

# Réséction endoscopique de la prostate



Rédaction : D. Gosset

Illustration : J. Dasic

Code de la Santé Publique

Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez.

Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

ISBN 978-2-35305-112-9

Dépôt légal 2e trimestre 2007



**Persomed**

Siège social

2 rue de la Concorde  
68000 Colmar

tél. : +33 (0)3 89 41 39 94

fax : +33 (0)3 89 29 05 94

www.persomed.com

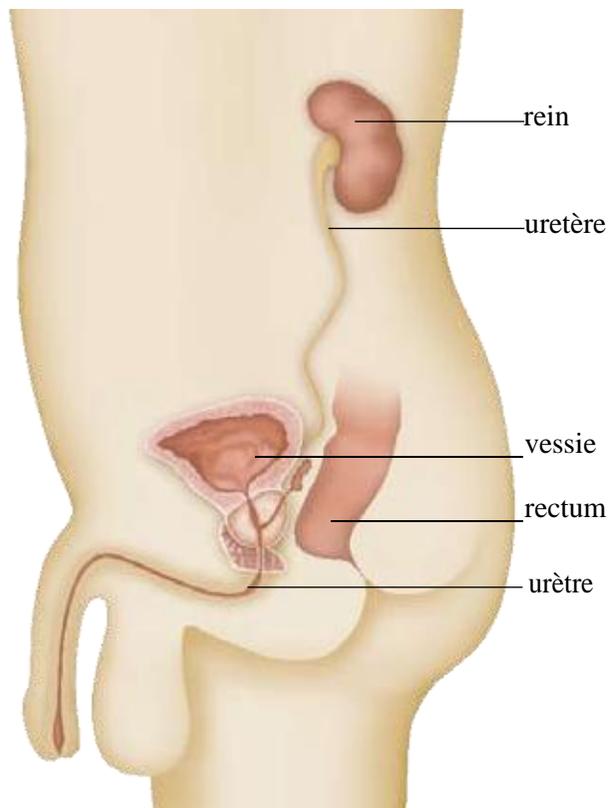
**Votre Chirurgien Urologue**

**Dr Abderrazak MHIDIA**

Polyclinique de Kério

02.97.28.30.21

# Quelle partie du corps ?



## Utilité de cette partie du corps ?

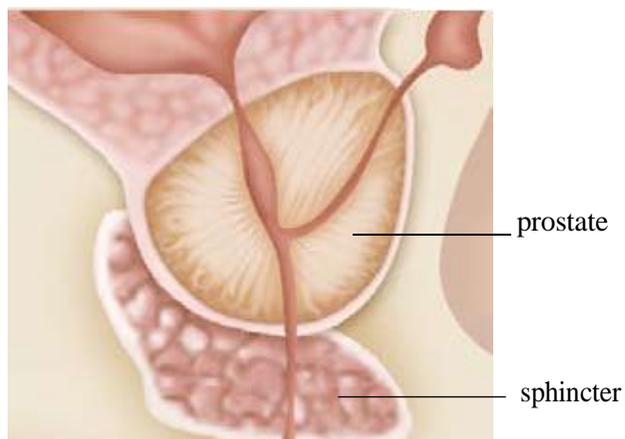
Les **reins** sont des organes précieux. Ils filtrent les impuretés présentes dans le sang, et les évacuent dans l'**urine**.

De chacun des deux reins sort un canal appelé **uretère**. Ces deux canaux rejoignent un réservoir dans lequel s'accumule l'urine : la **vessie**. Elle se remplit jusqu'à une certaine limite, qui déclenche le besoin d'aller aux toilettes.

De la vessie sort un autre canal, l'**urètre**, qui va directement dans le sexe et débouche sur l'extérieur. Ce canal est fermé par un muscle (le **sphincter**) qui s'ouvre pour évacuer l'urine quand la vessie se contracte.

