

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN :
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 revoyiez pour avoir des éclaircissements.

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

INCISION COLLET DIVERTICULE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

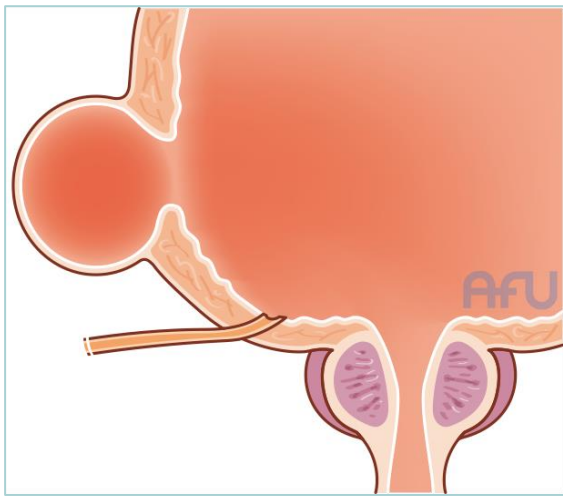
__ QU'EST-CE QU'UN DIVERTICULE DE LA VESSIE ?

C'est une hernie de la couche interne de la paroi

de la vessie (« la muqueuse ») à travers le muscle « detrusor », qui constitue la principale épaisseur de la paroi vésicale (figure). Le plus souvent, ces diverticules se produisent en arrière de la vessie, dans le petit bassin.

Les causes de cette maladie sont soit congénitales (le patient naît avec cette maladie, qui est une anomalie se produisant lors de la formation de la vessie), soit acquises (survenant chez l'adulte, sur une vessie initialement normale).

Le diverticule de vessie acquis, le plus fréquent, est en général dû à la présence d'un obstacle à l'écoulement des urines. Cet obstacle aboutit à une augmentation permanente de pression dans la vessie, contre laquelle lutte le muscle detrusor (muscle de la vessie). Ainsi, des zones de faiblesse se créent dans la couche musculaire de la vessie, créant une hernie appelée diverticule. C'est pourquoi votre urologue fait systématiquement un bilan à la recherche d'un obstacle responsable du diverticule. Cet obstacle, par exemple adénome prostatique, rétrécissement de l'urètre ou maladie du col vésical, devra également être traité pour éviter une récurrence.



— QUELLES EN SONT LES CONSÉQUENCES ?

Un diverticule vésical peut ne donner aucun symptôme. Il est alors dit « asymptomatique » et peut persister pendant plusieurs années, son volume augmentant progressivement.

Lorsque des manifestations cliniques se produisent, elles sont liées au fait que le diverticule est un réservoir annexe pour les urines, relié à la vessie, qui se remplit quand celle-ci se remplit, mais qui se vide mal quand la vessie s'évacue pendant la miction. En effet, le diverticule est entouré de muqueuse, non de muscle, et le collet qui le relie à la vessie est souvent très étroit. Le diverticule se comporte donc comme une cavité atone où les urines peuvent stagner.

Les conséquences possibles de cette stagnation de l'urine sont :

- L'infection urinaire, éventuellement à répétition.
- La formation de calculs dans le diverticule.
- La rétention chronique d'urine.
- Des douleurs pelviennes.
- Une compression des organes de voisinage.
- Des troubles mictionnels divers (envies fréquentes d'uriner, sensation de vidange incomplète).

Ces symptômes sont alors souvent intriqués avec ceux de la cause de la maladie (une obstruction à l'écoulement des urines). Par ailleurs, la muqueuse du diverticule étant exclue, une tumeur peut s'y développer de manière silencieuse, donnant d'autres symptômes.

— POURQUOI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Elle est indiquée si le diverticule est responsable de symptômes gênants, s'il est à l'origine de complications (infection, calcul,...) ou si on y suspecte la présence d'une tumeur. Le traitement a pour but, soit de retirer ce diverticule, soit d'en ouvrir le collet, pour permettre une vidange correcte de la vessie. Le traitement de la cause est toujours associé. Le choix du traitement est déterminé par votre urologue selon les caractéristiques du diverticule.

