
CONSENTEMENT ECLAIRE

résection trans-urétrale de la vessie

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 résection trans-urétrale de la vessie. 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 résection trans-urétrale de la vessie.

La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement[©] proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

Informations générales sur la résection trans-urétrale de la vessie

1. Bases anatomiques et principe général de la chirurgie

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

Une anomalie de votre vessie a été détectée ou suspectée lors des examens radiologiques, biologiques ou endoscopiques ; seul l'examen au microscope du tissu prélevé établira le diagnostic exact permettant de vous proposer le traitement et le suivi adaptés.

L'intervention qui vous est proposée est destinée à réaliser l'ablation ou un prélèvement d'une lésion suspecte de tumeur vésicale.

L'absence de diagnostic précis et de traitement vous expose au risque de laisser évoluer une lésion dangereuse, éventuellement cancéreuse ou susceptible de le devenir.

2. Autres possibilités thérapeutiques

Seul le geste qui vous est proposé permet l'ablation ou le prélèvement de votre anomalie de vessie.

3. Préparation à la chirurgie

Comme pour toute intervention chirurgicale, des examens préalables à l'intervention sont nécessaires. Une prise de sang, une analyse d'urines, une radiographie du thorax ainsi qu'un électrocardiogramme seront réalisés avant la consultation d'anesthésie. Les risques spécifiques à l'anesthésie seront discutés lors de cette consultation.

L'opération se déroule sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie.

4. Technique opératoire

Cette intervention s'effectue par les voies naturelles sans ouverture abdominale. Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre un appareil appelé résecteur. Parfois, il est nécessaire d'élargir l'urètre au préalable.

L'opération se déroule sous contrôle visuel. Le résecteur permet d'enlever la lésion et de coaguler les différents vaisseaux susceptibles de saigner.

Les tissus prélevés sont envoyés au laboratoire pour analyse.

A la fin de l'intervention, une sonde, éventuellement associée à un lavage continu, est habituellement mise en place dans la vessie.

Afin de diminuer les récurrences de lésions malignes, une instillation intravésicale précoce (endéans les 24 heures) de chimiothérapie vous sera proposée. Cette instillation ne se fera pas si la résection était très profonde, très étendue ou si un saignement persiste.

5. Suites habituelles de la chirurgie

Durant l'hospitalisation :

Le lavage vésical est arrêté dès que les urines sont claires et la sonde vésicale est enlevée selon les indications du chirurgien au bout d'un ou de plusieurs jours.

A l'ablation de la sonde, les urines sont claires ou parfois encore teintées de sang. Vous pouvez ressentir des brûlures en urinant pendant quelques jours (d).

La durée de votre hospitalisation est variable et sera déterminée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général ainsi que du type et de l'étendue de votre lésion vésicale.

Retour à domicile :

Pendant quelques semaines après l'opération, il vous sera recommandé de boire abondamment et il est préférable d'éviter les efforts pendant cette période.

Un saignement dans les urines au cours des premières semaines postopératoires est possible (c), ce qui justifie les recommandations citées. Si ce saignement est important, une nouvelle hospitalisation peut être nécessaire.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de travail si besoin.

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que quelques jours après l'opération. Une copie de ce résultat sera transmise à votre médecin traitant. Vous serez informé(e) par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure.

6. Complications

Pendant l'intervention :

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques, y compris vitaux (a), liés 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 exceptionnelles et peuvent être incurables (a).

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire nécessitant une interruption du protocole prévu (a).

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 peuvent survenir lors de toute intervention chirurgicale.

Des saignements, susceptibles de nécessiter une transfusion, peuvent survenir pendant l'opération. Même si le sang transfusé est testé, il existe toujours un risque très faible (a) de transmission de maladies connues (HIV, hépatites, ...) ou encore inconnues à ce jour. Le risque de contamination sanguine peut être supprimé en faisant une pré-donation sanguine avant l'opération. Si nécessaire, le propre sang du patient lui sera ainsi transfusé pendant l'opération. La pré-donation sanguine est contre-indiquée dans le cadre d'une chirurgie pour cancer.

Les organes voisins de la vessie peuvent être blessés pendant l'opération, ce qui imposerait une réparation chirurgicale immédiate (a). Cette intervention pourrait nécessiter l'ouverture de la paroi abdominale. En cas de perforation de la paroi vésicale, des cellules tumorales pourraient se propager dans l'abdomen ou dans le bassin. Le risque de développement de métastases est très faible (a).

Pendant l'hospitalisation :

Les infections urinaires postopératoires sont peu fréquentes (1 à 10 %) ; elles nécessiteront un traitement par antibiotique. Très rarement (<1%), une infection testiculaire peut survenir, pouvant mener exceptionnellement à une stérilité irréversible. En cas de désir de grossesse, parlez-en au préalable avec votre urologue.

Fréquemment, une brûlure et des urgences mictionnelles apparaîtront après retrait de la sonde urinaire pendant une période transitoire de quelques jours.

Des saignements, susceptibles de nécessiter une transfusion, peuvent également survenir (5% - rarement). Infection grave (<1%, très rarement).

Comme pour toute intervention chirurgicale, des caillots de sang peuvent se former dans les veines (thromboses veineuse) (b) pouvant provoquer une fermeture des vaisseaux des poumons (embolie) (a). Cette complication peut parfois avoir une issue fatale (a). Des médicaments anticoagulants peuvent être administrés en prophylaxie, mais le risque de saignement sera alors majoré.

En cas d'allergie (p.ex. médicaments, anesthésiants, désinfection, latex,...), un gonflement transitoire, un prurit, des éternuements, une réaction cutanée, des vertiges ou des vomissements peuvent apparaître. La survenue de complications vitales sévères (cœur, respiration, reins, circulation) ou de dommages permanents est exceptionnelle (a).

Après l'hospitalisation :

Très rarement (<1%) (a), rétrécissements du canal de l'urètre apparaissant à un stade ultérieur. Exceptionnellement, ce trouble peut engendrer une courbure du pénis lors des érections, rendant la pénétration vaginale difficile, voire impossible (a). Une intervention chirurgicale destinée à redresser du pénis peut être proposée, ainsi que la mise en place d'une prothèse pénienne.

Une incontinence urinaire (pertes d'urines non contrôlées) transitoire ou permanente peut se développer en cas de lésions tumorales au niveau des muscles sphinctériens ou en cas de blessure des muscles sphinctériens lors de l'intervention (a). Dans des cas exceptionnels, un sphincter artificiel devra être mis en place par chirurgie.

La qualité des érections et la libido ne sont habituellement pas modifiées par l'intervention.

L'impuissance est exceptionnelle (a).

Il existe un risque d'éjaculation rétrograde si la lésion à réséquer se situe au niveau du col de la vessie (sortie de la vessie). L'éjaculation rétrograde se caractérise par l'absence d'émission de sperme au moment de l'orgasme. Cela ne modifie en principe pas la sensation de plaisir.

7. 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.