

fiche info patient

FICHE REMISE LE

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

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
MAI 2025

DÉRIVATION URINAIRE EXTERNE TYPE BRICKER POUR VESSIE NEUROLOGIQUE

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 revoyez 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.**

L'intervention, qui vous est proposée, a pour objectif de dériver l'urine directement en dehors de l'abdomen par l'intermédiaire d'un conduit intestinal. L'urine est recueillie dans une poche extérieure collée à la peau. Ce type de dérivation urinaire externe non continente s'appelle l'intervention de Bricker.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'urine secrétée par les reins est drainée normalement par les uretères vers la vessie. Dans votre situation, l'intervention chirurgicale peut être indiquée dans les cas suivants :

- L'écoulement des urines ne se fait plus normalement et le blocage progressif de cet écoulement vous expose au risque d'une insuffisance rénale (diminution voire perte de la fonction des reins), l'apparition de calculs urinaires, d'infections graves.
- L'incontinence urinaire ne peut pas être traitée par un traitement conservateur médical ou chirurgical.
- Les infections urinaires se font à répétition sans traitement médical efficace.
- Il existe une escarre avec une communication avec votre urètre, source de fuites urinaire permanente.

Cela impose de détourner le trajet des uretères en les abouchant dans un segment d'intestin qui draine les urines à l'extérieur dans un collecteur (poche) adapté.

Il vous sera proposé une ablation de la vessie afin d'éviter une vessie « déshabillée » qui sera à risque de former un pyocyste, c'est-à-dire une infection de la vessie.

De même, une ablation de la prostate peut être discutée. La conservation sémino-prostatique peut être envisagée pour préserver la fertilité et la fonction sexuelle.

Y-A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Il existe d'autres méthodes de dérivation des urines qui ont été considérées par votre urologue:

- L'urétérostomie cutanée, qui est l'abouchement direct des uretères à la peau, et qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère. Ces sondes doivent être changées régulièrement à vie.
- Les dérivations urinaires continentales qui utilisent une partie de votre tube digestif afin de fabriquer un réservoir interne qui sera alors relié à la peau. Les urines sont éliminées à l'aide d'une sonde urinaire d'autosondage à vie.
- La néphrostomie qui consiste à dériver les urines à l'aide d'un tube placé directement dans le (les) rein(s) à travers la paroi du dos.
- Une sonde urinaire à demeure ou une cystostomie sus-pubienne peuvent être posées, mais cette solution est source de complications tardives, notamment infections urinaires récidivantes, calculs de vessie et lésions de l'urètre. La sonde ou la cystostomie sus-pubienne à demeure ne sont donc envisagées qu'à titre temporaire ou en cas de contre-indications ou d'impossibilité des solutions précédentes y compris à la dérivation de type Bricker.

PRÉPARATION 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 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.

Vous devez vous abstenir d'absorber des aliments, des liquides ou de fumer durant les 6 heures qui précèdent votre intervention.

Les urines doivent être stériles pour l'opération : une analyse d'urines est donc réalisée avant l'intervention pour en vérifier la stérilité ou traiter une éventuelle présence de bactéries, ce qui pourrait conduire à repousser la date de votre opération.

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur et assurer un appareillage de la stomie aisé et sans fuites urinaires autour de la poche de recueil des urines. Le site sera déterminé par une infirmière spécialisée ou votre chirurgien avant l'intervention. Après la chirurgie, vous serez éduqué à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée (stomathérapeute).

Une conservation du sperme en préopératoire peut être proposée en fonction des options retenues (ablation concomitante de la vessie et/ou de la prostate).

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, ou par coelioscopie, parfois à l'aide du robot chirurgical.

L'intervention consiste à disséquer les uretères le plus bas possible vers la vessie, à les sectionner puis à les diriger sur le côté droit (ou gauche) et les intuber par une sonde urétérale.

Une ablation de la vessie et/ou de la prostate sera alors réalisée si c'est la stratégie chirurgicale retenue.

