



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N° 132/15

**LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ, NÉCESSITÉ ET POUR LE PATIENT ET POUR LE PRATICIEN :
ÉTUDE PRÉLIMINAIRE AU SERVICE D'UROLOGIE (CHU HASSAN II)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/06/2015

PAR

Mlle. DIRARE SAFAE

Née le 31 Mai 1989 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Consentement éclairé – Urologie – Fiche d'information

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT
Professeur d'Urologie	
M. MELLAS SOUFIANE.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé d'Anatomie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	JUGES
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. TAZI MOHAMMED FADL.....	
Professeur agrégé d'Urologie	

PLAN :

Liste des abréviations	4
Liste des tableaux	5
Liste des Fiches d'information	6
Introduction :	8
Définitions :	11
I. L'information médicale	12
II. Consentement libre et éclairé.....	12
1- Définition juridique	12
2- Du point de vue philosophique	13
3- En islam	14
III. La responsabilité	16
1- La responsabilité civile	16
2- La responsabilité administrative	16
3- La responsabilité pénale	17
4- La responsabilité disciplinaire.....	17
Historique juridique	18
I. Prémices.....	19
II. Evolution juridique	20
1- Arrêt Mercier.....	20
2- Code de Nuremberg	21
3- Déclaration d'Helsinki	22
4- Arrêt Herdreul.....	22
5- Loi du 4 mars 2002 «loi Kouchner ».....	23
Textes législatifs marocains.....	25

I.	L'information médicale	26
II.	Le consentement	27
III.	La responsabilité médicale	28
	Etude au service d'Urologie	29
I.	Matériels et méthodes	30
1-	Objectif de notre étude.....	30
2-	Méthodologie	30
3-	Questionnaires	30
II.	Résultats :	31
1-	Niveau scolaire	31
2-	Explications sur la pathologie du patient.....	32
3-	Explications sur les modalités de traitement	33
4-	Explications sur les avantages du traitement chirurgical	34
5-	Explications concernant les complications éventuelles du traitement chirurgical	35
6-	Proposition d'une alternative thérapeutique	37
7-	Le recueil du consentement	38
III.	Discussion :	39
1-	La pathologie du patient.....	39
2-	Les modalités de traitement.....	40
3-	Les avantages du traitement chirurgical	41
4-	Les complications éventuelles du traitement chirurgical	42
5-	Alternatives thérapeutiques	43
6-	Le recueil du consentement	43
	Conclusion	45
	Annexe 1 : Fiches d'informations pour le patient	48

Annexe 2 : Questionnaires	184
Résumé.....	191
Bibliographie	195

LISTE DES ABREVIATIONS :

- ADN** : Acide désoxyribonucléique
- AMM** : Association médicale mondiale
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- DOC** : Dahir des obligations et contrats
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- QCM** : Questionnaire à choix multiples
- UNESCO** : Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Les explications concernant la pathologie

Tableau 2 : Réponses concernant le nom exact de la pathologie

Tableau 3 : Les explications concernant le traitement chirurgical

Tableau 4 : La durée d'hospitalisation

Tableau 5 : Les explications concernant les avantages du traitement chirurgical

Tableau 6 : Les explications concernant les complications éventuelles de l'acte
chirurgical

Tableau 7 : Le risque infectieux

Tableau 8 : Le risque de complications sexuelles

Tableau 9 : Le risque d'aggravation ou d'absence d'amélioration

Tableau 10 : Proposition d'une alternative thérapeutique

Tableau 11 : Recueil du consentement

LISTE DES FICHES D'INFORMATION :

Fiche 1 : Adénomectomie prostatique chirurgicale

ورقة 1: العملية على النفخ ديال البروستات أو الورم الحميد

Fiche 2 : Bandelette TOT pour cure d'incontinence urinaire d'effort

ورقة 2: العلاج ديال مشكل البولة اللي كتفل بالمجهود عند المرأة، بطريقة TOT

Fiche 3 : Cryptorchidie (Intervention pour ectopie testiculaire, testicule palpable)

ورقة 3: العملية في حالة عدم وجود الخصية فبلاصتها

Fiche 4 : Cystectomie totale chez l'homme (pour tumeur de la vessie)

ورقة 4: العملية باش تحيد النبولة (فحالة حبوبة في النبولة)

Fiche 5 : Entérocystoplastie (Agrandissement de la vessie)

ورقة 5: العملية ديال تكبار النبولة

Fiche 6 : Néphrectomie totale

ورقة 6: العملية باش تحيد الكلوة

Fiche 7 : Orchidectomie totale

ورقة 7: العملية باش تحيد الخصية (الفولة)

Fiche 8 : Orchidopexie (Fixation du testicule)

ورقة 8: تثبيت الخصية (الفولة)

Fiche 9 : Prélèvement rénal sur donneur vivant apparenté

ورقة 9: العملية باش يهزو الكلوة من عند فرد من العائلة

Fiche 10 : Prolapsus génital : Cure par promontofixation cœlioscopique

ورقة 10: علاج هبوط الأعضاء (بالتثبيت بالمنظار)

Fiche 11 : Prolapsus (Cure par voie vaginale)

ورقة 11: علاج هبوط الأعضاء (طريقة المرور من المهبل)

Fiche 12 : Prostatectomie totale

ورقة 12: العملية باش تحيد البروستات (على ود سرطان البروستات)

Fiche 13 : Réparation chirurgicale d'une fracture des corps érectiles du pénis
(Traumatisme du pénis)

ورقة 13: العملية في حالة هرس فالقضيبي

Fiche 14 : Résection – Anastomose d'une sténose de l'urètre

ورقة 14: علاج عرق البولة إلى تسد

Fiche 15 : Résection endoscopique de la prostate

ورقة 15: عملية تكراط البروستات بالمنظار

INTRODUCTION

Il est loin le temps où la pratique de la médecine était considérée comme un art. Il est loin le temps où le médecin était considéré comme un oracle et où le patient trouvait son réconfort dans la parole dispensée avec autorité, sagesse et parcimonie. La médecine est devenue une science, et le patient a conquis des droits.

Aujourd'hui l'information représente pour le médecin, ce qu'elle aurait toujours dû être : un devoir aussi bien moral et humanitaire que juridique. Cette information, malheureusement pas toujours claire, compréhensible et complète est censée aboutir au consentement libre et éclairé.

Donner une place importante au consentement, revient à reconnaître la liberté des patients et adhérer au principe d'autonomie. Le consentement apparaît alors comme un contre-pouvoir au paternalisme médical et crée un nouvel équilibre dans la relation soignant-soigné.

Le fait d'étudier les droits des patients ne doit cependant pas être considéré comme une démarche agressive envers les professionnels de santé mais au contraire elle permet à chacun d'exercer ces droits tout en assumant ces responsabilités afin de ne pas léser l'autre et afin de respecter le malade en tant que personne humaine et protéger sa dignité.

Ceci nous conduit à nous poser les questions suivantes :

Quelle est la position de la jurisprudence Marocaine vis à vis du droit du patient au consentement libre et éclairé ?

Que pensent les principaux intéressés, à savoir les patients, de l'information médicale au Maroc, et du respect de leurs droits au savoir et au consentement ?

Le praticien est-il conscient du rôle que joue ce consentement dans la protection de ses intérêts et ceux de ses patients ? Et surtout est-il impliqué suffisamment dans son application ?

Nous essayons dans ce travail de répondre aux questions susmentionnées, en présentant la situation au Maroc, et en recueillant l'avis de patients et de médecins par le biais d'une étude préliminaire au sein du service d'urologie (CHU HASSAN II).

Enfin, pour rendre ce travail plus concret et donner l'exemple, nous proposons des fiches explicatives en accord avec les recommandations de l'Association Française d'Urologie, et adaptées au contexte marocain (voir Annexe 1) concernant quelques gestes et actes thérapeutiques pouvant être rencontrés dans un service d'urologie.

DÉFINITIONS

I. L'information médicale :

Le fondement du concept d'informer le patient réside en deux points : mettre ce dernier en situation d'exercer son droit à disposer de lui-même et équilibrer une relation médecin-patient par nature inégalitaire. En effet d'un côté se tient le médecin débiteur, détenteur d'une information décisive, de l'autre l'ignorance relative et légitime du malade créancier. (1)

Au Maroc, aucune indication claire et précise sur le devoir des médecins à l'information n'a été mentionnée au code de déontologie médical. (2)

Contrairement au code déontologique français qui affirme clairement que : «Tout médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et approprié à son état, les investigations et les soins qu'il lui propose». (3)

II. Le consentement libre et éclairé :

Qu'est-ce que consentir ? Consentir c'est accepter qu'un acte se déroule. Mais qu'en est-il du consentement à un acte médical dit le consentement libre et éclairé ?

1 – Définition juridique :

Le consentement doit être libre. Cela veut dire que le patient doit avoir son libre arbitre et sa libre capacité de décision et que donc il n'agit pas sous la contrainte. « *Libre et éclairé* » : en droit, tous les termes ont leur importance. Le législateur a employé le mot « et », ce qui veut dire que le consentement ne doit pas se contenter d'être libre, mais il doit aussi être éclairé, ce qui assure que le soigné a bien compris l'acte médical qui va être mis en œuvre. (4)

Consentir pour le malade que quelqu'un touche à son corps ou que le médecin procède à des examens sur le corps d'un autre, est une responsabilité exorbitante. C'est la raison pour laquelle le consentement à un acte médical ne peut être banalisé.

(5)

2– Du point de vue philosophique :

En philosophie, la relation médecin-malade peut être illustrée par deux grands modèles : le modèle paternaliste qui est fondé sur le principe moral de bienfaisance et le modèle autonomiste qui se base sur le principe d'autonomie de la personne.

Le principe de bienfaisance est un fondement de l'impératif hippocratique «*Primum non nocere*» (avant tout ne pas nuire). C'est un principe qui recherche avant tout le bien de la personne. L'œuvre d'Hippocrate (né en 460 av. J.C.) fonde traditionnellement l'émergence de la médecine occidentale. Ce principe a longtemps alimenté le paternalisme médical, suffisant pour justifier un interventionnisme total dans le domaine de la santé, dans lequel le médecin met en œuvre tous les moyens nécessaires au bien du patient, c'est-à-dire à sa guérison ou à son soulagement. Seules les conséquences, bonnes ou mauvaises, permettent alors de juger les moyens employés. Agir selon ce principe revient, pour le médecin, à prendre des responsabilités vis-à-vis de son patient. Dans la mesure où il agit sans consulter celui-ci, sur le seul fondement qu'il possède le savoir qui permettra au malade de retirer un bien de cette action, la responsabilité du praticien est totale. (6)

La dérive entre bienfaisance et paternalisme en médecine est facile : «*dans une relation morale asymétrique, il est tentant de traiter l'autre comme un enfant*». Le paternalisme médical a grandement influencé la relation soignant-soigné, au point d'en devenir une doctrine de l'Ordre des médecins. Le Pr. Louis Portes (ancien Président de l'Ordre des médecins en France) écrit dans les années soixante : «*Tout*

patient est pour le médecin comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir».

(7)

La formidable avancée de la médecine a conduit à changer les mentalités. La science, bien que plus technique et efficace, en devient plus difficilement contrôlable. De plus les progrès des techniques de communication ont rendu les connaissances médicales plus accessibles au public, démystifiant la toute-puissance paternaliste.

Ces mutations ont conduit à une alternative qui trouve son origine dans le principe d'autonomie. La valeur fondamentale de ce concept est le respect de l'autonomie de la personne, donc de la liberté individuelle, dans une relation contractuelle. Le patient décide pour sa santé et prend les décisions qui s'imposent selon sa propre vision du bien.

Le philosophe américain T. Engelhardt traduit par deux principes cette éthique de la relation thérapeutique : « *Nul ne peut contraindre autrui au nom du principe de bienfaisance* » et « *Faire aux autres leur propre bien* » (8)

3– En islam :

L'islam a établi depuis fort longtemps, certains droits fondamentaux universels pour l'humanité toute entière, droits qui doivent être observés et respectés en toutes circonstances, que l'on soit résident d'un état islamique ou non, en paix ou en guerre. C'est ainsi que la santé et la protection du corps humain se trouve consacré par le livre sacré. De ce fait, quiconque viole le caractère sacré du sang humain en tuant un homme sans justification, le Coran l'assimile au meurtre de l'humanité entière, et quiconque lui fait don de la vie, est considéré comme faisant don de la vie à tous les hommes. En effet Dieu le tout puissant a dit :

سورة المائدة – الآية 32

مِنْ أَجْلِ ذَلِكَ كَتَبْنَا عَلَى بَنِي إِسْرَءِيلَ أَنَّهُ مَنْ قَتَلَ نَفْسًا
 بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ
 جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ
 جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِنْهُمْ بَعَدَ ذَلِكَ فِي
 الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ ﴿٣٢﴾

(9)

Au niveau du consentement du patient, l'islam n'est pas resté muet. On trouve, en effet, dans la Sounna un exemple pouvant servir de guide.

عن عائشة رضي الله عنها، رواه البخاري:

«لَدَدْنَا رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ فِي مَرَضِهِ فَجَعَلَ يَشِيرُ
 إِلَيْنَا أَنْ لَا تَلْدُونِي، فَقُلْنَا: كَرَاهِيَةُ الْمَرِيضِ لِلدَّوَاءِ، فَلَمَّا أَفَاقَ،
 قَالَ: أَلَمْ أَنْهَكُمُ أَنْ لَا تَلْدُونِي؟ لَا يَبْقَى أَحَدٌ فِي الْبَيْتِ إِلَّا لُدَّ.»

(10)

Cela montre l'intérêt que porte l'islam aux droits des patients et à leurs consentements, ainsi un geste thérapeutique effectué sans l'aval du patient est considéré par l'islam comme une agression.

III. La responsabilité :

La responsabilité est le fait d'assumer les conséquences d'un acte médical comme le décrit l'article 14 du code de déontologie Français : « Tout médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels. » (3)

En droit, le terme de responsabilité concerne deux fonctions :

La réparation du dommage et/ou la sanction du coupable.

On distingue 4 types de responsabilité : civile, administrative, pénale et disciplinaire.

1- LA RESPONSABILITE CIVILE :

Elle consiste pour l'auteur d'un dommage à en réparer les conséquences le plus souvent par versement de dommages – intérêts. Il ne s'agit donc ici, ni de punir, ni de corriger, ni d'amender celui qui a causé le dommage mais simplement de procurer à la victime une réparation sous la forme d'une compensation pécuniaire. (11)

2- LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE :

Elle ne concerne que les praticiens salariés d'un service public hospitalier, la règle générale est la responsabilisation de l'administration et elle obéit aux mêmes règles que la responsabilité civile.

La responsabilité de l'administration peut être retenue pour une faute :

- « dans l'organisation du service », qualifiée de faute légère.
- « dans l'accomplissement d'un acte médical », dans ce cas la faute doit être qualifiée de lourde. (12)

3- LA RESPONSABILITE PENALE :

Elle consiste pour la personne qui a commis une infraction définie par la loi, à supporter les peines attachées par le législateur à la commission de cette infraction : amende et/ou privation de liberté.

A cet égard, le médecin ne jouit d'aucune immunité et se trouve responsable pénalement, dans les termes du droit commun, des blessures ou d'homicide qui pourraient résulter de sa négligence ou imprudence. (11)

4- LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE :

Le droit disciplinaire ne défend que la moralité et la dignité professionnelle. Le médecin comparait devant ses pairs. L'ordre des médecins doit sanctionner les agissements qui sont de nature à déconsidérer la profession ainsi que le manquement aux règles de la confraternité.

Les peines prononcées par le conseil sont :

- L'avertissement.
- Le blâme avec inscription au dossier administratif et professionnel.
- La suspension pour une durée d'un an au maximum.
- La radiation du tableau de l'ordre. (12)

HISTORIQUE

JURIDIQUE

I. Prémices :

Le code d'Hammourabi (1793–1750 av. J–C) contient les premiers textes sur la responsabilité pénale du médecin. Il précise les sanctions qu'encourt ce dernier lorsque ses résultats sont mauvais, la faute du chirurgien pouvant être sanctionnée par la mutilation du bras. (13)

C'est chez Hippocrate (400 av. JC) que nous retrouvons les premiers concepts de la relation médecin – malade, avec le célèbre «*primum non nocere* » rappelant que le médecin ne doit jamais nuire au patient. Ce principe associé à différentes valeurs telles que la fidélité, le service au malade quelles que soient ses origines, le secret et la discrétion ont constitué le fondement moral de l'acte médical pendant des siècles. (14)

Pour autant, à la même époque, Platon consacre le droit au mensonge du médecin : « *Si réellement le mensonge est inutile aux dieux, et s'il est au contraire utile aux hommes à la manière d'un médicament, il est évident que l'emploi d'un tel médicament doit être réservé aux médecins et que les profanes ne doivent pas y toucher.* ». (15)

C'est vers le VI^{ème} siècle dans le Talmud, que le consentement est pour la première fois cité par écrit : « *le médecin ne peut exécuter aucune opération sans le consentement de son patient* » (Baba Kamma). Le consentement est ici relatif, puisqu'il ne s'applique qu'à des cas de soins courants. En effet, on retrouve dans un autre traité : « *tu ne resteras pas insensible au sang de l'autre qui coule* » (T Shekalim). Ce qui implique que dans des situations où il existe un risque vital pour le patient, le médecin est dans l'obligation d'intervenir, même en cas de refus du malade. La possession « partielle » de son corps puisque d'origine divine, implique que le malade en prenne précaution. Le refus de soins n'est donc pas concevable.

Au siècle des Lumières, les écrits d'un Professeur de Médecine à Edimbourg, John Gregory (1724–1773) préconisent l'information des patients sauf si elle peut-être nuisible et compromettre la guérison. (16)

II. Evolution juridique

1 – Arrêt Mercier (20 mai 1936) :

Il s'agit d'un arrêt de la Cour de Cassation, à propos du cas de Madame Mercier. Cette dernière, ayant bénéficié d'un traitement par radiothérapie, gardait des séquelles. Quelques années plus tard, Monsieur et Madame Mercier ont porté plainte, mais le délai de prescription délictuelle était dépassé. Puisque le cadre juridique délictuel de l'époque, seul recours jusque-là, ne permettait pas l'indemnisation, le juge plaça l'affaire sur le plan civil, définissant la nature contractuelle de la relation médecin-patient. La plaignante pu ainsi être indemnisée.

Jusqu'en 1936, la relation médecin-malade était considérée comme une simple rencontre entre deux personnes. L'arrêt Mercier a posé le principe de la nature contractuelle de la responsabilité médicale, admettant :

Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier :

« L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconque mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».

(17)

Dans le cadre de ce contrat, le patient doit s'acquitter du paiement des honoraires et consentir aux soins qui lui sont prodigués ; ce consentement doit être libre, conscient et éclairé.

2– Code de Nuremberg (19 août 1947) :

En réaction aux expérimentations cliniques menées par les nazis sur des prisonniers lors de la seconde guerre mondiale, apparaît en 1947 dans le code de Nuremberg la notion de consentement volontaire du malade.

Ce code est une liste de dix critères contenus dans le jugement du procès des médecins de Nuremberg (1946–1947) aux États-Unis. Ces critères indiquent les conditions que doivent satisfaire les expérimentations pratiquées sur l'être humain pour être considérées comme acceptables. (18)

Le principe du consentement volontaire est l'objet du premier article :

Article 1 du Code de Nuremberg :

« Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de la capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelques éléments de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contrainte ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer les effets de sa décision. »

(19)

Depuis le procès de Nuremberg, le consentement se trouve en premier plan de l'éthique biomédicale. Il est précisé que la personne doit jouir de la capacité légale totale pour consentir. La locution de « consentement éclairé » n'est apparue qu'une décennie plus tard et ne fut examinée en détail que dans les années 70. (20)

3– Déclaration d'Helsinki :

Au début des années 60, la communauté médicale internationale avait entrepris sa propre élaboration d'un code de conduite pour la recherche, qui donna en 1964 la déclaration d'Helsinki, qui est un document officiel de l'Association médicale mondiale (AMM).

Adoptée par la 18^{ème} assemblée générale de l'AMM à Helsinki en Finlande, en Juin 1964 et elle fut révisée plusieurs fois, la dernière lors de la 64^{ème} assemblée générale de l'AMM à Fortaleza au Brésil, en Octobre 2013. (21)

En fait, il s'agit de la première déclaration de principe dans l'histoire de la médecine venue de la profession elle-même et ne résultant pas de contraintes externes au milieu médical (décisions de justice, scandales publics, interventions gouvernementales, etc.). Autre innovation liée à la déclaration : c'est la première convention internationale qui, lors de sa révision de 1975, fit état de la nécessité de soumettre les protocoles de recherche à l'approbation d'un comité indépendant ; le code de Nuremberg, de son côté, s'en était remis au seul chercheur.

La déclaration donna lieu toutefois à un recul important par rapport au code en ce qui concerne la doctrine du consentement : ainsi, sa première version (1964) n'y faisait aucune référence dans ses cinq principes fondamentaux essentiellement préoccupés de la conduite scientifique du chercheur. Ce n'est que lors de révisions ultérieures que les droits à l'autodétermination du sujet de recherche (article 11) et la nécessité d'en obtenir le consentement libre et éclairé (article 26) ont été intégrés aux principes de la convention. (22)

4– Arrêt Hedreul (25 Février 1997) :

Un magistrat de la cour de Cassation a annulé le jugement de la cour d'appel concernant une coloscopie à la suite de laquelle le patient a présenté une perforation

intestinale. La cour d'appel a estimé que le patient devait apporter la preuve que le médecin ne l'avait pas averti du risque de complications. La cour de Cassation a cassé cette décision et un arrêt fut prononcé le 25 février 1997 affirmant que le médecin était tenu à une obligation d'information et qu'il lui incombait de prouver qu'il a exécuté cette obligation. (23)

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685

« Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation »

(24)

5- Loi du 4 Mars 2002 « Loi Kouchner » :

La Loi du 4 mars 2002 consacre deux principes étroitement liés : le consentement libre et éclairé du patient et son droit à être informé sur son état de santé.

La loi se divise en cinq titres traitant respectivement :

- de la solidarité envers les personnes handicapées,
- de la démocratie sanitaire (qui se fonde sur le respect de la personne et le concept d'autonomie, qui sont le fondement de la prise de décision éclairée),
- de la qualité du système de santé,
- de la réparation des conséquences des risques sanitaires,
- et enfin des dispositions relatives à l'Outre-Mer. (25)

Le principe du consentement y est réaffirmé de manière à associer les patients aux décisions les concernant. La responsabilisation du patient et le respect de son autonomie de choix se font en l'informant lors des démarches de soin.

Art.L.1111-2**Modifié par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art. 11 JORF 5 mars 2002***«Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé, et plus précisément 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,*
- les autres solutions possibles*
- les conséquences prévisibles en cas de refus. »*

(26)

Art.L.1111-4**Modifié par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – art. 11 JORF 5 mars 2002***«Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment»*

(26)

Le consentement a alors deux fonctions: traduire la libre décision de la personne de participer aux soins ou à la recherche et attester que le soignant a bien respecté un processus d'information de la personne sur la nature des soins ou de la recherche, ses objectifs, et les contraintes voire les risques subis. (27)

La jurisprudence de l'arrêt Hedreul a été reprise dans la loi de Kouchner, à savoir que c'est aux professionnels de santé d'apporter la preuve qu'ils ont bien délivré l'information à leurs patients. (28)

TEXTES LEGISLATIFS

MAROCAINS

I. L'information médicale :

Le droit à l'information médicale ne bénéficie jusqu'à aujourd'hui d'aucune indication claire et précise dans le code de déontologie médicale marocain. D'ailleurs, l'article 24 dudit code rappelle cette obligation seulement comme condition à la continuité des soins lorsque le médecin décide de se dégager de sa mission.

Article 24 du code marocain de déontologie médicale :

« Le médecin peut [...] se dégager de sa mission en se conformant aux prescriptions de l'article 25, à condition :

1° De ne jamais nuire de ce fait au malade dont il se sépare

2° De fournir les renseignements qu'il juge en conscience utiles à la continuation des soins. »

(2)

De plus le médecin est même tenu de s'abstenir d'informer le malade lorsqu'un pronostic est extrêmement grave.

Article 31 du code marocain de déontologie médicale :

« Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade.

Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection : mais il doit l'être généralement à la famille.

Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite. »

II. Le consentement :

Les lois actuelles au Maroc ne traitent pas le principe du consentement, exceptions faites des textes relatifs à la transfusion sanguine et à la transplantation d'organes ; c'est pourquoi il faut dénoncer leur insuffisance. (29)

Par ailleurs, le médecin marocain doit avant tout acte médical ou chirurgical obéir à des conditions de portées internationales, visant la garantie et la protection des droits du patient, lors du recueil du consentement.

C'est ainsi qu'un consentement obtenu sous l'influence de l'erreur, du dol ou de la violence, est vicié et n'est pas par conséquent considéré comme consentement valide.

Article 39 du code marocain des obligations et des contrats

« Est annulable le consentement donné par erreur, surpris par le dol, ou extorqué par violence »

(30)

Cependant, cet état de fait est amené à changer. Le droit du patient au consentement éclairé deviendra obligatoire. Un projet de loi a été dans ce sens soumis au secrétariat général du gouvernement où le consentement deviendra une obligation pour le professionnel de santé avant tout acte. (31)

III. La responsabilité médicale :

En matière de responsabilité médicale, pendant longtemps la jurisprudence marocaine à l'instar de la jurisprudence française, retenait la responsabilité délictuelle des médecins sur la base des articles 77 et suivants du Dahir des obligations et contrats (D.O.C) (30).

Ce n'est qu'en avril 1946 que le juge marocain a suivi l'orientation jurisprudentielle française engagée dix ans auparavant, pour retenir la responsabilité contractuelle.

Cours d'appel de Rabat, le 29 avril 1946 :

« Les rapports existants entre médecin et malade constituent un contrat "sui generis", entraînant pour le médecin une obligation comportant de sa part l'engagement d'employer les moyens de nature à réaliser un certain résultat, sans garantir la guérison, et de donner au malade des soins consciencieux et attentifs. »

(32)

Article 77 s. du Dahir formant le code des obligations et contrats :

« La responsabilité des médecins est de nature contractuelle, de telle sorte que la preuve de la faute médicale est à la charge du client qui prétend avoir été victime d'un mauvais traitement. »

(33)

Quant à la faute, elle est définie comme le manquement à un devoir préexistant que n'aurait pas commis une personne avisée placée dans les mêmes circonstances que l'auteur du dommage. (34)

ETUDE AU SERVICE
D'UROLOGIE
(CHU HASSAN II – FES)

I. Matériels et méthodes :

1. Objectif de notre étude :

La Transmission de l'information pour le patient est une obligation morale reconnue depuis des années, et elle est récemment devenue une obligation légale.

La Preuve de la livraison de l'information, autrement dit la preuve d'un consentement libre et éclairé est devenue la responsabilité juridique du chirurgien.

Nous avons mené une étude transversale descriptive au service d'Urologie CHU Hassan II de Fès pour évaluer la qualité du transfert d'informations en évaluant la compréhension du patient d'informations fournies.

2. Méthodologie :

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes limités à l'information délivrée et reçue par des patients hospitalisés au service d'Urologie du CHU Hassan II entre les mois de mars et mai 2015, ont été inclus uniquement les patients hospitalisés pour les pathologies traitées dans les fiches explicatives. Deux questionnaires ont été réalisés ; le premier comportait 17 questions (15 QCM et 2 questions ouvertes) et était destiné aux patients ; le deuxième comportait 12 questions (12 QCM) à l'attention de 10 des médecins résidents du service.

3. Questionnaires (Annexe 2) :

Les questionnaires portent sur les explications concernant les pathologies des patients, sur les modalités de traitement, sur les résultats de ce traitement et ses complications, sur les alternatives thérapeutiques et enfin sur le consentement.

Chaque chirurgien remplissait le questionnaire comme il le souhaitait de façon anonyme, les patients quant à eux, ils ont répondu au questionnaire oralement assistés dans la compréhension des questions par un observateur.

Les questionnaires basés sur des QCM (questions à choix multiples) ont fourni des critères formalisés pour l'étude de la compréhension et d'interprétation du patient. Les critères retenus étant comparables sur les deux questionnaires, celui du médecin et celui du patient, il était possible d'étudier pour chaque critère les divergences entre ce que le chirurgien estimait avoir dit et ce que le patient avait compris.

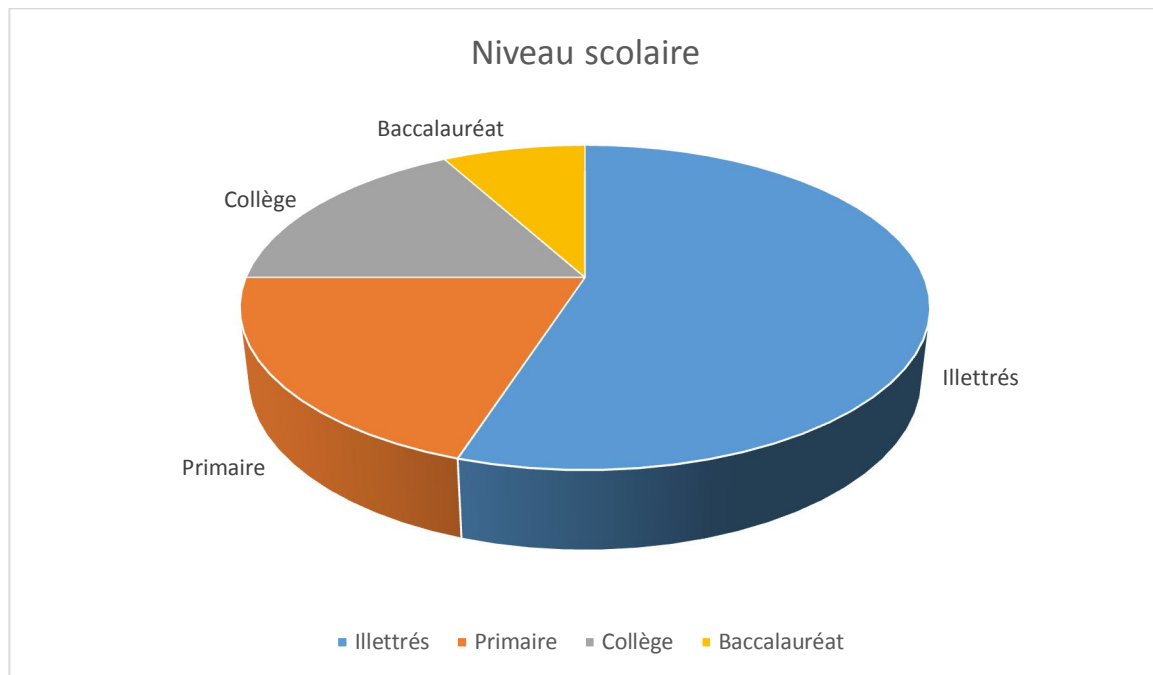
II. Résultats :

Nous avons pu inclure 29 patients (24 hommes et 5 femmes) sur une période de 3 mois (mars 2015– mai 2015). L'âge moyen des patients était de 53,5 ans (extrêmes : 26 et 90 ans).

Les résultats ont été étudiés question par question.

1. Le niveau scolaire :

Seize des patients n'ont jamais été scolarisés, 6 n'ont pas dépassé l'école primaire, 5 le collège et 2 ont obtenu le baccalauréat.



2. Explications sur la pathologie du patient :

La quasi-totalité des patients considéraient que les explications données par le médecin (question n°7) étaient compréhensibles ou à peu près compréhensibles : respectivement 31 et 65,5% (Tableau I), alors que 86% d'entre eux n'ont pas su donner le nom de leur pathologie (question n°6) (Tableau II). Les médecins (question n°1) pensaient que leurs explications étaient à peu près compréhensibles dans 80% des cas, très compréhensibles dans 10% des cas et incompréhensibles dans les 10% restants.

Tableau 1: Les explications concernant la pathologie

	Compréhensibles	A peu près compréhensibles	Incompréhensibles	Absentes
Patients	31%	65,5%	0%	3,5%
Médecins	10%	80%	10%	0%

Tableau 2: Réponses concernant le nom exact de la pathologie

	Oui	Non
Patients	14%	86%

3. Explications sur les modalités de traitement :

Les patients ont jugé à 72% que les explications données par le chirurgien concernant le traitement proposé (question 9) avaient été à peu près compréhensibles, 21% les ont jugées compréhensibles et seulement 7% considèrent ne pas avoir reçu d'explication. A la question : « Quel est le nom du traitement chirurgicale qu'on vous propose ? » (Question 8) 52% des patients n'ont pas su répondre.

Les médecins ont jugé que leurs explications concernant le traitement chirurgical proposé (question 2) avaient été à peu près compréhensibles dans 60% des cas, seulement un médecin (10%) a considéré ses explications comme très compréhensibles, et 3 médecins (30%) ont admis les considérer comme incompréhensibles. Ils ont aussi considéré avoir expliqué les suites opératoires (question 4) d'une manière à peu près compréhensible pour 70% d'entre eux, très compréhensible pour 20% et un médecin a même admis ne pas donner d'explications concernant les suites opératoires.

Tableau 3: Les explications concernant le traitement chirurgical

	Compréhensibles	A peu près compréhensibles	Incompréhensibles	Absentes
Patients	21%	72%	0%	7%
Médecins	10%	60%	30%	0%

En revanche, les questions plus détaillées sur la durée d'hospitalisation, ont fourni des réponses plus inhomogènes. Seulement 3 patients (11%) déclarent avoir reçu des informations sur la durée d'hospitalisation. Les médecins quant à eux estiment dans 70% des cas avoir transmis cette information, seulement 3 médecins (30%) ont répondu ne pas mentionner la durée d'hospitalisation.

Tableau 4: La durée d'hospitalisation

	Oui	Non
Patients	11%	89%
Médecins	70%	30%

4. Explications sur les avantages du traitement chirurgical :

Les explications sur les avantages liés au traitement chirurgical n'avaient paru très claires qu'à 24% des patients, 59% les ont considérées comme à peu près claires et 17% ont déclaré ne pas avoir reçu d'explications. Alors que les médecins avaient jugé leurs explications très compréhensibles dans seulement 10% des cas, à peu près compréhensibles dans 20% et ils les avaient jugées incompréhensibles par les patients dans 70% des cas.

Tableau 5: Les explications concernant les avantages du traitement chirurgical

	Compréhensibles	A peu près compréhensibles	Incompréhensibles	Absentes
Patients	24%	59%	0%	17%
Médecins	10%	20%	70%	0%

5. Explications concernant les complications éventuelles du traitement chirurgical :

21% des patients avaient trouvé les explications des médecins concernant les complications éventuelles de l'acte chirurgical (question n°12) très compréhensibles, 55% les ont trouvées à peu près compréhensibles. Et 7 patients (24%) considéraient qu'il n'y avait pas eu d'explication sur les complications éventuelles de l'acte chirurgical.

À la même question (questionnaire médecin n°6), 30% des médecins ont jugé leurs explications très compréhensibles, et 70% les ont considérées comme à peu près compréhensibles.

Tableau 6: Les explications concernant les complications éventuelles de l'acte chirurgical

	Compréhensibles	A peu près compréhensibles	Incompréhensibles	Absentes
Patients	21%	55%	0%	24%
Médecins	30%	70%	0%	0%

Pour affiner la réponse des patients, nous leur avons posé des questions sur les risques d'infection, les complications sexuelles et sur une éventuelle aggravation ou absence d'amélioration après le traitement chirurgical.

Le risque infectieux (question n°13) : 83% des patients ne connaissaient pas ce risque, et seulement 5 patients (17%) en connaissaient l'existence.

Les médecins ne jugeaient pas nécessaire de parler de ce risque dans 60 % des cas. La possibilité d'une complication infectieuse n'est signalée que par 4 médecins (40%).

