

GLOSSAIRE

Voici le glossaire

Biopsies de la prostate

Ce sont des prélèvements de la prostate que l'urologue effectue lorsqu'il a un doute sur la possibilité d'existence d'un cancer de la prostate.

Ce prélèvement se fait à l'aide d'une aiguille à travers la paroi du rectum, sous contrôle échographique le plus souvent ou parfois d'un doigt intra rectal.

Il peut être fait sans anesthésie mais le plus souvent il fait avec une anesthésie locale ou une très courte anesthésie générale. Dans ce dernier cas, le plus fréquent, le patient est hospitalisé une demi-journée et doit rencontrer préalablement l'anesthésiste au moins 48 heures avant le prélèvement.

Pour éviter des risques infectieux le patient doit avoir des urines stériles et être préparé par un lavement rectal préalable et un traitement antibiotique avant et après le prélèvement.

Pour éviter des risques hémorragiques, certains traitements anticoagulants ou antiagrégants doivent être arrêtés ou remplacés.

Les prélèvements sont ensuite confiés à l'histologiste qui, après préparation et examen au microscope donne en 4 à 8 jours un diagnostic d'adénome, de prostatite ou de cancer et de sa potentielle agressivité selon le score de gleason.

Après le prélèvement des saignements dans les selles, les urines ou le sperme sont minimes et sans gravité, par contre une température supérieure à 38° doit toujours faire contacter son urologue ou son centre d'urgence.

Rédacteur: Xavier Cuvillier

Coeliochirurgie: le point de vue de l' anesthésiste



Article rédigé par le docteur Christophe Dupeyron anesthésiste-Réanimateur à la Clinique Esquirol Saint Hilaire.

En ce qui concerne les problèmes liés directement à l'anesthésie, ceux-ci ont été grandement diminués avec l'avènement de la chirurgie laparoscopique (coeliochirurgie).

En effet l'incision chirurgicale étant moins importante, la douleur post opératoire est très inférieure à celle qui est présente lorsque la chirurgie se fait par la voie classique.

En dehors du confort que cela procure au patient sur le plan douloureux, cela améliore aussi ses capacités respiratoires et par là, réduit les risques d'insuffisance respiratoire post opératoire. Il y a donc non seulement une amélioration du confort de l'opéré, mais aussi un allègement des techniques de soin et de surveillance, à l'origine d'un abaissement des coûts pour les organismes

sociaux.

Parmi les avantages, il faut aussi citer que la position opératoire présente moins de risques pour le patient. Ce point est important, même si le patient est endormi, et donc ne « vit » pas cette différence à proprement parler.

Dans la période post opératoire, l'on a l'habitude de conserver la perfusion 24 à 48 heures pour administrer les antalgiques nécessaires. Mais il est rare que l'on soit obligé de recourir à des antalgiques de niveau III de l'OMS, à savoir la morphine et ses dérivés. Bien évidemment, si ceux-ci s'avéraient nécessaires, ils seraient prescrits sans aucune réserve, qu'elle soit médicale, philosophique, ou de principe. L'habitude est d'écouter le patient et de répondre à ses demandes, dans une ambiance de cordialité et de confiance.

En plus de la douleur, il faut prévenir les complications thromboemboliques (phlébites post opératoires). Cette prévention est assurée par des injections sous cutanées de dérivés de l'héparine, qui sont les produits recommandés par la société française d'anesthésie et de réanimation.

Dans de très rares cas, une transfusion sanguine peut être requise, en raison de certaines difficultés per opératoires. Cette transfusion se fera sur des arguments précis, lesquels sont issus de l'établissement français du sang. Il faut savoir qu'avec les techniques actuelles, la transmission de maladies virales post transfusionnelles et de zéro. Par contre, le retard transfusionnel est à l'origine de troubles graves (baisse de l'oxygénation cérébrale et cardiaque) avec des conséquences dramatiques.

Enfin il faut parler des infections nosocomiales. Leur prévention répond là encore stricto sensu aux recommandations de notre société savante. Nous n'y dérogeons sous aucun prétexte.

