

Fiche Info-Patient



Dernière mise à jour : mai 2012

CYSTECTOMIE ET DÉRIVATION NON CONTINENTE DE TYPE BRICKER POUR VESSIE NEUROLOGIQUE

Cette fiche d'information, a été réalisée l'Association Française d'Urologie, la Société Interdisciplinaire Francophone d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie, et le Groupe d'Etude de Neuro-Urologie de Langue Française. Elle 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 prise en charge et de traitement 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.

L'intervention, qui vous est proposée, a pour objectif de supprimer votre vessie et de dériver l'urine directement en dehors de l'abdomen par l'intermédiaire d'un conduit intestinal. L'urine est recueillie dans une poche extérieure collée à la peau. Ce type de dérivation urinaire externe non continente s'appelle l'intervention de Bricker.

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 secrétée 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'urèthre. 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.

Principe de l'intervention

Votre maladie neurologique a entraîné des troubles urinaires, qui sont responsables de complications graves (altération de la fonction de vos reins, infections urinaires sévères, septicémies, lésions cutanées, fistules urinaires...) ou d'une altération de votre qualité de vie (incontinence urinaire sévère) ou encore qui se manifestent par l'impossibilité de vider votre vessie. L'intervention est nécessaire car, en l'absence de traitement, il y a un risque d'évolution et de survenue d'une insuffisance rénale terminale conduisant à la dialyse, ou de décès, secondaire à une infection grave.

Cette intervention est définitive et irréversible.

Y-a-t'il d'autres possibilités de traitement ?

L'intervention de Bricker est proposée en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser d'autres traitements ou en cas

de complications sévères de la maladie neurologique. Les autres options de traitement sont :

- ◆ Les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques, les médicaments alpha-bloquants.

Attention :

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 ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

- ◆ L'auto-sondage pour permettre la vidange vésicale complète.
- ◆ La rééducation périnéale, la stimulation du nerf tibial postérieur peuvent être proposées en complément.
- ◆ La neuromodulation des racines nerveuses sacrées ou les injections intra-vésicales de toxine botulique sont des traitements de deuxième intention.

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 pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Vous serez éduqué à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée (stomathérapeute).

Précisez les conditions d'hospitalisation, si vous avez des problèmes cutanés nécessitant un lit adapté ou si vous êtes en fauteuil roulant.

Technique opératoire

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

La voie d'abord se fait par une incision abdominale sous ombilicale, plus rarement par coelioscopie.

Après ablation de la vessie, l'intervention consiste à disséquer les uretères le plus bas possible vers la vessie, à les sectionner, puis à les amener sur le côté droit (ou gauche) et les intuber par une sonde urétérale.

Dans un second temps, un segment intestinal de 15 à 20 cm est prélevé et fixé à la peau par des points sur le site choisi avant l'intervention pour réaliser la stomie. Les uretères sont implantés à l'extrémité interne du segment intestinal et des sondes tutrices sont laissées en place pour une dizaine de jours.

A la fin de l'opération, un ou plusieurs drains sont mis en place ; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

