

HoLEP

(Enucléation de la Prostate par Laser Holmium)

Brochure d'information pour les patients



**Chez nous, le
patient est au
premier plan**

www.urologie-asz-aalst.be



ASZ
CAMPUS ALOST SERVICE D'UROLOGIE
Merestraat 80
9300 Alost
T +32 (0)53 76 49 93
F +32 (0)53 76 49 94
E URO02@asz.be
Site web: www.urologie-asz-aalst.be

CAMPUS GRAMMONT
Gasthuisstraat 4
9500 Grammont
T +32 (0)54 43 21 11
F +32 (0)54 43 21 12

CAMPUS WETTEREN
Wegvoeringstraat 73
9230 Wetteren
T +32 (0)9 368 82 68
F +32 (0)9 368 82 38
E urologie.wet@asz.be

Sommaire

Qu'est-ce que la prostate?	1
Pourquoi ma prostate est-elle hypertrophiée?	2
Un traitement est-il nécessaire pour moi?	2
Quelles sont les alternatives à ce traitement?	3
Que faire pour préparer mon intervention chirurgicale?	4
Interrompre la prise d'anticoagulants?	4
Comment se déroule l'intervention?	5
Que se passe-t-il immédiatement après l'intervention?	5
A quoi dois-je m'attendre lors de mon retour à domicile?	7
Y a-t-il d'autres points importants?	8
Y a-t-il des limitations après l'intervention?	8
Faut-il s'attendre à des effets indésirables lors de cette intervention?	9
Quel est le matériel utilisé?	11

HoLEP

(Enucléation de la Prostate par Laser Holmium)

Brochure d'information pour les patients

Cette brochure d'information a été développée pour répondre à vos questions au sujet du traitement par le laser holmium (HoLEP, Holmium Laser Enucleation of the Prostate) en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate. Elle explique pourquoi ce traitement est indiqué pour vous, ses avantages et ses risques, et ce que vous pouvez attendre de ce traitement, mais aussi après l'intervention.

Cette brochure n'a nullement l'intention de vous inquiéter, mais de vous donner l'information suffisante pour pouvoir décider si vous désirez bénéficier ou non de cette intervention.

S'il vous reste des questions sans réponse dans cette brochure, vous pouvez vous adresser pour toute information complémentaire à votre urologue traitant ou à l'infirmier/l'infirmière de la prostate.

Le traitement HoLEP est largement appliqué depuis plusieurs années dans les pays limitrophes. Or, le nombre de centres belges effectuant cette intervention de façon régulière est encore limité.

Dès lors, la présente brochure d'information repose sur la littérature étrangère et internationale :

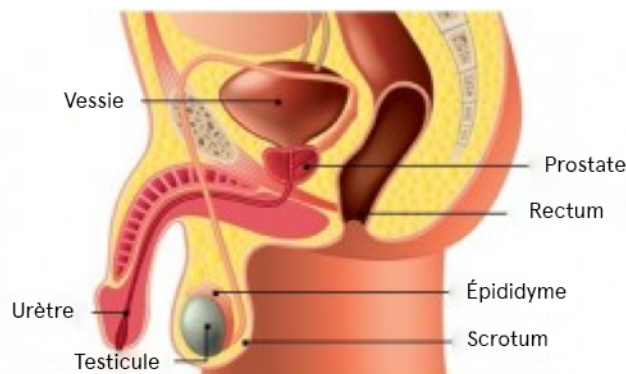
- Les directives de la British Association of Urologic Surgeons (BAUS)
- Les directives du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) britannique
- Les directives de la European Association of Urology (EAU)
- Différentes publications internationales récentes.

Qu'est-ce que la prostate?

La prostate fait partie de l'appareil génital.

C'est une petite glande des dimensions d'une noix, située à la base de la vessie, et qui entoure l'urètre.

La prostate produit un liquide laiteux à blanc, qui représente généralement 20 à 30% du volume du sperme, ainsi que des nutriments et des minéraux nécessaires à l'éjaculation d'un sperme sain.



