

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
MARS 2025

Cette fiche a été réalisée
en collaboration avec
l'association de patients :

Cancer Vessie France



CYSTO- PROSTATECTOMIE TOTALE

avec dérivation urinaire par entérocystoplastie de remplacement (néo-vessie) pour tumeur de la vessie

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposés ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOUS POUVEZ CONSULTER LE SITE :
WWW.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

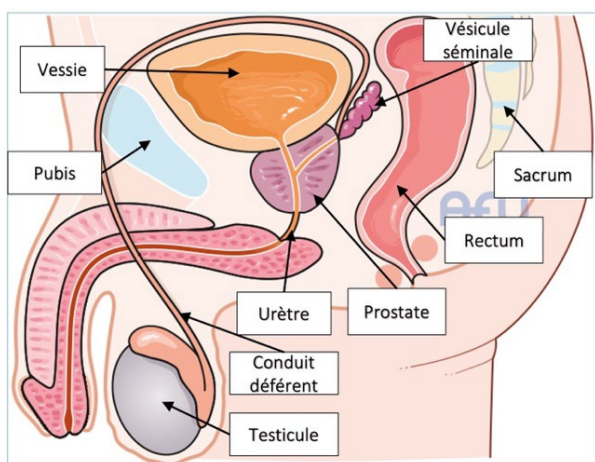
Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

OBJECTIF DU TRAITEMENT

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie atteinte d'un cancer.

RAPPEL ANATOMIQUE

L'urine sécrétée 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 l'homme, l'urètre est long d'environ 17 cm et il est entouré par la prostate dans sa première partie.



LA MALADIE

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

EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

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 améliorer l'efficacité du traitement
- En fonction des caractéristiques de la tumeur un traitement après chirurgie pourra être discuté (chimiothérapie, immunothérapie ou radiothérapie)

Traitements conservateurs

- Radiothérapie et/ou chimiothérapie seule
- Cystectomie partielle ou résection large de la tumeur et /ou radiothérapie et /ou chimiothérapie

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

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention qui vous est proposée est destinée à enlever votre vessie atteinte d'une tumeur cancéreuse.

Habituellement, l'intervention assure l'ablation « en bloc » de la vessie, de la prostate et des vésicules séminales (Vesiculo cysto prostatectomie totale).

En lien avec l'équipe médicale prenant en compte votre état de santé, les caractéristiques de votre tumeur, vous avez fait le choix d'une « néo-vessie ».

Il existe d'autres types de dérivations qui sont exposées dans d'autres fiches.

Attention, pendant l'intervention

selon les constatations per-opératoires il n'est pas toujours possible de faire ce qui était prévu. Aussi, il vous est conseillé de prendre connaissance des autres techniques et d'en échanger avec votre chirurgien et éventuellement avec la stomathérapeute.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

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 préalablement pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

Un programme de récupération amélioré après chirurgie peut vous être proposé. Dans ce cadre il pourra vous être proposé en préopératoire des conseils diététiques avec mise en place de compléments alimentaires, une évaluation motrice et respiratoire avec un kinésithérapeute.

À noter également qu'un picc line ou Mid line pourra être posé la veille ou le jour même de l'intervention celui-ci sera destiné à l'administration des traitements intraveineux de moyenne durée et également afin d'alimenter le patient lors des premiers jours.

Celui-ci est posé si le patient n'a pas de cathéter central.

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 (laparotomie),
- Par coelioscopie, avec ou sans assistance robotique.

Temps d'exérèse

L'opération consiste le plus souvent à enlever toute la vessie, les ganglions adjacents, la prostate, les vésicules séminales et dans certains cas l'urètre.

Dérivation urinaire

Le but de cette néo-vessie est de remplacer au mieux votre vessie malade en préservant le haut appareil urinaire (reins et uretères) . L'objectif est d'avoir une continence la meilleure possible, une vidange complète de cette « néo-vessie » par poussées abdominales et relâchement périnéal.

Le principe d'une néo-vessie est le suivant :

- Prélèvement d'un segment d'intestin grêle d'environ 45 à 50 cm
- Création d'un réservoir avec le segment d'intestin.
- Raccordement du réservoir aux uretères et à l'urètre en ayant pris bien soin de conserver le sphincter strié, qui assure la continence urinaire

Pour cela votre urètre ne doit pas être atteint par des cellules tumorales. Pour s'en assurer, un examen anatomopathologique per-opératoire, dit « extemporané » de la recoupe urétrale est recommandé.

