

ABRAVIATIONS

BCI	: Bladder cancer Index .
CPT	: cystoprastatectomie totale .
EORTC	: European Organisation for the Research and Traitment of Cancer .
Fig	: figure
HTA	: hypertension artérielle .
OMS	: l'Organisation mondiale de la santé .
Qdv	: qualité de vie .
RTUV	: résection trans-urétrale de tumeur de vessie .
TMNIM	: tumeurs vésicales non infiltrant le muscle .
TV	: tumeur vésicale .
TVIM	: tumeurs vésicales infiltrant le muscle .

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	7
QUALITE DE VIE	9
1- Définition	9
2- Les domaines et composantes de la qualité de vie.....	10
3- Les principales échelles de mesure de la qualité de vie	11
RAPPEL ANATOMIQUE	15
I. Vessie	16
1. Anatomie descriptive de la vessie	16
1.1 Généralités	16
1.2 Situation	16
1.3 Morphologie	16
1.4 Capacité et dimensions	17
1.5 Moyens de fixité	17
2. Rapports de la loge vésicale	18
2.1 Limites de la loge vésicale	18
2.2 Situation de la loge vésicale	20
2.3 Parois de la loge vésicale.....	20
3. La vascularisation de la vessie	23
3.1 Vascularisation artérielle	23
3.2 Vascularisation veineuse	24
3.3 Le réseau lymphatique	26
II. Les uretères	29
1. Configuration externe	29
1.1 Origine , terminaison	29
1.2 Situation , trajet	29

1.3 Dimension	30
2. Configuration interne	32
2.1 La muqueuse	32
2.2 La musculature	32
2.3 L'adventice	32
3. Moyens de fixité	34
4. Rapports	34
4.1 Uretère lombaire.....	34
4.2 Uretère iliaque	34
4.3 Uretère pelvien	35
4.4 Portion vésicale.....	35
5. Vascularisation des uretères	37
5.1 Vascularisation artérielle.....	37
5.2 Vascularisation veineuse	38
5.3 Vascularisation lymphatique	38
6. Innervation des uretères.....	38
III. Anatomie du jéjuno-iléon	38
1. Aspect morphologique	38
1.1.1 La configuration externe	38
1.1.2 La configuration interne	39
2. Aspect topographique	39
3. Moyens de fixité.....	41
4. Le mésentère	43
5. Vascularisation	43
5.1.1 La vascularisation artérielle	43
5.1.2 La vascularisation veineuse.....	45

5.1.3 La vascularisation veineuse	47
6. Innervation	47
LES TUMEURS VESICALES	48
I. Epidémiologie.....	48
II. Diagnostic positif	52
1. Circonstance de découverte	52
2. L'examen clinique	53
3. Les examens complémentaires.....	53
3.1 examen para cliniques de base	53
3.2 bilan d'extension locorégional et général	57
III. Aspects thérapeutique	59
CLASSIFICATION DES TUMEURS VESICALES	61
I. Tumeur vésicale n'infiltrant pas le muscle	63
II. Tumeur vésicale infiltrant le muscle	63
URETEROSTOMIE CUTANEE TRANS ILEALE OU OPERATION DE BRICKER	64
I. La préparation du patient.....	64
II. Repérage du site de la stomie	64
III. Technique chirurgicale	64
IV. Complication	72
PARTIE PRATIQUE	73
I. Objectifs de l'étude	73
II. Matériels et méthodes	74
III. Résultats	77
1. Description de la population d'étude.....	78
2. Evaluation de la qualité de vie	82
2.1 Activités quotidiennes	82

2.2	Activité sexuelle	83
2.3	Activité professionnelle	84
2.4	Sur le plan physique	85
2.5	Sur le plan familial et social	86
2.6	Sur le plan psychique.....	87
3.	Incidents liés à la stomie	88
3.1	Fuites urinaire	88
3.2	Problèmes cutanés	88
3.3	Mauvaise odeur	89
3.4	Problèmes d'appareillage	90
4.	Prise en charge de la stomie	91
5.	La satisfaction	92
	DISCUSSION.....	93
	CONSEILS PRATIQUES POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES UROSTOMISES ...	99
	CONCLUSION	108
	RESUME	110
	ANNEXES	114
	BIBLIOGRAPHIE.....	129

INTRODUCTION

La cystectomie est le traitement de référence pour les tumeurs vésicales non métastatique et les tumeurs superficielles ayant résisté au traitement par immunothérapie ou par chimiothérapie endo vésicale . [1,2]

Après cystectomie, une vessie de substitution semble être le meilleur choix en terme de confort, d'image corporelle et de qualité de vie [3-4-5] ; Cependant cette solution n'est pas toujours envisageable. Donc une dérivation urinaire s'impose .

Le choix de la dérivation urinaire dépend de critères liés à la tumeur et aux patients.

La dérivation urinaire externe de type Bricker est un montage fréquemment réalisé et faire partie de cette chirurgie mutilante qui change le schéma corporel.

La porte d'une telle dérivation induit un véritable bouleversement dans la vie quotidienne de la personne concernée ; elle entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques et psychique inévitable et souvent difficiles à vivre .

Le but de notre travail est d'étudier la qualité de vie des patients ayant bénéficié d' une cystectomie ; avec dérivation urinaire de type Bricker . Quelles conséquences la dérivation aura -t-elle sur sa vie quotidienne , professionnelle et sexuelle ...

Notre travail est une étude transversale menée au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès ; sur 24 patients traités par cystectomie totale avec dérivation urinaire de type Bricker .

QUALITE DE VIE

1-Définition :

Selon l'ancienne définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) , la santé correspond au complet bien être physique, psychologique et social et pas seulement à l'absence de maladie . Cette définition de la santé a permis un questionnement sur le concept de la qualité de vie (Qdv) qui a l'élaboration de deux concept :

- qualité de vie d'un point de vue environnemental qui se base essentiellement sur des critères objectifs tels que les revenus, les indicateurs sociaux et le confort .
- La qualité de vie lié à la santé " Health Related Quality of Life " dans les premiers temps, les recherches se sont centrées principalement sur l'implication des troubles fonctionnels sur la santé, puis ont inclus le fonctionnement social. C'est à partir des années 80, que la dimension mentale sera introduite dans le concept de Qdv .En effet, il apparait important dans la littérature de prendre en compte aussi bien la symptomatologie psychique que la symptomatologie somatique . [6]

Le concept de Qdv possède donc de nombreux définitions qui ont été établies au cours du temps, mais qui n'ont pas permis d'établir de consensus au sein de la communauté scientifique . En 1994, l'OMS propose une définition de ce concept afin d'apporter un cadre théorique en respectant le caractère multidimensionnel de ce concept . Elle reste la définition de référence :

« c'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence , dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit , en relation, avec ses

objectifs , ses attentes , ses normes et ses inquiétudes .il s'agit d'un large champs conceptuel , englobant de manière complexe la santé physique de la personne , son état psychologique , son niveau d'indépendance , ses relations sociales ,ses croyances personnelles et sa relation avec les spécialités de son environnement » [7]

2- Les domaines et composantes de la qualité de vie

Toujours selon l'OMS, le concept de la Qdv se divise en quatre domaines [7]

- Le domaine de la santé physique comprenant les activités quotidiennes, la dépendance aux substances médicales et à l'aide médicale, l'énergie et la fatigue, la mobilité, la douleur physique et la gêne, le sommeil et le repos, et la capacité à travailler .
- Le domaine psychologique comprenant l'image du corps et l'apparence, les sentiments négatifs (anxiété, dépression, tristesse, pessimisme), les sentiments positifs (optimisme), l'estime de soi, les croyances personnelles, la religion et la spiritualité, les opinions, l'apprentissage et la concentration .
- Le domaine des relations sociales comprenant les relations personnelles, le support social et l'activité sexuelle
- Le domaine de la relation sociale comprenant les ressources financiers, la liberté, la sécurité, l'intégrité, les soins médicaux et sociaux ,(accessibilité et qualité), environnement familial, les opportunités d'acquérir de nouvelles informations et pratiques, la participation et les opportunités de création, de loisirs et d'activité, l'environnement physique(pollution, bruit, embouteillage, climat) et les transports.

En effet, la santé physique ne suffit pas à expliquer les déférences de nouveau de Qdv, il est donc fondamental de prendre en compte la santé mentale et psychologique .

Les deux caractéristique fondamentales de la Qdv sont donc la multidimensionalité et la subjectivité . [8]

Tableau 1 : caractéristique fondamentales de la qualité de vie

1. la multidimensionalité	2. la subjectivité
Bien être physique Fonctionnel Emotionnel Social Spirituel	Processus de perception d'attente, d'adaptation .

3- Les principales échelles de mesure de la qualité de vie [9] :

Ce concept étant né dans les pays anglo-saxons , ce sont eux qui les premiers ont cherché au point des échelles de mesure . Elles sont actuellement nombreux , et nous allons citer les principales .

Le quality of well being ou échelle de bien -être , étudie les dysfonctionnement affectant des domaines très divers de la vie courante : morbidité, activité physique, activité sociale ...

Elle évalue le degré de gêne pour chaque dysfonctionnement mais ne tient compte de l'importance que cette gêne revêt pour chaque sujet .

Ces degrés de gêne sont ensuite interprétés en fonction d'une norme définie à partir d'un échantillon représentatif de la population générale .

C'est en faite une échelle de Performance Normée .

Le Nottingham health profil associe à des questions portant sur des données objectives une autre série de questions abordant l'exploration de données subjectives.

Là encore, ces données sont comparées à une norme établie sur la population générale .

Il s'agit donc d'un indicateur de santé perceptuelle (telle qu'elle est perçue par le sujet) par rapport à une norme .

Le Sickness Impact profil ou profil d'impact de la maladie, comporte 136 items explorant douze catégories de dysfonctionnement concernant des domaines de la vie physique et psychoaffective .

C'est une échelle qui évalue des modifications de comportements qui sont utilisés comme indice d'altération de la santé .

C'est donc une échelle d'évaluation du niveau de santé, et comme les précédentes, elle est interprétée en fonction d'une norme établie sur la population générale

Le Mac Master Health quality index ou Index de Sante de Mac Master, travaille sur 3 dimensions concernant les dysfonctionnement physique , social et émotionnel . Si dans certains domaines il évalue le degré de satisfaction, dans d'autres, seul l'aspect quantitatif est observé, impliquant généralement une référence à une norme.

L'Anamnestic Comparative Self assessment ou autoévaluation par comparaison anamnestic, est échelle où les patient utilisent leur propres critères pour pondérer les différentes dimensions contribuant à leur qualité de vie . Pour cela, ils notent les meilleurs et

les pires moments de leur vie passée, et sur cette échelle ainsi calibrée, ils vont ensuite noter les différents aspects de leur vie actuelle .

Le Pil ou test des buts de vie fait un effort pour évaluer la vie intérieure par le moyen de questions sur les buts de vie et le degré de satisfaction général .

La plupart de ces échelles évaluent les réponses du sujet par rapport à une norme établie sur un échantillon représentatif de la population.

Or , ce qui nous intéresse, c'est de déterminer le vécu du patient, sa perception de son état de santé par rapport à "sa " propre norme , sa propre échelle de valeur .

Pour cela on a utilisé trois questionnaires :

- a) Un questionnaire contenant 35 questions inspirées du questionnaire validé et publié en France par Dr Christian Castagnola en janvier 1996. (ANNEXE 1) [11]
- b) Le questionnaire QLQ-30 (Quality of life Questionnaire Core 30) de l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) a été rempli pour chaque patient

Il est composé de 30 items et aboutit à 1 scores , constitués à partir de 5 domaines fonctionnels (physique , activités quotidiennes , fonctions cognitives , bien être émotionnel et bien être social) ; 3 domaine de symptôme (fatigue , nausées et vomissement , douleur) ; un domaine de sante globale et de Qdv ; des items unique (dyspnée , perturbation de sommeil , perte d'appétit , constipation , diarrhée , impact financier)

Un score élevé pour les domaines fonctionnels exprime un bon niveau fonctionnel, un score élevé pour le domaine de santé générale et de Qdv traduit une bonne Qdv mais un score élevé pour les domaine de symptômes représente un haut niveau de symptômes

- c) L'auto-questionnaire Bladder cancer Index (BCI) (ANNEXE 3) : C'est un questionnaire spécifique du cancer de vessie, qui a été traduit et validé en français et en arabe

il a été développé par Gilbert et al. en trois phases successives.

- La première phase a consisté en une revue de la littérature,
- la deuxième en l'élaboration du questionnaire et la

- troisième en sa validation. Celle-ci est passée par les étapes habituelles d'évaluation de la cohérence et de la reproductibilité.

Elle a été faite auprès de 315 patients traités l'université du Michigan en 2004 d'une tumeur de vessie. [10]

Le BCI est composé de trois parties et d'un supplément :

la première partie explore l'état général du patient (7 items) ;

- la deuxième partie explore la fonction urinaire (9 items) ;
- la troisième partie explore la fonction digestive (6 items) ;
- le supplément, optionnel, apporte des précisions supplémentaires sur la fonction sexuelle, l'image corporelle et le bien-être en général (21 items).

RAPPEL

ANATOMIQUE

I- La vessie

1. Anatomie descriptive de la vessie

1.1 Généralités

La vessie est un réservoir musculo-membraneux où s'accumulent dans l'intervalle des mictions l'urine, sécrétée de façon continue par les reins

Elle se compose d'un socle trigonale fixe au contact du plancher pelvien , surmonté d'une calotte mobile .

La vessie occupe la quasi -totalité de la loge vésicale, située à la partie antérieur et médiane de la cavité pelvienne .

1.2 Situation : [12]

Vide, elle est contenue dans la cavité pelvienne en arrière de la symphyse pubienne.

Pleine et distendue, elle déborde en haut l'excavation pelvienne et fait saillie dans l'abdomen .

Chez l'homme :

Elle repose sur la prostate qui la sépare du plancher pelvien . Elle répond en bas aux vésicules séminales et en arrière au rectum .

Chez la femme :

Elle repose en avant de l'utérus et du vagin au dessus du plancher pelvien .

1.3 Morphologie :

La forme de la vessie dépend avant tout de son état de vacuité ou de réplétion :

- le vessie vide est aplatie de haut en bas et d'avant en arrière et présente :

Ø Trois faces : supérieure, antéro-inférieure et postéro-inférieure appelée base et qui reçoit les uretères et dont le sommet est représenté par l'orifice urétral

- Ø Trois bords : un postérieur et deux bords latéraux .
- Ø Trois angles : antérieur , appelé sommet se continuant avec l'ouraque, et deux angles latéraux droite et gauche .

La vessie pleine devient ovoïde à grosse extrémité postéro-inférieure, la distension est maximale en haut et en arrière et le point culminant de la vessie pleine devient postérieur au sommet [13-14-15-]

1.4 Capacité et dimensions

La capacité vésicale physiologique est de 150 à 500 ml, 300 en moyenne, qui correspond à un diamètre moyen de 6 à 8 cm .

La capacité maximale est très supérieur , pouvant atteindre : 2 à 3 l .[13]

1.5 Moyens de fixité :

Ils sont représentés :

- Avant tout par les connexions de la vessie avec l'urètre, et chez l'homme avec la base prostatique .
- Par les ligaments pubo-vésicaux qui amarrent la partie antérieur et inférieur de la vessie au pubis
- Plus accessoirement par l'ouraque et les artères ombilicales oblitérées qui vont se fixer à la face postérieure de l'ombilic .
- Enfin, par le péritoine qui recouvre la face postérieure et les faces latérales de la vessie [13-14]

2 . Rapports de la loge vésicale [13-14-] :

1.2 Limites de la loge vésicale :

La loge vésicale est définie comme étant la partie antérieure du compartiment viscéral du pelvis, elle est limitée : (Fig .1 , Fig. 2)

- En bas : par le plancher pelvien .
- Latéralement : par la partie antérieure des lames sacro-recto-génitovésico-pubiennes
- En avant : par l'aponévrose ombilico-pré-vésicale .
- En arrière : par la cloison vésico-vaginale chez la femme ou l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers chez l'homme .
- En haut : par le péritoine

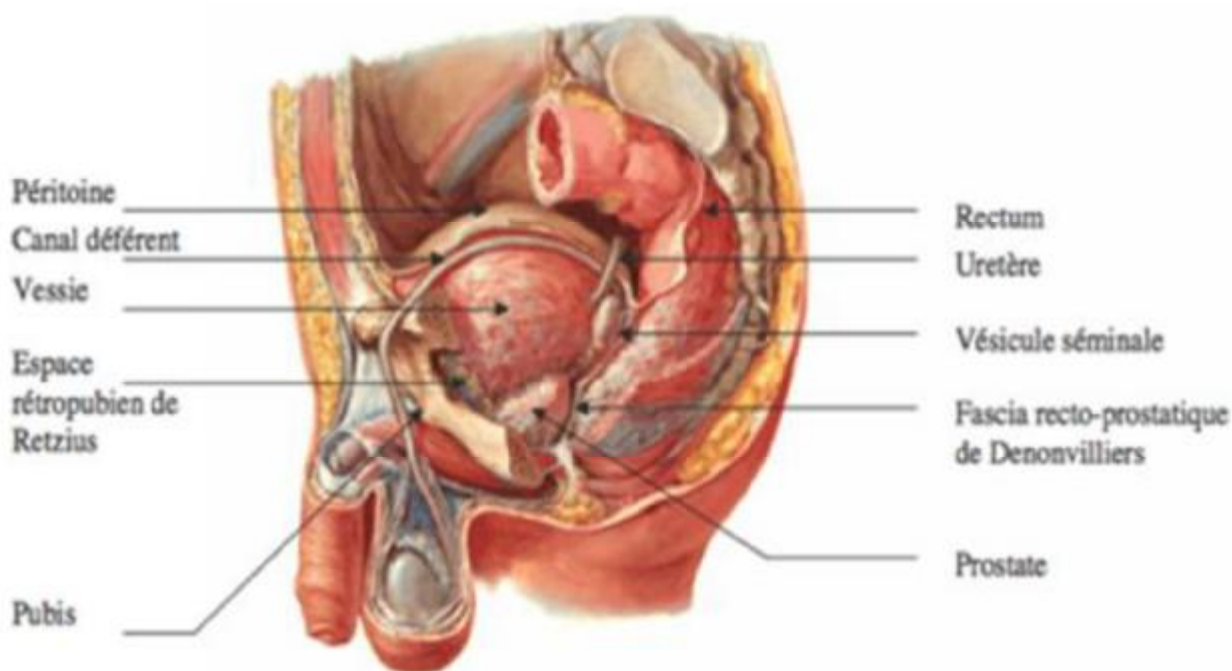


Figure 1 : Rapports péritonéaux et fixité de la vessie chez l'homme .(15)

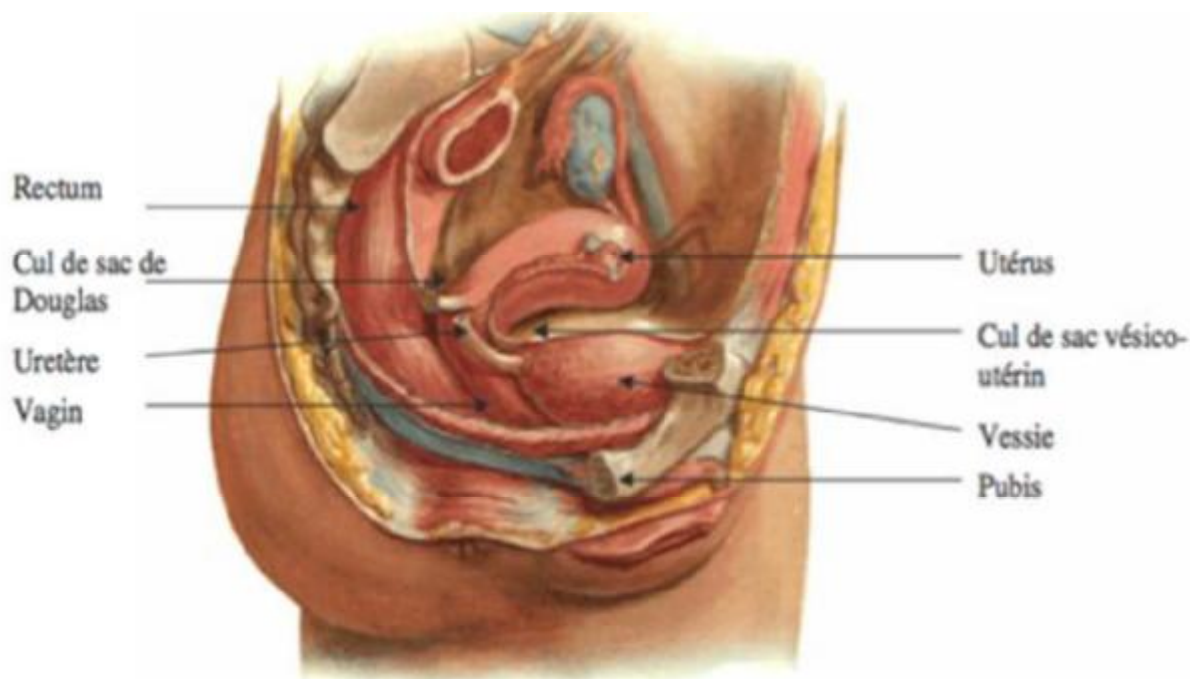


Figure 2 :Coupe sagittale montrant les rapports de la vessie chez la femme. (15)

2.2 Situation de la loge vésicale :

la loge vésicale est située à la partie antérieure du pelvis, en arrière de l'arc antérieur de la ceinture osseuse pelvienne, au dessus du plancher pelvien et chez l'homme, de la prostate, en avant des organes génitaux internes et du rectum, au-dessous du péritoine, profondément encastrée dans le pelvis dans sa partie inférieure ; elle a pour particularités de posséder une paroi antérieure souple et extensible, qui peut se distendre et se déformer au fur et à mesure de la réplétion vésicale prenant alors une situation partiellement abdominale .

2.3 Les parois de la loge vésicale :

a. Paroi inférieure :

Elle a une situation différente chez l'homme et chez la femme .

- Chez l'homme :

La paroi inférieure n'établit qu'une séparation très incomplète et artificielle avec la loge

prostatique sous-jacente . Cette paroi est constituée en effet :

- En avant : par les ligaments pubo-vésicaux, tendus obliquement en arrière et de bas en haut depuis la face postérieure et le bord inférieur du pubis jusqu'à la face antérieure de la vessie .
- Plus en arrière : la lamelle fibreuse inter-vésico-prostatique, mince lame fibreuse venue de l'aponévrose pelvienne supérieure, ne sépare que très incomplètement la face inférieure de la vessie de la base prostatique . En réalité, base vésicale, base prostatique et urètre sont étroitement solidaire et il est chirurgicalement impossible de les dissocier .
- Encore plus en arrière : la paroi inférieure est formée par le feuillet antérieur de l'aponévrose prostato-péritonéale de DononVilliers, recouvrant les vésicules séminales et les parties terminales des canaux déférents .

- Chez la femme :

La constitution de la paroi inférieure est plus simple, formée par la cloison vésico-vaginale, simple lame de tissu conjonctif, émanée des tentes vasculaires des branches de l'iliaque interne (Boucher A. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle ; Tome 4 L'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée)

b. Paroi antérieure :

Constituée par l'aponévrose ombilico-prévésicale correspondant aux tentes vasculaires des artères ombilico-vésicales qui l'a sous tendent latéralement . C'est une lame cellulo-fibreuse, triangulaire, à sommet supérieur fixé à l'ombilic, la base adhère en bas aux ligaments pubo-vésicaux sur la ligne médiane :

- Latéralement, elle adhère à l'aponévrose pelvienne et aux lames sacro-rectogénito-pubiennes
- Adhère au péritoine par ses bords postéro-latéraux qui sont tendus par les artères ombilico-vésicales
- Adhère au canal de l'ouraque sur la ligne médiane
- Adhère par sa face postérieure à la vessie par l'intermédiaire d'une couche cellulaire lâche, formant la gaine allantoïdienne
- Sa face antérieure, constitue la paroi postérieure de l'espace pré-vésical .

c. Les parois latérales :

Elle sont en fait de simples bords, formés en bas par la partie toute supérieure des lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes et en haut par la partie postérieurs de l'aponévrose ombilico-pré-vésicale

d. La paroi supérieure :

Elle est formée par le péritoine qui a une disposition différente selon que la vessie est pleine ou vide .

Lorsque la vessie est vide : le péritoine revêt la paroi abdominale antérieure se reflétant sur la face supérieure de la vessie qu'il tapisse et à laquelle il adhère avant de se redescendre sur la face postérieure et d'aller :

- Chez l'homme : former le cul de sac de Douglas
- Chez la femme : former le cul d sac vésico-utérin en tapissant la face antérieure de l'utérus [13]

Lorsque la vessie est pleine : elle soulève le péritoine, déterminant la formation d'un cul de sac antérieur pré vésical qui se prolonge sur les faces latérales de la vessie et de la loge .

3 . Vascularisation de la vessie [15-16-17-]

3.1 La vascularisation artérielle : (Fig. 3)

Elle est répartie chez l'homme comme chez la femme, en trois pédicules .

- Le pédicule supérieur : est formé par trois ou quatre branches qui naissent de la partie perméable de l'artère ombilico-vésicale ainsi que quelques rameaux nés de l'artère obturatrice .
- Le pédicule inférieur : le plus important, d'aspect et de constitution différente chez l'homme et chez la femme .

§ Chez l'homme : formé au dépend de l'artère génito-vésicale (branche du tronc antérieur de l'artère hypogastrique) qui a un trajet oblique en bas, en avant et en dedans croisant l'uretère par en avant et se divise en deux branches terminales :

ü La vésicullo-déférentielle : qui se ramifie à la face postérieure des vésicules séminales

ü L'artère vésico -prostatique : se divise au contact de la base vésicale en une artère prostatique qui se descend sur la base ses faces latérales de la prostate et une branche vésicale qui s'applique sur la face postéro latérale de la vessie ; c'est essentiellement l'artère du trigone vésical .

§ Chez la femme : la vascularisation est assurée par les branches vésicovaginales nées de l'artère utérine, cheminant dans la cloison vésicovaginale elles se ramifient à la base vésicale .Ce pédicule est complété par quelques rameaux issus de l'artère vaginale longue et des artères cervicovaginales

- Le pédicule antérieur : moins important, est formé par l'artère vésicale antérieure qui naît de 'artère honteuse interne, gagne la face antéro inférieure de la vessie ou elle se ramifie .

3.2 La vascularisation veineuse : (Fig. 3)

Les veines vésicales ont une disposition différente de celles des artères puisqu'il n'existe pas de veines ombilicales . Elles naissent d'un réseau superficiel, particulièrement à la face antérieure de la vessie qui se regroupe en trois pédicules :

- Le pédicule antérieur : formé par deux volumineuses veines paramédianes qui se déversent en bas dans le plexus veineux de Santorini .
- Le pédicule latéral : le plus important qui se jette dans le plexus veineux vésico-prostatique de là gagne les veines internes

Le pédicule postérieur : rejoignant les veines séminales et différentielles chez l'homme, les veines vésico-utérines chez la femme pour rejoindre plus loin les veines iliaques internes.