Dans un second temps, un segment intestinal d'environ 5 cm est prélevé. Les uretères sont implantés à l'extrémité du segment intestinal et des sondes tutrices sont laissées en place pour une dizaine de jours. Ce segment d'intestin est ensuite fixé à la peau par des points, sur le site choisi avant l'intervention pour réaliser la stomie.

A la fin de l'opération, un ou plusieurs drains peuvent être mis en place. Ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

SUITES HABITUELLES

En général, le **transit intestinal s'arrête temporairement** de manière réflexe dans les suites de l'intervention et vous êtes autorisé à vous alimenter progressivement. Une sonde sortant par une narine (sonde naso-gastrique) est parfois mise en place afin de mettre au repos votre estomac, ou en cas de nausées et vomissements.

La **douleur liée à l'intervention** relève de médicaments antalgiques, qui vous seront administrés régulièrement par l'équipe infirmière. 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. Ces traitements peuvent être poursuivis après votre hospitalisation et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre stomie vous sont expliqués pendant votre séjour.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de la reprise du transit intestinal et de votre état général. Le plus souvent elle est de 7 à 15 jours.

Une surveillance régulière est mise en place avec votre urologue et l'infirmière stomathérapeute pour ce qui concerne les soins de stomie et l'appareillage.

Un traitement anticoagulant préventif des phlébites peut être poursuivi plusieurs semaines à domicile et réalisé par une infirmière. Des contrôles biologiques systématiques lui sont associés et doivent être transmis à votre médecin traitant.

La reprise de vos activités se fera progressivement en fonction des conseils donnés pendant votre hospitalisation et par votre médecin traitant.

ANALYSE ANATOMOPATHOLOGIQUE

Les tissus prélevés lors de l'intervention sont analysés au microscope. Le résultat est connu plusieurs jours après l'opération. Il est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

La consultation postopératoire a lieu entre 1 et 3 mois après l'intervention. Un suivi médical annuel est nécessaire, avec au minimum une échographie rénale ou un scanner et une prise de sang pour évaluer le fonctionnement du rein.

La constatation de saignements urinaires, d'épisodes d'infection urinaire avec des

symptômes (fièvre, douleur), de douleurs lombaires doit vous faire consulter.

Avec cette dérivation urinaire, il est normal que des germes (bactéries) 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.

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
- 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 :

- Saignement 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 à l'aide d'une stomie.
- Arrêt ou modification de l'intervention selon les constatations locales (conversion en chirurgie ouverte).

Dans les suites opératoires immédiates :

- Saignement secondaire pouvant obliger à une nouvelle opération et/ou une transfusion.
- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, sténose, obstruction) pouvant parfois justifier une ré-intervention.
- Problèmes cardio-vasculaires ou liés à l'anesthésie nécessitant une prise en charge dans un service de soins intensifs.
- 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 (abcès) pouvant justifier des soins locaux prolongés
 - Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Eviscération nécessitant une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

Risques à distance :

- Complications digestives : occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides)
- Complications pariétales :
 - Eventration de la paroi de l'abdomen
 - Eventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie entraînant des difficultés d'appareillage
 - Problèmes cutanés autour de la stomie (irritation, calcifications) justifiant des soins locaux et rarement une nouvelle intervention

Complications urinaires :

Rétrécissement au niveau de la suture entre l'intestin et l'uretère, pouvant entraîner l'apparition de calculs urinaires, des complications infectieuses et une altération de la fonction rénale. Sténose (rétrécissement) de la stomie au niveau cutané.

Toutes ces complications tardives peuvent justifier une intervention chirurgicale ou un geste spécifique.

Effets secondaires liés à votre dérivation urinaire : la poche externe de recueil des urines peut fuir de temps en temps. Une adaptation du matériel de stomie règle en général le problème facilement.

Les problèmes qui découlent de la modification de votre image corporelle pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique, notamment par le biais d'un accompagnement psychologique.

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

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 : **dérivation urinaire externe type Bricker pour vessie neurologique.**

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