Avant l'opération, votre urologue fait le bilan nécessaire comportant une échographie de l'appareil urinaire et/ou un scanner abdomino-pelvien et/ou une urétrocystographie rétrograde et mictionnelle, des examens d'urine ainsi qu'une exploration de la vessie sous anesthésie locale, par voie endo-urétrale à l'aide d'un fibroscope.

PRÉPARATION 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.

Vous devez vous munir de tous les résultats des examens que vous avez été amené à réaliser pour le diagnostic (imagerie médicale : échographie, scanner ou IRM). La consultation d'anesthésie est obligatoire avant l'intervention. Un examen d'urines est indispensable avant l'opération, pour vérifier l'absence d'infection. L'infection urinaire doit être traitée et peut faire différer l'intervention jusqu'à obtention de la stérilisation de l'urine. Les médicaments anti-coagulant ou anti-agrégant doivent le plus souvent être arrêtés quelques jours avant l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention sur le diverticule vésical a lieu sous anesthésie générale ou locorégionale. Le principe du traitement (diverticulectomie) consiste à retirer le diverticule vésical de manière complète, et à refermer l'orifice qui le relie à la vessie (collet). Dans certains cas, si le diverticule n'est pas dangereux et peut être laissé en place, sa vidange peut être améliorée par l'incision de son collet, réalisée par voie endoscopique.

Un traitement associé, le cas échéant, visera à traiter la cause de la maladie (par exemple, résection de la prostate ou adénomectomie de la prostate par voie haute).

↳ Diverticulectomie

L'ablation d'un diverticule (diverticulectomie) peut se faire de trois manières :

- Soit par l'intérieur de la vessie : la voie intra vésicale, en cas de petit diverticule, consiste à ouvrir la vessie, à vérifier l'intégrité de celle-ci, puis à repérer l'orifice du diverticule (collet) et à le retirer complètement. La brèche vésicale au niveau du collet est

refermée ainsi que la vessie avec des fils qui se résorberont lentement.

- Soit par l'extérieur de la vessie en libérant ce diverticule des organes adjacents et en sectionnant sa base. La brèche vésicale formée à ce niveau est refermée par des fils résorbables.
- Soit par une combinaison des deux voies d'abord.

Cette intervention peut être réalisée :

- Par laparotomie en effectuant une incision de la paroi abdominale verticale, en regard de la vessie.
- Par laparoscopie (chirurgie par coelioscopie) en pratiquant de petites incisions cutanées permettant d'introduire des instruments et de réaliser l'intervention sous contrôle vidéo. Cette option laparoscopique n'est pas possible en cas de doute sur la présence d'une tumeur de vessie dans le diverticule.

Le choix de la voie d'abord dépend de la taille et du nombre de diverticules, de leur situation, et des habitudes de votre chirurgien.

Quel que soit l'option choisie :

- Le traitement associé dans le même temps ou de façon différée un traitement de l'obstacle à l'évacuation des urines (*adénomectomie* par voie haute ou résection transurétrale de la prostate).
- Une sonde urinaire est posée lors de l'opération et conservée pendant plusieurs jours pour favoriser la cicatrisation de la vessie.
- Un drain est mis en place à travers la paroi, pour pouvoir évacuer en post-opératoire un saignement ou une fuite d'urines autour de la vessie.
- Le diverticule retiré est envoyé en analyse anatomopathologique pour vérifier l'absence de cellule anormale sur la muqueuse.

↳ Incision du collet du diverticule

Pour cette opération, l'urologue introduit un endoscope rigide, par voie naturelle, c'est à dire par l'urètre, jusqu'à la vessie. Une fois le collet du diverticule repéré, il peut inciser le rebord de son collet, puis explorer l'intérieur du diverticule pour vérifier son intégrité et réaliser éventuellement une électrocoagulation de sa

paroi. Le traitement de l'obstacle est également réalisé (résection trans-urétrale de la *prostate* le plus souvent). Une sonde urinaire permettant l'irrigation continue de la vessie est placée lors de l'opération et conservée pendant plusieurs jours.

