Comment je fais une dérivation urinaire continente (poche de Miami) après pelvectomie pour tumeur urologique ou gynécologique

Gilles Karsenty,
Franck Bladou
Service d'urologie,
Hôpital Sainte-Marguerite (AP-HM),
Université de la Méditerranée,
Marseille.

How to carry out a continent urinary diversion (Miami pouch) after a pelvectomy for a urological or gynecological tumour

Résumé

Après pelvectomie antérieure ou totale pour tumeur urologique ou gynécologique il est nécessaire de rétablir la continuité urinaire. Une dérivation urinaire continente (DUC) est la principale alternative à l'urétérostomie transiléale non continente (Bricker) lorsqu'une néovessie iléale orthotopique n'est pas réalisable. Nous décrivons la technique de réalisation de la poche de Miami (PM ou poche d'Indiana) depuis la sélection des patients candidats jusqu'aux modalités de suivi.

Mots-clés : Pelvectomie, dérivation urinaire, continence, tumeurs malignes.

Abstract

After an anterior or total pelvectomy for a urological or gynecological tumour, it is necessary to restore urinary continence. A urinary continent diversion is the main alternative to a non-continent transileal ureterostomy (Bricker) when a orthotopic ilieal neobladder is not possible. We describe the Miami Pouch (PM or Indiana Pouch) technique, from the selection of candidate patients to forms of aftercare.

Key-words: *Pelvectomy, urinary diversion, continence, malignant tumours.*

Introduction

De nombreuses techniques de DUC ont été proposées depuis la première description de l'usage du cæcum par Verhoogen en 1908 [1]. Elles reposent toutes sur la construction d'un réservoir par remodelage d'un segment intestinal dans lequel les uretères sont réimplantés. Ce réservoir est relié à la paroi par un tube efférent lui aussi intestinal. La continence du montage est liée aux effets combinés de la compliance du réservoir et d'un artifice chirurgical augmentant la résistance du tube efférent [2, 3]. La vidange du réservoir est assurée par auto sondages propres à intervalles réguliers au travers du tube efférent.

La poche de Miami (PM) ou d'Indiana décrite par Rowland en 1987 [4] est un réservoir colique droit dont le tube efférent est la dernière anse grêle naturellement continente grâce à la valvule de Bauhin. Les poches utilisant ce principe (Miami, Mainz, Le Bag, etc.) ont plusieurs avantages sur les techniques type poche Kock utilisant des plicatures invaginations comme moyen de continence : facilité de réalisation, meilleur taux de continence et plus faible taux de ré-intervention [5]. Nous utilisons cette technique depuis 1993 dans cet article, elle est décrite sous sa forme actualisée depuis la sélection du patient jusqu'aux modalités de suivi.

Sélection des patients

Nous proposons systématiquement une PM aux patients répondant aux 4 critères suivants.

Correspondance :
Gilles Karsenty
Service d'urologie
Hôpital Sainte-Marguerite
270, bd Sainte-Marguerite
13274 Marseille cedex 09
gilles.karsenty@ap-hm.fr

• Femme candidate à une pelvectomie antérieure ou totale en intention curative pour tumeur gynécologique avancée ou récidivante (programme de reconstruction multidisciplinaire). Femme candidate à une pelvectomie antérieure en intention curative pour tumeur de vessie ne répondant pas aux critères d'éligibilité du remplacement vésical (localisation trigonale et/ou atteinte de la paroi vaginale). Homme candidat à une cysto-prostatectomie en intention curative pour tumeur de l'urètre ou pour tumeur de vessie et chez qui un remplacement vésical est contre-indiqué soit par un risque de récidive urétrale majoré : CIS diffus, lésion du col et de l'urètre prostatique ; soit par un urètre inutilisable.

• Patient sans antécédents de carcinome colorectal et ne souffrant pas de diarrhée chronique [6] avec côlon droit et dernière anse iléale intacts.

• Clearance de la créatinine inférieure à 45 ml/min en raison du risque majoré d'acidose hyperchloremique morbide due à la réabsorption liée au contact urine/muqueuse intestinale en présence d'une insuffisance rénale [7].

• Motivation manifestée par une participation active au choix de la dérivation urinaire. Dextérité manuelle et capacité cognitive jugées suffisantes après évaluation avec manipulation du futur matériel d'autosondage et des poches de stomie avec infirmière stomathérapeute.

Technique chirurgicale

La préparation préopératoire comprend un régime sans résidu de 7 jours et une purge par 1 litre de sennoside 24 heures avant l'intervention. Le repérage préopératoire des zones de FID à éviter pour l'implantation du néoméat (plis et frottement de ceinture) est utile.

Les ***figures 1 à 3*** résument les temps opératoires.