En dessous de la vessie, entourant le canal de l'urètre comme un manchon, se trouve une glande appelée **prostate**. Seuls les hommes possèdent cette glande. Elle se trouve tout contre la partie terminale de l'intestin (le **rectum**) située juste avant l'anus.

La prostate fabrique des liquides qui entrent dans la composition du sperme (les **liquides prostatiques**). Ces liquides nourrissent les spermatozoïdes au cours de leur trajet. La prostate sert également à l'évacuation du sperme vers l'extérieur lors de l'éjaculation. Sans elle, l'éjaculation n'est pas possible.

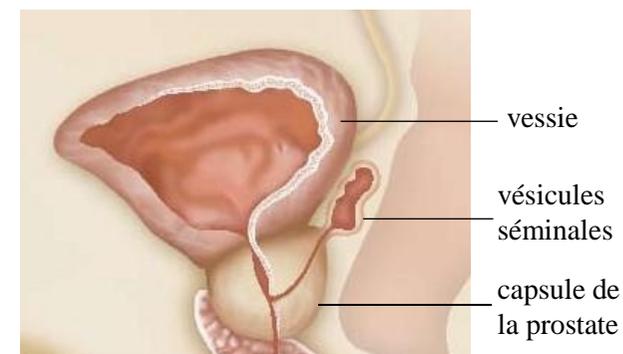


## De quoi est-elle constituée ?

La prostate est constituée d'une multitude de petites **glandes** pourvues de poches dans lesquelles les liquides prostatiques s'accumulent. Ils sont ensuite acheminés par de tous petits canaux qui se rejoignent au niveau de l'urètre.

Il y a des muscles dans la prostate. Ils se contractent au cours de l'éjaculation. Comme la prostate entoure le canal de l'urètre, elle l'écrase quand elle se contracte. Ainsi le sperme est expulsé vers l'extérieur, et non vers la vessie.

En plus de cet ensemble de petites glandes et de muscles, on trouve des fibres dans la prostate. Elles forment une enveloppe tout autour que l'on appelle une **capsule**.



# Pourquoi faut-il traiter ?

## Quel est le problème ?

Le volume de votre prostate a augmenté (**hypertrophie de la prostate**).

C'est la quantité de muscles, de fibres et de petites glandes qui s'accroît en proportions variables selon les cas. Cela forme une masse anormale (**tumeur**) qui porte le nom d'**adénome**. Rassurez-vous, tumeur ne veut pas toujours dire cancer !

L'adénome de prostate n'a rien à voir avec un cancer et ne risque pas non plus de le devenir par la suite.

L'augmentation du volume de la prostate est un phénomène normal qui survient en général chez les hommes à partir de 40 ans. Ce n'est pas vraiment une maladie.

Selon les gens, cela arrive plus ou moins tôt, et dans des proportions plus ou moins importantes.

Ce que l'on cherche à soigner, ce sont les conséquences de l'encombrement que représente cet adénome. En appuyant sur les organes situés à proximité il gêne leur fonctionnement.

## Quelles sont ses conséquences ?

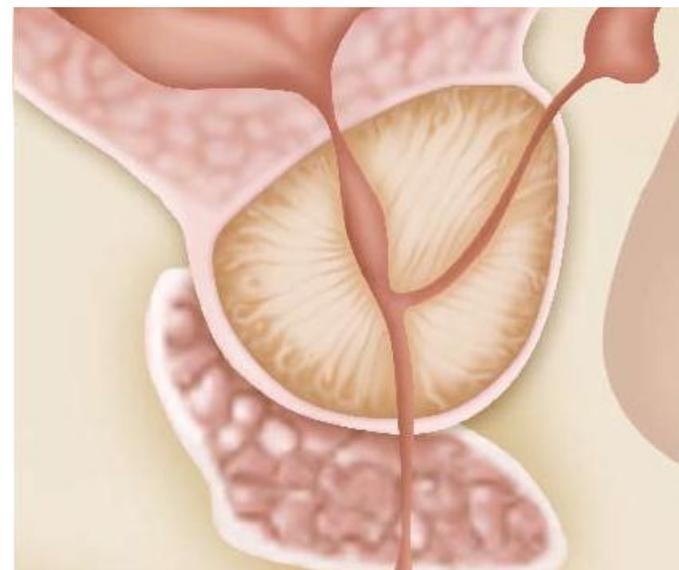
Si elle devient trop grosse, la prostate comprime le réservoir qui se trouve juste au dessus (la **vessie**), ainsi que le canal qui évacue les urines (**urètre**).