Tableau 7: Le risque infectieux

	Oui	Non
Patients	17%	83%
Médecins	40%	60%

Le risque de complications sexuelles (question n°14) : 10 patients (34%) considéraient ce risque existant et 19 (66%) disaient ne pas connaître la réponse. Les chirurgiens avaient répondu que lorsque l'opération comportait un tel risque, il était expliqué dans 100% des cas.

Tableau 8: Le risque de complications sexuelles

	Oui	Non
Patients	34%	66%
Médecins	100%	0%

Existe-t-il un risque d'aggravation ou d'absence d'amélioration après traitement chirurgical ? (question patient n°15, question médecin n°9) : 17 patients (59%) ne pouvaient pas répondre, et 12 patients (41%) connaissaient l'existence de ce risque.

80% des chirurgiens affirment expliquer ce risque contre 20% qui ont déclaré la non nécessité d'informer le patient du risque d'aggravation ou d'absence d'amélioration.

Tableau 9: Le risque d'aggravation ou d'absence d'amélioration

	Oui	Non
Patients	41%	59%
Médecins	80%	20%

6. Proposition d'une alternative thérapeutique :

Ici encore la tendance est négative, ainsi 82% des patients déclarent ne pas avoir été informés d'une alternative thérapeutique contre 18% qui l'ont été.

Les réponses des chirurgiens vont dans le même sens, 60% ont répondu ne pas donner aux patients d'alternative thérapeutique et 40% ont affirmé le contraire.

Tableau 10: Proposition d'une alternative thérapeutique

	Oui	Non
Patients	18%	82%
Médecins	40%	60%

7. Le recueil du consentement :

69% des patients déclarent que leur consentement n'a pas été recueilli, et seulement 9 (31%) ont répondu que leur consentement a été pris.

Les réponses des médecins : 80% des médecins participants ont déclaré ne pas recueillir le consentement de leurs patients de façon systématique (ils déclarent le faire selon la gravité de la pathologie et de l'acte thérapeutique envisagé). En revanche à la question « Pensez-vous que c'est de votre devoir de recueillir ce consentement » (question 12) la réponse des médecins était unanime avec 100% de oui.

Tableau 11: Recueil du consentement

	Oui	Non
Patients	31%	69%
Médecins	20%	80%

III. Discussion :

La relation médecin-malade a beaucoup évolué au cours des dernières années, et si elle reste basée sur la confiance, la judiciarisation de la société n'a pas épargné le domaine de la santé, contribuant à en modifier la pratique.

Dans ce contexte, l'information apportée au patient et nécessaire à l'obtention de son consentement libre et éclairé, est passée du statut de devoir déontologique à celui d'obligation légale. En revanche, la loi n'a nullement fixé les modalités selon lesquelles cette information doit être apportée au malade, laissant le praticien libre de son choix. L'intérêt d'un support écrit, en complément de l'information orale, et permettant de garder une trace dans le dossier prend alors tout son sens.

L'urologie est une des disciplines les plus exposées aux poursuites judiciaires, notamment suite au risque de complications sexuelles. C'est cette réflexion qui nous a amenés à la réalisation de cette étude au sein du service d'urologie du centre hospitalier universitaire HASSAN II de Fès.

Avant de mettre en place une information écrite standardisée sous forme de fiches (Annexe 1), nous avons cherché à évaluer d'une part la qualité de l'information reçue et comprise par les patients, et d'autre part comment cette information est perçue par les praticiens du service. (35)

1. La pathologie du patient :

D'autres études comme celle menées par *Savornin et al.* en France (36) ont étudié la compréhension et la mémorisation de l'information donnée avant une intervention de chirurgie orthopédique, seulement 53,8 % de leurs patients avaient retenu toutes les explications sur leur pathologie. Il est quand même étonnant de voir un chiffre qui paraît si bas comparé au 96.5% (31% compréhensibles + 65.5% à peu près compréhensibles) qu'affiche notre étude, étant donné notre contexte

(l'illettrisme des patients et la barrière socio-économique). Est remarquable aussi le 0% qu'on retrouve dans les réponses des patients dans la catégorie « Incompréhensible », alors que les médecins eux même ont considéré à 10% que leurs explications étaient « Incompréhensibles ». Cela peut s'expliquer par le fait que les patients croient avoir compris, qu'ils ne décèlent pas eux même une explication incompréhensible et qu'ils la jugent immédiatement comme « A peu près compréhensible » ou alors « Absente ». Cette idée est confortée par les réponses concernant le nom de la maladie, effectivement dès que l'on questionne le patient sur les détails de ce qu'il croit avoir compris son illusion s'envole : 86% ne savent répondre.

2. Les modalités du traitement :

Cette fois encore aucun des patients ne juge les explications incompréhensibles, alors qu'à la source (les médecins) elles ont été qualifiées à 30% d'incompréhensibles (Tableau III).

Savornin et al. (36) ont retrouvé seulement 26,9 % de réponses positives concernant la compréhension de l'indication opératoire et 34,6 % concernant la compréhension de la technique opératoire contre 93% (72% à peu près compréhensibles + 21% compréhensibles) chez nous. Ici aussi les résultats ne sont pas significatifs du fait de l'inversion radicale de la tendance dès que les patients sont interrogés sur des notions précises (bien que ces informations ne soient pas d'une complexité particulière) : 89% des patients ont répondu n'avoir aucune réponse concernant la durée de leur hospitalisation alors que 70% des médecins affirment communiquer cette information.

Ce hiatus entre l'information transmise et celle perçue, peut s'expliquer par la fosse séparant le médecin et le patient tant du point de vue scientifique et culturel

qu'émotionnel. L'intervention pour le chirurgien est un geste technique qu'il pratique tous les jours, mais pour le patient, elle est vécue comme une agression. Il va être porté atteinte à son intégrité corporelle, certes dans son intérêt, mais le patient vit ce moment comme une sentence. Et c'est à ce moment, quand le patient est le plus vulnérable, que le praticien commence à donner les informations nécessaires pour la compréhension de la maladie et la conduite thérapeutique. (37)

En pratique, le patient sort de l'entretien avec son chirurgien ou de la consultation en n'ayant retenu qu'une très faible partie de cette information, ce que nous avons pu démontrer au cours de notre enquête. Comment peut-on espérer qu'une information condensée, donnée dans un laps de temps court et dans un contexte émotionnel fort, à un individu qui vient demander qu'on le soulage de ses maux, puisse être considérée comme intelligible ?

3. Les avantages du traitement chirurgical :

Il est étonnant qu'une information considérée comme intelligible (70% des médecins ont jugé leurs explications sur les avantages du traitement chirurgical incompréhensibles), ait été perçue comme satisfaisante par les patients dans 83 % des cas (24% compréhensible + 59% à peu près compréhensible) !

On peut imaginer qu'il s'agit d'une impression subjective de compréhension ou que cela soit lié à la présence de la blouse blanche de l'observateur, qui a conduit les patients à répondre ainsi. Les patients se trouvaient face à un médecin en blouse blanche (observateur), qui pouvait trouver claires des informations difficiles à comprendre pour eux. Les patients n'osaient peut-être pas dire qu'ils avaient mal compris, afin de faire plaisir à l'observateur, où pour ne pas déjuger un de ses collègues et pour faire plaisir au corps médical, dont l'observateur pouvait être le représentant.

4. Les complications éventuelles du traitement chirurgical :

Il semble important que les patients connaissent au moins les complications les plus fréquentes auxquelles ils sont exposés : cela afin qu'ils puissent donner un consentement éclairé mais aussi afin qu'ils consultent plus rapidement en cas de signes d'alerte. Or, seuls 17 % des patients interrogés disent avoir reçu une information concernant les complications infectieuses (40% des médecins déclarent donner cette information), et seulement 34% des patients disent avoir été informés sur les complications sexuelles éventuelles (contre 100% de réponses positives du côté des chirurgiens).

Les patients souhaitent-ils réellement entendre que la chirurgie est risquée ? Acceptent-ils ce risque consciemment ?

Dans l'étude de *Savornin et al.* (36) 19,2 % des patients inclus ont été pris en charge pour une réintervention. Ils possédaient donc déjà une partie de l'information et l'enquête montre que ces patients ont retenu 67,2 % de l'information globale. Cette difficulté à retenir les complications se retrouve aussi dans l'étude de *Lloyd et al.* (38), un mois après avoir reçu une information détaillée par un neurochirurgien senior sur les risques de l'endartériectomie carotidienne, seul un patient sur les 71 inclus se souvenait des chiffres exacts du risque d'accident vasculaire cérébral. Plus de 10 % avaient multiplié par 10 le risque de l'opération, certains avaient oublié qu'il pouvait y avoir un risque et 11 % ne le savaient pas ! Nous retrouvons les mêmes tendances pour des pathologies médicales. *Gattellari et al.* (39) ont montré que chez des cancéreux, 40 % n'avaient pas compris le but des traitements et moins de 20 % pouvaient décrire les chances de succès.

La relation médecin-patient semble donc perfectible à ce niveau, d'autant plus que nous avons déjà démontré que les explications fournies par le praticien ne sont que partiellement comprises et mémorisées.

5. Les alternatives thérapeutiques :

La plus part des chirurgiens ne pensaient pas nécessaire d'aborder la question, malgré le fait qu'ils participent à une étude qui évaluait la pertinence de l'information donnée !

Nous retrouvons ici un exemple type du paternalisme médical encore dominant dans notre contexte : le patient souvent illettré et non initié aux termes techniques, oblige le chirurgien à prendre toute les décisions mais aussi toutes les responsabilités.

6. Le recueil du consentement :

Tous les médecins interrogés pensent et savent que c'est à eux de recueillir le consentement de leurs patients, et pourtant presque aucun ne le fait, cela nous conduit à nous interroger sur la raison.

Il serait facile de blâmer les chirurgiens, de les rendre responsable du problème de communication existant, et d'idéaliser le patient. Malheureusement la réalité est toute autre, et pour espérer un jour avoir une relation médecin-patient idéale, il faut reconnaître les vrais obstacles.

Dans l'idéal, le médecin commencerait par décrire les caractéristiques de l'organe atteint en utilisant les mots les plus appropriés, puis il donnerait des explications sur la cause de la maladie, ensuite il décrirait le principe du traitement chirurgical et le déroulement des différentes étapes thérapeutiques. Il expliquerait au patient les bénéfices attendus du traitement proposé et les alternatives possibles, et finirait par une énumération et une description des différentes complications existantes et rapportées dans la littérature médicale. Suite à quoi, il sera remis parfois au patient une fiche d'information pré-établie évaluée et validée par un comité savant. Enfin on demandera au patient de signer un consentement éclairé dans le cas où il accepterait le traitement chirurgical.

Dans notre contexte, ces problèmes faisant obstacle à cette relation idyllique sont d'une part l'indisponibilité des médecins du fait de la charge de travail, au Maroc d'après l'OMS le nombre de médecins pour 1000 habitants est seulement de 0,69 (40). D'un autre côté, le patient marocain type, est souvent novice aux termes médicaux complexes et dispose d'un faible niveau intellectuel et socio-économique ne lui permettant pas de saisir les explications qu'il reçoit dans leur intégralité. En effet le taux d'analphabétisme au Maroc est encore de 30% d'après l'UNESCO (41).

S'ajoute à cela la réticence des patients, même les plus instruits d'entre eux, à consentir sur la base d'informations complexes.

D'autre part même dans des pays où l'information est devenue une obligation légale, et où il appartient au médecin de rapporter la preuve de cette information, le fait de faire signer un document n'a pas amélioré la qualité de l'information retenue. Dans une étude clinique française où un questionnaire a été adressé à 70 patients diabétiques chez qui un prélèvement d'ADN avait été effectué, après consentement éclairé, dans le cadre d'une étude sur la génétique du diabète [*Hervé et al.* (42)]. Sur les 51 réponses obtenues, aucun patient ne se souvenait avoir donné de l'ADN, aucun ne savait si les analyses sur l'ADN avaient été effectuées et aucun ne se souvenait avoir signé un formulaire de consentement ! L'ensemble de ces études montre que l'information, même lorsqu'elle est correctement donnée ou jugée correctement donnée, est mal assimilée par les patients. Les patients ne veulent pas, ou ne peuvent pas, retenir l'ensemble des informations données.

CONCLUSION

L'information du patient est une question de nature sociale, psychologique et culturelle et, pas seulement de technique médicale. Quand on analyse les causes des plaintes contre les médecins, ce n'est pas tant l'information qui fait défaut qu'une certaine qualité de communication dans un contexte qui n'est pas toujours propice à un échange idéal, tant les contraintes y sont déterminantes. Le comment-dire est sans doute plus important que le tout dire. C'est plus la qualité de la relation que l'énumération de complications incompréhensibles pour le patient qui va permettre au patient de donner sa confiance. Il faut faire l'effort d'informer, non pas tant pour apprendre la chirurgie au patient, que pour montrer qu'on le respecte. Cette attitude est nécessaire pour obtenir sa participation active au traitement et partager avec lui la responsabilité de la prise de décision finale. Une signature en bas d'une page de feuille de consentement arrachée au patient à la fin de la consultation ne peut pas avoir une valeur éthique. (43)

Avant de consentir à un acte chirurgical, il faudrait que le patient rencontre à plusieurs reprises le même chirurgien qui délivrerait à chaque consultation une information orale totale et loyale, si nécessaire accompagnée d'une fiche d'information écrite. Il devrait s'astreindre à chaque consultation à évaluer la compréhension de l'information donnée, de manière détaillée et laisser le temps pour que cette information soit assimilée par le patient entre chaque séance de consultation. Et c'est seulement à partir du moment où le patient aurait assimilé toutes les données de l'information, que le consentement éclairé pourrait avoir une valeur. Si on prend l'exemple d'un milieu hospitalier où chaque praticien consulte en moyenne une fois par semaine et, avec à chaque consultation, un cahier de rendez-vous qui comporte entre 20 à 30 patients, cela pourrait prendre plusieurs mois. Faire attendre autant un patient qui souffre n'est probablement pas une attitude beaucoup plus éthique ! L'éthique a été décrite comme « une visée de la vie bonne, avec et pour

les autres, dans des institutions justes » (44). Si nous voulons continuer notre métier « avec et pour les autres », nous devons nous astreindre à trouver des solutions pour que notre monologue pendant la consultation puisse se transformer en un dialogue avec nos patients. Pour que « l'institution reste juste », c'est encore à nous qu'incombe la tâche de trouver des propositions pour rendre plus équitable la relation médecin-malade, dans l'intérêt de nos patients et d'éviter que cette tâche soit faite par les juristes, les juges, les avocats, l'État... et les associations de victimes !

Le but de ce travail a été de mettre en lumière ce droit qu'est le consentement libre et éclairé et d'analyser sa réalité dans notre contexte. Nous avons aussi essayé de donner l'exemple en réalisant des fiches d'informations en arabe dialectal. Il ne s'agit cependant que d'un modeste début qui doit être suivi d'autres...

ANNEXE 1 :

FICHES D'INFORMATIONS POUR LE PATIENT

أوراق إرشاد المريض



ADENOMECTOMIE PROSTATIQUE CHIRURGICALE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention proposée a pour objectif de traiter l'adénome de prostate que vous présentez, par voie chirurgicale dite «ouverte».

Rappel anatomique

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

La prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit traverser la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.

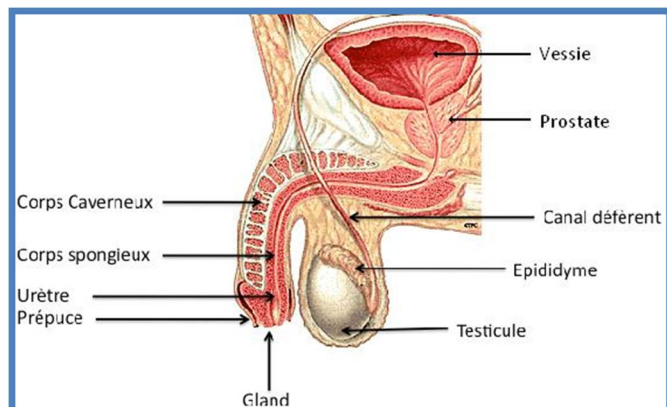


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Principe de l'intervention

L'augmentation de volume de la prostate, adénome prostatique ou hypertrophie bénigne prostatique (HBP) est une pathologie de la partie centrale de la prostate.

Une intervention chirurgicale est indiquée lorsque le traitement médical n'est plus efficace et dans le cas de complications.

Existe-t-il d'autres options ?

- Un traitement médical : est habituellement proposé en première intention. Il peut avoir des effets secondaires et une efficacité limitée.
- Résection trans-urétrale de la prostate (RTUP) par voie endoscopique : est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît. Elle consiste à enlever l'adénome prostatique pour élargir le canal urinaire.
- Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi il privilégie une adénomectomie chirurgicale plutôt qu'une intervention endoscopique, le volume de la prostate est un des critères de choix importants.

Préparation à l'intervention

- Une échographie de la prostate peut être réalisée pour estimer le volume de la prostate et apprécier l'aspect de la vessie.
- Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection.
- Un bilan sanguin, comportant l'étude de la fonction des reins, est réalisé avant l'intervention.
- la prise d'anti-agrégant plaquettaire ou d'anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours ou éventuellement poursuivie à faible dose pour l'aspirine.
- Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Technique opératoire

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

L'adénomectomie prostatique chirurgicale consiste à retirer la totalité de l'adénome, c'est-à-dire la partie centrale de la prostate, la prostate périphérique est laissée en place.

Elle nécessite une incision cutanée de quelques centimètres au-dessus du pubis.

En fin d'intervention, un drain aspiratif est placé au niveau de la zone opératoire. Une sonde vésicale, mise en place pendant l'intervention, est maintenue pendant plusieurs jours suivant les recommandations de votre urologue. Elle peut permettre de laver la vessie de façon continue avec du sérum pour éviter la formation de caillots de sang et l'obstruction de la sonde.

Analyse anatomopathologique

La pièce opératoire est systématiquement analysée par le médecin anatomopathologiste pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion bénigne.

Suites habituelles

Le drain est retiré après 1 à 3 jours. Si un fil dit de « cerclage » a été placé pour diminuer le saignement, il est retiré par simple traction à travers la peau 1 ou 2 jours après l'intervention.

Le délai pour l'arrêt du lavage de la vessie et le retrait de la sonde est variable, habituellement de quelques jours et il est décidé au cas par cas par votre chirurgien.

Vous pouvez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention. La douleur appelée « poussée sur sonde » peut survenir par intermittence, elle correspond à un spasme de la vessie et se caractérise par une envie douloureuse d'uriner malgré la sonde. Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin.

Un traitement anti-coagulant est prescrit en post-opératoire pour prévenir le risque de phlébite.

Les fils ou les agrafes cutanés sont retirés dans un délai de 6 à 12 jours.

Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.

Des ordonnances peuvent vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.

La reprise de vos activités doit être progressive en évitant les efforts et les rapports sexuels pour un mois. Au-delà, il n'y a aucune restriction particulière.

Le résultat fonctionnel sur les mictions est progressif dans un délai d'environ 1 à 3 mois. Pendant cette période, vous pouvez ressentir des envies pressantes ou des brûlures en urinant.

Suivi post-opératoire

La consultation post-opératoire intervient dans les semaines qui suivent l'intervention. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale.

Une analyse d'urine à la recherche d'une infection et une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel peuvent vous être prescrites.

Le suivi est ensuite réalisé habituellement une fois par an par l'urologue

Si un cancer de la prostate est diagnostiqué sur le tissu prostatique retiré lors de l'intervention, votre urologue vous précisera les conditions du suivi.

Une repousse de l'adénome peut se produire plusieurs années après l'intervention, avec réapparition des symptômes urinaires. Par ailleurs, un cancer de la prostate peut survenir à distance sur la prostate restante, sans que cela n'ait de lien avec l'intervention.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- Le saignement peut être présent pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention. Une réintervention peut être nécessaire pour retirer des caillots sanguins dans la vessie.
- La rétention urinaire (blocage de la vessie ou défaut de contractilité du muscle vésical) est une complication possible. Une sonde vésicale est posée pendant quelques jours si une rétention urinaire par caillotage survient.
- L'infection urinaire, complication la plus fréquente, peut conduire votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, n'hésitez pas à prendre contact rapidement avec votre urologue.

- La phlébite est une complication possible, mais le risque est réduit par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants.
- La cicatrice cutanée peut s'infecter (abcès). En cas de douleur au niveau de la cicatrice, de rougeur ou d'écoulement de pus, il faut contacter votre chirurgien. Un écoulement d'urine par la cicatrice peut nécessiter de reposer la sonde pour une durée de plusieurs jours.
- Il n'existe habituellement pas de troubles de l'érection après ce type d'intervention.
- Le risque d'éjaculation rétrograde est très fréquent. Celle-ci se caractérise par l'absence d'émission de sperme au moment de l'orgasme. Elle est secondaire à l'ouverture du col de la vessie provoquée par le retrait de l'adénome.
- L'incontinence urinaire est rare, le plus souvent transitoire.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية على النفخ ديال البروستات أو الورم الحميد

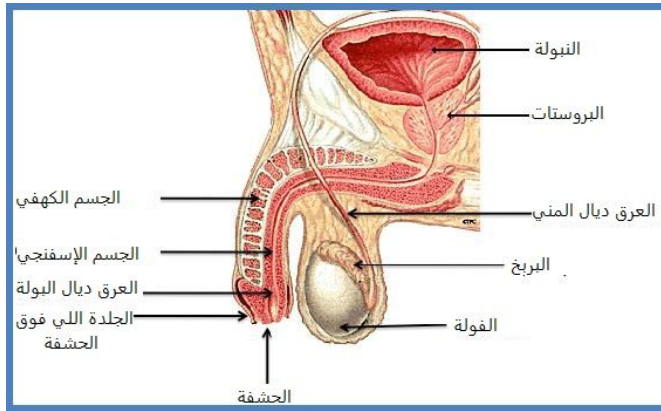
الهدف من هاد العملية هو نحيدو ليك النفخ ديال البروستات اللي عندك، عن طريق الفتيح.

العضو : البروستات

النبولة هي الخزان اللي كتجمع فيه البولة، مور ما تكون تصوبات فالكلاوي.

البروستات هي واحد الغدة موجودة تحت النبولة. أثناء عملية التبول، كتخرج البولة من النبولة وكتدور من البروستات فوسط مجرى البول.

مجرى البول أو العرق ديال البولة هو اللي كيمكن من التبول.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية

الورم الحميد للبروستات أو التضخم الحميد للبروستات ولا النفخ ديال البروستات، هو مرض كيصيب الجزء الوسطاني ديال البروستات.

هاذ العملية كيديرها الواحد فاش ماكيبقاش الدوا نافع، ولّا إلى بانو شي مضاعفات.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دياالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دياالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى ما فتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دياالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياالك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

- ◆ في الغالب كايغطي الطبيب فالأول غير الدوا. ولكن الفعالية دبالو محدودة ويمكن يكونو عندو أعراض جانبية.
- ◆ يمكن يحدّ ليك الطبيب البروستات بالمنظار وكايقتراح عليك هاد الطريقة إلى مابقاش الدوا كافي أو إلى بانو شي أعراض. وفهاد العملية كيكترط ليك الطبيب البروستات باش يوسّع مجرى البول.
- ◆ الطبيب دبالك غايكون شرح ليك علاش كيفضل يدير ليك عملية مفتوحة عوض المنظار. والحجم دبال البروستات دبالك هو عامل مهم فهاد الاختيار.

التواجد للعملية

- ◆ غايطلب منك الطبيب دبالك تدير التلفزة دبال البروستات باش يشوف الحجم دبالها ويشوف الحالة دبال النبولة.
- ◆ غاتدير قبل العملية تحليلة دبال البولة باش نشوفو واش فيها ميكروب وإلى كان تاخذ عليه الدوا.
- ◆ غاتدير تحليلة دبال الدم باش نشوفو الحالة دبال الكلاوي دبالك.
- ◆ إلى كنتي تتاخذ شي دوا كايجرّي الدم، خاصك تحبسو بضعة أيام قبل العملية، وبالنسبة للأسبيرين تبدا تاخذو بكمية قليلة.
- ◆ يقد يخرّج ليك الطبيب الدوا دبال الميكروب كوقاية.

كى غاتدور العملية

غادي تبّنج كلّك ولا غي نصك. العملية دبالك، الهدف منها أن الطبيب يحدّ ليك النفخ اللّي عندك فالبروستات، بمعنى غايحدّ الجزء الوسطاني دبال البروستات ويخلي الجزء البرّاني منها.

غايدير ليك الطبيب واحد الفتحة دبال بعض السننيمترات من فوق حجرك.

وغايدير ليك الطبيب فوسط العملية تبيو دبال البولة غايبقى شي يامات، على حساب التعليمات دبالو، هاذ التبيو كيمكّن من غسيل النبولة بالصيروم بطريقة مستمرة، باش ما يتكدّش ليك الدم ويخفق التبيو دبال النبولة. وغايدير ليك فنهاية العملية تبيو فالموضع دبال الفتحة.

التحليّة دبال العملية

الطبيب المختص في التحليل النسيجي غادي يقلّب الطرف دبال البروستات اللّي حيدو ليك باش يتأكّد أنها مافيهاش مرض خايب (السرطان).

من بعد العملية

غا يحدّو ليك التبيو اللّي فموضع الفتحة من بعد يوم إلى 3 أيام. إلى كان دار ليك الطبيب واحد الخيط دبال التزيار باش ينقص من النزيف، غايحدّو بطريقة بسيطة من الجلدة يوم أو يومين بعد العملية.

الطبيب دبالك غادي يقول ليك فوقاش يمكن ليك تحبس الغسيل دبال النبولة وفوقاش تحيدّ التبيو دبال البولة، في الغالب بضعة أيام من بعد العملية.

تقدر تحس بالتشواط فمجرى البول (العرق دبال البولة) في الأيام الموالية للعملية.

تقدر تحس بالرغبة في التبول مع الحريق وخّا داير التبيو، وغايخرّج ليك الطبيب عليه الدوا .

غا يخرّج ليك الطبيب دوا كيجرّي الدم باش مايتكدّش.

غاتحدّ الغراز 10 أيام من بعد العملية.

خاصك تبقى تشرب الماء بزّاف، وتبول مزيان باش تغسل النبولة وما تولّيش البولة حمراء. إلى تكبدّ ليك الدم في النبولة يقدر يحصر ليك البولة.

خاصك ترتاح مزيان وما تديرش شي مجهود كبير فالشهر اللّي مور العملية.

غا يعطيك الطبيب شي تحاليل، تصاوبهم وتجييهوم معاك فالكونترول .

غاترجع للأنشطة اليومية دياك بطريقة تدريجية وخاصك تتجنب المجهود الكبير والجماع لمدة شهر .

غادي تبدأ تحس بالنتيجة ديال العملية، وتقدر تيول مزيان مور شهر تقريبا حتى 3 أشهر. فهاد المدة يمكن تحس برغبة فالتبول قوية، أو تشاوط أثناء التبول.

المتابعة مور العملية

غاترجع تدوّز فالأسابيع اللي مور العملية على ود الكونترول، باش نشوفو التحسن ديال الأعراض البولية دياك ونشوفو واش النبولة كتخوا مزيان.

وبقدر يخرّج ليك الطبيب التحليلة ديال البولة باش نشوفو واش فيها المكروب والتلفزة مع قياس كمية البولة اللي كتبقى فالنبولة مور التبول.

من بعد، غادي تبقى تدوّز مرة فالعام عند طبيب المسالك البولية. وإلى خرجات التحليلة ديال العملية فيها المرض الخايب، غايقول ليك الطبيب دياك كي غاتبقى تدوّز.

تقدر تعاود تنفخ ليك البروستات سنوات من بعد العملية، ويعاودو يبانو الأعراض اللي كانو فيك، ويمكن في بعض الأحيان مور بزّاف ديال الوقت يتكوّن سرطان فالجزء اللي بقى من البروستات، وهادشي ماعندو حتى علاقة بالعملية اللي درتي.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ❖ يقدر يسيلك الدم من مور العملية ببضعة أيام حتى لبضعة أسابيع. وتقدر تعاود تفتح باش يحددو ليك الدم اللي تكبّد فالنبولة.
- ❖ ممكن تحصر ليك البولة، ويدير ليك عليها الطبيب التبيو ديال البولة لبضعة أيام.
- ❖ يقدر يجيك الميكروب فالنبولة، ويخرّج ليك الطبيب عليه الدواء، ويتأكد أن النبولة دياك كتخوا مزيان. إلى جاتك السخانة ولا شوطاتك البولة أخبر الطبيب دياك.
- ❖ يقدر يتكبّد ليك الدم فالعروق، وداكشي علاش عطاك الطبيب دوا كيجري الدم كوقاية.
- ❖ تقدر تتعفن ليك موضع الفتحة، إلى بدات كتحرّقك الجرحة ولا حمارت ليك ولا إلى سال منها القيح سير تدوّز في أقرب وقت. وتقدر تسيل ليك البولة من موضع الفتحة ويدير ليك الطبيب التبيو ديال البولة لمدة بضعة أيام.
- ❖ في الغالب، ماكيوقعوش مشاكل ديال انتصاب القضيب.
- ❖ كيوقع بزّاف مشكل القذف إلى الورا، اللي ماكيقاش كيخرج فيه المني فوسط الجماع.
- ❖ وشي مرات قلل يمكن تبقى تفلت ليك البولة، ولكن هاد المشكل كيوشي بوحدو مع الوقت.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



BANDELETTE TOT POUR CURE D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT CHEZ LA FEMME

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

Qu'est-ce qu'une incontinence urinaire ?

L'incontinence urinaire se définit par toute fuite involontaire d'urine à l'origine d'une gêne. Il existe plusieurs types d'incontinence urinaire :

- L'incontinence urinaire d'effort : il se produit des fuites lors de l'effort (activités sportives, toux, rire, éternuement, marche, changement de position).
- L'incontinence urinaire par urgenturie (ou impériosités) : elle se traduit par des besoins urgents qu'il n'est pas possible de retenir.
- L'incontinence urinaire mixte : elle associe des fuites à l'effort et des fuites par impériosités.

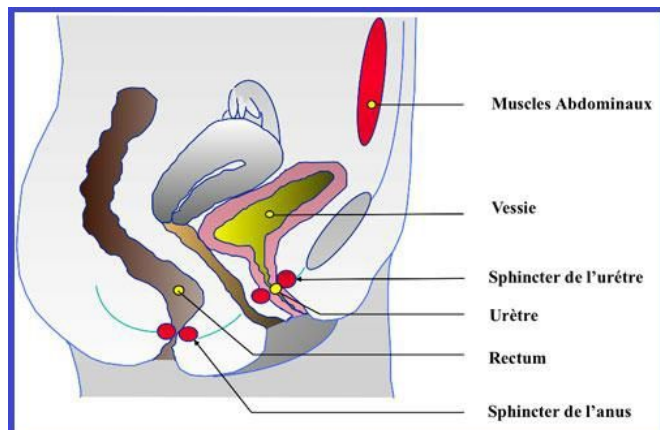


Figure1: Schéma de l'anatomie pelvienne féminine

A quoi est due l'incontinence urinaire d'effort ?

Elle est la conséquence :

- D'une faiblesse des muscles du périnée (périnée : partie du corps fermant en bas le petit bassin et traversée par la terminaison des voies urinaires, génitales et digestives) chargés de soutenir la vessie et l'urètre.
- D'une faiblesse du sphincter de l'urètre (muscle chargé d'assurer l'étanchéité de la vessie).

La femme est volontiers sujette à ce handicap car son urètre est très court, son sphincter peu puissant, son périnée fragilisé par plusieurs orifices permettant le passage de l'urètre, du vagin et du rectum. Son périnée est soumis à rude épreuve lors de la grossesse et surtout de l'accouchement.

Enfin, le manque d'hormones après la ménopause conduit à un assèchement des tissus et à une fragilité supplémentaire.

Pourquoi cette intervention ?

Lorsque la rééducation périnéale a échoué ou que l'incontinence à l'effort est très importante, l'intervention est actuellement un des moyens les plus performants pour faire disparaître durablement les fuites à l'effort.

Aucun médicament n'est actuellement actif sur l'incontinence urinaire d'effort.

Principe de l'intervention

Elle consiste à positionner sous l'urètre une petite bandelette en matériel synthétique. Cette bandelette, telle un hamac, restera sous l'urètre, le soutenant lors de l'effort afin d'empêcher les fuites. Différentes bandelettes avec différents systèmes de pose sont commercialisées. Votre chirurgien choisira celle qui est la mieux adaptée à votre cas et à son expérience.

Notez que toutes les incontinenances urinaires ne relèvent pas de cette intervention. Le choix de cette technique sera effectué par votre médecin après vous avoir examiné et demandé le cas échéant, quelques examens comme un bilan urodynamique.



Figure 2: Mise en place d'une bandelette sous-urétrale

Préparation à l'intervention

Avant l'intervention : comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie a lieu quelques jours avant l'intervention. Le choix de l'anesthésie : anesthésie locale, anesthésie locorégionale (seule la partie inférieure du corps est endormie) ou anesthésie générale (vous dormez complètement) est effectué par le chirurgien et le médecin anesthésiste en fonction de votre dossier et en tenant compte de votre avis.

Technique opératoire

L'intervention a lieu après s'être assuré, par une analyse d'urines récente, que vous n'avez pas d'infection urinaire. En cas d'infection, votre intervention est différée jusqu'à stérilisation des urines.

Au bloc opératoire, en position gynécologique, trois petites incisions sont pratiquées, l'une de 1,5 cm à l'intérieur du vagin, deux de quelques millimètres sur le pubis ou à la racine des cuisses. La bandelette est passée et positionnée sous l'urètre à l'aide d'aiguilles.

En fin d'intervention, peuvent être mis en place une sonde dans la vessie et un tampon dans le vagin. La durée de l'intervention est de 20 à 30 minutes.

Suites habituelles

La sonde urinaire et le tampon vaginal sont retirés, après avis de votre chirurgien, après quelques heures. La durée de l'hospitalisation est habituellement de quelques heures à 48 heures. L'intervention est peu douloureuse.

Vous pourrez ressentir quelques brûlures en urinant ou constater que vous urinez avec un jet plus faible. Des pertes vaginales sont possibles pendant quelques jours.

La durée de la convalescence est en moyenne de deux semaines, cette durée pouvant être adaptée en fonction de votre profession. Dès votre sortie, vous pourrez reprendre une activité normale en évitant les efforts violents et le port de charges lourdes (supérieures à 5kg). Vous devrez éviter les bains et vous abstenir de relations sexuelles et d'activités sportives pendant quatre semaines. Une consultation de contrôle est prévue quelques semaines après votre intervention.

En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles ou d'odeur « forte », de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, n'hésitez pas à consulter votre médecin.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- **Pendant l'intervention :** les techniques récentes de passage de la bandelette sont très sûres et les complications pendant l'intervention très rares (plaie de la vessie, plaie de l'urètre, hémorragies et hématomes)
- **Complications graves :** toute intervention, même minime, comporte des risques exceptionnels et imprévisibles mais parfois très graves (plaie vasculaire, accident cardiaque, allergie...).
- **Après l'intervention :**

Infections

- La sonde urinaire peut favoriser la survenue d'une infection urinaire. En cas d'infection urinaire, quelques jours d'antibiotiques permettent une guérison rapide.
- La bandelette étant très bien tolérée et intégrée dans l'organisme, le risque de son infection est exceptionnel.

Difficultés à uriner

Il est habituel d'uriner avec un jet moins puissant après l'intervention. Parfois, des difficultés importantes nécessitent de conserver la sonde urinaire quelques jours supplémentaires. Lorsque ces difficultés persistent, votre chirurgien décidera de l'opportunité d'une réintervention.

Envies fréquentes

Il est parfois constaté après l'intervention des envies d'uriner plus fréquentes et plus urgentes. Ces anomalies disparaissent habituellement en quelques jours ou semaines. En cas de persistance, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

Sexualité

Dès lors que l'incision du vagin est cicatrisée, l'intervention ne modifie pas votre sexualité. Exceptionnellement, il est possible que vous ou votre partenaire ressentiez la bandelette dans le vagin.

Douleurs

L'intervention ne nécessitant pas de grandes incisions ou de gestes traumatisants, les douleurs sont généralement minimales et limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Il est parfois possible de ressentir quelques douleurs comme des crampes à la racine des cuisses.

Problèmes de cicatrisation

Les incisions au niveau de la peau cicatrisent en une dizaine de jours. Au niveau du vagin, des défauts de cicatrisation sont parfois constatés. Signalez à votre chirurgien un écoulement vaginal anormal.

Par la suite :

Une surveillance régulière est nécessaire. N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois par an ou en cas d'anomalies (envies fréquentes, difficultés à uriner, infections urinaires répétées, écoulement vaginal anormal).

Résultats

Le résultat sur l'incontinence est habituellement très bon (85 à 90%), mais ne peut être garanti. Cependant, des récurrences d'incontinence urinaire à l'effort peuvent toujours survenir et être corrigées.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.
Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.
Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العلاج ديال مشكل البولة اللي كتفل بالمجهود عند المرأة، بطريقة TOT

شنو هو مشكل البولة اللي كتفلت؟

هاد المشكل كييعني أنه كتفلت ليك البولة بشكل غير إرادي، وفيه بزاف ديال الأنواع:

- البولة اللي كتفلت بالمجهود: مثلا إلى كنتي كتديري شي رياضة، أو أثناء الضحك، أو العطسة، أو المشي...
- البولة اللي كتفلت على غفلة: فاش كنتري بزاف وما كتقديش تحصرها.
- والبولة اللي كتفلت بالطرق بجوج.

شنو هو السبب ديال هاد المشكل؟

هو نتيجة ديال:

- ضعف العضلات ديال الحجر، اللي الدور دياها تشد النبولة ومجرى البول.
- ضعف العضلة المسؤولة على حصر البولة.

هاد المشكل تايجي بزاف للعيالات، حيث مجرى البول دياهم قصير، والعضلة اللي كتحصر البولة ضعيفة، إضافة إلى عوامل أخرى بحال الولادة. وكتزاد الحدة ديال هاد المشكل فاش كيمشي حق الشهر، حيث النقص فالهرمونات تيادي لجفاف الأنسجة والهشاشة دياها.

علاش هاد العملية؟

هاد العملية، هي علاج مزيان للمشكل ديال البولة اللي كتفلت بالمجهود فاش ماكيقاش كافي الترويض، غالبا كتنتج فالقضاء عليه لمدة طويلة.

ماكاين حتى دوا لهاد المشكل.

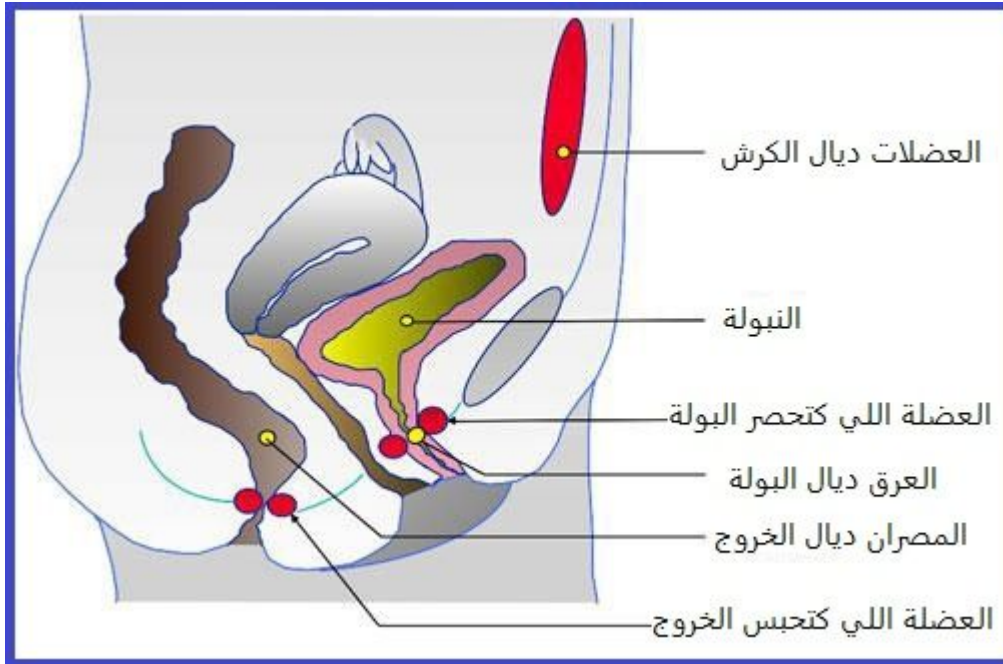
العملية

في هذه العملية كيدير ليك الطبيب بانضة اصطناعية تحت مجرى البول. الدور دياها أنها كتبقى هازة مجرى البول وكتساعد العضلة اللي كتحصر البولة، وبهاد الطريقة ماكيقاش عندك هاد المشكل بالمجهود. هاد العملية صالحة غير اللي كتفلت ليها البولة بالمجهود.

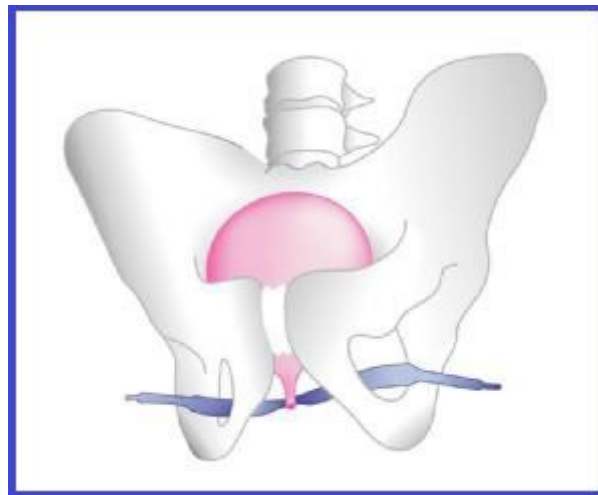
هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دياك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دياك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى ما فتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دياك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياك.



رسم 1: الأعضاء ديال الحجر ديال المرأة



رسم 2: بانضة اصطناعية تحت مجرى البول

التواجد العملية:

بحال بالنسبة لكل عملية، غايدوز ليك الطبيب البناج قبل العملية ببضعة أيام وغختار هو والطبيب الجراح دياك إنا نوع ديال البنج غايدورو ليك (واش بينجوك كلك ولا نصك) على حساب الحالة الصحية دياك.

كيفاش غاتدور العملية؟

ماكتدّار هاد العملية، حتى كيكون الطبيب تأكد بواسطة التحليلة أن البولة دياك مافيهاش الميكروب (والى كان غتاخدي عليه الدوا).

فقاعة العمليات، غاتكوني ناعسة على ظهرك (بحال أثناء الولادة)، غايدور ليك الطبيب دياك 3 ديال الفتحات صغار: الأولى فيها 1.5 سنتمتر فالداخل ديال المهبل، و2 ديال الفتحات الاخرين فيهم بضعة ملمترات فالجدر ديال فخاضك. وغايدخل الطبيب الجراح البانضة من هاد الفتحات باش يوضعها تحت مجرى البول.

في النهاية ديال العملية، ممكن يوضع ليك الطبيب تبيو ديال البولة فالنبولة وفاصمة فالمهبل.

المدة ديال العملية تتقدّر ب20 حتى ل30 دقيقة.

من بعد العملية

التبيو ديال البولة والفاصمة اللي فالمهبل غاتحديهم من بعد بضعة ساعات، على حساب الرأي ديال الطبيب دياك .

المدة ديال النعاس دياك فالمستشفى كتراوح مابين يوم أو يومين.

هاد العملية ماكتعطيش الحريق بزّاف.

ممكن تحسي بالتشواط أثناء التبول، أو تلاحظي أن البولة دياك ولّات قليلة. ويقدر يهبط عليك الماء من القدام في الأيام الأولى ديال العملية.

خاصك تترتاحي تقريبا لمدة 2 ديال الأسابيع من بعد العملية، على حساب الرأي ديال الطبيب دياك والمهنة دياك، وما تديري حتى مجهود كبير، أو تهزّي شي حاجة ثقيلة (أكثر من 5 كيلو). ماخاصكش تمشي للحمام، أو تمارسي الرياضة والجماع لمدة 4 ديال الأسابيع من بعد العملية.

غا يكون عندك موعد باش تجي تدوّزي على ود الكونترول من بعد بضعة أسابيع. إلى بقات كتشوطك البولة أو بقات مخوّضة، أو فيها الريحة مجهدة أو طلعات ليك السخانة، أو كتلقاي صعوبات كبيرة فالتبول، خاصك ترجعي عند الطبيب دياك.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

الطرق الحالية باش كيوضع الطبيب البانضة مافيهاش الخطر بزاف والمضاعفات دياها نادرا ما كتوقع (تقاس النبولة، أو يتقاس مجرى البول، نزيف أو يتجمع ليك الدم).

ب. مضاعفات خطيرة:

كل عملية واحّا صغيرة ممكن تعطي مضاعفات نادرة ومايمكنش نتوقعوها، وشي مرات خطيرة (يتقاس شي عرق، مشكل في القلب، أو حساسية لشي دوا..).

ت. من بعد العملية:

◆ تعفن:

- التنبؤ ديال البولة يمكن يؤدي لظهور مكروب فالبولة، فهاد الحالة، خاصك تبقي الدوا ديال المكروب لبضعة أيام.
- البانضة كيتقبلها الجسم دياك مزيان، والإحتمال ديال التعفن ديالها نادر جداً.

◆ صعوبة في التبول:

- عادة من بعد هاد العملية كينقص الجهد ديال البولة، وفي بعض الحالات غايخصك تبقي دايرة التنبؤ ديال البولة لبضعة أيام إضافية، أو تعاودي تفتحي.

◆ رغبة متكررة في التبول:

- من بعد هاد العملية ممكن يبقاو يجيوك رغبات متكررة فالتبول، كيمشي مع الوقت، إلى مامشاوش قوليها للطبيب دياك.

◆ الجماع:

- هاد العملية ماكتبدل حتى حاجة فالعادات دياك، بمجرد ما يبراو ليك الفتحات.

◆ الحريق:

- مور هاد العملية تكون الحريق غير قليل لمدة بضعة أيام. ممكن تحسّي بحريق (بحال كلاكاج) فجدر ديال فخضك.

◆ مشكل باش يبراو ليك الفتحات:

- الفتحات اللي عندك كيبراو تقريبا على 10 أيام، بالنسبة للفتحة اللي فالمهبل تقدر ماتبراش مزيان. وإلى هبط ليك شي ماء من القدام قوليها للطبيب دياك.

◆ من بعد:

- غايخصك تبقي متبّعة مع الطبيب دياك، على الأقل مرة فالعام، أو إلى كان عندك شي مشكل.

النتيجة:

النتيجة ديال العملية على المشكل ديال البولة فاش كاتقلت بالمجهود كاتكون 85% مزيانة، ولكن مامضموناش 100%. ممكن هاد المشكل يعاود بيان عندك مع الوقت، وغايخصك تعالجه.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



CRYPTORCHIDIE (INTERVENTION POUR ECTOPIE TESTICULAIRE, TESTICULE PALPABLE)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

Votre testicule n'est pas situé en position normale dans la bourse, mais au niveau de l'aîne. Le plus souvent, il n'est pas descendu parce qu'il est fixé dans son trajet normal par des adhérences plus ou moins fibreuses ou parce qu'il ne se trouve pas dans l'axe normal de sa migration vers les bourses. L'intervention est destinée à abaisser et à fixer ce testicule dans la bourse.

Le testicule

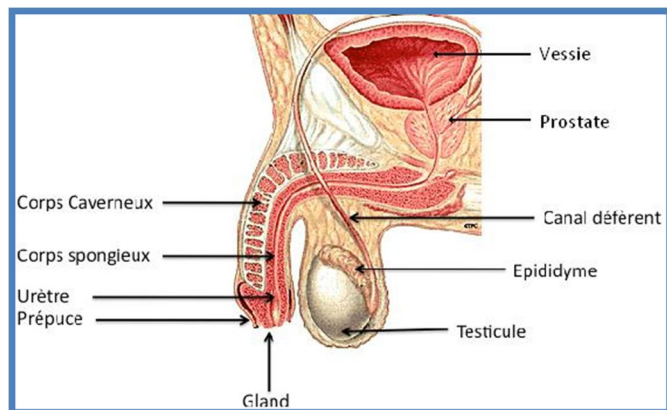


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Le testicule est une glande ayant deux fonctions après la puberté :

- La production d'hormones masculines (la principale étant la testostérone) qui n'est pas modifiée par la situation anormale du testicule.

- La production de spermatozoïdes, c'est-à-dire des « cellules » masculines de la reproduction ; cette fonction peut être affectée par la situation haute du testicule.

Pourquoi cette intervention ?

Le but de l'opération est d'abaisser le testicule en position normale dans la bourse pour lui permettre un fonctionnement optimal. L'impact psychologique et esthétique peut également être important.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Il existe un traitement médical de cette anomalie par une série d'injections intramusculaires d'hormones ; son efficacité est de l'ordre de 30%.

Laisser le testicule en position haute risquerait de compromettre sa fonction à l'âge adulte. Si les deux testicules sont en position anormale, il existe un risque d'anomalie ultérieure de la fertilité (possibilité d'avoir des enfants). L'autre risque d'un testicule non descendu est celui de la cancérisation qui peut survenir, après l'âge de 20 ans. L'opération ne réduit pas les risques de cancérisation, mais permet la surveillance par palpation du testicule descendu. L'opération est donc nécessaire pour diminuer ces risques.

Préparation à l'intervention

L'opération se déroule sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation en ambulatoire ou de courte durée.

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Technique opératoire

L'intervention est menée par deux courtes incisions, une au niveau de l'aîne et l'autre à la partie basse de la bourse. Elle consiste à libérer le testicule de ses attaches et à redonner le maximum de longueur aux vaisseaux et aux canaux qui l'accompagnent. Le testicule peut alors être fixé dans la bourse de manière à ce qu'il ne puisse pas remonter.

Si au cours de l'opération, le testicule apparaît de très petite taille ou peu vascularisé, il est susceptible d'être enlevé car il ne sera d'aucune utilité et risque d'être à l'origine de complications ultérieures. Il faudra éventuellement envisager, mais plus tardivement, la mise en place d'une prothèse testiculaire.

Suites habituelles

Plus le testicule est haut situé, plus l'intervention risque d'être délicate. Un drain (petit tube) peut être éventuellement laissé après l'opération pendant quelques heures ou quelques jours.

La douleur est en général peu importante et prise en charge par le traitement post-opératoire.

Vous serez immobilisé un minimum de temps et vous devrez avoir une activité physique réduite pendant quelques jours.

Les soins infirmiers postopératoires vous sont expliqués (bains, pansements...).

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- ✓ Il est relativement fréquent de constater un petit gonflement ou un petit hématome au niveau de la région opérée.
- ✓ L'infection est rare, en général sans gravité. Exceptionnellement l'infection est plus grave avec présence d'un abcès au point de nécessiter l'ablation secondaire du testicule malgré les antibiotiques.
- ✓ Rarement également, on peut constater une *atrophie* testiculaire à distance de l'intervention si les vaisseaux sanguins sont trop courts.
- ✓ Le testicule peut parfois être difficile à descendre, surtout s'il est en position très haute ; l'abaissement risque alors d'être incomplet, nécessitant une deuxième intervention.

- ✓ En général, lorsque le testicule a pu être descendu sans difficulté, le résultat est définitif. Toutefois, dans un petit nombre de cas, et malgré une opération sans problème, le testicule qui avait été mis en place remonte par la suite, ce qui peut nécessiter une deuxième intervention.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6–8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية في حالة عدم وجود الخصية فبلاصتها

الخصية دياك ماكتواجدش فموضعها العادي، فالكيس الجلدي تحت القلم، بل كتواجد فالجدر ديال فخضك.

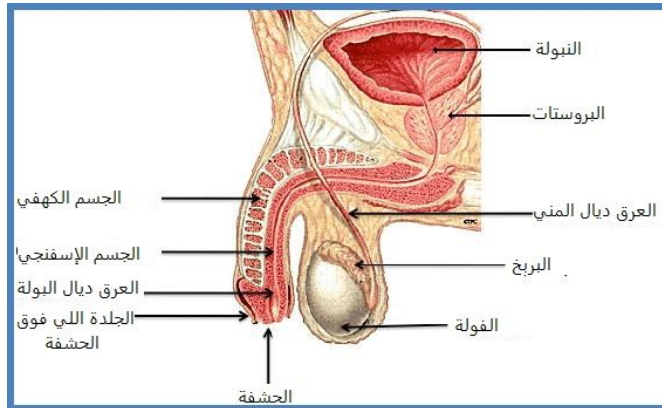
فالغالب كتكون ماهبطاتش حيث لصقات بواسطة ألياف فالمسار ديالها العادي أو مكانتش أصلا فالطريق ديالها الطبيعي باش تنزل فالكيس الجلدي.

هاد العملية الهدف منها نهبطو الخصية ونلصقوها فموضعها الطبيعي فالكيس.

العضو: الخصية

الخصية هي واحد الغدة تتقوم ب2 ديال الوظائف مور البلوغ:

- كتصاوب الهرمونات الذكرية (أهمها التستوستيرون) اللي ماكتأثرش بالموضع ديال الخصية.
- كتصاوب الحيوانات المنوية اللي هما الخلايا الذكرية المسؤولة على الإنجاب. وهاد الوظيفة كتأثر بالبلاصة ديال الخصية إلى كانت بقات الفوق.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

علاش هاد العملية؟

الهدف من هاد العملية، نهبطو الخصية لموضعها الطبيعي فالكيس، باش تؤدي الوظيفة ديالها مزيان. والتأثير النفسي والجمالي مهم فهاد العملية حتى هو.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دياك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دياك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دياك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

كاين واحد الدوا لهاد المشكل، وهو عبارة عن شوك ديال الهورمونات كيدّارو تحت اللحم ولكن الفعالية دياهم 30%.

إلى بقات الخصية فوق (فالكرش) تقدر تشكّل خطر على الوظيفة دياها بعد البلوغ. وإلى كانو 2 ديال الخصيات مشي فبلاصتهم الطبيعية، كاين احتمال تأثر سلبيا على القدرة على الإنجاب. الخطر الآخر هو أنها تقدر مع الوقت (مور 20 عام) تتحوّل لسرطان، والعملية ماكتنقصش هاد الخطر ولكن كتمكّننا من المتابعة ديال هاد الخصية اللي غنهيّطو، بالتقلاب دياها المستمر (غادي تبقا تقلّب الفولة دياك دائما، وإلى قصاحت خاصك تدوّز فأقرب وقت). إذن العملية مهمة بزاف باش تقلّل من هاد الخطر.

التواجد العملية

غادي يبنّجوك كامل، وغادي تنعس فالمستشفى لمدة قصيرة.

بحال كل عملية جراحية، خاص الطبيب البنّاج يشوفك قبل العملية ببضعة أيام.

العملية

العملية كتّم من 2 فتحات، وحدة فالجدر ديال الفخض ووحدة تحت الكيس، ولا غير فتحة وحدة فالجدر ديال الفخض. والطبيب الجراح غيقوم بتحرير الخصية من الألياف اللي شاذينها ويحاول يخلي أقصى ما يمكن العروق ديال الخصية طول، باش فاش يهبطها تقدر الخصية تلصق مزيان فبلاصتها وماتعودش تطلع للفوق.

إلى فوسط العملية، الطبيب لقي الخصية صغيرة بزاف أو العروق دياها قلال بزاف يقدر يحيدها حيث ماغاتكونش بقات صالحة وتقدر تنسب في مضاعفات أخرى من بعد. ويمكن نفكرو فوضع خصية إصطناعية من بعد.

بعد العملية

تقدر تكون العملية صعبة كلما كانت الخصية طالعة.

ويقدر الطبيب يوضع ليك تبيو مور العملية لمدة بضعة ساعات حتى لبضعة أيام.

يمكن يكون شوية ديال الحريق مور العملية وعا يعطيك عليه الطبيب الدوا.

خاصك تبقي ناعس لواحد المدة من الوقت وماتديرش مجهود كبير لمدة بضعة أيام.

غا يشرح ليك الطبيب العناية اللي خاصك تقوم بها مور العملية (الحمام، الفاصمة....).

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنّج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البنّاج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ♦ غالبا ما يكون واحد النفخ قليل ولا كيتجمع الدم فبلاصة الفتحة.
- ♦ يمكن يوقع تعفن ولكن في الغالب مكيشكّلش خطورة كبيرة. ونادراً يمكن هاد التعفن يتطوّر لقيح (دمالة) اللي يمكن تتطلّب تحياد الخصية على الرغم من الدوا.
- ♦ وفي حالات نادرة، يمكننا نلاحظو أن الخصية بدات تصغار من بعد العملية بمدة إلى كانو العروق دياها قصار بزاف.
- ♦ في بعض الأحيان تكون صعب باش نهبطو الخصية فالعملية خاصة إلى كانت طالعة بزاف. إذن فاش غايجي الطبيب يهبطها تقدر ماتهبطش مزيان وتقدر تحتاج لعملية أخرى.

♦ في الغالب، إلى هبطات الخصية مزيان تتكون النتيجة نهائية. ولكن في بعض الحالات، وعلى الرغم من أن العملية دازت مزيان، الخصية يمكن ليها تعاود تطلع وفهاد الحالة يمكن تحتاج لعملية أخرى.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



CYSTECTOMIE TOTALE CHEZ L'HOMME (POUR TUMEUR DE LA VESSIE)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'organe

L'urine sécrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. La vessie est le réservoir dans lequel l'urine est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. Cette miction permet l'évacuation de l'urine par le canal de l'urètre.

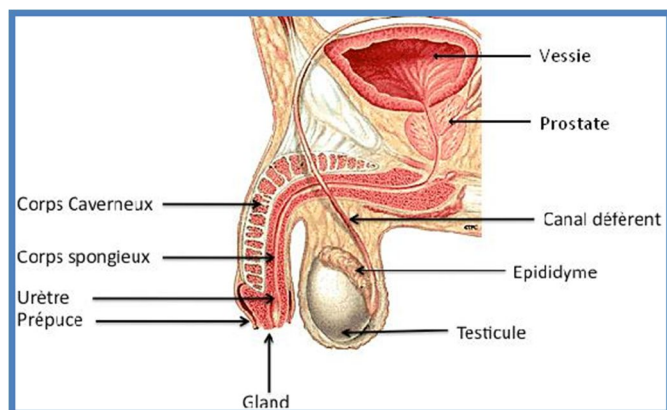


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Principe de l'intervention

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie atteinte d'une tumeur cancéreuse.

Y a-t-il d'autres possibilités ?

Il existe d'autres options de prise en charge, ces traitements ne sont adaptés qu'à certains patients et imposent un suivi régulier. Une cystectomie totale peut être nécessaire secondairement.

1. Traitements associés à la chirurgie

- Une chimiothérapie par voie intraveineuse peut être proposée avant l'ablation de la vessie, pour améliorer l'efficacité du traitement,
- et/ou après la chirurgie.

2. Traitements conservateurs

- Radiothérapie et/ou chimiothérapie seule
- Cystectomie partielle ou résection large de la tumeur et / ou radiothérapie et/ou chimiothérapie

Préparation à l'intervention

Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours. Indiquez aussi toute allergie.

Une analyse d'urines est réalisée préalablement pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

La voie d'abord se fait par une incision abdominale sous ombilicale, plus rarement par coelioscopie.

L'opération consiste le plus souvent à enlever toute la vessie, les ganglions adjacents, la prostate et dans certains cas l'urètre.

Pour permettre l'évacuation des urines, il existe plusieurs possibilités :

- Le plus souvent :
 - La vessie de remplacement : l'évacuation des urines se fait par l'urètre en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et l'urètre.

- La dérivation externe des urines, en interposant un segment de tube digestif entre les uretères et la peau (intervention de Bricker). L'évacuation des urines se fait dans une poche collectrice que vous porterez en permanence.
- Plus rarement :
 - Dérivation des uretères dans le colon avec élimination des urines par l'anus.
 - Abouchement direct des uretères à la peau (urétérostomie cutanée), ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère

Le choix entre ces différentes techniques dépend de votre état de santé et du type de tumeur.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire réalisée, une ou deux poches sont mises en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, des sondes sont positionnées dans les uretères et dans la nouvelle vessie, de même qu'un ou plusieurs drains sont placés au niveau de la zone opératoire ; ils permettent de surveiller les écoulements issus du site opératoire.

Suites habituelles

- En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de cette intervention et vous êtes autorisé à vous alimenter progressivement dès la reprise de celui-ci. Pendant cette période, vous êtes nourri et hydraté par voie intra veineuse. Une sonde sortant par une narine (sonde nasogastrique) peut être mise en place afin de mettre au repos votre estomac.
- Des médicaments antalgiques vous seront administrés régulièrement contre la douleur liée à l'intervention.
- Des lavages réguliers du réservoir peuvent être nécessaires, dans le cas de remplacement de la vessie.
- Le moment de l'ablation des sondes urinaires et des drains est défini par votre chirurgien.
- Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention d'une thrombose veineuse sont mises en place, pouvant faire appel à une mobilisation précoce, une contention des membres inférieurs et à un traitement anticoagulant. Ces traitements peuvent être poursuivis après votre hospitalisation et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

➤ La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général. Le plus souvent elle est de 15 jours.

Analyse anatomopathologique

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs jours après l'opération. Il conditionne le choix d'éventuels traitements complémentaires (chimiothérapie, radiothérapie).

Ce résultat est discuté lors de la consultation post opératoire avec votre urologue.

Suivi post-opératoire

La reprise de vos activités se fera progressivement.

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, il peut être conseillé de boire de l'eau alcaline (type eau d'Oulmes) pour compenser l'acidité de l'urine.

Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine, voire de germes intestinaux qui ne justifient pas forcément la mise en route d'un traitement antibiotique.

Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire. Il a pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire.

La surveillance de la fonction rénale est planifiée par votre urologue.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- **Pendant le geste opératoire :**
- ✓ Saignements pouvant nécessiter une transfusion de sang.

- ✓ Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation.
- ✓ Arrêt ou modification de l'intervention liés aux constatations locales.

➤ **Dans les suites opératoires immédiates :**

- ✓ Saignement secondaire pouvant obliger à une nouvelle opération et/ou une transfusion.
- ✓ Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs.
- ✓ Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.
- ✓ Infections plus ou moins sévères :
 - Infection urinaire traité par une antibiothérapie.
 - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
 - Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant justifier des soins locaux prolongés.
- ✓ Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, obstruction).
- ✓ Ecoulement lymphatique pouvant parfois nécessiter une ré-intervention.
- ✓ Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant une ré-intervention.
 - Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

➤ **Risques à distance :**

- ✓ Complications digestives :
 - Eventration de la paroi de l'abdomen.
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
- ✓ Complications urinaires :

- Un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretères ou urètre).
- Dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, de calculs, d'altération du fonctionnement des reins ou de rupture de la néo-vessie.
- ✓ Complications pariétales :
 - Eventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie entraînant des difficultés d'appareillage.
- ✓ Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle intervention.
- ✓ Risques propres à votre cancer : reprise évolutive justifiant de nouveaux traitements.
- **Effets secondaires sexuels :**
 - ✓ Disparition de l'éjaculation.
 - ✓ Il est fréquent de ne plus avoir d'érections. Différents traitements vous seront proposés.

3. Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder :

Fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, difficultés à uriner, apparition de sang dans les urines ou au bout de la verge, douleurs abdominales, vomissements, blocage des urines avec impression de mauvaise vidange du réservoir.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

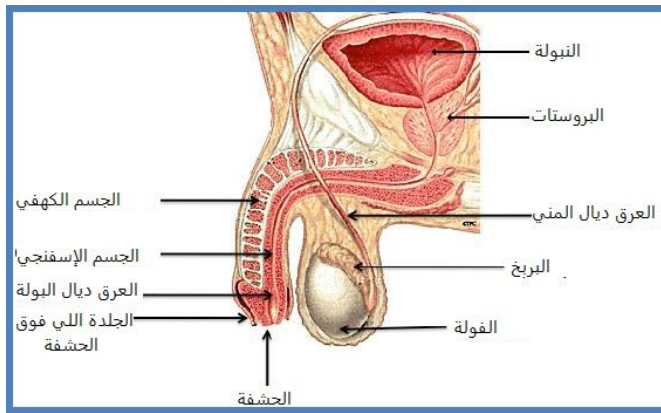
Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية باش تحيّد النبولة (فحالة حبوبة في النبولة)

العضو: النبولة

النبولة الّلي كاتصاب فالكلاوي كتهبط في 2 ديال العروق دبال
النبولة وكتجمع في النبولة. والنبولة هي الخزان الّلي كتجمع فيه البولة
قبل ماتخرج من مجرى البول.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية:

غادي تفتح باش تحيّد النبولة الّلي فيها المرض الخايب (السرطان).

واش كاين شي حل من غير العملية؟

كاينين حلول أخرى، ولكن ماكتصلاح غير لبعض المرضى
وكتحتاج المراقبة المستمرة، وحتى هاد المرضى يقدّو يحتاجو
لنفس العملية. الصحية دبالك وكي داير السرطان دبالك.

1. الدوا المرافق للعملية:

يقدر يقترح عليك الطبيب دبالك قبل ولا من بعد العملية دوا كيميائي
(الشييميو)، باش يزيّد الفعالية دبال العلاج.

2. العلاجات المحافظة:

- الدوا بالأشعة ولا الشييميو بوحدهم
- يحيدو ليك غير طرف من النبولة وصافي ولا تدير
معها الدوا بالأشعة ولا الشييميو.

هاد الورقة دبال الإرشاد
موجهة للمرضى. عطاها ليك
الطبيب دبالك قبل من العملية
باش تفهم مزيان شنو غادي
يدير ليك. وراه شرح ليك
المرض دبالك والعلاجات
الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى
مافتحتيش.

الشرح الّلي فهاد الورقة فيه:
علاش غاتفتح؟ كي غاتدوز
العملية؟ وشنو المشاكل الّلي
يمكن لها توقع فوسط ومور
العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع
من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دبال
الطبيب دبالك غادي تفهم
مزيان ويمكن ليك ديك الساعة
تاخذ القرار انت والطبيب
دبالك.

التواجد للعملية:

خاصك تقول للطبيب الجراح دمالك والطبيب البناج كل المشاكل الصحية دمالك، واش فايت نعستي فالمستشفى ولا فتحتي والدوايات اللي كتأخذ، وإلى عندك شي حساسية.

غاتدير قبل العملية تحليلة ديال البولة باش نشوفو واش فيها المكروب، وتأخذ عليه الدوا إلى كان.

يقدر يعطيك الطبيب واحد الدوا كايخوي المصارن، ولّا الدوا ديال المكروب كوقاية قبل العملية.

كي غاتدور العملية:

غادي تكون مبنّج كأك.

غايفتحلك الطبيب من تحت الصرة ولّا بالمنظار.

في الغالب غايحيّد ليك الطبيب النبولة كاملة والعقد للمفاوية اللي حذاها والبروستات وشي مرات مجرى البول حتى هو .

كاينين بزاف ديال الطرق باش تبول مور العملية:

❖ في الغالب:

◆ نبولة جديدة: تيصاوب ليك الطبيب دمالك نبولة جديدة بواسطة طرف ديال المصران وتديرها فموضع النبولة اللي حيّد ليك. وفهاد الحالة البول كيتّم عن طريق مجرى البول (العرق ديال البولة) من بعد ما كيكون تخزّن فالنبولة الجديدة .

◆ البول فواحد الكيس الخارجي: حتى هنا كايدير ليك الطبيب فعوض النبولة اللي حيّد طرف ديال المصران. والفرق ما بينها وبين الطريقة الأخرى هو أنه هاد الخزان الجديد ما مرتبطش بمجرى البول (ماكتخرجش البولة من القلم دمالك)، بل كتخرج من واحد الفتحة فكرشك لاصق فيها كيس كتّجمع فيه البولة، خاصك تكون ديما دايرو .

❖ نادرا:

◆ يقدر يلصق ليك الطبيب العروق ديال البولة اللي هابطين من الكلاوي مباشرة فالمصران الكبير، وتبقى تبول من المخرج دمالك.

◆ يقدر الطبيب دمالك يخرج العروق ديال البولة مباشرة فكرشك تحت الصرة. وفهاد الحالة غايكون كل واحد من العروق خارج فتقبة، وفيه تبيو ديال البولة وكيس كتّجمع فيه البولة.

فالآخر ديال العملية وعلى حساب طريقة البول بعد العملية، غايوضع ليك الطبيب كيس ولّا جوج. إلى كان بدّل ليك النبولة غايدير ليك تبيّوات صغار فالعروقة ديال البولة اللي هابطين من الكلاوي والنبولة الجديدة، ويقدر يدير ليك تبيّو آخر فموضع الفتحة باش نراقبها.

من بعد العملية:

في الغالب غادي نعصم والجهاز الهضمي دمالك غايحبس من بعد العملية. غا يخليك الطبيب تاكل تدريجيا من بعد ما تنفس. في هذه الفترة غايكونو كايدوزو ليك الصروم فالعرق فيه الماء والمأكلة.

يقدر يدير ليك واحد التبيو من نيفك باش ترتاح المعدة شوية.

وغايعطيوك دويات ديال الحريق بانتظام.

يقدر يكون ضروري الغسيل المتكرر ديال النبولة الجديدة.

الطبيب دمالك هو اللي غادي يحدد وقتاش غادي تحيد التبيّوات وتبدّل الفاصمة.

فاش غاتكون ناعس في المستشفى وباش مايتكبّش ليك الدم غادي يخصك:

- تنوض دغيا من بعد العملية
- تلبس جوارب (الليبا) خاصين
- تأخذ واحد الدوا ضد تكبّد الدم

يقدر يقول ليك الطبيب تكمل هادشي في الدار من بعد الخروج، ويكتب ليك تحليلات باش يراقب الفعالية دياهم.
المدة ديال النعاس فالمستشفى غادي يقررها الطبيب دياك، على حساب الحالة دياك، غالبا كاتكون 2 ديال الأسابيع.

التحليلة ديال العملية:

النتيجة ديال التحليلة ديال النبولة كتخرج مور العملية من بعد أيام قليلة.
وعلى حسابها كيقرّر الطبيب دياك واش يزيدك دوا بالأشعة أو الشيميو.
هاذ النتيجة غايناقشها معاك الطبيب دياك فاش غادي تدوز مور العملية فالكونترول.

المتابعة مور العملية:

غاترجع للأنشطة اليومية دياك بطريقة تدريجية. إلى كنني بدّلتني النبولة غاينصحك الطبيب باش تشرب "والماس".
يمكن تلقى "تكراط ديال المصارن" فالنبولة أو شي مكروب إلى درتي التحليلة ديال البولة، هادشي ماكيغنيش أنك خاصك
تاخذ الدوا ديال المكروب (هداك التكرات والمكروب السبب ديالو النبولة الجديدة اللي هي فالأصل طرف ديال المصارن).
خاصك تبقى متبع مع الطبيب دياك باش يراقب المرض دياك واش رجع وواش الجهاز البولي والكلاوي دياك باقيين
خدامين مزيان.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. وسط العملية:

- ◆ يمكن يوقع ليك نزيف ويزيدو ليك الدم.
- ◆ ممكن يتقاس شي عضو حدا النبولة ويضطر الطبيب دياك يعالجو ولا يحيدو.
- ◆ يمكن الطبيب يحبس العملية ولا يبدها إلى لقا شي حاجة مكانش متوقعها.

