

## UROLOGIE

# Ablation complète de la prostate

## Prostatectomie radicale

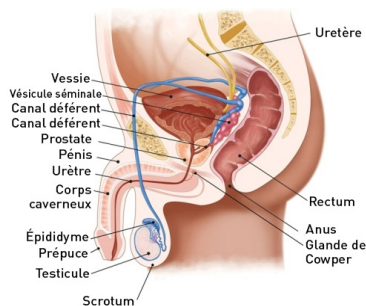
Vous serez prochainement admis à l'hôpital pour une opération d'ablation complète de la prostate. La présente brochure vous informe sur l'intervention, votre séjour à l'hôpital et les consignes à suivre une fois de retour chez vous.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à en parler à votre urologue ou à votre infirmier/ère. Ils vous aideront à trouver des solutions à vos problèmes concrets. L'équipe d'urologie vous souhaite un prompt rétablissement.

## FONCTIONNEMENT NORMAL DE LA PROSTATE

La prostate fait partie des organes reproducteurs masculins et joue un rôle important dans la fertilité masculine. La prostate est une glande de la taille d'une châtaigne, située juste en dessous de la vessie et devant le rectum. L'urètre traverse partiellement la prostate. La prostate sécrète le liquide prostatique qui aide à protéger et nourrir les spermatozoïdes et qui est libéré lors de l'éjaculation avec le sperme. Ce liquide est essentiel lors du voyage des spermatozoïdes vers l'ovule et maintient ces derniers dans les meilleures conditions pour la fécondation.

La prostate agit également comme une valve qui régule le flux d'urine et de sperme de manière qu'ils ne s'écoulent pas en même temps dans l'urètre.



Anatomie du système reproducteur masculin

La prostate est influencée par les hormones sexuelles mâles qui sont produites en grande partie dans les testicules. Ces hormones régulent, entre autres, la croissance de la prostate et la formation du liquide prostatique.

## CANCER DE LA PROSTATE

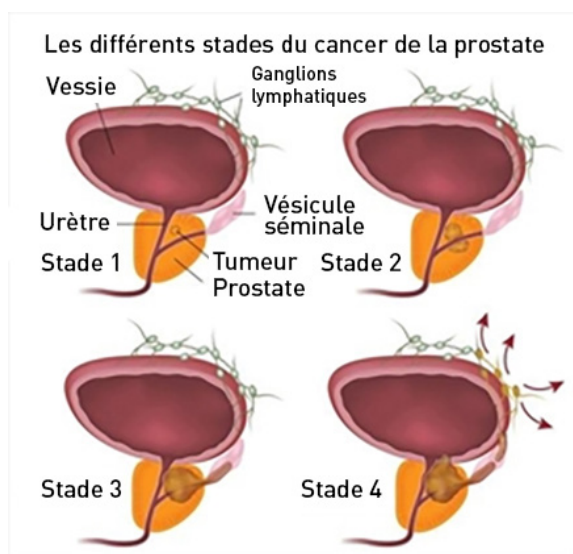
Le cancer de la prostate ou carcinome prostatique est une affection maligne de la prostate. La tumeur maligne se développe généralement dans la périphérie de la prostate, ce qui permet de la palper par un toucher rectal.

Ce type de cancer est très rare chez les jeunes. L'âge moyen au moment du diagnostic du cancer de la prostate est de 70 ans, mais il peut aussi survenir à un âge plus jeune.

### Symptômes

La tumeur de la prostate se développe en général très lentement et, à un stade précoce, elle n'est généralement accompagnée d'aucun symptôme. Elle est diagnostiquée dans la plupart des cas lors d'un examen préventif. Les cellules cancéreuses peuvent se propager à partir de la prostate par le système lymphatique ou par le sang et ainsi former des métastases, par exemple dans les ganglions lymphatiques et les os. À un stade avancé, les symptômes suivants apparaissent:

- problèmes urinaires dus à la compression de l'urètre
- douleurs osseuses dues aux métastases
- amaigrissement



Les différents stades du cancer de la prostate

## Examens

Grâce à certains examens, l'urologue peut déterminer la taille et l'emplacement de la tumeur:

- un toucher rectal (le médecin palpe la prostate et la partie inférieure du rectum en introduisant un doigt dans l'anus),
- une échographie de la prostate,
- une ponction de la prostate,
- et éventuellement une IRM.

L'urologue peut également vous prescrire un scanner et/ou une scintigraphie osseuse pour vérifier s'il y a des métastases en dehors de la prostate. Sur la base des résultats de ces examens, le médecin propose un traitement sur mesure.

## PROSTATECTOMIE RADICALE

Lors d'une prostatectomie radicale, la prostate est complètement retirée, ainsi que les vésicules séminales, une partie du col de la vessie et l'urètre qui traverse la prostate. En cas de risque de métastases, l'urologue retire également les ganglions lymphatiques environnants et demande un examen microscopique. Le but du traitement est de guérir le cancer de la prostate.

La prostate est en contact étroit avec d'autres structures importantes, telles que le sphincter de la vessie, le rectum et les nerfs qui commandent l'érection. Lors d'une prostatectomie radicale, la prostate et les vésicules séminales sont délicatement séparées de ces structures afin de les endommager le moins possible. Une fois la prostate retirée, l'urologue crée une nouvelle connexion entre la vessie et l'urètre.