Quand la vessie est comprimée, elle a parfois du mal à se vider complètement. Il reste alors de l'urine dedans, même tout de suite après avoir été aux toilettes (on parle de **résidu post-mictionnel**). Si ce résidu est trop volumineux, il peut poser problème.

Vous avez des envies brutales et urgentes d'aller aux toilettes, qui vous réveillent même la nuit et vous obligent à vous lever. Les urines ne s'écoulent pas bien. Le jet est faible ou irrégulier.

Les sensations de brûlure sont courantes. Elles sont dues à l'irritation de la vessie.

Certaines personnes ont également des fuites d'urine, c'est à dire quelques gouttes qui s'échappent sans qu'elles aient pu se contrôler. Comme la vessie ne se vide pas bien, il reste toujours un peu d'urine qui s'évacue au moindre effort.



prostate normale



prostate hypertrophiée

## Quels examens faut-il passer ?

L'**adénome de prostate** ne se voit pas depuis l'extérieur, même s'il est très gros.

Le **toucher rectal** permet à votre médecin de voir si votre prostate a une forme inhabituelle. Il s'agit d'introduire un doigt dans votre anus pour pouvoir palper la prostate. En effet, celle-ci se trouve juste contre la partie terminale de l'intestin (le **rectum**).

Une prise de sang avec un **dosage de PSA** permet de détecter les maladies de la prostate. Le PSA est une substance fabriquée par la prostate dont on connaît la quantité normale dans le sang. En cas de problème, cette quantité augmente.

Ce dosage, associé à d'autres examens, permet de distinguer un adénome d'une invasion de la prostate par des microbes (**infection, prostatite**) ou d'un cancer.

Le plus souvent, votre médecin vous propose une **échographie** de la vessie. Cette technique pour regarder à l'intérieur du corps utilise des sons très aigus que nous ne pouvons pas entendre (**ultrasons**).

C'est un examen non douloureux et sans danger. Le médecin place un appareil sur votre ventre et peut voir l'intérieur sur un écran.

Juste avant cet examen, on vous demande d'aller aux toilettes. S'il reste une certaine quantité d'urine dans votre vessie (**résidu post-mictionnel**), cela forme une poche noire bien visible. C'est le signe que votre vessie n'arrive pas bien à se vider.

Attention, cet examen peut être légèrement faussé si vous avez la vessie extrêmement pleine et que vous attendez longtemps pour uriner juste avant. Dans cette situation n'importe qui ne parvient pas à vider correctement sa vessie. Signalez-le à votre médecin.

S'il le juge nécessaire, l'urologue peut vous proposer d'autres examens, par exemple une **débitométrie**. Il s'agit d'uriner dans un WC équipé d'un appareil qui mesure la force du jet.

## Quels risques si on ne traite pas ?

Si votre prostate est trop grosse et comprime la vessie, elle peut l'empêcher de se vider correctement. Or, cela favorise certaines maladies : quand de l'urine stagne dans la vessie, des microbes risquent de s'y développer (**infection urinaire**).

Des sortes de petits cailloux (**calculs**) peuvent se former dans l'urine. Ils irritent la vessie, provoquent des douleurs, de petits saignements et parfois des infections. S'ils sont trop gros, ils bouchent le canal par lequel l'urine est évacuée (**urètre**).