ب. مباشرة مور العملية:

- ◆ ممكن يوقع نزيف من بعد ويزيدو ليك الدم ولا يعاودو يفتحو ليك.
- ◆ مشاكل ديال القلب والشرابين ولا متعلقة بالبنج، يمكن تنعس على ودّها فالإنعاش.
- ◆ مشاكل ديال الجلد ولا الأعصاب متعلقة بكلي كنت ناعس على طاوله العمليات ولا بالنعاس الطويل بعد العملية، واللي يمكن تعطي آثار مزمنة خاصك تعالجها بزاف ديال الوقت.
- ◆ يمكن يجيك مكروب:
 - مكروب فالبولة تاخذ عليه دوا.
 - مكروب في الدم تنعس عليه فالإنعاش.
 - مكروب فالجرحة تاخذ عليه دوا.
- ◆ مضاعفات بولية: مشاكل فتخراج البولة.
- ◆ مضاعفات الجهاز الهضمي:
 - تتعطل فالخروج ولا يتسّدو ليك مصارنك.
 - يتحلّو الغراز ويبدا كل عضو كايخوي فالآخر، وفهاد الحالة خاصك تعاود تفتح.
 - يخرجو ليك المصارن فموضع الفتحة وتعاود تفتح.
 - يمكن تجيك قرحة المعدة تاخذ عليها الدوا.

ت. المضاعفات حتى يدور الوقت على العملية:

◆ مضاعفات هضمية:

- يوقع ليك فتق ديال العملية.
- يتسدو ليك المصارن.

◆ مضاعفات بولية:

- يقدر موضع الغراز يزير مابين المصارن والمسالك البولية.
- تقدر توسع ليك النبولة الجديدة مع احتمال تحصر ليك البولة، أو يتكون ليك الحجر، أو مايقاوش الكلاوي خدامين مزيان أو تحل النبولة الجديدة.

◆ مضاعفات ديال الكرش (جدارية):

- يمكن يجيك الفتق فالموضع الجديد اللي ولات كتخرج منهو البولة.
- يمكن يتجمع ليك الماء فكرشك ولا حركك ويدير ليك عليه الطبيب تيبو باش يخويه ولا يعاود يفتح ليك.

◆ مضاعفات عندها علاقة بالسرطان دياك: يقدر يرجع وتعاود تتعالج عليه.

◆ مضاعفات جنسية:

- ما تبقاش تقد تفرز المنى.
- فقدان الانتصاب كيوقع بزاف، غا يعطيك عليه الطبيب دوا.

3. إلى وقعات ليك وحدة من هاذ الأعراض خاصك تدور في أقرب وقت:

السخانة فوق 38.5°، السخفة، الحريق فالساق دياك (الموليات)، النهجة، صعوبة فالتبول، إلى لقيتي الدم فالبولة أولاً فالقلم دياك، حريق فالكرش، التقيا، إلى تحصرات ليك البولة ولا حسيتي أنها ما كتخرجش كلها.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية. خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر. إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب دياك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح دياك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب دياك رهن الإشارة.



ENTEROCYSTOPLASTIE (AGRANDISSEMENT DE LA VESSIE)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'organe

Après une lésion de la moelle épinière ou d'autres anomalies du système nerveux central, on peut parfois noter une modification du fonctionnement du muscle vésical qui se contracte de manière anarchique en dehors des mictions, et/ou de la capacité de remplissage du réservoir vésical.

Ces anomalies peuvent également toucher des patients n'ayant pas de maladies ou de malformations neurologiques. Ce dysfonctionnement est à l'origine de signes urinaires : pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions ou des sondages supérieure à 8/jour), urgenturies (besoin brutal, irrésistible, et urgent d'uriner sans possibilité de l'inhiber), incontinence urinaire (perte involontaire d'urines par l'urètre).

Par ailleurs, sans traitement, il est possible d'avoir des complications rénales (infection, calculs, insuffisance rénale).

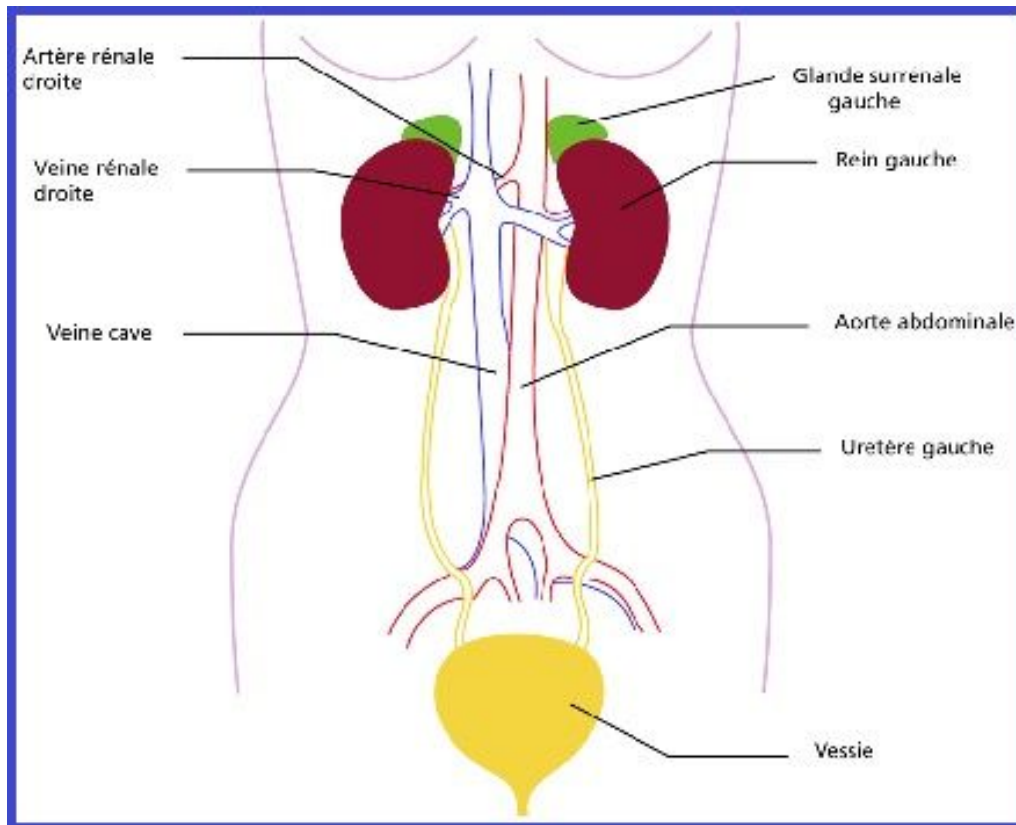


Figure 1: Anatomie des voies urinaires

Principe de l'intervention

L'intervention consiste à remplacer une partie de la vessie par un réservoir en intestin grêle. Ce système permet d'augmenter la capacité du réservoir vésical et d'annuler des contractions anarchiques du muscle vésical, source de symptômes tels que les urgences, la pollakiurie et l'incontinence urinaire.

Cette intervention est définitive et irréversible.

Y a-t-il d'autres possibilités ?

Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec des autres traitements des contractions anarchiques de la vessie ou lorsque le réservoir vésical a perdu toute sa souplesse. Les autres options de traitement sont :

- D'abord les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques, diminuant l'activité du muscle vésical.
- La rééducation périnéale

Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel , anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant sera adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Indiquez aussi toute allergie.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée préalablement pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

La voie d'abord est abdominale (en général autour et au-dessous de l'ombilic). Après avoir enlevé une partie de la vessie, l'intervention consiste à la remplacer par une poche d'intestin. Cette poche est créée à l'aide du prélèvement d'un segment d'intestin grêle d'environ 45 à 50 cm, suturée sur la portion de vessie restante.

En fin d'intervention, vous êtes porteur d'une sonde urétrale drainant l'entérocystoplastie d'agrandissement et permettant de recueillir les urines et les sécrétions de la poche d'intestin. Un ou plusieurs drains sont mis en place pour drainer les écoulements au niveau du site opératoire.

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien.

La reprise du transit est parfois difficile. Des bas de contention veineuse et le lever précoce sont conseillés.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical vous sont expliqués pendant votre hospitalisation. Il est souvent nécessaire de vider

l'entérocystoplastie par des auto-sondages, dont vous effectuerez l'apprentissage avec une infirmière.

Une surveillance est ensuite réalisée après votre opération, elle a pour but de vérifier le bon fonctionnement de votre système urinaire. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

L'ordonnance de sortie comprend les soins infirmiers de pansement, les sondes d'auto-sondages si besoin, les ordonnances d'antalgiques et de traitement anticoagulant si besoin.

Une date de rendez-vous post-opératoire avec votre chirurgien vous est communiquée ainsi que les ordonnances d'éventuels examens complémentaires à réaliser.

Une convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et de votre travail si besoin et du suivi après l'opération.

Suivi postopératoire

Un bilan urodynamique à 3 mois et un an peut être proposé pour vérifier la capacité vésicale et l'absence de contractions de l'entérocystoplastie.

Un suivi médical annuel est indispensable, avec au minimum une échographie rénale et une prise de sang associée à un recueil d'urine pour mesure de la clairance de la créatinine (fonctionnement du rein).

La constatation de saignements, d'épisodes d'infection urinaire avec des symptômes (fièvre, douleur), la réapparition de fuites d'urine doivent vous faire consulter.

Avec un agrandissement vésical, il est normal que des bactéries soient retrouvées sur les analyses d'urine (car elles viennent du segment intestinal utilisé). En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières, cette colonisation par des bactéries ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

Une surveillance endoscopique peut être également nécessaire.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- **Complications pendant le geste opératoire :**
 - ✓ Saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang
 - ✓ Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation
- **Complications post-opératoires immédiates :**
 - ✓ Saignement pouvant obliger à une nouvelle opération
 - ✓ Phlébite et embolie pulmonaire
 - ✓ Infection urinaire
 - ✓ Infection de la paroi et de la cicatrice
 - ✓ Infection générale avec septicémie
 - ✓ Complications urinaires (fistule)
 - ✓ Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou occlusion.
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une réintervention.
 - Ulcère de l'estomac.
 - ✓ Complications neurologiques :
 - Perte de force musculaire, fonte musculaire du fait de l'alitement.
- **Complications à distance de l'intervention :**
 - ✓ Complications pariétales : éventration de la paroi de l'abdomen
 - ✓ Complications digestives :
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
 - Troubles du transit (constipation / diarrhée).
 - ✓ Complications urinaires :
 - Rupture du réservoir si des sondages réguliers ne sont pas faits.
 - Calculs vésicaux.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



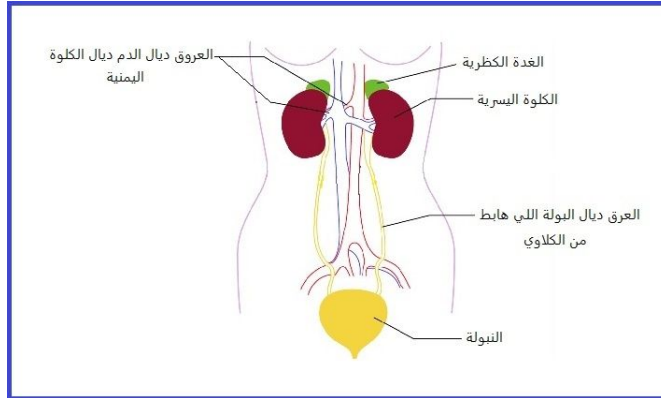
العملية ديال تكبار النبولة

العضو: النبولة

المشاكل اللي كتصيب النخاع الشوكي أو الدماغ ممكن تعطي أعراض بولية:

- ♦ تجيك البولة بزاف ديال المرات فالיום وإلى كنتي داير التبيو ديال البولة (أكثر من 8 ديال المرات فالنهار) .
- ♦ تزيك البولة بزاف وماتقدرش تصبر عليها.
- ♦ تقلت ليك البولة.

وهادشي ممكن يجي حتى للناس اللي ماعندهوم حتى مشكل في الجهاز العصبي ديالهم. وإلى ما عالجتيش هاد المشكل ديال النبولة، ممكن يجيوك مضاعفات فالكلاوي (تعفن، حجر، أو قصور كلوي).



رسم 1: الجهاز البولي

العملية

الهدف من هاد العملية هو نبدلو جزء من النبولة بطرف ديال المصران ونصاوبو نبولة جديدة، وبهاد الطريقة يولي الحجم ديالها كبير وتقدر تجمع كمية كبيرة ديال البولة وتنمشي الأعراض اللي كنتي كتعاني منها (الرغبة في التبول بزاف ديال المرات في اليوم والنبولة اللي كتقلت).

هاد النبولة الجديدة اللي صاوب ليك الطبيب غكتبقى عندك ديما.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديالك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

هاد العملية كتنّار إلى ما نفعك حتى علاج آخر. العلاجات الأخرى الممكنة هي:

♦ دوا كيرخي النبولة

♦ الترويض

التواجد للعملية

غايدوز ليك الطبيب البناج قبل من العملية.

خاصك تخبر الطبيب دياك والطبيب البناج بكل المشاكل الصحية دياك، بمعنى واش متبّع على شي مرض أو فايبت فتحتي أو نعستي فالمستشفى. و واش كتأخذ شي دوا (خصوصا الدوايات اللي كيجريو الدم، واللي الإستعمال دياهم يمكن يعرضك لنزيف فوسط العملية، واللي إلى قطعتهم بلا ماتشاور مع الطبيب غايشكلو عليك خطر). داكشي علاش الطبيب دياك غايدل ليك القياس ديال الدوا اللي كتأخذ أو غيعطيك دوا آخر قبل العملية. وماتنساش تقول للطبيب إلى كانت عندك شي حساسية.

غادي تدير التحليلة ديال البولة قبل من العملية باش نشوفو النبولة دياك واش فيها شي ميكروب وإلى كان تأخذ عليه الدوا. وفشي حالات يمكن يعطيك الطبيب دوا كيخوي المصارن.

كى غاتدوز العملية؟

غاينجوك كامل فهاد العملية. يقدر يعطيك الطبيب الدوا ديال الميكروب كوقاية قبل من العملية.

غايدير ليك الطبيب فتحة فكرشك الصغيرة واصله حتى للصرة.

غايحّد ليك الطبيب طرف من النبولة وغايغوضو بطرف ديال المصارن. هاد الطرف ديال المصارن تيكون فيه تقريبا 45 حتى 50 سنتمتر، وكيلصّفو مع الطرف اللي خلا من النبولة.

فالنهية ديال العملية، كيدير ليك الطبيب تيّو ديال البولة، كيجيب البولة اللي تخزنات فالنبولة الجديدة والتكراط ديال المصارن. يقدر يدير الطبيب تيّو ولا أكثر فموضع الفتحة.

من بعد العملية

يقدر يجيك الحريق غايعطيوك عليه الدوا.

الطبيب دياك هو اللي غايقرّر فوقاش تحيّد التيّوات ديال موضع الفتحة وديال البولة.

تقدر تلقى صعوبات باش تدير الخروج دياك من بعد العملية.

غادي يخرّج ليك الطبيب واحد الليّبا (الجوارب) خاصين، خاصك تلبسهم باش مايتكبّدش ليك الدم، وخاصك تحاول تنوض في أقرب وقت ممكن.

غايعطيك الطبيب نصائح، وغايشرح ليك كيفاش تتعامل مع النبولة الجديدة قبل ماتخرج من المستشفى. غاتقدر تحتاج شي مرات تخوي النبولة الجديدة راسك بالتّييو كيما غايعلّمك الطبيب.

خاصك تبقي متبّع من بعد العملية، باش يتأكّد الطبيب أن الجهاز البولي دياك خدام مزيان.

ممكن تلقى التكراط ديال المصارن فالبولة دياك، ماخصكش تتخلع راه عادي.

فالوراق ديال الخروج، غايعطيك الطبيب كل المعلومات المتعلقة بالعلاجات ديال الفاصمة، شحال من مرة خاصك تدير التّييو ديال البولة على حساب الحالة دياك، والدوايات اللي خاصك تأخذ (ديال الحريق وضد تكبّد الدم).

غا يكون عندك موعد من بعد العملية باش تجي تدوّز، وشي تحاليل خاصك تصاوبهم قبل ماتجي.

خاصك ترتاح على حساب المدة اللي غادي يقول ليك الطبيب دياك.

المتباعد من بعد العملية

يقدر يقول ليك الطبيب تدير واحد التحليلة من بعد 3 أشهر ومن بعد عام، الهدف منها نتأكدو أن النبولة الجديدة دياك ولآت كتهز كمية عادية ديال البولة ومابقاتش كترزير عليك بطريقة عشوائية. خاصك ضروري تبقى تشوف الطبيب دياك على الأقل مرة فالعام، وتدير التلفازة والتحليلة ديال الكلاوي.

إلى جاك نزييف أو تعفن ديال البولة (سخانة، حريق، تشواط...) أو بدات كنتسيل ليك البولة، خاصك تجي تدوز. النبولة الجديدة دياك مكونة من طرف ديال المصران، داكثي علاش تقدر تلقى، إلى درتي التحليلة ديال البولة، ميكروبات تايكونو متواجدين عادة فالمصارن. هادشي ماخصوش يكون سبب أنك تاخذ الدوا ديال الميكروب. وماخاصك تاخذ هاد الدوا إلا إلى جاك أعراض ديال التعفن.

تقدر تحتاج مراقبة بالمنظار.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

- ◆ يقدر يوقع ليك نزييف ويزيدوك عليه الدم.
- ◆ يقدر يتقاس شي عضو مجاور، ويضطر الطبيب الجراح دياك يعالجو، أو يحيدو.

ب. مباشرة من بعد العملية:

- ◆ يقدر يوقع نزييف، اللي تقدر تعاود تفتح عليه.
- ◆ يقدر يتكدد ليك الدم.
- ◆ يقدر يجيك مكروب فالبولة.
- ◆ يقدر يوقع ليك تعفن ديال موضع الفتحة.
- ◆ يقدر يدوز ليك الميكروب فالدم.
- ◆ يقدر يجيوك مضاعفات بولية (تسيلك البولة).

مضاعفات هضمية:

- يقدر يتعطل ليك الخروج أو تعصم.
- يقدر يتحلو ليك الغراز ولا يبدا يجي الخروج فالتنبيوات اللي خلينا من بعد العملية (كاكون المصران تحل).
- تقدر تجيك قرحة المعدة.

مضاعفات الجهاز العصبي:

- تقدر تجيك الفشلة، ويصغارو ليك العضلات بسباب النعاس من بعد العملية.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- ◆ يقدر يوقع ليك فتق ديال العملية.
- ◆ مضاعفات هضمية:
 - يقدر يتلواو ليك المصارن وتنفخ ليك كرشك وتتعصم (وفهاد الحالة غادي يخصك تفتح).
 - تقدر تقصاح عليك كرشك أو تجرى.
- ◆ مضاعفات بولية:
 - تقدر تتحل ليك النبولة جديدة إلى ماكنتيش كاتخويها بالتنيو ديال البولة بانتظام.
 - ❖ يقدر يتكون ليك الحجر فالنبولة.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



NEPHRECTOMIE TOTALE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

Cette intervention est destinée à enlever un rein.

Rappel anatomique

Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre participant à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme.

Les reins sont habituellement au nombre de deux. Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale.

L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions.

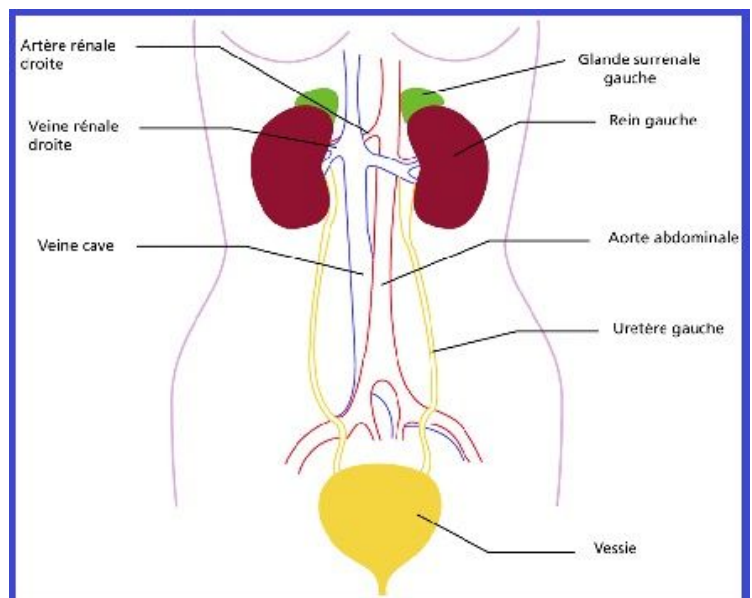


Figure 1: Anatomie des voies urinaires

Pourquoi cette intervention ?

Les examens que vous a fait pratiquer votre médecin ont mis en évidence une tumeur au niveau du rein ou une maladie responsable de symptômes cliniques.

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste en l'ablation du rein dans sa totalité. Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi la conservation d'une partie du rein n'est pas possible.

Cette opération est nécessaire lorsque le rein vous expose à un risque de troubles cliniques (douleurs, saignements, fièvre...). En cas de cancer du rein, le traitement chirurgical a pour but d'éviter l'évolution de la maladie.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Lorsqu'une néphrectomie totale est indiquée, il n'existe pas d'autre possibilité que l'exérèse chirurgicale.

En cas de cancer du rein, le geste qui vous est proposé permet à la fois d'obtenir un diagnostic définitif de cette lésion, de vous traiter et de déterminer le suivi ultérieur.

Dans les autres cas (rein détruit responsable de symptômes cliniques, infections à répétitions, etc.), l'indication de néphrectomie vous a été expliquée en fonction du bénéfice attendu et des risques encourus en laissant le rein en place.

Préparation à l'intervention

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire. Signalez à votre urologue et à l'anesthésiste vos antécédents médicaux, chirurgicaux et traitements en cours, en particulier anticoagulants (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K) dont l'utilisation augmente le risque de saignement lors de l'intervention, mais dont l'arrêt expose à des risques de thrombose (coagulation) des vaisseaux. Le traitement anticoagulant sera adapté et éventuellement modifié avant l'intervention. Indiquez aussi toute allergie.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Plusieurs voies d'abord permettent d'accéder au rein: chirurgie classique avec une incision antérieure ou sur le côté, ou chirurgie coelioscopique (vidéochirurgie).

Suivant les indications, il peut être nécessaire de retirer la graisse autour du rein (néphrectomie élargie) ou la glande surrénale. Le rein et les structures retirées sont ultérieurement analysés au microscope (examen anatomopathologique) pour préciser

le diagnostic et, en cas de tumeur, définir le pronostic, les éventuels traitements complémentaires et les modalités de suivi.

En fin d'intervention un ou plusieurs drains peuvent être mis en place; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

Suites habituelles

Dans certains cas, l'estomac est mis en aspiration par une petite sonde sortant par une narine, ceci dans le but d'éviter les vomissements, sources de douleurs au niveau de la cicatrice et de complications respiratoires.

Une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil. Elle est rarement responsable d'un inconfort.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques administrés régulièrement. Un cathéter peut être placé dans la cicatrice pour diminuer les douleurs des premières heures.

Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et est défini par le chirurgien.

Vous êtes autorisé habituellement à vous lever dès le lendemain de l'opération et à vous réalimenter dès la reprise du transit intestinal.

L'hospitalisation dure environ quatre à dix jours et une convalescence de quelques semaines peut être nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise des activités et du suivi après l'opération.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Pendant le geste opératoire :

❖ *Blessure des organes de voisinage, incluant l'intestin grêle et le colon, justifiant leur réparation ou leur ablation :*

✓ Lors de la néphrectomie gauche, les constatations opératoires et les variations anatomiques individuelles peuvent conduire à une lésion de la rate imposant son ablation. Dans ce cas, un traitement antibiotique au long cours (au moins 2 ans) et une vaccination anti-pneumocoque sont indispensables pour prévenir le risque infectieux à distance de l'intervention. De la même façon, le pancréas peut être traumatisé, conduisant à un risque de pancréatite aiguë ou à un écoulement de liquide pancréatique (fistule).

✓ Lors de la néphrectomie droite, les constatations opératoires et les variations anatomiques individuelles peuvent conduire à une lésion du foie ou du duodénum (intestin) imposant une prise en charge spécifique chirurgicale et des soins en réanimation.

Parce qu'elles mettent en jeu le pronostic vital, ces complications peuvent imposer une hospitalisation de longue durée et des soins en réanimation.

❖ *Blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou un geste chirurgical complémentaire. Cette complication rare peut directement mettre en jeu le pronostic vital.*

❖ Dans certaines situations, principalement en cas de cancer du rein, des organes adjacents peuvent être atteints par la maladie rénale imposant une modification de la stratégie chirurgicale (ablation d'autres organes, extension de l'incision ou renoncement à l'intervention).

➤ Dans les suites postopératoires précoces :

✓ Saignement pouvant nécessiter un geste complémentaire :

✓ Embolisation (oblitération du vaisseau sanguin sous contrôle radiologique) ou reprise chirurgicale.

✓ Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs.

✓ Risque de pneumothorax (diffusion d'air autour du poumon) pouvant justifier la mise en place d'un drain thoracique.

- ✓ Risque d'infection, en particulier de la paroi (c'est-à-dire de la peau et des muscles qui recouvrent la zone opérée) et du poumon adjacent pouvant justifier un geste complémentaire radiologique ou chirurgical.
- ✓ Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Eventration ou éviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.
- ✓ Possibilité de recours au rein artificiel (dialyse). Ce risque dépend du fonctionnement de l'autre rein, de votre fonction rénale globale, de vos antécédents médicaux et des difficultés du geste chirurgical. Votre urologue vous a exposé votre situation par rapport à ce risque.

➤ **Risques à distance**

- ✓ Comme dans toute intervention abdominale, des brides intra-abdominales peuvent survenir et entraîner des troubles digestifs.
- ✓ Déformations de la paroi de l'abdomen au niveau de l'incision pouvant apparaître ou s'aggraver avec le temps.
- ✓ Collections liquidiennes ou abcès pouvant nécessiter un drainage plusieurs semaines après l'intervention.
- ✓ Troubles de la sensibilité cutanée pouvant apparaître le long ou en dessous de la cicatrice.
- ✓ Problèmes cutanés ou neurologiques liés à votre position sur la table d'opération ou à l'alitement prolongé pouvant entraîner des séquelles et une prise en charge à long terme.
- ✓ Le risque de recours définitif au rein artificiel (dialyse) est rare, mais dépendant de votre condition médicale préexistante à l'intervention.
- ✓ Récidive de la maladie sur le site d'exérèse de la tumeur, dans le rein controlatéral, dans les tissus de voisinage ou sur la cicatrice.

Suivi postopératoire

Le suivi dont vous ferez l'objet après l'intervention répond à trois objectifs:

- ✓ Vérifier l'absence de récurrence en cas de tumeur cancéreuse.
- ✓ Surveiller le fonctionnement du rein restant.

- ✓ Détecter d'éventuelles complications.

Lors de la consultation post-opératoire, votre urologue vous informe du résultat de l'analyse microscopique du rein et en cas de cancer, du stade et du pronostic de votre maladie. L'ensemble de ces éléments conditionne la fréquence et les modalités de votre surveillance qui reposera sur un examen clinique associé à des examens biologiques et radiologiques, voire d'éventuels traitements secondaires.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

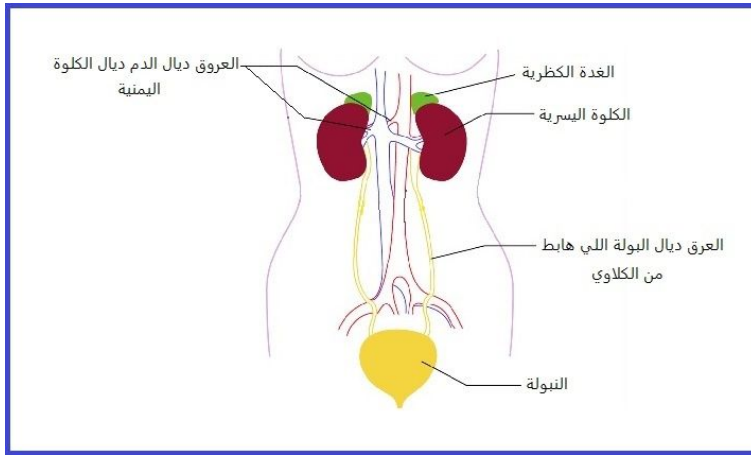
Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية باش تحيّد الكلوة

العضو : الكلوة

الكلوة هي العضو اللّي كيصفّي الدم وكيحيّد النفايات من الجسم. عادة تكونون عندنا 2 ديال الكلوات تحت الصدر، فجناب ديال السنسول ديال الظهر . الكلاوي هما اللّي كايصاوبو البولة اللّي كتنزّل فالعروق وتتجمع فالنبولة.



رسم 1: : الجهاز البولي

علاش هاد العملية؟

التحاليلات والراڨيوات اللّي طلب منك الطبيب بيّنو أن الكلوة ديا لك فيها مرض خايب أو مابقاتش خدامة (ميتة). العملية اللّي غاتدير، الهدف منها تحيّد الكلوة المريضة كاملة. وعا يكون شرح ليك الطبيب ديا لك علاش مشي ممكن تحتفظ بجزء منها. هاذ العملية ضرورية فاش كتسبّب ليك الكلوة ديا لك فأعراض بحال الحريق، النزيف، السخانة، أو أعراض أخرى. إلى كانت فيها حبوبة: الهدف من العملية هو أننا نتجنبو انتقال الورم لأعضاء أخرى. وإلى كانت ميتة: الهدف هو ماتنعفش الكلوة وينتقل المكروب فالدم للذات كاملة.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديا لك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديا لك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللّي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدوز العملية؟ وشنو المشاكل اللّي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديا لك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديا لك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

إلى كان خاصك تحيد الكلوة، ماكاينش شى طريقة أخرى من غير هاد العملية.

إلى كانت على ود مرض خايب: العملية كتمكّن من أننا نعرفو بالضبط النوع ديال الورم، وعلى حساب هاد الورم غانعرفو شنو هو العلاج اللي خاصك تبعو وفوقاش تدير الكونترول.

في الحالات الأخرى (كلوة مابقاتش خدامة و مسؤولة على أعراض أو تعفّات كثيرة..) الطبيب ديالك غايكون شرح ليك علاش خاصك تحيد الكلوة.

التواجد للعملية

قبل أي عملية خاصك تدوّز عند الطبيب البنّاج، وخاصك تقول للطبيب الجراح والطبيب البنّاج كل المشاكل الصحية ديالك، واش فايث نعستي فالمستشفى ولا فتحتي والدوايات اللي كتاخذ، خاصة الدوايات اللي تيجريو الدم، واللي يقدّو يتسببو في نزيف فوسط العملية، واللي إلى قطعتهم يقدّو يشكّلو خطر عليك. هاد الدوايات غايقاد ليك الطبيب القياس ديالهم، وربما يبذل ليك شحال كتاخذ قبل العملية. وماتنساش تقول ليهم إلى كانت عندك شى حساسية.

كى غاتدور العملية؟

غايبنجوك كلّك.

موضع الفتحة يمكن يختلف: فتحة فالكرش أو فالجنب بالنسبة للجراحة المفتوحة، أو ممكن تدير جراحة بالمنظار.

على حساب الحالة ديالك، يقدر يكون ضروري أن الطبيب يحيد ليك الشحمة اللي ضايرة على الكلوة، ولّا واحد الغدة كايئة فوق منها (الغدة الكظرية). داكشي اللي غايحيد ليك الطبيب غا تدار ليه تحليلة باش نعرفو بالضبط شنو عندك، وفحالة ورم نعرفو كي غاتبّع على حساب الورم ونشوفو واش خاصك شى علاجات إضافية .

فالآخر ديال العملية غايدير ليك الطبيب تبيو ولا أكثر فموضع الفتحة باش نراقبو واش كتسيل.

من بعد العملية:

في بعض الحالات غايديرو ليك تبيو من النيف تيخوي المعدة، باش ما تقاّش ويجيك الحريق فموضع الفتحة و لا يوقعو ليك مضاعفات في التنفس.

وانت مبنّج غايدير ليك الطبيب التبيو ديال البولة، باش يراقب أن الكلوة اللي بقات، باقة كتصفي مزيان.

إلى جاك الحريق غايعطيك عليه الطبيب الدوا.

والطبيب ديالك هو اللي غايحدّد فوقاش غادي تحيد التبيوات اللي دار ليك.

يمكن ليك تنوض من بعد العملية بنهار وما تاكل حتى تتنفس أو تدير الخروج ديالك.

المدة ديال النقاس فالمستشفى تتختلف (حوالي 4 أيام)، وغادي ترجع للأنشطة اليومية ديالك مور بضعة أسابيع بعد المشاورة مع الطبيب ديالك.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنّج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البنّاج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

♦ يمكن يتقاس أثناء العملية شى عضو حدا الكلوة بحال المصارن، ويحتاج الطبيب يعالجهم ولا يحيدهم:

- إلى كان غايتد ليك الكلوة اليسرى: يمكن يقيس الطيخال ويضطر يحيّدو. وفهاد الحالة غادي يخصّك تاخذ الدوا ديال الميكروب على الأقل 2 سنوات وتدير واحد الجلبة (anti-pneumocoque). أو يمكن يقيس البنكرياس اللي يمكن يؤدي إلى الإتهاب دبالو ولا يبدا يسيل.
- إلى كان غايتد ليك الكلوة اليمنى: يقدر يقيس الكبدة ولا المصران وتخصّك جراحة على حساب الحالة، أو تنعس فالإنعاش.
- ♦ يمكن يتقاس شي عرق فوسط العملية ويعطي نزيف ويزيدوك عليه الدم أو تفتح عليه. هاذ شي نادر ولكن يقدر يشكّل خطر على حياتك.
- ♦ في بعض الحالات وخاصة في حالة سرطان في الكلوة، بقّدو يكونو شي أعضاء حداها مقبوسين حتى هما بالسرطان ويبدل الطبيب دبالك العملية (يقدر يحيّد أعضاء أخرى، يكبر الفتحة أو يلغي العملية).

ب. مباشرة مور العملية:

- ♦ يمكن يوقع ليك نزيف وتعاود تفتح عليه.
- ♦ يقّدو يوقعو ليك مشاكل دبال القلب والشرابين أو مشاكل عندها علاقة بالبنج وتنعس عليها فالإنعاش.
- ♦ يقدر يعمر ليك صدرك بالهوا ويزير ليك التنفس ويدبر ليك الطبيب عليه التبيو.
- ♦ يقدر يوقع ليك تعفن دبال الجرحة، ولّا دبال الريّة اللي من جهة الكلوة اللي حيدتي.
- ♦ مضاعفات دبال الجهاز الهضمي:
- يمكن تتعطل باش تنفس ولّا باش تدير الخروج دبالك أو شي مرات تتعصم.
- يمكن يوقع ليك فتق دبال العملية وتقدر تعاود تفتح عليه.
- تقدر تجيك قرحة المعدة وتاخذ عليها الدوا بضعة أسابيع.
- ♦ تقدر تحتاج للدياليز (تصفية الدم)، على حساب الحالة دبال الكلوة الأخرى، والمشاكل الصحية دبالك وعلى حساب كي دازت العملية. الطبيب دبالك غادي يكون قال ليك واش غادي تحتاج الدياليز ولا بلاش.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- ♦ فيحال كل العمليات دبال الكرش، كاين احتمال يتلوى ليك المصران وتحتاج تعاود تفتح عليه.
- ♦ يمكن تبقى السيكاتريس باينة بزاف.
- ♦ يقدر يتجمع ليك الماء فكرشك أو تفتح ليك الجرحة ويدبر ليك عليها الطبيب التبيو.
- ♦ تقدر ماتبقاش تحس مزيان فموضع الفتحة أو تحت منها.
- ♦ مشاكل دبال الجلد أو الأعصاب متعلّقة بكي كنت ناعس على طاولة العمليات ولا بالنعاس المطول بعد العملية، واللي يمكن تعطي آثار مزمنة خاصها بزاف دبال الوقت باش تبرا.
- ♦ الاحتمال أنك تولى ديما محتاج للدياليز قليل، ولكن متعلق بالحالة الصحية دبالك قبل العملية (الحالة دبال الكلوة الأخرى).
- ❖ تقدر تعاود تكبر ليك الحبوبة فالموضع فين كانت الكلوة، ولّا فالكلوة الأخرى، ولّا فالأعضاء المجاورة ولّا فالجرحة.

