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

THÈSE
PRESENTÉE 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................................................................. JUGE
Professeur d’Epidémiologie clinique
M. TAZI MOHAMMED FADL................................................................. JUGE
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 النخ دبال البرستات أو الورم الحميد

Fiche 2 : Bandelette TOT pour cure d’incontinence urinaire d’effort
ورقة 2 : العلاج دبال مشكل البولة اللي كتل بحال المجهود عند المرأة، بطريقة TOT

Fiche 3 : Cryptorchidie (Intervention pour ectopie testiculaire, testicule palpable)
ورقة 3 : العملية في حالة عدم وجود الخصية في باصتها

Fiche 4 : Cystectomie totale chez l’homme (pour tumeur de la vessie)
ورقة 4 : العملية باش تحيد البولة (فحاله حبوه في البولة)

Fiche 5 : Entérocystoplastie (Agrandissement de la vessie)
ورقة 5 : العملية دبال تكبير البولة

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 تحديد 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 فالقضيب

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 clair, 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 :
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.

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 RESPONSABILITÉ 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 pénallement, dans les termes du droit commun, des blessures ou d’homicide qui pourraient résulter de sa négligence ou imprudence. (11)

4- **LA RESPONSABILITÉ 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 VIème siècle dans le Talmud, que le consentement est pour la première fois cité par écrits : « *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 :

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cour de cassation, 20 mai 1936, arrêt Mercier :</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>« 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 ».</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Dans le cadre de ce contrat, le patient doit s’acquitter du payement 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 18ème assemblée générale de l'AMM à Helsinki en Finlande, en Juin 1964 et elle fut révisée plusieurs fois, la dernière lors de la 64ème 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 incombaît 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** :


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*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Compréhensibles</th>
<th>A peu près compréhensibles</th>
<th>Incompréhensibles</th>
<th>Absentes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Patients</strong></td>
<td>31%</td>
<td>65,5%</td>
<td>0%</td>
<td>3,5%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Médecins</strong></td>
<td>10%</td>
<td>80%</td>
<td>10%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tableau 2: Réponses concernant le nom exact de la pathologie

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>14%</td>
<td>86%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 chirurgical 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Compréhensibles</th>
<th>À peu près compréhensibles</th>
<th>Incompréhensibles</th>
<th>Absentes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>21%</td>
<td>72%</td>
<td>0%</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>10%</td>
<td>60%</td>
<td>30%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>11%</td>
<td>89%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>70%</td>
<td>30%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Compréhensibles</th>
<th>À peu près compréhensibles</th>
<th>Incompréhensibles</th>
<th>Absentes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>24%</td>
<td>59%</td>
<td>0%</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>10%</td>
<td>20%</td>
<td>70%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Compréhensibles</th>
<th>À peu près compréhensibles</th>
<th>Incompréhensibles</th>
<th>Absentes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>21%</td>
<td>55%</td>
<td>0%</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>30%</td>
<td>70%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>17%</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>40%</td>
<td>60%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>34%</td>
<td>66%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>100%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>41%</td>
<td>59%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>80%</td>
<td>20%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>18%</td>
<td>82%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>40%</td>
<td>60%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Oui</th>
<th>Non</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patients</td>
<td>31%</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins</td>
<td>20%</td>
<td>80%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 et 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.

Mlle. DIRARE SAFAE
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
FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

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 survenu 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 دياض البروستات أو الورم الحميد

الهدف من هاد العملية هو نحيدو لكي النفخ دياض البروستات اللي عندك، عن طريق الفتح.

العضو: البروستات

النبوحة هي الخزان اللي كتجمع فيه البولة، مور ما تكون تصويبات فالكلادي. 

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

مجرى البول أو العرق دياض النبوحة هو اللي كيمك من التبول.

الشرح

علاقش غانفت؟ كي غاندونز العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفش خاصك تتبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دياض الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن لكي ديك الساعة تأخد القرار انت والطبيب ديالك.

المتلمسة: رسم 1: الأعضاء التناسلية للرجل

العملية

الورم الحميد للبروستات أو التضخم الحميد للبروستات ولا النفخ دياض البروستات، هو مرض كيسبيج الجزء الوسطي دياض البروستات.

هاد العملية كبييرها الواحد فاش ماكيباش الدوا نافع، ولا إلى بنو شي مضاعفات.
واش كاين شي حل من غير العمليه؟

في الغالب كايعطي الطبيب فاولول غير الدو، ولكن الفعالية دياو محدودة ويمكن يكون عندو أعراس جانبية.

يمكن جد حساد الطبيب البروستات بال منهم وكايتل علاج دقيق للطريقه إلى مابش الدو كافي أو إلى بان شي أعراض. وفيه العملية كيكرط لطب الفحص البروستات بال يوسع مجرى البول.

الطبيب ديلال غايكون شرح ليك علاج كيضار بد يدير ليك عمليه مفتوحة عوض الماندار، والحجم دياو البروستات ديال مدال هو عامل مهم فهاد الاختيار.

التوجاد للعملية

غايطل طب الطبيب ديلال كتدير الاستفتاء دياو البروستات بات يشوف الحم دياوها ويشوف الحالة دياو البول.

غاديبرد قبل العملية تحليلة دياو البول باش تشوفو واش فيها ميكروبر وكا لكان تاخذ عليه الدوا.

غاديبرد تحليلة دياو الدم باش تشوفو الحالة دياو الكلاوي ديلال.

إل لكي تناخد شي دوا كاجزي الدم، خاصات تتحمس باضعة أيام قبل العملية، وبالإضافة للاسبيرزين تبدا تاخذو بكمية قليلة.

يقد يخرد الطبيب الدوا ديال الميكروب كوفاية.

كي غاتدور العملية

غادي تينق كلك ولا يغنا نسك العملية ديلال، الهيلف منا أن الطبيب بينح ليك النخ دلين عندد فالفروستات، بمعنى غايي في الجزء الوسطاني دياو البروستات ويثلي الجزء البزاني منها.

غاديبرد ليب الطبيب واحد الفحص دياو بعض المستيمتوات من فوق حجرك.

وغاديبرد ليب الطبيب فنصلة العملية تييبر دياو البول غايبيشيي تيام، من حساب التعليمات ديلال، هنا التييبر كيكم من غسيل البول بالصورص بطريقة مستمرة، باشت ما يتكشق ليب الدم وينخر التييبر دياو البول. وغاديبرد ليب فنحة العملية تييبر ناموض دياو الفحص.

التحليلة دياو العملية

الطبيب المختص في التحليل السيسي غادي يلة الطرف دياو البروستات دلين حيود ليب باش يتأكد أنها مايفهش مرض خايب (السوسن).

من بعد العملية

غا يحتدور ليب شدو عا ديال الفحص من بعد يوم إلى 3 أيام. إلى كان دار ليب الطبيب واحد الخيط دياو النزابر باش يتص من النزاب غايجدب بطريقة سيطرة من الجدة دوم او يومين بعد العملية.

الطبيب ديلال غادي برد ليب فوإش يمكن ليب تحمس الغسيل دياو البول وفوإش تحدد التييبر دياو البول، في الغالب باضعة أيام من بعد العملية.

تقدر تحس بالتشوطن فجري البول (الشر دياو البول) في الأيام المتالية للعملية.

تقدر تحس بالرغبة في التبول مع الحريق وها داري التييبر، وعايخرج ليب الطبيب عليه الدوا.

غا يخرد ليب الطبيب دوا كاجزي الدم باش مايتكش.

غانيحيد الغراز 10 أيام من بعد العملية.

خاصات تقي تشغب الهواء زاف، وتبول موزان باش تعذل البول وما تحش البول حمراء. إلى تكتب ليب الدم في البول.

يقد يخصير ليب البول.

خاصات تئتاح مزيان وما تديرش شي مجهود كبير فالشهر دلين المور العملية.

Mlle. DIRARE SAFAE
ما يعطيك الطبيب شعور بالتحذير، تصابهوم وتجييهوم معال فالكونترول.

غاترجع للإرشادات الطبية دليلك بطريقة تدريجية وخصوصًا للتربع أو تتجنب المجروح الكبير والجماع لمدة شهر.

غادي تبدا تحسب النتيجة دليل العملية، وتقدر تبول مزيان مور شهر تقريبا حتى 3 أشهر. فهاد المدة يمكن تحص برغبة فالتبول قوية، أو تشوات أثناء التبول.

المتابعة مور العملية

غاترجع تدوز فالأساسية اللّي مور العملية على ود الكونترول، باش نشوفو التحس دليل الأعراض البولية ديتال وتشوفو

ويقدر يخرج ليك الطبيب التحليلة دبل البولة باش تشوفو واش فيها المكروبس والثقلة مع كياس كمية البولة اللّي كتبفي فالبولة مور القبول.

من بعد، غادي بتي تدوز مرة فالعام عند طبيب المسالك البولية، وإلى خراجات التحليلة ديل العملية فيها المرض الخايب،

غايكلو ليل الطبيب ديلال كي غايقمي تدوز.

تقدر تعاون تنفخ ليك البروستات سنوات من بعد العملية، ويعادو بيانو الأعراض اللّي كانو فيك، ويمكن في بعض الأحيان مور براف ديل الوقت يكون سرطان فالجزء اللّي بقي من البروستات، وفاداشي ماتجدو حتى علاقة بالعملية اللّي داري.

المخاطر والمضاعفات

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

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديلال و بالبنج:

غادي يشرحها ليك الطبيب البتاح او الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديلال نادرة ولكن يمكن توقع:

- يقدر يلليك الدم من مور العملية ببضعه أيام حتى لبسطة أسابيع. و تقدر تعاون تفتح باش يجيوك ليك الدم اللّي تكد في فالبولة.
- يمكن تحرش ليك البولة، ودير ليل عليها الطبيب التثبيت دبل البولة لبسطة أيام.
- يقدر يجيوك المكروبس فالبولة، ويخرج ليك الطبيب عليه الدواء، وتاكد أن البولة ديلال كانتو مزيان. إلى جانك.
- يقدر يختو ليل البولة ديلال الطبيبة.
- يقدر يتبكي ليل الدم فالورع، وداكتكي علاك الطبيب دوا كجزي يمومي كرفية.
- تقدر تتفتح ليل موعده القطعة، إلى بدات تكترح الرجلة ولا حمارت ليك ولا إلى سال منها الفتح سير تدوز.
- في أقرب وقت. و تقدر تسلب ليل البولة من موعده القطعة ودير ليل الطبيب التثبيت دبل البولة لمدة بسطة أيام.
- في الغالب، ماكيكوا مشاكل ديل النقصان القطع.
- كيوفيق يلحف مشاكلندل إلى الوراء، اللّي ماكيباقش بيكير في المنتج فوستر الجداع.
- وشي مرات فلال يمكن تبقي تغلقت ليك البولة، ولكن هاد المشكل كيمشي بوجدو مع الوقت.
تحذير
التدخين كي يكون الاحتمال دور وقوع مضاعفات فكر عملية.
خاصة تقطع السجارة من 6 حتى 8 دتال الأساسي قبل من العملية، بات تتجرب هاد الخطر.
إلى كنت كنت تخدرك قولها للطبيب دتالك والطبيب البنج.

خاصة تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتفتر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن ما يكون عندها علاج.
فوسي العملية، يقدر يبقى الطبيب الجراح دتالك شي حاجة مكتش عوؤل عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عندرك شي سؤال، فالطبيب دتالك رهن الإشارة.
FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

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 incontinences 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**


**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 minimes 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 récidives d’incontinence urinaire à l’effort peuvent toujours survenir et être corrigées.
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 كتفلي بالمجهد عند المرأة، بطريقة TOT

**شنو هو مشكل البولة اللي كتفلت؟**

هاد المشكل كعني أنه كتففت ليك البولة بشكل غير إرادي، وفيه بزاف ديال الأنواع:

- البولة اللي كتففت بالمجهد: مثلا إلي كنتي كنتي كتديري شي رياضة، أو أثناء الضحك، أو العطسه، أو الستي...
- البولة اللي كتففت على غفلة: فاش كتكيزي بزاف وما كنتيتش
- البول اللي كتفلت بالطرق بوج.

**شنو هو السبب ديال هاد المشكل؟**

هو نتيجة دوال:

- ضعف العضلات دوال الحجر، اللي الذور دوالها تشد النبولة ومجرى البول.
- ضعف العضلة المسؤولة على حصر البولة.

هاد المشكل تاني بيRAY للعالات، حيث مجري البول ديالهم قصير، والعضلة اللي كتصير البولة ضعيفة، إضافة إلى عمال أخرى بحال الولد. ونكز تغير ديا هاد المشي كليكشي حق الشهر، حيث التنق بالهرمونات تاني لحاف الأنسجة والهشاشة ديالها.

**علاقا هاد العملية؟**

هاد العملية، هي علاق زيزيان للمشكلي دوال البولة اللي كتففت بالمجهد فاش ماكبيش كافي الترويض، غالبا كتنتي فوقف عند عالي لعده طويلة.

ماكين حتى دوا لهاد المشكل.

**العملية**

في هاد العملية كدي كير ليك الطبيبي بانضة الاصطناعية تحت مجري البول. الدور دياش أنها بتخف فاها مجري البول وكتسا عضلة البولة اللي كتصير البولة، وبهاد الطريقة ماكبيش عندك هاد المشكلي بالمجهود. هاد العملية صالحة غير اللي كتففت فيها البولة بالمجهود.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطوا ليك الطبيبي دياك قبل من العملية باش تفهم زيزيان شنو غادي بديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ذاك ووالعلاجات الممكنة وشو يقد بطرآ ليك إلى مافتحتشي.

الشرح اللي في الورقة فيه:

علاق غانتش؟ كي غاندو العملي؟ وشنو المشاكل اللي يمكن ليا توقع فوسط ومور العملية؟ وكيفش حاصك تفع من بعد الخروج من المستشف.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيبي دياك غادي تفهم زيزيان ويمكن ليك ديك الساحة تاخد القرار أنت وألمطبي دياك.
رسم 1: الأعضاء دبلي حجر دبلي المرأة

رسم 2: باقية اصطلاحية تحت مجرى البول
ال каталог العملية: 

بالنسبة لكل عملية، غايدةز ليك الطبيب البناء قبل العملية بوضعية أيام وتغيير هو والطبيب الجراح ديالك إذا نوع
ديال البنج غايدير ليك (واس تبنووك كل، ولا نصك) على حساب الحالة الصحية ديالك.

كيفش غاتدور العملية؟

ماكتش حاد العملية، حتى كيكون الطبيب تأكد بواسطة التحليث أن البولة ديالك مافيهاش الميكروب (والى كان غتاخيدي عليه
الدواء.

