

# Fiche Info-Patient



Association  
Française  
d'Urologie

www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

## DERIVATION URINAIRE APRES CYSTECTOMIE TOTALE : DIFFERENTS TYPES

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 consiste à enlever toute la vessie et à créer un nouveau montage urinaire. Le geste chirurgical emporte généralement la vessie et la prostate chez l'homme et l'utérus chez la femme.

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

- ◆ Rétablissement de la continuité urinaire naturelle en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et le sphincter de l'urètre.
- ◆ Dérivation des urines à la peau :
  - Soit continente en créant un sphincter intestinal avec évacuation des urines par des sondages intermittents.
  - Soit par l'intermédiaire d'un conduit intestinal qui permet l'évacuation de l'urine dans un réservoir externe (une seule poche de recueil des urines).
  - Soit par abouchement direct des uretères à la peau avec maintien d'une sonde dans chaque uretère (deux poches de recueil).

Lors de la programmation d'une cystectomie, avant de choisir la dérivation urinaire, la question principale est de savoir s'il est possible de conserver l'urètre. Lorsque le carcinome vésical s'étend jusqu'à l'urètre, même superficiellement, la conservation de l'urètre n'est pas souhaitable et impose une dérivation urinaire externe.

## L'urètre peut être conservé : réalisation d'une néo-vessie ou entéroplastie de remplacement

Le principe d'une vessie de remplacement est le suivant : utiliser une anse intestinale, la façonner de façon à créer un réservoir, l'aboucher aux uretères et à l'urètre en ayant pris bien soin de conserver le sphincter strié, qui assure la continence urinaire.

Le but de cette néo-vessie est de remplacer au mieux la vessie native en préservant le haut appareil urinaire. Elle doit permettre une continence la meilleure possible, une vidange complète par poussées abdominales et relâchement périnéal.

### 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.

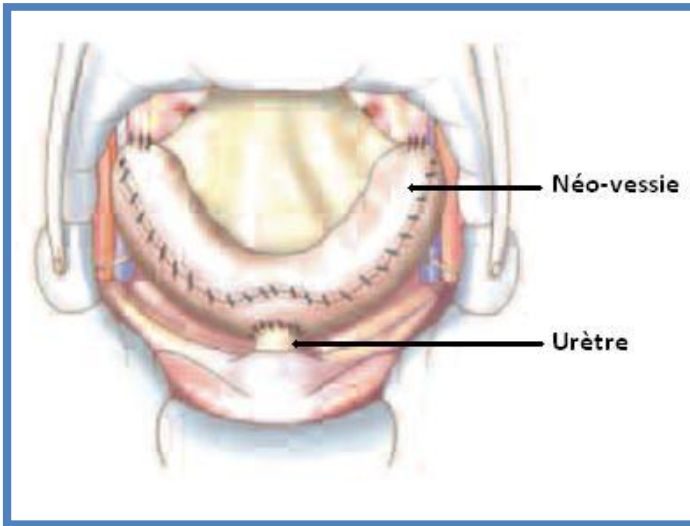


Figure 1 : Néo-vessie type Camey

**Complications des néo-vessies :**

Quelle que soit la néo-vessie choisie, le taux de complications chirurgicales est d'environ 20%. Il est dominé par les complications d'ordre digestif (occlusion intestinale, fistules iléales, éventrations...).

**Surveillance des néo-vessies :**

Il est important de surveiller le fonctionnement de ces néo-vessies : évaluation de la continence et recherche d'une rétention chronique, qui conduit à un dysfonctionnement majeur par hypotonie et à une atteinte du haut appareil urinaire.

En pratique, l'acquisition de la continence n'est pas automatique et nécessite une rééducation périnéale et abdominale.

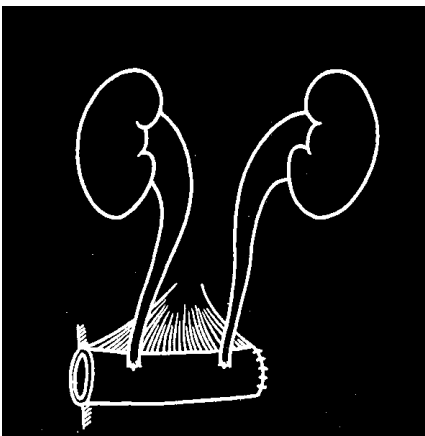
Grâce à cette rééducation, la continence diurne est généralement acquise au bout d'un an et estimée à 90%. La continence nocturne s'acquiert plus difficilement, mais au bout de 2 ans, le taux de continence est d'environ 80%.

