



www.institutpaolicalmettes.fr

INFORMATION MÉDICALE

SUR LA PROSTATECTOMIE RADICALE

CE GUIDE A ÉTÉ RÉALISÉ AFIN DE VOUS DONNER LE MAXIMUM D'INFORMATIONS CONCERNANT L'INTERVENTION QUI VOUS A ÉTÉ PROPOSÉE. IL REPREND CELLES QUI VOUS ONT ÉTÉ DONNÉES ORALEMENT LORS DE LA CONSULTATION SUR LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE. N'HÉSITÉS PAS À DEMANDER DES COMPLÉMENTS D'INFORMATION OU DES APPROFONDISSEMENTS À NOTRE ÉQUIPE.

FAIRE FACE AU DIAGNOSTIC

Le cancer de prostate qui a été diagnostiqué dans votre cas correspond à une maladie microscopique, qui n'entraîne aucun retentissement sur votre organisme, aucun signe clinique et qui a pu être mis en évidence grâce aux biopsies prostatiques. Dans la majorité des cas actuellement, le diagnostic est précoce, survient à un âge de plus en plus jeune, chez un homme en parfait état général. En effet, le diagnostic de cancer de prostate va entraîner régulièrement une remise en cause des conditions de vie ultérieure : vais-je guérir, et si oui, dans quelles conditions physiques, avec quels handicaps ? Une information claire et précise devient le moyen le plus efficace pour « démystifier » le diagnostic et ses conséquences, afin de connaître les étapes à venir pour les appréhender dans les meilleures conditions psychiques et physiques.

A partir du diagnostic fait sur les biopsies prostatiques, le bilan qui a pu être demandé (scanner, scintigraphie osseuse, IRM), a pour but d'estimer le risque de débordement tumoral microscopique (et donc invisible par les moyens macroscopiques que sont le toucher rectal, les examens radiologiques). Si une intervention vous a été proposée, c'est que ce risque de débordement microscopique a été estimé comme faible. Seule l'analyse microscopique histologique de la prostate, des vésicules séminales et parfois des ganglions qui drainent la prostate après l'intervention donnera un résultat plus fiable sur ce risque de débordement tumoral microscopique. L'intervention qui est proposée l'a été dans le but de vous guérir. Seuls, l'analyse de la pièce opératoire et le suivi ultérieur permettront de s'assurer de cette guérison. En cas de débordement microscopique ou de signe de récurrence de la maladie à distance de l'intervention, d'autres traitements vous seront proposés.

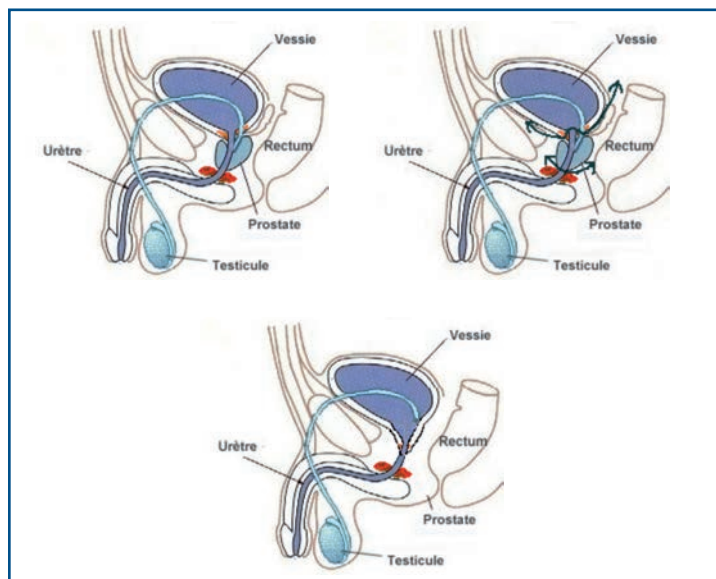
CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR L'INTERVENTION

PRINCIPES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

La prostatectomie radicale par cœlioscopie ou chirurgie robotique consiste à enlever la prostate en totalité et les vésicules séminales qui sont solidaires de la glande prostatique. La prostate est située entre le col vésical et l'urètre, en avant du rectum.

Le rôle physiologique de la prostate est essentiellement lié à la formation de sécrétions qui s'associent à celles des vésicules séminales pour former plus de 70-90 % du volume de l'éjaculat. Il s'agit de sécrétions qui permettent de nourrir et protéger les spermatozoïdes dans les voies génitales féminines.