قااعة العمليات، غايكوني نابع نا على ظهور (بالن أثناء العولدة)، غايدير ليك الطبيب ديالك 3 دوال الفتحات صغر: الأولي
فيها 1.5 ستتر فاما دال مهيل، و2 دوال الفتحات الأخيرين فيهم بضعة ملتمرات فالجدير دال فحاصك، غايدخل
الطبيب الجراح البانصة من هذا الفتحات باش يوضعها تحت مجرى البول.

في نهاية دوال العملية، ممكن وضع ليك الطبيب تيوي دوال البولة فالبولة وفاصمة فالمهيل.

المدة دوال العملية تتقت ب20 حتى لـ30 دقيقه.

من بعد العملية

التييو دوال البولة والفاصمة اللي فالمهيل غايديديهم من بعد بضعة ساعات، على حساب الرأي ديال الطبيب ديالك.

المدة دوال النعاس ديالك فاللصفي كتراوح مابين يوم أو يومين.

هاد العملية ماكتةطلح الحريق براح.

ممكن نخص بالشتوت أثناء التبول، أو تلاحظي أن البولة ديالك ولات قليلة، ويدر ببشت عليك الماء من القدام في الأيام
الأولي دوال العملية.

حاصك ترتاح ت박ري لمدة 2 دال الأسابيع من بعد العملية، على حساب الرأي ديال الطبيب ديالك وفاصمها ديالك، وما
تدير حتى محجهن كبير، أو نهي ضي حاحة قليلة (أكثر من 5 كيلو). حاصك تشكي للحم، أو تمارسي الرياضة
والمجاع لمدة 4 دال الأسابيع من بعد العملية.

غا يكون عندك موعد بانش تجي تدوزي على ود الكورتوزي على بعد بضعة أسابيع. إلى بقات كتشيونك البولة أو بقات
مضاعفة، أو فيها الوشية مجهدة أو طلائع ليك السخاوة، أو كماتس صعوبات كبيرة فالبولة، حاصك ترجعي عند الطبيب
ديالك.

المخاطر و المضاعفات

غالبا كتدور العملية بدون مشاكل. ولكن حاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، و هي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

غادي يشرجا ليك الطبيب البناء أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

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

أ. قوست العملية:

الطريق الحالية ديالك كيوضع الطبيب البانصة مافيهاش الخطر براح والمضاعفات ديالها نادرا ما تكوق (تقاس النبولة، أو
تقت مجرى البول، نفف أو يثبج ليك الدم).

ب. مضاعفات خطيرة:

كل عملية واحا حاجه ممكن تعلمي مضاعفات نادرة ومايمكنش توقوها، وهي مرات خطيرة (تقاس شي عرق، مشكل
في القلب، أو حساسية لشي دوا...).

Mlle. DIRARE SAFAE
النتيجة: النتيجة ديلي العملية على المشكل ديلي البولة فاش كانت بالجهد كانت 85% مزية، ولكن ماضمونش 100%.
ممكن هاد المشكل يعدو بيان عندك مع الوقت، وغايخصك تعالجيه.
تحذير

التدخين كيّكير الاحتمال دايل وقوع مضاعفات فكّل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 دايل الأساسيّ قبل من العملية، باشت تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كنت تدخّن قولها للطبيب دايلك والطبيب الناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تريد تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكّل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادر ويمكن ما يكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يبقى الطبيب الجراح دايلك شي حاجة مكاش عدّال 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 دايلك رهن الإشارة.
CRYPTORCHIDIDIE (INTERVENTION POUR ECTOPIE TESTICULAIRE, TESTICULE PALPABLE)

Votre testicule n’est pas situé en position normale dans la bourse, mais au niveau de l’aine. 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’aine 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 monter.

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.
العمليّة في حالة عدم وجود الخصِيّة

الخصِيّة: ديالالک ماكتواجدش فموضعها العادي، فالكيس الجلدي تحت القلم، بل تكئد فالجرد دیال فحسب.
فالغالب کتکون ماهاتشحتي لصفات بواسطة آماک فالمزار ديالها العادي أو مکانش أصلا فالطريق دیالها الطبيعي باش تنزل فالكيس الجلدي.

هاد العملية الهدف منها نهبط الخصة ونستقرها فموضعها الطبيعي فالكيس.

العسَو: الخصِيّة

الخصِيّة هي واحدة الغدة تقتوم ب-2 ديل الوظائف مور البلوغ:
• كصاص العورات الذكرية (أعمالها التستوسترون) اللي ماكيتّرش بالوضع دیال الخصية.
• كصاص الحيوانات المنوية اللي هما الخلايا الذكرية المسؤولة على الإنجاب. وهاد الوظيفة كتئش باللصابة دیال الخصية الى كانت بقات الفوق.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه: علاش غاتفَتح؟ كي غانتورز العملية؟ وتشنو المشاكل اللي يمكن لها تتوقف ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تتبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن هاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب دیالک غادي تفهم مزیان ویمكن لیک دیک الساعه تانح القرار انت والطبيب دیالک.

علاقَش هاد العملية؟

الهدف من هاد العملية، نهبط الخصية لموضعها الطبيعي فالكيس، باش تؤدي الوظيفة ديالها مزیان. والتأثير النفسي والجمالي ممهم فهاد العملية حتى هو.
واش كاين شي حل من غير العملية؟
كاين واحد الدوا لهداد المشكل، وهو عبارة عن شوك ديل الهورمونات كيبارو تحت اللحم ولكن الفعالية ديالهم 30%.

إلى بقاث الطبيب القوق (فاكرش) تقدر تشترك خطر على الوظيفة ديالها بعد البلوغ. وإلى كانو 2 دئال الخصائص مشي فبالصتمب الطبيبية، كاين احتمال تتأثر سليبا على القدرة على الإنجاب. الخطر الأخير هو أنها تقدر مع الوقت (مور 20 عام) تتتحل لسرطان، والعملية مااكتشفت هاد الخطر ولكن كنكم اتمنا من المبعة ديل هاد الخصية التي غيروف، بالقابل ديالها المستمر (غادي تبا تحلب الفوق ديل دا، وإلية فاصحت خاصت تدوّز فآقر وقت). إذن العملية مهمة يزاف بات تقل من هاد الخطر.

التجديد العملية
غادي ينكر بات، وغاية تنص فالمستشفى لحة صيرة، بحال كل عملية جراحية، خاص الطبيب البتنا ينكر قبل العملية برضعة يام.

العملية
العملية كثا من 2 ففتحات، وحة فالجرد ديل الفخض وحة تحت الكيس، ولأ غير فتحة وحة فالجرد ديل الفخض.
والطبيب البتنا ينكر بتحري الخصية من الأليف اللي شاذتها وحالو بحل بقص ما يمكن الروف ديل الخصية.
تقول، بات فاش بيهما تقدر الخصية تلصح مران فيلاستها ومتاعوش تطع للوق.

إلى فوسط العملية، الطبيب لي الخصية صغيرة برار الفوق ديل دوال ينزفت يقير بياها حيث ماغاونتش بقات صالحة (تقدر تنتسب في مضاعفات أخرى من بعد. ومكن تغري وقوع خصية إصطناعية من بعد.

بعد العملية
تقدر تكون العملية صعيبة كمًا كانت الخصية طالع.

ويفر الطبيب ينكر ينكر تير مور العملية لمدة بضغعة ساعات حتى بضعف يام.
يمكن يكون شوية ديل الحروق مور العملية وعا ينكر بتعوي الطبيب كذا.
خصاك منع لحده المدة من الوقت ومانتيرجش مجود كبر لمدة بضغعة يام.
غا يشرحأ ليل الطبيب العناية اللي خاصك تقوم بها مور العملية (الحمام، الفاصمة...).

المخاطر ومضاعفات
غالبا كندوز العملية بود مشاكل. ولكن خاصك تعرف بأن العمليات كلا يكونان عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديل دال وبالبنج:
غا يشرحأ ليل الطبيب البتنا أو الطبيب البتنا قبل من العملية.

المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديل دال نادرة ولكن ممكن توقع:

 غالبا ما يكون واحد النفق قيل ولا ينكر بتعوي الدم فباسترا الفتحة.

يمكن ينكر اتفرع ولكن في الغالب ميكيشكت خطرة كبيرة. وناورا يمكن داد العفن ينكر لفيج (دلال) اللي يمكن.

تنتكل تحديد الخصية على الرغم من الدوا.

وفي حالات نادرة، يمكننا نلاحظ أن الخصية بداد تضاعة من بعد العملية ببدا إلى كاتو الروف ديلها قصار.

بزار.

في بعض الأحيان تكون صعب بات نيبظ الخصية فالعملية خاصه إلى كانت طالعة بزار. إذن فاش غايحي الطبيب ينكر بتحري مزيان وتدكر نجاح لعملية أخرى.

Mlle. DIRARE SAFAE
في الغالب، إلى هبطة الخصية مزبان تتكون النتيجة نهائية. ولكن في بعض الحالات، وعلى الرغم من أن العملية دازت مزبان، الخصية يمكن ليها تعاود تطلع وفهد الحالة يمكن تحتاج لعملية أخرى.

**تحذير**
التدخين كي أكبر الاحتمال دبى وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 دبى الأساليب قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كتدخن قولها للطيب دالك والطيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المشاكل وتقدر تشکل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكن كنعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا ومكن مايكونش عندها علاج.
فوسط العملية، يقدر يدق الطبيب الجراح دالك شي حاجة مكاش عوآل عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكيشي الي شرح ليك، ولا يحس العملية.
إلى كان عنك شي سؤال، فالطيب دالك رهن الإشارة.

Mlle. DIRARE SAFAE 75
L’organe

L’urine secrétée 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.

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 ombralicale, 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 chiruriguén.

- 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 récidive 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 entrainer des séquelles et une prise en charge à long terme.
✓ Infections plus ou moins sévères :
  o Infection urinaire traité par une antibiothérapie.
  o Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
  o 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 :
  o Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
  o Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant une ré-intervention.
  o Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
  o Ulcère de l’estomac relevant le plus souvent d’un traitement médical prolongé.

➢ **Risques à distance :**
✓ Complications digestives :
  o Eventration de la paroi de l’abdomen.
  o 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.
الورقة ارشاد المريض

العملية باش تحيَّد النبولة (فحالة حبوة في النبولة)

العضو: النبولة

النبولة التي كاتصراف فالكلاري كتبف في 2 دال العروق دال النبولة وکتجم في النبولة وکتجم في النبولة هي الخزان التي كتجم في البول قبل مخرج من مجرى البول.

العملية: 

غادي تفتح باش تحيد النبولة اللي فيها المرض الخابي (السرطان).

وائه كاين شي حل من غير العملية؟

كابنين حول أخر، ولكن ماكتصالح غير لبعض المرضي وکتجم القراقي المستمرة، حتى هاد المرضي يستو يحتاجو نفس العملية الصحية دايلك وككي داير السرطان دايلك.

1. الدوا المرافق للعملية:

يقد يقترح عليك الطبيب دايلك قبل ول من بعد العملية دوا كيميائي (الشييميو)، باش يزيد الفعالية دال العلاج.

2. العلاجات المحافظة:

• الدوا بالأشعة ولا الشييميو بودهم
• يبيد ليك غير طرف من النبولة وصافي ولا يتدير
• معها الدوا بالأشعة ولا الشييميو

هاد الورقة دياال الإرشاد موجهة لالمريض. عطايا ليك الطبيب دايلك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض دايلك والعلاجات الممكنة وشنو يقدر يطرأ ليك إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فيه الورقة فيه:

عاش غاتفتح؟ كي غاتدو الورقة؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقيع وسوس مور العملية؟ وكيفش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دياال الطبيب دايلك غادي تفهم مزيان ويمكن ليك ديك الساعة تاخذ القرار أنت والطبيب دايلك.

Mlle. DIRARE SAFAE
الوجود للعملية:

خصصك تقوم للطبيب الجراح ديالك الطبيب اليداج كل المشاكل الصحية ديالك، واس فايت نعستى فالمستشفى ولا فحتى
والدوافات اللي كنت وويلي عندك شي حساسة.

غادي قبل العملية تحيلية دياي البولة باش تموف واث فيها المكروب، وتاخد عليه الدا ولي كان.

يقد يعطيك الطبيب واحد الديو كايخوسي المراضن، ولدا دياي اليمكروب كوقاة قبل العملية.

كي غاتدوز العملية:

غادي تكون مينج كلالي،
غايتحك الطبيب من تحت الصرة ولدا المراقب.

في الغالب غادي ليك الطبيب الياويرة كاملا ولاد اللمفاوية اللي حداها وبيروستات وشي مرات مجري البول حتى هو.

كاني يرف دياي الطرق باش تبول مور العملية:

نبوطة جيدة: تصاب بك ليك الطبيب ديايكل ديايكة ديايكة جيدة بواسطة طرف دياي المصاران وترديرها فموضع البوولة
الي حبي دياي. وفاد الحالة الباردة كم عن طريق مجري الال (العرق دياي البوولة) من بعد ما كيكون تخرج
فالمكروب الجيدة.

البول فواي الكيس واسري: حتى غادي ليك الطبيب يقوة البوولة اللي حبي طرف دياي المصاران.
والفرق واسريها وبيين الالتي حدا هو أنه هاد الخزان الجديد ما مرتبطش بمجري الال (ماكتخراج
البوولة من القلم ديايكل)، بل كتخرج من واحد الفتحة كمرشوش فيها كيس كثلجهم فيه البوولة، خاصك تكون
دمة داير.

ناكرا:

يقد ي맋شك ليك الطبيب الارزو دياي البوولة اللي هابتين من الكلاكي مباشرة بالمصاران كبير، وميتي تبول
من المخصر ديايكل.

يقد الطبيب ديايكل يخرج الارزو دياي البوولة مباشرة كدركش تحت الصرة. وفاد الحالة غانيكون لكل واحد
من الارزو خارج فقوية، وفيه تموي دياي البوولة وكيس كثلجهم فيه البوولة.

فالماخر دياي العملية وعلى حساب طريقة الباردة بعد العملية، غايتشرين ليك الطبيب كيس ولا جوز. إلى كان بان ليك البوولة
غادي ليك تيتاب صغار فالارزة دياي البوولة اللي هابتين من الكلاكي ولي الفتحة جيدة، يفيد يديري ليك تيتاب خارف موضع
الفتحة باش نراقيها.

