



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

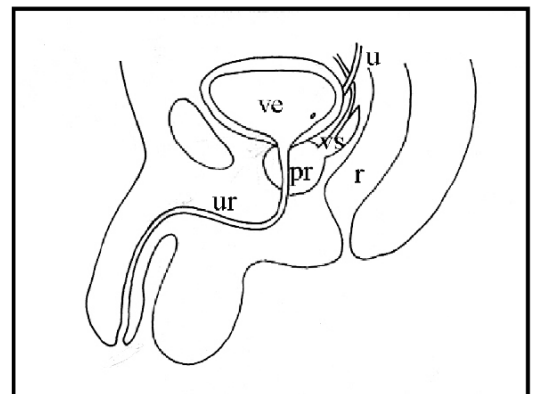
L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre prostate qui est atteinte d'une tumeur maligne.

### 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** : urètre,  
**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.

## **PREPARATION A L'INTERVENTION**

Une consultation d'anesthésie avec examens de sang et d'urine est nécessaire quelques jours avant l'intervention.

Une préparation de l'intestin par lavement est indispensable. En effet, la prostate est proche du rectum et celui-ci doit être libre de matières.

## **TECHNIQUE OPERATOIRE**

L'opération se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs types d'incision sont possibles. Le choix dépend des habitudes de votre urologue.

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par des sutures utilisant des fils. En fin d'intervention, une sonde urinaire est mise en place dans la vessie par le canal de l'urètre, pour favoriser la cicatrisation. Le site opératoire est drainé pendant quelques jours.

Dans certains cas, un prélèvement de ganglion lymphatique du petit bassin est effectué au début de l'intervention, pour rechercher une dissémination microscopique du cancer qui pourrait conduire à un arrêt de l'opération.

## **SUITES HABITUELLES**

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

Un traitement anticoagulant, par injection sous cutanée quotidienne est réalisé afin de prévenir le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.

Le lever est habituellement autorisé dès les premiers jours, ainsi que la reprise de l'alimentation.

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

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner une gêne.

Le temps de maintien de la sonde urinaire et la durée d'hospitalisation seront précisés par votre chirurgien.

Après l'ablation de la sonde vésicale, une incontinence urinaire, parfois importante, est habituelle. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse dans un délai de quelques semaines à quelques mois chez environ 9 hommes sur 10. Une rééducation musculaire simple du périnée et du sphincter est conseillée. Des séances de rééducation par un kinésithérapeute sont parfois utiles.

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 âge. Un à deux mois sont parfois nécessaires pour retrouver votre forme d'avant l'opération.

Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

La prostate est analysée sous microscope par le médecin anatomo-pathologiste qui précise si la tumeur est limitée à la prostate ou si elle s'est étendue au-delà. Dans ce cas, il y a un risque de récurrence et un traitement complémentaire après l'intervention par rayons ou médicaments peut alors être nécessaire.

Le suivi après l'intervention répond à deux objectifs : surveiller l'absence de récurrence tumorale, principalement par dosage du PSA et évaluer la façon dont vous urinez ainsi que la fonction sexuelle.

## **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 faire une découverte ou être confronté à 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 prostatectomie sont possibles :

### 1) RISQUE VITAL EXCEPTIONNEL PAR HEMORRAGIE

### 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 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 une intervention complémentaire, en cas d'incontinence urinaire permanente.
- 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.