

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN :
DERNIERE MISE A JOUR : **NOVEMBRE 2022**

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

PÉNECTOMIE TOTALE (ABLATION TOTALE DE LA VERGE)

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention qui vous est proposée consiste à retirer votre pénis qui est le siège d'une tumeur.

RAPPEL ANATOMIQUE

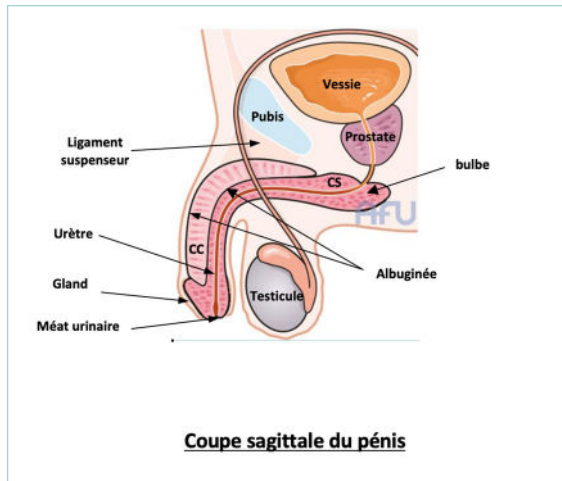
Le pénis est composé de 2 parties : les corps caverneux (CC) et le corps spongieux (CS). Ils sont

recouverts par de la peau appelée :

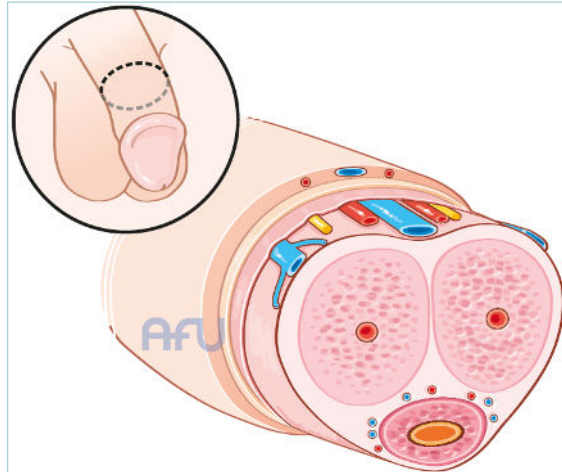
- « fourreau », sur le corps de la verge
- « prépuce », au niveau du gland (peau amovible le recouvrant)

Les corps caverneux sont les tissus qui se remplissent de sang lors de l'érection, permettant ainsi la rigidité nécessaire aux rapports sexuels. Ils sont entourés par l'albuginée, enveloppe fibreuse résistante et très élastique. Ils forment deux cylindres extensibles situés côte à côte sur le dessus du pénis. Ils sont fixés sous le pubis par un ligament suspenseur, qui les retient quand ils se gonflent. Le corps

spongieux est quant à lui, unique. Sa partie initiale se nomme le bulbe, il est entouré du muscle bulbo-spongieux et il entoure l'urètre (bulbaire). La partie terminale du corps spongieux est le gland, qui coiffe l'extrémité distale des corps caverneux. Sur tout son trajet, le corps spongieux contient le canal de l'urètre qui se termine sur le gland au niveau du méat urinaire par où sort l'urine.



Coupe sagittale du pénis



Coupe transversale du pénis

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les examens que votre médecin vous a fait pratiquer sont en faveur d'une tumeur maligne de l'extrémité du pénis.

Cette opération est nécessaire pour éviter une progression locale de la maladie qui entraînerait des troubles urinaires (par une obstruction du canal de l'urètre), des manifestations douloureuses, des saignements, le risque d'une surinfection et à terme une évolution régionale de la maladie par atteinte des ganglions de l'aîne ou du bassin.

Dans les suites de cette opération, une intervention complémentaire portant sur les ganglions de l'aîne peut vous être proposée.

EXISTE-T'IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Il n'y a pas d'autre méthode de traitement que la chirurgie pour traiter la tumeur dont vous êtes porteur. La taille et la localisation de votre tumeur ne permettent pas d'envisager une ablation partielle du pénis, de façon raisonnable.

RÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

L'intervention peut se dérouler sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale.

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

Une analyse d'urine est demandée pour vérifier l'absence d'infection urinaire.

L'intervention est fréquemment précédée de l'administration d'antibiotiques en raison d'une surinfection fréquente de la tumeur.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Le geste chirurgical consiste à enlever la totalité du pénis.

Le bon déroulement de l'intervention nécessite plusieurs incisions (incision sous le pubis et sur le périnée).

Si la tumeur atteint les bourses, ce qui est très rare, il est possible qu'une ablation d'un ou des testicules soit nécessaire (émasculation). Dans ce cas, la cicatrisation peut être facilitée par une intervention de chirurgie plastique (comblement des zones enlevées par un prélèvement de peau et de muscle de la cuisse).

Le canal de l'urètre sera abouché sur le périnée entre les bourses et l'anus pour pouvoir uriner en position assise sans se souiller. L'intervention ne compromet pas la continence urinaire.