من بعد العملية:

في الغالب غادي توضع وليلج الحضولي ديايكل غاغي بريس من بعد العملية، غا يخلطك الطبيب تاكل تدريجيا من بعد ما
تنفس. في هذه الفترة غايكونو كايدوزو ليك المصروم فالعرق فيه الماء والماكد.

يقد يديري ليك واحد التيتوي من نيفك باش تراش المضدة شوية.
وعايمطوك ويات دياي الالحبح باستعمال.

يقد يكون ضوري العميل المكرم دياي البوولة الجيدة.

الطبيب ديايكل هو اللي غادي يدح وقاتش غادي تيجب تيتابون وتبتل الفاصمة.

فاش غاتكون نافع في المستشفى وباش مايتكيشو دياي الدم غادي يخصب:

- نتوه نا شا من بعد العملية
- تلبيس جوارب (الليبو) خاصين
- تأخد واحد الدوا ضد تكنك الدم
يقدر يقول ليل الطبيب تتكمل هدفي في ينار من بعد الخروج، ويكتب لي تحليلات باش يراقب الفعالية ديالهم.

المدة دين النعاس فالمستشفى غادي يقررها الطبيب ديالك، على حساب الحالة ديالك، غالبا كاكون 2 دين الأسابيع.

التحليلة دينال العملية:

النتيجة دين التحليلاة دينال النبوة كخصر مور العملية من يعد أيام قليلة.
وعلى حسابها كيأقرّر الطبيب ديالك واش يزيد دوا دبا الشة أو الشهيوم.
هذا النتيجة غايناقشها معك الطبيب ديالك فاش غادي تتوز مور العملية فالكترول.

المتابعة مور العملية:

هاش بانتشة اليومية ديالك بطريقة دينية. إلى كنتي بتشتت النبوة فيانسحك الطبيب باش تشرب "والاس" يمكنها تقي "تكراط دين المساح" فالنبوة أو شي مكروب إلى درتي التجليلاة دينال النبوة، هانشي ماكيونيش أنك خاصك.
تاخذ الدوا دين المكروب (هذاك التكراط والمكروب ديب ديب النبوة الجنديي اللي هي فالاصل طرف دينال المساح).
خاصك تبقى متع مع الطبيب ديالك باش يراقب الحراس ديالك واش رفع ووش الجهاز النبولي والكلاوي ديالك باقيين.

المخاطر والمضاعفات:

غالبا كدوتز العملية بكدن مشاكل.و لكن خاصك تعرف بأن اليعارات كلها يمكنها تكون عندنا مضاعفات، وهي:

1. بعض اليعارات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك ولبيينج:
غادي يشرحها ليل الطبيب النبايا أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

2. اليعارات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن يمكن توقع:
أ. وسط العملية:

- يمكن وقع ليل نزيف وزيديو ليل الدم.
- يمكن ينفسي شي عضو حد النبوة ويطهر الطبيب ديالك يعالجو ولا يحيدو.
- يمكن الطبيب يحس العملية ولا يبدوها إلى لقا شي حاجة مكاسية متوافقة.

ب. مباشرة مور العملية:

- يمكن وقع نزيف من بعد وزيديو ليل الدو ولا يعاديتو يتحيي للد.
- مشاكل دين الليب والترابين ولا متصلة بالبيج، يمكن لتصو على وذا فالإنسان.
- مشاكل دين الجلد ودا الأعصاب متعلقة بيكي كنت نعان على طاولة اليعارات ولا بالتعاس الطويل بعد العملية، والتي يمكن تعطي جار مزينة خاصق تعالجها برأف دينال الوقت.
- يمكن يبيقع مكروب:
  - مكروب فالنبوة تاخذ عليه دوا.
  - مكروب في الدم تعنص عليه فالإنسان.
  - مكروب فالجزرة تاخذ عليه دوا.
- مضاعفات بولية: مشاكل تفخج النبوة.
- مضاعفات الجهاز الهضمي:

- تطمل فالخروج ولا يستود ليل مصانع.
- يتحل الغراز ويدبا كل عضو كاكيو الفاخير، وفعاد الحالة خاصكم تعاد تفتح.
- يخرج ليك المصانع فمضوع القحة وتعاد تفتح.
- يمكن تقيح فرة المدة تاخذ عليها الدو.
ت. المضاعفات حتى يبرز الوقت على العملية:

- مضاعفات هضمية:
- يوقع ليك فتق دمالي العملية.
- يتضور ليك المصاص.

- مضاعفات بولية:
- يقدر موقع العقاض مابين المصاص والمصاص البولية.
- تقدر توضع ليك البولة الجديدة مع احتمال تضرير لب البولة، أو يكون ليك الحجر، أو مايقاش الكلااري خدامين مزبان أو حلم البولة الجديدة.

- مضاعفات دمالي الكرش (حيدارية):
- يمكن يحكي الفتق قضاء الموضع الجدي اللذي ولا تتغطر من البولة.
- يمكن يتجميل ليك الماء فكرشك ولا حجرك ويدير ليك عليه الطبيب تيبو مشي خوخي ولا يعود فتح ليك.

- مضاعفات جنسية:
- ما تبقى تقدر تفرز منه.
- قدان الانتصاب كيوضع زاف وح يعطيك عليه الطبيب دوا.

3. إلى وقت لكي وحدة من هذا الأعراض خاصك تدوز في أقرب وقت:

- الصدمة فوق 38.5°، الصدمة، الحريق فالردق دياك (الموليت)، النوبة، صعوبة فالبول، إلى لقتي الدم فالبولة.
- أولاً فاللل، حريق فالكرش، النوبة، إلى تحصرات ليك البولة ولا حسبتي أنها ما تكرح كلها.

تحذير

اتدخين كبير الأحتمال دياك وقوع مضاعفات فك عمليه.

خاصك تقطع السمارة من 6 حتى 8 ديال الأساليب قبل من العملية، بات تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كاتدخت قولا للطبيب ديلك والطبب الناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عنها بعض المضاعفات وتقدر تشغوط على حياتك بسبب اختلافات متعلقة كل واحد، ومايمكنك تعرفيه قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن مايكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يقل ليك الطبيبجراف ديك شكي حاجة مكاش عولا عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شرح ليك، ولا يحس عملية.

إلى كان عندك شي سوال، فالطبيب ديك 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).
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 urgenturies, 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’entérocytoplastie 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.
ورقة إرشاد المريض

العملية دوال تكبار النبولة

العضو: النبولة

المشكلات التي تكتشف النخاع الشوكي أو الدماغ ممكن تعطي أعراض بولية:

- تحلق البول بزاف دوال المراثات فاليوم وإلى كتفي دأر التيؤ دوال البول (أكثر من 8 دوال المراثات فالنهار).
- تزيريك البول بزاف ومشترق تصير عليها.
- نفتلت ليك البول.
- وهادشي يمكن يجي حتى للناس اللي ماتدهم حتى مشكل في الجهاز العصبي داليهم ولي ما عاجتن هاد المشكل دال النبولة، ممكن بحول مضادات فالكلاوي (تغذ، حجر، أو قصور كلوي).

والشرح اللي فهاد الورقة فيه:

- علاش غاتفت؟ كي غاتدوز العملية؟ شنو المشكلات اللي يمكن لها توقع فوست ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تتبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بساد الورقة وبالشرح دوال الطبيب ديك غادي تفهم مزيان ومكن ليك ديك الساعة تأخد القرار انت والطبيب ديالك.

الطبيب

الهدف من هاد العملية هو نباد جزء من النبولة بطرف دوال المصران وتضاويو نبولا دينية، وبهاد الطرية بولي الحجم ديالها كبير وتقدر تجمع كمية كبيرة دوال النبولة وتتشمي الأعراض اللي كنني كتهامي منا (الرغبة في البول بزاف دوال المراثات في اليوم والبول اللي كتفلت).

هاد النبولة الجديدة اللي صاوب ليك الطبيب غكتشي عندك ديما.
التجدّد للعملية

غابتوز ليك الطبيب البناج قبل من العملية.

خاضك تخير الطبيب دياك والطبيب البناج بكل المشاكل الصحية دياك، بمعنى واس متبع على شي مرض أو فايت فتحتى أو نعستي فالمستفي. و واسي تخاد شي دوا (خصوصا الدوايات في كيجيو الدم، والتي الاستعمال دياكهم يمكن يترضك لنزيف فوست العملية، والتي إلى قطعتيهم بلا ماتشوار مع الطبيب غايشكو عليك خطر). داكيش علي الطبيب دياك غابيتلب ليك القياس دياز الدوا الذي تخاد أو غيبيك دوا آخر قبل العملية. وماتنطاس تقول للطبيب إلى كانت عندك شي حساسية.

غادي تدير التحليلة دياز البناج قبل من العملية باش نشوف البناج دياك واس فيها شي ميكروب وإلي كان تأخذ عليه الدوا.

وفشي حالات ممكن بتاعي الطبيب دوا كبحوي المصاص.

كي غابتوز العملية؟

غابينجوك كامل فهاد العملة. يقدر يعطيك الطبيب الدوا دياز الميكروب كقوة قبل من العملية.

غابيدر ليك الطبيب فتحة فكرش كصغيرة وصلة حتي للصرة.

خيديك ليك الطبيب مقتضي زمن البناج واغيعوضي بطرف دياز البناج. هاد الطرف دياز المصراين تكون فيه تقريبا 45 حتي 50 ستمتر، وكيلمستوب مع الطرف اللي خال من البناج.

فتاغي بلاي الناج، بكيا ليك الطبيب تيو دياز البناج، كجيب البناج اللي تتغشبت البناج الجديدة والتكراك دياز المصراين. يقدر يدير الطبيب تيو ولا أكثر فموضع الفتحة.

من بعد العملية

يقدر بيجيك الحريط غايبيك يلي على الدوا.

الطبيب دياك هو اللي غاييزر فوفشت تيبيووات دياز موضع الفتحة ودياز البناج.

تقدر تلفي صعوبات يلي تدير الخروج دياك من بعد العملية.

غادي يخرز ليك الطبيب واحد ألليب (الجاروب) خاصين، خاصيكي تليسيهم باش مايكيدش ليك الدم، وخاصيكي تحاول تنوش في أقرب وقت ممكن.

غييبيكطك الطبيب صناع، وغييعرش ليك كيواش تتعامل مع البناج الجديدة قبل ماتخرج من المستشفى. غاقيقدر تحتش شي مرات تخري البناج الجديدة زاسك بالتيكو كاما غاييماك الطبيب.

خاصك تبغي متبع من بعد العملية، باش يتلك بطيب أن الجهاز البول لكي ديك خدام مزيان.

ممكن تلقي التكرار دياز المصراين فابولوة دياك، ماحتشنك تخلع را عادي.

فالوراق دياز الخروج، غاييبيك الطبيب كل المعلومات المتعلقة بالعلاجات دياز القادسة، شحال من مرة خاصيكي تدير التبيو دياز البناج على حساب الحالة ديك، والدوايات اللي خاصك تاخذ (الحارب وضد نكيت الدم).

غادي فلكن عادك مود من بعد العملية باش تجي تدوّز، وشي تتحاشي خاصك تصاويهم قبل مانشي.

خاصك ترتاح على حساب المدة اللي غادي يقول ليك الطبيب دياك.
الانتباه من بعد العملية

يقدر يقول لليك الطبيب تدير واحد التحليلة من بعد 3 أشهر ومن بعد عام، الهدف منها تأكد أن النبولة الجديدة ديكوك ولات كتهر كمية عالية دال البولة ومامات ختشي كنترز عليك بطريقة عشوانية. خاصي ضروري تبي تشوف الطبيب ديكوك على الأقل مرة فالعالم، وتي تفتازة والتريحة دال الكلاوي.

إلى جاك نزيف أو تنع دال البولة (مباشر، حريق، تشوات). أو باد كتمين ليك البولة، خاصي تجي تدوز. النبولة الجديدة ديكوك مكونة من طرف دال المصري، داكي علاش تقدر تلفي، إلى درتي التريحة دال البولة، ميكروبات تايكون تواريخين عاد اليالمصري. هادشي ماجصوش يكون سبب أنك تاخذ الدوا ديال الميكروب، وماياصي خاد هاد الدوا إلا إلى جاك أعراض دال النعفن.

تقدر تحتاج مراقي بالمنعار.

المخاطر والمضاعفات

غالبا كتدوز العملية بدون مشاكل. ولكن خاصي تعرف بأن العمليات كلا يمكن منعها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية دليك وبالبتنج:
   - غادي يشرحا ليك الطبيب النزيف أو الطبيب الجراح قبل من العملية.
   - المضاعفات اللي عندنا علاقة مباشرة بالعملية دليك نادرة ولكن ممكن توقع:

2. المضاعفات اللي عندنا علاقة مباشرة بالعملية دليك نادرة ولكن ممكن توقع:
   - أ. فوست العملية:
     - يقدر يوقع ليك نزيف ويزيدك عليه الدم.
     - يقدر ييدوز داي ميجور، ويضاطر الطبيب الجراح ديكوك يعالجو، أو ييديدو.
   - ب. مباشرة من بعد العملية:
     - يقدر يوقع نزيف، اللي تقدر تاعود تفتح عليه.
     - يقدر يدوز داي الدم.
     - يقدر يجيكي داي ميكروب فالبولة.
     - يقدر يدوز داي ميكروب فالبولة.
     - يقدر يجيبك مضاعفات بولية (سليك البولة).
   - مضاعفات هضمية:
     - يقدر يتعطش داي الخروج أو تعصم.
     - يقدر يحلو ليك الغاز ولدإدا يجي الخروج فيتيوات اللي خلصنا من بعد العملية (كاكون المصران)
     - يقدر يجيك قرحة المعدة.
   - مضاعفات الجهاز العصبي:
     - يقدر يعقطي الفشة، ويقصاري ليك العضلات بسبب اللعاس من بعد العملية.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:
   - يقدر يوقع ليك نزيف داي البولة.
   - مضاعفات هسمية:
     - يقدر يدل أو ليك المصاران وتفخ ليك كرشك وتتعصم (وفهد الحالة غادي يختصو تفتح).
   - يقدر يفصاع عليك كرشك أو يجري.
   - مضاعفات بولية:
     - يقدر يلل داي النبولة جيدة إلى مكتتش كاتخويا بالتيدي داي البولة بانتظام.
   - يقدر ينكور ليك الحجر فالبولة.
تحذير
التدخين كي يقل الاحتمال دياً وقوع مضاعفات فكً عمليه.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتَّى 8 داً الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولاً للطبيب دياً والطبيب البناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عدها بعض المضاعفات وتقدير تشَكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادراً وممكن ما يكونش عنها علاج.
فوسط العملية، يقدر يلقى الطبيب الجراح دياً دياً خاصك حاجه مكاش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجه غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجه من غير داششي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عدنك شي سوال، فالطبيب دياً دياً ره الإشارة.
FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

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 surrenale. 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 récidive 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 الذي يصيب الدم وكيبحة النفايات من الجسم.
عادة تكون عندها 2 دياك الكلوات تحت السردر، فجنبا ديال
المسنول ديال الظهر.

