
CONSENTEMENT ECLAIRE correction de l'hypospadias

Cher patient,

Cette fiche d'information est rédigée par la Belgian Association of Urology (BAU) sous le contrôle du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS-VBS).

Destinée aux patients et aux professionnels de la santé, elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir. Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines médicales applicables à la correction de l'hypospadias. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes vous seront communiquées pendant la consultation avec le médecin traitant.

Une première partie de cette brochure contient des informations générales sur la correction de l'hypospadias. La deuxième partie contient le formulaire d'information et de consentement proprement dit, que vous devrez signer avant que le traitement ne puisse avoir lieu.

Informations générales sur la correction de l'hypospadias

1. Traitement de l'hypospadias

A l'occasion du développement embryologique (dans l'utérus), la formation de l'urètre part d'une « plaque aplatie » (« plaque urétrale »). L'urètre se ferme progressivement en un tube à partir de la bourse jusqu'au gland. Simultanément, il y a d'abord une courbure du pénis vers le bas, qui évolue jusqu'à ce que le pénis soit totalement rectiligne. Si ce développement ne s'effectue pas complètement, une partie de l'urètre reste ouverte avec un méat urinaire situé non pas à l'extrémité du gland, mais sur la face inférieure du pénis. On parle alors d'« hypospadias ». Après la fermeture de l'urètre, le gland et la peau du pénis doivent également se fermer autour de l'urètre. En cas d'hypospadias, le gland et le prépuce ne sont pas complètement fermés, avec un déficit cutané à la face ventrale et un excès relatif à la face dorsale. Le pénis présente dès lors souvent une courbure vers le bas. Cette courbure est due à des brides de tissu conjonctif sous la peau.

Un traitement de l'hypospadias peut s'envisager pour différentes raisons: lorsque le méat urinaire se situe au sommet du pénis et que le pénis est droit, il est plus facile d'uriner debout avec un jet droit, et non vers le bas. Sur le plan de la fertilité aussi, il est préférable que l'éjaculation se fasse au sommet du pénis, tout droit plutôt que vers le bas. L'aspect esthétique joue également un rôle: en cas d'hypospadias, le pénis n'a pas un aspect normal.

Ces anomalies peuvent aussi avoir un impact psychologique. Certaines formes mineures présentent des anomalies moins marquées.

Votre médecin examinera avec vous la possibilité et les conséquences possibles d'un traitement. Vous pouvez ainsi décider ensemble d'opter ou non pour la réalisation de ce traitement

2. Technique

L'hypospadias peut être traité au moyen de différentes techniques opératoires. Les principes en sont expliqués dans le présent document. Votre médecin peut vous fournir des informations complémentaires concernant la technique opératoire utilisée. Toutefois, il arrive que la décision quant à la meilleure technique opératoire à appliquer dans un cas spécifique ne puisse être prise qu'au cours de l'opération.

Généralement, le traitement consiste en une phase unique. En cas d'hypospadias plus complexe, on prévoit parfois un traitement en deux phases : il y a alors 2 opérations, avec un délai minimum de 6

mois entre les 2 opérations afin de permettre une maturation maximale des cicatrices. Le but de l'opération est d'obtenir un pénis à l'aspect le plus normal possible. Le pénis se présente souvent comme après une circoncision, avec le gland au moins partiellement à nu. L'excès relatif de prépuce à la face dorsale est en effet souvent nécessaire pour pouvoir allonger la face ventrale du prépuce, parfois également pour en faire un lambeau qui constituera une partie du nouvel urètre.

Une sonde est placée dans l'urètre pendant la durée de l'opération. Une bande élastique serrante est très souvent placée temporairement autour du pénis pour empêcher qu'un saignement trop important ne gêne la vision du champ opératoire. On peut aussi injecter un anesthésique avec de l'adrénaline pour obtenir le même effet. La peau entourant le pénis est ensuite libérée et les brides sont sectionnées pour obtenir un pénis plus rectiligne. La plaque urétrale est utilisée pour fabriquer un nouvel urètre qui doit s'ouvrir à l'extrémité du gland. Le gland est ensuite fermé autour de ce nouvel urètre. Un lambeau prélevé sous la peau est souvent aussi libéré pour couvrir le nouvel urètre avec un tissu bien vascularisé, et ce afin de permettre une meilleure guérison d'un urètre étanche. La peau du pénis et le prépuce sont ensuite refixés sur le gland fermé. A la fin de l'opération, un pansement est posé et celui-ci ainsi que la sonde resteront en place pendant une période qui varie généralement de plusieurs jours à une semaine.

