



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N° 001/20

QUALITÉ DE VIE APRÈS CYSTECTOMIE : COMPARAISON ENTRE DÉRIVATION BRICKER ET REMPLACEMENT VÉSICAL (à propos de 32 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/01/2020

PAR

M. Youssef Oubelkacem

Né le 08 Février 1995 à Figui

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Qualité de vie – Cystectomie– Dérivation Bricker – Remplacement vésical

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN	PRÉSIDENT
Professeur d'Urologie	
M. EL AMMARI JALAL EDDINE.....	RAPPORTEUR
Professeur d'Urologie	
M. TAZI MOHAMMED FADL.....	JUGES
Professeur d'Urologie	
M. MELLAS SOUFIANE	JUGES
Professeur d'Anatomie	
M. AHSAINI MUSTAPHA.....	MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistant d'Urologie	

PLAN

ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
QUALITE DE VIE	10
1. Généralités	10
2. Définition	11
3. Mesure de la qualité de vie	12
RAPPEL ANATOMIQUE	15
I. La vessie	16
1. Introduction	16
2. Anatomie descriptive de la vessie	16
3.1. Situation	16
3.2. Morphologie	19
3.3. Capacité et dimensions	19
3.4. Moyens de fixité	19
3.5. Structure	20
3. La loge vésicale	23
4.1. Définition et limites de la loge vésicale	23
4.2. Situation	25
4.3. Parois de la loge vésicale	27
4.4. Rapports de la loge vésicale	29
4. Vascularisation de la vessie	36
1.1. Vascularisation artérielle	36
1.2. La vascularisation veineuse.....	37
1.3. Lymphatique	40
5. Innervation	41
II. LES URETRES	42
1. Configuration externe	42

2.1. Origine, terminaison	43
2.2. Situation, trajet	43
2.3. Dimension	44
2. Configuration interne.....	45
4.1. La muqueuse.....	45
4.2. La musculature.....	45
4.3. L'adventice	46
3. Moyens de fixité	46
4. Rapports.....	46
1.1. Uretère lombaire	46
2.1. Uretère iliaque.....	47
3.1. Uretère pelvien	47
4.1. Portion vésicale	48
5. Vascularisation des uretères	50
1.1. Vascularisation artérielle	50
1.2. Vascularisation veineuse.....	50
1.3. Vascularisation lymphatique	50
6. Innervation des uretères	51
III. Anatomie du jéuno-iléon	52
1. Aspect morphologique	52
1.1. La configuration externe	52
1.2. La configuration interne	52
2. Aspect topographique	53
3. Moyens de fixité	55
4. Le méésentère	57
5. Vascularisation	57
6. Innervation	61

LA CYSTECTOMIE TOTALE.....	62
I. Introduction.....	63
II. Délai entre le diagnostic de TVIM et la cystectomie totale	64
III. Préparation préopératoire pour la cystectomie	65
IV. Types d'anesthésies	66
V. Techniques chirurgicales.....	67
1. Installation et voie d'abord	67
2. Exérèse vésicale chez l'homme	69
2.1. Temps latéraux	69
2.2. Temps antérieur.....	71
2.3. Temps postérieur	73
3. Cystectomie totale avec exérèse de l'urètre chez la femme	76
3.1. Temps périnéal	76
3.2. Temps abdominal	77
4. Curage ganglionnaire	81
REEMPLACEMENT VESICAL	83
I. Généralités	84
II. Sélection des patients	86
1. Indications	86
2. Contre-indications	86
III. Techniques de remplacement	91
1. Technique d'entérocystoplastie de Camey 2	91
2. Technique d'enterocystoplastie de hautmann	94
3. Technique d'enterocystoplastie de studer	98
4. Technique d'enterocystoplastie « vescica ileale padovana » ou Vessie de padoue	100
5. Technique d'enterocystoplastie en z de FOCH	101
6. Technique d'entérocystoplastie en W de GHONEIM	105

URETEROSTOMIE CUTANEE TRANS-ILEALE OU OPERATION DE BRICKER	108
I. Préparation du patient	109
II. Repérage du site de stomie	109
III. Techniques chirurgicales	109
MATERIEL ET METHODES	119
1. Objectif de l'étude	120
2. Type de l'étude	120
3. Population d'étude	120
3.1. Critères d'inclusion	120
3.2. Critères d'exclusion	120
4. Terrain et période d'étude	121
5. Support des données	121
RESULTATS	122
1. Description population d'étude	123
1.1. L'Age	123
1.2. Le sexe	124
1.3. Le tabagisme	125
1.4. Les tares associées	126
1.5. La présentation clinique	126
1.6. La classification histologique	128
2. Evaluation de la qualité de vie	129
2.1. Activités quotidiennes	129
2.2. Activités sexuelle	130
2.3. Troubles urinaire	133
2.4. Sur le plan physique	137
2.5. Sur le plan psychique	139
2.6. Activités professionnels	141

2.7. Problèmes financiers	143
2.8. Satisfaction globale	145
ANALYSE STATISTIQUE.....	147
1. Caractéristique de la population	149
2. Activité sexuelle	150
3. Troubles urinaire	151
4. Sur le plan physique	153
5. Sur le plan psychique	155
6. Activités professionnels	157
7. Problèmes financiers	158
8. La satisfaction globale	160
9. Limite de l'étude	160
DISCUSSION.....	161
CONCLUSION.....	185
RESUMES	187
ANNEXES	194
BIBLIOGRAPHIE	235

ABREVIATIONS

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

INTRODUCTION

La cystectomie est une intervention urologique majeure ayant un retentissement important sur l'image corporelle ainsi que sur la qualité de vie des patients. L'indication principale reste carcinologique avec le cancer de la vessie infiltrant le muscle (TVIM) non métastatique, les tumeurs non urothéliales et les échecs des traitements conservateurs en cas de tumeurs non infiltrantes. [1]

Le sacrifice consenti par l'ablation de la vessie ou la perte de la fonction du réservoir vésical a poussé de nombreuses équipes à rechercher les moyens de dériver les urines.

Après exérèse de la vessie, les urines sont soit dérivées en externe type Bricker, soit en interne en créant un remplacement orthopédique ou néo vessie, dont le choix dépend de critères liés à la tumeur et aux patients. [2]

Cet événement traumatique est associé à des modifications significatives de la fonction urinaire, sexuelle, relations interpersonnelles et le stress psychosocial qui affectent la qualité de vie perçue par le patient.

La forme optimale de dérivation urinaire après une cystectomie radicale en termes de qualité de vie du patient reste controversée. Un obstacle majeur à l'évaluation de la qualité de vie du patient après la dérivation des urine est l'absence de définition universelle du terme «qualité de vie» qui peut différer d'une culture à l'autre; pays et groupes d'étude.

QUALITE DE VIE

1. Généralités :

Dès 1947, la définition de la santé s'écartait d'une objective restrictive absence de maladie ou d'handicap, pour s'élargir à un état de complet bien-être physique, mental et social selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). [3]

Le mot bien être était mentionné, mais il fallut d'autres modifications conceptuelles de la santé pour voir apparaître celui de la qualité de vie.

Le concept de la qualité de vie (QDV) est apparu aux Etats-Unis dans les années 1970. Né dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie, il gagna rapidement celui de la santé. [3]

La notion de qualité de vie semble être survenue dans les suites d'une évolution des trois fondements de la médecine qui sont la maladie, le malade et le médecin.

L'essor de la médecine moderne au cours de la première moitié du XXème siècle a permis de maîtriser les grandes maladies infectieuses dans les pays industrialisés.

L'espérance de vie fut ainsi presque triplée sur les deux derniers siècles en Europe.

La fin du XXème siècle voit alors la prépondérance des maladies chroniques, pour lesquelles la guérison ne pouvant pas toujours être obtenue. Il importe surtout de soulager les patients, de réduire leurs symptômes, et d'améliorer leur qualité de vie.

La prise en charge médicale a pris, elle aussi, un tournant décisif : c'est aussi à la fin du XXème siècle que la relation médecin-malade dite paternaliste s'est

modifiée. Le patient peut participer aux décisions thérapeutiques. Le médecin ne décide plus de façon unilatérale. Afin de mieux percevoir les préférences de son patient, il va s'intéresser à sa qualité de vie.

Les médecins se sont donc attachés à mesurer la qualité de vie et ce concept a pu rejoindre les autres mesures de l'évaluation médicale (biologie, imagerie). [3]

La notion de QDV est complexe et soumise à une évaluation permanente des mentalités quant à la notion de qualité, avec des dimensions sociales, économiques, médicales..., c'est un concept complexe multidirectionnel et subjectif, ainsi difficile à mesurer.

2. Définition :

Intuitivement, la qualité de vie (QDV) est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition.

Selon les auteurs, la QDV apparait 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. [3]

Selon Corten : cette définition varie en fonction de l'importance qu'un individu pourra accorder aux différents aspects de sa vie (santé, famille, finances, environnement...), de ses attentes, de sa culture et de son expérience.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité de vie comme étant : la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes [4]. Il s'agit là d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, religieuses , les relations sociales, et les relations avec l'environnement. [3,4]

La création de l'OMS et l'établissement de la définition multidimensionnelle de la santé, associée aux changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies ont participé à l'éclosion de la QDV relative à la santé en tant que critère de jugement. [4]

En effet La qualité de vie liée à la santé est un concept concernant les caractéristiques et incapacités physiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer satisfaction. [4]

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

Une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

Une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

Ainsi, la QDV relative à la santé est un concept multidimensionnel incluant au minimum les domaines physiques, psychiques et sociaux aussi que les symptômes liés à la maladie et aux traitements.

Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles aux changements.

3. Mesure de la qualité de vie :

Les mesures de QDV, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé.

Ces échelles visent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa QDV.

Le développement d'une échelle est un processus long et complexe. Grace aux plusieurs travaux menés depuis plus de 30 ans, la construction d'une échelle est

maintenant bien codifiée.

Il résulte d'une approche multidisciplinaire nécessitant la collaboration entre cliniciens, statisticiens, linguistes et psychométriciens afin d'obtenir un instrument fiable et validé. [2]

Les principales étapes du développement d'une échelle de QDV sont :

- Génération des items (experts, entretiens, littérature).
- Réduction des items (pré-étude clinique, statistiques).
- Validation psychométrique (étude clinique, statistique).
- Exploitation en clinique.

Les questionnaires doivent être pertinents et simples à comprendre. Les questions sont regroupées par thème pour explorer les différentes dimensions. Classiquement, on admet 4 dimensions pour couvrir le champ des valeurs de la QDV :

Physique : elle comporte l'activité physique quotidienne (possibilité de se déplacer, sommeil, alimentation ...)

Somatique : c'est-à-dire les symptômes et la douleur, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques.

Psychologique : elle comprend la vie spirituelle de l'individu (c'est-à-dire réflexion, pensée, méditation, satisfactions artistiques, prière ...), l'humeur

(Dépression, anxiété), les performances cognitives (mémoire, concentration) et le sentiment de bien-être.

Social : elle porte sur les relations avec autrui au niveau social, professionnel, amical, familial et les satisfactions professionnelles et maritales. [2]

Afin d'évaluer la qualité de vie des patients inclus dans notre étude, nous avons utilisé trois questionnaires :

- a. Un questionnaire contenant 35 questions inspirées du questionnaire validé et

publié en France par Dr Christian Castagnola en janvier 1996. ([ANNEXE 1](#))

- b. Le questionnaire QLQ-30 (Quality of life Questionnaire Core 30) de l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) a été rempli pour chaque patient. ([ANNEXE 2](#))

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

- c. L'auto-questionnaire Bladder cancer Index (BCI) ([ANNEXE 3](#)) : C'est un questionnaire spécifique du cancer de vessie, qui a été traduit et validé en Français et en arabe. Il a été développé par Gilbert et al.

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

- La première partie explore l'état général du patient (7 items) ;
- La deuxième partie explore la fonction urinaire (9 items) ;
- La troisième partie explore la fonction digestive (6 items) ;
- Le supplément, optionnel, apporte des précisions supplémentaires sur la fonction sexuelle, l'image corporelle et le bien-être en général (21 items).

RAPPEL ANATOMIQUE

I. La vessie :

1. Introduction :

Pour pouvoir faire la cystoprostatectomie, il est impératif pour le chirurgien de connaître les bases de l'anatomie de la loge vésicale ainsi que ces moyens de fixité et ses rapports avec les autres organes chez l'homme et la femme. Il faudra aussi connaître la vascularisation artérielle, veineuse et lymphatique en plus de l'innervation de cette organe. Sans oublier de connaître les autres loges et organes impliqués dans la réalisation de ce geste : la loge prostatique chez l'homme, l'appareil génital interne chez la femme (utérus, ovaires, vagin), les différents segments intestinaux en général impliqués dans les dérivations urinaires dont celle de Bricker. [5]

2. Anatomie descriptive de la vessie :

La vessie est un réservoir musculo-membraneux, intermédiaire aux uretères et à l'urètre, et dans lequel les urines sont secrétées de façon continue par les reins, s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions. [6]

3.1. Situation :

La vessie, à l'état de vacuité, est pelvienne. Elle est située en arrière de la symphyse pubienne et du pubis. La vessie pleine, par contre, présente une paroi supérieure qui ascensionne et déborde le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Chez l'homme, elle est en avant des vésicules séminales et du rectum et au-dessus de la prostate.

Chez la femme, elle se situe en avant de l'utérus et du vagin et au-dessus du diaphragme pelvien. [6]

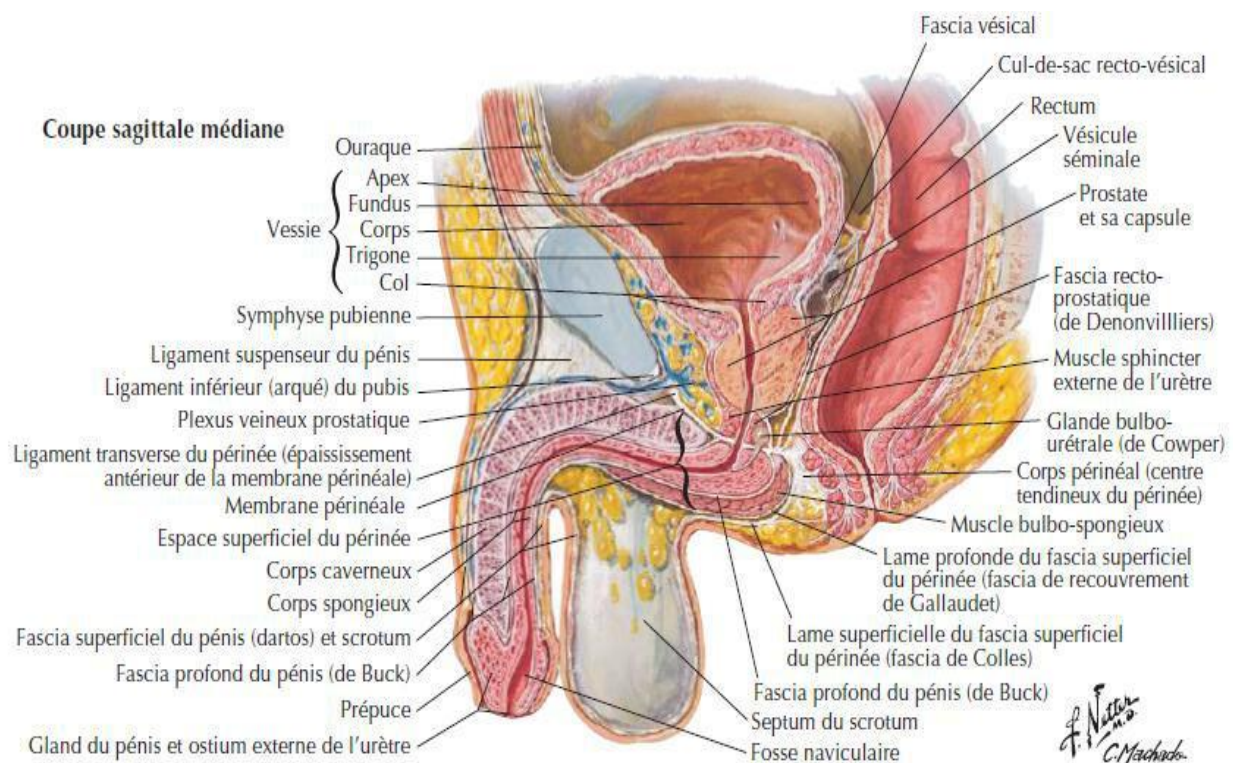


Figure 1 : Coupe sagittale médiane du pelvis chez l'homme [Netter, 7]

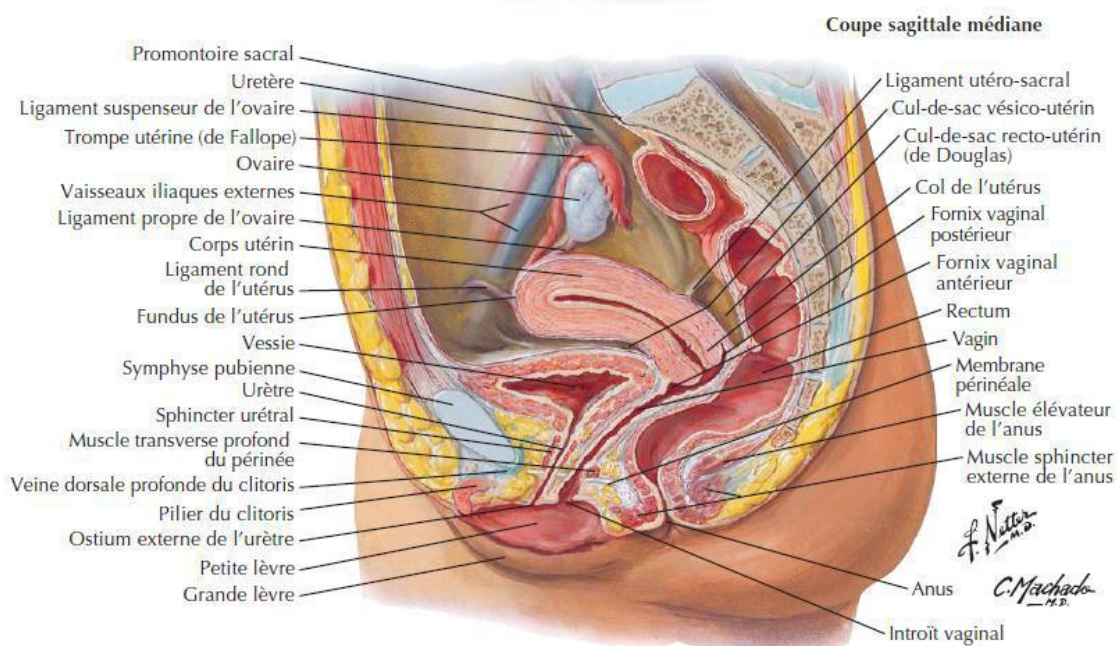


Figure 2 : Coupe sagittale médiane du pelvis chez la femme [Netter,7]

3.2. Morphologie :

La forme de la vessie varie en fonction de l'âge, du sexe et de la réplétion. La vessie vide a une forme de pyramide aplatie de haut en bas et d'arrière en avant, avec plusieurs faces et bords :

- Une face supérieure ou dôme, avec trois bords (latéral droit, latéral gauche et postérieur).
- Deux faces inféro-latérales.
- Un apex antérieur, duquel part le ligament ombilical médian.
- Une face postérieure ou fundus, où se situe le trigone vésical.
- Un col, où commence l'urètre, et présent uniquement en phase de miction.

[8]

La vessie, quand elle est pleine, a une forme de corps globuleux, ovoïde. Sa paroi postérieure se soulève et ses bords s'arrondissent. La déformation est maximale en haut et en arrière. [8]

3.3. Capacité et dimensions :

La vessie vide mesure environ 6 cm de longueur et 5 cm de largeur. Quand elle est pleine, elle double ses dimensions.

La compliance vésicale est importante et dépend surtout de sa face supérieure. Chez l'adulte, la capacité anatomique maximale est de 2 à 3L. La capacité physiologique quant à elle varie entre 150 ml et 500ml : 150 ml (pour le premier besoin d'uriner) et 300 ml (pour le besoin normal). A noter que la capacité vésicale de la femme est plus importante que celle de l'homme. [6,8]

3.4. Moyens de fixité :

Ils sont tout d'abord représentés par la connexion de la vessie avec l'urètre chez la femme et la base prostatique chez la femme. Et aussi par les ligaments pubo-

vésicaux qui fixent la partie antérieure et inférieure de la vessie au pubis. L'ouraque et les artères ombilicales oblitérées vont eux se fixer à la face postérieure de l'ombilic.

Et enfin, le péritoine recouvrira la face postérieure et latérale de la vessie.

La cystectomie consistera alors à faire le tour d'exérèse de tous ces moyens de fixité pour but de libérer la vessie. [5, 9,10]

3.5. Structure : (Figure 3,4)

Vide, l'épaisseur de la paroi vésicale est de 8 à 15 mm ; pleine, elle n'est plus que de 2 à 5 mm Elle présente de l'extérieur vers l'intérieur :

- Une tunique externe constituée du fascia vésical (ou tunique adventice) qui est une conjonctivale mais qui est inexistante sur la face supérieure où elle est tapissée par le péritoine.
- Une tunique moyenne appelée détrusor. Elle est constituée de myocytes formant dans leur ensemble un muscle plexiforme et qui est stratifiée selon trois couches souvent mal définie : une couche externe longitudinale, une couche moyenne circulaire, et une couche interne longitudinale qui forme le trigone en continuité avec les fibres musculaires de l'uretère.
- Et enfin, une tunique interne et urothélium qui présente des plis de vacuité qui s'effacent en distension.

