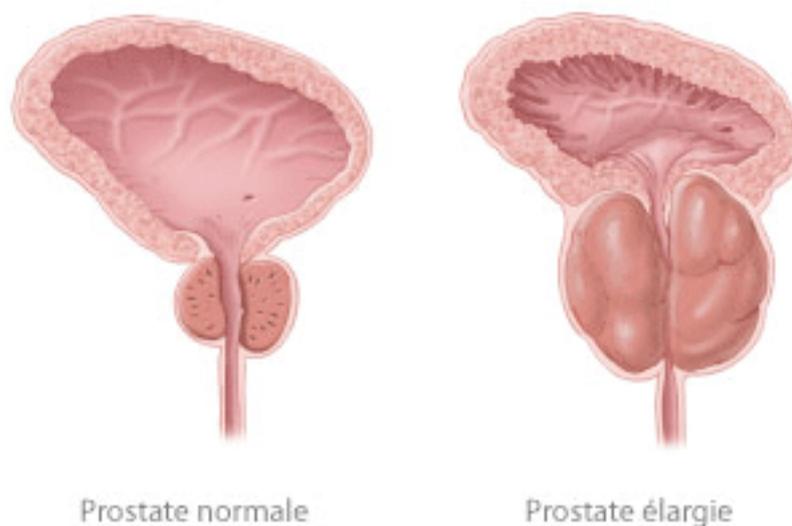
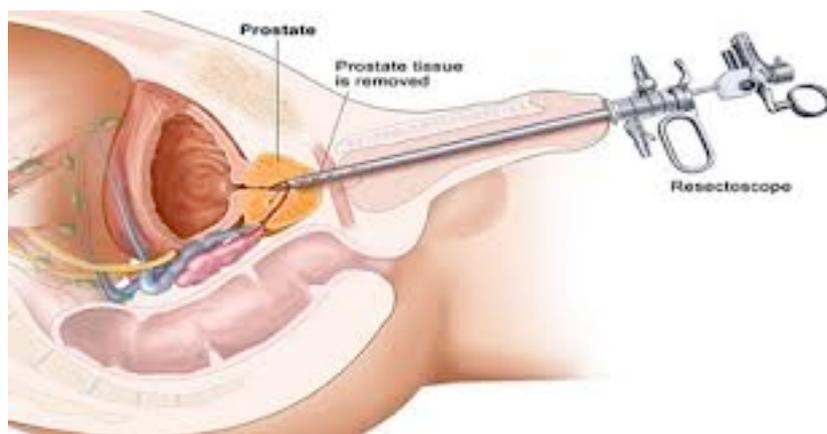


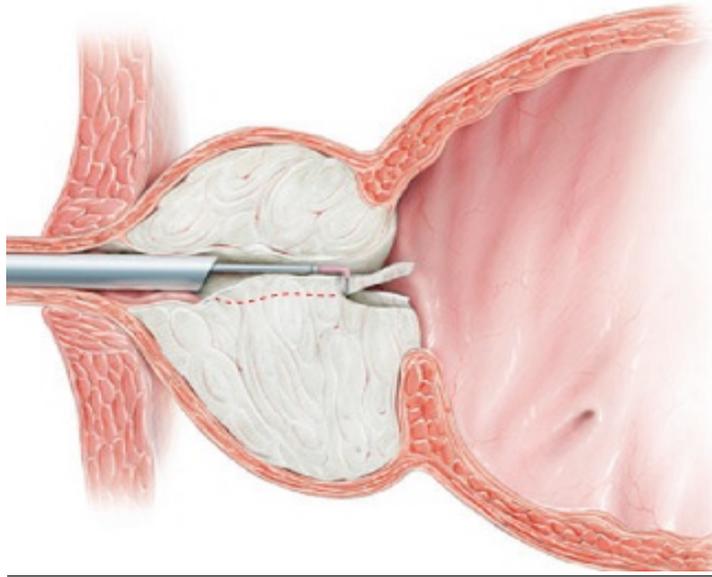
## La Résection Endoscopique de la Prostate (REP) *Transurethral Resection of the Prostate (TURP)*

Il s'agit d'une intervention pratiquée par les voies naturelles (urètre) et qui n'enlève que la partie interne, hypertrophiée de la prostate qui enserre l'urètre en l'obstruant. Très efficace sur les symptômes liés à l'obstruction de l'écoulement d'urine par la prostate et réputée mineure, cette opération comporte malgré tout un petit nombre de risques et complications.



Technique opératoire : En anesthésie générale ou locorégionale (péridurale), on introduit par le canal de l'urètre un instrument contenant un bistouri électrique (anse diathermique) muni d'une fibre optique. Avec cette anse, le tissu prostatique entourant et obstruant l'urètre est résecté en copeaux sous contrôle de la vue, qui seront évacués par rinçage aspiration à travers l'instrument. Les nombreux petits vaisseaux de la prostate ouverts par la résection sont coagulés au fur et à mesure. L'opération dure 1 heure environ. En fin d'intervention, on met en place une sonde urinaire qui draine la vessie.