3. Risques et complications possibles

Ci-dessous figure une liste non exhaustive des complications générales et spécifiques, avec leur degré de fréquence:

- (a): Fréquent : >15%
- (b): Peu fréquent : 5-15%
- (c): Rare : 1-5%
- (d): Très rare : <1%

Pendant et après l'opération

- Chaque intervention, même la plus petite, présente des risques qui sont parfois imprévisibles et exceptionnels, mais qui peuvent être graves (infarctus du myocarde, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, choc anaphylactique dû à une allergie, hémorragie, décès, perte de l'organe à opérer...). Il s'agit heureusement de cas extrêmement rares.
- Les complications graves d'organes vitaux (cœur, circulation sanguine, poumons, reins) et/ou les lésions permanentes (par exemple : défaillance d'organe, paralysie) sont très rares.
- Dans de très rares cas, l'intervention ne peut pas être pratiquée en raison de la survenue d'une complication sévère, et l'opération doit être interrompue.
- Dans de très rares cas, il peut être nécessaire de poser des gestes supplémentaires pour traiter des problèmes survenant au cours de l'intervention. A cette fin, vous devez autoriser votre médecin traitant, si celui-ci le juge utile ou opportun, à poser des gestes complémentaires en vue de résoudre des problèmes inattendus.
- Des actions préparatoires, concomitantes ou ultérieures ne sont pas non plus totalement exemptes de risques. Ainsi, des perfusions ou injections peuvent provoquer des problèmes comme des abcès au site de l'injection, des lésions localisées aux tissus (nécrose) et/ou une irritation veineuse ou une dermatite. Ces problèmes sont généralement passagers. Il est très rare qu'ils entraînent des dommages permanents aux nerfs (douleurs, paralysie).
- Les sutures utilisées sont généralement résorbables (se dissolvent après 3 à 6 semaines). L'opération se déroule généralement sans incident et donne habituellement un bon résultat esthétique. Peu fréquemment, des problèmes de guérison de plaie peuvent survenir, nécessitant parfois une intervention supplémentaire. Ainsi, des cicatrices parfois sensibles et occasionnellement esthétiquement gênantes (cicatrices hypertrophiques, chéloïdes) ou des modifications pigmentaires

peuvent survenir. Le resserrement de la cicatrice - surtout s'il n'y a pas eu ablation totale du prépuce - peut entraîner un rétrécissement qui nécessitera une nouvelle chirurgie pour des raisons fonctionnelles ou esthétiques. Un rétrécissement du méat urinaire sur le gland peut également survenir dans de rares cas. Celui-ci doit alors être réouvert par une petite intervention. Dans de cas rares à peu fréquents, une ouverture latérale dans l'urètre nouvellement constitué peut se développer (fistule), souvent au niveau du trajet d'un fil, ou la suture du gland peut se détacher (partiellement), de sorte que le gland est à nouveau légèrement ouvert.

- Des problèmes importants de guérison entraînant une perte de tissu sont très rares.
- La sensibilité du gland peut augmenter temporairement après l'intervention, et diminue généralement avec le temps.
- Un gonflement localisé est totalement normal; il se résorbe spontanément au bout de quelques jours. Très rarement, une tâche bleue (hématome) peut apparaître, qui doit être drainée par une petite incision.
- Une hémorragie localisée est également toujours possible au cours des premiers jours suivant l'opération. Au besoin, celle-ci peut être comprimée à l'aide d'une compresse. Si l'hémorragie se prolonge, il convient de consulter un médecin.
- Des infections de plaies ou des infections des voies urinaires peuvent ralentir considérablement le processus de guérison. Le risque d'infection est fréquent. Les infections se produisent principalement lorsqu'il y a déjà eu une infection préalable. La prise d'antibiotiques pendant quelques jours conduit généralement à une guérison.
- Une allergie ou une hypersensibilité (par exemple aux médicaments, aux antalgiques, aux anesthésiques, aux désinfectants, au latex) peuvent entraîner temporairement un gonflement, des démangeaisons, des éternuements, une éruption cutanée, des vertiges ou des vomissements, ainsi que d'autres réactions. Des complications sévères aux organes vitaux (cœur, circulation sanguine, poumons, reins) et/ou des lésions permanentes (défaillance d'un organe, paralysie) sont très rares.
- Une infection des voies aériennes peut survenir dans de rares cas.
- Des actions préparatoires, concomitantes ou ultérieures ne sont pas non plus totalement exemptes de risques. Ainsi, des perfusions ou injections peuvent provoquer des problèmes comme des abcès au site de l'injection, des lésions localisées aux tissus (nécrose) et/ou une irritation veineuse ou une dermatite. Ces problèmes sont généralement passagers. Il est très rare qu'ils entraînent des dommages permanents aux nerfs (douleurs, paralysie).
- Difficulté à uriner: Immédiatement après l'enlèvement de la sonde vésicale, une irritation lors la miction se produit fréquemment. Si ces problèmes persistent, il est préférable de consulter votre chirurgien.
- Douleur: la douleur est généralement modérée après l'opération. Habituellement, la prise d'antalgiques est conseillée pendant une durée allant de plusieurs jours à une semaine. La prise d'antibiotiques est également souvent conseillée après l'enlèvement de la sonde et du pansement.