Pourquoi ma prostate est-elle hypertrophiée?

Avec l'âge, et sous l'influence de facteurs génétiques et hormonaux (testostérone), un accroissement tissulaire solide s'installe au voisinage immédiat de l'urètre, appelé adénome prostatique. De la sorte, la prostate présente est repoussée et grossit en volume.

Cette augmentation de volume est la conséquence de la prolifération de cellules bénignes, et s'appelle dès lors hypertrophie ou hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).

Cette augmentation de volume s'accompagne d'une augmentation de la pression sur l'urètre, source possible de difficultés lors de la miction, ainsi que de plaintes typiques telles que :

- Mictions multiples de petites quantités d'urine
- Mictions nocturnes
- Affaiblissement du jet urinaire
- Mictions interrompues
- Compression abdominale pendant la miction

Suite à l'augmentation du volume de la prostate et suite à la compression de l'urètre, un excès de pression va à la longue endommager la vessie et les reins.

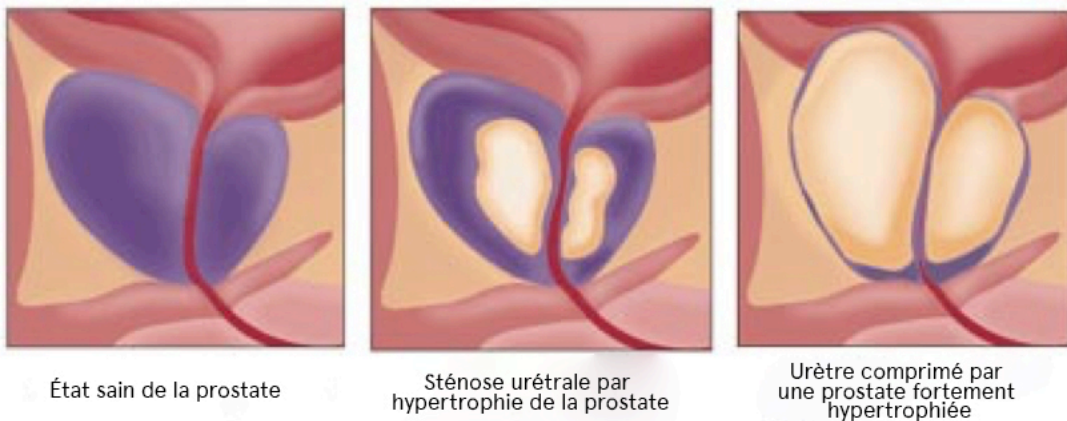
Un traitement est-il nécessaire pour moi?

À la longue, tous les hommes avec une hypertrophie bénigne de la prostate n'auront pas forcément besoin d'un traitement.

Cependant, comme vous avez consulté pour des plaintes urinaires gênantes, votre urologue traitant vous a recommandé de bénéficier d'un traitement HoLEP (Énucléation de la prostate par laser holmium).

Le but de ce traitement est d'enlever la prolifération de la prostate dans son ensemble de sorte que la pression sur l'urètre et les plaintes mictionnelles typiques qui en découlent disparaissent.

Au cas où vous ne seriez pas traité, votre prostate continuera de prendre du volume, ce qui augmentera l'intensité des plaintes, avec un risque réel de lésions vésicales et/ou rénales.