المتابعة مور العملية

التدواز مور العملية عندو 3 دبال الأهداف:

- ♦ نتأكدو أن السرطان مارجعش (إلى كان عندك سرطان).
 - ♦ نراقبو الكلوة الأخرى واش خدامة مزيان.
 - ♦ نتأكدو أنهم مكايينش مضاعفات.
- فاش غاتدوّز مور العملية، غايقول ليك الطبيب دبالك النتيجة دبال التحليلة دبال العملية إلى كان عندك سرطان، وحالة التطور دبالو والتوقعات على المرض دبالك. وهادشي كامل هو اللي تيجد شحال من مرة خاصك تبقى تجي تدوّز وتدير التحاليل، وربما تزيد علاجات أخرى.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



ORCHIDECTOMIE TOTALE:

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever un testicule non viable ou non curable.

L'organe

Les testicules sont les glandes sexuelles de l'homme. Ils se situent dans les bourses et reçoivent des vaisseaux sanguins issus de l'abdomen. Ils produisent les spermatozoïdes et les hormones masculines (testostérone).

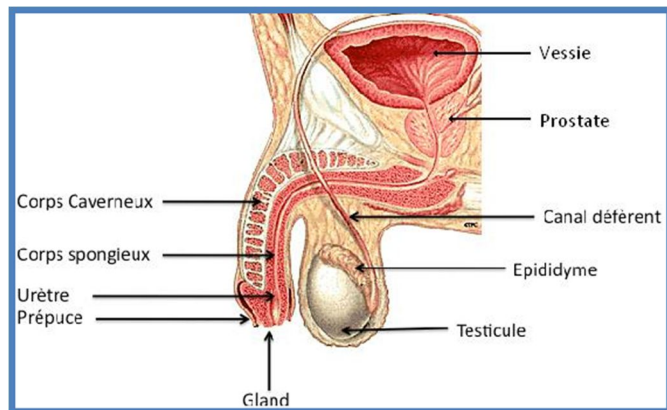


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Principe de l'intervention

Le traitement chirurgical qui vous est proposé consiste à enlever le testicule dans sa totalité. Votre chirurgien vous explique pourquoi la conservation d'une partie du testicule n'est pas possible.

Autres options de prise en charge

En cas de tumeur, l'orchidectomie permet d'obtenir un diagnostic définitif de son type, indispensable pour déterminer votre prise en charge ultérieure.

Dans certains cas très sélectionnés, il peut être proposé une orchidectomie partielle, c'est-à-dire une intervention qui consiste à ne retirer que la partie atteinte du testicule en laissant sa partie saine.

Si votre opération est indiquée pour traitement d'une torsion du cordon spermatique, cela veut dire que votre testicule est entièrement nécrosé et qu'il n'est plus récupérable. Dans certains cas, si le délai de 6h n'est pas dépassé, votre testicule peut encore être sauvé, et une détorsion avec fixation (voir orchidopexie) vous sera proposée.

Préparation à l'intervention

Il est possible que l'ablation du testicule et que les traitements complémentaires proposés en fonction de l'analyse au microscope compromettent votre fertilité. De ce fait, une conservation du sperme doit être proposée avant l'intervention. Celle-ci peut se dérouler sous anesthésie locorégionale ou générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation de pré anesthésie est obligatoire quelques jours avant l'opération. La durée d'hospitalisation varie de un à quelques jours selon les indications de l'urologue.

Technique opératoire

L'intervention consiste en cas de tumeur à enlever le testicule et les vaisseaux sanguins qui l'irriguent par une incision abdominale située au-dessus de l'aîne (comme pour une cure de hernie). Dans de très rares cas, une partie de la peau de la bourse peut être enlevée avec le testicule. Vous pouvez discuter avec votre chirurgien de la mise en place d'une prothèse testiculaire dans un but uniquement esthétique. Ce geste peut être réalisé dans le même temps opératoire ou à distance. Un drainage du site opératoire peut être nécessaire pendant quelques jours selon l'appréciation de votre chirurgien.

En cas de torsion, votre chirurgien fera une incision de la bourse pour accéder au testicule et permettre la réalisation de l'acte prévu. Cette intervention est généralement accompagnée d'une fixation du testicule contralatérale (voir orchidopexie).

Suites habituelles

La douleur au niveau de l'incision est habituellement minime et temporaire. Elle peut nécessiter l'administration de médicaments antalgiques. En cas de mise en place d'une prothèse, celle-ci devra être abaissée manuellement plusieurs fois par jour dans les premiers jours post-opératoires afin d'assurer son positionnement correct au fond de la bourse.

Préparation à la sortie et soins à domicile :

La durée d'hospitalisation varie de un à quelques jours selon les indications du chirurgien. Des soins locaux à domicile sont prescrits ; les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue. Les douches sont en revanche possibles en protégeant la zone opératoire.

Reprise d'activités :

La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez. Vous discuterez avec votre urologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Suivi post opératoire :

Le suivi post opératoire a pour objectif de surveiller l'absence de complication et de programmer la suite de la prise en charge qui dépend directement de l'analyse de la tumeur au microscope.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

- Ecchymoses ou hématomes : ils régressent en règle générale avec le repos et les soins locaux
- Le retard de cicatrisation nécessite la poursuite des soins locaux jusqu'à cicatrisation.

- La survenue d'une infection est rare. Elle peut être traitée par administration d'antibiotiques et parfois par drainage chirurgical du site opératoire.
- Le traumatisme du nerf ilio inguinal peut être responsable de douleurs ou d'anesthésie de la racine de la cuisse et du scrotum. Les symptômes sont habituellement régressifs, mais ils peuvent nécessiter une prise en charge spécifique en cas de persistance.
- La survenue d'une hernie inguinale est liée à un affaiblissement de la paroi de l'abdomen qui a été opérée. Elle peut nécessiter une intervention chirurgicale réparatrice.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6–8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

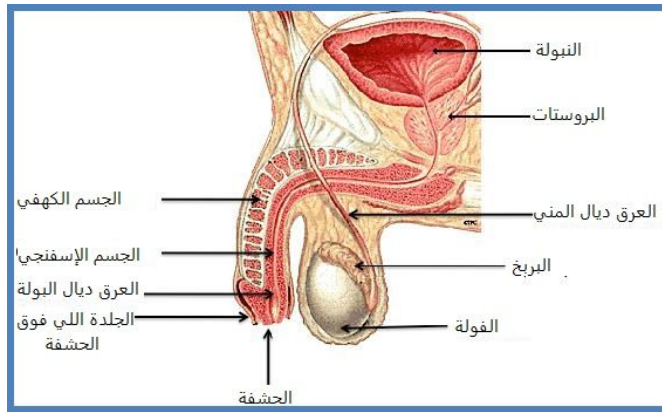


العملية باش تحيّد الخصية (الفولة)

الهدف من هاد العملية هو أنك تحيّد الخصية ديالك اللي مابقاتش خدامة أو مايمكنش تداوى.

العضو: الخصية (الفولة)

الخصيتان هما الغدد اللي كيصاوبو الهرمونات الذكرية والمنى. كيتواجدو فواحد الكيس جلدي (كيس الصفن) فالحجر، والعروق ديالهم هابطين من الكرش.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية

هاد العملية الهدف منها أنك تحيّد الخصية كاملة.

الطبيب الجراح ديالك غايشرح ليك علاش مايمكنش تحتفظ بشي جزء من الخصية.

واش كاين شئ حل من غير العملية؟

فحالة حبوبة (ورم) فالخصية: التحياد ديالها كيساعدنا نعرفو النوع ديال الورم بالضبط، و هاكذا كنقدر نعرفو العلاج اللي غادي يخصك من بعد. في بعض الحالات القليلة، ممكن يقترح عليك الطبيب أنه يحيّد غير جزء من الخصية، وبخلي الجزء اللي مامريضش.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك والعلاجات الممكنة وشنو يقد يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديالك.

إلى كنتي غادي تدير العملية حيث تلّوا ليك العرق ديال الخصية: فهذا تيعني أن الخصية دياك ماتت ومابقاش يمكن لينا نعالجوها. في بعض الحالات إلى كانت مازل مدازت 6 ديال السوايع، كنقدرو نعتقو الخصية دياك. ديك الساعة غايدير ليك الطبيب عملية تثبيت الخصية (أنظر عملية تثبيت الخصية).

التواجد العملية

ممکن العملية والعلاجات المرافقة ديالها، في بعض الحالات، يأترو على القدرة دياك على الإنجاب. داكشي علاش يقدر يقترح عليك الطبيب أنك تخزن الحيوانات المنوية دياك قبل العملية.

أثناء العملية يمكن بينجوك كلك ولانصك.

بحال بالنسبة لكل عملية جراحية غادي يشوفك الطبيب البناج قبل.

المدة ديال النعاس دياك فالمستشفى كتختلف، على حساب الحالة دياك و الرأي ديال الطبيب دياك.

كيفاش غاتدور العملية؟

❖ إلى كانت عندك حبوبة (ورم) فالخصية: غادي يدير ليك الطبيب الجراح فتحة فكرشك فوق من الجذر ديال فخضك (بحال العملية ديال الفتق)، وغادي يحيد ليك الخصية كاملة بالعروق ديالها. في حالات نادرة ممكن أن الطبيب يحيد حتى شوية من الجلدة إلى كانت مقبوسة بالورم. ويقدر يدير ليك الطبيب تبيو فموضع الفتحة ليضعة أيام. ممكن تناقش مع الطبيب دياك احتمال وضع خصية اصطناعية لغرض جمالي، فوسط هاد العملية ولا حتى من بعد.

❖ إلى كان السبب فالعملية هو العروق ديال الخصية اللّي تلّوا: فالطبيب غايدير ليك فتحة فالجلدة اللّي مغطيا الخصية باش يوصل ليها. فهاد الحالة، غالبا ما كيتبت الطبيب حتى الخصية الأخرى (السليمة) فوسط هاد العملية ولا حتى من بعد. (أنظر عملية تثبيت الخصية).

من بعد العملية

يقدر يجيك شوية ديال الحريق فموضع الفتحة ويعطيك عليه الطبيب الدوا. إلى كان دار ليك الطبيب خصية اصطناعية، فغادي يخضك تهبطها بيديك بزاف ديال المرات فالنهار.

❖ التواجد للخروج:

المدة ديال النعاس دياك كتختلف على حساب الحالة دياك ورأي الطبيب دياك. غايخرج ليك الطبيب علاجات لموضع الفتحة خاصك تديرهم فالسيطار ديال الحومة. وما خاصكش تمشي للحمام حتى تبرا ليك الفتحة مزيان، ولكن يمكن ليك تدوش إلى غطيتي موضع الفتحة.

❖ العودة للأنشطة اليومية دياك:

غايقول ليك الطبيب فوقاش تقدر ترجع للخدمة على حساب المهنة دياك، وغايناقش معاك العودة للأنشطة اليومية دياك، وكيفاش غايخصك تبّع مور العملية.

❖ التتبع مور العملية:

- ❖ الهدف من التتبع من بعد العملية، هو أننا نتأكدو من غياب المضاعفات.
- ❖ في حالة حبوبة فالخصية: غايشوف معاك الطبيب العلاجات الإضافية اللّي تقدر تحتاج، على حساب النتيجة ديال التحليلة ديال الحبوبة (الشميو ولا الأشعة).

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ❖ ممكن تزرأق ليك موضع الفتحة أو يتجمع فيها الدم، ولكن كتمشي مع الوقت وبالعلاجات اللي قال ليك الطبيب تدير.
- ❖ إلى تعطلات ليك موضع الفتحة باش تبرا، فخاصك تزيد تعالجها وقت أكثر.
- ❖ في حالات نادرة، ممكن تقبّح ليك موضع الفتحة، غاتحتاج عليها الدواء، أو تقدر تعاود تفتح عليها ويدير ليك الطبيب واحد الجراحة باش يخوي الفيج.
- ❖ إلى تقاس ليك واحد من الأعصاب ديال الفخض فوسط العملية، يقدر يعطيك الحريق فالجدر ديال الفخض أو حرك، ولا ماتبقاش تحس مزيان فهاد البلايص. هاد الأعراض كتمشي مع الوقت، ولكن شي مرات كتحتاج علاج خاص إلى طولات.
- ❖ يمكن يجيك الفتق فالجدر ديال فخضك وتفتح عليه.

تحذير

التدخين كيبكر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية. خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر. إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



ORCHIDOPEXIE (FIXATION DU TESTICULE)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

Le testicule

Les testicules produisent les spermatozoïdes et des hormones dont la testostérone. Ils se situent dans les bourses et sont reliés à l'abdomen par le cordon spermatique qui contient les vaisseaux testiculaires et le canal déférent. Les attaches du testicule dans la bourse peuvent être insuffisantes et le testicule peut être trop mobile et même entraîner une torsion de ses vaisseaux nourriciers.

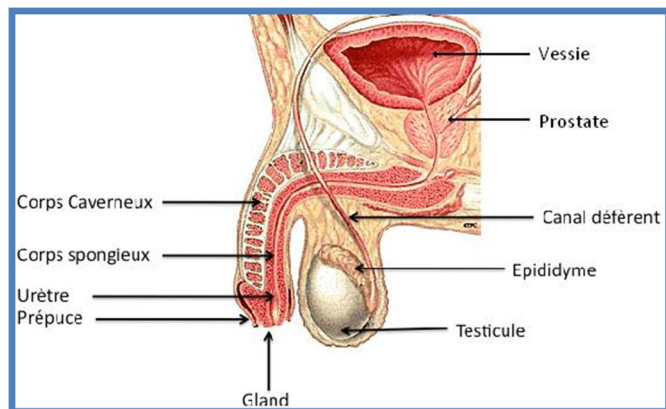


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Pourquoi cette intervention ?

Le traitement chirurgical qui vous est proposé peut être réalisé pour corriger une mobilité excessive du testicule et prévenir un risque de torsion du cordon spermatique.

Préparation à l'intervention

L'intervention peut se dérouler sous rachianesthésie ou anesthésie générale. Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Technique opératoire

L'intervention, menée par une incision de la bourse, consiste à fixer le testicule par des points entre testicule et tissus de soutien, ou en le plaçant dans une poche créée sous la peau.

Suites habituelles

La douleur au niveau de l'incision est habituellement minime et temporaire. Elle peut nécessiter l'administration de médicaments antalgiques.

Des soins locaux à domicile sont prescrits.

Les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue. Les douches sont possibles.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Les complications précoces :

- Ecchymoses ou hématomes : ils régressent en règle générale avec le repos et les soins locaux, mais nécessitent parfois une reprise chirurgicale.
- Retard de cicatrisation qui nécessite la poursuite des soins locaux.

- Infection du site opératoire, complication rare qui peut être traitée par administration d'antibiotiques avec éventuel drainage chirurgical. Exceptionnellement, l'ablation du testicule infecté peut être nécessaire.

➤ **Les complications tardives :**

- Le testicule peut garder une position haute dans la bourse.
- Douleurs résiduelles.
- Atrophie du testicule : elle est rare et résulte d'un défaut de vascularisation, d'un hématome ou d'une infection. Elle peut conduire à une infertilité en cas de testicule unique.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



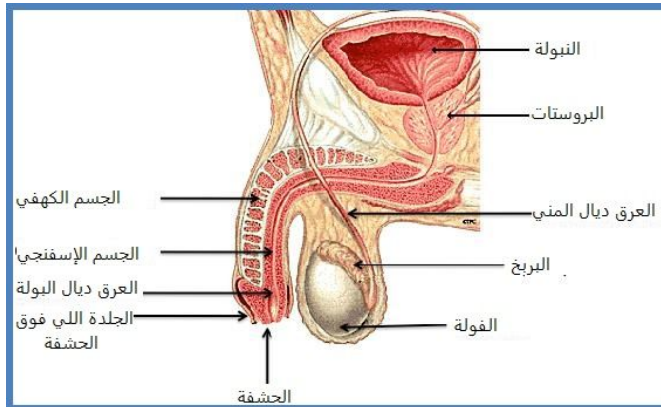
تثبيت الخصية (الفولة)

العملية التي غايتها الهدف منها هو تثبيت الخصية (الفولة) دياك فموضعها.

العضو: الخصية (الفولة)

الخصيتان هما التي كيصاوبو الحيوانات المنوية والهورمونات الذكرية. كيتواجدو فواحد الكيس جلدي (كيس الصفن)، ومرتابطين بالكرش بواسطة الحبل المنوي التي كيتحتوي على العروق دياك الخصية والعرق التي تيدي المنوي.

تقدر تكون الخصية متبتاش مزيان فبلاصتها، وتدور ويتلوى الحبل المنوي.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

علاش غاتدير هاد العملية؟

هاد العملية التي غاتدير الفائدة دياها هي تثبيت الخصية فبلاصتها باش ماتدور و تلوى، وتموت لك.

التواجد للعملية:

الطبيب البناج غايبينجك كلك ولا نصك، على حساب الحالة دياك وعلى حساب عوامل أخرى غايشوفها فاش غادي يدوز لك قبل العملية ببضعة أيام.

هاد الورقة دياك الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها لك الطبيب دياك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو لك. وراه شرح لك المرض دياك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا لك إلى ما فتحتيش.

الشرح التي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل التي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دياك الطبيب دياك غادي تفهم مزيان ويمكن لك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياك.

كى غاتدوز العملية؟

غادي يدير ليك الطبيب ديالك فتحة فالكيس اللي كيغطي الخصيتين، وغادي يثبت الخصية بغرزات مع هاد الكيس، ولا غايوضعها فواحد الجيب تيصاوبو تحت الجلدة ديال الفولات.

من بعد العملية:

غادي تحس بشوية ديال الحريق فموضع الفتحة ولكن دغيا غايوتك، غا يعطيك الطبيب عليه دوا ديال الحريق. غادي تبقى تعالج الجرحه فالسيطار ديال الحومة. وماخصكش تمشي للحمام حتى تبرأ ليك الجرحه مزيان.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كندوز العملية بدون مشاكل. ولكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. مباشرة مور العملية:

- ◆ تقدر تولي بلاصة الفتحة زرقاء ولا تعمّر بالدم. في الغالب تتمشي بوحدها بالراحة والدوا، ونادرا تقدر تعاود تفتح عليها.
- ◆ تقدر تعطل موضع الفتحة وماتبراش دغيا، وتكون مجبر تاخذ الدوا لمدة أطول.
- ◆ يقدر يتقيح ليك موضع الفتحة (نادرا) وتاخذ عليه الدوا ديال الميكروب ولا تعاود تفتح ويدير ليك الطبيب واحد الجرحه باش يخوي القيح. وفشي حالات نادرة جدا، ممكن بسباب هاذ التعفن تفتح ويحيّدو ليك الخصية.

ب. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- ◆ تقدر تبقى الخصية طالعة وماتهبطش مزيان في الكيس الجلدي الخاص بها.
- ◆ يقدر يبقّى عندك الحريق.
- ◆ تقدر تصغار ليك الخصية (نادرا)، وتكون بسبب مشكل فالعروق ديال الخصية، أو الدم اللي تجمع فيها، أو التعفن. إلى في الأصل كانت عندك غي خصية وحدة تقدر ماتبقاش تولد (تفقد الخصوبة ديالك).

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



PRELEVEMENT RENAL SUR DONNEUR VIVANT APPARENTÉ

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

Le prélèvement rénal sur donneur vivant apparenté (DVA) a pour objectif le prélèvement d'un de vos reins, destiné à être transplanté à un receveur apparenté.

Le don d'un organe de son vivant est une pratique strictement encadrée d'un point de vue médical, légal et éthique.

Le rein

Le rein est un organe qui joue le rôle d'un filtre participant à l'épuration du sang et à l'élimination des déchets de l'organisme. Il stimule la production de globules rouges.

Les reins sont habituellement au nombre de deux. Ils sont situés dans l'abdomen sous le thorax, de part et d'autre de la colonne vertébrale. L'urine fabriquée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie où elle est stockée entre deux mictions. Un seul rein peut suffire à assurer cette fonction d'épuration.

Pourquoi cette intervention ?

Le but de l'intervention est de retirer un de vos reins de façon aussi peu traumatique que possible afin de pouvoir le transplanter à un receveur apparenté.

Vous avez bénéficié d'un bilan médical complet qui a permis de vérifier que votre rein restant fonctionne parfaitement ; ainsi, vous n'aurez pas plus de risque que le reste de la population générale d'avoir vous-même un jour un problème d'insuffisance rénale ou d'hypertension artérielle.

Préparation à l'intervention

Préalablement à l'intervention, un certain nombre d'examens vous ont été prescrits afin :

- De vérifier la normalité de la fonction de vos reins (filtration glomérulaire).
- De s'assurer que vous n'avez pas de maladie décelable contre-indiquant le don d'organe.
- De décider du côté à opérer et de la méthode opératoire à employer.
- De passer devant le tribunal pour s'assurer du respect des contraintes légales et éthiques.

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité de l'urine ou traiter une éventuelle infection. Le diagnostic d'une pathologie infectieuse (même bénigne comme une simple fièvre) les jours précédant l'intervention peut conduire à différer l'opération pour votre sécurité, mais également pour celle du receveur de la transplantation.

➤ **Choix du côté opéré :**

Le chirurgien décide du côté à opérer en fonction du résultat des différents examens et de vos antécédents médicaux. L'objectif est de pouvoir réaliser la transplantation dans des conditions satisfaisantes sans compromettre la fonction rénale du donneur. Par exemple, si l'un de vos deux reins fonctionne un peu moins bien que l'autre, le rein le moins fonctionnel sera prélevé afin de vous laisser le meilleur des deux.

Technique opératoire

Le chirurgien retire le rein en préservant sa vascularisation, c'est-à-dire en emportant la plus grande longueur possible d'artère et de veine rénale afin de pouvoir ensuite réaliser la transplantation chez le receveur. En fin d'intervention, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place afin de surveiller le site opératoire.

➤ **Méthode opératoire (voie d'abord) :**

Cette intervention faite sous anesthésie générale se déroule par une incision sur le côté de l'abdomen, juste sous les côtes ou entre les côtes selon la morphologie du

patient. Elle peut également être pratiquée par voie coelioscopique ou laparoscopique, c'est-à-dire sous contrôle vidéo par l'intermédiaire d'une caméra fixée à un optique ; les instruments sont alors introduits dans le site opératoire après ponction de la paroi abdominale au travers de tubes appelés trocars.

Le chirurgien peut toutefois interrompre la procédure coelioscopique pour pratiquer une incision classique s'il le juge utile.

Suites habituelles

- Il est quelquefois nécessaire de poser une sonde gastrique.
- Une sonde urinaire est mise en place pendant l'anesthésie pour surveiller le bon fonctionnement du rein restant et vous éviter d'avoir des difficultés urinaires au réveil.
- La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.
- Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et défini par le chirurgien.
- Certains traitements peuvent vous être administrés après l'intervention, comme pour la prévention des phlébites.
- L'hospitalisation dure trois à sept jours et une convalescence de quelques semaines est nécessaire. La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez.
- Les soins infirmiers postopératoires vous sont expliqués (bains, pansements...).

Surveillance post-opératoire

Le suivi dont vous faites l'objet après l'intervention répond à deux objectifs :

- Vérifier l'absence de complication.
- Surveiller la fonction rénale du rein restant.

Vous serez revu(e) une fois par an par votre urologue afin de vérifier le bon fonctionnement de votre rein.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Pendant le geste opératoire :

- ✓ Blessure des organes de voisinage justifiant leur réparation ou leur ablation.
- ✓ Blessure vasculaire responsable d'un saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.

➤ Dans les suites post-opératoires immédiates :

- ✓ Hémorragie interne pouvant obliger à une nouvelle opération en urgence.
- ✓ Risque de phlébite et d'embolie pulmonaire.
- ✓ Risque d'infection, en particulier de la paroi et du poumon adjacent.
- ✓ Complications digestives : retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion pouvant parfois justifier une ré-intervention ; ulcère de l'estomac.

➤ Risques à distance :

- ✓ Comme pour toute intervention abdominale, des déformations de la paroi de l'abdomen, plus ou moins importantes, et des brides intra-abdominales peuvent survenir.
- ✓ Douleurs résiduelles

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية باش يهزو الكلوة من عند فرد من العائلة

هاد العملية الهدف منها هو ناخذو كلوة مامريضاش باش نزرعوها لشي حد كيجيك محتاجها.

التبرع بعضو خلال الحياة هي عملية مؤطرة من الناحية الطبية والقانونية والأخلاقية.

العضو: الكلوة

الكلوة هي عضو كيلعب دور مهم فتصفية الدم، وإنتاج الكريات الحمراء.

فالعادة كيكونو عندنا 2 كلوات كيتواجدو فالجناب ديال السنسول ديال ضهر. وفيهم كتصاوب البولة قبل ماتيهبط فالعرق ديال البولة وتخرن فالنبولة. كلوة وحدة كافية باش تصفي الدم.

علاش هاد العملية؟

الهدف من هاد العملية هو أننا ناخذو من عندك كلوة، باش نزرعوها لفرد من العائلة دياالك محتاجها.

قبل العملية، دار ليك الطبيب التحاليل باش يتأكد أن الكلوة اللي غاتبقى عندك مافيهما حتى مرض وخدامة مزيان، وباش يتأكد أن هاد العملية ما غاتشكش عليك خطر القصور الكلوي أو الطانسيو (ارتفاع ضغط الدم).

التواجد للعملية

قبل من العملية غادي تكون درتي واحد المجموعة ديال التحاليل، الهدف منها:

- ♦ نتأكدو أن الكلاوي دياالك خدامين مزيان (تصفية الدم، وإنتاج البولة).
- ♦ نتأكدو من أنه ما عندك حتى مرض يمنع عليك التبرع بأحد الأعضاء دياالك.
- ♦ الطبيب دياالك غايقرر إنا كلوة غياخذ من عندك وبإنا طريقة.

غادي يخصك تدوز أمام القاضي، باش نتأكدو من احترام الشروط القانونية والأخلاقية.

بحال بالنسبة لأي عملية جراحية، غايدوز ليك الطبيب البناج بضعة أيام قبل العملية.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دياالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دياالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدوز العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دياالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياالك.

غاتدير التحليلة ديال البولة باش نتأكدو أنها مافيهاش المكروب، وتاخذ عليه الدوا إلى كان. وإلى لقي عندك الطبيب مشكل ديال المكروب، وحا بسيط، بحال السخانة بوحدها مثلا، في الأيام اللي قبل العملية، ممكن يأجلها.

اختيار الكلوة اللي غايحيدو ليك:

الطبيب الجراح غيختار إنا كلوة صالحة أنك تعطي، على حساب الحالة الصحية ديالك والنتائج ديال التحاليل اللي درتي. الهدف ديال الطبيب الجراح ديالك هو تدوز عملية التبرع بلا ما يوقعو ليك مشاكل، ومايكونش تأثير على الوظيفة ديال الكلوة اللي بقات. مثلاً إلى كانو عندك 2 كلوات، وحدة فيهم خدمة مزيان والأخرى غير شوية، غايخلي ليك الطبيب اللي خدمة مزيان ويأخذ الأخرى.

كي غاتدوز العملية؟

الطبيب الجراح ديالك غايحد ليك الكلوة بالعروق ديالها، باش يقدر يزرعها من بعد بسهولة. في نهاية العملية يقدر يدير ليك شي تيبوات فموضع الفتحة.

غايينجوك كلك باش تدير هاد العملية.

غايدير ليك الطبيب فتحة فجنبك، تحت الضلوع أو بيناتهم، أو يمكن تم العملية بالمنظار. في حالة عملية بالمنظار ممكن أن الطبيب ديالك يبذل التدخل ويدير ليك جراحة مفتوحة.

من بعد العملية

- ◆ يقدر يدير ليك الطبيب التيبو ديال المعدة من نيفك.
- ◆ غايدير ليك الطبيب التيبو ديال البولة فالعملية باش يراقب واش الكلوة باقة خدمة مزيان.
- ◆ يقدر يجبك الحريق وغيعطيك عليه الطبيب الدوا.
- ◆ الطبيب ديالك هو اللي غيقول ليك وقتاش غاتحد التيبو اللي فموضع الفتحة.
- ◆ وبقدر يخرج ليك شي دوايات، من بعد العملية، مثلاً: الدوا اللي كيحزي الدم للوقاية من التكد ديالو.
- ◆ مدة النقاس ديالك فالمستشفى كتختلف، في الغالب كتراوح ما بين 3 أيام وأسبوع. وخاصك ترتاح موراها لبضعة أسابيع، وعلى حساب شنو خدام والحالة الصحية ديالك، غيقول ليك الطبيب وقتاش ترجع للخدمة.
- ◆ وغادي يشرح ليك العلاجات اللي خاصك تدير لموضع الفتحة (الحمام، الفاصمة..).

النتباع من بعد العملية

النتباع من بعد العملية عندو 2 ديال الأهداف:

- ◆ نتأكدو أنه ماعندك حتى شي مضاعفات.
- ◆ نراقبو الحالة ديال الكلوة اللي بقات عندك.

غاتبقى ترجع تدوز عند الطبيب ديالك مرة فالعام.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدوز العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

- ◆ يقدو يتقاسو الأعضاء المجاورة للكلوة، ويضطر الجراح ديالك يعالجها أو يحيدها.
- ◆ يقدر يتقاس شي عرق ويعطيك نزيف اللي تقدر تحتاج عليه الدم.

ب. مباشرة من بعد العملية:

- ◆ ممكن يكون عندك نزيف داخلي وتفتح عليه بطريقة مستعجلة.
- ◆ ممكن يتكدد ليك الدم.
- ◆ ممكن يوقع ليك تعفن ديال الجرح، ولا ديال الرية اللي من جهة الكوة اللي حيدو ليك.
- ◆ مضاعفات هضمية:
 - يقدر يتعطل ليك الخروج أو تعصم أو يتلوى ليك المصران وتعاود تفتح عليه.
 - تقدر تجيك القرحة ديال المعدة.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- ◆ بحال كل عملية ديال الكرش، ممكن ماتبراش ليك الجرحه مزيان، أو يتلاصقوا الأعضاء اللي لداخل.
- ❖ يمكن يبقى عندك الحريق.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية. خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر. إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب دياك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح دياك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب دياك رهن الإشارة.



PROLAPSUS GENITAL : CURE PAR PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus génital.

Les organes pelviens

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles et de ligaments qui constituent le plancher pelvien. Celui-ci joue le rôle de hamac sur lequel reposent la vessie, l'utérus et le rectum.

On parle de prolapsus, anomalie appelée communément « descente d'organes », lorsque ces organes ne sont plus soutenus et font saillie à des degrés divers dans le vagin ou même au-delà de la vulve si le prolapsus est extériorisé. Il peut concerner isolément ou en association la vessie (cystocèle), l'utérus (hystéroccèle) et le rectum (rectocèle).

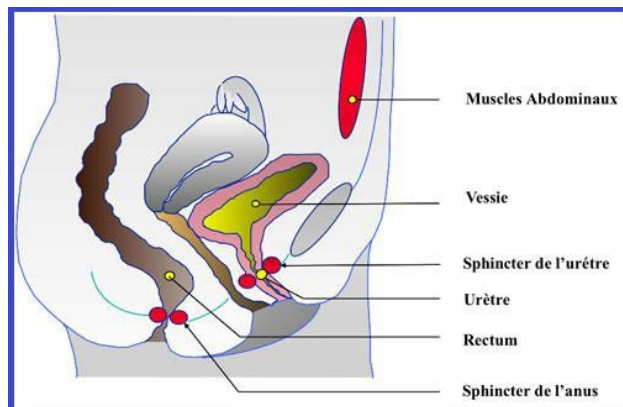


Figure 1: Schéma de l'anatomie pelvienne féminine

Pourquoi cette intervention ?

Le prolapsus est responsable de symptômes variés. Il peut s'agir de : pesanteur périnéale, « boule » s'extériorisant à la vulve, signes urinaires, sexuels ou digestifs. L'intervention proposée par votre urologue est un geste chirurgical dont le but est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin.

Ce repositionnement s'accompagne d'un renforcement des moyens de soutien de ces organes par l'utilisation d'un tissu de renfort (implant prothétique) synthétique compatible avec le corps humain.

Enfin, il peut être associé une intervention pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (voir fiche AFU traitement de l'incontinence urinaire d'effort).

En fonction des éléments de votre dossier, il peut être nécessaire de retirer l'utérus, en partie ou en totalité, ou les ovaires. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Une rééducation est possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu importants.

Le pessaire est un dispositif destiné à contenir le prolapsus et qui est placé dans le vagin. Il est souvent utilisé lorsque l'intervention n'est pas souhaitable rapidement. Son port peut être temporaire ou permanent.

L'intervention peut être menée selon plusieurs voies d'abord, abdominale ou vaginale et suivant différentes techniques. Son choix vous est expliqué par votre urologue.

Le traitement de votre prolapsus n'est pas une nécessité vitale. L'absence de son traitement vous expose à l'aggravation du prolapsus jusqu'à l'extériorisation. Il peut y avoir une rétention urinaire (blocage de la vidange de la vessie), une dilatation des reins avec insuffisance rénale et une ulcération du vagin et du col de l'utérus.

Préparation à l'intervention

Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention. Une analyse d'urine vous est demandée quelques jours avant l'intervention (ECBU). En cas d'infection, l'intervention est différée jusqu'à stérilisation des urines. Pour prévenir les phlébites, des bas de contention peuvent être prescrits, portés pendant l'intervention et jusqu'à reprise d'une activité ambulatoire. Un régime alimentaire sans résidu peut vous être conseillé avant l'intervention.

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou loco-régionale. Elle peut être effectuée par voie laparoscopique ou par une seule incision abdominale. Au bloc opératoire, vous êtes installée à plat sur le dos. Une sonde urinaire est mise en place en début d'intervention.

- Une prothèse synthétique est fixée entre la vessie et la paroi antérieure du vagin.
- Une deuxième prothèse peut être fixée entre le rectum et la paroi postérieure du vagin.
- La (les) prothèse (s) est (sont) ensuite fixée(s) à un ligament très solide situé en avant de la colonne vertébrale en avant du sacrum.

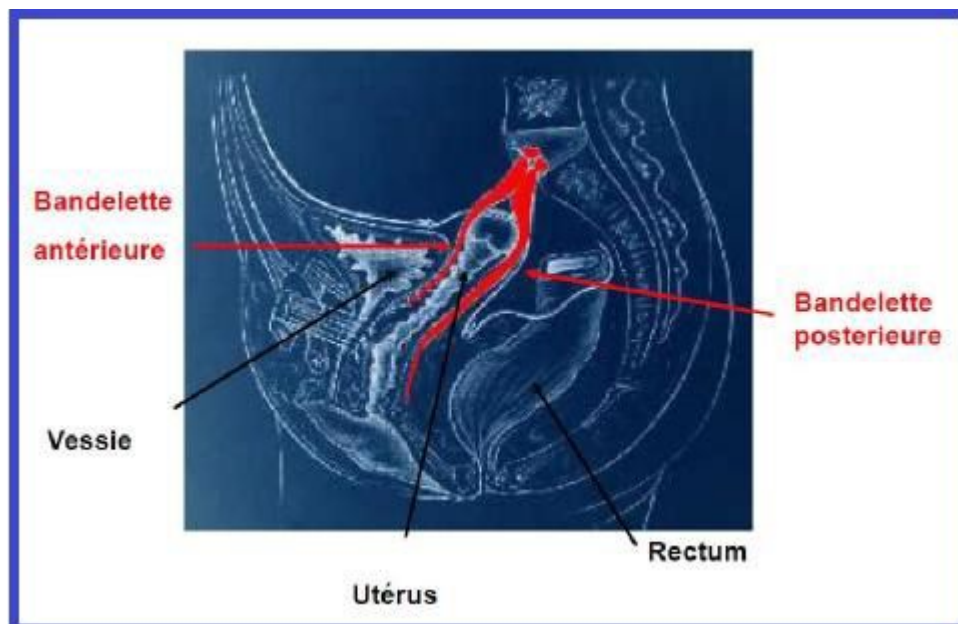


Figure 2: Mise en place de la prothèse synthétique

Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire, est défini par votre chirurgien. La reprise du transit intestinal (gaz) se fait habituellement dans les 48 premières heures. Cependant, une constipation peut vous gêner pendant quelques jours et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit.