L'intervention se termine par la mise en place de drains qui limitent le risque de collection dans la zone opérée. Afin de faciliter la cicatrisation, une sonde urinaire est laissée en place quelques jours.

SUITES HABITUELLES

La douleur liée à l'intervention nécessite l'administration de médicaments antalgiques qui vous sont administrés si besoin.

La sonde urinaire est habituellement bien tolérée, mais elle peut parfois entraîner une gêne qui peut être contrôlée par l'administration de médicaments. Le moment de l'ablation de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien en fonction de la cicatrisation.

La durée d'hospitalisation est de quelques jours et la convalescence varie entre 2 et 4 semaines. Le suivi après l'intervention répond à deux objectifs :

- Surveiller l'absence de récurrence tumorale
- Et évaluer la façon dont vous urinez.

RETOUR À DOMICILE

L'amputation totale du pénis est une intervention d'exérèse qui transforme votre schéma corporel mais également votre manière d'uriner et votre sexualité.

Cette intervention, comme toute intervention chirurgicale nécessite de respecter une période post-opératoire de repos et de prudence. Il vous est conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans les premières semaines suivant l'intervention.

Les ordonnances qui vous ont été remises comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'un anticoagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.

Un courrier a été adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé.

L'incision est une porte d'entrée pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale.

La cicatrisation s'effectue en plusieurs jours.

- Des soins locaux à domicile peuvent être prescrits.
- Les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit obtenue. Les douches sont en revanche possibles en protégeant la zone opératoire et la séchant attentivement par tamponnement.
- L'ablation des fils ou des agrafes sera réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale.
- La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de votre état physique. Vous discuterez avec votre urologue de la date de reprise de vos activités et du suivi après l'opération.

- Une consultation post-opératoire est programmée avec votre urologue afin de vous informer du résultat de l'examen microscopique de la pièce opératoire. Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer et prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

↳ Des douleurs locales

Si les douleurs persistent malgré le traitement antalgique qui vous a été prescrit, cela peut être le signe d'un hématome, d'une infection ou d'une autre complication qui requiert un avis médical.

↳ Signes de phlébite et d'embolie pulmonaire

Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballonnement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche.

↳ Cicatrisation

Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer, sans urgence, cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire

un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous corticoïdes).

↳ Le lâchage de la suture et aspect noirâtre de la plaie

Ce sont des complications nécessitant une consultation avec votre médecin ou votre urologue. En effet un lâchage de suture nécessite des soins locaux, une cicatrisation cartonnée et noirâtre peut correspondre à une nécrose de l'extrémité nécessitant également des soins locaux.

↳ Un hématome du pénis

Il peut réaliser une voussure violette de tout ou partie du pénis nécessitant une consultation avec votre médecin ou votre urologue après avis de l'infirmière, qui assure les soins.

↳ Des difficultés à uriner

La force du jet peut vous sembler faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, miction en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical rapide. A distance de l'intervention, une difficulté à uriner peut-être observée progressivement, soit sous la forme d'un jet fin soit sous la forme d'un jet en pomme d'arrosoir.

Il peut traduire un rétrécissement du canal de l'urètre. Il vous est alors conseillé de reprendre contact avec votre urologue.

↳ De la fièvre inexplicquée

Cette fièvre peut être due à une infection de l'appareil urinaire ou de la plaie opératoire. Il est nécessaire que vous consultiez votre médecin ou votre urologue si vous constatez de façon répétée une température supérieure à 38,5°C ou si vous avez des frissons ou des tremblements.

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.

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit locorégionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- Infection urinaire : elle est favorisée par le sondage et justifie l'administration d'antibiotiques.

- Infection locale : elle nécessite un traitement par antibiotiques et parfois un nettoyage chirurgical.
- Hémorragie ou hématomes : ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour contrôler le saignement ou évacuer l'hématome.
- Désunion de la suture : une nouvelle intervention ou des soins locaux prolongés jusqu'à cicatrisation complète sont nécessaires.
- Rétrécissement du néo-méat urétral : la cicatrisation entre le canal urinaire et la peau du périnée peut entraîner un rétrécissement du canal urétral. Il nécessite alors une intervention d'élargissement ou de dilatation.
- Retentissement psychologique : il est lié à la modification du schéma corporel et peut nécessiter une prise en charge spécifique. Ces modifications anatomiques peuvent être difficiles à accepter. Un soutien psychologique est souvent nécessaire, demandez à votre urologue, il vous orientera vers un correspondant qui pourra vous accompagner dans cette épreuve.
- Récidive locale : elle justifie la surveillance clinique régulière.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Vous serez revu en consultation post-opératoire pour vous préciser le résultat de l'analyse de la pièce opératoire. Le suivi post opératoire a pour objectif de surveiller l'absence de complication et de programmer la suite de la prise en charge.

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 (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) 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.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

➡ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne

Tabac-Info-Service au 3989

ou par internet :

tabac-info-Service.fr,

pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **pénectomie totale (ablation totale de la verge)**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr
L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne