

# Fiche Info-Patient



Association Française d'Urologie  
www.urofrance.org



Dernière mise à jour : mai 2012

## ENTEROCYSTOPLASTIE (AGRANDISSEMENT DE LA VESSIE)

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.

Après une lésion de la moelle épinière ou d'autres anomalies du système nerveux central, on peut parfois noter une modification du fonctionnement du muscle vésical qui se contracte de manière anarchique en dehors des mictions, et/ou de la capacité de remplissage du réservoir vésical.

Ces anomalies peuvent également toucher des patients n'ayant pas de maladies ou de malformations neurologiques. Ce dysfonctionnement est à l'origine de signes urinaires : pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions ou des sondages supérieure à 8/jour), urgenteries (besoin brutal, irrésistible, et urgent d'uriner sans possibilité de l'inhiber), incontinence urinaire (perte involontaire d'urines par l'urètre).

L'objectif de cette intervention est de remplacer une partie de la vessie par une poche en intestin afin de traiter la diminution de la capacité vésicale (augmentation du volume contenu) ou des dysfonctionnements de la contraction vésicale (par ablation d'une partie du muscle vésical).

### L'organe

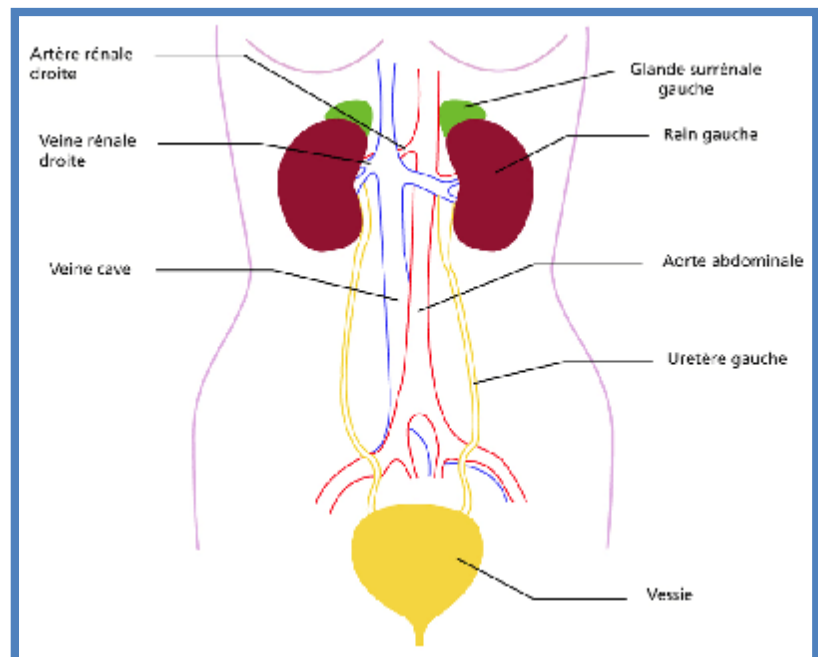


Figure 1 : appareil urinaire

Après une lésion de la moelle épinière ou d'autres anomalies du système nerveux central, on peut parfois noter une modification du fonctionnement du muscle vésical qui se contracte de manière anarchique en dehors des mictions, et/ou de la capacité de remplissage du réservoir vésical.

Ces anomalies peuvent également toucher des patients n'ayant pas de maladies ou de malformations neurologiques. Ce dysfonctionnement est à l'origine de signes urinaires : pollakiurie (augmentation de la fréquence des

#### 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

L'intervention consiste à remplacer une partie de la vessie par un réservoir en intestin grêle. Ce système permet d'augmenter la capacité du réservoir vésical et d'annuler des contractions anarchiques du muscle vésical, source de symptômes tels que les urgences urinaires, la pollakiurie et l'incontinence urinaire.

Cette intervention est définitive et irréversible.