**Pour protéger la nouvelle connexion entre la vessie et l'urètre, une sonde vésicale est mise en place.**

**Cette sonde est généralement retirée environ 5 à 10 jours après l'opération.**

L'ampleur de l'intervention dépend de l'agressivité, du stade et de l'emplacement de la tumeur. Pour les tumeurs plus petites et moins agressives, les nerfs érectiles peuvent être épargnés. Ce n'est pas le cas pour les tumeurs agressives et plus étendues. Plus il faut couper dans les tissus, plus l'intervention a un impact sur le fonctionnement des nerfs érectiles.

Une prostatectomie radicale peut être pratiquée de différentes manières. Notre service d'urologie propose les deux techniques suivantes. Des études menées à l'échelle mondiale montrent que les chances de guérison sont aussi élevées dans les deux cas.

- **Intervention ouverte par l'abdomen**

L'urologue effectue une petite incision dans le bas-ventre, entre le nombril et le pubis, pour accéder à la prostate et aux tissus environnants.

- **Chirurgie assistée par robot (robot Da Vinci)**

L'urologue effectue une opération par endoscopie en donnant des commandes à un robot qui manie les instruments. Lors d'une opération par endoscopie, le chirurgien pratique plusieurs petites incisions dans le bas-ventre par lesquelles l'endoscope contenant une caméra et les instruments est acheminé jusqu'à proximité de la prostate. Le chirurgien contrôle les bras mécaniques et les instruments depuis un panneau de contrôle. Les interventions assistées par robot permettent de réduire de manière générale les pertes de sang, la douleur et le risque d'infection des plaies.

En cliquant sur ce lien, vous pouvez voir une vidéo présentant une simulation d'opération par endoscopie assistée par robot: <https://youtu.be/HK-bW-I0EIU>



## PRÉPARATION AVANT L'OPÉRATION

- À la consultation, l'urologue ou l'infirmier/ère vous remettra un dossier d'information. À l'intérieur, vous trouverez des formulaires à remplir et à renvoyer au moyen de l'enveloppe préaffranchie. Les informations sur votre état de santé et les médicaments que vous prenez sont essentielles au bon déroulement de l'anesthésie et de l'opération.
- À partir de 50 ans, vous devez passer un électrocardiogramme (ECG). Cet examen peut avoir lieu chez votre généraliste ou à l'hôpital. Un ECG est un enregistrement qui fournit des informations sur le fonctionnement de votre muscle cardiaque. Cet examen est indolore. Le résultat est à envoyer à l'avance avec les autres formulaires ou à apporter avec vous le jour de l'intervention.
- L'urologue vous fixe un rendez-vous pour une consultation préopératoire avec un(e) infirmier/ère qui pourra vous aider à compléter les formulaires contenus dans le dossier d'information. Il est possible de faire l'ECG ou la prise de sang lors de cette consultation. Si nécessaire, un rendez-vous sera aussi fixé avec l'anesthésiste. C'est le médecin spécialiste qui s'occupe de vous endormir (narcose).

- Si vous prenez des anticoagulants (comme Plavix®, Clopidogrel®, Marcoumar®, Pradaxa®, Eliquis®), signalez-le préalablement à votre urologue. Celui-ci vous dira si vous devez arrêter temporairement cette médication ou la remplacer par des injections dans l'abdomen (administrées par une infirmière à domicile ou par vous-même).
- Vous pourrez continuer à prendre la plupart des médicaments que vous prenez habituellement à la maison. Emportez ces médicaments (dans leur emballage d'origine) avec vous lorsque vous vous rendez à l'hôpital. L'urologue et le personnel infirmier doivent être informés de tous les médicaments que vous prenez à la maison.
- Un jour ouvrable avant votre admission, le secrétariat vous contactera par téléphone pour vous communiquer l'heure exacte d'admission. Nous essayons de minimiser ainsi le temps d'attente.
- En cas d'intervention ouverte, vous devrez vous rendre au laboratoire de l'hôpital la veille de votre opération pour faire une prise de sang afin de déterminer votre groupe sanguin. Si vous avez opté pour le Centre Médical Aarschot, pensez à le faire avant 10 heures. Cette prise de sang n'est pas nécessaire pour une opération assistée par robot.
- Prévoyez un pyjama, de préférence avec un short à ouverture pour uriner, et des chaussures et pantoufles bien ajustées, fermées autour de la cheville, avec une semelle non glissante et un talon bas et large. Pendant et après votre séjour à l'hôpital, vous devrez porter temporairement des bas anti-thrombose pour prévenir la formation de caillots dans les veines des jambes et du bassin.
- Pour l'intervention, vous devez être à jeun. Cela signifie que vous ne pouvez plus rien manger, ni boire, ni fumer durant les six heures qui précèdent l'intervention. Il est important que votre estomac soit vide. Si vous avez l'estomac plein, vous risquez d'être pris(e) de vomissements et de vous étrangler au début de l'opération ou au réveil. Vous pouvez en revanche prendre vos médicaments pour le cœur et la tension artérielle le matin avec une petite gorgée d'eau. Si vous prenez d'autres médicaments, parlez-en d'abord avec l'urologue.

