

Prostatectomie radicale

Service d'Urologie



Prostatectomie radicale

Sommaire

Rappel anatomique	4
Avant la chirurgie	5
La chirurgie	6
Généralités	6
Technique chirurgicale	6
L'hospitalisation	8
Le réveil après chirurgie	8
Le séjour en chambre	8
La sortie	9
Risques et complications	10
Les troubles fonctionnels	10
Les complications	10
Quand revenir aux urgences	11

Cette fiche d'information a été rédigée par l'équipe du Département d'Urologie de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles (Institut Jules Bordet - Hôpital Erasme) et est destinée à améliorer la compréhension de votre prise en charge. Veuillez la lire attentivement avant votre hospitalisation et n'hésitez pas à reprendre contact avec notre équipe pour toute question supplémentaire.

Contact

Infirmières Coordinatrices de Soins en Oncologie (ISCO)

T +32 (0)2 541 31 57 / 32 05
+32 (0)2 555 65 08

M icso.urologie@hubruxelles.be



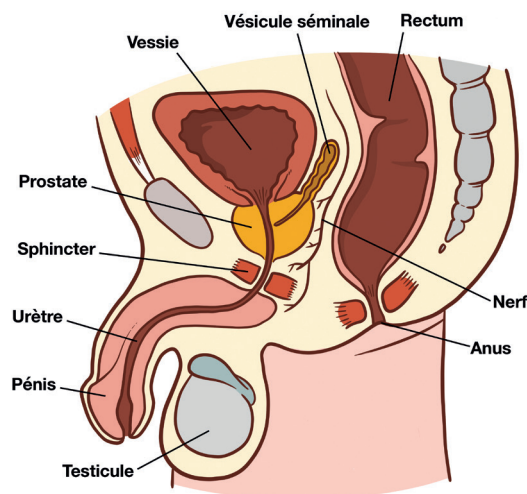
Rappel anatomique

La **prostate** est une glande située dans le pelvis de l'homme, en avant du rectum et sous la vessie. Elle entoure l'urètre qui est un canal qui conduit l'urine de la vessie vers le pénis.

Les **vésicules séminales** sont des glandes allongées qui s'abouchent dans la prostate. Avec la prostate, elles permettent la production du liquide séminal qui compose le sperme.

Les **ganglions lymphatiques** sont de petits organes ovoïdes présents dans le pelvis qui produisent et stockent des cellules impliquées dans la défense immunitaire. Il s'agit du premier relais du drainage lymphatique de la prostate.

Les **bandelettes vasculo-nerveuses** sont deux structures situées de part et d'autre de la prostate qui contiennent les vaisseaux sanguins et les nerfs responsables des érections.



| Pelvis de l'homme



Avant la chirurgie

Dans le cadre de votre bilan préopératoire, vous serez invité à suivre une série de rendez-vous organisés par notre secrétariat médical. Lors de votre visite chez le médecin anesthésiste, veuillez préparer votre dossier médical en faisant l'inventaire de vos antécédents médicaux et chirurgicaux, votre liste de médicaments et vos allergies éventuelles.

L'arrêt du tabac et de l'alcool est recommandée au minimum 24 h avant l'intervention, idéalement 1 mois avant. Nous vous rappelons que la consommation de tabac est associée à un plus grand risque de complications opératoires. Une cellule d'aide est à votre disposition pour vous aider dans cette démarche.

Une activité physique et un régime alimentaire équilibré 1 mois avant l'intervention est souhaitable pour favoriser une récupération postopératoire précoce.

Liste des affaires à apporter à l'hôpital :

- ◆ Médicaments (garder les emballages d'origine)
- ◆ Appareil de ventilation pour apnée du sommeil si nécessaire
- ◆ Vêtements confortables et amples (sous-vêtements, pantoufles, pyjama de type short, pantalon de survêtement, short)
- ◆ Affaires de toilette (serviette, gants, brosse à dents, rasoir, dentifrice)
- ◆ Livre, tablette, musique avec écouteurs
- ◆ Téléphone avec chargeur

Notez que vos affaires personnelles seront mises sous clés au moment de votre intervention chirurgicale. Par principe, évitez d'apporter des objets de valeur (alliance, montre etc...)



La chirurgie

GÉNÉRALITÉS

La **prostatectomie radicale** est justifiée en présence d'un cancer et consiste à enlever toute la prostate avec ses vésicules séminales. La remise en continuité de la vessie avec l'urètre est assurée directement par une suture étanche ou « anastomose vésico-urétrale ».

Un **curage ganglionnaire** consiste à réséquer les ganglions lymphatiques avoisinants et est effectué dans le même temps opératoire en fonction de l'agressivité du cancer.

Une **sonde vésicale** est placée pour une durée d'environ 5 à 7 jours. Elle permet le drainage continu des urines et protège l'anastomose vésico-urétrale pendant sa cicatrisation initiale.

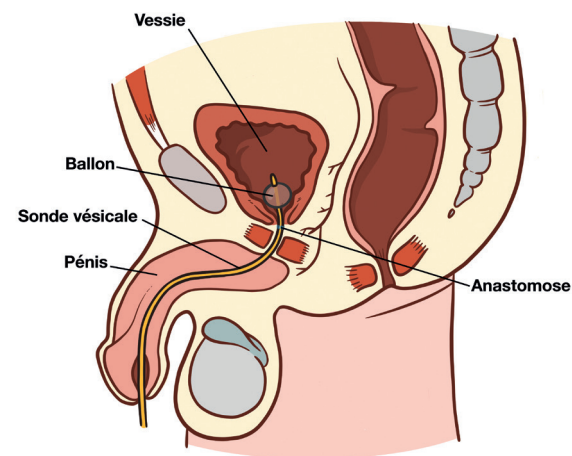
Un **drain abdominal** peut être nécessaire pour une durée limitée. Il permet le drainage des résidus sanguins, lymphatiques et/ou urinaires de la zone opératoire.

Au total, la chirurgie peut durer entre 2h et 5h.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

À l'Hôpital Universitaire de Bruxelles, nous avons développé une expertise pour une approche **mini-invasive assistée par robot**. Une caméra et des instruments chirurgicaux sont introduits à travers la paroi abdominale par des petites incisions d'environ 1cm. Un espace de travail est créé grâce à l'insufflation de gaz (CO₂). Ces instruments sont reliés à des bras mécaniques contrôlés par le chirurgien à distance et permettent d'obtenir des gestes plus fins et plus précis.

Il a été démontré que cette approche est associée à une diminution des pertes sanguines, de la douleur postopératoire, à des cicatrices plus petites et à une durée d'hospitalisation plus courte. Le retour à la vie active est donc potentiellement plus rapide.



| La sonde vésicale après anastomose vésico-urétrale



L'hospitalisation

LE RÉVEIL APRÈS CHIRURGIE

Après votre intervention chirurgicale, une surveillance rapprochée est requise en salle de réveil. Après accord de l'équipe médicale responsable, vous retournez dans votre chambre, le plus souvent le jour même.

LE SÉJOUR EN CHAMBRE

Votre séjour à l'hôpital peut durer 2 à 7 jours.

Une mobilisation et la reprise de l'alimentation dès le lendemain de la chirurgie favorise une récupération précoce.

Plusieurs symptômes peuvent être ressentis bien que peu fréquents :

- ◆ **Des douleurs abdominales** liées aux incisions, au gaz injecté dans la cavité abdominale (associées à une sensibilité au niveau des épaules) et à la reprise du transit intestinal. Un traitement antidouleur adapté à vos besoins sera fourni
- ◆ **Un gonflement du scrotum et/ou du pénis** soulagé par leur surélévation et régressant spontanément en quelques jours
- ◆ **De « fausses envies » d'uriner** par contraction involontaire de la vessie au contact de la sonde vésicale et s'atténuant avec le temps ou grâce à des médicaments spécifiques
- ◆ **Un retard de transit** et des selles qui peuvent persister plusieurs jours. Un régime riche en fibres, la mobilisation précoce et une bonne hydratation favorisent sa reprise

La perfusion intraveineuse est retirée après reprise de l'alimentation (souvent le lendemain de la chirurgie) et le drain est mobilisé quotidiennement jusqu'à son retrait sur avis médical. Rarement, la sonde vésicale

est retirée après réalisation d'un examen radiologique pour contrôler la bonne étanchéité de l'anastomose vésico-urétrale sur avis médical. Les bas de contention sont gardés pour une durée 2 semaines. Un traitement anticoagulant est initié en fonction de votre risque de thrombose pour une durée de 28 jours.

LA SORTIE

A votre sortie, vous recevez la liste de vos rendez-vous de suivi avec une demande de prise de sang, votre rapport d'hospitalisation provisoire, vos prescriptions (antidouleurs, anticoagulants si nécessaires), votre certificat de travail, vos documents d'assurance complétés et une demande de soins infirmiers à domicile si vous en faites la demande.



Risques et complications

LES TROUBLES FONCTIONNELS

Malgré l'évolution des techniques chirurgicales, des troubles fonctionnels restent associés à la chirurgie:

- ◆ Incontinence urinaire, fréquente et la plupart du temps modérée, mais qui diminue le plus souvent dans les semaines qui suivent la chirurgie. Une rééducation en kinésithérapie spécialisée pourra être débutée quelques semaines après la chirurgie. Une incontinence définitive est rare mais aussi traitable par des solutions chirurgicales
- ◆ Troubles sexuels, dominés par l'absence d'éjaculation et la diminution de la qualité des érections. Cette dernière dépend aussi de facteurs tels que l'âge, la qualité des érections avant chirurgie, la préservation ou non des bandelettes vasculo-nerveuses. La récupération peut prendre plusieurs mois et nécessiter une réhabilitation spécifique. Un trouble d'érection définitif est traitable par des solutions chirurgicales

LES COMPLICATIONS

La prostatectomie radicale reste considérée comme une chirurgie majeure et s'accompagne d'un risque de complications qui nécessitent exceptionnellement une nouvelle intervention.

...❖ Complications non spécifiques (rares) :

- ◆ Saignement
- ◆ Infection
- ◆ Thrombose veineuse et/ou embolie pulmonaire
- ◆ Faiblesse des incisions chirurgicales

...❖ Complications spécifiques (rares) :

- ◆ Fuite d'urine par l'anastomose vésico- urétrale
- ◆ Lymphocèle par collection de la lymphe après un curage ganglionnaire
- ◆ Sténose de l'anastomose vésico-urétrale
- ◆ Plaie des organes voisins

QUAND REVENIR AUX URGENCES

Liste non exhaustive :

- ◆ Douleur importante
- ◆ Blocage de la sortie des urines
- ◆ Rougeur, gonflement et écoulement au niveau des cicatrices
- ◆ Fièvre (>38°)
- ◆ Vomissements



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Institut Jules Bordet

Rue Meylemeersch 90
1070 Bruxelles

T +32 (0)2 541 31 11

M communication@hubruxelles.be

www.bordet.be

Hôpital Erasme

Route de Lennik 808 - 1070 Bruxelles

T +32 (0)2 555 31 11

M communication@hubruxelles.be

www.erasme.be