

(Hypertrophie bénigne de la Prostate)

Malika DJOUADOU
IDE-Urologie-St Louis

Dr A. de GOUVELLO
MG-Urologie-St Louis

Dr A. CORTESSE
Chirurgien-Urologie-St Louis

Description - Diagnostic

Traitements

Incision cervicoprostatique

RTUP

(Résection Trans-Urétral de Prostate)

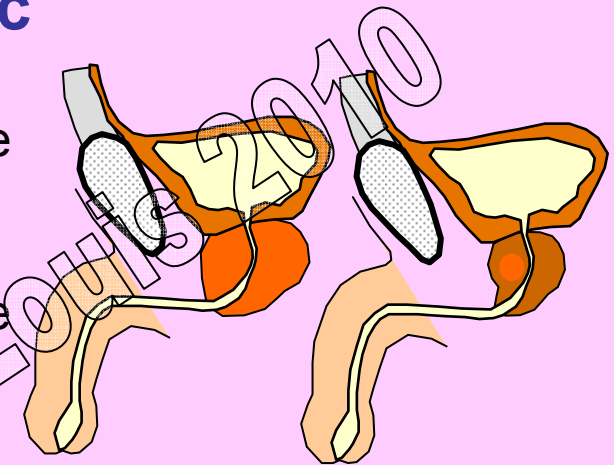
Adénomectomie

DR : Urologie Hôpital St Louis 2010

Description - Diagnostic

Hypertrophie globale ou localisée (adénome) de la glande d'origine non cancéreuse et responsable de troubles mictionnels

- d'irritabilité : impériosités, pollakiurie, nycturie, incontinence
- obstructifs : dysurie, rétention chronique



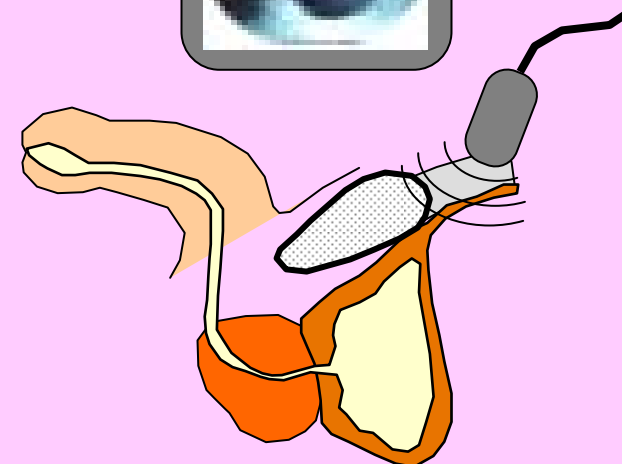
Diagnostic essentiellement clinique (H > 45 ans).

- troubles mictionnels
- prostate augmentée de volume au TR (+/-)

Volume normal : 20-25 cc (ou g)

Imagerie parfois utile :

- échographie vésico-prostatique par voie sus-pubienne +++ pour évaluer le résidu post mictionnel
- échographie endorectale (+/-) pour évaluer au mieux le volume de la prostate et sa structure. N'est pas systématique (selon décision de l'urologue)



HBP

Traitements

Médicaments

Phytothérapie

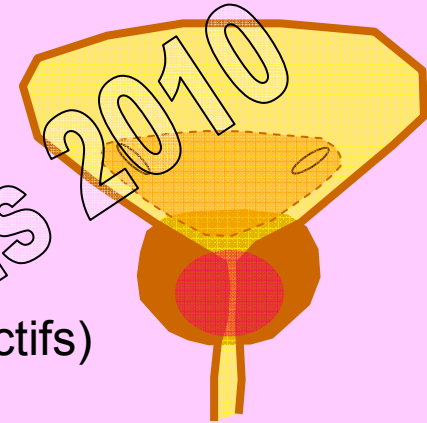
(actif sur les troubles irritatifs)

Alpha-bloquants

(action sur le sphincter : troubles irritatifs et obstructifs)