## JOUR DE L'OPÉRATION

### Inscription et admission

- Vous vous présentez à jeun à l'entrée principale de l'hôpital et vous vous inscrivez à l'accueil. On vous met au poignet un bracelet d'identification avec votre nom et votre date de naissance.
- Après votre inscription, vous allez au service Chirurgie 1. Un(e) infirmier/ère du service passe en revue avec vous un questionnaire que nous soumettons systématiquement à tous les patients qui se font opérer, afin que l'intervention se déroule en toute sécurité («check-list préopératoire»).

## Avant l'opération

Vous recevez une chemise d'hôpital et des bas anti-thrombose. Vous devrez porter ces bas pendant environ 10 jours, même la nuit.

- L'infirmière rase la région abdominale.
- Dans votre chambre, retirez vos bijoux, piercings, lunettes, lentilles, appareil auditif et prothèse dentaire. Il est conseillé de ne pas laisser d'objets de valeur dans votre chambre, mais plutôt de les faire ramener chez vous.
- Vous êtes conduit(e) au bloc opératoire. Là, l'infirmier/ère vous pose une courte liste de questions (suite de la check-list préopératoire) et vous pouvez encore parler avec l'urologue et l'anesthésiste.
- On vous installe sur la table d'opération. On vous raccorde à des appareils de monitoring pour surveiller votre respiration et votre fonction cardiaque pendant l'opération. Des électrodes (ECG) sont placées sur votre thorax pour suivre votre rythme cardiaque, ainsi qu'un capteur sur un doigt pour déterminer le taux d'oxygène dans le sang et un brassard pour mesurer la tension artérielle.
- On vous place une fine sonde souple (perfusion) dans le bras pour injecter directement dans votre système circulatoire l'anesthésiant, l'antidouleur et d'autres médicaments éventuels.
- L'opération se déroule sous anesthésie générale.

## Après l'opération

Juste après l'intervention, vous passez quelques heures en salle de réveil (recovery). On vous ramène ensuite dans votre chambre. La durée d'hospitalisation varie entre 2 et 4 jours environ, en fonction du rythme auquel vous récupérez. Quelques points d'attention pendant votre séjour:

- **Douleur**

L'infirmier/ère vous demande régulièrement de chiffrer votre douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie une douleur insupportable. La médication contre la douleur est administrée par perfusion. Si la douleur persiste malgré tout, signalez-le à l'infirmier/ère.

- **Mouvement**

Un(e) kinésithérapeute passe vous voir chaque jour pour vous encourager à vous lever. Il est important que vous bougiez pour améliorer la circulation sanguine dans vos jambes et prévenir l'inflammation des veines (phlébite) et la formation de caillots dans les jambes. Cette activité physique va accélérer votre guérison, contribuer à relancer votre transit intestinal et réduire le risque de complications.

- **Alimentation**

Le jour de l'opération, vous ne pouvez pas encore manger. Vous êtes hydraté par perfusion et vous pouvez déjà boire des boissons claires. Les jours qui suivent l'opération, la prise de nourriture est augmentée petit à petit.

- **Thrombose**

Avant l'opération, vous avez reçu des bas anti-thrombose pour réduire le risque de thrombose dans les jambes. Ces bas doivent être portés jour et nuit et vous ne pouvez pas les retirer pendant les 10 jours qui suivent l'opération. Sauf pour vous laver ou vous doucher. Après l'opération, vous recevrez aussi des injections anti-thrombose. Ces injections doivent être administrées pendant 3 à 4 semaines après l'opération. Vous pouvez apprendre à vous les administrer vous-même. Sinon, votre médecin vous prescrira des soins à domicile et vous donnera une ordonnance pour les injections.

- **Tubes et sondes**

La présence de tubes et sondes peut être gênante, mais ils sont nécessaires à votre rétablissement.

- Perfusion (cathéter veineux): Ce petit tube souple dans une veine du cou ou du bras sert à hydrater et à administrer des analgésiques et autres médicaments.
- Redon: Un ou plusieurs petits tubes (drains) recueillent le liquide sécrété par la plaie et la lymphe dans un flacon sous vide. Lorsque les sécrétions cessent, l'infirmière retire le redon.
- Sonde vésicale: Cette sonde passe par l'urètre jusqu'à la vessie. Elle garantit la bonne évacuation de l'urine contenue dans la vessie et une bonne cicatrisation de la nouvelle connexion entre l'urètre et la vessie. Elle est maintenue en place dans la vessie par un petit ballonnet. Tant que la sonde vésicale est en place, vous ne devez pas aller aux toilettes pour uriner. La sonde vésicale peut parfois provoquer des spasmes vésicaux. Ces spasmes peuvent être douloureux et entraîner une petite fuite urinaire à côté de la sonde. Signalez-le à votre infirmier/ère ou urologue. Pour plus d'informations sur les spasmes vésicaux, voir plus loin dans la brochure. Vous rentrez chez vous avec la sonde vésicale. Après environ 5 à 10 jours, un(e) infirmier/ère retire la sonde vésicale et les points de suture à la consultation. Un contrôle radiographique préalable de la vessie peut s'avérer nécessaire. Dans ce cas, on vous fixera un rendez-vous au service de radiologie.