L'ablation de la prostate n'a pas de conséquence physiologique importante, hormis la disparition de l'éjaculation et l'infertilité en conséquence. Si nécessaire, persiste la possibilité de ponctionner des spermatozoïdes directement dans les voies séminales ou les testicules pour une fécondation assistée en cas de désir de paternité ultérieure.



La cœlioscopie est une technique chirurgicale qui consiste à utiliser des instruments chirurgicaux passés à travers des orifices cutanés ainsi qu'une optique reliée à une caméra qui explore la zone chirurgicale, le chirurgien ayant une vision amplifiée au travers d'un écran vidéo. Les avantages de cette technique sont une vision chirurgicale rapprochée plus précise, grâce à une lumière froide qui éclaire la zone opératoire, une précision du geste chirurgical avec notamment un risque moindre de saignement et une dissection plus précise. Les avantages pour le patient sont une durée d'hospitalisation réduite, un contrôle plus simple de la douleur post-opératoire, une protection de la paroi abdominale qui n'a pas subi d'incision musculaire importante. Une variation de cette technique opératoire est la cœlioscopie robotisée. Dans cette technique, les instruments sont fixés sur des bras télémanipulés par le chirurgien à partir d'une console de contrôle. Les instruments ont l'avantage d'avoir une mobilité plus importante que les instruments de cœlioscopie standard. De plus, ce système chirurgical permet une vision en 3D à l'aide d'une caméra spéciale. La technique opératoire avec ce système est identique à celle par de la cœlioscopie standard. L'accès est réalisé par 5 incisions sur la paroi du ventre. En général, les incisions ne sont pas plus longues que 1 à 1,5 cm. Une incision latérale est élargie en fin d'intervention pour sortir la prostate.



Dans les cas où il y a un risque augmenté d'avoir des métastases ganglionnaires du cancer de prostate, un curage ganglionnaire est réalisé. Cette partie de l'opération est suivie par la libération de la prostate de ses attaches à la paroi pelvienne puis de ses attaches avec la vessie, le rectum et l'urètre. Dans les cas où une conservation des bandelettes vasculo-nerveuses contenant les nerfs commandant l'érection est possible, le tissu nerveux est libéré sur les cotés de la prostate. Puis la prostate est sortie de la cavité abdominale dans un sac à travers une incision. Au besoin, elle est envoyée en analyse immédiate au laboratoire d'anatomo-pathologie pour s'assurer que la résection a été totale. Une suture entre l'urètre et la vessie est réalisée ensuite pour restaurer la continuité des voies urinaires (anastomose). Cette suture est protégée par une sonde urinaire qui est positionnée dans l'urètre et la vessie. Un drain est mis en place devant la vessie. L'opération se termine avec la fermeture des incisions et le pansement.

RISQUES ET CONSÉQUENCES DE L'INTERVENTION

L'intervention et l'ablation complète de la prostate avec les vésicules séminales a plusieurs risques et conséquences. Les complications graves sont rares après cette intervention. Comme toute intervention, l'opération par voie coelioscopie comporte des risques de complications; certaines sont directement liées à cette méthode opératoire :

A tout moment de l'opération le chirurgien peut être obligé selon les circonstances d'arrêter la coelioscopie et de continuer l'opération au travers d'une incision classique. Cela s'appelle une conversion qui peut survenir en raison d'un problème technique. Les problèmes techniques peuvent être liés :

- à des variations anatomiques individuelles pas toujours prévisibles,
- à la blessure d'un organe de voisinage (plaie vasculaire, viscérale ou nerveuse),
- à des problèmes liés au gaz (troubles respiratoires),
- à des interventions chirurgicales qui ont été réalisées dans le passé du patient.

RISQUES LIÉS A L'INTERVENTION

DOULEUR

Un des avantages de la technique de coelioscopie est un taux de douleur post-opératoire réduit. Des douleurs au niveau des épaules, des bras, du dos, des mollets peuvent apparaître au réveil de l'intervention, liées aux points de pression du poids du corps sur ces zones du fait de la position tête en bas nécessaire pour réaliser l'intervention sous coelioscopie. Toutes ces zones sont protégées lors de l'intervention par des coussins spéciaux afin d'éviter des complications par compression. La douleur post-opératoire est modérée et calmée systématiquement les premières 24 heures puis à la demande pendant le reste de l'hospitalisation. Si vous avez des douleurs malgré ce traitement, signalez-le aux infirmières pour modifier les antalgiques. La reprise du transit digestif survient en 2-4 jours et peut se traduire par des spasmes abdominaux et une légère fébricule (augmentation de la température > 38°).