SUITES OPÉRATOIRES HABITUELLES

Le lavage vésical est interrompu dès que les urines sont claires. La sonde urinaire et le drain éventuel sont conservés plusieurs jours suivant les indications de votre urologue. Des antalgiques vous sont prescrits si besoin. L'injection d'anticoagulants pour la prévention de la thrombose veineuse peut être réalisée en fonction du type d'intervention et de vos facteurs de risque.

L'hospitalisation nécessaire est habituellement de quelques jours. La sortie se fait après vérification que les suites de l'opération sont bonnes : urines claires, bonne évacuation de la vessie, absence de signe d'infection, ...

Un traitement antalgique par voie orale, le traitement anticoagulant et des soins locaux sont prescrits à la sortie suivant votre situation.

La durée de l'arrêt de travail est adaptée au type d'intervention. Après l'opération, il vous est conseillé d'éviter les efforts importants. En cas de brûlures urinaires persistantes, d'urines troubles, de fièvre, de difficultés importantes pour uriner, de douleurs importantes ou d'écoulement au niveau du site opératoire, vous devez consulter votre médecin traitant ou votre urologue. La présence de sang dans les urines en quantité importante ou avec caillots peut nécessiter la pose d'une sonde urinaire avec décaillotage et une nouvelle hospitalisation.

Une consultation de contrôle est prévue quelques semaines après l'intervention pour évaluer la cicatrisation, les résultats fonctionnels (effets sur vos symptômes) et vous donner les résultats de l'analyse anatomopathologique (lorsqu'une exérèse a été réalisée).

RISQUES ET COMPLICATIONS

Les résultats de cette chirurgie sont excellents pour traiter les symptômes qui ont motivé son indication, et cela d'autant plus que la cause du

diverticule a été traitée. Le diverticule a ainsi peu de risque de récidiver.

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 SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

↳ Pendant l'intervention

- Risque de blessure des organes pelviens (vessie, tube digestif, vaisseaux) ou de l'uretère du côté du diverticule. Parfois, le diverticule oblige à retirer la partie terminale de l'uretère, qui sera alors réimplanté dans la vessie.
- Certaines complications sont liées au type d'intervention par laparoscopie (voir fiche cœlioscopie).

↳ Après l'intervention

- Infections : une infection urinaire ou du site opératoire pelvien.
- Hématome pelvien.
- Défaut de cicatrisation de la vessie : la paroi de la vessie peut ne pas être étanche ou mal

cicatriser, permettant à l'urine de se répandre autour de la vessie, dans le petit bassin. Cette fuite d'urine peut se s'étendre au reste de l'abdomen dans certains cas après traitement par laparoscopie. Ces situations nécessitent le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas une ré-intervention.

- **Fistule vésico-cutanée ou vésico-vaginale :** après une chirurgie par voie ouverte, une communication peut se former entre la vessie et la peau ou la paroi vaginale avec écoulement d'urine, nécessitant le maintien prolongé d'une sonde urinaire et dans certains cas, une ré-intervention.
- **Troubles mictionnels :** à type de besoins impérieux d'uriner, le plus souvent transitoires. Leur persistance à distance de l'intervention nécessite un nouveau bilan.
- **Sexualité :** cette opération n'a habituellement pas d'incidence sur la sexualité.
- **Douleurs :** elles sont généralement minimales et limitées aux quelques jours suivant l'intervention. Un fond douloureux pelvien peut se prolonger pendant quelques semaines.

A ces complications s'ajoutent celles de l'acte éventuellement réalisé pour traiter la cause de la maladie (*adénomectomie* voie haute ou résection endoscopique de la *prostate*).

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

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 pour le joindre, en cas de difficulté à le joindre faite le 15.

➤ Prévention de la phlébite et de l'embolie pulmonaire

L'alitement et l'absence de mouvements des membres inférieurs favorisent la stase veineuse.

Des douleurs dans une jambe, une sensation de pesanteur ou une diminution du ballonnement du mollet doivent faire évoquer une phlébite. Il est donc nécessaire de consulter un médecin en urgence.

