

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

CYSTECTOMIE TOTALE CHEZ LA FEMME (POUR TUMEUR DE LA VESSIE)

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 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.

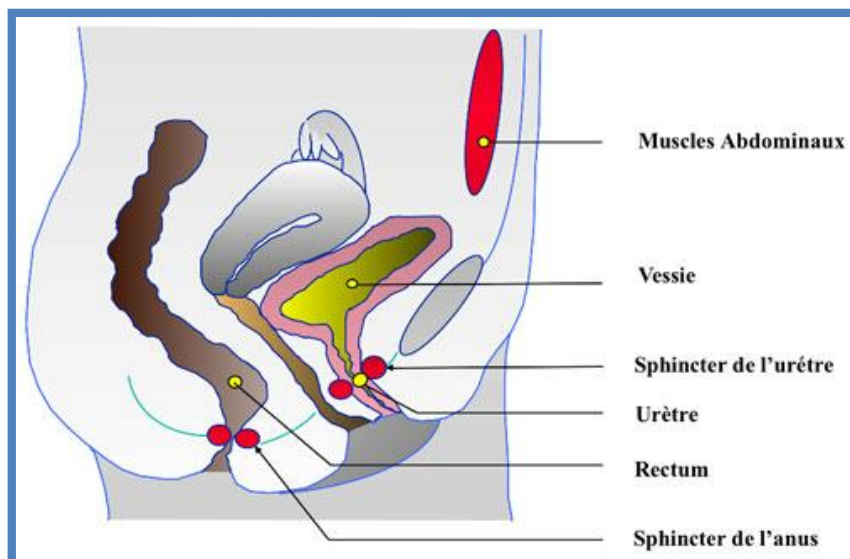
Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

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 est destinée à enlever votre vessie atteinte d'une tumeur cancéreuse.

L'organe

L'urine secrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. La vessie est le réservoir dans lequel l'urine est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. Cette miction permet l'évacuation de l'urine par le canal de l'urètre. Chez la femme, ce canal est court (environ 4 cm) et il est entouré des sphincters qui assurent la continence.



Principe de l'intervention

Les prélèvements effectués au niveau de votre vessie ont mis en évidence une tumeur. Les caractéristiques de cette tumeur justifient l'ablation de la vessie.

Y-a-t-il d'autres possibilités ?

Il existe d'autres options de prise en charge qui ont été discutées par votre urologue et/ou par le comité multidisciplinaire de cancérologie :

- ◆ Traitements associés à la chirurgie. Une chimiothérapie par voie intraveineuse peut être proposée
 - avant l'ablation de la vessie, pour faciliter le geste, et /ou améliorer l'efficacité du traitement
 - et /ou après la chirurgie.

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.

- ◆ Traitements conservateurs
 - Radiothérapie et/ou chimiothérapie seule.
 - Cystectomie partielle ou résection large et / ou radiothérapie et /ou chimiothérapie.

Ces traitements ne sont adaptés qu'à certains patients et imposent un suivi régulier. Une cystectomie totale est parfois nécessaire secondairement.

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 est 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 réalisée avant l'intervention 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.

Dans le cas de dérivation externe des urines, le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Vous êtes éduquée à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée (stomathérapeute).

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. Un geste complémentaire peut être fait au niveau du périnée.

L'intervention consiste à enlever toute la vessie, les ganglions adjacents, et dans la grande majorité des cas, elle emporte également l'utérus, la paroi antérieure du vagin et l'urètre.

Pour permettre l'évacuation des urines, il existe plusieurs possibilités :

- ◆ Le plus souvent, la dérivation externe des urines, en interposant un segment de tube digestif entre les uretères et la peau (intervention de Bricker). L'évacuation des urines se fait dans une poche collectrice que vous porterez en permanence.
- ◆ Plus rarement :
 - La vessie de remplacement : l'évacuation des urines se fait par l'urètre en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et l'urètre.
 - L'abouchement direct des uretères à la peau (urétérostomie cutanée), ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère.
 - La dérivation des uretères dans le colon avec élimination des urines par l'anus.
 - La dérivation continente des urines à la peau en créant un réservoir intestinal, ce qui impose des sondages intermittents réguliers nuit et jour.

