



URETEROSTOMIE CUTANEE

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 maladie 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 exposées 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.

L'intervention qui vous est proposée a pour objectif de dériver les urines en abouchant directement les uretères à la peau au niveau de l'abdomen.

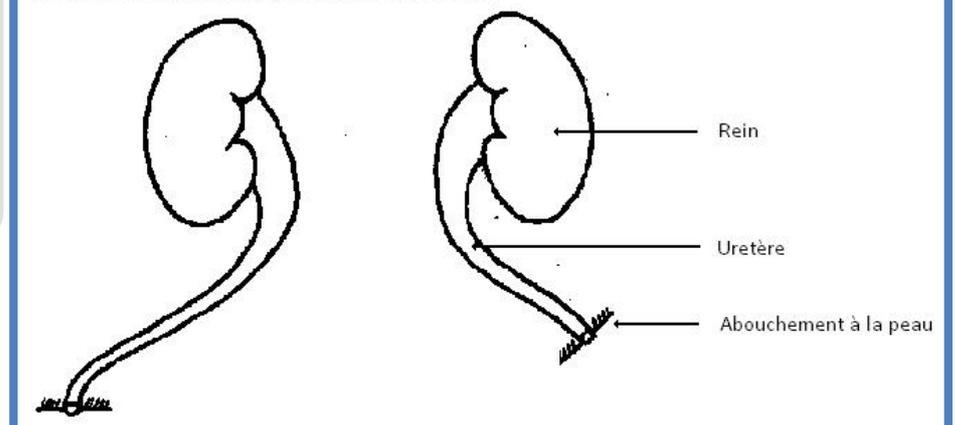
Principe de l'intervention

L'urine secrétée par les reins est drainée normalement par les uretères vers la vessie. Dans votre situation :

- cet écoulement ne se fait plus normalement et le blocage progressif de l'écoulement des urines vous expose au risque d'une insuffisance rénale
- ou encore la vessie doit être retirée, car elle n'est plus fonctionnelle ou elle est atteinte d'une tumeur, nécessitant l'ablation totale de la vessie.

Cela impose de détourner le trajet des uretères en les abouchant directement à la peau. L'urine est recueillie à l'extérieur dans un ou des collecteurs externes.

Figure : urétérostomie cutanée bilatérale



Y-a-t-il d'autres possibilités ?

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

- ◆ La dérivation cutanée trans-iléale (Bricker), qui consiste à dériver les urines dans un segment d'intestin abouché à la peau.
- ◆ Les dérivations digestives continentales ou incontinentales, qui utilisent une partie de votre tube digestif afin de fabriquer un réservoir interne, qui sera relié soit à la peau, soit à l'urètre. Les urines sont éliminées à l'aide d'une sonde ou naturellement.
- ◆ La néphrostomie, qui consiste à dériver les urines à l'aide d'un tube placé directement dans le(s) rein(s) à travers la paroi de l'abdomen.

Attention :

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

Préparation 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) 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.

Le choix du site d'implantation de la ou des stomies 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).

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 le plus souvent sous ombilicale. L'intervention consiste à sectionner les uretères à proximité de leur implantation dans la vessie, puis à les fixer à la peau au niveau de l'abdomen en abouchant chaque uretère le plus souvent séparément. Une sonde est laissée en place à l'intérieur de chaque uretère pour permettre un bon écoulement de l'urine. Une poche collectrice d'urine est placée sur chaque stomie urétérale. A la fin de l'opération, un ou plusieurs drains sont parfois mis en place; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

Suites habituelles

La douleur liée à l'intervention relève de médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement. Le moment de l'ablation du ou des drains est défini par votre chirurgien. Pendant votre hospitalisation, des mesures de prévention des thromboses veineuses (phlébite) sont mises en place, pouvant faire appel à une mobilisation précoce, une contention des membres inférieurs (bas à varices) et un traitement anticoagulant.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de votre état général.

Analyse anatomopathologique

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

Suivi post-opératoire

Une surveillance régulière est mise en place avec votre urologue et l'infirmière stomathérapeute pour ce qui concerne la (ou les) stomie et l'appareillage.

Un traitement anticoagulant préventif des phlébites est en général 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 surveillance de la fonction rénale est planifiée.

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

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.

Les poches collectant les urines doivent être changées régulièrement par vous même, le plus souvent tous les 1 à 3 jours. On vous explique en détail comment procéder. Les sondes placées dans les uretères doivent être remplacées régulièrement par votre urologue, le plus souvent toutes les 4 à 6 semaines.

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

Occasionnelles :

- Infection du site opératoire.
- Infection urinaire justifiant un traitement antibiotique adapté, plus rarement infection sévère avec passage des germes dans le sang pouvant nécessiter des soins de réanimation.
- Douleurs ou inconfort de la zone opérée.
- Douleurs ou inconfort lors des changements de sonde.
- Irritation cutanée autour de la stomie.
- Fuites urinaires autour de la poche.
- Perte imprévue de la sonde nécessitant une repose rapide.
- Complications digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
 - Eviscération nécessitant habituellement une ré-intervention.
 - Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

Rares :

- Traumatisme de l'uretère lors du changement des sondes.
- Calculs urinaires.
- Obstruction de l'uretère du fait de caillots, rétrécissements, coutures pouvant nécessiter une nouvelle intervention ou la mise en place d'un drainage direct du rein (néphrostomie).
- Désinsertion de l'uretère.
- Blessure d'organes de voisinage nécessitant leur réparation ou leur ablation.
- Saignements pendant ou après l'opération susceptibles de nécessiter une transfusion.
- Complications digestives telles qu'une éviscération de la paroi abdominale ou une occlusion pouvant nécessiter une intervention chirurgicale.
- Apparition d'une collection abdominale ou pelvienne pouvant nécessiter la mise en place d'un drain d'évacuation ou une nouvelle intervention.
- 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.

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.

* 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.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.