Inhibiteurs de la 5 α -réductase

(action sur le volume prostatique et les troubles obstructif)



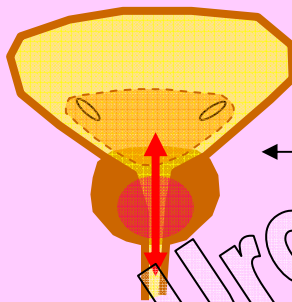
Gravité croissante



Interventions endoscopiques

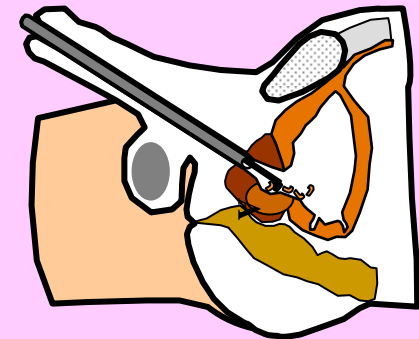
Chirurgie

Incision cervico-prostatique

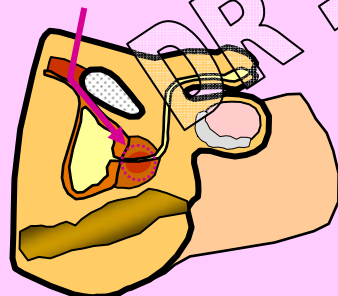


Résection transurétrale de prostate (RTUP)

Vaporisation - lazer



Adénomectomie par voie sus-pubienne (Taille prostatique)



Incision cervico-prostatique

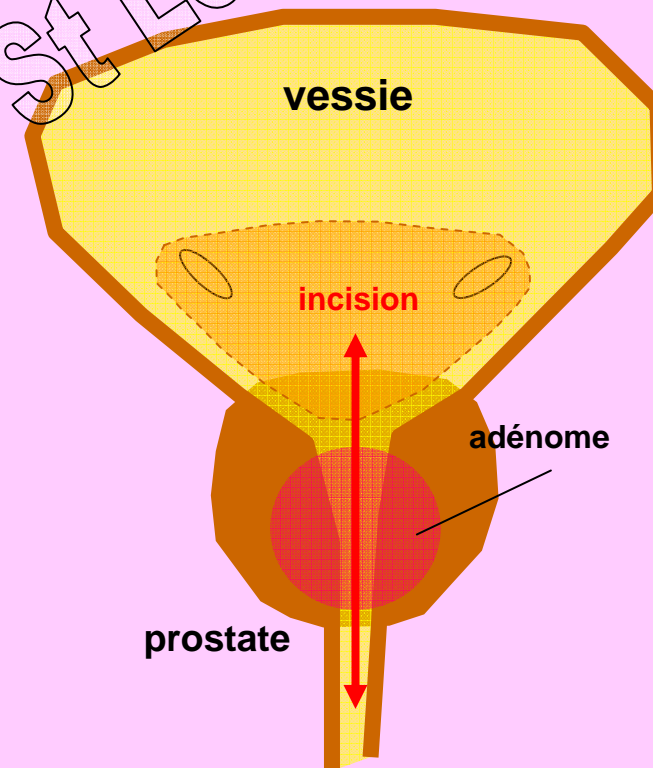
Incision du col vésical par voie endoscopique Intervention se pratiquant sous anesthésie loco régionale

Intervention réservée aux très petits **adénomes**

Incision par voie transurétrale du col de la vessie qui ouvre aussi la prostate comme un livre et permet ainsi une augmentation du flux d'urines

Permet de conserver une éjaculation normale dans 80% des cas, mais ne permet pas d'avoir des prélèvements de la glande pour vérifier l'absence de cancer associé

Durée hospitalisation : 2-3 jours



Incision cervico-prostatique

Rôle de l'infirmière

Hospitalisation la veille de l'intervention

Mise a jeun à 00h

Avant l'intervention :

- lavement type normacol ; douche bétadinée ;
- pas de rasage (endoscopie)
- vérification du dossier ;
- préparation des poches de sérum ;
- gestion des feuille de surveillance