La conséquence la plus grave d'une vessie mal vidée concerne les reins. S'il reste en permanence de l'urine dans la vessie, la pression à l'intérieur augmente. L'urine a alors du mal à descendre et les reins se dilatent, ce qui les abîme. S'ils sont endommagés ils ne filtrent plus correctement les déchets et ceux-ci peuvent intoxiquer l'organisme (**insuffisance rénale**). Heureusement, ce genre de problème arrive rarement !

Tout ceci mis à part, le risque est surtout que les troubles urinaires empirent. Vous risquez d'être embêté quotidiennement par des envies impérieuses d'aller aux toilettes.

Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

# Les différents traitements

## Les traitements médicaux...

La gêne provoquée par l'adénome de prostate est variable et ne nécessite pas toujours un traitement.

Les médicaments visent à soulager les problèmes pour uriner.

Certains traitements sont à base de plantes (**phytothérapie**). Ils ne sont pas toujours efficaces, mais ils n'ont presque pas d'effets indésirables.

D'autres médicaments, appelés **alpha-bloquants**, permettent de décontracter les muscles de la prostate. Quand elle est moins tendue, elle comprime moins la vessie et le canal qui en sort (l'**urètre**).

Selon que l'adénome est plutôt constitué d'un excès de fibres, de muscles, ou de petites glandes, les patients réagissent différemment au traitement.

## ... et leurs limites

Les médicaments ne font pas diminuer le volume de la prostate, ils peuvent seulement réduire les difficultés pour uriner. Ils ne suffisent pas toujours.

## Les traitements chirurgicaux...

Il s'agit de faire en sorte que la prostate cesse de comprimer la vessie et le canal qui évacue les urines (l'**urètre**). Pour ce faire, il faut diminuer son volume. Plusieurs techniques sont possibles:

- Soit on ouvre pour enlever la grosseur (**adénome**) dans la prostate. L'opération s'appelle alors une **adénomectomie**. On parle aussi de chirurgie ouverte.

- Soit on passe un instrument à l'intérieur du pénis, dans le canal de l'urètre pour gratter la prostate et découper l'adénome en petits copeaux. C'est cette méthode très répandue, appelée **résection endoscopique**, qui est présentée ici.

Le choix de la technique dépend de votre cas et de la taille de l'adénome. Habituellement, on préfère la résection endoscopique, sauf si l'intervention risque de durer plus de une heure et demie. Pour éviter certains problèmes, le chirurgien choisit alors la chirurgie ouverte.

Dans certains cas, on peut vous proposer d'autres méthodes :

- La mise en place d'une sorte de petit ressort dans la portion du canal de l'urètre entourée par la prostate afin de le maintenir ouvert (**pose d'un stent**).

- L'élargissement de l'endroit où la vessie s'ouvre sur le canal de l'urètre (**incision cervico-prostatique**).

## ... et leurs limites

La chirurgie a ses limites ! Cependant, l'opération apporte toujours des améliorations dans les mois qui suivent.

On gratte une grande partie de l'adénome, mais pas tout. Rien ne garantit qu'il ne repousse pas, des années après. Si les problèmes recommencent, une nouvelle opération est tout à fait envisageable.

## Quand faut-il opérer ?

Si les traitements médicaux n'ont pas un résultat satisfaisant, votre médecin peut vous proposer une intervention chirurgicale. Elle est d'autant plus souhaitable que vos problèmes pour uriner vous empoisonnent l'existence !

S'il reste une certaine quantité d'urine dans votre vessie après que vous soyez allé aux toilettes (**résidu post-mictionnel**), il est souvent préférable de vous opérer car cela risque d'entraîner des maladies plus graves.

C'est un problème que l'on détecte facilement à l'échographie. En général, quand ce résidu dépasse un certain volume (plus de 100 millilitres), il faut faire quelque chose même si vous n'êtes pas gêné par votre prostate.

# L'opération qui vous est proposée

## Introduction

Le principe de l'intervention qui vous est proposée est d'enlever la grosseur dans la prostate (**adénome**) en la grattant.

