



Montbéliard, le

SITE DE MONTBELLIARD
25209 MONTBELLIARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbéliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

ALCALINISATION DES URINES

Son but est de favoriser la dissolution de votre calcul urinaire en rendant les urines moins acides. Pour cela, il convient :

- d'absorber régulièrement du « Vichy Célestins » ou « Saint Yorre » et éventuellement un médicament en complément
- d'adapter les doses en fonction du «pH» (degré d'acidité) que vous contrôlerez facilement vous même.

CONTROLE DU PH URINAIRE

- Méthode :**
- plonger la partie réactive de la bandelette dans une partie de vos urines fraîchement émises dans un verre propre.
 - lire le pH par correspondance des couleurs
 - noter sur une feuille les résultats selon jours et heures.

- Fréquences :-**
- au début, contrôler le pH de chaque miction, même la nuit
 - quand le pH est équilibré entre 6,5 et 7, on peut espacer les contrôles sauf ceux de fin de nuit, période où le pH a tendance à baisser en premier.

TRAITEMENT ALCALINISANT

Au début, répartir 1 Litre de Vichy Célestins ou Saint Yorre régulièrement sur les 24 Heures
Si le pH est constamment à 6,5 ou 7, vous avez trouvé la bonne dose et la bonne répartition
Si le pH est inférieur à 6,5, prendre le médicament en complément et adapter la répartition en fonction des résultats du pH sur les 24 Heures
Si le pH est supérieur à 7, ajuster la dose et la répartition de Vichy sauf pour la nuit qui doit être suffisamment traitée.

Pour toute explication supplémentaire, les chirurgiens et l'équipe soignante se tiennent à votre disposition.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD

Montbéliard, le

SITE DE MONTBELLARD
25209 MONTBELIARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 03. 81.91.63.15 (infirmières)

Madame, Monsieur,

Vous avez actuellement dans l'uretère (canal qui va du rein à la vessie) un calcul dont la taille laisse espérer une migration voire une élimination spontanée.

Pour favoriser cette migration , nous vous conseillons de :

- boire abondamment (sauf pendant et au décours des crises douloureuses),
- marcher, rester actif,
- prendre le traitement médical prescrit.

A la moindre complication :

- crises douloureuses répétées , résistantes au traitement,
- fièvre et/ou frissons,
- urines troubles,

Nous vous conseillons de contacter en urgence le service (03.81.91.62.03 jusqu'à 18 heures et 03.81.91.63.15 après 18 heures).

Votre rein risque de souffrir, voire de se détruire, même sans aucune douleur, tant que le calcul n'est pas éliminé avec certitude (contrôle radiologique)

Il convient donc que vous vous soumettiez à une surveillance médicale même si vous ne ressentez plus rien , environ toutes les trois semaines.

Votre médecin traitant se tient à votre disposition pour vous conseiller en cas de problèmes.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD



Montbéliard, le 2 septembre 2006

SITE DE MONTBELLARD
25209 MONTBELLARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI

Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD

Praticiens Hospitaliers

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

CATALOGUE MICTIONNEL COMPLET

Mr, Mme, Enfant :

Date :

Ce recueil d'information VISE A :

- mieux connaître l'état et l'évolution du fonctionnement de votre vessie
- apprécier l'efficacité du traitement
- vous aider à mieux contrôler votre état urinaire.

Pour ce faire, il convient de NOTER :

- 1 - dans l'"INTERMICTION" (IM : intervalle entre deux mictions)
les événements survenus :
besoin inadapté (B+ à B+++) fuites (F+ à F+++)
fréquence (nombre de fois par heure) circonstances...

- 2 - la qualité des MICTIONS :

- heure
- besoin préalable 0 = absent
- + = faible
- N = normale
- +++ = pressant
- ++++ = très pressant
- fuite préalable : F + à F+++
- difficulté à uriner N = normale, D+ à D+++
- volume des urines
- impression de vider la vessie et/ou résidu

Merci de votre participation.

L'équipe médicale et para-médicale se tient à votre disposition pour toute précision.

	H	B	F	D	VOLUME	IMPRESSION DE VIDER ET/OU RESIDU
MICTIONS						
INTER MICTION						
MICTIONS						
INTER MICTION						
MICTIONS						
INTER MICTIONS						
MICTIONS						
INTER MICTIONS						
MICTIONS						
INTER MICTIONS						

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT

Docteur J. MOURAD



Montbéliard, le

SITE DE MONTBELLARD
25209 MONTBELLARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers



☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

Mme, Mr, Enfant : _____

Docteur : _____

Date :

BUTS DE CE CATALOGUE :

- mieux connaître :
 - vos habitudes de boissons
 - la répartition de vos urines sur 32 heures
 - les volumes urinés à chaque miction
 - ce qui reste dans votre vessie
- afin de comprendre et de traiter d'éventuelles dysfonctionnements.

METHODE :

Noter une seule fois la date : à la miction du lever matinal

- Noter l'heure à chaque événement :
- coucher
 - lever
 - boissons (en millilitres)
 - mictions (en millilitres)

Remplir ce catalogue selon les prescriptions médicales :

- durée :
 - soit sur 32 heures (d'un coucher au lever du surlendemain)
 - soit en continu sur plusieurs jours
- fréquence :
 - soit une fois en début et en fin de traitement
 - soit une fois par semaine ou quinzaine ou mois
 - soit selon prescription médicale

RAMENER TOUS LES CATALOGUES A LA CONSULTATION SUIVANTE

Les secrétaires, le personnel para-médical et les médecins se tiennent à votre disposition pour toute explication supplémentaire.

LE JOUR	L'HEURE	LE VOLUME BU EN MILLILITRES	COUCHER	LEVER	VOLUME URINE EN MILLILITRES	LE RESIDU EN MILLILITRES OU IMPRESSION DE VIDER LA VESSIE



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.
Elle vous est 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.

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.

CHIRURGIE POUR HYDROCELE

L'intervention, qui vous est proposée, est destinée à traiter la grosseur que vous présentez au niveau de la bourse.

