

Fiche Info-Patient



Association Française d'Urologie
www.urofrance.org



Dernière mise à jour : mai 2012

CYSTECTOMIE SUPRA-TRIGONALE

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.

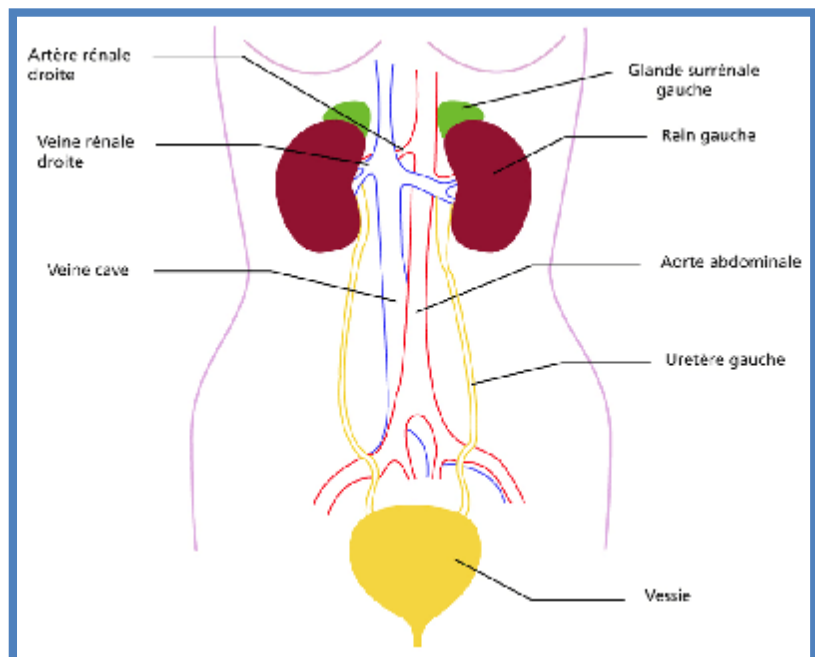
Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

Le trigone vésical est une zone de la vessie de forme triangulaire délimitée en haut par les deux orifices urétéraux et en bas par le col vésical. Le col vésical est la zone de transition entre le réservoir vésical et l'urètre.

Cette intervention consiste à enlever une grande partie de votre vessie en laissant en place le trigone vésical (zone triangulaire située à la partie basse de la vessie comprenant l'abouchement des deux uretères et le début de l'urètre).

Elle est habituellement associée à la reconstitution d'un nouveau réservoir vésical à l'aide d'un segment de tube digestif (voir fiche spécifique).

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'urètre.

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.

Principe de l'intervention

Votre maladie neurologique a entraîné des troubles urinaires qui ont altéré la paroi de votre vessie. Cela peut être responsable 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).

En cas de complications graves ou de situation à risque de survenue d'une complication, l'intervention est nécessaire.

Cette intervention est définitive et irréversible.

Y-a-t-il d'autres possibilités ?

Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec ou d'impossibilité de réaliser d'autres traitements. Les autres options de traitement sont tout d'abord les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques diminuant l'activité du muscle vésical, les injections intravésicales de toxine botulique, la neuromodulation des racines nerveuses sacrées et la stimulation du nerf tibial postérieur.

Préparation à l'intervention

Il est très important d'évaluer vos capacités d'autosondages. Une infirmière spécialisée (stomathérapeute) vous expliquera les différents types de matériel disponible.

Une consultation d'anesthésie est obligatoire avant l'intervention :

- ◆ 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.

Avant l'intervention :

- ◆ Un ECBU est réalisé (examen cyto bactériologique des urines). En cas de présence d'une bactérie, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant l'opération.
- ◆ Un régime sans résidus est préconisé de façon à ce que votre intestin soit le mieux préparé possible à l'intervention.
- ◆ Les médicaments anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (médicaments qui fluidifient le sang) sont arrêtés et dans certains cas, remplacés par d'autres avant l'intervention ; ils seront repris après l'intervention suivant les prescriptions médicales.

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, un drainage urinaire de la néo-vessie est réalisé par une ou deux sondes pour une durée de 10 à 15 jours.

Un ou plusieurs drains permettant de surveiller les écoulements au niveau du site opératoire sont mis en place.

Une sonde naso-gastrique (tuyau dans le nez) permettant d'évacuer le contenu de l'estomac peut être mise en place pour quelques jours.

Suites habituelles

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 de la sonde vésicale est défini par votre chirurgien.

La reprise du transit est parfois difficile. Des bas de contention veineuse et le lever précoce sont préconisés.

Les conseils et les soins concernant votre « nouvelle vessie » vous sont expliqués pendant votre hospitalisation par votre chirurgien et par une infirmière stomathérapeute.

Durée prévisible du séjour : 15 à 21 jours.

L'ordonnance de sortie comprend les soins infirmiers de pansement, ainsi que les antalgiques, le traitement anticoagulant et les sondes d'autosondages, si besoin. Un séjour en convalescence ou dans un service de médecine physique et de réadaptation adapté à votre handicap peut être conseillé à la sortie du service d'urologie. Une date de consultation post-opératoire avec votre chirurgien vous est communiquée et des ordonnances d'éventuels examens complémentaires à réaliser vous sont remises.

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

Analyse anatomopathologique

La partie de la vessie enlevée est adressée pour analyse au microscope à la recherche d'anomalies.

Suivi post-opératoire

La consultation postopératoire 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).

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

Avec cette chirurgie, 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 :

- Saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.
- Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation.

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 réintervention.
Eviscération, nécessitant en général une réintervention.
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.

A distance de l'intervention :

- Complications digestives :
Troubles du transit (constipation/diarrhée).
Éventration de la paroi de l'abdomen.
Occlusion intestinale par des brides.

- Complications urinaires :
Calculs vésicaux, rénaux ou urétéraux.
Rupture de la vessie.
Rétention urinaire par du mucus .
Insuffisance rénale.

Toutes ces complications peuvent justifier une ré-intervention chirurgicale ou un geste spécifique et un séjour dans une unité de réanimation chirurgicale.

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.