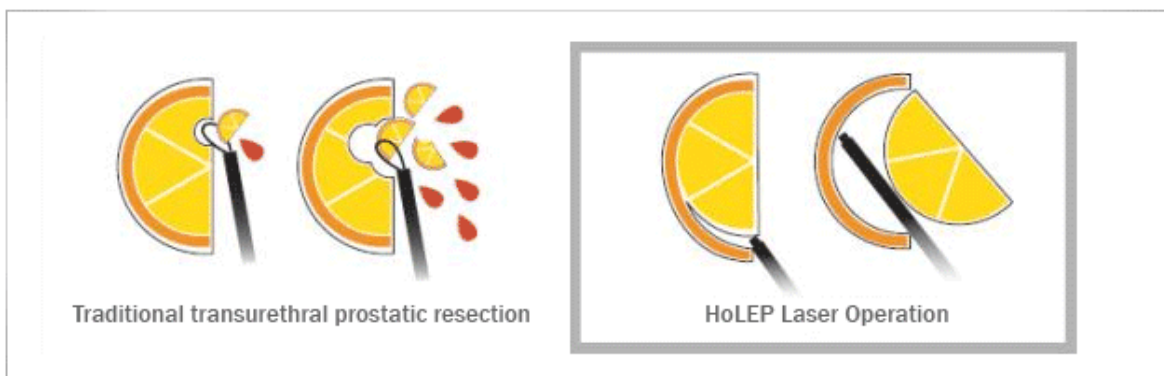


Quelles sont les alternatives à ce traitement?

Il existe plusieurs alternatives au traitement par laser proposé. Il est probable qu'elles aient été discutées avec vous in extenso.

Si l'on vous a proposé un traitement HoLEP, cela signifie probablement que vous n'entrez plus en ligne de compte pour ces autres traitements.

- **Observation des plaintes.** Certains hommes considèrent leurs plaintes comme acceptables et souhaitent dès lors reporter l'intervention éventuelle proposée.
- **Traitement médicamenteux.** Pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate, on fait appel à trois groupes de médicaments : ceux qui assouplissent la prostate, les alpha-bloquants, les médicaments qui réduisent le volume de la prostate (les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase), ainsi que des associations de ces deux groupes de produits. Aucun de ces médicaments n'est actuellement remboursé par la mutualité en Belgique, entre autres parce qu'ils n'apportent qu'une amélioration discrète et passagère des plaintes urinaires. Vous avez probablement déjà essayé un ou plusieurs de ces médicaments.
- **Chirurgie classique à ciel ouvert (prostatectomie selon Millin).** Cette méthode de traitement est retenue pour les adénomes prostatiques particulièrement importants, allant souvent de pair avec des difficultés supplémentaires telles qu'une lithiase vésicale ou des diverticules de la vessie.
- **Résection transurétrale de la prostate (RTUP) classique.** L'intervention consiste à éliminer de petits morceaux de la prostate par l'urètre, à l'aide d'un endoscope permettant le passage d'une électrode de résection. En fait, ce traitement est un précurseur de l'énucléation par laser et est toujours appliqué fréquemment de nos jours. On constate cependant des pertes de sang plus importantes, un cathétérisme plus long, une hospitalisation prolongée et une convalescence plus longue.
- **Cathéter à demeure.** Chez des patients plus âgés ou fort affaiblis, une option peut être la mise en place d'un cathéter à demeure, soit par l'urètre, soit directement à travers la paroi pelvienne (cathéter suprapubien).



Que faire pour préparer mon intervention chirurgicale?

La date de votre traitement HoLEP sera convenue avec vous lors de la consultation ou par téléphone.

On demande généralement au médecin généraliste d'assurer un examen préopératoire (électrocardiogramme, prise de sang avec tests de coagulation).

En cas de présence de facteurs de risque cardiaques et/ou pulmonaires, une évaluation cardio-pulmonaire détaillée sera demandée.

Dans certains cas à risque, une consultation auprès de l'anesthésiste sera également proposée.

Vous serez hospitalisé le jour de l'opération, et vous serez prié d'être à jeun pendant au moins 6 heures avant l'intervention. Si votre opération a lieu dans l'après-midi, vous pourrez encore prendre un petit-déjeuner léger le matin.

Quelques documents vous seront présentés lors de votre hospitalisation, qu'il importe de compléter et de signer : un formulaire de consentement à l'intervention, un questionnaire pour l'anesthésiste, ainsi qu'un score de miction IPSS et un score d'érection.

Certains de ces documents sont nécessaires du point de vue médico-légal. D'autres servent à des évaluations scientifiques.