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Une hydrocèle est une accumulation de liquide dans une « poche » entourant le testicule. Cette hydrocèle est responsable d'une augmentation de volume plus ou moins importante d'une bourse. Il s'agit d'une maladie bénigne qui ne risque ni de s'infecter ni d'évoluer vers une maladie plus grave.

Elle peut par contre être responsable d'une gêne, de douleurs ou d'un préjudice esthétique.

L'intervention a pour but de rendre à votre bourse un volume normal et de faire disparaître les symptômes pour lesquels vous avez consulté.

L'absence de traitement vous expose au risque d'augmentation de volume de la bourse avec apparition ou aggravation des troubles cliniques.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Il n'existe pas de traitement médical de l'hydrocèle.

Le traitement de l'hydrocèle par ponction ou injection de produit sclérosant peut être proposé mais le risque de récurrence est important et le traitement secondaire par chirurgie devient plus difficile.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Le rasage et la désinfection de la zone opératoire sont réalisés la veille ou le matin de l'intervention.

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'intervention est menée par une courte incision au niveau de la bourse ou au dessus du pli de l'aîne.

Elle consiste à enlever la poche ou à simplement la froncer en fonction des anomalies rencontrées en per-opératoire.

Un drain est parfois laissé en place temporairement.

SUITES HABITUELLES

Si un drain a été mis en place, il est retiré dans les premiers jours post-opératoires ; la douleur au niveau de l'incision est habituellement minime et temporaire

La durée d'hospitalisation varie de un à quelques jours sur les indications du chirurgien.

Des soins locaux à domicile sont prescrits ; les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue.

Pendant quelques semaines la bourse reste augmentée de volume et une petite tuméfaction autour du testicule peut parfois persister, correspondant à la « poche » cicatrisée.

La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention.

RISQUES ET COMPLICATIONS

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 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.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec l'opération sont rares mais possibles :

- hématome : un saignement pendant ou après l'intervention peut conduire à la constitution d'un hématome de la bourse, éventuellement étendu aux organes génitaux externes; une réintervention pour arrêter le saignement et drainer l'hématome peut être nécessaire.
- retard de cicatrisation pouvant nécessiter des soins locaux prolongés.
- infection : l'existence d'un écoulement par l'incision, de signes d'infection généraux comme de la fièvre, ou locaux comme une inflammation de la bourse, peuvent entraîner la mise en route d'un traitement antibiotique adapté et le traitement d'un éventuel abcès par votre chirurgien.
- atrophie testiculaire : elle est de survenue exceptionnelle après chirurgie de l'hydrocèle.
- récurrence : le risque est extrêmement faible.

Votre urologue se tient à votre disposition pour toute information.

*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.



Montbéliard, le 2 septembre 2006

SITE DE MONTBELLIARD
25209 MONTBELLIARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI

Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD

Praticiens Hospitaliers

Monsieur, Enfant :

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

RECOMMANDATIONS APRES CHIRURGIE DU PREPUCE

PENDANT LES 24 PREMIERES HEURES :

- ♦ Repos en chambre, au lit.
 - ♦ Dépister le moindre saignement, surtout chez l'enfant, par un contrôle toutes les 2 ou 3 heures, même la nuit
- Contactez le service en cas de problème.

PENDANT LES 10 PREMIERS JOURS :

- ♦ Repos relatif : évitez le sport, la marche...
- ♦ Bains de verge (ou de siège chez l'enfant) :
 - dans de l'eau tiède (ou légèrement teintée de Bétadine Dermique)
 - pendant 10 minutes, 3 à 4 fois par 24 heures sur 5 à 6 jours
 - sécher par tamponnement
 - ne rien appliquer sauf prescription médicale
- ♦ Evitez la macération en portant un sous-vêtement large et en interposant éventuellement une compresse douce entre la verge et le sous-vêtement.
- ♦ Les fils tomberont spontanément en 8-15 jours.
- ♦ Des croûtes foncées ou claires, adhérentes et / ou retenues par les fils sont banales. Ne pas les arracher. Elles tomberont d'elles-mêmes. Si un suintement louche apparaît sous les croûtes, contactez nous.

UN CONTROLE MEDICAL vers le 7^{ème} - 10^{ème} jour puis 6 semaines plus tard est nécessaire. Les rendez-vous vous seront donnés à la sortie.

Les CHIRURGIENS et les INFIRMIERES sont à votre disposition pour tout conseil supplémentaire.

Bonne convalescence.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.

Elle vous est 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.

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.

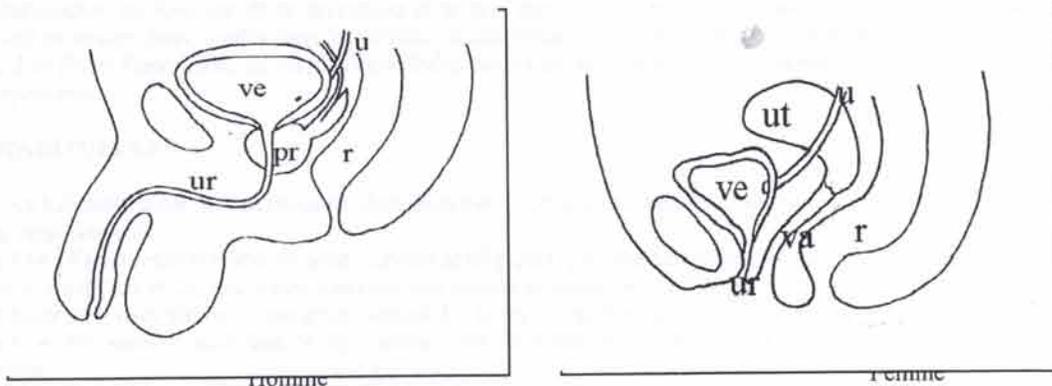
Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

CYSTECTOMIE TOTALE

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

LA VESSIE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. L'urine secrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. Lors de la miction, les urines sont évacuées à l'extérieur par le canal de l'urètre. Ce canal est court chez la femme (environ 4 cm). Chez l'homme, il est beaucoup plus long (environ 17 cm) et entouré par la prostate dans sa première partie sous la vessie.



