

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 revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices 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

DÉRIVATION URINAIRE EXTERNE TYPE BRICKER

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

L'intervention, qui vous est proposée, a pour objectif de permettre l'écoulement de l'urine directement en dehors de l'abdomen au travers d'un orifice à la peau par l'intermédiaire d'un conduit intestinal. L'urine est recueillie dans une poche extérieure collée à la peau. Ce type de dérivation urinaire externe non continente (c'est à dire écoulement continue) s'appelle l'intervention de Bricker.

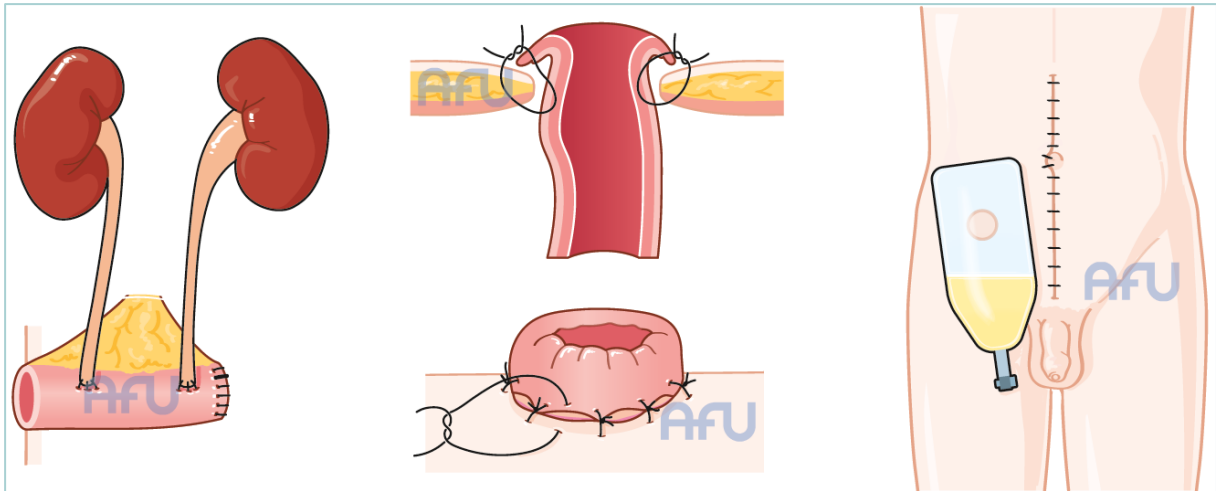
— PRINCIPE DE L'INTERVENTION

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

- **Soit** Cet écoulement ne se fait plus normalement et le blocage progressif de l'écoulement des urines vous expose au risque d'une insuffisance rénale.

- **Soit** La vessie doit être retirée, car elle n'est plus fonctionnelle ou elle est atteinte d'une tumeur, nécessitant l'ablation totale de celle-ci.

Cela impose de détourner le trajet des uretères en les abouchant dans un segment d'intestin qui draine les urines à l'extérieur dans un collecteur adapté.



Y-A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

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

- 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.
- La néphrostomie qui consiste à dériver les urines à l'aide d'un tube placé directement dans les reins à travers la peau au niveau du flanc.
- Remplacement vésical : construction d'une nouvelle vessie reliée à l'urètre à l'aide de l'intestin.

PRÉPARATION SPÉCIFIQUE À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste.

En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

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.

Vous devez vous abstenir d'absorber des aliments, des liquides ou de fumer durant les 6 heures qui précèdent votre intervention.

Les urines doivent être stériles pour l'opération :

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

Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

Une consultation avec une diététicienne peut vous être proposée.

Le choix du site d'implantation de la stomie sur l'abdomen est primordial pour le confort de vie ultérieur. Un marquage cutané du futur emplacement de votre stomie est effectué avant l'intervention. Vous serez éduqué à la pratique des soins de stomie par un(e) infirmier(e) spécialisé(e) (stomathérapeute).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

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

L'intervention comporte plusieurs étapes :

- Repérage et section des uretères
- Section de l'intestin grêle pour isoler un court segment utilisé pour être interposé entre les uretères et la peau
- Rétablissement du circuit intestinal
- Abouchement des uretères dans le segment intestinal et abouchement du segment intestinal à la peau

A la fin de l'opération, des sondes sont mises en place dans les uretères, et un ou plusieurs drains **peuvent être placés dans l'abdomen.**

SUITES HABITUELLES, RETOUR À DOMICILE

En général, le transit intestinal peut s'arrêter temporairement de manière réflexe dans les suites de l'intervention. Votre chirurgien

décidera du moment de la reprise de l'alimentation. Dans les jours suivant l'intervention vous êtes nourri et hydraté par voie veineuse. Dans certains cas, une supplémentation alimentaire est proposée. Une sonde sortant par une narine (sonde nasogastrique) peut être mise en place afin de mettre au repos votre estomac.

Des antalgiques vous seront administrés pour diminuer vos douleurs après l'intervention.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que des sondes urinaires 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.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement de votre stomie vous seront expliqués pendant votre séjour.

La durée de votre hospitalisation est variable, décidée par votre chirurgien en fonction des suites opératoires, de la reprise du transit intestinal et de votre état général.

Une surveillance régulière est mise en place avec votre urologue et l'infirmière stomathérapeute pour ce qui concerne les soins de stomie et l'appareillage.

Un traitement anticoagulant préventif des phlébites est en général poursuivi plusieurs semaines à domicile et réalisé par une infirmière.