Le sphincter vésical est situé au col et est constitué d'une augmentation des fibres musculaires de la couche moyenne. Il sert à la rétention par contraction et à la miction par relâchement. [5]

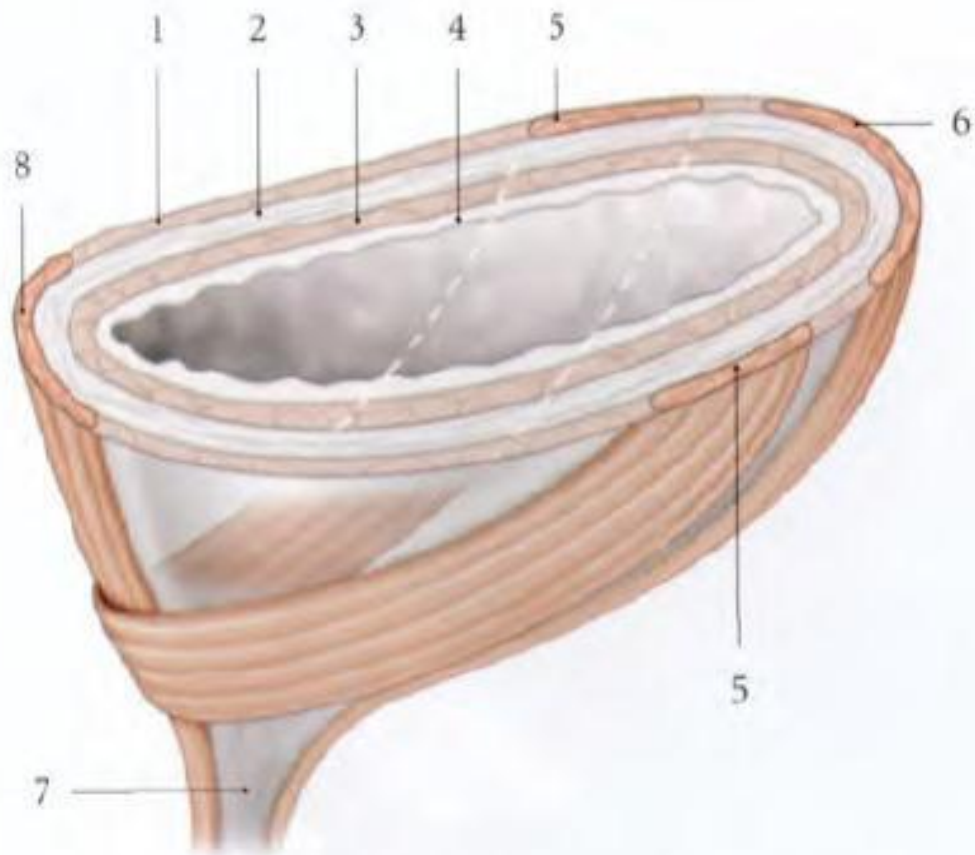


FIG. 5.16. Structure du col vésical chez la femme

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| 1. couche externe | 5. anse cervicale |
| 2. couche moyenne | 6. faisceau longitudinal ant. |
| 3. couche interne | 7. col vésical |
| 4. urothélium | 8. faisceau longitudinal post. |

Figure 3 : Structure du col vésical chez la femme [6]

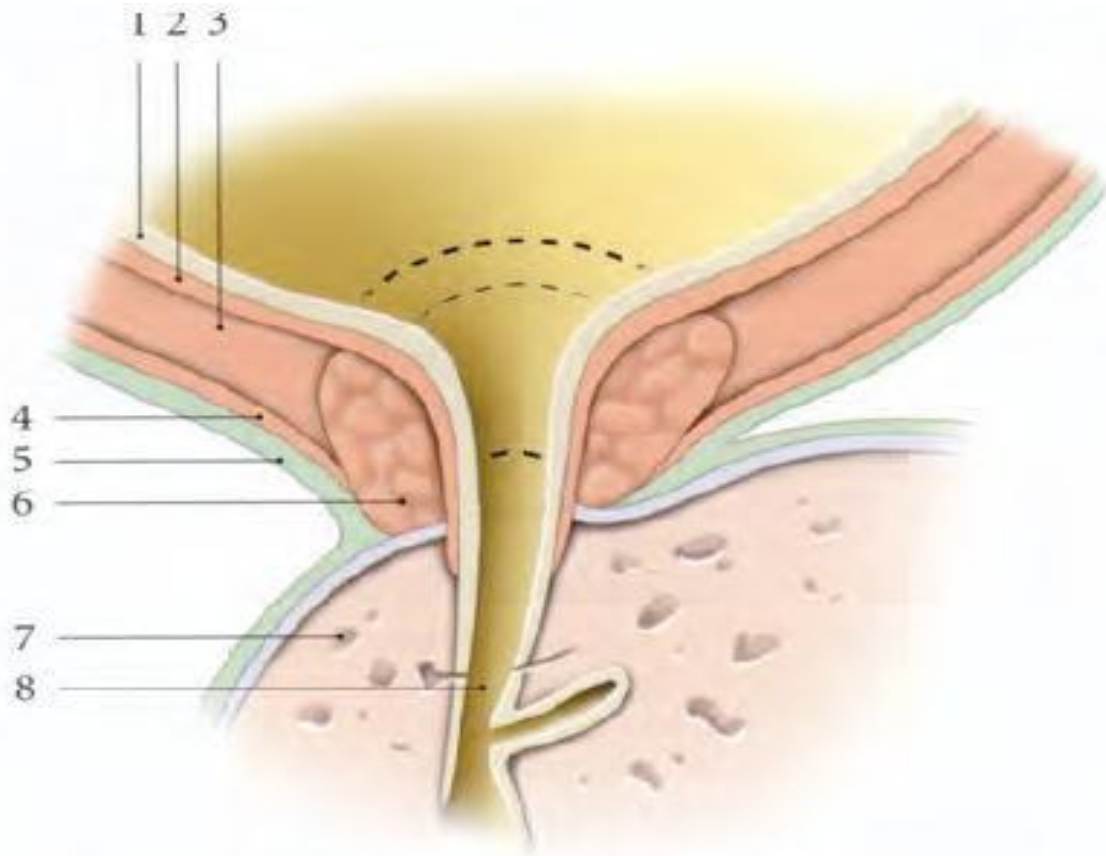


FIG. 5.18. Structure du col vésical chez l'homme
(coupe sagittale médiane)

1. urothélium
2. couche interne
3. couche moyenne
4. couche externe
5. fascia vésical
6. sphincter vésical
7. prostate
8. urètre

Figure 4 : Structure du col vésical chez l'homme [6]

3. La loge vésicale :

4.1. Définition et limites de la loge vésicale :

La loge vésicale est définie comme étant la partie antérieure du compartiment viscéral du pelvis, elle est limitée par: (Figure 5, Figure 6)

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

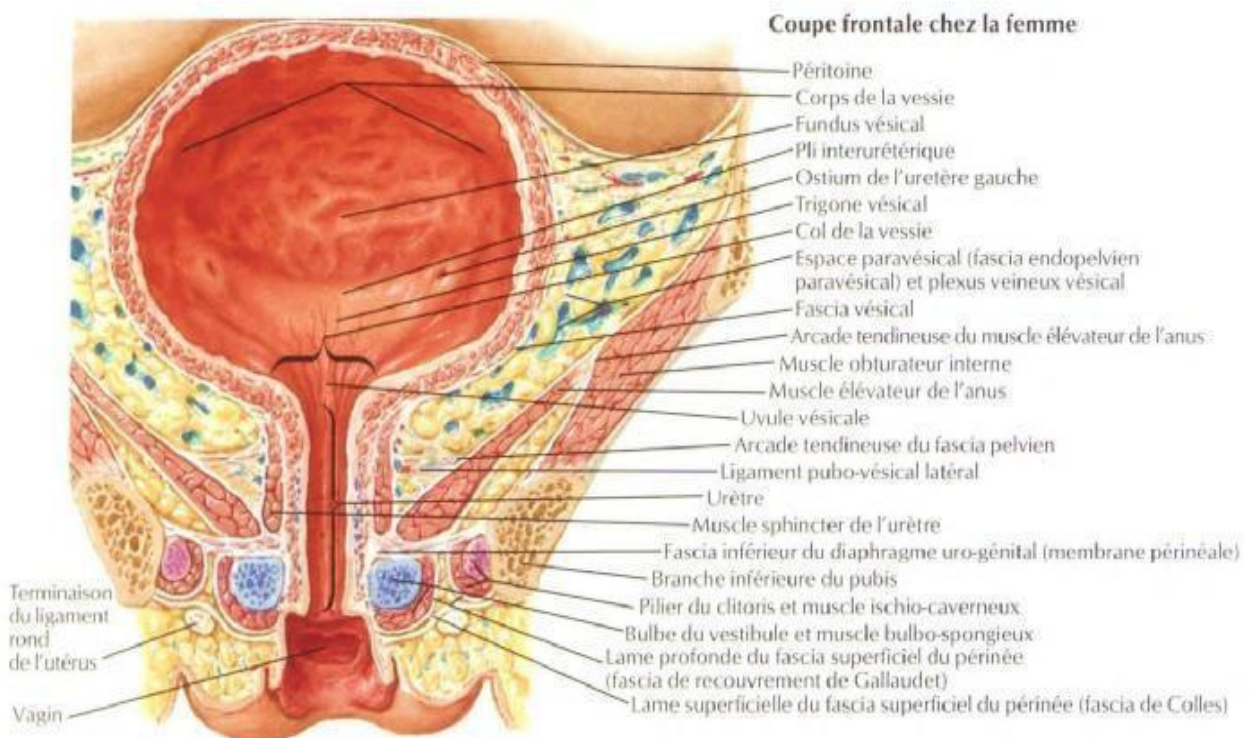


Figure 5 : Coupe frontale chez la femme [Netter, 7]

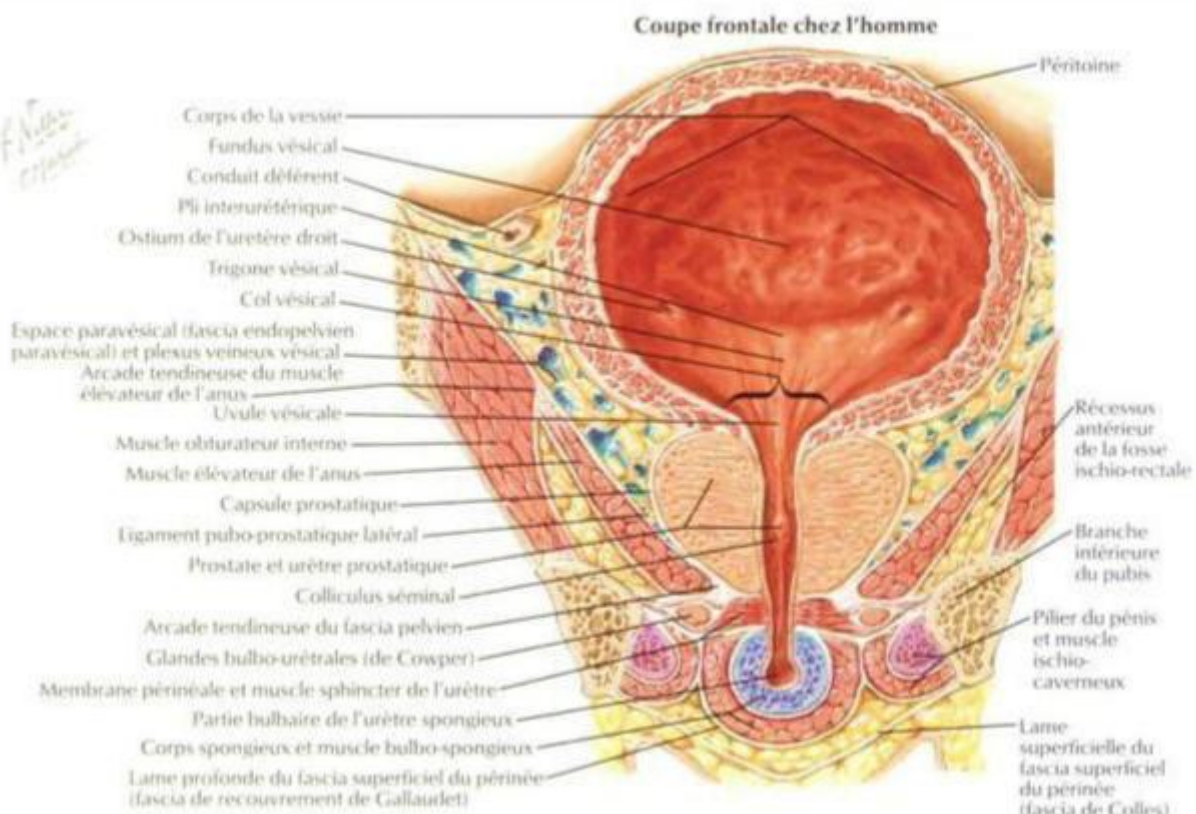


Figure 6 : Coupe frontale chez l'homme [Netter, 9]

4.2. Situation :

La loge vésicale est donc 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 (Figure 7, 8, 9) [5, 9, 10].

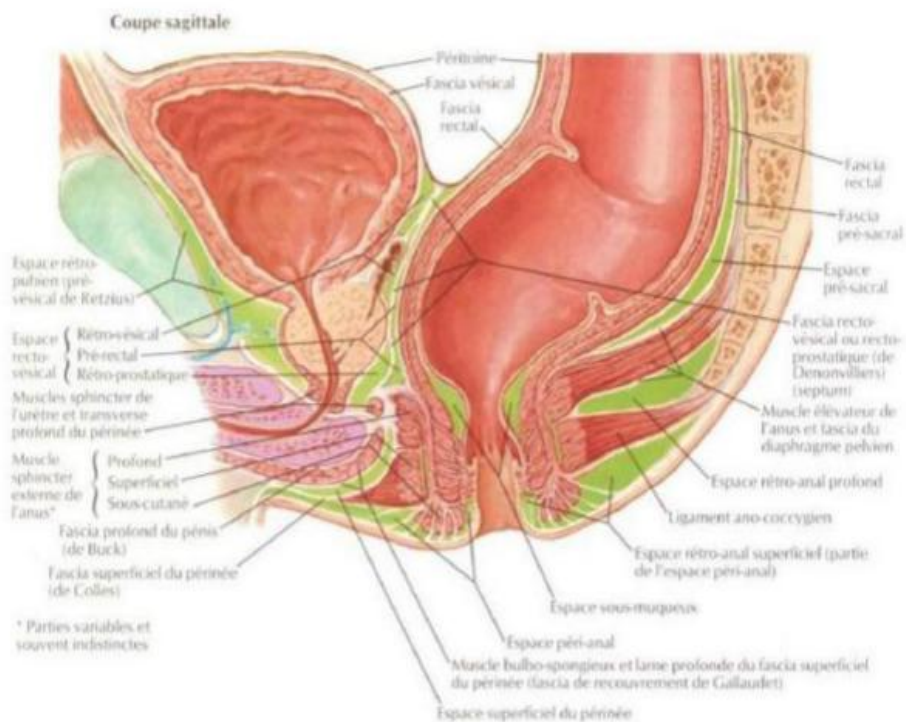


Figure 7 : Espaces pelvi-périnéal chez l'homme (Loge vésicale) [Netter, 7]

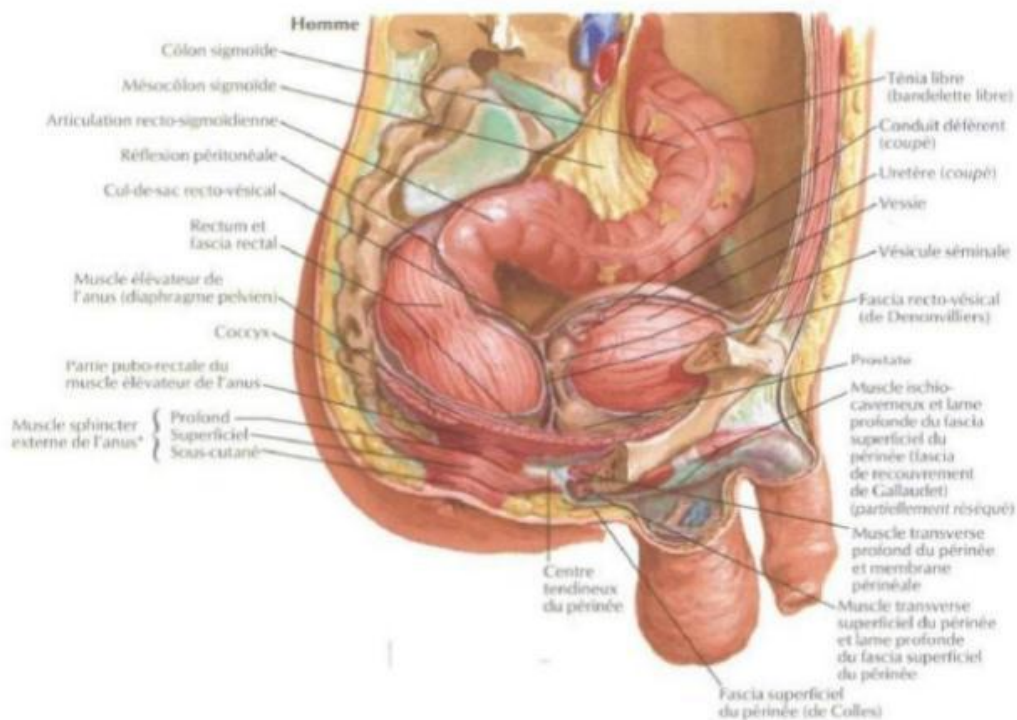


Figure 8 : Coupe sagittale du pelvis et rapports de la vessie [Netter, 7]



Figure 9 : Espaces pelvi-périnéal chez la femme [Netter, 7]

4.3. Parois de la loge vésicale :

3.3.1. Paroi inférieure :

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

Chez l'homme :

La paroi inférieure n'établit qu'une séparation très incomplète et plus ou moins 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 (Figure 6). Comme dans la prostatectomie, ces ligaments sont préservés si possible lors de la cystectomie en cas où un

remplacement de vessie est prévu. Ces ligaments renforcent le néo-sphincter urétral donc un meilleur contrôle de la continence.

- Plus en arrière : la lamelle fibreuse inter-vésico-prostatique, mince lame fibreuse venue de l'aponévrose pelvienne supérieure, ne sépare que très incomplètement la face inférieure de la vessie de la base prostatique. En réalité, base vésicale, base prostatique et urètre sont étroitement solidaires et il est chirurgicalement impossible de les dissocier.
- Encore plus en arrière : la paroi inférieure est formée par le feuillet antérieur de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denon Villiers, 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 [5].

3.3.2. Paroi antérieure :

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

- Latéralement, elle adhère à l'aponévrose pelvienne et aux lames sacro-recto-génito-pubiennes.
- Adhère au péritoine par ses bords postéro-latéraux qui sont sous 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.

3.3.3. 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 postérieure de l'aponévrose ombilico-pré-vésicale.

3.3.4. 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 redescendre sur sa face postérieure et d'aller :

Chez l'homme : former le cul de sac de Douglas

Chez la femme : former le cul de sac vésico-utérin en tapissant la face antérieure de l'utérus [5].

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 sa loge [5].

4.4. Rapports de la loge vésicale :

Ils sont naturellement différents chez l'homme et chez la femme et doivent être envisagés séparément dans les deux sexes.

3.4.1. Rapports chez l'homme :

a. La face supérieure :

Entièrement péritonisée répond à la grande cavité péritonéale, aux anses grêles, parfois au caecum et à l'appendice, et surtout au colon sigmoïde qui est en contact

direct avec le dôme vésical.

La promiscuité entre la vessie et les éléments digestifs qui ne sont séparés que par le péritoine et ne sont limités que par les mésos intestinaux permet le recours aux segments intestinaux dans différentes techniques de dérivations urinaires.

b. La face antéro-inférieure

Répond à l'espace pré-vésical mais ses rapports sont différents selon la vessie si elle est vide ou pleine.

- Lorsque la vessie est vide: elle répond à l'espace pré-vésical de Retzius[11], limité en avant par le pubis, en arrière par l'aponévrose ombilico-pré- vésical, en bas la vessie est unie à la face postérieure par les ligaments pubo-vésicaux qui séparent cet espace pré vésical de la loge pré prostatique contenant le plexus veineux de Santorini [5] ; il n'existe pas de point de passage entre les deux structures [10]. Cette face répond également aux muscles obturateurs internes et releveurs de l'anus, revêtement de l'aponévrose pelvienne.
- Lorsque la vessie est pleine : la face antéro-inférieure remonte largement au-dessus du détroit supérieur et répond à la paroi abdominale par l'intermédiaire de l'aponévrose ombilico-pré-vésicale

c. Les bords latéraux

Longés en arrière par le cordon fibreux de l'artère ombilicale. Répondent à la paroi pelvienne latérale au-dessous du détroit supérieur longé par les vaisseaux iliaques externes.

Le rapport essentiel reste le canal déférent qui, après sa sortie de l'orifice profond du canal inguinal chemine sous la face inférieure du péritoine à laquelle il adhère, croise les vaisseaux iliaques externes puis le pédicule obturateur, il surcroise l'artère ombilicale sur la vessie et va croiser, plus loin la face supérieure de l'uretère et

pénétrer dans la loge génitale entre les deux feuillets de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvillier pour rejoindre le bord interne de la vésicule séminale correspondante avant de se terminer au niveau de la base prostatique. (Figure 9)

d. La base vésicale (figure 11, figure 12)

Contracte des rapports d'une remarquable fixité :

- Tout en avant le col vésical est en rapport avec le bord inférieur de la symphyse pubienne, se continue avec l'urètre et répond à l'échancrure antérosupérieure de la prostate.
- Plus en arrière : Le trigone vésical répond à la base prostatique.
- Encore plus en arrière le bas-fond vésical répond à l'aponévrose prostatopéritonéale contenant la terminaison des deux canaux déférents qui forment à cet emplacement le sillon inter-déférentiel, les vésicules séminales et le plexus veineux séminal.
- Tout en arrière : le feuillet postérieur de l'aponévrose prostatopéritonéale sépare tous ces éléments de la face antérieure de l'ampoule rectale. [5, 9,10.11].

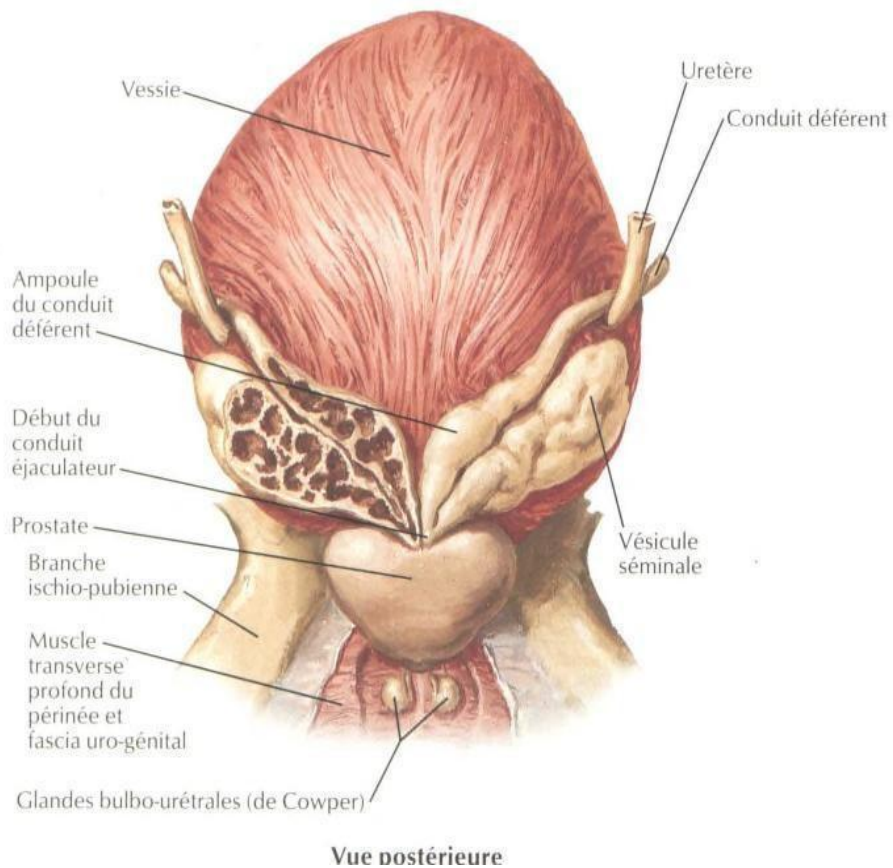


Figure 10 : Vue postérieure de la vessie [Netter, 7]

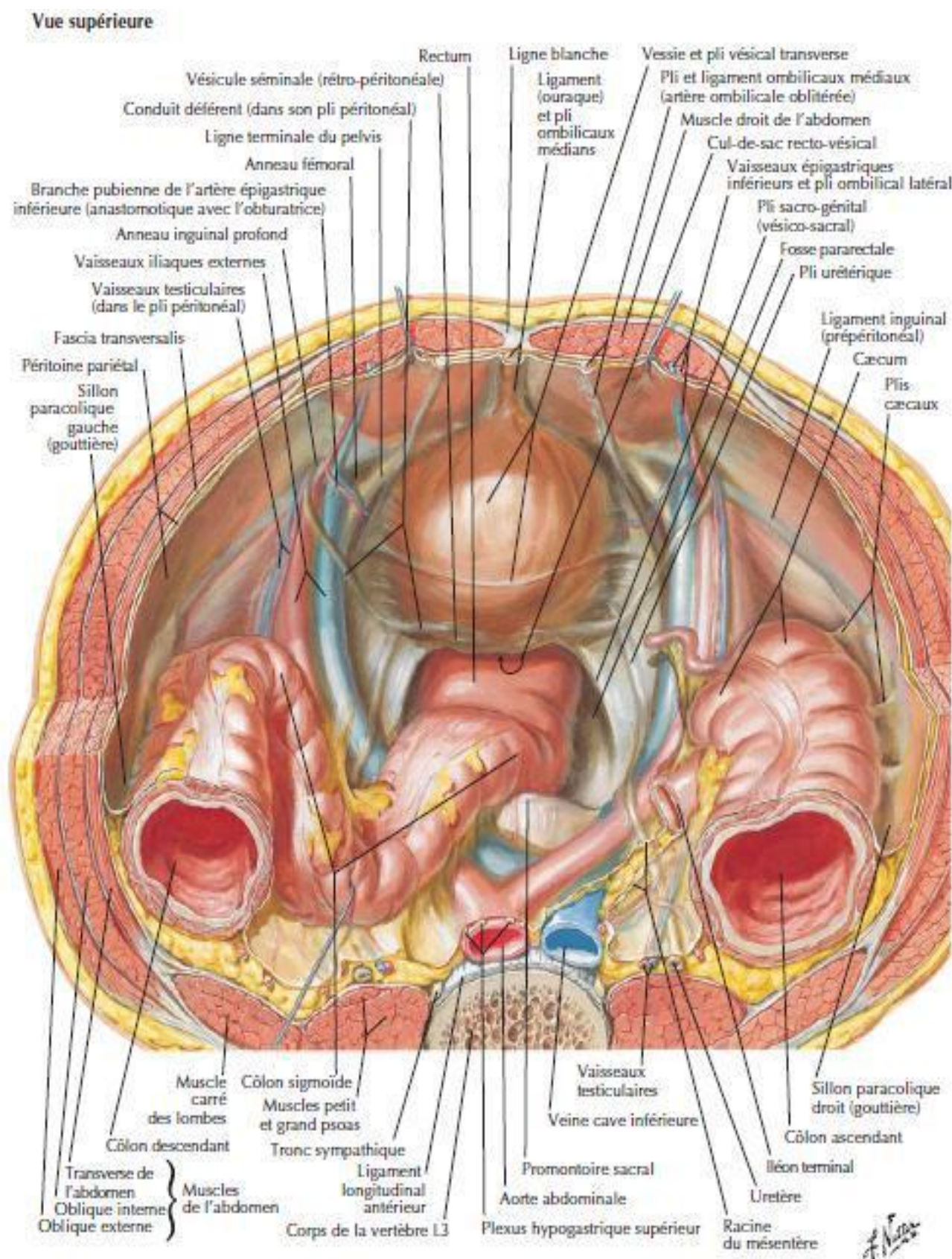


Figure 11 : Vue supérieure du pelvis chez l'homme [Netter, 7]

Sténoses urétéro-Brickeriennes

3.4.2. Rapports chez la femme (fig.10, fig.11)

- **La face supérieure :**

Diffère de l'homme par un colon sigmoïde séparé de la vessie par l'utérus et le ligament large.

