

fiche info patient

FICHE REMISE LE

...../...../.....

PAR DR

.....

FICHE CRÉÉE AVANT 2012

DERNIÈRE MISE À JOUR :
MAI 2025

ENTÉRO- CYSTOPLASTIE D'AGRANDISSEMENT

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 exposés 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.UROFRANCE.ORG/ESPACE-GRAND-PUBLIC/

**Votre urologue se tient
à votre disposition
pour tout renseignement.**

L'objectif de cette intervention est de remplacer une partie de la vessie 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).

INDICATION

Après une lésion de la moelle épinière ou d'autres atteinte du système nerveux central, on peut parfois observer un dysfonctionnement du muscle vésical qui se contracte de manière anarchique en dehors des 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. Ces dysfonctionnements sont à l'origine de signes urinaires : pollakiurie (augmentation de la fréquence des mictions ou des sondages supérieurs à 8/jour), urgenturies (besoin brutal, irrésistible, et urgent d'uriner sans possibilité de l'inhiber), incontinence urinaire (perte involontaire d'urines par l'urètre).

Par ailleurs, sans traitement, il est possible d'avoir des complications rénales (infection, calculs, insuffisance rénale).

PRINCIPE DE L'INTERVENTION

L'intervention consiste à agrandir la vessie par un réservoir en intestin grêle. Ce qui permet d'augmenter la capacité (la contenance) du réservoir vésical et d'annuler ou diminuer des contractions anarchiques du muscle vésical, source de symptômes tels que les urgenturies, la pollakiurie et l'incontinence urinaire et limiter les complications rénales.

Y-A-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Cette intervention ne peut être proposée qu'en cas d'échec des autres traitements des contractions anarchiques de la vessie ou lorsque le

réservoir vésical a perdu toute sa souplesse. Ces autres traitements sont :

- La rééducation périnéale, la stimulation du nerf tibial
- Les traitements médicaux, diminuant l'activité du muscle vésical
- La neuromodulation des racines nerveuses sacrées ou l'injection intra-détrusorienne de toxine botulique, qui sont des traitements de deuxième intention.

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.

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 les fluidifiants sanguins (aspirine, clopidogrel, anti vitamine K, nouveaux anticoagulants oraux) 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 sera 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 vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection, ce qui pourrait conduire à différer la date de votre opération. Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Un antibiotique peut être administré avant l'intervention.

La voie d'abord est abdominale en chirurgie ouverte ou par laparoscopie ou laparoscopie robot assistée. Le premier temps de l'intervention consiste à retirer une partie importante de la vessie. Dans certains cas, elle est simplement ouverte et conservée. Ensuite, l'intervention consiste à l'agrandir par une poche d'intestin. Cette poche est créée à l'aide du prélèvement d'un morceau d'intestin grêle d'environ 45 à 50 cm, suturée sur la portion de vessie restante.



Lorsque c'est indiqué, d'autres interventions peuvent être associées dans le même temps opératoire :

- Une dérivation cutanée continente (voir fiche correspondante) pour réaliser des autosondages à travers la paroi abdominale. Elle est alors branchée à la vessie agrandie.
- Une chirurgie de l'incontinence urinaire

En fin d'intervention, vous êtes porteur d'une sonde vésicale drainant l'entérocystoplastie d'agrandissement et permettant de recueillir les urines et les sécrétions de la poche d'intestin. Un ou plusieurs drains peuvent être mis en place pour recueillir les écoulements provenant du site opératoire.

SUITES HABITUELLES

La douleur liée à l'intervention sera traitée par des médicaments antalgiques qui vous sont administrés régulièrement.

Le moment de l'ablation du ou des drains ainsi que de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien. La reprise du transit est parfois lente.

Après le retrait de la sonde, vous reprendrez les autosondages que vous pratiquiez avant. Ils seront plus rapprochés pendant les 3 premiers mois post-opératoires.

Une surveillance est ensuite réalisée après votre opération. Il est normal de constater la présence de mucus dans l'urine.

Un séjour en convalescence ou dans un service de médecine physique et de réadaptation adapté à votre situation clinique, le cas échéant, peut être conseillé à la sortie du service d'urologie. Une convalescence d'au moins 3 à 4 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.

PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOINS

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

Après un agrandissement de vessie, il vous est recommandé de boire abondamment, de vider la vessie régulièrement pour laver la vessie et éviter que les urines ne deviennent rouges. Il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans le premier mois suivant l'intervention.

Des troubles du transit intestinal

Après agrandissement de vessie, le retour au transit digestif habituel est rapide, mais il peut parfois nécessiter quelques semaines à plusieurs mois. Une période de plusieurs jours sans selle n'est pas en soi un signe inquiétant. A l'opposé, l'absence de gaz, des nausées ou des vomissements sont des signes qui nécessitent une consultation en urgence (risque d'occlusion).

Activité sexuelle

Il est possible de reprendre une activité sexuelle lorsque les urines sont redevenues claires et que les symptômes ont disparu. La qualité des érections et la libido ne sont habituellement pas modifiées par l'intervention.

Hydratation

Après votre intervention, buvez davantage pendant quelques jours le temps que les urines soient claires. Il n'y a pas de restriction particulière sur le plan alimentaire suite à cette intervention.

SIGNES QUI PEUVENT SURVENIR ET CONDUITE À TENIR

- Certains événements doivent vous faire consulter sans tarder : **fièvre supérieure à 38°5, malaise, douleur du mollet, difficultés à respirer, difficultés à se sonder, apparition de sang dans les urines, douleurs abdominales, vomissements.**

- Douleurs au niveau de la plaie ou de l'abdomen

- Ecoulement clair par la cicatrice

L'ensemble de ces signes peut correspondre à une fuite d'urines sur le site opératoire ou de désunion de la paroi abdominale. Cette situation est rare, mais nécessite une consultation rapide auprès de votre urologue.

ANALYSE ANATOMOPATHOLOGIQUE

Le résultat de l'analyse de votre prélèvement de vessie n'est connu que plusieurs 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-OPÉATOIRE

Un bilan urodynamique peut être proposé pour vérifier la capacité vésicale et l'absence de contractions de la vessie. Un suivi médical annuel est indispensable, avec au minimum une échographie rénale et une prise de sang évaluant la fonction rénale.

Avec un agrandissement vésical, il est normal que des bactéries soient retrouvées sur les analyses d'urine. En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières, cette colonisation par des bactéries ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

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. Ils vous seront expliqués 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
- Saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

► **Les complications spécifiques à l'intervention sont par ordre de fréquence :**

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 post-opératoires immédiates :

- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion.
- 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)
- Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une réintervention avec ouverture de la paroi abdominale.
- Ulcère de l'estomac.
- Complications neurologiques :
 - Survenue d'une 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 pariétales : éventration de la paroi de l'abdomen
- Complications digestives :
 - Occlusion intestinale par des adhérences intra-abdominales (brides).
 - Troubles du transit (constipation / diarrhée).
- Complications urinaires :
 - Rupture du réservoir si des sondages réguliers ne sont pas faits.
 - Calculs vésicaux.

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 physiques. 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](http://tabac-info-service.fr)**

pour vous aider à arrêter.

Consentement éclairé

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (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 : **entérocystoplastie d'agrandissement**.

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 www.urofrance.org/espace-grand-public/

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