En conclusion, il faut dire que malgré sa relative innocuité, la prostatectomie radicale par laparoscopie reste une intervention chirurgicale, ce qui nécessite de prendre toutes les mesures de sécurité requises. Il en est de même pour tout chirurgie urologique menée sous cœlioscopie (Néphrectomie, cure de prolapsus génito-urinaire,...).

Celles ci font l'objet d'une réglementation précise, auxquelles il ne faut déroger sous aucun prétexte :

- consultation pré anesthésique qui doit avoir lieu au plus tard dans la semaine précédent l'intervention.
- visite pré anesthésique la veille, qui a pour but de revoir le dossier avec le patient, et de s'assurer que toutes les mesures de précaution ont bien été validées. C'est l'occasion privilégiée de poser toutes les questions qui restent en suspens, et que la consultation pré anesthésique aurait pu susciter.

Examen Urodynamique

C'est un examen que pratique l'urologue pour connaître la façon dont fonctionnent la vessie et le sphincter urétral.

C'est un examen souvent nécessaire, par exemple avant traitement d'une incontinence urinaire chez la femme qu'elle soit à l'effort ou du à un comportement anarchique de la vessie Il peut également être pratiqué chez l'homme ou la femme en cas de vessie neurologique ou d'incontinence grave nécessitant la mise en place d'un sphincter artificiel.

Les urines doivent préalablement avoir été contrôlées stériles.

L'examen se pratique sans anesthésie et dure entre 10 et 30 minutes.

Il consiste à remplir la vessie de sérum physiologique pour connaître les différentes étapes du besoin et sa capacité maximale. Une petite sonde reliée à des capteurs de pression est positionnée dans la vessie. Au cours du remplissage, les données recueillies sont analysées par un logiciel informatique. Il permet ensuite de mesurer la qualité du sphincter, puis parfois d'apprécier la force du jet lors de la

miction.

rédacteur: Xavier Cuvillier

Instillation endo-vésicale

Il s'agit d'un traitement préventif pour éviter que les polypes bénins de la vessie ne repoussent, ou ne repoussent trop vite ou ne repoussent en s'aggravant.

Il consiste à mettre dans la vessie à l'aide d'une sonde vésicale un médicament, le BCG ou l'amétycine que l'on laisse agir 2 heures avant de l'éliminer en urinant. Le traitement est reproduit 6 fois pour le BCG, 8 fois pour l'amétycine à une semaine d'intervalle.

Il faut faire un ECBU 2 jours avant l'instillation pour s'assurer de la stérilité des urines. Si les urines sont infectées, il faut d'abord traiter l'infection par des antibiotiques.

Il est conseillé de boire peu pendant les 4 heures précédents l'instillation pour pouvoir garder le médicament pendant 2 heures.

Dans les suites de l'instillation, des manifestations de brûlures mictionnelles, de pollakiurie ou de température peuvent apparaître. Elles sont le plus souvent bien calmées par des antalgiques ou des anti-inflammatoires.

Si par contre la température dépasse 38° ou se prolonge au-delà de 24 heures, il faut alors contacter le secrétariat d'urologie 05 53 69 27 15 ou le service des urgences de la clinique 05 53 69 96 00.

Ce traitement est réalisé par votre urologue aidé d'une infirmière aux soins externes au 2ème étage de la clinique.

Rédacteur: Xavier Cuvillier

LA CŒLIOSCOPIE

La coelioscopie fait partie des techniques chirurgicales mini invasives dont le but est d'obtenir des résultats au moins équivalents à ceux de la chirurgie classique.

Comment ?

La chirurgie par coelioscopie prend actuellement une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique chirurgical de l'urologue. Le type d'intervention réalisée est le même que par la voie ouverte classique. Cette chirurgie par coelioscopie nécessite pour l'introduction de la caméra et des instruments nécessaires à sa réalisation plusieurs incisions abdominales (de 3 à 5 en général) de 5 à 10 millimètres chacune.

En fin d'intervention, la pièce opératoire (par exemple le rein) est extraite dans un sac afin qu'il n'y ait pas de contact entre le cancer et la zone d'extraction. On évite ainsi les risques de dissémination de la tumeur au niveau de la paroi. L'une des incisions de trocart est agrandie sur quelques centimètres pour permettre cette extraction.