الكلاوية هما اللي كايسايورو البوذلي اللي كتني فعالرو وتنجمع
فالبولة.

هاد الورقة دياال الإرشاد
موجهة للمريض. عطاها ليك
الطبيب ديالك قبل من العملية
باش تفهم مزيان شنو غادي
يديرو ليك. وراه شرح ليك
المريض ديالك والعلاجات
الممكنة وشو يقد يطرأ ليك إلى
مافتحتش.

الشرح اللي في هاد الورقة فيه:

الحلال غاتفتح؟ كي غاندوز
العملية؟ وشنو المشاكل اللي
يمكن ليها توقع موسر ومور
العملية؟ وكيفاش خاصك تبع
من بعد الخروج من المستشفى.

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

رسم 1: الجهاز البولي

عيش هاد العملية؟

التحليلات والراديووات اللي طلب منك الطبيب يتلو أن الكلوة ديالك
فيها مرض خالب أو مافتش خشمة (ميتة).

العملية اللي غاندو، اللدف منها تحيى الكلوة المريضة كاملة. وغا
يكون شرح ليك الطبيب ديالك علاخ مشي ممكن تحتفظ بجزء منها.

هاد العملية ضرورية فاش كتب ليل الكلوة ديالك فأعراض بحال
الحريق، التزيف، السخانة، أو أعراض أخرى.

إذا كانت فيها حيرة: الهدف من العملية هو آنا تتحني انتقال الورم
لأعضاء أخرى.

إذا كانت ميتة: الهدف هو ماتضعف الكلوة وتنقل المكروب فالدم
للذات كاملة.
واش كاين شي حل من غير العملية؟

إلى كان خاصك تفّيد الكلّة، ماكينش شي طريقة أخرى من غير هاد العملية.

إلى كانت عوا مرض خايب: العملية كتمّكّن من اننا تعقّب بالضبط النوع ديا الورم، وعلى حساب هاد الورم غاهصرف شنو هو الراح اللي خاصك تبّع وقوتا دير الكولترول.

في الحالات الأخرى (كلوة مايقاشف خدامة و مسؤولة على أعراض أو تعنات كثيرة.) الطبيب ديلك غايكين شرح ليك علاش خاصك تفّيد الكلّة.

المتوجد للعملية

قبل أي عملية خاصك تزود عند الطبيب الراح، وخصص تقول للطبب الجراح والطبب الراح كل المشاكل الصحية ديالك، واش قدر تصمّي فالمستفي ولا فتحتي والدوائيات اللي كتشفا، خاصة الدوائيات اللي تيجيرو النم، اللي ينمو يتسبّبو في نزيف فوسيت العملية، واللي إلى قضمهم ينمو يكشكرو خطر على هاد الدوائيات غايفاد ليك الطبيب القياس ديالك، وربما يبتدّ ليك شحال كتخد قبل العملية. وماتنئش تقول ليهم إلى كانت عندك شي حساسية.

كي غادوز العملية؟

 غالبيجوك تاك.

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

على حساب الحالة ديالك، يندر يكون ضروري أن الطبيب يعّيد ليك الشحمة اللي ضلّية على الكلوة، ولا واحد الغدة كاينة فوق منها (الغدة الرستكاريّة). إذا كشي اللي غايفاد ليك الطبيب غا تدور ليه تحليّة باش تعّبر بالضبط شنو عنك، وفحالة ورم تعرفو كي عاتب على حساب الورم وشوعو واش خاصك شي علاجات أضافية.

فالأخير ديل العملية غايدر ليك الطبيب تيبو ولا أكثر فموضوع الفتحة باش نراقبو واش كتسيل.

من بعد العملية:

في بعض الحالات غايدرو ليك نيب من النيف تيخوي المعدة، باش ما تانية يجهيك الجرّي خسمه الفتحة ولا يوقعو ليك مضاعفات في التنفس.

واتب مبلج غايدر ليك الطبيب اليبو ديا الوليدة، باش يراقب أن الكلوة اللي بقنق صحتها ك.animate مزيان.

إلى جاك الحرّي غابطيك عليه الطبب الدواء.

الطبيب ديلك هو اللي غايفاد ديفاقش غادي تفّيد النيويات اللي دار ليك.

يمكن ليك تشرب من بعد العملية نهار وما تناكل حتى تنتمي أو تدير الخروج ديالك.

المدة ديل العلاج فالمستفي تختلف (حوالي 4 أيام)، وغايدر تررج للأنشطة اليومية ديالك مور بضعة أسابيع بعد المشاورة مع الطبيب ديلك.

المخاطر و المضاعفات

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

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديلك و بالبجع.

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

المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديلك نادرة ولكن ممكن توقع:

2. فوسيت العملية:

يمكن ينتقى أثناء العملية شي عضو حا الكلوة حال المصارعين، ويحتاج الطبيب يعمالهم ولا يحّيهم.

Mlle. DIRARE SAFAE 104
إلى أن كان مبكي على الكلوة الأمراضي، يمكن قيس الطبيبال وتغطاة حديد. وفهد الحالة غادي يحتم يحمت تأخذ

النواة الإسترils على الأقل 2 سنوات وتدير واحد الحالة

البكريكس التي يمكن يؤدي إلى الإسهال ديازول ولا بدست.

إلى كان عاجيني للكلوة الأمراضي: يمكن قيس الكبدة ولا الأمراض وتستدك جراحة على حساب الحالة، أو

تسد فالإسعاف.

يمكن يتقjes شي غير مناط عملية ومعالج نزيف ويزيدك على الدم أو تقض عليه. هاذ شي نادر ولكن قد

في بعض الحالات دوارة في حالة سرطان في الكلوة، ذلك يكون شي أعضاء حدا ما هواين حتى هما بالسرطان

ويبتدي الطبيب ديازول العضوية (قدر يهدي أعضاء آخرين، يذكر الفتحة أو يبلي العضوية).

بيب. ميامسة مور العملية:

يمكن يوقع لك بنيف وتعاد تقض عليه.

يقدر يوضع لك مشاكل بالقلب والشرايين أو مشاكل عندها علاقة بالبنج وتتص على فالإسعاف.

يفقد جميرة لك صدرك بهوا ويزيدك لك الطبيب على التطور.

يقدر يوقع لك تفعي ديازول الجرحة، ولا ديازول اللي من جهة الكلوة اللي قدئة.

مضاعفات ديازول الجهاز الهضمي:

- يمكن تتعطل بان تنص ولا يبست تدير الخروج ديازول أو شي مرات تتعصم.
- يمكن يوقع لك ديازول العضوية وتمار تقض عليه.
- يمكن يوقع لك إداري مفعمة وتمار تعاود عليه الدووا بضعة أسابيع.
- يتم تقضي كرهة المعدة وتمار عليها الدووا ضعة كتب.

تقضي دجاج الدياليز (الضريسة الدم)، على حساب ديازول الكلوة الأخيرة، والمشاكل الصحية ديازول وعلى حساب

كي دارت العضوية. الطبيب ديازول قدان فال ديازول واغدي تجيج الدياليز وللبلش.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العضوية:

فبكل كل العضويات ديازول الكرش، كان احتمال ينجل لك المراض ولا يحاج تعاود تقض عليه.

يمكن تعيقي السكايبريس بانة نزاف.

يفقد يجمع لك العامي فكرشع أو تقضي للك الجرحة وديير لك عليها الطبيب التطور.

تقضي ماتيتش شوك مزيان عضوية الفتحة أو تحت منها.

مشاكل ديازول الجلد ولا الأعضاء متصلة بكي كنت ناس على طاولة العضويات ولا بالجنس المطول بعد العضوية،

والتي يمكن تعيقي التية هواي ديازول الوقت بانش تبوا.

الإحتمال أنك تؤدي دجاج لديناليز قليل، ولكن متعلق بالحالة الصحية ديازول قبل العضوية (الحالة ديازول الكلوة

الأخرى).

تقضي تعاود تتكرر ليك الحبوية فالوضع فين كانت الكلوة، ولا فالكلوة الأخرى، ولا للأعضاء المجاورة ولا

فالجرحة.

المتابعة مور العملية

التدورين مور العملية عدد 3 ديازول الاهداف:

- تacijaك داي السرطان مارجع (إلى كان عندك سرطان).
- تراقبو كماة الكلوة الأخرى واش قدمة مزيان.
- تناكدو أمم مكانيتش مضاعفات.

فاض المدى وعمالية، غايقل ليك الطبيب ديازول النتيجة ديازول التحلية ديازول العملية إلى كان عندك سرطان، وحالة

التطور ديازول والتوقعات على المرصد ديازول. وهاشوي كامل هو اللي يتحدد شحال من مرة خاصك تيقي تجي تدوز وتدير

التحليلا، وربما تزيد علاجات أخرى.
تحذير
التدخين كيكير الاحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسبوع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتذخن قولها للطبيب ديالك والطبيب الناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكن خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنك نعرفها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادر ومكن ما يكون عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكاشش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكمشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عندك شي سؤال، فالطبيب ديالك ره الإشارة.
L’intervention qui vous est proposée est destinée à enlever un testicule non viable ou non curable.

**L’organe**


**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’aïne (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 controlatérale (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.
العمليّة باش تعيّد الخصيّة (الفولة)

الهدف من هاد العملية هو أنك تعيّد الخصيّة ديالك اللي مايتمش تداوي.

العضو: الخصيّة (الفولة)

الخصيّة هما الغدد اللي كيماها الهورمونات الذكِّريّة والملقيّة.

Ki و وااحد الكيس جليدي (كيس الصفن) فالحجر، والعروق ديالهم هابطين من الكرسي.

العمليّة

ها هاد العملية الهدف منها أنك تعيّد الخصيّة كاملة.

الطبيب الجراح ديالك غايشرج ليك علاش مايمكش تحتفظ بشي جزء من الخصيّة.

واسح كانش شي حل من غير العمليّة؟

فحلة حرية (ورم) فالخصيّة: التحقيّد ديالها كيساً ما نعرف الوّرة ديال الورم بالضيق، وهادا كتفدرو نعرف الورم اللي غادي يخصّص من بعد. في بعض الحالات القليلة، ممكن يقتحم عليك الطبيب أن يجيّد غير جزء من الخصيّة، ويخلي الجزء اللي مامريض.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجه للمرضى. عطيا ليا الطبيب ديالك قبل من العملية باش تفهم مزبان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك وعمليّة الممكنة وشرو يطرا ليك إلإي ماافتحشي.

الشرح اللي فيها هاد الورقة فيـه:

علاق غاتفيح؟ كي غاتدون العمليّة؟ وشرو المشاكل اللي يمكن لها توقّع فوست كور العمليّة؟ وكيفاش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن هاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزبان ويمكن ليك ديك الساّحة تأخد القرار انت ولطبيب ديالك.

Mlle. DIRARE SAFAE 111
الخصية والعلاجات المترافقة ديالها، في بعض الحالات، يُنصح بإجراء علاجات متنوعة في عليك وراء الخاصّة. للذين يشعرون بالقلق بخصوص الحالة، يتم تغيير هذه العلاجات باختيار خاصّة بحجة إشارتها لنفسك، وقد يكون لديك تفاصيل عن حالتك، ويقترح عليك الطبيب أن يأخذ الحيوانات المنوية ديالك قبل العملية.

أثناء العملية يمكن بعجلة كلاً وعاء الصيد.

بالحال بالنسبة لكل عمليات جراحية غادي يشتكي الطبيب الناجي قبل.

المدة ديا لرناش دياك لفايمكشي كنفتخت، على حساب الحالة ديالك ورأي ديا لطبيب دياك.

كيفيش غاتدو زعملا؟

أ. إلى كانت عندك حيوية (ورم، فالخصية: غادي يدير ليك الطبيب الجراح فتنة فكرشك فوق من الجذر ديالي فله إلها، (حال العملية ديال الفنتق)، وغادي ينصح ليك الخصية لفترة بالعروق ديالها. في حالات نادرة ممكن أن الطبيب يجد حتي نية من الوجهة إلى كانت فيسيا بالعور. ويقترح يدير ليك الطبيب تناول ففيف وضع لجنة بضعة أيام. ممكن تناقل مع الطبيب ديالي احتمال وضع خصية اصطناعية لغرض جمالي، فوست هاد العملية ولا حتى من بعد.

ب. إلى كان السبب عبرالي هو العروق ديال الخصية التي تبدأ: الطبيب غادي يرفي فتنة فالجدة للي مغطيا الخصية وسات دو يصل لها. فيها الحالة غادي ما كيتب الطبيب حتى الخصية الأخرى (السليمة) فوست هاد العملية ولا حتى من بعد (انظر عملية تثبيت الخصية).

من بعد العملية

ب. يقدر يبجي شوية ديا لحريف فموضع الفتنة ويعمل على الطبيب الدو. إلى كان دار ليك الطبيب خصية اصطناعية، فغادي يخضك تكثها بذمك يراح ديا المزار فالنها.

الخراج

المدة ديا لرناش ديالك كنفتخت على حساب الحالة ديالك ورأي الطبيب ديالك. غايفرطج ليك الطبيب علاجات لموضع الفتنة خاصه تدير هو فالفيوم ديا الجودة. وما خاصشكن تمسح لح نحب حتى يراا ليا الفتنة مزيان، ولكن يمكن ليك تدوش إلى جليني موضع الفتنة.

العودة للأنشطة اليومية ديالك:

غابولو ليك الطبيب سوفش تدير ترجع للخدمة على حساب المهنة ديالك، وغايفرانش معال العودة للأنشطة اليومية ديالك، وكيفيش غايفخست تبع فور العملية.

التباع مور العملية:

الهدف من التتابع من بعد العملية، هو أنهنا تتأكد من غياب المضاعفات.

في حالة جوية فالفصيلة: غايفشوف معال الطبيب العلاجات الإضافية التي تقدر تحتاج، على حساب النتيجة ديا للتحليقة ديا الجلودا (السيمو ولا الأشعة).