Intervention

Le patient sort avec une sonde urinaire

Après l'intervention

- surveillance des constantes et des perfusions
- surveillance vésicale : perméabilité de la sonde, coloration des urines

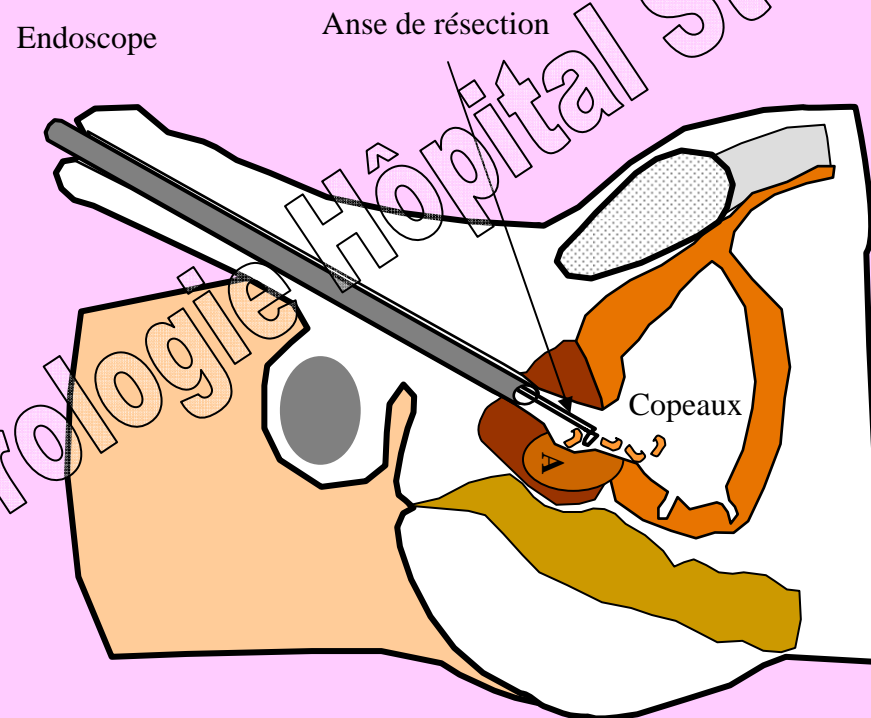
Sortie du patient

- Quand miction correctes après ablation (+/- bladderscan : VRPM)
- Cs Urologie ds 1 mois avec ECBU de contrôle

(Résection transurétrale de prostate)

C'est une résection endoscopique par voie naturelle
on parle aussi de résection endoscopique de prostate (R.E.P)

Ablation partielle de la prostate par voie endoscopique (copeaux)
Intervention se pratiquant sous anesthésie loco-régionale
ou sous anesthésie générale.



Durée hospitalisation : 3-4 jours

RTUP

Rôle de l'infirmière

Accueil du patient

Le patient se présente dans le service d'urologie la veille de son intervention. L'infirmière l'accueille et l'installe.

Vérification du dossier médical (ECBU stérile +++, bilan préop.)

Soins préopératoires :

- soins classiques d'hygiène corporelle préopératoire.
- l'administration d'un lavement évacuateur la veille
- patient à jeun à partir de minuit.
- pas de rasage (voies naturelles ; pas d'incision cutanée)
- prémédication

Soins postopératoires (J0)

Retour de bloc/salle de réveil (USPI) avec :

- perfusion,
- sonde urinaire à double courant avec poche de lavage de sérum physiologique (poche de 3l)

Surveillance et soins infirmiers

- surveillance des constantes
- contrôle de la douleur
- gestion du traitement personnel
- gestion de l'irrigation



Rôle de l'infirmière

A J 1

Lever du patient

Bilan biologique : NFS-BES

Bilan des entrées et des sorties

Reprise de l'alimentation depuis la veille au soir

Arrêt du lavage en continu : boissons abondantes

Aide à la reprise de l'autonomie du patient si possible

A J 2

Ablation de la sonde à 6 H le matin => ECBU

Sortie si bonne reprise des mictions

Vérification du résidu post mictionnel ?

