Royaume du Maroc المملكة المغربية

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019 Thèse N° 224/19

QUALITÉ DE VIE ET IMPACTS PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL DES DÉRIVATIONS URINAIRES CUTANÉES NON CONTINENTES DE TYPE BRICKER, CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS POUR TUMEUR DE VESSIE, DANS LE CONTEXTE SOCIO-CULTUREL MAROCAIN (à propos de 20 cas)

THÈSE

PRÉSENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/12/2019

PAR

Mlle. SQALLI HOUSSAINI Salma

Née le 12 Août 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Qualité de vie – Cancer de vessie– Cystectomie – Bricker – Stomathérapie

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN ..... PRÉSIDENT et RAPPORTEUR
Professeur d'Urologie

M. TAZI MOHAMMED FADL .....
Professeur d'Urologie

M. EL AMMARI JALAL EDDINE..... JUGES
Professeur d'Urologie

M. MELLAS SOUFIANE.....
Professeur agrégé d'Anatomie

M. AHSAINI MUSTAPHA..... MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistant d'Urologie

PLAN

PLAN 1

LISTE DES ABREVIATIONS 7

INTRODUCTION 8

MATERIELS ET METHODES 11

RÉSULTATS 25

1. Sexe 26
2. Age 27
3. Le statut matrimonial 28
4. Situation professionnelle 28
5. Situation familiale et habitat 29
6. Couverture sociale 30
7. Antécédents 31
8. Circonstances de découverte 33
9. Indication de la dérivation urinaire de type Bricker 33
10. Classification histologique 34
11. Traitements néo-adjuvants/adjuvants reçus 35
12. Evolution postopératoire immédiate et à distance 36
13. Accompagnement péri-opératoire par un personnel de soin référant 36
14. Evaluation de la qualité de vie 37

ANALYSE ET DISCUSSION 51

Rappel anatomique 52

I. La vessie 52

1. Anatomie descriptive de la vessie 52

2.1. Généralités 52

2.2. Situation 52

2.3. Morphologie 52
2.4. Capacité et dimensions 53
2.5. Moyens de fixité 53
2. Rapports de la loge vésicale 54
3.1. Limites de la loge vésicale 54
3.2. Situation de la loge vésicale 55
3.3. Les parois de la loge vésicale 55
3. Vascularisation de la vessie 58
1.1. La vascularisation artérielle 58
1.2. La vascularisation veineuse 59
1.3. Le réseau lymphatique 60
1.4. Innervation de la vessie 62
II. LES URETRES 63
1. Configuration externe 63
2.1. Origine, terminaison 63
2.2. Situation, trajet 63
2.3. Dimension 63
2. Configuration interne 65
4.1. La muqueuse 65
4.2. La musculeuse 65
4.3. L'adventice 65
3. Moyens de fixité 66
4. Rapports 66
5.1. Uretère lombaire 66
5.2. Uretère iliaque 67

5.3. Uretère pelvien 67
5.4. Portion vésicale 68
5. Vascularisation des uretères 70
5.1. Vascularisation artérielle 70
5.2. Vascularisation veineuse 71
5.3. Vascularisation lymphatique 71
6. Innervation des uretères 72
III. Anatomie du jéjuno-iléon 72
1. Aspect morphologique 72
5.1. La configuration externe 72
5.2. La configuration interne 73
2. Aspect topographique 73
3. Moyens de fixité 75
4. Le mésentère 76
5. Vascularisation 76
5.1. Vascularisation Artérielle 76
5.2. Vascularisation veineuse 78
5.3. Vascularisation Lymphatique 79
6. Innervation 79
Epidémiologie des tumeurs vésicales 80
1. Incidence 80
2. Mortalité 82
3. Répartition selon l'âge 82
4. Facteurs de risque 83
Classification des tumeurs de la vessie et PEC thérapeutique 85

I. TUMEUR VESICALE N'INFILTRANT PAS LE MUSCLE (stade : TIS ; Ta ; T1) 87

Le traitement de première intention 87

II. TUMEUR DE VESSIE INFILTRANT LE MUSCLE (stade T2 et au-delà du stade T2) 89

Le traitement standard recommandé 89

1. Chimiothérapie néo-adjuvante 89
2. Traitement chirurgical : Cystectomie 90

Cystectomie totale et dérivation urinaire de type bricker 93

I. La préparation du patient 93

II. Repérage du site de stomie 93

III. Techniques chirurgicales 93

1. Anastomoses urétéro-iléales 99
2. L'extra-péritonisation du greffon 99
3. Confection de l'iléostomie 100

IV. Complications 102

1. Complications pendant l'intervention 102
2. Complications immédiates 102
3. Complications à distance 103

Qualité de vie 104

I. Quelle(s) définition(s) pour la qualité de vie 104

II. Comment mesurer la qualité de vie 105

III. L'importance de l'adaptation trans-culturelle dans les questionnaires 107

1. L'âge 108
2. Le sexe 108
3. Activités quotidiennes et relations sociales 109
4. Rituel de la prière 109

5. Altération de l'image corporelle 110
6. Sexualité 111
7. Satisfaction globale de la dérivation urinaire 112
8. Recours aux stomathérapeutes et adhésion aux associations des patients stomisés 113
9. Education à la stomie 114

RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES 120

CONCLUSION 140

RESUMÉS 143

ANNEXES 152

BIBLIOGRAPHIE 159

Liste des abréviations

AFU : Association Française d'Urologie

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

CCAFU : Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CPT : Cysto-Prostatectomie Totale

DCNC : Dérivation Cutanée Non Continente

EAU : European Association of Urology

HTA : Hyper Tension Artérielle

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

OMS : l'Organisation mondiale de la santé

ONDH : Observatoire National du Développement Humain

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

RTUV : Résection Trans-Urétral de Vessie

RV : Remplacement Vésical

TDM : TomoDensitoMétrie

TV : Tumeur Vésicale

TVIM : Tumeur Vésicale Infiltrant le Muscle

TVNIM : Tumeur Vésicale Non Infiltrant le Muscle

Qdv : Qualité de vie

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes de vessie viennent au 7ème rang dans l'incidence des cancers chez l'homme et représentent 4,4% pour 100.000 habitants de l'ensemble des cancers dans le monde. [1] Au Maroc, cette incidence est estimée à 5,7% pour 100.000 habitants. [2]

La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM) et les tumeurs de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM) de très haut risque. [3,4] Associée au curage ilio-obturateur bilatéral « standard » parfois pelvien étendu, il s'agit de la thérapeutique optimale, elle permet un meilleur contrôle local de la tumeur et offre des pourcentages élevés de guérison. [5]

Plusieurs types de dérivations urinaires peuvent être proposés en fonction de critères liés à la tumeur et aux malades. La dérivation urinaire cutanée non continente (DCNC) de type Bricker est fréquemment réalisée et fait partie de cette chirurgie mutilante, qui a un retentissement majeur sur le schéma corporel, entrainant ainsi, une détérioration prononcée des différents aspects de la qualité de vie, des modifications importantes dans la vie des malades, dégradant leur intégrité physique et limitant leurs activités de tous les jours, paralysant ainsi leur réinsertion socioprofessionnelle.

La qualité de vie est une notion complexe et un concept multidimensionnel incluant les aspects psychologiques, physiques et émotionnels ainsi que les notions d'autonomie et de relations sociales du patient. [6]

L'objectif de notre travail est d'étudier l'impact psychologique et social sur la vie des patients ayant eu une cystectomie avec dérivation de type Bricker, en insistant sur les particularités socioculturelles propres à nos patients Marocains.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'urologie du centre hospitalo-universitaire Hassan II de Fès. De janvier 2018 à Janvier 2019. Ont été interrogés 20 patients traités par cystectomie totale pour un cancer infiltrant de la

vessie avec une dérivation urinaire de type Bricker.

Nous proposerons avant de conclure, une étude médico-économique de faisabilité d'une unité de stomathérapie, de personnalisation du parcours de soin du patient porteur de stomie.

MATERIELS ET METHODES

Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale qui a été réalisée dans le service d'urologie du CHU Hassan II de Fès de Janvier 2018 à Janvier 2019, Ont été interrogés 20 patients traités par cystectomie totale pour un cancer infiltrant de la vessie avec une dérivation urinaire de type Bricker. Ils étaient tous consentants pour participer à cette étude.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus les patients qui ont bénéficié d'une cystoprostatectomie totale (chez l'homme) ou pelvectomie antérieure (chez la femme) et porteurs d'une dérivation urinaire de type Bricker, ayant consulté à l'hôpital du jour du service d'urologie durant cette période.

Critères d'exclusion :

Les patients qui ont été opérés pour des tumeurs de la vessie ayant bénéficié d'une autre intervention (remplacement vésicale), ou d'un autre type de dérivation urinaire.

Recueil des données :

Le recueil des informations a été fait au cours d'un entretien privé, individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient. Les données de l'interrogatoire ont été inscrites sur des fiches d'exploitation préalablement établies comportant les rubriques suivantes :

a. Une première comprenant l'identité du patient, le motif de sa consultation ainsi que ses antécédents, notamment la notion du tabagisme.
b. Des informations relatives aux interventions dont le patient a bénéficié (RTUV, CPT/ Pelvectomie antérieure) avec les données des résultats anatomopathologiques, ainsi que les éventuels traitements néo-

adjuvants/adjuvants reçus.

c. L'évolution postopératoire immédiate et à distance.

d. Un questionnaire sur la qualité de vie, basé sur le questionnaire (Stoma-Quality of lifQol) ainsi que d'un questionnaire validé par l'association française d'urologie (AFU). Il contient 23 questions fermées, comprenant l'évaluation de 4 aspects de la qualité de vie du malade :

- Les activités quotidiennes : Notamment la facilité ou non de la réalisation des tâches domestiques, les fonctionnements moteurs (possibilité de se déplacer, d'effectuer les tâches matérielles). Les difficultés perçues au moment du rituel de la prière (Ablutions et de la prière en soi). Et les problèmes liés au sommeil engendrés par la stomie (réveils fréquents, insomnie).
- L'évaluation de l'atteinte psychique : craintes et anxiété engendrées par la stomie dans la vie quotidienne. (peur que la poche se décolle, fuite ou sente). Problèmes liés d'appareillages. Et du rapport du malade avec son nouveau corps.
- La vie relationnelle : rapports avec la famille et les amis proches, et des activités sexuelles.
- Une appréciation globale directe de la satisfaction du patient au sujet de sa dérivation.

Analyse statistique :

En général, la fiche d'exploitation comportait des réponses préétablies, qui ont été saisies dans une base de données **Google Form**, les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages, alors que les variables quantitatives de distributions en moyennes.

Les limites de l'étude :

L'absence de l'adaptation transculturelle du questionnaire et le nombre limité de patients.

Questionnaire Utilisé :

Fiche d'exploitation

Etude de l'impact psychologique et social des dérivations urinaires non continentes (DNC) de type Bricker, dans un contexte socioculturel Marocain.

Identité

Nom Prénom

Votre réponse

Sexe

- ◯ Homme
- ◯ Femme

Age

- ◯ < 39 ans
- ◯ 40 - 49 ans
- ◯ 50 - 59 ans
- ◯ 60 - 69 ans
- ◯ 70 - 79 ans
- ◯ > 80 ans

Numéro d'entrée

Votre réponse

Couverture sociale

- ◯ Ramed
- ◯ CNOPS
- ◯ CNSS
- ◯ Sans couverture sociale
- ◯ Autre : _____

Motif de consultation

- ◯ Hématurie macroscopique, caillotante
- ◯ Lombalgies
- ◯ Autre : _____

Antécédents

- ☐ Tabagisme
- ☐ Exposition professionnelle
- ☐ Exposition à des rayonnements
- ☐ Irritation chronique de la vessie
- ☐ Autre : _____

Tares associées

- ☐ HTA
- ☐ Cardiopathie
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Insuffisance rénal
- ☐ Pathologie hépatique
- ☐ Autre : _____

La dernière RTUV datant du

Date

Indication de la dérivation de type Bricker

- ◯ Tumeur de la vessie
- ◯ Autre : _____

Classification histologique

- ◯ TVNIM de très haut risque
- ◯ TVIM (T2 ,T3,T)
- ◯ Autre : _____

Chimiothérapie néo-adjuvante

- ◯ Oui
- ◯ Non

Chimiothérapie adjuvante

- ◯ Oui
- ◯ Non

Evolution post-opératoire immédiate

- ○ Favorable
- ○ Complications

Evolution post-opératoire à distance

- ○ Favorable
- ○ Complications

Si complication:

- ☐ Occlusion intestinale
- ☐ Éventration de la paroi abdominale
- ☐ Problèmes cutanés autour de la stomie
- ☐ Calculs urinaires
- ☐ Complications infectueuses
- ☐ Altération de la fonction rénale
- ☐ Autre : _____

Accompagnement péri-opératoire par un personnel de soin référant

- ○ Oui
- ○ Non

Évaluation de la qualité de vie

I. Activités quotidiennes

1. Ma stomie me procure une gêne dans mes activités de tous les jours...

	Présence d'une gêne	Aucune gêne	Non concerné(e) par la question
A la maison, pour faire mes tâches domestiques, le ménage, la cuisine,	○	○	○
Pour sortir dans la rue, pour faire mes courses...	○	○	○
Pour conduire mon automobile	○	○	○
Soulever et transporter les achats d'alimentation	○	○	○
Pour aller au bain maure	○	○	○
Pour aller dans les lieux publics, cafés, souks ou pour fréquenter les mosquées	○	○	○

2. Je rencontre des difficultés dans mon rituel de prière...

	Présence d'une gêne	Aucune gêne
A faire mes ablutions	○	○
A garder mes ablutions jusqu'à ma prière	○	○
A exercer ma prière	○	○

3. La qualité de mon sommeil a été fortement atteinte depuis ma stomie

	Oui	Non
Je suis obligé(e) de me réveiller fréquemment durant la nuit	○	○
J'ai du mal à m'endormir à cause de ma stomie	○	○

II- Atteinte psychologique de la dérivation urinaire dans la vie de tous les jours

	Toujours	Parfois	Jamais
J'ai peur d'avoir des fuites d'urines	○	○	○
Ça me rend inquiet(e) quand la poche est pleine	○	○	○
J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches	○	○	○
J'ai peur que la poche sente	○	○	○
J'ai peur que ma poche fasse des bruits de froissement	○	○	○
J'ai besoin de me reposer pendant la journée	○	○	○
Ma poche me limite dans mes choix de vêtements	○	○	○

Je me sens fatigué(e) pendant la journée	○	○	○
A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être attirant(e)	○	○	○
J'ai peur que la poche se décolle	○	○	○
J'ai peur d'avoir des problèmes d'appareillage	○	○	○
Du fait de ma stomie je n'aime pas mon corps	○	○	○
Il m'est difficile de passer une nuit en dehors de chez moi	○	○	○
C'est difficile de cacher que je porte une poche	○	○	○

III- La vie relationnelle

1. Dans votre vie familiale :

	Toujours	Parfois	Jamais
Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches	○	○	○

J'évite les contacts physiques rapprochés avec mes enfants, ma famille	○	○	○
Du fait de ma stomie, ça m'est difficile d'être avec les autres... (réunion de famille par ex)	○	○	○
Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens	○	○	○
Ce que ma famille pense de moi, me tracasse	○	○	○

2. Dans votre vie sexuelle

	Très perturbée	Perturbée	Inchangée	co q
Depuis mon opération, ma vie sexuelle	○	○	○	

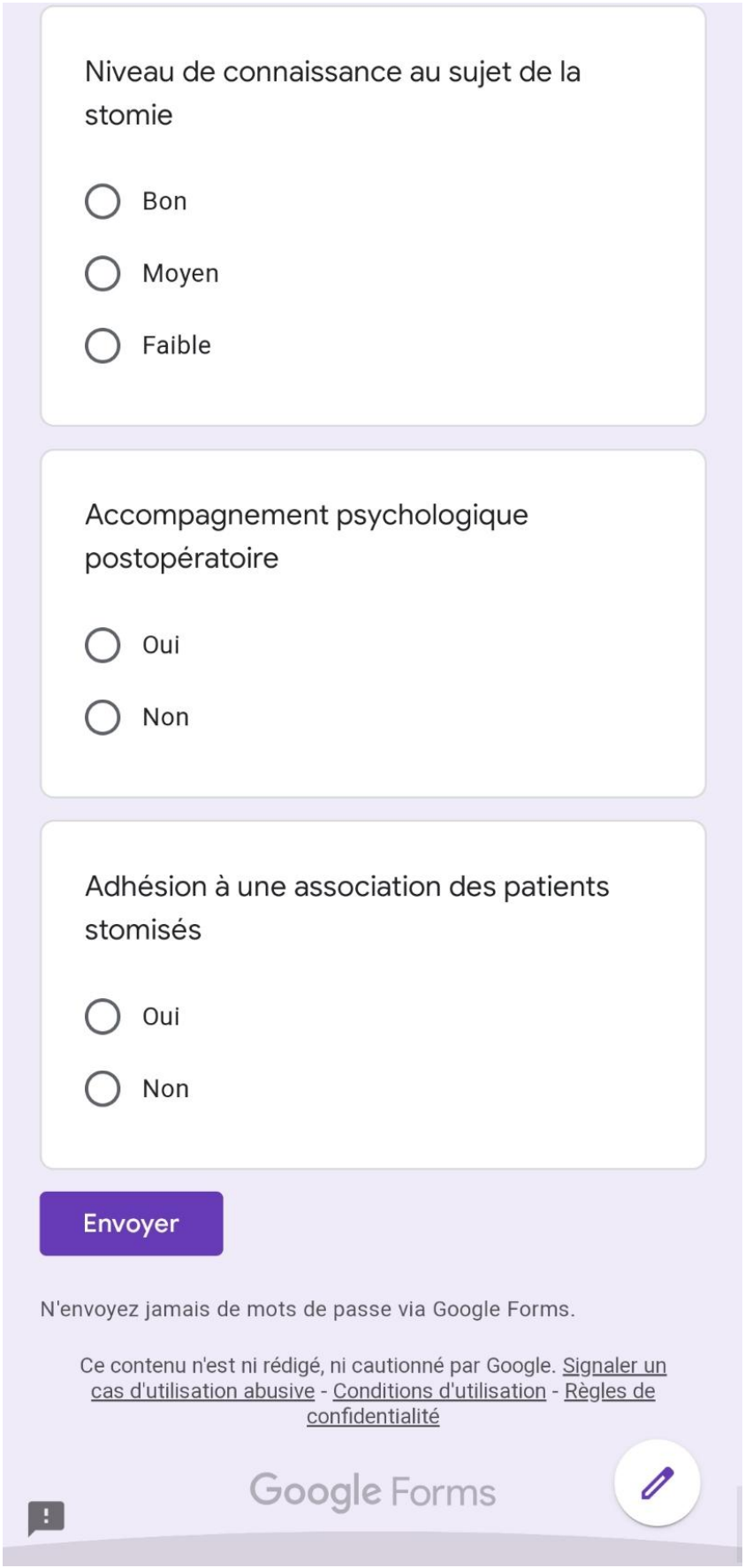
Si ma vie sexuelle est perturbée, c'est parce que :

- ☐ Problèmes techniques
- ☐ Baisse de la libido
- ☐ Non concerné(e) par la question
- ☐ Autre : _____

IV- Satisfaction globale

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

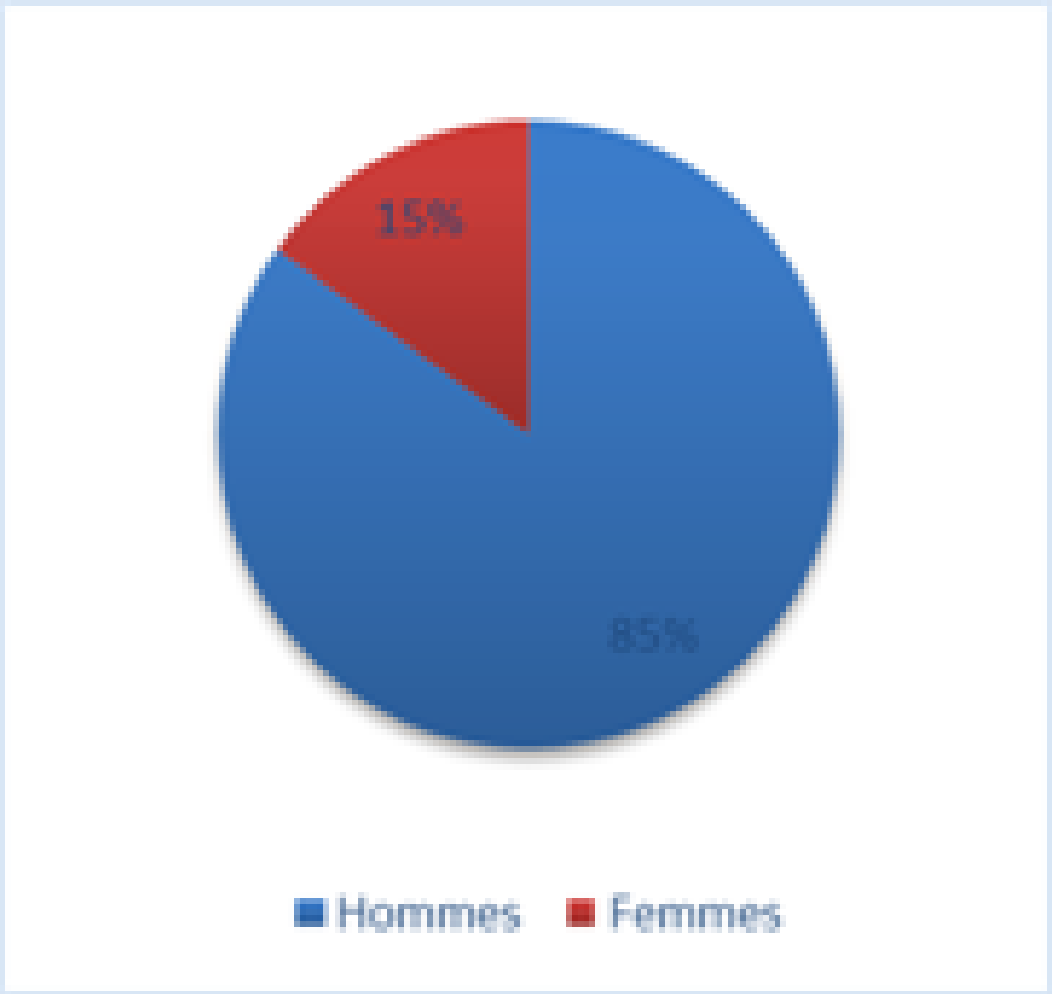
- ○ Très satisfait
- ○ Satisfait
- ○ Peu satisfait
- ○ Insatisfait


Niveau de connaissance au sujet de la stomie
Bon
Moyen
Faible
Accompagnement psychologique postopératoire
Oui
Non
Adhésion à une association des patients stomisés
Oui
Non
Envoyer
N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.
Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Règles de confidentialité
Google Forms

RÉSULTATS

1. Sexe

Notre étude compte 20 patients. Dont 17 hommes et 3 femmes.

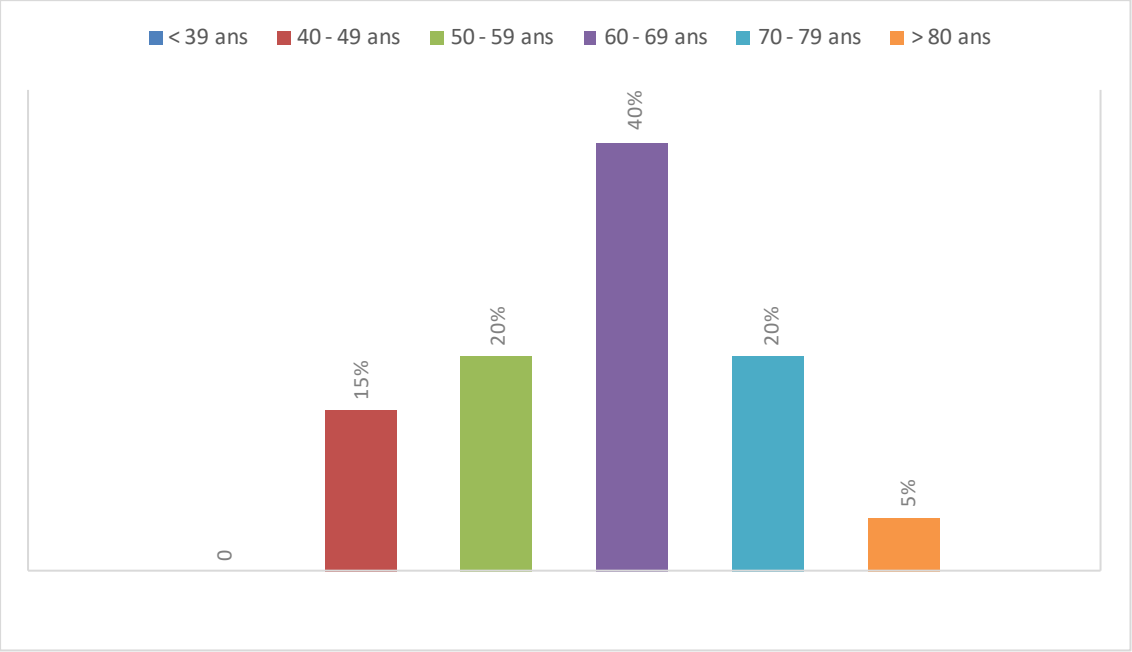


Graphique 1: Répartition de la population selon le sexe

2. Age

On constate que 8 de nos patients ont un âge compris entre 60 et 69 ans, 4 d'entre eux ont un âge entre 70 et 79 ans, 4 patients ont un âge entre 40 et 49 ans et seulement un patient a un âge supérieur à 80 ans.

L'âge moyen de notre série est de 58 ans.

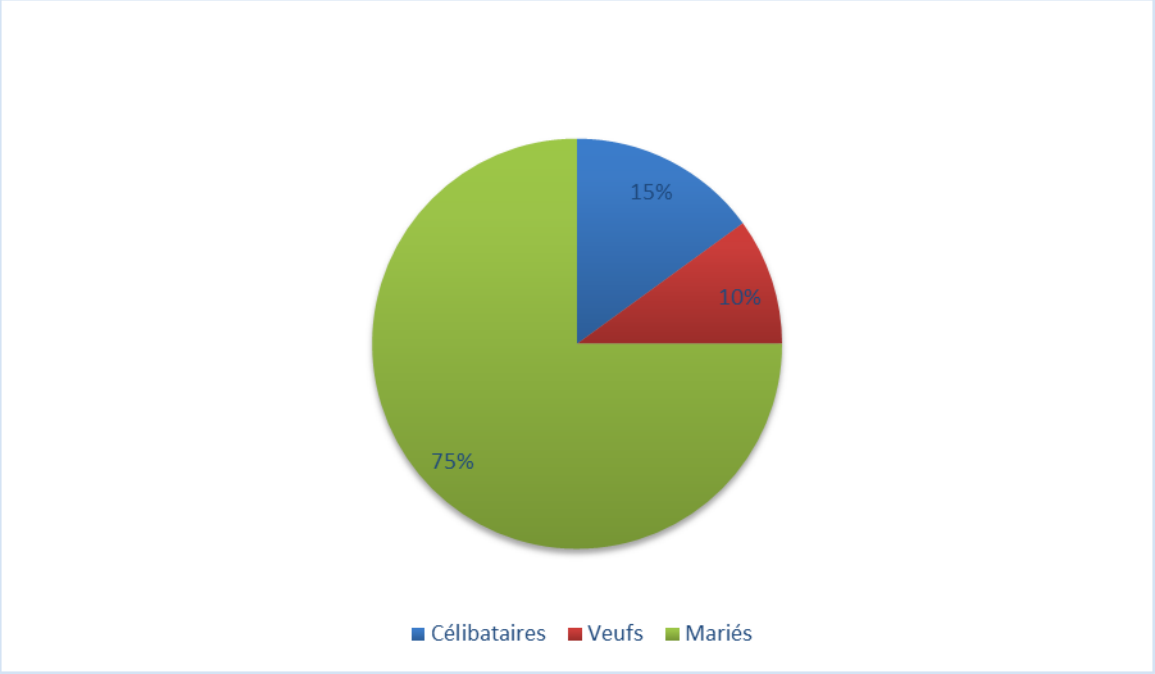


Graphique 2 : Répartition des patients selon l'âge

3. Le statut matrimonial

Parmi les 20 patients interrogés, 3 étaient célibataires, 2 patients étaient veufs et 15 étaient mariés.

Dans notre étude, nous n'avons constaté aucun cas de divorce suite à l'intervention.



Graphique 3 : Répartition des patients selon le statut matrimonial

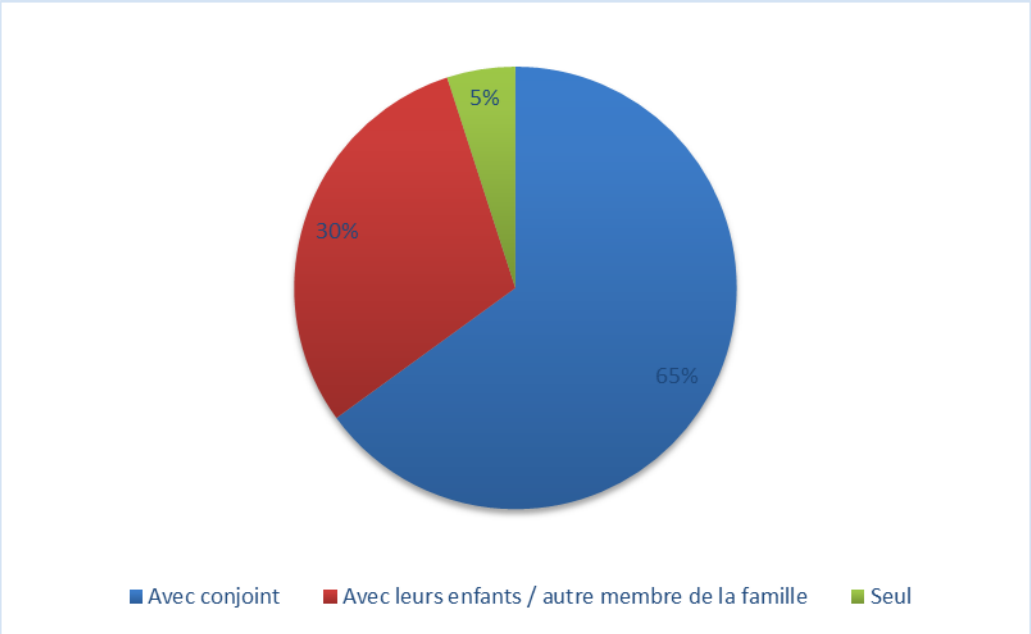
4. Situation professionnelle

5 patients ont une situation professionnelle, les 15 autres patients n'en ont pas.

Dans notre série on n'a noté aucun cas de licenciement/changement de travail et reclassement professionnel/ arrêt de travail après l'intervention.

5. Situation familiale et habitat

13 patients ont déclaré vivre avec leurs conjoints, 6 avec leurs enfants ou autre membre de la famille et 1 patient vit seul.