المخاطر و المضاعفات

غالبا كدوكتور العملية دون مشاكل. ول الخصى تعرف بأن العمليات كلما يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وديلن:

غادي يشرر لاكي الطبيب الناجي أو الطبيب الجراح قبل من العملية.
المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن ممكن توقع:

- ممكن تزراق ليك موضع الفتحة أو يثجع فيها الدم، ولكن كمشي مع الوقت والعلاجات اللي قال ليك الطبيب تدير.

- إلى تعتطل ليك موضع الفتحة بات تبرًا، فخاصك تزيد تعالجها وقت أكثر.

في حالات نادرة، ممكن تفتح ليك موضع الفتحة، غاحتاج عليها الدواء، أو لست تعود تفتح عليها ودير ليك الطبيب واحد الخرحة بات يخير الفتح.

إلى نفس لكي واحد من الأعصاب ديال الفضخ فوسط العملية، بقدر يعطيك الحريق فالجد دياج الفضخ أو حجريك، ولا ماتيقشي تحس مزيان فهاد البليايش. هاد الأعراض كمشي مع الوقت، ولكن شي مرات كحتخ علاج خاص إلى طؤلات.

يمكن يجبك الفتح فالجد دياج الفضخ وتلفح عليه.

تحذير

التدخين كيكن الإحتمال ديال وقوع مضايعات فكل عملية. خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 دياج الأسابيع قبل من العملية، بات تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك وطبيب البناء.
Mlle. DIRARE SAFAE

FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

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 rachi-anesthésie 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.
ورقة إرشاد المريض

تثبيت الخصية (الفولة)

العملية التي غادت قلها منهما هو تثبيت الخصية (الفولة) ديالك قوضها.

العضو: الخصية (الفولة)

الخصیبات ما الکی کیسو ایزهمه والهورمونات الذکریة. کیواحد فواحد الدکس جدی (کیس الصفن)، ومرتابین بالکرک بوسیله الدکس الدکس الکی کیجتی علی الاروق دیال الخصیة والعرق الکی تیدى المنی.

تقدر تكون الخصیة مشبکة مزیان فیالقها، وتدور ویتؤ ویتل الیال عوضیة والهرمونات الحیوانة کیسایدو ایکیود ایکی. الیکی ویتؤ ویتؤ، شدوش بیاش الیکی.

علاقه خادمیر هاد العملية؟

هاد العملية الکی غادت الکیة ديالقال هادیة تثبیت الخصیة فیالقها باش مادیورش ویتؤ، ویموت الیکی.

التوجد للعملية:

الطبيب البناج غایینجک کلکو ننتفک علی حساب الحالة دیالک وعلى حساب عاملیة غایینجک فاش غادی بیا نتیج الیکی قبل العملية ببیضة ایام.

هاد الورقة دیال الإرشاد موجهة للمريض. عطاها لیک الطبيب دیالک قبل من العملية باش تفهیم مزیان شنو غادی پیدیو لیک. وراه شرح لیک المرض دیالک والعلاجات الممکنة وشنو یقطر لیک إلى ماحتهیش.

الشرح الکی فهاد الورقة فيه:

علیش غاشفت؟ کی غاندوز العملية؟ وشنو المشاکیل الکی يمكن لیا توفر فوست ومور العملية؟ وكیفیش خاصیک تبع من بعد الخروج من المستشفی.

اذن بهاد الورقة وبالشرح دیال الطبيب دیالک غادی تفهیم مزیان ویمکن لیک دیک الساعه تاخد القرار انت والطبيب دیالک.
كي غاتدوز العملية؟

غادي يدير ليك الطبيب ديالك فتحة فالكيس اللي كيغطي الخصية، وغادي يثبت الخصية بغرزات مع هاد الكيس، ولا غايوضعها فواحة الجيب تصاصو تحت الجلدة ديا دوال الفولات.

من بعد العملية:

غادي تحس بضيعة دوال الحرير فموضع الفتحة ولكن دغاً غايوفتلك، غا يعطيك الطبيب عليه دوا دوال الحريق. غادي تبقى تعال الجرحة فالسيبطار دوال الحومة وماله مكتشتش تمشي للحمام حتى بيرا ليك الجرحة مزمار.

المخاطر والمضاعفات

غالباً كتدوز العملية بدون مشاكل ولكن خاصك تعري بأن الفوانيس كلا يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج:

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

المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن يمكن توقع:

أ. مباشرة مور العملية:

- تقدر تولى بخاصة الفتحة زرقاء ولا تعمر بالدم. في الغالب تمشي بحدها بالراحة والدوا، وناعرا تقدر تعاود تفتح عليها.
- تقدر تعطل موضع الفتحة وماتيرش دغيا، وتقد معيرو نادرة الأطر. تقدر يفتح ليك موضع الفتحة (نادرة) وناعدا عليه الديال الدال الميكروب ولا تعاود تفتح ويدير ليك الطبيب واحد الجرحة بأن يخوي القيق، وشكي حالات نادرة جداً، ممكن بسياح هاد التعليم تفتح وبحيدو ليك الحوية.

ب. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- تقدر تبقى الخصية طالعة وباتشب مزمار في الكيس الجلدي الخاص بها.
- يقدر يبقى عندك الحرير.
- تقدر تدوز تحابر ليك الخصية (نادرة)، وترد بسيب مشكل فالعروف دوال الخصية، أو الدم اللي تجمع فيها، أو التفعن. إلى في الأصل كانت عندك في خصية وحدة تقدر مانيقش تولد (تقد الخصوية ديالك).
تحذير
التدخين كيكرئ الاحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كانتدخن قولها للطبيب ديلك والطبيب الناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدر تشكل خطر على حيائيك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش تعرفوا قبلي العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا وممكن ما يكونش عندها علاج.
فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديلك شي حاجة مكاشش 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 سوال، فالطبيب ديلك رهن الإشارة.
FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

PRELEVEMENT RENAL SUR DONNEUR VIVANT APPARENTE

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’examen 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 trocarts.

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 faîtes 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 الكلوته من عند فرد من العائلة

هاد العملية الهيدف منها هو ناخدو كلمة مامريضاش باش نزرعوها لشي حد كبيك تحتاجها.

البرع موض خلال الحياة هي عملية موطرة من الناحية الطبية والقانونية والإخلاقية.

الغدو: الكلوته

الكلوه هي عضو كليعب دور مهم فيتصفية الدم، وإنفاذ الكرات الحمراء.

قاعدت كيكوون عندنا 2 كولات كورتياو فالجناش ديل السنن ديل ضهرك، وفيهم كتضاوضب البولة قبل مهيط فالفكر ديل البولة وتخزين فالمبوله. كلوه وحدة كافية باش نتصفي الدم.

علاق هاد العملية؟

الهدف من هاد العملية هو أتنا ناخدو من عدك كلمة، باش نزرعوها لفرد من العائلة ديك تحتاجها.

قبل العملية، دار ليك الطبيب التحاليل باش يتقدأ أن الكلوه اللي غاتفي عدنا مافيها حتى مرض وخدمه مزمان، باش يتقدأ أن هاد العملية ما غاتشغش على خطر الفضوع الكلوي أو الطانماو (ارتفاع ضغط الدم).

التوجيه للعملية

قبل من العملية غادي تكون درتي واحد المجموعة ديل التحاليل، الهيدف منها:

- نتأكد أن الكلوى ديك خدامين مزبان (تصفية الدم، وإنفاذ البولا).
- نتأكد من ما عندك حتى مرض يمنع عليك التبرع بأحد الأعضاء ديك.
- الطبيب ديك غانفر إذا كلوه غياخد من عدك وباشا طريقة.
- غادي يخصك توزع أمام القاضي، باش نتأكد من احتراز الشروط القانونية والإخلاقية.
- يحال بالنسبة لأي عملية جراحية، غانفرز ليك الطبيب البتنا باضعة أيام قبل العملية.

هاد الوة ديل الإرشاد موجهة للمرضى. عطأها ليك الطبيب ديك كل من العملية باش تفهم مزبان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديك والعلاجات الممكنة وشنو يقد يطرا ليك إلى مافتحيت.

الشرح اللي فهاد الوة فيه:

علاق غانفت؟ كي غاندوش العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوست ومور العملية؟ وكيفش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن هاد الوة وبالشرح ديل الطبيب ديك غادي تفهم مزبان ويمكن ليك ديك الساعة تاخد القرار انت والطبيب ديك.
اختيار الكلوة التي غاييدوى لديك:
الطبيب الجراح غاييد يختار الكلوة التي ستكون قادرة على التعرف على ضمنية الكلوة المسببة للإصابة. في كثير من الحالات، ينصح الطبيب بإعطاء 2 كيلوغرام من كمية الكلوة. بعد إعطاء ذلك، يطلب الطبيب التحليلات اللازمة للتأكد من أن الكلوة في حالة صحية.

من بعد العملية

يجب أن يكون الطبيب قادرًا على التعرف على ضمنية الكلوة وتحديد موضع الفتاح، والتأكد من عدم وجود مشاكل.

الانتباه من بعد العملية:

الانتباه من بعد العملية يشمل:

1. تأكد من أن الطبيب الجراح يفهم بشكل عام ما الذي يجب عليه القيام به.
2. تأكد من أن الطبيب يفهم مضمون التوجيهات المقدمة.

المخاطر والمضاعفات:

غالبًا ما تكون العملية معقدة، ولكن بعض المخاطر قد تكون موجودة في بعض الحالات. بعض المخاطر الممكنة:

1. بعض المخاطر المتعلقة بالحالات الصحية للأفراد.
2. بعض المخاطر المتعلقة بالحالات الصحية للأفراد.

المضاعفات:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالات الصحية للأفراد.
2. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالات الصحية للأفراد.

أ. فوست العملية:

1. يقترب الأعضاء المخاطرة للكلوة، ويضغط الجراح على الكلوة.
2. يقدر تغطية شي شرير ويعطى نزيف إلى المريض.

Mlle. DIRARE SAFAE
ب. مباشرة من بعد العملية:

- يمكن تشكل نزيف داخلي وفتح عليه بطريقة مستعجلة.
- يمكن تشكل نزيف داخلي.
- يمكن تشكل نزيف داخلي، ولا دليل على الشكل الذي تحدث فيه تشكل.
- مضاعفات هضمية:
  - يشير إلى تشكل نزيف داخلي أو تهيج أو تثبيت نزيف داخلي.
  - تشكل نزيف داخلي.
- تشكل نزيف داخلي.
- تشكل نزيف داخلي.

ت. المضاعفات حتى يدوز الوقت على العملية:

- حال كل عملية دخلي كرسي، يمكن تشكل نزيف داخلي.
- يمكن تشكل نزيف داخلي.

تحذير

التذكير لكى أكبر الإحتمال دخلي وقوع مضاعفات فك عملية.

خلصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديل الأسبيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كاتدخن فورها للطيب دنالك والطيب النان.

خاصة تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتقدير تشکل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنك نعرفها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان.

غير نادر وممكن مايكونش عنده علاج.

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

إلى كان عندك شي سوال، فالطيب دنالك رهن الإشارة.
FICHE D’INFORMATION POUR LE PATIENT

PROLAPSUSUS 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 (hystérocèle) 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 ulceration du vagin et du col de l’utérus.

Préparation à 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](image)

**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**

**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 récidive 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 récidive 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.
العمليّة اللي غادي تديري، الهدف منها هو نزرو الأعضاء اللي هبطوا ليك لموضعهم الطبيعي.

الأعضاء ديال الحجر ديال المريضة: النبولة، الوالدة والمصران ديال الخروج
الأعضاء اللي كاينين فالحجز ديال المرأة شادينهم مجموعه من العضلات والأربطة. كنتكلمو على هبوط الأعضاء، فالثدي مكيافيش مشودين فموضعهم وكيبطوا في المهبل أو قشي مرات كيخروج منو. وممكن ييبط واحد من هاد الأعضاء (النبولة، الوالدة، أو المصران ديال الخروج) أو كولهم.

١: الأعضاء ديال الحجر ديال المريضة

علاش هاد العملية؟
هبوط الأعضاء يمكن يكون موصل عن أعراض مختلفة، مثلا يمكن تخرج ليك كورة من القدم، يمكن يجيبك آعراض بولية، جنسية أو ديل الخروج.

الهدف من هاد العملية هو يرد ليك الطبيب الجراح ديالك هاد الأعضاء لوضعهم الطبيعي. وباص بينتهم مزيان غادي استعمل الطبيب وأحد الشبكة اصطناعية، كيقللها الجسم ديالك. ويقدر يعالج حتى المشكل ديال ديل البول اللي كفتل إلى كانت عدنك.

الورقة ارشاد المريض

مليه. DIRARE SAFAE
على حساب الحالة الطبية ديباك، يمكن أن يكون الطبيب مجبر أن يُعيد لوك الوالدة (كلها ولا غير جزء منها) أو المبيضين.

واش كاين شي حل من غير العملية؟

يمكن إلى ماكتوش الأعضاء ديباك هابطين برف تدري الترويض.

إلى ماكتوش غادي تقتني مباشرة، أو كان الطبيب ديباك غادي باجمل العملية، يمكن أن يقترح عليك واحد الجهاز تيدار داخل المهبل بات ميلين الأعضاء. هذا غير حل مؤقت، ضروري تجديد هذا الجهاز تدري عملية من بعيد. هذه العملية يمكن تدار برف ديبا الطرق، بفتحة فالكرش أو عن طريق المهبل. غادي يشرح ليك ذلك ديباك إذا طريقة غادي لرك

وعلاء ش.

هاد المشكل ديباء هو ز الأعضاء ماكيشكت خطر على حياتك، ولكن إلى ماعالتيه، الأعضاء ديباك غادي يزدو يهبط ويبان فيك أعراض ديبا الجهاء الوري (تقصر لوك البولة، ينتخو ليك الكلاكي، ويجيك قصور كلو (أي الكلاكي ديباك مايقاش كاجزي مزيان) أو يجرح ليك المهبل ديباك أو ألم ديبال الوالدة.

الحاجة للعملية:

غادي ينزو ليك الذي تسبيبة قبل العملية بضبط شا. غا يعطاك الطبيب ديباك تيدري بحيلة ديبال البولة داش تتأكد أنها ماهيئست الميكروب، والد كان يمكنك عليه الدوا وتأجل العملية حتى ينشي الميكروب.

يقد يطلب منك الذي تسبيبة واحد الأعشاب (الليبو) باش تديرهم فست العملية، باش تتجرب خطر تكيي الدما. يقدر ينصحك الطبيب باوحد الريجيم (حمية) خاص قبل من العملية.

كي غاتودز العملية؟

غادي تبيح كلا ولا غير نصشك. هاد العملية يمكن تدار برف ديباء الطرق: عن طريق المنظر، أو بفتحة فكرش.