Cette opération s'appelle une **résection endoscopique de l'adénome de prostate**.

C'est une opération pratiquée très souvent. Elle présente peu de risques.

## Avant l'opération

Quelques jours avant l'intervention, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Juste avant l'opération, on fait une analyse d'urine pour vérifier que celle-ci n'est pas envahie par des microbes (**infection urinaire**). Si cela arrive, il faut reporter l'intervention le temps de vous soigner.

Deux précautions valent mieux qu'une : on vous donne des médicaments pour tuer les microbes (**antibiotiques**) afin de garantir qu'une infection ne se développe pas. Cela peut se faire pendant l'intervention ou la veille.

## L'anesthésie

Habituellement, on ne vous endort pas complètement. On vous fait une piqûre dans le dos qui n'endort que la moitié inférieure de votre corps (**rachi-anesthésie**). Vous êtes insensibilisé du nombril jusqu'aux doigts de pieds.

On peut aussi vous endormir complètement (**anesthésie générale**) si votre état de santé rend impossible la rachi-anesthésie.

## L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes allongé sur le dos, les jambes écartées et légèrement surélevées (**position gynécologique**).

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

## Faut-il une transfusion ?

Selon les cas, la prostate saigne plus ou moins au cours de l'opération. Mais il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**).

## La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Normalement elle ne dure pas plus d'une heure et demi. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

## L'accès à la prostate

Cette opération ne nécessite pas d'ouverture. Votre chirurgien introduit un tube fin (**gaine**) dans le trou par lequel vous urinez (**extrémité du canal de l'urètre**).

Il y fait ensuite passer une sorte de petit câble (**fibre optique**) qui lui permet de regarder à l'intérieur, soit directement, soit sur un écran. Il branche également sur la gaine un petit tuyau qui envoie un liquide et aspire en permanence pour laver les petits débris qui tombent pendant l'opération.

## Le geste principal

Le chirurgien introduit dans la gaine une tige métallique munie d'un instrument ressemblant à un fil à couper le beurre. Dans ce fil passe un léger courant électrique (**bistouri électrique**). Cet instrument permet à la fois de découper et de stopper les saignements (**coaguler**).

Votre urologue découpe de petites tranches de la partie de la prostate qui a grossi (**adénome**). Ce faisant, il enlève aussi des morceaux du canal de l'urètre, mais celui-ci se reforme tout seul par la suite.

## Les gestes associés

Il arrive que le canal de l'urètre soit trop étroit pour introduire la gaine. L'urologue le coupe alors sur toute sa longueur pour l'élargir (**urétrotomie**). Comme ce canal cicatrise très vite, il n'est pas utile de le recoudre.

Chez certains hommes, la peau qui recouvre l'extrémité du sexe (**prépuce**) est très serrée, au point qu'il n'est pas possible de passer les instruments chirurgicaux. Il faut alors soit la couper, soit l'enlever (**circoncision**).