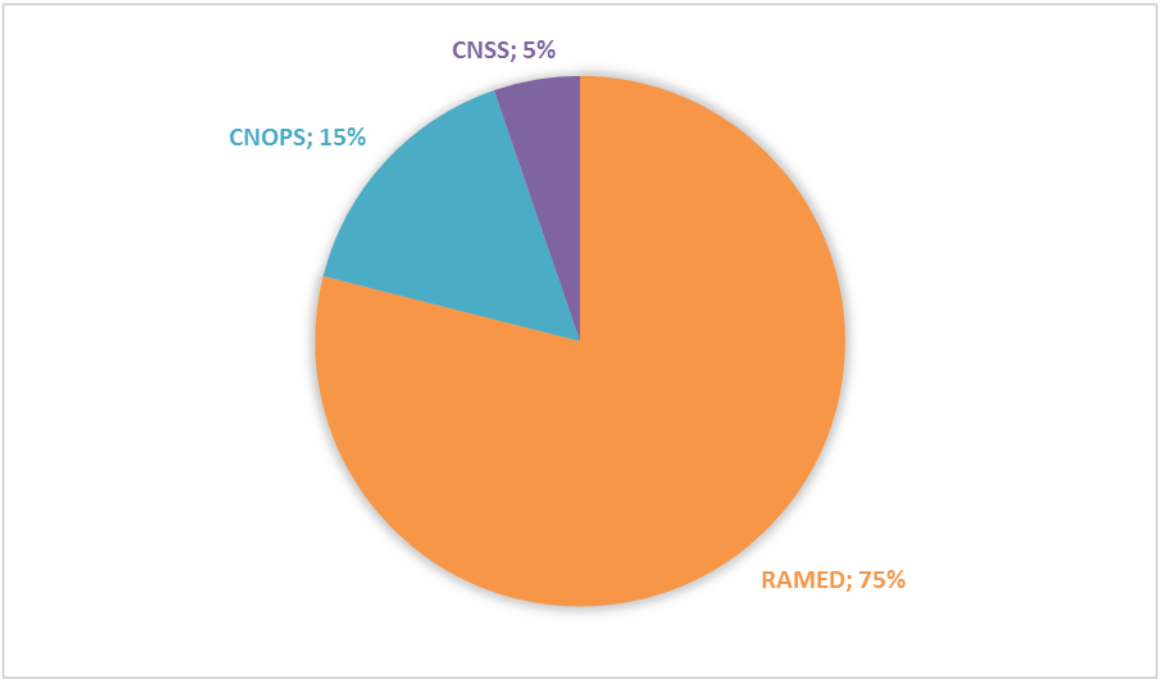


Graphique 4 : Répartition des patients selon le statut familial et habitat

6. Couverture sociale

16 patients de notre étude sont couverts par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), soit 80%.

20% d'entre eux sont affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire : 15% bénéficient d'une couverture par la CNOPS et 5% par la CNSS.

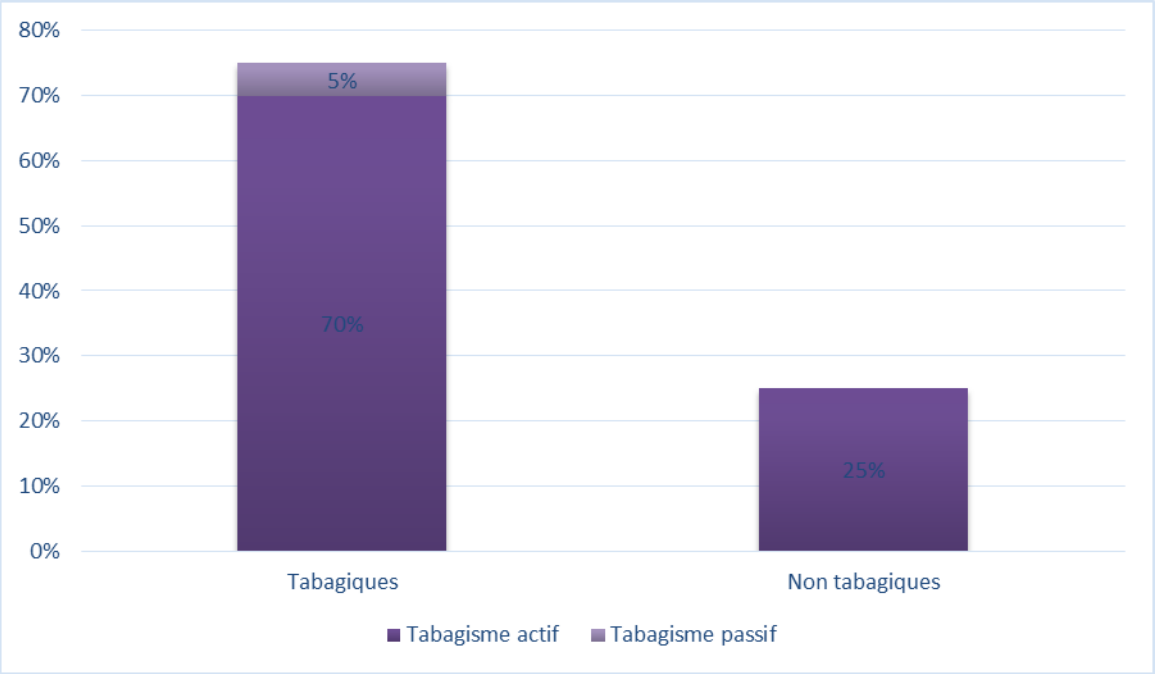


Graphique : Répartition des patients selon leur couverture sociale

7. Antécédents

a. Tabagisme

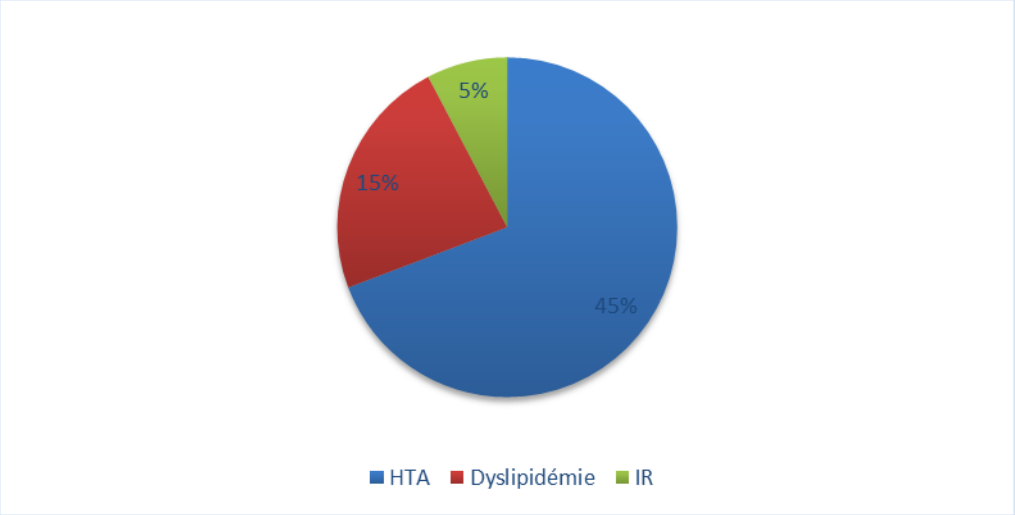
Parmi les 20 patients interrogés, 15 sont tabagiques chroniques dont une patiente avec notion de tabagisme passif.



Graphique 5 : Répartition des patients selon la notion de tabagisme

b. Tares associées

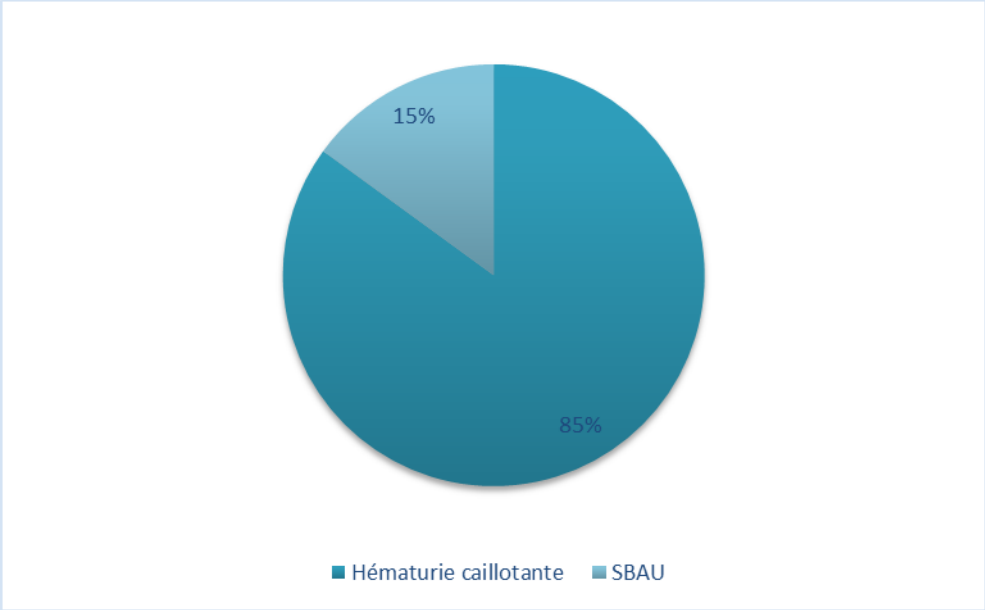
9 patients sont suivis pour HTA, 3 présentent une dyslipidémie et une patiente est suivie pour insuffisance rénale chronique.



Graphique 6 : Répartition des patients selon les tares associées

8. Circonstances de découverte

17 patients ont présenté une hématurie caillotante au moment de leur consultation, tandis que 2 sont venus pour SBAU (symptômes du bas appareil urinaire à type de dysurie, pollakiurie…)



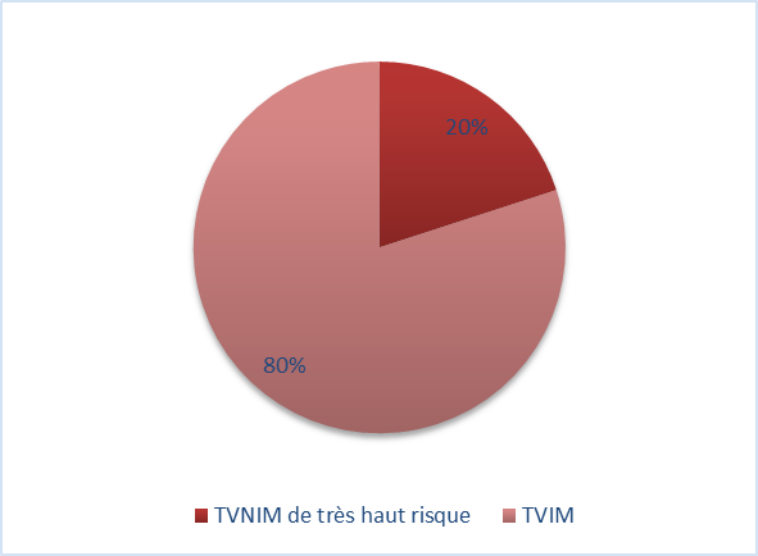
Graphique 7 : Répartition des patients selon leur motif de consultation

9. Indication de la dérivation urinaire de type Bricker :

Pour les 20 patients de notre étude, soit 100 %, l'indication de la dérivation était une étiologie néoplasique (tumeur de la vessie).

10. Classification histologique

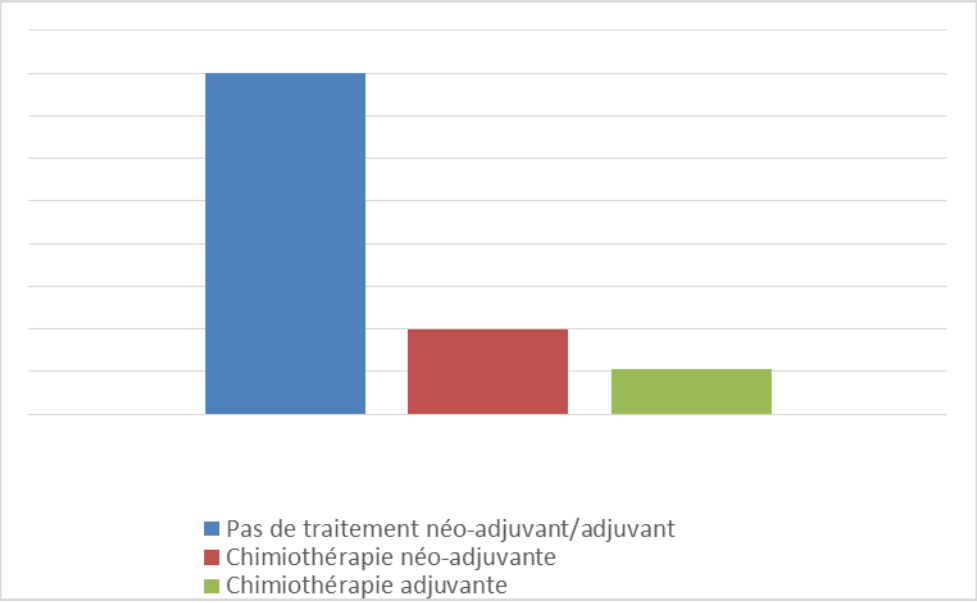
A l'étude anatomopathologique, 80% des tumeurs ont été classées TVIM. 20% étaient des TVNIM de très haut risque.



Graphique 8 : Répartition des patients selon la classification histologique de leur tumeur

11. Traitements néo-adjuvants/adjuvants reçus

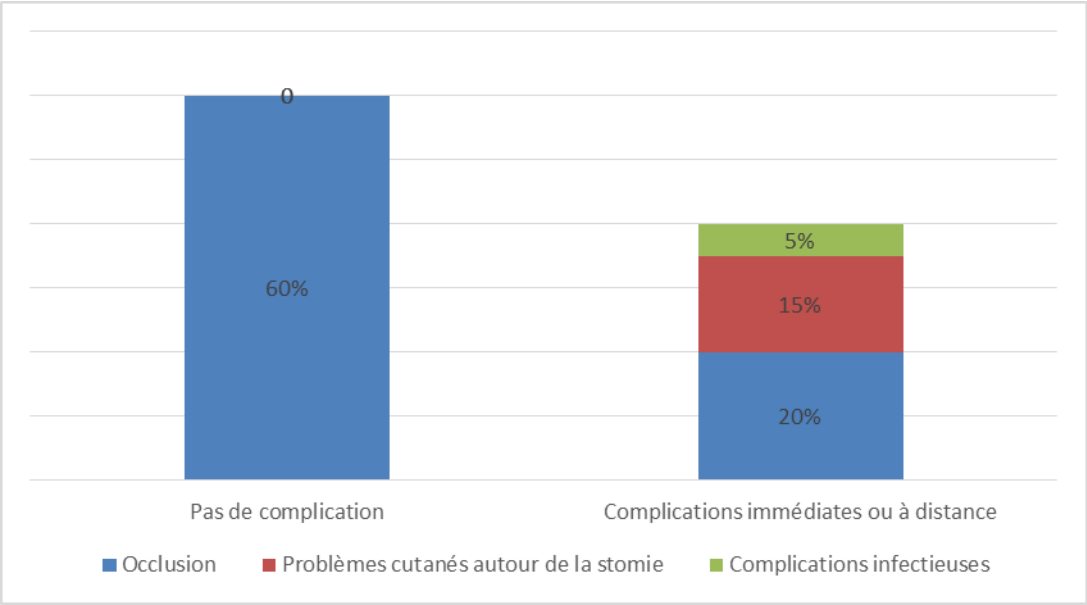
Dans notre étude, 4 patients ont reçu une chimiothérapie néo-adjuvante et 3 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante.



Graphique 9 : Répartition des patients selon les traitements néo-adjuvants et adjuvants reçus

12. Evolution postopératoire immédiate et à distance

12 des patients n'ont pas eu de complication post-opératoire, tandis que 8 d'entre eux ont présenté à distance, des complications à type d'occlusion (3 patients), problèmes cutanés autour de la stomie (4 patients), ainsi que des complications infectieuses (1 patient)



Graphique 10 : Répartition des patients selon les complications post-opératoires

13. Accompagnement péri-opératoire par un personnel de soin référant

Aucun de nos patient n'a été accompagné par une infirmière stomathérapeute, ou un personnel de soin référant en stomie urinaire, ni avoir reçu un support Off line (brochures, fiches patients) lors de la période péri-opératoire.

14. Evaluation de la qualité de vie

a. Activités quotidiennes :

Gêne à maison ; pendant les sorties

Nous avons évalué l'habilité des patients à effectuer certaines activités journalières et le désagrément éprouvé à cause de la poche de stomie, notamment pour aller au bain maure. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Distribution du degré de gêne dans la vie quotidienne

	Présence d'une gêne (n (%))	Aucune gêne (n (%))	Non concernés (n (%))
A la maison, pour faire mes tâches domestiques, le ménage, la cuisine,	10 (50%)	10 (50%)	
Pour sortir dans la rue, pour faire mes courses...	12 (60%)	8 (40%)	
Pour conduire mon automobile	3 (15%)	3 (15%)	13 (70%)
Soulever et transporter les achats d'alimentation	4 (20%)	16 (80%)	
Pour aller au bain maure	16 (80%)	4 (20%)	
Pour aller dans les lieux publics, cafés, souks ou pour fréquenter les mosquées	16 (80%)	4 (20%)	

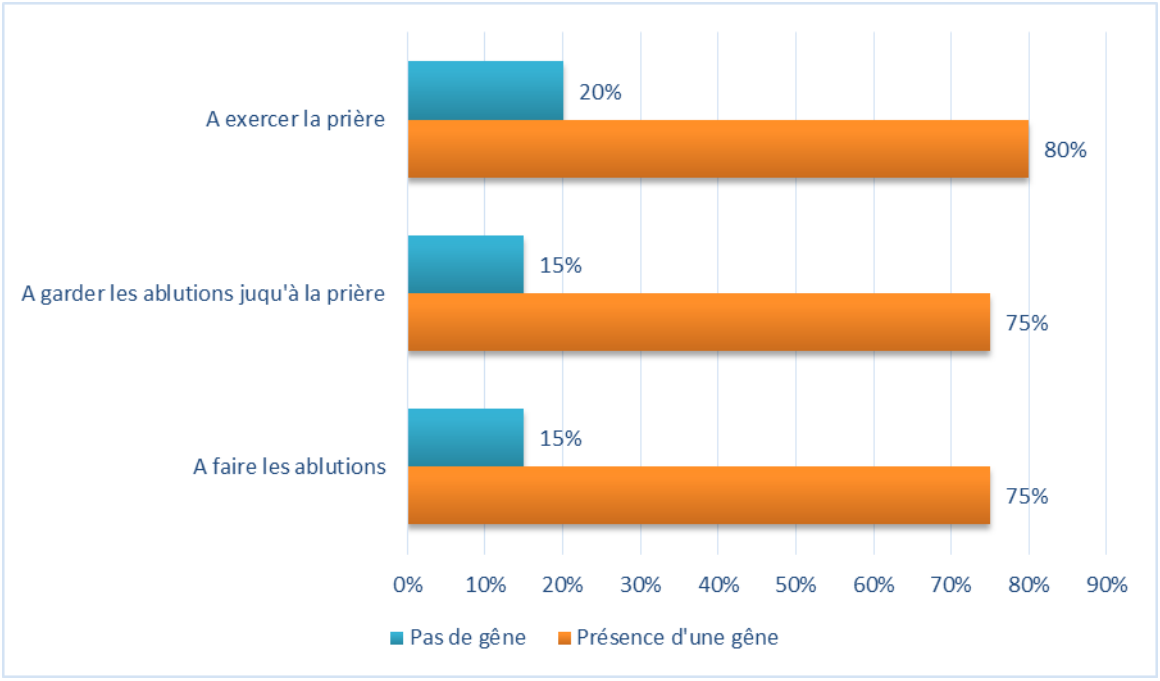
b. Rituel de la prière

Les patients ont été interrogés sur la difficulté du rituel de la prière, comprenant les ablutions, suite à leur stomie. 75% des patients ont recours au Tayamum (purification de substitution), au lieu des ablutions, de crainte que la poche fuite. 80% d'entre eux font leur prière en étant assis, sans Soujoud (la prosternation) avec la peur du décollement de la poche de la stomie.

Les résultats ont été rapportés ci-dessous :

Tableau 2 : Distribution du degré de gêne dans le rituel de la prière

	Présence d'une gêne (n(%))	Aucune gêne (n(%))
A faire mes ablutions	15 (75%)	5 (15%)
A garder mes ablutions jusqu'à ma prière	15 (75%)	5 (15%)
A exercer ma prière	16 (80%)	4 (20%)

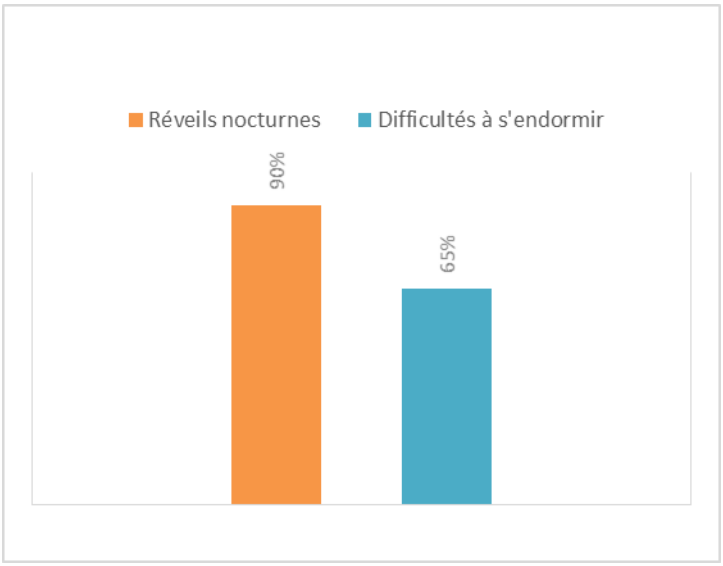


Graphique 11 : Répartition des patients selon les difficultés liées au rituel de la prière.

c. Qualité du sommeil

Les patients ont été interrogés sur la perturbation de leur sommeil depuis la stomie.

90% des patients ont affirmé avoir au moins 1 réveil nocturne, 65% d'entre eux ont exprimé leurs difficultés à s'endormir depuis la mise en place de la stomie. Voici les résultats ci-dessous :

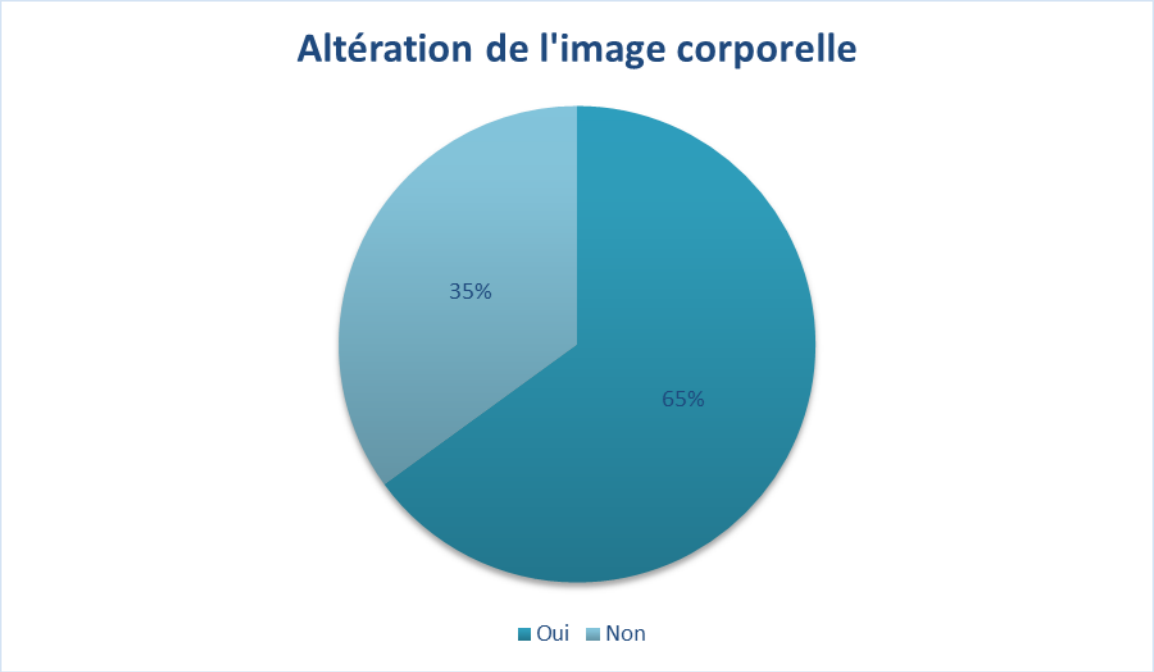


Graphique 12 : Répartition des patients selon les troubles de sommeil

d. Atteinte psychologique

On a posé aux 20 patients de notre liste les questions par rapport aux obstacles, à la peur et à l'anxiété qu'engendre la stomie dans leur vie quotidienne. Ci-dessous les résultats:

	Toujours	Parfois	Jamais
1. J'ai peur d'avoir des **fuites d'urines**	8 (40%)	7 (35%)	5 (25%)
2. Ça me rend inquiet(e) **quand la poche est pleine**	8 (40%)	8 (40%)	4 (20%)
3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches	4 (20%)	7 (35%)	9 (45%)
4. J'ai peur que la poche **sente**	9 (45%)	5 (25%)	6 (30%)
5. J'ai peur que ma poche **fasse des bruits** de froissement	0	3 (15%)	17 (85%)
6. J'ai **besoin de me reposer** pendant la journée	3 (15%)	5 (25%)	12 (60%)
7. Ma poche **me limite** dans mes choix de vêtements	0	3 (15%)	17 (85%)
8. Je me sens **fatigué(e) pendant la journée**	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)
9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être attirant(e)	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)
10. J'ai peur que la poche **se décolle**	8 (40%)	6 (30%)	6 (30%)
11. J'ai peur d'avoir des **problèmes d'appareillage**	12 (60%)	3 (15%)	5 (25%)
12. Du fait de ma stomie **je n'aime pas mon corps**	12 (60%)	1 (5%)	7 (35%)
13. Il m'est difficile de passer une nuit en dehors de chez moi	4 (20%)	5 (25%)	11 (55%)
14. C'est difficile de cacher que je porte une poche	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)



Graphique 13 : Répartition des patients selon l'atteinte ou non de leur image corporelle

De crainte du décollement ou d'une fuite, chaque patient de la série, délivré à lui-même, avait sa manière propre de confectionner la poche de sa stomie n'étant pas accompagné par un personnel soignant référant.

Patient N°1

Patiente N°2

Patient N°3

e. Vie relationnelle

✓ Relations familiales

A travers 5 questions, nous avons évalué les éventuelles perturbations de la vie relationnelle familiale de nos 20 patients à la suite de leur stomie. Voici les résultats obtenus :

Tableau 3 : Distribution des patients selon le degré de perturbation de leur vie relationnelle et familiale

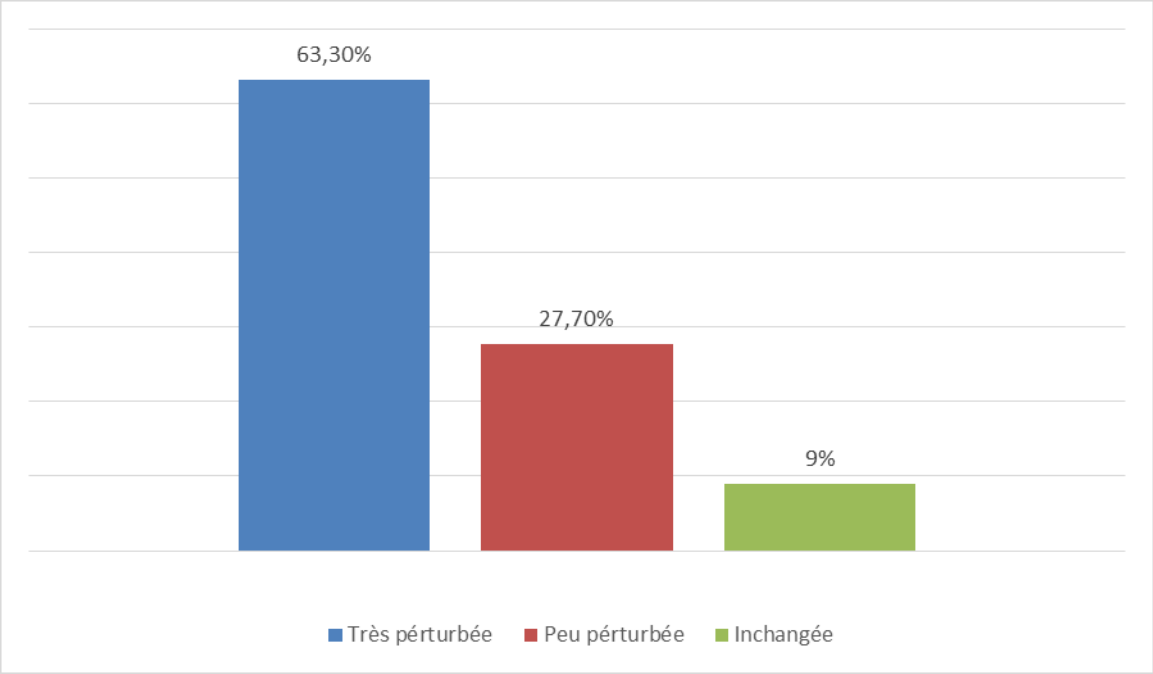
	Toujours	Parfois	Jamais
1. Du fait de mon état de santé, j'ai peur **d'être un poids** pour mes proches	7 (35%)	8 (40%)	5 (25%)
2. **J'évite les contacts physiques** rapprochés avec mes enfants, ma famille	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)
3. Du fait de ma stomie, ça m'est difficile d'être avec les autres... (Réunion de famille par ex…)	7 (35%)	5 (25%)	8 (40%)
4. **Je me sens seul(e)** même quand je suis avec des gens	3 (15%)	6 (30%)	11 (55%)
5. **Ce que ma famille pense de moi**, me tracasse	3 (15%)	5 (25%)	12 (60%)

✓ Activités sexuelles

On a d'abord interrogé les patients sur leur activité sexuelle avant la mise en place de la stomie.

11 patients, soit 55% estimaient avoir une vie sexuelle active, ce n'était pas le cas pour 6 d'entre eux, soit 30%, tandis que 3 patients soit 15% n'étaient pas concernés par la question.