Le rapport essentiel en effet s'effectue par l'intermédiaire du cul de sac Vésico-utérin avec la face antérieure de l'utérus et latéralement avec le feuillet antérieur du ligament large.

- **La face antéro-inférieure :**

- **Les bords latéraux :**

Longés par l'artère ombilico-vésicale dans l'épaisseur de l'aponévrose ombilico-prévésicale entrent comme chez l'homme en rapport avec la paroi pelvienne et sont surcroisés, mais généralement à distance par le ligament rond.

- **La base vésicale :**

- En avant, le col vésical se continue avec l'urètre.
- Plus en arrière, le trigone vésical répond à la cloison vésico-vaginale occupée par le tissu cellulo-fibreux du fascia d'Halban qui fournit un excellent plan de clivage, et à la paroi antérieure du vagin.
- Tout en arrière enfin, le bas fond vésical répond au cul de sac vaginal antérieur et au col de l'utérus. [5, 9, 10,11]

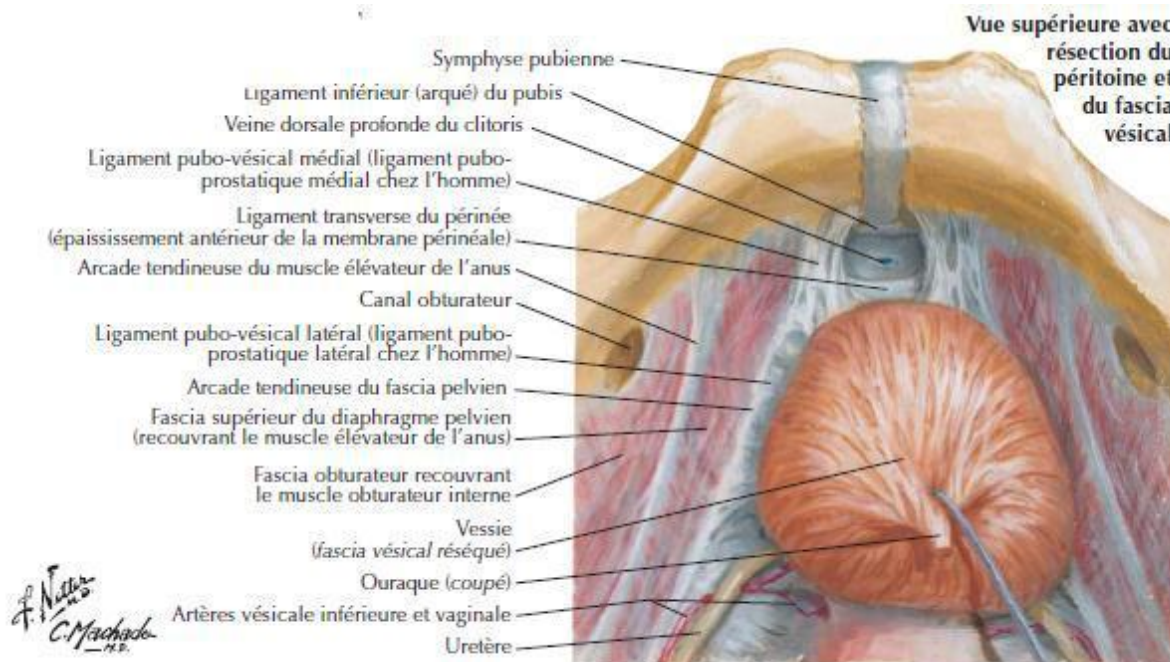


Figure 12: Vue supérieure du pelvis [Netter, 7]

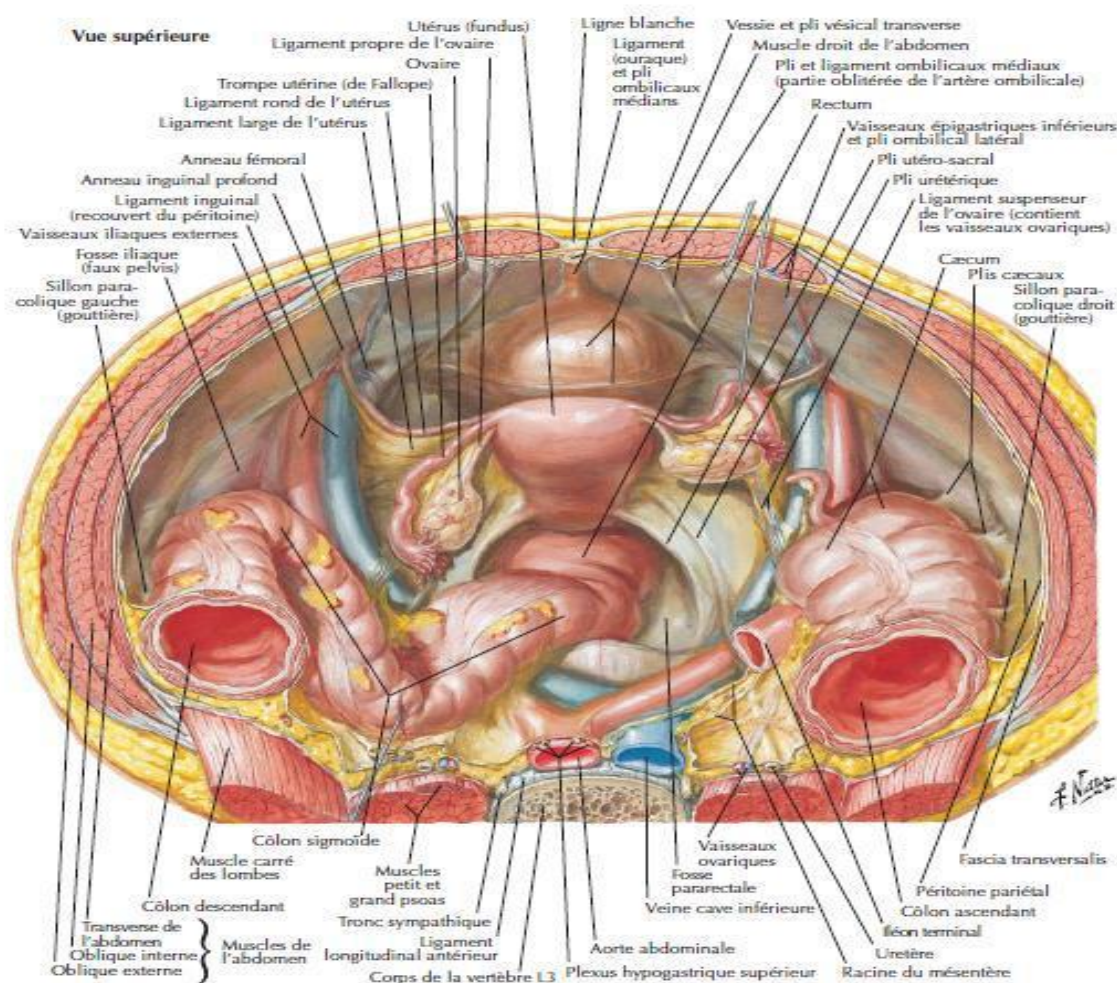


Figure 13: Vue supérieure du pelvis chez la femme [Netter, 9]

4. Vascularisation de la vessie (14-15-16-17) :

1.1. Vascularisation artérielle :

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

Le pédicule supérieur : est formé par trois ou quatre branches qui naissent de la partie perméable de l'artère ombilico-vésicale ainsi que quelques rameaux nés de l'artère obturatrice.

- Le pédicule inférieur : le plus important, d'aspect et de constitution différente chez l'homme et chez la femme.

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

La vésiculo-déférentielle : qui se ramifie à la face postérieure des vésicules séminales ;

L'artère vésico-prostatique : se divise au contact de la base vésicale en une artère prostatique qui descend sur la base des 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 nées de l'artère utérine, cheminant dans la cloison elles se ramifient à la base vésicale. Ce pédicule est complété par quelques rameaux issus de l'artère vaginale longue et des artères cervico-vaginales.

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

1.2. La vascularisation veineuse:

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

Le pédicule antérieur : formé par deux volumineuses veines paramédianes qui se déversent en bas dans le plexus veineux de Santorini.

Le pédicule latéral : le plus important qui se jette dans le plexus veineux vésico-prostatique de là gagne les veines iliaques internes.

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

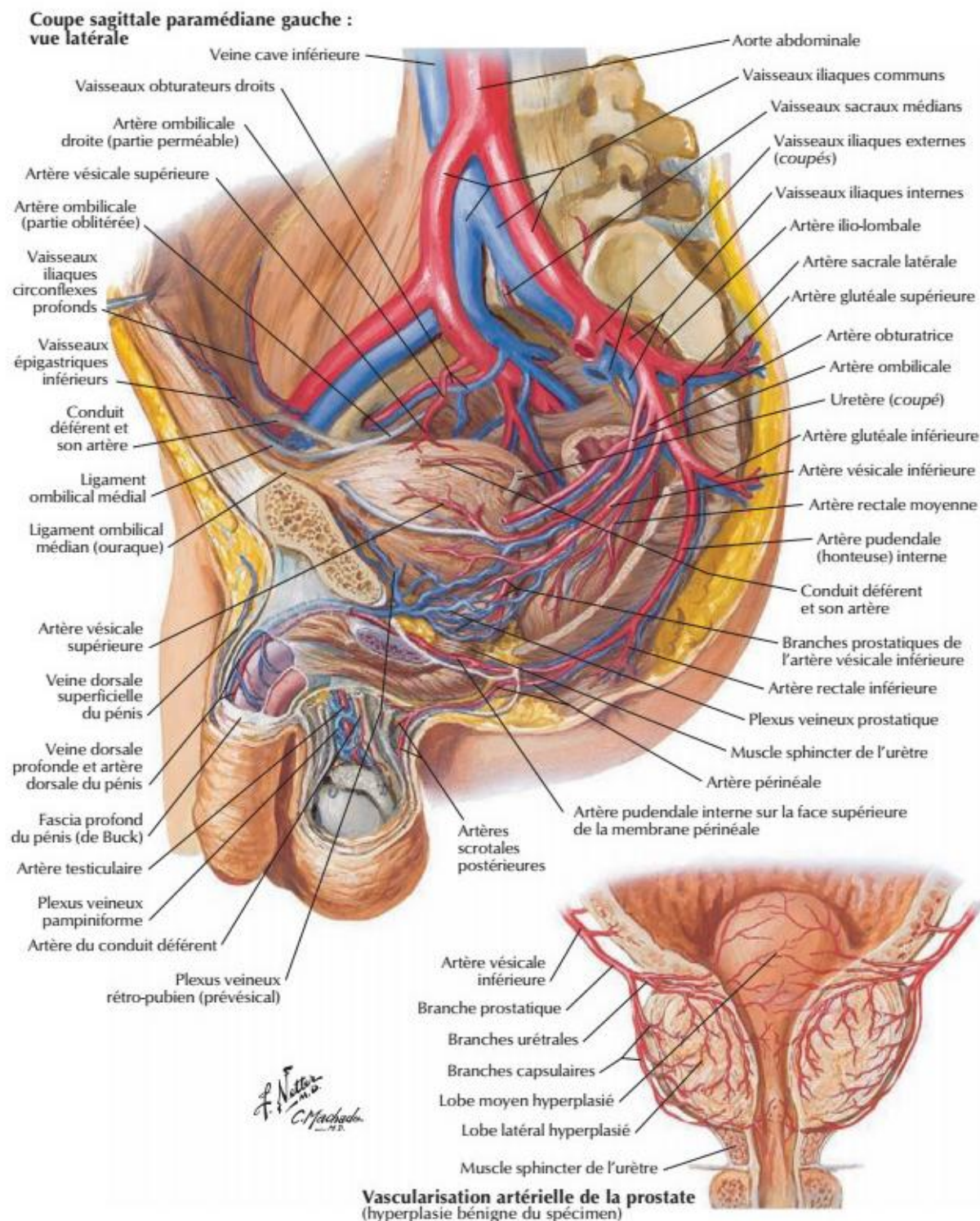


Figure 14: vascularisation des organes pelviens chez l'homme (Frank H., Netter M.D.)

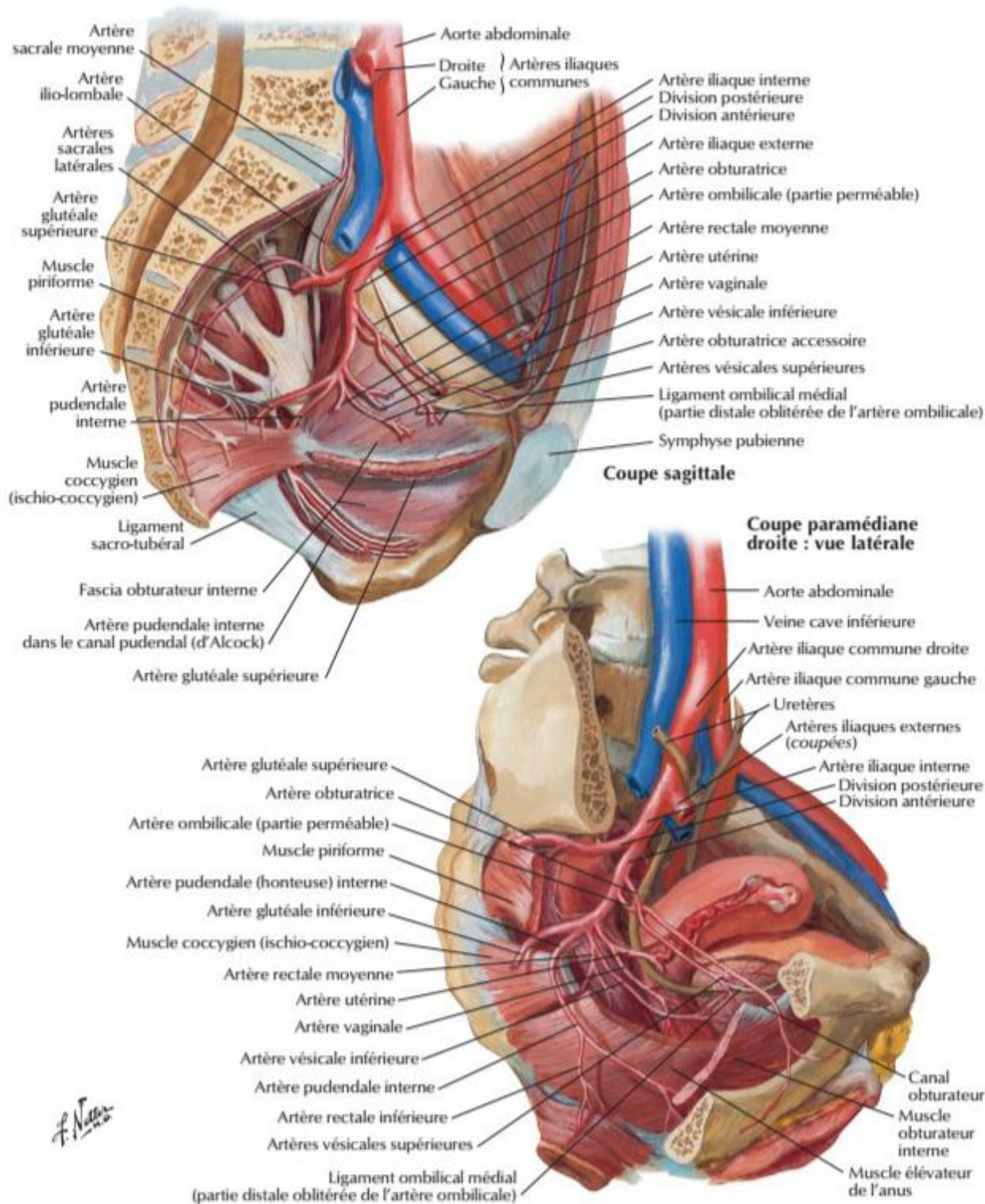


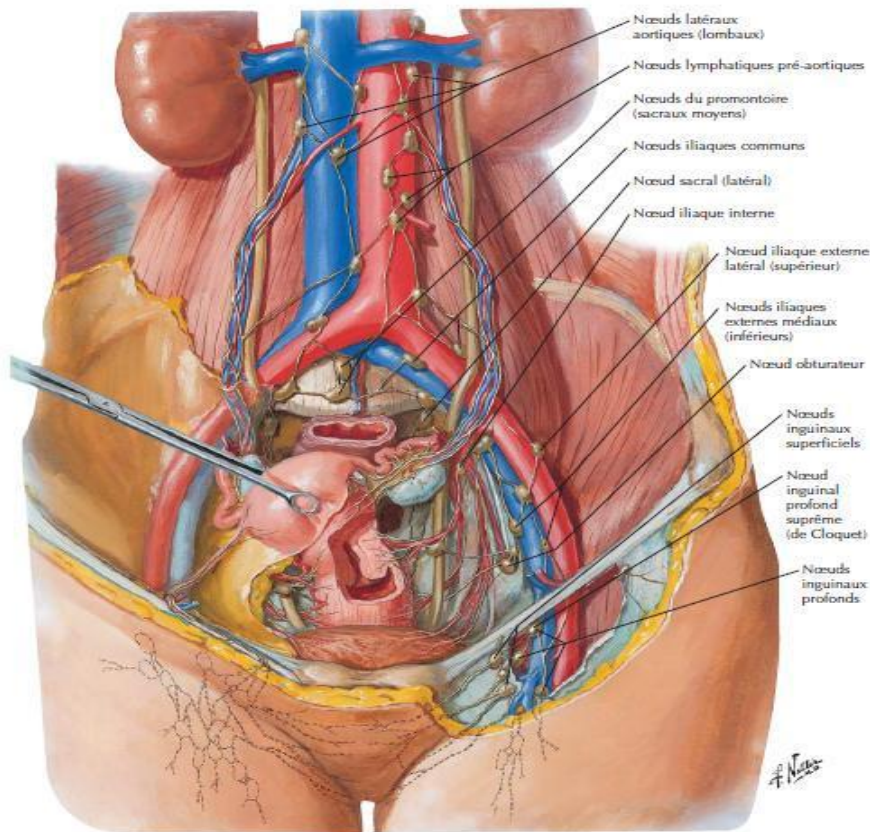
Figure 15: vascularisation des organes pelviens chez la femme

(Frank H., Netter M.D.)

1.3. Lymphatique (Fig.16) :

Les voies de drainage lymphatique de la vessie comportent trois groupes de ganglions dans la systématisation la plus fréquente :

- Les ganglions lymphatiques viscéraux au contact direct des viscères.
- Les ganglions lymphatiques pariétaux du bassin, second relais lymphatique et objet du curage à titre diagnostique. Ils comportent :
 - Les ganglions lymphatiques obturateurs ;
 - Les ganglions lymphatiques iliaques externes ;
 - Les ganglions lymphatiques iliaques internes ;
 - Les ganglions lymphatiques iliaques communs ;
 - Les ganglions lymphatiques pré sacrés latéraux ;
 - Les ganglions lymphatiques extra pelviens à distance pré aorto-cave.
- L'intérêt de connaître ces voies de drainage est d'effectuer un curage ganglionnaire étendu lors de la cystectomie pour cancer de la vessie.



5. Innervation : (figure 17)

Elle se fait par le plexus hypogastrique inférieur qui reçoit :

- Des afférences sympathiques par des nerfs splanchniques sacrés. Les fibres sympathiques stimulent la contraction du col vésical et inhibent les contractions vésicales, elles favorisent donc la réplétion.
- Des afférences parasympathiques par des nerfs splanchniques pelviens, de S2 à S4.
- Les fibres parasympathiques provoquent la contraction de la vessie et l'ouverture du col vésical pour la miction. [6]

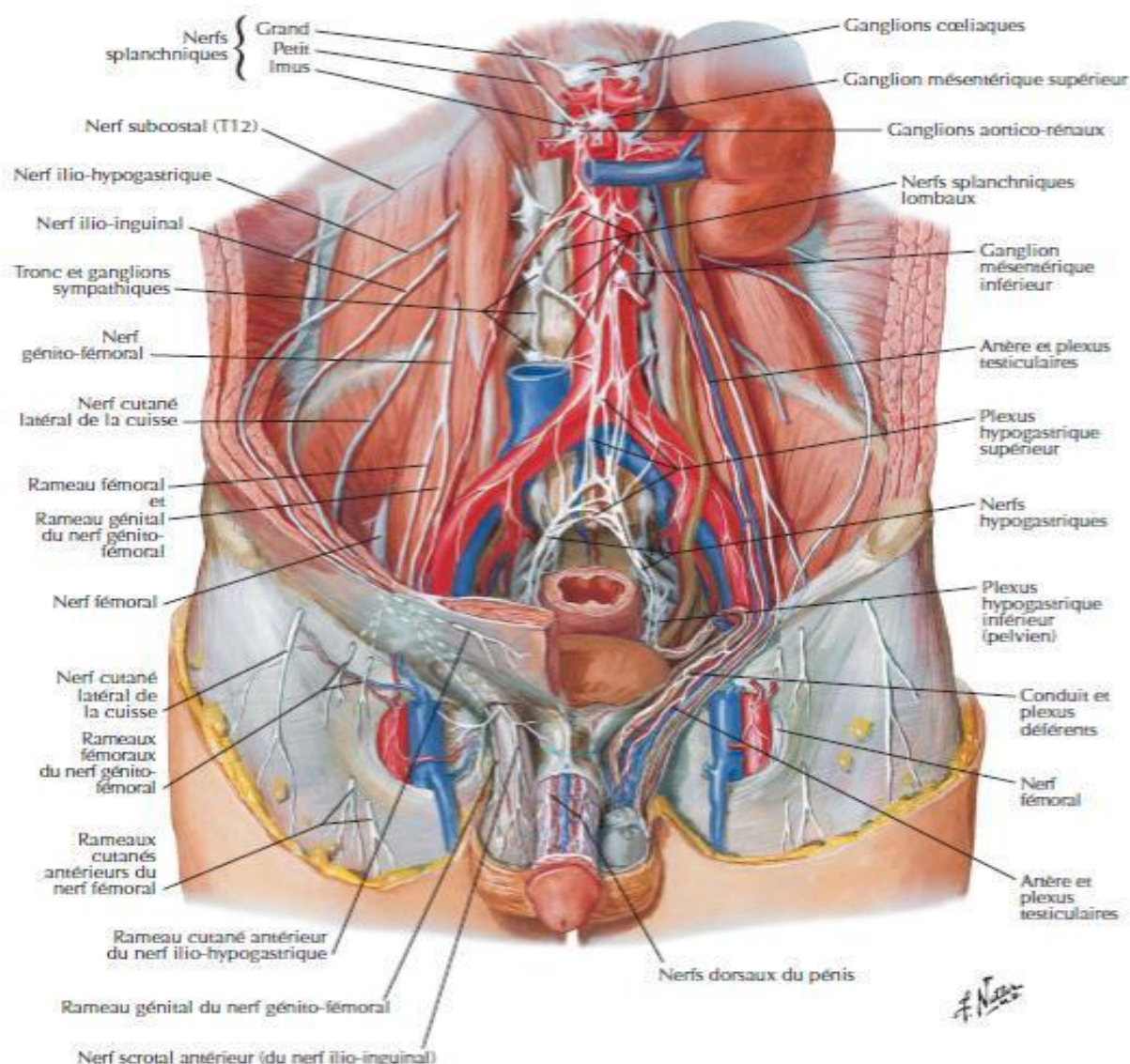


Figure 17: Innervation du pelvis [Netter, 9]

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. [12]

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 [18]

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

Ils sont divisés en quatre segments :

- Lominaire 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 (Figure 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

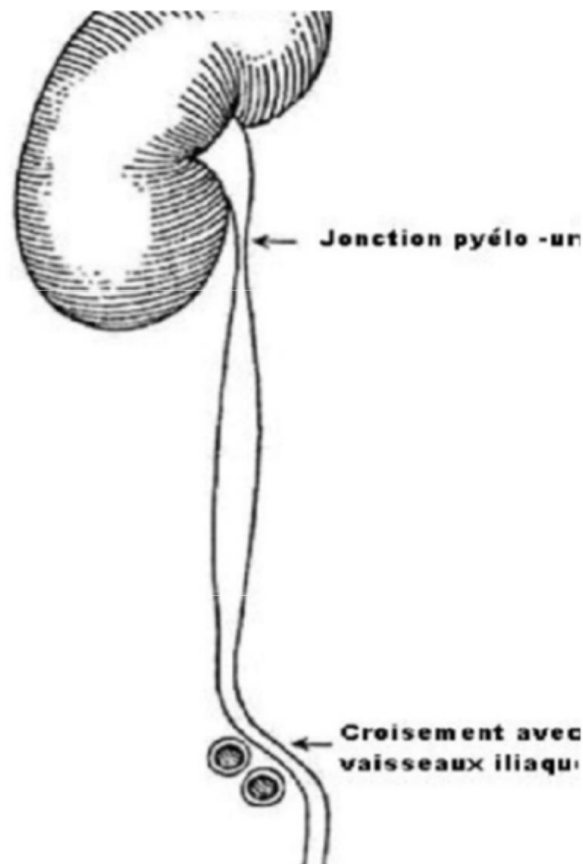


Figure 18 : rétrécissement physiologique de l'uretère [13]

2. Configuration interne (fig.19) :

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 musculuse

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

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 porte-vaisseaux.