Vous pouvez bien évidemment poser toute question supplémentaire avant l'anesthésie. Posez-les selon le cas à votre médecin urologue, à votre infirmier ou infirmière de la prostate et/ou à l'anesthésiste.

Évoquez avec votre urologue traitant (de préférence avant l'intervention) si un des points suivants vous concerne :

- Troubles cardiaques ou insuffisance cardiaque
- Valvule cardiaque artificielle et/ou prothèse vasculaire
- Stents cardiaques
- Pacemaker ou défibrillateur
- Prothèses de la hanche, du genou ou autres
- Infections chroniques (MRSA, infections urinaires ou respiratoires...)
- Allergies
- Médicaments anticoagulants

Faut-il interrompre la prise d'anticoagulants?

Si vous prenez un traitement anticoagulant, celui-ci devra probablement être interrompu pendant quelques jours avant l'intervention.

- Le traitement par Asaflow® ou Cardio-aspirine® est de préférence interrompu pendant une semaine de jours.
- Si vous prenez sur base régulière du clopidogrel (Plavix®), ce traitement doit être interrompu 10 jours avant l'opération. Il existe en effet un risque important d'hémorragie persistante après une chirurgie de la prostate. Le traitement peut être repris en toute sécurité une dizaine de jours après l'intervention.

- Le traitement par Sintrom®, Marevan®, Marcoumar®, Eliquis®, Xarelto® et autres, doit être signalé suffisamment à l'avance, ce qui permet d'envisager son interruption ainsi qu'un traitement de substitution.

Le tout s'effectue bien entendu de concert avec votre cardiologue traitant.

Comment se déroule l'intervention?

Vous bénéficierez probablement d'une anesthésie générale, afin d'obtenir la relaxation musculaire complète, indispensable au bon déroulement de l'intervention. L'anesthésiste en évoquera avec vous les avantages et les inconvénients.

L'opération dure entre 60 et 120 minutes selon le volume de votre prostate.

Vous recevrez un antibiotique à titre préventif par voie intraveineuse avant l'intervention, après vérification d'allergies éventuelles.

Le traitement HoLEP a lieu après le positionnement, la désinfection, la mise en place des champs.

Via un instrument d'optique (endoscope), l'adénome qui comprime l'urètre est libéré de la prostate présente (capsule prostatique) et repoussé dans la vessie à l'aide d'un rayon laser à haute énergie, passant à travers une fibre optique.

Ensuite, cet adénome est extrait de la vessie à travers le même endoscope et après morcellement.

Une sonde d'irrigation vésicale reste en place après l'intervention.



Que se passe-t-il immédiatement après l'intervention?

Votre urologue traitant ou un des membres de l'équipe viendront vous expliquer après l'opération si tout s'est déroulé comme prévu.

Le personnel infirmier du service d'Urologie vous suivra de près dans le cadre des problèmes postopératoires courants comme la douleur, des malaises, d'autres plaintes...

Si vous le désirez, vous pourrez manger et boire normalement après l'intervention.

Après le traitement par laser, il y aura toujours une légère perte de débris et de sang à partir de la prostate. C'est pourquoi une sonde d'irrigation reste toujours en place après l'intervention, afin d'irriguer et de nettoyer la vessie en continu.

L'on vous dira également de boire un litre et demi à deux litres d'eau par jour pendant quelques semaines afin de rincer le mieux possible la vessie et la cavité prostatique.

Les urines sont généralement claires dès après 24 heures, mais il est habituel de retrouver de temps à autre un peu de sang dans les urines (urines rosées), et ce jusque 6 semaines après l'intervention.

Ceci n'est nullement un motif d'inquiétude du point de vue urologique. Bien que du sang dans les urines semble inquiétant pour la majorité des gens, la perte de sang réelle n'est généralement que minimale.

La nécessité d'une transfusion de sang après traitement de la prostate par laser est extrêmement rare.