SAIGNEMENT

Un des avantages de la technique de coelioscopie est un risque de saignement réduit. Malgré cet avantage, il existe un risque de saignement, car la prostate est localisée près des grosses veines. Un hématome peut aussi survenir à distance de l'intervention, lié à la diffusion d'un saignement dans les tissus sous-cutanés. Cela se traduit par un hématome (bleu) des bourses, de la verge, des lombes qui disparaît spontanément dans la grande majorité des cas. Le risque de transfusion est devenu très rare au décours de l'intervention, avec moins de 2 % de risque. Si une transfusion est nécessaire, il y a un très faible risque d'une infection des maladies comme l'hépatite virale et le VIH.

INFECTION

Il y a deux sites qui peuvent être le siège d'une infection. Le premier est la paroi abdominale au niveau des incisions cutanées, où le risque d'infection est très faible, car les incisions sont petites. Le deuxième est l'infection urinaire, qui est liée à la sonde urinaire, que vous allez garder pendant environ une semaine. Cette sonde urinaire favorise des infections urinaires, mais cette infection ne pose pas de problème ni de risque pour vous. Une infection se traduit généralement par des brûlures lors de la miction une fois la sonde urinaire retirée, rarement par de la fièvre. Elle est traitée en fonction du germe retrouvé sur l'analyse d'urine par un antibiotique pendant une semaine.

BLESSURE DES ORGANES DE VOISINAGE

Pendant l'intervention il y a un risque de blesser des organes, qui sont proches de la prostate. Ces organes sont surtout le rectum, les vaisseaux pelviens, les nerfs et l'intestin. Des blessures sont rares et dans la plupart des cas on peut régler le problème d'emblée pendant l'intervention. Dans les cas où un curage ganglionnaire est réalisé, le patient peut ressentir une anesthésie de la face interne des cuisses et/ou une difficulté pour ramener la cuisse vers l'intérieur. Ces phénomènes sont liés à une irritation du nerf obturateur qui innerve les muscles de la face interne des cuisses. Ces phénomènes régressent spontanément et ne nécessitent pas, dans la grande majorité des cas, de traitement particulier.

LYMPHOCÈLE

Après un curage des ganglions lymphatiques il y a un risque d'écoulement persistant de la lymphe. Dans de rares cas, il est nécessaire de ponctionner la lymphe et de drainer cette collection.

THROMBOSE/EMBOLIE

Suite à l'intervention dans le petit bassin, il existe un risque augmenté des thromboses et phlébites (caillot dans les veines des jambes et du bassin). Pour pallier ce risque, on fait une prévention avec des bas de contention et des piqûres d'anticoagulants qui permettent de réduire le risque de thromboses. Il est très important de se lever du lit et se mobiliser le plus tôt possible après l'intervention, de rester hors du lit le plus possible et, étant allongé, de bouger les jambes souvent. En cas de phlébite ou d'embolie, un traitement anticoagulant par voie veineuse ou sous-cutanée est entrepris.

FUITE D'ANASTOMOSE

Le retard de cicatrisation de l'anastomose urinaire (zone de suture entre l'urètre et la vessie après avoir enlevé la prostate et la partie de l'urètre qui est fixée à celle-ci) peut nécessiter un drainage vésical prolongé de quelques jours, si la suture urinaire a été difficile du fait des conditions anatomiques. Une fistule urinaire au niveau de l'anastomose peut se traduire par un épanchement d'urine dans le péritoine qui peut entraîner un retard de reprise du transit intestinal. En cas d'épanchement important et réfractaire au drainage habituel, un nouveau drainage peut être nécessaire soit par voie radiologique seule soit lors d'une reprise chirurgicale (événement rare). En général, des fuites de l'anastomose n'ont pas d'influence sur le résultat et le succès global de l'opération.

STÉNOSE D'URÈTRE

Dans les suites de l'intervention il y a un risque de développer une sténose d'urètre au niveau de l'anastomose ou dans l'urètre même. Cette sténose se manifeste par un jet urinaire qui devient de plus en plus faible. Si c'est le cas, signalez-le à votre urologue. Une sténose d'urètre peut se traiter par voie endoscopique dans la plupart des cas.

PNEUMONIE

Une infection pulmonaire peut survenir rarement en post-opératoire. Pour réduire le risque, il est important de se lever du lit le plus tôt possible après l'intervention. Il est important de faire de la kinésithérapie respiratoire en utilisant l'appareil fourni dans le service.