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

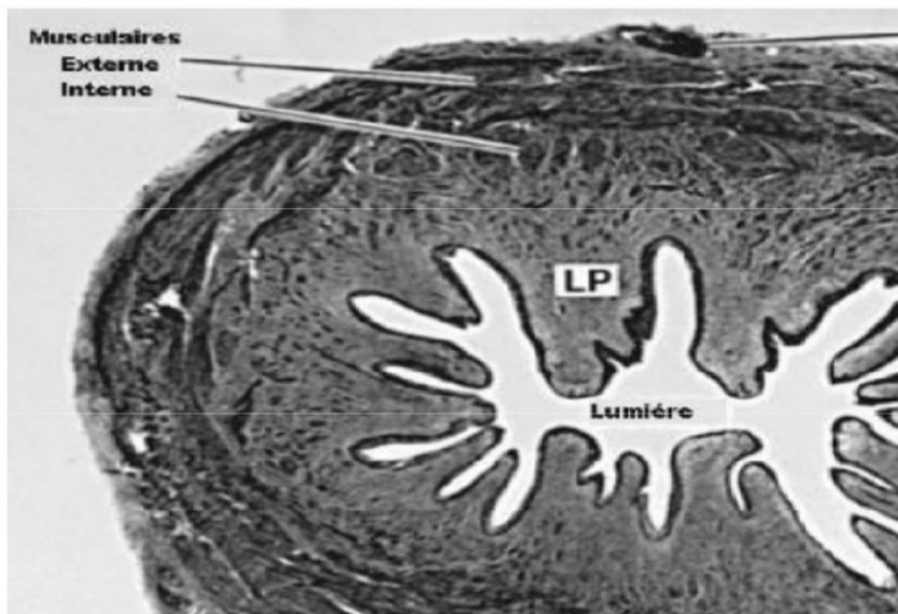


Figure 19 : Coupe transversale de l'urètre d'après Campbell's [13]

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. [14].

4. Rapports (fig.20) :

1.1. Urètre lombaire :

Par l'intermédiaire de la graisse para-rénale de la région lombaire, ils reposent sur

le fascia iliaque qui recouvre le muscle grand psoas. La jonction pyélourétérale se projette habituellement en regard du processus costiforme de la deuxième vertèbre lombaire. Les uretères lombaires se projettent ensuite sur la pointe des processus costiformes des vertèbres lombaires L3, L4 et L5, dont ils sont séparés par les muscles grand psoas. Ils croisent la face antérieure des nerfs génitofémoraux . [12]

2.1. Uretère iliaque [15]

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

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

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

3.1. 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 [15].

➤ **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 vésico-prostatiques 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 vésiculo-déférentielle [15].

4.1. Portion vésicale : [12]

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

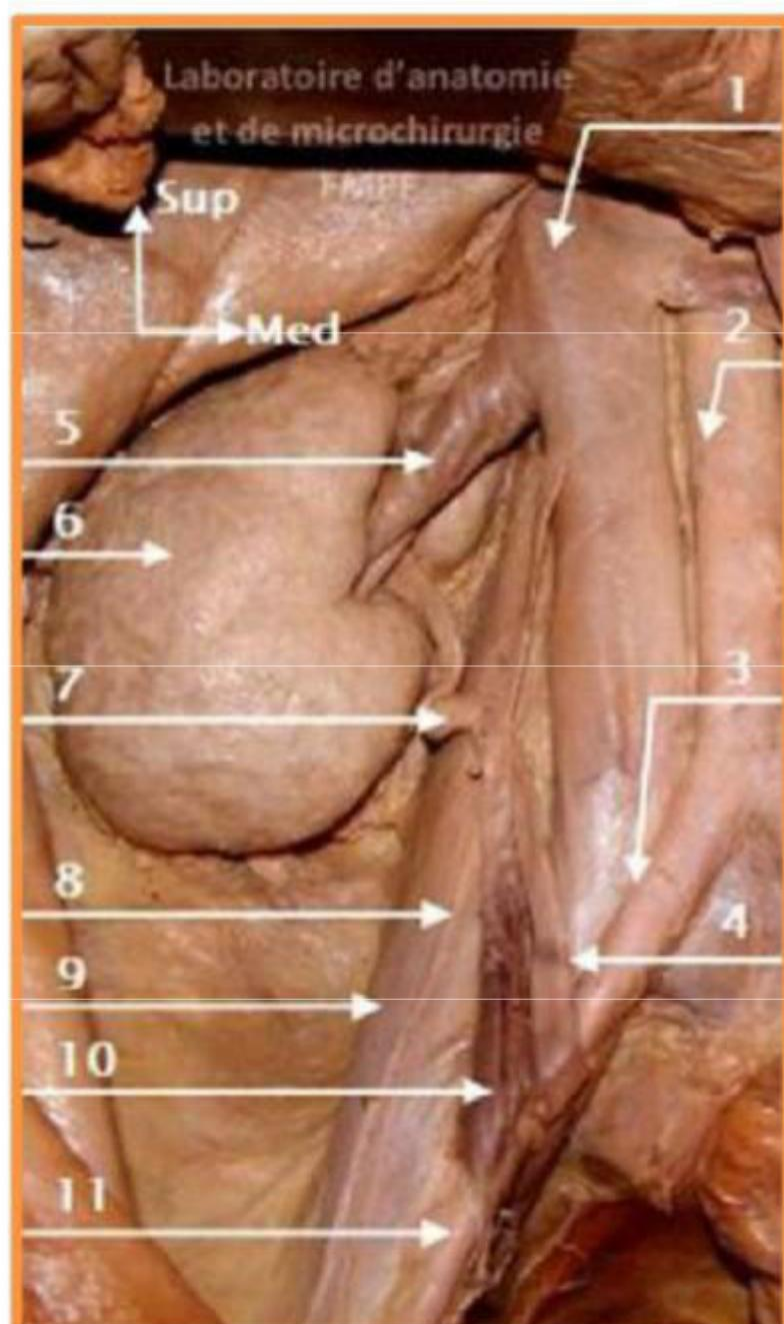


Figure 20 : Vue d'ensemble des rapports de l'uretère [16]

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

5. Vascularisation des uretères :

1.1. Vascularisation artérielle : (fig.21)

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

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

La vascularisation artérielle des uretères est segmentaire. Elle est riche pour les segments iliaques et pelviens, et plus pauvre pour le segment lombaire [12]

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

1.2. 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.

1.3. Vascularisation lymphatique :

Le plexus adventitial se draine dans les noeuds lymphatiques latérocaves,

latéroaortiques, iliaques communs, iliaques externes et iliaques internes. [12]

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 [17].



Figure 21 : Vascularisation artérielle de l'uretère, laboratoire d'anatomie FMPF

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. Sigmoide ; 16. Glande surrénale droite.

III. Anatomie du jéuno-iléon :

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

1. Aspect morphologique :

1.1. La configuration externe :

Le jéuno-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 .

1.2. La configuration interne :

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

La paroi est constituée de :

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

2. Aspect topographique :

Le jéjuno-iléon répond (Fig.22) :

- 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.

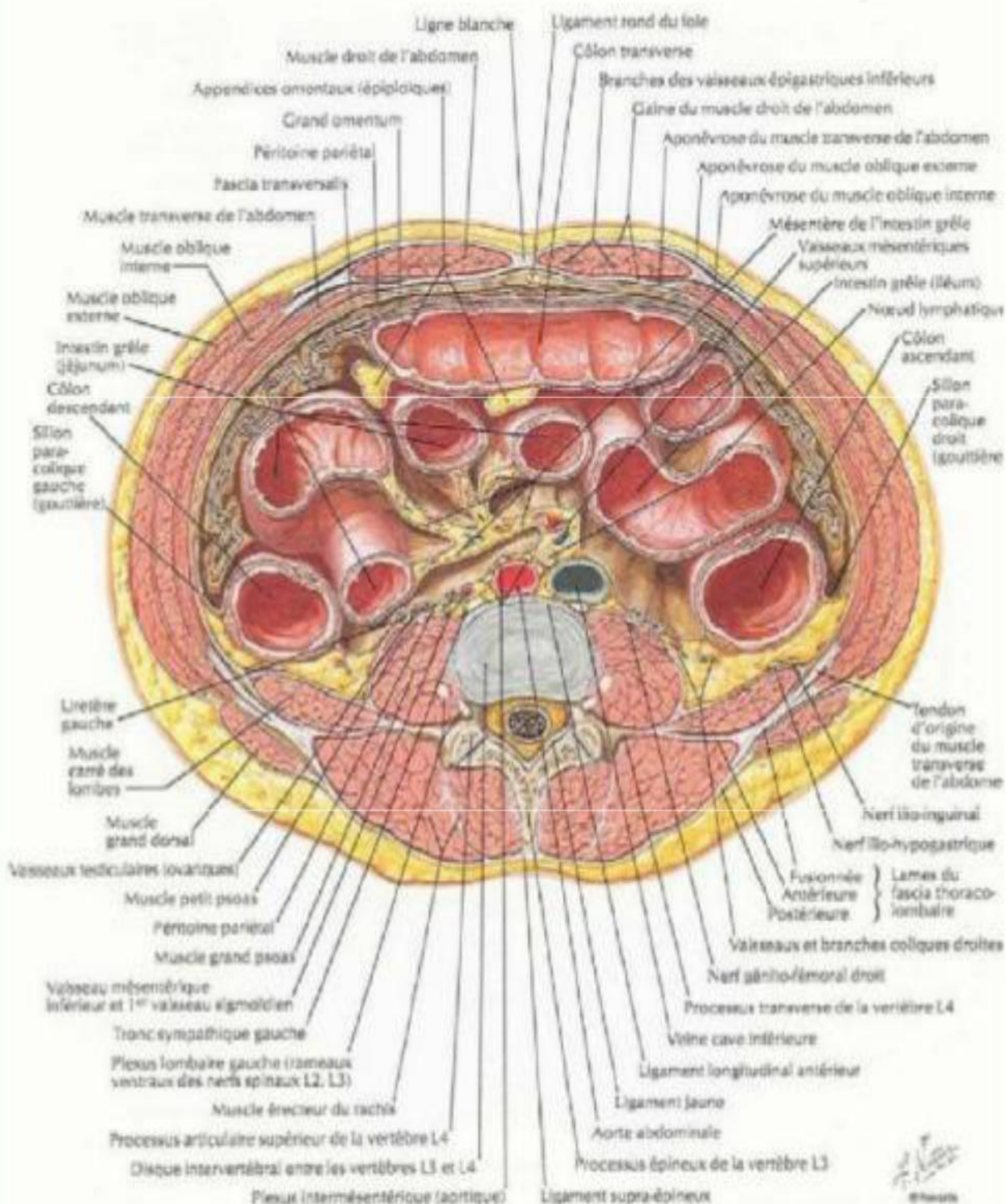


Figure 22 : les rapports de l'intestin grêle avec les autres éléments de la cavité péritonéale [13]

3. Moyens de fixité :

Le jéuno-iléon n'est fixé qu'à ses deux extrémités : L'angle duodéno jéunal est rattaché au pilier gauche du diaphragme par le muscle de Treitz, Et l'orifice iléocœcal est accolé à la paroi par la limite inférieure du méso colon droit (fig.23 fig.24)

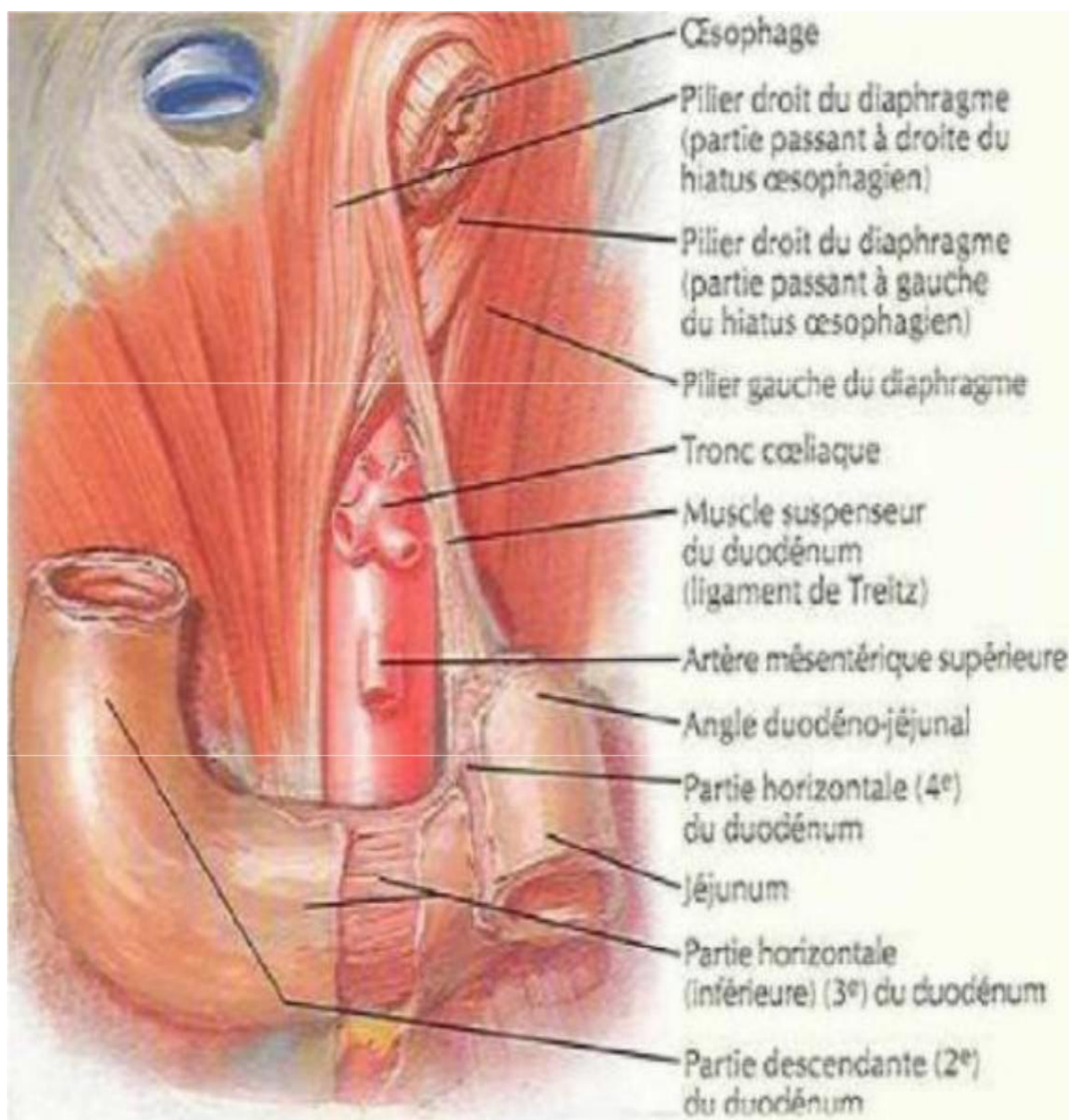


Figure 23 : l'angle duodéno-jéunal [13]

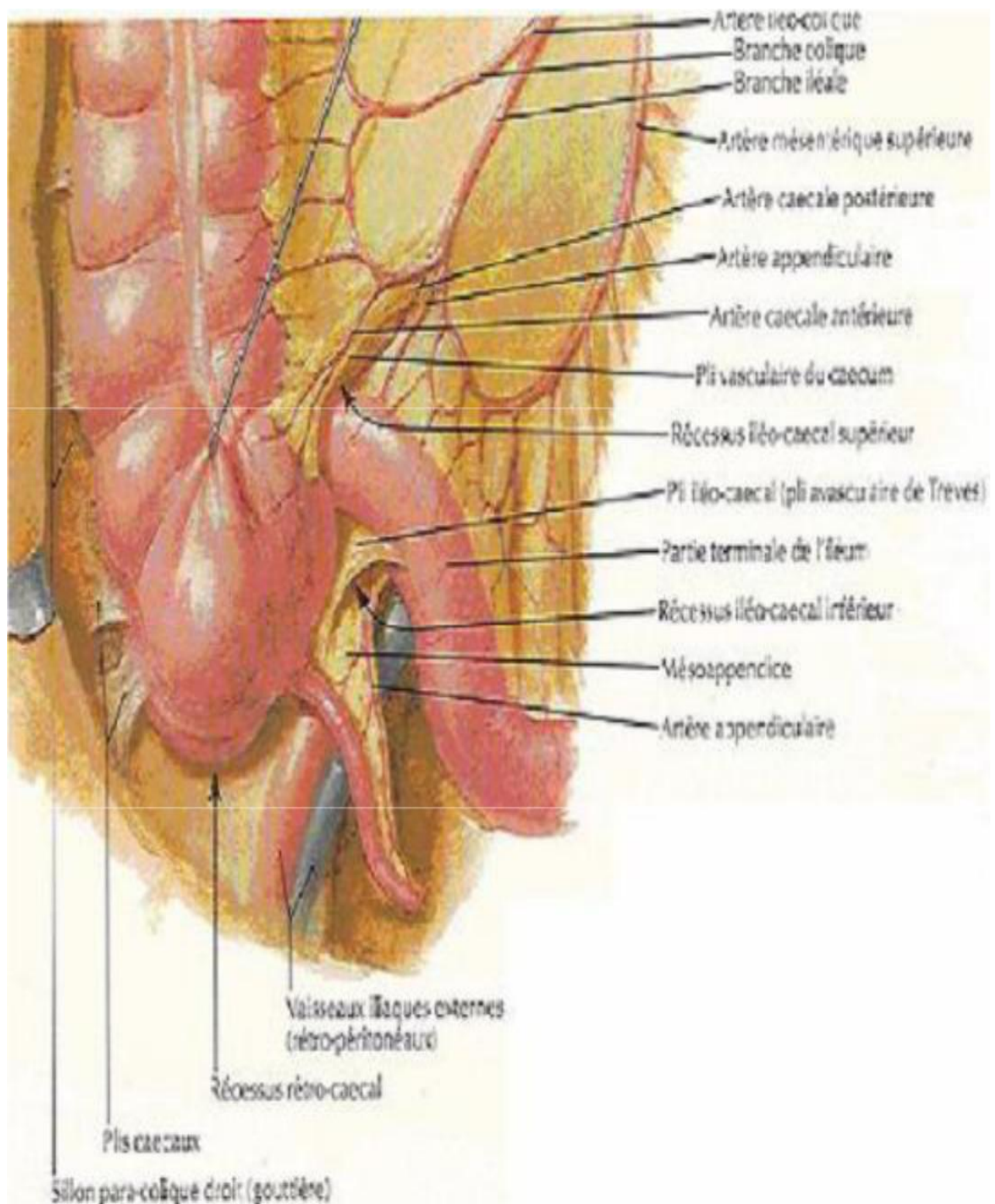


Figure 24 : l'angle iléo-caecal [13]

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 :

2.1. Vascularisation Artérielle (Fig.25) :

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

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

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

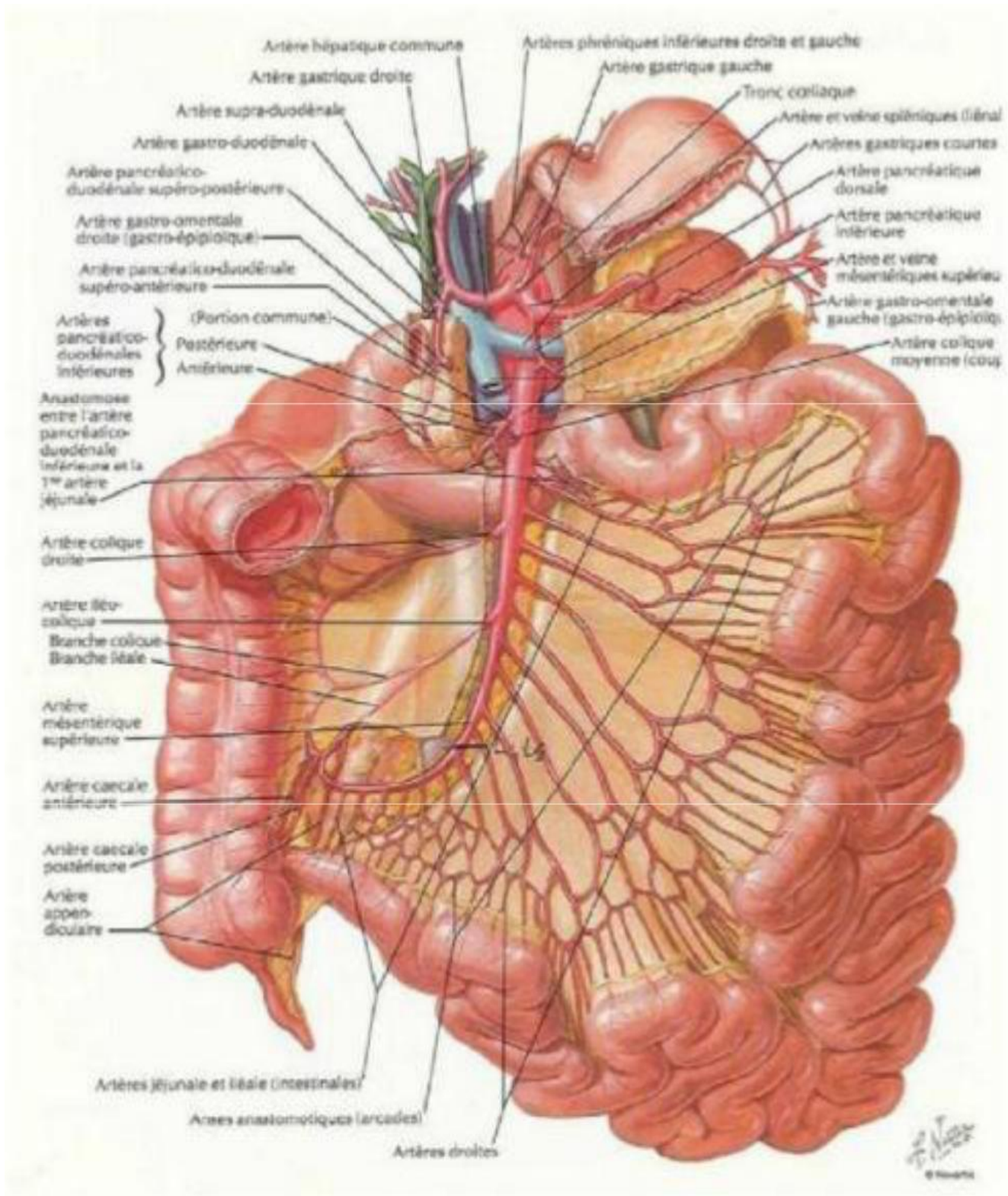


Figure 25 : le système de vascularisation artérielle du jéuno-iléon [13]

2.2. Vascularisation veineuse (Fig 26) :

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.

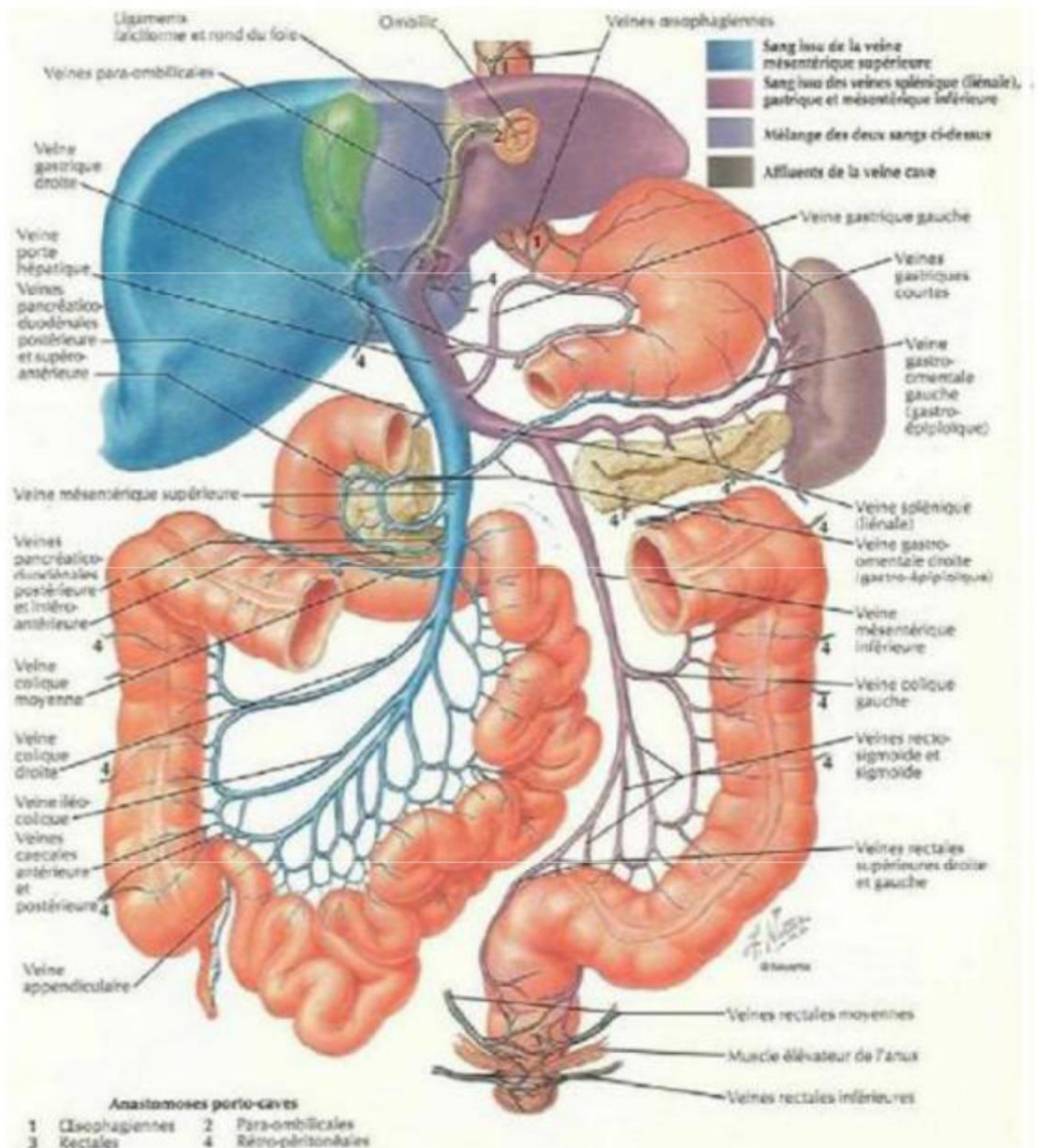


Figure 26 : le système veineux du tube digestif [13]

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 parasympathique, 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.