- Des sondes peuvent être positionnées dans les uretères et dans la nouvelle vessie, 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.
- Elles seront retirées dès que possible.

SUITES HABITUELLES, RETOUR À DOMICILE ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de cette intervention et vous êtes autorisés à vous alimenter progressivement. Pendant cette période, vous êtes nourris et hydratés 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. Certaines prises en charge pourront être effectuées par l'équipe d'anesthésie (cathéter péridural, infiltration antalgique ou pompe morphine pendant quelques jours.

- Des lavages réguliers du réservoir peuvent être nécessaires de par le mucus produit par la néovessie car celle-ci est reliée à une sonde vésicale qui se bouche régulièrement
- Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urinaires est défini par votre chirurgien.
- Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention d'une thrombose veineuse (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.
- La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires et de votre état général. Le plus souvent elle est de 10 jours.
- Les ordonnances qui vous ont été remises comprennent les soins de la ou des cicatrices cutanées ainsi que l'injection quotidienne d'un anticoagulant. Le maintien d'un traitement anticoagulant est nécessaire après votre hospitalisation pour prévenir le risque de phlébite et peut nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant. Le port des bas de contention peut être souhaitable au moins 10 jours après votre intervention.
- Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical vous sont expliqués pendant votre séjour. Après un remplacement de la vessie, il vous est recommandé de boire abondamment (> 2 litres/ jour). 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. Il peut conseiller 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 forcément la mise en route d'un traitement antibiotique.
- Après une cystectomie, il vous est conseillé

d'éviter les efforts et les déplacements importants dans le premier mois suivant l'intervention. Un courrier a été adressé à votre médecin traitant pour le tenir informé de votre état de santé. La durée de la convalescence et la date de reprise du travail ou d'une activité physique normale dépendent de votre état physique. Vous discuterez avec votre chirurgien de la date de reprise progressive de vos activités et du suivi après l'opération.

- Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs jours voir 2 ou 3 semaines 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, immunothérapie). Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.
- Un suivi est planifié pour contrôler l'absence de récurrence du cancer, surveiller la fonction rénale, évaluer les fonctions urinaires et sexuelles et prendre en charge d'éventuels effets indésirables. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire.

Modification de votre façon d'uriner, la néo-vessie, un apprentissage indispensable et une surveillance régulière.

Il est rare que vous soyez d'emblée continent. Le jour, les fuites quasi obligatoires au moment de l'ablation de la sonde vont habituellement diminuer progressivement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut nécessiter des levers réguliers.

L'acquisition de la continence n'est pas automatique et nécessite en général 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%.

En effet, sans vessie, vous ne ressentez plus le besoin d'uriner. Votre « néo vessie » nécessite un temps d'apprentissage de quelques mois. Vous devrez apprendre à ressentir les signes qui vous indiquent que votre vessie est pleine (sensation de pesanteur pelvienne) pour aller la vider. Vous devrez aussi aller uriner à heures fixes avec un intervalle de 2 à 3 heures maximal, si possible en position assise en vous relaxant au maximum et en prenant le temps de vidanger toute la néovessie. La nuit, il est recommandé de se réveiller toutes les 2h voire 2h30 pendant les 3 premiers mois puis d'espacer les réveils petit à petit jusqu'à une miction toutes les 3h voire 4h. Vous pourrez être amené à avoir de la rééducation pour agir sur la continence et la qualité des mictions. Quelques séances pré-opératoires peuvent aussi être prescrites. Votre urologue vous a expliqué le fonctionnement de cette nouvelle vessie, il est impératif de suivre ses conseils pour avoir de bons résultats et éviter les infections urinaires.

La miction est plus lente et nécessite un effort de poussée abdominale pour vider complètement ce nouveau réservoir urinaire. En cas de d'impossibilité d'uriner (blocage), il s'agit souvent d'une rétention sur bouchon muqueux. Il faut alors créer une surpression abdominale pour évacuer le bouchon (tousser, pousser, pression abdominale manuelle...).

En cas de difficultés chroniques à vider votre néovessie, il est important d'en parler rapidement à votre urologue. En effet, la néovessie ne doit pas se dilater et donc il est nécessaire de toujours veiller à une bonne vidange régulière. La mauvaise vidange de la néo-vessie conduit à une hyperpression dans les cavités urinaires supérieures et à une insuffisance rénale. Afin de prévenir ces conséquences néfastes, il est possible que des autosondages intermittents soient nécessaires (pour lesquels vous recevrez une formation spécifique). Ces auto-sondages sont faciles et indolores. Si une douleur aiguë et persistante se produit pendant ou immédiatement après l'autosondage, il est

nécessaire que vous preniez rapidement un avis médical.