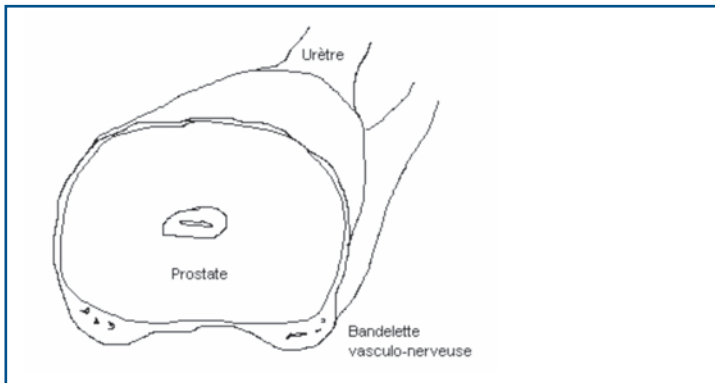
CONSÉQUENCES LIÉES À L'INTERVENTION

ABSENCE D'ÉJACULATION ET INFERTILITÉ

Comme nous l'avons dit, la prostate est à l'origine de l'éjaculation, par l'accumulation du sperme dans la portion prostatique de l'urètre, avant expulsion par relâchements saccadés du sphincter strié de l'urètre, situé à la pointe de la prostate. La première conséquence incontournable de la prostatectomie radicale est la disparition de l'éjaculation. Les patients gardent, par contre, la sensation d'orgasme, de plaisir mais sans éjaculation. En conséquence de l'absence d'éjaculation, le patient devient infertile. Dans les cas nécessaires, il existe des possibilités de récupérer des spermatozoïdes pour une insémination artificielle.

TROUBLES DE L'ÉRECTION

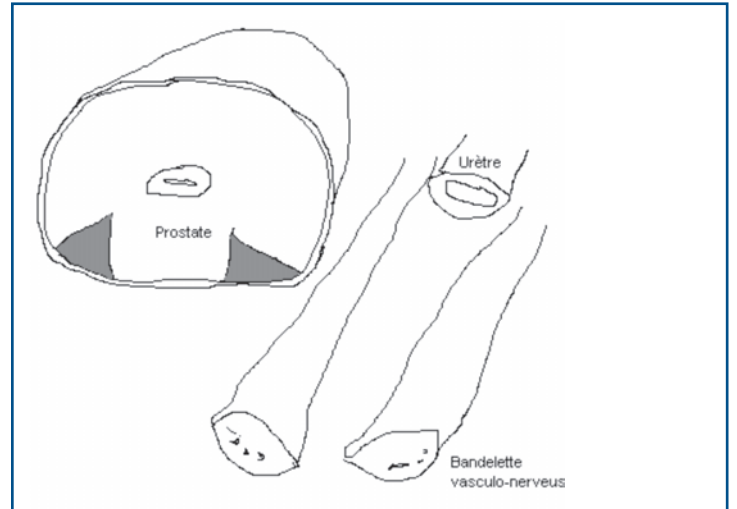
De chaque côté et sous la face inférieure de la prostate, passent les bandelettes vasculo-nerveuses qui contiennent des vaisseaux et des nerfs à destination de la prostate et également, en aval, de la verge.



Transitent dans ces bandelettes les nerfs érecteurs qui conduisent les influx nerveux venant des centres supérieurs du cerveau. Ces influx sont créés dans le cerveau par un désir sexuel (libido) et entraînent en réponse une érection par stimulation des corps érectiles contenus dans la verge. Des érections spontanées surviennent aussi pendant le sommeil et permettent de stimuler le tissu érectile pour un fonctionnement normal. En cas de section de ces bandelettes vasculo-nerveuses, l'influx nerveux ne passe plus, ce qui entraîne une absence d'érection malgré une libido conservée. En pratique, le patient garde un désir sexuel intact après l'intervention mais ne peut plus obtenir d'érection spontanée. Ceci peut devenir frustrant et se traduit par un érousement et une disparition de la libido. En fait, l'appareil d'érection est en état de marche (l'intervention n'a pas perturbé l'appareil de l'érection), mais il n'est plus stimulé physiologiquement par les influx nerveux corticaux.