LA CYSTECTOMIE TOTALE

I. Introduction:

Bardenheuer réalisa, semble-t-il, à Cologne (Allemagne), la première Cystectomie pour cancer de la vessie en 1886. Il laissa les uretères tels quels dans le site opératoire avec les conséquences que l'on peut imaginer. Il sera suivi par Krause en 1889. En 1888, Pawlik anastomosa les uretères dans le vagin après cystectomie chez une femme. En 1895 Wassilijew réalisa une des premières urétérocutanéostomies après cystectomie. En 1919, Völker considérait cette intervention comme un acte chirurgical à très haute mortalité opératoire. En 1939, la mortalité opératoire fut réduite et avoisinait les 40 % selon les publications de Hinmann, pour atteindre les 5 % en 1950 avec Marshall. [18]

Le développement de la chirurgie pelvienne est parallèle à celui des dérivations urinaires. Le caractère mutilant de l'intervention a été atténué par le développement des dérivations urinaires continentes ou les remplacements de vessie par du grêle. Il n'y a pas une seule bonne technique opératoire. Les techniques doivent répondre impérativement aux critères suivants pour assurer un bon résultat oncologique et un risque opératoire réduit au minimum pour le patient:

- Dissection le long des axes vasculaires hypogastriques et pas le long de la vessie (orientation à l'anatomie chirurgicale).
- Durée opératoire la plus réduite possible par application d'une stratégie opératoire réfléchie, simple et reproductible.
- Pertes sanguines réduites par dissection le long des vaisseaux hypogastriques et techniques adaptées d'hémostase.

II. Délai entre le diagnostic de TVIM et la cystectomie totale :

Le délai entre le diagnostic d'envahissement musculaire et une cystectomie peut avoir des conséquences graves. Retarder la prise en charge chirurgicale définitive du cancer de la vessie envahissant le muscle peut conférer des risques accrus de mortalité et une diminution de survie sans maladie spécifique et globale.

L'impact négatif d'un délai de 12 semaines entre la résection endoscopique (diagnostic de TVIM) et la cystectomie radicale a été prouvée par plusieurs études [19, 20].

Un traitement rapide reste fondamental pour la gestion du cancer de la vessie de stade 2. Les processus qui accélèrent les soins de cette population devraient être diffusés afin de minimiser l'ampleur de la cohorte retardée au-delà de 12 semaines.

Le retard peut compromettre la lutte contre le cancer [21].

Les patients avec une fenêtre temporelle de plus 3 mois entre le diagnostic d'envahissement musculaire et la cystectomie radicale ont été associés à un stade avancé pathologique et une moins bonne survie sans progression. Ces résultats soulignent la nécessité d'une cystectomie précoce dans le délai de 3 mois entre le diagnostic d'envahissement musculaire et une cystectomie [22].

III. Préparation préopératoire pour la cystectomie :

La cystectomie totale est l'intervention la plus lourde en urologie, elle nous impose une rigueur à toutes les étapes, le conditionnement préopératoire des patients est une étape importante, surtout chez ce type de malades, qui présentent une tumeur de vessie infiltrant le muscle localement avancée.

Les résultats postopératoires et le bon déroulement de l'intervention sont fonctions d'une bonne préparation du patient et qui dépend de :

- La compensation de l'anémie tumorale en préopératoire.
- La correction de l'insuffisance rénale obstructive tumorale par la mise en place d'une néphrostomie sous échographie.
- La préparation intestinale : standard similaire à celle utilisée en chirurgie digestive. Elle a pour but une réduction de volume intestinal, un gain de place dans le champ opératoire et l'obtention d'un intestin le plus propre possible lors de son ouverture.
- La surveillance de la déshydratation, cause d'hypo volémie préopératoire (surtout pour les sujets âgés), et réhydratation la veille par l'administration de 1000 à 1500 ml de solution saline isotonique ou de Ringer Lactate.
- Le repérage d'une éventuelle stomie doit systématiquement être réalisé la veille de l'intervention chez un(e) patient(e) debout, couché, avec le port de vêtements habituels, équipés d'une ceinture, quel que soit le type de dérivation envisagé [19,23, 24].
- La prophylaxie de la thrombose des membres inférieurs par la pose de bas à varices.

- Lors de l'induction anesthésique, une injection sous cutanée d'une dose d'anticoagulant (Lovenox, Fraxiparine,...), et une injection intraveineuse d'un antibiotique à large spectre qui complète la préparation préopératoire [25, 26,27].

IV. Types d'anesthésies :

Deux types d'anesthésie peuvent être réalisés : anesthésie générale ou anesthésie générale combinée à une anesthésie péridurale.

Actuellement, le mieux pour la cystectomie, est de faire une anesthésie combinée à une anesthésie péridurale. Cette méthode présente plusieurs avantages [25,27]:

- Anesthésie générale plus superficielle, donc moins lourde pour le patient
- Saignement per opératoire inférieur [25,27]
- Analgésique postopératoire simple et efficace
- Stimulation intestinale postopératoire efficace

Une voie veineuse centrale et un abord périphérique sont suffisants pour hydratation, nutrition et éventuellement transfusion par des culots d'érythrocytes [25, 26, 27].

V. Techniques chirurgicales

Nous décrirons la cystoprostatectomie totale par voie sous-péritonéale chez l'homme et la pelvectomie antérieure avec exérèse de l'urètre chez la femme.

1. Installation et voie d'abord :

Chez l'homme, le patient est installé en décubitus dorsal, bassin cambré, la table cassée à 30° pour augmenter la distance entre pubis et ombilic, inclinée en proclive pour avoir une meilleure vue sur l'apex prostatique (fig.27). Une sonde de Foley est mise en place. La voie d'abord se fait à travers une incision médiane sus pubienne à cheval sur l'ombilic (fig. 28).

Chez la femme, l'exentération pelvienne antérieure se déroule en deux temps, périnéal et abdominal, faisant appel à deux voies d'abord, vaginale et hypogastrique, la patiente est d'abord mise en position gynécologique et flexion forcée des cuisses sur l'abdomen dans un premier temps, avec incision sous clitoridienne se prolongeant latéralement de part et d'autre de l'urètre jusqu'au cul de sac vaginal antérieur, puis un deuxième temps abdominal nécessite la suppression de la position gynécologique avec réinstallation de l'opérée en décubitus dorsal et incision médiane hypogastrique débordant sur l'ombilic.



Figure 27 : Le patient est installé en décubitus dorsal, en hyper lordose, la table cassée à 30° [28]



Figure 28 : 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 [28].

2. Exérèse vésicale chez l'homme :

L'opération débute en avant par l'ouverture transversale de l'espace de Retzius, puis l'exérèse prostatovésicale en monobloc se déroule alors selon les temps opératoires suivants :

2.1. Temps latéraux [29] :

Habituellement côté droit puis côté gauche sont entamés par le décollement du péritoine latéro-vésical en bas jusqu'à l'aponévrose pelvienne et en arrière jusqu'au détroit supérieur en sectionnant les tractus fibreux unissant la séreuse à la paroi pelvienne, puis deux gestes fondamentaux caractérisent le temps latéral de toute cystectomie totale :

- Section du canal déférent : entre deux ligatures au fil résorbable, le bout proximal étant abandonné, le bout distal conservé sur un fil de traction (fig.29).

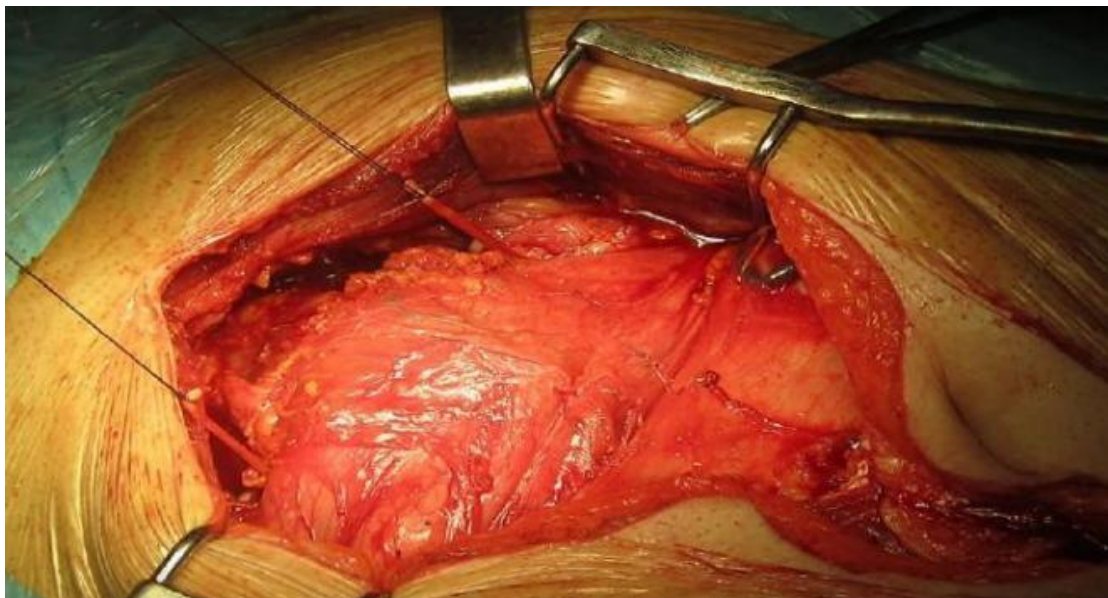


Figure 29 : Section des canaux déférents droit et gauche. La section s'effectue à l'émergence du canal inguinal. La partie distale du déférent est gardée sur un fil de traction [28].

- Sa face postérieure est disséquée jusqu'à sa pénétration au niveau des ampoules des vésicules déférentielle.
- Libération de l'uretère pelvien : Repéré au détroit supérieur à la croisée des vaisseaux iliaques primitifs puis mis sous lac, commence alors sa libération vers le haut puis vers le bas où il croise l'artère ombilicale qui est sectionnée entre deux ligatures, jusqu'à la paroi vésicale (fig.30).

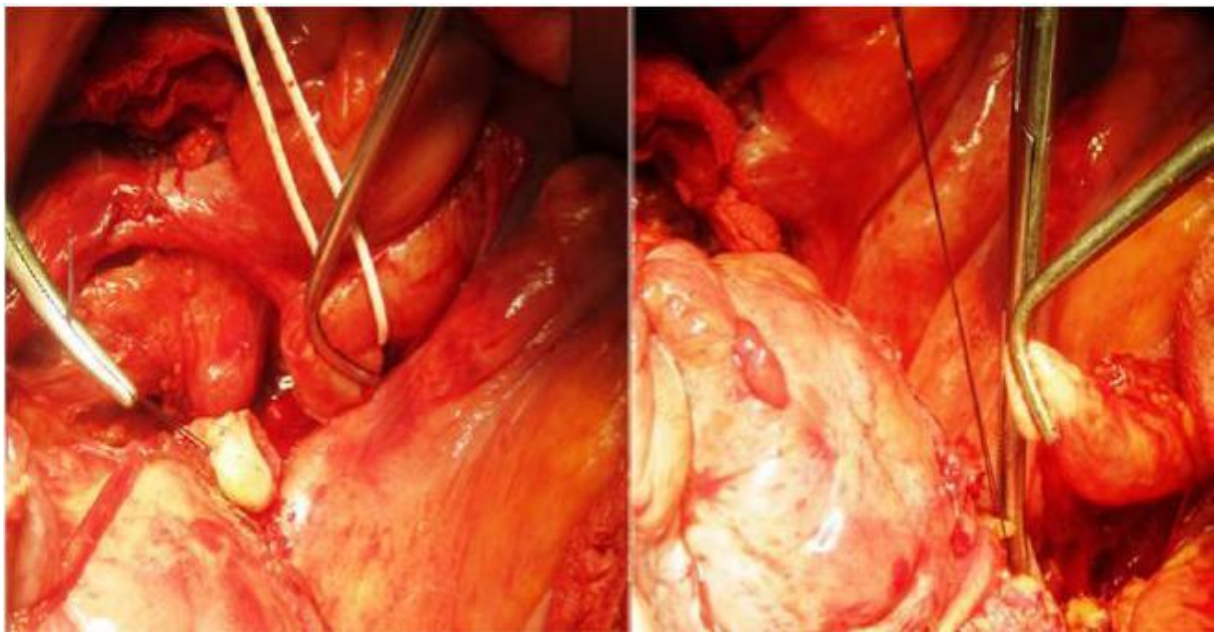


Figure 30 : Libération et section de l'uretère pelvien, Son extrémité proximale est clipé pour permettre sa dilatation per-opératoire facilitant ultérieurement la mise en place d'une sonde urétérale au moment de la reconstruction vésicale ou de la dérivation urinaire [28].

2.2. Temps antérieur [29]: Hémostase du plexus de Santorini et section de l'urètre (fig.31, 32, 33)

Comme dans une prostatectomie radicale, commencer la préparation de l'apex prostatique en exposant les ligaments pubo-prostatiques et l'aponévrose pelvienne profonde ; plusieurs coagulations sont nécessaires.

L'aponévrose pelvienne profonde est incisée au niveau de sa réflexion sur les faces latérales du pelvis, largement en dehors de ses attaches vésicales et prostatiques à l'endroit où le fascia souvent transparent laisse entrevoir les muscles releveurs de l'anus. Certains auteurs préservent les ligaments puboprostatiques.

Ensuite, le plexus veineux et les ligaments pubo-prostatiques sont pris en masse par une pince de Babcock ou d'Allis puis tout ce tissu est aiguillé par des

Points larges au fil résorbable 0 d'avant en arrière et enfin sectionné entre deux ligatures.

Cette étape donne plus de mobilité crâniale à la prostate et expose l'urètre qui est à son tour sectionné en hémi circonférence antérieure puis postérieure.

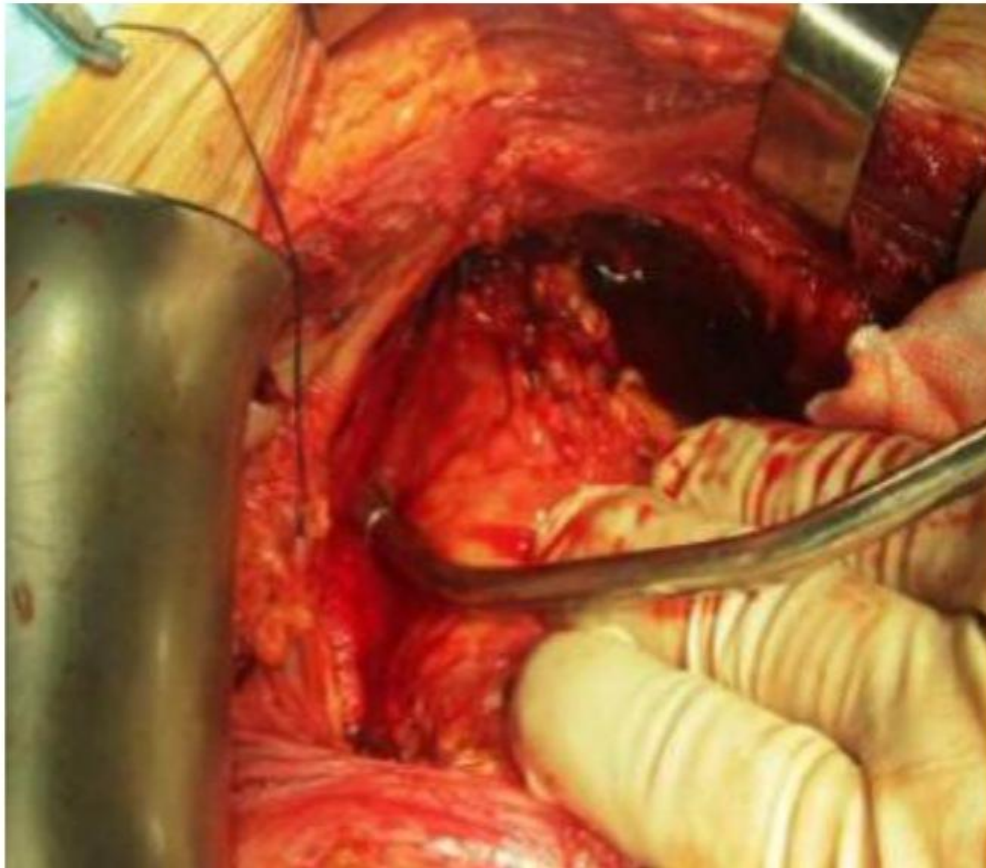


Figure 31 : Incision de l'aponévrose

Pelvienne de part et d'autre des ligaments pubo-prostatiques [28]

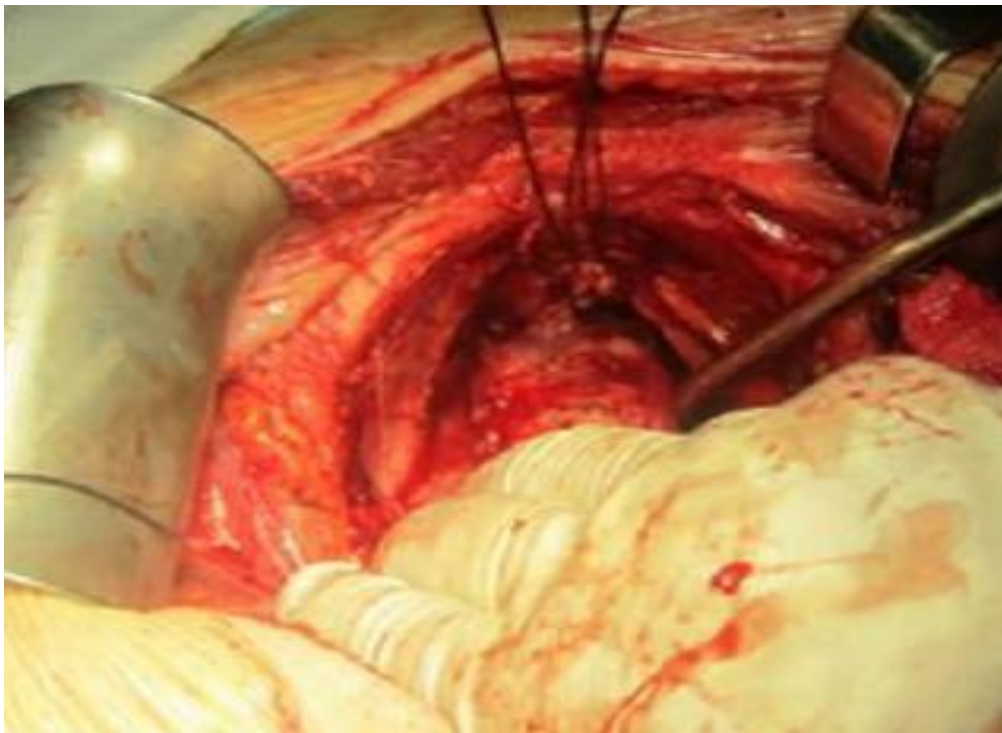


Figure 32 : Ligature du plexus veineux par une double ligature de fils sertis lentement

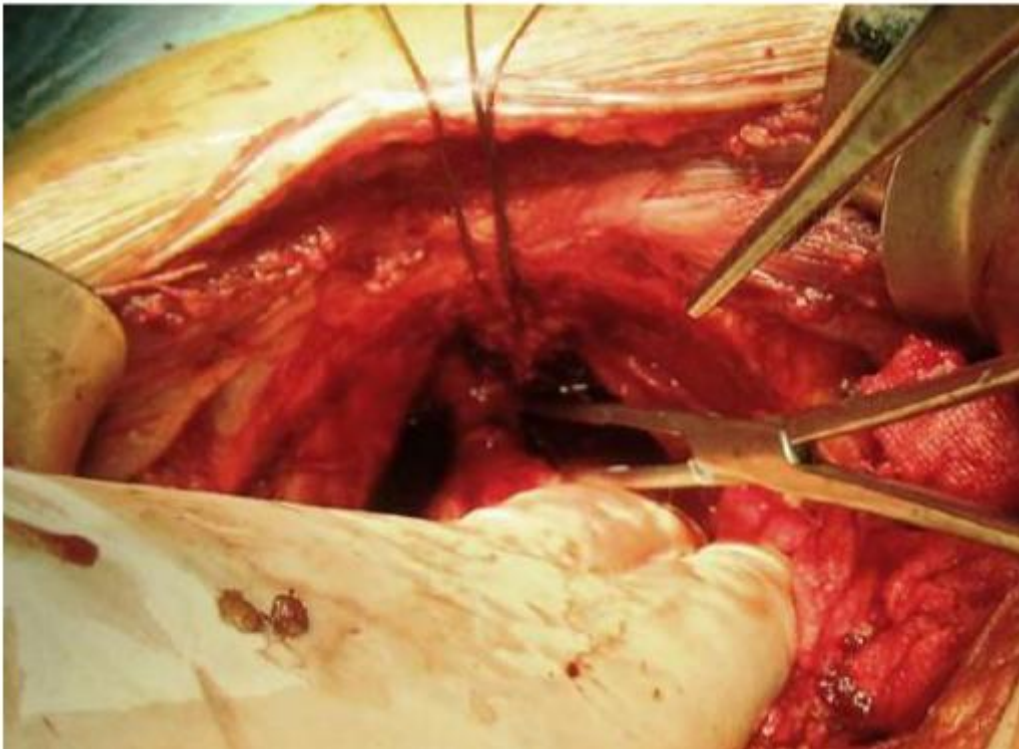


Figure 33 : Dissection de l'urètre. Passage prudent d'un dissecteur fin sous l'urètre dont la portion sous apexienne qui va être libéré sans qu'il soit sectionné [28]

2.3. Temps postérieur [29] (fig.34, 35) :

Une traction continue est exercée sur la sonde urétrale pour visualiser le muscle recto-urétral qui est sectionné sous contrôle de la vue. Incision sur l'aponevrose prostato-péritonéale de Denonvilliers pour séparer progressivement la face postérieure de la prostate et des vésicules séminales de la face antérieure du rectum puis continuer vers la face postérieure de la vessie au doigt et aux ciseaux en sectionnant les ailerons latéro-prostatiques.

Le clivage prostato-rectal est poursuivi en arrière tout en liant et sectionnant les ailerons vésico-prostatiques venus des lames sacro-génitopubiennes.

La pièce de cystoprostatectomie ne tient plus que par les uretères et le péritoine.

Chaque uretère est alors sectionné au ras de la vessie et intubé par une sonde urétérale et laissé en attente. Ouvrir la cavité péritonéale et enlever la pièce en

emportant un large patch péritonéal au niveau du dôme.

En fin d'intervention, la cavité d'exentération pelvienne est repéritonisée si un remplacement par un greffon intestinal n'est pas prévu, et un drainage aspiratif est laissé au contact de la paroi pelvienne. La paroi est refermée après avoir abaissé en rideau le grand épiploon isolant les anses grêles du plan musculo-aponévrotique.