- **Préparation au retour chez soi**

Si nécessaire, un membre du service d'accompagnement des patients passe vous voir et vérifie avec vous si vous avez besoin d'aide à votre sortie de l'hôpital. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à l'infirmier/ère du service de contacter le service d'accompagnement des patients pour convenir d'une visite.

- Vous recevrez à votre sortie: 1. des ordonnances pour les médicaments et les soins, 2. des attestations pour l'assurance ou l'employeur, 3. vos prochains rendez-vous pour retirer les points de suture et la sonde vésicale, ainsi que pour les consultations de contrôle.
- La zone du siège reste temporairement sensible, surtout tant que la sonde vésicale est en place. Pour éviter la douleur, il est conseillé de prévoir un coussin pour le trajet en voiture de retour chez soi.

## CONSIGNES À SUIVRE AU RETOUR CHEZ SOI

Nous vous recommandons de faire appel à un(e) infirmier/ère à domicile. Il/elle passera chaque jour pour contrôler la plaie et la sonde vésicale et pour administrer les injections d'anticoagulant si vous ne voulez pas le faire vous-même. Vous pouvez aussi vous adresser à lui/elle pour vos questions ou problèmes liés aux soins de votre plaie, à la sonde vésicale ou à l'utilisation de matériel pour l'incontinence. Votre urologue vous fera une ordonnance à cet effet. L'infirmier/ère ou un membre du service d'accompagnement des patients peut vous fournir les coordonnées d'infirmiers/ères à domicile dans votre région.

### Soins des plaies

- Avant votre sortie de l'hôpital, un pansement est appliqué sur la plaie. Il pourra rester en place jusqu'à votre prochaine consultation, au moment de retirer les points de suture.
- Si le pansement se décolle, vous pouvez en appliquer un nouveau après avoir désinfecté la plaie.
- Il est permis de prendre une douche rapide chaque jour. Mais il est déconseillé de prendre un bain ou de pratiquer la natation pendant les 14 premiers jours.

### Sonde vésicale

- Il est conseillé de boire 1 à 1,5 litre d'eau par jour pour favoriser le rinçage de la vessie et des voies urinaires.

- Assurez-vous que l'urine s'écoule bien par la sonde vésicale et veillez à manipuler avec précaution la sonde vésicale et le collecteur d'urine. Gardez l'ensemble aussi fermé que possible et assurez-vous que le collecteur d'urine est toujours plus bas que la vessie pour que l'urine puisse bien s'écouler. Assurez-vous aussi d'avoir toujours les mains propres lorsque vous touchez la sonde vésicale et le collecteur d'urine. Après avoir vidé le collecteur d'urine, essuyez son extrémité avec un mouchoir en papier ou un morceau de papier toilette.



- Avant votre sortie de l'hôpital, un sac de rétention pour la jambe est connecté à la sonde vésicale. Ce sac peut recueillir l'urine de plusieurs heures. Vous devrez donc le vider régulièrement au cours de la journée.



- Pour la nuit, vous recevez un sac de rétention plus grand que vous pouvez attacher sous le sac de la jambe le soir avant de vous coucher. Assurez-vous que le petit clapet (robinet) du sac de la jambe est bien ouvert pour que l'urine puisse s'écouler dans le grand sac de nuit. L'infirmière vous montrera comment procéder pendant votre séjour à l'hôpital afin que vous puissiez vous entraîner. Conservez le sac de rétention dans un sac en plastique propre à un endroit frais et sec pendant la journée.
- En cas de perte d'urine à côté de la sonde vésicale, utilisez du matériel pour l'incontinence. Si vous le souhaitez, l'infirmier/ère vous donnera quelques échantillons à votre sortie de l'hôpital. Vous pourrez ensuite (faire) acheter le matériel nécessaire en pharmacie, chez un bandagiste, dans une boutique de soins à domicile ou en grande surface.
- Pour toute question ou problème concernant les soins de votre plaie, de la sonde vésicale et l'achat de matériel pour l'incontinence, vous pouvez toujours contacter votre infirmier/ère à domicile ou l'infirmier/ère du service d'urologie.

## Hygiène

- Nettoyez quotidiennement vos organes génitaux à l'eau pure, même tant que la sonde vésicale est en place.
- Décalottez le prépuce, nettoyez bien le gland et le point d'insertion de la sonde vésicale, rincez abondamment et séchez pour éviter les résidus de savon. Recalottez ensuite le prépuce.

## Médicaments

- Une fois de retour chez vous, vous devez vous injecter une fois par jour un antithrombotique. Le médecin vous remettra une ordonnance pour les médicaments ainsi qu'une ordonnance pour les soins à domicile. Si vous le souhaitez, vous pouvez apprendre à vous administrer vous-même les injections sous-cutanées. L'ordonnance est valable pour trois boîtes d'injections et vous devez aller jusqu'au bout des trois boîtes.
- Continuez à prendre vos médicaments habituels à la maison, à l'exception des anticoagulants. Ne reprenez pas ces derniers sans en avoir parlé d'abord avec votre urologue.

