



Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie*.

Elle vous est 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.

Votre urologue vous a expliqué la pathologie 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.

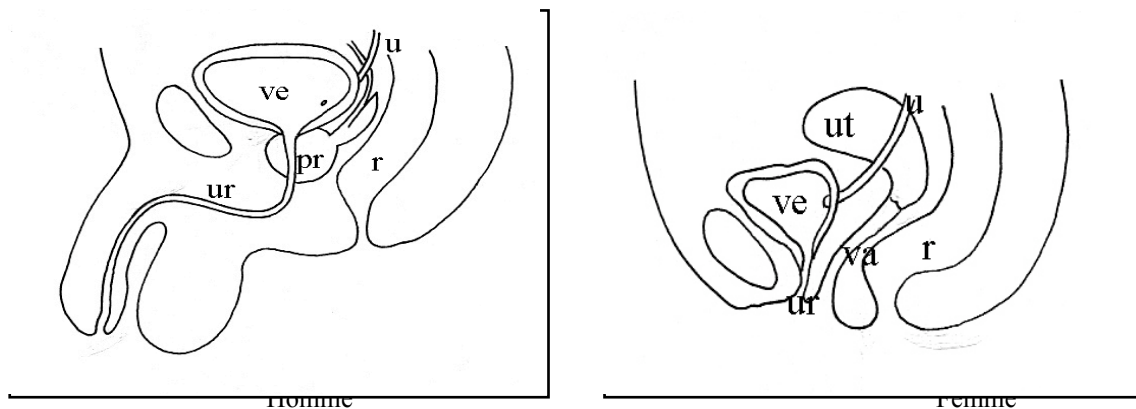
Vous sont exposés ici les raisons de l'acte que va effectuer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

CYSTECTOMIE TOTALE

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

LA VESSIE

La vessie est le réservoir dans lequel l'urine provenant des reins est stockée avant d'être évacuée lors de la miction. L'urine secrétée par les reins est drainée par les uretères vers la vessie. Lors de la miction, les urines sont évacuées à l'extérieur par le canal de l'urètre. Ce canal est court chez la femme (environ 4 cm). Chez l'homme, il est beaucoup plus long (environ 17 cm) et entouré par la prostate dans sa première partie sous la vessie.



Légende : pr : prostate , r : rectum , u : uretère , ur : urètre , ut : utérus , va : vagin , ve : vessie ;

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Les prélèvements effectués au niveau de votre vessie ont mis en évidence une tumeur.

Les caractéristiques de cette tumeur justifient un traitement chirurgical consistant en l'ablation de la vessie. C'est le traitement de référence actuel pour le type de tumeur dont vous êtes atteint (tumeur atteignant le muscle de la vessie ou tumeur plus superficielle mais de grade élevé et récidivante). L'intervention est nécessaire car, en l'absence de traitement, cette tumeur va évoluer et vous exposer aux risques de troubles urologiques et de douleurs ainsi qu'à une progression locale et à distance de la maladie.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITES ?

Un traitement conservateur de la vessie utilisant la radiothérapie et/ou la chimiothérapie peut être proposé dans certains cas. Les indications sont limitées et les résultats à distance imparfaitement évalués.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Comme pour toute intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

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

L'intestin qui est susceptible d'être utilisé pendant l'intervention doit faire l'objet d'une préparation par un régime sans résidu à débiter quelques jours avant l'opération et par l'ingestion la veille de l'opération d'un liquide permettant la vidange de l'intestin.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La voie d'abord est une incision abdominale. L'intervention consiste à enlever toute la vessie. Dans la grande majorité des cas, le geste chirurgical emporte également la prostate chez l'homme et l'utérus chez la femme.

Pour permettre l'élimination des urines, il existe plusieurs possibilités.

-rétablissement de la continuité urinaire naturelle en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et le sphincter de l'urètre.

-dérivation des uretères dans un réservoir colique avec élimination des urines par l'anus.

-dérivation des urines à la peau

-soit continente en créant un sphincter intestinal avec évacuation des urines par des sondages intermittents

-soit par l'intermédiaire d'un conduit intestinal qui s'abouche à un réservoir externe (poche)

-soit par abouchement direct des uretères à la peau avec maintien d'une sonde dans chaque uretère

Le choix entre ces différentes techniques dépend de nombreux critères (siège de la tumeur, âge, sexe, état général et conformation anatomique).

Il peut être indiqué dans certains cas chez l'homme d'enlever le canal de l'urètre dans sa totalité dans certains types de tumeur. Il n'est donc pas possible dans ces cas là d'envisager un remplacement de la vessie et la dérivation des urines vers l'extérieur est nécessaire.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire, une ou deux poches (stomies) seront en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, deux sondes dans les uretères et une sonde dans la nouvelle vessie auront été positionnées.

Egalement, à la fin de l'opération, un ou plusieurs drains auront été mis en place ; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

SUITES HABITUELLES

L'estomac est habituellement mis au repos pendant quelques jours par une petite sonde sortant par une narine; ceci a pour but d'éviter les vomissements.

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous seront administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urinaires sera défini par votre chirurgien.

Vous serez autorisé à vous alimenter progressivement dès la reprise du transit.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre réservoir vésical vous seront expliqués pendant votre hospitalisation.

L'hospitalisation est d'environ 15 jours. 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

Une surveillance sera ensuite réalisée après votre opération, qui aura pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire.

En cas d'utilisation de l'intestin, il peut être nécessaire de boire de l'eau alcaline (type vichy) pour compenser l'acidité de l'urine. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois n'être pas 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 prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

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 et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec le geste opératoire de cystectomie sont possibles :

Pendant le geste opératoire :

- saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang
- blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation

Dans les suites opératoires immédiates :

- saignement pouvant obliger à une nouvelle opération
- phlébite et embolie pulmonaire
- infection
 - * infection urinaire
 - * infection générale avec septicémie
 - * infection de la paroi et de la cicatrice
- complications urinaires (fistule), pouvant parfois justifier d'une ré-intervention
- complications digestives:
 - * retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion
 - * fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention
 - * éviscération
 - * ulcère de l'estomac

Risques à distance :

- complications digestives
 - * éventration de la paroi de l'abdomen (éventration)
 - * occlusion intestinale par des adhérences mécaniques intra-abdominales (brides)
- complications urinaires
 - * un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretère ou urètre)
 - * éventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie
 - * dilatation de la vessie intestinale avec risque de rétention d'urine, d'altération des reins ou de rupture

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

EFFETS SECONDAIRES SUR LA CONTINENCE ET LES ERECTIONS

Si vous avez pu bénéficier d'un rétablissement complet de la continuité urinaire, il est rare que vous soyez d'emblée continent. Le jour, les fuites quasi obligatoires au moment de l'ablation de la sonde vont généralement diminuer assez rapidement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut parfois nécessiter des leviers réguliers. Pour ces problèmes de continence, vous pourrez être aidé par une rééducation spécifique.

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. Divers traitements de ce trouble de l'érection sont possibles et vous seront proposés.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

*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.