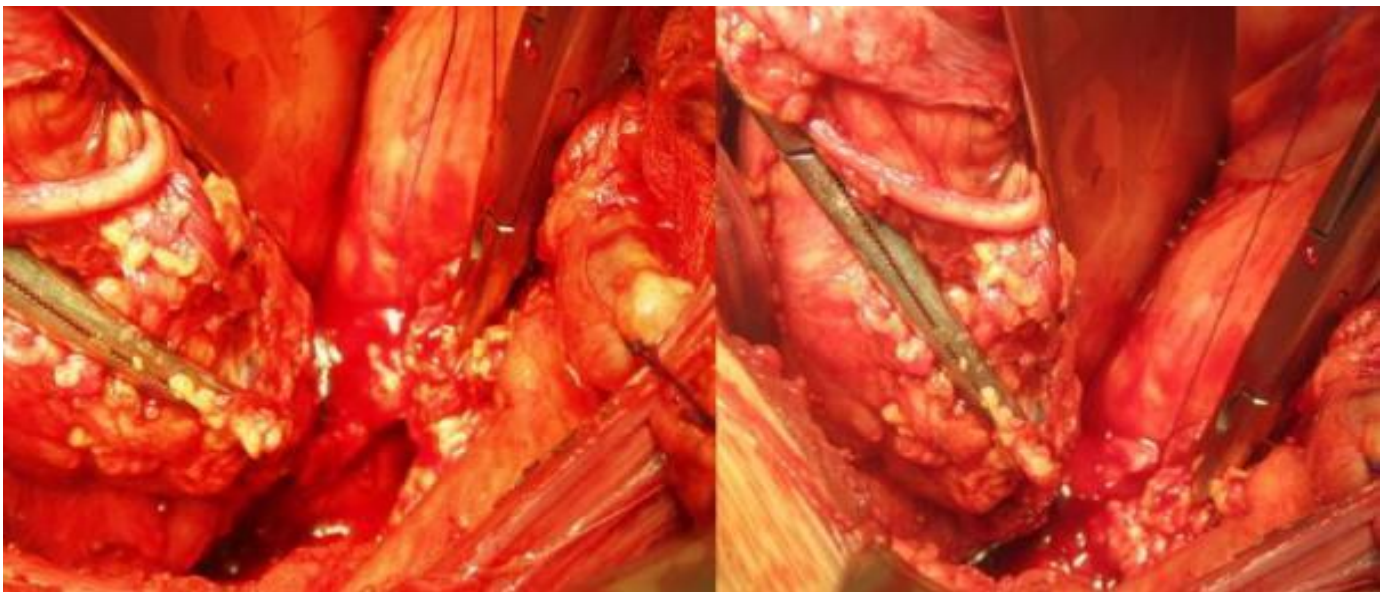


Figure 34 : Section des ailerons vésicaux. Seule attache du bloc vésico-prostatique, ils sont sectionnés entre plusieurs ligatures de fils lentement résorbables 0 [28]

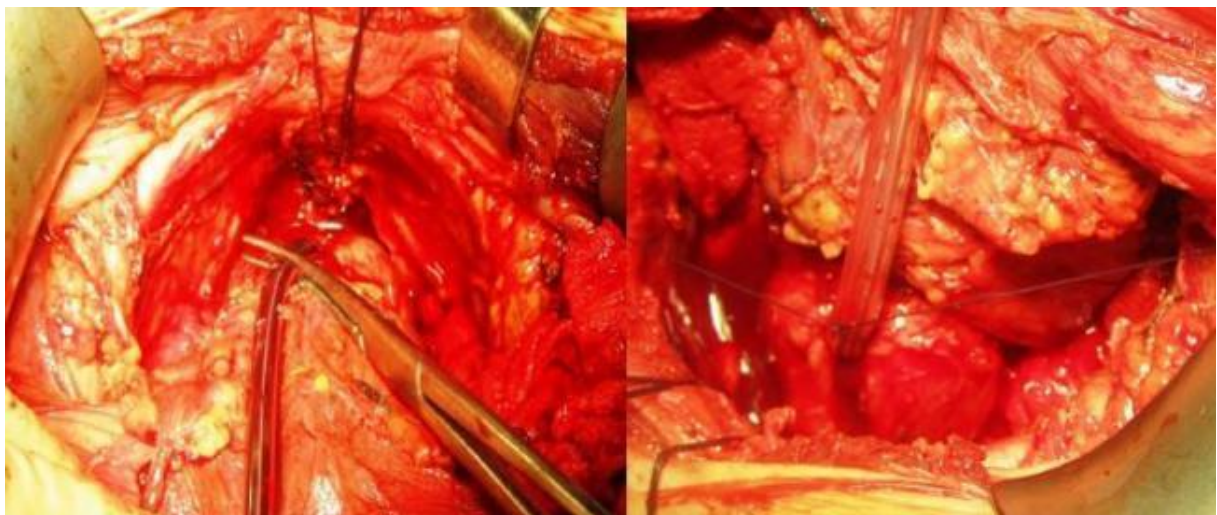


Figure 35: Section de l'urètre et dissection rétro prostatique. En arrière du fascia de Denonvilliers qui sera ouvert sur la saillie des vésicules séminales, et section de ailerons prostatique qui permet de terminé la cystectomie [28]

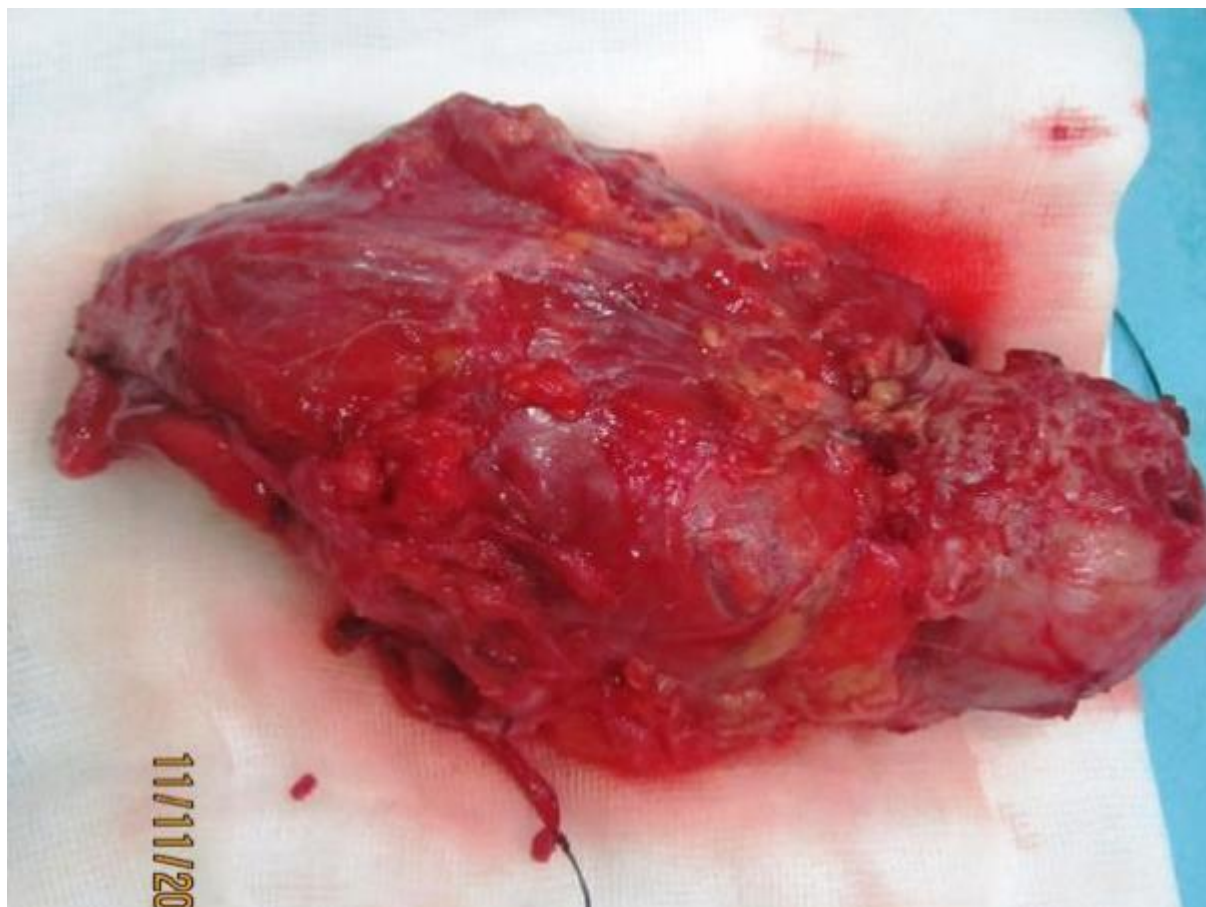


Figure 36 : pièce de cystoprostatectomie [28]

3. Cystectomie totale avec exérèse de l'urètre chez la femme

(Pelvectomie antérieure) [30] :

La Pelvectomie antérieure chez la femme, se déroule en deux temps, périnéal et abdominal faisant appel à deux voies d'abord vaginal et hypogastrique :

3.1. Temps périnéal :

La patiente est installée en position gynécologique avec flexion forcée des Cuisses sur l'abdomen :

- Mise en place d'une sonde de Foley reliée à un sac à urines, assurant la vacuité vésicale et facilitant le repérage de l'urètre.
- Amarrage des grandes lèvres aux plis cruraux par du fil (0) et mise en place d'une valve vaginale à poids
- Incision sous clitoridienne circonscrivant l'hémi-circonférence antérieure du méat et se prolongeant de part et d'autre latéralement jusqu'au cul de sac vaginal antérieur.
- Exérèse de la bandelette vaginale et dissection de l'urètre jusqu'à l'espace rétro pubien. La totalité de l'urètre et du col vésical est ainsi libérée, leur exérèse est reportée au temps abdominal.
- Mise en place dans la cavité vaginale d'une compresse imbibée de Bétadine qui exerce un effet tampon.
- Suppression de la position gynécologique et réinstallation de la patiente en décubitus dorsal.

3.2. Temps abdominal :

L'exentération pelvienne antérieure chez la femme exige une voie d'abord Transpéritonéale. L'exérèse du contenu uro-gynécologique pelvien se déroule alors selon le protocole suivant :

- Découpe du péritoine : Faisant appel à quatre incisions (fig.37) :
- Deux incisions latérales étendues des artères iliaques primitives à l'orifice profond des canaux inguinaux suivant l'axe des artères iliaques externes.
- Deux incisions transversales, l'une antérieure, retro-pubienne, qui circonscrit en avant la calotte vésicale en rejoignant l'extrémité antérieure des incisions latérales, l'autre postérieure qui relie l'extrémité postérieure des incisions latérales et englobe l'appareil génital en cheminant à la base des ligaments larges et au fond du cul-de-sac de Douglas.

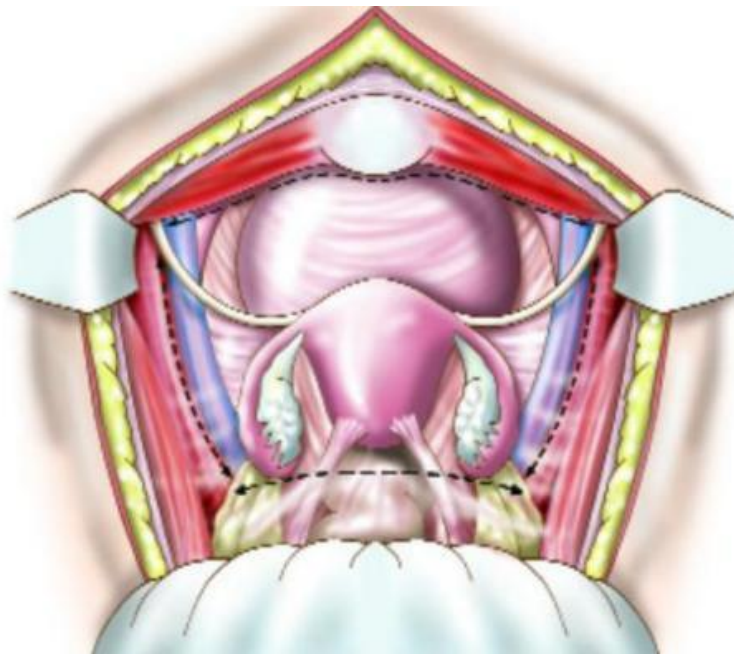


Figure 37 : Pelvectomie antérieure chez la femme : incision péritonéale.

Elle suit latéralement les vaisseaux iliaques primitifs puis externes.

En avant, elle est rétro pubienne et en arrière, elle suit le cul de sac de Douglas. [31]

- Dégagement latéral de la vessie et de l'appareil utéro-ovarien : Il est successivement réalisé à droite puis à gauche en s'inspirant du protocole de cystectomie totale décrit chez l'homme. D'avant en arrière sont successivement impliqués (fig.38) :

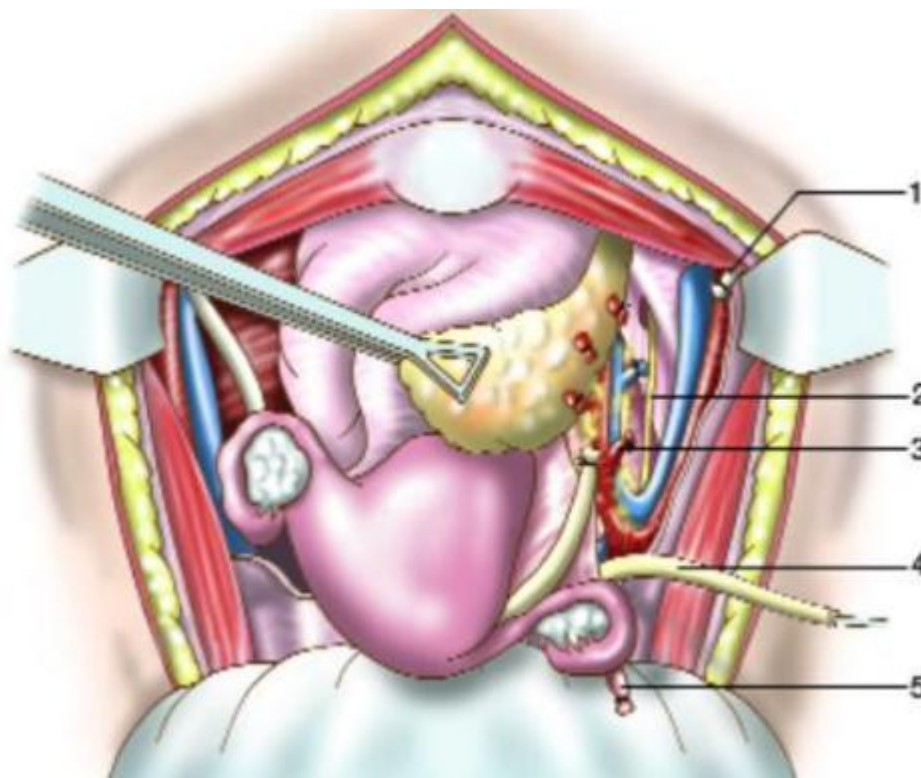


Figure 38 : Pelvectomie antérieure chez la femme : libération latérale utéro vésicale.

Par section successive d'avant en arrière : du ligament rond, du ligament lomboovarien et des branches antérieures des vaisseaux hypogastriques pénétrant dans le ligament large. [31]

1-Ligament	2-Nerf	3-Branches antérieures de l'artère
rond	obturateur	hypogastrique
4-uretère		lombo-ovarien
5-hémostase du pédicule		

- La ligature-section du ligament rond à son émergence de l'orifice profond du canal inguinal.
- L'hémostase du pédicule lombo-ovarien puis des branches antérieures de l'artère hypogastrique et de leurs veines satellites à destinée ombilicale, vésicale, utérine et vaginale.
- La libération et la section de l'uretère pelvien dans sa portion préutérine avec intubation par sonde urétérale.
- Dégagement postérieur de l'utérus et du vagin :
 - Le fond utérin est attiré en haut et en avant de manière à bien exposer le cul de sac de Douglas. Amorcer un clivage recto-vaginal bridé en dehors par les ligaments utéro-sacrés qui seront sectionnés après ligature sur pinces.
 - Le cul-de-sac vaginal postérieur est incisé. L'incision se poursuit en dehors sur les parois latérales du vagin de manière à retrouver l'incision vaginale antérieure du temps périnéal.
- Dégagement antérieur de la vessie et hémostase du plexus de Santorini:
- L'effondrement de l'espace de Retzius libère la face antérieure du col de la vessie et de l'urètre.
- L'hémostase du plexus de Santorini obéit aux mêmes règles que chez l'homme en utilisant le plan de clivage entre la face antérieure de l'urètre et le tissu fibreux qui englobe le plexus veineux. La ligature-section de ce tissu permet l'exentération en monobloc de la pièce opératoire comprenant vessie, urètre, utérus et annexes.
- Fermeture vaginale : Refermer par des points séparés de fil résorbable la brèche vaginale antérieure résultant de l'exérèse de la bandelette de la paroi antérieure sacrifiée en même temps que l'urètre (fig.39).

- Une fois terminé, la cavité d'exentération pelvienne sera recouverte par le sigmoïde qui l'isolera des anses grêles. Un drain aspiratif pelvien est laissé en place et la paroi est refermée suivant la technique habituelle.

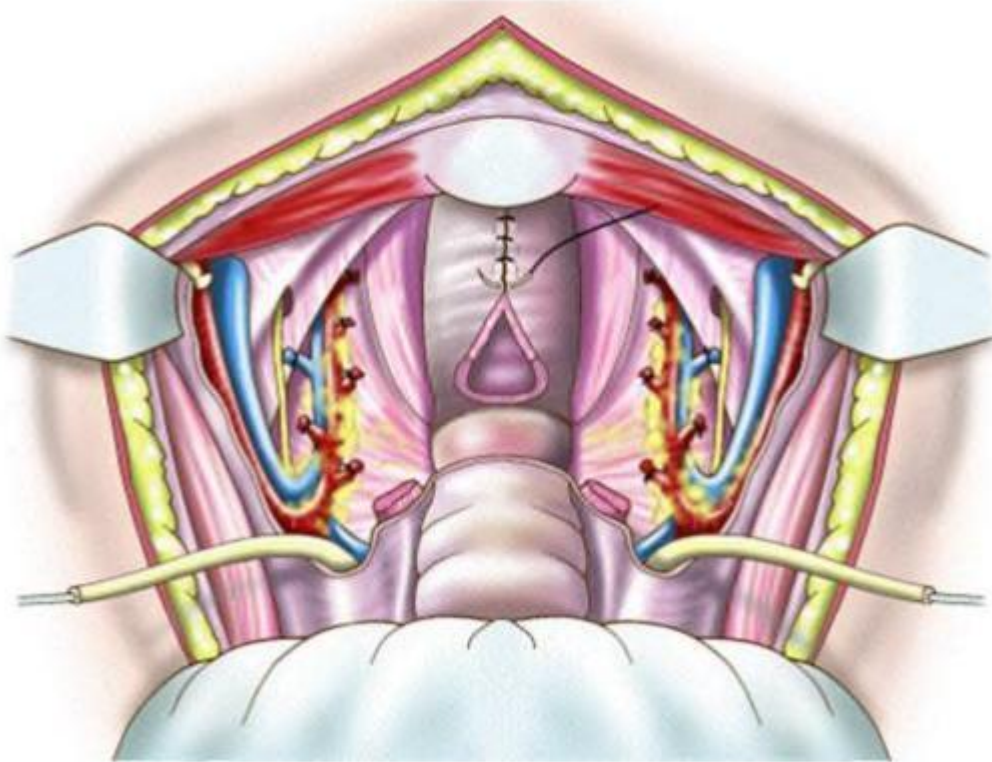


Figure 39 : Pelvectomie antérieure chez la femme : fermeture vaginale. Par un surjet hémostatique de la tranche vaginale à l'aide d'un fil résorbable 2-0 puis par des points séparés en X de fils serts lentement résorbables 1. [31]

4. Curage ganglionnaire :

Le but primaire du curage ganglionnaire lymphatique dans le cancer de vessie est diagnostique. L'effet curatif n'est pas prouvé et ne peut être éventuellement curatif que dans le cas d'un seul ganglion positif ou d'une micro métastases ou de ganglions sans effraction capsulaire [30].

Le statut ganglionnaire N est un facteur pronostique majeur dans les tumeurs infiltrantes de la vessie. Un curage ganglionnaire approprié au cours d'une cystectomie doit concerner les territoires iliaques externes, ilio-obturateurs, iliaques internes et iliaques primitifs jusqu'à la bifurcation aortique.

Le curage ganglionnaire standard est défini comme l'exérèse des ganglions ilio-obturateurs. Il est plus ou moins étendu à la veine iliaque externe, qui va de la bifurcation iliaque en proximal jusqu'au canal fémoral en distale, bordé par la veine iliaque externe et jusqu'au nerf obturateur en profondeur (Fig.40).

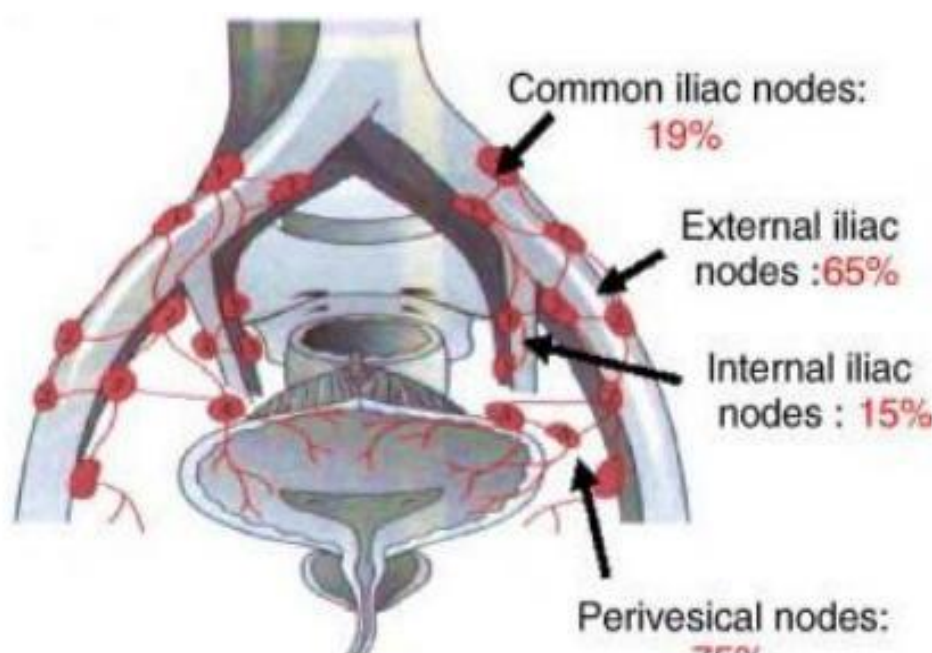


Figure 40 : Drainage lymphatique du cancer de vessie [d'après Smith et Whitmore].

Le curage extensif (fig.41) concerne en plus l'artère iliaque externe, les vaisseaux iliaques internes, les vaisseaux iliaques primitifs et l'aire pré- sacrée. Le curage s'étend donc latéralement au bord supérieur de la veine iliaque externe, au niveau distale jusqu'au canal fémoral, au niveau proximal à partir du croisement des vaisseaux iliaques communs par l'uretère, médialement jusqu'à la paroi vésicale et en profondeur, jusqu'à la fosse obturatrice et les vaisseaux iliaques internes. Dans un curage étendu, les vaisseaux sont pelés, mis à nu [32].



Figure 41 : Vaisseaux iliaques externes et bifurcation iliaque mis à nu [28]

REMPACEMENT VESICAL

I. Généralités :

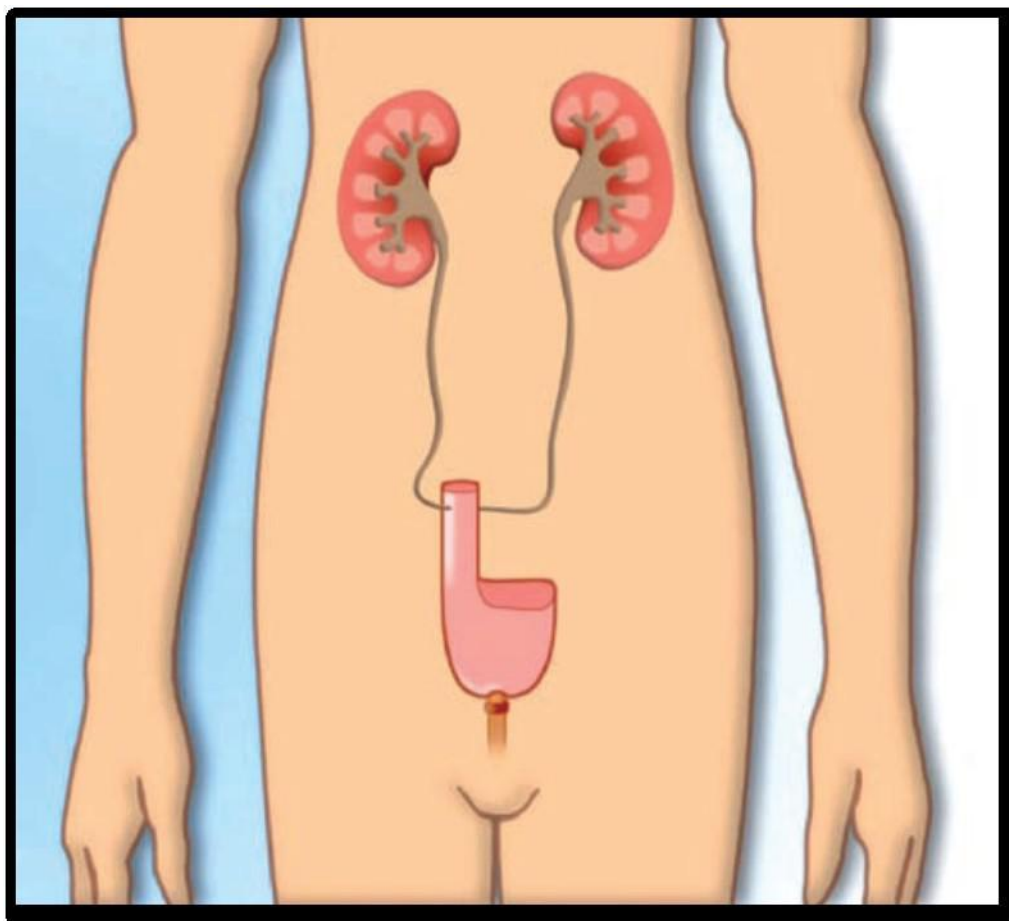


Figure 42: Néo-vessie iléale orthotopique .