Le principal risque des néo-vessies est la rétention chronique, qui se fait le plus souvent à bas bruit avec pour conséquence la distension de la poche et l'infection urinaire. La mauvaise vidange de la néo-vessie conduit alors à une hyperpression dans les cavités urinaires supérieures et à une insuffisance rénale.

## L'urètre ne peut être conservé : réalisation d'une stomie cutanée

Si l'urètre doit être retiré, il est proposé la réalisation d'une urétérostomie cutanée trans-iléale type Bricker. Il est aussi possible de réaliser une dérivation continente.

- ◆ Urétérostomie cutanée trans-iléale type Bricker



Elle consiste en l'implantation des uretères dans un segment d'intestin (iléon) isolé, qui est lui-même abouché à la peau. Il n'y a qu'un orifice cutané (stomie), appareillé avec une poche de recueil collée sur la peau, aucune sonde urinaire n'est nécessaire.

Le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Le patient est éduqué à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée. La modification de l'image corporelle peut être mal vécue et fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

Figure 2 : Dérivation urinaire externe, type Bricker

- ◆ Dérivation continente

Le principe en est le suivant : confection d'un réservoir intestinal, qui est connecté à la peau par une valve continente. Le patient devra donc se sonder régulièrement pour évacuer les urines du réservoir.

Pour réaliser la valve continente, deux techniques sont le plus souvent utilisées :

- ♦ soit l'utilisation de l'appendice.
- ♦ Soit la confection d'une valve par invagination d'une anse d'intestin grêle ; cet artifice permet à l'urine qui remplit progressivement le réservoir de s'infiltrer tout autour du manchon et ainsi d'augmenter la pression pour permettre la continence.

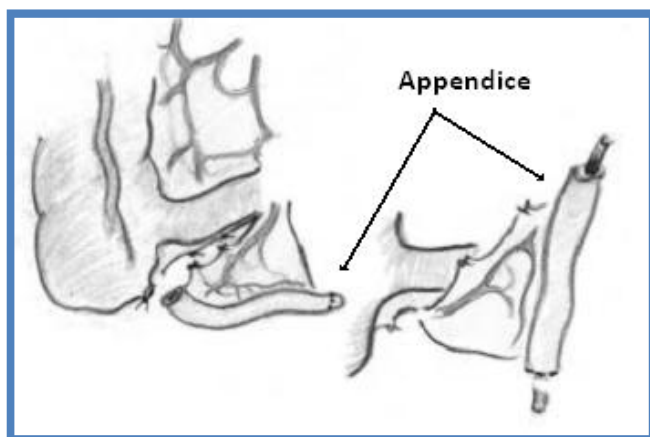


Figure 3 : intervention type Mitrofanoff avec utilisation de l'appendice

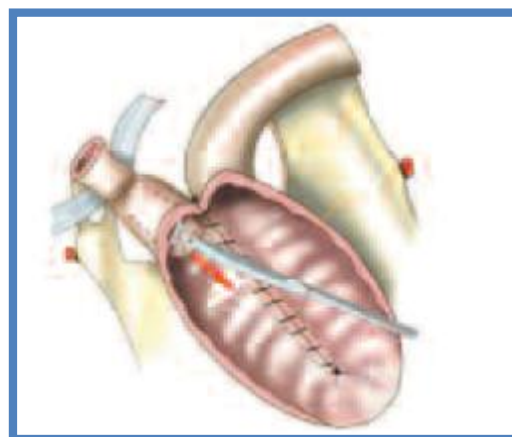


Figure 4 : Dérivation urinaire continente avec poche de Koch

Au total, le remplacement vésical est une intervention plus complexe que la dérivation cutanée selon Bricker. Il permet de conserver une image corporelle acceptable, en préservant la miction par les voies naturelles. Cette modalité serait associée à une meilleure qualité de vie.

Dans le même temps, la dérivation selon Bricker a très largement bénéficié des progrès technologiques des appareillages, ainsi que de l'aide apportée aux malades par les associations de stomisés.

En conclusion, l'analyse de la qualité de vie des patients ayant soit un Bricker, soit un remplacement vésical a montré que les patients étaient capables de s'adapter à des situations très variées et d'en être le plus souvent satisfaits.

La cystectomie génère de nombreux troubles non urinaires, en particulier sexuels et digestifs. Mais les troubles de la continence semblent être les plus gênants, quel que soit le mode de dérivation choisi. Ce point souligne l'importance de l'information préalable, de la prise en charge et de l'accompagnement spécialisé, tant avant qu'après l'intervention.

\* 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.