La sonde vésicale est généralement enlevée le lendemain de l'intervention.

Par contre, si l'intervention a eu lieu l'après-midi, ou en cas de prostate particulièrement volumineuse, ou encore en cas d'hémorragie plus abondante que d'habitude durant l'intervention (ce qui peut arriver chez des personnes ayant pris des anticoagulants à long terme), on peut décider de laisser en place la sonde vésicale pendant quelques jours supplémentaires.

Les premières mictions spontanées après l'enlèvement de la sonde peuvent s'accompagner d'une sensation de brûlure plus ou moins sévère, ou même de quelque douleur.

Au début, vous aurez également une sensation d'urgence, de mictions fréquentes, ainsi que de quantités plus réduites d'urine. Des urines sanguinolentes ou contenant des impuretés sont également courantes. Variant d'une personne à l'autre, ces plaintes peuvent durer de quelques jours à quelques semaines.

La gêne postopératoire et les plaintes se traitent de façon ciblée à l'aide d'une analgésie efficace.

En général, on prescrit des alpha-bloquants comme la tamsulosine, des anti-inflammatoires comme le diclofénac et des analgésiques comme le paracétamol.

Le traitement par laser permet d'enlever une quantité plus grande de l'adénome (tissu bénin de la prostate) qu'avec la TURP classique.

C'est pourquoi, une légère incontinence urinaire à l'effort peut se manifester initialement (incontinence de stress). C'est la conséquence d'une diminution passagère du contrôle du plancher pelvien.

L'auto-rééducation du plancher pelvien (pipi-stop), ou à souhait quelques séances de rééducation intensive du plancher pelvien chez un kinésithérapeute compétent, permet de reprendre rapidement le contrôle de ce petit problème.

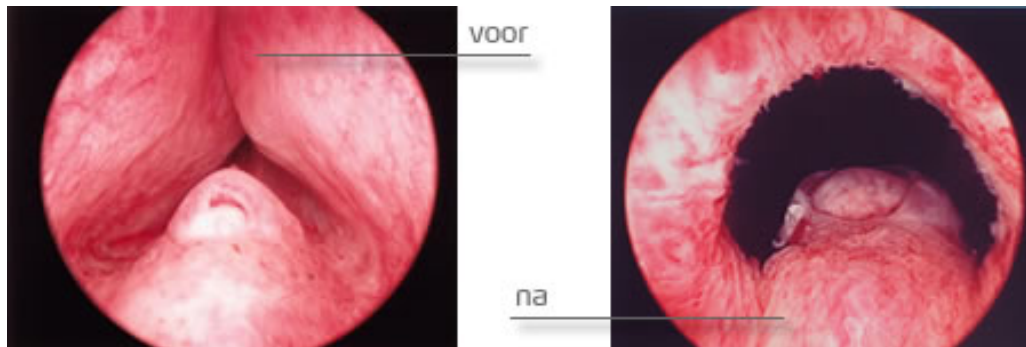
Certains patients sont incapables d'uriner spontanément après l'enlèvement de la sonde vésicale, souvent suite à un œdème local ou un spasme involontaire du sphincter vésical. Dans ce cas, on place une nouvelle sonde pendant quelques jours, jusqu'à ce que l'œdème local et/ou la crampe sphinctérienne soient résolus spontanément.

Le retour à domicile avec un cathéter à demeure, relié à une poche de jambe, est alors prévu.

La durée d'hospitalisation moyenne suite au traitement HoLEP est de 24 à 48 heures. Notre objectif est de vous hospitaliser au maximum une nuit.

Lors de votre retour à domicile, un rendez-vous est fixé en polyclinique d'urologie, en général après quelque quatre semaines.

On prescrit également un traitement médicamenteux postopératoire indispensable. Vous recevrez aussi des directives concernant la reprise de votre traitement anticoagulant.



A quoi dois-je m'attendre lors de mon retour à domicile?