Aujourd'hui, le remplacement vésical par une poche intestinale tend à devenir le mode de dérivation le plus fréquent car il assure une qualité de vie bien meilleure que les autres dérivations en respectant le schéma corporel du patient et en lui évitant le port d'un collecteur externe ou l'auto-sondage d'une dérivation urinaire continente.

Lancée en 1953 par *R. Couvelaire*, l'idée du remplacement vésical après cystectomie totale pour cancer avait été progressivement abandonnée du fait de la mortalité, de l'intense morbidité péri-opératoire et de la pauvreté du résultat fonctionnel. C'est à Maurice Camey de l'hôpital Foch que revient le mérite d'avoir repris l'idée en faisant évoluer, en améliorant la technique chirurgicale et les suites

postopératoires , permettant l'acquisition d'une continence urinaire correcte [33].

La néovessie iléale consiste à la réalisation d'un réservoir à basse pression anastomosé à l'urètre natif et utilisant le sphincter strié chez l'homme et chez la femme.

Il existe de nombreuses techniques différentes de confection du réservoir iléal mais elles gardent en commun des règles importantes :

- Préservation du haut appareil urinaire.
- Remplissage de la vessie à basse pression de façon à d'une part préserver le haut appareil et d'autre part éviter les fuites d'urines, notamment nocturnes.
- Capacité vésicale "physiologique", c'est-à-dire environ 500 cc, ce qui autorise une vidange complète. Les vessies énormes très rapidement ne se vident plus
- toutes seules et nécessitent le recours aux auto-sondages.
- La continence obtenue doit être compatible avec une qualité de vie satisfaisante.

En fin, les remplacements vésicaux ne doivent pas induire de troubles métaboliques, ce qui requiert un greffon intestinal inférieur à 45 cm de long lors du prélèvement [34].

Et une vidange régulière de la néo-vessie.

II. Sélection des patients :

Elle est un point crucial du succès d'une reconstruction vésicale de remplacement.

1. Indications :

L'indication majeure du remplacement iléale de vessie est la cysto-prostatectomie totale chez l'homme ou pelvectomie antérieure chez la femme pour cancer de vessie infiltrant le muscle.

Le spectre des indications peut être élargie a des affections bénignes tel que :

- Anomalies congénitales du bas appareil urinaire (extrophie vésicale, cloaque),
- Pertes traumatiques du bas appareil urinaire,
- Affections primaires de la paroi vésicale (cystite interstitielle),
- Affections secondaires le la paroi vésicale (tuberculose, cystite radique),
- Eviscérations antérieures pour cancers non urologiques (gynécologiques).

2. Contre-indications :

a. Liées au patient :

- **Motivation du patient :**

C'est le premier critère à considérer. Être porteur d'une entérocystoplastie impose des contraintes, comme un suivi régulier, et expose à des complications transitoires, comme l'incontinence nocturne, qui peuvent parfois s'avérer définitives.

La motivation éclairée du patient est donc essentielle. Ainsi, une dérivation des urines fournit, à certains patients, une qualité de vie bien meilleure qu'une entérocystoplastie [35]. Il est ainsi tout à fait nécessaire d'exposer au patient de façon claire et réaliste les conditions d'existence avec une néovessie.

L'idéal en la matière est de permettre un dialogue direct entre le candidat à l'intervention et un ou des patients déjà porteurs d'une entérocystoplastie.

- **Capacités intellectuelles du patient :**

Ce critère est bien sûr lié aux arguments précédents. La motivation du patient doit s'appuyer sur des capacités intellectuelles lui permettant une bonne compréhension des risques encourus et des contraintes ultérieures.

Par ailleurs, un déficit mental ou physique, qui menace la compréhension et la possibilité de réaliser des autosondages est une contre-indication.

- **Insuffisance rénale :**

La préexistence d'une insuffisance rénale avec une clairance inférieure à 60 ml min⁻¹ reste une contre-indication à la réalisation d'une entérocystoplastie, en vue de minimiser les complications métaboliques.

- **Insuffisance hépatique :**

L'insuffisance hépatique est une contre-indication absolue à la réalisation d'une entérocystoplastie. Le retour veineux digestif se fait par le système porte vers le foie où les dérivés ammoniaqués sont métabolisés. Les échanges entre l'urine et l'épithélium digestif augmentent la charge ammoniaquée que le foie doit détoxiquer. Cette surcharge métabolique entraîne une induction enzymatique qui ne peut pas être assurée en cas d'insuffisance hépatique. Le risque d'encéphalopathie est alors majeur.

- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin :**

La présence d'une maladie digestive, généralement une maladie inflammatoire, contre-indique le prélèvement d'un segment pour la confection de l'entérocystoplastie.

▪ **Autres éléments de choix :**

Comorbidité du patient :

L'existence de multiples maladies chez le même patient ne doit pas écarter la réalisation d'une entérocytoplastie de substitution à titre systématique.

Certains sont allés plus loin encore dans la suggestion d'une extension possible des indications de remplacement vésical. Ces auteurs n'ont pas noté de différence significative ni pour les taux de complications périopératoires, ni pour la durée d'hospitalisation entre deux groupes de patients appareillés pour l'index de comorbidité de Charlson, un groupe recevant une dérivation urinaire et l'autre une entérocytoplastie [36].

D'autres n'ont pas mis en évidence non plus de différence significative pour les taux de complications, la durée d'hospitalisation et le taux de réhospitalisation entre deux groupes de patients recevant une entérocytoplastie, l'un porteur de comorbidité et l'autre sans comorbidité.

État psychologique du patient

Une évaluation psychologique de chaque patient est recommandée avant de poser l'indication de l'entérocytoplastie de remplacement [37].

En revanche, s'il est préjudiciable de ne pas avoir connaissance d'un trouble psychologique chez un patient en préopératoire, la nature de celui-ci n'influe pas directement sur le choix du mode de reconstruction après cystectomie, chaque situation nécessitant une solution spécifique.

Obésité :

L'obésité n'est pas, par elle-même, une contre-indication à un remplacement vésical.

Cependant, certains patients obèses présentent un mésentère court, empêchant la descente du greffon au niveau de l'urètre malgré l'incision de la racine du mésentère qui permet de gagner quelques centimètres de mobilité du greffon.

C'est pourquoi, pour les patients obèses, il est recommandé de prévenir, en préopératoire du risque de reconstruction impossible, obligeant à s'orienter en per-opératoire vers une dérivation cutanée continente ou non [38].

b. Liées à la tumeur :

▪ **Risque de récurrence urétrale :**

La confection d'une entérocystoplastie nécessite la préservation de l'urètre et du sphincter strié. Cette contrainte doit être compatible avec l'extirpation de la tumeur primitive et le risque de récurrence urétrale qui était classiquement estimé à 10% [39].

Ce risque est initialement évalué sur le caractère multifocal des lésions vésicales, la présence de carcinome in situ diffus et sur la localisation trigonale et prostatique des lésions.

Cependant, une localisation prostatique est notée dans près de 40 % des cas pour certaines séries, alors que le taux de récurrences reste inférieur à 10 % [40]. Il a ainsi été proposé de pratiquer des biopsies prostatiques profondes à 5 et 7 heures lors de l'évaluation préopératoire. Cependant, tant la spécificité (77 %) que la sensibilité (53 %) de cet examen semblent insuffisantes pour le recommander à titre systématique. L'élément le plus significatif de récurrence urétrale est la présence de carcinome in situ dans la prostate. Le taux de récurrence est alors de 25 à 35 %, non compatible avec la préservation urétrale. L'évaluation récente du risque de récurrence urétrale après entérocystoplastie est de 2 à 4 % (7). Tenant compte de ces données, la tendance actuelle dans les équipes très expérimentées est de faire reposer la décision finale de réalisation de l'entérocystoplastie sur l'étude extemporanée de la recoupe urétrale.

Cependant, cette attitude ne peut être prônée sans certaines précautions, car la fiabilité d'un tel diagnostic est extrêmement dépendante de l'expérience du pathologiste qui le porte.

Il convient de préciser que, pour des tumeurs comparables, le risque de récurrence urétrale est peut-être significativement moindre en cas de remplacement qu'en cas de dérivation urinaire sans urétrectomie [41]. Aucune explication étayée n'a pu être fournie à cette observation, mais le recul des séries de patients sur lesquelles elle a été établie est trop faible et nécessite une confirmation.

- **Autres éléments de choix :**

- Présence d'adénopathie métastatique :**

Ce critère a été abondamment discuté [42–43]. La découverte d'une adénopathie métastatique à l'examen extemporané du curage ganglionnaire n'est pas considérée comme une contre-indication par la majorité des équipes, car le remplacement vésical orthotopique, dans ces conditions, n'est pas un facteur péjoratif pour la conduite d'un traitement adjuvant.

En effet, le mode de reconstruction n'a pas d'influence sur la survie spécifique [44]. De plus, seuls 11 % des patients avec des métastases ganglionnaires pelviennes présentent une récurrence locale et ces récurrences ne sont responsables d'une dysfonction de la néovessie que dans la moitié des cas en cas de survie supérieure à 6 mois [45].

En revanche, cette conclusion mérite d'être tempérée, car la qualité de vie procurée par l'entérocystoplastie augmente avec le temps et nécessite une certaine survie du patient pour qu'il en tire le bénéfice (survie estimée à 12 mois).

- **Les conditions du remplacement vésical après cystectomie totale :**

D'autres auteurs ont émis une liste de conditions essentielles au remplacement vésical :

- Le prérequis est clair : patient motivé car la rééducation postopératoire est contraignante.
- En bon état général et sans insuffisance rénale.

D'un point de vue carcinologique, l'urètre doit être sain et le remplacement implique soit une tumeur superficielle Ta - T1 G3, CIS en cas d'échec de la BCG thérapie endo-vésicale, soit une tumeur infiltrante T2 - T3. En ce qui concerne l'envahissement ganglionnaire étudié en extemporané, il ne constitue pas en soi une contre-indication au remplacement, à condition que la tumeur ne déborde pas la paroi vésicale, c'est-à-dire que l'exérèse tumorale soit complète (p = pT3 a) [46].

III. Techniques de remplacement [65].

1. Technique d'entérocytoplastie de Camey 2 :

Initialement aux années 50, Camey avait développé une iléoplastie en utilisant une anse iléale en U avec réimplantation des uretères à chaque extrémité du greffon iléal, mais ce dernier n'était pas détubulé, sa capacité était trop faible, et les pressions à l'intérieur du réservoir étaient trop élevées et un risque était encouru pour le haut appareil urinaire.

En 1988, après 30 ans de pratique de sa première technique non détubulée (Camey 1), Camey avait modifié sa technique en utilisant un greffon iléal de 60cm de long prélevé à distance de la dernière anse iléale, mais cette fois l'anse était détubulée, les uretères étaient fixés de part et d'autre de la néovessie et cette dernière fixée au psoas par ses extrémités : Technique de Camey 2.

L'anse iléale ainsi prélevée est incisée au niveau du bord anti-mésentérique et repliée sur elle-même, puis la suture du plan postérieur de la néo-vessie est effectuée par un surjet. Les uretères sont implantés directement ou par un sillon muqueux de

type Le Duc-Camey par une anastomose termino-latérale de chaque côté de la face postérieure de la néo-vessie. L'anastomose iléo-urétrale sera réalisée par des points séparés au niveau de la partie la plus déclive de l'entérocytoplastie, et enfin la face antérieure est suturée par un surjet (Figures 43-46) [47].

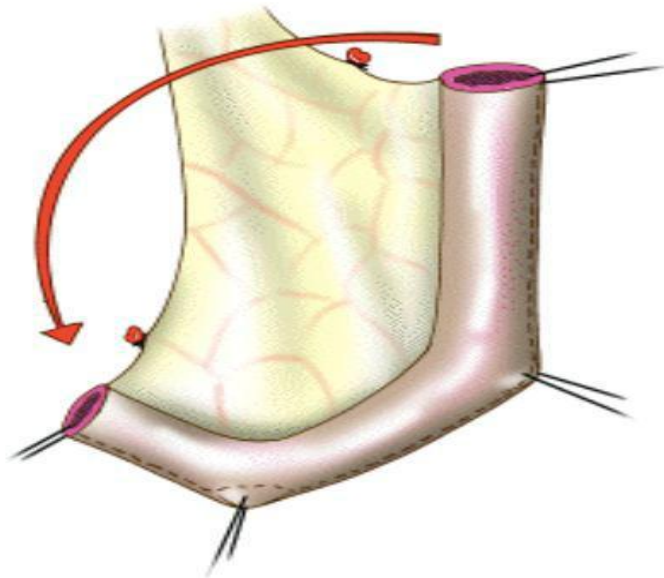


Figure 43 : Camey 2 : Un segment iléal d'environ 60 cm est prélevé en amont de la dernière anse iléale.

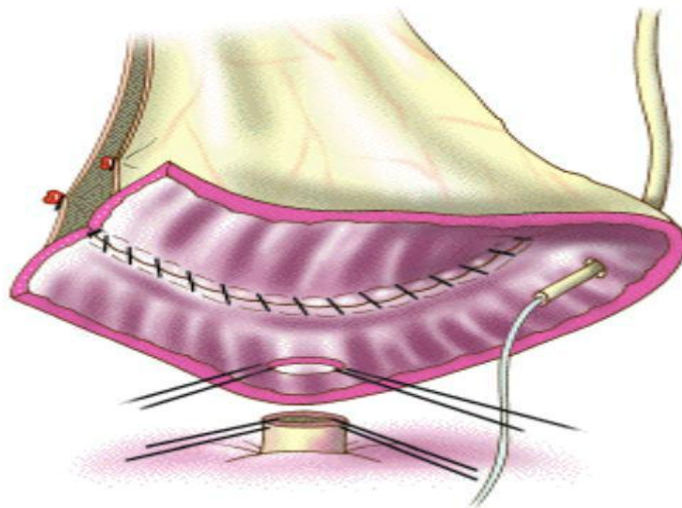


Figure 45 : Camey 2 : Le segment iléal est détubulé : L'ouverture es effectuée au niveaudu bord antimésentérique. Ensuite le greffon est plié sur deux de façon que le point proximal du greffon aille joindre le point distal. Les bords postérieurs sont suturés par un surjet de fils résorbables 3-0.

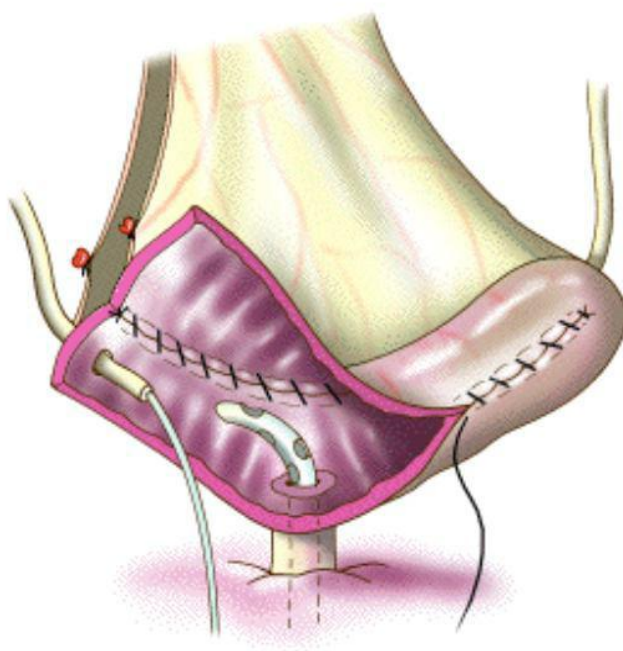


Figure 44 : Camey 2 : Confection des anastomoses urétéro-iléales gauche puis droite au sommet du greffon.

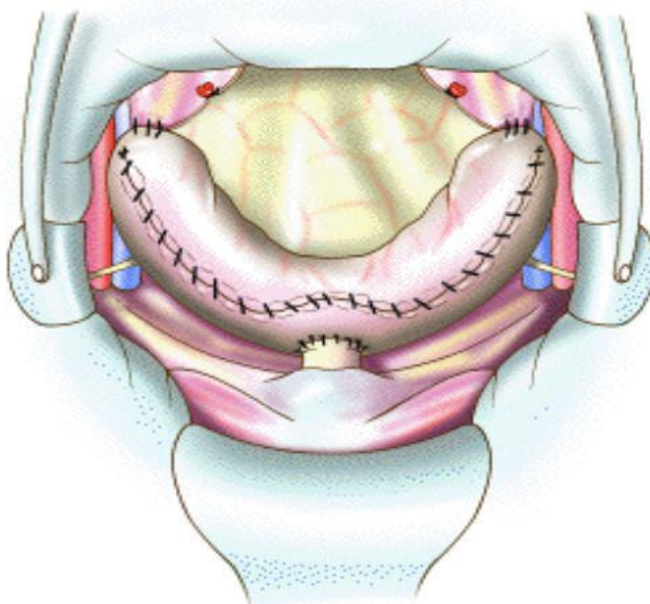


Figure 46 : Camey 2 : L'anastomose urétéro-iléale est réalisée au point le plus déclive du greffon sur une sonde double courant. La paroi antérieure du greffon est fermée par suture des bords antérieurs ce qui donne une forme de « U ». Les extrémités supérieures droites et gauches peuvent être fixées à la paroi pelvienne.

2. Technique d'enterocystoplastie de hautmann :

En 1986, Hautmann décrivit la réalisation d'une néovessie à partir d'un segment iléal prélevé sur une longueur d'environ 70cm à distance d'environ 20cm de la dernière anse iléale et de la valvule de Bauhin. Cette néo-vessie reposait sur le principe d'un réservoir de bonne capacité se remplissant à basse pression, avec préservation du sphincter strié de l'urètre pour assurer la continence diurne. Cette technique a été modifiée par la suite, en réduisant de 70 à 60cm la longueur du greffon iléal pour éviter les complications digestives, et les extrémités des bords libres sont laissées tubulées sur quelques centimètres, dite technique « en cheminée ».

Le segment est replié sur lui-même pour former un W ou un M, et ouvert sur le versant anti-mésentérique en préservant 4cm de part et d'autre des extrémités. Les différents bords sont suturés entre eux au niveau de la face postérieure par des surjets à résorption lente. L'anastomose uréthro-iléale est réalisée au niveau de la face postérieure dans la partie la plus déclive, puis la fermeture de la face postérieure est amorcée, les uretères sont anastomosés directement de façon termino-terminale sur les deux cornes néovésicales restées libres et non détubulées, puis la néovessie est complètement suturée (Figures 47-50) [48]. Les uretères sont soit anastomosés directement au niveau des cornes de la néovessie, soit par la technique de Wallace, soit au niveau de la cheminée si elle a été réalisée. Il est aussi possible d'utiliser un procédé anti-reflux type (Le Duc - Camey). Aucune technique n'est meilleure que l'autre, mais il paraît que l'utilisation de la cheminée pourrait être avantageuse en cas d'uretères courts.

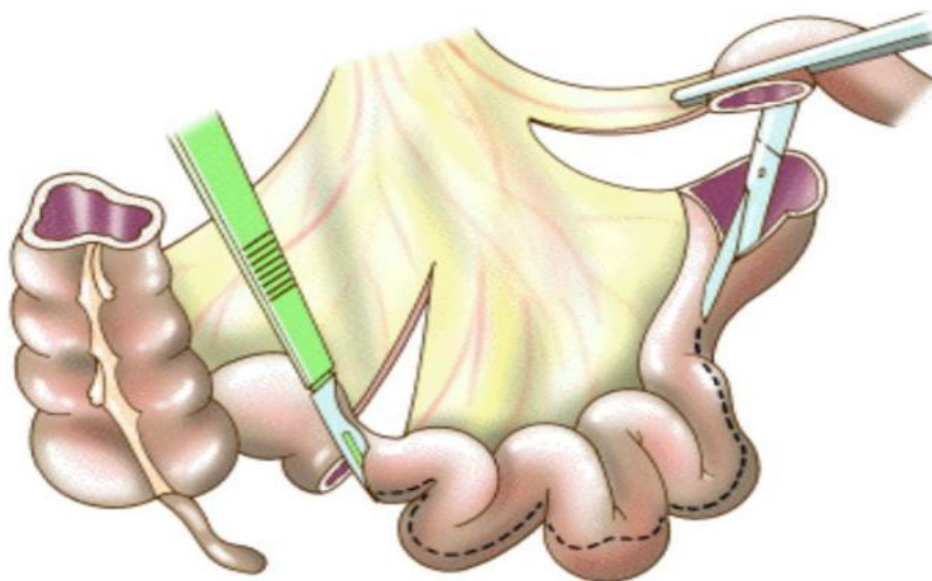


Figure 47 : Néovessie de Hautmann : Prélèvement d'un greffon d'environ 70 cm de longueur.

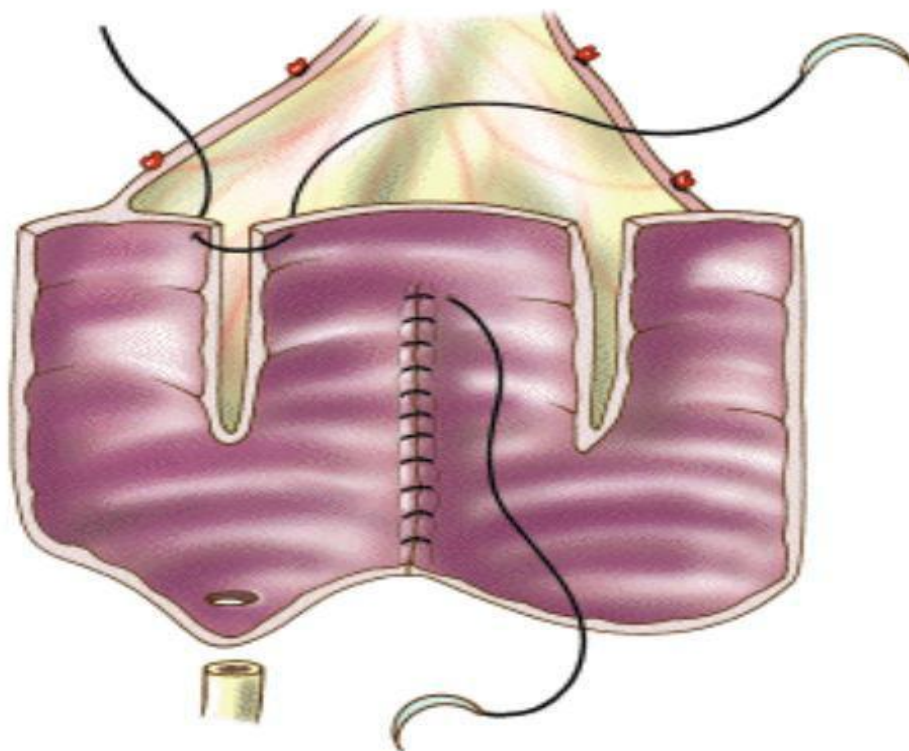


Figure 48 : Néovessie de Hautmann : Plicature du greffon détubulé en M ou en W avec sutures des jambages par des surjets de fils résorbables 3-0.