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.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Ils vous seront expliqués lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

► Les complications communes à toute chirurgie sont :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

► Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :

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 provisoirement (stomie digestive).
- Arrêt ou modification de l'intervention liés aux constatations locales (notamment modification du choix de la dérivation urinaire).
- Certaines complications peuvent entraîner le décès du patient.

Dans les suites opératoires immédiates

- Saignement secondaire pouvant obliger à une nouvelle transfusion et/ou une opération.
- 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 :
 - Obstruction des sondes urinaires par du mucus ou des caillots justifiant des lavages.
- Écoulement d'urines en dehors de

l'entérocystoplastie pouvant former une collection pelvienne ou s'extérioriser par les incisions cutanées ou le rectum (fistules). Cela nécessite parfois une reprise chirurgicale ou la mise en place de sondes supplémentaires externes au niveau des reins (néphrostomies) afin d'assécher la néo vessie le temps de la cicatrisation de celle-ci.

- Écoulement lymphatique pouvant parfois nécessiter une ré-intervention ou un drainage percutané.
- 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.
 - Un écoulement de selles à travers la suture digestive peut survenir (fistule digestive par lâchage de sutures intestinales) nécessitant une ré-intervention.
 - Éviscération nécessitant habituellement une ré-intervention avec parfois la réalisation d'une stomie digestive.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

Toute complication sévère peut conduire au décès du patient.

Risques à distance

- Complications digestives :
 - 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 (uretères ou urètre) pouvant entraîner l'apparition de douleurs lombaires, de calculs urinaires, des

complications infectieuses et une altération de la fonction rénale. Cela nécessite la remise en place de sondes, (sonde néphrostomie ou double J) changées régulièrement ou une réintervention (réimplantation urétérale)

- Dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, de calculs, d'altération du fonctionnement des reins ou de rupture de la néo vessie.
- Complications au niveau de la paroi abdominale (pariétales) :
 - Événtration de la paroi de l'abdomen
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne (abcès, hématome, lymphocèle...) 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 adapté et prolongé.
- Risques propres à votre cancer : reprise évolutive justifiant de nouveaux traitements.

Effets secondaires urinaires et sexuels liés à votre dérivation

Les effets liés à votre dérivation sont exposés plus loin. Il est normal d'avoir des fuites urinaires diurnes et nocturnes au début. L'ablation de la prostate et des vésicules séminales étant le plus souvent réalisée lors de l'ablation de la vessie, il en découle une disparition de l'éjaculation. De même, lors de l'intervention, le risque de léser les nerfs de l'érection est important. Il est donc fréquent de ne plus avoir d'érections après une ablation de la vessie. Différents traitements de ces troubles de l'érection sont possibles et vous sont proposés.

CONSEILS POUR LES SUITES POST OPÉRATOIRES

Prévention d'une phlébite et embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvements des membres inférieurs favorisent la stase veineuse. Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballotement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de côté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre 15.

Cicatrisation

La chirurgie abdominale comporte une ou plusieurs incisions cutanées plus ou moins grandes. Ces incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge ou chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes est

réalisée en hospitalisation ou par une infirmière à domicile suivant la prescription médicale de sortie.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous corticoïde). En cas de sensation de craquement profond de la cicatrice ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

Des troubles du transit intestinal

Après chirurgie abdominale, le retour au transit digestif parfaitement normal peut nécessiter quelques semaines. Des troubles du transit sont fréquents. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles
- Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)
- Éviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les

sucreries et les aliments gras.

- Mobilisation précoce

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

Une fièvre

Une fièvre inexpliquée ($> 38^{\circ}$) peut être en rapport avec une infection urinaire, avec l'infection du site opératoire ou avec une autre complication post-opératoire. Il est nécessaire dans ces conditions que vous consultiez votre médecin ou votre urologue qui fera réaliser les examens nécessaires et jugera de l'attitude à adopter.

Un gonflement progressif d'une jambe, une sensation progressive de lourdeur dans l'abdomen (ou le petit bassin)

L'intervention a comporté l'ablation des ganglions du pelvis. Cette interruption du drainage de la lymphe peut être responsable d'un écoulement du liquide lymphatique dans l'abdomen (lymphocèle) et de la compression d'une veine ou d'un autre organe. Vous devez prévenir votre urologue de cette situation pour qu'il entreprenne les explorations adaptées.