Après une intervention chirurgicale importante, la plupart des patients se sentent fatigués et quelque peu incommodés pendant quelques semaines. C'est tout aussi vrai pour un traitement HoLEP.

L'évacuation de petits flocons, de fragments de tissu et d'urines rosées est habituelle pendant 4 à 6 semaines, et est la conséquence de la guérison interne de la cavité prostatique. Ceci ne devrait pas avoir d'influence sur le jet urinaire et ne devrait pas provoquer de plaintes douloureuses.

Une sensation de brûlure, d'urgence et des mictions fréquentes sont également habituelles au cours de cette période.

Un matériel d'incontinence discret peut s'avérer nécessaire.

La plupart des hommes ressentent une légère augmentation des pertes de sang urinaires entre 10 et 20 jours après l'intervention. C'est dû au fait que des croûtes se détachent des vaisseaux coagulés dans la cavité prostatique.

L'accroissement de vos apports en liquides arrêtera généralement ces saignements dans les 24 heures

Si ce n'est pas le cas, vous devez contacter votre médecin généraliste ou votre urologue traitant.

De même, en cas d'hémorragie prononcée (rare), en cas de formation abondante de caillots ou dans l'impossibilité de les évacuer, vous devez contacter votre urologue traitant.

C'est souvent la conséquence d'une reprise trop rapide du traitement anticoagulant.

Parfois une nouvelle hospitalisation peut s'imposer dans cette situation.

Contactez également votre médecin traitant en cas d'augmentation de vos plaintes de miction fréquente, de sensation de brûlure ou de difficulté de vider totalement la vessie.

Y a-t-il d'autres points importants?

Le traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate (enlèvement d'un adénome obstrucateur de la prostate) ne devrait pas avoir de conséquence pour votre érection masculine, pour autant qu'elle fût normale avant l'intervention chirurgicale.

De même, la sensation de l'orgasme ne change pas.

Par contre, après cette intervention, il est habituel que l'éjaculation diminue fort ou reste même absente.

Suite à l'enlèvement de l'adénome prostatique, le sperme suivra effectivement le chemin le plus facile, et retournera à la vessie, plutôt que de retrouver le monde extérieur via l'urètre. Le phénomène s'appelle une éjaculation rétrograde et n'est pas nocif pour l'organisme, n'a pas d'effet négatif sur le vécu sexuel. Par contre, il peut s'avérer important si vous désirez encore procréer.

L'activité sexuelle peut reprendre dès que vous êtes bien remis de l'intervention, généralement après 3 à 4 semaines.

Il est souvent utile, dès après l'intervention, de commencer des exercices de renforcement musculaire du plancher pelvien. Ils amélioreront rapidement le contrôle des urines lors d'un changement de position ou d'un effort.

En effet, on constate souvent une faiblesse sphinctérienne en cas d'hypertrophie prolongée de la prostate.

Dans le cas de prostates particulièrement volumineuses et chez des patients âgés, on prescrit parfois des exercices de kinésithérapie supplémentaires visant à renforcer le plancher pelvien.

Les symptômes 'd'hyperactivité vésicale' peuvent persister jusque 3 mois dans certains cas, bien que le débit urinaire se normalise quasi immédiatement après l'intervention.

Un médicament anticholinergique (relaxant de la vessie) peut être prescrit dans cette optique.

Le tissu prostatique prélevé est systématiquement envoyé au laboratoire pour une analyse sous le microscope. Les résultats sont connus après quelque trois semaines et seront bien évidemment évoqués avec vous.

Votre médecin généraliste sera également mis au courant de ces résultats.

Après l'intervention chirurgicale, vous serez suivi sur une base régulière, généralement après 4 semaines, 3 mois et ensuite annuellement à la consultation d'urologie, à l'aide d'une mesure du débit urinaire (Uroflow), une détermination du résidu ainsi qu'un questionnaire et/ou un score des symptômes.

La fréquence des contrôles peut être adaptée à vos plaintes d'une part et aux résultats de l'examen microscopique d'autre part.