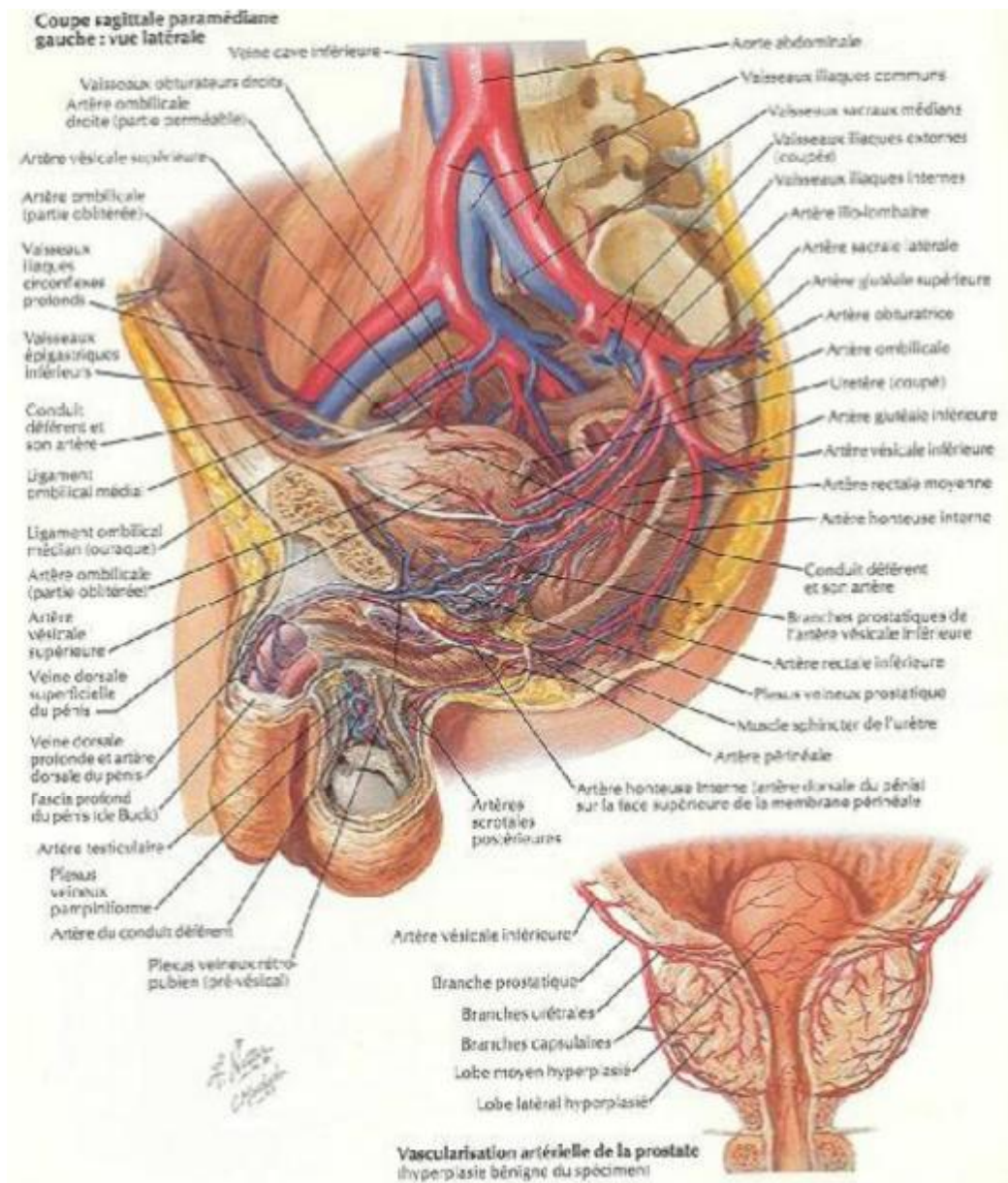


Figure 3 : Vascolarisation des organes pelviens chez l'homme (Netter , 10)

3.3 Le réseau lymphatique :

Iliaque commun : avec deux (2) lympho-nœuds latéraux, deux (2) lympho-nœuds postérieurs dans la fosse lombo-sacrée décrite par Cuneo et Marcille et deux (2) lympho-nœuds médiaux ou pré sacrés encore appelés lympho-nœuds du promontoire .Les voies de drainage lymphatique de la vessie comportent trois (3) groupes de ganglions dans la systématisation la plus fréquente :

- Les ganglions lymphatiques viscéraux au contact direct des viscères .
- Les ganglions lymphatiques pariétaux du bassin, second relais lymphatique et objet du curage à titre diagnostique . Ils comportent :
 - Les ganglions lymphatiques obturateurs .
 - Les ganglions lymphatiques iliaques externes .
 - Les ganglions lymphatiques iliaques internes .
 - Les ganglions lymphatiques iliaques communs.
 - Les ganglions lymphatiques pré sacrés latéraux
 - Les ganglions lymphatiques extra pelvienne à distances pré-latéro et inter aortico-cave .

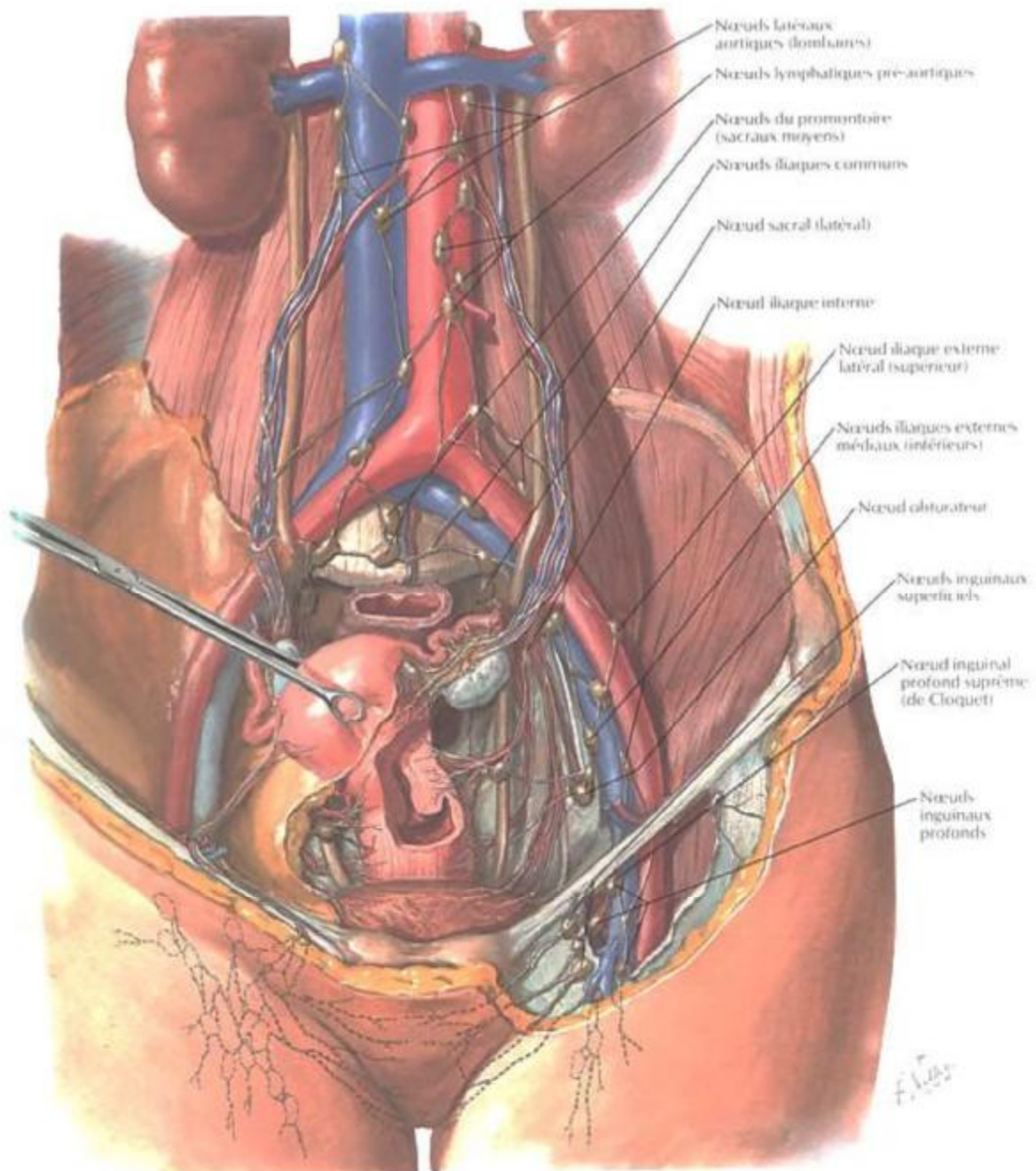


Figure 4 : Drainage lymphatique du pelvis (Netter , 10)

II- LES URETRES

C'est un long canal musculo-membraneux, il présente deux portions lombaire et pelvienne séparées par un coude et se termine par un court segment intra vésical .

1. Configuration externe :

L'uretère est blanc rosé, animé de mouvements péristaltiques réguliers caractéristiques .

1-1- Origine, terminaison :

Les uretères font suite à l'angle inférieur du bassinet, ils s'étendent de la jonction pyélo urétérale jusqu'au méat urétéral dans la vessie.

Ils se terminent dans la vessie par un trajet oblique sous-muqueux et participent à la constitution du trigone vésical . [18]

1-2- Situation, trajet :

L'uretère est situé dans l'espace rétro péritonéal de la cavité abdominale, dans la région lombaire puis dans le bassin.

Le trajet des uretères est sinueux et leur courbe inférieure, pelvienne, est la plus prononcée.

Appliqués sur la paroi abdominale postérieure, ils descendent à peu près verticalement jusqu'au détroit supérieur. À cet endroit, ils décrivent un courbe à convexité antérieure, qui épouse celle des vaisseaux iliaques. Ensuite, ils suivent la paroi du pelvis et la concavité sacrée en décrivant une courbe à concavité antérointerne qui les conduit jusqu'à la vessie .

1-3- Dimension [18]

Chez l'adulte, les uretères mesurent de 25 à 30 cm de long.

Ils sont divisés en quatre segments :

- Lomulaire de 10 à 12 cm .
- Iliaque de 3 à 4 cm.
- Pelvien de 10 à 12 cm.
- Intra vésical ou intra mural de 2 cm.

Le long de leur trajet, le diamètre varie de 3 à 6 mm, il présente trois rétrécissements (Fig .6) :

- A son origine, à la jonction pyélo urétérale.
- En région iliaque, en regard du croisement avec les vaisseaux iliaques.
- Dans sa portion intra murale

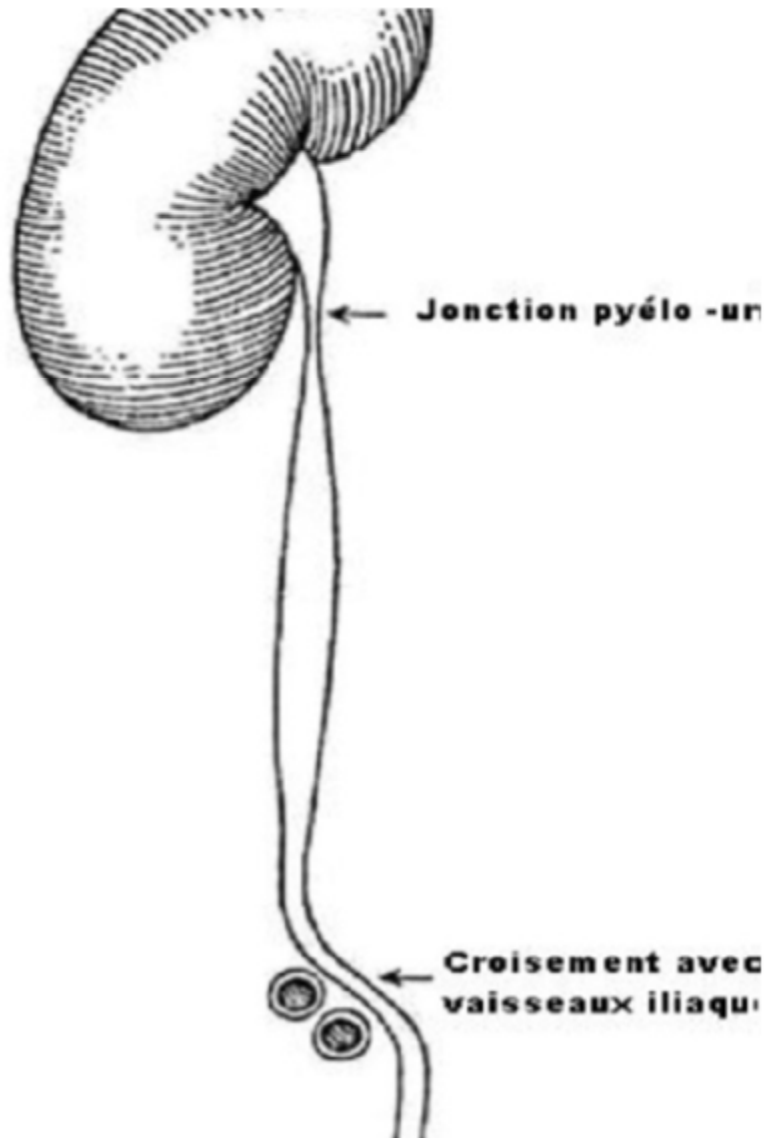


Figure 6 : rétrécissement physiologique de l'uretère [19]

2- Configuration interne (fig.7) :

Les uretères sont des conduits musculaires cylindriques, constitués de trois tuniques :

2-1- La muqueuse

C'est l'urothélium, qui est en continuité avec la muqueuse du pelvis rénal et de la vessie .Il est très plissé avec un épithélium transitionnel, d'où l'aspect stellaire de la lumière urétérique.

2-2- La musculuse

La composition est identique à celle du pelvis rénal dans les deux tiers supérieurs de l'uretère, et qui dans son tiers inférieur se compose de trois couches longitudinales interne et externe, et circulaire moyenne .

2-3- L'adventice :

Le fascia péri urétéral est une adventice conjonctivo-élastique, prenant le nom de gaine de Waldeyer dans sa partie inférieure, et contenant des vaisseaux, des nerfs et du tissu adipeux sur sa face dorsale, constituant ainsi une étroite lame porte-vaisseaux.

La face ventrale de ce fascia est accolée au péritoine pariétal postérieur .

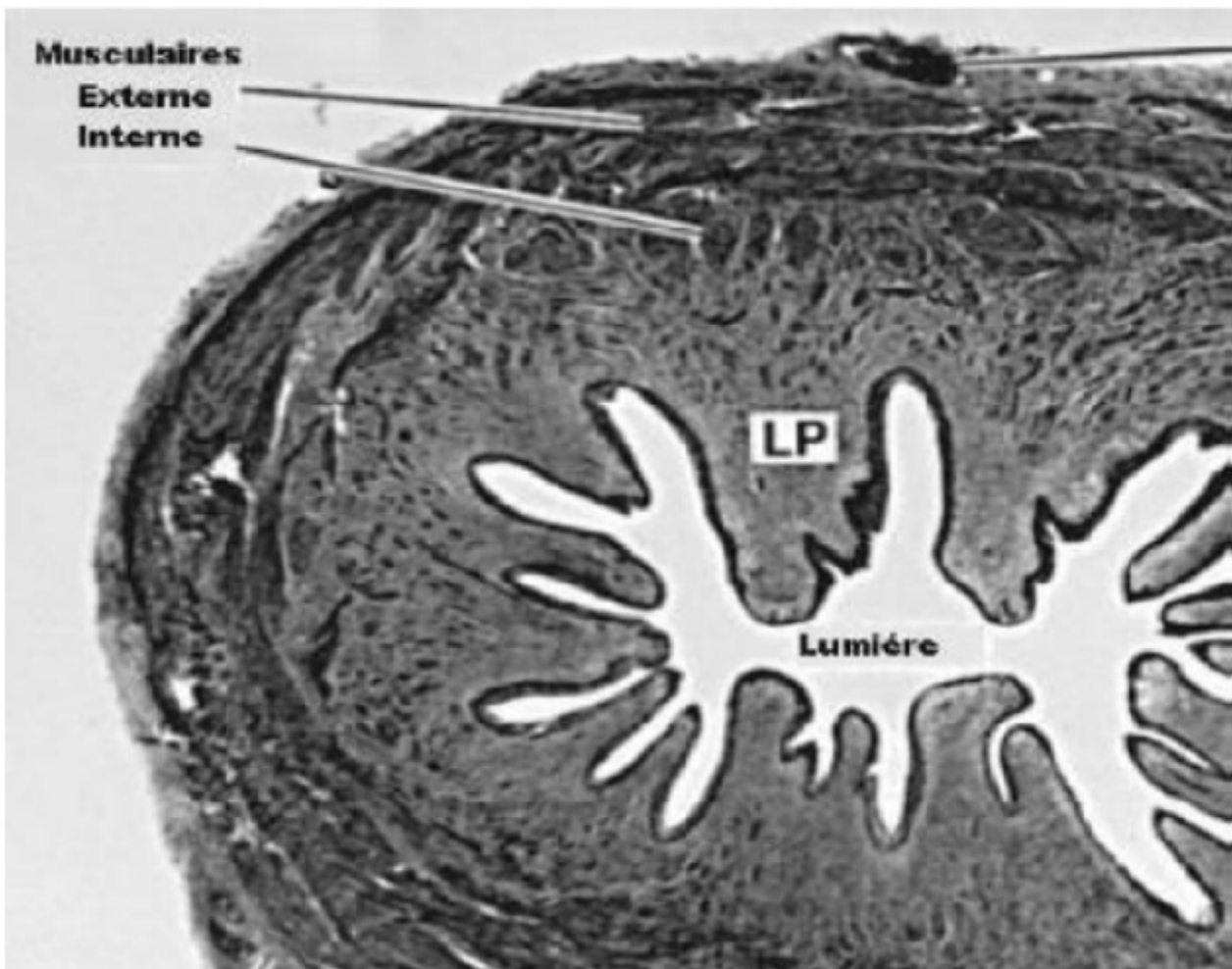


Figure 7 : Coupe transversale de l'urètre d'après Campbell's [19]

LP : Lamina propria ET : Epithélium transitionnel

3- Moyens de fixité :

L'uretère est un organe relativement mobile, maintenu en place à sa partie supérieure par son adhérence au bord interne du rein, plus bas par son adhérence à la face postérieure du péritoine pariétal postérieur . [20] .

4- Rapports (fig.8) :

4-1- Uretère lombaire :

Par l'intermédiaire de la graisse para-rénale de la région lombaire, ils reposent sur le fascia iliaque qui recouvre le muscle grand psoas. La jonction pyélourétérale se projette habituellement en regard du processus costiforme de la deuxième vertèbre lombaire. Les uretères lombaires se projettent ensuite sur la pointe des processus costiformes des vertèbres lombaires L3, L4 et L5, dont ils sont séparés par les muscles grand psoas. Ils croisent la face antérieure des nerfs génitofémoraux . [18]

4-2- Uretère iliaque [21]

En arrière, il répond aux vaisseaux iliaques (artère iliaque primitive à gauche, et artère iliaque externe à droite) qu'il croise obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

En dehors, l'uretère répond au bord interne du muscle psoas, et aux vaisseaux génitaux qui lui restent parallèles.

En avant, il adhère au sac péritonéal. Du côté droit, il répond à l'extrémité inférieure du mésentère et à la terminaison de l'artère iléocaecocolique. Du côté gauche, il répond au méso sigmoïde .

4-3- Uretère pelvien

Lors de leur entrée dans le petit bassin, les uretères décrivent une courbe concave en avant et en dedans. Ils présentent une portion pariétale, puis viscérale.

Leurs rapports diffèrent en fonction du sexe :

- Chez la femme :

L'uretère est sur le plancher de la fossette ovarienne, longe les vaisseaux hypogastriques puis leurs branches antérieures (artère utérine en dehors de l'uretère, et artère vaginale en arrière accompagnées de volumineuses veines postérieures utérines et vaginales). Le segment pariétal de l'uretère est postérieur dans la base du ligament large. Il croise alors l'artère utérine puis obliquement la face latérale du cul de sac du vagin [21] .

- Chez l'homme :

L'uretère est situé juste en avant des vaisseaux hypogastriques à droite et en dedans de ces vaisseaux à gauche. Puis il suit en dedans l'artère génito vésicale jusqu'à la vessie. Dans ce trajet, il est en rapport en dedans avec le cul-de-sac para rectal, et en avant avec les branches antérieures de l'artère hypogastrique (artère ombilicale en haut, artères vésicoprostatiques et artère obturatrice en bas) et le nerf obturateur. Avant d'aborder le bas-fond vésical il croise en arrière le canal déférent et l'artère vésiculodéférentielle [21] .

4-4- Portion vésicale : [18]

De 15 à 20 mm, elle est située dans l'épaisseur de la paroi, elle traverse la couche musculuse avant de cheminer sous la muqueuse jusqu'à l'orifice urétéral.

Ce trajet sous-muqueux est essentiel dans le mécanisme anti reflux physiologique lors de la miction .

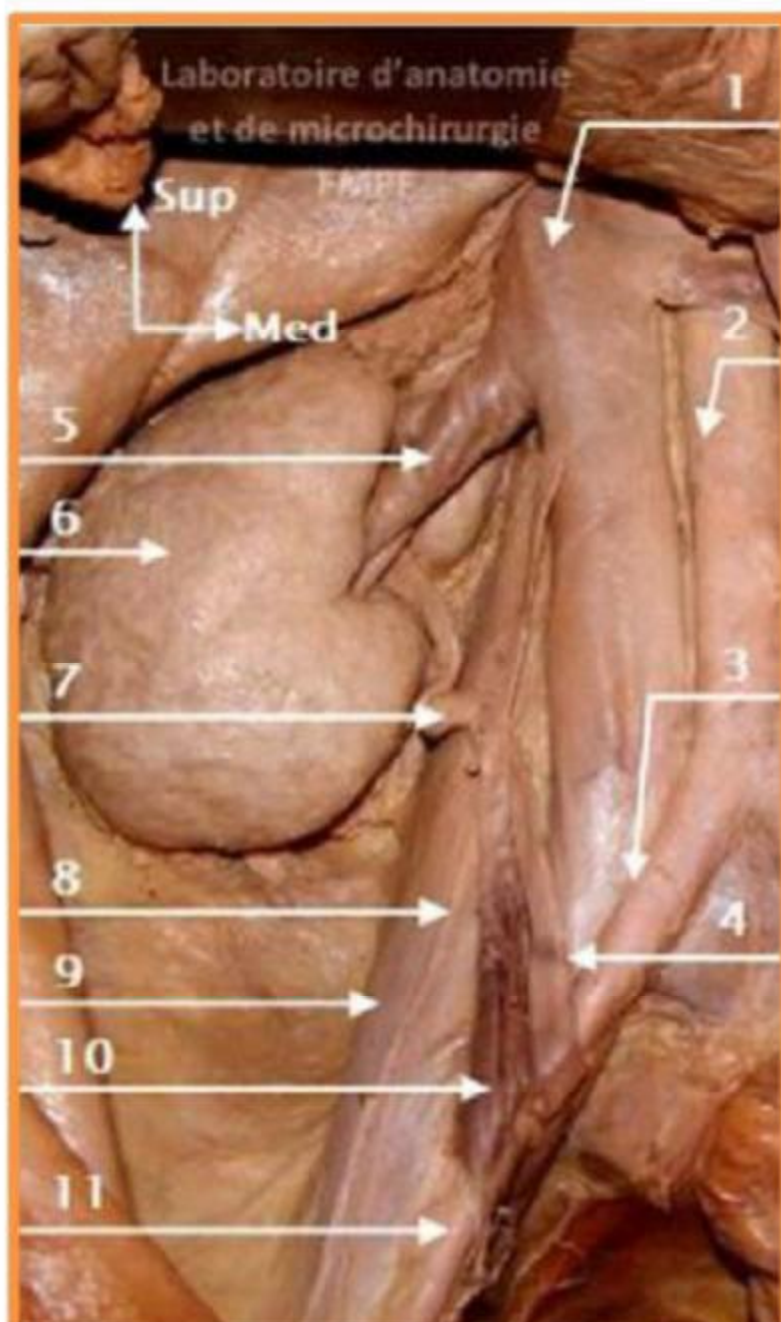


Figure 8 : Vue d'ensemble des rapports de l'uretère [22]

1. VCI ; 2. Aorte abdominale ; 3. Artère iliaque primitive ; 4. Uretère iliaque ; 5. Veine rénale droite ; 6. Rein droit ; 7. Uretère lombaire ; 8. Nerf génito- fémoral ; 9. Muscle psoas ; 10. Vaisseaux gonadiques droits ; 11. Artère iliaque externe .

5- Vascularisation des uretères :

5-1- Vascularisation artérielle :

L'uretère est irrigué par des artères urétériques d'origine variée :

- Les artères urétériques supérieures antérieure et postérieure se détachent soit de l'artère rénale soit de l'une de ses branches pyéliquies, elles assurent la vascularisation de la partie supérieure de l'uretère.
- Les artères urétériques moyennes proviennent de l'artère testiculaire ou ovarique et se distribuent à l'uretère lombaire
- L'artère urétérique inférieure se détache le plus souvent de l'iliaque interne près de son origine. Elle aborde l'uretère au-dessous du détroit supérieur et se divise à son contact en deux branches ascendante et descendante.
- Les artères urétériques courtes, naissent chez l'homme des artères vésicales inférieures et vésiculo-déférentielles. Chez la femme, elles naissent de l'artère utérine et des artères cervico-vaginales.

La vascularisation artérielle des uretères est segmentaire. Elle est riche pour les segments iliaques et pelviens, et plus pauvre pour le segment lombaire [18]

Les vaisseaux de l'uretère forment un plexus périurétéral sous-adventiciel . Ce réseau est une excellente voie de suppléance permettant de disséquer l'uretère sur une grande longueur, à condition de respecter son adventice .

5-2- Vascularisation veineuse :

La vascularisation veineuse est satellite de la vascularisation artérielle. Les veines urétérales se jettent essentiellement dans les veines rénales, gonadiques, iliaques internes et vésicales inférieures.

5-3- Vascularisation lymphatique :

Le plexus adventiciel se draine dans les noeuds lymphatiques latérocaves, latéroaortiques, iliaques communs, iliaques externes et iliaques internes . [18]

6- Innervation des uretères :

L'innervation des uretères est riche et dépend du système nerveux autonome.

Elle provient des plexus rénaux pour les segments lombaires, des plexus hypogastriques pour les segments iliaque et pelvien [23]

III- Anatomie du jéjuno-iléon :

Le jéjuno-iléon est la portion mobile et intra péritonéale de l'intestin grêle .

1- Aspect morphologique :

1-1- La configuration externe :

Le jéjuno-iléon occupe l'étage sous mésocolique de l'abdomen, entre l'angle de Treitz où il fait suite au duodénum à la hauteur de L2, et la valvule iléo-cæcal.

Il mesure de 6 à 8 m de longueur et son calibre varie de 25 à 30mm à son origine jusqu'à 10 à 12 mm à sa terminaison.

Il n'y a pas de limite nette entre le jéjunum et l'iléon mais les anses jéjunales représentent les deux cinquièmes proximaux, et occupent la moitié gauche des régions ombilicales et hypogastriques, le flanc gauche et une partie de la fosse iliaque gauche, les anses iléales représentent les trois derniers cinquièmes, occupent la

moitié droite de la région ombilical et hypogastrique, le flanc droit et une partie de la fausse iliaque droite.

Les anses intestinales, au nombre de 15 à 16, se présentent sous forme d'arcs à concavité dirigée vers la ligne médiane, chacune présente 2 faces et 2 bords

- Un bord libre antérieur, convexe et lisse, et qui répond à la paroi abdominale antérieure : le bord anti méésentérique.
- un bord postérieur concave, se continue avec les deux feuillets du méésentère: le bord méésentérique .

1-2- La configuration interne :

La surface interne du jéjuno-iléon est tapissée par une muqueuse qui présente des replis perpendiculaires à son grand axe appelée valvules conniventes.

La paroi est constituée de :

- La séreuse,
- La musculuse, avec ses deux couches longitudinale et circulaire, séparées par des follicules lymphoïdes et des plexus nerveux,
- La sous muqueuse,
- Et la muqueuse, constituée de chorion tapissé par un épithélium villositaire et sécrétoire de mucus .

2- Aspect topographique :

Le jéjuno-iléon répond (Fig.9) :

- En avant : par l'intermédiaire du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure.
- En arrière : à la paroi abdominale postérieure : colonne vertébrale lombaire et les muscles : psoas, carré des lombes et la partie dorsale des muscles larges de l'abdomen, ainsi qu'aux organes rétro péritonéaux : les gros vaisseaux et

leurs branches, les uretères, le duodénum sous méso colique, les portions rétro péritonéales des côlons ascendant et descendant .