## DÉSAGRÉMENTS POSSIBLES APRÈS UNE PROSTATECTOMIE

Fort heureusement, les problèmes graves après une prostatectomie sont assez rares. Nous énumérons quelques symptômes ou problèmes qui peuvent survenir et comment y réagir.

### Douleur

- Les premières semaines après l'opération, vous pouvez ressentir des douleurs dans l'abdomen, les fesses et le scrotum. Vous pouvez prendre des médicaments pour y remédier. Vous recevrez une ordonnance à votre sortie de l'hôpital.
- Si la douleur augmente au lieu de diminuer, ou en cas de douleur, de rougeur, de gonflement ou de sensibilité anormale dans une jambe, contactez le service d'urologie ou votre médecin généraliste.

### Fièvre

- Avertissez votre médecin généraliste qui vérifiera si la fièvre est liée à l'opération ou à un autre problème.
- Si vous avez une fièvre supérieure à 38,5 °C dans les 10 jours qui suivent l'opération, contactez le service d'urologie.

### Rougeur ou suintement de la plaie

- Prenez contact avec le service d'urologie, votre infirmier/ère à domicile ou votre généraliste.

## Sang dans les urines (hématurie)

- Une légère hématurie (urine rosée à légèrement rouge) est possible pendant 3 à 4 semaines après le retrait de la sonde vésicale. Parfois, l'urine peut être claire pendant quelques jours, puis reprendre une couleur rosée.
- Il est conseillé de boire beaucoup pour bien rincer la vessie et les voies urinaires. En cas d'hématurie persistante et grave (couleur comparable à du vin rouge foncé avec des caillots), contactez le service d'urologie ou votre médecin généraliste.

## Gonflement du pénis ou du scrotum

- Quelques jours après l'intervention, votre scrotum ou votre pénis peuvent être fortement gonflés avec une coloration rouge à violet à cause d'un hématome ou d'une accumulation de liquide lymphatique. Ce gonflement est presque toujours temporaire et disparaît spontanément.
- Nous vous conseillons de porter des sous-vêtements très soutenant les premières semaines après l'opération.
- Lorsque vous êtes allongé, vous pouvez soutenir votre scrotum au moyen d'un essuie enroulé. La glace peut apporter un soulagement, mais faites attention de ne jamais la placer en contact direct avec le corps!

## Perte de la sonde vésicale

- En cas de perte de la sonde vésicale, contactez immédiatement le service d'urologie ou les urgences.

## Spasmes vésicaux

- Les spasmes vésicaux sont des contractions douloureuses de la vessie ou une sensation constante d'avoir besoin d'uriner. Ces spasmes sont généralement dus à la sonde vésicale. La vessie essaie de rejeter ce corps étranger.
- Pour réduire les spasmes, buvez environ 1 à 1,5 litre par jour. Assurez-vous que l'urine continue à s'écouler et veillez à éviter tout pincement du tube. Si les symptômes sont trop forts, vous pouvez demander à votre généraliste ou à l'urologue de vous prescrire des médicaments. Ces médicaments doivent être arrêtés 24 heures avant le retrait de la sonde vésicale.
- En cas de persistance des symptômes malgré les médicaments, contactez le service d'urologie ou votre médecin généraliste.

## Perte d'urine à côté de la sonde

- Une légère perte urinaire à côté de la sonde est possible, notamment en cas de spasmes vésicaux. Utilisez alors éventuellement du matériel pour l'incontinence.
- Assurez-vous chaque fois que l'urine continue à s'écouler et veillez à éviter tout pincement du tube. En cas de perte et d'arrêt de l'écoulement de l'urine dans la sonde, contactez le service d'urologie.

## Constipation

- Il est possible que vous soyez constipé: la fonction intestinale ralentit à cause de l'anesthésie, de l'opération et de la présence de la sonde vésicale. Cela peut causer un léger inconfort. Il n'est pas anormal de ne pas aller à selle pendant les sept premiers jours qui suivent l'opération.

## Attention

- Évitez toujours de pousser fort pour aller à selle, car cela risque d'exercer une pression sur la zone opérée et d'entraîner des urines sanglantes. Si vous avez des problèmes de constipation, signalez-le à votre généraliste ou à votre urologue. Si nécessaire, vous recevrez des médicaments pour faciliter un transit régulier.
- Tant que la sonde vésicale est en place, il n'est pas autorisé d'avoir recours à un suppositoire, un Microlax®, une canule rectale ou un petit lavement.

### Contact RZ Tienen

- Pendant les heures de bureau: appelez les consultations en Urologie, (t) 016 80 93 83.
- Le soir, la nuit et le week-end: contactez l'unité de soins ou les urgences
  - RZ Tienen, unité Chirurgie 1, (t) 016 80 99 11
  - RZ Tienen, service des Urgences, (t) 016 80 99 19

### Contact AZ Diest

- Pendant les heures de bureau: appelez l'AZ Diest, secrétariat de Chirurgie, (t) 013 35 47 61.
- Le soir, la nuit et le week-end: contactez l'unité de soins ou les urgences
  - AZ Diest, unité de soins Chirurgie 1, (t) 013 35 43 22
  - AZ Diest, service des Urgences, (t) 013 35 40 05

## RETRAIT DE LA SONDE VÉSICALE

5 à 10 jours après votre sortie de l'hôpital, la sonde vésicale est retirée lors d'une consultation en Urologie. Une radiographie de contrôle est parfois nécessaire. Les rendez-vous nécessaires sont fixés à votre sortie de l'hôpital.

