ce type de complication extrêmement improbable, mais en cas de détérioration persistante de la fonction rénale, il faudra vérifier que ce problème n'est pas présent.

- ☒ **Fuites urinaires.** Même si la capsule prostatique est refermée après résection de l'adénome prostatique, des fuites urinaires peuvent apparaître après l'intervention. Le drain de plaie évacue généralement le liquide sans problème et la fuite se referme la plupart du temps spontanément.
- ☒ **Infection de la plaie (rare).** Il existe un risque d'infection des incisions cutanées, nécessitant l'administration d'antibiotiques et/ou un drainage. Le drainage s'effectue en rouvrant légèrement l'incision.
- ☒ **Infection des voies urinaires.** Les infections des voies urinaires, fréquentes, sont traitées par antibiotiques. Le risque d'infection urinaire dépend de l'état préopératoire du patient et de la durée de présence de la sonde vésicale. Les infections des voies urinaires sont facilement dépistées par une analyse d'urines.
- ☒ **Autres :** la présence de problèmes de santé individuels, tels qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un emphysème pulmonaire, etc., peut accroître le risque de complications fatales.

Après l'hospitalisation :

- ☒ **Troubles mictionnels :** au cours des premières semaines suivant l'opération, du sang peut encore être présent dans les urines et des symptômes gênants peuvent persister, tels que mictions fréquentes, urgentes, voire douloureuses. Ces troubles s'atténuent généralement rapidement et des médicaments spécifiques seront prescrits au patient si nécessaire.
- ☒ **Incontinence urinaire :** comme indiqué ci-dessus, le patient peut, dans un premier temps, présenter des urgences mictionnelles s'accompagnant parfois de petites fuites urinaires. La situation est plus grave lorsque les fuites urinaires surviennent en station debout ou lorsque le patient tousse ou rit. Ces problèmes révèlent généralement la présence d'une lésion au niveau du sphincter, difficile à corriger.
- ☒ **Éjaculation :** après l'opération de la prostate par voie abdominale ou urétrale, l'éjaculation s'effectuera souvent de manière rétrograde (vers l'extérieur). Cela signifie qu'au lieu d'aller directement vers l'extérieur via le pénis, le sperme est reflué dans la vessie, où il finira par être évacué avec l'urine. Ceci ne pose aucun problème sur le plan sexuel, sauf bien entendu en cas de désir de paternité. Bien que le mécanisme érectile ne soit pas lui-même affecté par la prostatectomie rétropubienne, jusqu'à 10% des patients signalent des érections réduites après l'intervention. La cause de cet effet n'est pas établie ; il pourrait s'agir d'une conséquence psychologique de toute opération de la prostate; la plupart des hommes considérant la prostate comme un organe indispensable à la sexualité, alors que ce n'est pas le cas.
- ☒ Le développement d'une **hernie** sur la cicatrice de la paroi abdominale est une complication très rare, mais qui peut entraîner une éventration (saillie des viscères abdominaux à travers un orifice herniaire) et requiert parfois une correction chirurgicale.
- ☒ L'apparition d'une **fatigue** après l'intervention peut être le signe d'anémie. Si vous souffrez de fatigue, il est conseillé d'effectuer une analyse sanguine. Selon les résultats, un traitement vous sera prescrit (dans la majorité des cas), p. ex. des compléments de fer, ou une transfusion vous sera proposée (rarement).

## 1. généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, sur les traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.