- A droite : l'iléon répond au caecum et à la gouttière pariéto colique droite.
- A gauche : le jéjunum répond à la gouttière pariéto colique gauche.
- En haut : c'est le colon transverse et son méso qui séparent le jéjunum des viscères de l'étage sus méso colique.
- En bas : le jéjuno-iléon descend dans la cavité pelvienne et comble le cul de sac recto-vésical chez l'homme et recto utérin chez la femme.

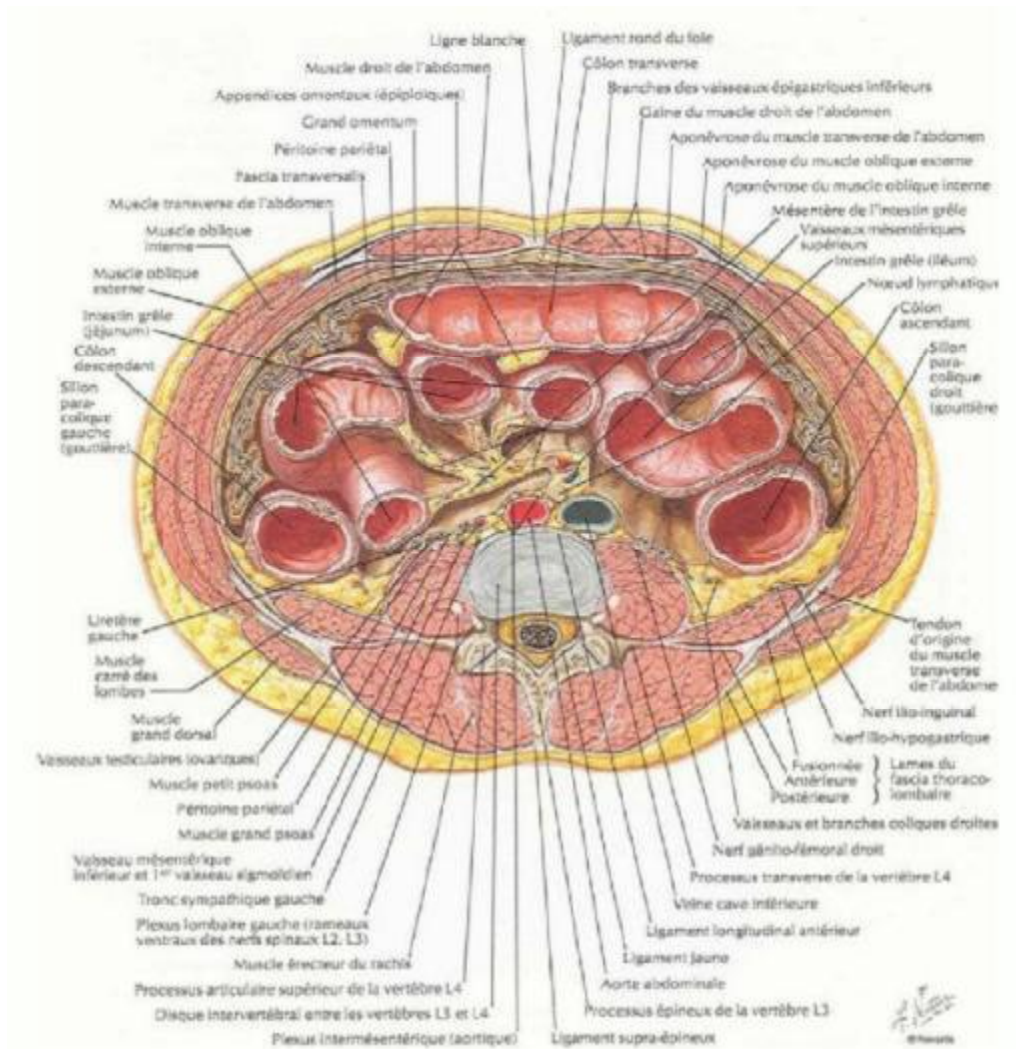


Figure 9 : les rapports de l'intestin grêle avec les autres éléments de la cavité péritonéale [19]

3- Moyens de fixité :

Le jéjuno-iléon n'est fixé qu'à ses deux extrémités : L'angle duodéno jéjunal est rattaché au pilier gauche du diaphragme par le muscle de Treitz, Et l'orifice iléocœcal est accolé à la paroi par la limite inférieure du méso colon droit (Fig.10-11)

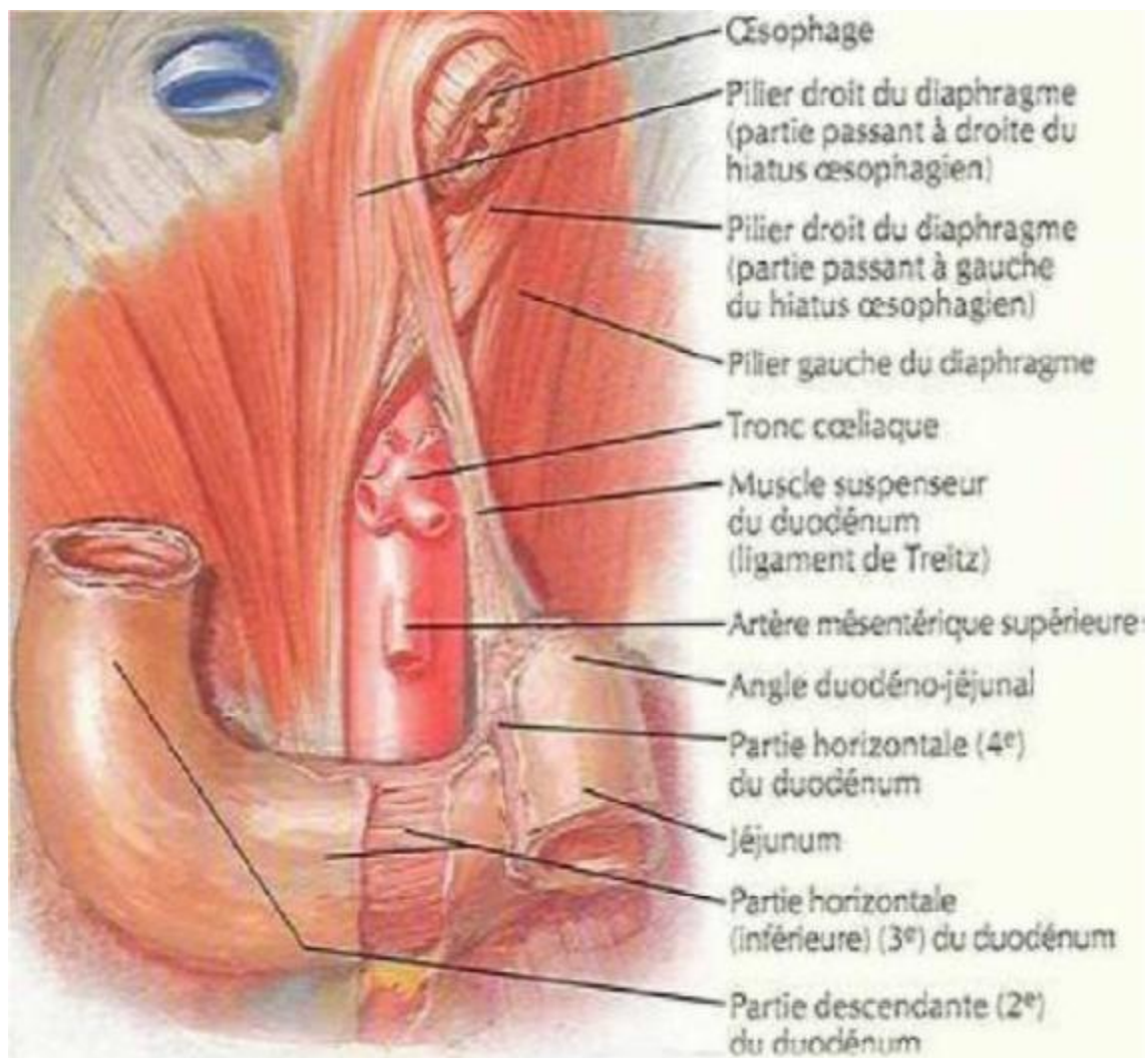


Figure 10 : l'angle duodéno-jéjunal [19]

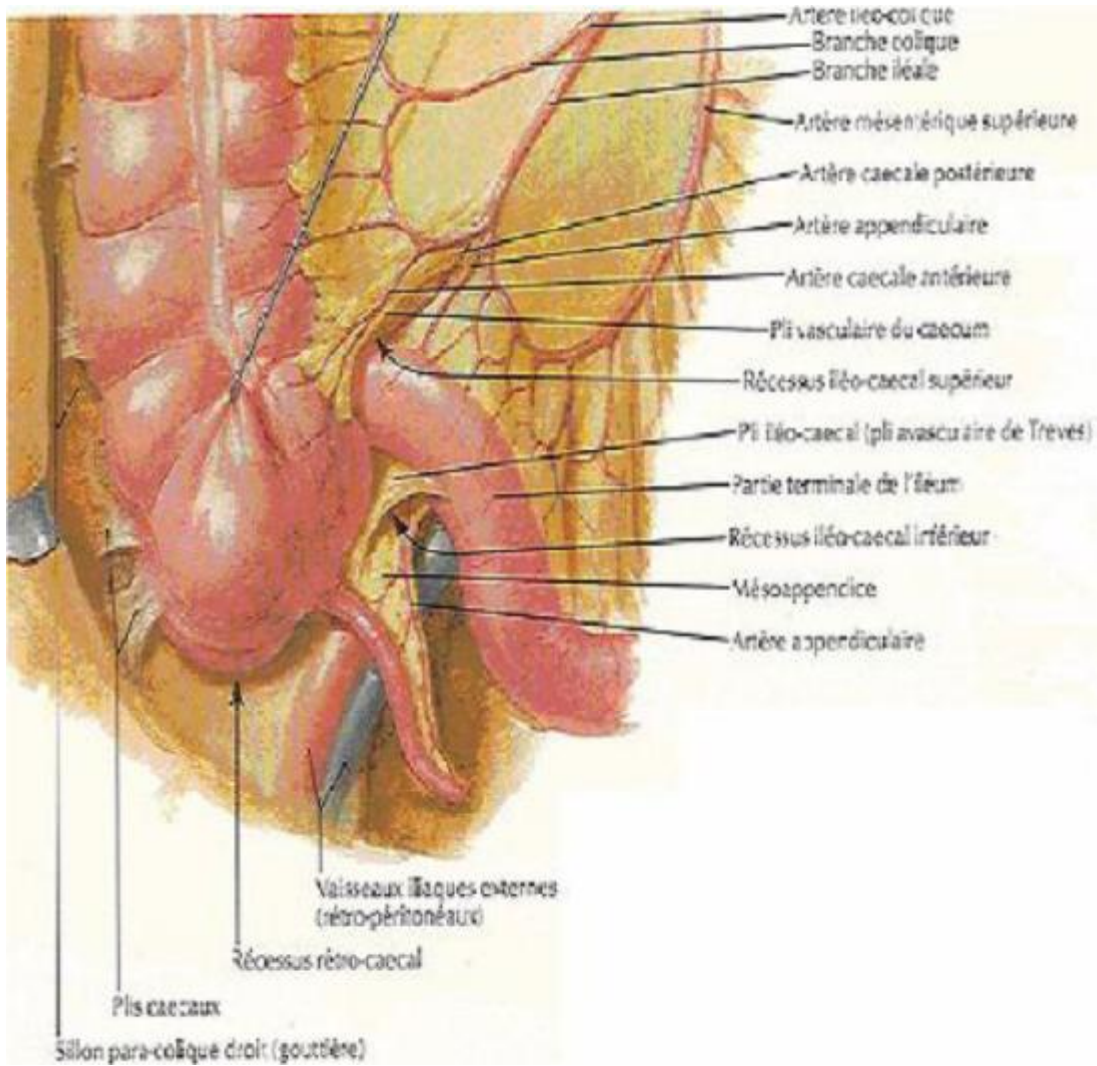


Figure 11 : l'angle iléo-caecal [19]

4- Le mésentère :

C'est le méso intestinal, il a la forme d'éventail ondulé formé de deux feuillets accolés du péritoine séparés par du tissu cellulo-adipeux d'épaisseur variable, il contient tout le système vasculo-nerveux de l'intestin: vaisseaux mésentériques supérieurs, vaisseaux et ganglions lymphatiques et plexus nerveux mésentériques supérieur .

5- Vascularisation :

5-1- Vascularisation Artérielle (Fig.12) :

La vascularisation du jéjuno-iléon est de type terminal, elle est assurée par l'artère mésentérique supérieure qui naît de l'aorte en regard de L1-L2 à 2cm du tronc coeliaque et chemine dans la racine du mésentère avant de s'engager dans son épaisseur en décrivant une courbe de 15 à 30 cm, d'où partent 12 à 16 branches destinées au jéjuno-iléon. Ces branches forment des réseaux anastomotiques appelés arcades bordantes d'où partent les vaisseaux droits qui rejoignent le jéjuno iléon par son bord mésentérique.

La dernière anse iléale reçoit également une branche récurrente iléale de l'artère iléo colique, qui s'anastomose avec la terminaison de l'artère mésentérique supérieure.

La première anse jéjunale peut ne pas recevoir d'arcade et être vascularisée à partir des artères pancréatico-duodénales inférieures, également branches de l'artère mésentérique supérieure.

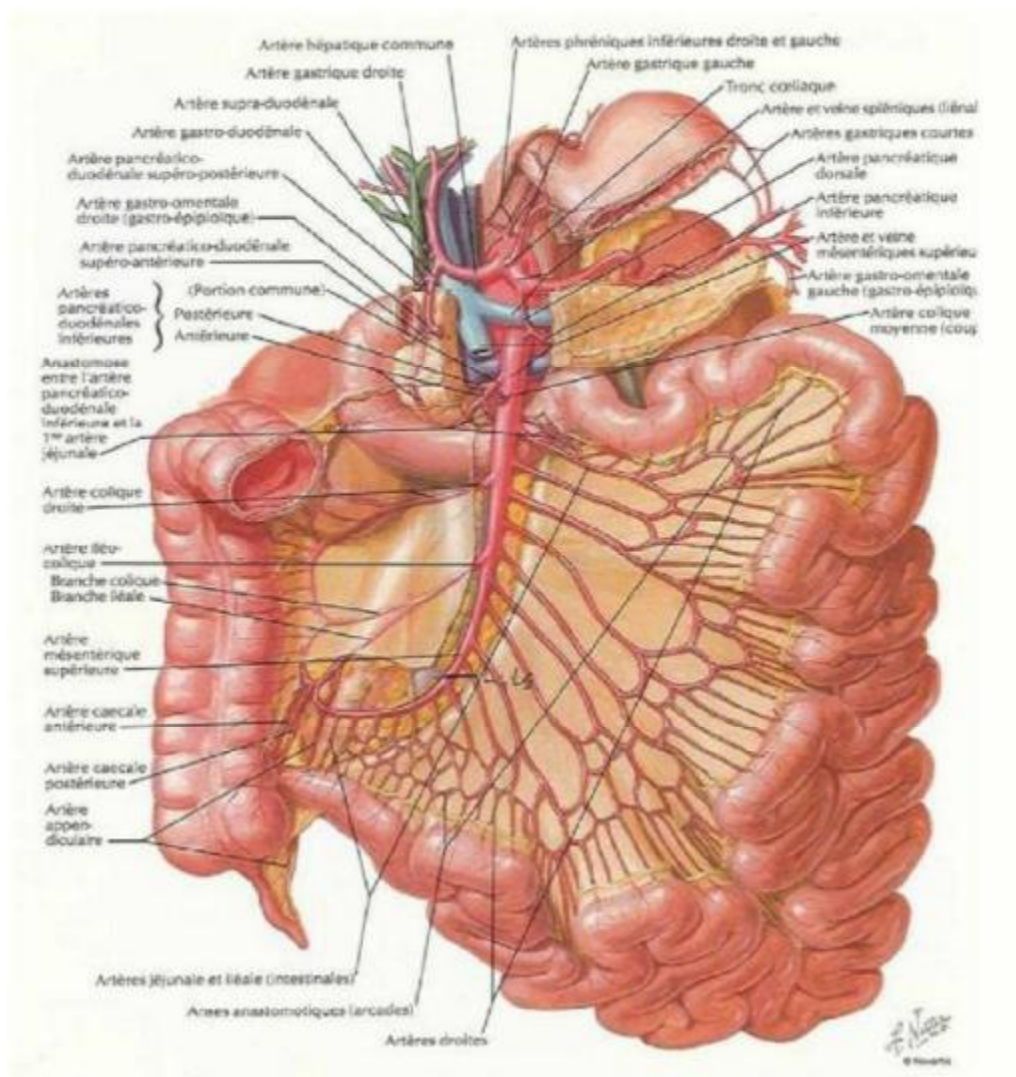


Figure 12 : le système de vascularisation artérielle du jéuno-iléon [19]

5-2- Vascularisation veineuse (Fig 13)

Le retour veineux est organisé en système d'arcades anastomotiques semblable à celui des artères, assuré par la veine mésentérique supérieure qui chemine également dans le mésentère. Son origine assure le drainage de l'iléon distal, l'appendice, le caecum et même la portion initiale du côlon formant d'abord le tronc iléo colique, puis reçoit les troncs jéjuno iléal et jéjunal qui drainent les anses proximales, la veine pancréatico-duodénale inférieure gauche, le tronc gastro colique, puis rejoint la veine splénique derrière l'isthme du pancréas pour former le tronc porte, le sang issu du jéjuno-iléon va surtout vers le foie gauche.

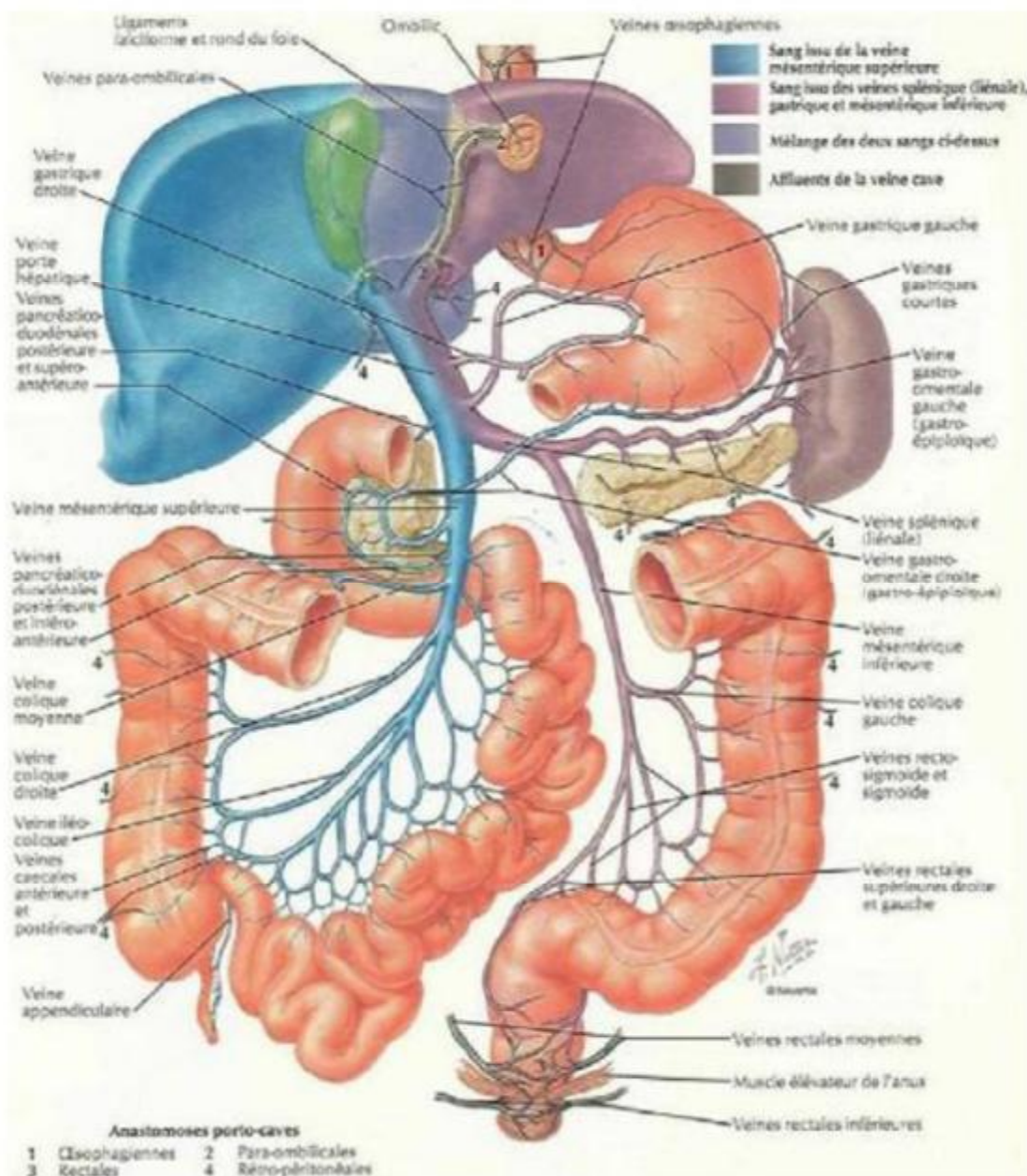


Figure 13 : le système veineux du tube digestif [19]

5-3- Vascularisation Lymphatique :

Le réseau lymphatique initial du jéjuno-iléon se situe dans les villosités (plaques de Payer) et se draine vers les plexus situés entre les deux couches musculaires, d'où partent les vaisseaux efférents ou chylifères qui suivent les vaisseaux droits vers des relais ganglionnaires juxta intestinaux, puis intermédiaires puis centraux, puis para aortiques d'où partent des troncs intestinaux pour se jeter dans le canal thoracique.

6- Innervation :

L'innervation du jéjuno-iléon dépend des systèmes nerveux sympathique et para sympathique, son origine macroscopique se situe au niveau des ganglions mésentériques supérieurs de part et d'autre de l'origine de l'artère mésentérique supérieure, ces ganglions reçoivent des filets nerveux des autres ganglions du plexus solaire, du nerf petit splanchnique et du nerf vague gauche. Ce plexus assure une innervation sensitive, motrice et végétative du jéjuno-Iléon .

L'innervation est également assurée par des plexus intrinsèques, de Meissner et d'Auerbach .

LES TUMEURS VESICALES

I. EPIDEMIOLOGIE :

1-Incidence (Fig 14) :

Le cancer de la vessie occupe le 9ème rang dans les cancers du monde entier. C'est le 7ème cancer le plus fréquent chez les hommes et le 17ème chez les femmes. [24-25]

Globalement, l'incidence du cancer de la vessie varie de façon significative, entre l'Egypte, l'Europe occidentale et l'Amérique du nord ayant le plus haut taux d'incidence, et les pays d'Asie où les taux sont les plus bas, ce qui rend évident l'influence des facteurs environnementaux . [26]

Dans les pays industrialisés, à l'exception du Japon, l'incidence est élevée ; elle est encore plus dans les villes que dans les campagnes. Dans le monde entier, elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme à cause du tabagisme et des expositions professionnelles . [27]

L'incidence du cancer de vessie dans le monde en 2000 était de 336000 cas par an, soit 3,3%. [28]

Aux Etats-Unis, il représente le 2ème cancer uro-génital chez l'homme après celui de la prostate [29]

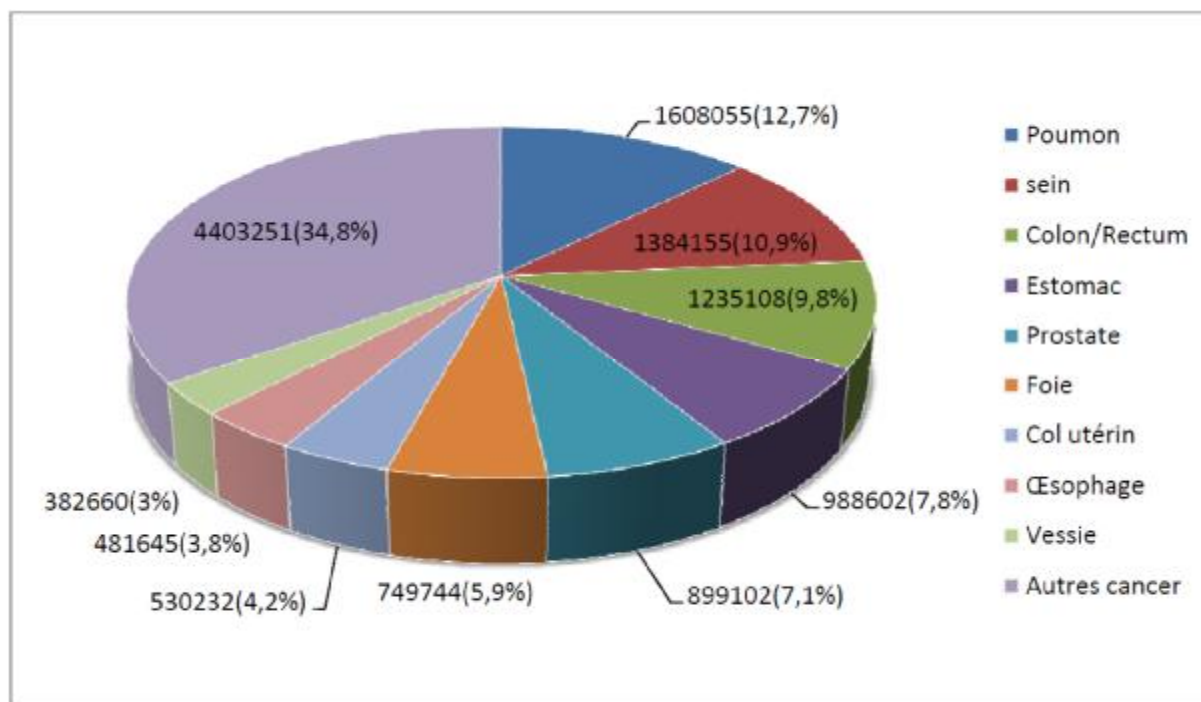


Figure 14 : Incidence de cancer de la vessie à l'échelle mondiale (GLOBOCAN 2008)

Au Maroc :

Le nombre des cas de tumeurs de vessie enregistrés par le service d'épidémiologie à l'Institut National d'Oncologie(INO) entre 1985 et 2002 a été estimé à 1087 représentant 67,3% des cancers de l'appareil urinaire. [30]

Selon le Registre des cancers de Rabat : (Fig15,16) Le cancer de la vessie occupe le 3ème rang par ordre de fréquence chez les hommes, avec une incidence 11 fois plus élevée que chez les femmes. [31]

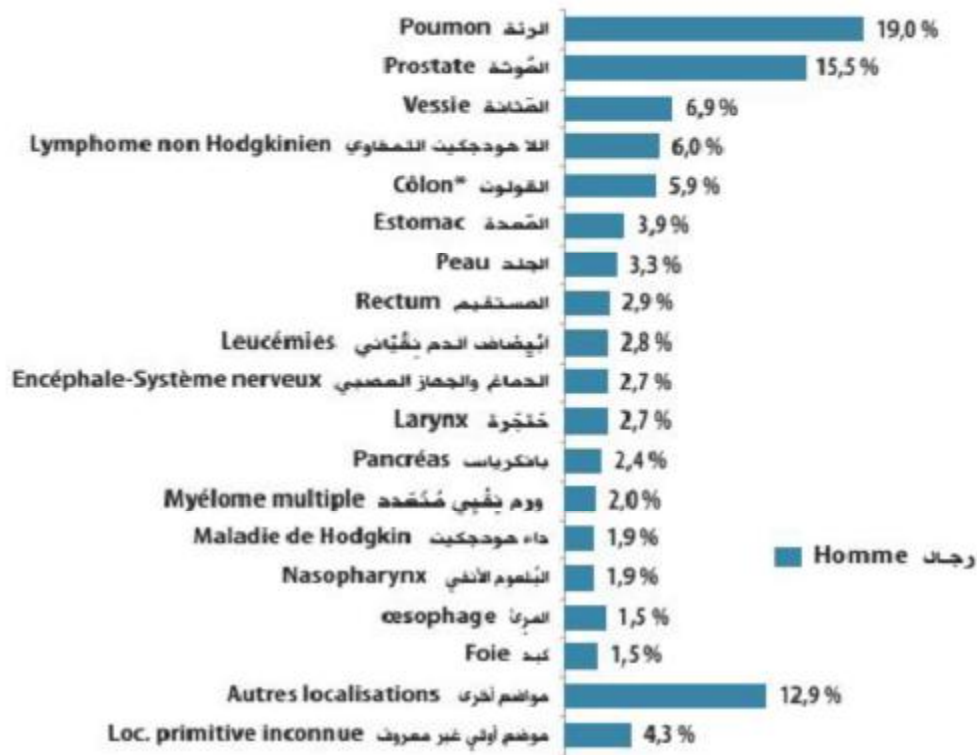


Figure 15 : Distribution (%) du cancer à Rabat selon la localisation chez l’homme (RECRAB,2008)



Figure 16 : Distribution (%) des cancers à Rabat selon la localisation chez la femme (RECRAB, 2008).