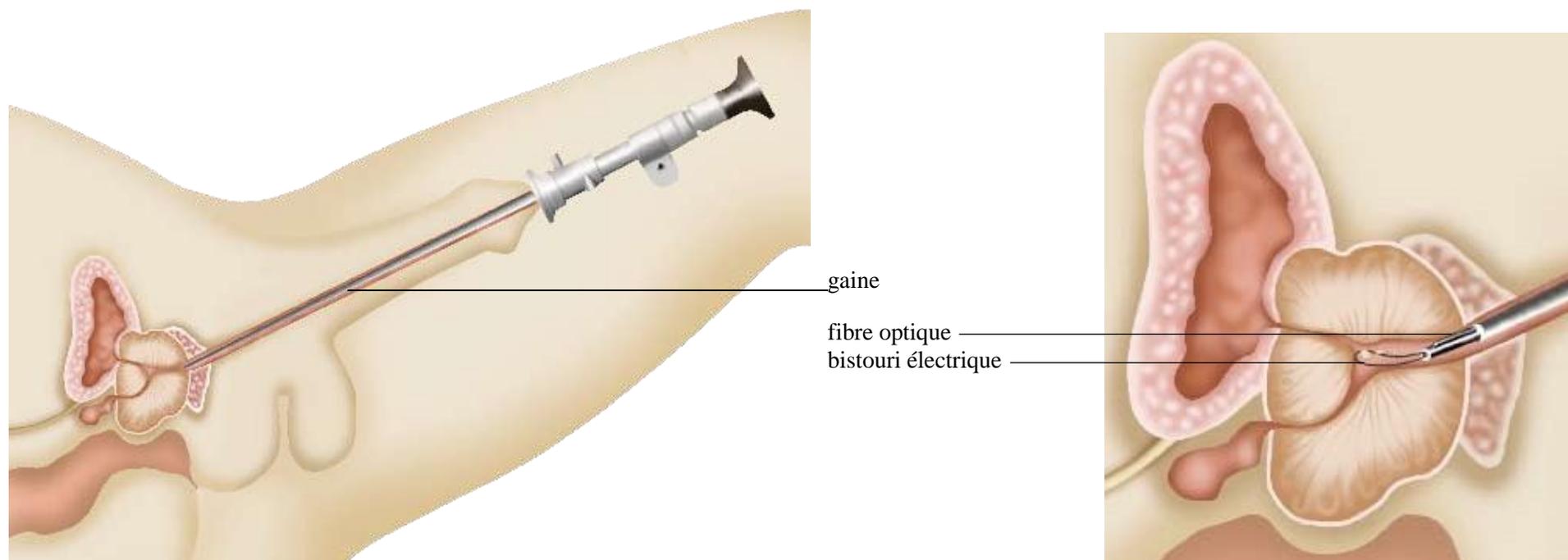
Le chirurgien peut aussi enlever de petits cailloux (**calculs**) qui se forment parfois dans la vessie quand l'urine est mal évacuée et a tendance à stagner.

## La fermeture

Une fois qu'il a fini de gratter la prostate, le chirurgien retire les instruments.

Il branche sur la gaine toujours en place une poche en forme de poire, remplie d'eau, qu'il actionne pour aspirer tous les petits copeaux tombés dans la vessie. Ces copeaux sont envoyés à un laboratoire pour être analysés.

Ensuite il enlève la gaine et introduit à la place un autre petit tuyau (une **sonde**) qui envoie de l'eau pour laver la vessie et aspire le sang et les débris de l'opération. Vous gardez cette sonde un ou deux jours.



# Après l'opération

## Douleur

Chaque personne perçoit différemment la douleur. Habituellement elle est faible et on la contrôle par des moyens adaptés.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

## Fonction

Un tuyau (**sonde**) placé dans votre vessie est relié à une poche placée en hauteur qui laisse couler de l'eau, tandis qu'en bas une autre poche recueille l'urine et les déchets (saignements éventuels...). Ce dispositif lave votre vessie en permanence et vous n'avez pas besoin d'aller aux toilettes.

Votre vessie peut par réflexe se contracter pour essayer de chasser la sonde. Ces spasmes sont en général calmés par les médicaments.

Une fois la sonde retirée, il est normal de ressentir des brûlures les premières fois que vous urinez. Le jet est parfois faible, et rouge (pendant la cicatrisation, de petits saignements sont possibles). Ne vous inquiétez pas si vous avez des envies fréquentes. C'est la vessie qui réagit à l'intervention en se contractant plus souvent. Il est possible que vous ayez quelques fuites d'urine. En principe, tous ces désagréments disparaissent par la suite (au bout de trois mois au maximum).

## Autonomie

Il faut éviter de vous lever dans les 24 heures qui suivent l'opération. Une fois vos jambes bien réveillées, il est conseillé de les bouger dans votre lit. Dès le lendemain, vous pouvez vous promener du moment que vous emmenez avec vous une sorte de porte-manteau métallique (une **potence**) auquel est accroché le dispositif qui lave en permanence votre vessie.