Suites opératoires : les suites de l'opération sont le plus souvent indolores. Au réveil, il y a tout au plus une sensation d'irritation de l'urètre et d'envie d'uriner, qui s'estompent en général en 24 heures, répondant bien au traitement si nécessaire. Les urines sont rosées les premiers jours et on vous demandera de boire beaucoup (3 litres/jour) pour les diluer et rincer la vessie. La sonde est enlevée en général après 2 à 3 jours quand les urines sont claires. Vous reprendrez alors des mictions naturelles. Vous constaterez très rapidement une amélioration nette du débit d'urine. L'amélioration des autres symptômes (fréquence, urgence) est plus tardive. Ces symptômes, qui peuvent même être exacerbés initialement, durent 4 à 6 semaines en allant decrescendo et sont dus à la cicatrisation (processus qui prend en tout 3 mois). Pendant cette phase, les urines seront tantôt claires, tantôt teintées de sang, au gré de la « chute d'escarre », c'est à dire de l'élimination occasionnelle des croûtes qui tapissent l'intérieur de la prostate opérée.

Risque de complication :

Complications générales :

- Vous pourrez discuter des risques liés à la narcose avec l'Anesthésiste. Actuellement, on estime que les décès dus à une anesthésie sont inférieurs à ceux dus à un accident aérien. Les troubles de la mémoire liés à une anesthésie générale sont réputés maintenant inexistantes, les produits anesthésiants utilisés étant métabolisés par l'organisme en quelques heures ou jours seulement.
- L'opération saigne habituellement très peu et ne nécessite pas de transfusion sauf cas exceptionnel. Vous devez me prévenir si vous prenez des traitements anticoagulants le sang ou antiagrégants des plaquettes, car il faut –sauf exception- les arrêter 10 jours avant l'opération.
- Comme toute opération, la résection endoscopique de prostate comporte un risque de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire. Ce risque est fortement minimisé par la prescription systématique d'anticoagulant après l'opération, par la mobilisation précoce et la compression veineuse intermittente des membres inférieurs par des bottes pneumatiques, au point que cette complication est aujourd'hui exceptionnelle

Complications spécifiques à la résection endoscopique de prostate :

a) A la clinique **pendant** l'opération :

- La perforation de la vessie, du rectum et de la capsule prostatiques pendant l'opération, ainsi que la désinsertion de la vessie sont des complications rarissimes, directement liées à l'expertise du chirurgien, sauf anomalie anatomique extraordinaire. Leur degré de gravité varie beaucoup selon l'étendue des dégâts qui sont traités le plus souvent conservativement, n'entraînant d'issue fatale que

dans quelques cas décrits dans la littérature mondiale spécialisée. Il en va de même de la lésion des sphincters : une incontinence urinaire post opératoire est donc exceptionnelle.

- Le liquide de rinçage utilisé pendant l'opération peut être réabsorbé par l'organisme et créer des déséquilibres de la composition chimique du sang (TUR syndrome). La limitation du temps opératoire à 1h30 min et la technique utilisée (résection bipolaire en milieu salin, isotonique) rendent ce risque négligeable.
- Un saignement plus important qu'attendu peut boucher la sonde immédiatement après l'opération et dans les quelques jours qui suivent, nécessitant une reprise au bloc opératoire pour changer la sonde et coaguler la loge prostatique. Avec la technique opératoire utilisée (résection bipolaire en milieu salin) ce risque est actuellement extrêmement limité, car la méthode permet un contrôle des saignements optimal, au point que les pertes sanguines sont actuellement négligeables.

b) A la clinique **après** l'opération :

- Les douleurs sont inexistantes à très modérées et sont traitées par simple paracétamol et anti-inflammatoires
- La constipation est extrêmement fréquente. Les laxatifs sont prescrits systématiquement car la constipation peut occasionner des saignements du site opéré.
- La prévention des thromboses et des infections nécessite l'administration quotidienne d'un anticoagulant et d'antibiotiques.
- A l'ablation de la sonde, il y a quelques brûlures en fin de miction, surtout si la prostate était très enflammée, nécessitant rarement un traitement antalgique.
- Une rétention urinaire (ne pas arriver à uriner) après l'ablation de la sonde peut être due à l'œdème (gonflement réactionnel) des tissus. Dans de rares cas, il faut re-sonder le patient pour quelques heures ou quelques jours, ce qui n'empêche pas un retour à domicile.

c) De retour à domicile :