2-Mortalité :

Il y a beaucoup de variations internationales concernant la mortalité liée au cancer de vessie en rapport avec les facteurs environnementaux qui sont largement impliqués dans la genèse de ce cancer . [32]

Dans le monde, le taux de mortalité par âge liée au cancer de la vessie varie de 2 à 10 pour 100000 habitants par an pour les hommes et 0,5 à 4 pour 100 000 habitants par an pour les femmes . [33]

Au Maroc :

La survie à 5ans en fonction du stade de la maladie est à moins de 5% pour le stade pT4 . [34]

3-Facteurs de risque :

Les deux grands facteurs de risque bien établis dans la carcinogénèse des tumeurs vésicales sont le tabac et les carcinogènes d'origine industrielle. [35-36]

- Le tabac représente le facteur majeur. 50% des tumeurs de vessie chez l'homme sont liées au tabagisme, contre 35% chez la femme . [36]
- L'exposition professionnelle aux cancérigènes urothéliaux est le deuxième facteur de risque après le tabac représentant 5 à 20% de tous les cancers de vessie . [37-38] L'exposition aux amines aromatiques utilisés dans les produits chimiques ; le caoutchouc et les industries de teinture [39-40] et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques utilisés dans l'aluminium, le charbon et les industries de couverture [41] a toute été associée au développement de cancer de vessie.
- La relation entre la bilharziose et les tumeurs de la vessie a été bien établie depuis plusieurs années . [42]
- D'autres facteurs ont été évoqués : environnementaux (infections vésicales chroniques, infections virales), iatrogènes (antalgiques, cyclophosphamides, radiothérapie), nutritionnels (café) et actuellement génétiques . [43]

II -DIAGNOSTIC POSITIF :

1- Circonstance de découverte : [44]

a-Hématurie:

L'hématurie isolée est le symptôme le plus fréquent des tumeurs infiltrantes de la vessie, elle est présente chez 85% des patients, souvent terminale parfois totale. Elle peut être microscopique dans 5% des cas.

b-Signes d'irritation vésicale:

Des signes d'irritation vésicale peuvent être associés à l'hématurie, en particulier les mictions impérieuse, la pollakiurie, plus rarement la dysurie. Des cystites purulentes ou hématurie ou même amicrobienne doivent faire rechercher une tumeur de la vessie.

c-Signes indirectes :

- Signes d'envahissement locorégional :
 - Douleur lombaire qui traduit une urétérohydronéphrose causée par l'envahissement du méat urétérale par la tumeur.
 - Oedème ou phlébite des membres inférieurs dû à une compression vasculaire par une adénopathie ou par la tumeur en elle- même.
- Signes liés à des métastases à distances :
 - Des douleurs osseuses ou altération de l'état général.

d-Découverte fortuite :

Lors d'un examen radiologique demandé pour une autre pathologie, ou au cours d'une exploration endoscopique.

2- L'examen clinique : [44]

Il est souvent normal. En effet, le toucher rectal peut trouver une infiltration si la tumeur est de siège trigonal avec envahissement locorégional important.

Une palpation hypogastrique appuyée peut révéler quelques rares tumeurs volumineuses du dôme vésical chez des sujets maigres.

3- Les examens complémentaires :

3.1 -Examens paracliniques de base :

a. Echographie sus-pubienne (Fig. L n°1) :

C'est un examen non invasif qui permet de visualiser la tumeur sous forme d'une végétation endovésicale, elle en précise le siège, le volume, et l'aspect .

La tumeur vésicale se présente habituellement comme une masse saillant dans la lumière vésicale. Elle est d'échogénicité moyenne, souvent homogène, son contour interne peut parfois être rehaussé par un halo hyper-échogène traduisant la présence d'une hématurie. Sa sensibilité varie de 61% à 84% . [45]

Une échographie négative ne permet pas d'éviter la cystoscopie (car elle peut passer à coté d'une petite tumeur).

L'échographie est utilisée aussi pour la surveillance des récives après traitement.

L'échographie rénale recherche une dilatation des cavités pyélo-calicielles . [44-45]

b. Cystoscopie : [44] (Fig L n°2) :

C'est l'examen de base en matière de pathologie vésicale. Il met en évidence la tumeur dont on apprécie l'aspect, le siège, et le volume.

Elle a surtout l'intérêt de permettre de réaliser des biopsies dont l'examen anatomopathologique apporte le diagnostic de certitude de la tumeur.

c. RTU:

Elle permet d'obtenir une certitude diagnostique, d'évaluer le stade et le grade cytologique de la tumeur et de préciser son type histologique.

L'objectif de l'intervention est la résection de la ou des tumeurs dans leur totalité si une cystectomie n'est pas envisagée.

La résection doit être la plus large et la plus profonde possible, c'est-à-dire atteignant la musculature vésicale. Si le prélèvement n'en comporte pas, une résection itérative est à programmer . (IRANI JACQUES, Tumeurs urothéliales. Progrès en Urologie (2007), 17, 1065-1098.)

Des biopsies vésicales multiples sont effectuées à distance de la tumeur primitive, elles permettent de dépister un carcinome in situ et d'obtenir une véritable cartographie vésicale.

d. UIV (Fig. L n°3) :

Elle peut faire la preuve de l'origine d'une hématurie mais sa faible sensibilité et sa mauvaise spécificité pour la détection d'une tumeur de vessie [46] ; font d'elle un examen non fiable pour ce diagnostic puisqu'elle ne détecte que 40% à 60%des tumeurs de vessie et ne détecte pas les petites tumeurs vésicales . [47-48]

Elle permet surtout l'étude de l'ensemble de l'appareil urinaire à la recherche d'une dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'une tumeur du haut appareil.

L'image type d'une tumeur de la vessie est la lacune vésicale ainsi la rigidité pariétale surtout lors des clichés de remplissage . [44]



Figure L n°1: échographie vésicale par voie sus pubienne : formation bourgeonnante dans la lumière vésicale : tumeur vésicale infiltrante [49]

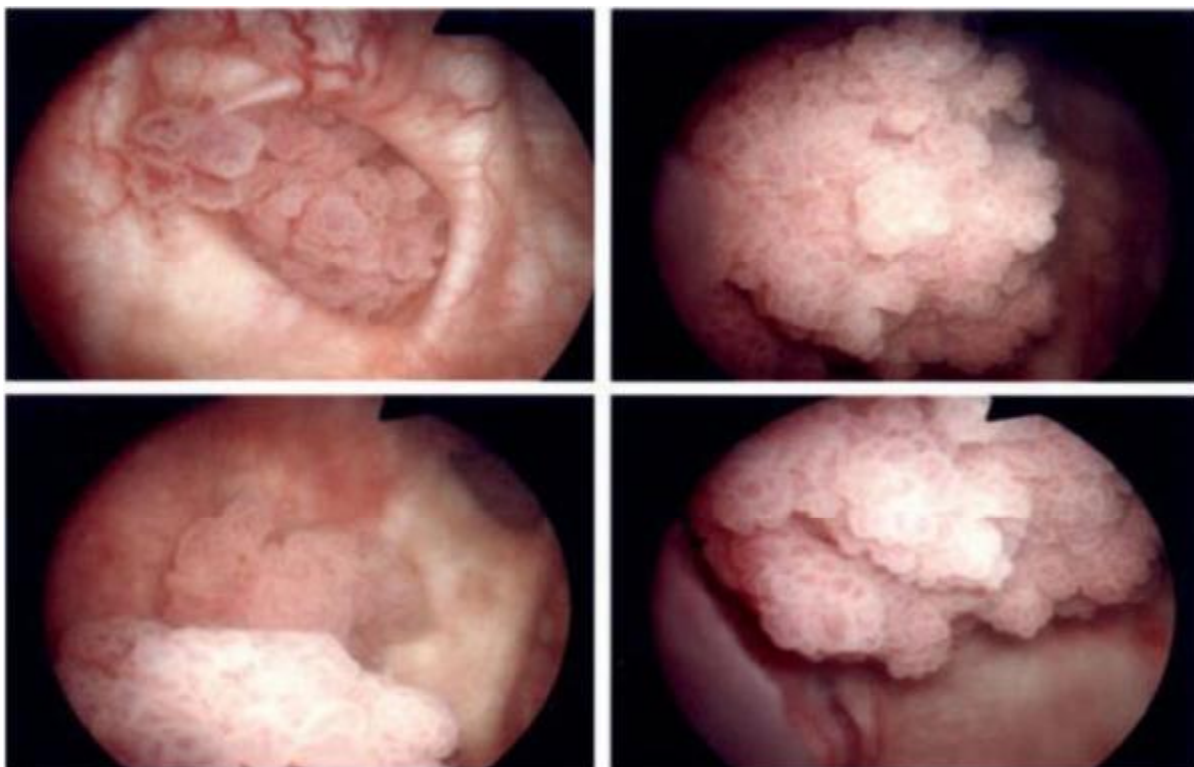


Figure L n°2: tumeur infiltrante de la vessie vue par cystoscopie [50]



Figure L n°3 : urographie intraveineuse qui montre des lacunes tumorales [52]

e. Examens biologiques :

✚ Marqueurs tumoraux : se base sur la biologie moléculaire :

De nombreux tests urinaires à visée diagnostique sont aujourd'hui décrits dans la littérature. L'objectifs de ces nouveaux marqueurs tumoraux est double : dépister une lésion urothéliale asymptomatique dans une population à risque d'une part, simplifier les modalités de surveillance des tumeurs vésicales déjà connues et traitées d'autre part . [45-53-54]

En pratique, les données récentes sont encourageantes et suggèrent d'associer la classique cytologie urinaire à certains de ces tests afin d'en améliorer la sensibilité . [55-56]

✚ Cytologie urinaire:

Desquamation de cellules vésicales, intéressante pour les tumeurs de haut grade.

✚ ECBU :

C'est un examen préliminaire qui permet de confirmer ou non la présence de sang dans les urines et d'en connaître l'origine infectieuse ou non.

✚ NFS: Elle renseigne sur le degré de l'anémie en rapport avec l'hématurie .

✚ L'ionogramme sanguin avec la fonction rénale : ils seront altérés en cas de retentissement sur le haut appareil.

3.2 Bilan d'extension loco-régional et général :

a. Bilan loco-régional :

✚ La TDM abdomino-pelvienne :

La TDM représente l'examen recommandé pour le bilan loco-régional, mais elle a des limitations pour le bilan d'extension local dans les organes de voisinages

avec une fiabilité globale qui varie de 50% à 92%. Le risque de surestimation ou de sous estimation est voisin de 15% . [57-58]

En effet, la TDM ne permet pas d'apprécier l'infiltration pariétale. Cependant, la TDM a l'intérêt de mettre en évidence une infiltration de la graisse périvésicale, un envahissement des vésicules séminales, de la prostate, une extension urétérale, à la paroi pelvienne, et de détecter une atteinte ganglionnaire .[47]

L'IRM :

Ces performances sont supérieures à celles de la TDM pour préciser les stades et l'exploration de la cavité pelvienne ainsi que l'envahissement ganglionnaire.

b. Bilan général : [44]

Il fait appel à la scintigraphie osseuse à la recherche de métastases osseuses, à l'échographie ou la TDM abdominale à la recherche de métastases hépatiques.

Pour les métastases pulmonaires, on peut se contenter d'une radiographie pulmonaire, mais en cas de doute, on aura recours à une TDM thoracique .

III / ASPECTS THERAPEUTIQUE : [59]

Le traitement du cancer de vessie est en fonction:

- ü de la localisation de la tumeur dans la paroi vésicale;
- ü du volume de cette tumeur;
- ü de la nature histologique;
- ü et du degré de malignité.

Il existe plusieurs méthodes de traitement dont:

✚ La résection transurétrale :

Elle constitue le traitement principal pratiqué dans un but d'évaluation diagnostique. Il est possible que ce seul geste suffise à obtenir la guérison " per primum " d'une tumeur isolée. Elle est indiquée dans en cas d'une tumeur papillaire superficielle et unique.

✚ La chirurgie d'exérèse endovésicale :

Il s'agit d'une tumorectomie à ciel ouvert, ablation chirurgicale de la muqueuse vésicale (cystendérèse), elle permet parfois de reprendre le contrôle de la situation surveillée ultérieurement par voie endoscopique. Mais la multiplicité des localisations de la tumeur, la rapidité des récives, le grade élevé, la présence d'atypies cellulaires font craindre une évolution fulgurante. L'on peut proposer dans ce cas:

- une chimiothérapie endovésicale à base d'antimitotiques.
- l'immunothérapie locale (BCG). Le principe est une instillation répétée (deux fois par mois pendant au moins un an).

✚ La cystectomie totale :

Elle reste l'intervention la plus séduisante du point de vue carcinologique, lorsque l'âge, l'état général, et les conditions locales le permettent.

A long terme elle se résume aux complications des dérivations urinaires.

Quatre types de dérivations sont couramment employés: l'entérocystoplastie, l'urétéro-sigmoïdostomie, l'urétérostomie cutanée directe ou transintestinale.

✚ La radiothérapie :

Elle est indiquée dans les cas des lésions infiltrantes .

On ne peut espérer modifier la tumeur que dans 1% des cas. De ce fait elle est beaucoup moins efficace que la cystectomie totale .

Nous ne nous intéresserons ici qu'aux tumeurs relevant d'un traitement chirurgical radical, dont la référence est une pelvectomie antérieure chez la femme, et une cystoprostatectomie totale chez l'homme associée a un curage ilio-obturateur étendu.

Il s'agit des tumeurs infiltrantes localisées (pT2) ou localement avancées (pT3 ou pT4a). Les tumeurs métastatiques ganglionnaires relèvent tout d'abord d'une chimiothérapie première, avant une éventuelle chirurgie en cas de réponse.

Les alternatives thérapeutiques (Radio-chimiothérapie, radiothérapie seule, RTUV seule) sont optionnelles en cas de refus du patient ou de contre-indications au traitement de référence, qui est chirurgical .

Dans le cadre de TVNIM a risque élevé de récurrence , la cystectomie peut être indiquée. Il s'agit des cas d'échecs de BCG thérapie (= immunothérapie intra-vésicale par instillations de BCG) : la progression tumorale, les tumeurs réfractaires ou résistantes aux instillations de BCG. On peut également la proposer en option thérapeutique chez des patients jeunes a très haut risque de récurrence (TVNIM a haut risque, associée a la présence de CIS) .

CLASSIFICATION DES TUMEURS VESICALES

Actuellement , il convient de classer les tumeurs de vessie en 2 catégories , en fonction de leur degré d’infiltration du muscle vésicale : les tumeurs vésicales non infiltrant le muscle (TMNIM) et les tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM) [60] (Fig.17)

Cette classification est permise grâce à l’analyse anatomopathologique du matériel tissulaire obtenu lors de la RTUV, permettant ainsi d’orienter la prise en charge thérapeutique .

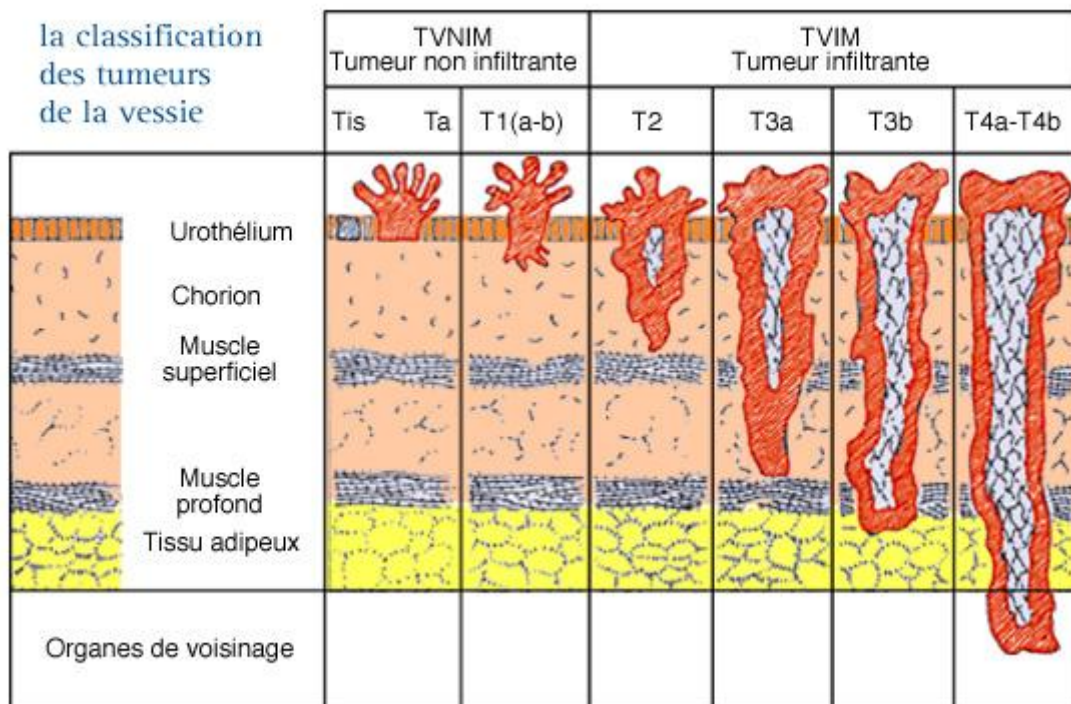


Figure 17 : Classification histologique des tumeurs de la vessie

L'autre référence actuelle est la classification OMS de 2004 pour le grade tumoral [61]

OMS 1973		OMS 2004
Papillome	↔	Papillome
Carcinome de grade 1	→	Néoplasie papillaire de bas potentiel de malignité
Carcinome de grade 2	→	
Carcinome de grade 3	→	Carcinome de bas grade, grade 1
	↔	Carcinome de haut grade, grade 3

Figure 18 : Classification OMS des tumeur de la vessie

Enfin, l'évaluation du stade tumoral se fait par la classification TNM , basé sur l'extension tumorale , la présence de métastases ganglionnaires et/ou à distance

TUMEUR (T)	GANGLION (N)	MÉTASTASE (M)
- Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée - T0 : pas de tumeur primitive décelable TVNIM - pTa : tumeur papillaire non invasive - pTis : carcinome in situ : tumeur plane - pT1 : tumeur envahissant le chorion TVIM - pT2 : tumeur envahissant la musculature - pT2a : tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne) - pT2b : tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe) - pT3 : tumeur envahissant le tissu périvésical - pT3a : envahissement microscopique, - pT3b : envahissement macroscopique (masse extravésicale) - pT4 : envahissement d'un organe périvésical ou de la paroi - pT4a : prostate, utérus ou vagin - pT4b : paroi pelvienne ou paroi abdominale	- Nx : ganglions non évaluables - N0 : pas de métastase ganglionnaire - Atteinte des ganglions hypogastriques, obturateurs, iliaques externes ou pré-sacrés : - N1 : un seul ganglion atteint - N2 : plusieurs ganglions atteints - Atteinte des ganglions de l'iliaque commune : - N3 : un ou plusieurs ganglions	- Mx : la présence de métastases à distance ne peut être évaluée - M0 : Pas de métastases à distance - M1 : Une ou plusieurs métastases à distance

Figure19 : classification de l'UICC en 2009 des TV. [62]

I. TUMEUR VESICALE N'INFILTRANT PAS LE MUSCLE (stade : TIS ; Ta ; T1)

Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle , anciennement dites (superficielles), représentent 7 à 80 % des tumeurs . Elles sont :

- Le plus souvent d'architecture papillaire ;
- Volontiers multifocales ;
- Fréquemment récidivantes ;
- Initialement limitées à l'urothélium (stade Ta) , sans dépasser la membrane basale .Et elles peuvent progresser vers l'invasion du chorion après franchissement de la membrane basale (stade T1) .
- Parfois tumeurs de type plan (sans papilles) sans dépasser la membrane basale , et appelées carcinome in situ (stade Tis) avec une probabilité forte de progresser vers l'invasion du chorion et au-delà .

L'histoire naturelle des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle de les traiter en première intention en conservant la vessie , par des résections successives plus ou moins complètes de BCG-thérapie ou de chimiothérapie intravésicale .

II. TUMEUR DE VESSIE INFILTRANT LE MUSCLE (stade T2 et au-delà)

Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle d'emblée :

- Résultant le plus souvent de l'évolution d'un carcinome in situ méconnu ;
- Sont souvent d'aspect solide ;
- Sont agressives et ont un risque élevé de métastases (ganglion, poumon, foie, os) ;
- Justifient en première intention la cystectomie avec dérivation urinaire .

Urétérostomie cutanée trans-iléale ou opération de Bricker

C'est l'intervention de dérivation urinaire externe non continente de référence décrite en 1950 par Bricker.

Cette intervention simple et fiable n'a subi que peu de modifications hormis pour le mode de réimplantation urétérale. L'essentiel est de confectionner une trompe iléale cutanée de bonne qualité pour appareiller facilement la stomie.

I. La préparation du patient :

La préparation digestive comporte soit un régime sans résidu (4 à 5 jours avant l'intervention) associé à une antibiothérapie à élimination digestive, soit la prise d'un laxatif administré la veille de l'intervention et associé à un lavement rectal évacuateur

II. Repérage du site de stomie :

Du repérage du site de stomie dépend le succès de l'intervention et le confort du patient, il se fait en général la veille de l'intervention, le site est repérer en position debout, couché et assise après avoir vérifié à quel niveau le patient met sa ceinture (Fig. 20).

III. Techniques chirurgicales : [65, 66, 67, 68]

- Patient installé en décubitus dorsal et léger Trendelenburg.
- Incision médiane à cheval sur l'ombilic décalée vers le côté opposé au site de la stomie.
- Exploration de la cavité abdominale et voire l'état du foie.
- Mobiliser le colon droit de ses attaches péritonéales.
- Préparation des uretères :

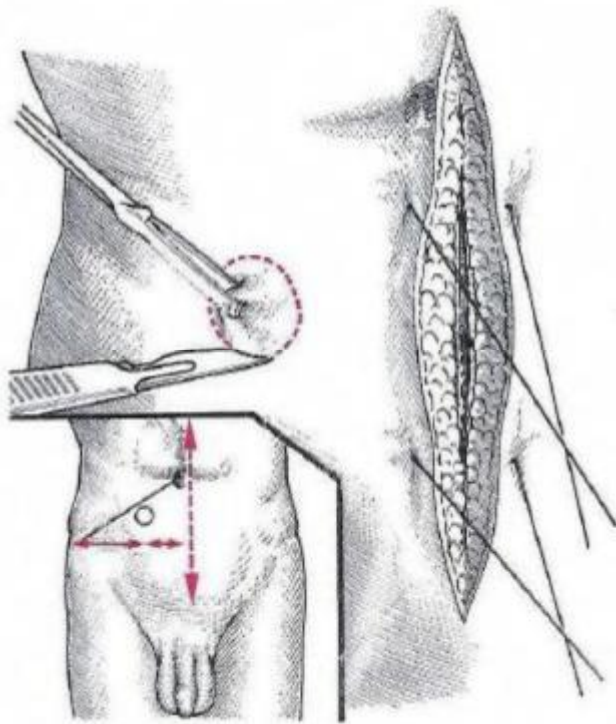
Identifier les uretères à droite puis à gauche après décollement du colon descendant et incision du péritoine pelvien sous méso colique, les libérés en respectant le tissu péri-urétérale (Fig. 21).

Section des uretères, certains placent des clips à l'extrémité distale des uretères pour entrainer une dilatation des uretères qui facilitera l'anastomose urétéro-iléale et l'inondation du champ opératoire (Fig. 22a).

Mobiliser l'uretère gauche pour le passer sous la racine du mésosigmoïde (Fig.22c).

- Isolement du greffon iléal :
- L'avant dernière anse du grêle est repérée à 20-30 cm de la jonction iléocæcale (Fig.22b).
- Choisir le bon segment intestinale en identifiant le plan avasculaire situé entre l'artère iléo-colique et les branches terminales de l'artère mésentérique supérieure.

Le greffon prélevé est d'une longueur variant de 10 à 25 cm en fonction de la morphologie du sujet et de l'épaisseur de la paroi abdominale une fois le méso sectionné entre plusieurs ligatures, le greffon est isolé et le rétablissement de continuité digestive iléo-iléale est réalisé (Fig. 23)



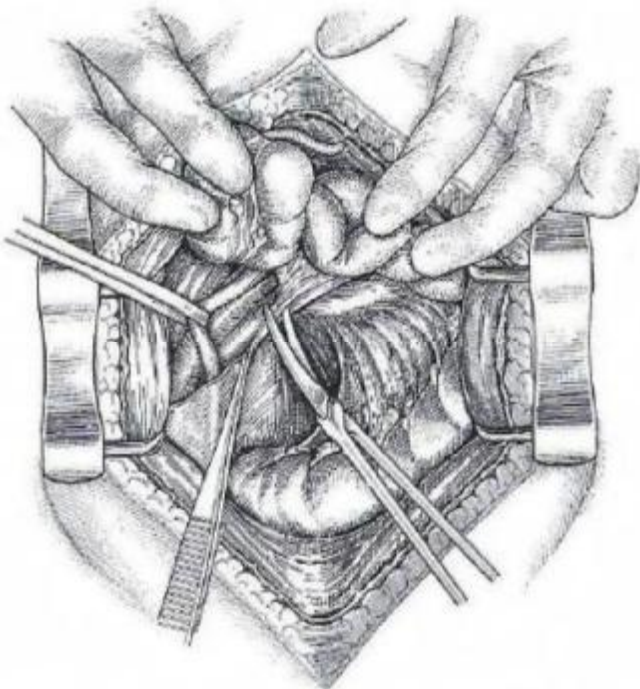
- Urétérostomie cutanée trans -iléale :
 - Le site idéal se situe un peu au dessous de la ligne unissant l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure.

- Il est adapté à la morphologie de chaque patient, repéré soigneusement et marqué à l'encre indélébile avant l'intervention.

- La large pastille cutanée emporte un cylindre cutané-graisseux et musculoaponévrotique

Figure 20 : Schéma du site idéal de l'urétérostomie trans-iléale [69]

Ce temps est effectué soit en début d'intervention avant l'incision médiane, soit en fin d'intervention ; l'écarteur devra alors être enlevé et les deux berges de l'incision pariétale rapprochées par 2 gros fils pour que le trajet du tunnel soit direct.

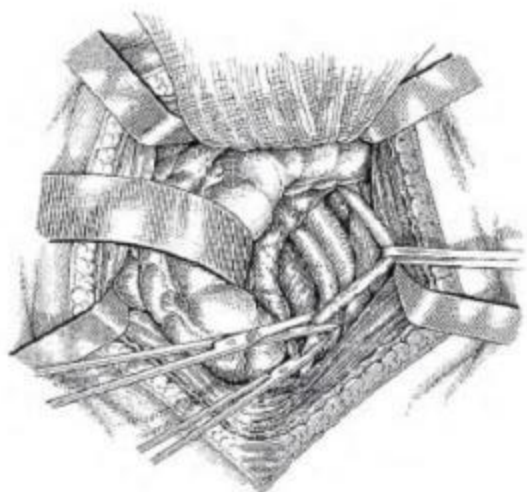


- Urétérostomie cutanée trans-iléale droite :

Décollement du côlon ascendant et de la racine du mésentère.