Légende : pr : prostate , r : rectum , u : uretère , ur : urètre , ut : utérus , va : vagin , ve : vessie ;

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les prélèvements effectués au niveau de votre vessie ont mis en évidence une tumeur.

Les caractéristiques de cette tumeur justifient un traitement chirurgical consistant en l'ablation de la vessie. C'est le traitement de référence actuel pour le type de tumeur dont vous êtes atteint (tumeur atteignant le muscle de la vessie ou tumeur plus superficielle mais de grade élevé et récidivante). L'intervention est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur va évoluer et vous exposer aux risques de troubles urologiques et de douleurs ainsi qu'à une progression locale et à distance de la maladie.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Un traitement conservateur de la vessie utilisant la radiothérapie et/ou la chimiothérapie peut être proposé dans certains cas. Les indications sont limitées et les résultats à distance imparfaitement évalués.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

L'intestin qui est susceptible d'être utilisé pendant l'intervention doit faire l'objet d'une préparation par un régime sans résidu à débiter quelques jours avant l'opération et par l'ingestion la veille de l'opération d'un liquide permettant la vidange de l'intestin.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La voie d'abord est une incision abdominale. L'intervention consiste à enlever toute la vessie. Dans la grande majorité des cas, le geste chirurgical emporte également la prostate chez l'homme et l'utérus chez la femme.

Pour permettre l'élimination des urines, il existe plusieurs possibilités.

- rétablissement de la continuité urinaire naturelle en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et le sphincter de l'urèthre.
- dérivation des uretères dans un réservoir colique avec élimination des urines par l'anus.
- dérivation des urines à la peau
 - soit continente en créant un sphincter intestinal avec évacuation des urines par des sondages intermittents
 - soit par l'intermédiaire d'un conduit intestinal qui s'abouche à un réservoir externe (poche)
 - soit par abouchement direct des uretères à la peau avec maintien d'une sonde dans chaque uretère

Le choix entre ces différentes techniques dépend de nombreux critères (siège de la tumeur, âge, sexe, état général et conformation anatomique).

Il peut être indiqué dans certains cas chez l'homme d'enlever le canal de l'urèthre dans sa totalité dans certains types de tumeur. Il n'est donc pas possible dans ces cas là d'envisager un remplacement de la vessie et la dérivation des urines vers l'extérieur est nécessaire.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire, une ou deux poches (stomies) seront en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, deux sondes dans les uretères et une sonde dans la nouvelle vessie auront été positionnées.

Egalement, à la fin de l'opération, un ou plusieurs drains auront été mis en place ; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

SUITES HABITUELLES

L'estomac est habituellement mis au repos pendant quelques jours par une petite sonde sortant par une narine; ceci a pour but d'éviter les vomissements.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urinaires sera défini par votre chirurgien.

Vous serez autorisé à vous alimenter progressivement dès la reprise du transit.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical vous seront expliqués pendant votre hospitalisation.

L'hospitalisation est d'environ 15 jours. Une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et de votre travail si besoin et du suivi après l'opération

Une surveillance sera ensuite réalisée après votre opération, qui aura pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire.

En cas d'utilisation de l'intestin, il peut être nécessaire de boire de l'eau alcaline (type vichy) pour compenser l'acidité de l'urine. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

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.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

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

Pendant le geste opératoire :

- saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang
- blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation

Dans les suites opératoires immédiates :

- saignement pouvant obliger à une nouvelle opération
- phlébite et embolie pulmonaire
- infection
 - * infection urinaire
 - * infection générale avec septicémie
 - * infection de la paroi et de la cicatrice
- complications urinaires (fistule), pouvant parfois justifier d'une ré-intervention
- complications digestives:
 - * retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion
 - * fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention
 - * éviscération
 - * ulcère de l'estomac

Risques à distance :

- complications digestives
 - * éventration de la paroi de l'abdomen (éventration)
 - * occlusion intestinale par des adhérences mécaniques intra-abdominales (brides)
- complications urinaires
 - * un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretère ou urètre)
 - * éventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie
 - * dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, d'altération des reins ou de rupture

Toutes ces complications tardives peuvent justifier une intervention chirurgicale ou un geste spécifique.

EFFETS SECONDAIRES SUR LA CONTINENCE ET LES ERECTIONS

Si vous avez pu bénéficier d'un rétablissement complet de la continuité urinaire, il est rare que vous soyez d'emblée continent. Le jour, les fuites quasi obligatoires au moment de l'ablation de la sonde vont généralement diminuer assez rapidement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut parfois nécessiter des levers réguliers. Pour ces problèmes de continence, vous pourrez être aidé par une rééducation spécifique.

L'ablation de la prostate et des vésicules séminales étant le plus souvent réalisée lors de l'ablation de la vessie, il en découle une disparition de l'éjaculation. De même, lors de l'intervention, le risque de léser les nerfs de l'érection est important. Il est donc fréquent de ne plus avoir d'érections après une ablation de la vessie. Divers traitements de ce trouble de l'érection sont possibles et vous seront proposés.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.

Montbéliard, le 2 septembre 2006

SITE DE MONTBELIARD
25209 MONTBELIARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

Madame,

Vous avez bénéficié d'une intervention endoscopique sur votre canal urinaire et votre vessie. Pour favoriser la cicatrisation qui demandera quelques jours pour le canal et quelques semaines pour la vessie,

NOUS VOUS CONSEILLONS :

- Le repos les premiers jours
- Les boissons abondantes (1,5 litre d'eau plate par 24 heures / 3 mois) en évitant alcools, boisson gazeuses, agrumes, épices..)
- Le repos sexuel et pas de deux roues pendant 1 mois
- La toilette intime douce, matin et soir, avec un savon naturel, rinçage, séchage sans frotter afin de ne pas précipiter la chute spontanée des fils qui se fera en une dizaine de jours.
- La poursuite du traitement médical jusqu'à son terme, même si tout va bien.

