

URETROTOMIE INTERNE (PAR ENDOSCOPIE)

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

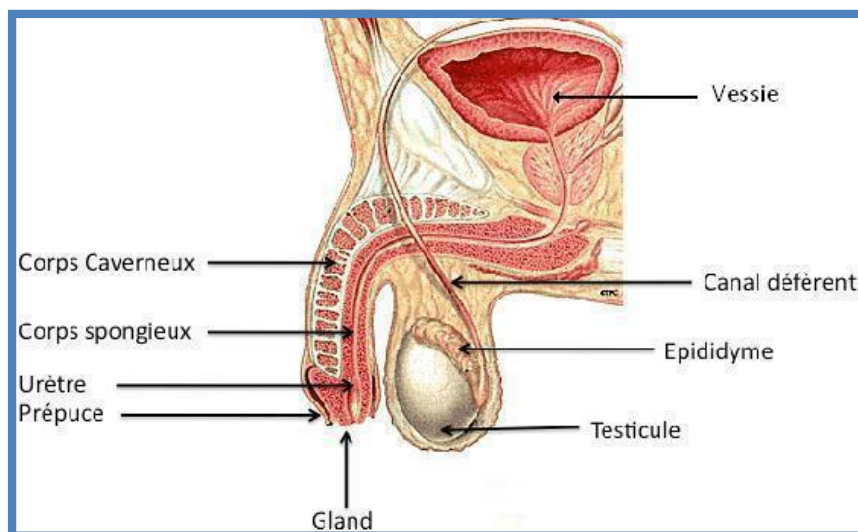
L'urétrotomie interne, qui vous est proposée, a pour objectif de traiter le ou les rétrécissements de l'urètre que vous présentez.

Rappel anatomique

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

La prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit passer à travers la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.



Sténose de l'urètre

C'est une pathologie bénigne correspondant à un rétrécissement du canal, unique ou multiple et plus ou moins étendu. Elle peut avoir comme

conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou des envies fréquentes et urgentes d'uriner.

La sténose de l'urètre peut être secondaire à une infection ou à un traumatisme local ou à la mise en place d'une sonde uréthro-vésicale. Souvent la cause reste imprécise.

En l'absence de traitement, il existe un risque de dégradation progressive du fonctionnement de la vessie puis des reins, de blocage complet des urines (rétention), d'infection urinaire.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Principe de l'intervention

Elle se pratique par voie endoscopique à travers le canal urétral. Elle consiste à sectionner la partie rétrécie de l'urètre par l'intérieur du canal à l'aide d'un instrument adapté. Cela entraîne un élargissement du canal urinaire avec l'objectif d'une amélioration de la qualité de la vidange vésicale. L'avantage de cette technique est d'éviter un traitement chirurgical par voie ouverte. L'inconvénient est d'exposer au risque de récurrence.

Y-a-t-il d'autres possibilités ?

Ce sont :

- ◆ La dilatation de l'urètre réalisée par l'urologue ou le patient lui-même (après apprentissage) dans certains cas spécifiques.
- ◆ L'urétrotomie dite à l'aveugle, c'est-à-dire sans contrôle endoscopique, dans de rares cas .
- ◆ Le traitement chirurgical par voie ouverte lorsque le traitement endoscopique a été inefficace. C'est un traitement plus invasif consistant à retirer une courte partie de l'urètre, puis à le réparer (urétroplastie).
- ◆ La pose d'une prothèse endo-urétrale , dans le cas de récurrence de la sténose.

Préparation à l'intervention

Une fibroscopie de l'urètre est réalisée avant l'intervention pour permettre ou confirmer le diagnostic de sténose de l'urètre. Une urétrographie (examen radiologique par injection de produit de contraste dans l'urètre) peut être aussi posée pour évaluer la taille de la sténose et sa longueur.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée conduit à différer la date de votre opération. Il peut également être décidé de réaliser un bilan sanguin plus général notamment pour étudier le fonctionnement des reins.

Les médicaments anti-coagulants ou anti-agrégants doivent le plus souvent être arrêtés quelques jours avant l'intervention. Un traitement par aspirine peut parfois être poursuivi à faible dose.

En prévention d'une infection, vous êtes susceptible de recevoir une dose d'antibiotique au début de l'intervention.

Technique opératoire

L'urétrotomie interne par endoscopie nécessite une hospitalisation courte de 1 à 3 jours. Une consultation d'anesthésie a précédé l'hospitalisation.

Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie loco-régionale (rachi-anesthésie) ou sous anesthésie générale. Elle se déroule par le canal de l'urètre. Le chirurgien introduit dans le canal un appareil appelé endoscope qui lui permet de voir et de repérer la sténose. Un instrument appelé urétrotome est ensuite introduit dans l'endoscope. Il permet d'inciser la sténose de l'urètre tout en contrôlant l'ouverture adéquate de celle-ci. En fin d'intervention, une sonde vésicale est mise en place.

Suites habituelles

Vous pouvez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'ablation de la sonde. Aucun traitement anti-coagulant n'est nécessaire à condition que votre hospitalisation soit courte et que vous ne présentiez pas de risque spécifique de phlébite. La sonde vésicale est retirée dans les premiers jours post-opératoires, suivant la recommandation de votre chirurgien. A l'ablation de la sonde, les urines sont claires ou parfois encore teintées de sang pendant quelques jours.

Il n'y a pas de soin infirmier à prévoir. Des ordonnances peuvent vous être remises pour des examens complémentaires à réaliser avant la consultation post-opératoire. Un courrier est adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

La reprise de vos activités est habituellement rapide. Les rapports sexuels sont autorisés suivant les recommandations de votre chirurgien.

La consultation post opératoire intervient dans un délai de 4 à 12 semaines. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale. Vous devez réaliser une analyse d'urine à la recherche d'une infection, et éventuellement une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel. Le suivi varie selon l'évolution du rétrécissement.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :
 - La rétention urinaire (blocage de la vessie) est une complication possible. L'intervention provoque en effet une inflammation locale transitoire qui peut entraîner ce blocage. Si une rétention urinaire survient, une sonde vésicale est mise en place pour quelques jours.
 - L'infection urinaire est la complication la plus fréquente. Elle conduit votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, vous devez contacter rapidement votre médecin traitant ou votre urologue.
 - Vous pouvez constater un saignement par l'urètre appelé urétrorragie. S'il devait se prolonger ou s'il est associé à des douleurs pelviennes ou difficultés d'évacuation des urines en raison de caillots, contactez votre urologue.
 - Rarement un hématome et un « gonflement » des organes génitaux peuvent survenir.
 - L'amélioration que vous ressentirez sur vos troubles urinaires peut mettre plusieurs semaines à apparaître.
 - L'effet de l'urétrotomie peut être transitoire. Après quelques mois ou années, la sténose peut se reformer et entraîner la réapparition de vos symptômes.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs) et peuvent parfois ne pas être guérissables.

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

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

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.