

## PROSTATECTOMIE TOTALE

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

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

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

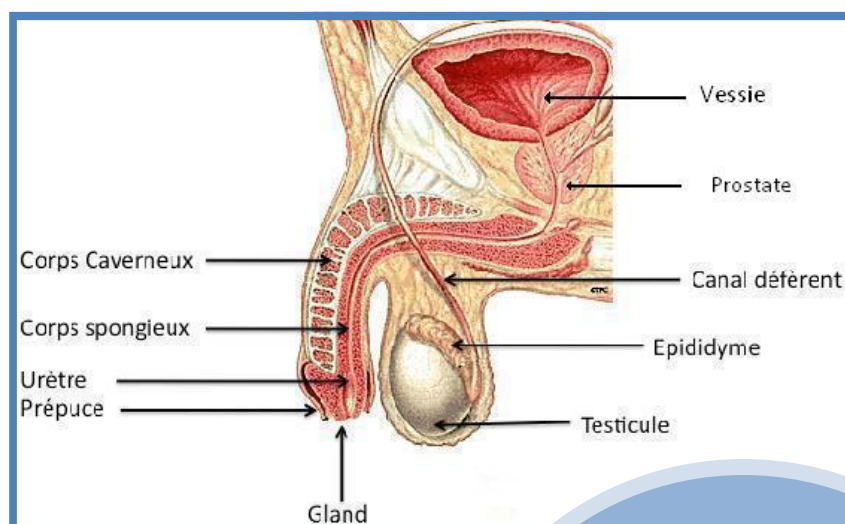
Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

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

### Rappel anatomique

La prostate est une glande située sous la vessie et avant du rectum. Elle est traversée par le canal de l'urètre qui se prolonge jusqu'à l'extrémité du pénis et permet l'évacuation de l'urine. 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.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme. Elle contribue à l'émission du sperme. La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone.



### Principe de l'intervention

Les biopsies de prostate ont mis en évidence un cancer. Le but de l'intervention est d'enlever toute la prostate ainsi que les vésicules séminales. L'absence de traitement expose aux risques évolutifs du cancer, localement et à distance sous forme de métastases.

#### 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.

## Existe-t-il d'autres options ?

Il existe d'autres traitements du cancer de la prostate tels que la radiothérapie externe, la curiethérapie ou la surveillance active. Les avantages et les inconvénients vous en ont été précisés par votre urologue.

Le choix de la chirurgie tient compte de votre âge, de votre état général et des caractéristiques de votre tumeur.

## Préparation à l'intervention

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection. Une infection urinaire non traitée pourrait conduire à différer la date de votre opération.

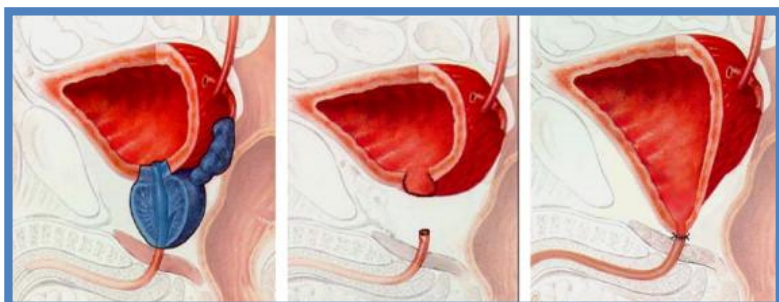
Un bilan sanguin comportant l'étude de la coagulation et de la fonction des reins est réalisé avant l'intervention. Une consultation de pré-anesthésie est obligatoire quelques jours avant l'intervention.

la prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours. Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Habituellement, il n'y a pas de préparation digestive à réaliser. Un lavement rectal est proposé dans certains cas.

## Technique opératoire

La prostatectomie totale se déroule sous anesthésie générale.



Plusieurs voies d'abord sont possibles. Cela dépend du choix de votre urologue. Cette intervention peut être réalisée par une incision sous l'ombilic (voie ouverte) ou par des petites incisions permettant la mise en place de trocars par lesquels sont introduits les instruments nécessaires à l'intervention (voie coelioscopique et /ou assistée par robot).