Conseils de boissons abondantes et surveillance coloration des urines

Parfois antibiothérapie quelques jours

R.D.V à 3-4 semaines avec le chirurgien avec ECBU

Cs urologique à 1 mois

Évaluation de l'efficacité (disparition des troubles ? qualité des mictions ?)

Résultat de l'anatomopathologie des copeaux

Si cancer de prostate => discussion traitement curatif ou suspensif en fonction du stade d'évolution (PR, Radiothérapie, hormonothérapie)



Incidents - complications

Chute de la sonde vésicale => appel de l'interne pour conduite à tenir

Fuites d'urines autour de la sonde

- obstruction de la sonde (caillots ? Copeaux ?) => Vérification de la perméabilité ++
- poussées sur sonde par irritation vésicale : fréquent mais toujours vérifier la perméabilité de la sonde +++

Chute de la diurèse avec bilan des entrées et des sorties négatif

Avertir l'urologue ++ => risque de brèche prostatique

Non reprise des mictions à l'ablation de la sonde

- => Avis de l'urologue +++
- Résection incomplète (persistance de l'obstruction) => nouvelle sonde
- Copeaux vésicaux résiduel obstructifs => nouvelle sonde ?
- Vessie claquée => pose d'un KTSP

Hématurie importante à distance

- le plus souvent chute d'escarre (à 2-3 sem/intervention) transitoire et d'évolution favorable
- si persistance => autres causes possible (avis urologue)

Adénomectomie ou taille prostatique

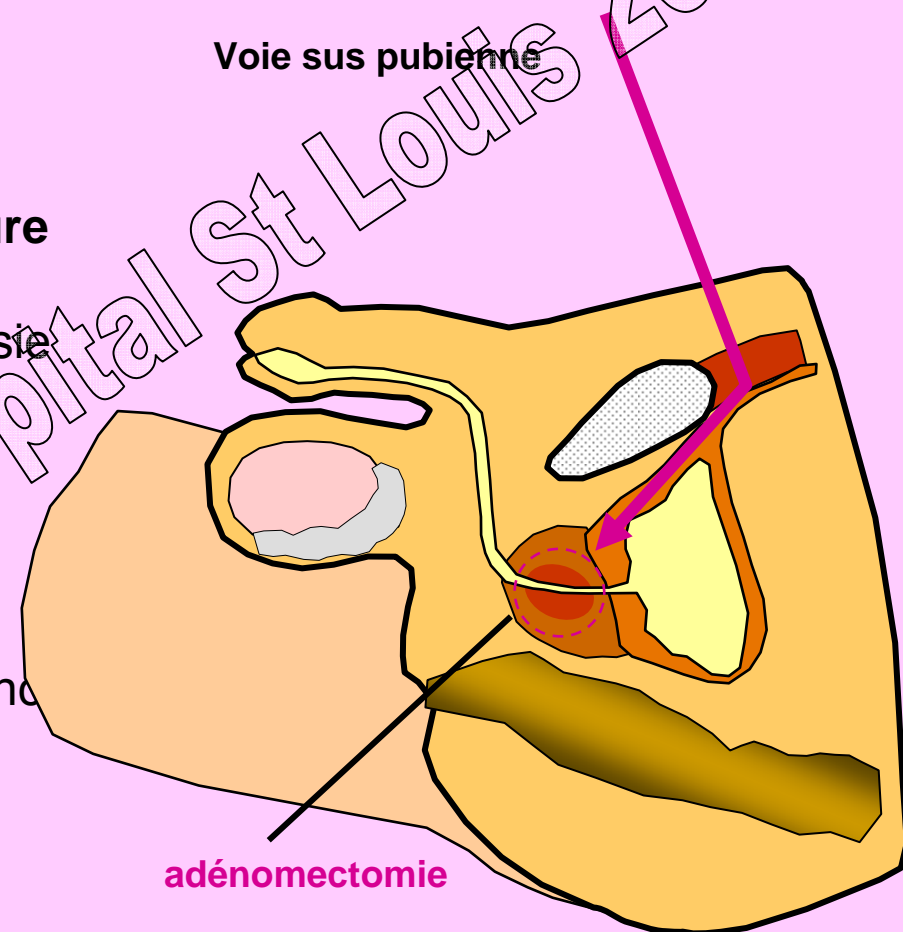
Intervention réservée aux très grosses prostates (> 70 cc)

Ablation de la glande prostatique en conservant sa coque par une ouverture abdominale sus pubienne.

