

CYSTECTOMIE TOTALE CHEZ L'HOMME (POUR TUMEUR DE LA VESSIE)

Tél.: 010 437 235
secretariat.chirurgie.viscerale@cspo.be

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

Cette fiche d'information est destinée aux patients et aux professionnels de la santé. Elle vise à vous informer des modalités de votre traitement, des effets secondaires fréquents et des complications les plus fréquentes ou les plus graves susceptibles de survenir. Cette brochure n'est pas exhaustive et est basée sur l'état actuel de la science médicale et des guidelines. Certaines situations médicales ne sont pas entièrement prévisibles et nécessitent une adaptation de la prise en charge. Ces éventuelles adaptations ne peuvent donc pas être reprises ci-dessous. Pour autant que cela soit nécessaire, des informations complémentaires pertinentes peuvent vous être communiquées pendant une consultation avec votre médecin.

L'ORGANE

L'urine secrétée 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.

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

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.

Y'A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Il existe d'autres options de prise en charge qui ont été discutées par votre urologue et /ou par le comité multidisciplinaire de cancérologie :

1. 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, et/ou après la chirurgie.
2. 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.

Quand une dérivation externe des urines est prévue, le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Vous serez éduqué à la pratique des soins locaux par une infirmière spécialisée (stomathérapeute).

Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

La voie d'abord se fait par une incision abdominale sous ombilicale, plus rarement par cœlioscopie.

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

Pour permettre l'évacuation des urines, il existe plusieurs possibilités :

Le plus souvent :

- La vessie de remplacement : l'évacuation des urines se fait par l'urètre en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et l'urètre.
- La dérivation externe des urines, en interposant un segment de tube digestif entre les uretères et la peau (intervention de Bricker). L'évacuation des urines se fait dans une poche collectrice que vous porterez en permanence.

Plus rarement :

- Abouchement direct des uretères à la peau (urétérostomie cutanée), ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère

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.

En fin d'intervention, en fonction de la dérivation urinaire réalisée, une ou deux poches sont mises en place. Dans le cas d'un remplacement de vessie, 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

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) est 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 du réservoir peuvent être nécessaires, dans le cas de remplacement de la vessie. 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 ou l'appareillage 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 votre état général.

PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Avant chaque intervention chirurgicale, une consultation d'anesthésie préopératoire 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.

ANALYSE ANATOMOPATHOLOGIQUE

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs jours 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).

Ce résultat est transmis à votre médecin traitant et discuté lors de la visite post opératoire avec votre urologue.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

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

En cas d'utilisation d'un réservoir interne, il est indispensable 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.

Vous êtes informé par votre urologue ou par l'intermédiaire de votre médecin de la conduite à tenir et de la surveillance ultérieure. Un suivi de plusieurs années est le plus souvent nécessaire. Il a pour but de vérifier l'absence de récurrence cancéreuse et le bon fonctionnement de votre système urinaire. La surveillance de la fonction rénale est planifiée par votre urologue.

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 préopératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles :

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.
- Arrêt ou modification de l'intervention liée aux constatations locales.

Dans les suites opératoires immédiates

- Saignement secondaire pouvant obliger à une nouvelle opération et/ou une transfusion.
- 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

- Mauvais drainage des urines (fistule, obstruction).

Écoulement lymphatique

- Écoulement lymphatique pouvant parfois nécessiter une ré-intervention

Complications digestives

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant une ré-intervention.
- Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
- Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

RISQUES À DISTANCE

Complications digestives

- Événtration de la paroi de l'abdomen.
- Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).

Un rétrécissement

- Un rétrécissement (sténose) peut se produire au niveau de la suture entre l'intestin et les conduits urinaires (uretères ou urètre).

Dilatation de la vessie intestinale

- 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 PARIÉTALES

- Événtration 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.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne 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 LIÉS À VOTRE DÉRIVATION URINAIRE ET SEXUELS

- Si vous avez eu un remplacement de la vessie, 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 assez rapidement. La nuit, la continence complète est souvent difficile à obtenir et peut nécessiter des levers réguliers. Pour ces problèmes de continence, vous pouvez être aidé par une rééducation spécifique.
Inversement, 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

Certains éléments 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.