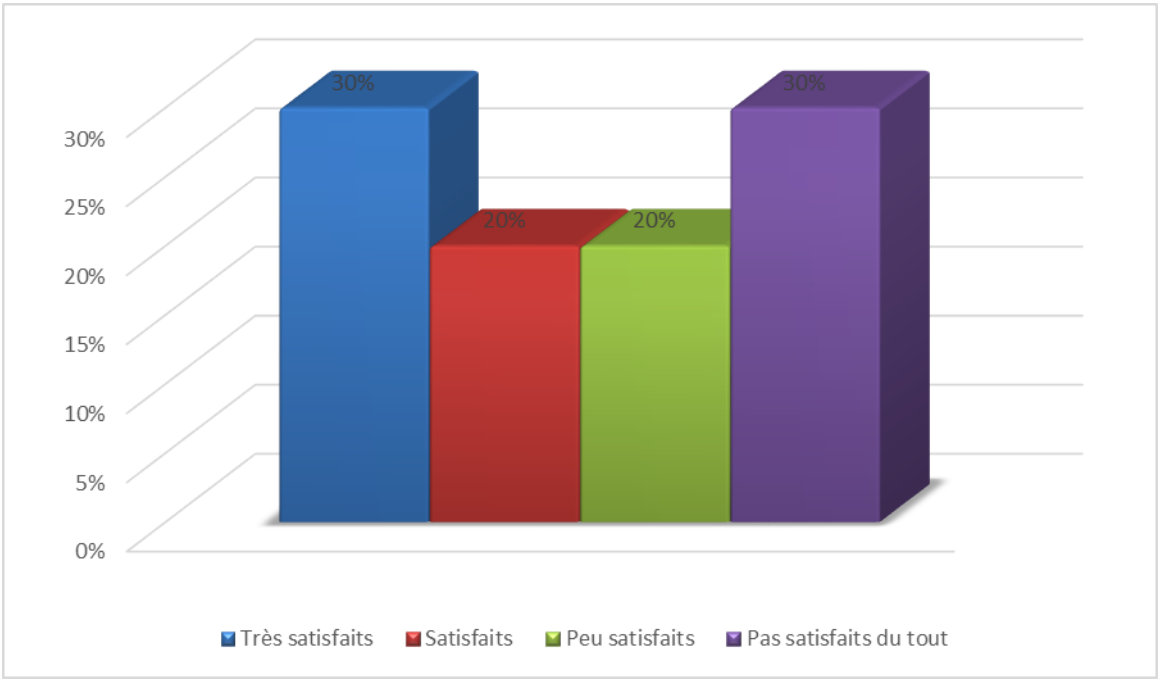
Suite à l'intervention, sur les 11 patients sexuellement actifs, 7 ont déclaré que vie sexuelle a été **très perturbée**, 3 patients ont dit qu'elle n'a été que **peu perturbée**, et la vie sexuelle d'un patient a été **inchangée**.



Graphique 14 : Retentissement de l'intervention sur l'activité sexuelle

f. Appréciation globale directe de la satisfaction du patient au sujet de sa dérivation.

Les 20 patients ont eu à répondre si dans l'ensemble, s'ils étaient satisfaits de leur dérivation urinaire, si oui, à quel degré. Voici les réponses ci-dessous :

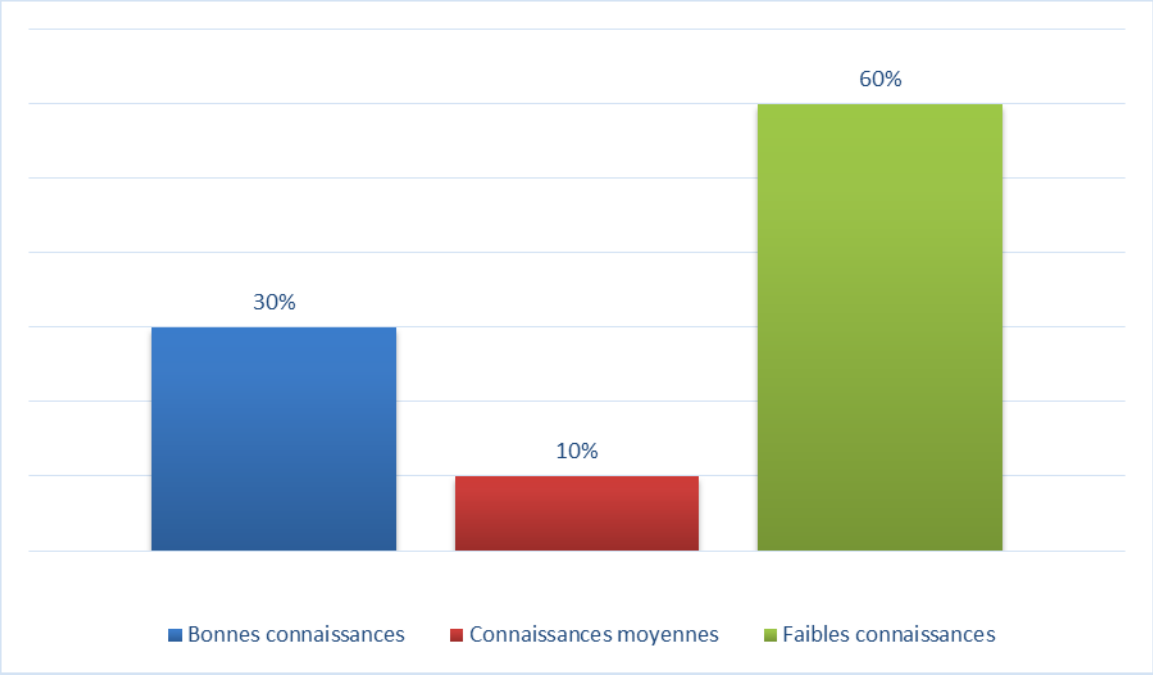


Graphique 15 : Satisfaction globale du sujet par rapport à la dérivation urinaire

g. L'éducation liée à la stomie :

On a interrogé les patients sur leur degré de connaissance de l'appareillage de la stomie, des éventuels problèmes techniques qu'ils pourraient rencontrer et de la manière de gérer de ces problèmes.

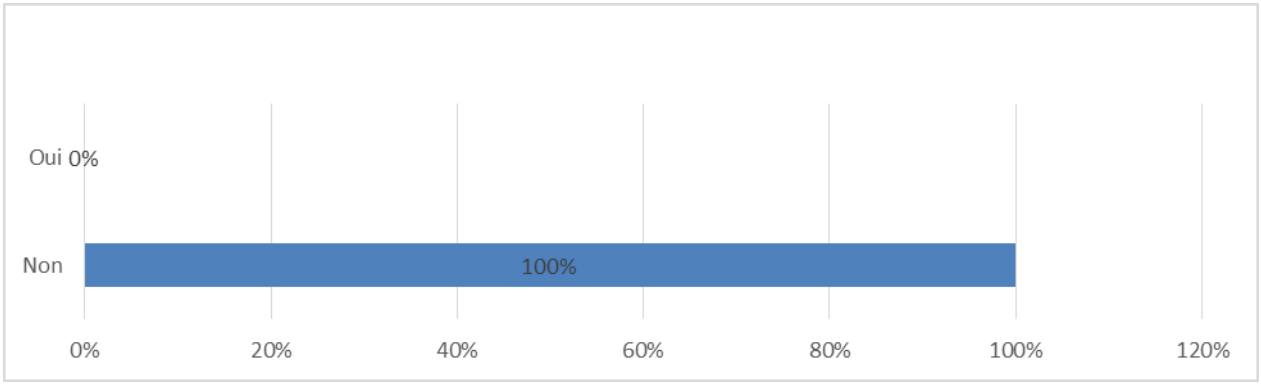
6 patients soit 30 % affirment avoir une bonne connaissance du sujet, 2 d'entre eux soit 10% déclarent que leur niveau de connaissance est moyen, les 12 patients restants, 60%, disent avoir un faible niveau de connaissance.



Graphique 16 : Niveau de connaissance des patients au sujet de leur stomie

h. Accompagnement psychologique postopératoire

L'ensemble de nos patients déclare ne pas avoir eu d'accompagnement psychologique suite à l'intervention, ni avoir intégré une association des patients stomisés.



Graphique 17 : Accompagnement psychologique et adhésion à une association des personnes stomisés

ANALYSE ET DISCUSSION

Rappel anatomique

I. La vessie

1. Anatomie descriptive de la vessie

2.1. 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.

2.2. Situation : [11]

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.

2.3. Morphologie :

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

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

- Trois bords : un postérieur et deux bords latéraux.
- 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 [12-13-14]

2.4. 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 supérieure, pouvant atteindre : 2 à 3 l.[12]

2.5. 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
- 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 [12-13]

2. Rapports de la loge vésicale [12-13] :

3.1. Limites de la loge vésicale :

La loge vésicale est définie comme étant la partie antérieur 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-génitovésicopubiennes
- En avant : par l'aponévrose ombilico-pré-vésicale.
- En arrière : par la cloison vésico-vaginale chez la femme ou l'aponévrose
- prostato-péritonéale de Denonviliers chez l'homme.
- En haut : par le péritoine

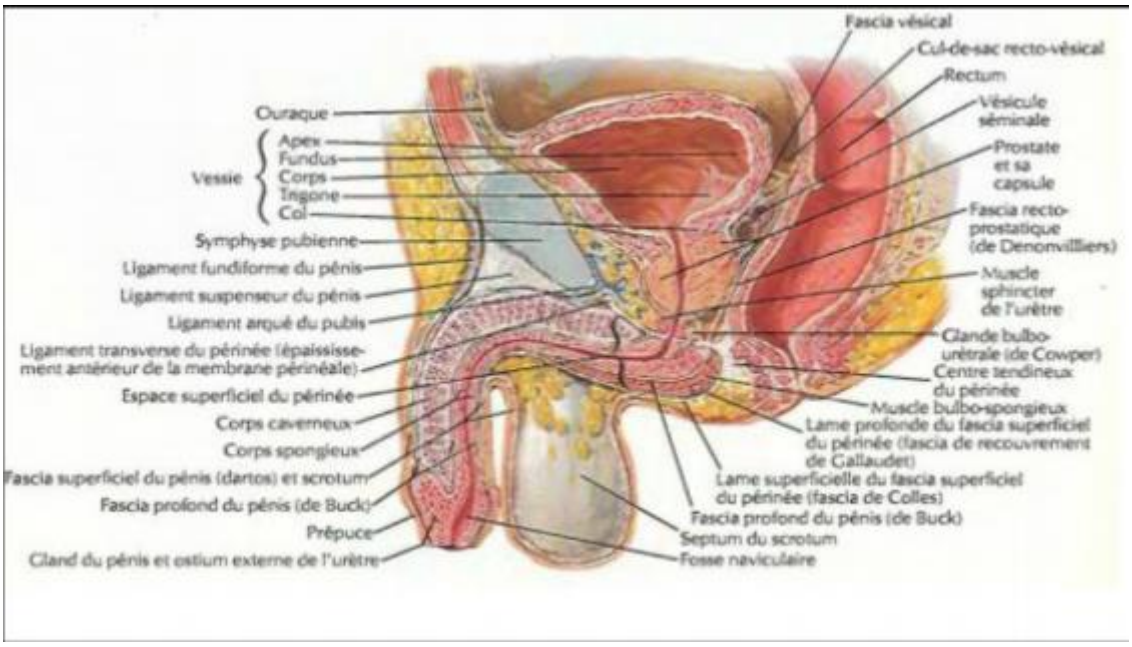


Figure 1: Coupe sagittale médiane du bassin chez l'homme montrant les rapports de la vessie chez l'homme

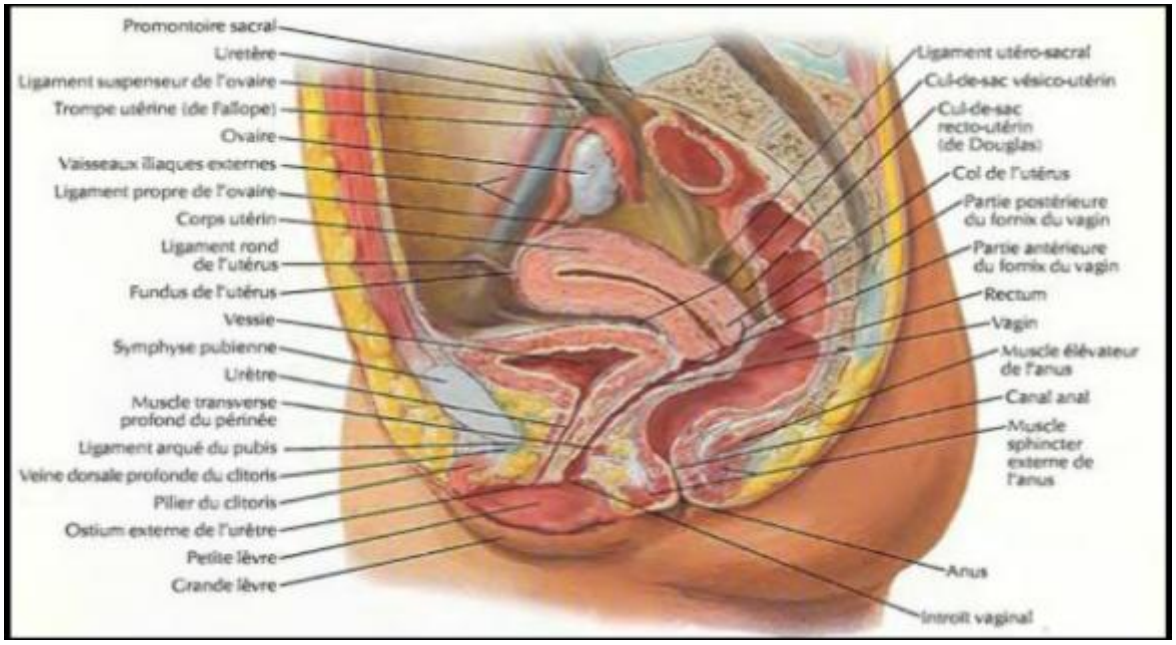


Figure 2: Coupe sagittale médiane du périnée et du bassin chez la femme montrant les rapports chez la femme

3.2. 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.

3.3. Les parois de la loge vésicale :

a. Paroi inférieur :

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 bas 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 inférieur 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 4L'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée)

b. Paroi antérieur :

Constituée par l'aponévrose ombilico-prévésicale correspondant aux tentes vasculaires des artères ombilico-vésicales qui lla 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 sacrorectogénito-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 :

Elles 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 [12]

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 [14-15-16]

1.1. 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 branche qui naissent de la partie perméable de l'artère omblico-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 devise 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 nait de 'artère honteuse interne, gagne la face antéro inferieure de la vessie ou elle se ramifie.

1.2. 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 vésicoprostatique 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.

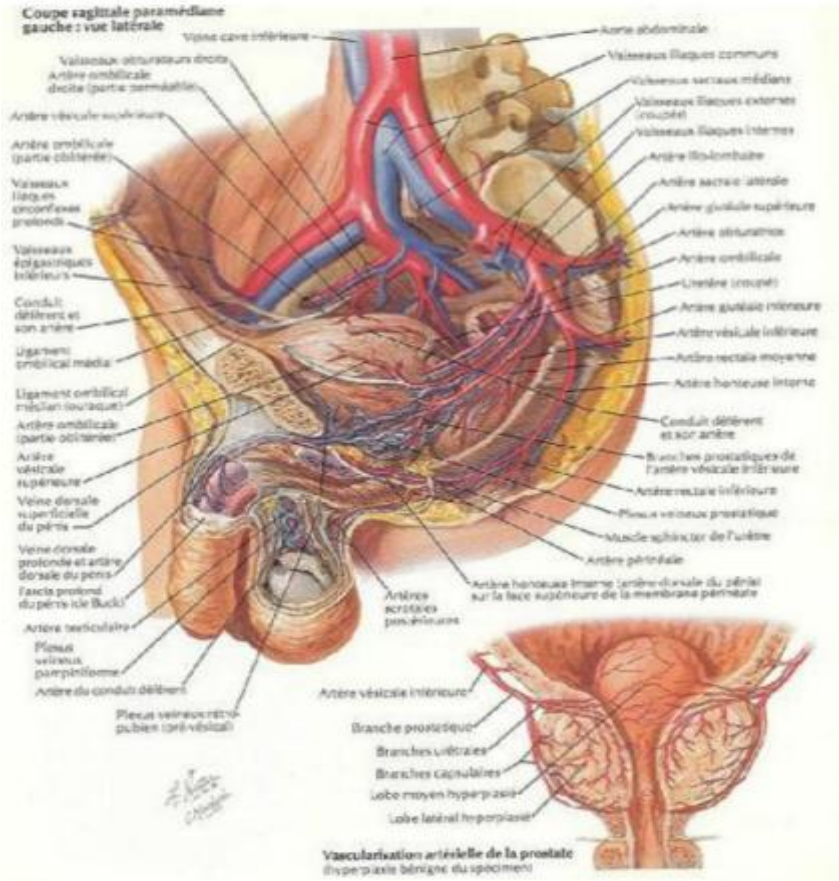


Figure 3 : Vascularisation des organes pelviens chez l'homme (Netter, 10)

1.3. Le réseau lymphatique :

Iliaque commun : avec deux (2) lympho-nœuds latéreaux, deux (2) lymphonœuds 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 diagnostic. 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 interaortico-cave.

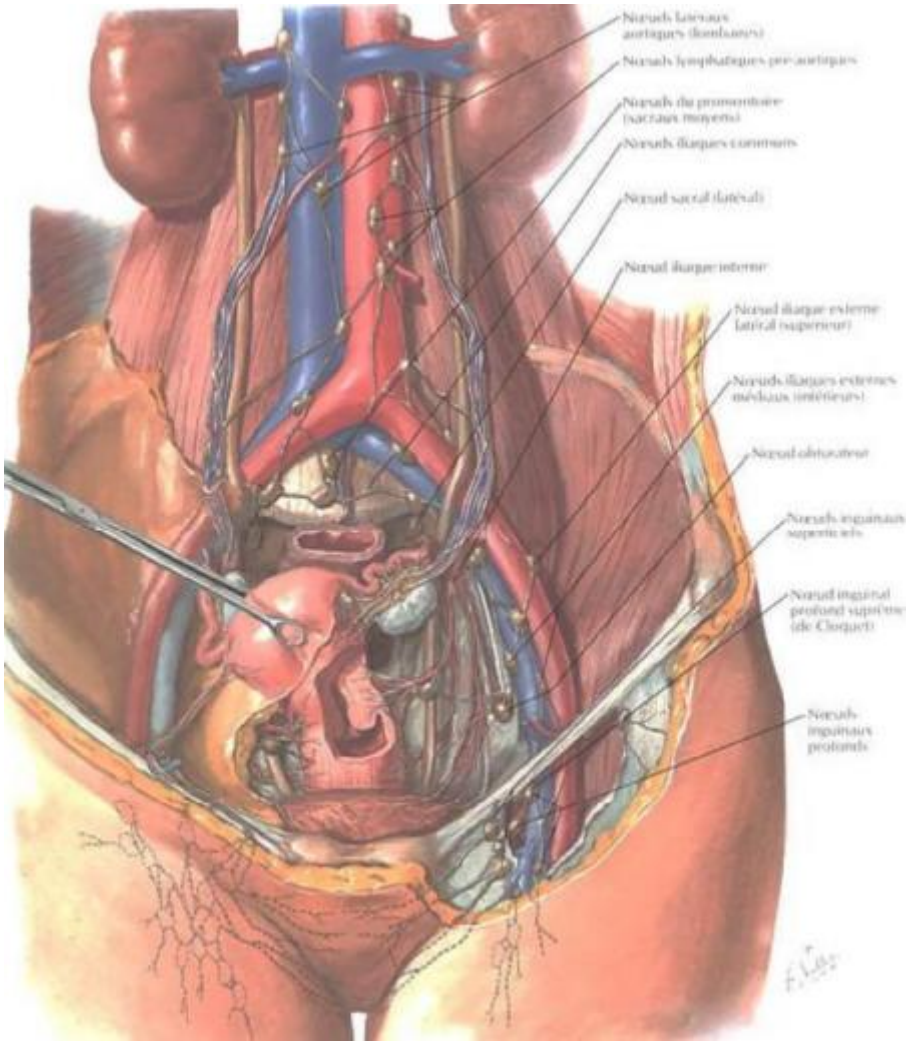


Figure 4 : Drainage lymphatique du pelvis (Netter , 10)

1.4. Innervation de la vessie :

Les nerfs vésicaux proviennent d'une part des troisièmes et quatrièmes nerfs sacrés, d'autre part et surtout du plexus hypogastrique . Ils gagnent la vessie en cheminant le long des lames sacro-génito-pubienne en passant en dehors des vésicules séminales chez l'homme ; à l'intérieur du paramètre, au-dessus de l'urètre, chez la femme.

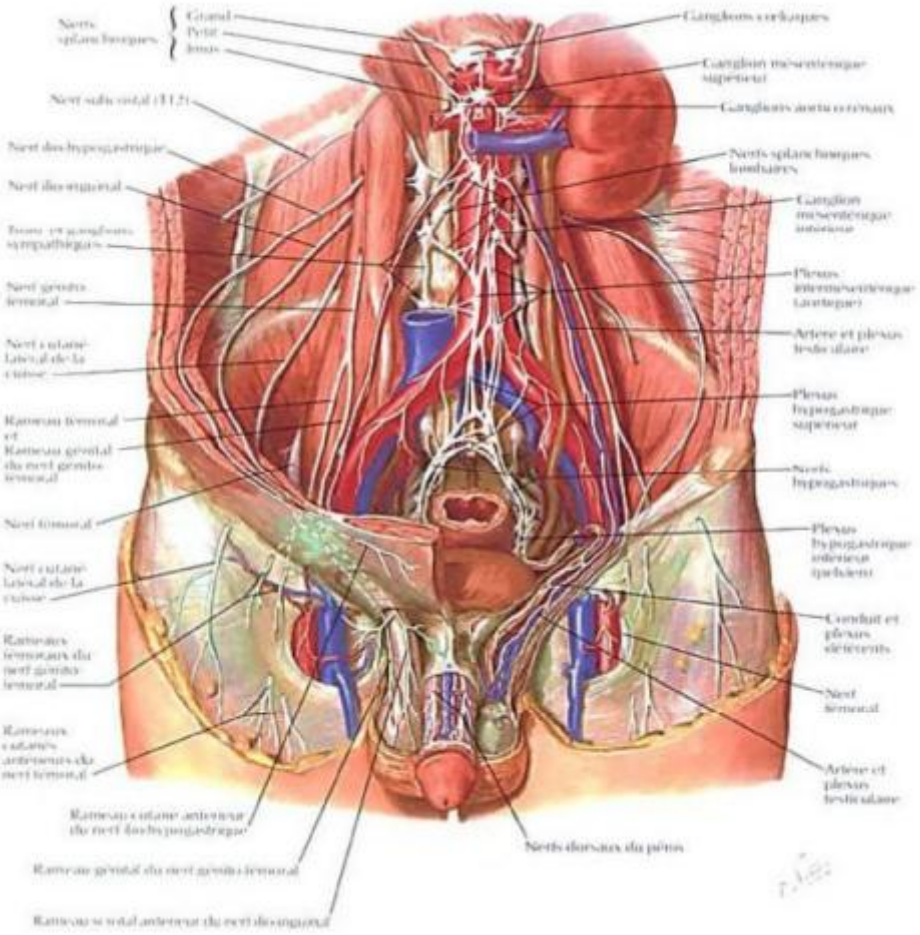


Figure 5 : L'innervation du pelvis (Netter, 10)

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.

2.1. 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. [17]

2.2. 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 une 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 antéro-interne qui les conduit jusqu'à la vessie.

2.3. Dimension [17]

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

Ils sont divisés en quatre segments :

- Lombaire 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

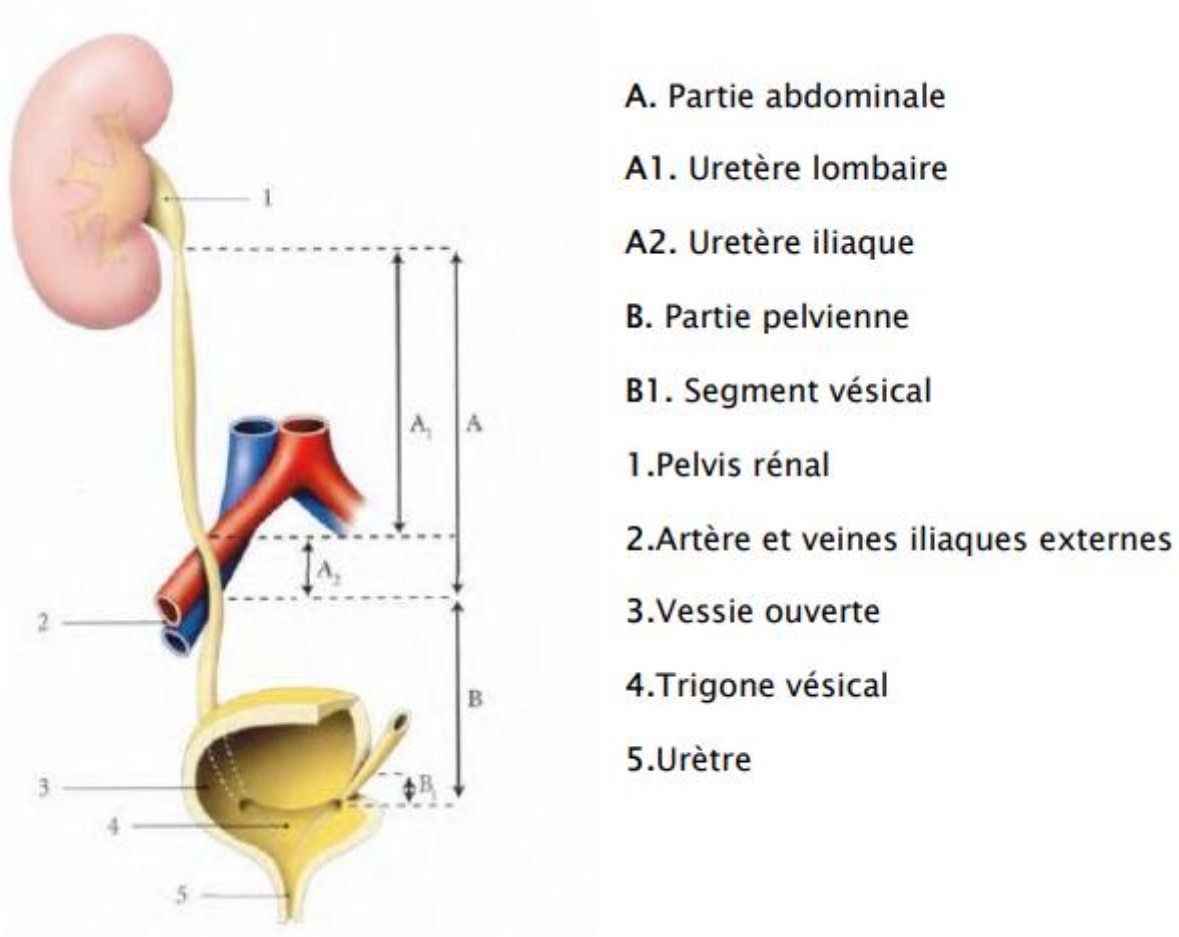


Figure 6 : Trajet et parties de l'uretère.

2. Configuration interne (fig.7):

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

4.1. 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.

4.2. La musculeuse

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.

4.3. 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 portevaisseaux.

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

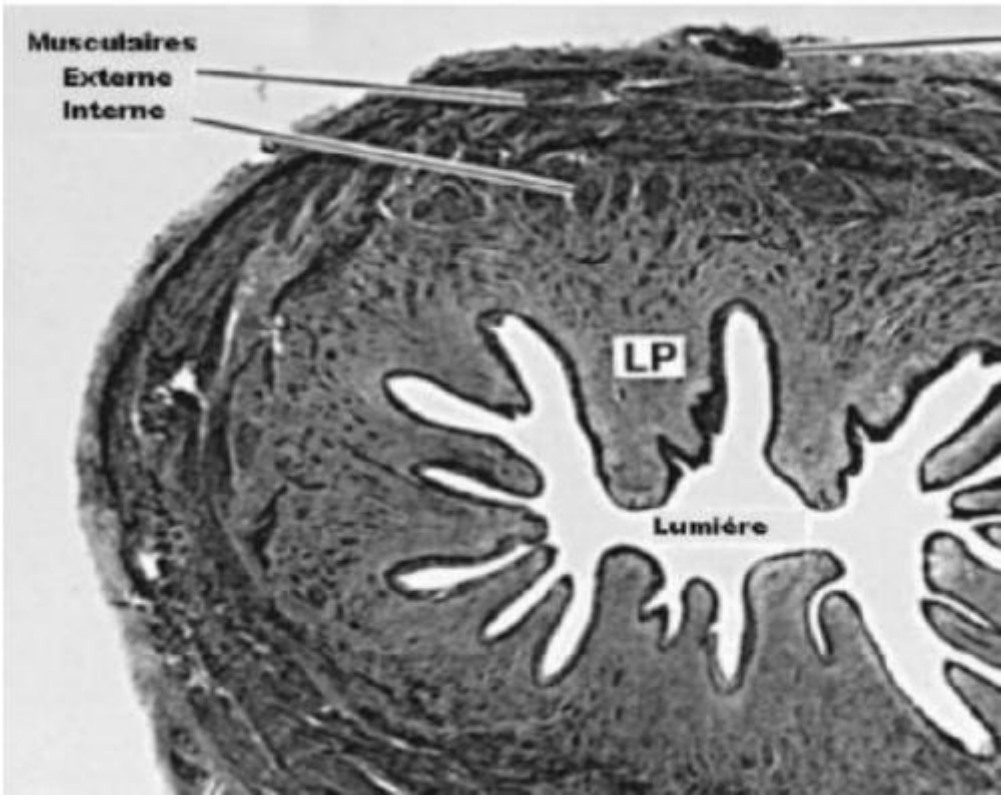


Figure 7 : Coupe transversale de l'urètre d'après Campbell's [18]

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. [19].

4. Rapports (fig.8) :

5.1. Uretère lombaire :

Par l'intermédiaire de la graisse para-rénale de la région lombaire, ils reposentsur 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 . [17]

5.2. Uretère iliaque [20]

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 iléo-caeco-colique. Du côté gauche, il répond au méso sigmoïde.

5.3. 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 [20].

- 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 [20].

5.4. Portion vésicale : [17]

De 15 à 20 mm, elle est située dans l'épaisseur de la paroi, elle traverse la couche musculeuse 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.

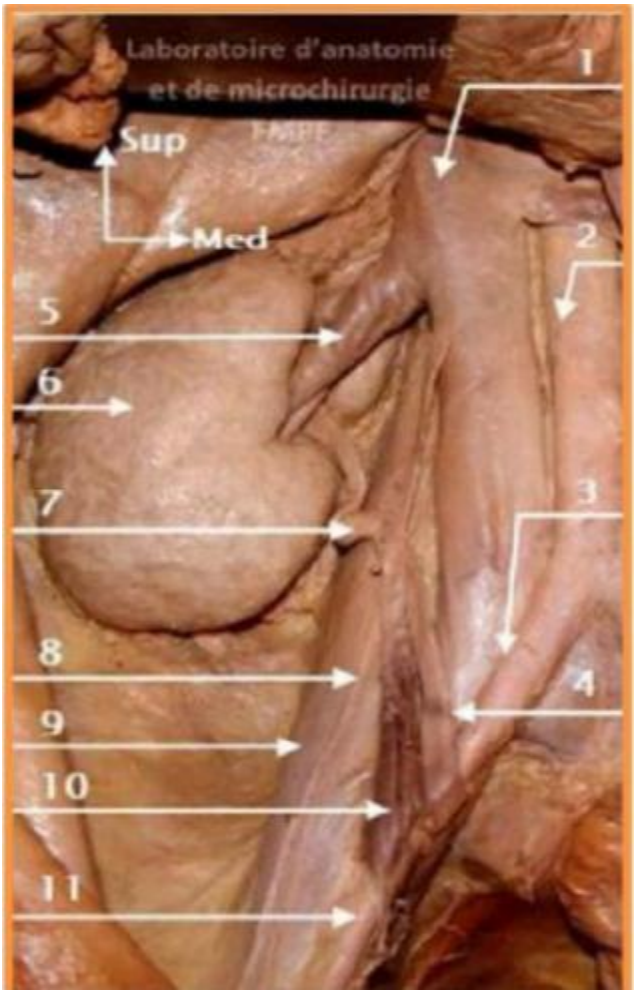


Figure 8 : Vue d'ensemble des rapports de l'uretère [21]

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 pyéliques, 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 [17]

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

Figure : Vascularisation artérielle de l'uretère [21]

(1. VCI ; 2. Veine rénale droite ; 3. Veine rénale gauche ; 4. Foie 5. Pancréas ; 6. Rein droit ; 7. Rein gauche ; 8. Veine mésentérique inférieure ; 9. Artère mésentérique inférieure ; 10. Uretère gauche ; 11. Veine gonadique droite ; 12. Uretère droit ; 13. Muscle psoas ; 14. Aorte abdominale ; 15. Sigmoïde ; 16. Glande surrénale droite).