- Au service de Radiologie, un produit de contraste est injecté par la sonde vésicale pour vérifier si la nouvelle connexion entre votre vessie et votre urètre est bien cicatrisée et étanche.
- Si c'est bien le cas, l'infirmier/ère du service d'urologie retirera votre sonde vésicale. L'infirmier/ère vérifie si la miction se déroule normalement et contrôle par échographie pour voir s'il reste de l'urine dans votre vessie après avoir uriné (résidu).

- Les pertes urinaires, plus ou moins importantes, sont un phénomène normal après une prostatectomie. Vous aurez donc éventuellement besoin de matériel pour l'incontinence pour gérer ces pertes urinaires. L'infirmier/ère vous remettra des échantillons et vous donnera les informations nécessaires à ce sujet.

## CONSÉQUENCES DE L'OPÉRATION

### Pertes urinaires involontaires (incontinence)

- Lors de l'opération, une partie de la fonction de fermeture de l'urètre est retirée et l'urètre est directement attaché à la vessie. Après le retrait de la sonde vésicale, des pertes urinaires sont possibles. Celles-ci peuvent être gérées au moyen de matériel adapté pour l'incontinence. La plupart des hommes ont des pertes urinaires lorsque la vessie est mise sous pression, par exemple quand ils toussent, éternuent, passent de la position «assis» à «debout» ou se penchent.
- Les muscles du plancher pelvien peuvent contribuer à réduire ou à prévenir ces pertes urinaires. Les muscles du plancher pelvien sont un ensemble de muscles allant du pubis au coccyx. Il est conseillé de prendre rendez-vous avec un kinésithérapeute spécialisé avant l'opération. Ce dernier vous apprendra des exercices spécifiques pour renforcer les muscles du plancher pelvien. Ce traitement est appelé rééducation pelvienne. Le premier rendez-vous sert à faire connaissance. Le traitement peut commencer après l'opération, une fois la sonde vésicale retirée.
- Vous trouverez plus d'informations sur la rééducation pelvienne et un kinésithérapeute spécialisé près de chez vous (recherche par code postal) sur les sites suivants:
  - [www.bicap.be](http://www.bicap.be)
  - [www.pelvired.be](http://www.pelvired.be)Vous pouvez également appeler le (t) 016 80 34 42 pour suivre une rééducation pelvienne sur le campus St-Jan.  
L'infirmier/ère du service d'urologie pourra bien évidemment vous aider à trouver le kiné qu'il vous faut.
- Vous pouvez faire des exercices chez vous pour renforcer vos muscles du plancher pelvien. Cela vous permettra de réduire à un strict minimum les pertes urinaires involontaires. Il y a deux exercices de base:
  - Contracter pendant 1 seconde: exercice de force
  - Contracter pendant 10 secondes: exercice de résistance

- De plus, il est important de contracter les muscles avant une activité qui déclenche une perte urinaire, par exemple, se lever depuis une position assise. Il est aussi important de vider complètement votre vessie pour éviter les infections et les pertes urinaires. Essayez donc de bien détendre votre plancher pelvien pendant la miction, ce qui est parfois plus facile en urinant assis.
- Dans la plupart des cas, vous contrôlerez de mieux en mieux votre miction et l'incontinence diminuera. Vous pouvez espérer une amélioration jusqu'à un an après l'opération. Après un an, environ 90 % des patients opérés sont continents ou n'ont que des pertes minimales limitées à quelques gouttes. Il est conseillé de suivre le traitement de kiné jusqu'à ce que vous soyez à nouveau continent.

### Types de matériel pour l'incontinence

- Il existe un large choix de dispositifs pour absorber l'urine. L'infirmier/ère de la consultation du service d'urologie vous conseillera sur le choix et l'utilisation du matériel pour l'incontinence.
- Ce matériel est en vente en pharmacie, chez les bandagistes ou dans les magasins de soins à domicile, qui peuvent vous donner des conseils ciblés.
- Vous pouvez également demander conseil à votre infirmier/ère à domicile ou à votre kinésithérapeute.
- Le choix du matériel dépend du degré de fuite urinaire, de l'âge et des besoins individuels en matière de sécurité et de confort.
- Il existe différents niveaux (degrés d'absorption) dans le matériel pour l'incontinence. Faites votre choix en fonction de vos besoins. Par exemple: si vous avez une perte légère le jour, utilisez le niveau 1. Si vous perdez plus ou beaucoup la nuit, utilisez le niveau 2 ou 3.
- La capacité d'absorption est souvent exprimée en gouttes: plus il y a de gouttes, plus la capacité d'absorption est élevée. Une protection plus grande en taille n'a donc pas nécessairement une plus grande capacité d'absorption.
- Types de matériel pour l'incontinence:
  - Les couches anatomiques: utilisées en cas de pertes urinaires légères à modérées. Elles s'utilisent avec un sous-vêtement serrant ou un slip de fixation.
  - Les protections anatomiques pour homme (qui ressemblent à une serviette hygiénique) s'utilisent en cas de pertes urinaires légères. Cette protection reste bien en place grâce à un sous-vêtement moulant et à une bande autocollante. La protection anatomique pour homme (coquille) est très légère et n'exerce aucune pression sur le scrotum. Cette protection est plus chère que la couche anatomique.
  - Les changes mobiles ou complets: s'utilisent en cas de fortes pertes urinaires. Ils ressemblent le plus à des sous-vêtements, avec une forme discrète et bien ajustée.