IL PEUT ARRIVER :

- Des urines un peu troubles : il existe normalement une infection latente obligatoire et sans danger si vous buvez beaucoup d'eau et urinez souvent.
- Un petit saignement passager par chute d'une croûte de la vessie : reposez vous et buvez. Si le saignement persiste et devient abondant (ce qui est exceptionnel), entrez en contact avec nous.
- Une poussée de « cystite » que votre médecin jugulera rapidement par prescription de repos et de médicaments plus forts.

En cas bien improbable de fièvre, entrez d'emblée en contact avec nous.

Les CHIRURGIENS et les INFIRMIERES sont à votre disposition pour de plus amples explications et en cas de problème.

Bonne convalescence.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*. Elle vous est 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.

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.

NEPHRECTOMIE ELARGIE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre rein atteint d'une tumeur.

LE REIN

Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre qui participe à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme.

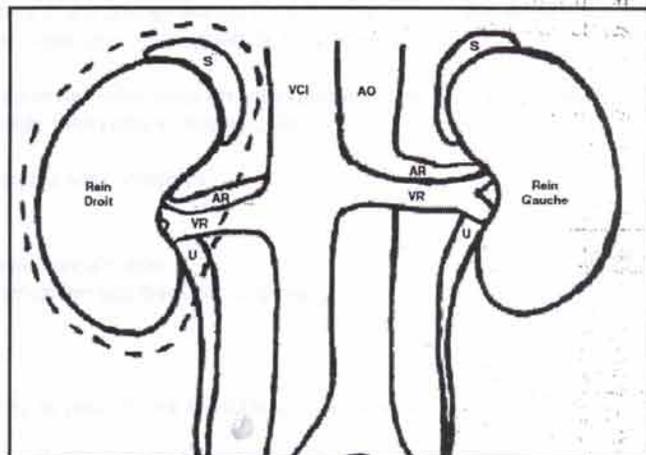
Les reins sont habituellement au nombre de deux.

Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale.

L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.

Un seul rein peut suffire à assurer cette fonction d'épuration.

Légende : R : rein ; S : glande surrénale ; U : uretère ;
AR : artère rénale ; VR : veine rénale ;
AO : aorte ; VCI : veine cave inférieure ;
--- : limites de la néphrectomie élargie ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une tumeur au niveau du rein évocatrice d'un processus malin.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en l'ablation du rein dans sa totalité emportant la tumeur présente au niveau de cet organe. Votre chirurgien vous expliquera pourquoi la conservation d'une partie du rein n'est pas possible.

La nature bénigne ou maligne de cette tumeur ne sera connue définitivement qu'après analyse des tissus au microscope.

Cette opération est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur vous expose à un risque de troubles cliniques (douleurs, saignements, fièvre...). Si cette tumeur est cancéreuse, seul le traitement chirurgical permet d'éviter l'évolution de la maladie.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Seul le geste qui vous est proposé permet à la fois d'obtenir un diagnostic définitif de cette lésion, de vous traiter et de déterminer la surveillance ultérieure.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein. Le choix sera fait en fonction de la tumeur, de votre morphologie et des habitudes de votre chirurgien. La dissection passe au large de la tumeur, emportant dans le même temps la graisse autour du rein qui peut être envahie en cas de tumeur maligne, et la glande surrénale si nécessaire.

En fin d'intervention un ou plusieurs drains pourront être mis en place ; ils permettent de surveiller le site opératoire.

SUITES HABITUELLES

L'estomac est habituellement mis au repos par une petite sonde sortant par une narine, ceci dans le but d'éviter les vomissements, sources de douleurs au niveau de la cicatrice.

Pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil, une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie. Cette sonde est rarement responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et sera défini par le chirurgien.

Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

L'hospitalisation dure environ huit à dix jours et une convalescence de quelques semaines est nécessaire.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de travail si besoin et du suivi après l'opération.

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond à deux objectifs :

- vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur cancéreuse
- surveiller la fonction rénale et le rein restant en place.

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.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec la néphrectomie sont possibles :

- Pendant le geste opératoire :

blesseure des organes de voisinage justifiant leur réparation ou leur ablation.

blesseure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.

- Dans les suites post-opératoires immédiates :

saignement pouvant obliger à une nouvelle opération.

risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

risque d'infection, en particulier de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée) et du poumon adjacent.

complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion pouvant parfois justifier une ré-intervention ; ulcère de l'estomac.

- Risques à distance :

comme dans toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.

Montbéliard, le 2 septembre 2006

SITE DE MONTBELLARD
25209 MONTBELLARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbéliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

Vous avez été opéré de la prostate, du col vésical,

La cicatrisation intérieure va se faire en 1, 2 ou 3 mois.

Pendant ce délai :

- ♦ Vous n'urinerez pas encore parfaitement :
 - envies fréquentes d'uriner
 - quelques brûlures en urinant
 - jet encore faible
- ♦ Il existera une infection dans les urines, bien tolérée.

NOUS VOUS CONSEILLONS DE :

- ♦ Boire au moins 1,5 litre d'eau par 24 heures
- ♦ Uriner souvent pour ne pas mettre la cicatrice en tension
- ♦ Prendre le traitement médical jusqu'à son terme
- ♦ Evitez pendant 1 mois :
 - les voyages (automobiles, deux roues ...)
 - les rapports sexuels
 - les épices, les boissons alcoolisées, fruitées, gazeuses.

IL PEUT ARRIVER :

- ♦ Un blocage de vessie les premiers jours : revenez immédiatement et directement dans le service (Tel : 03 81 91 63 15)
- ♦ Un petit saignement urinaire passager et / ou saignement abondant. Vous devez consulter en urgence votre médecin traitant et en cas de nécessité, revenir dans le service.