فرعية العمليات غاتوكي ناوعة على ظهرك (بالإثناء الولادة)، غادي يدير ليك غالبا تيدو ديبال البولة.

• غادا الخلط الذي تسبيبة الإصطناعية فكرش وغادي يوضعها ماين النبولة ديباك والمهبل.
• يمكن يستعمل شيطان ثانية ووضعها ماين المصمر ديبا دال الخروج والمهبل.
• كتبت الطبيب الجراح، من بعد، هاد الشبكات باوحد العصبة قوية لاصفة فالنسو.
من بعد العملية:

الطبيب ديالك هو اللي غايبدن لبك فوقش غشتيدي التيزو ديال البوت.
غالباً غانتشي ودادلي اليوتو ديالوأما أتراك الأولى من بعد العملية. ولكن في بعض الأحيان تقود تعصي لبضة أيام. وفاد الحالة غايمخز يليك الطبيب دوا كيجزي الكرش.
ومدة النعاس فالمستشفى تكون ببسة أيام.
خاصتي ترتحي من بعد العملية، وتفاتي أي جهد أو رياضة، وماتشيئ الثقل، وتفاتي الجماع والحمام لمدة شهر.

IQ: 0.62

المخاطر والمضاعفات
غالباً كندوز العملية بدون مشاكل. ولكن خاصتي تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنج.

غادي يشارجا ليا الطبيب اليوجو أو الطبيب الجروح قبل من العملية.

المضاعفات اللي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن يمكن توقع:

أ. فوست العملية:

- يمكن تناش البوتة. وتفتلي. وداد الحظر كزيم، إلى قبضة تختهي من قبل. وفي هذه الحالة يدر الطبيب يحيس العملية، ويدير يتيو دين البوتة لمدة أطول.
- يمكن يتقاس لبك المهب: خصوصا إلى حيدتي الوالدة. وفي هذه الحالة كويري صعيب يوضع ل بك الطبيب.
- الشبكة الإصطناعية:
- نادرا كيمكن يتقاس لبك الحزم: اللي كيوست البوتة من الكراري للبوتة: وفهد الحالة غايخص الطبيب.
- الجروح يعواد وبدري فيه يتيو شكل موقت.
- يقدر يتقاس لبك المصاران ديال اليوجو: ولكن هاد الحالة نادرة، ونكحت تدخل سريع. وثاني هو ماكشليس الطبيب يدير الشبكة الإصطناعية.

ب. من بعد العملية:

- يمكن يوفق ينفي أو يتجمع لبك الدم: موضع القنحة، وفي هذه الحالة غايمز يليك الطبيب الدم، وتقدي

- تحتيي تعاودي تتفتحي.
- يقدر يبين الحزام: من بعد مايدوز البوتة على العملية، ولكن هذا أمر نادر.
- مضاعفات بولية: في بعض الحالات ممكن يجيكي من بعد عملية متشكل البوتة اللي كقلتلي، وتحتاي علي عملية أخرى. وماشي نادر أنه تبقى تكحب رغية مكررة وقوية في البوت، خاصت إلى كتني كتغناي من هاد المشكل من قبل العملية. ممكن تتيك صعوبة فالبوت من بعد العملية، غادي يدير لبك عليها البوت التجهية فالبوتة ولا غايمكك كيتفا تتجاري الراكسا هاد اليوتو بضغطة مرات فالبوت.
- مضاعفات حساسية: من بعد العملية ممكن يظهر مشاكل دين اليوجو، ويعطي عضل بهيفهم الطبيب الدوا.
- يمكن تعمصي أو تنسي لبك المصاران، وتقدي تعاودي تتفتحي على هاد المشكل.

- يمكن تتنزد البوتة الجنسية ديالك: في الغالب من بعد هاد البوتة تيرجو هاد الأعضاء اللي هبو لمواضع كلي بيا. هذا غايمش البوتة الجنسية ديالك، ولكن في حالات نادرة يمكن يبيي يجيكي الحزام. وغايمخز يليك الطبيب واحد الدوا كيتفص من هاد المشكل.
- مشاكل ديال الشبكة الإصطناعية ديال كير كيدي الطبيب: هاد الشبكة اللي كير كيدي الطبيب مصنوعة خصوصي با بيلنجها الجسد ديالك، وتملك شرياري بيرة. في حالات نادرة جدا، ممكن يتحرك من موضوعها، وتخرج فالمهيل. ممكن هادشي افتل سنوات من بعد العملية، وفي الغالب ماتكون عند أعراض. لكن شمل مرات، يقدر يسبب فهمه ماه من القدام وتعين، وفي هذه الحالة تقود تحثاي عملية وحدة أخرى.

Mlle. DIRARE SAFAE 137
يتقرو 2 دبال الأعضاء بتلاصق: وبدلاً كل واحد كيخوي المحتوى دبال فالأخير (مجرى البول، النبوة، العروق دبال البولة اللي هابتين من الكلوي، المهبل أو المصران دبال الخروج)، ولكن هاششي نادر، ويتوقع خاصية عند الناس اللي فيّت ليهم فتحو بزاف دبال المرات. وفي هذه الحالة خاصك تعاودي تقليحي.

النتيجة:
النتيجة غالباً ككون مزينة ولددة طويلة. ولكن مائي مضمنة.

هاد المشكل دمال هويت الأعضاء يمكن يرجع، وهاد شي متلاقي ببعض العواقل (بجال السنئت، الكجة المزمنة، التحولية دمال المهبل، العيضة...) ولكن هاد الخطر كيتيغ من شخص لآخر، ويمكن يرجع المشكل وما ترجعش معاء الأعراض دبال البولة، الجنسية وديال الخروج.

تحذير
التدخين كيكر الاحتمال دبال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خارسك تقفع السجارة من6 حتى8 دبال الأساسي قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخن قولها للطيب دبال والطيب البناح.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقتر تكون عندها بعض المضاعفات وتقتر تشل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش تعرفوها قبل العملية، وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادراً وممكن مايكونش عنها علاج.
فوضوع العملية، يقدر يلقى الطبيب الجراح دبال شي حاجة مكانيش عوال عليها، ولا توقع شي حاجة غير متوقعة، ويجب أن يدير شي حاجة من غير داكيشي اللي شرح ليك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عندك شي سوال، فالطيب دبال رهن الإشارة.
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 (élévateurs 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 (hystérocèle) 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 le 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 hysterectomie (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 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.

_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 récidive 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 récidive 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.
العمليّة اللي غادي تدري، الهدف منها هو تزوي الأعضاء اللي هبطي لوضعهم الطبيعيّ عن طريق المهبل.

الأعضاء ديال الحجر: النبوة، الولادة

والمصابين ديال الخروج

الأعضاء اللي كابين فالحجر ديال المرأة شاتينهم مجموعة من العضلات والأربطة.

لكنّكم على هبوط الأعضاء، فاش مكييفاش مشددين فوضعهم وكيبو في المهبل أو قش مرات كخبرج مون.

وممكن يبيط واحد من هاد الأعضاء (النبيّة، الولادة، أو المصابان ديال الخروج) أو كولهم.

رسم 1: الأعضاء ديال الحجر ديال المرأة

علاقّا هاد العملية؟

هبوط الأعضاء يمكن يكون مؤسّول عن أعراض مختلفة، مثلاً يمكن تخرج ليك كورة من القدام، يمكن يجيبك أعراض بولية، جنسية أو دّيال الخروج.

الهدف من هاد العملية هو يرد ليك الطبيب الجراح دياكل هاد الأعضاء لموضعه الطبيعيّ. ويفرع يعالج حتى المشاكل ديال البولة اللي كشفت إلى كانت عندك، على حساب الحالة الطبيّة دياكل، ممكن يكون الطبيب مجر أنبقى الولادة (كلها ولا غير جزء منها) أو المببدين دياكل. غادي ينتقالي معك الطبيب فهاد الموضوع.

هاد الورقة ديال الإرشاد موجهة للمرضى. عطاهي ليك الطبيب دياكل قبل من العملية باش تفهم مزبان شنو غادي يديرو ليك. وراه شرح ليك المرض ديالك والعلاجات الممكنة وشنو يعد يطرا ليك إلى مافتحتش.

الشرح اللي فيها الورقة فيه: علاقّا غاتفتح؟ كي غاندوز العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوست ومور العملية؟ وكيفاش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح دياال الطبيب ديالك غادي تفهم مزبان ويمكن ليك ديك الساعة تأخير القرار انت والطبيب ديالك.

Mlle. DIRARE SAFAE
وأش كاين شي حل من غير العملية؟

ممكن إلى ماكوش الأعضاء دالك هابطين واف بتدير الترويض.

إلى مكتش غادي تفتتح مباشرة، أو كان الطبيب دالك غادي ياجل العملية، ممكن يقرح علك واحد الجهاز تبادر داخلهميل. باش مايبسطو الأعضاء، هذا غير حل مؤقت، ضروري تجديدي هاد الجهاز وتدير العملية من بعد.

هاد العملية ممكن تكرر بيزاف دالل الطرق، بفاحش فالكرش أو عن طريق المهل. غادي يشرح ليك الطبيب دالك إنا طريقة غايدير ليك وعلاش.

هاد المشكل دمال الهموتو دالل الأعضاء ماكيشكن خطر على حياتك، ولكن إلى مااعلبتبر، الأعضاء دالك غادي يزيدو بليط وياشاك فيك أعراض دالل الجهاز البولي (تحصر ليك البولة، ينفوخ ليك الكلاكي، ويجيب قصور كلو: أي الكلاكي دالك مايقافو كيسيفو مزاين) أو يخرج ليك المهبل دالك أو المفعون الوالدة.

بالنسبة للمرضي الّي كبار في السن وما بهاش عندهم حياة جنسية، ممكن يقترح الطبيب الجراح عملية كيس فيها المهبل.

التوجه العملية:

غادي يدوز ليك الطبيب اليدنج قبل العملية ببضة أيام.

غ يعطيك الطبيب دالك تدير تحليلا دالل البولة باش يتأكد أنها مايقفشي الميكروب، وإلى كان يعطبك عليه الدوا وتناجل العملية حتى يمضي الميكروب.

يقر يطلب منك الطبيب تشري واحد الجهاز (أليبا) باش بديرهم فوست العملية، باش نتجبه خطر تكيد الدم.

يقر ينصحك الطبيب واحد الريجيم (حمية) خاص قبل من العملية. يقر يخرج ليك الطبيب واحد الدوا دالل الآلامات على شكل كريم أو قويات، تديره قبل من العملية باش يمنع الحالة دالت المهل ويساعد الفتحة ثرا مزاين.

كم غاتدوز العملية؟

غادي بتنجي للك ولا تمسك.

فغرفة العمليات غاختوكي ناعزة على ظهرك (بالحال أثناء الولاداء)، غادي يديرلو ليك غالبا تيتبو دالل البولة، وغايدير ليك الطبيب فتحة فالمهبل، باش يقر يجرر الأعضاء للي كيابيطوطو، باش يعاود يردمو لموضعهم الأصلي.

في بعض الحالات، يقر يدير الطبيب دالك يقترح علك أنه يبدو لك الوالدة عن طريق المهبل، إلى كانت هابطة بزاف ولا مريضة. وفي هذه الحالة غايديرد ليك الطبيب دالك ضرورة هاد العملية.

من بعد العملية:

الطبيب دالك هو اللي غايخت ليك فوقاش غاختبيي التييو دالل البولة.

غالبا غادي تنفي وتدري الخروج دالك فاليومين الأولين من بعد العملية. ولكن في بعض الأحيان تقدر تعصمي لبضة أياام. وفيها الحالة غايديرد ليك الطبيب دوا كيجيري الكرش.

وفي هذه المدة، يقر يبيط علك شي ماء، وهاشنسي عادي جداً.

وامدة النعاس فالمستشفى تتكون عادة ببضة أيام.

خصاصي تراكي من بعد العملية، وتفادي أي مجهود أو رياضة، ومانهزيت النقل، وتفادي الجماع، ورضاعي لمدة شهر.

يقر يخرج ليك الطب ة واحد الدوا كيسيهل الخروج باش ماتعصمي.

غاذي معطيك الطبيب دالك موعد ببضة أسابيع من بعد العملية، باش يقول ليك فوقاش يمكن ليك ترجعي للأنشطة اليوميإ دالك، وخصاصي تنجيي أي مجهود كبير 3 أشهر من بعد العملية.
المخاطر والمضايعات

غالباً كتدوز العملية بدون مشاكل. ولكن خاصك تعرف بأن العمليات كثيرة يمكن تكون عندها مضايعات، وهي:

1. بعض المضايعات المتعلقة بالحالة الصحية ديالك وبالبنتج:

غالب أن يشرحها لك الطبيب البتاج أو الطبيب الجراح قبل العملية.

المضايعات التي عدتها علاقة مباشرة بالعملية ديالك نادرة ولكن يمكن توقع:

أ. فوست العملية:

- يمكن قدّر لك الصيحة، وتتحرك، وهاد الخطر كبير، إلى فيتيا تختفي من قبل. وفي هذه الحالة يقدر الطبيب يحس في النوبة، ويدير لك تيي ديس البولة لمدة أطول.
- يقدر بيرجاج لك المصفر ديان الخروج: ولكن هاد الحالة نادرة وكحصيت بدء سريع.

ب. من بعد العملية:

- يقدر بيبياء الحريق من بعد مايذوز الوبال على العملية، ولكن هذا أمر نادر.
- يمكن تدور الحالة الجنسية ديك: يغول النيال بيرو الأعضاء اليه نبوة لموضوعهم الطبيعي وهذا غاباس في الحالة الجنسية ديالك. ولكن في حالات نادرة يمكن بيبياء الحريق أثناء الجماع، ونيركج لبي طيبي ويده الدوا كنثة من هاد المضجع.
- مضايعات هضمية: من بعد العملية يمكن بيبياء مشاكل ديان السفر بالجي، يحبس ببي طيبي، وينادي متاح يجرب احلامه لبي طيبي ويدير ببي طيبي، بيد يحترم ديان السفر بالجي، فبراده احلامه تنجتم أو نمزح بيبياء الأعراض.
- مضايعات أخرى:

- يقدر بيبياء النوبة قياء دين البولة بالذهب من بعد العملية، وقيد يبريّي تفتحس على ود هاد المضجع.
- يمكن تجريي سعة في الوبال من بعد العملية، غادي يدير لك على الطبيعي تيي فالبالبة ولد.
- يقدر 2 دين الاعضاء يراصق ويبدا كل واحد كعوي الحنون دين فالعسر (محرر البول: البولة، العروق دين البولة، الهاي، البوي الكلاوي، العصمة، المصفر دين الضرور، ولكن هاشي نادر، وتوقع خاصة عند الناس ليه فائت لأبي بيرف دين الضرور. وفي هذه الحالة خاصك يجريي تفتحس.