Dans certaines conditions où le risque de débordement tumoral microscopique est minime, il peut être proposé une conservation chirurgicale des bandelettes vasculo-nerveuses, dans le but de permettre une reprise spontanée des érections à distance de l'intervention. Ce geste est réalisé au cours de la prostatectomie radicale. Il consiste à passer au ras de la capsule prostatique au niveau des pédicules postéro-latéraux de chaque côté des lobes prostatiques pour laisser les bandelettes en place sans sectionner les nerfs érecteurs. Une fois la prostate libérée et les bandelettes laissées en place, une vérification histologique sous microscope du lit des bandelettes sur la pièce opératoire peut être réalisée dans des cas spéciaux aux pendant l'intervention. Si il existe des cellules tumorales à proximité du lit des bandelettes, une excision de la bandelette est réalisée systématiquement afin d'éviter de laisser des cellules tumorales potentielles en place. Si cette conservation n'est pas réalisée il est peu probable d'obtenir des érections spontanées après l'intervention. Cependant, dans le cas de conservation bilatérale des bandelettes, une reprise des érections spontanées peut mettre entre quelques semaines à 1 an et demi.

Pour retrouver des érections après l'intervention un traitement à l'aide de médicaments (Viagra®, Cialis® ou Lévitra®) peut être nécessaire. Si ce traitement est inefficace, des injections de prostaglandines directement dans les corps érectiles (Edex®, Caverject®) peuvent être réalisées.

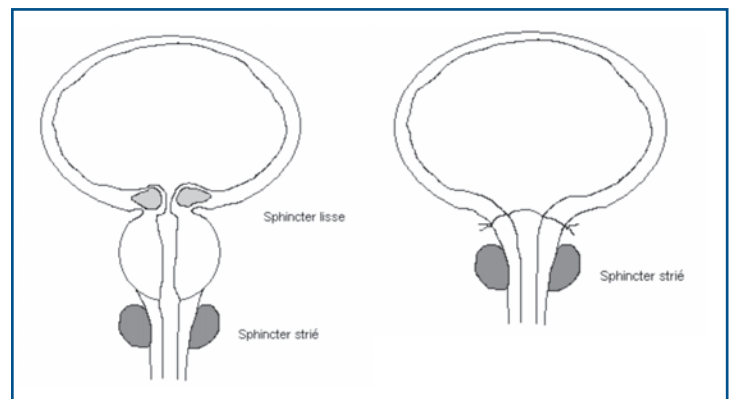


INCONTINENCE URINAIRE

Une incontinence urinaire est fréquente lors des premiers jours ou semaines après l'intervention. Elle est liée au fait que le sphincter urinaire principal (le sphincter lisse) est détruit lors de la dissection de la base de la prostate du col vésical. Ce sphincter lisse permet la fermeture du col vésical pendant la phase de remplissage vésical et s'ouvre spontanément lors de la miction.

Il s'agit d'un sphincter automatique sur lequel nous n'avons pas de commande volontaire et qui régit la continence urinaire au quotidien. Il existe un deuxième sphincter urinaire (le sphincter strié de l'urètre), situé sous l'apex prostatique qui, lui, est préservé après l'intervention. Ce sphincter est formé de fibres musculaires striées à commande volontaire, émanant des muscles du plancher pelvien. Ce sphincter est généralement au repos et n'est activé qu'en cas de nécessité pour suppléer le sphincter lisse.

À l'inverse du sphincter lisse, on peut contracter le sphincter strié volontairement, en contractant les muscles du plancher pelvien (mouvement de couper le jet urinaire pendant la miction). On peut le considérer comme un sphincter de secours ou d'urgence, dont la fonction n'est pas de « gérer » au quotidien les phases de remplissage et vidange vésicales. Ceci explique les difficultés fréquentes pour contenir les urines les premiers temps après l'intervention.



Il faut une période d'adaptation et de rééducation du sphincter strié pour que progressivement, il remplace le sphincter lisse dans sa fonction de contrôle permanent de la continence. En pratique, les patients ont



des écoulements non contrôlés d'urine les premiers jours ou semaines lors des mouvements. Au repos ou en position allongée, les fuites sont rares mais se déclenchent lorsque le patient se lève, marche, tousse, rie, soulève des choses lourdes, etc. Une rééducation précoce et prolongée jusqu'à un résultat satisfaisant est nécessaire et démarrée dès l'ablation de la sonde urinaire. Elle consiste à apprendre les mouvements efficaces pour serrer le sphincter strié, le muscler pour le rendre plus performant et l'automatiser pour prévenir les fuites à l'effort. Pour éviter les fuites urinaires, il est nécessaire de serrer ce muscle strié avant que de se lever, marcher, tousser, rire, soulever des choses lourdes, etc. Ce geste correspond au même geste effectué pour interrompre le jet urinaire pendant la miction. Avec le temps, ce mouvement va devenir un automatisme.