L'équipe médicale se tient à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bonne convalescence.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.
Elle vous est 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.

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.

PROSTATECTOMIE TOTALE

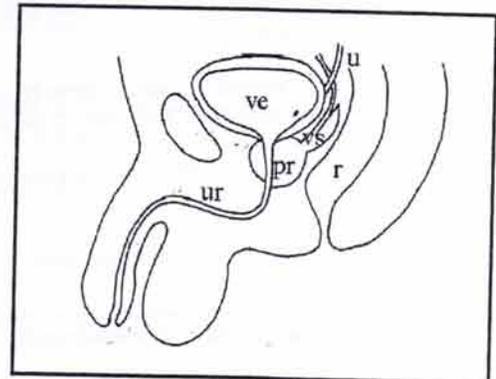
L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre prostate qui est atteinte d'une tumeur maligne.

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.

Légende : pr : prostate, r : rectum, u : uretère,
ur : urètre, ve : vessie, vs : vésicules séminales



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 POSSIBILITES ?

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.

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

1) RISQUE VITAL EXCEPTIONNEL PAR HEMORRAGIE

2) COMPLICATIONS PENDANT L'OPERATION ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES PRECOSES

- hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
- lésion de l'uretère 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.
- écoulement de lymphes ou collection péelvienne (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 3% 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.

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

1) RISQUE VITAL EXCEPTIONNEL PAR HÉMORRAGIE

2) COMPLICATIONS PENDANT L'OPERATION ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES

- hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
- lésion de l'uretère 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.
- écoulement de lymphes 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 3% 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*. Elle vous est 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.

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.

RESECTION TRANS - URETHRALE DE PROSTATE POUR ADENOME

L'intervention qui vous est proposée a pour objectif l'ablation de votre adénome prostatique.

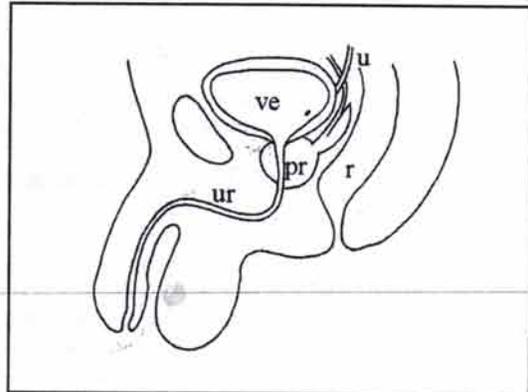
LA PROSTATE

La prostate est une glande située sous la vessie.

Pour sortir de la vessie, l'urine doit passer à travers le prostate, par l'urètre.

Le rôle de la prostate est avant tout de participer à la formation du liquide séminal.

Légende : pr : prostate , r : rectum , u : uretère ,
ur : urètre , ve : vessie ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

L'augmentation de volume de la prostate, ou adénome prostatique, est une pathologie bénigne qui peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie.

L'absence de traitement vous expose au risque :

- d'une détérioration des possibilités de vidange de la vessie : évacuation incomplète de la vessie, voire impossibilité complète d'uriner (rétention)
- d'infection et/ou de saignement urinaire
- de détérioration des reins

L'intervention de résection endoscopique n'enlève pas toute la prostate, mais seulement la partie centrale responsable de l'obstacle. Cette intervention ne met pas à l'abri de la survenue ultérieure d'un éventuel cancer de la prostate. Selon les conseils de votre urologue, la surveillance de la prostate restante peut être recommandée.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Les autres traitements possibles sont :

- les traitements médicamenteux
- l'adénomectomie sus-pubienne qui consiste à enlever l'adénome en ayant recours à une intervention chirurgicale ouverte, en passant par une incision à la partie basse de l'abdomen
- l'incision cervico-prostatique
- par ailleurs, d'autres traitements sont en cours d'évaluation et font appel notamment à l'utilisation du laser, de la chaleur, du froid, des radiofréquences ou des ultrasons

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

En prévention d'une infection, vous recevrez une dose d'antibiotique au début de l'opération.

L'opération se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Cette opération se déroule par les voies naturelles sans ouverture abdominale.

Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre un appareil appelé résecteur. L'opération se déroule sous contrôle visuel. Le résecteur est muni d'une anse électrique qui permet de couper l'adénome en petits copeaux et de coaguler les vaisseaux prostatiques.

Ces copeaux sont enlevés de la vessie et adressés au laboratoire pour analyse.

A la fin de l'opération, une sonde avec un lavage continu est mise en place dans la vessie.

SUITES HABITUELLES

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

La sonde vésicale est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un gêne plus ou moins importante, le plus souvent à type de douleur spastique.

A l'ablation de la sonde, les urines sont claires ou parfois encore teintées de sang.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général et de l'importance de votre opération.

La durée habituelle de cicatrisation de la zone opérée est de trois mois environ. Pendant ce temps, vous pouvez ressentir des brûlures en urinant, et avoir quelques fuites d'urine, souvent après des besoins pressants d'uriner.

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

Un saignement dans les urines pendant les premières semaines post-opératoires est possible ce qui justifie de boire abondamment pour éviter une rétention. 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 microscopique des copeaux de prostate n'est connu que quelques jours après l'opération. Ce résultat sera transmis à votre médecin traitant. Vous en serez informé directement par votre urologue lors de la visite post-opératoire.

En ce qui concerne votre sexualité, il est préférable d'éviter les rapports sexuels pendant un mois. Le désir et la qualité de l'érection sont le plus souvent non modifiés par l'intervention. Par contre après l'opération, l'émission de sperme est modifiée; le sperme reste en totalité ou en partie dans la vessie lors de l'éjaculation et part secondairement avec les urines.

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 exceptionnelles 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.