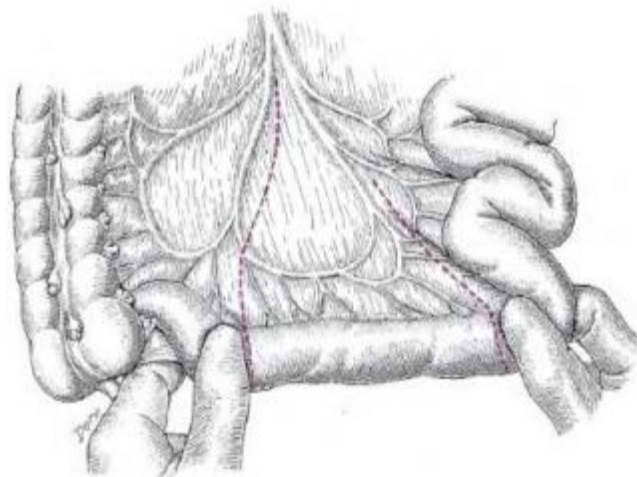
Isolement sur un lacs et dissection de l'uretère droit qui sera sectionné en zone saine.

Figure 21 : Décollement de l'angle colique droit [69]



Urétérostomie cutanée transiléale
droit :

Section de l'uretère gauche après
décollement du côlon descendant et incision
du péritoine postérieur pelvien sous-
mésocolique (Fig22 a)

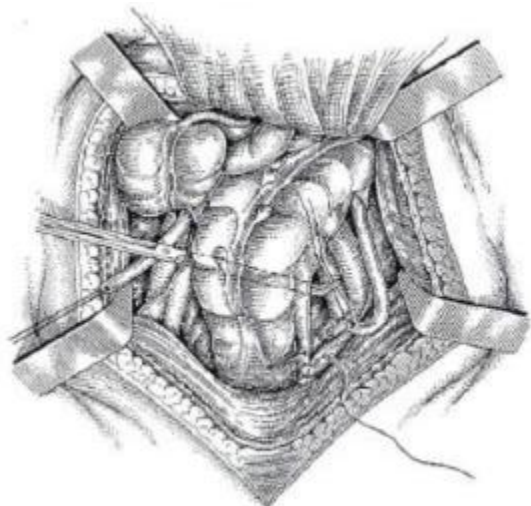


- Urétérostomie cutanée transiléale
droite :

Prélèvement d'un greffon iléal de
15 à 20 cm.

La section distale du mésentère, la plus
longue possible se situe dans le plan
avasculaire entre artère iléocolique et
branches terminales de l'artère mésentérique
supérieure.

L'incision proximale, plus courte, ne
sectionne pas plus de deux petites arcades
vasculaires.(Fig22c)

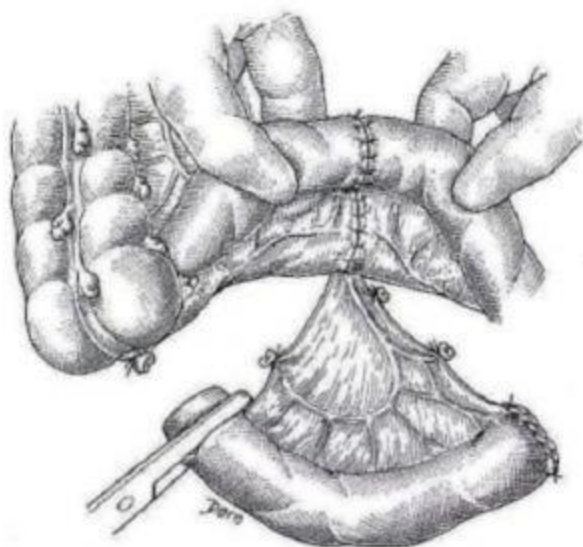


- Urétérostomie cutanée transiléale
Droite :

Passage de l'uretère gauche vers la droite ,
en l'attirant en arrière de la racine du méso-
sigmoïde dans un tunnel rétropéritonéal
réunissant les deux décollements coliques.
Eviter toute angulation.

La courbe dessinée par l'uretère doit rester
harmonieuse (Fig22b)

Figure 22 : Urétérostomie cutanée trans-iléale [69]



- Urétérostomie cutanée trans-iléale droite :
Rétablissement de la continuité iléale en avant de l'anse isolée. L'extrémité proximale du greffon peut être fermée à ce stade par deux surjets superposés au fil résorbable ou par une ligne d'agrafes



Urétérostomie cutanée trans-iléale droite :
Amarrage solide de l'extrémité proximale de l'anse au promontoire avant ou après la réimplantation urétéro-iléale.

Figure 23 : Rétablissement de la continuité après prélèvement d'un greffon iléal [69]

1. Anastomoses urétéro-iléales

Elles sont réalisées par implantation directe. Les anastomoses se font sur les faces latérales du greffon à 2 cm environ en aval du point d'ancrage de l'anse

Elles sont décalées en hauteur l'une par rapport à l'autre. On découpe sur la face latérale du greffon une pastille de 1 cm de diamètre environ, en ouvrant bien la muqueuse et au besoin en la réséquant. L'uretère est amené en regard de cette ouverture de l'anse et après avoir vérifié l'absence d'incurvation et de traction, il est recoupé obliquement avec au besoin un trait de refend interne de 1 cm pour augmenter la surface de l'anastomose. Naturellement, chaque uretère a été intubé par une sonde urétérale CH 6 ou 7 en fonction de son diamètre. En cas d'uretère très large, une urétérostomie type Wallace peut être réalisée pour ne pratiquer qu'une seule anastomose urétéro-iléale.

Cet artifice technique expose tout de même au risque d'obstruction urétérale bilatérale en cas de sténose de l'anastomose. Le mieux est donc de réaliser une anastomose pour chaque uretère à points séparés de fil lentement résorbable 4 ou 5-0. Pour cette anastomose, 6 à 8 points sont habituellement nécessaires. Une fois les deux anastomoses réalisées, on vérifie leur étanchéité par lavage du greffon. Les sondes urétérales sont extériorisées par le greffon intestinal.

Elles sont fixées à l'aide d'un fil rapidement résorbable 4-0 sur le versant muqueux le plus distal du greffon .

2. L'extra-péritonisation du greffon :

N'est pas obligatoire. Si elle est réalisée, elle consiste à extérioriser le greffon intestinal par voie sous-péritonéale, en dehors du caecum à droite. Enfin, le péritoine pariétal postérieur est suturé au greffon au-dessus des anastomoses urétéro-iléales de telle sorte que celles-ci deviennent rétro-péritonéales

3. Confection de l'iléostomie:

Elle se situe habituellement à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et de l'ombilic, préalablement repérée comme nous l'avons vu, en pré-opératoire. On découpe tout d'abord une pastille de peau de 3 à 4 cm de diamètre et l'on excise au bistouri électrique le tissu graisseux sous-cutané jusqu'à l'aponévrose du grand oblique .

Celle-ci est incisée en croix et une pince de Kocher repère chacune des extrémités aponévrotiques. On traverse ensuite le plan musculaire du petit oblique et du transverse puis on ouvre le péritoine. Le trajet obtenu doit permettre le passage facile de 2 doigts. Une pince de Duval saisit l'extrémité libre du greffon pour l'extérioriser à travers le trajet pariétal. Le trajet intra-abdominal du greffon doit être le plus direct possible sans tension. C'est pourquoi certains préfèrent ne pas extrapéritoniser le greffon pour avoir un trajet le plus direct. Pour permettre une anastomose iléo-cutanée avec retournement, il faut que l'anse extériorisée dépasse de 3 ou 4 cm environ.

Effectivement, pour éviter une sténose de la stomie cutanée, la meilleure technique semble être le retournement en manchette de l'extrémité de l'anse. Quatre fils lentement résorbables vont permettre de bâtir ce retournement.

Ils sont situés aux 4 points cardinaux et prennent successivement : la peau, la languette aponévrotique repérée par la pince de Kocher, la paroi iléale à 4 cm environ de son extrémité puis la muqueuse évaginée. Une fois serrée, la stomie forme un manchon qui dépasse de 2 cm le plan cutané.

On termine ce temps en passant entre les points précédents une série de points uniquement cutanéomuqueux .(Fig24-25-26)

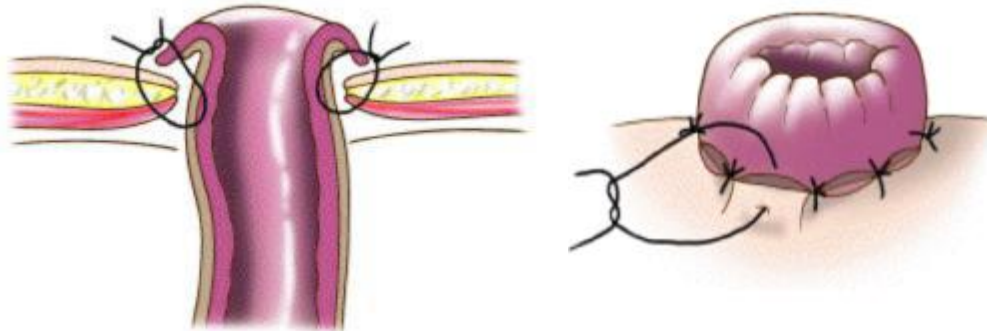


Figure 24,25,26 : Dérivation urinaire : technique de Bricker : confection de la stomie avec amarrage de la séro-muscleuse du greffon à la paroi musculaire et retournement muqueux fixé à la peau réalisant une stomie bien vascularisée facilement appareillable .

IV. Complication :

4-1- Complications pendant le geste opératoire :

- Saignement pouvant nécessiter une transfusion de sang.
- Blessure d'un organe de voisinage justifiant sa réparation ou son ablation.

4-2- Complications immédiatement après l'opération :

- Saignement pouvant obliger à une nouvelle opération.
- Phlébite et embolie pulmonaire.
- Infection :
 - ü Urinaire
 - ü Infection de la paroi et de la cicatrice
 - ü Infection générale avec septicémie
- Complications urinaires (fistule)
- Complications digestives:
 - ü Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion
 - ü Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention
 - ü Ouverture de la paroi abdominale
 - ü Ulcère de l'estomac

4-3 Complications à distance de l'intervention :

- Complications digestives
 - ü Troubles du transit (constipation/diarrhée)
 - ü Eventration de la paroi de l'abdomen
 - ü Occlusion intestinale par des brides
- Complications urinaires
 - ü Rétrécissement des uretères, calculs rénaux ou urétéraux
- Complications sexuelles, en cas d'ablation de la prostate associée :

- ü Impuissance sexuelle
- ü Disparition de l'éjaculation

ETUDE PRATIQUE

Objectif de l'étude :

1 / Principal :

- Evaluer et comparer la qualité de vie des patients ayant bénéficié d'une CPT avec dérivation urinaire type Bricker .

2 / Secondaires :

- Analyser l'évolution de la qualité de vie des patients atteints d'une tumeur vésicale et identifier les facteurs influençant cette évolution.
- Estimer la valeur pronostique de la qualité de vie sur la survie des patients

MATERIEL ET METHODES

1/ Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale menée au service d'Urologie du CHU Hassan II de Fès portant sur la qualité de vie des patients avec dérivations urinaires de type Bricker

2/Population d'étude :

2-1- Critères d'inclusion :

- Les patients hospitalisés au service d'urologie de CHU Hassan II de Fès ; ayant bénéficié d'une cystoprostatectomie totale (chez l'homme) ou pelvectomie antérieure (chez la femme) et porteur d'une dérivation urinaire de type Bricker
- Sans limite d'âge .

2-2- Critères d'exclusion :

- Patients opérés pour des tumeurs de la vessie ayant bénéficié d'une autre intervention (remplacement vésicale ; RTUV) .
- Patients non joignables .

3/ Terrain et période d'étude :

- Sont concernés par l'étude, les patients pris en charge au niveau du service d'Urologie de CHU Hassan II de Fès sur une période de 3ans allant de janvier 2014 à Décembre 2016.

4/ Support des données :

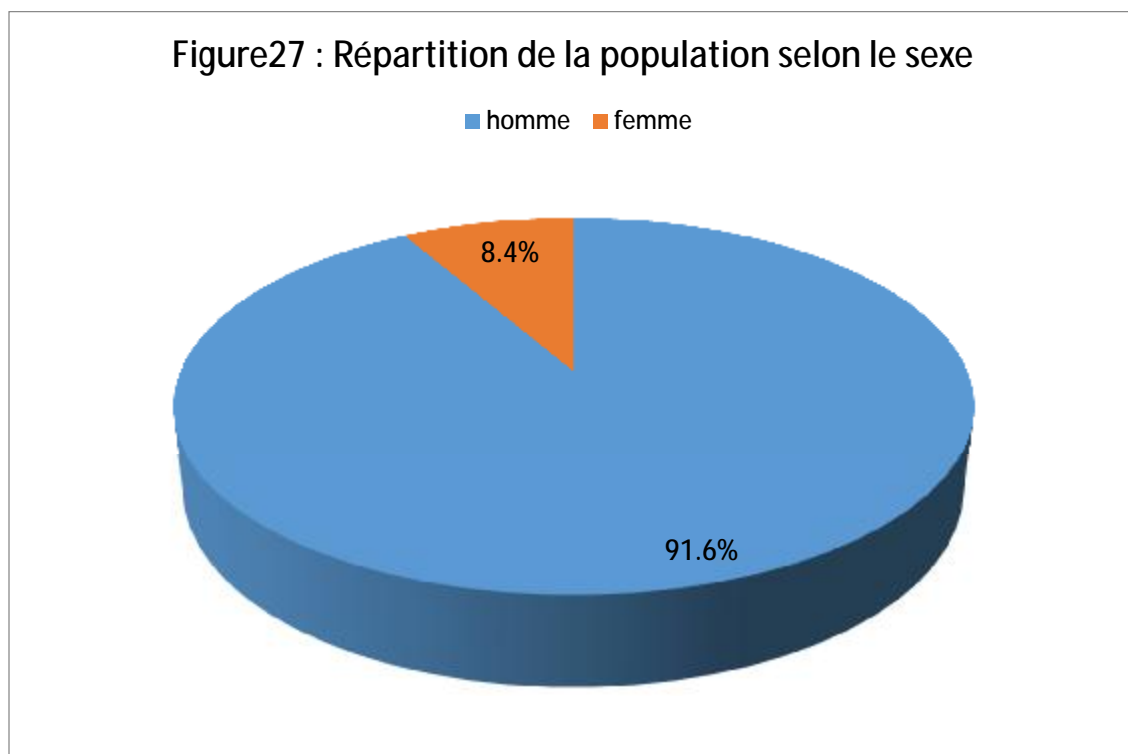
- Les dossiers des patients du service d'urologie de CHU Hassan II de Fès .
- Les comptes rendu opératoires .
- Pour répondre au mieux aux objectifs , la qualité de vie a été évaluée à l'aide de trois questionnaires :
 - ü Un questionnaire contenant 35 questions inspirées du questionnaire validé et publié en France par Dr Christian Castagnola en janvier 1996. (ANNEXE 1)
 - ü L'auto-questionnaire QLQ C30 développé par L'European Organisation for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) en 1993 . Il contient 30 items , et évalue cinq fonctions, neuf symptômes, et l'état globale de santé des patients (ANNEXE 2)
 - ü L'auto-questionnaire Bladder cancer Index(BCI) (ANNEXE 3)

RESULTATS

1-Description de la population d'étude :

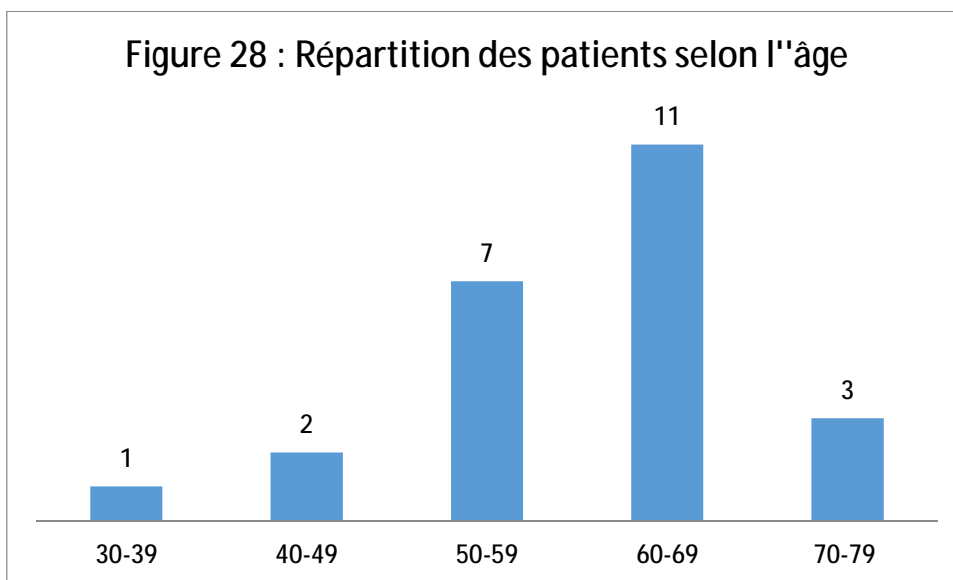
1-1- le sexe :

Notre série compte 22 hommes et 2 femmes ce qui équivaut 91.6 % hommes et 8.4 % femmes avec un sexe ratio de 11 .



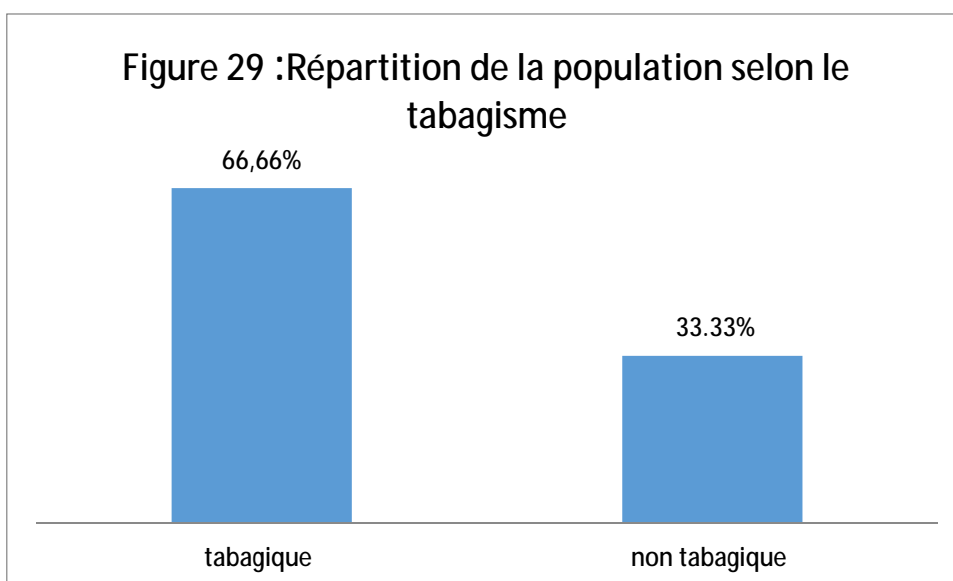
1-2 l'âge :

L'âge moyen dans notre série est de 63 ans et la Médiane : 64 ans avec des extrêmes d'âge de 32 ans et 74 ans.



1-3-Tabagisme

Parmi nos 24 patients 16 étaient tabagiques (66.66%) tous de sexe masculin et 08 non tabagiques (33.33%).



1-4-Tares associés :

05 patients souffrent d'hypertension artérielle (HTA) et 03 patients présentent un diabète type II et 16 patients ne présentent aucun ATCD.

Tableau 2 : Répartition des patients selon les tares associés

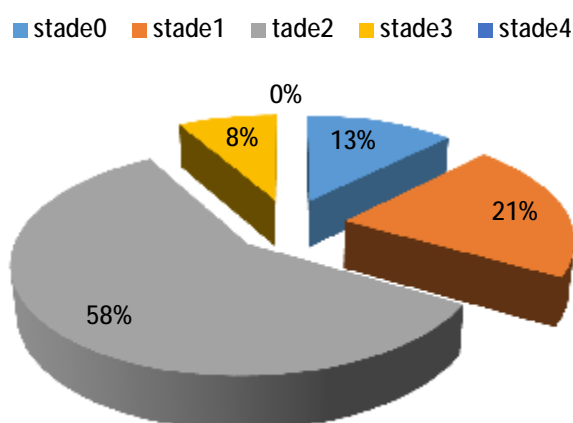
Type d'antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	05	21
Diabète	03	12.5
Pas d'ATCD	16	66.5

1-5 Performance status de l'OMS

Tableau 3 : Répartition des patients selon l'indice de performance de l'OMS

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Stade 0	3	13
Stade1	5	21
Stade2	14	58
Stade3	2	8
Stade4	0	0

Figure 30 : Répartition des patients selon l'indice de performance status de l'OMS



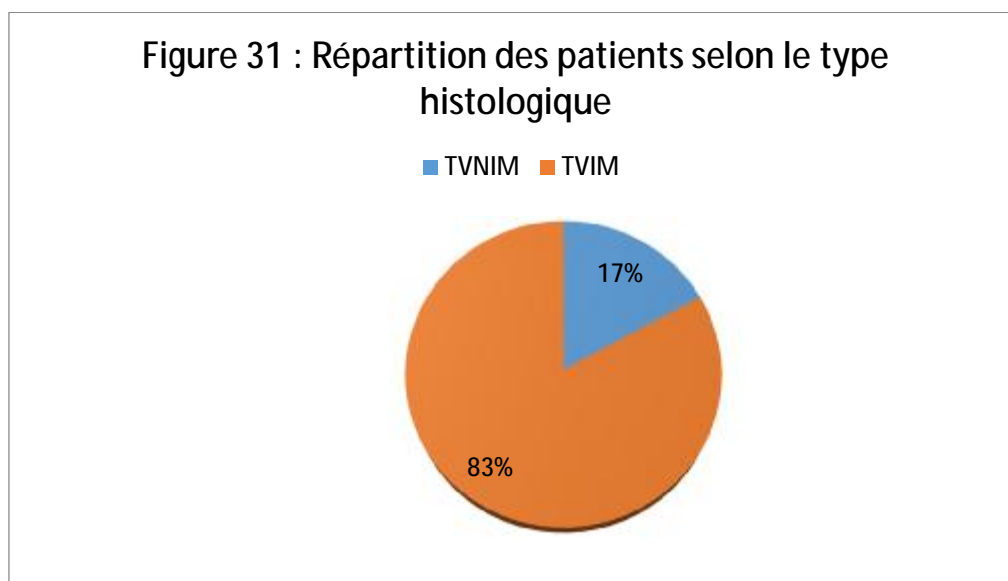
1-6 Indication de la dérivation de Bricker :

Pour les 24 patients de notre série soit 100 % l'indication de la dérivation était une étiologie néoplasique (tumeur de la vessie)

1-7 Classification histologique :

Tableau 4 : Répartition des patients selon le type histologique

	Effectif	Pourcentage
TVNIM (TIS,Ta,T1)	4	16.66%
TVIM (T2 ,T3,T)	20	83.33%



2- Evaluation de la qualité de vie :

2-1 Activités quotidiennes :

Nous avons évalué l'habilité des patients à effectuer certaines activités journalières. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessus :

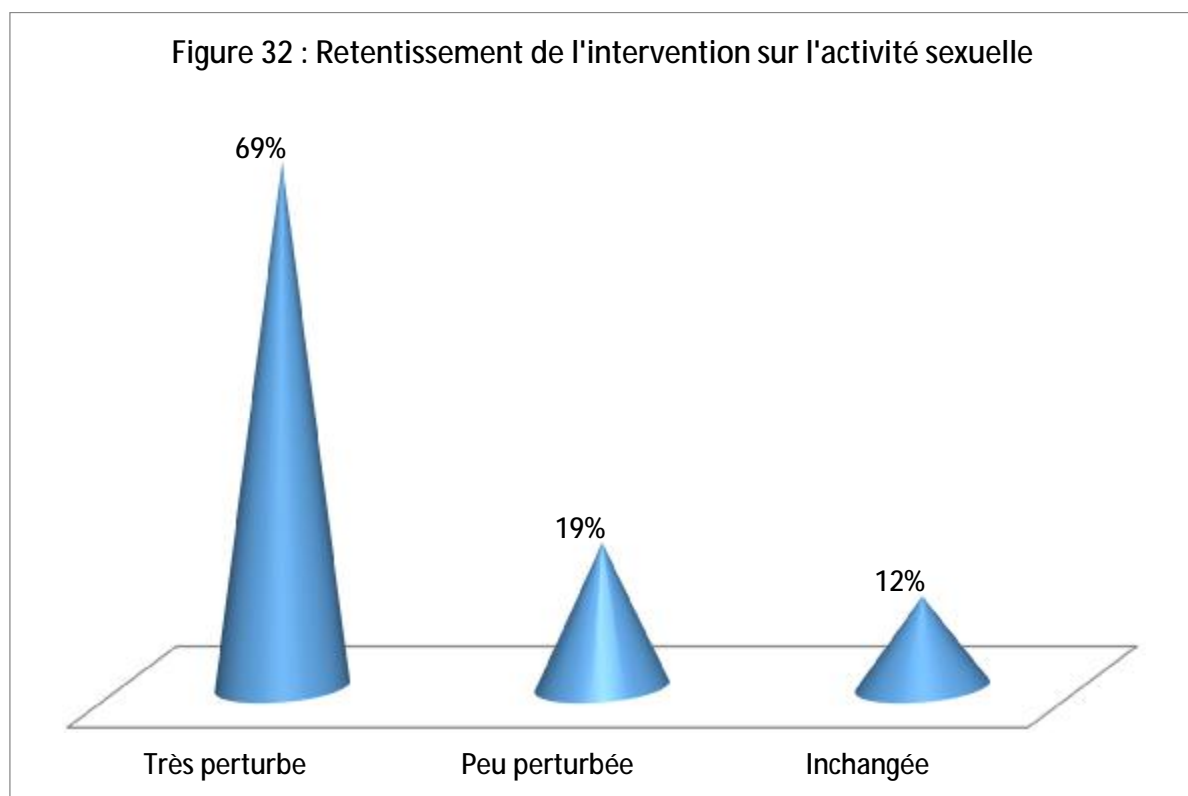
Tableau 5 : Distribution du degré de gêne dans la vie quotidienne

	Aucune gêne	Présence d'une gêne	Non concerné
Tâches domestiques, ménage, bricolage, cuisine ...	13 (54%)	11 (46%)	
Sortir dans la rue , faire des courses ...	14 (58%)	10 (42%)	
Aller dans les lieux public, cinéma, café...	15 (62.5%)	09 (37.5%)	
Réunion de la famille	17 (71%)	07 (29%)	
Réunion de amis	14 (58%)	10 (42%)	
Passer la nuit en dehors du domicile habituel	09 (37.5%)	15 (62.5%)	
Conduite automobile	07 (29%)	07 (29%)	10 (42%)
Bains , piscine, mer	01 (4%)	10 (42%)	13 (54%)

2-2 Activité sexuelle :

16 patients soit 67% , , estimaient avoir une vie sexuelle active avant leur intervention, 6 patient soit 25% n'avaient pas une vie sexuelle active , et 02 patient soit 8% estimaient ne pas être concernés par cette question.