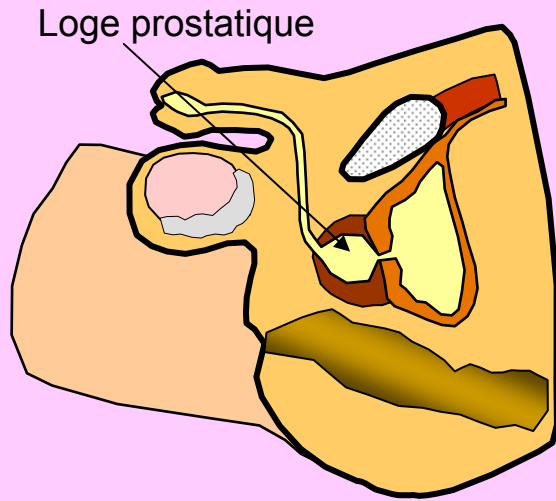
Intervention se pratiquant sous anesthésie générale.

Intervention plus lourde qu'une RTUP avec une hématurie et un risque de caillotage plus important nécessitant donc un lavage vésical rigoureux prolongé

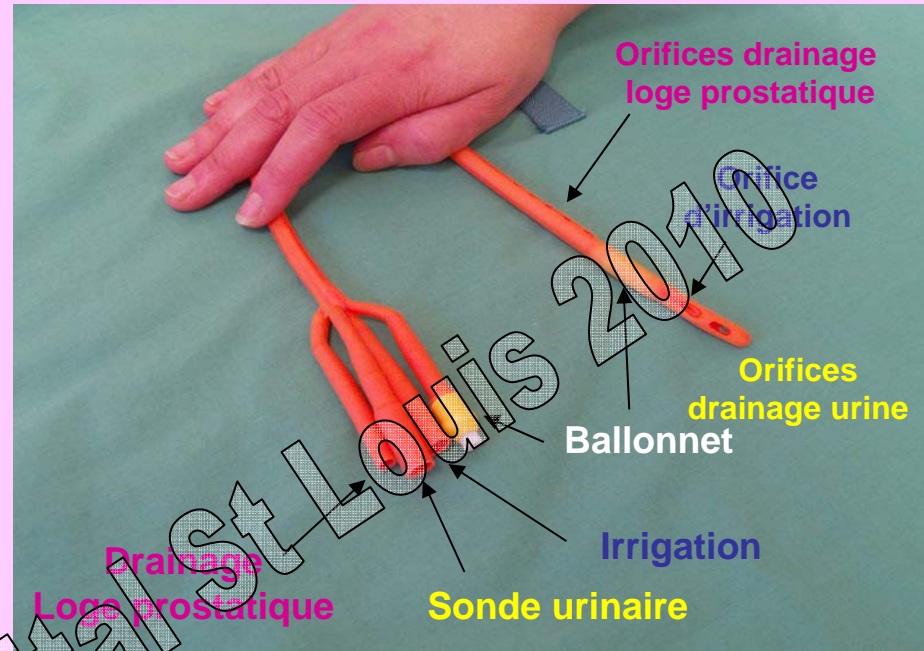
Hospitalisation : 1 semaine



Adénomectomie



Poche de lavage en continu



Sonde triple voie



Evacuation des urines et lavage

redon de la loge prostatique

redon de paroi

Drainage de la loge prostatique

Fil de cerclage

Adénomectomie

Rôle de l'infirmière

Accueil du patient

Le patient se présente dans le service d'urologie la veille de son intervention.
L'infirmière l'accueille et l'installe.