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 adventitiel se draine dans les noeuds lymphatiques latérocaves, latéroaortiques, iliaques communs, iliaques externes et iliaques internes. [17]

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 [22]

III. Anatomie du jéjuno-iléon :

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

1. Aspect morphologique :

5.1. 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 mésentérique.
- Un bord postérieur concave, se continue avec les deux feuillets du mésentère: le bord mésentérique.

5.2. 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 musculeuse, 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.

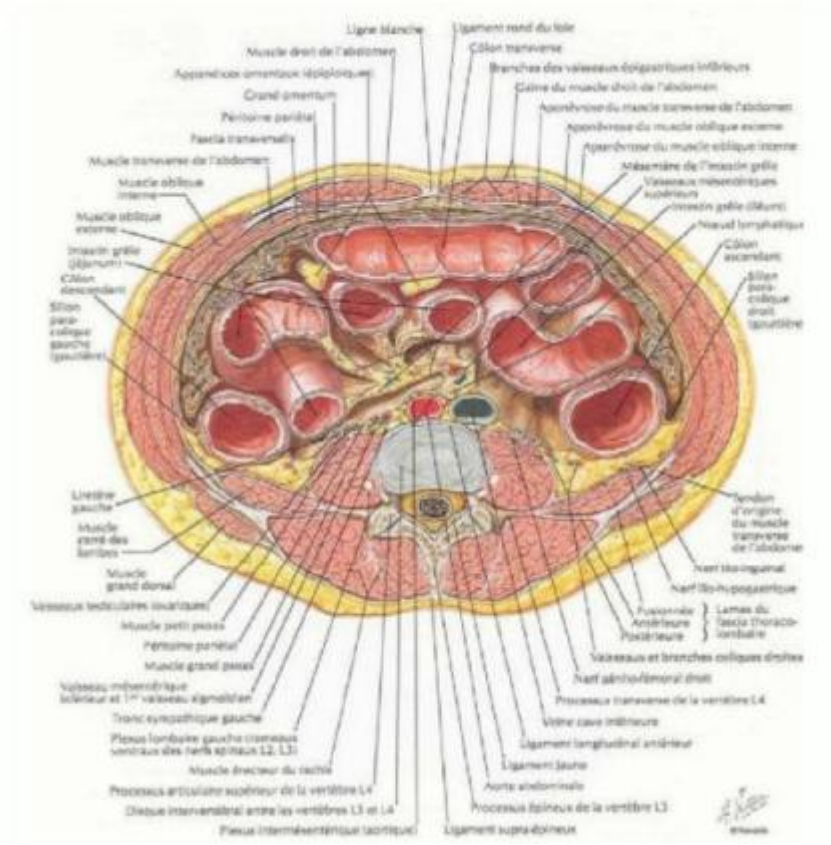


Figure 9 : les rapports de l'intestin grêle avec les autres éléments de la cavité péritonéale [18]

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 iléocæcal est accolé à la paroi par la limite inférieure du méso colon droit (Fig.10-11)

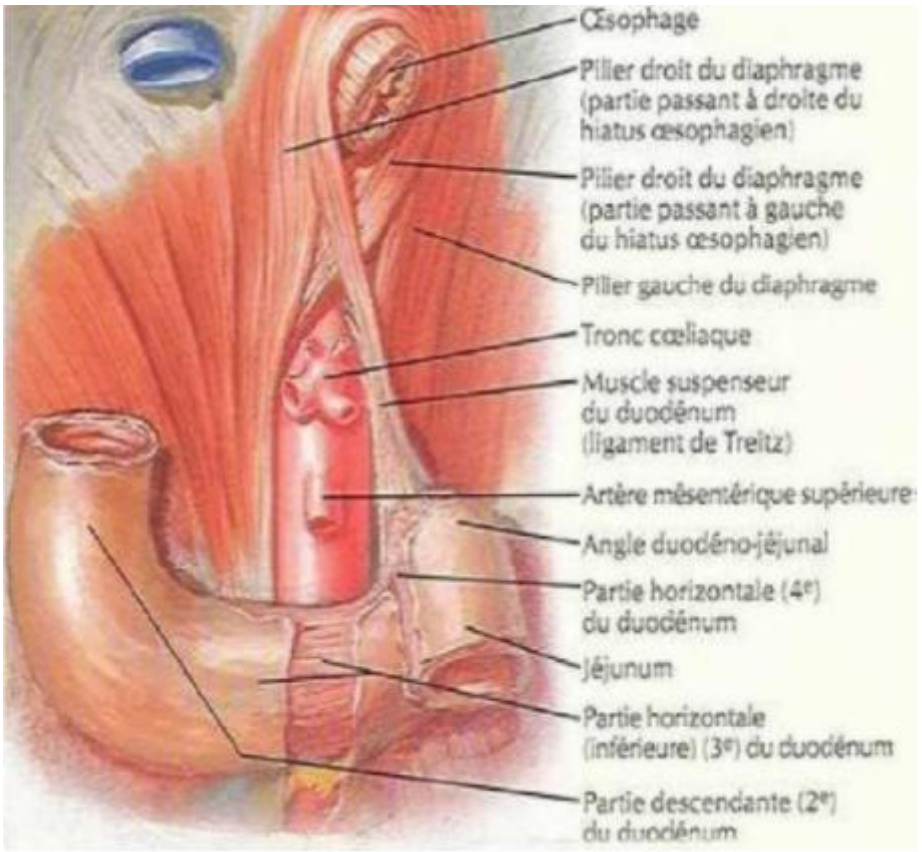


Figure 10 : l'angle duodéno-jéjunal [18]

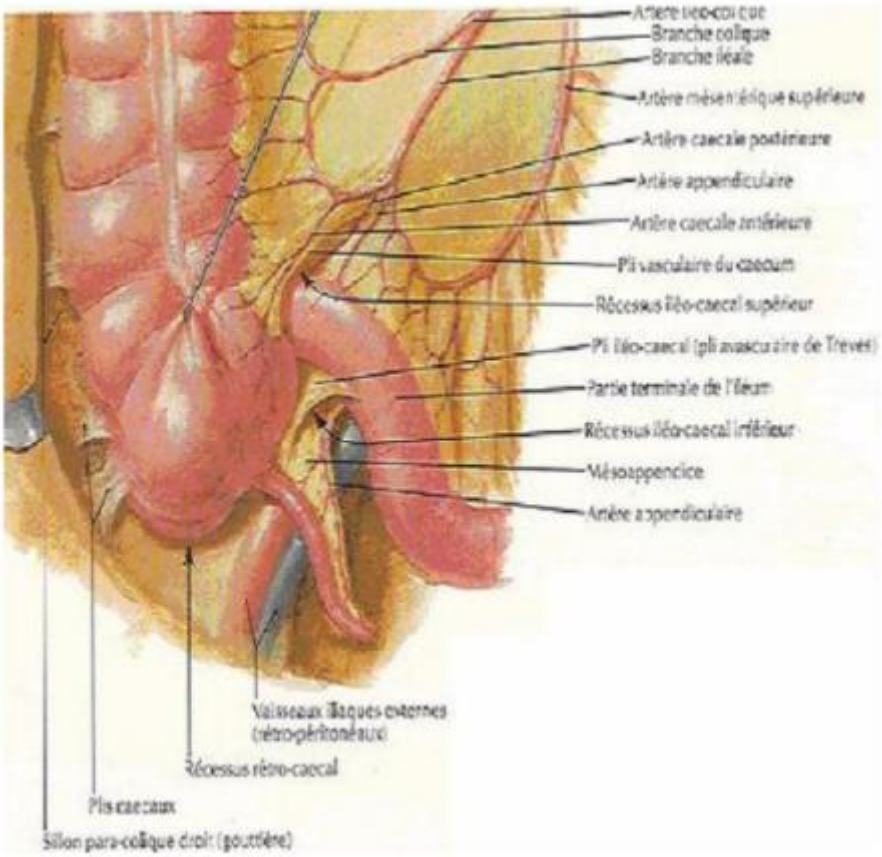


Figure 11 : l'angle iléo-caecal [18]

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

cœliaque 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.

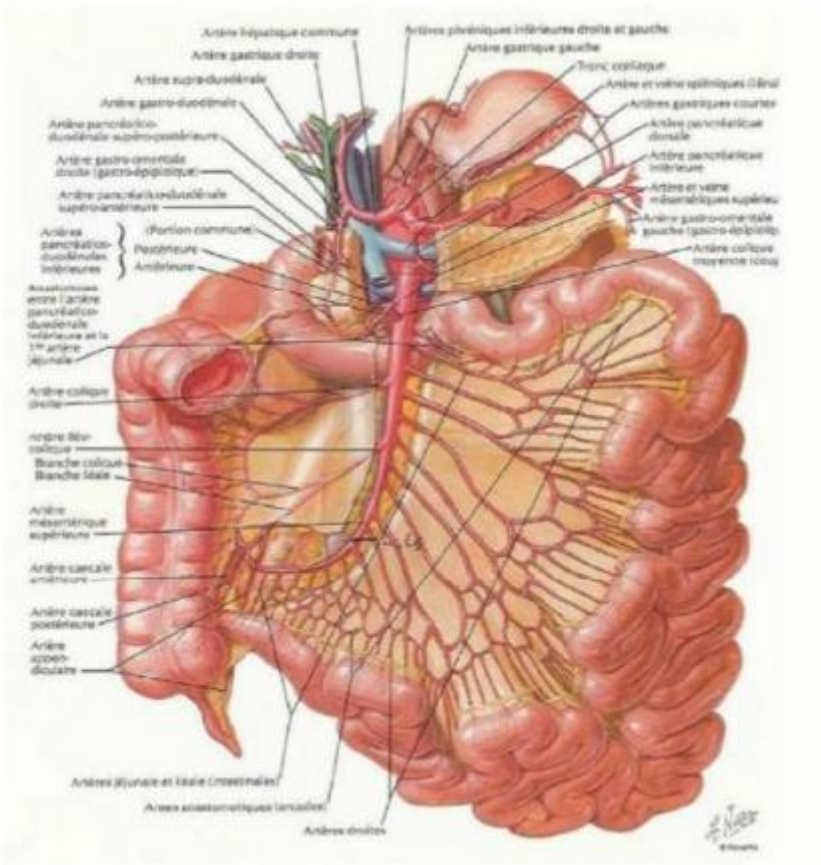


Figure 12 : le système de vascularisation artérielle du jéjuno-iléon [18]

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.

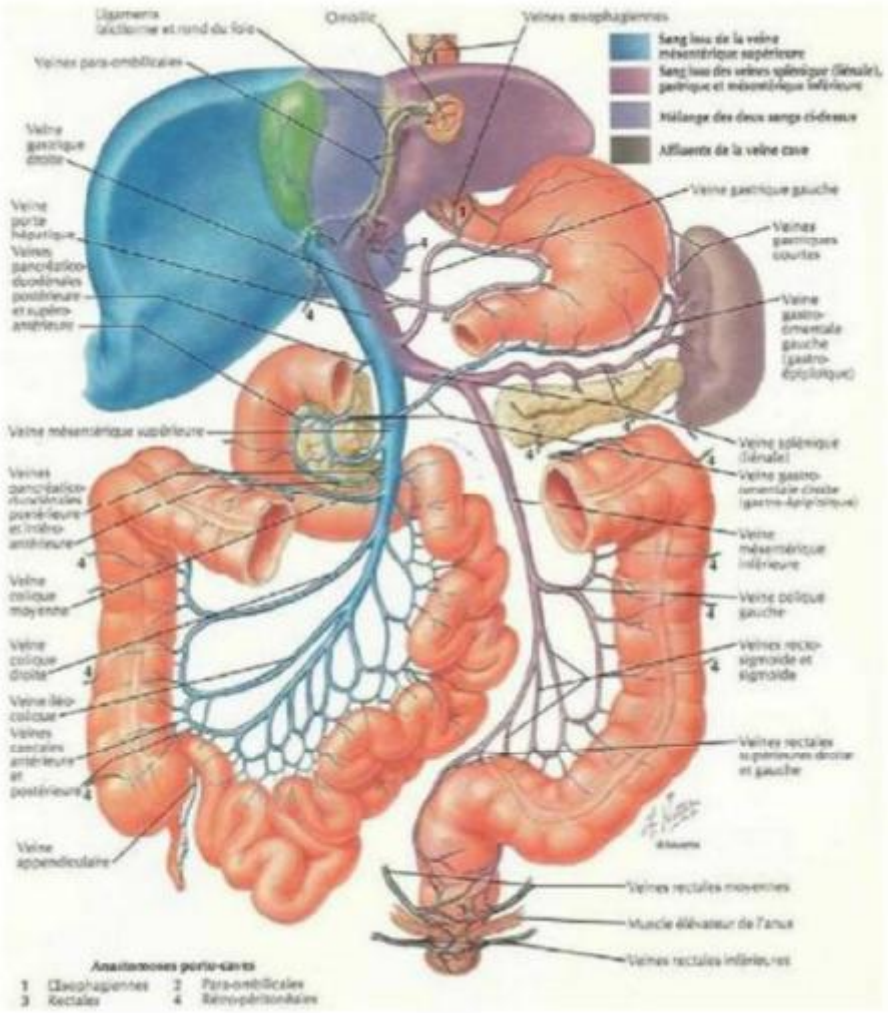


Figure 13 : le système veineux du tube digestif [18]

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.

Epidémiologie des tumeurs vésicales

1. Incidence :

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 [23,24]. 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 [25]. Dans les pays industrialisés, à l'exception du japon, l'incidence est élevée, elle l'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 [26]. L'incidence du cancer de vessie dans le monde en 2000 était de 336.000 cas par an, soit 3,3% [27]. Aux Etats-Unis, il représente le 2ème cancer uro-génital chez l'homme après celui de la prostate [28]. L'estimation de la société américaine du cancer concernant les tumeurs de vessie en 2009 est de 70980 nouveaux cas, 52810 chez l'homme et 18170 chez la femme. Alors qu'en 2008, il y avait 69000 nouveaux cas avec 14.000 morts [27,28].

Au Maroc, durant les cinq années étudiées selon le registre du Grand Casablanca, le cancer de la vessie représente le 4eme cancer chez l'homme. Chez la femme il occupe le 19ème rang.

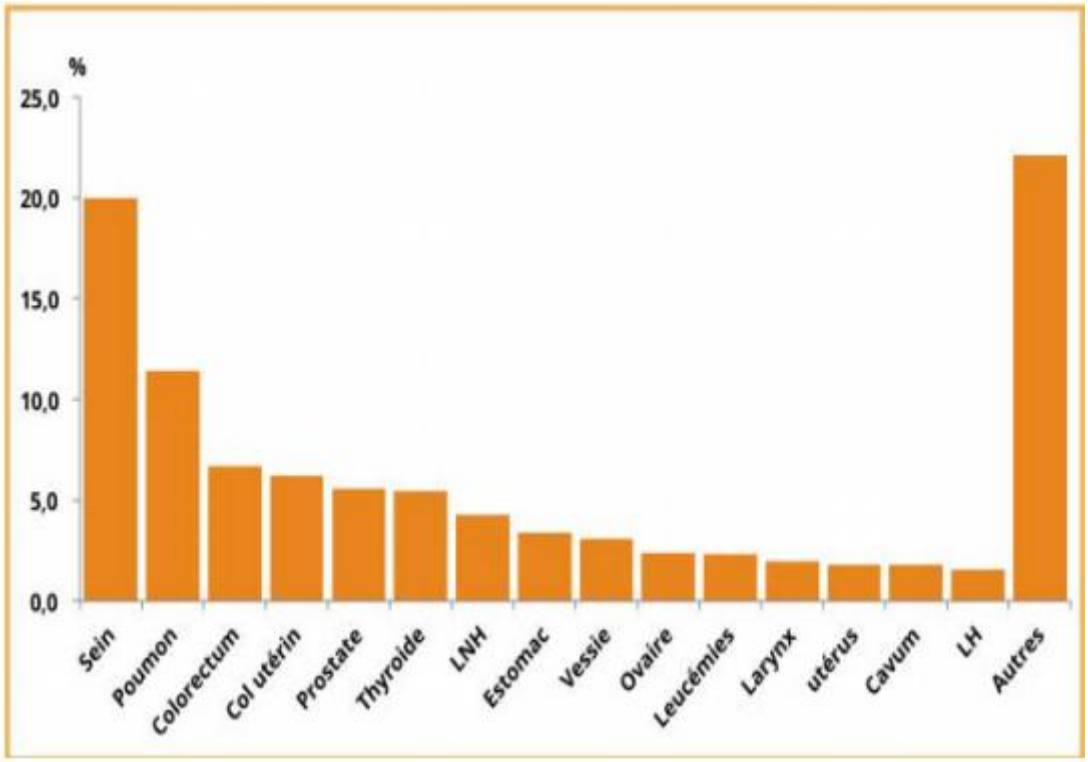


Figure 14 : Les localisations les plus fréquentes (tout sexe confondu), registre des cancers du Grand Casablanca 2008 – 2012

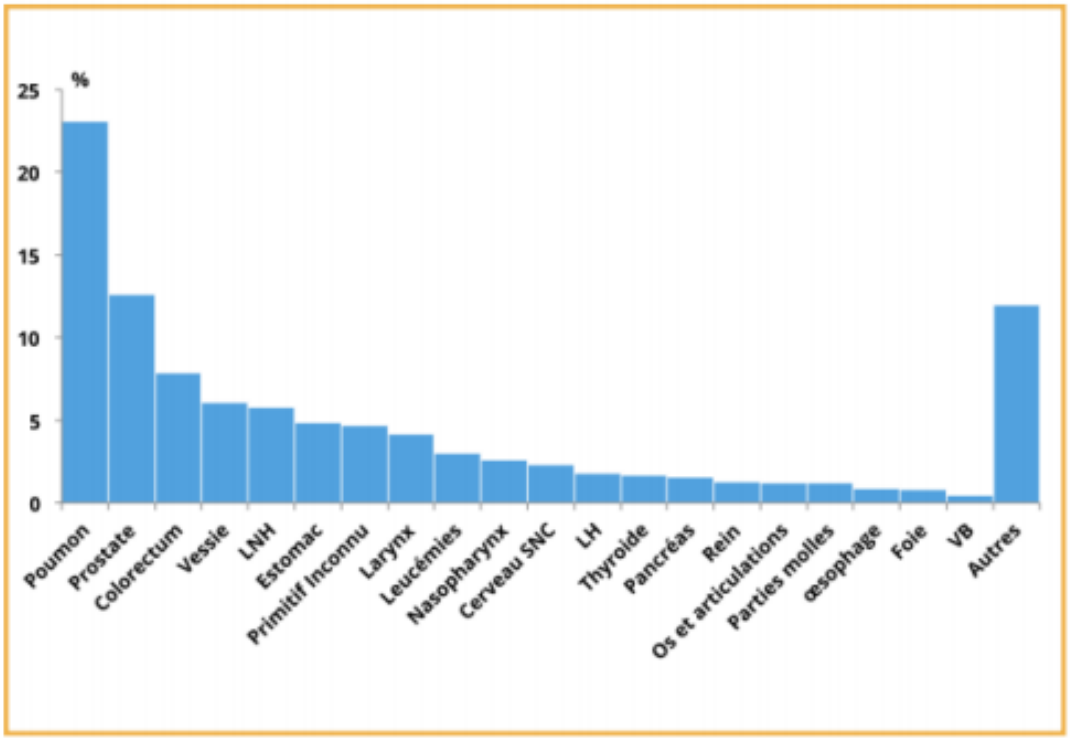


Figure 15 : Les localisations les plus fréquentes chez l'homme, registre des cancers du grand Casablanca 2008 – 2012

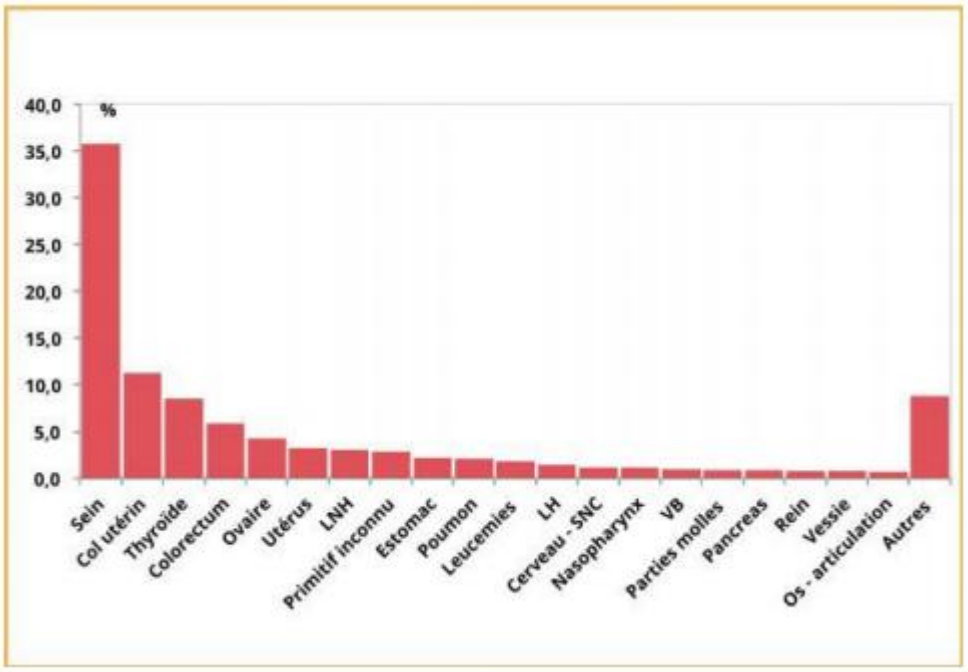


Figure 16 : Les localisations les plus fréquentes chez la femme, registre des cancers du Grand Casablanca 2008 – 2012

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 [29]. Dans le monde, le taux de mortalité par âge lié au cancer de la vessie varie de 2 à 10 pour 100000 habitants par an pour les hommes et 0,5 à 4 pour les femmes [30]. En 2000, le nombre estimé de décès mondial par cancer de vessie est de 132000 soit 2,1% de décès annuel par cancer [25].

Au Maroc, la survie à 5 ans en fonction du stade de la maladie est à moins de 5% pour le stade pT4 [31].

3. Répartition selon l'âge :

Dans la majorité des cas, le cancer de la vessie est diagnostiqué après 60 ans. En France, L'âge moyen du diagnostic est de 69 ans chez l'homme et de 71 ans chez la femme [22]. Selon le registre des cancers de Grand Casablanca, en considérant les

deux sexes, les taux spécifiques les plus élevés ont été notés chez les sujets âgés de 75 ans et plus suivis de la classe d'âge comprise entre 70 et 74 ans avec respectivement 46,8 et 41,1 pour 100 000 habitants.

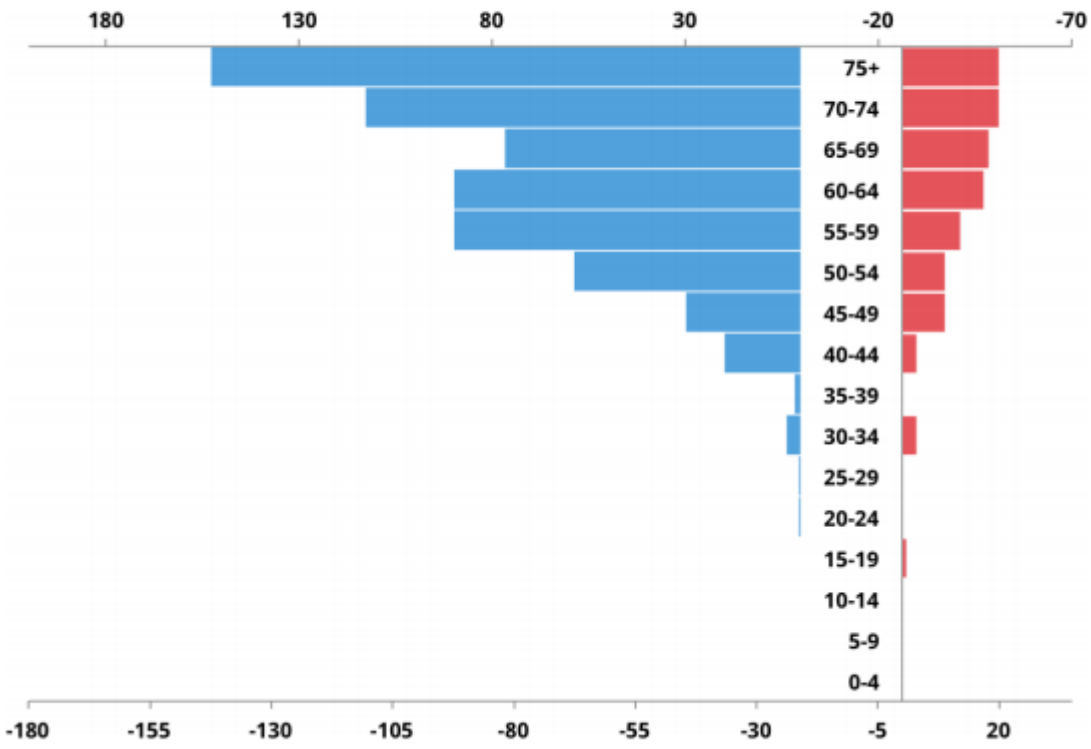


Figure : Répartition du nombre de cas de cancer de la vessie par sexe et par classes d'âge, registre des cancers du grand Casablanca 2008 - 2012.

4. 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. [32-33]

- Le tabac représente le facteur majeur. 50% des tumeurs de vessie chez l'homme sont liées au tabagisme, contre 35% chez la femme. [33]
- 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. [34- 35] L'exposition aux amines aromatiques utilisés dans les produits chimiques ; le caoutchouc et les industries de teinture [36-37] et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques utilisés dans l'aluminium, le charbon et les industries de couverture [38] 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. [39]
- D'autres facteurs ont été évoqués : environnementaux (infections vésicales chroniques, infections virales), iatrogènes (antalgiques, cyclophosphamides, Radiothérapie), nutritionnels (café) et actuellement génétiques. [40]

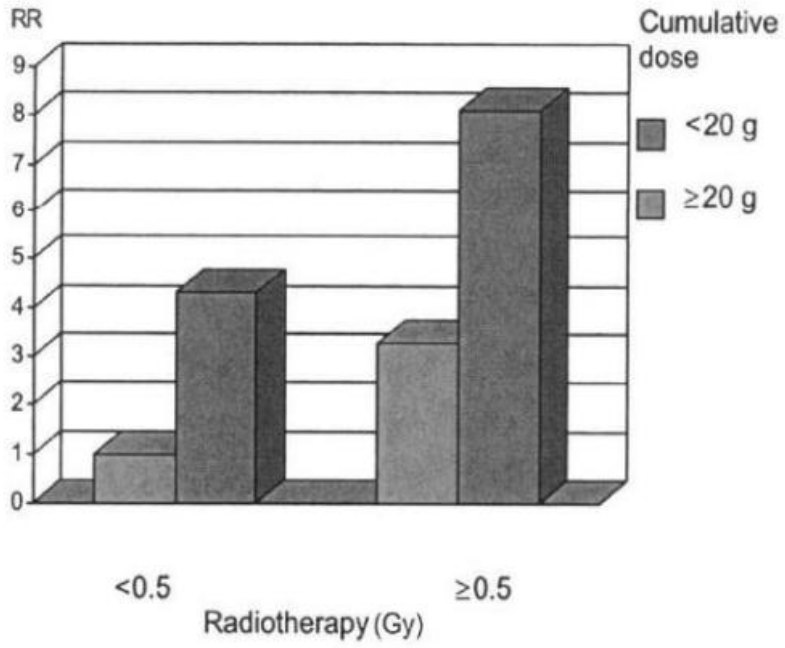


Figure 29 : Risque relatif du cancer de vessie selon les doses cumulative du cyclophosphamide et l'administration de radiothérapie.

Classification des tumeurs de la vessie et PEC thérapeutique

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) [59] (Fig.19)

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.

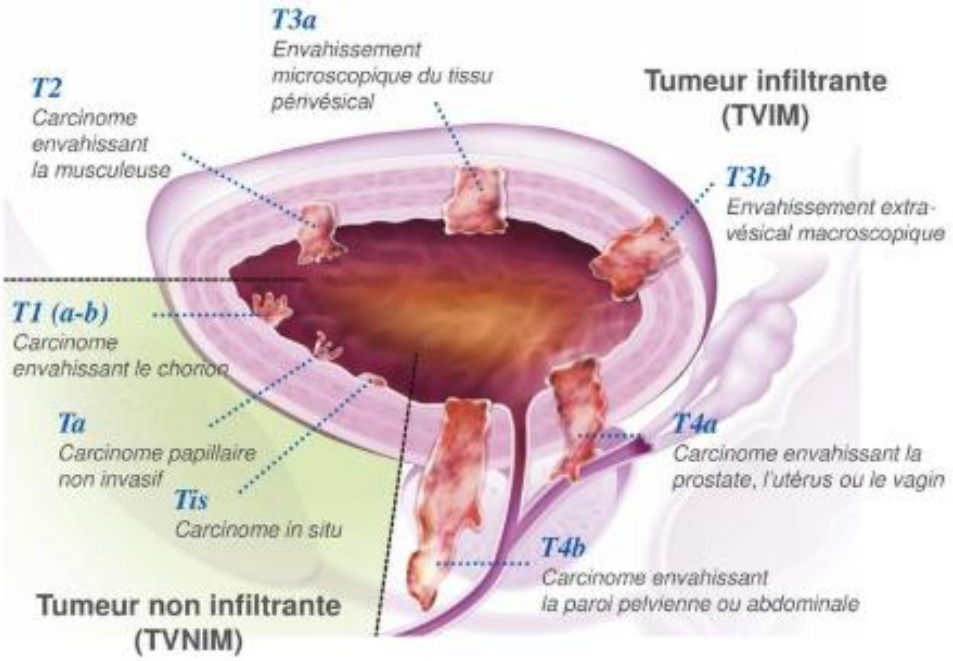


Figure 19 : Classification histologique des tumeurs de la vessie

L'autre référence actuelle est la classification OMS de 2016 pour le grade tumoral [60]

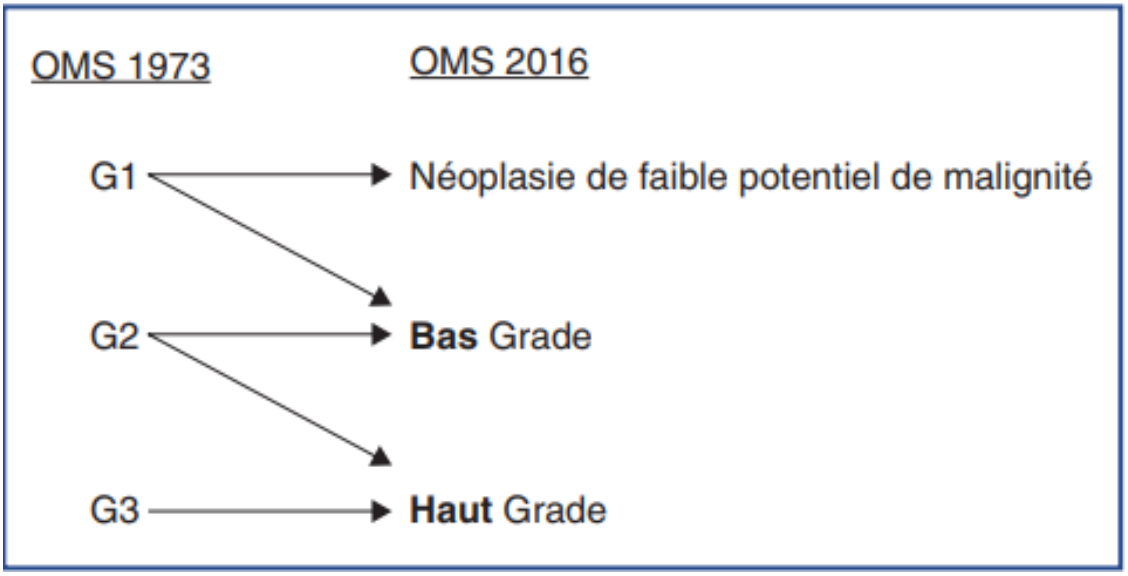


Figure 20: Correspondance du grade tumoral entre classification OMS 1973 et 2016

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

T (Tumeur)
Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée ;
T0 : pas de tumeur primitive décelable ;
Ta : tumeur papillaire non invasive ;
Tis : carcinome *in situ* : « tumeur plane » ;
T1 : tumeur envahissant le chorion ;
T2 : tumeur envahissant la musculeuse ;
- T2a : tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne),
- T2b : tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe) ;

T3 : tumeur envahissant le tissu périvésical ;
- T3a : envahissement microscopique,
- T3b : envahissement macroscopique (masse extravésicale) ;

T4 : envahissement d'un organe périvésical ou de la paroi ;
- T4a : prostate, utérus ou vagin,
- T4b : paroi pelvienne ou paroi abdominale.

