

Votre fils va être opéré d'un hypospade...

1 - Qu'est-ce qu'un hypospade ?

C'est une malformation congénitale de la verge associant le plus souvent :

- une **ouverture anormale** du canal de l'urètre sous la verge
- une **coudure inconstante** de la verge vers le bas lorsqu'elle est en érection
- un **excès de peau** préputiale sur le dos de la verge.

Les degrés de sévérité sont variables.

Le canal de l'urètre peut avoir son ouverture à la base du gland.

C'est une forme dite «antérieure». (photos 1 et 2)

La forme la plus sévère présente une ouverture de l'urètre au niveau du périnée. (photo 3)



Photo 1



Photo 2



Photo 3

2 - Fréquence

Elle est de **1 enfant sur 300**. Si un enfant est déjà porteur dans une famille, le risque qu'un autre enfant, dans cette même famille, soit porteur d'hypospade passe à **1 sur 100**.

Les causes sont le plus souvent inconnues. Les études actuelles avancent des causes liées à des **facteurs génétiques, hormonaux, vasculaires, placentaires ou d'environnement**.

3 - Principes de la chirurgie

L'intervention est pratiquée en général entre **15 et 18 mois**.

Le but de l'intervention est de :

- **redresser la verge** pour qu'elle soit droite lors de l'érection
- **reconstruire le canal** jusqu'au bout de la verge. Le chirurgien pourra utiliser soit des tissus de la verge (peau ou muqueuse du prépuce), soit pour des cas plus sévères, de la muqueuse buccale.
- **répartir la peau préputiale** autour de la verge. Elle aura le plus souvent un aspect de verge circoncise.

4 - Prise en charge d'un enfant porteur d'hypospade

Consultation

Vous rencontrez le chirurgien qui **confirme le diagnostic** et pose une indication opératoire.

Votre enfant est vu par un **médecin anesthésiste** sur place ou près de votre domicile pour pratiquer un bilan sanguin pré-opératoire et un examen général de votre enfant pour définir d'éventuelles précautions particulières ou des contre indications.

Il vous est remis un **formulaire administratif** pour l'admission de votre enfant à l'hôpital.

Admission dans le service

- Elle a lieu **la veille ou le matin** même de l'intervention chirurgicale.
- Votre enfant doit être **à jeun depuis la veille** de l'intervention (ni alimentation solide, ni alimentation liquide).
- Vous lui aurez donné un **bain antiseptique**, prescrit lors de la consultation, la veille ainsi que le matin de l'intervention. Si c'est un adolescent, il sera rasé dans le service.
- Merci d'apporter un **tee-shirt**, des jouets pour les moins de 3 ans.
- Votre enfant recevra une **prémédication** avant son départ au bloc opératoire pour être plus détendu.

Au bloc opératoire

- L'intervention dure entre **une et trois heures** selon la sévérité.
- L'intervention sous **anesthésie générale** est complétée le plus souvent par une **anesthésie locale** (de type caudale ou bloc pénien) pour un réveil plus confortable.
- **Une perfusion est posée**, l'enfant la conservera 24 à 48 heures pour permettre les traitements antalgiques, anti-inflammatoires et antibiotiques.
- **Une sonde vésicale** est posée pendant l'intervention pour permettre le drainage des urines. Votre enfant la conservera entre 4 et 10 jours :
 - ⇒ ouverte dans un système de double couche s'il a moins de trois ans (photo 4)
 - ⇒ adaptée à un sac collecteur d'urine si l'enfant est plus grand
 - ⇒ un pansement de type «marguerite» (photo 5) est mis en place à la fin de l'intervention.
- Votre enfant se réveille en salle de soins post interventionnelle. Vous pourrez le rejoindre après accord de l'équipe.



Photo 4



Photo 5

Retour dans le service d'hospitalisation

- Poursuite du traitement **antalgique, anti-inflammatoire et antibiotique** pendant 24 à 48 heures puis relais par médicaments oraux ou suppositoires.
- La sonde peut provoquer des spasmes vésicaux douloureux. Des «**calmants**» pour la vessie peuvent être prescrits (DITROPAN® - VALIUM®) jusqu'au retrait de la sonde.
- S'il y a greffe de muqueuse buccale, votre enfant devra faire des **bains de bouche antiseptiques**. Il aura une alimentation semi-liquide pendant 24 à 48 heures. La bouche cicatrise très vite.
- Le pansement est **changé ou définitivement retiré** au quatrième jour post opératoire. Pour faciliter ce changement, le pansement sera humidifié avec de la Chlorhexidine aqueuse pour le décoller plus facilement. Souvent on lui fera respirer un gaz (MEOPA®) pour qu'il soit détendu lors de l'ablation du pansement.
- Lors du retrait du pansement, la verge est souvent **tuméfiée ou rouge violacée**. Ceci n'est **pas inquiétant**, il faut deux mois pleins pour que l'aspect de la verge se normalise. (Photos 6 et 7)
- Votre enfant **doit rester au calme** tant que la sonde urinaire est en place ; il peut cependant s'asseoir ou être pris dans vos bras, après avis médical.
- Les enfants qui gardent la sonde plusieurs jours sont souvent constipés car ils n'osent pas pousser. On les aide avec des **suppositoires laxatifs**.