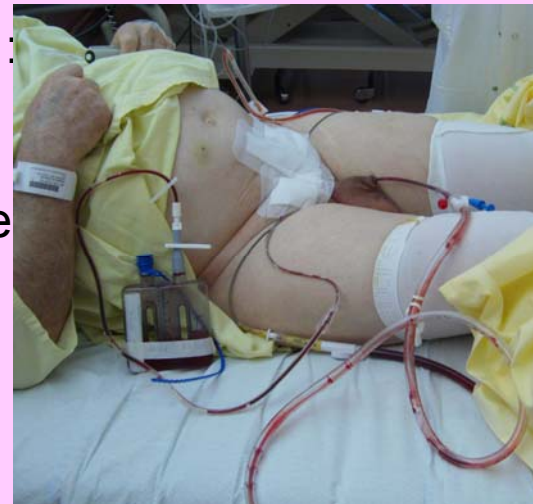
Vérification du dossier médical (ECBU stérile +++, bilan préop)

Soins préopératoires :

- soins classiques d'hygiène corporelle préopératoire.
- l'administration d'un lavement évacuateur la veille
- patient à jeun à partir de minuit.
- **rasage** (car incision cutanée) le tôt matin (mamelons aux mi-cuisses)
- douche bétadinée
- prémédication

Retour de bloc/salle de réveil avec :

- perfusion,
- sonde urinaire à **triple** courant avec poche de lavage de sérum physiologique (poche de 3l)
- 2 redons (paroi et loge prostatique)



Adénomectomie

Rôle de l'infirmière

POST-OP (J0) :

Surveillance usuelles :

- Constantes (Π - TA - T° - Perfusion)
- Contrôle de la douleur

Surveillance spécifique :

- Sonde vésicale à triple courant (perméabilité)
- Gestion de l'irrigation : débit selon aspect des urines
- Redons (paroi et loge) : coloration et quantité des liquides recueillis

Soins particuliers :

- Soins locaux de la sonde vésicale.
- Pansement abdominal
- Fil de cerclage.

A J1 :

- 1er lever : Reprise de l'autonomie si possible
- Bilan biologique : NFS, BES
- Bilan des entrées et des sorties (déduction de la diurèse)
- Redons (quantification)
- Reprise de l'alimentation depuis la veille au soir

Adénomectomie

Rôle de l'infirmière

A J2 :

- Décerclage
- Redons : loge prostatique (ablation), paroi (quantification)
- Irrigation en continue poursuivie
- Pansement voie d'abord (si nécessaire le plus souvent médiane laissé à l'air)
- Poursuite du bilan des entrées et des sorties.
- Soins de sonde

A J3 :

- Ablation du redon de paroi
- Soins de sonde
- Irrigation en continu poursuivie
- Bilan des entrées et des sorties
- Contrôle-soins de la cicatrice

A J5 :

- Ablation de la sonde vésicale
- Surveillance de la reprise des mictions
- Boissons abondantes



A J4 :

- Soins de sonde
- Arrêt du lavage en continu
- Hyperhydratation 3l/j
- Diurèse et coloration des urines
- Contrôle-soins de la cicatrice

A J6 :

- Sortie
- RdV urologue à 3 semaines avec ECBU
- Ordonnance pour l'ablation des agrafes ou des fils de paroi (par une IDE à domicile) à J8.

Adénomectomie

Incidents complications

Chute de la sonde vésicale => appel de l'interne pour conduite à tenir

Fuites d'urines autour de la sonde

- obstruction de la sonde (caillotage vésical) => Vérification de la perméabilité ++
- poussées sur sonde par irritation vésicale : fréquent mais toujours vérifier la perméabilité de la sonde +++

Chute de la diurèse avec bilan des entrées et des sorties négatif
Avertir l'urologue +++

Hématurie importante - Caillotage vésical

Redons (sang +++, quantité de liquide importante) :

- Hématome de loge
- Hématome de paroi
- Abscès de paroi