

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

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 exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques 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.urologie-santé.fr

ENTÉROCYSTOPLASTIE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

— RAPPEL ANATOMIQUE

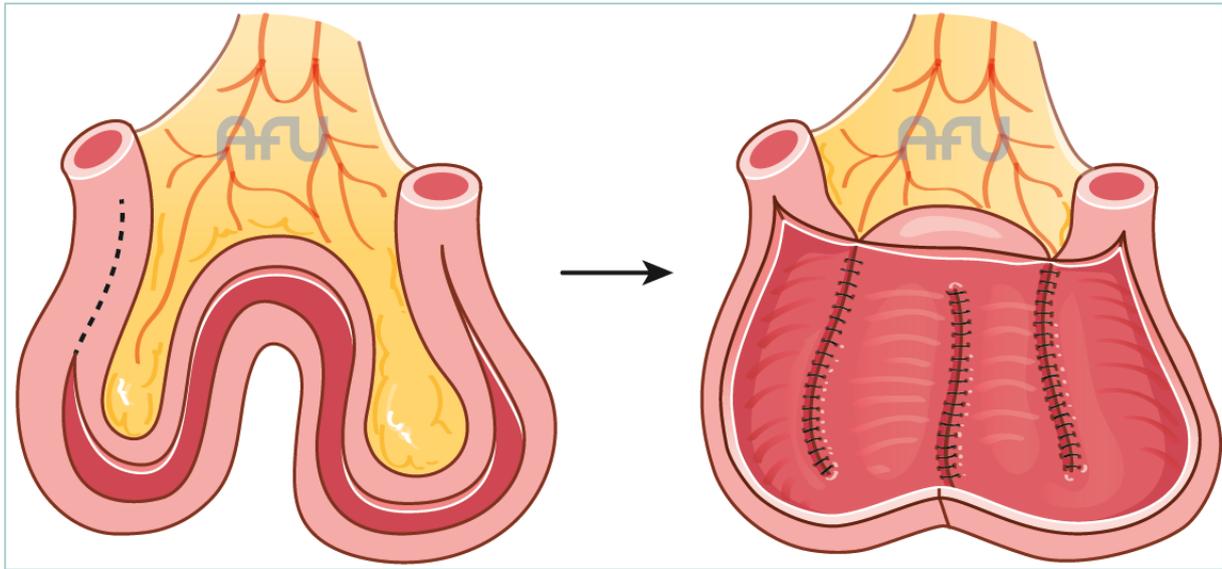
L'urine sécrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. La vessie est le réservoir dans lequel l'urine est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. Cette miction permet l'évacuation de l'urine par le canal de l'urètre. Chez l'homme, l'urètre est long d'environ 17 cm et il est entouré par la prostate dans sa première partie.

Chez la femme, ce canal est court (environ 4 cm)

et il est entouré des sphincters qui assurent la continence. L'utérus et paroi antérieure du vagin assure un soutien postérieur de la vessie.

— 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. Une fois votre vessie retirée, l'évacuation des urines se fait par l'urètre en interposant un réservoir intestinal (entérocystoplastie) entre les uretères et l'urètre. 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.



EXISTE-T-IL D'AUTRES OPTIONS ?

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

- Dérivation urinaire externe non continente. La dérivation des urines directement en dehors de l'abdomen par l'intermédiaire d'un conduit intestinal (intervention de Bricker). L'urine est recueillie dans une poche extérieure collée à la peau.
- Abouchement direct des uretères à la peau (urétérostomie cutanée), ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère
- Dérivation des uretères dans le colon avec élimination des urines par l'anus.
- Dérivation continente des urines à la peau en créant un réservoir intestinal qui impose des sondages intermittents réguliers nuit et jour.

Le choix entre ces différentes techniques dépend de votre état de santé et du type de tumeur. Il fait l'objet d'une discussion pré opératoire avec votre urologue et éventuellement avec l'infirmière stomathérapeute.