## Principaux soins

On vous donne des médicaments pour rendre le sang plus fluide. Cela évite qu'un bouchon de sang solidifié ne se forme et n'aille se coincer dans les vaisseaux sanguins de vos jambes (**phlébite**) ou de vos poumons (**embolie**). Marcher dès le lendemain de l'opération est un autre bon moyen de limiter ce risque.

Vous gardez la sonde qui lave votre vessie jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sang dans vos urines, habituellement deux jours après l'opération. Généralement, avant de décider d'enlever la sonde, on analyse à nouveau vos urines pour vérifier qu'il n'y a pas de microbes dedans (**infection urinaire**).

Il faut nettoyer vous même votre sexe régulièrement. Il est important que son extrémité (**gland**) et la sonde soient bien recouverts par la calotte (**prépuce**), si vous en avez encore une (hommes non **circoncis**).

## Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous deux à trois jours après l'intervention, mais tout dépend de votre cas et de l'organisation de l'établissement où vous êtes soigné.

## Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Le plus souvent, vous revoyez votre chirurgien un mois après l'intervention, pour vérifier que tout va bien. Il vous communique les résultats des analyses effectuées sur les morceaux de prostate enlevés. Si vous avez souvent envie d'uriner parce que votre vessie est irritée, il vous donne des médicaments.

Environ trois mois après l'intervention, une autre visite, avec un examen (**toucher rectal**), permet de contrôler l'état de votre prostate. Ensuite, c'est votre médecin habituel qui vérifie tous les ans que la grosseur (**adénome**) ne repousse pas.

# Le résultat

## Fonction

Le but de l'intervention est la disparition complète des problèmes pour uriner. Néanmoins cela n'est pas toujours possible. L'opération apporte habituellement une amélioration, mais elle ne permet pas de retrouver le confort de vos 20 ans!

En général, il faut attendre trois mois pour ressentir tous les bénéfices de l'opération. Comme la vessie, située juste au dessus de la prostate, a été comprimée pendant des années par l'adénome, elle ne se remet pas à fonctionner normalement en quelques jours.

Il est possible que vous ayez encore à vous lever une ou deux fois la nuit pour aller aux toilettes, mais l'opération apporte de toute façon une amélioration.

Vous n'éprouvez plus de difficultés pour uriner, le jet est meilleur, vos envies sont moins fréquentes et moins pressantes.

Cependant, il arrive que les dégâts causés par le grossissement de la prostate ne soient pas complètement réparés. Cela dépend des cas.

En grattant la prostate pour enlever l'adénome, le chirurgien enlève en même temps une partie des muscles qu'elle contient. Ces muscles lui permettent de se contracter pour évacuer le sperme vers l'extérieur lors de l'éjaculation.

Or, si une grande partie de ces muscles sont enlevés, elle se contracte moins bien. L'éjaculation ne se fait plus dans le bon sens. Le sperme part dans la vessie. Ce n'est ni dangereux, ni douloureux : il est évacué ensuite avec l'urine. Ce phénomène est très fréquent. Rassurez-vous, le plaisir ressenti est exactement le même qu'avant l'opération.

Il n'y a jamais de problèmes d'impuissance après cette intervention. L'érection se fait tout à fait normalement.

## Douleur

Passé les premiers jours après l'opération, il n'y a plus aucune douleur.

## Principaux soins

Il n'y a pas de médicaments particuliers à prendre. Cependant, il est important de veiller à votre propreté. On conseille également de boire beaucoup (un litre et demi d'eau par jour) pour continuer à bien laver votre vessie.

## Autonomie

L'arrêt de travail est en général de un mois. Une fois de retour chez vous, il ne faut pas faire de vélo, de longs trajets en voiture, ni de longues marches pendant le mois qui suit l'opération. Pour que la prostate cicatrise bien, il faut éviter tout ce qui risque de la comprimer.