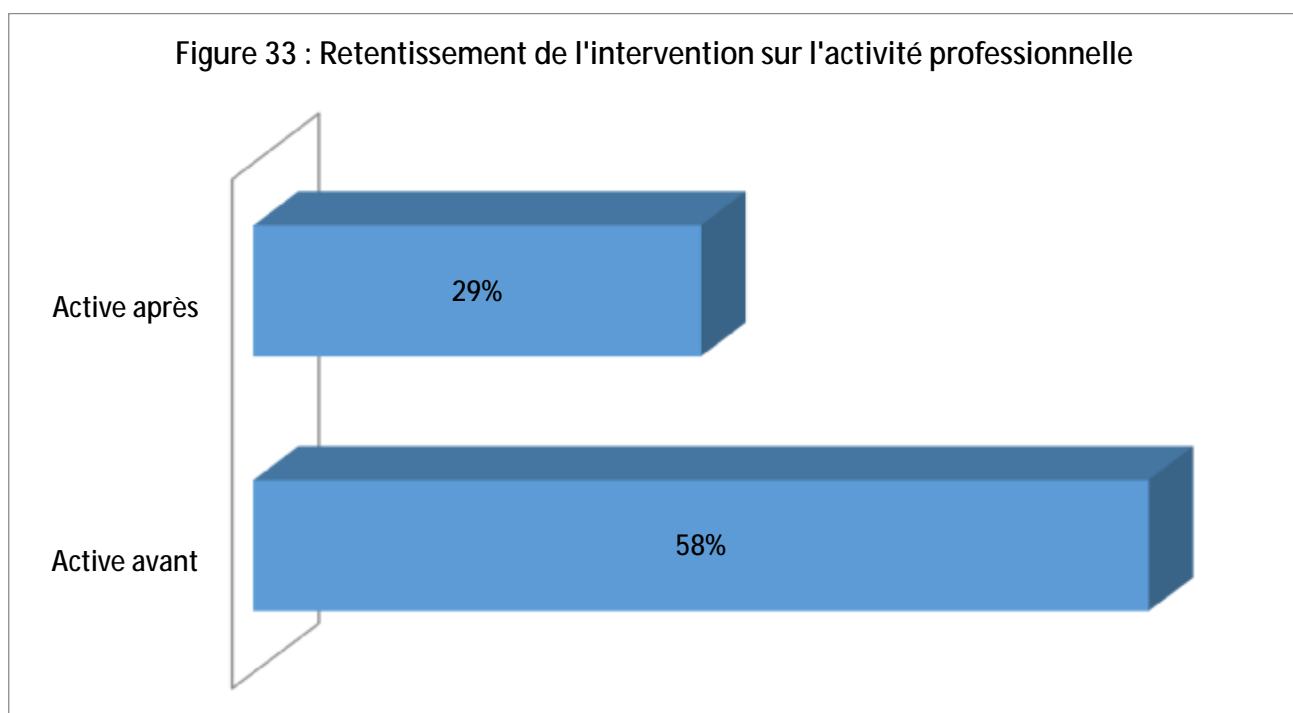
Sur les 16 patients sexuellement actifs : 11 déclaraient que leur activité sexuelle avait été «très perturbée» après leur opération, 3 qu'elle avait été seulement «peu perturbée» et 2 qu'elle était «inchangée».



2-3 Activité professionnelle :

Dans la période précédant la chirurgie, 14 patients de notre série soit 58.33% avaient une activité professionnelle.

En post -opératoire juste 7 patients soit 29% de notre série ont gardé une activité professionnelle . 17 patients soit 71% étaient inactifs .



2-4 Sur le plan physique :

Les patients de notre série avaient plusieurs difficultés qu'on peut classer en deux catégories :

+Subjectives :

Fatigue (difficulté de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne) : 07 patients soit 21 % .

Perturbation de sommeil (sommeil discontinu :le patient a du mal à se positionner et dormir que d'un coté) :12 patients , soit 50%

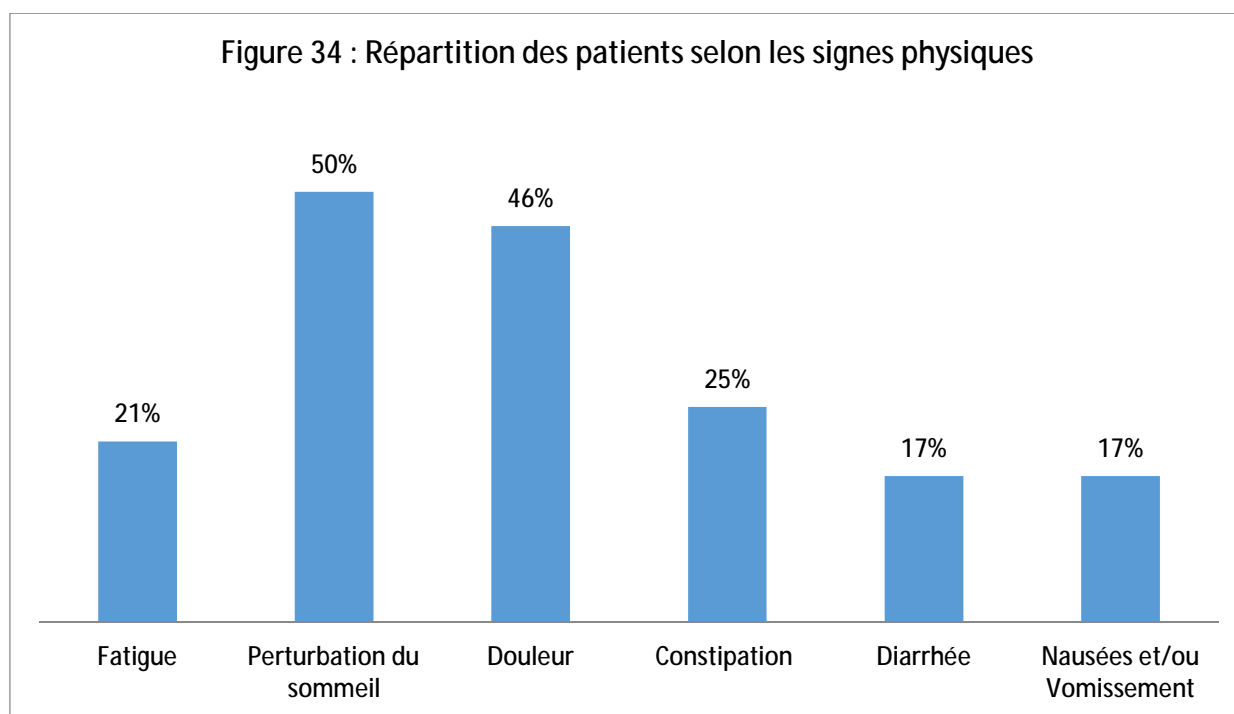
Douleur : 11 patients soit 46%

+Objectives :

Diarrhée :04 patient , soit 17%.

Constipation : 06 patients 25%.

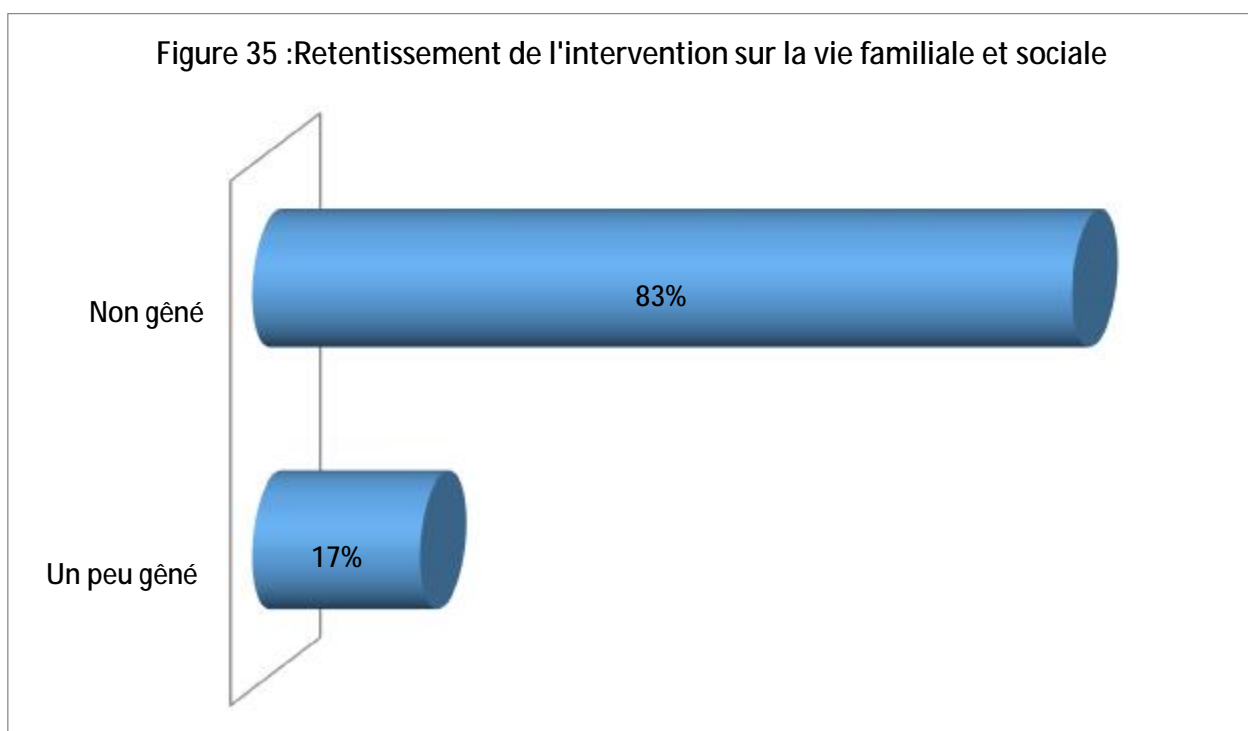
Nausées et/ou vomissements : 04 patients , soit 17%



2-5 Sur le plan familial et social :

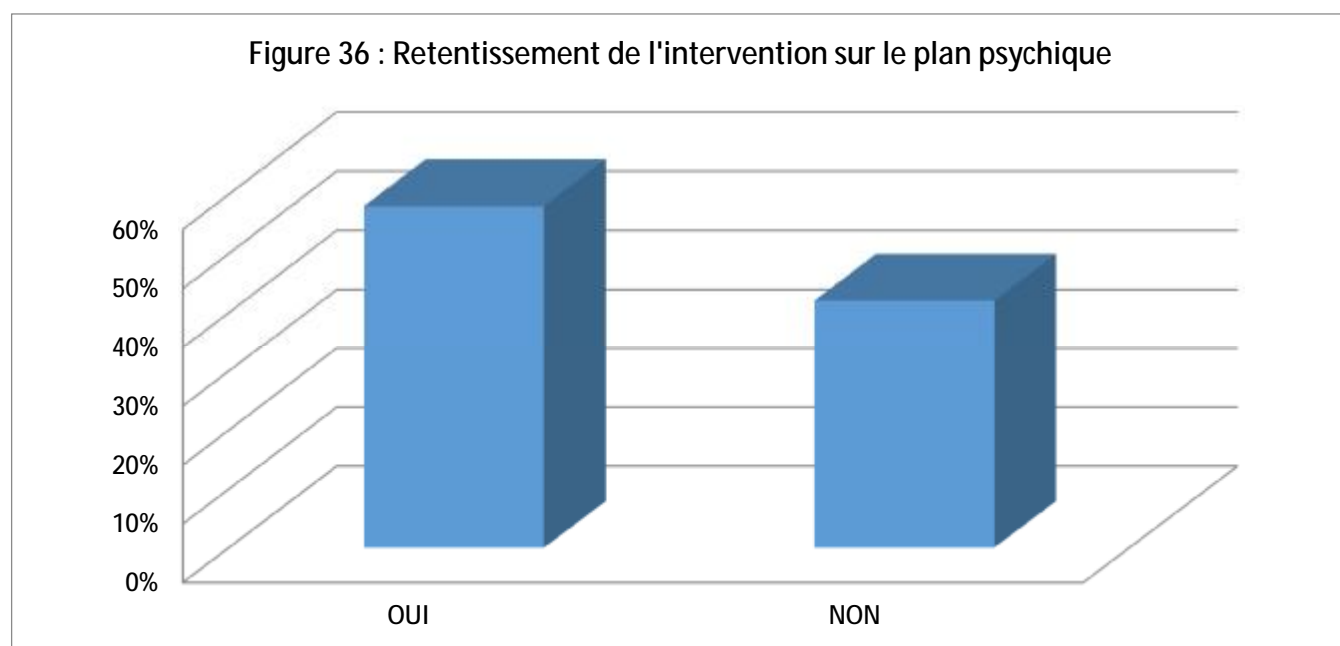
Dans notre série 14 patients étaient soutenu par leurs conjoints, et 10 patients restant par un autre membre de la famille.

L'évaluation du gêne familial et social après l'intervention a mis en évidence les résultats suivants :



2-6 Sur le plan psychique :

Dans notre série de cas, 14 malades soit 58% ont des troubles psychiques (anxiété , irritabilité , dépression ...) avec une difficulté d'adaptation à la dérivation urinaire. Pour les 10 restants soit 42% ils n'ont pas présenté de retentissement psychologique .

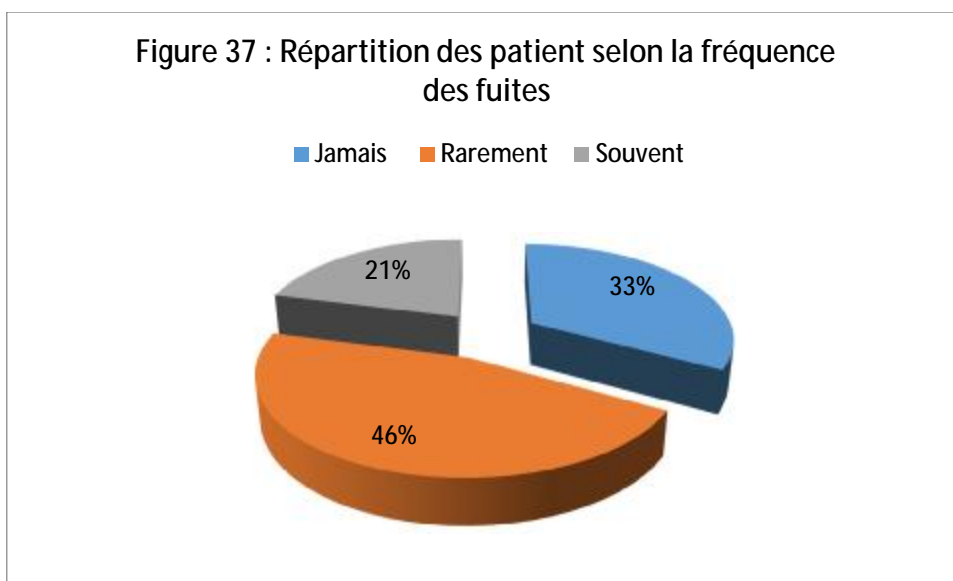


3. Incidents liés à la stomie :

3-1 -Fuites urinaires :

Dans notre série de cas 08 patients n'ont jamais des fuites urinaires , 11 patient ont rarement des fuites et 5 patients ont souvent des fuites .

La quantité des fuites était minimales chez 13 patients et importantes chez 3 patients

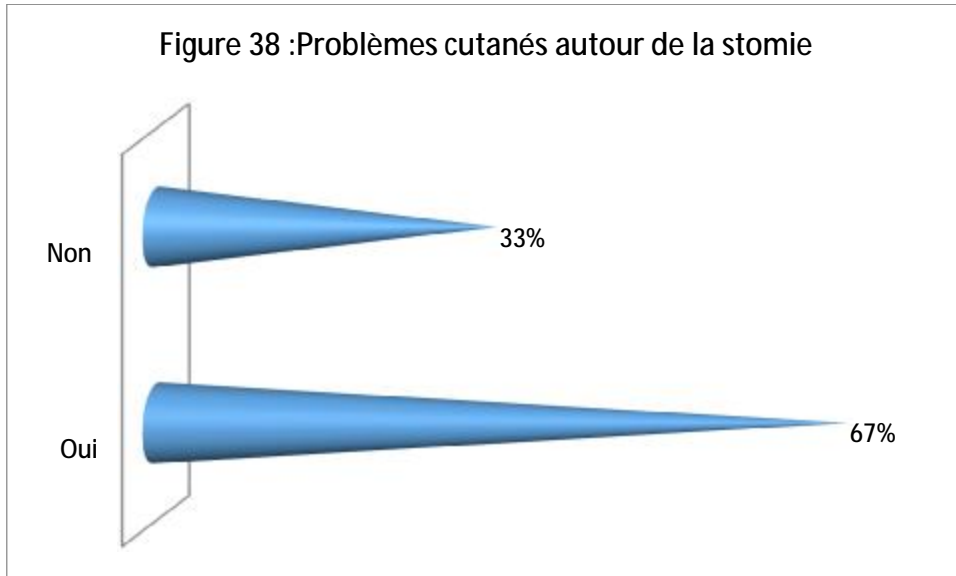


Les difficulté d'appareillage sont leur cause principale : mauvaise adhésion de la poche lors de sa mise en place (12.5 % des fuites) ou décollement intempestif (21%).

Elle peuvent également survenir lors d'efforts (33%).

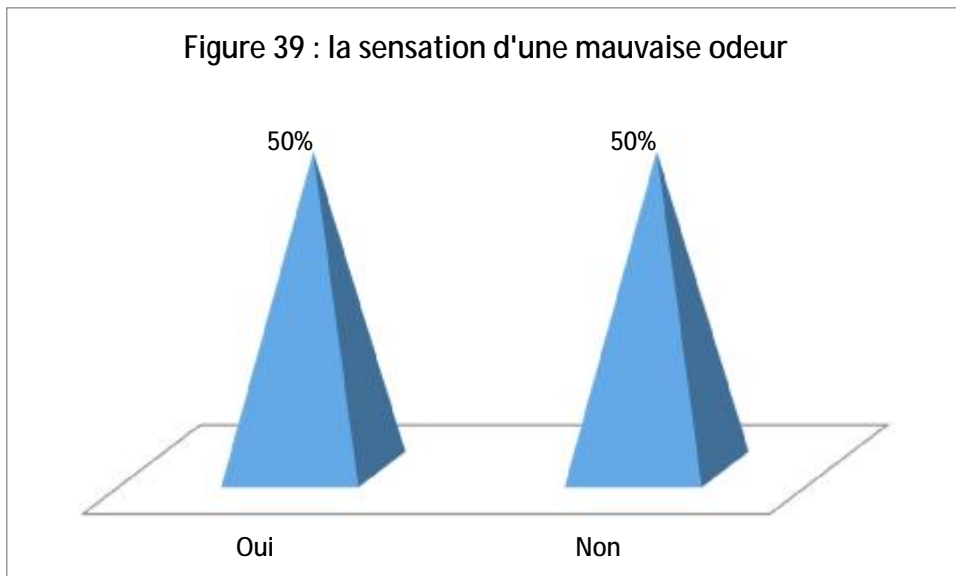
3-2- Problèmes cutanés :

Dans notre série de cas , les problèmes cutanés sont fréquents ; 16 patients soit 67% rapportent des problèmes cutanés autour de la stomie .



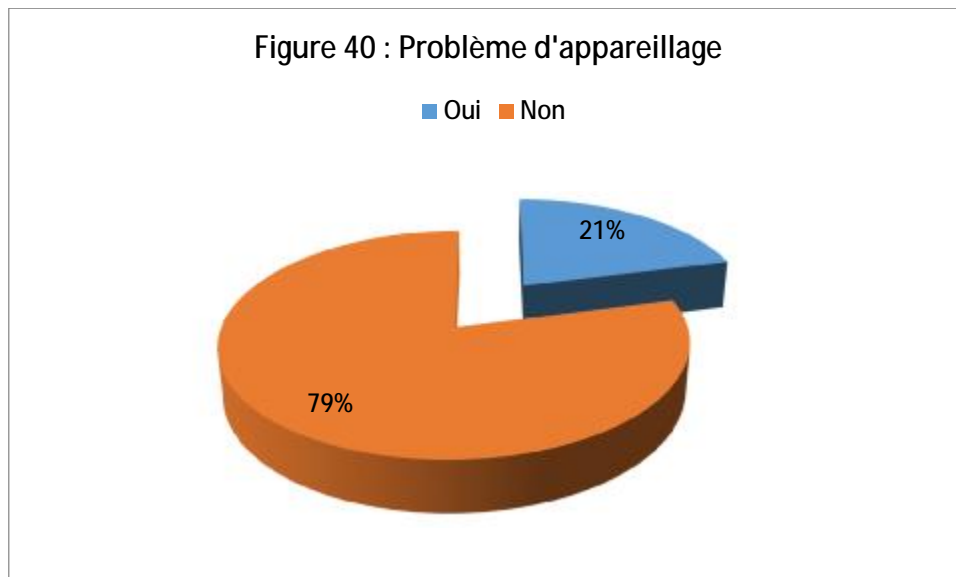
3-3- Mauvaise odeur :

C'est une grande source d'inquiétude pour les gens qui s'apprêtent à avoir une dérivation urinaire .Dans notre série 12 patients soit 50% rapportent la sensation de sentir une mauvaise odeur .



3-4- Problèmes d'appareillage :

L'appareillage d'un Bricker est habituellement considéré comme simple par nos patients, juste 5 patients soit 21% rapportent des problèmes d'appareillage .



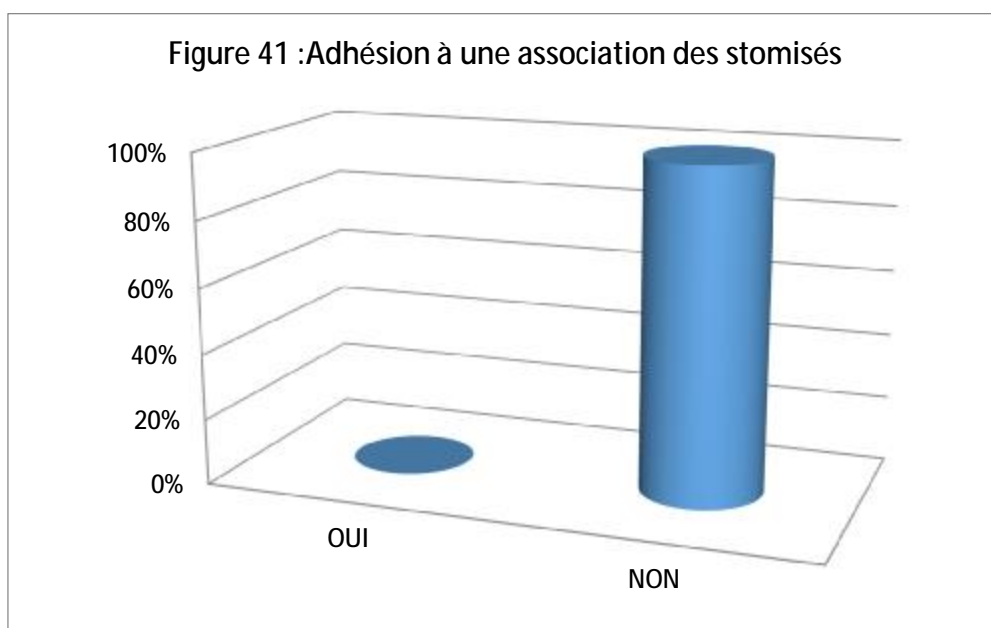
4. Prise en charge de la stomie :

05 patients ont besoins de vider leur poche chaque heure , 15 patients une fois toute les 2 heures et 4 patients chaque 3à 5 heures .

Tableau 6 : Répartition des patients selon le besoin de vidange de la poche .

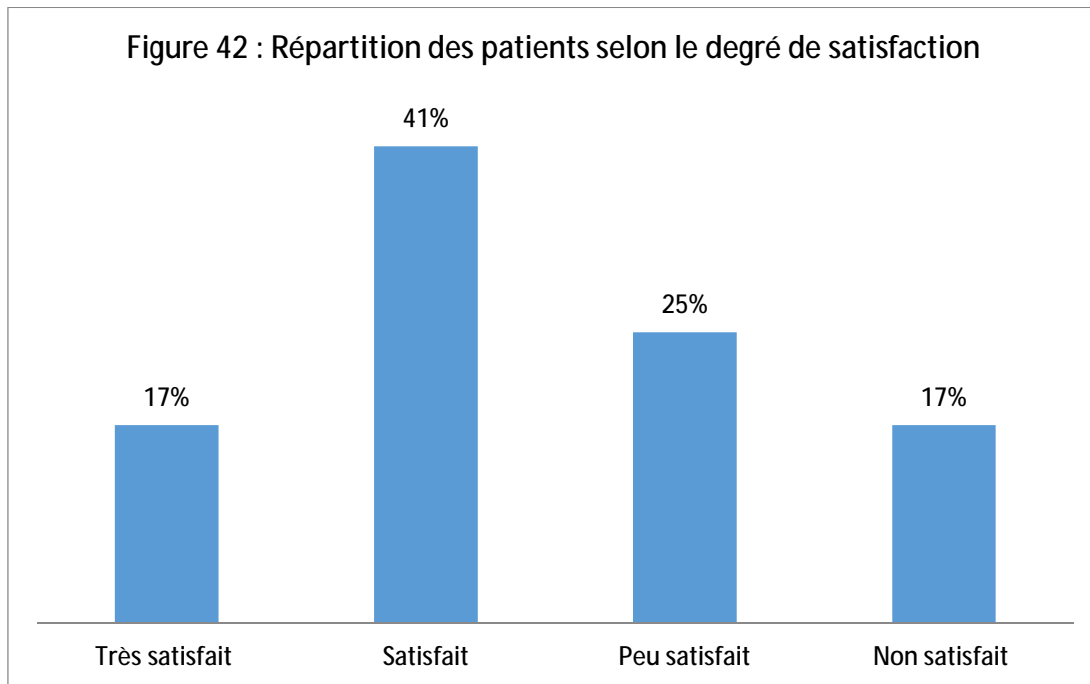
	EFFETIF	POURCENTAGE
Chaque heure	05	21%
Chaque 2 heures	15	62.5%
Chaque 3 à 5 heures	04	17%

Parmi nos patients de la série aucun d'entre eux n'appartenaient à une association de soutien des stomisés ou autre groupe de soutien (0 malades).



5. La satisfaction :

L'évaluation de la satisfaction des patients de notre série a mis en évidence les résultats suivants :



DISCUSSION

Il n'existe pas de définition communément admise de la qualité de vie [70, 71, 72].

Les dimensions englobées dans le concept qualité de vie sont multiples : affective, cognitive et comportementale.

La qualité de vie explore l'individu dans son environnement le plus large ainsi que la dynamique de leurs interrelations selon les propres normes de l'individu. Le respect des normes du sujet est primordial.

Seul le sujet peut évaluer ce hiatus, en constante évolution, entre ses buts et leurs résolutions.

L'appréciation de la qualité de vie ne doit pas être le fait d'observateurs extérieurs, tels que les médecins, mais celui du sujet lui-même [73, 74]

Dans notre étude , nous avons choisi de prendre le patient comme juge, notamment dans l'évaluation du degré de gêne qu'il éprouvait. C'était la «manière de voir» du patient lui-même qui constituait la donnée la plus importante.

1. l'âge :

L'âge moyen de notre série était de 63 ans .

Tableau 7 : Comparaison de l'âge moyen selon les séries

Auteur	Nombre de cas	Moyenne d'âge
HOBISCH [76]	33	65
MOTTET [77]	738	70
BJERRE [78]	26	68
BABAIAN [79]	128	64
CASTAGNOLA [11]	34	69
Notre série	24	63

L'âge moyen dans notre série est proche de celui de HOBISCH [76] et de BABAIAN [79], et inférieur à celui des autres séries .

2. le sexe :

Les hommes sont plus atteints que les femmes, c'est ce que nous avons constaté lors de notre étude où le sexe masculin représentait 91.6 % des cas.

Tableau 8 : comparaison du sexe selon les études

Auteurs	Nombre de cas	Sexe masculin %	Sexe féminin %
HOBISCH [76]	33	60.6 %	39.4 %
MOTTET [77]	738	96%	31%
BJERRE [78]	26	100 %	0 %
BABAIAN [79]	128	79.7 %	20.3 %
CASTAGNOLA [11]	34	58.83 %	41.17 %
Notre série	24	91.6 %	8.4 %

Cette prédominance masculine est présente dans toutes les autres études et concorde avec les données de la littérature affirmant que le cancer de la vessie est plus fréquent chez l'homme .