Le choix entre ces différentes techniques dépend de votre état de santé et du type de tumeur. Il fait l'objet d'une discussion pré opératoire avec votre urologue et éventuellement avec l'infirmière stomathérapeute. Parfois le choix doit être modifié pendant l'intervention selon les constatations per- opératoires.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire réalisée, une ou deux poches sont mises en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, des sondes dans les uretères et une sonde dans la nouvelle vessie sont positionnées, de même qu'un ou plusieurs drains sont placés au niveau de la zone opératoire ; ils permettent de surveiller les écoulements issus du site opératoire.

Suites habituelles

En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de cette intervention et vous serez autorisée à vous alimenter progressivement dès la reprise de celui-ci. Pendant cette période, vous êtes nourrie et hydratée 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.

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, des lavages réguliers du réservoir peuvent être nécessaires.

Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention des thromboses veineuses (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 réservoir vésical ou l'appareillage 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 votre état général. Le plus souvent elle est de 15 jours.

Analyse anatomopathologique

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs jours après l'opération. Il définit l'extension de votre maladie et/ou le caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale. Il conditionne le choix d'éventuels traitements complémentaires (chimiothérapie, radiothérapie). Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue

Suivi post opératoire

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, il peut être nécessaire de boire de l'eau alcaline (type eau de vichy) pour compenser l'acidité de l'urine.

Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine, voire de germes intestinaux qui ne justifient pas nécessairement la mise en route d'un traitement antibiotique.

Vous êtes informée par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire. Il a pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire.

La surveillance de la fonction rénale est planifiée.

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

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 :

- Saignements secondaires 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 justifier des soins locaux prolongés.
- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, obstruction).
- Ecoulement lymphatique pouvant parfois entraîner une ré-intervention.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle 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 la nécessité d'une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

Risques à distance :

- Complications digestives :
 - Eventration de la paroi de l'abdomen.
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
- Complications urinaires :
 - Un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretère ou urètre).
 - Dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, de calculs, d'altération du fonctionnement des reins ou de rupture de la néovessie.
- Complications pariétales :
 - Eventration 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.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle intervention.
- Diarrhée, déficit vitaminique, liés au raccourcissement de votre intestin grêle et nécessitant un traitement prolongé.
- Risques liés au cancer : reprise évolutive justifiant de nouveaux traitements.

Effets secondaires liés à votre dérivation urinaire et effets sexuels :

- Si vous êtes porteuse d'une poche externe de recueil des urines, celle-ci peut de temps en temps fuir. Une adaptation du matériel de stomie règle en général le problème facilement.
- Si vous avez eu un remplacement de la vessie, il est rare que vous soyez d'emblée continente. Le jour, les fuites quasi obligatoires au moment de l'ablation de la sonde vont généralement diminuer assez rapidement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut parfois nécessiter des leviers réguliers. Pour ces problèmes de continence, vous pourrez être aidée par une rééducation spécifique.
Inversement, la vidange de ce nouveau réservoir vésical est fréquemment incomplète (par accumulation de mucus), ce qui peut entraîner des infections urinaires, des calculs et peut justifier des sondages intermittents. Parfois ces sondages s'avèrent difficiles à réaliser. Un encadrement spécifique pourra être mis en place pour vous aider.
- Les problèmes qui découlent de la modification de votre image corporelle (problèmes sexuels, dépression...) pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique.
- L'ablation de la partie antérieure du vagin peut entraîner une gêne au moment des rapports sexuels (douleurs, irritation...). Des traitements locaux pourront être proposés pour améliorer votre sexualité.

Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder: fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, difficultés à uriner, apparition de sang dans les urines ou au bout de la verge, douleurs abdominales, vomissements, blocage des urines avec impression de mauvaise vidange du réservoir.

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'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.