

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA RESECTION ENDOSCOPIQUE D'UNE TUMEUR VESICALE

QU'EST CE QU'UN POLYPE VESICAL

Vous devez être opéré par voie endoscopique d'une résection endoscopique de polype vésical. La découverte d'un polype vésical nécessite une intervention afin d'assurer un diagnostic histologique précis et dans le cas d'une tumeur superficielle, donc bénigne, éviter son évolution vers une tumeur infiltrante donc maligne.

Une fois le polype retiré, si son examen histologique confirme sa nature bénigne (stade histologique pTa ou pT1) une surveillance par des cystoscopies ou fibroscopies sous anesthésie locale sera nécessaire pendant plusieurs années. En effet le risque de ce type de polype est dominé par la récurrence (environ 50 % des cas après une résection endoscopique) qui est dans 80 à 90 % toujours bénigne et peut s'observer dans les mois mais aussi parfois les années suivantes, justifiant donc une surveillance prolongée. Plus rarement, peut apparaître une localisation sur le haut appareil urinaire c'est à dire au niveau des conduits véhiculant l'urine des reins à la vessie.

Dans certains cas, en fonction de l'examen histologique du polype, de son caractère récidivant ou non et de son importance, pourra être mis en route après l'intervention un traitement local par des lavages vésicaux de produits dont le but est de traiter l'ensemble de la muqueuse vésicale et limiter ainsi le risque de réapparition des polypes. Si l'examen histologique retrouve d'emblée une tumeur infiltrante donc un cancer de la vessie, après un bilan plus approfondi, un traitement complémentaire sera nécessaire après la résection endoscopique initiale, pouvant aller jusqu'à l'ablation complète de la vessie. Dans certains cas, lorsque les caractères de la tumeur le justifient, une nouvelle résection pourra être nécessaire dans les semaines suivant la première résection, afin de confirmer l'absence de tumeur restante dans la paroi de la vessie (tumeur pT1 de haut grade en particulier).

Le facteur de risque principal d'apparition de ces tumeurs est le tabac. Son arrêt sera donc important pour limiter le risque de récurrence.

LA RESECTION ENDOSCOPIQUE D'UN POLYPE VESICAL

La résection endoscopique d'un polype vésical peut se faire sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie). L'intervention dure en moyenne 10 à 30 mn, parfois plus si les polypes sont nombreux et/ou volumineux.

On utilise une anse en arc de cercle avec laquelle on enlève la tumeur en la découpant en copeaux, jusqu'à la paroi de la vessie pour la retirer en totalité et bien pouvoir analyser son insertion au microscope ensuite. Toute cette intervention s'effectue en perfusant par l'endoscope un liquide de lavage qui permet de maintenir un champ de vision net, en chassant le saignement qui gênerait l'opérateur. On utilise un liquide ne conduisant pas l'électricité afin de permettre l'utilisation du bistouri électrique: il s'agit habituellement d'une solution de glycolle. On parle alors de résection monopolaire, le courant électrique passant de l'anse aux tissus en contact de cette anse. On peut également utiliser des résecteurs bipolaires, qui peuvent s'utiliser avec un lavage au serum physiologique, sans utilisation de glycolle, le courant électrique arrivant et revenant par l'anse du résecteur.

Dans certains cas il peut être nécessaire d'effectuer la résection de tous les polypes lorsqu'ils sont très nombreux, en plusieurs interventions pour éviter un temps de résection trop important pour chacune d'entre elle.

En fin d'intervention, une sonde vésicale empruntant l'urètre est le plus souvent laissée en place. Cette sonde va permettre d'assurer un lavage vésical permanent par du sérum physiologique. Les urines qui arrivent dans la vessie ainsi que le sérum servant à laver la vessie ressortent ensuite tous les deux directement dans la sonde et ceci en continu.

LES SUITES OPERATOIRES

La sonde vésicale sera laissée quelques heures à quelques jours en fonction du saignement résiduel du site opératoire. En moyenne, le lavage vésical est retiré le lendemain de l'intervention et la sonde le surlendemain.

Cette sonde, corps étranger intraurétral et intra-vésical est maintenue dans la vessie par un ballonnet gonflé à son extrémité. Ce corps étranger peut être parfois mal toléré et entraîner des envies d'uriner douloureuses correspondant à la contraction de la vessie sur ce ballonnet (appelée "contractions ou poussées sur sonde"). Cette contraction peut entraîner de petites fuites d'urine le long de la sonde par le canal urétral. Si ce phénomène se produit il est important de bien vérifier la bonne perméabilité de la sonde qui peut être bouchée par des caillots. Dans ce dernier cas, un lavage manuel avec une grosse seringue sera nécessaire afin d'éliminer les caillots et rétablir la perméabilité de la sonde. Au moindre doute, il est préférable que vous alertiez le personnel infirmier.

L'ablation de la sonde se fait après avoir dégonflé le ballonnet par la petite valve située à l'extrémité extériorisée de la sonde. La sonde glisse ensuite très facilement le long de l'urètre. Une fois la sonde retirée, il sera important de continuer à boire bien abondamment afin de maintenir un lavage de la vessie par les urines elles-mêmes. Les mictions peuvent donc être encore fréquentes, douloureuses initialement, encore sanglantes et parfois d'un caractère encore impérieux. Ces phénomènes vont aller assez rapidement et progressivement en s'estompant au fur et à mesure de la cicatrisation de la vessie.