Afin d'éviter la survenue d'une phlébite, il est conseillé de suivre les recommandations qui vous ont été données : contractions régulières et fréquentes des mollets, mouvements des pieds, surélévation des jambes et suivant la prescription de votre médecin, port de bas de contention.

En cas de douleur thoracique, de point de coté, de toux irritative ou d'essoufflement, il est nécessaire de consulter en urgence car ces signes peuvent être révélateurs d'une embolie pulmonaire. Contactez alors immédiatement votre médecin traitant ou le service d'urgence le plus proche en téléphonant au Centre.

Signes qui peuvent survenir et conduite à tenir

▪ Une hématurie (sang dans les urines)

Les suites de votre intervention sont le plus souvent marquées par la présence de sang dans les urines. Il vous est donc demandé de boire très régulièrement et de façon abondante pour diluer le sang et éviter ainsi la formation de caillots. Ceux-ci peuvent être responsables de la persistance du saignement ou, s'ils sont présents en abondance, être responsables d'un blocage de la vidange de votre vessie.

La constatation d'urines rosées est habituelle et ne doit pas vous inquiéter.

L'hématurie peut également survenir une à trois semaines après l'intervention. Cela correspond à la récurrence du saignement au fond de la zone de cicatrice (chute d'escarre). Vous devez alors boire de nouveau de façon abondante et régulière ; la persistance de sang en abondance (urine très rouge) et de caillots dans vos urines, malgré la boisson abondante, doit vous conduire à consulter votre urologue. Il sera alors peut être nécessaire de vous reposer une sonde pour «>» votre vessie, et très rarement de vous opérer pour arrêter le saignement

▪ Une urétrorragie

Elle correspond à l'émission de sang par l'urètre. Elle survient rarement, est en général peu abondante et cède de façon spontanée.

▪ Des brûlures en urinant

Une légère douleur peut survenir en urinant. Son accentuation ou sa persistance, ou l'apparition d'urine trouble peut correspondre à une infection urinaire, ce qui justifie la réalisation d'un examen bactériologique des urines (ECBU).

Cet ECBU peut montrer une leucocyturie (présence de très nombreux leucocytes) et une hématurie (hématies dans les urines). Ces deux anomalies sont habituelles et témoignent d'une cicatrisation en cours.

En l'absence de germes en abondance, il ne s'agit pas d'une infection urinaire : aucun antibiotique n'est alors nécessaire.

▪ Des douleurs abdominales ou des nausées et des vomissements

Ces symptômes peuvent traduire le passage d'urine dans la cavité abdominale par une communication avec la vessie au niveau de la zone de résection. Ces symptômes doivent vous faire consulter en urgence absolue. Une sonde vésicale doit être mise en place sans retard.

▪ Des difficultés à uriner

La force du jet peut vous sembler faible pendant les premiers jours. Une aggravation de ces difficultés à uriner (poussée abdominale, mictions en goutte à goutte...) peut faire craindre un blocage urinaire (rétention) et justifier un avis médical. Il est alors nécessaire de recontacter rapidement votre urologue ou de consulter en urgence :

- si les difficultés à vider la vessie se majorent au point de craindre de ne plus pouvoir uriner
- si vous avez un blocage complet, c'est à dire une rétention d'urine.

▪ De la fièvre

Toute fièvre inexpliquée peut être en rapport avec une infection de l'appareil urinaire. Elle nécessite que vous consultiez votre médecin

ou votre urologue qui vous prescrira une analyse d'urines à la recherche de bactéries.

▪ Des douleurs lombaires

Exceptionnellement, vous pouvez avoir des douleurs lombaires en rapport avec une obstruction du canal de l'uretère au niveau de son abouchement dans la vessie. Ces douleurs peuvent correspondre à une pesanteur ou à des douleurs intenses dans une fosse lombaire. La survenue de ces symptômes doit vous conduire à consulter votre urologue, l'intensité des douleurs et la présence de fièvre guideront l'urgence de la consultation.

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 : **incision d'un diverticule de vessie.**

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