- Le condom urinaire: un cathéter externe auto-adhésif pour homme. Il s'agit d'une gaine (en silicone) dans laquelle on introduit le pénis et qui est connectée à un sac de rétention fixé à la jambe. Il est important d'utiliser la bonne taille. Lisez les instructions avant de l'appliquer et n'utilisez pas de matériel adhésif supplémentaire. Si vous avez des petites plaies sur le pénis, vous ne pouvez pas utiliser ce type de matériel. L'utilisation d'un condom urinaire est conseillée uniquement après plusieurs mois d'entraînement du plancher pelvien sans résultats suffisants, en cas de pertes urinaires très graves ou pour des occasions spéciales (par exemple, vous devez aller à une fête et vous buvez un peu plus).
- De nos jours, la plupart des matériels de rétention sont fiables, discrets et confortables à porter. Ils préviennent aussi les mauvaises odeurs. Ils sont faciles à utiliser et neutres pour la peau, ce qui améliore l'hygiène.
- En cas de problèmes avec votre matériel pour l'incontinence (douleur, inconfort, irritation cutanée ou fuite), signalez-le au plus vite à l'infirmier/ère du service d'urologie, à votre infirmier/ère à domicile ou à votre kinésithérapeute, afin que vous puissiez trouver ensemble le matériel d'incontinence le plus adapté.
- Certaines mutuelles proposent des produits pour l'incontinence à un tarif avantageux ou avec une intervention dans les frais. Lors de la première demande, vous devez présenter un certificat du médecin traitant ou de l'urologue. Sous certaines conditions, le matériel pour l'incontinence donne lieu à un remboursement forfaitaire ou à une intervention dans le cadre de la facture maximum. Informez-vous à ce sujet auprès (du service social) de votre mutuelle.

## Conséquences sur la sexualité

### Troubles de l'érection

Les troubles de l'érection peuvent être une séquelle temporaire ou permanente de l'intervention. Essayez d'en discuter ouvertement avec votre partenaire. Le risque de troubles de l'érection dépend de l'âge, de la qualité des érections avant l'intervention et du déroulement de cette dernière.

- Les deux faisceaux nerveux qui permettent les érections spontanées passent à proximité de la prostate et sont reliés aux corps caverneux du pénis. En cas de prostatectomie, ces deux faisceaux nerveux peuvent être plus ou moins endommagés.
- S'il n'est pas possible de pratiquer une chirurgie conservatrice épargnant les nerfs, vous ne pourrez plus avoir d'érections spontanées après l'intervention. Si une chirurgie conservatrice est possible, un retour des érections est possible au cours de la première année suivant l'intervention. La chirurgie conservatrice ne garantit cependant pas le retour des érections et beaucoup d'hommes continueront à avoir des troubles de l'érection malgré une opération conservatrice réussie.

- Il est encore possible d'atteindre l'orgasme lors des relations sexuelles, mais le ressenti sera différent par rapport à avant l'opération.
- Plusieurs options de traitement sont envisageables pour les patients présentant des troubles de l'érection temporaires ou permanents. L'urologue ou l'infirmier/ère discutera de ces options avec vous lors des consultations de suivi. Possibilités:
  - les médicaments, les fameuses «pilules d'érection» (uniquement pour les hommes ayant subi une chirurgie conservatrice)
  - une pompe à vide
  - un gel à appliquer sur l'orifice externe de l'urètre
  - des injections dans les corps caverneux du pénis (injections intracaverneuses)
  - un implant pénien

### **Troubles de l'éjaculation**

- En raison de l'ablation de la prostate et des vésicules séminales, vous n'aurez plus d'éjaculation de sperme après l'intervention. Il peut cependant y avoir des pertes muqueuses des glandes génitales.

### **Ressenti au niveau de la sexualité**

- La gravité et la nature des séquelles de l'intervention sur la fonction sexuelle varient d'un patient à l'autre. Vous pouvez discuter de votre situation personnelle avec votre urologue.
- Le vécu de la sexualité peut aussi être influencé par des facteurs psychologiques. Durant la période postopératoire, le patient est souvent confronté à un sentiment de perte. De plus, certains patients se sentent physiquement «mutilés» ou ont l'impression d'être moins attirants sexuellement (ils se sentent moins «homme»). Dans les cas graves, comme le cancer, c'est la survie qui prime, ce qui rend parfois la sexualité moins prioritaire (pendant un certain temps).
- Consultez votre urologue ou votre infirmier/infirmière si vous ou votre partenaire souhaitez parler de vos difficultés relationnelles ou sexuelles. Ils pourront vous fournir des explications sur les problèmes au niveau physique et, si nécessaire, vous orienter vers un psychologue, un sexologue ou un andrologue.