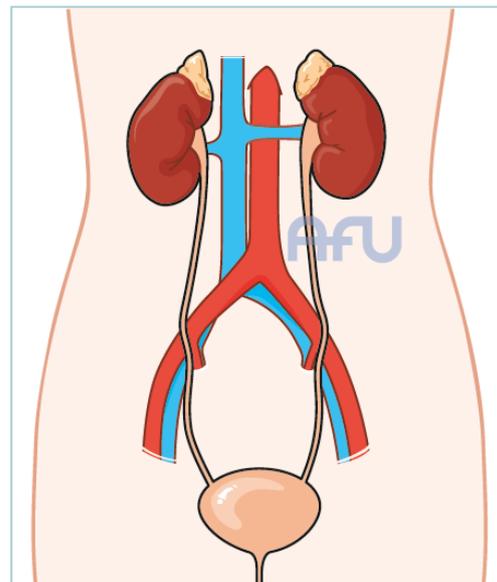
Parfois le choix doit être modifié pendant l'intervention selon les constatations per-opératoires.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention consiste à remplacer la vessie par un réservoir intestinal (entérocystoplastie) relié à l'urètre et aux uretères.

Chez la femme jeune non ménopausée, la préservation des structures de soutien postérieur (utérus et paroi antérieure du vagin) est particulièrement indiquée car elle permet d'optimiser les résultats fonctionnels (continence et vidange de l'entérocystoplastie).

Les constatations per-opératoires concernant l'urètre, l'utérus, paroi antérieure du vagin et l'intestin grêle peuvent imposer de renoncer à la réalisation d'une entérocystoplastie.



PRÉPARATION SPÉCIFIQUE 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, Inhibiteur direct du facteur Xa, Inhibiteur direct de la thrombine, héparine) 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.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale immédiatement après la cystectomie. La préparation à l'entérocystoplastie ne modifie pas celle pour la cystectomie totale (voir fiche spécifique).

Les constatations per-opératoires pouvant imposer de renoncer à la réalisation d'une entérocystoplastie, le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen, primordial pour le confort de vie ultérieur, pourra être marqué avant l'intervention.

En prévision d'éventuelle difficulté de vidange de l'entérocystoplastie, il peut être vérifié avant l'intervention que vous êtes capable de vous autosonder (cf. fiche dédiée).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La voie d'abord est commune à celle de la cystectomie et se fait par une incision abdominale sous ombilicale, plus rarement par coelioscopie. L'entérocystoplastie est créée à l'aide du prélèvement d'un segment d'intestin grêle d'environ 45 à 50 cm. Il sera alors relié à l'urètre et aux uretères.

En fin d'intervention, des sondes sont 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.

SUITES HABITUELLES ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de cette intervention et vous êtes autorisé à vous alimenter progressivement dès la reprise de celui-ci. Pendant cette période, vous êtes nourri et hydraté 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.

Des lavages réguliers des sondes peuvent être nécessaires. Le moment de l'ablation des sondes urinaires et des drains 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 réservoir vésical vous sont expliqués pendant votre séjour.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général. Le plus souvent elle est de 15 jours.

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 aux autres correspondants que vous avez indiqués.

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.

Le risque de complications liées à l'entérocystoplastie vient s'ajouter à ceux de la cystectomie totale au cours de laquelle elle est réalisée (cf. fiche dédiée). **Les complications directement en relation avec l'intervention peuvent être classées en complications :**

↳ Habituelles

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Contamination des sondes urinaires justifiant une antibiothérapie avant leur ablation.
- Obstruction des sondes urinaires par du mucus ou des caillots justifiant des lavages.
- Au moment de l'ablation de la sonde urétrale, il est fréquent que vous soyez incontinent justifiant que vous soyez aidé par une rééducation spécifique.

↳ Occasionnelles

- Infection urinaire nécessitant un traitement antibiotique adapté, plus rarement infection sévère avec passage des germes dans le sang pouvant nécessiter des soins de réanimation.
- Ecoulement d'urines en dehors de l'entérocystoplastie, pouvant former une collection pelvienne ou s'extérioriser par les incisions cutanées, le vagin ou le rectum (fistules) et justifier une prise en charge chirurgicale spécifique.

↳ Rares

- Saignement pendant ou après l'opération susceptible de nécessiter une transfusion et/ou une nouvelle intervention chirurgicale.
- Rétrécissement (sténose) au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretères ou urètre).

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

Les précautions liées à l'entérocystoplastie viennent s'ajouter à celles liées à la cystectomie totale au cours de laquelle elle est réalisée (cf. fiche dédiée). Après un remplacement de la vessie, il vous est recommandé de boire abondamment (> 2 litres/ jour). Il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans le premier mois suivant l'intervention.