Y a-t-il des limitations après l'intervention?

Un repos suffisant, la limitation des efforts physiques intenses comme soulever des poids, les activités sportives (cyclisme – home-trainer) ainsi que les activités sexuelles sont bien évidemment déconseillées pendant quatre semaines environ.

Il est préférable de reporter la conduite d'une voiture pendant quelques jours, en attendant que la fatigue postopératoire s'atténue.

On prescrit également une prise de liquide en abondance d'un litre et demi à 2 litres d'eau par jour, avec une limitation des boissons alcooliques, du café et des limonades.

Faut-il s'attendre à des effets indésirables lors de cette intervention?

Les effets indésirables fréquents (plus d'1 sur 10)

- Sensation temporaire de brûlure, perte discrète de sang, miction fréquente jusque 4 à 6 semaines après l'intervention.
- Éjaculation rétrograde, surtout en cas d'énucléation complète de l'adénome (75%).
- Il se peut que le traitement ne fasse pas disparaître toutes les plaintes urinaires, mais un traitement médicamenteux complémentaire peut s'avérer utile dans ce cas.
- Infections urinaires et des épидидymes ou des reins, nécessitant des antibiotiques (10 à 15%)
- Blocage urinaire immédiatement après l'intervention, après l'enlèvement de la sonde vésicale, exigeant un nouveau sondage qui doit rester en place pendant quelques jours (10 à 15%)

Effets indésirables peu fréquents (entre 1/10 et 1/50)

- Incontinence urinaire totale qui se rétablit normalement en 6 semaines (10%), on instaure alors une rééducation active du plancher pelvien.
- Fonction érectile réduite. Plusieurs études récentes n'ont pas montré de différence significative en possibilité d'obtenir une érection chez l'homme avant et après un traitement HoLEP, mais un faible risque d'érection réduite ne peut être exclu (moins de 5%). Certains hommes font état d'une amélioration de l'érection après l'intervention.
- Formation de tissu cicatriciel au niveau de l'urètre ou du col vésical, qui peut exiger une nouvelle intervention chirurgicale complémentaire (petite et peu invasive (5%)).
- Découverte par hasard lors de l'analyse microscopique d'un cancer de la prostate inattendu dans le tissu excisé, justifiant un suivi ou un traitement complémentaire (5%).

Effets indésirables rares (moins de 1/50)

- Nécessité de nouvelle intervention, suite à la recrudescence du tissu prostatique (en moyenne 1% au cours des 7 premières années après un traitement HoLEP).
- Nécessité d'un cathéter à demeure ou de sondage intermittent chez des patients avec une faiblesse musculaire vésicale (1%).
- Impossibilité permanente de contrôler la rétention d'urine, exigeant une nouvelle intervention chirurgicale (moins de 1%).
- Rétention de fragments de la prostate dans la vessie après énucléation, qui doivent être retirés lors d'une nouvelle intervention endoscopique (moins de 1%).
- Extrêmement rare : perforation de la paroi vésicale exigeant un cathéter à demeure à long terme ou une réparation chirurgicale ouverte (moins de 0,5%).

- Hémorragie sévère exigeant une nouvelle intervention et/ou une transfusion de sang (moins de 0,5%)

Quel est le matériel utilisé?

Nous avons démarré le traitement HoLEP en mars 2015 à l'Algemeen Stedelijk Ziekenhuis d'Alost.

Depuis lors, les énucléations sont effectuées avec une grande satisfaction à l'aide du laser "**50W Auriga XL**" (StarMedTec GmbH, Boston).

La morcellation des lobes prostatiques énucléés s'effectue avec le très efficace "**Piranha-morcellator**" (Richard Wolf, GmbH).



Pour plus d'information sur le service d'urologie et sur le traitement "HoLEP", visitez:
www.urologie-asz-aalst.be

Mise à jour le 08/03/2017

Editeur responsable :

Dr. Bernard Rappe

Chef de service d'Urologie ASZ

Consultant Académique à l'Université de Gand