N (Adénopathies régionales)
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.

M (Métastases à distance)
- M0 Pas de métastase à distance ;
- M1 Présence de métastases à distance.

Figure21 : classification TNM des TV. [61]

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, elles peuvent toutefois progresser vers l'invasion du chorion après franchissement de la membrane basale (stade T1).
- Les tumeurs de type plan (sans papilles) ne dépassant la membrane basale, appelées carcinum in situ (stade Tis), avec une probabilité forte de progresser vers l'invasion du chorion.

Le traitement de première intention des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle est conservateur, se fait par résections successives, plus ou moins complétées la BCG-thérapie ou une chimiothérapie intra-vésicale.

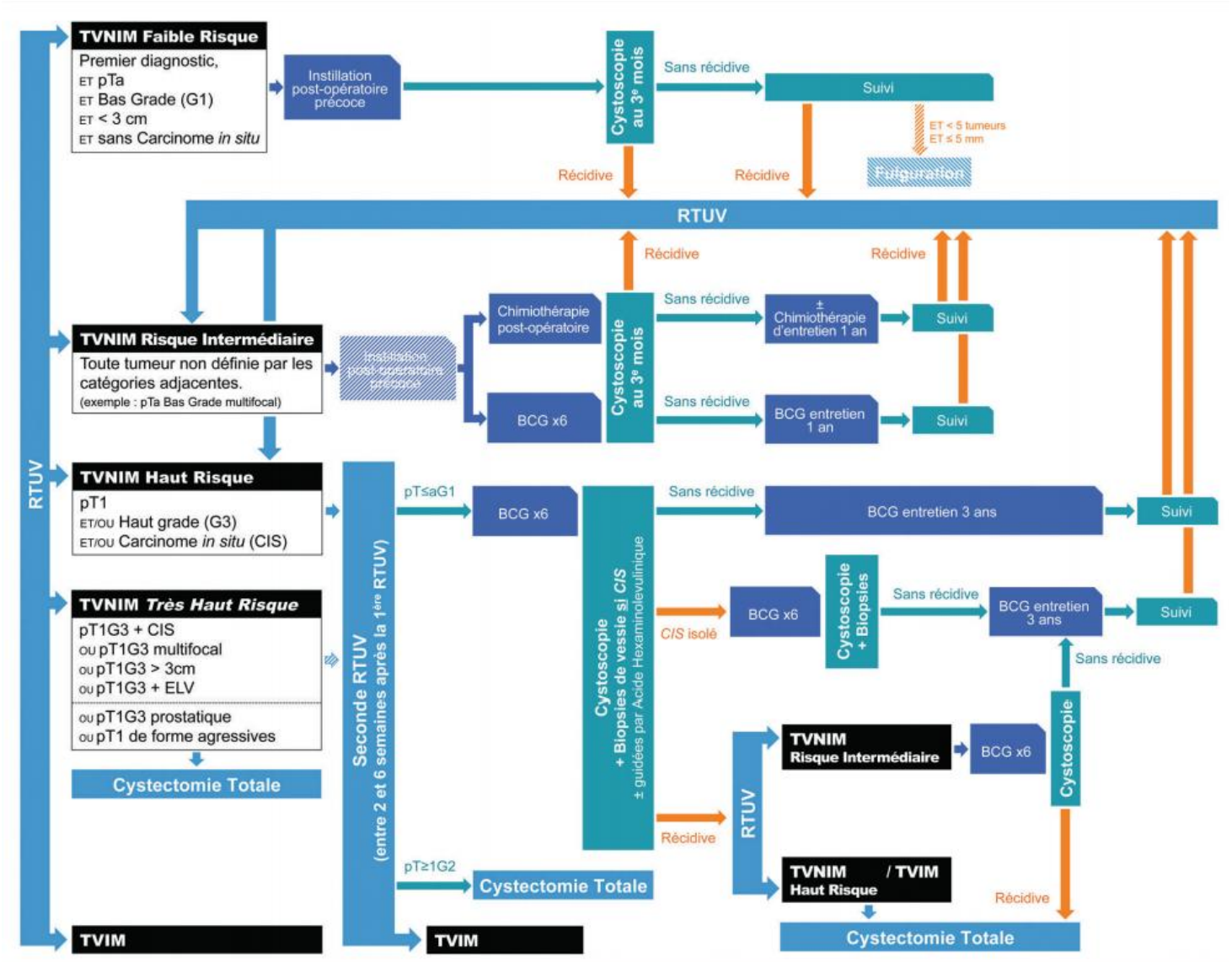


Figure 22 : Algorithme de prise en charge des TVNIM [60]

Risque	Critères	Traitement
Faible	Tumeur urothéliale pTa de bas grade, de moins de 3 cm, unifocale, sans antécédent de tumeur de vessie, incluant les tumeurs à faible potentiel de malignité	IPOP
Intermédiaire	Tumeur urothéliale pTa de bas grade qui ne présente aucun des critères de risque élevé ou très élevé	Instillations endovésicales • Mitomycine C ou • BCG-thérapie avec entretien de 1 an
Haut risque	Tumeur urothéliale présentant au moins un des critères suivants : • pT1 • Haut grade (G3) • Présence de CIS	Instillations endovésicales • BCG-thérapie avec entretien de 3 ans La tumeur doit avoir été re-réséqué au moins une fois avec présence de détrusor
Très haut risque	• *pT1G3 + CIS ** • *pT1G3 multifocal** • *pT1G3 > 3 cm ** • *pT1G3 + envahissement lympho-vasculaire** • *pT1 G3 prostatique* • *pT1 de formes anatomopathologiques agressive*	*Proposer une cystectomie avec curage* ** Ces tumeurs peuvent être reclassées à haut risque si la dernière re-résection est < pT1 et que le muscle est vu.* *La cystectomie est alors optionnelle*

Figure 23 : Stratification et traitement des TVNIM. [60]

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

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, fois, os) ;
- Justifient en première intention :

Le traitement standard recommandé :

1. Chimiothérapie néo-adjuvante

La chimiothérapie néo-adjuvante a pour objectifs [103] :

- d'éradiquer les micrométastases et éviter l'implantation de cellules tumorales circulantes au moment de la chirurgie ;
- de réduire la taille de la tumeur et faciliter le geste chirurgical ;
- de prolonger la survie du patient.

La dernière méta-analyse publiée portant sur 3 285 patients dans 15 études randomisées confirme l'intérêt d'une chimiothérapie néo-adjuvante quel que soit le stade initial de la TVIM, pour un protocole à base de cisplatine (CDDP) [104]. Dans le cas de patients dits « unfit » pour une chimiothérapie néo-adjuvante optimale, soit du fait d'une fonction rénale altérée, soit du fait d'un mauvais état général ou d'un âge ne permettant pas l'utilisation d'un protocole optimal, la cystectomie seule est indiquée.

2. Traitement chirurgical : Cystectomie

a. Indications et délai

En cas de TVIM non métastatique, la cystectomie est le traitement curatif de référence. En l'absence de contre-indication (patients fit), la réalisation d'une chimiothérapie néo-adjuvante à base de sels de platine doit toujours être discutée, car elle améliore la survie globale. Une imagerie de réévaluation (TDM TAP) à la fin de la chimiothérapie néo-adjuvante est recommandée.

- Lorsqu'une chimiothérapie néo-adjuvante n'a pas été faite (patient unfit), la cystectomie doit être réalisée dans les 3 mois qui suivent le diagnostic [105].
- Lorsqu'une chimiothérapie néo-adjuvante a été effectuée, ce délai est porté à 5 mois.

b. Aspects techniques : Voie d'abord.

En cas de tumeur cT2 cN0, la cystectomie peut être réalisée par voie ouverte, par voie cœlioscopique ou par voie robot assisté en fonction de l'expérience du chirurgien [106].

En cas de tumeur cT3 et/ou cN1, la cystectomie par voie ouverte reste standard; les voies d'abord cœlioscopique ou robot assistée peuvent être discutées de façon optionnelle après réalisation d'une chimiothérapie néo-adjuvante. Dans tous les cas, les avantages et inconvénients doivent être discutés avec le patient et la voie d'abord

ne doit en aucun cas pénaliser le choix de la dérivation urinaire.

- Technique chez l'homme : Une cystoprostatectomie totale incluant l'exérèse de la prostate et des vésicules séminales est recommandée.
- Technique chez la femme. Une pelvectomie antérieure, emportant utérus et ovaires, est recommandée.
- Examens extemporanés. En cas de tumeur multifocale ou de CIS associé, un examen extemporané de la recoupe urétrale est recommandé lorsqu'une entérocystoplastie est envisagée.

c. Curage ganglionnaire

Un curage ganglionnaire pelvien étendu, incluant les régions obturatrices, iliaques externes, iliaques internes et iliaques primitives distales en remontant jusqu'au croisement des uretères, est recommandé lors de la cystectomie en l'absence de difficulté technique. [107]

d. Dérivation urinaire

Le choix du mode de dérivation urinaire doit être pris en accord avec le patient correctement informé. Une entérocystoplastie de remplacement est à privilégier en l'absence de contre-indication [46]

Les contre-indications formelles à la confection d'une entérocystoplastie sont :

- un envahissement de l'urètre (ou du col vésical chez la femme) ;
- une altération des fonctions cognitives et des troubles psychiatriques ;
- une pathologie inflammatoire de l'intestin ;
- des antécédents d'irradiation pelvienne à fortes doses ;
- la présence d'une insuffisance rénale avancée (< 50 ml/ min) ;
- une espérance de vie limitée du patient.
- À cela s'ajoutent des contre-indications relatives :

- âge > 75 ans (en raison des mauvais résultats en terme de continence) ;
- difficultés prévisibles de compliance ou de gestion de l'entéroplastie ;
- difficultés d'ordre anatomique.

En cas de contre-indications à l'entérocystoplastie du fait d'un envahissement tumoral de l'urètre, une dérivation externe continente pourra être discutée, chez un(e) patient(e) capable de s'autosonder. Une dérivation urinaire non continente (urétérostomie cutanée transiléale de type **Bricker**) sera proposée dans les autres cas.

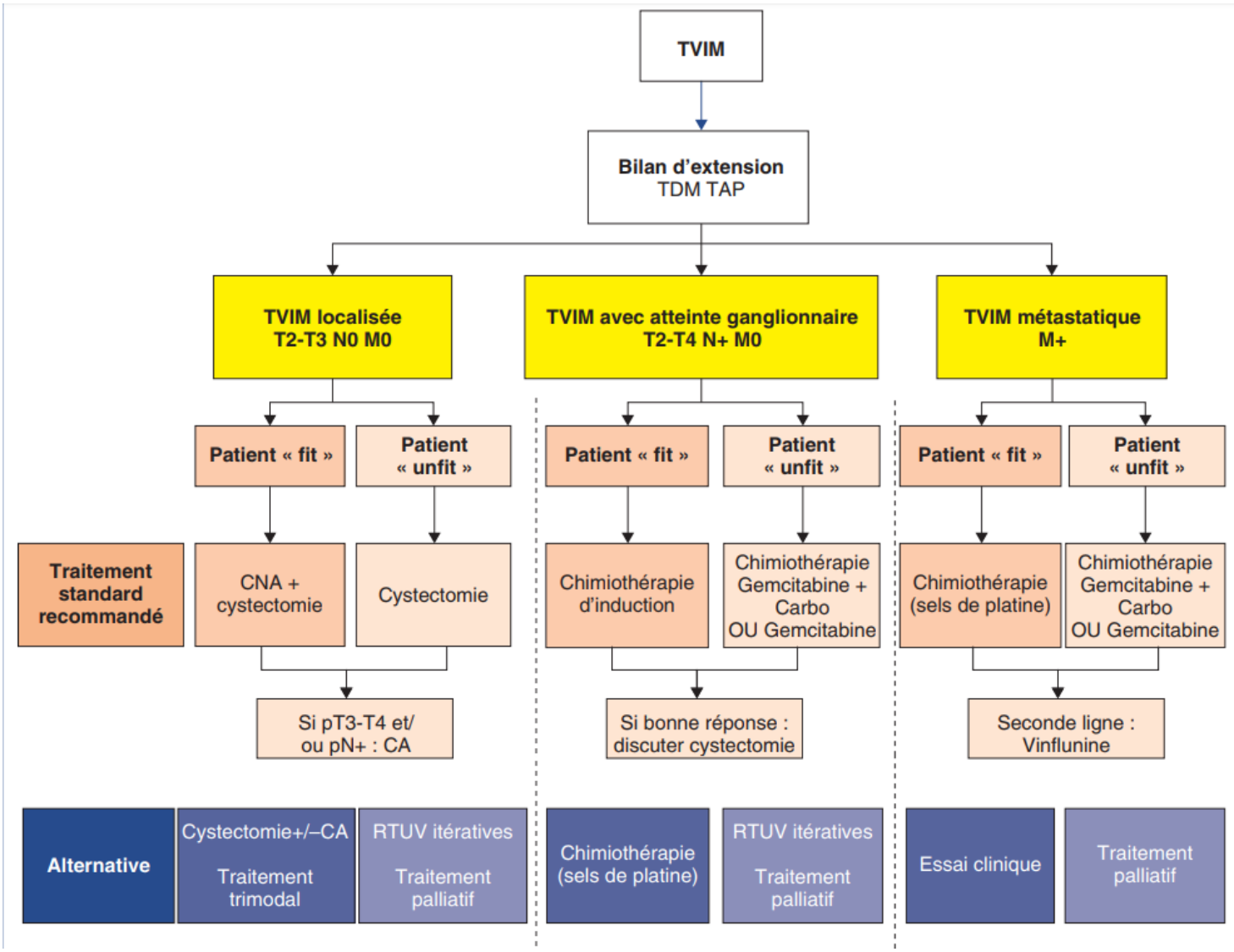


Figure 23 : Algorithme de prise en charge des TVIM. [60]

Cystectomie totale et dérivation urinaire de type bricker :

C'est l'intervention de dérivation urinaire externe non continente de référence décrite en 1950 par Bricker. [98]

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 : [62, 63, 64, 65]

- 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.

Le patient est installé en décubitus dorsal, en hyper lordose, la table cassée à 30° [66]

Il s'agit d'une incision médiane sous-ombilicale, pouvant être prolongée en sus-ombilical à cheval sur l'ombilic, d'environ 3 à 4 cm. [66]

- 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.

Section des uretères, certains placent des clips à l'extrémité distale des uretères pour entrainer une dilatation des uretères qui facilitera l'anastomose urétéroiléale et l'inondation du champ opératoire.

Mobiliser l'uretère gauche pour le passer sous la racine du mésosigmoïde.

- Isolement du greffon iléal :
- L'avant dernière anse du grêle est repérée à 20-30 cm de la jonction iléocæcale.
- 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

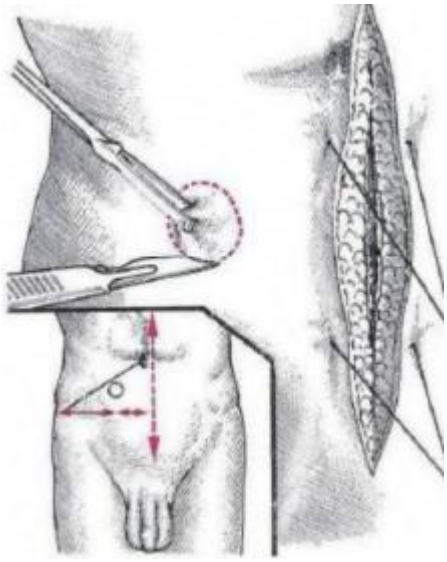


Figure : Schéma du site idéal de l'urétérostomie trans-iléale [67]

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 :
- 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 cutanéo-graisseux et musculoaponévrotique
- 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.

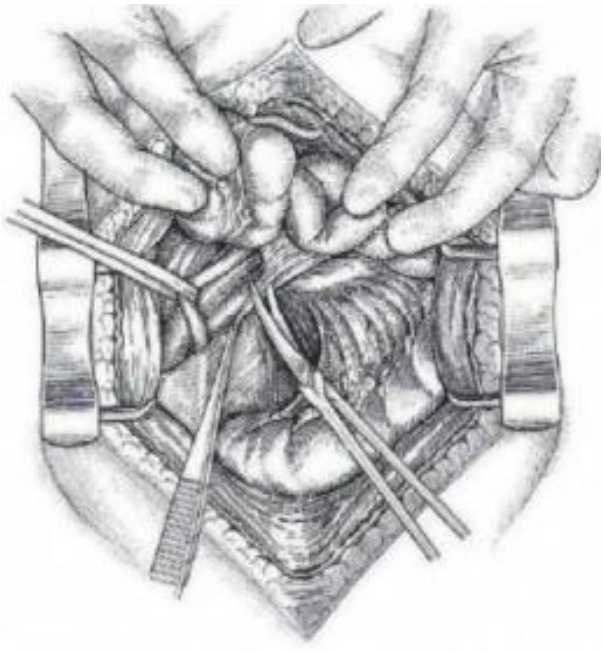


Figure : Décollement de l'angle colique droit [67]

Urétérostomie cutanée trans-iléale droite :

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

- Urétérostomie cutanée trans-iléale 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.

- Urétérostomie cutanée trans-iléale Droite :

Passage de l'uretère gauche vers la droite, en l'attirant en arrière de la racine du mésosigmoide dans un tunnel rétropéritonéal réunissant les deux décollements coliques. Eviter toute angulation. La courbe dessinée par l'uretère doit rester harmonieuse.

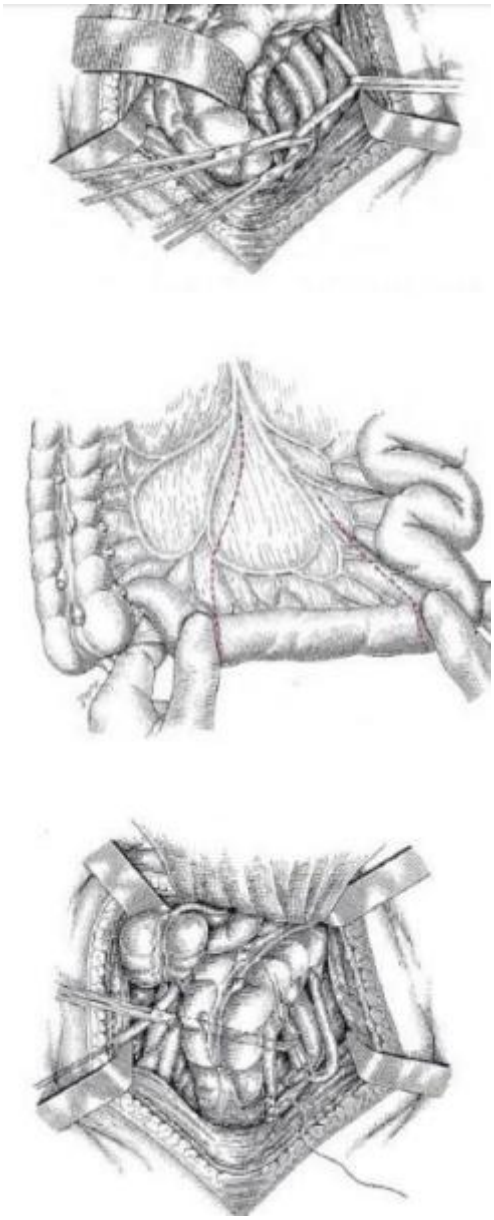


Figure : Urétérostomie cutanée trans-iléale [67]

- 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.

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 leplus 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 antérosupérieure droite et de l'ombilic, préalablement repérée comme nous l'avons vu, en préopératoire. 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 cutanéo-muqueux.

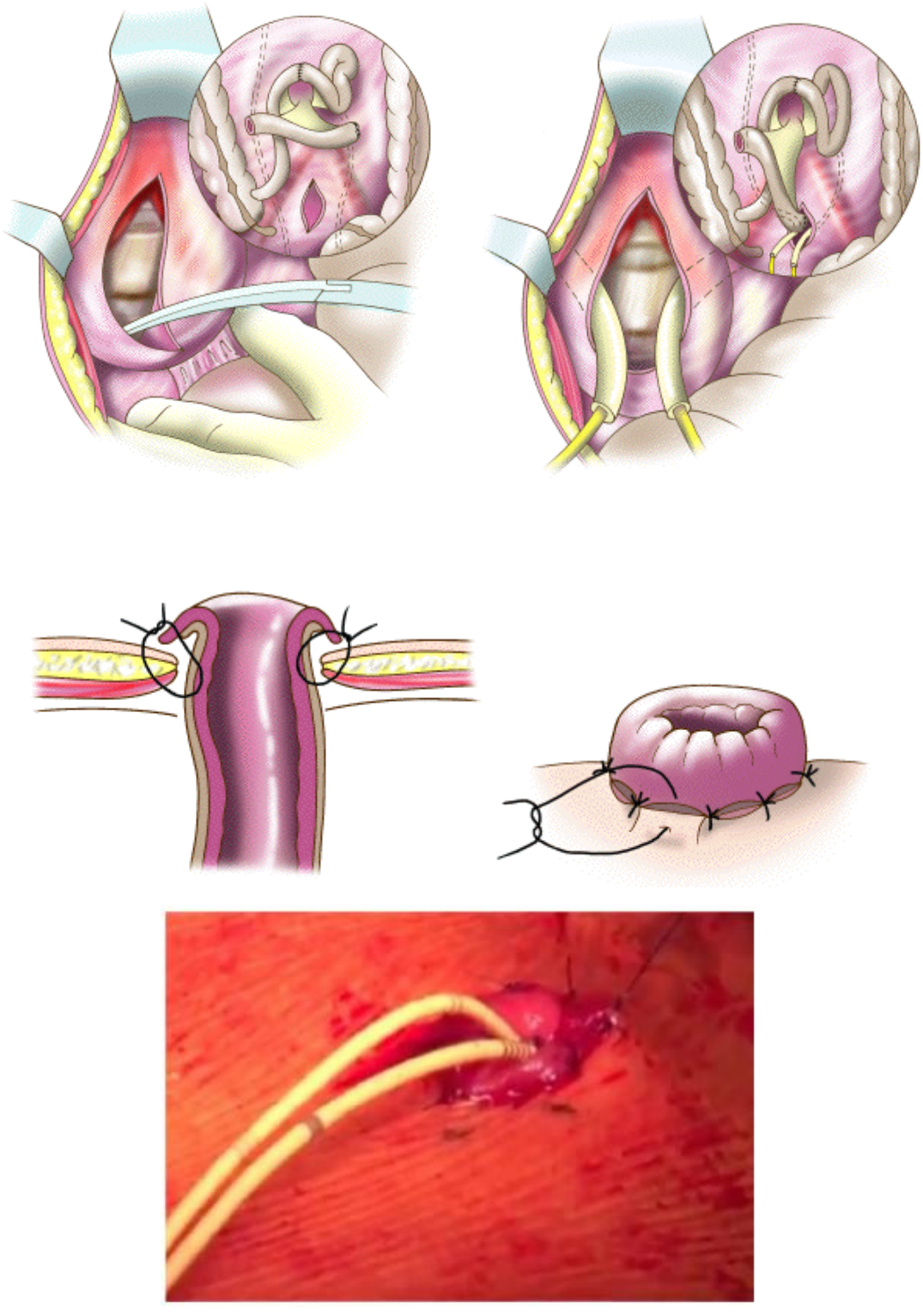


Figure 22, 23, 24 : Dérivation urinaire : technique de Bricker : confection de la stomie avec amarrage de la séro-musculeuse du greffon à la paroi musculaire et retournement muqueux fixé à la peau réalisant une stomie bien vascularisée facilement appareillable.

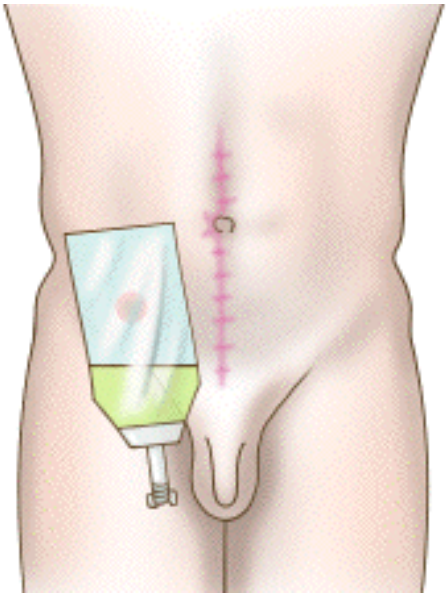


Figure 25 : Appareillage externe de la stomie

Réhabilitation précoce postopératoire.

La mise en place d'un programme de réhabilitation précoce (fast track) est souhaitable. Il est basé sur : ◦ une mobilisation précoce ; ◦ l'optimisation du traitement antalgique en privilégiant les drogues non morphiniques ; ◦ le retrait précoce de la sonde nasogastrique ; ◦ la stimulation gastro-intestinale avec reprise progressive de l'alimentation avant la reprise du transit, utilisation du chewing-gum [60].

IV. Complications :

1. Complications pendant l'intervention :

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

2. Complications immédiates :

- Saignement pouvant obliger à une nouvelle opération.
- Phlébite et embolie pulmonaire.
- Infection :
  - Urinaire

- Infection de la paroi et de la cicatrice
- Infection générale avec septicémie
    - Complications urinaires (fistule)
    - Complications digestives:
- Retard à la reprise du transit intestinal ou véritable occlusion
- Fistule digestive (par lâchage de sutures intestinales) nécessitant habituellement une ré-intervention
- Ouverture de la paroi abdominale
- Ulcère de l'estomac

3. <u>Complications à distance :</u>

- Complications digestives
    - Troubles du transit (constipation/diarrhée)
    - Eventration de la paroi de l'abdomen
    - Occlusion intestinale par des brides
- Complications urinaires

- Rétrécissement des uretères, calculs rénaux ou urétéraux
    - Complications sexuelles, en cas d'ablation de la prostate associée :
- Impuissance sexuelle
- Disparition de l'éjaculation

Qualité de vie

I. Quelle(s) définition(s) pour la qualité de vie ?

Selon les auteurs la qualité de vie apparaît comme : « ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie » ; « l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie » [6] ou bien encore « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient ».

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé, en **1997**, comme définition : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes*». La diversité des définitions proposées rend compte de la complexité du concept.

Quelques chercheurs ont abordé la notion de qualité de vie dans une perspective globale (Leplège, 1999; Rejesky et Mihalko, 2001) ont reconnu l'aspect multidimensionnel du concept et l'ont structuré autour de quatre dimensions principales. Ces quatre dimensions sont :

1. **l'état physique** : l'autonomie et les capacités physiques;
2. **les sensations somatiques** : symptômes, conséquence des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs;
3. **l'état psychologique** : émotivité,

anxiété, dépression;

4. **le statut social** : relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

II. Comment mesurer la qualité de vie ?

Les mesures de qualité de vie, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé. L'ancêtre des mesures actuelles semble être l'échelle de Karnofski, établie en 1948. Destinée à évaluer la dépendance physique et le besoin de soins, elle s'adressait aux patients cancéreux sous chimiothérapie.

Actuellement les échelles cherchent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa qualité de vie. Grâce aux nombreux travaux menés depuis 30 ans la construction d'une échelle de mesure, processus long et complexe, est maintenant bien codifiée. Les échelles sont le fruit d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens. Les questions doivent être pertinentes et simples à comprendre. La syntaxe grammaticale utilisée doit être accessible à un enfant de 10 à 12 ans. Les questions sont regroupées par thème pour explorer différentes dimensions. Classiquement on admet quatre dimensions pour couvrir le vaste champ des valeurs de la qualité de vie :

- **la dimension physique** : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne…
- **la dimension psychologique** : émotivité, anxiété, dépression…
- **la dimension somatique** : douleur, asthénie, sommeil…
- **la dimension sociale** : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle…

Plusieurs modalités de réponses sont envisageables : dichotomiques telles que oui-non ou vrai-faux ; ordinales, de type échelle de Likert telles que très souvent-

souvent-parfois-rarement-jamais, ou excellent-très bon-bon-moyen-mauvais ; continues, par échelle visuelle analogique. Un algorithme de calcul permet selon les échelles d'obtenir un score global, ou un score pour chacune des dimensions de l'instrument.

On distingue deux types de questionnaires. Les questionnaires génériques sont construits pour évaluer une population générale sans particularité. C'est le cas du classique MOS-SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36 items) et les questionnaires spécifiques qui sont orientés sur une pathologie particulière. [7]

Notre étude comportait :

1. Un questionnaire contenant 25 questions inspirées du questionnaire validé et publié en France par Dr Christian Castagnola. (Progrès en Urologie (1996), 6, 207-216) (ANNEXE 1) [8]

Il s'agit de 25 questions fermées, certaines proposant plusieurs niveaux de réponses. Il cherche à couvrir un champ large de variables :

- la situation socio-professionnelle du patient.
- les fonctionnements moteurs (possibilité de se déplacer, d'effectuer telles ou telles tâches matérielles), l'activité sexuelle, et ceux spécifiques en rapport avec le type de dérivation.
- la vie relationnelle a été envisagée à différents niveaux, social (groupe, association), professionnel, amical et familial.
- une appréciation globale directe.