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 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 résection de prostate sont possibles :

- RISQUE VITAL EXCEPTIONNEL

- COMPLICATIONS PENDANT L'OPERATION ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES PRECOSES

- 1- Complications fréquentes
 - saignement modéré pouvant nécessiter l'ablation de quelques caillots par un lavage à la seringue au travers de la sonde
 - infection urinaire
 - épididymite (infection des organes génitaux externes)
- 2- Complications occasionnelles
 - réabsorption du liquide de lavage pouvant aller jusqu'à des troubles transitoires de la vue et de la conscience
 - saignement pouvant nécessiter une ablation des caillots formés dans la vessie sous anesthésie et/ou une transfusion sanguine et/ou une ré-opération secondaire
- 3- Complications rares à exceptionnelles
 - complications liées à la position pendant l'opération : compression du nerf sciatique poplité externe, luxation d'une prothèse totale de hanche
 - accidents électriques : brûlures cutanées, déprogrammation de pace-maker
 - plaie d'un organe adjacent : urèthre, vessie ou intestin

- COMPLICATIONS TARDIVES

- 1- Complications fréquentes
 - rétrécissements du méat urétral, de l'urèthre ou du col vésical
 - infections urinaires ou épididymaires
 - incontinence mineure limitée à quelques gouttes terminales
 - nécessité d'un retraitement : après cette opération le risque de ré-opération du même type pour la réapparition de troubles urinaires est environ de 5% dans les 10 ans
- 2- Complications occasionnelles
 - incontinence nécessitant le port de protection urinaire
 - impuissance érectile : sa survenue est dépendante de l'âge et de l'état pré-opératoire

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.
Elle vous est 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.

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.

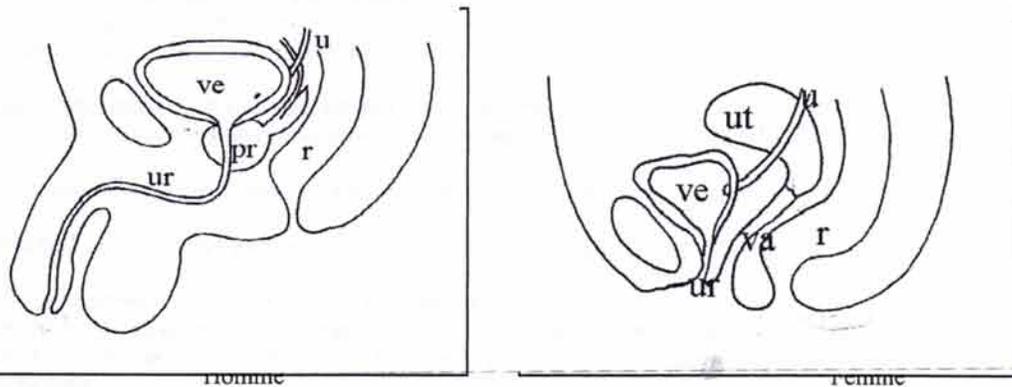
Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

RESECTION TRANS - URETHRALE DE VESSIE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à réaliser l'ablation ou un prélèvement de votre lésion vésicale et à en faire pratiquer l'analyse au microscope.

LA VESSIE

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



Légende : pr : prostate , r : rectum , u : uretère , ur : urèthre , ut : utérus , va : vagin , ve : vessie ;

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

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

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.

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Il n'y a pas d'autre moyen que le geste qui vous est proposé pour permettre l'ablation ou le prélèvement de votre anomalie de vessie.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines et traiter une éventuelle infection.

L'opération se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Cette intervention s'effectue par les voies naturelles sans ouverture abdominale. Le chirurgien introduit dans le canal de l'urètre un appareil appelé résecteur.

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 avec lavage continu, est habituellement mise en place dans la vessie.

SUITES HABITUELLES

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

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

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

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général et du type et de l'importance de votre lésion vésicale.

Un saignement dans les urines pendant les premières semaines post-opératoires est possible 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. Ce résultat sera transmis à votre médecin traitant. Vous serez informé par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure.

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.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

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

Une infection urinaire post-opératoire est fréquente (1 à 10 %) ; elle nécessitera un traitement antibiotique.

Plus rarement peuvent survenir d'autres complications :

- saignements pendant ou après l'opération susceptibles de nécessiter une transfusion.
- plaie de la vessie ou d'un organe de l'abdomen pendant l'opération obligeant à une réparation chirurgicale immédiate.
- infection grave.
- rétrécissement du canal de l'urètre plus tardivement.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.



Montbéliard, le

SITE DE MONTBELLIARD
25209 MONTBELLIARD Cédex

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur A. ATASSI
Chef de service

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD
Praticiens Hospitaliers

Madame, Monsieur,

☎ 03.81.91.62.03 (secrétariat)

FAX : 03.81.91.63.84

E-mail : uro-m@ch-belfort-montbeliard.rss.fr

☎ 81.91.63.15 (infirmières)

IL vous a été posé une sonde autostatique (« doubleJ ») dans votre uretère.....afin de permettre le libre écoulement de l'urine du rein vers la vessie.

IL VOUS EST CONSEILLE :

- 1) Boire au moins 1,5 litre d'eau par 24 Heures pour en éviter « l'encrassement »
- 2) Uriner souvent et sans pousser pour épargner le rein des hyperpressions de la vessie
- 3) Suivre le traitement médicamenteux prescrit.
- 4) Surveiller : - vos urines : - aspect
- quantités
- votre température de temps à autre
- 5) Ne pas faire trop de voiture et pas de deux roues

IL EST NORMAL de ressentir les premiers jours :

- une petite gêne au niveau de la vessie
- une petite tension au niveau du rein
 - quand la vessie est pleine ou
 - quand vous urinez.

Cette gêne s'estompe habituellement en quelques jours.

Vous devez entrer en contact d'urgence avec le service en cas d'anomalie (03.81.91.62.03 jusqu'à 18 heures et 03.81.91.63.15 après 18 Heures).