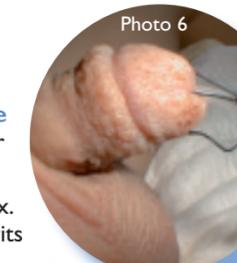


Photo 6



Photo 7

5- L'hospitalisation dure de 4 à 10 jours

La durée de l'hospitalisation **dépend de l'importance de la réparation** mais est le plus souvent de 4 jours. Cependant, le séjour peut se prolonger jusqu'au 10^{ème} jour **selon votre lieu d'habitation**.

Ordonnance de sortie

- ⇒ pansement : à chaque changement appliquer sur la verge un **antiseptique** (CHLORHEXIDINE AQUEUSE®) à utiliser pur, par tamponnement au moyen d'une compresse stérile imbibée.
- ⇒ appliquer une **crème anti-inflammatoire** (FLAMMAZINE®) pendant une semaine environ.
- ⇒ un **traitement d'antibiotique** sera parfois associé jusqu'à l'ablation de la sonde.
- ⇒ toilette par bain ou douche de **façon inhabituelle. Ne pas frotter** la verge avec un gant de toilette.

Retour à domicile

Vous devez surveiller :

- ⇒ le bon fonctionnement de la sonde
- ⇒ la température
- ⇒ l'état et l'odeur du pansement
- ⇒ la bonne prise de médicament

Au 10^{ème} jour (dans les cas les plus sévères), vous reviendrez pour enlever le 2^{ème} pansement et retirer la sonde.

Vous repartirez quand votre enfant aura uriné et avec l'accord du chirurgien.

Si vous avez le moindre souci ou rencontrez la moindre difficulté : **appelez le service.**

Votre enfant doit rester calme 10 à 15 jours :

- ⇒ déplacements limités (pas de vélo ou porteur)
- ⇒ activités physiques restreintes
- ⇒ pas d'école pendant 10 jours
- ⇒ pas de sport et piscine pendant 1 mois
- ⇒ régime alimentaire normal

Favoriser les déplacements en poussette.

Pas de contre-indication pour les sièges auto.

6- Devenir de l'enfant

Votre enfant sera revu 1 à 2 mois après l'intervention, 1 an après, puis à la puberté pour évaluer les aspects fonctionnel et esthétique.

La verge doit être droite lors de l'érection.

Le jet doit être dans l'axe de la verge quand votre enfant urine debout, il ne doit pas être fin ou trop puissant ou éparpillé.

Les mictions doivent être courtes, faciles, sans douleur, et sans retenue.

Il ne doit pas y avoir de douleurs ni d'infectio urinaire.

Cette chirurgie est minutieuse et le pronostic dépend des capacités de cicatrisation de votre enfant.

Dans environ 85% des cas, une seule intervention suffit pour corriger l'anomalie.

Dans 15% des cas environ, la cicatrisation n'est pas parfaite et un geste chirurgical complémentaire (ou plusieurs) peut être nécessaire.

Il faut attendre **6 mois avant de décider** d'un geste supplémentaire.

Complications possibles

- **Fistule** : le plus fréquente. Il s'agit d'une fuite sur le canal reconstruit qui peut se tarir seule ou nécessiter un nouveau geste chirurgical. (Photo 9)
- **Sténose** : rétrécissement du canal ce qui limite l'écoulement libre des urines. Il faudra un nouveau geste chirurgical.
- **Esthétique** : s'il existe un excès de peau sur la verge, une retouche peut être faite.

Conclusion

A long terme et avec nos connaissances actuelles, il ne semble pas que la vie de votre enfant soit affectée de façon significative surtout sur le plan sexuel.

Mais l'enfant peut être **affecté psychologiquement** par son séjour à l'hôpital surtout si celui-ci se renouvelle.

Nous recommanderons alors volontiers un **soutien psychologique** surtout pour les formes sévères.

La photo 10 ci-contre représente l'aspect habituel de la verge quelques mois après l'intervention.



Photo 10



Photo 8



Photo 9

Brochure réalisée par l'équipe d'infirmières
du service de Chirurgie Pédiatrique
du Professeur Mouriquand :
Sophie Janier (Infirmière de bloc opératoire),
Marie-Claire Kien (Infirmière),
Ghislaine Peres-Braux (Cadre de santé, Puéricultrice),
Anik Poirrier (Infirmière de bloc opératoire),
Hélène Genest (Cadre de santé, Infirmier de bloc opératoire).



Votre fils va être opéré d'un hypospade...

... Que va-t-il se passer ?

Service de Chirurgie Urologique et Viscérale
Pédiatrique
Pr Mouriquand