MODIFICATION DE LA FAÇON D'URINER :

La réalisation d'une entérocystoplastie nécessite de modifier votre façon d'uriner puisque vous allez perdre la sensation de besoin. Vous devrez donc apprendre quels sont les nouveaux signes qui vous indiquent que votre vessie est pleine (sensation de pesanteur pelvienne). Mais vous devrez aussi aller uriner à heures fixes avec un intervalle de 2 à 3 heures au plus, 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. Votre urologue vous a expliqué le fonctionnement de cette nouvelle vessie, il est impératif de suivre ses conseils. Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer, surveiller la fonction rénale, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

▪ Comment puis-je me laver ?

Il est habituellement préférable de ne pas

prendre de bain pendant les 15 premiers jours. Si la cicatrice n'est pas fermée, les bains restent interdits. En revanche, les douches sont possibles dès la sortie (éviter le jet de la douche directement sur la cicatrice les 15 premiers jours).

▪ Puis-je faire du sport ?

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

▪ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui n'est parfois pas compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible sans restriction à partir du deuxième mois après l'intervention.

▪ Puis-je voyager ?

Sauf avis contraire de votre médecin, les voyages sont possibles à partir du deuxième mois après l'intervention.

▪ Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible sans restriction à partir du premier mois après l'intervention.

▪ Quand puis-je reprendre mon activité professionnelle ?

Il est rarement possible de reprendre une activité professionnelle avant un mois de convalescence. En l'absence de complication et en fonction des contraintes de votre emploi, vous pourrez reprendre celui-ci entre un et trois mois après l'intervention.

▪ Ma sexualité va-t-elle être modifiée ?

Cela est possible, mais n'est pas fréquent. En cas de difficultés sexuelles apparues après l'intervention, votre urologue saura vous apporter une solution adaptée.

— SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

↳ Des fuites d'urines

Les fuites d'urine sont pratiquement constantes dans les suites opératoires immédiates. La rééducation que vous allez pratiquer va améliorer progressivement votre continence.

C'est la continence nocturne qui est la plus longue à obtenir. Une incontinence invalidante persistant au-delà de 6 mois nécessite que vous en parliez à votre urologue pour envisager une prise en charge spécifique.

↳ Des difficultés pour vider l'entérocystoplastie

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 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.

Il peut parfois s'avérer nécessaire de recourir aux auto-sondages intermittents pour vider votre néo-vessie (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'auto-sondage, il est nécessaire que vous preniez rapidement un avis médical. Des traces de sang peuvent être constatées occasionnellement dans les urines, un saignement important ou persistant nécessite l'avis de votre urologue.

↳ Les douleurs abdominales

Si des douleurs abdominales apparaissent, il peut s'agir d'une rétention d'urine. En effet, le besoin d'uriner n'étant plus ressenti comme avec une vessie native, des douleurs abdominales sont souvent le premier signe d'une rétention d'urine. Il faut alors essayer de vidanger son entérocystoplastie en prenant le temps d'uriner. Si cela s'avère impossible, il faut alors mettre en place en urgence une sonde urinaire pour évacuer les urines de la néovessie.

↳ 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.

↳ Les douleurs lombaires

Les douleurs lombaires uni ou bilatérales peuvent avoir de multiples causes. Après l'intervention que vous venez de subir, il peut s'agir d'une rétention des urines dans le rein. 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.

↳ Des urines malodorantes

Il peut s'agir de la traduction d'une infection urinaire sévère. Il est nécessaire d'augmenter la boisson et de vérifier par un ECBU la stérilité des urines.

Vous ne devez pas vous inquiéter de la modification de l'aspect de vos urines, elle est principalement due à la présence de mucus fabriqué par d'intestin. Avec une entérocystoplastie, 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 infectieux ou de circonstances particulières, cette colonisation par des bactéries ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

↳ Fièvre

La survenue d'une fièvre n'est pas habituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale avec un ECBU.

↳ Trouble du transit digestif

Après chirurgie abdominale, le retour au transit digestif 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 urgente auprès de votre chirurgien.

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 physique. 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 publique (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 : **entérocystoplastie**.

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 urologie-santé.fr
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