*Pendant 1 mois :*

- Le risque principal est lié à la « chute d'escarres » (cf. 2) : il s'agit de l'élimination occasionnelle des croûtes qui se sont formées au site opéré et qui desquament en provoquant un saignement de temps en temps. Dans l'immense majorité des cas, ce saignement est mineur voire absent. Très rarement, il peut être plus abondant et former des caillots qui peuvent obstruer l'urètre et nécessiter un sondage en urgence pour libérer la vessie. Une reprise chirurgicale pour contrôler l'hémorragie est exceptionnellement nécessaire. Ce risque de chute d'escarre dure environ un mois, période pendant laquelle on vous demandera de boire plus qu'à l'accoutumée, surtout si l'urine est teintée de sang de temps en temps. *Une couleur « rosé de Provence » est normale. Couleur « gamay voire bourgogne » : boire plus. Couleur « St Emilion » plus ou moins caillots : m'appeler.* La qualité des boissons n'a pas d'importance, seule la quantité compte. On vous demandera également de ne pas faire de sport ni gymnastique, pas de rapports sexuels, pas de vélo pendant 1 mois. Marche à plat sans restriction. Pas de port de charge lourde (max 10 kg). Pas de constipation. Ne pas reprendre votre traitement anticoagulant avant mon ordre. Pas de voyage pendant 1 mois. Passé un mois, ce risque de chute d'escarre disparaît et vous pouvez reprendre une vie normale à tous points de vue.
- Les infections urinaires sont fréquentes après l'intervention. Vous aurez des antibiotiques en prévention jusqu'au 10<sup>em</sup> jour post opératoire et un contrôle rapide de l'urine une semaine à 10 jours après l'opération. L'urine contient des globules blancs pendant 3 mois. Il s'agit ici de cellules impliquées dans la cicatrisation et qui ne témoignent pas forcément d'une infection comme c'est le plus souvent le cas chez les sujets non opérés. La seule façon de prouver ou d'écarter l'infection urinaire dans les trois mois qui suivent une résection endoscopique de la prostate est donc la culture d'urine, dont le résultat est obtenu en général en 48h.
- L'opération n'a que très peu de répercussions générales (vague fatigue et encore). Toutefois, les mictions fréquentes et impérieuses peuvent limiter un peu votre périmètre d'action pendant ces 4 semaines. Prévoyez donc un mois un peu calme.
- Ne restez pas assis plus de 2 heures consécutives : levez vous (pas la nuit !) régulièrement et marchez quelques pas pour la prophylaxie des thromboses veineuses.

*Ensuite :*

- Il n'y a pas de risque de troubles de l'érection après ce type d'intervention car les nerfs érecteurs, extérieurs à la prostate, ne peuvent pas être lésés.
- L'éjaculation rétrograde est quasi systématique. Autrement dit, le sperme n'est plus expulsé à l'extérieur au moment de l'orgasme, mais propulsé dans la vessie par voie rétrograde et uriné secondairement avec la prochaine miction. Cette éjaculation rétrograde est sans danger pour la vessie. Elle n'affecte ni les performances sexuelles ni les sensations. L'éjaculation rétrograde est toutefois variable et ne peut donc pas être assimilée à une contraception.
- La sténose urétrale survient dans 4 % des cas. Il s'agit d'un rétrécissement secondaire de l'urètre en dessous de la prostate et qui provoque à nouveau une baisse du jet urinaire. Cette pathologie est liée à des micros blessures de l'urètre faites par l'instrument chirurgical pendant l'intervention. Ces micros blessures sont inévitables et guérissent complètement dans l'immense majorité des cas. Dans 4 % des cas elles peuvent évoluer en cicatrice qui engendre un anneau fibreux, restreignant le calibre de l'urètre. Une dilatation par une sonde, ambulatoirement au cabinet, permet de résoudre le problème dans 50 % des cas. Dans l'autre moitié des cas, il faut envisager une ré-intervention pour inciser cette cicatrice par voie urétrale (urétrotomie interne).
- L'hypertrophie de la prostate repousse. Le rythme est variable et individuel. Le taux de retraitement moyen est d'environ 2 % annuel (taux cumulatif, risque de ré-opération à 10 ans de 20 %).
- L'opération pratiquée n'enlève que la partie interne de la prostate. La partie périphérique (coque) subsiste. L'opération ne réduit donc pas le risque d'un cancer de la prostate qui se développe habituellement dans la partie périphérique.

En recherchant sur internet « résection endoscopique de la prostate », vous trouverez d'autres informations, en particulier sur le site « urofrance.org » rubrique résection endoscopique de la prostate et des vidéos intéressantes sur « Youtube » (si label hospitalier mentionné, par exemple très bonne vidéo explicative de l'Hôpital Mondor de Paris sous <https://www.youtube.com/watch?v=bqD83md2Dh4>, bonnes images du CHU de bordeaux de la technique bipolaire sous <https://www.youtube.com/watch?v=zkbPFMvekSM> ).  
Merci de me faire part de vos questions et commentaires.

Dr St. ROHNER