

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie\*, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

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. Il 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 pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

## ENTÉROCYSTOPLASTIE (AGRANDISSEMENT DE LA VESSIE)

### INTRODUCTION

#### Objectif

**Remplacer une partie de la paroi vésicale par une poche en intestin** afin de traiter la diminution de la capacité vésicale (augmentation du volume contenu) ou des dysfonctionnements de la contraction vésicale (par ablation d'une partie du muscle vésical).

#### L'organe

Après une lésion de la moelle épinière ou d'autres anomalies du système nerveux central, on peut parfois noter une **modification du fonctionnement du muscle vésical** qui se contracte de manière anarchique hors des moments de mictions, **et/ou de la capacité de remplissage du réservoir vésical**. Ces anomalies peuvent également toucher des patients n'ayant pas de maladies ou de malformations neurologiques. Ce dysfonctionnement est à l'origine de signes urinaires : **pollakiurie** (augmentation de la fréquence des mictions ou des sondages supérieure à 8/jour), **impériosités** (besoin brutal, irrésistible, et urgent d'uriner sans possibilité de l'inhiber), **incontinence urinaire** (perte involontaire d'urines par l'urètre).

De plus **sans traitement, il est possible d'avoir des complications rénales (infection, insuffisance rénale)**.

#### Principe de l'intervention

L'intervention consiste à remplacer une partie du muscle et du réservoir vésical par un réservoir en intestin grêle. Ce système permet d'augmenter la capacité du réservoir vésical et d'annuler des contractions anarchiques du muscle vésical, source de symptômes tel que les impériosités, la pollakiurie et l'incontinence urinaire.

***Cette intervention est définitive et irréversible.***

## **Autres options de prise en charge**

**Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec des autres traitements** des contractions anarchiques de la vessie (hyperactivité vésicale) ou lorsque le réservoir vésical a perdu toute sa souplesse. Les alternatives de traitement sont tout d'abord les traitements médicaux à base de médicaments anticholinergiques diminuent l'activité du muscle vésical. La rééducation périnéale, la neuromodulation tibiale peuvent être proposées en complément. La neuromodulation des racines nerveuses sacrées ou l'injection intravésicale de toxine botulique sont des traitements de deuxième intention.

## **L'INTERVENTION / LE SÉJOUR**

### **Liste pour vous préparer à l'intervention**

Si vous avez des difficultés d'appareillage avec les étuis péniers, il est important que vous le signaliez à l'urologue.

Une consultation d'anesthésie va être faite (Un à trois mois avant le geste)

- Pensez à amener toutes vos ordonnances et les examens de sang récents
- Il est important que vous signaliez : toute allergie, la prise d'anti-coagulants, tout problème médical qui vous semble important à signaler.

Si vous avez des problèmes cutanés ou une fragilité particulière, signalez-le au cadre infirmier pour qu'il puisse le cas échéant prévoir un lit adapté. De même, si vous avez un fauteuil roulant, demandez-lui s'il est possible de garder votre fauteuil dans la chambre durant la période d'hospitalisation.

Une semaine avant l'intervention :

- Faites faire un nouvel ECBU. En cas d'infection urinaire, un traitement doit impérativement être prescrit au moins 48H avant le geste.
- Débutez un régime sans résidus (demandez le à votre médecin) de façon à ce que votre intestin soit le mieux préparé possible à l'intervention.

En arrivant dans le service, signalez les éventuels problèmes cutanés que vous avez, de même que la présence d'une infection urinaire et le traitement qui vous a été prescrit.

Pendant l'hospitalisation, n'hésitez pas à demander à l'équipe infirmière de réaliser des lavements évacuateurs ou des touchers rectaux si vous en avez besoin tous les jours pour garder un transit équilibré.

### **Technique opératoire**

La voie d'abord est abdominale (en général autour ou au-dessous du nombril). L'intervention consiste à enlever une partie de la vessie, remplacée par une poche d'intestin. Cette poche est créée à l'aide du prélèvement d'un segment d'intestin grêle d'environ 45-50 cm, qui permet la réalisation d'une poche suturée sur la portion de vessie restante.

En fin d'intervention, le patient est porteur d'une sonde drainant l'entérocystoplastie d'agrandissement, permettant recueillir les urines et les sécrétions de la poche d'intestin. Il y est associé un ou plusieurs drains mis en place et permettant de surveiller les écoulements par le site opératoire.

### **Durée prévisible**

- de l'intervention : 3 à 4 heures
- du passage en salle de réveil : 2 heures
- du séjour : 14 jours

## **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. Il est souvent nécessaire de vider la l'entérocystoplastie par des autosondages dont vous effectuerez l'apprentissage à l'aide d'une infirmière.

Une surveillance sera ensuite réalisée après votre opération, qui aura pour but de vérifier le bon fonctionnement de votre système urinaire. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

## **LE RETOUR À DOMICILE**

### **Préparation à la sortie et soins à domicile**

Ordonnances de sortie : consultation postopératoire (1-3 mois)

### **Reprise d'activités**

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

## **L'ORGANISATION DU SUIVI**

### **Suivi postopératoire**

Un bilan urodynamique à 3 mois et un an vérifie la capacité vésicale, l'absence de contractions de l'entérocystoplastie.

Un suivi médical annuel est indispensable, avec au minimum une radiographie du ventre (ASP), une échographie rénales une prise de sang pour mesure de la clairance de la créatinine (fonctionnement du rein). La constatation de saignements, des épisodes d'infection urinaire avec des symptômes (fièvre, douleur), la réapparition de fuites d'urine doivent vous faire consulter.

Avec un agrandissement vésical, il est NORMAL que des germes soient retrouvés sur les analyses d'urine (car ils viennent du segment intestinal utilisé). En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières cette colonisation par des germes ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

Une surveillance endoscopique peut être également nécessaire.

## **RISQUES ET COMPLICATIONS**

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications sont directement en relation avec le geste opératoire. Elles peuvent justifier une interruption de l'intervention, une modification du geste. D'autres interventions chirurgicales

peuvent également être entraînées par ces complications. **Ces situations vous sont détaillées dans la suite du document, mais sont très rares.**

### **Complications pendant le geste opératoire**

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

### **Complications immédiatement après l'opération**

- Saignement pouvant obliger à une nouvelle opération
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Infection
  - Urinaire
  - Infection de la paroi et de la cicatrice
  - Infection générale avec septicémie
- Complications urinaires (fistule)
- Complications digestives:
  - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion
  - Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré intervention
  - Ouverture de la paroi abdominale
  - Ulcère de l'estomac
- Complications neurologiques :
  - Survenue d'une nouvelle poussée pour les patients ayant une sclérose en plaques
  - Perte de force musculaire, fonte musculaire du fait de l'alitement

### **Complications à distance de l'intervention**

- Complications digestives
  - Troubles du transit (constipation / diarrhée)
  - Éventration de la paroi de l'abdomen
  - Occlusion intestinale par des brides
- Complications urinaires
  - Rupture du réservoir si des sondages réguliers ne sont pas faits
  - Calculs vésicaux

### **AUTRES SOURCES D'INFORMATION**

- Sites de l'AFU : [www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)
- Site du GENULF : [www.genulf.com](http://www.genulf.com)
- Site SIFUD-PP : [www.sifud-pp.org](http://www.sifud-pp.org)

Comité de rédaction de la fiche : S Bart, A Ruffion, X Game, G Karsenty, M de Seze, E Castel, JJ Labat, P Grise, C Scheiber-Nogueira, L Cormier, P Denys

Année de rédaction de la fiche : 2008

Année d'actualisation de la fiche : 2008

\* 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.