

Fiche Info-Patient

DÉRIVATION URINAIRE EXTERNE TYPE BRICKER

(ENR-CSE-145)

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 l'urine directement en dehors de l'abdomen 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 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 :

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

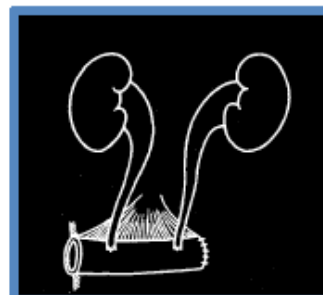


Figure 1 : dérivation urinaire externe type Bricker

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 :

- ◆ L'urétérostomie cutanée, qui est l'abouchement direct des uretères à la peau, ce qui nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère.
- ◆ Les dérivations digestives continentales ou incontinentales qui utilisent une partie de votre tube digestif afin de fabriquer un réservoir interne qui sera alors 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 (les) 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.

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.

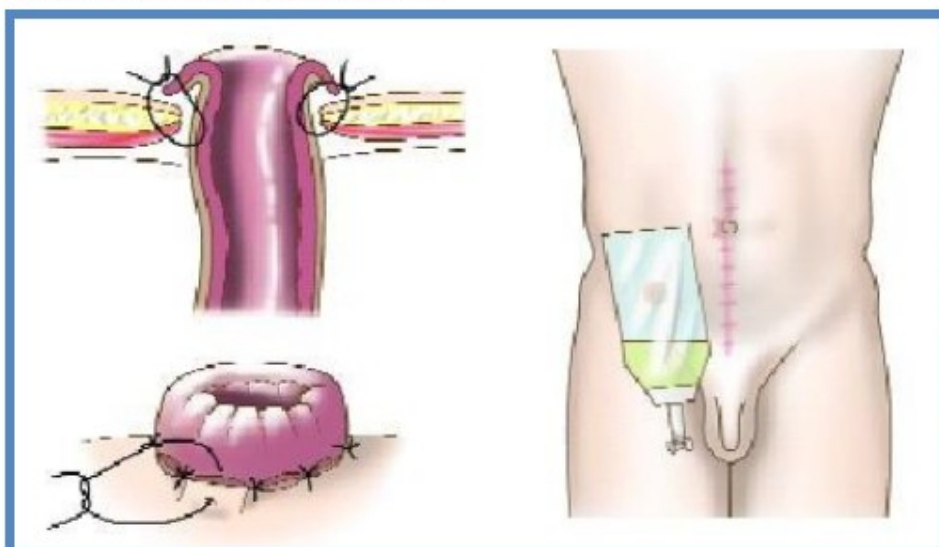
Une préparation digestive est proposée dans certains cas.

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).

Technique opératoire

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

Figure 2 : stomie urinaire et appareillage externe



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

L'intervention consiste à disséquer les uretères le plus bas possible vers la vessie, à les sectionner puis à les diriger sur le côté droit (ou gauche) et les intuber par une sonde urétérale.

Dans un second temps, un segment intestinal de 15 à 20 cm est prélevé. Les uretères sont implantés à l'extrémité du segment

intestinal et des sondes tutrices sont laissées en place pour une dizaine de jours. Ce réservoir d'urines est fixé à la peau par des points, sur le site choisi avant l'intervention pour réaliser la stomie.

À la fin de l'opération, un ou plusieurs drains ont été mis en place ; ils permettent de surveiller les écoulements par le site opératoire.

Suites habituelles

En général, le transit intestinal s'arrête temporairement de manière réflexe dans les suites de l'intervention et vous êtes autorisé à vous alimenter progressivement dès sa reprise. Pendant cette période de jeûne, vous êtes nourri et hydraté par voie intra veineuse. Une sonde sortant par une narine (sonde naso-gastrique) peut être mise en place afin de mettre au repos votre estomac.

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 et nécessiter des contrôles biologiques réguliers par votre médecin traitant.

Les conseils et les soins concernant le fonctionnement 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 la reprise du transit intestinal et de votre état général. Le plus souvent elle est de 7 à 15 jours.

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. Des contrôles biologiques systématiques lui sont associés et doivent être transmis à votre médecin traitant.

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

Analyse anatomopathologique

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

Suivi post-opératoire

La consultation postopératoire a lieu entre 1 et 3 mois après l'intervention. Un suivi médical annuel 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.

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 :

Pendant le geste opératoire :

- Saignement 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 selon les constatations locales.

Dans les suites opératoires immédiates :

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

- Complications urinaires : mauvais drainage des urines (fistule, 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 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
 - Problèmes cutanés autour de la stomie (irritation, calcifications) justifiant des soins locaux et rarement une nouvelle intervention
- Complications urinaires : rétrécissement au niveau de la suture entre l'intestin et l'uretère, pouvant entraîner l'apparition 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.

Effets secondaires liés à votre dérivation urinaire : la poche externe de recueil des urines peut fuir de temps en temps. Une adaptation du matériel de stomie règle en général le problème facilement.

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

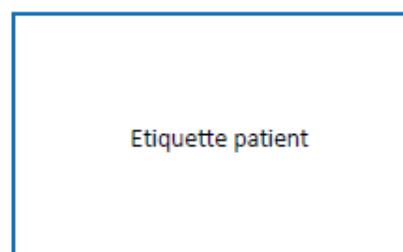
Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) 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.

Fait en double exemplaire

Informations lues, approuvées et comprises

Le :

Signature :



DOCUMENT À APPORTER LORS DE LA CONSULTATION ANESTHÉSIE