2. Stoma-QoL, un questionnaire de 20 items, visant à évaluer la qualité de vie des personnes ayant une stomie, contenant les 4 domaines suivants : (ANNEXE 2)
   - le sommeil
   - les relations intimes

- les relations avec la famille et les amis proches
- les relations avec les personnes autres que la famille et les amis proches.

3. Notre questionnaire a comporté une partie supplémentaire couvrant le rituel de prière et ablutions.

III. L'importance de l'adaptation trans-culturelle dans les questionnaires

Après avoir construit le questionnaire, il faut analyser ses propriétés métrologiques qui sont gages de sa qualité. Quatre sont fondamentales : la validité interne, la validité externe, la reproductibilité et la sensibilité.

Il est possible d'envisager la transcription d'une échelle déjà développée et validée dans un autre pays. Au-delà d'une simple traduction il faut veiller cependant à une véritable adaptation culturelle. La traduction des questions doit s'efforcer d'obtenir une équivalence plus conceptuelle que littérale. Le travail d'adaptation culturelle est fondamental, tant il est évident que le contexte socioculturel conditionne en partie les valeurs accordées aux différentes dimensions explorées dans la qualité de vie. Ainsi, certaines références concernant la vie professionnelle, les loisirs, la sexualité ou la religion ne sauraient se transposer sans réflexion d'une société à l'autre. Le constat facile de ces variations trans-sociétales ne doit pas faire oublier les particularités pouvant exister au sein même d'une société.

Un questionnaire de qualité de vie doit s'attacher à ne pas recourir exclusivement aux valeurs d'un groupe socioculturel dominant, négligeant celles des populations migrantes ou des groupes aux caractéristiques sociodémographiques, ethniques ou religieuses minoritaires. [7]

Dans notre étude, pour mesurer la qualité de vie des patients stomisés Marocains, deux questionnaires ont été utilisés, auxquels on a ajouté des questions en rapport avec les ablutions et le rituel de prière, pour qu'il réponde au mieux aux

particularités socio-culturelles de nos patients.

1. L'âge

L'âge moyen de notre série est de **58 ans.**

Comparaison de l'âge moyen selon les séries :

Auteur	Nombre de cas	Moyenne d'âge (ans)
CASTAGNOLA [8]	34	69
HOBISCH [68]	33	65
MOTTET [69]	738	70
BJERRE et COLL [70]	26	68
Notre série	20	58

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 85 % des cas.

Auteur	Nombre de cas	Sexe masculin en %	Sexe féminin en %
CASTAGNOLA [8]	34	58,83%	41.17%
HOBISCH [68]	33	60,6%	39,4%
MOTTET [69]	738	96%	4%
BJERRE et COLL [70]	29	100%	0%
Notre série	20	85%	15%

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, avec un sexe ratio 7 H / 1 F.

3. Activités quotidiennes et relations sociales

Dans notre étude, l'activité quotidienne de nos patients Marocains a été fortement atteinte suite à la mise en place de la stomie, 50% des malades interrogés expriment une gêne à effectuer les tâches domestiques, 60% d'entre eux ont une gêne pour sortir dans la rue, faire les courses, 80% rapportent une contrainte pour aller dans les lieux publics, notamment les souks et pour fréquenter les mosquées et un embarras pour aller au bain maure.

De plus, la vie relationnelle familiale s'est vue clairement perturbée chez la plupart de ces malades, 75% s'estiment être devenus un poids pour leurs proches, 70% d'entre eux évitent les contacts physiques rapprochés avec les membres de leurs familles, majoritairement à cause d'une crainte du décollement de la poche.

Dans l'étude de HART [77], les patients ont eu peu de problèmes concernant les activités quotidiennes, de même pour CASTAGNOLA [8], qui a révélé un faible niveau de gêne chez les patients de leur série, pour FOSSA et coll [80], et pour BJERRE et coll [70], la plupart des patients avec une DNC n'avait modifié ni leurs activités ni leurs relations sociales. Pour BABAIAN et SMITH [96] 82,6% des patients avec une DNC avaient un niveau d'activité identique avant et après leur dérivation ; par contre cette équipe a démontré qu'il y avait une différence significative sur le niveau d'activité post-opératoire entre les patients qui avaient reçu une chimiothérapie et ceux qui n'en avaient pas eu. Seuls, BOYD et coll [72], ont rapporté une baisse d'activité de 70% pour des patients avec une dérivation cutanée.

4. Rituel de la prière

Compte tenu des particularités de la société Marocaine, majoritairement musulmane, il était nécessaire de poser la question sur la modification du rituel de la prière suite à la mise en place de la stomie.

75% des patients rapportent une gêne, de la réalisation des ablutions, à la préservation de ces dernières jusqu'au moment de la prière. 65% d'entre eux ont recours au Tayamum, sans avoir pris de conseil religieux préalable, ils rapportent leur crainte que la poche sente, fuite ou se décolle, faussant ainsi leur prière.

Dans un article paru en 2017 au journal de l'Association Européenne d'Urologie (EAU), la majorité des imams s'accordent à dire que les musulmans porteurs de stomie urinaire, sont capables de maintenir leurs ablutions, leur permettant d'effectuer leurs prières quotidiennes. L'étude suggère donc que le port d'une stomie urinaire ne contre-indique en aucun cas la pratique de la prière islamique. [99]

Ali Gomaa, membre de l'Académie des Recherches Islamique affirme que les malades doivent faire les ablutions après l'échéance du temps de la prière et accomplir la prière prescrite immédiatement, sauf à réaliser un intérêt lié à la prière, comme la couverture de la `awrah. Après la prière prescrite, ils peuvent accomplir les prières surérogatoires, les prières compensatoires, toucher le Coran et toute activité nécessitant la purification. Sans avoir à refaire leurs ablutions, sauf si celles-ci sont rompues par une autre cause non liée à leur condition.

5. Altération de l'image corporelle

Avoir une stomie affecte profondément la façon dont la personne perçoit son corps, 65% de nos patients déclarent ne pas aimer leur image suite à l'intervention, altérant ainsi leur estime de soi.

HART [77] a étudié la qualité de vie de 224 patients après cystectomie totale : 25 opérations de Bricker, 93 poches de Kock cutanées continentes et 103 vessies de substitution. Il rapporte que les femmes ont globalement un retentissement sur leur image corporelle plus marqué que les hommes. Tandis que pour les hommes, l'image corporelle ne diffère pas qu'ils soient porteurs d'une vessie de remplacement ou d'une

dérivation cutanée.

6. Sexualité

Bien que la cysto-prostatectomie soit responsable d'une perte de l'éjaculation, le maintien de la libido suite à l'intervention se voit tout aussi altéré. L'âge du patient, son état général physique et le contexte psychologique liés à la maladie causale, son activité sexuelle avant la cystectomie ainsi que altération de l'image corporelle suite à cette dernière, l'anxiété, le stress, les sentiments de dévalorisation et la fatigue, sont des facteurs qui mettent en cause la baisse de la libido chez ces patients.

Plusieurs études se sont intéressées à ce problème étant donné la partie intégrante qu'occupe la vie sexuelle dans la qualité de vie des malades.

Dans notre série, l'activité sexuelle a été nettement diminuée suite à la chirurgie.

91% de nos patients rapportent que leur sexualité a été perturbée après l'intervention, 85% des hommes sexuellement actifs avant leur dérivation estimaient que leur activité sexuelle avait été perturbée à cause de l'impuissance post-opératoire.

En comparaison, chez la femme, les conséquences sexuelles de la cystectomie semblent moins sévères. SCHOVER et ESCHENBACH, du M. D. Anderson, [74] ont montré qu'au décours de leur cystectomie de nombreuses femmes retrouvaient une activité sexuelle malgré une dyspareunie en relation avec un certain degré de sécheresse et d'étroitesse vaginale. Il est certain que ces facteurs physiques sont associés à des facteurs psychologiques et émotionnels pour influencer l'activité sexuelle de ces stomisées. Dans notre enquête, l'absence de désir était retrouvée pour la plupart des patientes qui estimaient que leur vie sexuelle avait été perturbée. [75]

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par CASTAGNOLA, BOYD, BJERRE, et CHAOUACHI, qui objectivent que la cystectomie suivie d'une dérivation urinaire de type Bricker perturbe fortement la vie sexuelle des patients.

Ci-dessous, la comparaison du pourcentage des patients ayant eu une perturbation de leur activité sexuelle suite à l'intervention porteurs d'une dérivation de type Bricker et ceux avec un remplacement vésical.

Auteurs	% de patients avec un Bricker affirmant une perturbation de leur vie sexuelle en post-opératoire	% de patients avec un remplacement vésical affirmant une perturbation de leur vie sexuelle en post-opératoire
CASTAGNOLA [8]	80,7%	-
BJERRE [70]	96%	88%
CHAOUACHI [73]	89%	-
BOYD [72]	67%	-
MELLAS [71]	-	62.5%
Notre série	91%	-

7. Satisfaction globale de la dérivation urinaire

50% de nos patients ont affirmé être peu satisfaits/insatisfaits au sujet de leur dérivation.

Cependant, ce résultat pourrait être biaisé. En effet, l'intervalle de temps séparant la mise en place de la stomie et la date du questionnaire différait d'un patient à un autre. Plus cet intervalle est court, plus la détérioration de la qualité de vie est moins relatée, ces patients rapportent leur soulagement de ne plus avoir la maladie tumorale, sans avoir forcément conscience de la lourdeur des répercussions de la stomie sur leurs vies.

L'étude menée par HARDT [76] sur la qualité de vie après dérivation urinaire

continente ou non continente, a estimé un indice global de satisfaction pour les deux modes de dérivation urinaire élevé: 75% des patients choisiraient le même type d'intervention si le choix leur était à nouveau proposé.

HOBISCH [68] a souligné dans son étude que 36% des patients avec un Bricker recommanderaient le même type d'intervention à un ami souffrant d'une pathologie identique alors que c'est le cas pour 97% des patients ayant un remplacement vésical. Ces résultats sont, pour leurs auteurs, une démonstration flagrante que la qualité de vie est préservée à un haut niveau après remplacement vésical par rapport à une intervention de Bricker.

L'étude de BJERRE [70] a par ailleurs montré un indice de satisfaction globale élevé et identique dans les deux groupes.

8. Recours aux stomathérapeutes et adhésion aux associations des patients stomisés

Aucun patient de notre série n'est adhéré à une association des patients stomisés ou à un autre groupe de soutien, ni exprime avoir déjà eu recours à une infirmière stomathérapeute dans son parcours de soin.

En revanche, l'étude de CASTAGNOLA [8] rapporte que 30,3% de ses patients avaient consulté, au moins une fois, un(e) stomathérapeute. Il en était de même pour la fréquentation des associations de stomisés. MOTTET [69] note que 67.9% de ses patients sont pris en charge par un(e) stomathérapeute.

Parmi les recherches effectuées sur le besoin des stomisés, Piwonka et al (1999) estiment que les stomathérapeutes doivent davantage souligner l'existence des groupes de soutien pour les patients qui expriment un besoin de parler, de rencontrer des personnes « comme elles » et de pouvoir exprimer leur vécu. Ces groupes doivent permettre aux patients de se sentir moins « différents », d'échanger leur expérience,

mais aussi de mieux accepter leur opération. Dans cet ordre d'idée, des stratégies visant à encourager les patients à accepter leur stomie et à s'engager dans leur vie sociale devraient d'ailleurs être mises en place (Simmons et al., 2007,p23).

Dans une enquête réalisée auprès de 102 stomathérapeutes, en 1991, le motif de consultation de l'ensemble des stomisés (digestifs et urinaires) était dans 20,7% des cas la recherche d'un soutien psychologique, dans 13% des cas l'apprentissage de l'appareillage et dans 10,2% des cas une complication locale, d'où l'importance du rôle de ces derniers, faisant partie intégrante de l'organisation de soin des malades stomisés car après l'intervention, le chirurgien et surtout le stomathérapeute assurent un soutien technique et psychologique. [96, 97]

Une réalisation soigneuse de la stomie [78, 79] et une prise en charge par un stomathérapeute [79, 80, 81, 82] doivent être systématiques.

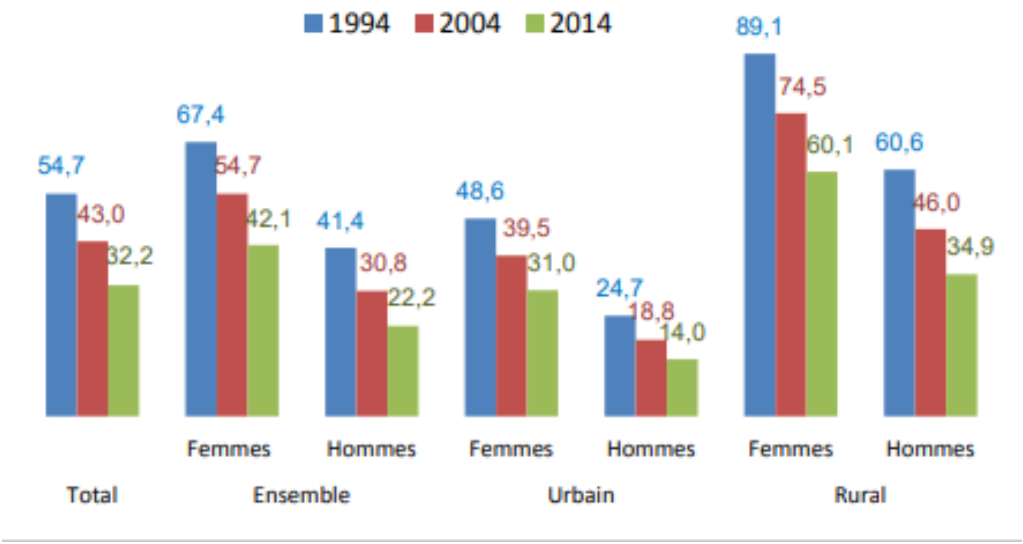
9. Education à la stomie

Dans l'étude de FOSSA et coll. [80] 50% des patients estimaient que les informations concernant le conduit iléal et son impact sur leur vie future, reçues en préopératoire, étaient insuffisantes.

60% de nos patients ont considéré avoir un faible niveau de connaissance en matière d'appareillage, de soins et de la manière de gérer les éventuelles complications de la stomie. Ceci pourraient être justifié par :

Le taux d'analphabétisme au Maroc

Au Maroc, le dernier taux d'analphabétisme de la population âgée de 10 et plus s'est établi en 2014 et a été estimé à 32,2%. [83]



Graphique 18: Taux d'analphabétisme selon le sexe le milieu de résidence en (%) (Population de 10 ans et plus) [83]

Le seuil de précarité

Un rapport des Nations Unies indique que le Maroc est l'un des pays de la région du Moyen Orient et d'Afrique du Nord qui souffre le plus de pauvreté et de restriction.

Dans le rapport, il est précisé que 60% des Marocains vivent dans la pauvreté et dans le besoin. Cette partie de la population marocaine se divise en deux classes : les Marocains qui vivent dans la pauvreté extrême et les autres qui vivent dans un stade de pauvreté moyenne et qui sont privés de leurs droits les plus élémentaires, notamment l'éducation, la santé et enfin le droit au logement. [84] Ces difficultés financières empêchent donc un accès à la consultation médicale et aux médicaments.

Difficultés liées à l'accès aux soins

Les difficultés de l'accès aux soins sont responsables d'un retard de prise en charge des complications post-opératoires en rapport avec la stomie et participent donc à la détérioration de la qualité de vie des patients stomisés.

Dans une étude menée par L'Observatoire National du Développement Humain

au Maroc (ONDH) [85], des entretiens réalisés dans trois sites, auprès de 127 personnes interrogées sur leurs itinéraires, les difficultés ressenties et leurs perceptions de la qualité des soins ont permis d'identifier les multiples contraintes qui influent sur les décisions de la population de recourir à un prestataire de soins.

La décision apparaît tout d'abord liée à l'estimation de la gravité du problème de santé par les patients et leur entourage. La décision de recourir à un personnel soignant se fait dans la plupart des cas lorsque des symptômes persistent, surtout pour les usagers éloignés des centres de santé. Les contraintes pour accéder au centre de santé sont souvent importantes : coût du transport, difficultés de trouver un véhicule dans les zones « enclavées » (parfois y compris en milieu urbain), dépenses liées à l'hébergement et à l'alimentation des accompagnants et dépenses spécifiques associées à la prise en charge médicale. Ce qui est en jeu ici est la nécessité d'effectuer un choix en fonction des contraintes de transport, de temps et de coût auxquelles il faut faire face, rapportées à la gravité ressentie de la situation. Une fois la décision prise et le trajet réalisé, les patients se heurtent fréquemment à de nouvelles barrières relatives à l'accueil et qui risquent encore d'allonger le délai de prise en charge.

Remboursement des frais de soins liés à la stomie

En Belgique, la quantité trimestrielle du matériel remboursable, relatif à la stomie est codifiée comme ci-dessous :

Matériel de stomie, par type de stomie :	Plaques	Poches (sans combinaison de différents systèmes)	Poches (avec combinaison de différents systèmes)
Colostomie	35 pièces / 3 mois	180 pièces / 3 mois	90 pièces / 3 mois
Iléostomie	45 pièces / 3 mois	90 pièces / 3 mois	90 pièces / 3 mois
Urostomie	45 pièces / 3 mois	60 pièces / 3 mois	/

Institut national Belge d'assurance maladie-invalidité – La quantité du matériel remboursable par l'assurance soins de santé [86]

Au Maroc, la stomie urinaire fait partie de la liste des appareillages et dispositifs médicaux admis au remboursement au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). [87]

Le remboursement est toutefois tributaire de l'accord préalable (AP) de l'organisme gestionnaire, CNOPS ou CNSS selon le cas, et ce après la demande formulée par l'assuré sur la base de la prescription du médecin.

Code	Deseignation	Forfait de remboursement en Dhs	Accord Préalable
AD120010	Poche urostomie avec robinet	41,60	Oui
AD130004	Urostomie, collecteur des urines, 30 poches steriles, > 200 ml	80,00	Oui
AD130003	Urostomie, collecteur des urines, poche sterile, >200 ml	3,00	Oui

Référentiel des dispositifs médicaux – L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) [87]

En revanche, 75% de nos patients sont RAMEDistes, ils ne bénéficient donc pas du remboursement des poches de stomie contrairement aux patients affiliés à l'AMO, soit seulement 25%.

Etant donné que notre échantillon d'étude est approximativement représentatif de la population générale, on est amené à s'interroger sur le devenir de ces patients RAMEDistes stomisés, avec les difficultés financières pour se procurer un nombre de poche suffisant par mois.

De plus, les soins relatifs à la stomie ne sont pas reconnus comme étant des soins exonérants, ce qui expliquerait la survenue de complications plus fréquentes que chez une population occidentale.

Absence d'une structure comprenant un(e) somathérapeute dans le parcours de soin des malades

Tous les chirurgiens sont confrontés à la nécessité de créer une stomie pour guérir un patient, tous les soignants qui vivent au contact des stomisés sont conscients des problèmes psychologiques et techniques rencontrés par les stomisés et ont réalisé l'importance des soins adaptés personnalisés et compétents que nécessitent les malades stomisés.

Aux états unis le professeur TURNBULL. R de CLEVELAND et une de ses malades stomisées, GILL. N ont créé un enseignement destiné à prendre en charge les malades stomisés.

En France, cet enseignement existe depuis 1978, grâce à la volonté du professeur GUILLEMIN.G, et a permis à des stomathérapeutes répartis sur toute la France d'améliorer leurs compétences de base dans ce domaine de soin, à la fois sur le plan théorique, technique concernant l'appareillage des malades, et sur le plan relationnel au niveau de l'accompagnement dont ces malades ont besoin.

Au Maroc, il n'existe pas de professionnels de santé spécialisé dans la prise en charge des soins de personnes stomisées, et relève du seul ressort des chirurgiens.

De ce fait, l'absence d'infirmier(-ère) stomathérapeute au sein des services de chirurgie (chirurgie générale digestive et urologique), confère au chirurgien Marocain le rôle d'annonciateur de la mise en place de la stomie, d'informateur et d'éducateur des soins de la stomie. Par ailleurs, une fois en dehors de l'hôpital où ils ont subi l'intervention, les malades stomisés se retrouvent seuls confrontés aux nombreuses difficultés d'une stomie, tant au niveau des soins et des complications secondaires, que sur le plan psycho-social.

Il serait donc intéressant de sensibiliser la population générale, et les

professionnels de santé en particulier, sur la prise en charge technique et relationnelle des personnes stomisées, ceci passe par encouragement de la formation médicale et paramédicale (stomathérapie), et en favorisant l'information sur les appareillages et sur certaines pratiques médicales, en vue d'assurer un meilleur confort aux stomisés.

RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

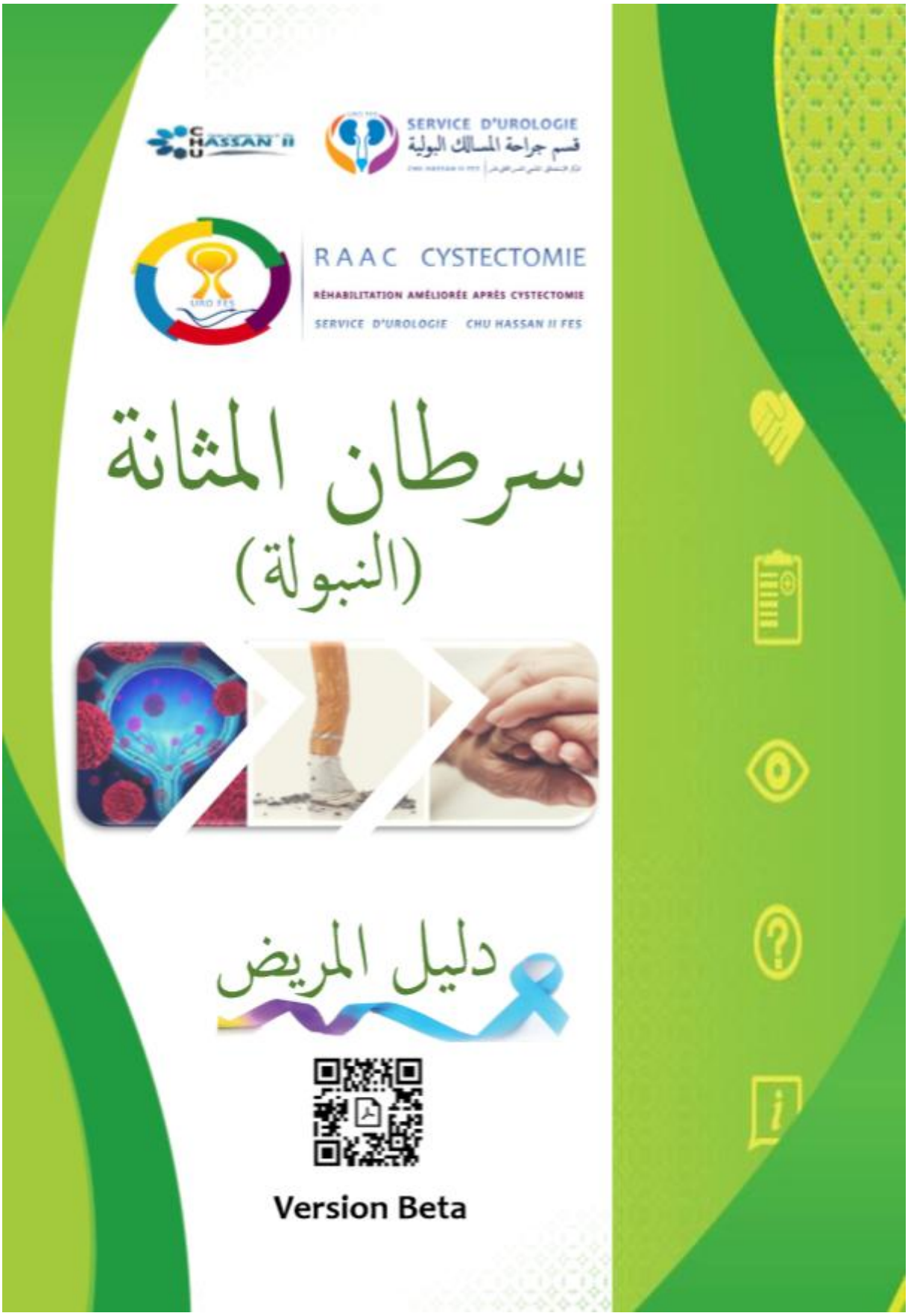
1. Recommandations

Outils d'éducation thérapeutique et information du patient :

Le patient a le droit d'être informé sur son état de santé, sur l'objectif et le principe de l'intervention, sur le déroulement de l'intervention et la technique opératoire, en soulignant que la mise en place de la stomie urinaire est définitive et irréversible. De plus, l'information doit contenir les suites postopératoires habituelles, l'organisation du suivi postopératoire et les risques et complications éventuellement encourus.

Il appartient aux professionnels de lui délivrer une information claire et précise. Les moyens mis en œuvre doivent être adaptés aux difficultés de communication ou de compréhension possibles, afin de garantir à tous les patients l'accès à l'information.

Nous proposons le dossier d'information ci-dessous, en arabe dialectal, disponible aussi en version électronique via un Code QR, élaboré le service d'urologie du CHU Hassan II de Fès, dans le cadre d'une approche d'éducation thérapeutique coordonnée par Dr Adil Mellouki, résident dans le même service, comme document à délivrer systématiquement aux patients candidats à une cystéctomie totale avec dérivation urinaire de type Bricker.


CHU HASSAN II
SERVICE D'UROLOGIE
قسم جراحة المسالك البولية
RAAC CYSTECTOMIE
RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CYSTECTOMIE
SERVICE D'UROLOGIE CHU HASSAN II FES
سرطان المثانة
(النبولة)
دليل المريض
Version Beta

RAAC CYSTECTOMIE

العملية باش تحيّد النبولة (فحالة حبوبة في النبولة)

✓ العضو : المثانة - النبولة -

البولة اللّي كاتصاوب فالكلاوي كتهبط في 2 ديال العروق ديال البولة وكتجمع في النبولة.
والنبولة هي الخزان اللّي كتجمع فيه البولة قبل ماتخرج من مجرى البول.

✓ العملية :

غادي تفتح باش تحيّد النبولة اللّي فيها المرض الخايب (السرطان).

✓ واش كاين شي حل من غير العملية؟

كايْنين حلول أخرى، ولكن ماكتصلاحش للحالة ديالك و هي العلاج بالأشعة ولا العلاج الكيماوي - الشيمو - وكتحتاج المراقبة المستمرة

الدوا المرافق للعملية:

يقد يقترح عليك الطبيب ديالك قبل ولّا من بعد العملية دوا كيماوي (الشيميو)، باش يزيد الفعالية ديال العلاج.

العلاجات المُحافِظة:

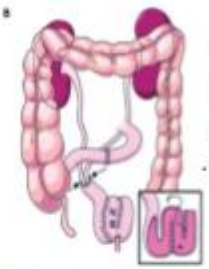
- الدوا بالأشعة ولّا الشيميو بوحدهم
- يحيدو ليك غير طرف من النبولة وصافي ولّا تدير معاها الدوا بالأشعة ولّا الشيميو.

✓ كي غاتدوز العملية:

- غاتدير قبل العملية تحليلة ديال البولة باش نشوفو واش فيها المكروب، وتاخد عليه الدوا إلى كان.
- قبل العملية آيجي الطبيب يشرح لك جميع الأمور اللي كتخص العملية، ممكن تسولو اللي بغيتي
- يقد يعطيك الطبيب واحد الدوا كايخوي المصارن، ولّا الدوا ديال المكروب كوقاية قبل العملية.
- خاصك تحبس الأكل و الشرب الليلة د العملية مع 12 د الليل.
- غادي تكون مبنج كلّك. غايفحصلك الطبيب من تحت الصرة.

في الغالب غايحيّد ليك الطبيب النبولة كاملة والعقد اللمفاوية اللّي حداها (والبروستات عند الرجال) وشي مرات مجرى البول حتى هو .
كايْنين بزاف ديال الطرق باش تبول مور العملية:

1- البول قواعد الكيس الخارجي : Bricker
كايدير ليك الطبيب فمعوض النبولة اللّي حيّد طرف ديال المصران. والفرق مابينها وبين الطريقة الأخرى هو أن هاد الخزان الجديد ما مرتبطش بمجرى البول (ماكتخرجش البولة من القلم ديالك)، بل كتخرج من واحد الفتحة فكرشك لاصق فيها كيس كتجمع فيه البولة، خاصك تكون ديما دامو.



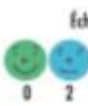
2 بولة جديدة : كيصاوب ليك الطبيب ديالك بولة جديدة بواسطة طرف ديال المصران وكيديرها فموضع النبولة اللّي حيّد ليك.
وفهاد الحالة البول كيمر عن طريق مجرى البول (العرق ديال البولة) من بعد ماكيكون فخزان فالنبولة الجديدة .

- فالآخر ديال العملية وعلى حساب طريقة البول بعد العملية، غايوضع ليك الطبيب كيس ولّا جوج.
إلى كان بدّل ليك النبولة غايدير ليك تيتوات صغار فالعروقة ديال البولة اللّي مابطين من الكلاوي والنبولة الجديدة، ويقدر يدير ليك تيتو آخر فموضع الفتحة باش نراقبوها.

RAAC CYSTECTOMIE

✓من بعد العملية:

- في الغالب غادي تعصم والجهاز الهضمي ديالك غايحبس من بعد العملية.
- في الأيام للي بعد العملية ايكونو محبسين لك المأكلة و الشرب
- الإستعمال د المسكة آيعاونك باش متبقاش معصوم
- في هذه الفترة غايكونو كايدوزو ليك الصروم فالعرق.



- غا يخلّيك الطبيب تاكل تدريجيا و غاتبع حمية غذائية خاصة بعد العملية
- غايحطيوك دوبات ديال الحريق باانتظام.
- يقد يكون ضروري الغسيل المتكرر ديال النبولة الجديدة.
- الطبيب ديالك هو اللّي غادي يحدد وقتاش غادي تحيد التيتيوات وتبدّل الفاصمة.

فاش غاتكون ناعس في المستشفى وباش ماتكتبدش ليك الدم غادي يخشاك:

تنوض دغيا من بعد العملية تتمشى و تجلس على جنب الفراش ديالك 2مرات في النهار و تلبس جوارب -الليات- خاصين bas de contention و تاخد الشوكة ضد تكتبد الدم.

✓المتابعة مور ما تخرج من المستشفى :

- النتيجة ديال التحليلة - التشريح الدقيق - ديال النبولة كتخرج مور العملية من بعد أيام. وعلى حسابها كيقرر الطبيب ديالك واش تحتاج دوا تكميلي بالأشعة أو الشيميو.
- هاد النتيجة هي لي تتحدد الكونترول مور العملية، اللي عم يزاف في السنوات الأولى. بالسكانير ولا طرق اخرى.
- غاترجع للأنشطة اليومية ديالك بطريقة تدريجية.
- يمكن تلقى "تكراط ديال المصارن" فالنبولة أو شي مكروب إلى درتي التحليلة ديال البولة، هادشي ماكيمنيش أنك خاصك تاخذ الدوا ديال المكروب (هداك التكراط والمكروب السبب ديالو النبولة الجديدة اللّي هي فالأصل طرف ديال المصران).
- خاصك تبقى متتبع مع الطبيب ديالك باش يراقب المرض ديالك واش رجع وواش الجهاز البولي والكلاوي ديالك باقيين خدامين مزيان.