L'équipe médicale et les infirmières du service se tiennent à votre disposition pour toute explication complémentaire et pour résoudre les éventuels problèmes que vous pourriez présenter.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA

Docteur J. MOURAD

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE

Docteur G. RIDOUX
Chef de Service
Docteur A. ATASSI
Docteur P. GIRARDOT-MIGLIERINA
Praticiens Hospitaliers

☎ 81.91.62.03 (secrétariat)
81.91.63.15 (infirmières)

Monsieur,

Vous êtes porteur d'une sonde urinaire pour quelques jours. La gêne que vous ressentez devrait rapidement s'estomper.

Afin d'entretenir le bon fonctionnement de votre sonde et pour votre confort, il convient de respecter quelques précautions :

- 1) boire abondamment et prendre le traitement prescrit
- 2) éviter les efforts physiques intenses, les voyages prolongés et/ou inconfortables
- 3) surveiller : - l'écoulement (discontinu) de vos urines
- leur couleur
- l'absence de fièvre ou de tout autre signe anormal
- 4) adapter le collecteur d'urine en fonction de votre activité :
 - pour la journée, votre sonde peut être reliée à une poche collectrice de cuisse (fixée par deux lanières circulaires à ne pas trop serrer) et que vous viderez toutes les deux ou trois heures lorsqu'elle est à moitié ou aux deux-tiers pleine en ouvrant le robinet inférieur au-dessus de la cuvette des toilettes.
 - pour la nuit : vous pouvez relier votre sonde à une grande poche (2 litres) et à longue tubulure. Afin que la poche, en déclivité au bord du lit ne tire pas sur votre sonde urinaire, vous pouvez fixer la partie initiale de la tubulure à votre vêtement de nuit.
- 5) veiller au bon écoulement de l'urine en évitant les coudes au niveau de la sonde ou de la tubulure.
- 6) assurer la propreté autour de la sonde
En effet, les sécrétions (normales) de votre canal urinaire ne sont plus éliminées par le passage des urines. Elles séchent sous forme de croûtes adhérentes, obstruent le canal urinaire et risquent de favoriser une infection.
Il convient donc de les enlever au moins deux fois par 24 heures ; en retroussant la verge, les enlever avec l'aide d'une compresse ou d'un coton imbibé d'eau ou d'un anti-

septique faible.

Quand l'orifice du canal urinaire et la sonde (zone blanchie) sont propres et bien rincés, vous pouvez laisser revenir la verge sur la sonde.

7) connaître, dépister tout incident pour alerter au plus tôt le service :

- la sonde est bouchée : il n'y a plus d'urine arrivant dans la tubulure et vous ressentez déjà une vessie pleine. Vous devez revenir d'urgence et directement dans le service quelle que soit l'heure.
- la sonde est tombée : consultez au plus tôt le service par téléphone.

Malgré toutes ces informations, le port d'une sonde urinaire est moins gênant qu'il n'y paraît. Soyez convaincu que nous ne la laisserons que le temps minimum indispensable.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à faire appel à l'équipe médicale et para-médicale.

Bonne convalescence.

Docteur A. ATASSI

Docteur P. GIRARDOT

Docteur G. RIDOUX

CENTRE HOSPITALIER GENERAL
ANDRE BOULLOCHE
25209 MONTBELIARD CEDEX
☎ 81 91 61 61

Montbéliard,

SERVICE DE CHIRURGIE
UROLOGIE
Dr G. RIDOUX
Chef de Service
Dr ATASSI
Dr GIRARDOT-MIGLIERINA
Praticiens Hospitaliers
☎ 81.91.62.03 (secrétariat)
81.91.63.15 (infirmières)

Monsieur,

Il vous a été posé un **TUTEUR URETHRAL** souple, autostatique et amovible pour favoriser la cicatrisation de votre canal urinaire selon un bon calibre durable.

Ce tuteur aura son plein effet s'il est conservé en place quelques mois.

Il est **rapidement bien toléré** mais mérite :

QUELQUES PRECAUTIONS pendant tout le temps de sa présence :

- **Boire** au moins 1 litre 1/2 d'eau par 24 heures.
- Poursuivre les **traitements** médicamenteux prescrits.
- Attendre 3 à 4 semaines avant la reprise de **l'activité sexuelle**.
- Eviter les **sollicitations périnéales** directes ou indirectes : manuelles, plan dur, cheval ou sport violent.
- Nécessité d'un **suivi urologique**.

Il peut arriver quelques **INCIDENTS** :

- Petits **écoulements de sang** par la verge ou dans les urines.
- **Infections** (brûlures et/ou urines troubles) bénignes en l'absence de fièvre et méritant un traitement adapté.
- **L'incrustation** calcaire (éviter par les boissons abondantes).
- Déplacement du **tuteur** :
 - Dégradation du jet urinaire
 - et/ou gêne,
 - et/ou apparition du tuteur à l'orifice urinaire.

Consulter alors au plus tôt un urologue.

Difficulté à uriner ; éviter la pose d'une sonde sauf par un urologue.

L'équipe médicale et para-médicale du service se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

En vous souhaitant une bonne convalescence, nous vous prions de croire à nos sentiments les plus dévoués.

Docteur A. ATASSI

**Docteur P. GIRARDOT
MIGLIERINA**

Docteur G. RIDOUX



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.
Elle vous est 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.

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

CURE D'INCONTINENCE PAR TVT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre incontinence urinaire.

LA VESSIE ET L'URETHRE

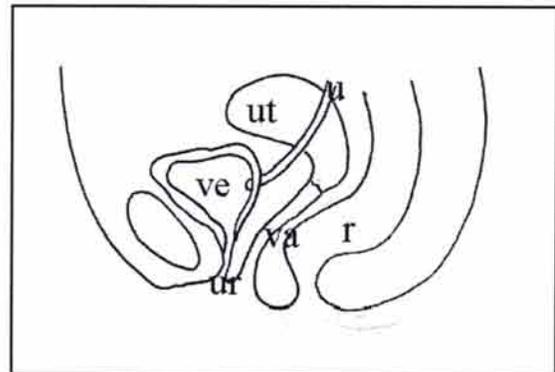
La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée.

L'urètre est le canal de sortie de l'urine vers l'extérieur.