4. Préparation avant l'opération

Avant la procédure: indiquez-nous les médicaments que vous prenez. Le médecin traitant décidera si et quand la prise de ces médicaments doit être arrêtée et remplacée par d'autres produits, par exemple des médicaments anticoagulants. Indiquez aussi à votre médecin les opérations et les maladies que vous avez déjà eues, les complications éventuelles que vous avez à présentées et les allergies éventuelles à certaines substances.

Le type d'anesthésie: anesthésie locale, anesthésie régionale (seul le bas du corps est anesthésié) ou anesthésie générale (vous dormez complètement) est décidé conjointement par le chirurgien et par l'anesthésiste sur la base des antécédents personnels. Vous devrez être à jeun le jour de l'opération. Si vous le souhaitez, vous pouvez prendre contact avec le service de facturation de l'hôpital pour obtenir une estimation du prix de l'hospitalisation.

Les risques spécifiques liés à l'anesthésie peuvent être discutés avec l'anesthésiste. Il peut arriver qu'un autre chirurgien compétent effectue l'intervention, sauf arrangement spécifique avec le médecin de votre choix.

5. Soins postopératoires

- L'alitement strict n'est pas requis après l'opération.
- Une bonne fixation de la sonde et du pansement est très importante. Effectuez des contrôles plusieurs fois par jour. En cas de détachement, utilisez de l'adhésif supplémentaire. Ne surtout pas détacher davantage sans l'autorisation du médecin traitant.
- Contrôlez également plusieurs fois par jour que l'urine continue de s'écouler dans la sonde. Pour la production d'urine, il est également important que le patient boive suffisamment. En cas d'obstruction de la sonde, le médecin conseillera parfois de purger la sonde avec de l'eau stérile (le matériel sera alors fourni).
- La plaie est généralement fermée par des sutures qui se résorbent spontanément.
- Une surveillance quotidienne de la plaie est nécessaire après l'enlèvement du pansement et de la sonde. En cas de problème, consultez votre médecin immédiatement.
- Si l'opération est effectuée en ambulatoire, un accompagnant adulte doit venir vous chercher car votre vigilance peut être réduite sous l'effet de l'anesthésie et/ou des antalgiques. Nous vous indiquerons quand vous pourrez à nouveau conduire un véhicule. Vous devrez également éviter de prendre des décisions importantes au cours de cette période.
- Après l'intervention, les douleurs ressenties sont légères à modérées. Des analgésiques seront administrés si nécessaire par voie intraveineuse ou par voie orale.
- La durée de l'hospitalisation ne dépasse généralement pas 48 heures.
- La pratique d'un sport (y compris la natation) est déconseillée pendant au minimum 3 semaines.

6. Quels signes doivent vous amener à consulter votre médecin pendant la période de rétablissement ?

La technique pratiquée est une intervention standard. Cependant, comme avec toute intervention et comme indiqué plus haut, des complications peuvent parfois survenir.

7. Suivi ultérieur

Un ou plusieurs contrôles sont généralement conseillés après l'intervention.

8. Généralités

En tant que patient, vous avez droit à une information complète sur votre maladie, sur les traitements médicaux et chirurgicaux qui s'y réfèrent.

Ce formulaire vous est fourni lors de votre consultation chez le chirurgien durant laquelle des informations complémentaires vous seront fournies si nécessaire. Ces informations ne vous sont pas fournies dans le but de vous angoisser, mais afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause si vous souhaitez ou non subir cette intervention.

N'hésitez pas à contacter votre urologue pour toute information complémentaire.