Il ne faut pas non plus avoir de rapports sexuels car ceux-ci peuvent être très douloureux si la prostate se contracte alors qu'elle vient d'être opérée.

Passé un mois, vous pouvez reprendre progressivement une vie normale. Au bout de trois mois vous pouvez agir comme si vous n'aviez pas été opéré. Interrogez votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

# Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Quand aux risques liés à l'anesthésie, ils sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

## Pendant l'intervention

Au cours de l'opération, la zone opérée est lavée en continu pour évacuer le sang qui pourrait gêner la vision du chirurgien.

Si l'opération dure plus de 1 heure 30, le liquide utilisé risque de passer dans le sang en trop grande quantité, et de le diluer. Dans ce cas le patient se refroidit, a l'impression de voir jaune, ressent des nausées et des maux de têtes. Dans le pire des cas, il peut tomber dans le coma et y rester 12 à 48 heures. Rassurez-vous, tout rentre dans l'ordre une fois le problème résolu.

Pour éviter ce phénomène appelé **turp syndrom**, votre chirurgien évalue la durée de l'intervention en fonction de la taille de la prostate. S'il juge que l'opération par **résection endoscopique** risque de durer plus de 1 h 30, il choisit une autre technique chirurgicale.

Si vous avez une prothèse, en particulier à la hanche, informez-en votre médecin. En effet, il faut faire attention à ne pas la déplacer en vous installant sur la table d'opération.

## Après l'intervention

Si le canal de l'urètre est blessé par le passage des tuyaux pendant l'opération, il peut en cicatrisant se resserrer (**sténose urétrale**). Cela peut arriver au niveau de l'extrémité du pénis (**gland**), ou plus loin à un endroit où le canal forme un coude. Une petite opération permet de résoudre ce type de problème.

Si le muscle qui sert à fermer et à ouvrir le canal de l'urètre (**sphincter**) est meurtri pendant l'opération, il ne fonctionne plus bien et les patients ne peuvent plus retenir leurs urines (**incontinence**). La plupart du temps il ne s'agit que de petites fuites qui disparaissent progressivement après l'intervention.

La prostate n'est pas une glande très propre. Après l'opération, des microbes risquent de se développer dans la vessie (**infection urinaire**). Ce genre de maladie se traite très bien avec des médicaments pour tuer les microbes (**antibiotiques**). C'est pour éviter l'infection que l'on donne des antibiotiques pendant l'intervention et que l'on fait des analyses d'urine.

## Après l'intervention (suite)

Quand la sonde pour laver la vessie est en place, il est important que l'extrémité du sexe soit bien recouvert par la calotte (**prépuce**).

Si le prépuce reste décalotté trop longtemps, il peut avoir tendance à rester recroquevillé sur lui-même et devenir difficile à repositionner (**paraphimosis**).

Parfois, au cours des semaines qui suivent, la prostate saigne un peu. Pendant que la zone opérée se referme (**cicatrisation**), une croûte se forme. Si elle tombe (**chute d'escarre**), cela saigne et les urines deviennent rouges. Habituellement cela passe simplement en buvant beaucoup d'eau.

Si les saignements sont importants, des bouchons de sang solidifié (**caillots**) peuvent se former et bloquer l'écoulement des urines. Il ne faut pas hésiter à prévenir le médecin pour qu'il remette en place un tube (**sonde**) qui lave la vessie pendant deux ou trois jours. Ce genre de problème, relativement rare, peut survenir dans les deux à trois semaines suivant l'intervention.

Certains patients ne ressentent aucun bénéfice, même trois mois après l'opération. Ceci dit c'est très rare !

Parfois, la grosseur sur la prostate (**adénome**) repousse quatre à cinq ans après l'opération. Cela n'est pas lié à un échec de l'opération, c'est le phénomène naturel de grossissement de la prostate qui reprend son cours. Il est alors tout à fait possible d'opérer à nouveau.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération.

Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

## En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.