النتائج:

النتيجة غالباً كتتكون مزيونة ومدة طويلة. ولكن ماهي مضمنة.

هاد المرض دين هيت الأعضاء يمكن يرجع، وهاديي متعلق بعض العوامل (بدل السام، الكحة المزمنة، التشغيلة، ديال البول، العصمة...) ولكن هاد الخطر كتغمر من شخص لأخر، ويمكن يرجع المشاكل وما ترجع معه الأعراض.

ديال البول، الجنسية وديال الخروج.
تحذير

التدخين كييكتر الاحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.

خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 دياال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كانتدختن قولها للطبيب دياالك والطبيب الناج.

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

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح دياالك شي حاجة مكاتش 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 دياالك رهن الإشارة.
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 sécrérer 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](image)
**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 coelioscopique.

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.
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 regresse 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 récidive 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 urétérale.
- 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 lymphe (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.
الورقة الإرشادية للمرضى (عوائد سرطان البروستات)

الهدف من العملية الذي قد تدير هو تحديد الپروستات اللي فيها السرطان.

العضو: الپروستات

الپروستات هو أحد العضلات موجودة تحت البولية ودعم المصارع دیال الخروج. يكون منها العرق اللي كنتخرج من البولة. تتوافد الپروستات جما العضلة اللي تحتخر البولة، وحد الأعصاب المسؤولين على انتصاب القضيب. الخزازات دیال المني اللي سميتهم "الحويصات" لاصفين فالمپروستات. الدور دیال الپروستات هو إنتاج واحد السائل كيدخل في تكوين المني. الپروستات المتعاقبة (التيتوستروئن) ودیالي كاتبحما فالمپروستات.

الشرح: دیال الورقة دیالي الإرشاد موضوع للمرضى. عطايا ليك الطبيب دیالي قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يدير ليا. وراه شرح ليك المرض دیالي والعلاجات الممکنة وشنو يقد يطردا لیک إلى مايقتحش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه:
- علاش غاتفت؟ کي غاندوز العملية؟ وشنو المشاکيل اللي يمكن لها توقع فوست ومور العملية؟ وكيفش خاصك تبيع من بعد الخروج من المستشفی.
- إذن بهاد الورقة وبالشرح دیال الطبيب دیالي غادي تفهم مزيان ويمكن ليك دیک الساعة تأخذ القرار انت والطبيب دیالي.
واش كاين شي حل من غير العملية؟

كابن علاجات أخرى ممكنة لسرطان البروستات باحث العلاج بالأشعة والتراميدة المستمرة. الطبيب دياك غايكون شرح
ليك الإيجابيات والسلبيات دياكل كل واحد من هاد العلاجات، وغاني يختار معالك اللي مناسب لليك، على حساب السن
والحالة الصحية دياك وكدي دايبر السرطان دياك.

التحضير للعملية

غادي التحليلة دياالبولة قبل من العملية، باش نشوف واش فيها المكروب، ونأخه عليه الدوا دوا كان. وغادي تحليلة
دیال الدم باش نشوف تكيد الدم، والحالة دیال الكلاوي دیال قبل العملية.

غا يخوفك الطبيب الناج، قبل العملية بفضحة أيام.

وأخيري غادي تاخد الدوا دیال المكروب قبل العملية للوقاية.

في الغالب ما جايش تحتاج لدويا كيخوي المصارن، ولكن فبعض الحالات يقدر يعطيك الطبيب دوا كيخوي المخرج.

كي غا تدوز العملية؟

غادي تكون منهج كلأك. الطبيب الجراح دياك غادي يختار وضع الفتحة المناسب، إذا تحت الصر (جراحة مفتوحة) أو

المنظار.

رسم 2: استئصال البروستات وتفريز البولة مع العرق دیال البولة

غا يحدلي دیال الطبيب البروستات كاملاً والخدانات المنوية (الحوىصات)، ويعاوي بصق العرق دیال البولة مع البولة. في
نفس الوقت، غاديير ليك نيب دیال البولة، وغا يوضع ليك فاخره نيب موضع الفتحة.

يقدر يحدلي دیال الطبيب حتى الدد الأعماقوي اللي كان حدا البروستات باش يخوف واش السرطان انتشر ليهم، وفديك الحالة
يقدر يثبت العلاج.

التحليلة دیال البروستات اللي حيدل ليك

كتبي واش السرطان بقا محدود فالبروستات، ولا انتشر واش العد الأعماقاي.

النتيجة غاتخرج من بعضا أيام وغايتوصي بياها الطبيب دياك.

من بعد العملية:

المدة دیال العلاج فالمستشفى كتختلف من مرض لمرض. غاييج لتير دیال الطبيب دوا دیال الحريق إلى كتني

محتوي، وغادي يقول ليك قوافش غاييج التيجان اللي من وضع الفتحة.

بالنسبة لتير دیال البولة، في الغالب ما يعتبر طريح ليك مشكل. غاييج دیال الخروج دیال من المستشفى ولا من
بعد، على حساب شنو غاييج لتير الطبيب.

فالأول غادي تبقي تقلت ليك البولة، ولكن هاد المشكل كاينقص من الوقت. خاصكي تدير الترويض دیال

العضلات دیال البولة والحجر.

Mlle. DIRARE SAFAE

156
GA تأخذ دوا كيميائي الدم من بعد العملية، بانت ما تكش تنيك الدم، وحاسك تليس واحد الجواب (ليبا) خاصة.

حاسك تشرب العاء برف باب تقول مزين، وتعمل النبولا ديك ومتخيل البولة توني حمراء. إلى تكيد لبك.

الدم فال병원ة، تقدر تتحصك لبك البول.

ما حاسك تدير مشغود كبير وتحرك براف فالشهر الأول من بعد العملية.

يقدر بعضك الطبيب ديك تتالح حاسك تديرهم فاش تكن غاندز من بعد العملية على ود الكوئرول.

GA تستنتج القوة ديك وتندر ترجه للخدمة والأنشطة اليومية ديك، على حساب الموضوع ديك الفتحة والحالة

المتالية من بعد العملية

GA يكون عندك موعد دال الكوئرول مع الطبيب ديك. بان يخبرك بالنتيجة دال التحليلة دال البروستات اللي زؤلتي، وتشاور معك على الحياة الجنسية ديك و على الترويض اللي غا يحتك.

حاسك تبقى متبع، بان تراقب أن السرطان ما رجوع بناتداة واحداًً التحليلة (PSA)، وشاقاً متبعين الحالة دال الكلاوي ديك والقدرات الجنسية ديك وتندر أنه مايكنش شي أعراض جانبي.

المخاطر والمضاعفات

غالباً كتدوز العملية بدون مشاكل. ولكن حاسك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديك و بالينج:

GA يشرّكها ل بك الطبيب البتّاج أو الطبيب الجراح قبل من العملية.

المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديك نادرة ولكن يمكن توقع:

- يمكن يكون زنيد و يزيد لبك الدم.
- يمكن يكون مترقب فالبولة و تأخد عليه الدوا.
- يمكن يكون عذاج دال الخروج بسبب القرب دال من البروستات، ويعمل الطبيب ديك ديك الساعة، وتثير بما اثار.
- تقدر تبقى تسيل لبك موضوع الفتحة ولا ينجم فيها الدم، فالغالب كتنورا غاب بالعناية دالها.
- يقدر يبقى يسييل الليب رلي في موضوع الفتحة بالبول، وكامتشي هاد المشكل فيك كنيزيدي نشربو هاد الليبو و الليبو دال البول وقت أكثر.

بعض المضاعفات متصلة بموضوع الفتحة.

2. بعض المضاعفات التي عندها علاقة مباشرة بالعملية ديك نادرة ولكن يمكن توقع:

- يمكن تكوني البولة تنتبه لبك ديم. في الحادة، كامتشي هاد المشكل بمساعدة الترويض. وإلى ما مشاش
- كاينين علاجات خاصة.
- أعراض جنسية: مايكنش تفرز السيلي فاش ديك يحيو البروستات ولكن هذا ماكنش من السعيا.
- وغالباً ما يتفقش الفرقة على الإنصاب، هاد شي متعلق بالعمر ديك، بالحجم دال الحوية اللي كانت
- عندك وباين كان مشكل ديك مشاكل دال الإنصاب قبل العملية. غايستنتج القوة ديك بطريقه تجريبية.
- وغيائيةح علي الطبيب ديك حلول خاصة.

- يقدر الموضوع اللي اللى يضحك فيه الطبيب البتّاج دال البولة مع الدولفة يلي بيرا مزيز. وفهد الحالة غايالها لبك الطبيب المصممة بالميزان من العرق دال البول.

- كاينين أعراض أخرى كتانية من بعد: يمكن يكون زنيد لبك فوق دال الجرح وتحك عليه الفتح، أو يخرج لبك الفتح، فلجرد دال فحضك (فق فالحرج)، أو تتحص لبك البولة أو تبقى تسيل لبك الجرحة (بالسائق الانهار).
تحذير

التدخين كيكيتر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.

خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسياخ قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كاتدخن قولها للطبيب ديالك والطبيب الناج.

خاصك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضاعفات وتشتر تشكل خطر على حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفوا قب名列前茅ية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان

غير نادرا وممكن ما يكونش عندها علاج.

فوسط العملية، يقدر يلقي الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكنش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير

متوقعة، وببسط أنه يدير شي حاجة من غير داكيشالي شي شرح ليك، ولا بحس العملية.

إلى كان عنديك شي سوال، فالطبيب ديالك رهن الإشارة.
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.

**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 élecitive 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 urérale.
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 فال القضيب

الهدف من هاد العملية هو نصلحو الضرر اللي صاب أنسجة القضيب فاش تهرس.

علاش هاد العملية؟

ال القضيب هو العضو المسول عن الجماع والتموز. وكيكون من 2 دلال الأجسم كفيف، وحجم إسفنجي ضيغر بالعرق دلال البولة. وكيتهبه بالحشفة (الرأس دلال العلم). وهادوك الأجسم الكفيف معلقين بواحد الغشاء.

القضيب كيكون مغفل بواد الجلد اللي كتعطي كثر حتي للحشفة.

والف جلد اللي كتعطي الحشفة (القلق) هي اللي كتعطي فالحشفة.

يمكن بتعرس القضيب أثناء الجماع واللى تلوز وهو منتصب.

وفي هاد الحالة، كتجرح ديك الغشنا اللي مغطيا الأجسم الكفيفية وشي مرات يمكن يبقوا حتى الجسم الإسفنجي ولا العرق دلال البولة.

العملية:

الهدف من هاد العملية، هو نصلحو فاقرب وقت ممكن (24 ساعه) الضرر اللي لحق بالقضيب: نتخيب اللي تجمع ونتسدو الغشاء اللي صار بالأجسم الكفيفية اللي تجرح.

واش كاين شي حل من غير العملية؟

في بعض الحالات ماتحتاج للعملية، المراقبة والعلاجات المحلية (الثلج، فاصمة مزيرة) يقدر يكون كافيين.

التوجّه للعملية:

في الغالب العملية كتدار في أقرب وقت وقت ممكن فاقاعة دلال العمليات دلال المستهلات.

بحال بالنسبة لكل عملية غايوشوك الطبيب البتاج، وغايركإنا نوع دلال العلم غادي تحتاج (واش بينيك غي تنك ولا كلك) على حساب الحالة ديلالك، تقدر تحتاج لفحوصات إضافية (اللغزرة ديلال القضيب) باش يعرف الطبيب الوضع بالضبط ديلال الهرس.

هاد الوردقة ديلال الالرشاد موجهة للمرضى. عطاه لياط الطبيب ديلالك قبل من العملية باش تفهم مزيان شنو غادي يديرو ليا. وراه شرح ليك المرض ديلالك والعلاجات الممكنة وشنو يد يطرو ليا إلى مافتحتيش.

الشرح اللي فهيد الوردقة فيه:

علاش غاتفت خي غاتدور العملية؟ وشنو المشاكل اللي يمكن ليها توقع قسط ومور العملية؟ وكيفش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديلال الطبيب ديلالك غادي تفهم مزيان ويمكن لياط ديك الساعة تادا القرار أنت والطبيب ديلالك.
​
تقدر تحض بحبب من تحت الجلد، عندهم علاقة بالفـراغ (الفزاز الفي كيدور لداخل ماكيتيحوش).

لقد ماتكون راضي على النتيجة من الناحية الجمالية والمادية.

المضايقات النادرة:

- مضاعفات محلية (يجمع لـك الدم فوضع الفتحة، تعـن تقدر تعالود فتح عليه).
- تقدر يبيك مكرمب فالبولة وحصير لـك.
- يقدر يكون عندك مشاكل ديات الإحساس أو ديات الدورة الدموية فالفيض، كانتشي مع الوقت أو دايمة.
- تقدر يوجد لـك مشاكل فالجماع (حريق أثناء الجماع، مشاكل الانتصاب أو إفرازات مني) تقدر تحتاج تغيير منع عليها.
- يقدر القضيب يعواج شوي أثناء الإنتصاب.
- تقدر تزامع عليك الحريق، أو بدات كتسيل موضع الفتحة، أو تتفح القضيب أو طلعات لـك السخانة فشامتك تجي تذوؤ فاخر وـأقرب مـا.

تحذير

التدخين كيكر الاحتمال ديال وقوع مضاعفات فـكل عملية.

خاصك تقطع السجرة من 6 حتى 8 ديات الأسائع قبل العملية، باش تتجنب هاد الخطر.

إلى كنت كانتخن فـول للطبيب دالك والطبيب الـبانج.

الدستير تعـرف أن العمليان الجراحية كلها تقدر تكون عندها بعض المضايقات وتقـدر تشغـل خطر علـى حياتك بسبب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايكنش نعرفوها قبل العملية. وبعض هاد الأعراض ما كتبان غير نادرا ومكن مايكونش عنها علاج.

فمـانتيل العملية، تقدر يليقـ الفـلبيني الجراح ديالك شي حاجة مكانيش عـال عليها، ولا توقع شي حاجة غير مـتوقدة، ويضطر أنه يدير شي حاجة من غير داكشي اللي شـرح لـك، ولا يحبس العملية.

إلى كان عندك شي سوا، فالطبيب دالك رهـ الإشارة.