Préalablement à la réalisation de cette chirurgie par coelioscopie, le patient doit être prévenu de la nécessité possible d'une conversion en chirurgie classique ouverte en fonction des difficultés rencontrées par le chirurgien, surtout du fait du risque hémorragiques, et il doit donner son consentement pour cette éventualité.

Pourquoi ?

L'avantage incontestable de cette méthode consiste en l'amélioration des suites opératoires en termes de douleur (et donc de consommation d'antalgiques), de risques infectieux, de rapidité de reprise du transit intestinal de durée d'hospitalisation, et bien sûr du fait de l'aspect cosmétique

cicatriciel avec une limitation des risques d'éventration secondaire tout en évitant le recours à une incision classique parfois délabrante. Généralement, la reprise de l'activité du patient se fait plus rapidement, grâce à un recouvrement plus rapide de l'état général.

Pour qui ?

Il existe peu de contre-indications à la réalisation d'une coelioscopie en urologie. Ces contre-indications sont essentiellement représentées par un état général défaillant du patient, par une maladie contre-indiquant l'anesthésie générale (et notamment à la tolérance au pneumopéritoine), ou par un trop jeune âge du patient (l'innocuité de la coelioscopie n'ayant pas été démontrée à cet âge-là). On peut citer ainsi : le jeune âge (enfant de moins de 3 ans), l'insuffisance respiratoire, et l'insuffisance cardiaque. Il faut noter que l'obésité morbide (Indice de masse corporelle > 40), qui était jusqu'à une date récente considérée comme une contre-indication à la coelioscopie, est au contraire une bonne indication à la chirurgie coelioscopique (moins de risque infectieux, moins de risque d'éventration) mais la rendant de réalisation plus délicate, à condition de respecter certaines précautions anesthésiques.

Pour quoi ?

Il y a des indications où l'avantage est majeur et par la même incontestable, d'autres où la pratique de la coelioscopie n'est pas encore validée.

La néphrectomie élargie pour cancer du rein est une excellente indication à condition que la tumeur ne soit pas trop volumineuse et qu'il n'y ait pas d'envahissement ganglionnaire et/ou veineux qui pourrait obérer le geste coelioscopique. Il en est de même de la surrénalectomie.

La cure de prolapsus génito-urinaire constitue sans doute une des meilleures indications, notamment chez la femme jeune, étant entendu qu'il reste une place non négligeable pour la voie vaginale pour les prolapsus extériorisés de la femme âgée principalement.

Le traitement du syndrome de la jonction pyélo-urétérale est également une bonne indication notamment chez le sujet jeune et l'enfant, la coelioscopie évitant une incision pariétale délabrante. Le débat reste entier, par contre, en ce qui concerne la prostatectomie totale. En effet, à ce jour, aucune étude n'a prouvé la supériorité de la voie coelioscopique par rapport à la chirurgie classique en ce qui concerne les risques d'impuissance et d'incontinence inhérents à cette intervention. Les résultats sont au moins équivalents en l'état actuel de nos connaissances, voire en faveur d'un léger avantage à la chirurgie classique dans un certain nombre de cas. L'on ne peut cependant parler de prostatectomie coelioscopique sans dire un mot du robot qui a comme principal avantage de soulager le travail du chirurgien en lui redonnant la troisième dimension dans son espace de travail, ce qui le remet dans les conditions de la chirurgie classique, sans plus, mais pour beaucoup plus cher...

De façon plus confidentielle, l'on peut retenir quelques rares indications d'urétérotomie pour calcul, d'ablation de diverticule vésical, voire d'adénomectomie prostatique, etc.

Conclusion

La coelioscopie constitue un apport incontestablement utile dans l'arsenal du chirurgien urologue, elle ne fait pas tout, mais à condition de bien respecter les indications, elle rend de grands services aux patients, sans oublier que la maîtrise de la technique est indispensable pour minimiser le risque d'incidents qu'elle peut générer.

Rédacteur: Philippe Fiatte