La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours. Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pendant environ 1 mois.

Des facilitateurs du transit pour vous éviter de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décide de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives.

Vous devez éviter les efforts violents dans les 3 mois suivant l'intervention.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Pendant le geste opératoire :

Plaie de vessie

Une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours de sa dissection. Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile. Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention. La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.

Plaie du vagin

Le risque est plus important si vous avez ou avez eu une ablation de l'utérus. L'ouverture du vagin peut compromettre la mise en place d'une prothèse.

Plaie de l'uretère

Elle est exceptionnelle et nécessite un geste de réparation avec la mise en place d'une sonde interne temporaire.

Plaie du rectum

Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate. L'ouverture du rectum compromet la mise en place d'une prothèse.

➤ **Dans les suites opératoires :**

Hémorragie – Hématome

Cette complication est rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention ou une transfusion.

Douleurs

Les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. Des douleurs persistantes sont exceptionnelles à distance de l'intervention.

Troubles mictionnels

Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires et peut nécessiter ultérieurement une intervention complémentaire. L'apparition dans les suites opératoires d'envies fréquentes ou urgentes d'uriner n'est pas rare. Si celles-ci existaient en pré-opératoire, elles peuvent persister après l'intervention, même après la remise en place de votre vessie. Des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir, nécessitant de reposer une sonde dans la vessie ou de vous apprendre à réaliser temporairement des sondages plusieurs fois par jour.

Troubles digestifs et difficultés d'exonération

Le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaître avec un traitement adapté. Une occlusion intestinale peut être due à des adhérences de l'intestin dans la cavité abdominale. Une ré-intervention est souvent nécessaire.

Altération de la qualité des rapports sexuels

En replaçant en bonne position les organes descendus, l'intervention permet le plus souvent d'améliorer votre sexualité. En revanche, la qualité des rapports peut être rarement altérée par des douleurs, des problèmes de lubrification vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.

Migration/Infection du tissu de renfort (implant prothétique)

Les prothèses sont conçues pour être parfaitement tolérées et permettre une cicatrisation rapide. Exceptionnellement, une exposition de la prothèse au travers du vagin peut survenir. Elle peut apparaître tardivement, des années après la pose. Elle est souvent asymptomatique, mais peut parfois entraîner des écoulements vaginaux et une infection de la prothèse. Une ré-intervention peut alors être nécessaire pour retirer partiellement ou en totalité cette prothèse. La migration de la prothèse peut aussi exceptionnellement se faire vers la vessie et le rectum. Elle nécessite une réintervention pour l'enlever.

Fistule

Une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer l'intervention, surtout chez les patientes multi opérées. Elle peut concerner l'urètre, la vessie, l'uretère, le vagin ou le rectum. Son traitement est le plus souvent chirurgical.

Résultats

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant être garanti.

La récurrence du prolapsus est toujours possible, liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation, ...), mais son risque est variable d'une patiente à une autre. La récurrence du prolapsus ne s'accompagne pas systématiquement de la réapparition des symptômes urinaires, sexuels ou digestifs.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



علاج هبوط الأعضاء (بالتثبيت بالمنظار)

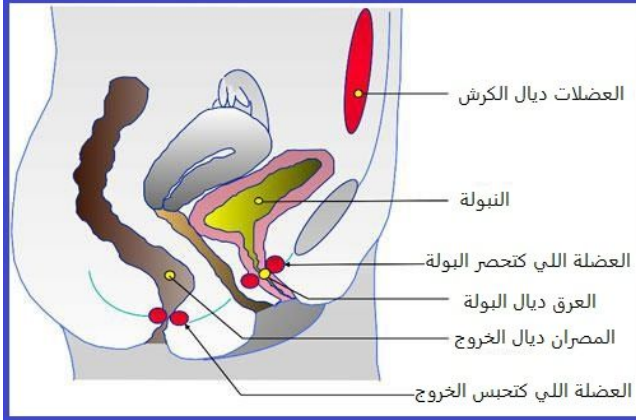
العملية التي غادي تدير، الهدف منها هو نردو الأعضاء التي هبطو ليك لموضعهم الطبيعي.

الأعضاء ديال الحجر ديال المرأة: النبولة، الوالدة والمصران ديال الخروج

الأعضاء التي كابنين فالحجر ديال المرأة شادينهم مجموعة من العضلات والأربطة.

كنتكلمو على هبوط الأعضاء، فاش مكيفقاوش مشدودين فموضعهم وكيهبطو في المهبل أو فشي مرات كيخرجو منو.

وممكن يهبط واحد من هاد الأعضاء (النبولة، الوالدة، أو المصران ديال الخروج) أو كولهم.



رسم 1: الأعضاء ديال الحجر ديال المرأة

علاش هاد العملية؟

هبوط الأعضاء يمكن يكون مسؤول عن أعراض مختلفة، مثلا يمكن تخرج ليك كورة من القدم، يمكن يجيوك أعراض بولية، جنسية أو ديال الخروج.

الهدف من هاد العملية هو يرد ليك الطبيب الجراح ديالك هاد الأعضاء لموضعهم الطبيعي. وباش يثبتهم مزيان غايستعمل الطبيب واحد الشبكة اصطناعية، كيتقبلها الجسم ديالك. ويقدر يعالج حتى المشكل ديال البولة التي كتقلت إلى كانت عندك.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح الذي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل التي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديالك.

على حساب الحالة الطبية ديالك، ممكن يكون الطبيب مجبر أنه يحدّد ليك الوالدة (كلها ولا غير جزء منها) أو المبيضين ديالك. غادي يتناقش معاك الطبيب فهاد الموضوع.

واش كاين شئ حل من غير العملية؟

ممكن إلى ماكنوش الأعضاء ديالك هابطين بزاف تديري الترويض.

إلى ماكنتش غادي تفتحي مباشرة، أو كان الطبيب ديالك غادي يأجل العملية، ممكن يقترح عليك واحد الجهاز تيدّار داخل المهبل باش مايهبطوش الأعضاء، هذا غير حل مؤقت، ضروري تحيدي هاد الجهاز وتديري العملية من بعد. هاد العملية ممكن تدّار ببزاف ديال الطرق، بفتحة فالكرش أو عن طريق المهبل. غادي يشرح ليك الطبيب ديالك إنا طريقة غايدير ليك وعلاش.

هاد المشكل ديال هبوط الأعضاء ماكيشكلش خطر على حياتك، ولكن إلى ماعالجتيهش، الأعضاء ديالك غادي يزيدو يهبطو وبيانو فيك أعراض ديال الجهاز البولي (تّحصر ليك البولة، يتنفخو ليك الكلاوي، ويجيك قصور كلوي (أي الكلاوي ديالك مايقاوش كيصفيو مزيان) أو يتجرّح ليك المهبل ديالك أو الفم ديال الوالدة.

التواجد للعملية:

غادي يدوّر ليك الطبيب البنّاج قبل العملية ببضعة أيام. غا يعطيك الطبيب ديالك تديري تحليلة ديال البولة باش يتأكد أنها مافيهاش الميكروب، وإلى كان يعطيك عليه الدوا وتتأجل العملية حتى يمشي الميكروب.

يقدر يطلب منك الطبيب تشري واحد الجوارب (الليبا) باش تديريهم فوسط العملية، باش نتجنبو خطر تكبّد الدم. يقدر ينصحك الطبيب بواحد الريجيم (حمية) خاص قبل من العملية.

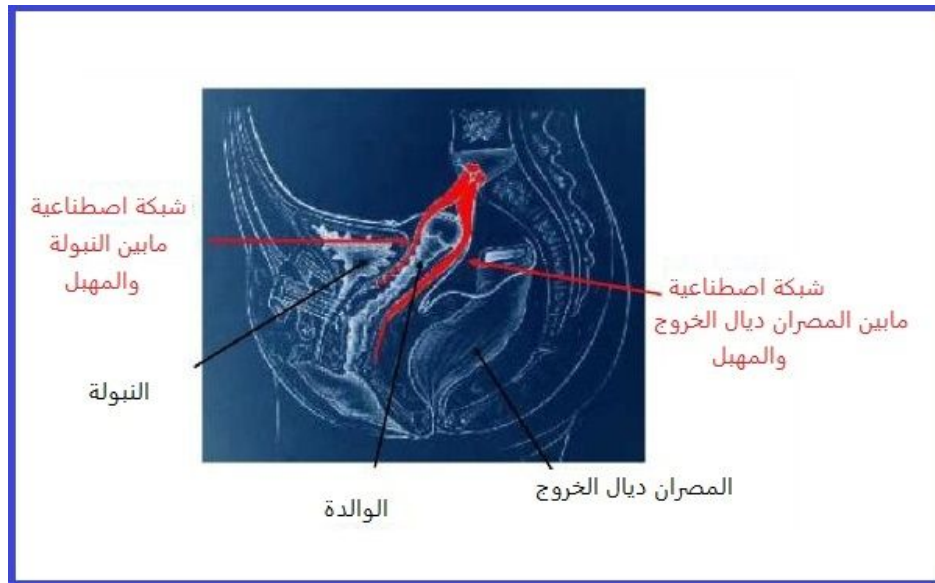
كي غاتدور العملية؟

غادي تبجي كلّك ولاغير نصّك.

هاد العملية يمكن تدّار ببزاف ديال الطرق: عن طريق المنظار، أو بفتحة فكرشك.

فغرفة العمليات غاتكوني ناعسة على ظهرك (بحال أثناء الولادة)، غادي يديرو ليك غالبا تنيو ديال البولة .

- غايدخل الطبيب الشبكة الإصطناعية فكرشك وغادي يوضعها ما بين النبولة ديالك والمهبل.
- ممكن يستعمل شبكة ثانية ويوضعها ما بين المصران ديال الخروج والمهبل.
- كيثبت الطبيب الجراح، من بعد، هاد الشبكات بواحد العصبية قوية لاصقة فالسنسول.



رسم 2: الشبكة الإصطناعية لعلاج هبوط الأعضاء

من بعد العملية:

الطبيب دياك هو اللي غايحدّد ليك فوقاش غاتحدي التبيو ديال البولة.
غالبا غاتنفسي وغاتديري الخروج دياك فاليومين الأولى من بعد العملية. ولكن في بعض الأحيان تقدر تعصي لبضعة أيام. وفهاد الحالة غايخرّج ليك الطبيب دوا كيجرّي الكرش.
ومدة النعاس فالمستشفى تتكون بضعة أيام.
خاصكي ترتاحي من بعد العملية، وتتفاذي أي مجهود أو رياضة، وماتهرّيش النّقل، وتتفاذي الجماع والحمام لمدة شهر.
يقدر يخرّج ليك الطبيب واحد الدوا كيسهّل الخروج باش ماتعصميش. غادي يعطيك الطبيب دياك موعد بضعة أسابيع من بعد العملية، باش يقوليك فوقاش يمكن ليك ترجعي للأنشطة اليومية دياك. وخاصك تتجنبي أي مجهود كبير 3 أشهر من بعد العملية.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. ولكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

- ♦ يمكن تقاس ليك النبولة، وتتجرّح، وهاد الخطر كيزيد، إلى فابطة فتحتي من قبل. وفي هذه الحالة يقدر الطبيب يحبس العملية، ويدير ليك تبيو ديال البولة لمدة أطول.
- ♦ ممكن يتقاس ليك المهبل: خصوصا إلى حيدتي الوالدة. وفي هذه الحالة كيولي صعب يوضع ليك الطبيب الشبكة الاصطناعية.
- ♦ نادرا كيمكن يتقاس ليك العرق اللي كيهبط البولة من الكلاوي للنبولة: وفهاد الحالة غايخص الطبيب الجراح يعالجو ويدير فيه تبيو بشكل مؤقت.
- ♦ يقدر يتقاس ليك المصران ديال الخروج: ولكن هاد الحالة نادرة، وكتحتاج تدخل سريع. وحتى هي ماكتخلّش الطبيب يدير الشبكة الاصطناعية.

ب. من بعد العملية:

- ♦ يقدر يوقع نزيف أو يتجمع ليك الدم: فموضع الفتحة، وفي هذه الحالة غايزيدك الطبيب الدم، وتقدري تحتاجي تعاودي تفتحي.
- ♦ يقدر يبقّي الحريق: من بعد مايدوز الوقت على العملية، ولكن هذا أمر نادر.
- ♦ مضاعفات بولية: في بعض الحالات ممكن يجيك من بعد العملية مشكل البولة اللي كتقلت، وتحتاجي عليه عملية أخرى. وماشي نادر أنه تبقى تجيك رغبة مكررة وقوية في التبول، خاصة إلى كنتي كتعاني من هاد المشكل من قبل العملية. ممكن تجيك صعوبة فالتبول من بعد العملية، غادي يدير ليك عليها الطبيب تبيو فالنبولة ولا غايعلمك كيفاش تبقي تديري الرّاسك هاد التبيو بضعة مرات فاليوم.
- ♦ مضاعفات هضمية: من بعد العملية يمكن يظهر مشكل ديال الخروج، ويعطيك عليهم الطبيب الدوا. يمكن تعصي أو يتسدو ليك المصارن. وتقدري تعاودي تفتحي على هاد المشكل.
- ♦ يمكن تتدهور الحياة الجنسية دياك: في الغالب من بعد هاد العملية تيرجعو هاد الأعضاء اللي هبطو لموضعهم الطبيعي وهذا غايحسن الحياة الجنسية دياك. ولكن في حالات نادرة يمكن يبقّي يجيك الحريق أثناء الجماع. وغايخرّج ليك الطبيب واحد الدوا كينقص من هاد المشكل.
- ♦ مشاكل ديال الشبكة الاصطناعية اللي دار ليك الطبيب: هاد الشبكة اللي دار ليك الطبيب مصنوعة خصيصا باش يتحملها الجسم دياك، وتمكنك تبراى بسرعة. في حالات نادرة جدا، ممكن تتحرك من موضعها، وتخرج فالمهبل. ممكن هادشي يطرا سنوات من بعد العملية، وفي الغالب ماتيكونش عندو أعراض. لكن شي مرات، يقدر يتسبّب فهبوط ماء من القدم وتعفن، وفي هذه الحالة تقدري تحتاجي عملية وحدة أخرى.

♦ يقدر 2 ديال الأعضاء يتلاصقو: ويبدأ كل واحد كيخوي المحتوى ديالو فالآخر (مجرى البول، النبولة، العروق ديال البولة اللي هابطين من الكلاوي، المهيل أو المصران ديال الخروج)، ولكن هادشي نادر، وتوقع خاصة عند الناس اللي فايث ليهم فتحو بزاف ديال المرات. وفي هذه الحالة خاصك تعاودي تفتحي.

النتيجة:

النتيجة غالبا كتكون مزيانة ولمدة طويلة. ولكن ماشي مضمونة. هاد المشكل ديال هبوط الأعضاء يمكن يرجع، وهاد شي متعلق ببعض العوامل (بحال السمنة، الكحة المزمنة، النشوفية ديال المهيل، العصمة....) ولكن هاد الخطر كيتغير من شخص لأخر، ويمكن يرجع المشكل وما ترجعش معاه الأعراض ديالو البولية، الجنسية وديال الخروج.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية. خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر. إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



PROLAPSUS (CURE PAR VOIE VAGINALE)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus (descente d'organes) par voie vaginale.

Les organes pelviens : la vessie, l'utérus et le rectum

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles (élevateurs de l'anus) et de ligaments qui constituent le plancher pelvien.

Celui-ci joue le rôle de hamac sur lequel reposent la vessie, l'utérus et le rectum.

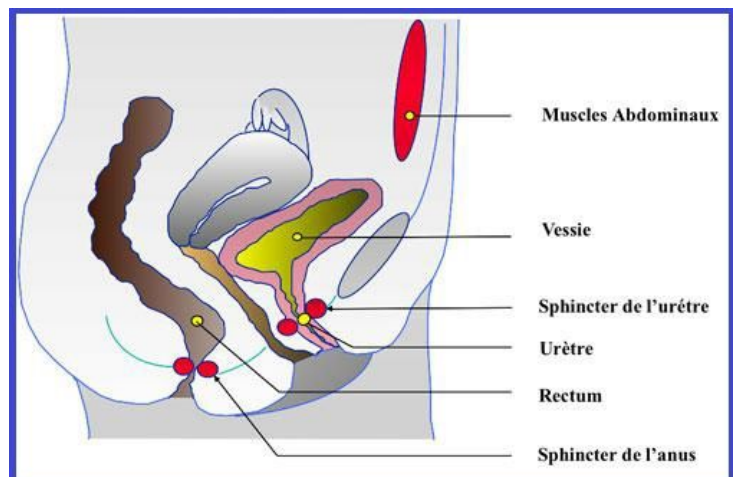


Figure 1: Anatomie pelvienne féminine

On parle de prolapsus, anomalie appelée communément « descente d'organes », lorsque ces organes ne sont plus soutenus et font saillie à des degrés divers dans le vagin ou même au-delà de la vulve si le prolapsus est extériorisé.

Il peut concerner isolément ou en association la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocele) et le rectum (rectocèle).

Pourquoi cette intervention ?

Le prolapsus est responsable de symptômes variés. Il peut s'agir de : pesanteur périnéale, « boule » s'extériorisant à la vulve, signes urinaires, sexuels ou digestifs. L'intervention proposée par votre urologue est un geste chirurgical dont le but est de repositionner correctement la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum dans le petit bassin. Il peut aussi être associé un geste supplémentaire pour traiter l'incontinence urinaire d'effort.

En fonction des éléments de votre dossier, il peut être nécessaire de retirer l'utérus en partie ou en totalité ou les ovaires. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Une rééducation est possible, mais elle n'est efficace que pour les prolapsus peu importants.

Le pessaire est un dispositif destiné à contenir le prolapsus et qui est placé dans le vagin . Il est souvent utilisé lorsque l'intervention n'est pas souhaitable rapidement. Son port peut être temporaire ou permanent.

L'intervention peut être menée selon plusieurs voies d'abord, abdominale ou vaginale et suivant différentes techniques. Son choix vous est expliqué par votre urologue.

Le traitement de votre prolapsus n'est pas une nécessité vitale. L'absence de son traitement vous expose à l'aggravation du prolapsus jusqu'à l'extériorisation. Il peut y avoir une rétention urinaire (blocage de la vidange de la vessie), une dilatation des reins avec insuffisance rénale et une ulcération du vagin et du col de l'utérus.

Pour les patientes âgées encourant un risque anesthésique important et n'ayant plus d'activité sexuelle, il peut être proposé un cloisonnement du vagin.

Préparation à l'intervention

Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention.

Une analyse d'urine vous est demandée quelques jours avant l'opération (ECBU). En cas d'infection, la chirurgie est différée jusqu'à stérilisation des urines.

Pour prévenir les phlébites, des bas de contention peuvent être prescrits, portés pendant l'intervention et jusqu'à reprise d'une activité ambulatoire.

Un régime alimentaire sans résidu peut vous être conseillé avant l'intervention.

Un traitement hormonal local par oestrogènes sous forme de crème ou d'ovules peut vous être prescrit avant l'intervention pour améliorer la qualité du vagin et favoriser la cicatrisation.

Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou loco-régionale .Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique, une sonde vésicale est plus souvent mise en place. Une incision est pratiquée dans la paroi du vagin à sa partie antérieure ou postérieure. Les organes sont libérés pour pouvoir les réintégrer en bonne position.

Dans certains cas, il peut vous être proposé une hystérectomie (ablation de votre utérus), effectuée par la même voie vaginale, à cause de l'importance du prolapsus de votre utérus ou d'une pathologie de celui-ci. Le chirurgien vous en explique alors la nécessité.

Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien. La reprise du transit intestinal (gaz) se fait habituellement dans les 48 premières heures ; cependant, une constipation peut vous gêner pendant quelques jours, et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit. Pendant cette période, quelques pertes vaginales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

La durée d'hospitalisation est habituellement de quelques jours.

Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels pendant environ 1 mois.

Des facilitateurs du transit pour vous évitez de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décidera de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives.

Vous devez éviter les efforts violents dans les 3 mois suivant l'intervention.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Pendant le geste opératoire :

Plaie de vessie

Une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir. Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile. Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention.

La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.

Plaie du rectum

Une ouverture accidentelle du rectum peut survenir. Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate.

➤ Dans les suites opératoires :

Hémorragie – Hématome

Cette complication est rare et nécessite exceptionnellement une ré-intervention et/ou une transfusion.

Douleurs

A distance de l'intervention, des douleurs persistantes sont exceptionnelles.

Altération de la qualité des rapports sexuels

En remplaçant en bonne position les organes descendus, l'intervention permet le plus souvent d'améliorer votre sexualité. En revanche, la qualité des rapports peut être rarement altérée par des douleurs, des problèmes de lubrification

vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux.

Troubles digestifs et difficultés d'exonération

Le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaître avec un traitement adapté.

Le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaître avec un traitement adapté.

Troubles mictionnels

Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires, et peut nécessiter ultérieurement une intervention complémentaire.

Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître dans les suites opératoires, et peut nécessiter ultérieurement une intervention complémentaire.

Des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir, nécessitant de reposer une sonde dans la vessie ou de vous apprendre à réaliser temporairement des sondages plusieurs fois par jour.

Fistule

Une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer l'intervention, surtout chez les patientes multi opérées. Elle peut concerner l'urètre, la vessie, l'uretère, le vagin ou le rectum. Son traitement est le plus souvent chirurgical.

Résultats

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant être garanti.

La récurrence du prolapsus est toujours possible, liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation, ...), mais son risque est variable d'une patiente à une autre. La récurrence du prolapsus ne s'accompagne pas systématiquement de la réapparition des symptômes urinaires, sexuels ou digestifs.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



علاج هبوط الأعضاء (طريقة المرور من المهبل)

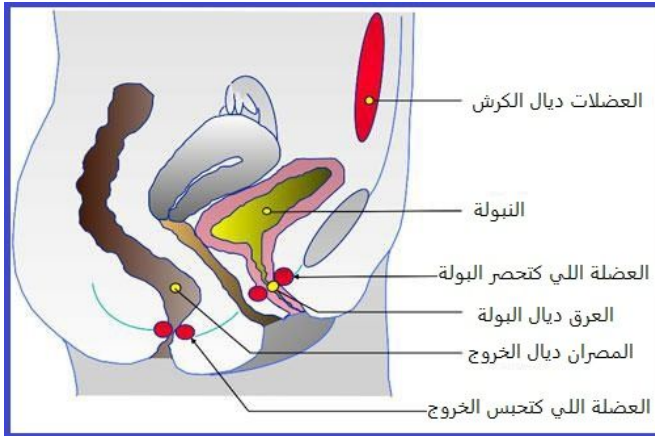
العملية التي غادي تدير، الهدف منها هو نردّ الأعضاء التي هبطو ليك لموضعهم الطبيعي عن طريق المهبل.

الأعضاء ديال الحجر: النبولة، الوالدة والمصران ديال الخروج

الأعضاء التي كاينين فالحجر ديال المرأة شادينهم مجموعة من العضلات والأربطة.

كنتكلمو على هبوط الأعضاء، فاش مكيقاوش مشدودين فموضعهم وكيهبطو في المهبل أو فشي مرات كيخرجو منو.

وممكن يهبط واحد من هاد الأعضاء (النبولة، الوالدة، أو المصران ديال الخروج) أو كولهم.



رسم 1: الأعضاء ديال الحجر ديال المرأة

علاش هاد العملية؟

هبوط الأعضاء يمكن يكون مسؤول عن أعراض مختلفة، مثلا يمكن تخرج ليك كورة من القدم، يمكن يجيوك أعراض بولية، جنسية أو ديال الخروج.

الهدف من هاد العملية هو يرد ليك الطبيب الجراح ديالك هاد الأعضاء لموضعهم الطبيعي. ويقدر يعالج حتى المشاكل ديال البولة التي كتقلت إلى كانت عندك. على حساب الحالة الطبية ديالك، ممكن يكون الطبيب مجبر أنه يحدّد الوالدة (كلها ولا غير جزء منها) أو المبيضين ديالك. غادي يتناقش معاك الطبيب فهاد الموضوع.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى ما فتحتيش.

الشرح الذي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل التي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديالك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

ممکن إلى ماكنوش الأعضاء ديالك هابطين بزاف تديرى الترويض.

إلى مكنيتش غادي تفتحي مباشرة، أو كان الطبيب ديالك غادي بأجل العملية، ممكن يقترح عليك واحد الجهاز تيدار داخل المهبل باش ما يهبطوش الأعضاء، هذا غير حل مؤقت، ضروري تحيدي هاد الجهاز وتديرى العملية من بعد .

هاد العملية ممكن تدار ببزاف ديال الطرق، بفتحة فالكرش أو عن طريق المهبل. غادي يشرح ليك الطبيب ديالك إنا طريقة غايدير ليك وعلاش.

هاد المشكل ديال الهبوط ديال الأعضاء ماكيشكلش خطر على حياتك، ولكن إلى ماعالجتيهش، الأعضاء ديالك غادي يزيديو يهبطو ويبانو فيك أعراض ديال الجهاز البولي (تحصر ليك البولة، يتنفخو ليك الكلاوي، ويحيك قصور كلوي: أي الكلاوي ديالك مايقاوش كيفيفو مزيان) أو يتجرح ليك المهبل ديالك أو الفم ديال الوالدة.

بالنسبة للمرضى اللّي كبار في السن وما بقانش عندهم حياة جنسية، ممكن يقترح الطبيب الجراح عملية كيسد فيها المهبل.

التواجد العملية:

غادي يدور ليك الطبيب البناج قبل العملية ببضعة أيام .

غا يعطيك الطبيب ديالك تديرى تحليلة ديال البولة باش يتأكد أنها مافيهاش الميكروب، وإلى كان يعطيك عليه الدوا وتتأجل العملية حتى يمشي الميكروب.

يقدر يطلب منك الطبيب تشري واحد الجوارب (اللييا) باش تديرهم فوسط العملية، باش نتجنبو خطر تكبد الدم.

يقدر ينصحك الطبيب بواحد الريحيم (حمية) خاص قبل من العلمية. يقدر يخزج ليك الطبيب واحد الدوا ديال الهرمونات على شكل كريم أو قوالبات، تديره قبل من العملية باش يحسن الحالة دياتل المهبل ويساعد الفتحة تبرا مزيان.

كى غاتدور العملية؟

غادي تبجي كلك ولا نصك.

فغرفة العمليات غاتكوني ناعسة على ظهرك (بحال أثناء الولادة)، غادي يديرو ليك غالبا تيو ديال البولة. وغايدير ليك الطبيب فتحة فالمهبل، باش يقدر يحرر الأعضاء اللّي كايهبطو، باش يعاود يردهم لموضعهم الأصلي.

في بعض الحالات، يقدر الطبيب ديالك يقترح عليك أنه يحيد ليك الوالدة عن طريق المهبل، إلى كانت هابطة بزاف ولا مريضة. وفي هذه الحالة غايشرح ليك الطبيب ديالك ضرورة هاد العملية.

من بعد العملية:

الطبيب ديالك هو اللّي غايحدد ليك فوقاش غاتحدي التيو ديال البولة.

غالبا غادي تنفسي وتديرى الخروج ديالك فاليومين الأولى من بعد العملية. ولكن في بعض الأحيان تقدرى تعصمي لبضعة أيام. وفهاد الحالة غايخزج ليك الطبيب دوا كيحزي الكرش.

وفي هذه المدة، يقدر يهبط عليك شي ماء. وهادشي عادي جدا.

ومدة النعاس فالمستشفى تتكون عادة بضعة أيام.

خاصكي ترتاحي من بعد العملية، وتتفادي أي مجهود أو رياضة، وماتهزيش الثقل، وتتفادي الجماع والحمام لمدة شهر.

يقدر يخزج ليك الطبيب واحد الدوا كيسهل الخروج باش ماتعصميش .

غادي يعطيك الطبيب ديالك موعد بضعة أسابيع من بعد العملية، باش يقول ليك فوقاش يمكن ليك ترجعي للأنشطة اليومية ديالك. وخاصك تتجنبي أي مجهود كبير 3 أشهر من بعد العملية.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كندوز العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. فوسط العملية:

♦ يمكن تقاس ليك النبولة، وتنتجرح، وهاد الخطر كيزيد، إلى فابطة فتحتي من قبل. وفي هذه الحالة يقدر الطبيب بحبس العملية، ويدير ليك تبيو ديال البولة لمدة أطول.

♦ يقدر يتقاس ليك المصران ديال الخروج: ولكن هاد الحالة نادرة وكتحتاج تدخل سريع.

ب. من بعد العملية:

♦ يقدر يوقع نزيف أو يتجمع ليك الدم فبالصة الفتحة، وفي هاد الحالة غايزيدك الطبيب الدم، وتقدري تحتاجي تعاودي تفتحي.

♦ يقدر يبقى الحريق من بعد مايدوز الوقت على العملية، ولكن هذا أمر نادر.

♦ يمكن تندهور الحياة الجنسية ديالك: في الغالب من بعد هاد العملية تيرجعو الأعضاء اللي هبطو لموضعهم الطبيعي وهذا غايحسن الحياة الجنسية ديالك. ولكن في حالات نادرة يمكن يبقى يجيك الحريق أثناء الجماع، وغايخزج ليك الطبيب واحد الدوا كينقص من هاد المشكل.

♦ مضاعفات هضمية: من بعد العملية يمكن يظهرو مشاكل ديال الخروج اللي غايعطيك عليهم الطبيب الدوا.

مضاعفات بولية:

■ تقدر تبدا تقلت ليك البولة بالمجهود من بعد العملية، وتقدري تعاودي تفتحي على ود هاد المشكل.

■ ويمكن تجيك صعوبة في التبول من بعد العملية، غادي يدير ليك عليها الطبيب تبيو فالنبولة ولا يعلمك كيفاش تبقاي تدير تبيو ديال البولة الزاسك، بضعة مرات فاليوم، لمدة قصيرة.

♦ يقدر 2 ديال الأعضاء يتلاصقو ويبدأ كل واحد كيخوي المحتوى ديالو فالآخر (مجرى البول، النبولة، العروق ديال البولة اللي هابطين من الكلاوي، المهبل أو المصران ديال الخروج)، ولكن هادشي نادر، وتيوقع خاصة عند الناس اللي فابت ليهم فتحو بزاف ديال المرات. وفي هذه الحالة خاصك تعاودي تفتحي.

النتيجة:

النتيجة غالبا كتكون مزيانة ولمدة طويلة. ولكن ماشي مضمونة.

هاد المشكل ديال هبوط الأعضاء يمكن يرجع، وهادشي متعلق ببعض العوامل (بحال السمنة، الكحة المزمنة، النشوفية دياتل المهبل، العصمة....) ولكن هاد الخطر كيتغير من شخص لآخر، ويمكن يرجع المشكل وما ترجعش معاه الأعراض ديالو البولية، الجنسية وديال الخروج.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



PROSTATECTOMIE TOTALE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre prostate, atteinte d'une tumeur maligne.

Rappel anatomique

La prostate est une glande située sous la vessie et en avant du rectum. Elle est traversée par le canal de l'urètre qui se prolonge jusqu'à l'extrémité du pénis et permet l'évacuation de l'urine. Elle est à proximité du système sphinctérien qui assure la continence urinaire et des nerfs de l'érection. Les vésicules séminales sont le réservoir du sperme et s'abouchent directement dans la prostate.

La fonction essentielle de la prostate est de sécréter une composante du liquide spermatique qui, avec les spermatozoïdes fabriqués dans les testicules, constitue le sperme. Elle contribue à l'émission du sperme.

La prostate est sous la dépendance de l'hormone masculine appelée testostérone.

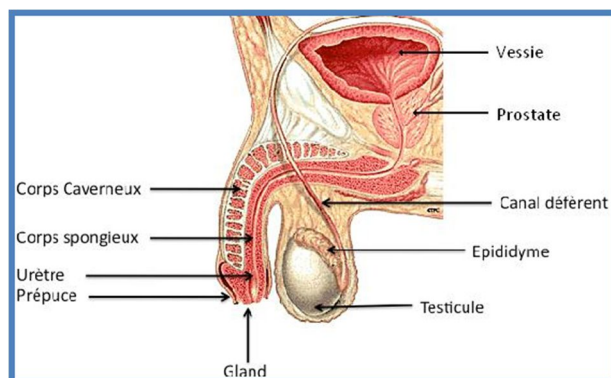


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Principe de l'intervention

Les biopsies de prostate ont mis en évidence un cancer. Le but de l'intervention est d'enlever toute la prostate ainsi que les vésicules séminales.

L'absence de traitement expose aux risques évolutifs du cancer, localement et à distance sous forme de métastases.

Existe-t-il d'autres options ?

Il existe d'autres traitements du cancer de la prostate tels que la radiothérapie externe, la curiethérapie ou la surveillance active. Les avantages et les inconvénients vous en ont été précisés par votre urologue.

Le choix de la chirurgie tient compte de votre âge, de votre état général et des caractéristiques de votre tumeur.

Préparation à l'intervention

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection.

Un bilan sanguin comportant l'étude de la coagulation et de la fonction des reins est réalisé avant l'intervention.

Une consultation de pré-anesthésie est obligatoire quelques jours avant l'intervention.

Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Habituellement, il n'y a pas de préparation digestive à réaliser. Un lavement rectal est proposé dans certains cas.

Technique opératoire

La prostatectomie totale se déroule sous anesthésie générale.

Plusieurs voies d'abord sont possibles. Cela dépend du choix de votre urologue.

Cette intervention peut être réalisée par une incision sous l'ombilic (voie ouverte) ou par voie cœlioscopique .

La prostate est retirée en totalité, ainsi que les vésicules séminales. La continuité entre la vessie et l'urètre est rétablie par une suture sous couvert d'une sonde urinaire.

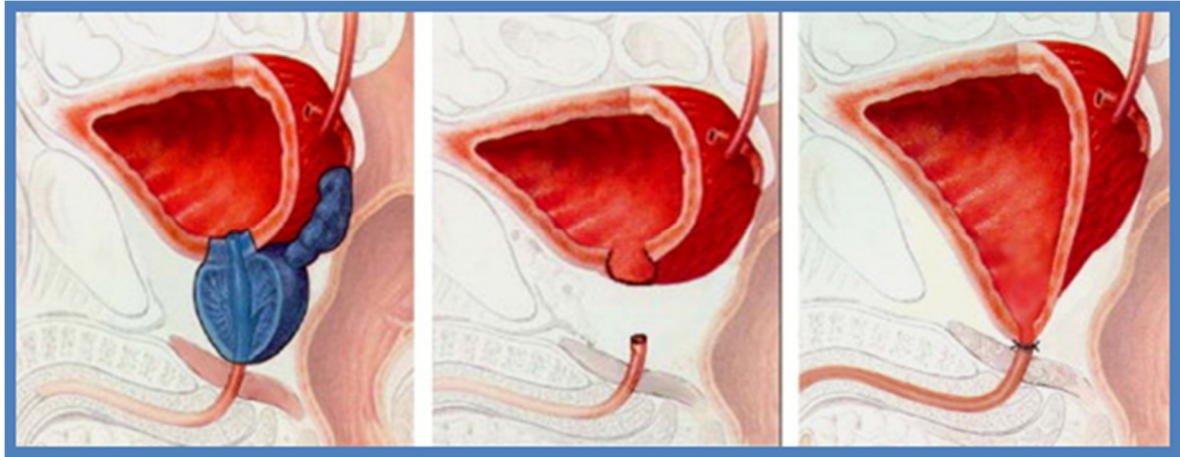


Figure 2. Ablation de la prostate et suture entre vessie et urètre

Un drain permettant l'évacuation de sérosités de la zone opératoire est placé en fin d'intervention.