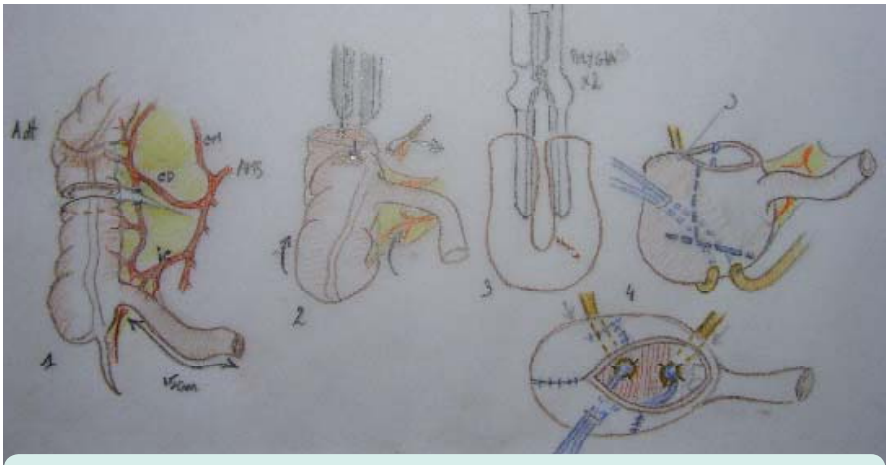

Figure 1 : (étape 1) prélèvement du greffon iléo colique droit (tout le colon droit) pédiculé sur les artères iléo-bicaeco appendiculaires et colique droite par section agrafage à la pince automatique. La remise en continuité digestive consiste en une anastomose mécanique iléo-colique latéro-latérale à la pince automatique. Le greffon fermé est lavé par une mouchetture laissant uniquement passer la canule d'irrigation-aspiration. Il est détubulé (étape 2) par plicature verticale et agrafage à la pince automatique à agrafes résorbables (PolyGIA) (étape 3). Deux coups sont généralement nécessaires, la poche est évaginée pour faire le second agrafage sous contrôle de la vue. Les lignes d'agrafes résorbables sont doublées par des surjets de fil mono filament résorbable 3/0. La fermeture de la poche est débutée avec le même fil. Les uretères intubés par des sondes urétérales sont réimplantés directement au fond de la poche par 4 points totaux. Les sondes sortent en trans-néovesico-pariétal (étape 4).

Soins postopératoires spécifiques

Les lavages des sondes urétérales 3 fois par 24 heures sont débutés dès la sortie de bloc. Lavages doux du réservoir pour éviter l'accumulation de mucus débutés des J1 et intensifiés progressivement pour atteindre 100 à 150 cm^3 à la seringue, en pression, 2 à 3 fois/jour la 3e semaine (entrée par la sonde 14CH sortie par la sonde 24CH). Les sondes sont enlevées selon un calendrier établi ***(figure 3)***.

L'éducation aux auto-sondages débute dès le 21e jour. Les objectifs sont : vidange à la montre toutes les 2 heures (2 heures 30 le jour, 4 heures la nuit) en position assise et couchée le premier mois. Avant la sortie on vérifie l'efficacité des sondages par une mesure du résidu post-sondage dans la poche. Le patient aidé par les infirmières choisit son matériel de sondage (marque, poche de recueil intégrée ou non, sonde droite ou béquillée) à partir d'un large échantillon systématiquement proposé.

On conseille ensuite l'espacement progressif des auto-sondages pour obtenir progressivement une capacité du réservoir entre 400 et 600 cm^3 et un intervalle intersondage de 4 heures. On recommande de ne pas dépasser un volume par sondage de 500 ml, même si le patient peut tenir plus et donc plus longtemps et ce pour éviter les poches dilatées et mal vidangées génératrices de calculs.

Le suivi spécifique de la poche

Il est annuel indépendamment du suivi de la pathologie ayant conduit à la pelvectomie. Il comprend :

• l'inspection de l'orifice cutané du tube efférent et l'observation d'un sondage qui permettent de détecter sténose, hyperkératose ou difficulté de sondage ;

• la mesure de la clearance de la créatinine sur urine des 24 heures et le dosage de la

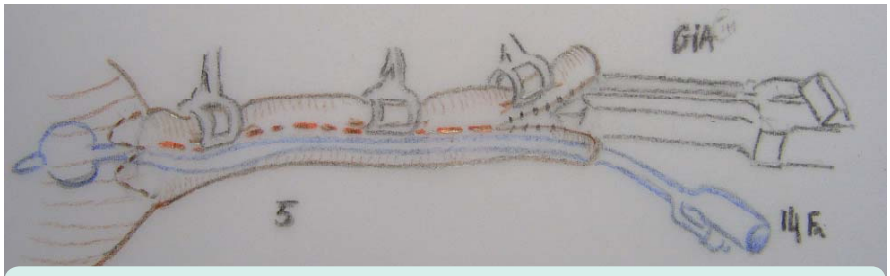

Figure 2 : la dernière anse iléale est calibrée sur une sonde 14 CH par agrafage à la pince automatique GIA (agrafe métallique).