Des douleurs abdominales

Vous avez eu une intervention abdominale, il en résulte des adhérences entre différents segments du tube digestif. A une distance plus ou moins proche de l'intervention, ces adhérences peuvent être responsables d'une occlusion intestinale par arrêt brutal du transit digestif. Cela se traduit par des douleurs abdominales, généralement des spasmes, accompagnées d'un arrêt de l'émission de gaz et des selles, parfois précédé d'une diarrhée. Cette situation nécessite que vous consultiez en urgence pour qu'un traitement

adapté vous soit prodigué (aspiration de l'estomac et si nécessaire, intervention chirurgicale pour libérer l'intestin).

Les douleurs abdominales aiguës soudaines sur rétention

Ce symptôme doit vous conduire immédiatement à consulter en urgence (appel du 15) car même si cela est très rare, il faut craindre une rupture de votre néovessie. Il s'agit d'une urgence absolue à consulter

Des douleurs lombaires

Il peut s'agir d'une rétention des urines dans le rein. Cela peut être en lien avec une sténose du montage urinaire. Si la douleur est unilatérale, il est probable qu'il existe une difficulté de passage des urines de l'uretère dans l'entérocystoplastie. Si les douleurs sont bilatérales, il peut s'agir d'une rétention d'urine dans l'entérocystoplastie. Dans les deux cas, il est important de consulter votre urologue ou aux urgences en cas de fièvre associée.

Des saignements urinaires

La survenue d'urines rouges doit conduire à une consultation avec votre urologue ou aux urgences en cas de saignement abondant ou de présence de caillots, de fièvre ou de douleurs lombaires.

Des fuites d'urines/rétention urinaire

Il est important de surveiller le fonctionnement de ces néo-vessies : évaluation de la continence et recherche d'une vidange incomplète permanente qui entraîne un dysfonctionnement de la « néo-vessie » avec une atteinte rénale.

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 (vidange régulière du

réservoir grâce à l'introduction par vous-même d'une sonde dans le réservoir).

Parfois, ces sondages s'avèrent difficiles à réaliser. Vous pourrez apprendre à faire ces auto-sondages auprès d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute. Ils sont indolores.

En cas de d'impossibilité d'uriner (blocage), il s'agit souvent d'une rétention sur bouchon muqueux. Il faut alors créer une surpression abdominale pour évacuer le bouchon (tousse, pousser, pression abdominale manuelle...). En cas de difficultés chronique à vider votre néovessie, il est important d'en parler rapidement à votre urologue. En effet, la néovessie ne doit pas se dilater et donc il est nécessaire de toujours veiller à une bonne vidange régulière. La mauvaise vidange de la néo-vessie conduit à une hyperpression dans les cavités urinaires supérieures et à une insuffisance rénale. Afin de prévenir ces conséquences néfastes, il est possible que des autosondages intermittents soient. Ces auto-sondages sont faciles et indolores. Si une douleur aiguë et persistante se produit pendant ou immédiatement après l'autosondage, il est nécessaire que vous preniez rapidement un avis médical.

Des troubles de la sexualité

Votre sexualité est modifiée par l'intervention. Plusieurs éléments y concourent, l'intervention chirurgicale, le traumatisme psychologique lié au cancer et les fuites urinaires éventuelles. Il est important de vous en entretenir avec votre urologue afin qu'il vous aide pour retrouver une sexualité satisfaisante.

► Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile vous pouvez prendre une douche.

Puis-je faire du sport ?

La reprise de vos activités sportives est possible progressivement après un mois de repos.

Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui peut ne pas être compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible sans restriction après 10 jours de repos.

Puis-je voyager ?

Sauf avis contraire de votre médecin, les voyages sont possibles à partir du deuxième mois post opératoire.

Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible dès que votre état général le permet.

Il est difficile de répondre ici à toutes vos questions, n'hésitez pas à contacter votre urologue ou votre médecin traitant.

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'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.



EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie,

en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez,



parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste



**ou appelez la ligne
Tabac-Info-Service au 3989**



**ou par internet :
[tabac-info-Service.fr](http://tabac-info-service.fr)**

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **cysto-prostatectomie totale avec dérivation urinaire par entérocystoplastie de remplacement (néo-vessie) pour tumeur de la vessie.**

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site www.urofrance.org/espace-grand-public/

L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

☐ JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

Le/...../.....

Signature

☐ JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin...) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

Signature

Signature de la personne