Un curage ganglionnaire, c'est à dire l'ablation des ganglions drainant la lymphe de la prostate, peut être associé à la prostatectomie afin de rechercher une dissémination microscopique du cancer qui pourrait modifier la stratégie du traitement.

Analyse anatomopathologique

Elle précise si le cancer est limité à la prostate ou s'il dépasse les limites de la prostate, de même qu'une éventuelle atteinte des ganglions prélevés.

Le résultat est transmis à votre chirurgien après plusieurs jours.

Suites habituelles

- La durée de l'hospitalisation est variable.
- Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin.
- Le moment de l'ablation du ou des drains est variable et est défini par le chirurgien.
- La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner un inconfort. Le temps de maintien de la sonde urinaire et la durée d'hospitalisation sont précisés par votre chirurgien. L'ablation de la sonde peut être réalisée pendant l'hospitalisation ou après la sortie.
- Des fuites urinaires, parfois importantes, peuvent se produire initialement. Cette incontinence est le plus souvent temporaire et régresse progressivement. Une rééducation musculaire du périnée et du sphincter par kinésithérapie est conseillée.

- Un traitement anti-coagulant est poursuivi en postopératoire pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention est souhaitable pendant et après votre intervention.
- Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.
- Des ordonnances peuvent vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.
- La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de la voie d'abord et de votre état physique. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

Suivi post-opératoire

Une consultation post opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique de votre prostate et de prendre en charge votre sexualité et la rééducation de votre continence, si nécessaire.

Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer, principalement par dosage du PSA, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'autres éventuels effets indésirables.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- Hémorragie pouvant nécessiter une transfusion sanguine.
- Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.

- Plaie du rectum du fait de sa proximité avec la prostate: elle est le plus souvent réparée immédiatement, sans séquelles.
- Ecoulement ou hématome au niveau de la plaie : il guérit le plus souvent avec des soins locaux et oblige rarement à une réintervention.
- Fuite d'urines par le drain, qui se tarit en général par un drainage prolongé et le maintien plus longtemps de la sonde urinaire.
- Complications liées à la voie d'abord.
- L'incontinence urinaire permanente et définitive est exceptionnelle. Il existe des traitements spécifiques. Classiquement, la continence s'améliore au cours du temps à l'aide d'une rééducation périnéale par kinésithérapeute spécialisé.
- Troubles sexuels : L'ablation de la prostate implique l'absence d'éjaculation ce qui ne signifie pas la perte du plaisir. Le risque de perte de l'érection est élevé, ce d'autant qu'une préservation d'un ou des 2 nerfs de l'érection n'a pu être pratiquée. Il augmente avec l'existence de troubles de l'érection préexistants avant l'intervention chirurgicale, avec l'âge du patient et la taille de la tumeur. La récupération est progressive et une prise en charge spécifique est proposée.
- Rétrécissement de l'anastomose entre la vessie et l'urètre : la suture entre la vessie et l'urètre peut cicatriser en entraînant une réaction de fibrose et un rétrécissement. Cela peut nécessiter une intervention endoscopique d'élargissement par voie urétrale.
- D'autres complications plus tardives sont possibles : éventration de la paroi abdominale pouvant obliger à une réparation chirurgicale, apparition d'une hernie inguinale, rétention urinaire, infection ou collection de lymphé (lymphocèle).

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

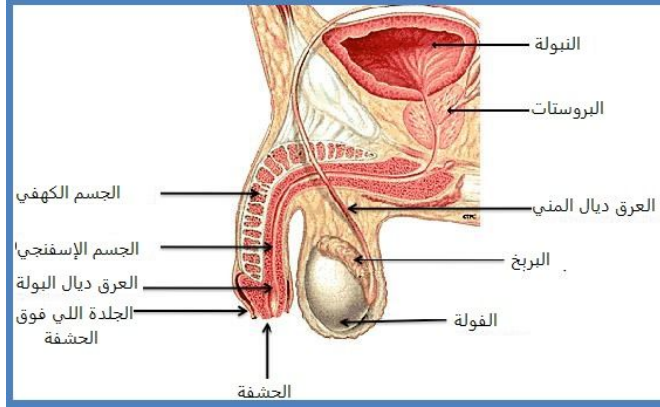


العملية باش تحيّد البروستات (على ود سرطان البروستات)

الهدف من العملية اللي غا تدير هو تحيّد البروستات اللي فيها السرطان.

العضو: البروستات

البروستات هي واحد الغدة موجودة تحت النبولة وقدام المصران ديال الخروج. كيدوز منها العرق اللي كتخرج منو البولة. كتواجد البروستات حدا العضلة اللي كتحصر البولة، وحدا الأعصاب المسؤولين على انتصاب القضيب. الخزانات ديال المنى اللي سميتهم "الحويصلات" لاصقين فالبروستات. الدور ديال البروستات هو إنتاج واحد السائل كيدخل في تكوين المنى. الهرمونات الذكرية (التستوسترون) هما اللي كايتحكمو فالبروستات.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية

التحليل ديال البروستات ديا لك بيّنو وجود سرطان. الهدف من هاد العملية هو أنك تحيّد البروستات والخزانات المنوية (الحويصلات). إلى مادرتيش هاد العملية كتعرض راسك لخطر السرطان ينتشر.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديا لك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديا لك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديا لك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديا لك.

واش كاين شى حل من غير العملية؟

كاينين علاجات أخرى ممكنة لسرطان البروستات بحال العلاج بالأشعة والمراقبة المستمرة. الطبيب دياك غايكون شرح ليك الإجابات والسليبات ديال كل واحد من هاد العلاجات، وغادي يختار معاك اللي مناسب ليك، على حساب السن والحالة الصحية دياك وكي داير السرطان دياك.

التواجد للعملية

غاتدير التحليلة ديال البولة قبل من العملية، باش نشوف واش فيها المكروب، وتأخذ عليه الدوا إلى كان. وغاتدير تحليلة ديال الدم باش نشوفو تكبد الدم، والحالة ديال الكلاوي دياك قبل العملية.

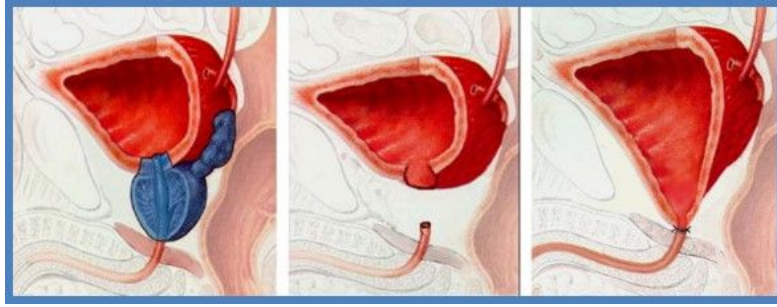
غا يشوفك الطبيب البناج، قبل العملية ببضعة أيام.

وأخيرا غادي تأخذ الدوا ديال المكروب قبل العملية للوقاية.

في الغالب ما غاديش تحتاج لدوا كيخوي المصارن، ولكن فبعض الحالات يقدر يعطيك الطبيب دوا كيخوي المخرج.

كى غا تدوز العملية؟

غادي تكون مبنج كلك. الطبيب الجراح دياك غادي يختار موضع الفتحة المناسب، إما تحت الصرة (جراحة مفتوحة) أو بالمنظار.



رسم 2 : استئصال البروستات وتغراز النبولة مع العرق ديال البولة

غا يحد ليك الطبيب البروستات كاملة والخزانات المنوية (الحويصلات)، ويعاود بلصق العرق ديال البولة مع النبولة. في نفس الوقت، غاتدير ليك تبيو ديال البولة، وغا يوضع ليك فالآخر تبيو فموضع الفتحة.

يقدر يحد ليك الطبيب حتى الغدد اللمفاوية اللي كانو حدا البروستات باش يشوف واش السرطان انتشر ليهم، وفديك الحالة يقدر يتبدل العلاج.

التحليلة ديال البروستات اللي حيدو ليك

كتبين واش السرطان بقا محدود فالبروستات، ولا انتشر وقاس العقد اللمفاوية.

النتيجة غاتخرج من بعد بضعة أيام وغايتوصل بيها الطبيب دياك.

من بعد العملية:

- ❖ المدة ديال النقاس فالمستشفى كتختلف من مريض لمريض. غايخرج ليك الطبيب الدوا ديال الحريق إلى كنتي محتاجو، وغادي يقول ليك فوقاش غاتحد التبيوات اللي فموضع الفتحة.
- ❖ بالنسبة للتبيو ديال البولة، في الغالب ما غيطرحش ليك مشكل. غاتحيدو قبل الخروج دياك من المستشفى ولا من بعد، على حساب شنو غايقول ليك الطبيب.
- ❖ فالأول غادي تبقى تفلت ليك البولة، ولكن هاد المشكل كاينقص مع الوقت. خاصك تدير الترويض ديال العضلات ديال النبولة والحجر.

- ❖ غا تأخذ دوا كيجزّي الدم من بعد العملية، باش ما يتكبدش ليك الدم، وخاصك تلبس واحد الجوارب (ليبا) خاصة.
 - ❖ خاصك تشرب الماء بزّاف باش تبول مزيان، وتغسل النبولة دياك وماتخلّيش البولة توّلي حمراء. إلى تكبد ليك الدم فالنبولة، تقدر تحصر ليك البولة.
 - ❖ ما خاصكش تدبر مجهود كبير وتتحرك بزّاف فالشهر الأول من بعد العملية.
 - ❖ يقدر يعطيك الطبيب دياك تحاليل خاصك تدبرهم فاش تكون غاندوز من بعد العملية على ود الكونترول.
- غادي تسترجع القوة دياك وتقدر ترجع للخدمة وللأنشطة اليومية دياك، على حساب الموضع ديال الفتحة والحالة الصحية دياك. غا تشاور مع الطبيب دياك فهاذ الموضوع.

المتابعة من بعد العملية

- غايكون عندك موعد ديال الكونترول مع الطبيب دياك، باش يخبرك بالنتيجة ديال التحليلة ديال البروستات اللي زوّلت، وتشاور معاه على الحياة الجنسية دياك و على الترويض اللي غا يخصك.
- خاصك تبقى متّبع، باش نراقبو أن السرطان ما رجّش بواسطة واحد التحليلة (PSA)، ونبقاو متّبعين الحالة ديال الكلاوي دياك و القدرات الجنسية دياك ونتأكّدو أنه ما عندكش شي أعراض جانبية.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ❖ يمكن يوقع نزيف و يزيّدو ليك الدم.
- ❖ ممكن يجيك ميكروب فالنبولة وتأخذ عليه الدوا.
- ❖ ممكن يتقاس المصّران ديال الخروج بسبب القرب ديالو من البروستات، ويعالجو الطبيب دياك ديك الساعة، وتبيرا بلا آثار.
- ❖ تقدر تبقى تسيل ليك موضع الفتحة ولا يتجمع فيها الدم، فالغالب كثيرا غير بالعناية دياها.
- ❖ يقدر يبقى يسيل التبيو اللي فموضع الفتحة بالبول، وكايمشي هاد المشكل فاش كنزيّدو نخليو هاد التبيو و التبيو ديال البولة وقت أكثر.
- ❖ بعض المضاعفات متعلقة بموضع الفتحة.
- ❖ نادرا، يمكن توّلي البولة تتفلت ليك ديما. في العادة، كيمشي هاد المشكل بمساعدة الترويض. وإلى ما مشاش كاينين علاجات خاصة.
- ❖ أعراض جنسية: ماغتبّاش تفرز المني فاش غادي يحيّدو ليك البروستات ولكن هذا ماكينمكش من الجماع. وغالبا ما غاتفقدش القدرة على الإنتصاب، هاد شي متعلق بالعمر دياك، بالحجم ديال الحبوبة اللي كانت عندك وبواش كانو عندك مشاكل ديال الإنتصاب قبل العملية. غاتسترجع القوة دياك بطريقة تدريجية و غايقتّرح عليك الطبيب دياك حلول خاصة.
- ❖ يقدر الموضع اللي لصّق فيه الطبيب العرق ديال البولة مع النبولة يبرا مزير. وفهاد الحالة غايعالجها ليك الطبيب بعملية بالمنظار من العرق ديال البولة.
- ❖ كاينين أعراض أخرى كتبان من بعد: ممكن يوقع ليك فتق ديال الجرحة وتحتاج عليه الفتيح، أو يخرج ليك الفتق فالجدر ديال فخضك (فتق فالحجر)، أو تحصر ليك البولة أو تبقى تسيل ليك الجرحة (بالسائل اللّمفاوي).

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



REPARATION CHIRURGICALE D'UNE FRACTURE DES CORPS ERECTILES DU PENIS (TRAUMATISME DU PENIS)

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'objectif de cette intervention est de réparer les lésions des tissus du pénis, survenues lors d'un traumatisme.

Pourquoi cette intervention ?

Le Pénis est l'organe de la copulation (rapport sexuel) et de la miction. Il est constitué de deux corps caverneux et d'un corps spongieux entourant l'urètre (canal à travers lequel s'écoule l'urine) et qui se termine par le gland.

Les corps caverneux sont recouverts d'une membrane épaisse, l'albuginée. Le pénis est recouvert d'une peau (le fourreau) qui se termine par un repli qui recouvre le gland (le prépuce). L'innervation et la vascularisation du pénis sont assurées par des artères et des nerfs qui se trouvent le long de la face dorsale.

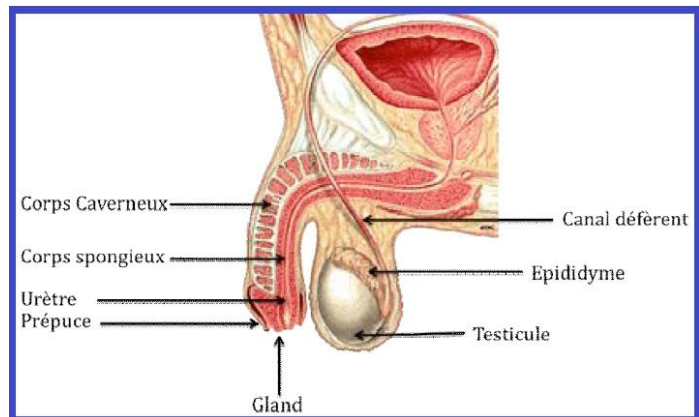


Figure 1: Anatomie du pénis

La fracture des corps érectiles du pénis peut survenir lors d'un rapport sexuel ou lors d'une manipulation (torsion) du pénis en érection. Elle réalise une plaie de l'albuginée d'un ou des deux corps caverneux, voire parfois du corps spongieux et de l'urètre.

Principe de l'intervention

Il s'agit de réparer, en urgence relative (dans les 24 heures suivant le traumatisme), les tissus lésés par le traumatisme, en réalisant la réparation de la lésion par une suture.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Certains traumatismes du pénis ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale. Une simple surveillance, associée à des soins locaux (glace, pansement compressif) peut parfois suffire.

Préparation à l'intervention

L'admission se fait le plus souvent en urgence et la prise en charge chirurgicale est organisée dans les 24 heures qui suivent sauf cas particulier.

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire.

Le type d'anesthésie (rachianesthésie ou anesthésie générale) est choisi par le médecin anesthésiste en fonction de critères médicaux.

Des examens complémentaires sont parfois nécessaires pour préciser la localisation d'une éventuelle fracture du corps caverneux.

Technique opératoire

L'incision cutanée est réalisée, en général, quelques millimètres en arrière du gland de façon circulaire afin de décoller la peau du pénis des corps caverneux. Dans certains cas, une incision élective en regard de la fracture peut être retenue par le chirurgien.

Une suture des tissus lésés est réalisée. La peau est fermée en utilisant des fils résorbables.

Un drainage peut être laissé en place 24 h ainsi qu'un pansement autour du pénis.

Une sonde vésicale peut être posée pour 24h après l'intervention ou plus longtemps dans le cas rare de lésion urétrale.

Suites habituelles

L'hospitalisation est en moyenne de 1 à 3 jours.

Le retrait des pansements, drains et sondes s'effectue habituellement le lendemain de l'intervention et le retour à domicile peut s'effectuer après vérification de l'état local et un premier soin de cicatrice.

Des antalgiques et des soins à domicile sont prescrits à la sortie.

Le patient doit éviter toute activité sexuelle en érection pendant 6 semaines après l'intervention afin de permettre la cicatrisation.

La convalescence et l'arrêt de travail sont adaptés au métier que vous exercez.

Une consultation de contrôle avec votre urologue est prévue quelques semaines après l'intervention afin de vérifier la qualité de la cicatrisation.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

➤ Habituels

- Diminution de longueur et/ou de la largeur de la verge à l'état flaccide et/ou érectile.
- Perception de nodules sous la peau du pénis liés à la présence de fils non résorbables.
- Insatisfaction possible du résultat esthétique ou fonctionnel.

➤ Occasionnels

- Complications locales (hématome, infection pouvant aller jusqu'à une reprise chirurgicale et une prise en charge médicale spécifique).
- Infection urinaire post-opératoire et rétention d'urine.

- Troubles de la sensibilité et/ou de la vascularisation du pénis, transitoires ou définitifs.
- Troubles sexuels secondaires (douleurs lors de l'activité sexuelle, troubles de l'érection et/ou troubles de l'éjaculation et/ou de l'orgasme) pouvant nécessiter une prise en charge spécifique.
- Apparition d'une courbure du pénis en érection.

Les évènements qui doivent vous amener à contacter le service d'urologie ou le service d'urgences ou à consulter votre médecin généraliste ou votre urologue sont l'aggravation de la douleur, un écoulement par la cicatrice, le gonflement (œdème, hématome) du pénis ou la fièvre.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



العملية في حالة هرس فالقضيبي

الهدف من هاد العملية هو نصلحو الضرر اللي صاب أنسجة القضيب فاش تهرس.

علاش هاد العملية؟

القضيبي هو العضو المسؤول عن الجماع والتبول.

وكيتكون من 2 ديال الأجسام كهفية، وجسم إسفنجي ضاير بالعرق ديال البولة. وكينتهي بالحشفة (الراس ديال القلم). وهادوك الأجسام الكهفية مغلفين بواحد الغشاء.

القضيبي كيكون مغلف بواحد الجلدة اللي كتغطيها كلاً حتى للحشفة. والجلدة اللي كتغطي الحشفة (القفلة) هي اللي كتحد فاختانة.

يمكن يتهرس القضيب أثناء الجماع ولا إلى تلوى وهو منتصب. وفي هاد الحالة، كتجرح ديك الغشا اللي مغطي الأجسام الكهفية وشي مرات يمكن يتقاس حتى الجسم الإسفنجي ولا العرق ديال البولة.

العملية:

الهدف من هاد العملية، هو نصلحو فأقرب وقت ممكن (24 ساعة) الضرر اللي لحق بالقضيبي: تنخويو الدم اللي تجمع وتنسد الغشاء اللي ضاير بالأجسام الكهفية اللي تجرح.

واش كاين شي حل من غير العملية؟

في بعض الحالات ماتحتاجش للعملية، المراقبة والعلاجات المحلية (التلج، فاصمة مزيرة) يقدو يكونو كافيين.

التواجد للعملية:

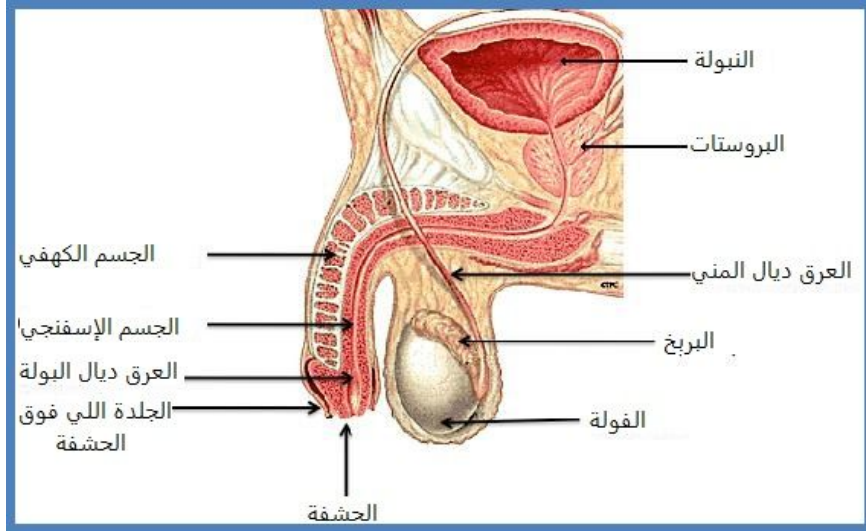
في الغالب العملية كتدار في أقرب وقت ممكن فالقاعة ديال العمليات ديال المستعجلات.

بحال بالنسبة لكل عملية غايشوفك الطبيب البناج، وغايقدر إنا نوع ديال البنج غادي تحتاج (واش بينجك غي نصك ولا كلك) على حساب الحالة ديك، تقدر تحتاج لفحوصات إضافية (النفزة ديال القضيب) باش يعرف الطبيب الموضع بالضبط ديال الهرس.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب ديك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديك والعلاجات الممكنة وشنو يقد يطرا ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدوز العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب ديك.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

كى غاتدوز العملية؟

الفتحة كتكون فالغالب فيها بضعة ميليمترات مور الحشفة، بطريقة دائرية، باش تمكّن الطبيب الجراح باش يَفْلَع الجلد من القضيب والأجسام الكهفية. في بعض الحالات يقدر يختار الجراح أنه يدير فتحة مباشرة من فوق الهرس. غا يغرز ليك الطبيب الهرس. و غايسد الجلد بغرزات تيطيحو رّاسهوم. يقدر يخلي ليك الطبيب تتيو فموضع الفتحة أو فاصمة ضايرة بالقضيب لمدة 24 ساعة. ويقدر يخلي ليك التتيو ديال البولة لمدة 24 ساعة أو أكثر في حالات نادرة إلى تقاس ليك العرق ديال البولة.

من بعد العملية:

المدة ديال النعاس دياك فالمستشفى تتراوح ما بين 3 أيام. بالنسبة للفاصمة والتتيو اللي فموضع الفتحة والتتيو ديال البولة كحيدوهم ليك النهار اللي من بعد العملية. كيمكن ليك تخرج بحالك من بعد مايكون فحص ليك الطبيب موضع الفتحة ويبدل ليك الفاصمة. خاصك تتجنب الجماع لمدة 6 أسابيع من بعد العملية. المدة ديال الراحة والكلاس من الخدمة كيختلفو على حساب الخدمة دياك. غادي يكون عندك موعد ديال الكونترول مع الطبيب الجراح دياك بعض الأسابيع من بعد العملية.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دياك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية دياك نادرة ولكن ممكن توقع:

أ. المضاعفات اللي كتوقع بكثرة:

♦ يمكن ينقص الطول أو العرض ديال القضيب دياك فحالة الإنتصاب ولّا من غير حالة الإنتصاب.

- ◆ تقدر تحس بحبيبات من تحت الجلدة، عندهم علاقة بالغراز (الغراز اللي كيديرو لداخل ماكيطيحوش).
 - ◆ تقدر ماتكونش راضي على النتيجة من الناحية الجمالية والعملية.
 - ب. المضاعفات النادرة:
 - ◆ مضاعفات محلية (يتجمع ليك الدم فموضع الفتحة، تعفن تقدر تعاود تفتح عليه).
 - ◆ يقدر يجيك مكروب فالبولة وتحصير ليك.
 - ◆ يقدر يكونو عندك مشاكل ديال الإحساس أو ديال الدورة الدموية فالقضيبي، كتمشي مع الوقت أو دائمة.
 - ◆ يقدر بوقعو ليك مشاكل فالجماع (حريق أثناء الجماع، مشاكل الإنتصاب أو إفراز المني) تقدر تحتاج تبقى متبع عليها.
 - ◆ يقدر القضيبي يعواج شي شوية أثناء الإنتصاب.
- إلى تزداد عليك الحريق، أو بدات كتسيل موضع الفتحة، أو تنفخ القضيبي أو طلعات ليك السخانة فخاصك تجي تدور فأقرب وقت.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



RESECTION - ANASTOMOSE D'UNE STENOSE DE L'URETRE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention qui vous est proposée s'appelle la résection / anastomose d'une sténose de l'urètre.

Rappel anatomique

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

La prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit passer à travers la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.

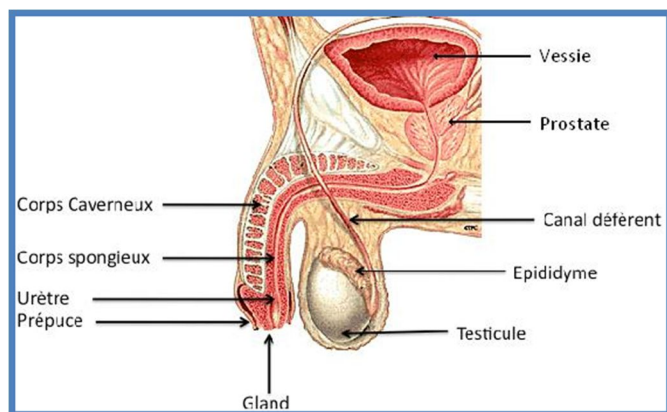


Figure 1: Anatomie de la prostate

Sténose de l'urètre

Votre vessie ne se vide pas correctement par voie naturelle en raison d'un obstacle situé au niveau de l'urètre : sténose ou rétrécissement de l'urètre. Il est nécessaire de traiter cette sténose pour éviter des complications comme une infection urinaire ou un blocage (rétention) ou encore la dégradation du fonctionnement de la vessie et des reins.

Principe de l'intervention

La résection- anastomose d'une sténose de l'urètre consiste à enlever chirurgicalement la partie rétrécie du canal de l'urètre, puis à le réparer en le suturant bout à bout. Une fois la cicatrisation obtenue, cette intervention permet aux urines de s'écouler librement par le canal de l'urètre.

Y a-t-il d'autres possibilités de traitement ?

Les autres traitements possibles sont :

- L'incision endoscopique de la sténose par voie naturelle, trans-urétrale : urétrotomie interne. Ce geste moins invasif ne peut pas toujours être réalisé suivant la localisation de la sténose et il expose à un risque de récurrence. En cas d'échec, il n'est pas toujours possible de renouveler ce type de traitement.
- La pose d'un **stent urétral** peut permettre d'éviter la récurrence dans certaines situations, mais le stent doit habituellement être remplacé et ne représente pas une solution définitive.

Préparation à l'intervention

Une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection.

Il peut également être décidé de réaliser un bilan sanguin général.

L'intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours.

Une antibio-prophylaxie est réalisée, suivant le protocole établi.

Technique opératoire

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Une incision chirurgicale est pratiquée en regard du canal urinaire, à hauteur de la sténose. La zone du rétrécissement du canal urinaire est repérée avant de procéder à son ablation. Un examen endoscopique avec camera peut être pratiqué pour bien visualiser la zone rétrécie. La totalité de la zone rétrécie est retirée, puis le canal urinaire est réparé par rapprochement et suture des extrémités sectionnées.

Une sonde urinaire est mise en place pour permettre la cicatrisation de la suture.

Suites habituelles

Un traitement antalgique est prescrit si besoin. Un traitement anti-coagulant peut être nécessaire en fonction de vos antécédents pour éviter une thrombose des veines des membres inférieurs (phlébite).

La sonde urinaire est conservée de quelques jours à quelques semaines suivant les cas.

Il n'y a pas de soin infirmier à prévoir. Des ordonnances peuvent vous être remises pour des examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.

La reprise de vos activités est habituellement rapide. Les rapports sexuels sont autorisés suivant les recommandations de votre chirurgien.

La consultation post opératoire intervient de 1 à 3 mois après l'intervention. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale.

Vous devrez réaliser une analyse d'urine à la recherche d'une infection, et éventuellement une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel. Le suivi varie selon l'évolution du rétrécissement.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- L'infection urinaire est la complication la plus fréquente. Elle conduit votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, vous devez contacter rapidement votre urologue.
- L'infection de la cicatrice est possible. Elle peut se manifester par des douleurs, par l'apparition de fièvre, plusieurs jours après l'intervention et elle peut nécessiter d'allonger la durée des soins infirmiers ou de procéder à une ré-intervention.
- Vous pouvez constater un saignement par l'urètre appelé urétrorragie. S'il devait se prolonger ou s'il est associé à des difficultés d'évacuation des urines en raison de caillots, contactez votre urologue.
- Rarement, un hématome et un « gonflement » des organes génitaux peuvent survenir.
- Une fuite d'urine peut se produire au niveau de la suture du canal urinaire, se traduisant par un écoulement d'urine dans le pansement. Elle peut nécessiter soit le maintien prolongé de la sonde urinaire soit une reprise chirurgicale.
- En fonction de la localisation de la *sténose*, il est également possible que le sphincter urinaire soit altéré pendant l'intervention et qu'une incontinence urinaire apparaisse après l'ablation de la sonde.
- Des problèmes d'érection peuvent également survenir. Ils sont rares.
- Lorsque la *sténose* de l'urètre est longue, son ablation peut conduire à un rétrécissement ou à une déviation de la verge lors de l'érection.

Malgré la résection correcte de la *sténose*, une récurrence est possible.

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



علاج عرق البولة إلى تسد

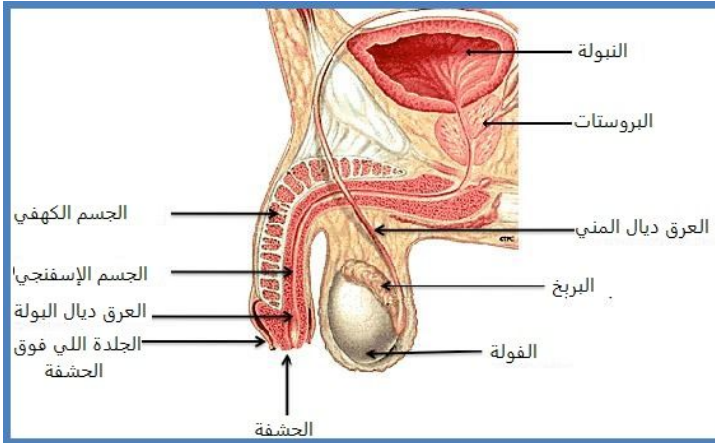
العملية اللي غادي تدير الهدف منها هو نحيّدو البلاصة المسدودة فالعرق اللي كيخرّج البولة.

العضو

النبولة هي الخزان اللي كتجمع فيه البولة من بعدما كتكون تصاوبات فالكلوي.

البروستات هي واحد الغدة كتواجد تحت النبولة.

أثناء عملية التبول كتخرج البولة من النبولة عبر مجرى البول (العرق دبال البولة) اللي كيدوز من فوسط البروستات وفوسط القلم.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

ما معنى يتسد ليك عرق البولة؟

البولة كتّحصر ليك بسبب حاجز كيتواجد فعرق البولة.

ضروري نعالجو هاد المشكل باش نتجنّبو ظهور أعراض بحال: مكروب دبال البولة، تّحصر ليك البولة فخطرا، أو ما تبقاش النبولة أو الكلوي دبالك خدامين مزيان.

هاد الورقة دبال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دبالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دبالك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى ما فتّحش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدوز العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دبال الطبيب دبالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دبالك.

العملية

غادي يحدّد ليك الطبيب الجراح الجزء المسدود من عرق البولة ثم غايعاود يلصّق العرق ديال البولة بواسطة غرزات. من بعد العملية فاش غايبيرا ليك العرق ديال البولة، غادي تقدر تبول بطريقة عادية.

واش كايين شئ حل من غير العملية؟

العلاجات الأخرى الممكنة هي:

- ♦ يقدر يسرّح ليك الطبيب العرق ديال البولة بالمنظار بدون فتحة: كيدوز من عرق البولة و كيسرّحو من الداخل، هاد الطريقة ماشي دائما ممكنة (على حساب البلاصة فين مسدود عرق البولة) وفيه احتمال يعاود يتسد ليك عرق البولة مرّة أخرى. وفي حالة فشل هاد الطريقة، ماشي دائما ممكن نعاودوها.
- ♦ يقدر يوضع ليك الطبيب ديالك دعامة (stent) فوسط مجرى البول، باش ما يخلّش المشكل يتكرر. ولكن هاد الدعامة خاصها تبدّل وماكتملّش حل نهائي.

التواجد العملية

غادي تدير قبل من العملية تحليلة ديال البولة، باش نتأكّدو أنها مافيهاش المكروب، وتاخذ الدوا إلى كان. ممكن يخرج ليك الطبيب ديالك تحليلات ديال الدم، خاصك تديرها قبل من العملية. غادي تنعّس فالمستشفى لبضعة أيام على ود هاد العملية، ويقدر يخرج ليك الطبيب دوا ديال المكروب للوقاية.

كي غاتدور العملية؟

غادي بينجوك كامل ولا غير نصّك.

غادي يدير ليك الطبيب الجراح فتحة فالبلاصة فين مسدود عرق البولة. يقدر الطبيب ديالك يستعمل المنظار باش يشوف مزيان البلاصة المسدودة.

غايعيّد الطبيب الجراح البلاصة المسدودة كاملة، وغيعاود يلصّق العرق ديال البولة بواسطة غرزات.

غادي يوضع ليك الطبيب تيّو ديال البولة باش يمكّن العرق ديال البولة ييرا مزيان.

من بعد العملية

غادي يعطيك الطبيب الدوا ديال الحريق إلى حاجيتيه. وتقدر تحتاج دوا كيجريّ الدم، على حساب المشاكل الصحية ديالك، باش مايتكبّدش ليك الدم فالعروق ديال رجلك.

التيّو ديال البولة، غادي تحتفظ بيه لبضعة أيام حتى لبضعة أسابيع على حساب الحالة ديالك.

ماغاديش تحتاج لعلاجات خاصة، ويقدر يعطيك الطبيب ديالك التحاليل تديرهم وتجيبهم معاك فالتدويزة ديال الكونترول .

غاترجع للأنشطة اليومية ديالك من بعد مدة قصيرة. و الجماع ممكن من بعد المشاورة مع الطبيب ديالك.

غادي يكون عندك موعد ديال الكونترول مابين شهر و3 أشهر من بعد العملية. والهدف من هاد الكونترول هو يتأكّد الطبيب ديالك من تحسّن الأعراض البولية ديالك ومن أن النبولة ديالك كتخو مزيان.