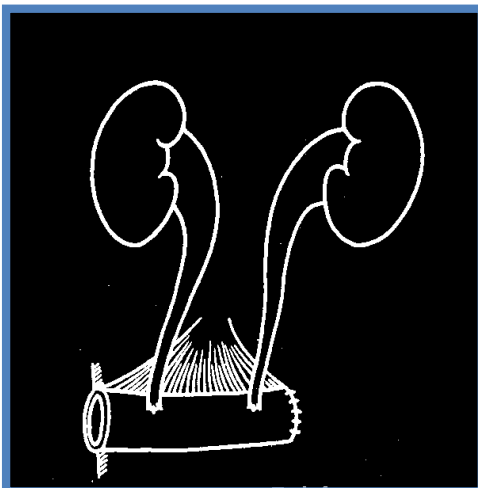


Figure 1 : Dérivation urinaire externe type Bricker

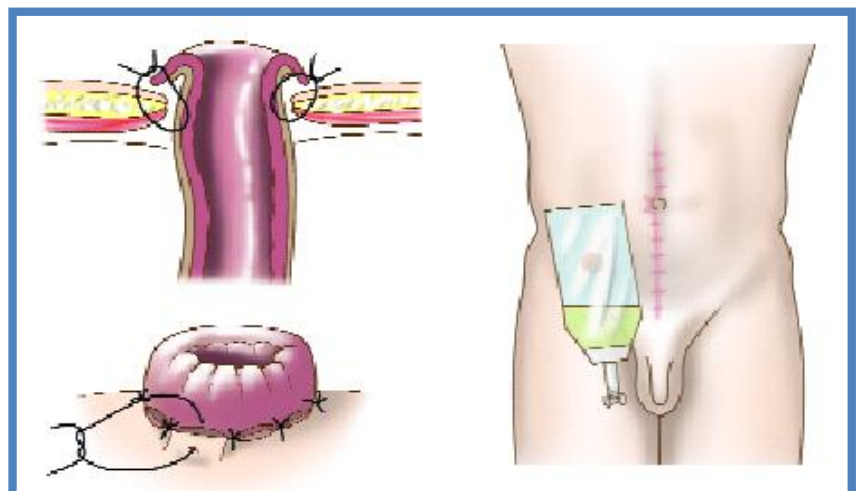


Figure 2 : Stomie urinaire et appareillage externe

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 de jeûne, vous êtes nourri et hydraté par voie intra veineuse. Une sonde sortant par une narine (sonde naso-gastrique) peut être mise en place afin de mettre au repos votre estomac.

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 des sondes urinaires est défini par votre chirurgien.

Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention d'une thrombose veineuse (phlébite) sont mises en place, pouvant faire appel à une mobilisation précoce, une contention des membres inférieurs (bas à varices) et à un traitement anticoagulant. Ces traitements peuvent être poursuivis après votre hospitalisation et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre stomie vous sont expliqués pendant votre séjour. La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de la reprise du transit intestinal et de votre état général. Le plus souvent elle est de 7-15 jours.

Analyse anatomopathologique

L'intervention consistant à enlever la vessie, celle-ci est adressée pour analyse au microscope à la recherche d'anomalies. Le résultat est connu plusieurs jours après l'intervention.

Suivi postopératoire

Une surveillance régulière est mise en place avec votre urologue et l'infirmière stomathérapeute pour ce qui concerne l'appareillage.

Un traitement anticoagulant préventif des phlébites est en général poursuivi plusieurs semaines à domicile et réalisé par une infirmière. Des contrôles biologiques systématiques lui sont associés et sont transmis à votre médecin traitant.

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

La reprise de vos activités se fera progressivement en fonction des conseils donnés pendant votre hospitalisation et par votre médecin traitant.

La consultation post-opératoire a lieu entre 1 et 3 mois après l'intervention. 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).

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

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 :

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ 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. L'atteinte de l'intestin peut nécessiter sa mise à la peau transitoirement.
- 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. Les causes les plus fréquentes sont les infections pulmonaires, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, les infarctus du myocarde dont les formes les plus sévères peuvent aboutir au décès.
- 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.
- Infections plus ou moins sévères :
 - Infection urinaire relevant d'un traitement antibiotique.
 - Infection générale avec septicémie pouvant nécessiter des soins intensifs.
 - Infection de la paroi et de la cicatrice pouvant entraîner des soins locaux prolongés.
- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, obstruction) pouvant parfois justifier une ré-intervention.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion intestinale.
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Eviscération avec en général nécessité de ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.
- Complications neurologiques :
 - Survenue d'une évolution de la maladie pour les patients ayant une sclérose en plaques.
 - Perte de force musculaire, fonte musculaire du fait de l'alitement.

Risques à distance :

- Complications digestives :
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
- Complications pariétales :
 - Eversion de la paroi de l'abdomen.
 - Eversion autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie, entraînant des difficultés d'appareillage.
 - Problèmes cutanés autour de la stomie (irritation, calcifications) justifiant des soins locaux et rarement une nouvelle intervention.

- Complications urinaires :
 - Rétrécissement au niveau de la suture entre l'intestin et l'uretère, pouvant entraîner l'apparition de calculs urinaires, des complications infectieuses et une altération de la fonction rénale..
- Complications sexuelles possibles chez l'homme en cas d'ablation associée de la prostate :
 - Impuissance sexuelle
 - Disparition de l'éjaculation

Effets secondaires liés à votre dérivation urinaire :

- La poche externe de recueil des urines peut fuir de temps en temps. Une adaptation du matériel de stomie règle en général le problème facilement.
- Les problèmes qui découlent de la modification de votre image corporelle pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

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 (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) 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.

* 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.