3. Sur le plan physique :

Dans notre série d'étude 67 % des patients rapportaient des problèmes cutanés , 42% des troubles de transit et 12% des fuites urinaires et par conséquent la présence du mauvaise odeur ce qui reste plus important par rapport aux résultats de l'étude de CASTAGNOLA [11], MOTTET [77] et BJERRE [78] , ce qui nous mène à poser deux questions :

- est ce que notre appareillage est de bonne qualité ?
- est ce que le délai de changement de poche est suffisant ?

Tableau 9 : Comparaison des signes physiques selon les études

Auteur	Problèmes cutané	Fuites urinaires	Mauvaise odeur	Trouble de transit
CASTAGNOLA [11]	34.4%	20.6%	44.1	69.7
MOTTET [77]	14.9%	16.1%	52.5%	49.8%
BJERRE [78]	7%	13%		14%
Notre série	67%	21%	50%	42%

4. Sur le plan professionnelle :

Dans notre étude l'intervention avait un impact sur la vie professionnelle de nos patients, 29% ont été obligé d'arrêter leurs travaux en post-opératoire , ce qui conforme avec l'étude de CASTAGNOLA [11] ,l'étude de MOTTET [77], qui objectivent une nette diminution du nombre de patients qui retournent au travail après l'opération , et c'était souvent pour des raisons liées à la chirurgie.

Tableau 10 : comparaison du retentissement de l'intervention sur l'activité professionnelle selon les études

Auteur	Active en pré -opératoire	Active en post-opératoire
CASTAGNOLA [11]	26.5%	8.8 %
MOTTET [77]	27.5%	4.1%
Notre série	58%	29%

5. Sur le plan sexuelle :

La cystoprostatectomie est responsable bien évidemment d'une perte de l'éjaculation, quand au maintien de la libido, il dépend de l'âge du patient, de son état général lié à la maladie causale et de son activité sexuelle avant la cystectomie

Plusieurs séries se sont intéressées à ce problème car la fonction sexuelle fait partie intégrante du confort postopératoire du malade .

Dans notre série , la qualité de vie sur le plan sexuel est nettement diminuée , 69% de nos patients rapportent que leur vie sexuelle a été perturbé après l'intervention .

Ce qui conforme avec plusieurs études : CHAOUACHI [75] , BOYD [80] , BJERRE [78] ,MOTTET [77] , et CASTAGNOLA [11] qui objectivent que la cystectomie suivie d'une dérivation urinaire de Bricker perturbe fortement la vie sexuelle des patients .

Tableau 11 : comparaison de la vie sexuelle en post opératoire selon les études

Auteur	Perturbation de la vie sexuelle en post-opératoire (% des patients)
CHAOUACHI [75]	89 %
BOYD [80]	67 %
BJERRE [78]	58 %
MOTTET [77]	45.9 %
CASTAGNOLA [11]	12 %
Notre série	69 %

6. Infirmiers(èrs) stomathérapeutes et association de stomisés :

Parmi nos patients de la série aucun d'entre eux n'appartenaient à une association de soutien des stomisés ou autre groupe de soutien .

Contrairement à l'étude de CASTAGNOLA [11] qui rapporte que 30,3% de ses patients avaient consulté, au moins une fois, un infirmier (ère) stomathérapeute . Il en était de même pour la fréquentation des associations de stomisés.

MOTTET [77] note que 67.9 % de ses patients sont pris en charge par un infirmiers (ère) stomathérapeute . D'où la nécessité d'encourager la création des groupes de soutien pour améliorer la prise en charge de nos patients.

Tableau 12 : Pris en charge par un (e) stomathérapeutes et association de stomisés

Auteur	Pris en charge par un (e) stomathérapeutes et association de stomisés
MOTTET [77]	67.9%
CASTAGNOLA [11]	30.3%
Notre série	00 %

7. Satisfaction :

Dans notre série plus que la moitié de nos patients(58%) se déclarent très satisfaits ou satisfaits de leur montage .

En comparaison avec d'autres études , on a constaté que le pourcentage de satisfaction est augmenté par rapport aux résultats de notre série .

Tableau 13 : comparaison de la satisfaction des patients selon les études

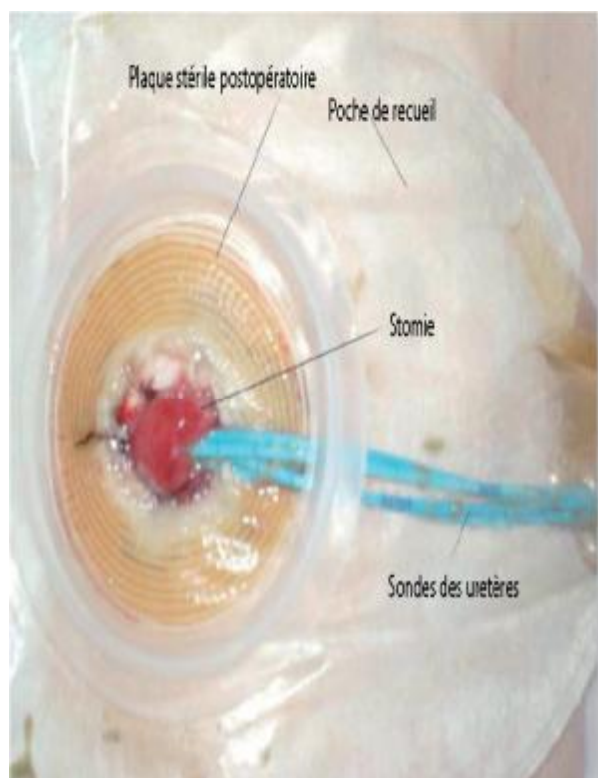
Auteur	Très satisfaits (e)/ satisfait(e)	Peu ou non satisfait (e)
BOYD [80]	95 %	5%
MOTTET [77]	94 %	6%
CASTAGNOLA [11]	90 %	10 %
BJERRE [78]	83 %	17 %
Notre série	58 %	41%

CONSEILS PRATIQUE POUR AMLIORER LA QUALITE DE VIE [81,82]

1. Soins de la stomie

Tant que les sondes d'uretères restent en place, soit généralement 11 jours, la stomie est traitée de façon «stérile». Ce n'est que si l'appareillage stérile se détache durant cette période que la poche de recueil doit être remplacée.

Dès que les sondes des uretères ont été retirées, il est possible de commencer l'apprentissage des soins de la stomie.



1.1 Changer la poche / la plaque cutanée :

Le mieux est de faire vos soins en position debout et le matin, à jeun, au moment où la production d'urine est la plus faible. Laissez s'écouler l'urine encore présente en vous penchant légèrement vers l'avant, ensuite retirez la plaque cutanée. Retenez la peau et décollez délicatement la plaque en tirant du haut en bas.

Il peut y avoir des traces de colle autour de la stomie ; éliminez- les à l'aide de papier toilette ou d'un mouchoir en papier doux. Ensuite, lavez la peau entourant la stomie avec de l'eau tiède et un savon neutre. N'utilisez pas de substances désinfectantes ou irritantes comme de l'éther, de l'alcool ou des savons parfumés, car elles peuvent irriter et abîmer la peau. Épongez la peau, mais ne frottez pas, car cela peut également irriter la peau et la stomie ! Ne paniquez pas si la stomie saigne un peu lorsque vous y touchez, c'est normal



1.2 Mesurer la stomie :

Le milieu de chaque plaque doit être soigneusement découpé afin que celle-ci s'ajuste parfaitement autour de la stomie, et ce, pour éviter que de l'urine n'entre en contact avec la peau ou ne s'infilte sous la plaque. C'est pourquoi chaque boîte contient une carte de mesure reprenant différentes ouvertures vous permettant de contrôler le diamètre. La mesure se prend à la base, à l'endroit où la stomie est fixée

à la peau. Si votre stomie n'est pas tout à fait ronde, vous devez adapter vous-même l'ouverture dans la carte.

Il est nécessaire de mesurer régulièrement la stomie surtout pendant les six premiers mois.

Après cette période, la stomie atteint généralement sa forme et sa taille définitives, même si des modifications restent possibles.

1.3 Découper la plaque

Chaque plaque adhésive est recouverte d'une couche protectrice sur laquelle une série de diamètres sont pré dessinés. Placez la carte de mesure par-dessus et regardez de quel diamètre vous avez besoin ou reportez-y la forme et le diamètre de votre stomie. Si vous utilisez un système en deux parties, l'anneau sur la plaque doit être au moins 1 cm plus grand que le diamètre de la stomie, à défaut utilisez des plaques dotées d'un anneau plus grand. Il est préférable de découper la plaque à l'aide de ciseaux à lames courbes.

1.4 Poser la poche

§ Système en une partie :

La plaque cutanée adhère le mieux quand elle commence à prendre la température corporelle. Il est donc préférable de bien réchauffer la plaque à l'avance, par exemple en la maintenant contre votre peau. Retirez la couche protectrice et faites un pli dans la plaque. Collez d'abord la moitié inférieure, en faisant bien attention à ce l'ouverture s'ajuste bien au bord inférieur de la stomie. Penchez-vous légèrement en arrière pour bien tendre la peau entourant la stomie et éviter ainsi les plis cutanés inconfortants lorsque vous collerez la partie supérieure. Pressez ensuite la plaque en partant de la stomie vers les extérieurs de la plaque.



§ Système en deux parties :

Excepté que les plaques dotées d'un système à anneau sont difficiles à plier, elles se posent de la même manière, en partant du bas et en pressant ensuite la partie supérieure. Si vous souhaitez fixer une petite ceinture sur la plaque, veillez à ce que les crochets pour la ceinture soient à l'horizontale.

Une fois que la plaque adhère bien, posez également la poche. Selon le système utilisé, placez l'anneau de la poche sur l'anneau de la plaque et appuyez jusqu'à ce que vous entendiez un clic, ou collez la poche à la plaque.

Contrôlez toujours la bonne tenue de la poche en tirant légèrement



Si nécessaire, vous pouvez encore protéger la peau entourant la stomie contre une irritation cutanée, en appliquant un spray protecteur sous chaque nouvelle plaque cutanée.



1.5 Nombre de poches

La fréquence de changement de votre appareillage de stomie dépend de plusieurs facteurs :

- § le moment où l'appareillage posé doit être changé (maximum 3 jours !)
- § les circonstances. Il vaut mieux procéder aux soins de manière régulière, mais les circonstances telles qu'une journée chargée, des vacances, une plaque qui menace de se détacher, etc., chambouleront également régulièrement votre planning.

2. Alimentation

les sujets porteurs d'une dérivation urinaire n'ont généralement pas de régime alimentaire particuliers à suivre sauf s'il existe une insuffisance rénale chronique ou des trouble métabolique.

les conseils diététique sont simple :les boisson doivent être abondantes : 2 litres par jour en hiver et jusqu'à trois litre en été .cette consommation permet un confort optimale pour le travail rénal .

2.1 Aliments particuliers :

Les aliments conférant aux urine une odeur forte, tels que le chou, les asperges ou le café doivent être évités .

2.2 Urostomie et peau :

Des urines trop alcalines (pH supérieur à 9) peuvent entrainer quelques fois une irritation cutanée .La peau a en effet un pH légèrement acide .Cette gêne est souvent passagère et peut être atténuée par l'acidification des urines .

Tableau 12 : Alimentation de l'urostomisé

	Privilégier les acidifiants d'urine	Eviter les alcalinisant urinaires
Fruits	Myrtilles ,fruits rouges, airelles, rhubarbe, prunes, pruneaux	Agrumes (orange, pamplemousse, citron), poire
Protéines	Viande, poisson, œufs, jambon	Lait, yaourt
Légumes	Chou-fleur, persil, brocoli, poivron, céréales	

2.3 Urostomie et infection urinaire :

Il existe un risque d'infection urinaire lorsque le patient stomisé ne boit pas suffisamment d'eau. En effet la quantité du liquide absorbé joue sur la valeur du Ph .le Ph urinaire doit normalement être compris entre 6 et 7.

Certaines germe (Proteus mirabilis et staphylocoque Saprophyticus) aiment à se développer dans des urines très alcalines ($\text{Ph}^{\text{>8}}$) et engendrant des complications spécifiques aux stomies urinaires : les cristaux phosphocalciques .

Si l'on ne boit pas suffisamment .les urines vont se concentrer , elle auront une odeur plus forte et deviendront troubles .Il existera alors un risque réel d'infection urinaire

2.4 Stomie urinaire et calcul :

Les préconisations alimentaires pour éviter la formation de calcul vont également dans le sens de l'acidification des urines .

Pour éviter la formation de calcul d'acide oxalique , mieux vaut limiter le chocolat, le thé, les légumes sec , le poivre, la moutarde, et la betterave.

Pour éviter les calculs d'acide urique, il faut éviter de consommer des abats et des poissons gras(anchois, sardine).

3. Habillement

Pour les habits le patient doit donc pouvoir conserver son style particulier, tout en tenant compte de sa nouvelle situation, il faut donc :

- § Choisir des coupes amples de manière à ce qu'on ne voie pas la poche, même si elle est pleine ou gonflée.
- § Eviter les bandes élastiques et les ceintures trop serrées qui pourraient entraver l'écoulement des urines ou comprimer la stomie.
- § Pour les hommes, des bretelles sont parfois plus confortables qu'une ceinture. Sinon la stomie ne devrait pas se trouver juste dessous .

4. Soins corporels

Il est possible de se doucher ou de prendre un bain, mais dans ce dernier cas, il vaut mieux garder votre poche pour éviter que l'urine ne ruisselle dans l'eau du bain ou que celle-ci ne pénètre dans la stomie. Vous pouvez enlever votre poche pour vous doucher à condition que le jet d'eau ne soit pas orienté directement vers la stomie.

Utilisez uniquement un savon neutre. Les produits parfumés ou les huiles peuvent nuire à la protection naturelle de la peau et diminuer le pouvoir adhésif de l'appareillage.

5. Activités sportives et loisirs

Les porteurs d'une stomie doivent certainement éviter de pratiquer certains sports, surtout certains sports de contact (sports de lutte) et l'haltérophilie (qui sollicite trop les muscles abdominaux) .

6. En déplacement et en voyage

Les voyages ne sont certainement pas interdits, mais pensez toujours à emporter suffisamment de matériel de réserve !

Dans les pays chauds principalement, vous devrez changer plus souvent de poche ou de plaque, car la température ambiante est plus élevée et la peau perd encore plus d'eau. Exposez votre stomie le moins possible à la chaleur directe du soleil et essayez de conserver vos plaques de stomie dans un endroit frais.

CONCLUSION

En conclusion, cette analyse de la qualité de vie des patients ayant, une dérivation urinaire de type Bricker, a montré que les patients étaient capables de s'adapter à des situations très variées et finalement, d'en être le plus souvent satisfaits.

La cystectomie génère de nombreux troubles non urinaires, en particulier sexuels , digestifs et psychologique . Ce point souligne l'importance de l'information préalable, une meilleure écoute des patients et une prise en charge multidisciplinaire associant urologues, et psychiatres pour améliorer la qualité de vie du patient en post opératoire .

RESUMES

Résumé

Après cystectomie totale , le rétablissement du cours des urines s'impose .

Face à ce défi deux attitudes sont possibles : remplacer la vessie en utilisant un segment intestinal pour rétablir le circuit, ou dériver les urines .

Lorsque l'appareil sphinctérien et l'urètre sont conservables et fonctionnels, le remplacement vésical est la solution socialement la plus confortable. Cependant dans les cas où l'urétrectomie complète la cystectomie, ce remplacement est impossible et laisse place aux dérivations urinaires cutanées ou trans-iléales .

L'urétérostomie cutanée trans-iléale ou intervention de BRICKER est une technique de dérivation externe non continente, qui a apporté une alternative fiable à l'urétérostomie cutanée directe d'appareillage difficile, et à l'urétérosigmoidistomie source de complications métaboliques et infectieuse. Elle consiste à aboucher les uretères à la peau par l'intermédiaire d'une anse intestinale souvent iléale exclue de la continuité digestive.

Notre travail porte sur une étude transversale de 24 cas de tumeurs de vessie traitées par cystoprostatectomie avec dérivation urinaire type BRICKER au service d'urologie du CHU Hassan II Fès, durant une période de 3 ans (2014-2016).

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de vie des patients ayant bénéficié d'une CPT avec dérivation urinaire type Bricker .

La qualité de vie est un concept important dans la prise en charge des patients. Le caractère non continent de la dérivation urinaire ne permet pas la réinsertion du patient dans la vie socioprofessionnelle et est source de problèmes psychologiques.

Une meilleure écoute des patients et une prise en charge multidisciplinaire associant urologues, stomathérapeutes et psychiatres sont importants pour améliorer la qualité de vie du patient en post opératoire.

Abstract

After total cystectomy, the restoration of urine course is needed. Faced with this challenge, two attitudes are possible: replacing the bladder by using an intestinal segment to restore the circuit, or bypassing the urine.

When the sphincter apparatus and the urethra are conservable and functional, bladder replacement is the most socially comfortable solution. However, in cases where ureterectomy complements cystectomy, this replacement is impossible and leaves room for cutaneous or trans-ileal urinary diversions.

Trans-ileal cutaneous ureterostomy or BRICKER intervention is a non-continuous external bypass technique, which has provided a reliable alternative to direct cutaneous ureterostomy of difficult apparatus, and to ureterosigmoidostomy, a source of metabolic and infectious complications. It consists of closing the ureters to the skin via an intestinal loop often ileal excluded from the digestive continuity.

Our work is based on a cross sectional study of 24 cases of bladder tumors treated with cystoprostatectomy with BRICKER-type urinary diversion in the urology department of the Hassan II Fez University Hospital, during a 3-year period (2014-2016).

The objective of this work is to evaluate the quality of life of patients with CPT with Bricker-type urinary diversion .

Quality of life is an important concept in the care of patients. The non-continent nature of the urinary diversion does not allow the reintegration of the patient into life socioprofessional and is a source of psychological problems. Better listening to patients and multidisciplinary care involving urologists, stomotherapists and psychiatrists are important to improve the quality of life of the patient postoperatively .

مطى

بعلايد تُصَل الكاليه ثانية , لابدمرئله تعادظريقة خروج البول

في مواجهة ذال تحدي ه ذال تجاها انمكذان بلد تبداله ثابتهل تخذا مجزء معويلايد تعادة

الدا ئرة أوتحو لي البول ندما تكون الضدلة لعصرة اولاد لقيابا لليلد فظف ان بلد تبداله ثانية هو الحل لأكثر

راجة تم ليا , ولكن في حالات التي يكفى يهلا تُصَل الاد البله تُصَله ثانية , يكون ذال لاد تبديل

مد تد يلا و ترك مجلالا تحو لي الولي الجادي أو عبرالذ قاق.

بلد تُصَل الاد البله جز ئي عبرالذ ل أو اد تلخ من نوعر يكر , هوق ذهق انا ذ ارجة يغير

مد تمرة

والتي قدم تبد يال هو ثوقبا لظ دل ذ لوي غضرو فيمباشرا لآجهزة الصعبة و إليه تُصَل لذالب

و هو صلا لصد ل فاة الأضدية والمعدية . و هو ي تفل من إغلاق البله لاد عن طر يق ذ لقة معوي لبا ما

ي تللم تبع لاهام نلايد تمرارية الهذمة

يركعزم لذاع لى دريلة مد تعرضة ل 24 حالة من أورالم ثانية التي عولجت بطر يق قنبر يكر في قدم

المدالك الولي يهذ تشذ فى الحلال ثانية فسل , خلاق ترة 3 سنوات.

الذف مرق ذال العمل تقوييم نوعية ياة المرضلى ذين يعيشون تحو لي بولي من نوعر يكر .

جولتذ ياة هي فهو همام في رعاية المرضى. إن الطب يهذ يلا ذ ا رلية تحو لي الولي لة لا

تدمج لة لادة دمج المرضي في ذ ياة و صذل ل مشكل ذ ن فذية.

إن لاد تما ع الأضل لمرضو الرعاية يتم تعد ذال تخصصات التي تشمل أطبا عالم ذالك الولي لة

والمع الجين ذ بالأمطرالذ ن فذية الأظبالعذ فذيين مهمة تحدين نوعية ياة المرضي بعد العمل الجراحي.

ANNEXES

ANNEXE 1

Enquête : Dérivations urinaires

Ce questionnaire à usage médical est confidentiel.

Recommandations importantes

☑ Cochez la case correspondant à votre réponse. En cas d'erreur, noircir la case fautive et cocher la case qui convient :

Exemple : pour une femme

sexe masculin - réponse fautive

sexe féminin - réponse exacte.

☑ Lisez bien tout le questionnaire et répondez à toutes les questions, si la question n'est pas adaptée à votre situation utilisez la réponse :

Non concerné (e) par cette question.

1. Actuellement, vivez-vous ?

1. Seul(e)
2. Avec votre conjoint ou ami(e)
3. Vos enfants
4. Avec d'autres membres de votre famille
5. En maison de retraite ou dans une autre collectivité
6. Autre personne (employé de maison, gouvernante, ...) pouvez-vous préciser :

.....

2. Avant votre opération de la vessie, aviez-vous une activité professionnelle ?

1. Oui
- Pouvez-vous préciser quelle activité.....

2. Non

Avant votre opération, si vous ne travailliez pas vous diriez :

1. Femme au foyer
2. Au chômage
3. A la retraite
4. En arrêt maladie
5. En invalidité totale de travail
6. Autre, pouvez-vous préciser :

.....

3. Actuellement, exercez-vous votre activité professionnelle ?

1. Non
2. Oui
3. Une nouvelle activité professionnelle (à cause de mon opération)

Si vous travaillez est-ce ?

1. A temps plein
2. A temps partiel

4. Actuellement, si vous êtes sans profession, vous êtes ?

1. Femme au foyer
2. Au chômage
3. A la retraite
4. En arrêt maladie
5. En invalidité totale de travail
6. Autre, pouvez-vous préciser :

.....

Maintenant, nous aimerions que vous pensiez aux activités de la vie de tous les jours qui pourraient être **changées, depuis** votre opération, à cause de votre dérivation urinaire.

5. A la maison, pour faire mes tâches domestiques, le ménage, la cuisine, le bricolage...

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

6. Pour sortir dans la rue, pour faire mes courses...

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

7. Pour conduire mon automobile,

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

8. Pour me mettre en maillot de bain, à la piscine, à la mer...

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

9. Pour aller dans les lieux publics, cinémas, cafés, restaurants, clubs ou pour fréquenter les lieux de culte,

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

10. Lors de réunions avec mes amis,

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

11. Lors des réunions de famille,

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

12. Pour dormir en dehors de chez moi, en voyage par exemple...

Je me sens :

1. Très gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Pas gêné(e) du tout
4. Non concerné(e) par cette question

13. Avant mon opération, j'avais une vie sexuelle active :

1. Oui
2. Non
3. Non concerné(e) par cette question

14. Depuis mon opération, ma vie sexuelle :

1. A été beaucoup perturbée
2. A été peu perturbée
3. Est inchangée
4. A été améliorée
5. Non concerné(e) par cette question

Si ma vie sexuelle est perturbée, c'est parce que :

1. J'ai des problèmes techniques (pas d'érection...)
2. Je n'ai plus envie
3. Les 2 à la fois

Parlons maintenant de choses plus techniques concernant votre dérivation urinaire dans la vie de tous les jours.

15. Avez-vous des problèmes cutanés, autour de votre stomie?

1. Jamais
2. Rarement
3. Souvent
4. Tous les jours

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

16. Avez-vous des fuites d'urines?

1. Jamais
2. Rarement
3. Souvent
4. Tous les jours

Si vous avez des fuites, pouvez-vous en préciser la quantité.

Ces fuites sont :

1. Minimales, et ne m'obligent pas à changer mes vêtements.
 2. Très importantes, et m'obligent à changer mes vêtements
- Si vous avez des fuites, pouvez-vous en préciser les circonstances de survenue.

Ces fuites arrivent :

1. Parce que ma poche se décolle facilement
2. Parce que ma poche colle mal et l'urine coule entre la peau et la poche
3. Lorsque je ris...
4. Si je fais un effort (monter des escaliers, porter un poids...)
5. Si j'attends trop longtemps entre deux sondages
6. Autres situations, pouvez-vous préciser :
.....

17. Avez-vous peur d'avoir des fuites?

- 1. Oui
- 2. Non

18. Vous arrive-t-il de sentir sur vous des mauvaises odeurs?

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. Souvent
- 4. Tous les jours

19. Vous arrive-t-il d'avoir peur de sentir sur vous des mauvaises odeurs?

- 1. Oui
- 2. Non

20. Si vous avez un Bricker, avez-vous des problèmes d'appareillage?

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. Souvent
- 4. Tous les jours
- 5. Non concerné(e) par cette question

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

.....

21. Si vous avez une dérivation continente, avez-vous des problèmes de sondage?

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. Souvent
- 4. Tous les jours
- 5. Non concerné(e) par cette question

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

.....

22. Avez-vous des problèmes de transit intestinal?

- 1. Oui
- 2. Non

Si oui, vous souffrez de :

- 1. Diarrhée
- 2. Constipation

3. L'alternance des 2

Prenez-vous des médicaments pour ces problèmes?

- 1. Oui
- 2. Non

Si oui, pouvez-vous préciser quel(s) médicament(s):.....

23. Depuis votre opération, avez-vous consulté une infirmière stomathérapeute?

- 1. Oui
- 2. Non

24. Avez-vous adhéré à une association de stomisés?

- 1. Oui
- 2. Non

25. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre dérivation urinaire?

- 1. Très satisfait(e)
- 2. Satisfait(e)
- 3. Peu satisfait(e)
- 4. Pas satisfait(e) du tout

Aimeriez-vous ajouter quelque chose qui vous paraît important et qui ne vous a pas été demandé dans ce questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attention : Etes-vous sûr(e) d'avoir répondu à toutes les questions ?