Le maintien d'une abondante diurèse (2 à 3 litres d'eau par jour) est nécessaire jusqu'à ce que les urines redeviennent claires. L'élimination de petits caillots ou débris est banale dans les semaines suivant l'intervention. Elle correspond à l'élimination des petites « croûtes » qui tapissent la cicatrice interne et sous lesquelles se reconstitue progressivement l'épithélium vésical. Leur élimination peut donner lieu à un saignement plus abondant alors que les urines s'étaient parfois complètement éclaircies. Plus rarement (environ 5 % des cas) ce saignement peut entraîner la formation de caillots et parfois un blocage et ceci de façon non prévisible pendant les 2 à 3 semaines qui suivent l'intervention (« chute d'escarre »). Dans ce cas le seul traitement est la remise en place d'une sonde afin de laver la vessie pendant quelques heures voire quelques jours et donc en principe une réhospitalisation est nécessaire pendant 24 à 72 heures. Il est donc important pour limiter ce risque:

- d'éviter pendant le mois suivant la résection de faire des efforts physiques,
- de boire abondamment lorsque les urines sont encore sanglantes ou le redeviennent
- et recontacter en urgence votre urologue ou un service d'urgence si l'émission d'urine n'est plus possible.

COMPLICATIONS

Les complications de cette intervention sont :

- un risque d'hémorragie pendant l'intervention. La nécessité d'une transfusion sanguine est très rare (inférieure à 5 %). Dans les suites, il existe un risque d'hémorragie secondaire encore appelé «chute d'escarre» d'environ 5 % (cf ci-dessus).

- un risque d'incontinence urinaire. Il est exceptionnel après ce type intervention (< 5 %).

- un risque d'infection urinaire. Il est minimisé par une antibio-prophylaxie faite le jour de l'intervention. Une infection sera systématiquement recherchée, après avoir retiré la sonde vésicale, en effectuant un examen cyto-bactériologique des urines.

- un risque thrombo-embolique : phlébite et embolie pulmonaire. Celui-ci est limité par la prescription par l'anesthésiste d'anticoagulants à doses adaptées à votre cas particulier.

- un risque de rétrécissement urétral (5 %) comme après tout geste portant sur ou empreintant l'urètre (sondages, interventions endoscopiques).

- un risque de perforation vésicale selon la localisation du polype sur la paroi vésicale et la fragilité de celle-ci. Très rarement une telle perforation imposera une laparotomie (ouverture de la paroi abdominale) pour réparer la brèche vésicale et plus rarement les éventuelles lésions intestinales provoquées.

- enfin comme toute intervention chirurgicale il existe un risque de complications exceptionnellement mortelles (hémorragie, troubles de la coagulation, embolie pulmonaire, infection,...): ce risque très faible ne peut être nul. De plus, même sous anesthésie loco-régionale un risque anesthésique ne peut être exclu. Les risques liés à l'anesthésie vous seront expliqués par l'anesthésiste que vous verrez en consultation avant votre séjour à la clinique.

- de même existe un risque d'infections nosocomiales: infections à certains germes, souvent résistants, contractées à l'hôpital. Ces infections peuvent intéresser le site opératoire, le reste de l'appareil urinaire, les poumons, les cathéters intra-veineux,... Le taux d'infection nosocomiale est globalement de l'ordre de 6 à 7 % tous services et toute pathologie confondue.

- secondairement, si la résection a porté au voisinage ou sur un orifice urétral, peut apparaître un rétrécissement de cet orifice et donc une dilatation du rein sus-jacent. Un tel rétrécissement peut nécessiter alors un traitement chirurgical.

- rappelons enfin que le risque de ce type de polype est dominé par la récurrence (environ 50 % des cas après une résection endoscopique) qui est dans 80 à 90 % toujours bénigne et peut s'observer dans les mois mais aussi parfois les années suivantes, justifiant donc une surveillance prolongée.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS DURANT LE MOIS SUIVANT L'INTERVENTION ?

- Eviter les exercices violents, la bicyclette. En revanche, la marche est indiquée.

- Ne pas soulever ou porter de lourdes charges.

- Ne pas « forcer » pour aller à la selle et au besoin utiliser un laxatif doux.

- Eviter de faire de longues distances en voiture.

- Eviter la prise d'aspirine, sauf en cas de prescription par votre médecin.
- Boire abondamment en évitant les boissons alcoolisées (surtout apéritif, bière, vin blanc). Tous les aliments sont autorisés, mais éviter les épices.
- Supprimer le tabac qui est un facteur de risque d'apparition des tumeurs de la vessie.

SUIVI

Vous devez enfin reprendre contact avec votre urologue dans le mois suivant l'intervention, une fois l'examen histologique des polypes disponible, afin d'envisager selon sa nature, un éventuel traitement complémentaire, et les modalités de la surveillance à entreprendre par la suite.

Mise à jour le 29 décembre 2014