## Y a-t-il d'autres possibilités ?

Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec des autres traitements des contractions anarchiques de la vessie ou lorsque le réservoir vésical a perdu toute sa souplesse. Les autres options de traitement sont :

- ◆ D'abord les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques, diminuant l'activité du muscle vésical.
- ◆ La rééducation périnéale, la stimulation du nerf tibial postérieur peuvent être proposées en complément.
- ◆ La neuromodulation des racines nerveuses sacrées ou l'injection intra-vésicale 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 réalisée préalablement pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

## Technique opératoire

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

La voie d'abord est abdominale (en général autour et au-dessous de l'ombilic). Après avoir enlevé une partie de la vessie, l'intervention consiste à la remplacer par une poche d'intestin. Cette poche est créée à l'aide du prélèvement d'un segment d'intestin grêle d'environ 45 à 50 cm, suturée sur la portion de vessie restante.

En fin d'intervention, vous êtes porteur d'une sonde urétrale drainant l'entérocystoplastie d'agrandissement et permettant de recueillir les urines et les sécrétions de la poche d'intestin. Un ou plusieurs drains sont mis en place pour drainer les écoulements au niveau du site opératoire.

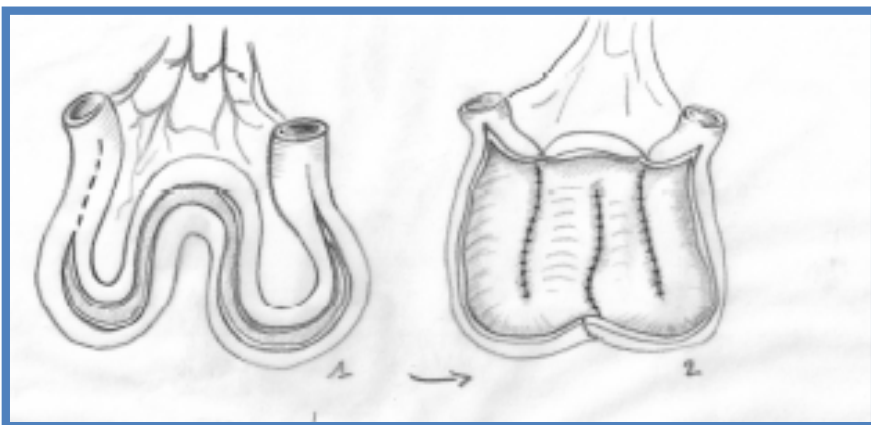


Figure 2 : Différents temps de l'agrandissement de la vessie par de l'intestin

## 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 urinaire est défini par votre chirurgien.

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

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical vous sont expliqués pendant votre hospitalisation. Il est souvent nécessaire de vider l'entérocystoplastie par des auto-sondages, dont vous effectuerez l'apprentissage avec d'une infirmière.

Une surveillance est ensuite réalisée après votre opération, elle a pour but de vérifier le bon fonctionnement de votre système urinaire. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

L'ordonnance de sortie comprend les soins infirmiers de pansement, les sondes d'auto-sondages si besoin, les ordonnances d'antalgiques et de traitement anticoagulant si besoin.

Une date de rendez vous post-opératoire avec votre chirurgien vous est communiquée ainsi que les ordonnances d'éventuels examens complémentaires à réaliser. Un courrier est transmis à votre médecin traitant et autres correspondants que vous avez indiqués.

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 convalescence de quelques semaines est nécessaire. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise de vos activités et de votre travail si besoin et du suivi après l'opération.

## Suivi postopératoire

Un bilan urodynamique à 3 mois et un an peut être proposé pour vérifier la capacité vésicale et l'absence de contractions de l'entérocystoplastie. 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), la réapparition de fuites d'urine doivent vous faire consulter.

Avec un agrandissement vésical, il est normal que des bactéries soient retrouvées sur les analyses d'urine (car elles viennent du segment intestinal utilisé). En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières, cette colonisation par des bactéries ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

Une surveillance endoscopique peut être également nécessaire.

## 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 :

**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 post-opératoires immédiates :**

- 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  
Ouverture de la paroi abdominale  
Ulcère de l'estomac
  
- Complications neurologiques :  
Survenue d'une 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 pariétales : éventration de la paroi de l'abdomen
  
- Complications digestives :  
Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides)  
Troubles du transit (constipation / diarrhée)
  
- Complications urinaires :  
Rupture du réservoir si des sondages réguliers ne sont pas faits  
Calculs vésicaux

**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.