

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie*, 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 pathologie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposés 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.

CYSECTOMIE ET DÉRIVATION NON CONTINENTE DE TYPE BRICKER POUR VESSIE NEUROLOGIQUE

OBJECTIF

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie et dériver vos urines vers une poche extérieure pour traiter vos troubles urinaires.

LE CONTEXTE

L'organe

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. L'urine sécrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. Lors de la miction, les urines sont évacuées à l'extérieur par le canal de l'urètre. Ce canal est court chez la femme (environ 4 cm). Chez l'homme, il est beaucoup plus long (environ 17 cm) et entouré par la prostate dans sa première partie sous la vessie.

Principe de l'intervention

Votre maladie neurologique a entraîné des troubles urinaires. Ces troubles urinaires sont responsables de complications graves (altération de la fonction de vos reins, infections urinaires sévères, septicémies, lésions cutanées, fistules...) ou d'une altération de votre qualité de vie (incontinence urinaire sévère) ou se manifestent sous la forme d'une impossibilité de vider votre vessie.

En cas de complications graves ou d'impossibilité de vider votre vessie, l'intervention est nécessaire car, en l'absence de traitement, ces dernières vont évoluer et vous exposer à la survenue d'une insuffisance rénale terminale conduisant à la dialyse, ou au décès, secondaire à une infection grave.

Cette intervention est définitive et irréversible.

Autres options de prise en charge

Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser d'autres traitements ou en cas de complications sévères. Les alternatives de traitement sont tout d'abord les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques diminuant l'activité du muscle vésical, la vidange vésicale par autosondage. La rééducation périnéale, la neuromodulation tibiale peuvent être proposées en complément. La neuromodulation des racines nerveuses sacrées ou l'injection intravésicale de toxine botulique sont des traitements de deuxième intention.

L'INTERVENTION / LE SÉJOUR

Liste pour vous préparer a l'intervention

Vous pouvez demander à rencontrer une infirmière spécialisée (stomathérapeute) qui vous expliquera les différents types de matériel disponible.

Une consultation d'anesthésie va être faite (Un à trois mois avant le geste)

- Pensez à amener toutes vos ordonnances et les examens de sang récents
- Il est important que vous signaliez : toute allergie, la prise d'anti-coagulants, tout problème médical qui vous semble important à signaler.

Si vous avez des problèmes cutanés ou une fragilité particulière, signalez-le au cadre infirmier pour qu'il puisse le cas échéant prévoir un lit adapté. De même, si vous avez un fauteuil roulant, demandez-lui s'il est possible de garder votre fauteuil dans la chambre durant la période d'hospitalisation.

Une semaine avant l'intervention :

- Faites faire un nouvel ECBU. En cas d'infection urinaire, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant le geste.
- Débutez un régime sans résidus (demandez le à votre médecin) de façon à ce que votre intestin soit le mieux préparé possible à l'intervention.

En arrivant dans le service, signalez les éventuels problèmes cutanés que vous avez, de même que la présence d'une infection urinaire et le traitement qui vous a été prescrit.

La veille de l'intervention, votre chirurgien ou une infirmière spécialisée vous indiquera le site de la future stomie et la marquera avec un stylo indélébile ou un tatouage.

Pendant l'hospitalisation, n'hésitez pas à demander à l'équipe infirmière de réaliser des lavements évacuateurs ou des touchers rectaux si vous en avez besoin tous les jours pour garder un transit équilibré.

Technique opératoire

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale

La voie d'abord est une incision abdominale. Elle peut aussi être réalisée par laparoscopie (« sous caméra »).

En fin d'intervention, une poche (stomie) sera en place. Deux sondes dans les uretères auront été positionnées et un ou plusieurs drains permettant de surveiller les écoulements par le site opératoire seront mis en place. Un tuyau permettant d'évacuer le contenu de l'estomac pour éviter les vomissements est souvent mis en place par le nez. Il peut être laissé en place quelques jours.

Durée moyenne prévisible

- de l'intervention : 3 heures 30
- du passage en salle de réveil : 2 heures
- du séjour : 14 jours

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urétérales sera défini par votre chirurgien.

La reprise de l'alimentation se fera progressivement.

Les conseils et les soins concernant votre stomie urinaire vous seront expliqués pendant votre hospitalisation.

Analyse anatomopathologique

L'intervention consiste à enlever toute la vessie. Par conséquent, la vessie est adressée pour analyse au microscope à la recherche d'anomalies.

Préparation à la sortie et soins à domicile

Durée prévisible du séjour : 14 jours

L'ordonnance de sortie comprend les soins infirmiers de pansement, le matériel de stomie.

Un courrier sera transmis à votre médecin traitant et autres correspondants que vous aurez indiqués.

L'ORGANISATION DU SUIVI

Suivi postopératoire

La consultation postopératoire aura lieu 2 à 3 mois après le geste.

Un suivi médical annuel est indispensable, avec au minimum une radiographie du ventre (ASP), une échographie rénale une prise de sang pour mesure de la clairance de la créatinine (fonctionnement du rein).

La constatation de saignements, des épisodes d'infection urinaire avec des symptômes (fièvre, douleur), des douleurs lombaires doivent vous faire consulter.

Avec cette dérivation urinaire, il est NORMAL que des germes soient retrouvés sur les analyses d'urine. En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières cette colonisation par des germes ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

RISQUES ET COMPLICATIONS

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications sont directement en relation avec le geste opératoire. Elles peuvent justifier une interruption de l'intervention, une modification du geste. D'autres interventions chirurgicales peuvent également être entraînées par ces complications. Ces situations vous sont détaillées dans la suite du document, mais sont très rares.

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 immédiatement après l'opération

- 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 véritable occlusion
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré intervention
 - Ouverture de la paroi abdominale
 - Ulcère de l'estomac
- Complications neurologiques :
 - survenue d'une nouvelle poussée pour les patients ayant une sclérose en plaques
 - perte de force musculaire, fonte musculaire du fait de l'alitement

Complications à distance de l'intervention

- Complications digestives
 - Troubles du transit (constipation/diarrhée)
 - Événtration de la paroi de l'abdomen
 - Occlusion intestinale par des brides
- Complications urinaires
 - Rétrécissement des uretères, calculs rénaux ou urétéraux
- Complications sexuelles, en cas d'ablation de la prostate associée :
 - Impuissance sexuelle
 - Disparition de l'éjaculation

AUTRES SOURCES D'INFORMATION

- Sites de l'AFU : www.urofrance.org
- Site du GENULF : www.genulf.com
- Site SIFUD-PP : www.sifud-pp.org

Comité de rédaction de la fiche : X Game, A Ruffion, S Bart , G Karsenty, M de Seze, E Castel, JJ Labat, P Grise, C Scheiber-Nogueira, L Cormier, P Denys

Année de rédaction de la fiche : 2008

Année d'actualisation de la fiche : 2008

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.