Le sphincter permet de fermer l'urètre et assure la continence.

L'évacuation de l'urine de la vessie s'appelle la miction.

légende: ve : vessie, ur : urètre, va : vagin, ut : utérus,
u : utetère, r : rectum ;



POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les fuites urinaires à l'effort sont la conséquence de l'altération des structures de soutien de la vessie et du sphincter de l'urètre.

L'intervention type TVT consiste à positionner sous l'urètre une petite bandelette synthétique en prolène qui permet de remplacer les structures de soutien défailantes.

Dans certains cas il peut être nécessaire d'associer un geste de repositionnement des organes pelviens (vessie, utérus, vagin, rectum).

EXISTE T'IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Le traitement de votre incontinence urinaire n'est pas une nécessité vitale.

Une rééducation est parfois possible pour pallier à vos fuites urinaires.

Après discussion avec votre urologue vous avez décidé de vous faire opérer pour traiter ce problème

Il existe d'autres techniques par chirurgie classique ou coelioscopique. Celles-ci vous ont été expliquées par votre urologue.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale ou locale) dépend de l'avis du chirurgien et du médecin anesthésiste.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Au bloc opératoire, vous serez installée en position gynécologique : une courte incision est pratiquée dans le vagin juste en dessous de l'urèthre.

Deux courtes incisions au dessus du pubis permettront le passage de cette bandelette.

La bandelette est passée au moyen d'une aiguille de chaque côté de la vessie puis est posée sans tension sous le canal de l'urèthre d'où son nom de TVT (Tension free Vaginal Tape).

Un contrôle endoscopique (cystoscopie) est effectuée pour vérifier la vessie.

La durée de l'intervention est d'environ 30 minutes.

En fin d'intervention sont mis en place le plus souvent une sonde urinaire dans la vessie par le canal de l'urèthre et parfois un tampon vaginal.

SUITES HABITUELLES

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire (habituellement de quelques heures à 24 heures sauf situation particulière) et si besoin du tampon vaginal sera défini par le chirurgien.

A l'ablation de la sonde urinaire, vous pourrez ressentir quelques brûlures et constater que votre vessie se vide plus lentement. Les douleurs au niveau des incisions sont en règle minimales et temporaires.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la durée d'hospitalisation habituellement inférieure à 48 heures.

La convalescence à prévoir est de quelques jours, cette durée pouvant être adaptée en fonction du travail que vous exercez. Vous devrez vous abstenir de porter des charges lourdes, de prendre des bains, et d'avoir des rapports sexuels pendant environ un mois pour permettre la cicatrisation de l'incision vaginale.

Pendant cette période, quelques pertes vaginales minimales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

Par la suite, cette intervention ne modifiera pas votre vie sexuelle.

Une consultation de contrôle avec votre urologue sera prévue quelques semaines après votre sortie.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant 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.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec l'opération sont possibles malgré la simplicité apparente de cette technique :

Pendant le geste opératoire :

- Plaie de vessie :

Il peut arriver que le passage de la bandelette s'effectue dans la vessie, ce qui nécessite simplement un repositionnement par un nouveau passage.

Vous devrez par contre, selon l'avis du chirurgien, conserver la sonde urinaire un peu plus longtemps.

Le risque est plus fréquent quand vous avez déjà été opérée, ce qui a pu entraîner des adhérences.

Exceptionnellement une plaie de l'urèthre peut survenir en per-opératoire, ce qui entraînerait l'ajournement de l'intervention.

- Hémorragie – Hématome :

Cette complication est très rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention pour évacuer l'hématome et/ou une transfusion de sang.

- Complications graves :

Très exceptionnellement comme pour toute intervention chirurgicale, des complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital peuvent survenir (plaie d'un gros vaisseau, plaie intestinale, phlébite, embolie pulmonaire...).

Dans les suites opératoires :

- Douleurs :

Les douleurs sont très modérées en post-opératoire, voir inexistantes.

Parfois peut survenir une douleur irradiant vers la cuisse qui cesse le plus souvent spontanément ou avec un traitement médical (liée à une irritation d'un petit rameau nerveux).

- Infection :

Une infection urinaire est possible après l'intervention nécessitant la prescription d'antibiotiques. En raison de sa texture parfaitement tolérée, l'infection de la bandelette est exceptionnelle.

- Difficultés à uriner :

La reprise des mictions à l'ablation de la sonde est parfois difficile et peut nécessiter quelques jours supplémentaires de sondage. Le chirurgien jugera de la conduite à tenir : détendre la bandelette ou attendre que la vessie retrouve une contraction normale.

A distance de l'intervention, il est fréquent de constater un ralentissement du jet urinaire pendant la miction. Cependant des difficultés importantes pour uriner peuvent persister, d'où la nécessité de recourir à des sondages répétés ou à un drainage vésical par cathétérisme sus-pubien. Le chirurgien jugera alors de la nécessité ou non d'une ré-intervention.

- Retard de cicatrisation :

Normalement, tout est cicatrisé en un mois. Le retard de cicatrisation essentiellement au niveau du vagin est très rare, quant à l'érosion tardive de l'urètre ou du vagin, elle paraît exceptionnelle.

- Les besoins impérieux :

Ils sont le plus souvent modérés, parfois cependant à l'origine de fuites sur besoins impérieux.

Ils seront souvent régressifs avec le temps, éventuellement avec un traitement médical.

S'ils persistent, le chirurgien pourra faire des examens complémentaires afin de déterminer la solution la plus adaptée à votre cas.

RESULTATS

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon mais ne peut bien entendu être garanti.

Cette technique pour traiter l'incontinence urinaire d'effort a été mise au point en 1994 en Suède, avec des résultats équivalents aux techniques classiques (environ 80% de succès à 5 ans).

En 2000, une centaine de milliers de femmes avaient déjà été opérées dans le monde avec cette technique ; cependant, faute d'un recul suffisant, le devenir à long terme n'est pas encore évalué.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.