En général, plus les muscles sont sollicités régulièrement au cours de la journée, plus rapide est la récupération de la continence. Cette rééducation est poursuivie tant que le résultat optimal n'est pas obtenu, ce qui nécessite 2 à 3 séances hebdomadaires pendant quelques semaines à plusieurs mois suivant les cas. En général, les progrès ne sont plus obtenus après au moins 6 à 12 mois de rééducation dans les cas réfractaires.

Dans les cas rares où les résultats en terme de continence ne sont pas suffisants, des techniques chirurgicales peuvent être proposées pour traiter l'incontinence persistante. Il s'agit de la mise en place d'une bandelette prothétique positionnée sous le sphincter par voie chirurgicale ou de ballonnets gonflés dans la zone du sphincter. Ces deux nouvelles méthodes sont efficaces en cas d'incontinence modérée à l'effort après échec de la rééducation. S'il existe des fuites plus graves, un sphincter artificiel peut être proposé.

RECHUTE DE LA MALADIE

Le but principal de l'intervention est d'enlever l'organe qui contient les cellules cancéreuses nées en son sein et entraîner la guérison du patient. L'intervention de la prostatectomie permet également, grâce à l'étude histologique complète de la glande enlevée, d'analyser la capsule prostatique, enveloppe de la glande et barrière au débordement potentiel de cellules cancéreuses. Cette analyse est très importante afin d'estimer le risque de récurrence de la maladie à distance de l'intervention, et peut motiver la prescription d'un deuxième traitement de rattrapage en cas de débordement tumoral visible.

Après avoir enlevé la prostate, le PSA va diminuer pendant les premiers deux à trois mois. Il doit être non dosable après cette période, car il n'y a plus de tissu prostatique dans le corps qui pourrait produire du PSA. Le suivi de la maladie se base sur la surveillance du PSA. Un PSA non dosable est le garant de la réussite de l'intervention. Il n'est pas nécessaire de réaliser des examens radiologiques. Le PSA est dosé tous les 3 mois la première année, tous les 6 mois pendant 5 ans puis tous les ans. Une rechute de la maladie se manifeste en général par un ré ascension du PSA. En cas de ré ascension du PSA, il faut suspecter une récurrence biologique (seul le PSA est anormal alors que le patient ne ressent rien et que les examens complémentaires comme le scanner, ou la scintigraphie osseuse sont en général normaux). Un traitement de rattrapage peut être proposé dans ces cas, soit par radiothérapie pelvienne soit par hormonothérapie (castration chimique).

LA PREPARATION A L'INTERVENTION

L'hospitalisation a lieu la veille de l'intervention, vers 15 heures. N'oubliez pas d'amener les choses suivantes :

Pour le besoin personnel :

- Trousse de toilette.
- Serviettes de toilette.
- Lunettes, appareil acoustique, etc.

- Pyjama/peignoir.
- Chaussons.
- Sous-vêtements.
- Pantalons confortables et un peu larges pour la journée de sortie.

Besoin médical (si nécessaire)

- Tous médicaments du traitement habituel avec leur emballage d'origine.
- Liste des médicaments avec le schéma de la prise.
- Si vous êtes traité avec de l'insuline, votre équipement et le schéma d'injection.
- Si vous êtes traité avec un masque contre l'apnée de sommeil, cet équipement.
- Tous les résultats des examens (bilan sanguin, bilan urinaire, visite médicale etc.) réalisés récemment ou demandés par l'anesthésiste pendant la consultation d'anesthésie.
- Tous les clichés radiologiques (radiographies, scanner, IRM, scintigraphie, etc.)

S'il vous plaît, retenez que la prise d'Aspirine®, Plavix®, Ticlid®, Préviscan® ou d'autres Anti-Vitamines K est à éviter à partir de 10 jours avant l'intervention. Si vous prenez ces médicaments, consultez votre médecin traitant ou votre cardiologue, s'il faut les remplacer avec un autre médicament.

Une préparation digestive est réalisée la veille au soir, par un lavement rectal afin de limiter le risque infectieux si une plaie rectale survenait lors de l'intervention. Aucune antibio-prophylaxie (protection systématique du risque infectieux par la prescription d'un antibiotique systématique avant, pendant et après l'intervention) n'est donnée.