✓ إلى وقعات ليك وحدة من هاذ الأعراض خاصك ترجع للمستشفى في أقرب وقت :

السخانة فوق 38.5 °

حريق فالكرش، التقيا

الحريق فالساق ديالك (المولیات)

صعوبة فالتبوّل، إلى لقيتي الدم فالبولة

✓ تحذير:

التدخين هو المسبب الرئيسي لسرطان النبولة و كيكبّر الإحتمال ديال وقوع مضاعفات فكل عملية.
خاصك تقطع السجارة من 6 حتى 8 ديال الأسابيع قبل من العملية، باش تتجنب هاد الخطر.
إلى كنت كاتدخّن قولها للطبيب ديالك والطبيب البناج.

RAAC CYSTECTOMIE

النظام الغذائي المسموح به بعد العملية

المأكولات الغير مسموح بها	المأكولات المسموح بها
الحليب و مشتقاته	اللحم المبخر أو مشوي السمك المبخر أو مشوي
البطاطس الخضر و الفواكه	البيض مسلوق الزبدة
خبز القمح	البيسكوت
القطاني	الأرز ـ السكر ـ العسل
القهوة و الشاي بزاف	اللويزة الخضر مسلوقة - حساء الخضر
مشروبات غازية و عصير الفواكه	الماء، شوية د القهوة و الشاي

RAAC CYSTECTOMIE
كيفية العناية و تنظيف الكيس الخارجي
✓ شنو اللوازم اللي نحتاج ؟
• اللكات Gants
• الكيس الخارجي و قرص التثبيت المرافق
• مناديل باش تنشف (Compresses)
• مقص
✓ الكيفية السليمة :
1 • نخوي الكيس القديم و نغسل يدي مزيان و نديو اللكات
2 • نبدا نزول الكيس القديم مع القرص ديالو من الأعلى للأسفل
3 • بالستعمال مناديل و الماء نمسح مزيان مكان خروج البول
4 • نزيد نمسح حتى ينشف مكان تثبيت القرص
5 • نقوم بتثبيت القرص المرافق بعد ما نفتحو بمقص في الوسط على قد مكان خروج البول
6 • نحاول ننفخ البطن و أنا نلصق الكيس على القرص ديالو، و نتأكد أنه مسدود مزيان
• قبل ما ننعس في الليل نركب كيس للبول باش ما نظطرش انوض في الليل
• لاجتناب المشاكل المتعلقة بالكيس الخارجي للبول، ينصح تبدلو على الأقل 2 مرات في الأسبوع

RAAC CYSTECTOMIE

واش يمكنلي نمارس أنشطتي اليومية بشكل طبيعي بعد العملية ؟

✓ الأنشطة اليومية المسموح بها

يمكن تلبس الملابس اللي بغيتي
و تحرص باش ما يزيروش على الكيس

يمكن لك الإستحمام، احرص على عدم استعمال كريمات اللي تصعب تثبيت القرص على الجلد

خلال الاستحمام، يمكن لك تمشي للمسبح أو البحر لمدة قصيرة

في الصفر، احرص على أنه ديما يكون معاك اللوازم باش تبدل الكيس الى وقع فيه مشكل

✓ الأنشطة اليومية المسموح بها لكن بدون إجهاد و بعد استشارة الطبيب

يمكن تمارس العمل ديالك إذا متيطلّبش مجهود بدني كبير

يمكن تمارس الرياضة بعد استشارة الطبيب، إذا متطلّبش مجهود بدني كبير

يمكن تزاول الخدمات اليومية المنزلية، إذا متطلّبش مجهود بدني كبير أو تهز الثقل

كونك تتحمل كيس خارجي، ما تيمنعكش انك تمارس حياتك الحميمية بشكل طبيعي،
الأعراض الجنسية اللي يمكن تلاحظها، هي أعراض جانبية معتادة لل العملية اللي درتي،
يمكن تطلب من الطبيب يعطيك الدواء المناسب

✓ ملاحظات

✓ للمزيد من المعلومات، الإرشادات أو الملاحظات ، راسلنا هنا :

Scan أو raacystectomie.urofes@gmail.com

2. Perspectives

a. Cellule de stomathérapie au département de Chirurgie du CHU Hassan II Fès

Etude médico-économique de la faisabilité d'une unité de stomathérapie, de personnalisation du parcours de soin du patient porteur de stomie.

Description de fonction de l'infirmier(-ère) stomathérapeute [88]

Mission générale :

L'infirmière Stomathérapeute a la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques pour une prise en charge holistique du patient stomisé.

Elle possède des compétences dans les domaines des soins de plaies et de l'incontinence.

En établissant une relation d'aide avec le patient et son entourage, elle l'accompagne pour lui permettre de retrouver une qualité de vie optimale tant du point de vue socioprofessionnel, familial qu'affectif. L'information et l'éducation du patient sous-entend une démarche pédagogique portant sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les projets.

Situation organisationnelle :

L'Infirmière Stomathérapeute est idéalement détachée pour accomplir sa fonction. Par son expertise acquise grâce à sa formation et son expérience personnelle dans le domaine de la Stomathérapie, elle est une infirmière ressource au sein de l'institution.

Profil :

Celui du prestataire infirmier et :

- une aptitude au travail en interdisciplinarité

- capacité d'adaptation, de créativité
- capacité de communication
- aptitudes pédagogiques
- collaboration à des projets institutionnels
- organisation, rigueur, méthodologie
- initiative dans la conduite de projets

Rôles :

L'infirmière stomathérapeute développe une expertise dans une, ou plusieurs, prises en charge suivantes :

- stomies urinaires (continentes ou non)
- incontinence urinaire
- plaies

Tous les domaines peuvent être développés chez l'adulte et / ou l'enfant

Elle doit aussi :

- collaborer avec les cadres infirmiers
- participer aux réunions interdisciplinaires où sa présence est requise ou souhaitée
- être un acteur de changement et agent de qualité
- participer à la formation (stages et cours) des élèves infirmier(e)
- informer et participer à la formation du personnel soignant dans son domaine
- informer et participer à la formation du corps médical
- coordonner la transmission de l'information nécessaire à la réalisation des soins ainsi que la prise en charge du patient par les soignants intra et extra hospitaliers
- rédiger un rapport annuel d'activités

- rédiger un rapport par patient

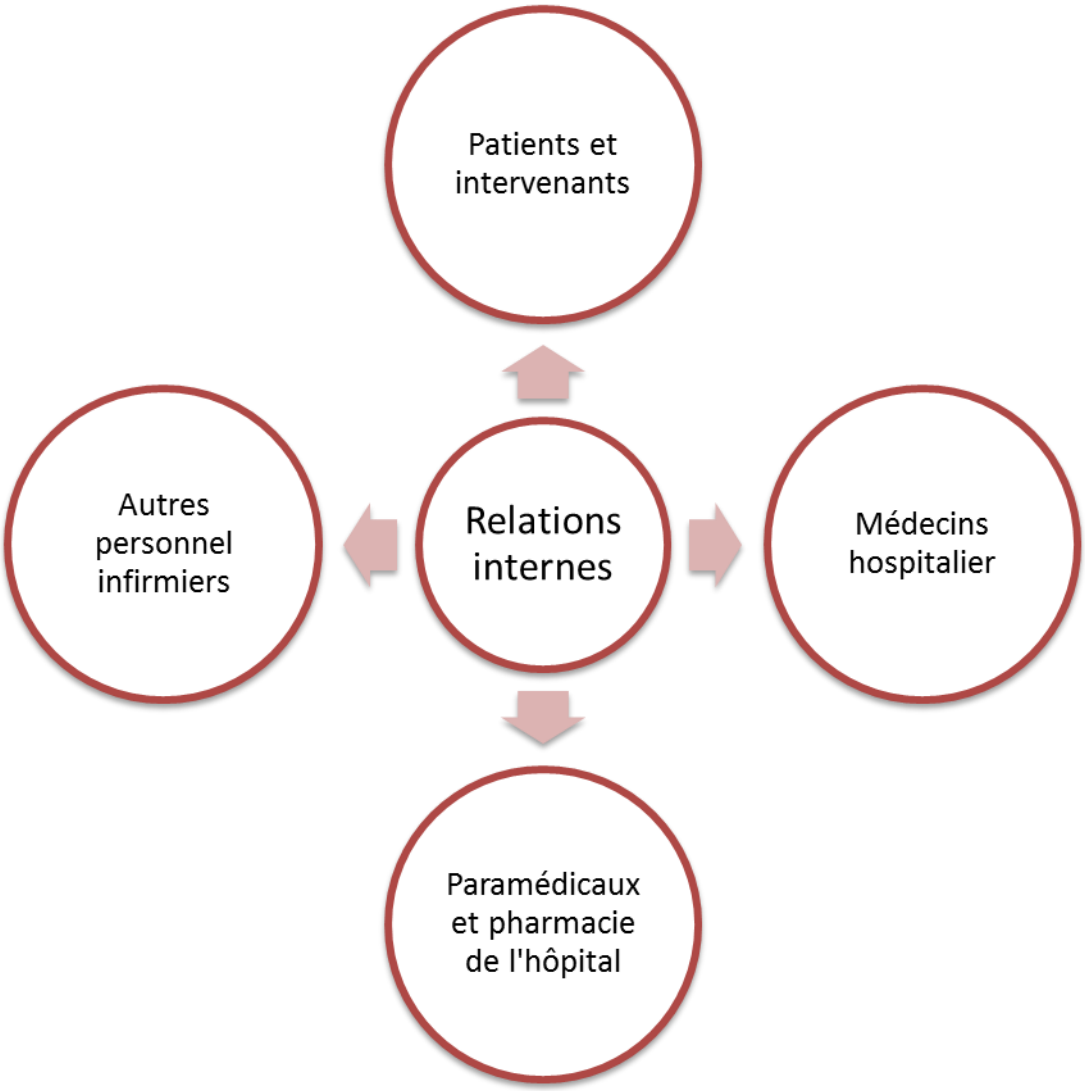
Compétences requises :

L'infirmier(e) stomathérapeute doit développer des compétences dans :

- la réalisation des techniques de soins
- la surveillance et la prévention des complications
- le domaine scientifique (anatomie, physiopathologie)
- les conséquences des différents traitements
- le domaine de l'hygiène de vie, l'alimentation…
- les principes de la relation d'aide
- le domaine pédagogique
- la connaissance de la législation et son actualisation dans les domaines concernés
- la gestion du matériel
- l'organisation de la gestion de ses tâches selon les besoins et les demandes
- L'infirmière stomathérapeute pourra prescrire le matériel

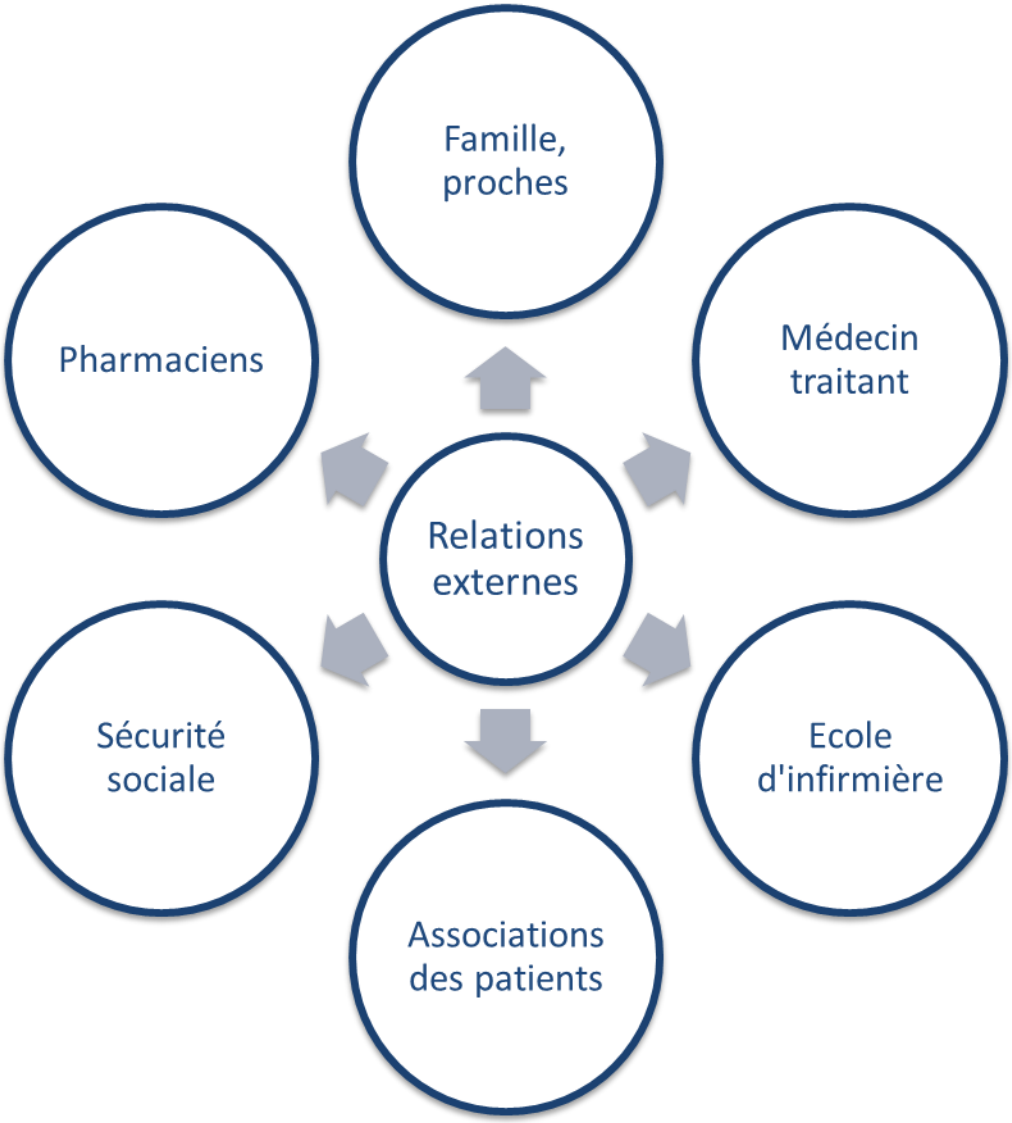
Relations internes :

L'infirmière stomathérapeute établit des relations pour :



Relations externes :

L'infirmière stomathérapeute est un lien possible avec :



Formation – Recherche :

L'infirmier(e) stomathérapeute maintient ses connaissances à jour :

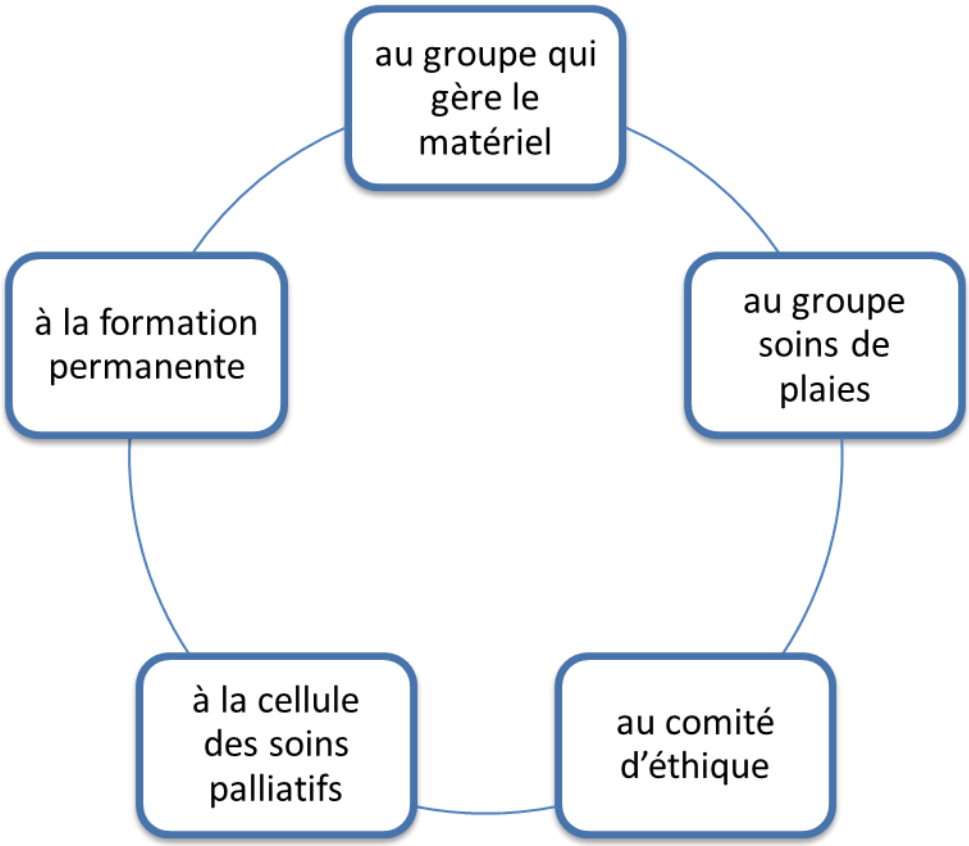
- en participant à des congrès, des séminaires…
- par ses lectures (articles scientifiques, revues professionnelles)
- en étant membre d'une association professionnelle dans le domaine de ses compétences

Dans la mesure des possibilités, elle veille à :

- réaliser des études cliniques
- publier des articles dans son domaine de compétence

Plan institutionnel :

Selon l'institution, elle participe :



Equipement et matériel nécessaire :

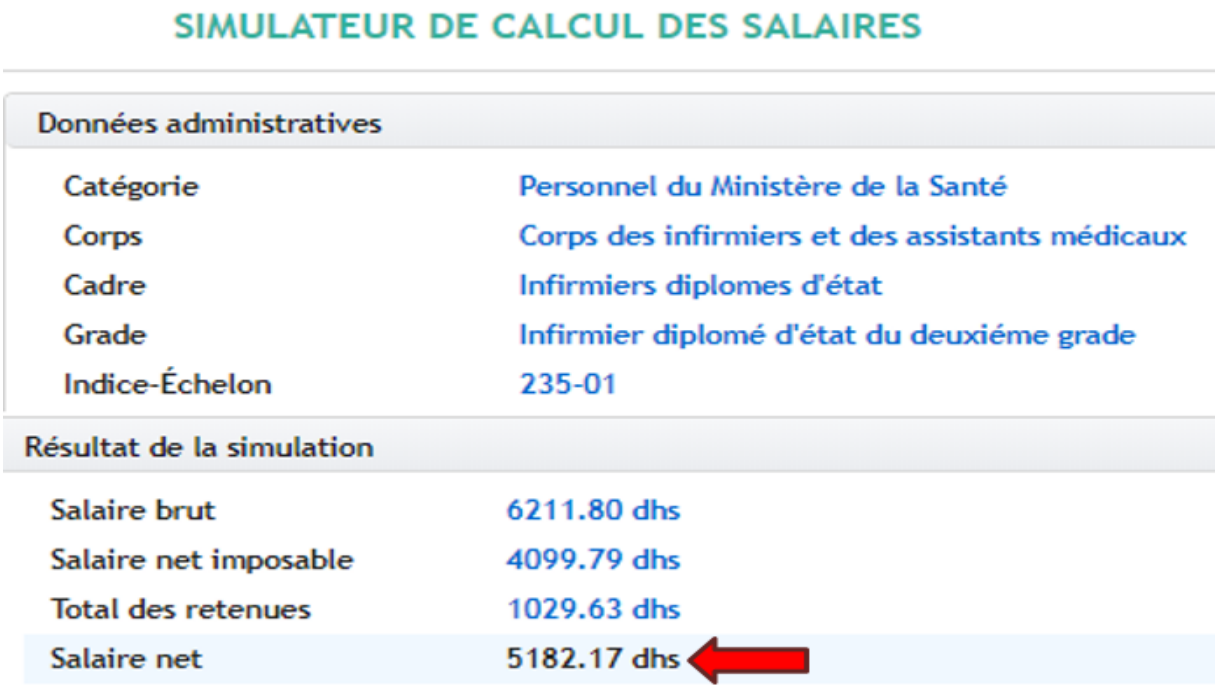
Idéalement, elle dispose :

- d'un local de soins avec WC annexé et d'un bureau pour recevoir les patients en consultation
- d'un endroit destiné à entreposer le matériel, d'un miroir
- d'échantillons de matériel d'appareillage et produits de soins

Salaire

Le salaire d'un(e) infirmier(-ère) stomathérapeute est le salaire d'un(e) infirmier(-ère) des établissements publics de santé qui varie selon le grade et l'échelle administrative.

Soit pour un(e) infirmier(-ère) diplômé(e) d'état, du deuxième grade, dans la région Fès-Meknès, au simulateur de calcul des salaires : le salaire net revient à **5182.17 dhs** par mois. [89]



SIMULATEUR DE CALCUL DES SALAIRES

Données administratives	
Catégorie	Personnel du Ministère de la Santé
Corps	Corps des infirmiers et des assistants médicaux
Cadre	Infirmiers diplomes d'état
Grade	Infirmier diplomé d'état du deuxiéme grade
Indice-Échelon	235-01
Résultat de la simulation	
Salaire brut	6211.80 dhs
Salaire net imposable	4099.79 dhs
Total des retenues	1029.63 dhs
Salaire net	5182.17 dhs

Simulateur de calcul des salaires d'un(e) infirmier(-ère) diplômé(e) d'état dans la région Fès-Meknès [89]

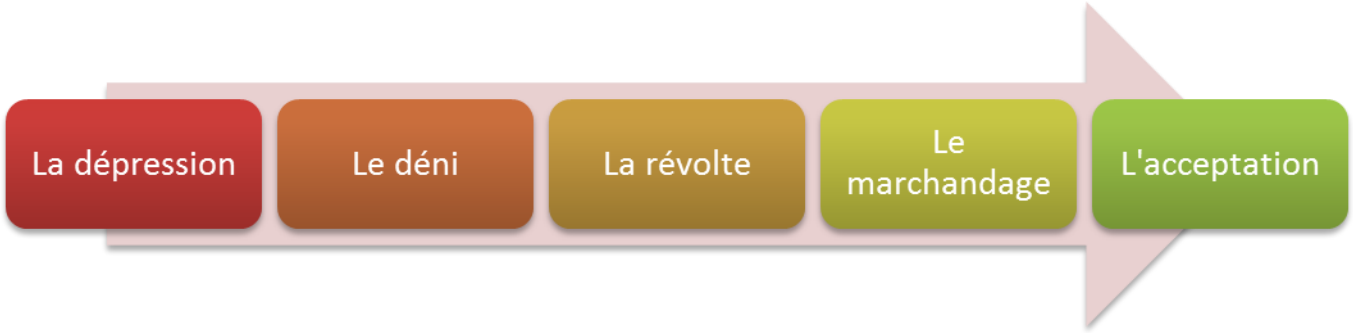
Le rôle éducatif de l'infirmier(-ère) du patient stomisé :

L'acceptation :

Notre étude a montré que certains facteurs, comme l'inquiétude de bruits, d'odeurs souvent présents, peuvent entraver l'acceptation.

D'après Lacroix A. et Assal J-P. : « Toute personne qui se sait atteinte d'une maladie chronique donc d'une maladie qu'elle va devoir traiter à vie et qui est susceptible d'entraîner des complications, vit la survenue de cette maladie comme une perte-celle de son état de santé antérieur. En réaction à cette perte, se met en place un processus d'acceptation de la maladie, qui s'apparente à un processus de deuil et qui se déroule en plusieurs étapes ». [91]

Le patient passe par différentes étapes du travail de deuil avec des retours en arrière possibles :



Ainsi, selon où le patient se situe dans les différentes phases d'acceptation, les infirmières stomathérapeutes devront réaliser une éducation personnalisée, adaptée pour l'aider à progresser.

L'éducation : Définition

Une des définitions les plus utilisées pour l'éducation pour la santé est celle du Professeur Deccache de 1989 : « *L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale,*

concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales ». [93]

Les soins éducatifs :

Les soins éducatifs sont « des interventions qui consistent à offrir à une personne ou un groupe des informations, conseils ou assistance pour lui permettre de comprendre ce qui peut maintenir, restaurer, promouvoir sa santé et de modifier ses comportements ». [94]

Ils permettent au patient de le rendre plus autonome, de prendre des choix.

Des facteurs peuvent interférer dans la réalisation du soin éducatif, qui peuvent venir soit du patient, soit de l'infirmière : aptitude à comprendre, état du patient, âge du patient, moyens du formateur, état émotionnel, culture, motivations, environnement extérieur, connaissances.

La démarche éducative :

En préopératoire :

L'enseignement préopératoire est important pour le patient et sa famille, surtout en cette période où les séjours postopératoires en établissements hospitaliers sont écourtés. Il permet l'assimilation des connaissances, l'acquisition des habiletés nécessaires aux soins de stomie, la diminution du stress et l'élimination des fausses perceptions. Il favorise aussi l'adaptation à long terme d'une personne dont la stomie est permanente (Haugenet al., 2006,p.67).

- ✓ **Consultation avec le chirurgien :**

Le chirurgien reçoit le patient, il lui propose l'intervention avec une stomie. Il lui

explique le but, le déroulement de l'intervention, fixe le rendez-vous, fait un schéma de l'emplacement de la stomie pour une meilleure compréhension.

MORRIS a montré que pour avoir une meilleure qualité de vie post-opératoire, il faut que le patient ait participé à la décision du type de dérivation urinaire choisie.

✓ Consultation avec la stomathérapeute :

La stomathérapeute consolide les informations données par le chirurgien. Elle écoute le patient, reformule les questions, lui fait redire ce qu'il n'a pas compris.

Elle identifie les besoins spécifiques du patient (habitudes de vie, sports...) et où ce dernier se situe dans les étapes de deuil afin de personnaliser son éducation.

Pendant l'hospitalisation :

La veille de l'intervention, la stomathérapeute marque la stomie puis revient voir le patient à J8.

Les infirmières font l'éducation au patient : ceci fait partie de leurs compétences décrites dans le décret n° 2-17-535 du 7 Moharrem 1439 (28 Septembre 2017). [95]

L'objectif de l'éducation est que le patient devienne autonome avec sa stomie à condition qu'il l'accepte.

Les étapes du soin éducatif :

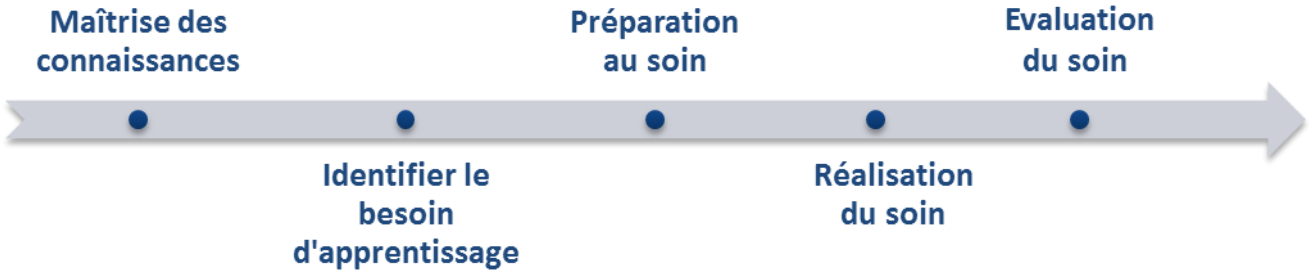
- **Maîtrise des connaissances** : l'infirmière doit maîtriser le sujet sur les stomies, les répercussions possibles sur la vie sociale autant physiques que psychologiques et sociales.
- **Identifier le besoin d'apprentissage** : l'identification de la demande ou du besoin, exprimé ou pas, du patient et de son entourage.

Elle doit évaluer les capacités physiques en vue de lui apprendre les soins de la stomie ; les capacités socioculturelles, intellectuelles et psychoaffectives en vue de comprendre sa situation sociale et d'en prévenir les conséquences.

- **Préparation au soin** : Elaboration des objectifs éducationnels avec pertinence et réalisme. Elle construit le contenu de l'enseignement : en tenant compte des caractéristiques de la personne, de son niveau de connaissance et des objectifs fixés.
- **Réalisation du soin** : Vidange de la poche, changement du support, toilette de la stomie...

L'information doit être pertinente, compréhensible, fiable et suffisante. L'infirmière réalise une démonstration méthodique, compréhensible, explicative, conforme et pertinente. Elle met le malade en situation de faire et exploite la situation : montrer en expliquant, en guidant, en observant. Elle prend en compte les réactions, les motivations du patient et fait le bilan.

- **Evaluation du soin** : En tenant compte des objectifs initiaux.



Cette éducation en post-opératoire demande de la patience, de la disponibilité de la part de l'infirmière avec lune intime collaboration du patient. Il est conseillé d'éduquer une personne de l'entourage (conjoint, enfants...) pour que le patient ait une ressource.

Il ne suffit pas d'apprendre au patient les gestes à réaliser sur sa stomie, mais il est également important de connaître suffisamment les habitudes de vie du patient pour l'informer des répercussions possibles de cette stomie sur sa vie.

L'éducation auprès du patient stomisé est différente selon chaque individu, la stomathérapeute doit donc prendre en charge le patient dans sa globalité tout en

respectant ses valeurs, ses capacités, sa compréhension et ses souhaits.

En somme, la présence d'une infirmier(-ère) stomathérapeute s'avère d'une grande importance dans le parcours de soin des patients stomisés, la création donc d'une cellule qui leur est dédiée dans les départements de chirurgie est nécessaire afin d'optimiser la qualité de vie des malades et assurer leur intégration socio-professionnelle.

Application mobile : My Stomy

En collaboration avec Innov'education™, une e-plateforme qui s'intéresse à l'éducation thérapeutique réinventées à l'ère des avancées technologiques en tenant compte du contexte socio-culturel Marocain, l'idée est de créer une application mobile dédiée aux patients porteurs de stomie urinaire, dont le but est d'apporter les informations nécessaires sur le parcours de soin, une approche innovante qui s'adapte à l'avènement des nouvelles technologies, indépendamment du statut économique, afin d'aider les personnes stomisées à retrouver une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale aussi normale que possible suite à l'opération.

