



Vasectomie

51.048F

En concertation avec votre médecin, vous avez décidé de subir une stérilisation définitive. Chez l'homme, cette procédure porte le nom de vasectomie. Cette brochure vous donne davantage d'informations au sujet de cette procédure.

Qu'implique précisément une vasectomie ?

Les spermatozoïdes sont produits dans les testicules, au départ desquels ils sont acheminés en direction de la prostate via les canaux déférents. Au niveau de la prostate, ces spermatozoïdes se mélangent au sperme. C'est le spermatozoïde qui, après avoir fusionné avec l'ovule de la femme, est à l'origine de la fécondation.

L'interruption des canaux déférents, ou vasectomie, empêchera désormais tout transport des spermatozoïdes, ce qui explique qu'il n'y aura plus de spermatozoïdes dans le sperme.

La reconnexion des canaux déférents sectionnés – ou vaso-vasostomie – n'offre aucune garantie de succès. La vasectomie doit donc être considérée comme une intervention définitive.

Y a-t-il d'autres possibilités thérapeutiques ?

Il existe également d'autres formes de contraception. Par ordre croissant d'efficacité, citons (liste non exhaustive des méthodes les plus courantes) : abstinence périodique, méthode des températures, préservatif, stérilet, minipilule, contraceptif injecté ou implanté et pilule. Certaines de ces méthodes ont également des avantages potentiels, en plus de leur effet contraceptif. Avant de décider de recourir à une vasectomie, il est important d'évaluer l'effet de l'arrêt de ces contraceptifs chez la partenaire. Ainsi, un stérilet hormonal peut diminuer les pertes de sang, voire les supprimer totalement. La pilule bloque le plus souvent l'ovulation et les douleurs qu'elle entraîne, mais elle diminue également les symptômes potentiels qui résultent des fluctuations hormonales pendant un cycle. La sous-estimation de ces avantages pour la partenaire peut donner lieu à une double contraception : la stérilisation de l'homme, couplée à un autre contraceptif que la partenaire continue à utiliser, pour d'autres raisons.

La stérilisation chez la femme, lors de laquelle on sectionne les trompes, est l'équivalent de la vasectomie chez l'homme : elle empêche le transport de l'ovule vers l'utérus. L'efficacité est identique, mais l'intervention est plus dangereuse, car elle nécessite un accès via le ventre.

Il est important de toujours bien réaliser que la situation familiale peut changer (séparation, décès, nouveau désir d'enfant...). Par conséquent, il est préférable que cette procédure soit envisagée en concertation avec la partenaire.

La congélation des spermatozoïdes est possible, mais elle n'est habituellement pas pratiquée, car cela n'offre jamais une garantie absolue de pouvoir encore se reproduire. En outre, ce processus est onéreux.

Préparation

En principe, l'intervention est pratiquée sous anesthésie locale, et elle ne nécessite pas d'examens préalables spécifiques. Par contre, il est nécessaire d'interrompre temporairement d'éventuels anticoagulants. Discutez-en au préalable avec votre médecin.

Si l'intervention doit être pratiquée sous anesthésie générale ou épidurale, on réalisera au préalable une prise de sang, un électrocardiogramme et éventuellement une radiographie du thorax. Les risques spécifiques de ces formes d'anesthésie peuvent être passés en revue lors d'une consultation préopératoire au service d'anesthésiologie.

Il est préférable de raser le scrotum juste avant l'intervention, pour éviter toute infection des plaies.

Portez un caleçon serrant, cela atténuera la gêne par la suite.

En cas d'anesthésie locale, vous ne devez pas être à jeun, contrairement aux autres types d'anesthésies.

L'opération

Cette opération est généralement pratiquée sous anesthésie locale. En cas d'anesthésie locale, on ne peut garantir que toutes les sensations désagréables disparaissent (par exemple une traction sur le cordon spermatique). C'est comme chez le dentiste : vous sentez toujours qu'on travaille, mais cela ne fait plus mal. Si vous le souhaitez, l'opération peut également être pratiquée sous anesthésie générale. Vous serez informé séparément au sujet de l'anesthésie générale et de ses risques éventuels.

Pour cette intervention, on pratique une petite incision au niveau du cordon spermatique, à la partie supérieure du scrotum. Le canal déférent sera recherché via cette incision, et il sera isolé des vaisseaux sanguins qui irriguent le testicule. On prélèvera un segment du canal déférent et on l'examinera au microscope, à titre de confirmation. Les 2 extrémités sont liées, cautérisées ou enfouies à un endroit différent dans le scrotum. La plupart du temps, on utilise une combinaison de ces méthodes (p.ex. cautérisation et ligature). L'intervention sera répétée de l'autre côté. Le plus souvent, cette opération dure de 15 à 30 minutes.

Quels sont les risques et effets indésirables de cette opération ?

Toute intervention chirurgicale implique des complications potentielles et des risques, le pire étant le décès du patient. En cas de vasectomie, le risque de problèmes graves est extrêmement faible, mais non nul. Vous trouverez ci-dessous une liste non exhaustive des complications générales et spécifiques, ainsi que leur fréquence :

- Même si la vasectomie est considérée comme la forme de contraception la plus sûre, un échec est toujours possible. Ceci est le plus souvent la conséquence de rapports sexuels en l'absence de contraception complémentaire, avant le spermogramme de contrôle ;
- Rarement, l'échec est la conséquence d'une recanalisation spontanée, lors de laquelle les extrémités se reconnectent. Ceci est rapporté chez 1 patient sur 2 000, en cas de technique adéquate, et peut se produire plusieurs années après l'intervention ;
- La présence de 2 canaux déférents d'un côté est une anomalie rare, à côté de laquelle on peut passer durant l'intervention. Dans ce cas, le spermogramme montrera chaque fois la présence de spermatozoïdes. Une nouvelle intervention sera alors nécessaire.
- Après la stérilisation, vous pouvez ressentir une sensation de congestion. Ceci peut provoquer une sensation douloureuse avant l'éjaculation. C'est toutefois rare, et généralement transitoire ;
- Un hématome au niveau du scrotum est toujours possible, tout comme une infection de la plaie ou un abcès. Dans les cas graves, une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire ;
- Parfois, les cicatrices peuvent rester longtemps hypersensibles, et il est possible que vous développiez un granulome sensible, à la suite d'une fuite de spermatozoïdes au départ du canal déférent ;
- L'intervention n'a aucune influence sur les sensations lors de l'éjaculation. Après la stérilisation, les spermatozoïdes, qui continueront à être produits dans les testicules, seront dégradés par le corps ;
- Une vasectomie ne confère aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles ou IST (comme le SIDA, la gonorrhée ou la syphilis). Pour réduire le risque d'IST, il est recommandé d'utiliser un préservatif.

Contrôle

Après l'intervention, vous ne serez pas immédiatement stérile. On ne peut vous considérer comme stérile que si on ne retrouve pas de spermatozoïdes dans l'échantillon de sperme, lors de l'examen de contrôle. Jusqu'à ce moment-là, il faut utiliser une autre forme de contraception. Habituellement, on réalise un spermogramme de contrôle 6 à 12 semaines après l'intervention, en fonction du nombre d'éjaculations.

Votre médecin vous expliquera ceci, et vous donnera les demandes d'analyses nécessaires.

Avez-vous d'autres questions ou des remarques en rapport avec cette brochure ? N'hésitez pas à contacter votre médecin.

Service d'Urologie/Chirurgie : route 51 – tél. : 057 35 72 00