Merci de votre participation

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE EORTC QLQ-C30 version 3 (ANNEXE 2)

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

Vos initiales :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4

ANNEXE 3

استطلاع مؤشر سرطان المثانة :

تم تصميم هذا الاستطلاع لتقييم جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من سرطان المثانة. لمساعدتنا في الحصول على تقييم أكثر دقة، فإنه من المهم أن تجيب عن الأسئلة بصدق وبشكل كامل. فلن المعلومات التي تجمعها هذه الدراسة تبقى في سرية تامة

التاريخ :

الاسم :

رقم الملف :

تاريخ الميلاد :

الجنس : ذكر أنثى

	<p>الوظيفة البولية</p> <p>هذا الجزء من الأسئلة يتعلق بالعبادات البولية المرجو الإجابة فيما يخص الأربعة أسابيع الأخيرة فقط</p>	<p>لا تكتب شيئاً في هذا الهامش</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>1- هل لديك حالياً</p> <p>1..... مثانة طبيعية</p> <p>2..... أنبوب معوي</p> <p>3 مثانة جديدة "تركيبية"</p> <p>4..... تحويل البول الحصري/جيب قابل للمسبار</p> <p>5..... آخر (حدد)</p>	<p>23/</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>2- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، كم مرة أحسست فيها فعلاً بالحاجة لإفراغ المثانة، أو المثانة الجديدة، أو الجيب، أو الكيس الخارجي في اليوم؟</p> <p>1..... أكثر من مرة في ساعة واحدة</p> <p>2..... مرة في ساعة واحدة</p> <p>3..... مرة كل ساعتين</p> <p>4..... مرة كل ثلاث إلى خمس ساعات</p> <p>5..... فقط مرة أو مرتين في اليوم</p>	<p>0/</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>3- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، كم مرة تسرب البول عندما كنت مستيقظاً أو ممارساً لنشاطاتك اليومية؟</p> <p>1..... كل يوم</p> <p>2..... تقريباً مرة في الأسبوع</p> <p>3..... أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>4..... أبداً على الإطلاق</p>	<p>24/</p>

(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	<p>4- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، كم مرة تسرب البول عندما كنت نائما؟</p> <p>كل ليلة 1</p> <p>تقريبا مرة في الأسبوع..... 2</p> <p>أقل من مرة في الأسبوع 3</p> <p>أبدا على الإطلاق..... 4</p>	<p>لا تكتب شيئا في هذا الهامش</p> <p>25/</p>																														
(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	<p>5- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، ما هو الاقتراح الأنسب الذي يصف تسرب البول عندما تكون مستيقظا - من بين الاقتراحات الآتية؟</p> <p>لا تحكم على الإطلاق 1</p> <p>سيل متكرر 2</p> <p>سيل أحيانا 3</p> <p>تحكم تام..... 4</p>	<p>26/</p>																														
(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	<p>6- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، ما هو الاقتراح الأنسب الذي يصف تسرب البول عندما تكون نائما، من بين الاقتراحات الآتية؟</p> <p>لا تحكم على الإطلاق 1</p> <p>سيل متكرر 2</p> <p>سيل أحيانا 3</p> <p>تحكم تام 4</p>	<p>27/</p>																														
(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	<p>7- إلى أي حد يمكن للأمر التالي أن تكون سببت مشكلة لك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟ (ضع دائرة حول الرقم المناسب في كل سطر)</p>	<p>28/</p> <p>29/</p> <p>30/</p> <p>31/</p>																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>مشكلة كبيرة</th> <th>مشكلة متوسطة</th> <th>مشكلة صغيرة</th> <th>مشكلة هينة</th> <th>لمت مشكلة</th> <th>الأسابيع الأربعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ج- وجود دم في البول</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة</td> </tr> </tbody> </table>		مشكلة كبيرة	مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هينة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة	4	3	2	1	0	أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد	4	3	2	1	0	ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد	4	3	2	1	0	ج- وجود دم في البول	4	3	2	1	0	د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة
	مشكلة كبيرة		مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هينة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة																									
	4		3	2	1	0	أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد																									
	4		3	2	1	0	ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد																									
4	3	2	1	0	ج- وجود دم في البول																											
4	3	2	1	0	د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد</td> </tr> </tbody> </table>	4	3	2	1	0	أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد																										
4	3	2	1	0	أ- تسرب البول مما أدى إلى تهيج الجلد																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد</td> </tr> </tbody> </table>	4	3	2	1	0	ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد																										
4	3	2	1	0	ب- تسرب البول مما أدى إلى رائحة في الجسد																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ج- وجود دم في البول</td> </tr> </tbody> </table>	4	3	2	1	0	ج- وجود دم في البول																										
4	3	2	1	0	ج- وجود دم في البول																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة</td> </tr> </tbody> </table>	4	3	2	1	0	د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة																										
4	3	2	1	0	د- ألم متعلق بالقبول أو بتحويل البول أو القسطرة																											

<p>(ضع دائرة حول الرقم المتلصق)</p>	<p>8- إلى أي درجة كان لديك انزعاج بسبب المثانة الطبيعية أو التركيبية (المعوية) أو تحويل البول أو الجيب القابل للمسبار، وذلك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟</p> <p>1..... لم يكن لدي انزعاج</p> <p>2..... انزعاج هين جدا</p> <p>3..... انزعاج بسيط</p> <p>4..... انزعاج كبير</p> <p>9- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، إلى أي مدى أدت الصعوبات الناتجة عن المثانة الطبيعية أو المعوية أو تحويل البول أو الجيب القابل للمسبار، إلى تحديد الأنشطة الخاصة بك ؟</p>	<p>32/</p>																								
<p>(ضع دائرة حول الرقم المتلصق)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>كثيرا</th> <th>أحيانا</th> <th>نوعا ما</th> <th>قليلا جدا</th> <th>أبدا</th> <th>الأسابيع الأربعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>أ. الأنشطة الاجتماعية مع الأصدقاء</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ب. التدريبات البدنية</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ج- النوم</td> </tr> </tbody> </table>	كثيرا	أحيانا	نوعا ما	قليلا جدا	أبدا	الأسابيع الأربعة	4	3	2	1	0	أ. الأنشطة الاجتماعية مع الأصدقاء	4	3	2	1	0	ب. التدريبات البدنية	4	3	2	1	0	ج- النوم	<p>33/</p>
كثيرا	أحيانا	نوعا ما	قليلا جدا	أبدا	الأسابيع الأربعة																					
4	3	2	1	0	أ. الأنشطة الاجتماعية مع الأصدقاء																					
4	3	2	1	0	ب. التدريبات البدنية																					
4	3	2	1	0	ج- النوم																					
<p>(ضع دائرة حول الرقم المتلصق)</p>		<p>34/</p>																								
<p>(ضع دائرة حول الرقم المتلصق)</p>		<p>35/</p>																								

	<p>الوظيفة الهضمية</p> <p>هذا الجزء من الأسئلة يتعلق بالحالة الهضمية وألم البطن المرجو الإجابة فقط عن الأسابيع الأربعة الأخيرة .</p>	<p>لا تكتب شيئا في هذا الهامش</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>1- كم عدد المرات التي شعرت فيها بالحاجة الملحة للذهاب إلى الحمام للغائط ولم يحدث شيء، خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟</p> <p>أكثر من مرة في اليوم 1.....</p> <p>مرة واحدة في اليوم 2.....</p> <p>أكثر من مرة في الأسبوع 3.....</p> <p>حوالي مرة واحدة في الأسبوع 4.....</p> <p>نادرا أو أبدا 5.....</p>	<p>36/</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>2- كم مرة كان لديك براز (غائط) سائل أو غير متشكل أو منقلت خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟</p> <p>أبدا 1.....</p> <p>نادرا 2.....</p> <p>مرة كل اثنتين 3.....</p> <p>غالبًا 4.....</p> <p>دائما 5.....</p>	<p>37/</p>
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>3- كم مرة كان لديك ألم عند التبرز خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟</p> <p>أبدا 1.....</p> <p>نادرا 2.....</p> <p>مرة كل اثنتين 3.....</p> <p>غالبًا 4.....</p> <p>دائما 5.....</p>	<p>38/</p>

(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	4- كم مرة ذهبت إلى الحمام للغائط في يوم عادي، خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟	لا تكتب شيئا في هذا الهامش																																			
	1..... مرة واحدة أو أقل																																				
	2..... مرتين																																				
	3..... ثلاث مرات	39/																																			
	4..... أربع مرات أو أكثر																																				
	5- إلى أي حد كانت الأمور الآتية مشكلة بالنسبة لك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟ (ضع دائرة حول الرقم المناسب في كل سطر)																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>مشكلة كبيرة</th> <th>مشكلة متوسطة</th> <th>مشكلة صغيرة</th> <th>مشكلة هينة</th> <th>لمت مشكلة</th> <th>الأسابيع الأربعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>أ- الحاجة الملحة للذهاب إلى الحمام للغائط</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ب- ارتفاع وثيرة البراز</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ج - دم في البراز</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>د- ألم الممتلئ أو البطن أو أسفل البطن</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>هـ- الإمساك</td> </tr> </tbody> </table>	مشكلة كبيرة	مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هينة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة	4	3	2	1	0	أ- الحاجة الملحة للذهاب إلى الحمام للغائط	4	3	2	1	0	ب- ارتفاع وثيرة البراز	4	3	2	1	0	ج - دم في البراز	4	3	2	1	0	د- ألم الممتلئ أو البطن أو أسفل البطن	4	3	2	1	0	هـ- الإمساك	40/ 41/ 42/ 43/ 44/
مشكلة كبيرة	مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هينة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة																																
4	3	2	1	0	أ- الحاجة الملحة للذهاب إلى الحمام للغائط																																
4	3	2	1	0	ب- ارتفاع وثيرة البراز																																
4	3	2	1	0	ج - دم في البراز																																
4	3	2	1	0	د- ألم الممتلئ أو البطن أو أسفل البطن																																
4	3	2	1	0	هـ- الإمساك																																
(ضع دائرة حول الرقم المناسب)	6- عموما إلى أي مدى كن الذهاب إلى الحمام للغائط مشكلة خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟																																				
	1..... مشكلة كبيرة																																				
	2..... مشكلة متوسطة																																				
	3..... مشكلة صغيرة	45/																																			
	4..... مشكلة هينة																																				
	5..... ليست مشكلة																																				

	<p>الوظيفة الجنسية</p> <p>هذا الجزء من الاسئلة يتعلق بالوظيفة الجنسية والارتياح الجنسي. العديد من هذه الاسئلة شخصية جدا، لكنها سوف تساعدنا على فهم أفضل لقضايا هامة واجهتك يوميا</p> <p>للتذكير، هذا الاستطلاع سري للغاية</p> <p>المرجو الإجابة بصدق عن الأسابيع الأربعة الأخيرة فقط</p>	لا تكتب شيئا في هذا الهامش																																				
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>1- كيف تصف النقاط التالية خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟ (ضع دائرة حول الرقم المناسب في كل سطر)</p> <table border="1" data-bbox="367 757 1204 1299"> <thead> <tr> <th>سيء جدا</th> <th>سيء</th> <th>متوسط</th> <th>حيد</th> <th>جيد جدا</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>أ- مستواك في الرغبة الجنسية؟</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>ب- قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>ج- حساسيتك في الأعضاء التناسلية؟</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>د- قدرتك على أن تثار جنسيا</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>هـ- قدرتك على ممارسة الجنس؟</td> </tr> </tbody> </table> <p>2- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، كم مرة مارست نشاطا جنسيا؟</p> <p>1..... أبدا</p> <p>2..... أقل من مرة في الأسبوع</p> <p>3..... حوالي مرة في الأسبوع</p> <p>4..... أكثر من مرة في الأسبوع</p>	سيء جدا	سيء	متوسط	حيد	جيد جدا		0	1	2	3	4	أ- مستواك في الرغبة الجنسية؟	0	1	2	3	4	ب- قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع	0	1	2	3	4	ج- حساسيتك في الأعضاء التناسلية؟	0	1	2	3	4	د- قدرتك على أن تثار جنسيا	0	1	2	3	4	هـ- قدرتك على ممارسة الجنس؟	<p>46/</p> <p>47/</p> <p>48/</p> <p>49/</p> <p>50/</p> <p>51/</p>
سيء جدا	سيء	متوسط	حيد	جيد جدا																																		
0	1	2	3	4	أ- مستواك في الرغبة الجنسية؟																																	
0	1	2	3	4	ب- قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع																																	
0	1	2	3	4	ج- حساسيتك في الأعضاء التناسلية؟																																	
0	1	2	3	4	د- قدرتك على أن تثار جنسيا																																	
0	1	2	3	4	هـ- قدرتك على ممارسة الجنس؟																																	

<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>3- خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة، كم مرة شعرت بالألم متعلق بالجنس ؟</p> <p>أبدا1</p> <p>نادرا.....2</p> <p>ليس كثيرا3</p> <p>في كثير من الأحيان.....4</p> <p>4- إلى أي حد كانت الأمور الآتية مشكلة بالنسبة لك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟ (ضع دائرة حول الرقم المناسب في كل سطر)</p> <table border="1" data-bbox="375 784 1204 1176"> <thead> <tr> <th>مشكلة كبيرة</th> <th>مشكلة متوسطة</th> <th>مشكلة صغيرة</th> <th>مشكلة هيئة</th> <th>لمت مشكلة</th> <th>الأسابيع الأربعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>أ-مستواك في الرغبة الجنسية؟</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ب-قدرتك على ممارسة الجنس</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>ج-قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع؟</td> </tr> </tbody> </table>	مشكلة كبيرة	مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هيئة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة	4	3	2	1	0	أ-مستواك في الرغبة الجنسية؟	4	3	2	1	0	ب-قدرتك على ممارسة الجنس	4	3	2	1	0	ج-قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع؟	<p>لا تكتب شيئا في هذا الهامش</p> <p>52/</p> <p>53/</p> <p>54/</p> <p>55/</p>
مشكلة كبيرة	مشكلة متوسطة	مشكلة صغيرة	مشكلة هيئة	لمت مشكلة	الأسابيع الأربعة																					
4	3	2	1	0	أ-مستواك في الرغبة الجنسية؟																					
4	3	2	1	0	ب-قدرتك على ممارسة الجنس																					
4	3	2	1	0	ج-قدرتك على الوصول إلى قمة الجماع؟																					
<p>(ضع دائرة حول الرقم المناسب)</p>	<p>5- بشكل عام، كيف تصف الوظيفة الجنسية الخاصة بك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة ؟</p> <p>سيئة جدا1</p> <p>سيئة.....2</p> <p>متوسطة3</p> <p>جيدة4</p> <p>جيدة جدا.....5</p>	<p>56/</p>																								

(ضع دائرة حول الرقم المتناسب)	<p>6- بشكل عام، إلى أي حد كانت الوظيفة الجنسية أو النقص فيها، مشكلة بالنسبة لك خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة</p> <p>1..... ليست مشكلة</p> <p>2..... مشكلة هينة</p> <p>3..... مشكلة صغيرة</p> <p>4..... مشكلة متوسطة</p> <p>5..... مشكلة كبيرة</p>	<p>لا تكتب شيئاً في هذا الهامش</p> <p>57/</p>
-------------------------------------	---	---

شكراً جزيلاً لك

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GSCHWEND J. E., FAIR W. R., VIEWEG J.: Radical cystectomy for invasive bladder cancer: contemporary results and remaining controversies. *Eur Urol*, 2000, 38: 121-130.
- [2] WHITMORE W. F.: Total cystectomy. In *The biology and clinical management of bladder cancer*. E. H. Cooper, R. E. Williams Oxford, Blackwell Science, 1975, pp. 193-227.
- [3] BJERRE B.D., JOHANSEN C., STEVEN K. Quality of life after cystectomy for bladder cancer: Bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1992, suppl. 142,164.
- [4] BJERRE B.D., JOHANSEN C.J., STEVEN K. Health-related quality of life after cystectomy : bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *Br. J. Urol.*, 1995, 75, 200-205.
- [5] CICHETTI F., POLIZZI P., RUGGERI F., MARSILI M. Quality of life after urinary diversion: a study of 80 cystectomized patients. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1992, suppl. 142,164-165.)
- [6] Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001, 92(5):1288-1298.)

- [7] Pozo C, Carver CS, Noriega V, et al.: Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol* 1992, 10(8):1292-1298)
- [8] Wyatt GK, Friedman LL: Physical and psychosocial outcomes of midlife and older women following surgery and adjuvant therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998, 25(4):761-768
- [9] GUERIN P. ,DAZORD A., BOISSEL JP .MOIEUR P ., CHAUVIN F . " l'évaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutiques. Aspects conceptuels et présentation d'un questionnaire " *Thérapie* 1989 vol.44
- [10] Gilbert SM, Dunn RL, Hollenbeck BK, Montie JE, Lee CT, Wood DP, et al. Development and validation of the Bladder Cancer Index: a comprehensive, disease specific measure of healthrelated quality of life in patients with localized bladder cancer. *J Urol* 2010;183:1764—70.)
- [11] Christian CASTAGNOLA, Jean-Marie MARECHAL, Marie-Thérèse HANAUER, Marwan DAWAHRA, Jean-Michel DUBERNARD : Qualité de vie et dérivations urinaires cutanées. Résultats d'un questionnaire adressé à 73 patients , 1996), 6, 207-216
- [12] ROUVIERE H. : Anatomie humaine; descriptive, topographique et fonctionnelle, A. Delmas 1975, tom 2 P. 542

- [13] Boucher A. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle ;
Tome 4 L'abdomen, la région rétro péritonéale, le petit bassin, le périnée
- [14] Rouvière H. Précis d'anatomie et de dissection. 9ème édition, Edition MASSON
Benoit G, Giulliano F. Anatomie chirurgicale et voies d'abords de la vessie –
Editions techniques. EMC techniques chirurgicales –urologie-gynécologie.
41160, 1991, 9p
- [15] Netter Planches d'anatomie.
- [16] Cukier C. Extension lymphatique dans les cancers urologiques. Editions MASSON
1990.
- [17] Delmas V, Durand X, Doccon-Gibod L. Bases anatomiques du curage lymphonodal
dans le cancer de la prostate. Progrès en urologie (2004), 14 ;252-254.
- [18] C. Salloum, C. Lim, P. Compagnon, A. Laurent, F. Cochenec, D. Azoulay.
Chirurgie de la veine cave inférieure. EMC - Techniques chirurgicales –Chirurgie
vasculaire 2014;9(4) :1-21 [Article 43-172].
- [19] NETTER F.H., DALLEY A.F., MYERS J.H., Interactive atlas of human anatomy 1995
- [20] A. Bouchet, J. Cuilleret. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle :
Tome 4 2e édition .Paris :Simep 1991, 2423.p

- [21] François Haab, Olivier Cussenot, Alain Le Duc. Voies d'abord de l'uretère. EMC Techniques chirurgicales - Urologie 1995 :1-0 [Article 41-110].
- [22] Laboratoire d'anatomie FMPF .
- [23] M. Benayoun, S. Merran, D. Eiss, O. Hélénon. Imagerie en coupes des veines rénales et de la veine cave inférieure : aspects normaux, variantes et malformations. EMC - RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale - Mammaire 2008 :1-23 [Article 34-107-A-20].
- [24] MURTA-NASCIMENTO C, SCHMITZ-DRA'GER BJ, ZEEGERS MP» ET AL. Epidemiology of urinary bladder cancer: from tumour development to patients death. World J Urol 2007;25:285-95
- [25] MARC COLOMBEL ET AL : Epidemiology, staging, grading, and risk stratification of bladder cancer, European urology supplements 7 (2008)618-626 .
- [26] FERLAY J» BRAY F» PISANI P, PARKIN DM., GLOBGCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide. IARC Cancer Base no. 5, version 2.0. Lyon» France: IARC Press; 2004. [HTTP.7/WWW-DEP.IARC.FR](http://www-dep.iarc.fr). ACCESSED JUNE 3,2008
- [27] SILVERBERG. E: Statical and epidemiologic data on urologic cancer. Cancer 1987;50:692-717
- [28] (PARKIN D.M., BRAY F.I. , DEVESA S.S.: Cancer burden in the year 2000. the global picture. Eur J cancer, 2001,37: s4-s66

- [29] DONALD S KAUFMAN» WILLIAM U SHIPLEY» ADAM S FELDMAN. Bladder cancer. the lancet, july 2009; 374:239-49
- [30] AL HILAL M. ETUDE : Epidemiologie du Cancer (Malades de L'INO entre 1985-2002). Le cancer au Maroc , 05,2005
- [31] Registre des cancers de rabat 2006-2008 : édition 2012
- [32] DOMINIQUE S, MICHAUD, SC. D ; Seminar article: chronic INFLAMMATION AND BLADDER CANCER. UROLOGICAL ONCOLOGY : SEMINARS AND ORIGINAL INVESTIGATIONS 25 (200?) 260-268. DEPARTMENT OF Epidemiology, Harvard Schqol of Public Health, Boston, MA 02115, USA
- [33] FERLAY, BRAY, PISANI ET AL : GLOBOCAN 2000 CANCER INCIDENCE, MORTALITY AND PREVALENCE WORLDWIDE, VERSION 1.0 IARC CANCERBASE N°.5,2001. Lyon, IARC Press)
- [34] AL HILAL M. Pronostic des Cancers en Fonction de leurs Stades Cliniques 05-2007)
- [35] MCCAHY PJ, HARRIS CA, NEAL E. The accuracy of recording of OCCUPATIONAL HISTORY IN PATIENTS WITH BLADDER CANCER. BR J UROL 1997;79:91-3
- [36] ZEEGERS MP, TAN FE» DORANT E, VAN DEN BRANDT PA. The impact of characteristics cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. Cancer 2000;89:630-9

- [37] VINEIS P, SIMONATO L, Proportion of lung and bladder cancers in MALES RESULTING FROM OCCUPATION: A SYSTEMATIC APPROACH. ARCH Environ Health 1991 ;46:6-15.
- [38] KOGEVINAS M, 'T MANNETJE A, CORDIER S, ET AL. Occupation and BLADDER CANCER AMONG MEN IN WESTERN europe. CANCER CAUSES Control 2003;14:907-14.)
- [39] INTERNATIONAL Agency for Research on Cancer. Overall evaluations of carcinogenicity: an updating of iarc monographs volumes 1 to 42 [suppl 7]. lyon, france: iarc monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 1987. p. 1-42.
- [40] POPP W, SCHMIEDINGW, SPECK M, YAHRENHOLZ C, NORPOTH K. Incidence of bladder cancer in a cohort of workers exposed to 4-chlgro-o- tqluidine whlle synthesizing chlordimeform. Br J Ind Med 1992;49:529-31.
- [41] BOFFETTA P, JOURENKOVA N, GUSTAVSSON P. Cancer risk from occupational and environmental exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons. cancer causes control 1997; 8:444-72
- [42] KLRKALI Z, CHAN T, MANOHARAN M, ET AL. bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. urology 2005;66:4-34

- [43] MARC COLOMBEL , MARK SOLOWAY , HIDEYUKI AKAZA , ET AL.epidemiology, staging, grading, and risk stratification of bladder Cancer, european urology suppléments 7(2008) 618-626
- [44] TEILLAC P. Tumeurs de vessie: diagnostic, formes cliniques, margeurs EMC (Paris) Urologie 1995,18-243-A-30
- [45] IRANI JACQUES, Tumeurs urotheliales. Progrès en Urologie (2007), 17, 1065-1098)
- [46] GOESSL C, KNISPEL HH, MILLER K, MAGNUSSON A. Is routine excretory urography necessary at first diagnosis of bladder cancer?. JUROL1997,157 :480-1
- [47] ROY C, BEAUJEU R, CAMPOS M, LE BRAS Y. pathologie tumorale de la vessie. 1994 EMC, 34403 A10
- [48] ROY C, SPITTLER G, MOREL M, JACQMIN O, Cancer de la vessie. Feuilletts de radiologie ; 1991, 31, N°1, 1-8
- [49] [www.tn.refer.org/hematuries/ Dg_eti/Echo-TV.htm](http://www.tn.refer.org/hematuries/Dg_eti/Echo-TV.htm)
- [50] [HTTP://WWW.PROSTATE-PARIS.FR](http://WWW.PROSTATE-PARIS.FR)
- [52] [HTTP://WWW.TN.REFER.ORG/HEMATURIES/DG_ETI/UIV1_TV.HTM](http://WWW.TN.REFER.ORG/HEMATURIES/DG_ETI/UIV1_TV.HTM)

- [53] BROLLER MJ. Markers in bladder cancer - issues to consider, J. urol. 1998; 160(6): 2009-2010.
- [54] SIMON MA, LOKESHWAR VB, SOLOWAY MS. REVIEW: current bladder cancer TESTS: unnecessary or beneficiat? crit. rev. ONCOL. Hematol. 2003; 47(2): 91-107)
- [55] BROWN FM. Urine cytology, Is it still the gold standard for screening? Urol. Clin. n. Am. 2000; 275(l):25-37.
- [56] LOKESHWAR VB, HABUCHI T, GROSSMAN HB, MURPHY WM, HAUTMANN SH, HEMSTREET GP 3RB, BONO AV, GETZENBERG RH, GOEBELL P, SCHMITZ-BRAGER BJ, SCHALKEN JA, FRABET Y, MARBERGER M, MESSING E? BROLLER MJ: bladder tumor markers beyond cytology: international consensus panel on bladder tumor markers. urqlggy 2005; 66: 35-63
- [57] MONZON JA, FERNANBEZ GOMEZ JM, ROBRIGUEZ GJ, ROBRIGUEZ FO, MARTINEZ JJ, REGABERA SEJAS J. Utility of computerized tomography in determining the extent of inferior bladder tumors : our experience. arch esp URQLs 2003, 56: 133-38
- [58] PAIK ML, SCOLIERI MJ, BROWN SL, SPIRNAK JP, RESNICK MI . limitations of computerized tomography in staging invasive bladder before radical cystectomy. J urql, 2000, 163 : 1693-96)

- [59] le cancer de la vessie : étude anatomo clinique à propos de 83cas . thèse médicale
Présentée et soutenue publiquement le 02 Juillet 1996 pour l'obtention du
DOCTORAT EN MEDECINE, 1996
- [60] Irani J, Bernardini S, Davin J-L, Guy L, Mazerolles C, Pfister C, et al. ["Superficial bladder cancers" do not exist anymore]. Prog En Urol J Assoc Fr UrolSociete Fr Urol. 2008 Apr;18(4):204–5. 18. Sylvester RJ, van der Meijden A,)
- [61] Sylvester RJ, van der Meijden A, Witjes JA, Jakse G, Nonomura N, Cheng C, et al. High-grade Ta urothelial carcinoma and carcinoma in situ of the bladder. Urology.2005 Dec;66(6 Suppl 1):90–107.
- [62] Anatomie pathologique A. définition et classification des tumeurs infiltrantes de vessie.Prog. Urol. 2002, 1 2 (NO 5): 773-779
- [63] Etude des tumeurs de la vessie au Service d'urologie du CHU du Point G, à propos de 69 cas Thèse de médecine Bamako 2004)
- [64] Mejean A, Davody P, Chretien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non continentales définitives. Techniques chirurgicales-urologie [41 - 213] (1996)
- [65] Dubernard J.M. – Abbou C. Dérivations urinaires. Chirurgie urologiques, EditionMASSON, Chapitre 26 : pages 239 –274
- [66] Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration.SurgClin North Am, 1950, 30: 1511 –1530

- [67] Mejean A, Davody P, Chretien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non continentales définitives. Techniques chirurgicales-urologie [41 - 213] (1996)
- [68] Zerbib M, Slama J, Bouchot O. Les derivations urinaires, techniques chirurgicales (partie 1). Partie B, chapitre II. Prog Urol, 2002, 12, 5, 857-874
- [69] Dubernard JM. – Abbou C. Entérocystoplastie de substitution. Chapitre 27; 265 – 274
- [70] KAPLAN R.M., ANDERSON J.P. The quality of well-being scale : rationale for a single quality of life index. In: Quality of life : assesement and application. Walker SR, Rosser RM ed. Lancaster, Boston, The Hague Dordrech : MTP Press Ltd., 1987.
- [71] VAN DAM F. La qualité de vie des cancéreux traités. Méthodes d'évaluation. Vie Médicale, 1982, 27,1893-1897 .
- [72] WOOD-DAUPHINEE S., WILLIAMS J.I. Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. J. Chron. Dis., 1987, 40, 491-499 .
- [73] CAMPBELL A. Subjective measures of well-being. Am. Psychol., 1976, 31,117-124
- [74] CHADWICK D.J., STOWER M.J. Life with a urostomy. Br. J. Urol., 1990, 65, 189-191

- [75] F. Chaouachi , A. Sellami , K. Chaker*, K. Mrad Dali , M.A. Ben Chehida , K. Abid , S. Ben Rehouma , Y. Nouira : Qualité de vie après cystectomie avec dérivation urinaire type Briker , 2017,07,149
- [76] HOBISCH A., TOSUN K., KINZL J., KEMMLER G., BARTSCH G., HOLTL L. , STENZL A.: Life after cystectomy and orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion. *Semin Urol Oncol*, 2001, 19: 18-23
- [77] N. Mottet, C. Castagnola, P. Rischmann, M. Deixonne, M. Guyot, P. Coloby, P. Mangin : Quality of life after cystectomy: French national survey conducted by the Association française d'urologie (AFU), the Fédération des stomisés de France (FSF) and the Association française des entérostomathérapeutes (AFET) in patients with ileal conduit urinary diversion or orthotopic neobladder ,2008,18,5,296-298
- [78] BJERRE B. D., JOHANSEN C. , STEVEN K.: Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *Br J Urol*, 1995, 75:200-205.
- [79] BABAIAN R. J. , SMITH D. B.: Effect of ileal conduit on patients' activities following radical cystectomy. *Urology*, 1991, 37: 33-35.
- [80] BOYD S. D., FEINBERG S. M., SKINNER D. G., LIESKOVSKY G., BARON D. , RICHARDSON J.: Quality of life survey of urinary diversion patients: comparison of ileal conduits versus continent Kock ileal reservoirs. *J Urol*, 1987, 138: 1386-1389

[81] http://patinfo.uzbrussel.be/folder/urologie/Brickeroperatie_Fr.pdf

[82] LE PATIENT STOMISE , Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie
présenté et soutenue le 16 octobre 2017 par Lorraine THIERCELIN , UNIVERSITE
DE NANTES , FACULTE DE PHARMACIE , Partie 2 , Chapitre 2.5