Les complications thromboemboliques (risques de phlébite, d'embolie pulmonaire) sont prévenues par l'injection sous-cutanée d'une héparine de bas poids moléculaire dès le jour de l'intervention et par le port de bas de contention. Les recommandations actuelles préconisent une prévention des thromboses par une anti-coagulation systématique pendant 1 mois après l'intervention.

LE JOUR DE L'INTERVENTION

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Elle est réalisée sous coelioscopie et la durée moyenne du geste chirurgical est de 3 heures. Après l'intervention, le patient est surveillé en salle de réveil pendant 2 à 3 heures puis intègre le service d'hospitalisation. Une fois dans le service, vous avez le droit de boire de l'eau après avoir pris la première gorgée avec une infirmière. Si vous ne supportez pas de boire, attendez le lendemain.

APRES L'INTERVENTION

JOUR 1

La première journée après l'intervention vous allez vous lever la première fois avec l'aide d'une infirmière. Après, selon votre état général, vous avez le droit de vous lever avec précaution le plus possible. L'alimentation orale est reprise dans les heures suivant l'intervention, et les perfusions sont habituellement enlevées 24-48 heures après l'opération. Pour des raisons d'hygiène le pansement n'est pas fait ce jour.



JOUR 2 À 4

La durée moyenne d'hospitalisation idéale est de 4 jours. Les antalgiques majeurs sont rarement nécessaires à partir du deuxième jour post-opératoire. Vous êtes invité à rester en dehors du lit le plus possible et de faire des « petites promenades » dans le service régulièrement. Cela vous permet d'éviter le risque de phlébite et de perdre de la force. La reprise du transit n'est pas attendue avant la 2^{ème} journée après l'intervention. Un drain est laissé dans la cavité abdominale pendant environ 2 à 3 jours, en fonction de la quantité de liquide évacué. Dans quelques cas rares, il est nécessaire de garder ce drainage un peu plus longtemps. L'ablation de ce drain n'est pas douloureuse.

JOUR 4-7 :

La sonde vésicale est laissée en place en moyenne 7 jours après l'intervention. Vous pouvez alors retourner avec la sonde à votre domicile ou dans un centre de convalescence. Pendant l'hospitalisation on va vous expliquer le fonctionnement de la poche urinaire. Ne vous inquiétez pas si les urines se colorent en rouge de temps en temps. Ce sont des petits saignements qui apparaissent lorsque vous bougez. Une semaine après l'intervention on va vous convoquer à l'hôpital de jour pour l'ablation de la sonde urinaire. L'ablation de la sonde urinaire est quasiment indolore. Dans quelques cas, une vérification de l'étanchéité de l'anastomose uréthro-vésicale par une radiographie est nécessaire. Cette radio est réalisée en injectant un produit de contraste liquide par la sonde vésicale. Elle est indolore. S'il existe une fuite anastomotique, la sonde est laissée en place pendant 5 à 7 jours supplémentaires et le patient est convoqué en hôpital de jour pour une nouvelle opacification.

LE RETOUR A DOMICILE

Une fois que vous êtes rentré chez vous, il est nécessaire d'éviter des efforts physiques pendant 1 mois et demi. Après ce délai, vous avez le droit de reprendre une activité normale. Des travaux pénibles sont à éviter pendant 3 mois après l'intervention et de faire du vélo pendant 6 mois.

Vous avez la possibilité d'être orienté dès votre sortie de l'hôpital vers un(e) kinésithérapeute spécialisé(e) pour la rééducation après prostatectomie. Cette prise en charge est prescrite à raison de 2 à 3 séances hebdomadaires jusqu'à normalisation de la miction et disparition des incontinences à l'effort (ce qui peut prendre, selon les cas, de quelques semaines à quelques mois). Les séances permettent de prendre conscience des muscles à contracter pour utiliser le sphincter strié, de muscler ce sphincter (par simples contractions et/ou stimulations électriques) et le rendre endurant puis l'automatiser pour remplacer le sphincter lisse principal qui a été enlevé lors de l'intervention chirurgicale.

Les conseils du kinésithérapeute : rééducation périnéale et conseils d'hygiène de vie après prostatectomie radicale.

Rééducation périnéale : Patient en position couché sur le dos, jambes en crochets, mains sur l'abdomen. Contracter doucement pendant 5 secondes la zone comprise entre les bourses et l'anus (le périnée) sans solliciter d'autres muscles (fessiers, abdominaux, cuisses...) et ce en respirant normalement. Relâcher ensuite sans pousser avec un repos de 7 secondes. Trois séries de 20 exercices matin, midi et soir.