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

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

La consultation postopératoire a lieu entre 1 et 3 mois après l'intervention. Un suivi médical **régulier** est indispensable, avec au minimum une échographie rénale et une prise de sang associée à un recueil d'urine pour mesure de la clairance

de la créatinine (fonctionnement du rein).

La constatation de saignements urinaires, d'épisodes d'infection urinaire avec des symptômes (fièvre, douleur), de douleurs lombaires doit vous faire consulter.

Avec cette dérivation urinaire, il est normal que des germes soient retrouvés sur les analyses d'urine. En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières, cette colonisation par des germes ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

PRÉCAUTIONS

↳ Cicatrisation

La chirurgie abdominale comporte une ou plusieurs incisions plus ou moins grandes. Ces incisions sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer, sans urgence, cette cicatrice à votre chirurgien : il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès.

La cicatrisation cutanée s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse ou d'un linge propre. L'ablation des fils ou des agrafes, s'il y a lieu, est réalisée par une infirmière.

Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous corticoïde). En cas de sensation de craquement profond de la cicatrice ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien.

Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation.

↳ Des troubles du transit intestinal

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 en soi un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, de fortes nausées ou des vomissements sont des signes qui nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Pour faciliter la reprise d'un transit normal, il est conseillé de :

- Manger de petites quantités à chaque repas en mastiquant lentement
- Prendre ses repas assis, dans le calme
- Ne pas trop boire en mangeant, mais boire suffisamment entre les repas
- Manger équilibré et le plus varié possible pour éviter les carences nutritionnelles
- Respecter un apport suffisant en protéines (viandes, œufs, poissons, produits laitiers...)
- Eviter les abus de boissons gazeuses, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras.

Questions spécifiques

▪ 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 de l'hospitalisation.

L'appareillage de recueil des urines que vous utilisez est étanche.

Vous pourrez donc aller à la piscine ou à la mer avec votre poche sans qu'elle ne se détache ou que de l'eau n'y pénètre. Il est préférable que le vêtement de bain recouvre l'appareillage et l'orifice de la stomie urinaire. Si vous craignez que votre appareillage ne se décolle, vous pouvez l'essayer dans votre baignoire.

▪ Puis-je faire du sport ?

LA reprise des activités sportives est possible. La date de reprise est fixée par votre chirurgien lors de la consultation post opératoire.

■ Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence, qui peut ne pas être 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 ?

Les voyages sont possibles dans les suites de l'intervention après l'accord de votre chirurgien.

■ Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible.

La présence d'une stomie peut induire une modification de votre sexualité. En cas de troubles sexuels apparus après l'intervention, votre urologue vous proposera une solution adaptée.

■ Quels signes doivent m'alerter concernant ma stomie ?

Une surveillance régulière de l'appareillage est mise en place avec votre urologue et éventuellement avec l'infirmière stomathérapeute. Une modification de la peau autour de la stomie, l'apparition de douleurs locales, un gonflement de la paroi abdominale, une difficulté d'utilisation de la poche, l'apparition de fuites persistantes doivent vous amener à contacter votre urologue ou la stomathérapeute.

■ 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.

■ Faut-il faire des recherches de bactéries dans mes urines (ECBU) ?

Avec cette dérivation urinaire, il est NORMAL que des germes soient retrouvés sur les analyses d'urine. En l'absence de symptômes

(fièvres, douleurs lombaires) ou de circonstances particulières, cette colonisation par des germes ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière. **Il ne faut donc pas faire d'ECBU systématique.**

En cas de difficulté à accepter l'existence de votre stomie, il est nécessaire d'en parler avec votre urologue, qui vous orientera vers une équipe à même de vous aider.

Les informations qui vous sont données ci-dessus concernent les suites opératoires classiques avec les effets secondaires indésirables les plus fréquents. Ce document n'est pas exhaustif. Certains risques y compris vitaux peuvent tenir à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles.

— 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.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

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

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

LES COMPLICATIONS DIRECTEMENT RENCONTRÉES EN RELATION AVEC L'INTERVENTION :

Pendant le geste opératoire :

- Saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.
- Blessure d'un organe de voisinage.
- Arrêt ou modification de l'intervention selon les constatations locales.

Dans les suites opératoires immédiates :

- Saignement secondaire pouvant conduire à une nouvelle opération et/ou une transfusion.
- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fuite d'urine en dehors du conduit, obstruction) pouvant parfois justifier une ré-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.
- 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 digestives :
 - Retard à la reprise du transit intestinal ou

véritable occlusion.

- Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention.
- Eviscération (lâchage de la fermeture de l'incision chirurgicale) nécessitant une ré-intervention.
- Ulcère de l'estomac relevant le plus souvent d'un traitement médical prolongé.

Risques à distance :

- Complications digestives : occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides)
- Complications pariétales :
 - Eventration de la paroi de l'abdomen
 - Eventration autour d'un orifice de stomie ou hernie d'une stomie entraînant des difficultés d'appareillage
 - Rétrécissement (sténose) de l'orifice cutané de la stomie
 - Problèmes cutanés autour de la stomie cutanée (irritation, calcifications, fuites) pouvant justifier des soins locaux ou un ajustement de l'appareillage (poche externe de recueil des urines).
- Complications urinaires : rétrécissement au niveau de la suture entre l'intestin et l'uretère, pouvant entraîner l'apparition de douleurs lombaires, de calculs urinaires, des complications infectieuses et une altération de la fonction rénale.

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

Les problèmes qui découlent de la modification de votre image corporelle pourront faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

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 : **dérivation urinaire de type Bricker.**

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