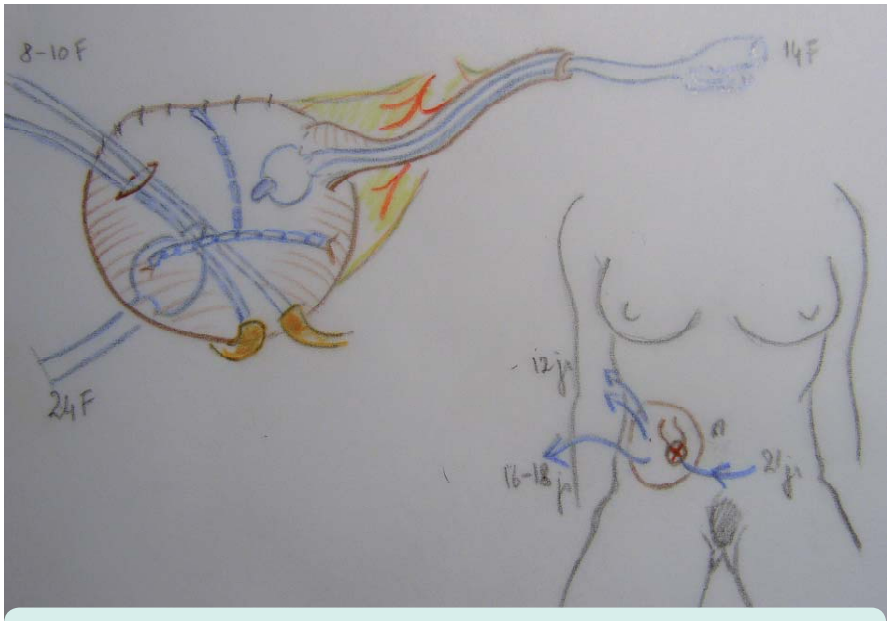

Figure 3 : (à gauche) le drainage de la poche est assuré par les deux sondes urétérales, la sonde Foley 14 du tube efférent et une sonde Foley 22 ou 24 sortant au point le plus déclive de la poche et traversant la paroi postéro-latérale. La sonde Foley 22 ou 24 permet d'attirer le montage dans sa situation définitive et de drainer efficacement le mucus. Calendrier de l'ablation des sondes de drainage : sondes urétérales J12, drainage sortant (Foley 24 CH) J16, sonde du tube efférent J 21 (à droite).

Conclusion

La poche de Miami est une dérivation urinaire de réalisation simple dont le système de continence à une très bonne efficacité à moyen et long terme (> à 80 %) [8]. Elle offre l'avantage sur le Bricker d'un meilleur respect de l'image corporelle et des possibilités sociales (liberté vestimentaire, sport, baignade, sexualité, etc.) [9]. Cet avantage est à mettre en balance avec le risque de survenue de complications spécifiques le plus souvent traitées sans ré-intervention [10] mais inconnues des dérivations non-continentes. Les patients candidats à une pelvectomie non-éligibles pour un remplacement vésical intestinal orthotopique devraient êtres informés de l'existence d'alternatives fiables au Bricker telle que la poche Miami. Ils participeraient ainsi activement au choix de leur dérivation, ce qui, pour Skinner, demeure le meilleur élément prédictif d'une satisfaction postopératoire élevée [11].

vitamine B12 normalement absorbée au niveau de la dernière anse iléale ;

• un examen d'imagerie avec temps comparatif réservoir plein puis vide permettant de contrôler la bonne vidange de la poche, l'absence d'obstruction urétérale et l'absence de calcul dans la poche ou sur la VEUS (nous alternons uro-TDM/échographie).

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

[1] Verhoogen J. Neostomie uretero-caecale : formation d'une nouvelle poche vésicale et d'un nouvel urétre. Assoc Fr Urol 1908;362.

[2] Penalver MA, Bejany D, Donato DM, Sevin BU, Averette HE. Functional characteristics and follow-up of the continent ileal colonic urinary reservoir. Miami pouch Cancer 1993;4 Suppl:1667-72.

[3] Bladou F, Houvenaeghel G, Rossi D, Serment G, Guerinel G, Delpero JR. The Miami pouch : a reliable continent urinary diversion after pelvic exenteration. Prog Urol 1996;2:217-25.

[4] Rowland RG, Mitchell ME, Bihrle R, Kahnoski RJ, Piser JE. Indiana continent urinary reservoir. J Urol 1987;6:1136-9.

[5] Carr LK and Webster GD. Kock versus right colon continent urinary diversion: comparison of outcome and reoperation rate. Urology 1996;5:711-4.

[6] Riddick AC, Turner WH and Mills RD. Bowel function after urinary diversion. World J Urol 2004;3:210-4.

[7] Mills RD, Studer UE. Metabolic consequences of continent urinary diversion. J Urol 1999;4:1057-66.

[8] Karsenty G, Moutardier V, Lelong B, et al. Long-term follow-up of continent urinary diversion after pelvic exenteration for gynecologic malignancies. Gynecol Oncol 2005;2:524-8.

[9] Burkhard FC, Kessler TM, Mills R, Studer UE. Continent urinary diversion. Crit Rev Oncol Hematol 2006;3:255-64.

[10] Angioli R, Estape R, Cantuaria G, et al. Urinary complications of Miami pouch: trend of conservative management. Am J Obstet Gynecol 1998;2:343-8.

[11] Skinner EC. Quality of life with reconstruction. Semin Urol Oncol 2001;1:56-8.