### Ablation de la prostate et suture entre vessie et urètre

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par une suture sous couvert d'une sonde urinaire. Un drain permettant l'évacuation de sérosités de la zone opératoire est placé en fin d'intervention.

Un curage ganglionnaire, c'est à dire l'ablation des ganglions drainant la lymphe de la prostate, peut être associé à la prostatectomie afin de rechercher une dissémination microscopique du cancer qui pourrait modifier la stratégie du traitement.

## Analyse anatomopathologique

La prostate est analysée sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste. Il précise si le cancer est limité à la prostate ou s'il dépasse les limites de la prostate, de même qu'une éventuelle atteinte des ganglions prélevés.

Le résultat est transmis à votre chirurgien après plusieurs jours.

## Suites habituelles

La durée de l'hospitalisation est variable.

Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin.

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

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Le temps de maintien de la sonde urinaire et la durée d'hospitalisation sont précisés par votre chirurgien. L'ablation de la sonde peut être réalisée pendant l'hospitalisation ou après la sortie. Des fuites urinaires, parfois importantes, peuvent se produire initialement. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement. Une rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie est conseillée.

Un traitement anti-coagulant est poursuivi en postopératoire pour prévenir le risque de phlébite. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation. Le port des bas de contention est souhaitable pendant et après votre intervention.

Les soins infirmiers à domicile comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'anti-coagulant. Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.

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

La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de la voie d'abord et de votre état physique. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

## Suivi post-opératoire

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique de votre prostate et de prendre en charge votre sexualité et la rééducation de votre continence, si nécessaire.

Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer, principalement par dosage du PSA, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'autres éventuels effets indésirables.

## 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 :
  - Hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
  - Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.

- Plaie du rectum du fait de sa proximité avec la prostate: elle est le plus souvent réparée immédiatement, sans séquelles. Parfois, elle peut ne peut être suturée avec étanchéité ou passer inaperçue et peut se compliquer secondairement : dans ces cas, un anus artificiel temporaire pendant 2 à 3 mois est nécessaire pour permettre la cicatrisation de la plaie.
- Ecoulement ou hématome au niveau de la plaie : il guérit le plus souvent avec des soins locaux et oblige rarement à une réintervention.
- Fuite d'urines par le drain, qui se tarit en général par un drainage prolongé et le maintien plus longtemps de la sonde urinaire.
- Ecoulement de lymphe ou collection pelvienne (lymphocèle) en cas de prélèvement des ganglions ; une réintervention est rarement nécessaire.
- Complications liées à la voie d'abord (voir fiches coelioscopie, chirurgie robot-assistée).
- L'incontinence urinaire permanente et définitive est exceptionnelle. Il existe des traitements spécifiques. Classiquement, la continence s'améliore au cours du temps à l'aide d'une rééducation périnéale par kinésithérapeute spécialisé. Il est conseillé d'attendre au moins 6 mois avant d'envisager une intervention complémentaire en cas d'incontinence urinaire permanente.
- Troubles sexuels : L'ablation de la prostate implique l'absence d'éjaculation ce qui ne signifie pas la perte du plaisir. Le risque de perte de l'érection est élevé, ce d'autant qu'une préservation d'un ou des 2 nerfs de l'érection n'a pu être pratiquée. Il augmente avec l'existence de troubles de l'érection préexistants avant l'intervention chirurgicale, avec l'âge du patient et la taille de la tumeur. Malgré tous les progrès techniques chirurgicaux réalisés, il est impossible de garantir le maintien d'une érection complète ou partielle après l'intervention. La récupération est progressive et une prise en charge spécifique est proposée car des traitements médicamenteux ou chirurgicaux sont possibles.
- Rétrécissement de l'anastomose entre la vessie et l'urètre : la suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en entraînant une réaction de fibrose et un rétrécissement. Cela peut nécessiter une intervention endoscopique d'élargissement par voie urétrale.
- D'autres complications plus tardives sont possibles : éventration de la paroi abdominale pouvant obliger à une réparation chirurgicale, apparition d'une hernie inguinale, rétention urinaire, infection ou collection de lymphe (lymphocèle).

**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 de la vessie, de l'urètre, des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) 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.