Verrouillage périnéal : Lors des changements de position, la marche, la toux, contracter la même zone ou faire le mouvement de couper le jet urinaire sans se crispier puis relâcher. Ce geste est le plus important pour devenir continent après la prostatectomie. En cas d'envies pressantes non justifiées (moins de 200 ml), exécuter une série de contractions du périnée afin de décaler au pire le besoin urgent (le besoin urgent est en général lié à une contraction inopinée et inadaptée de la vessie. La contraction

des muscles du périnée entraîne un relâchement réflexe du muscle vésical et fait donc passer spontanément l'envie urgente d'uriner).

Conseils d'hygiène de vie :

- Utiliser les protections les moins sécurisantes jusqu'à les supprimer dès que possible (au moins chez soi et la nuit).
- Préférer les protections vendues en pharmacie (plus efficaces et mieux adaptées).
- Boire 1,5 litre d'eau par jour (café, jus de fruits compris, quelle que soit la nature de l'eau) en étalant les prises (1 verre toutes les 2 ou 3 heures).
- Eviter de trop boire en fin de journée (arriver à se lever au maximum une fois dans la nuit). Dans la période post-opératoire, les fuites d'urine sont plus fréquentes en fin de journée alors que le sphincter strié est plus fatigué.
- Les premières nuits après l'ablation de la sonde, mettez l'alarme tous les 4 heures et allez uriner pour éviter les fuites lorsque que vous dormez.
- Eviter les boissons alcoolisées (notamment les alcools blancs, le vin blanc) ainsi que les plats trop épicés (qui peuvent irriter la vessie et aggraver des contractions inadaptées).
- Eviter d'aller trop souvent aux toilettes afin de retrouver ses habitudes antérieures (pas moins de 200 ml d'urine par miction).
- Exécuter quelques contractions douces en fin de miction.
- Etaler les activités, déplacements sur la semaine et de préférence le matin.
- Reprise du sport progressive après quelques semaines.

LE SUIVI A DISTANCE

Vous serez convoqué un mois après la sortie de l'hôpital en consultation. Lors de cette première visite de suivi, les analyses histologiques définitives sont présentées. On va donc discuter le pronostic de votre maladie et s'il sera nécessaire de réaliser un traitement complémentaire. Dans les suites on va vous convoquer en consultation régulièrement selon l'état des fonctions urinaire et érectile. En général, un suivi est nécessaire à long terme.

CONCLUSION

L'intervention vous est proposée dans le but de vous guérir. Il faut espérer un taux de guérison supérieur à 70-80 %. En cas de récurrence de la maladie à distance de l'intervention, d'autres solutions thérapeutiques peuvent être proposées. Même dans ces cas d'échecs de l'intervention, la maladie peut être contrôlée pendant de nombreuses années.

Les conséquences de l'intervention (incontinence et troubles sexuels) doivent être prises en charge précocement après la sortie de l'hôpital pour les gérer au mieux et garder une bonne qualité de vie par la suite.

SI DES ÉVÉNEMENTS IMPRÉVUS DEVAIENT SURVENIR :

- **CONTACTEZ EN PRIORITÉ VOTRE MÉDECIN TRAITANT QUI ORGANISERA VOTRE PRISE EN CHARGE EN LIEN AVEC LE MÉDECIN DE L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES JOIGNABLE AU NUMÉRO D'URGENCE INDIQUE SUR VOTRE AGENDA DE SORTIE.**
- **A DÉFAUT, CONTACTEZ LE 15 OU ALLEZ DANS LE SERVICE D'URGENCE LE PLUS PROCHE.**

L'élaboration de ce guide découle d'une expérience quotidienne d'information des patients lors de la consultation de proposition thérapeutique où ces différentes questions sont abordées. Il nous a semblé important de laisser un support écrit de ces discussions denses où passent de nombreux messages souvent difficiles à mémoriser dans le contexte d'angoisse devant le diagnostic et les choix thérapeutiques lourds qu'il doit prendre. Lors de la rédaction de ce guide, nous avons sollicité des patients qui étaient passés par ces épreuves et qui, à distance de leur intervention, ont pu apporter des éclairages, compléments d'information, simplifications de termes médicaux à la lumière de leur propre expérience. Nous les en remercions sincèrement.