CONCLUSION

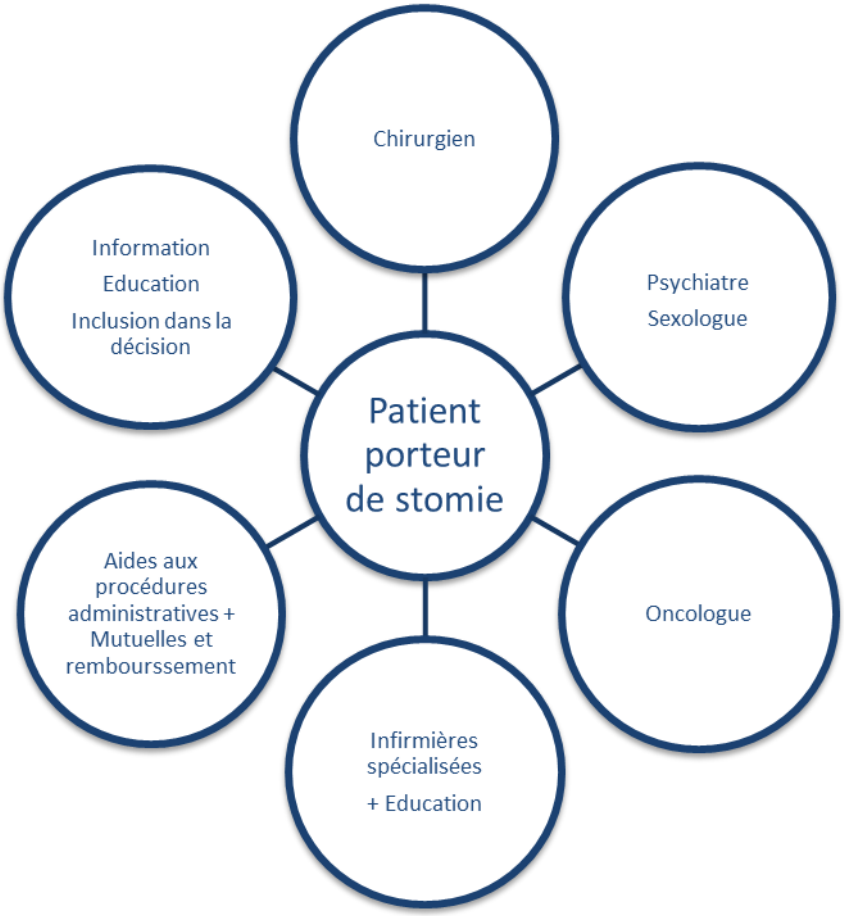
La dérivation urinaire de type Bricker va de pair avec une détérioration prononcée des différents aspects de la qualité de vie, elle induit des modifications importantes dans la vie des malades, changeant leur mode de vie, détériorant leur intégrité physique et limitant leurs activités de tous les jours, paralysant ainsi leur réinsertion dans la vie socioprofessionnelle.

Notre contexte économique, socio-culturel et l'organisation de notre système de santé, soulignent que nos patients vont décrire une détérioration plus prononcée de la qualité de vie en comparaison avec une population européenne ou occidentale.

L'évaluation de l'impact psychologique et social des dérivations type Bricker, doit être une étape systématique dans le parcours personnalisé de soins du patient stomisé, à l'aide d'outils adaptés aux particularités spécifiques de notre population.

La prise en charge d'un patient porteur de stomie dans un projet de soins, doit être holistique multidisciplinaire, associant urologues, oncologues, stomathérapeutes et psychiatres et prend en compte l'ensemble des aspects de la qualité de vie, selon un modèle de Patient Centred Approach, une approche où le patient est pivot central, acteur de son parcours.

Patient centred approch



RÉSUMÉS

RÉSUMÉ

Qualité de vie et impacts psychologique et social des dérivations urinaires cutanées non continentes de type Bricker, chez les patients traités pour tumeur de vessie, dans le contexte socio-culturel Marocain.

La cystectomie est le traitement de référence pour les tumeurs vésicales infitrantes, c'est une intervention urologique mutilante ayant un retentissement majeur sur le schéma corporel. Le choix de la dérivation urinaire dépend de critères liés à la tumeur et aux patients. La dérivation urinaire cutanée non continente (DCNC) type Bricker est un montage fréquemment réalisé et fait partie de cette chirurgie.

Le but de notre travail est d'étudier l'impact psychologique et social sur la vie des patients ayant eu une cystectomie avec dérivation de type Bricker, en insistant sur les particularités socioculturelles propres à nos patients Marocains.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service d'urologie du centre hospitalo-universitaire Hassan II de Fès. De janvier 2018 à Janvier 2019. Ont été interrogés 20 patients traités par cystectomie totale pour un cancer infiltrant de la vessie avec dérivation urinaire de type Bricker. Nous avons proposé un questionnaire comprenant 23 questions fermées. Basé sur le questionnaire (Stoma-Quality of life Qol) ainsi que d'un questionnaire validé par l'association française d'urologie, différents aspects de la qualité de vie ont été recensés, notamment: les fonctionnements moteurs, au rituel de la prière, aux rapports intimes, aux rapports socio-professionnelles, en vue d'une appréciation globale directe de la satisfaction du patient au sujet de sa dérivation. A la lumière de la réponse au questionnaire un score de gêne a été établi.

L'activité quotidienne de nos patients Marocains a été fortement atteinte suite à la mise en place de la stomie, 50% des malades interrogés expriment une gêne à effectuer les tâches domestiques, et à réaliser le rituel de prière pour 70% d'entre eux. La vie relationnelle familiale s'est vue perturbée chez la plupart de ces malades, 75% s'estiment être devenus un poids pour leurs proches, 70% d'entre eux évitent les contacts physiques rapprochés avec les membres de leurs familles, majoritairement à cause d'une crainte du décollement de la poche.

Dans notre enquête, 65% des patients déclarent ne pas aimer leur image suite à l'intervention, altérant ainsi leur estime de soi, un des facteurs qui mettent en cause la baisse de la libido chez ces malades. En effet, 91% de nos patients rapportent que leur sexualité a été perturbée après l'intervention.

50% de nos patients ont affirmé être peu satisfaits/insatisfaits au sujet de leur dérivation au moment de l'étude. 60% d'entre eux ont considéré avoir un faible niveau de connaissance en matière d'appareillage, alors qu'aucun malade de notre série n'est adhéré à une association des patients stomisés ou à un autre groupe de soutien, ni exprime avoir déjà eu recours à une infirmière stomathérapeute dans son parcours de soin.

La dérivation urinaire de type Bricker va de pair avec une détérioration prononcée des différents aspects de la qualité de vie, elle induit des modifications importantes dans la vie des malades, changeant leur mode de vie, détériorant leur intégrité physique et limitant leurs activités de tous les jours, paralysant ainsi leur réinsertion dans la vie socioprofessionnelle.

Notre contexte économique, socio-culturel et l'organisation de notre système de santé, soulignent que nos patients vont décrire une détérioration plus prononcée de la qualité de vie en comparaison avec une population européenne ou occidentale.

L'évaluation de l'impact psychologique et social des dérivations type Bricker, doit être une étape systématique dans le parcours personnalisé de soins du patient stomisé, à l'aide d'outils adaptés aux particularités spécifiques de notre population.

Davantage d'efforts devraient être déployés sous l'angle d'une approche multidisciplinaire et participative, associant urologues, stomathérapeutes et psychiatres, alliés aux patients, en vue de l'amélioration de leur qualité de vie.

ABSTRACT

Quality of life, psychological and social impact of non-continent trans-ileal cutaneous ureterostomy of Bricker type, of the patients treated for bladder cancer in the Moroccan social-cultural context

Radical cystectomy is the best method of treatment in invasive bladder cancer. It's an urological intervention that causes a major impact on the body image. The choice of the urinary diversion depends on criteria related to the tumor and to the patients. Non-continent trans-ileal cutaneous ureterostomy, or Bricker intervention, is frequently realised and is part of this surgery.

The purpose of this study is to evaluate the psychological and social impact on the life of the patients who had a cystectomy with a Bricker conduit, focusing on the social-cultural specifities corresponding to our Moroccan patients.

Our work is based on a cross sectional study of 20 cases of bladder tumors treated with radical cystectomy with Bricker-type urinary diversion in the urology department of Fez University Hospital Hassan II. Dated from January 2018 to January 2019.

The patients were involved in a questionnaire that included 23 closed questions dealing with different aspects of the quality of life. In the light of their answers, a score was establish.

Daily activities of our Moroccan patients have strongly been affected after surgery. 50% of the patients questioned reported a discomfort in performing domestic chores and doing their prayer for 70% of them. Family relationship deteriorated, for the

great majority of the patients, 75% feel that they have become a burden on their relatives. 70% of them avoid close physical contact with members of their family, mainly for fear of detachment of the stoma bag.

In our investigation, 65% of the patients claimed that they don't like their own physical appearance after the surgery, and their self-esteem was dropped, a factor that brings about low libido amongst the patients, actually, 91% of them reported that their sexuality has been disturbed after the surgery.

50% of our patients stated to be very little satisfied/dissatisfied towards their diversion.

60% considered lacking enough knowledge of stoma appliance and none of them has joined an association of patients who have stoma or any other group of support. Nor do they express having seen a stomatherapist.

Non-continent trans-ileal cutaneous ureterostomy, or Bricker intervention is synonym of major deterioration of the different aspects of the quality of life, it causes important alteration in the patients life, changing their way of living, degrading their physical integrity and limiting their daily activities. Therefore, paralazing their reintegration in the socio-professional life.

Our economic context, social-cultural and the organisation of our health system underline that our Moroccan patients are going to repport a strong decline of quality of life compared to a europoeen or occidental population.

The evaluation of the psychological and social impact of Bricker intervention must be a systematic stage through a personnalized approch of the patients having a stomy with the help of tools adapted to specific features of our population. More

efforts should be deployed under a multidisciplinary approach involving urologists, stomotherapists and psychiatrists are important to improve the quality of life of the patient postoperatively.

ملخص

التأثير النفسي والاجتماعي وجودة الحياة للمفاغرات البولية الجلدية الغير الحاصرة من نوع بريكر عند المرضى المعالجين من ورم المثانة البولية في السياق الاجتماعي الثقافي المغربي.

يعد الاستئصال العلاج المرجعي لأورام المثانة البولية الارتشاحية، وهو تدخل جراحي يشوه الجسد. يعتمد اختيار المفاغرة البولية على معايير مرتبطة بالورم والمريض، بحيث يتردد استعمال التقنية الغير الحاصرة.

يتجلى الهدف من هذا العمل في دراسة التأثير النفسي والاجتماعي على حياة المرضى المعالجين بهذه التقنية، مركزين في ذلك على الخصوصيات الثقافية والاجتماعية للمريض المغربي.

أنجزت دراسة استعادية بمصلحة جراحة المسالك البولية بالمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني بفاس، من يناير 2018 إلى يناير 2019، ويتعلق الامر ب 20 مريضا مستأصل المثانة نتيجة سرطان ارتشاحي مع مفاغرة بولية نوع بريكر. استندنا إلى استجواب جودة الحياة والاستجواب المعتمد من لدن الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية، وكذلك بعض مظاهر جودة الحياة كالوضوء والصلاة والجماع والعلاقات المهنية والاجتماعية، وذلك من أجل تقدير مدى رضى المريض عن المفاغرة، وعلى ضوء الاستجوابات أنشأنا حرز الانزعاج.

تغيرت الحياة اليومية للمريض المغربي بشكل قوي نتيجة المفاغرة، بحيث ينزعج 50% خلال النشاط اليومي، و70% عند الوضوء والصلاة. اضطربت العلاقات العائلية عند معظم المرضى بحيث يشعر 75% بأنهم أصبحوا عالة على أقاربهم، ويجتنب 70% منهم الاقتراب الجسدي المباشر مع عائلاتهم تخوفا من انفصال الجيبة.

لا يتحمل 64% من المرضى شكلهم الجديد بعد العملية، مما يضطرب تقدير النفس وهو العامل الذي يخفض الرغبة الجنسية لديهم بعد العملية كما عبر بذلك 91% منهم.

عبر 50% من المرضى عن عدم رضاهم بالمفاغرة، وقدر 60% منهم عن عدم معرفتهم بالمعدات المستعملة. لم ينخرط أي مريض في أي جمعية من الجمعيات من أجل الدعم المعنوي، كما لم تخضع أي منهم لرعاية المفاغرة خلال مساره العلاجي.

تغير المفاغرة البولية من نوع بريكر من مظاهر جودة حياة المرضى وتدهور سلامتهم البدنية وتحد من أنشطتهم اليومية، مما يشل إعادة اندماجهم في الحياة الاجتماعية المهنية.

يجب أن يكون تقييم التأثير النفسي والاجتماعي لهذه التقنية منهجيا في مسار علاج محدد للمريض وفق خصوصيات الساكنة.

نبغي بذل المزيد الجهود وفق مقاربة تشاركية متعددة الاختصاصات تشمل جراحي المسالك البولية ومعالجي المفاغرة والأطباء النفسيين المتحالفين مع المرضى، من أجل تحسين جودة حياتهم.

ANNEXES

Annexe 1

Enquête : Dérivations urinaires

Ce questionnaire à usage médical est confidentiel.

Recommandations importantes

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

Exemple : pour une femme

q sexe masculin - réponse fausse

q sexe féminin - réponse exacte.

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

q **Non concerné (e) par cette questio**n.

---

1. Actuellement, vivez-vous ?

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

.....
.....

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

1. q Oui

Pouvez-vous préciser quelle activité.....

2. q Non

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

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

.....

3. Actuellement, exercez-vous votre activité professionnelle ?

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

Si vous travaillez est-ce ?

1. q A temps plein
2. q A temps partiel

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

1. q Femme au foyer
2. q Au chômage
3. q A la retraite
4. q En arrêt maladie
5. q En invalidité totale de travail
6. q 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. q Très gêné(e)
2. q Un peu gêné(e)
3. q Pas gêné(e) du tout
4. q Non concerné(e) par cette question

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

Je me sens :

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

7. Pour conduire mon automobile,

Je me sens :

1. q Très gêné(e)
2. q Un peu gêné(e)
3. q Pas gêné(e) du tout
4. q 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. ❑ Minimes, 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. q Oui
2. q Non

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

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

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

1. q Oui
2. q Non

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

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

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :
.....
.....
.....

22. Avez-vous des problèmes de transit intestinal?

1. q Oui
2. q Non

Si oui, vous souffrez de :

1. q Diarrhée
2. q Constipation
3. q L'alternance des 2

Prenez-vous des médicaments pour ces problèmes?

1. q Oui
2. q Non

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

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

1. q Oui
2. q Non

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

1. q Oui
2. q Non

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

1. q Très satisfait(e)
2. q Satisfait(e)
3. q Peu satisfait(e)
4. q 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

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

1. q Oui
2. q Non

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

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

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

1. q Oui
2. q Non

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

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

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :
.....

.....
.....

22. Avez-vous des problèmes de transit intestinal?

1. q Oui
2. q Non

Si oui, vous souffrez de :

1. q Diarrhée
2. q Constipation
3. q L'alternance des 2

Prenez-vous des médicaments pour ces problèmes?

1. q Oui
2. q Non

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

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

1. q Oui
2. q Non

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

1. q Oui
2. q Non

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

1. q Très satisfait(e)
2. q Satisfait(e)
3. q Peu satisfait(e)
4. q 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

Annexe 2 : Stoma-QoL questionnaire :

Instructions d'utilisation pour un questionnaire destiné à évaluer la qualité de vie des personnes ayant une stomie : Stoma-QoL

Stoma-QoL a été mis au point pour évaluer la qualité de vie des personnes ayant une stomie. Les questions de Stoma-QoL sont le résultat de nombreux entretiens avec des sujets porteurs de stomie. Ces entretiens ont eu lieu dans plusieurs pays pour répondre aux problèmes les plus caractéristiques concernant la qualité de vie de ce groupe d'individus. Les aspects suivants sont concernés : problèmes liés au sommeil, aux rapports intimes, aux rapports avec la famille et les amis proches et aux relations avec les personnes autres que l'entourage et les amis proches.

Le questionnaire se compose de 20 questions. Voici un exemple de question : « J'ai peur que la poche se détache. » Toutes les questions appellent une réponse sur une échelle de 4 points. Les options de réponse à chaque question sont :

1. Toujours
2. Parfois
3. Rarement
4. Pas du tout

Merci de veiller à répondre à l'**ENSEMBLE** des 20 questions afin que le questionnaire soit utile. Il ne faut donc laisser aucune question sans réponse. De plus, **UNE SEULE** réponse par question doit être donnée.

Les questions sont très simples et il vous faudra environ 5 à 10 minutes pour remplir le questionnaire.

Merci de répondre au questionnaire Stoma-QoL

Stoma-QOL

Questionnaire de qualité de vie pour les personnes ayant une stomie

Patient n°: _____ Date:_____/_____ 20____

*Veuillez, s'il vous plait, cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez en **ce moment**.*

	Tout le temps	Parfois	Rarement	Jamais
1. Ça me rend inquiet quand la poche est pleine	□1	□2	□3	□4
2. J'ai peur que la poche se décolle	□1	□2	□3	□4
3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches	□1	□2	□3	□4
4. J'ai peur que la poche sente	□1	□2	□3	□4
5. J'ai peur que la poche fasse du bruit (des gargouillis venant de l'intestin)	□1	□2	□3	□4
6. J'ai besoin de me reposer pendant la journée	□1	□2	□3	□4
7. Ma poche me limite dans le choix de mes vêtements	□1	□2	□3	□4
8. Je me sens fatigué(e) pendant la journée	□1	□2	□3	□4
9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être sexuellement attirant(e)	□1	□2	□3	□4
10. Je dors mal la nuit	□1	□2	□3	□4
11. J'ai peur que la poche fasse des bruits de froissement	□1	□2	□3	□4
12. Du fait de ma stomie je n'aime pas mon corps	□1	□2	□3	□4
13. Il m'est difficile de passer une nuit hors de chez moi	□1	□2	□3	□4
14. C'est difficile de cacher que je porte une poche	□1	□2	□3	□4
15. Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches	□1	□2	□3	□4
16. J'évite les contacts physiques rapprochés avec mes amis (par exemple danser, jouer)	□1	□2	□3	□4
17. Du fait de ma stomie, ça m'est difficile être avec les autres	□1	□2	□3	□4
18. J'ai peur de rencontrer des gens nouveaux	□1	□2	□3	□4
19. Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens	□1	□2	□3	□4
20. Ce que ma famille pense de moi, me tracasse	□1	□2	□3	□4

S'il vous plaît, veuillez vérifier que vous avez répondu pour chaque phrase. Merci d'avoir rempli ce questionnaire

BIBLIOGRAPHIE

[1] Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2010;10:11-4.

[2] Elmawla N.G., Elbolkainy M.N., Khaled H.M. Bladder cancer

[3] 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.

[4] 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.

[5] MONTIE J. E.: Against bladder sparing: surgery. J Urol, 1999, 162: 452-455; discussion 455-457.

[6] Dazord, A., Gerin, P., Brochier, C., Cluse, M., Terra, J.-L. & Seulin, C. (1993). Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêt chez les patients dépressifs. Santé mentale au Québec, 18 (2), 49-73.

[7] C. Brousse, B. Boisaubert. La qualité de vie et ses mesures / La Revue de médecine interne 28 (2007) 458-462

[8] 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

[10] Boucher A.Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle ; Tome 4 L'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée.

[11] ROUVIERE H. : Anatomie humaine; descriptive, topographique et fonctionnelle, A. Delmas 1975, tom 2 P. 542

[12] Boucher A.Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle ; Tome4L'abdomen, la région rétro péritonéale, le petit bassin, le périnée

[13] Rouvière H. Précis d'anatomie et de dissection.9ème édition, Edition MASSON Benoit G, Giuiliano F. Anatomie chirurgicale et voies d'abords de la vessie - Editions techniques. EMC techniques chirurgicales -urologie-gynécologie. 41160, 1991, 9p

[14] Netter Planches d'anatomie

[15] Cukier C. Extension lymphatique dans les cancers urologiques. Editions MASSON 1990.

[16] 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.

[17] C. Salloum, C. Lim, P. Compagnon, A. Laurent, F. Cochennec, D. Azoulay. Chirurgie de la veine cave inférieure. EMC - Techniques chirurgicales -Chirurgie vasculaire 2014;9(4) :1-21 [Article 43-172].

[18] NETTER F.H., DALLEY A.F., MYERS J.H.,Interactive atlas of human anatomy 1995

[19] A. Bouchet, J. Cuilleret. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle : Tome 4 2e édition .Paris :Simep 1991, 2423.p

[20] François Haab, Olivier Cussenot, Alain Le Duc. Voies d'abord de l'uretère. EMC Techniques chirurgicales - Urologie 1995 :1-0 [Article 41-110].

[21] Laboratoire d'anatomie FMPF.

[22] 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].

[23] MURTA-NASCIMENTO C, SCHMITZ-DRA'GER BJ, ZEEGERS MP» ET AL. Epidemiology of urjnary bladder cancer: from tumour development to patients death. wOrld j Urol 2007;25:285-95

[24] Marc Colombel Epidemiology, staging, grading and risk stratification of bladder cancer.European Urology 2008;7:618-626.

[25] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin Dm, Globgcan 2002 Cancer incidence, mortality and prevalence Worlwide. IARC Cancer Base n°5, version 2.0. Lyon, France : IARC

[26] Silverberg E Statical and epidemiologic data on urologic cancer. Cancer 1987;50:692-717

[27] 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

[28] Jemal A, Siegal R, Ward E. Cancer statistics.CA : Cancer J Clin 2008;58:71-6.

[29] Dominique S, Michaud, SC. D Seminar article : Chronic Inflammation and bladder cancer. Urological Oncology :Seminars and Original Investigations 25(2005) 260-8. Department Of Epidemiology, Havard School Of Public Health, Boston, MA 02115, USA.

[30] Ferlay, Bray, Pisani Globocan 2000 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 IARC Cancer Base n°5, 2001.Lyon, IARC Press.

[31] Al Hilal M Pronostic des cancers en fonction de leurs stades cliniques Le cancer au Maroc 2007,05.

[32] 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

[33] 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

[34] VINEIS P, SIMONATO L, Proportion of lung and bladder cancers in MALES RESULTING FROM OCCUPATION: A SYSTEMATIC APPROACH. ARCH Environ Health 1991 ; 46:6-l 5.

[35] 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.)

[36] 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.

[37] 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.

[38] BOFFETTA P, JOURENKOVA N, GUSTAVSSON P. Cancer risk from occupational and environmental exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons. Cancer causes control 1997; 8:444-72

[39] KLRKALI Z, CHAN T, MANOHARAN M, ET AL. bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. urology 2005;66:4-34

[40] MARC COLOMBEL, MARK SOLOWAY, HIDEYUKI AKAZA, ET AL.epidemiology, staging, grading, and risk stratification of bladder Cancer, european urology suppléments 7(2008) 618-626

[41] Mungadi IA, Malami SA. Urinary bladder cancer and schistosomiasis in North-Western Nigeria. West Afr J Med. 2007;26 (3):226-229.

[42] TEILLAC P. Tumeurs de vessie : diagnostic, formes cliniques, marqueurs. EMC : Nephro-Uro 1995, 18-243-A-30.

[43] TEILLAC P. Tumeurs de vessie: diagnostic, formes cliniques, margeurs EMC (Paris) Urologie 1995,18-243-A-30

[44] IRANI JACQUES, Tumeurs urotheliales. Progrès en Urologie (2007), 17, 1065-1098)

[45] GOESSL C, KNISPEL HH, MILLER K, MAGNUSSON A. Is routine excretory urography necessary at first diagnosis of bladder cancer?. JUROL1997,157 :480-1

[46] ROY C, BEAUJEUX R, CAMPOS M, LE BRAS Y. pathologie tumorale de la vessie. 1994 EMC, 34403 A10

[47] ROY C, SPITTLER G, MOREL M, JACQMIN 0, Cancer de la vessie. Feuillets de radiologie ; 1991, 31, N°1, 1-8

[48] https://docteur-bron-urologue.fr/polype-de-vessie-tumeur-de-vessie/

[49] BROLLER MJ. Markers in bladder cancer - issues to consider, J. urol. 1998; 160(6): 2009-2010.

[50] SIMON MA, LOKESHWAR VB, SOLOWAY MS. REVIEW: current bladder cancer TESTS: unnecessary or beneficiat? crit. rev. ONCOL. Hematol. 2003; 47(2): 91-107)

[51] BROWN FM. Urine cytology, Is it still the gold standard for screening? Urol. Clin. n. Am. 2000; 275(l):25-37.

[52] 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

[53] Anderson EM, Murphy R, Rennie AT, Cowan NC. Multidetector computed tomography urography (MDCTU) for diagnosing urothelial malignancy. Clin Radiol 2007;62:324—32.

[54] Vikram R, Sandler CM, Ng CS. Imaging and staging of transitional cell carcinoma: part 2, upper urinary tract. AJR Am J Roentgenol 2009;192:1488—93.

[55] Ghafoori M, Shakiba M, Ghiasi A, Asvadi N, Hosseini K, Alavi M. Value of MRI in local staging of bladder cancer. Urol J 2013;10:866-72.

[56] Rajesh A, Sokhi HK, Fung R, Mulcahy KA, Bankart MJ. Bladder cancer: evaluation of staging accuracy using dynamic MRI. Clin Radiol 2011;66:1140-5.

[57] Viswanath S, Zelhof B, Ho E, Sethia K, Mills R. Is routine urine cytology useful in the haematuria clinic? Ann R Coll Surg Engl 2008;90:153-5.

[58] 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

[59] 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,)

[60] M. Rouprêta,*, y. Neuzilleta, A. Masson-Lecomtea, P. Colina, E. Compérata, F. Dubosqa, N. Houédéa, S. Larréa, G. Pignota, P. Puecha, M. Roumiguiéa, E. Xylinasa, A. Méjeana. Progrès en Urologie (2016), 27, Suppl. 1 S67-S92

Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Tumeurs de la vessie CCAFU french national guidelines 2016-2018 on bladder cancer

[61] Anatomie pathologique A. définition et classification des tumeurs infiltrantes de vessie.Prog. Urol. 2002, 1 2 (N0 5): 773-779

[62] Dubernard J.M. – Abbou C. Dérivations urinaires. Chirurgie urologiques, EditionMASSON, Chapitre 26 : pages 239 -274

[63] Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration.SurgClin North Am, 1950, 30: 1511 -1530

[64] Mejean A, Davody P, Chretien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non continentes définitives. Techniques chirurgicales-urologie [41 - 213] (1996)

[65] Zerbib M, Slama J, Bouchot O. Les derivations urinaires, techniques chirurgicales (partie 1). Partie B, chapitre II. Prog Urol, 2002, 12, 5, 857-874

[66] Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration.SurgClin North Am, 1950, 30: 1511 -1530.

[67] Dubernard JM. – Abbou C. Entérocystoplastie de substitution. Chapitre 27; 265 – 274

[68] 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

[69] 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 franc¸aise 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

[70] 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.

[71] Qualité de vie chez les patients avec remplacement vésical Thèse N° : 020/19 FMPF.

[72] 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

[73] 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

[74] SCHOVER LR, VONESCHENBACH AC. Sexual function and female radical cystectomy : a cases series. J. Urol., 1985, 134, 465- 468.

[75] GLOECKNER M.R. Perceptions of sexual attractiveness following ostomy surgery. Res. Nurs. Health 1984, 7, 87-92.

[76] HARDT J., FILIPAS D., HOHENFELLNER R. , EGLE U. T.: Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. Qual Life Res, 2000, 9: 1-12.

[77] HART S., SKINNER E. C., MEYEROWITZ B. E., BOYD S., LIESKOVSKY G. , SKINNER D. G.: Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in patients with an ileal conduit, cutaneous or urethral kock pouch. J Urol, 1999, 162: 77-81.

[78] CHADWICK D.J., STOWER M.J. Life with a urostomy. Br. J. Urol., 1990, 65, 189-191.

[79] JONES M.A., BRECKMAN B., HENDRY W.F. Life with an ileal conduit: results of questionnaire surveys of patients and urogical surgeons. Br. J. Urol., 1980, 52, 21-25.

[80] FOSSA S.D., REITAN J.D., OUS S., KAALHUS O. Life with an ileal conduit in cystectomized bladder cancer patients: expectations and experience. Scand. J. Urol. Nephrol., 1987, 21, 97-101.

[81] MANSON A., JOHNSON G., MANSON W. Quality of life after cystectomy: comparison between patients with conduit and those with continent caecal reservoir urinary diversion. Br. J. Urol., 1988, 62, 240-245.

[82] NORDSTRÖM G., NYMAN C.R., THEORELL T. Psychosocial adjustment and general state of health in patients with ileal urinary diversion. Scand. J. Urol. Nephrol., 1992, 26, 139-147

[83] HCP, RGPH 1994, 2004 et 2014

[84] https://www.portailsudmaroc.com/actualite/12292/la-banque-mondiale-dresse-un-rapport-choquant-sur-la-pauvret-au-maroc

[85] Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. http://www.ondh.ma/

[86] Institut national Belge d'assurance maladie-invalidité https://www.inami.fgov.be/

[87] L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) http://www.anam.ma/regulation/referentiel-des-dispositifs-medicaux/

[88] Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaie de Belgique – Fédération nationale des infirmières de Belgique

[89] https://simulation.mmsp.gov.ma/salaire/

[90] FOUQUET E., NEEFS H.Dictionnaire Encyclopédique. Paris : Hachette, 1997, p10.

[91] ASSAL J-P., LACROIX A. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Vigot, 1998.

[92] FOUQUET E., NEEFS H.Dictionnaire Encyclopédique, Paris : Hachette, 1997, p601.

[93] DURAND-GASSELIN, Qu'est-ce que l'éducation pour la santé du patient ? Août 2003.

[94] DREVET S., JOURNIAC C., et al. Soins IDE II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégie de recherche. Paris : Masson, 2002, p195.

[95] Décret n° 2-17-535 du 7 Moharrem 1439 (28 septembre 2017) portant statut particulier du corps interministériel des infirmiers et des techniciens de santé. http://bdj.mmsp.gov.ma/Fr/Document/10312-D%C3%A9cret-n-2-17-535-du-7-moharrem-1439-28-septembr.aspx?KeyPath=594/596/599/600/10312

[96] BABAIAN R.J., SMITH D.B. Effect of ileal conduit on patients' activities following radical cystectomy. Urology, 1991, 37, 33-35

[97] CICCHETTI 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.

[98] BRICKER E. M.: Bladder subtitution after pelvic evisceration. Surg Clin North Am, 1950, 30: 1511-1530.

[99] Miah S, et al. Islam and the Urinary Stoma: A Contemporary Theological and Urological Dilemma. Eur Urol Focus (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j.euf.2017.06.015

[100] Pfister C, Roupret M, Neuzillet Y, Larre S, Pignot G, Quintens H, et al. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie. Prog Urol 2013;23:S105-25.

[101] Dobbs RW, Hugar LA, Revenig LM, Al-Qassab S, Petros JA, Ritenour CW, et al. Incidence and clinical characteristics of lower urinary tract symptoms as a presenting symptom for patients with newly diagnosed bladder cancer. Int Braz J Urol 2014;40:198-203

[102] Hafeez S, Huddart R. Advances in bladder cancer imaging. BMC Med 2013;11:104.

[103] Alfred Witjes J, Lebret T, Comperat EM, Cowan NC, De Santis M, Bruins HM, et al. Updated 2016 EAU Guidelines on Muscleinvasive and Metastatic Bladder Cancer. Eur Urol 2016

[104] Yin M, Joshi M, Meijer RP, Glantz M, Holder S, Harvey HA, et al. Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Two-Step Meta-Analysis. Oncologist 2016;21:708-15.

[105] Sanchez-Ortiz RF, Huang WC, Mick R, Van Arsdalen KN, Wein AJ, Malkowicz SB. An interval longer than 12 weeks between the diagnosis of muscle invasion and cystectomy is associated with worse outcome

[106] Bochner BH, Sjoberg DD, Laudone VP, Memorial Sloan Kettering Cancer Center Bladder Cancer Surgical Trials G. A randomized trial of robot-assisted laparoscopic radical cystectomy. N Engl J Med 2014;371:389-90.

[107] Witjes JA, Comperat E, Cowan NC, De Santis M, Gakis G, Lebret T, et al. EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2013 guidelines. Eur Urol 2014;65:778-92.

[108] IRANI JACQUES, Tumeurs urotheliales. Progrès en Urologie (2007), 17, 1065-1098.