غادي يخصّك تدير تحليلة ديال البولة باش نشوفو واش فيها المكروب، و تلفزة ديال النبولة باش نشوفوها واش كتخو مزيان.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كندوز العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ❖ يقدر يجيك مكروب فالبولة، وتاخذ عليه الدوا ديال الميكروب، ويحتاج الطبيب ديالك يشوف واش النبولة كتخو مزيان. إلى طلعات ليك السخانة أو شوطاتك البولة، خاصك تدوز فأقرب وقت.
- ❖ ممكن يوقع ليك تعفن ديال موضع الفتحة ويجيك الحريق أو السخانة، وخا حمال بضعة أيام من بعد العملية، وتحتاج أنك تدير علاجات لمدة أطول وتقدر تعاود تفتح.
- ❖ يقدر يهبط ليك الدم مع عرق البولة (من القضيب). إلى طول أو تكبد، وحسيتي بصعوبات أثناء التبول، خاصك تدوز.
- ❖ في حالات نادرة يقدر يتجمع الدم ويتنفخو ليك الأعضاء الجنسية ديالك.
- ❖ ممكن تسيل ليك البولة من الغرزات، وكتبدا تسيل فالفاصمة من موضع الفتحة، في هذه الحالة غاتحتاج تبقى داير التبيو ديال البولة لمدة أطول أو تقدر تعاود تفتح.
- ❖ على حساب فين كان مسدود العرق ديال البولة، تقدر تقاس أثناء العملية العضلة اللي كتحصر البولة، وتبدا تقلت ليك البولة فاش يحدد ليك الطبيب التبيو ديال البولة.
- ❖ في حالات نادرة، ممكن يوقع ليك مشكل فالانتصاب.
- ❖ إلى كان الجزء المسدود من عرق البولة كبير، فالجزء الباقي من بعد العملية يقدر يكون قصير ويؤدي إلى انواع ديال القضيب أثناء الانتصاب أو نقص فالطول ديالو.
- ❖ وخا تدوز العملية مزيان يقدر يرجع المشكل.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقى الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.



RESECTION ENDOSCOPIQUE DE LA PROSTATE

Cette fiche d'information est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue. (45)

L'intervention proposée a pour objectif de traiter chirurgicalement l'adénome de prostate par voie endoscopique (résection ou vaporisation électrique).

Rappel anatomique

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction.

La prostate est une glande située sous la vessie. Pour sortir de la vessie, l'urine doit traverser la prostate, par le canal de l'urètre.

L'urètre est le canal par lequel les urines sont expulsées de la vessie.

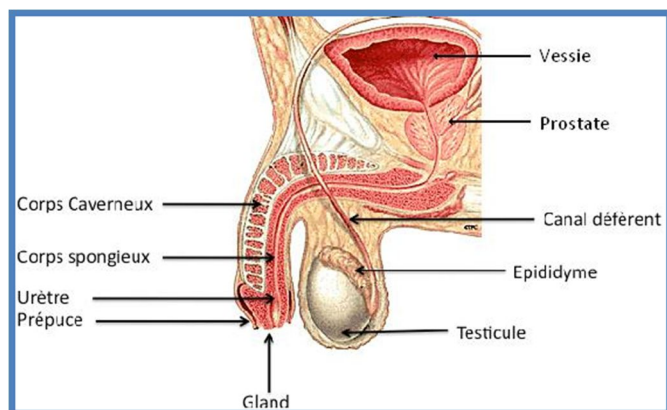


Figure 1: Anatomie pelvienne masculine

Principe de l'intervention

L'augmentation de volume de la prostate, adénome prostatique ou hypertrophie bénigne prostatique (HBP) est une pathologie de la partie centrale de la prostate. Elle peut avoir comme conséquence l'apparition progressive d'une gêne à l'évacuation de la vessie ou des envies fréquentes d'uriner et d'autres complications (lithiase, hématurie, rétention d'urines...). Une intervention chirurgicale est indiquée lorsque le traitement médical n'est plus efficace et dans le cas de complications.

L'intervention qui vous est proposée s'appelle une résection ou une vaporisation de la prostate suivant la technique utilisée.

Réalisée par voie naturelle, trans-urétrale sous contrôle endoscopique, elle s'adresse le plus souvent à des patients chez qui le volume prostatique n'est pas trop important.

Cette intervention consiste à élargir le canal de l'urètre intra-prostatique en enlevant l'adénome qui l'entoure et qui empêche l'écoulement de l'urine. Le tissu prostatique peut être soit enlevé par petits copeaux (résection à l'aide d'une anse électrique ou d'un laser) soit vaporisé (par une anse électrique ou par laser). Si les tissus sont vaporisés, il n'est pas possible d'obtenir une analyse microscopique.

Cette technique ne laisse pas de cicatrice cutanée ou pariétale.

Cette intervention nécessite une hospitalisation de quelques jours.

Existe-t-il d'autres options ?

Un traitement médical est habituellement proposé en première intention. Il peut avoir des effets secondaires et une efficacité limitée.

L'intervention chirurgicale par voie ouverte ou adénomectomie voie haute est proposée lorsque le volume prostatique paraît trop élevé pour qu'une opération par voie naturelle ait de bonnes chances de donner un résultat satisfaisant.

Votre chirurgien vous a expliqué pourquoi il privilégie une intervention endoscopique plutôt qu'une adénomectomie chirurgicale, le volume de la prostate est un des critères de choix importants.

Préparation à l'intervention

Une échographie de la prostate peut être réalisée pour estimer le volume de la prostate et apprécier l'aspect de la vessie.

Une analyse d'urines est prescrite avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection.

Un bilan sanguin comportant l'étude de la fonction des reins est réalisé avant l'intervention.

La prise d'anti-agrégant plaquettaire ou anticoagulant nécessite d'être arrêtée pendant plusieurs jours ou éventuellement poursuivie à faible dose.

Une antibio-prophylaxie est systématique suivant le protocole établi dans l'établissement.

Technique opératoire

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale.

Elle se déroule par le canal de l'urètre. Le chirurgien y introduit un appareil appelé endoscope qui lui permet de voir dans le canal et de repérer la prostate.

Le résecteur muni d'une anse électrique permet soit de découper la prostate en copeaux plus ou moins importants, soit de vaporiser la prostate.

Sauf en cas de vaporisation, le tissu prostatique retiré est conservé pour être analysé au microscope.

Une sonde vésicale, mise en place en fin d'intervention, est maintenue pendant un à plusieurs jours suivant les recommandations de votre urologue. Elle peut permettre de laver la vessie de façon continue avec du sérum pour éviter la formation de caillots de sang et l'obstruction de la sonde.

Analyse anatomopathologique

Les fragments opératoires (copeaux) sont systématiquement analysés par le médecin anatomopathologiste pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion bénigne.

Suites habituelles

Vous pouvez ressentir une irritation du canal urinaire dans les heures ou les jours qui suivent l'intervention. Un traitement contre la douleur est prescrit si besoin. La douleur appelée « poussée sur sonde » peut survenir par intermittence, elle correspond à un spasme de la vessie et se caractérise par une envie douloureuse d'uriner malgré la sonde.

Lorsque les urines qui sortent par la sonde deviennent suffisamment claires, le lavage continu peut être arrêté. Le délai pour l'arrêt du lavage de la vessie et le retrait de la sonde est variable, habituellement de quelques jours et il est

décidé au cas par cas par votre chirurgien. Les urines peuvent être encore rosées plusieurs jours après l'ablation de la sonde.

Un traitement anti-coagulant peut être prescrit en postopératoire pour prévenir le risque de phlébite.

Il vous est recommandé de boire abondamment, d'uriner régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines deviennent rouges. La formation de caillots peut entraîner un blocage des urines. Il vous est aussi conseillé d'éviter tout effort ou déplacement important dans le premier mois suivant l'intervention.

Un traitement antalgique est prescrit pour une durée de quelques jours si besoin

Des ordonnances peuvent vous être remises pour les examens complémentaires à réaliser avant la consultation de suivi.

La reprise de vos activités doit être progressive en évitant les efforts et les rapports sexuels pour un mois. Au-delà, il n'y a aucune restriction particulière.

Le résultat fonctionnel sur les mictions est progressif dans un délai d'environ 1 à 3 mois. Pendant cette période, vous pouvez ressentir des envies pressantes ou des brûlures en urinant.

Suivi post-opératoire

La consultation postopératoire intervient dans les semaines qui suivent l'intervention. Le suivi consiste à évaluer l'amélioration de vos symptômes urinaires et la bonne qualité de la vidange vésicale.

Une analyse d'urine à la recherche d'une infection et une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel peuvent vous être prescrites.

Le suivi est ensuite réalisé habituellement une fois par an par votre urologue.

Si un cancer de la prostate est diagnostiqué sur le tissu prostatique retiré lors de l'intervention, votre urologue vous précisera les conditions du suivi.

Une repousse de l'adénome peut se produire plusieurs années après l'intervention, avec réapparition des symptômes urinaires.

Par ailleurs, un cancer de la prostate peut survenir à distance sur la prostate restante, sans que cela n'ait de lien avec l'intervention.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

1. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie :

Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

2. Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

- Le saignement peut être présent pendant plusieurs jours à quelques semaines après l'intervention. Une réintervention peut être nécessaire pour retirer des caillots sanguins dans la vessie.
- La rétention urinaire est une complication possible. Dans la période post-opératoire précoce, elle peut être due à la présence de caillots secondaires à une reprise du saignement. Une sonde vésicale est posée pendant quelques jours si une rétention urinaire par caillotage survient.
- L'infection urinaire, complication la plus fréquente, peut conduire votre urologue à vous prescrire un traitement antibiotique et à vérifier que votre vessie se vide correctement. Si vous avez de la fièvre ou des brûlures urinaires, n'hésitez pas à contacter rapidement votre médecin traitant ou à votre urologue.
- L'incontinence urinaire est rare, le plus souvent transitoire.
- Dans de rares cas, peut survenir un rétrécissement secondaire du canal de l'urètre ou du col de la vessie pouvant nécessiter une ré-intervention.
- Il n'existe habituellement pas de troubles de l'érection après ce type d'intervention.
- Le risque d'éjaculation rétrograde est très important. Celle-ci se caractérise par l'absence d'émission de sperme au moment de l'orgasme. Elle est secondaire à l'ouverture du col de la vessie provoquée par le retrait de l'adénome.

- La phlébite est une complication possible, mais le risque est réduit par l'injection sous-cutanée d'anticoagulants

Avertissement

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.



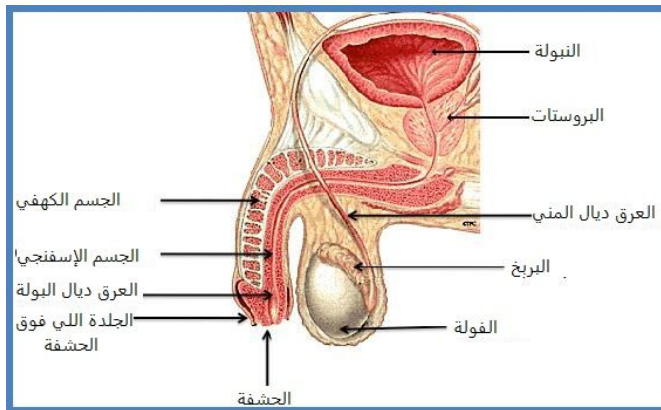
عملية تكرات البروستات بالمنظار

العملية التي غادي تدير، الهدف منها تقصو من حجم البروستات بالمنظار باش تسرح البولة.

العضو: البروستات

النبولة هي الخزان التي كتجمع فيه البولة، مور ما تكون تصالوبات فالكلاوي.

البروستات هي واحد الغدة كاينة تحت النبولة. أثناء عملية التبول كتخرج البولة من النبولة وكتدور من العرق ديال البول التي دايز فوسط البروستات.



رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية

ازدياد حجم البروستات أو النفخ ديال البروستات هو مرض كيقيس الجزء الوسطاني ديال البروستات.

يمكن يكون هاد المرض مسؤول عن صعوبة فالتبول أو رغبة فالتبول متكررة أو أعراض أخرى (الحجر فالبولة، الدم فالبولة، تحصر البولة..).

هاد المرض يمكن يتدوا بالدواء، ولكن غايخصك تدير عملية إلى هاد الدواء مابقاش نافع أو إلى بانو شي مضاعفات.

فهاد العملية ماكتحتاجش لشي فتحة، كيدخل الطبيب بالمنظار من العرق ديال البولة. وهاد العملية صالحة غير للناس التي عندهم البروستات ماكبيراش بزاف.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاها ليك الطبيب دياك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دياك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرا ليك إلى ماقتحيش.

الشرح التي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل التي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبّع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دياك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار انت والطبيب دياك.

فهاد العملية غايكّرط ليك الطبيب البروستات باش يوسّع العرق ديال البولة ويسهّل الخروج ديالها. فهاد العملية إما كيقطّعو طريفات صغار ديال البروستات باش تدار ليهم التحليلة أو كيبخّروها، وفهاد الحالة مكاييقاوش الطراف باش نديرو لهم التحليلة. هاد العملية مانتخلّي حتى سيكاتريس وكاتنعس عليها فالمستشفى غير مدة قليلة.

واش كين شئ حل من غير العملية؟

يمكن يعطيك الطبيب فالأول دوا، اللي يمكن تكون عندو أعراض ثانوية والفعالية ديالو محدودة. العملية ديال تحياد البروستات بالجراحة المفتوحة غايقترحها عليك الطبيب فاش يكون الحجم ديال البروستات كبير بزّاف، ومايمكنش يحيدها ليك بالمنظار. الطبيب دياك شرح ليك علاش اختار العملية بالمنظار فعوض الفتحة، والحجم ديال البروستات واحد من العوامل اللي خداها بعين الاعتبار.

التواجد العملية:

غايعطيك الطبيب دياك تدير واحد التلفزة ديال البروستات باش يقدر الحجم ديالها ويشوف الحالة ديال النبولة دياك. غايعطيك الطبيب تحاليل ديال البولة باش يشوف واش كاين الميكروب وإلى كان يعطيك عليه الدوا. غايعطيك تحاليل ديال الدم باش نشوفو الحالة ديال الكلاوي دياك قبل العملية. إلى كنتي كتاخذ دوا كيجري الدم، غادي يخصّك تقطعو ولا تكملو بكمية قليلة على حساب شنو غايقول ليك الطبيب البناج. يمكن يعطيك الطبيب دوا ديال الميكروب بشكل وقائي قبل من العملية.

كي غاتدور العملية؟

فهاد العملية يمكن تتبنج كامل ولا غير نصّك. غادي يدخلّك الطبيب، من العرق ديال البولة، المنظار باش يمكّنو يشوف لداخل ويوصل للبروستات. وغادي يقطّعها طريفات صغار ولا غيبخّرها. إلى قطعها طريفات يمكن ديك الساعة تدير لها التحليلة ولكن إلى تبخرات مايمكنش. غايدبر ليك الطبيب دياك تيوّو ديال البولة فالآخر ديال العملية ويخليه لبضعة أيام. وهو اللي كيمكّن من غسل النبولة بالصيروم باش مايتكبّش فيها الدم ويتسد التيوّو.

التحليلة ديال الطريفات ديال البروستات

الطريفات اللي قطع الطبيب من البروستات غادي يتسيفطو للمختبر باش يديرو ليهم التحليلة و يتأكدو أن مافيهومش مرض خايب.

بعد العملية

يمكن تحس بشوية ديال الحريق فالعرق ديال البولة فالساعات أو الأيام اللي مور العملية، وغايعطيك الطبيب الدوا. وهاد الحريق تيجي بسبب الزحمة ديال النبولة وكتحس برغبة كبيرة فالتبول وأخا كاين التيوّو. فاش غاتولي البولة اللي كتخرج من التيوّو صافية، يمكن ليك تحبس الغسيل. الوقت باش تحبس الغسيل وتحدّد التيوّو كيختلف، ولكن عادة بضعة أيام، والطبيب دياك هو اللي كيقرّر على حساب كل حالة. ويمكن البولة دياك تبقى شوية حمراء، بضعة أيام مور ما تحدّد التيوّو. يمكن يعطيك الطبيب دوا كيجري الدم مور العملية، باش مايتكبّش ليك الدم.

غادي يخلصك تشرب الماء بزّاف، باش تبول بزّاف وتغسل النبولة ديالك وماتخلّيش البولة تولّي حمراء. إلى تكبّد ليك الدم فالنبولة تقدر تحصر ليك البولة. ماخاصكش تحرّك بزّاف ولا تدير شي جهد كبير لمدة شهر مور العملية.

غا يخرّج ليك الطبيب الدوا ديال الحريق تاخذو لبضعة أيام.

وبقدر يعطيك تحليلات تصاوبهم وتجيبهم معاك فالكنترول مور العملية.

العودة للأنشطة اليومية ديالك خاصها تكون تدريجيا، بمعنى أنك خاصك فالأول تتجنب أي مجهود كبير، بما فيه الجماع، لمدة شهر بعد العملية.

غادي تلاحظ النتيجة ديال العملية، وغاترجع تبول بطريقة عادية من بعد شهر حتى 3 أشهر. فهاد المدة تقدر تبقى تحس برغبة في التبول مجهدا أو التشاوط أثناء التبول.

التتبع مور العملية

خاصك ترجع تدوّز فالأسبوع اللّي مور العملية على حساب الموعد اللّي غايكون عطاك الطبيب ديالك، باش يشوف الطبيب واش باقيين عندك الأعراض البولية، وأن النبولة ديالك خدامة مزيان. يقدر يطلب منك تدير التحليلة ديال البولة باش يقلّب على الميكروب وتقدر تدير تلفازة ديال النبولة باش تشوفو واش كتخوا مزيان.

من بعد غاتبقى تدوّز تقريبا مرة فالعام.

إلى لقا الطبيب فالبروستات اللّي حيدّ ليك سرطان، غايقولك ديك الساعة كيفاش غاتبقى متّبع.

تقدر تعاود تكبر البروستات سنوات مور العملية ويعاودو يرجعو ليك الأعراض. ويقدر الجزء ديال البروستات اللّي ماحيدش ليك الطبيب يتصاب بالسرطان، بلا ماتكون عندو حتى علاقة بالعملية اللّي درتي.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. و لكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البناج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللى عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ❖ يقدر يوقع ليك نزيف بضعة أيام أو بضعة أسابيع مور العملية. وتقدر تعاود تفتح إلى تكبّد ليك الدم فالنبولة.
- ❖ ممكن تحصر ليك البولة. وإلى وقع ليك هاد المشكل مباشرة من بعد العملية، يمكن يكون السبب هو العودة ديال النزيف وتكبّد الدم داخل النبولة، غايدبر ليك الطبيب ديك الساعة تبيو ديال النبولة.
- ❖ المشكل اللّي كيوقع بزّاف مور العملية هو الميكروب فالنبولة، غايعطيك عليه الطبيب دوا وغايدبر ليك التلفزة باش يشوف النبولة واش كتخوا مزيان. إلى جاتك السخانة أو حسيتي بالتشاوط ديال البولة، قولها للطبيب ديالك.
- ❖ في حالات نادرة يمكن تبقى تفلت ليك البولة. هاد المشكل كيمشي مع الوقت.
- ❖ نادرا يقدر يتزير العرق ديال البولة أو الفم ديال النبولة وتحتاج تدير عليه عملية بالمنظار.
- ❖ في الغالب ماتيكونوش مشاكل ديال انتصاب القضيب مور هاد العملية.
- ❖ كايين احتمال أنه فوسط الجماع مايبقاش يخرّج ليك المنّي (كايرجع للنبولة).
- ❖ تكبّد الدم هو واحد من الأعراض الممكنة، داكشي علاش غيعطيك الطبيب دوا لهاد الغرض.

تحذير

التدخين كيكبر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكانش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.

ANNEXE 2 :

Questionnaires

Questionnaire à remplir par le patient

Identité :

1. Nom et prénom : _____
2. Sexe : _____
3. Age : _____
4. Origine : _____
5. Profession : _____
6. Niveau scolaire : _____
7. Mutualiste : _____

Questions sur l'information et le consentement :

1. Quel (s) est ou sont les motifs de votre consultation ?

2. Avez-vous déjà été opéré

Oui (__) Non (__)

3. Connaissez-vous le nom de votre chirurgien

Oui (__) Non (__)

4. Pensez-vous que c'est lui qui va vous opérer ?

Oui (__) Non (__)

5. L'attitude du chirurgien spécialiste a été selon vous :

Accueillante (__) Normal (__) Désagréable (__)

6. Connaissez-vous le nom de votre pathologie ?

Oui (__) Non (__)

7. Les explications du médecin concernant votre pathologie ont-elles été, selon vous ?

Compréhensibles : (__) A peu près compréhensibles : (__)

Incompréhensibles : (__) Absentes : (__)

8. Quel est le nom du traitement chirurgical qu'on vous propose ?

9. Les explications du médecin concernant le traitement proposé ont été, selon vous :

Compréhensibles : (__) A peu près compréhensibles : (__)

Incompréhensibles : (__) Absentes : (__)

10. Si une hospitalisation est envisagée, la durée prévue selon vous est de :

Moins de 24 heures (hôpital de jour) : (__) 24 à 48 heures : (__)

Moins d'une semaine : (__) Plus d'une semaine : (__)

11. Les explications du médecin concernant les avantages liés au traitement chirurgical proposé ont été, selon vous :

Très claires : (__) A peu près claires : (__)

Pas claires du tout : (__) Absentes : (__)

12. Les explications du médecin concernant les suites opératoires et les complications éventuelles ont été selon vous :

Compréhensibles : (__) A peu près compréhensibles : (__)

Incompréhensibles : (__) Absentes : (__)

13. Le risque d'une infection après cette intervention chirurgicale est selon vous :

Inexistant : (__) Minime : (__)

Important : (__) Vous ne savez pas (__)

14. Le risque d'une infection après cette intervention chirurgicale est selon vous :

Inexistant : (__) Minime : (__)

Important : (__) Vous ne savez pas (__)

15. Le risque d'une aggravation ou une absence d'amélioration après cette intervention est selon vous :

Inexistant : (__) Minime : (__)

Important : (__) Vous ne savez pas (__)

16. Vous a-t-on proposé une alternative thérapeutique ?

Oui (__) Non (__)

Vous ne savez pas : (__)

17. Quelqu'un a-t-il recueilli votre consentement ?

Oui (__) Non (__)

Questionnaire à remplir par le chirurgien :

- 1. Pensez-vous que les explications que vous donnez à vos patient(e)s concernant leurs pathologies sont ?**

Très compréhensibles : (__)

A peu près compréhensibles :

(__)

Incompréhensibles : (__)

Absentes : (__)

- 2. Pensez-vous que les explications que vous donnez à vos patient(e)s concernant le traitement chirurgical proposé sont ?**

Très compréhensibles : (__)

A peu près compréhensibles :

(__)

Incompréhensibles : (__)

Absentes : (__)

- 3. Abordez-vous la durée d'hospitalisation avec vos patients ?**

Oui : (__)

Non : (__)

Si le patient le demande. : (__)

- 4. Pensez-vous que les explications que vous donnez à vos patient(e)s concernant les suites opératoires sont ?**

Très compréhensibles : (__)

A peu près compréhensibles :

(__)

Incompréhensibles : (__)

Absentes : (__)

5. Pensez-vous que les explications que vous donnez à vos patient(e)s concernant le résultat du traitement chirurgical sont ?

Très compréhensibles : (__)

A peu près compréhensibles :

(__)

Incompréhensibles : (__)

Absentes : (__)

6. Pensez-vous que les explications que vous donnez à vos patient(e)s concernant les complications éventuelles de l'acte chirurgical sont ?

Très compréhensibles : (__)

A peu près compréhensibles :

(__)

Incompréhensibles : (__)

Absentes : (__)

7. Abordez-vous le risque d'infection avec vos patients ?

Oui : (__)

Non : (__)

Si le patient le demande. : (__)

8. Abordez-vous le risque de complication sexuelle avec vos patients ?

Oui : (__)

Non : (__)

Si le patient le demande. : (__)

9. Abordez-vous le risque d'aggravation ou d'absence d'amélioration avec vos patient(e)s avant de les opérer :

Oui : (__)

Non : (__)

Si le patient le demande. : (__)

10. Proposez-vous à vos patient(e)s une (ou des) alternative(s) thérapeutique ?

Oui : (__)

Non : (__)

Si le patient le demande. : (__)

11. Avez-vous l'habitude de recueillir le consentement de vos patient(e)s ?

Oui : (__)

Non : (__)

12. Pensez-vous qu'il est de votre devoir de recueillir le consentement de vos patient(e)s ?

Oui : (__)

Non : (__)

RESUME

RESUME :

Le consentement éclairé peut être défini comme une doctrine éthique et juridique fondée sur l'hypothèse que toutes les interventions (diagnostiques, thérapeutiques, préventives, ou liées à des études scientifiques) dans le domaine médical ne devraient être effectuées qu'après la permission du patient. Il doit avoir été préalablement informé de l'objet, la nature, les conséquences et les risques de l'intervention.

Si l'information donnée au patient fait partie de la pratique quotidienne du médecin et figure depuis longtemps dans le code de déontologie médicale, la qualité de cette information est devenue depuis quelques années une préoccupation majeure des médecins pour des motifs essentiellement juridiques. En effet les deux dernières décennies ont été marquées par la législation dans différents pays du « droit au consentement » à l'instar de la déclaration de l'OMS sur la promotion des droits des patients en 1994.

Ce travail de thèse a pour objectif de mettre en lumière ce concept, essentiel à la sauvegarde des droits aussi bien des patients que des praticiens, et d'analyser sa nécessité aux patients du CHU Hassan II de Fès à travers une étude préliminaire au sein du service d'Urologie, ainsi que de proposer un modèle de fiches de consentement visant une information plus adaptée au patient et une protection du praticien.

SUMMARY:

Informed consent can be defined as an ethical and legal doctrine based on the assumption that all interventions (diagnostic, therapeutic, preventive, or related scientific studies) in the medical field should only be made after the patient's permission. He must have been previously informed of the purpose, the nature, the consequences and the risks of the procedure.

If the information given to the patient is part of the daily practice of the doctor and figures since a long time in the code of medical ethics, the quality of this information has become in the last few years a major concern for physicians essentially due to legal grounds. Indeed the past two decades have been marked by the legislation in various countries of the “right to consent” like the WHO declaration on the promotion of the rights of patients in 1994.

This thesis work was designed to highlight this concept, essential to safeguarding the rights of both patients and doctors, and analyze its necessity for patients of the “University Hospital Hassan II” of Fez through a pre-study in the Department of Urology, as well as to propose a model of consent sheets aiming a more suited information to the patient and a protection to the physicians.

ملخص:

يمكن تعريف الموافقة المستنيرة بأنها مبدأ أخلاقي وقانوني يستند على افتراض أن كل التدخلات (التشخيصية، العلاجية، الوقائية، أو المرتبطة بدراسات علمية) في المجال الطبي، لا يمكن أن تتم إلا بعد الحصول على موافقة المريض، الذي يجب أن يكون على علم مسبق بموضوع وطبيعة وعواقب ومخاطر التدخل.

إذا كانت المعلومات المقدمة للمريض هي جزء من الممارسة اليومية للطبيب والحاضرة منذ القدم في مدونة أخلاقيات مهنة الطب، فإن نوعية هذه المعلومات أصبحت في السنوات الأخيرة شاغلا رئيسيا للأطباء، لأسباب قانونية أساسا. وبالفعل فقد شهد العقدان الأخيران تشريع "الحق في الموافقة" في العديد من البلدان، على غرار إعلان منظمة الصحة العالمية عام 1994 بشأن تعزيز حقوق المرضى.

وتهدف هذه الأطروحة إلى تسليط الضوء على هذا المفهوم الأساسي لحماية حقوق كل من المرضى والممارسين، وتحليل أهميته لمرضى المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس من خلال دراسة أولية في مصلحة جراحة المسالك البولية، وكذا اقتراح نموذج استمارات الموافقة، تهدف تقديم معلومات ملائمة للمريض وتحمي الممارس في نفس الوقت.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. **Daubech, Lin.** *Le malade à l'hôpital*. s.l. : Edition ERES, 2000. p. 204.
2. **ORDRE DES MEDECINS DU MAROC.** Arrêté résidentiel relatif au Code de déontologie des médecins. *Site officiel du Ministère de la santé du Maroc*. [En ligne] 2005. [Citation : 23 Mars 2015.] http://www.sante.gov.ma/Reglementation/ProfSante/Documents/CODMEDEC.pdf?Mobile=1&Source=%2FReglementation%2FProfSante%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D3ad992e8-af0a-4dba-b2e9-68d8c61e99d6%26View%3Dee5d1148-fc2f-4b2a-83d2-3372d5c54b68%26CurrentPage.
3. **Orde National des Médecins (France).** CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. [En ligne] Novembre 2012. [Citation : 14 Mars 2015.] <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
4. **Béguin, Patrick.** Du consentement libre et éclairé. *Kinesither Rev.* 2014, Vol. 14, 146, pp. 27–28.
5. *Consentement aux actes médicaux. Extrait du Colloque organisé par le bureau de Paris.* **Dr GLORION, BERNARD.** Paris : s.n., 1999. U.N.A.P.E N°103.
6. **Oulès, Stéphane.** *Le consentement éclairé en odontologie chez la personne vulnérable*. Toulouse : Université Paul Sabatier-Toulouse III, 2012. Thèse n°2012-TOU3-3058.
7. **Moutel, G.** Comité d'éthique de l'Inserm. *Institut national de la santé et de la recherche médicale*. [En ligne] www.ethique.inserm.fr.
8. **Azencot, S.** *Thèse de Droit: Le consentement du patient en médecine général: au-delà de la jurisprudence quelle place en pratique quotidienne?* Nancy : Université Henri-Poincaré, Nancy I, 2001.
9. **32** القرآن الكريم سورة المائدة - الآية
10. **الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله صلى الله عليه وسلم وسننه وأيامه البخاري**
11. **Larifa, El Aissaoui.** *La responsabilité du chirurgien. A travers la jurisprudence marocaine et française*. 1995. pp. 79-86. Thèse N°202.
12. **Maliani, Dr Fadwa.** *Le consentement éclairé et la responsabilité médicale*. Casablanca : Université Hassan II Faculté de médecine et de pharmacie, 2004. Thèse N°41.
13. **Bonneau, J.** (Ancien chargé de cours à l'école Polytechnique). Paradoxe sur le droit médicale. [En ligne] [Citation : 17 Mars 2015.] www.institutmauricerapin.org/docs/aleadroit.pdf.
14. **Leuthold, Rudolph von.** *Vierteljährliche Mitteilungen aus dem Gebiet des Militär-Sanitäts- und Versorgungswesens*. Berlin : Ernst Siegfried Mittler und Sohn, 1879. p. 171.
15. **Platon.** *La République III (traduite)*. [trad.] Robert Baccou. Paris : Librairie Garnier Frères.
16. **McCullough, Laurence B.** *John Gregory and the Invention of Professional Medical Ethics and the Profession of Medicine*. s.l. : Kluwer Academic Publishers, 1998. ISBN: 9780792349174.
17. **Maignan, Claire.** Les fondements de la responsabilité médicale. *DROIT MEDICAL - Revue*. [En ligne] 11 Avril 2006. [Citation : 17 Mars 2015.] <http://www.droit-medical.net/spip.php?article55>.
18. **Philippe Amiel, François Violla.** La vérité perdue du "code de Nuremberg" : réception et déformations du "code de Nuremberg" en France. *Revue de droit sanitaire et social*. Dalloz, 2009, 4, pp. 673-687.

19. Commission scientifique des crimes de guerre. Le Code de Nuremberg - 1947. *Fond de recherche du Québec - Santé*. [En ligne] 1950. [Citation : 23 03 2015.] http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/ethique/pdfs_ethique/nuremberg_f.pdf.
20. BEAUCHAMP, T. L. – CHILDRESS, J.F. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les belles lettres, 2008.
21. Déclaration d'Helsinki de L'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. [En ligne] World Medical Journal. [Citation : 22 Mars 2015.] <http://www.wma.net/fr/30publications/10politiques/b3/>.
22. Ringuet, Jean-Noël. L'érosion du consentement en recherche sur des êtres humains au Québec. *Éthique publique [En ligne]*. 2010, Vol. 12, 1, pp. 31-53.
23. François Terré, Yves Lequette. CHARGE DE LA PREUVE. MEDECIN. OBLIGATION. *Les grands arrêts de la jurisprudence civile*. 12e, 2007, 16, p. 123.
24. Arrêt Hedreul. 94-19685 , Publié au bulletin : Cour de cassation, chambre civile 1, 1997.
25. MOULEDOUS, C. *Implication de la loi du 4 mars 2002 sur l'exercice libéral en odontologie*. Toulouse : Thèse Chir. Dent., 2006. 2006-TOU3-3023.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Legifrance*. [En ligne] [Citation : 22 Mars 2015.] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.
27. Moutel, Grégoire. *Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude: évolution et enjeux éthiques*. Paris : Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale Uni Paris 5, 2005.
28. —. *Information et consentement en pratique de soins*. Paris : Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale Uni Paris 5, 2005.
29. Dahir n°1-95-133 du 19 safar 1416 (18 juillet 1995). *Loi n°03-94 relative au don, au prélèvement et à l'utilisation du sang humain*. Rabat : Direction de la réglementation et du contentieux, 1995. Vol. Bulletin officiel, 4323.
30. Dahir (9 ramadan 1331) formant Code des obligations et des contrats (B.O. 12 septembre 1913). *Des vices du consentement*. Rabat : s.n., 1913.
31. Ministère de la Santé - Royaume du Maroc. NOTE DE PRESENTATION DU PROJET DE LOI RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES QUI PARTICIPENT AUX RECHERCHES BIOMEDICALES. *Site officiel du Secrétariat Général du Gouvernement* . [En ligne] Juin 2013. [Citation : 23 Mars 2015.] http://www.sgg.gov.ma/portals/0/avantprojet/50/avp_loi_28.13_fr.pdf.
32. Cours d'appel de Rabat. *Gazette des Tribunaux Maroc*. 10 Mai 1946, p. 76.
33. Dahir du 12 août 1913 (9 ramadan 1331) formant Code des obligations et des contrats. *Loi n°1-74-338 fixant l'organisation judiciaire du royaume (Article 77 s.)*. Rabat : s.n., 15 Juillet 1974.
34. Mikou, Ahmed. Le médecin auteur de dommage. *Revue marocaine de droit et d'économie de développement*. Novembre 1994, 32.

35. Xavier Guennoc*, Isabelle Samjee, Sandrine Jousse-Joulin, Valérie Devauchelle, Anne Roudaut, Alain Saraux. Qualité et impact de l'information en rhumatologie interventionnelle : une étude auprès de 119 patients bénéficiant d'un geste sous scopie. *Revue du Rhumatisme*. 2007, 74, pp. 644-649.
36. SAVORNIN C, CLAPPAZ P, ARVERS A. Le devoir d'information. *Le concours médical*. 2000, 122, pp. 1219-1222.
37. M. GHREA, C. DUMONTIER, A. SAUTET, C. HERVÉ. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé, étude expérimentale chez 21 patients. *Revue de chirurgie orthopédique*. 2006, 92, pp. 7-18.
38. LLOYD AJ, HAYES PD, LONDON NJM, BELL PRF,. Patient'ability to recall risk associated with treatment options. *Lancet*. 1999, 353, pp. 645-649.
39. GATELLARI M, BUTOW PN, TATTERSALL MHN. Informed consent: what did the doctor say? *Lancet*. 1999, 353, pp. 1713-1717.
40. OMS. Nombre de médecins pour 1000 habitants. *Statistiques mondiales*. [En ligne] 2013. www.statistiques-mondiales.com/medecins.htm.
41. Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Maroc | Education | Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture. *UNESCO / Construire la paix dans l'esprit des hommes et des femmes*. [En ligne] 2013. www.unesco.org/new/fr/education/themes/education-building-blocks/literacy/literacy-prizes/2012/morocco/.
42. HERVÉ C, DE MONTGOLFIER S, MOUTEL G. Quel consentement ? *Biofutur*. 2000, 197, pp. 21-23.
43. C, HERVÉ. Une approche de l'éthique médicale. In : Hervé C. *Ethique de la recherche et éthique clinique*. L'Harmattan. 1998, pp. 9-20.
44. P, RICOEUR. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil, 1990.
45. Association Française d'Urologie. Urofrance: Fiches d'informations pour consentement éclairé. [En ligne] Mai 2012. [Citation : 2 Mars 2015.] <http://urofrance.org/lurologie-grandpublic/fiches-patient/fiches-traitements.html>.