Mlle. DIRARE SAFAE

165
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](image-url)
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 récidive. En cas d’échec, il n’est pas toujours possible de renouveler ce type de traitement.
• La pose d’un stent uréral peut permettre d’éviter la récidive 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 récidive 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.
علاق عرق البولة إلى تسد

الورقة الإرشادية

العملية اللي غادي تدير الهدف منها هو نحتد البلاصة المسدودة فعالرقلالي كيخرج البولة.

العضو

الورقة هي الخزان اللي كتجمع فيه البولة من بعد ما تكون تصاويب اللكلارا. إثناء عملية التبول كتخرج البولة من النبولة عبر مجرى البول (الورق دياض البولة) اللي كيدوز من فوسن البروستات وفوسن الفم.

الشرح اللي فيه الورقة فيه:

ما يعني ينسد لديك عرق البولة؟

البولة تكحصر ليب بسبحة حاجز كيتواجد فور البولة.

ضروري نعالجو هاد المشكل بان تتحجبو ظهور أعراض حال: مكورر دياض البولة، كحصر ليب البولة فخطرا، أو ما تبقوا البولة أو الكلاوي ديالك خدامين مزيان.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديال الطبيب ديالك غادي تفهم مزيان ويمكن ليد ديالك الساعة تأخد القرار انت والطبيب ديالك.

Mlle. DIRARE SAFAE
العملية

غادي يحضم لب ليك الطبيب الجراح الجزء المسدود من عرق البوصلة ثم غيايزوند ينصق العرق ديال البوصلة بواسطة غرزات.

من بعد العملية فاش غاييرا لبك العرق ديال البوصة، غادي تضرر تبون بطرقية عادية.

واش كان شي حل من غير العملية؟

العلاجات الأخرى الممكنة هي:

- يقدر يسرح ليك الطبيب العرق ديال البوصة بالمنظر بدون فتحة: كيбоش من عرق البوصة وكيسحو من الداخل، هاد الطريقة مشي دانما ممكنة (على حساب البلاصنة فين مسند عرق البوصة) وفيه احتمال يعاود ينسىئ ليك عرق البوصة مرة أخرى. وفي حالة فشل هاد الطريقة، ماسي دانما ممكن نعاودوها.
- يقدر يوضع لك الطبيب ديك دعامة (stent) فوق مجري البوصة، باش ما يخلي المشك ينكر. ولكن هاد الدعامة خاصها تبديل وماكانتش حل نهائي.

التوجيه العملية

غادي تدير قبل من العملية تحليلة ديال البوصة، باش تتأكد أنها ماقيهام الكمرب، وتأخذ الدوا إلى كان.

ممكن يخرز ليك الطبيب ديالك تحليلات ديال الدم، خاصك تديرها قبل من العملية.

غادي تنمص فالمستشفى لبضة أيام على ود هاد العملية، وينصر يخرز ليك الطبيب دوا ديال المكرب للوقاية.

كي غاتدوز العملية؟

غادي ينحوك كامل ولا غير نصّك.

غادي يدير ليك الطبيب الحزاز فتحة فالبلاصنة فين مسند عرق البوصة. يقدر الطبيب ديالك يستعمل المنظار باش يشوف مزيان البلاصنة المسدودة.

غابيد الطبيب الحزاز البلاصنة المسدودة كاملا، وغييايزوند ينصق العرق ديال البوصة بواسطة غرزات.

غادي يوضع ليك الطبيب تيب ديال البوصة باش يمكن عرق البوصة بيرا مزيان.

من بعد العملية

غادي يعطيك الطبيب الدوا ديال الحزاز إلى حاتجيتوه. وينصر تحتاج دوا كييجي الدم، على حساب المشاكل الصحية ديالك، باش مايكتش ليك الديال فالعروف ديال رجلك.

التيب ديال البوصة، غادي تحتفل به لبضة أيام حتى لبضة أسابيع على حساب الحالة ديالك.

مايغاديش تحتاج لعاجيات خاصة، وينصر يعطيك الطبيب ديالك التحاليل تديرها وتحجبهم معال فالتدوزية ديال الكونترول.

غاترجل للانشطة اليومية ديالك من بعد مدة قصيره. و الاشمعا ممكن من بعد المشاركة مع الطبيب ديالك.

غادي يكون عندك موعد ديال الكونترول مبكر شهير و3 أشهر من بعد العملية. والهدف من هاد الكونترول هو ينكد الطبيب ديالك من تحسن الأعراض البولينة ديالك ومن أن البوصة ديالك كنتوا مزيان.

غادي يخصص تير تحليلة ديال البوصة باش نشوف واش فيها المكرب، وتلفزة ديا النبوة باش نشوفوا واش كنتوا مزيان.
المخاطر والمضاعفات
غالباً كندوز العملية بدون مشاكل. ولكن يعكس تعرّف بأن العمليات كلها يمكن تكون عندها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضاعفات المتعلقة بالحالة الصحية ديك بالبنج، وبالنسبة:

- غادي يشرّحها ليك الطبيب البنج أو الطبيب الجراح قبل العملية.

- المضاعفات التي عادة علاقة مباشرة بالعملية ديك نادرة ولكن يمكن توقع:

- يقدر بيبط ليك مكروب فالبولة، وتاخذ عليه الدوا دياي الميكروب، ويعتقد الطبيب ديك يشوف وش البولة كتخوا مزين. إلى طلعات ليك السخانة أو شوطات البولة، فريق ديك تدوز فاولب وقت ممكن يجع ليك تعفن دياي موقع الفتحة وزيك الحريق أو السخانة، ودا حناء بشعة أيام من بعد العملية، وتحتاج ليرت علاجات لمدة أطول وتدوز تعاد فتح.

- يقدر بيبط ليك مع عرق البولة (من القضيب). إلى طول أو تكي، وحسيتي بستهيت أثناء البول، فريق

- تدوز.

- في حالات نادرة يقدر ينام الدو وتنام ديك الأعضاء الجنسية ديك.

- ممكن تسيل ليك البولة من العروض، وكندي تسيل فالقصصمة من موقع الفتحة، في هذه الحالة عادة تكون عدي داير.

- التيب دوياي البولة لمدة أطول أو تدوز تعاد فتح.

- على حساب فن كن مسند عرق دياي البولة، قد توقد قاس أثناء العملية العشلة التي تتحصر البولة، وتدو تفقات

- يقدر ليك البولة قيعد ليك الطبيب التيب دياي البولة.

- في حالات نادرة، ممكن يجع ليك مشكل فالعصب.

- إلى كان الجزء المستود من عرق البولة كير، في الجزء الدافي من بعد العملية يقدر يكون قصير ويؤدي إلى انعاج.

- دياي القضيب أثناء الانعاج أو نفس فالطول دياي.

- ودا تدوز العملية مزين يقدر برجع الشكل.

تحذير

المدخن كيكر الإحتمال دياي وقوع مضاعفات فكل عملية. فريق تقطاع السجارة من 6 حتى 8 دياي الأسبيع قبل العملية، باش تصير حاد الخطر.

إلى كنت كنمدخنقلأ لليك الطبيب ديك والطبيب البنج.
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 réssecteur 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.
ورقة إرشاد المريض

 عملية تكراط البروستات بالمنظار

لا يمكن أن يغادر دماغ دوالي قليل من العملية في النزول الذي يتحكم فيه النزول. هامًا أن يكون كل أمر ثابت من العملية، بما أن تكون أصعب فلاترية.

العضو: البروستات

النزول هي الخزان الذي ينجم فيه النزول، ومما تكون مثابرات فلاترية.

البروستات هي واحد الأضرار تحت النزول. أثناء عملية النزول كنز الخزان من النزول وكيندوز من النزول دليل النزول التي دايز فوسط البروستات.

العملية

إزدياد حجم البروستات أو النفخ دلالي البروستات هو مرض كيمايا.

هاد المريض يمكن أن يتدور بالدواء، ولكن غاهيشكل تدير عملية إلى هاد الدواء مابقش نافع أو إلى بنو شي مضاعفات.

هاد العملية ماكحتاجش لشي فتحة، كيكدل الطبيب بالمنظار من العرق دال البول. وهاد العملية صالحة غير للناس اللي عدهم البروستات ماكبرش بزاف.

هاد الورقة ديم الإرشاد موجه للمرضى. عطيا ليد الطبيب دياك قبل من العملية باش تفهم مزيلن شنو غادي يديرو ليك. ورا شرح ديك المريض دياك والعلاجات الممكنة وشنو يقد يطرا ليك إلى متحتش.

الشرح اللي فهاد الورقة فيه:

علاق غاتفتح؟ كي غاتدور العملية؟ وشو المشاكل اللي يمكن لها توقع فوسط ومومر العملية؟ وكيفيش خاصك تبع من بعد الخروج من المستشفى.

إذن بهاد الورقة وبالشرح ديد الطبيب دياك غادي تفهم مزيلن ويدلي ديك الساحة تأخد القرار انت والطبيب دياك.

Mlle. DIRARE SAFAE 180
فهي العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول الدواء. وهذة العملية فها الطرق ل슷اء مبكرًا إلاإلى الطرق لليك الطبيب. وهذة الطرق لليك الطبيب باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق البروستاتي كأول دواء. وهذة العملية غالباً ما تكون للطبيب البروستات باش يستخدم الطرق ال
غادي يخصص تشيب شرب الماء برف، باش يبهر نفاذ وتعمل النبولة فيلوك وتماخش البولة تؤتي حرما. إلى تكبّ لوك الدم، فالنبولة ندر تحمص فيلوك البولة، ماخشتش تحرّك برف ولا تدير شيء جهد كبير لمدة شهر مور العملية.

غادي يخرج للك الطبيب إذا ديا الحلب تأخد لجنسية أيام.

وقد يستعمل تحليلات تصاويرهم وتَجَمِم معال فعال وترتر مور العملية.

العودة للأنشطة اليومية، فيلوك خاصها تكون تدريجياً، بما أنك خاصك فلا الأول، تتجنب أي مجهود كبير، بما فيه الجماع، لمدة شهر بعد العملية.

غادي تلاحظ النتيجة ديا العملية، وعازر تبول بطريقة عادية من بعد شهر حتى 3 أشهر. فهاد المدة تقدر تبقى تحس بغرابة في النبول محجدا أو الشعور أثناء البول.

التباع مور العملية

خاصك ترجع تدوز فالمبزوأل الين مور العملية على حساب الموعد الين غايوكون عطالطبيب فيلوك، باش يشفف الطبيب وات باقيين عندك الأعراض البولية، وأن النبولة فيلوك خانم تريزاي، يقدر طلب منك تدير التحليلة، دياالبولة باش يقلب على الميكروب وقادر تدير تفاصيل دياالبولة باش شفوف واس ختاكوا مرياناً من بعد غاتيكي تدوز تقربياً مرة فعالاً.

إلى أقا الطبيب فالرستات الين حيد ليك سرتان، غايكلوك ديك الساعة كيفشغاطي مئون.

تقدر تعاد تكرر الربعات سنوات مور العملية ويعاد ترجمو ليك الأعراض. وقدر الجزء دياالبرستات الين ماحيتش، ليك الطبيب يتصاب بالسرتان، ماتكون عنده حتى علاقة بالعملية الين درتي.

المخاطر والمضايقات

غالباً كتدوز العملية بدن مشاكل، ولكن خاصك تعرف بأن العمليات كلها يمكن تكون عنها مضاعفات، وهي:

1. بعض المضايقات المتعلقة بالحالة الصحية فيلوك وباينج:

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

المضايقات، إلى انها علاقة مباشرة بالمهمية فيلوك نادرة ولكن يمكن توقع:

٢. المضايقات إلى عندها علاقة مباشرة بالمهمية فيلوك نادرة ولكن يمكن توقع:

- قد يوفر يوم تزف بحضرة أيام أو بوضع أصابع مور العملية. وتراد تعاود تفتح إلى تكبّ لكي الدم فالنبولة.
- يمكن تحمص لكي البولة. وله وفوق هي الالك مسما موتر إيرض من بعد العملية، يمكن يكون السيب هو العودة ديان، التزف وفي دياالبولة، غايوكون لكيطبيب ديك الساعة تتيز دياالبولة.
- المشكل الين كيوق برف مور العملية هو الميكروب فاليول، غايكلوك عليه الطبيب دوا وغيديزيك لير التلفزة
- باش يشوف البولة والكشفوا مريانا. إلى حاتك السخاتن أو حسيتي بالشواط دياالبولة، قولا للطبيب دياالك.

في حالات نادرة يمكن تبقى تغلت لكي البولة. هاد المشكل كيميسي مع الوقت.

نادراً يقدر يتزير الغرق دياالبولة أو القيق دياالبولة وتحتاج تدير عليه عملية بالمنظار.

في الغالب مايكونون مشاكل دياالبولة. ويدر كابانن أنه حفرة الجماع مابياقم بخرج الكلي المربع (كاريورج للبول).

كنكين تحديد الدم هو واحد من الأعراض الممكنة، داكيشي علاج غيرطيلك الطبيب دوا لهاد الغرض.
تحذير
التدخين كييكة وقوع مضاعفات فكل عملية.
خارك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديا الاسبوع قبل من العملية، باش تنجن هاد الخطر.
إلى كنت كانتخن قولها للطيب ديالك والطيب الها.

خاكسك تعرف أن العمليات الجراحية كلها تقدر تكون علما بعض المضاعفات وتقدر تشغ وخطر على
حياتك بسب اختلافات متعلقة بكل واحد، ومايمكنش نعرفها قبل العملية. وبعد هاد الأعراض ما كتبان

غير نادر ومكن مايكونش عندها علاج.

فوسي المعملية، يقدر يغى الطبيب الجراح ديالك شي حاجة مكاشش عوّال عليها، ولا توقع شي حاجة غير
متوافقة، ويبطر أنه يدير شي حاجة من غير داكيشي اللشي شرح لياك، ولا يحبس العملية.
إلى كان عندي شي سؤال، فالطيب ديالك رهنا 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 (_)

Mlle. DIRARE SAFAE

187
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 شاغلاً رئيسيًا للأطباء، لأسباب قانونية أساساً. 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، وكذلك اقتراح نموذج استمارات الموافقة، تهدف تقديم معلومات ملائمة للمريض وتحمي الممارس في نفس الوقت.
BIBLIOGRAPHIE
Bibliographie


9. القرآن الكريم سورة المائدة الآية 32

10. الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله صلى الله عليه وسلم وستنه وأيامه البخاري.


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/10policies/b3/.


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.]


32. Cours d’appel de Rabat. Gazette des Tribunaux Maroc. 10 Mai 1946, p. 76.