### **Ressenti au niveau psychosocial**

Une ablation de la prostate nécessite une longue période de rétablissement. Elle nécessite souvent toute une adaptation tant sur le plan physique que psychique. Vous êtes en effet confronté à un profond sentiment de perte par rapport à votre santé et à l'image que vous avez de votre corps. Certains jouent trop les forts et subissent le contrecoup par la suite. Il est parfaitement normal d'avoir besoin de temps pour digérer la maladie et l'opération. Les problèmes d'incontinence ou les troubles de l'érection peuvent aussi peser lourdement sur le moral.

Cherchez du soutien auprès de votre partenaire, de vos amis proches ou de votre famille. Si vous avez le sentiment de ne pas arriver à surmonter ces difficultés, un accompagnement psychologique pourra peut-être vous y aider. Demandez conseil à votre médecin (généraliste) ou à votre infirmier/ère qui pourra vous orienter vers le professionnel qu'il vous faut.

## VIE QUOTIDIENNE ET ACTIVITÉS APRÈS L'INTERVENTION

### Alimentation

L'opération n'affecte pas en soi vos habitudes alimentaires. Veillez simplement à avoir une alimentation équilibrée et variée. Notez que votre transit intestinal peut être temporairement perturbé après l'opération (voir plus haut).

### Relation avec les enfants et amis

Si vous vous sentez prêt, vous pouvez parler de l'intervention avec votre famille ou vos amis proches. Présentez les faits de manière aussi neutre que possible. Présentez les choses de manière simple et objective pour éviter de semer l'inquiétude chez vos proches.

### Retour au travail

Si vous travailliez avant l'opération, vous pouvez reprendre votre activité professionnelle sans problème par la suite. Évitez cependant de soulever des charges lourdes ou de faire des efforts prolongés pendant les premières six semaines. Si vous, votre employeur ou votre assurance avec un doute concernant votre capacité à reprendre le même travail, discutez-en avec votre médecin ou le travailleur social. Ils chercheront, le cas échéant avec d'autres intervenants, une solution acceptable pour toutes les parties.

### Conduite automobile

La conduite est généralement autorisée après l'opération, à condition de ne plus ressentir aucune douleur et de supporter la ceinture de sécurité contre votre ventre. Consultez d'abord votre urologue.

### Hygiène

Évitez les bains et la natation pendant les deux premières semaines. Il est cependant permis de prendre une courte douche.

### Sport

Vous pouvez pratiquer des activités sportives récréatives, comme la marche.

**Attention:** vous devez attendre six semaines avant de faire du vélo, afin de prévenir les douleurs et les blessures. La zone du siège reste temporairement sensible.

## Voyages

Les voyages longs sont déconseillés pendant les six premières semaines en raison du risque de thrombose (formation de caillots sanguins). Par la suite, vous pouvez voyager comme il vous plaira. Prévoyez suffisamment de matériel pour la durée de votre séjour. Pour éviter des problèmes en cas de retard ou de perte de vos bagages, gardez une partie de votre matériel d'incontinence dans votre bagage à main.

## Jardinage

Vous pouvez jardiner sans aucun problème. Restez prudent et confiez les tâches lourdes (comme le bêchage ou le port de charges) par d'autres pendant les six premières semaines.

## Suivi et contrôle PSA

- Votre urologue prévoit une consultation de suivi six semaines après l'opération. Ce rendez-vous sera fixé à votre sortie de l'hôpital. Une semaine avant cette consultation, faites déterminer votre taux de PSA par votre médecin traitant. Nous vous recommandons de toujours faire réaliser ce contrôle au même endroit pour pouvoir mieux comparer les résultats. Apportez vos résultats à la consultation.
- La première année, vous devez aller à la consultation de contrôle chez l'urologue tous les trois mois. À partir de la deuxième année, le contrôle a lieu tous les six mois. À partir de la cinquième année, un contrôle annuel suffit. (Ces intervalles peuvent varier en fonction de votre diagnostic et de vos besoins personnels.)



### **Besoin de plus d'informations ?**

Si vous avez encore des questions après avoir lu cette brochure, n'hésitez pas à contacter les consultations en Urologie pendant les heures de bureau:

**(t) 016 80 93 83**





## Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen

### campus mariëndal

t 016 80 90 11 (numéro général)

t 016 80 99 19 (service des Urgences)

t 016 80 96 80 (hôpital de jour)

### campus st.-jan

t 016 80 90 11 (numéro général)

t 016 80 39 16 (hôpital de jour)

### medisch centrum aarschot

t 016 55 17 11 (numéro général)

t 016 55 17 36 (hôpital de jour)

[www.rztienen.be](http://www.rztienen.be)

---

**iedereen**

Vriendelijk Inlevend Professioneel  
met zin voor Initiatief



99997-NL/aug 2019