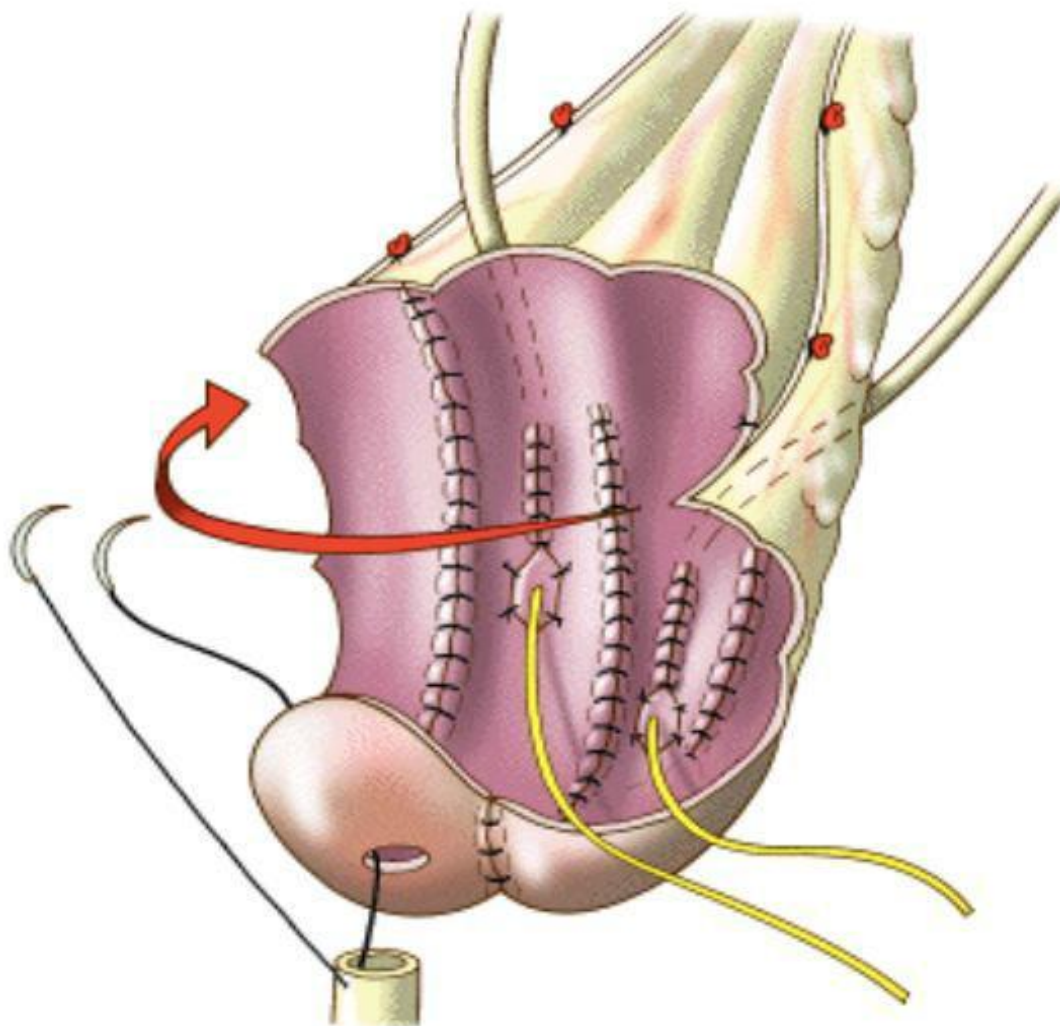


Figure 49 : Néovessie de Hautmann : Excision d'une "pastille" d'iléon à la partie la plus déclive du greffon pour réaliser l'anastomose urétero-iléale. Dans cette figure, les uretères sont anastomosés selon un procédé anti-reflux (Le Duc – Camey).

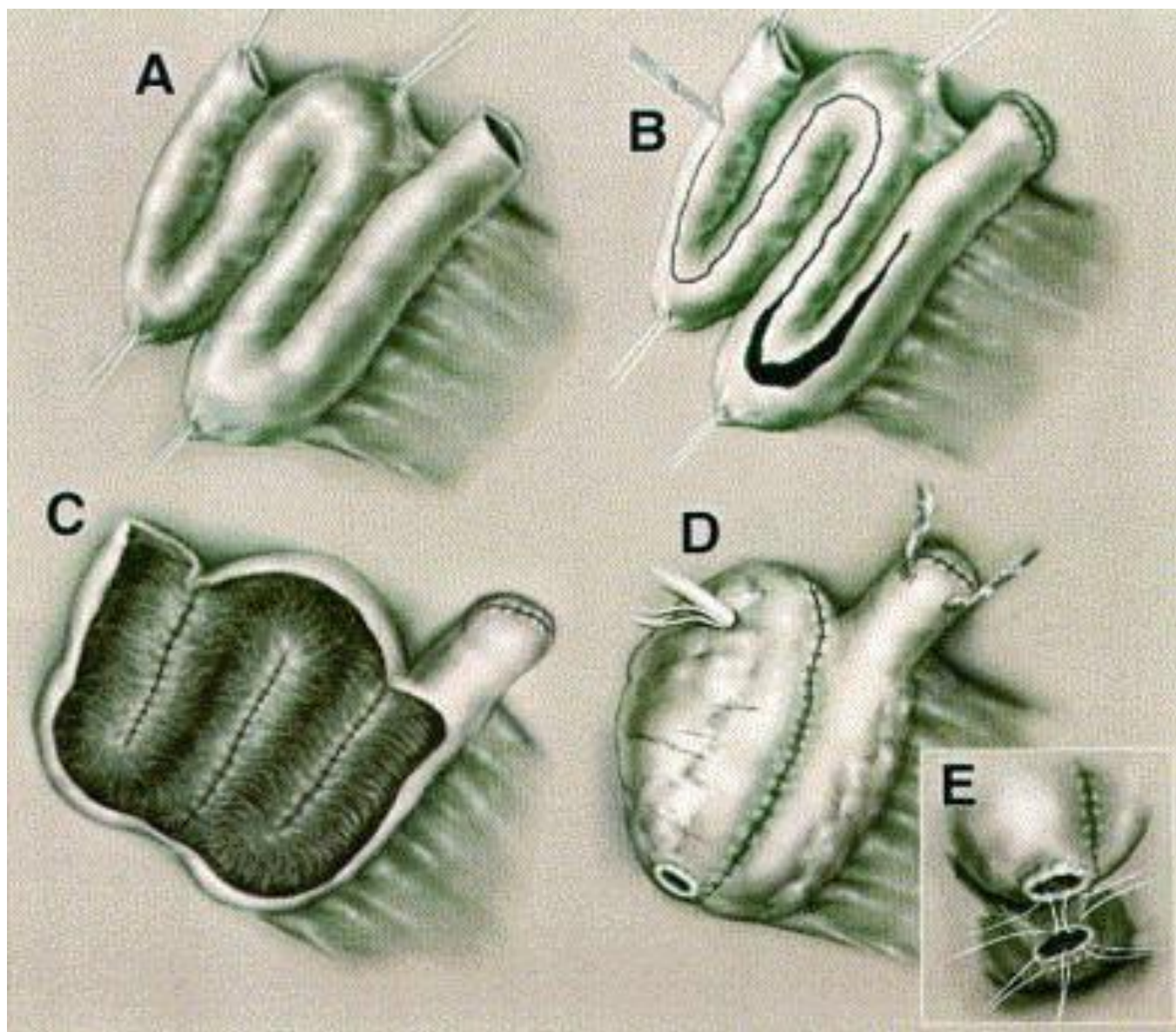


Figure 50 : Technique de Hautmann avec cheminée. A : Un segment iléal de 68cm est prélevé et orienté en forme de W avec 4 jambages de 15cm. B, Le segment iléal proximal de 8 à 12cm n'est pas détubulé. Le reste du griffon iléal (60cm) est ouvert sur le bord anti-mésentérique. C, Suture au niveau du mur postérieur de la néovessie. D, Fermeture de la poche. Anastomose directe des uretères au niveau de la cheminée. E, Anastomose iléo-urétrale

3. Technique d'enterocystoplastie de Studer

Cette technique a été développée par Studer en 1988. Le segment iléal est prélevé sur 55cm à 60cm à 25cm de la valvule iléo-caecale.

Ensuite une rotation de 120° est effectuée sur l'axe mésentérique afin que l'extrémité proximale atteigne la gouttière pariéto-colique droite. La partie distale de l'anse prélevée est ouverte sur 40cm sur le bord anti-mésentérique puis replié en forme de U.

Les uretères sont implantés directement sur la partie proximale de 20cm non détubulée du greffon.

Les deux bords postérieurs de l'anse ouverte sont suturés, puis le fond du U est replié, l'anastomose uréthro-iléale est réalisée à la partie la plus déclive de la face postérieure puis le bord antérieur est suturé (Figures 51, 52) [49].

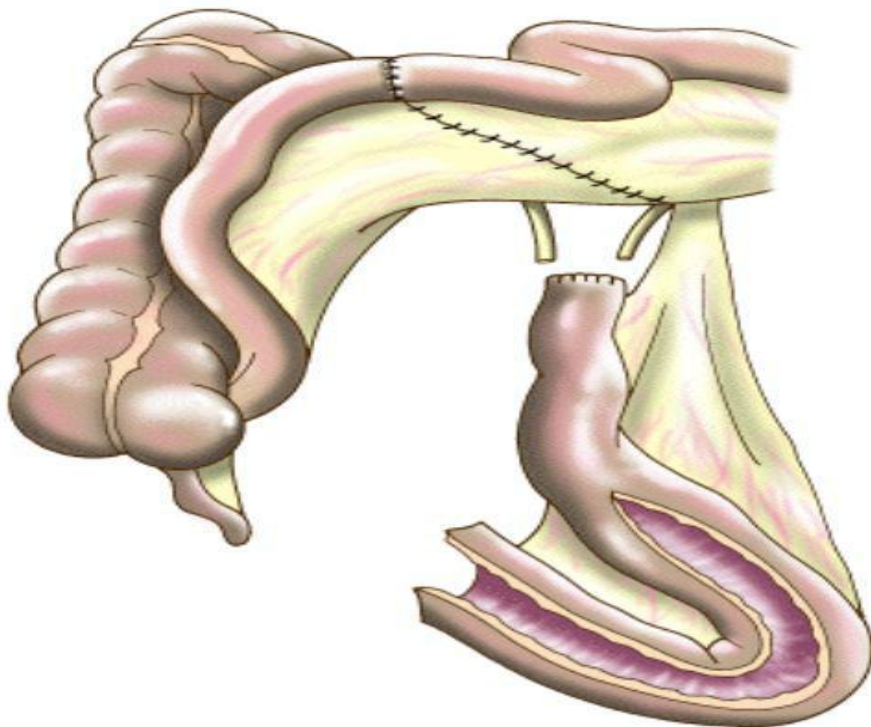


Figure 51 : Néovessie de Studer : Prélèvement d'un greffon iléal de 60 cm dont seuls les 40 cm distaux seront détubulés.

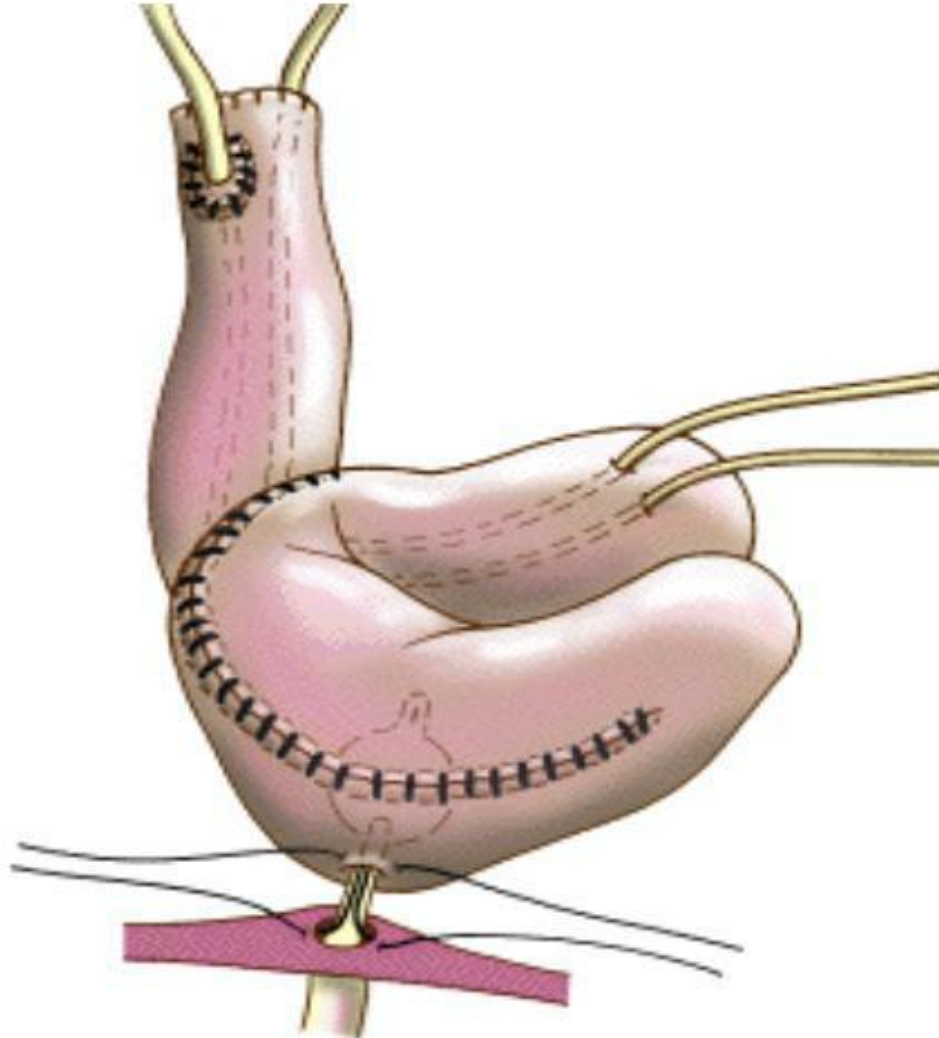


Figure 52 : Néovessie de Studer : Confection de la vessie iléale qui est plicaturée sur elle-même, de forme sphérique. Les deux uretères sont implantés sur l'anse tubulée en amont du greffon à basse pression.

4. Technique d'enterocystoplastie « vescica ileale padovana » ou Vessie de padoue »

Décrite en 1990, cette technique d'entéro-cystoplastie est assez similaire à l'entéro-cystoplastie de Camey 2, le greffon iléal est de 40cm prélevé à 15cm en amont de la valvule iléo-caecale de Bauhin, l'anastomose uréthro-vésicale s'effectue au sommet de l'anse du U, le greffon est ouvert sur toute sa longueur permettant la détubulation, les uretères sont anastomosés au niveau de la première anse, l'anse proximale iléale est ensuite repliée sur elle-même, en forme de U inversé. La néovessie est ensuite fixée de part et d'autre au psoas (**Figure 53**) [50].

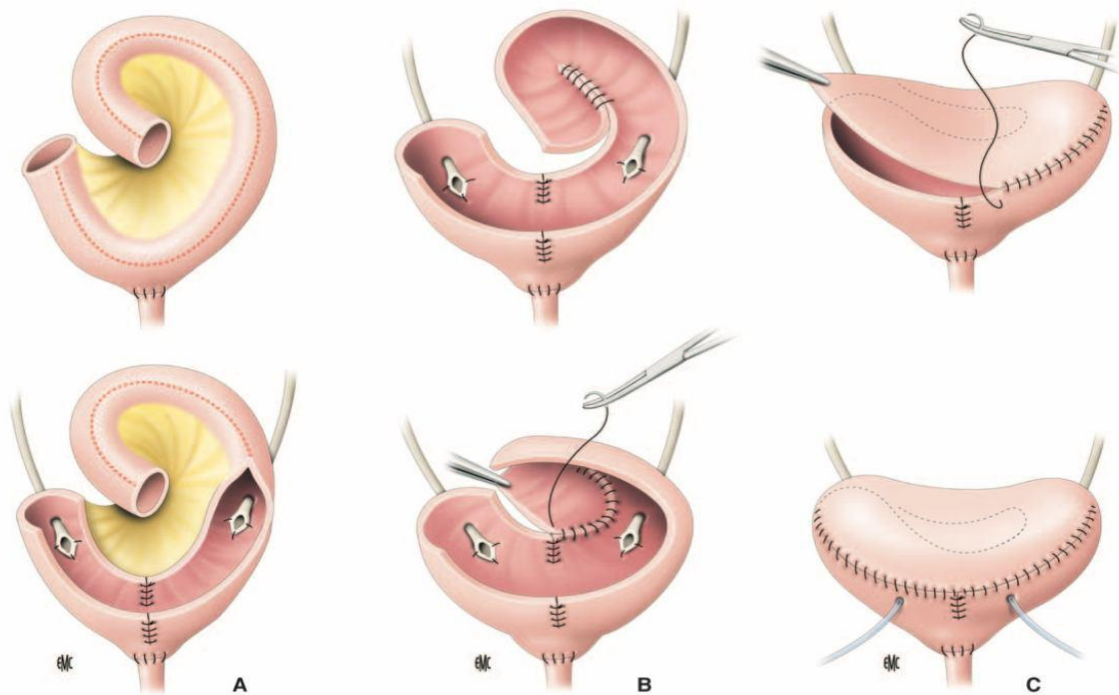


Figure 53 : Néovessie de Padoue.

A : Ouverture du greffon au niveau de son bord anti-mésentérique. Ensuite les uretères sont réimplantés.

B : L'anse proximale est repliée sur elle-même en forme de U inversé. Les bords internes sont suturés l'un à l'autre par un surjet de fil résorbable 3-0, formant le couvercle iléal supérieur.

C : Le couvercle est suturé aux bords de l'anse inférieure ce qui donne un réservoir de forme ovale.

5. Technique d'enterocystoplastie en z de FOCH :

Cette technique a été décrite par Botto en 1991. Elle répond aux exigences d'une entérocytoplastie et est simple et reproductible. Un segment iléal est prélevé en amont de la dernière anse sur environ 50cm, puis replié en formant un Z. Le greffon iléal est ensuite incisé sur toute la longueur au niveau du bord anti-mésentérique, la

face postérieure est suturée, puis l'anastomose uréthro-iléale est réalisée au niveau de la partie la plus déclive, les uretères sont anastomosés de chaque côté de la face postérieure de façon directe et enfin, la néo-vessie est suturée complètement et fixée au psoas, épousant la concavité pelvienne (**Figures 54–57**) [51].

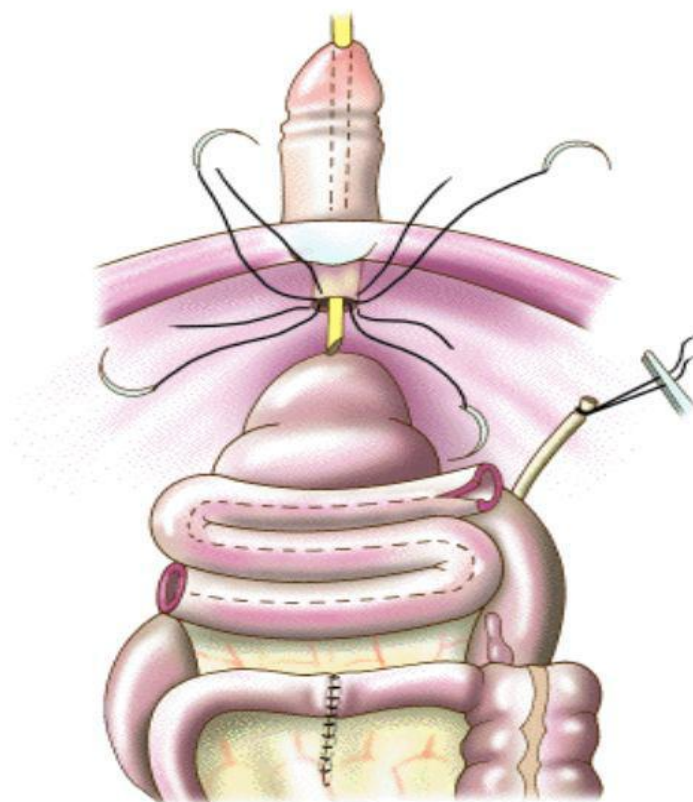


Figure 54 : Néo vessie en Z de Foch : un segment de 40 à 50 cm est prélevé en amont de la dernière anse iléale.

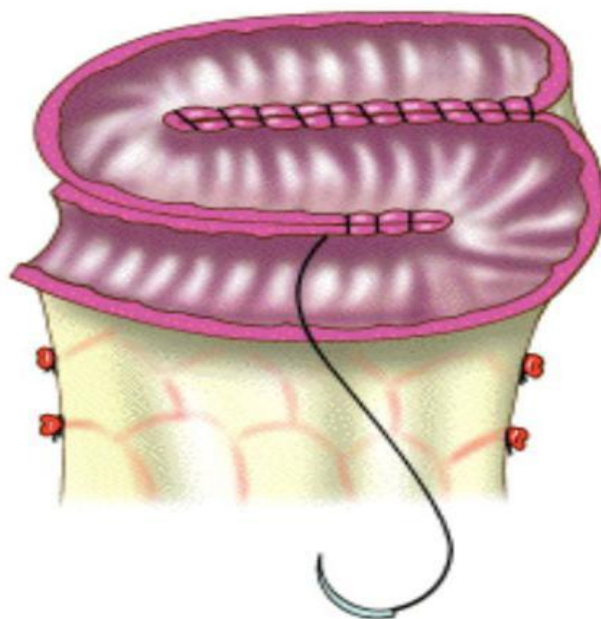


Figure 55 : Néovessie en Z de Foch : Le greffon est ouvert sur son bord anti-mésentérique, ce qui forme spontanément un Z.

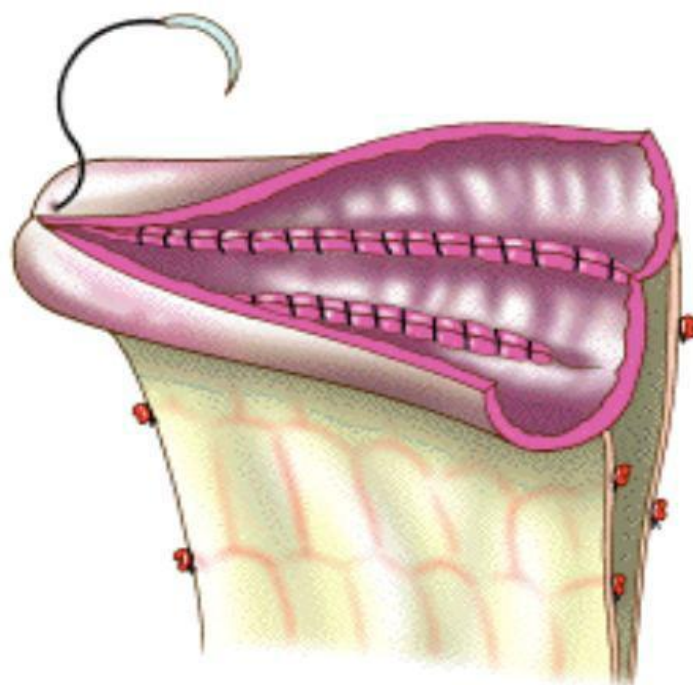


Figure 56 : Néovessie en Z de Foch : Les bords sont suturés l'un à l'autre par des surjets de fils résorbable 3-0.

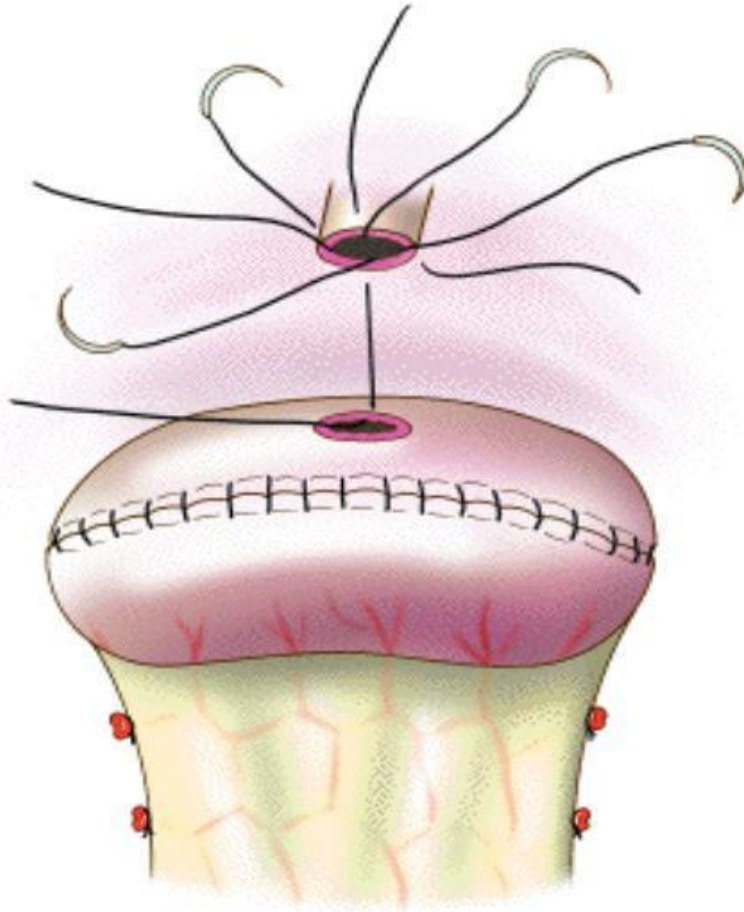


Figure 57 : Néovessie en Z de Foch : Le bord antérieur du greffon est suturé.
L'anastomose uréthro-iléale est réalisée au niveau de la partie la plus déclive.

6. Technique d'entérocytoplastie en W de GHONEIM :

Cette technique avait été publiée par Abol-Enein et Ghoneim en 1995.

Le prélèvement iléal est effectué sur 40cm et à distance d'environ 15cm de la valvule de Bauhin. L'anse est repliée en 4 parties égales pour former un W puis les branches du W sont suturées deux à deux. Les uretères sont anastomosés au niveau du plan postérieur, dans chacun des angles du W. La fermeture du plan antérieur est débutée au pôle inférieur pour former la cupule inférieure, où se trouvera l'anastomose uréthro-néovésicale. Puis les bords postérieurs sont suturés et l'anastomose est poursuivie sagittalement, l'anastomose uréthro-néovésicale est réalisée et la néovessie complètement suturée (Figures 58–61) [52].

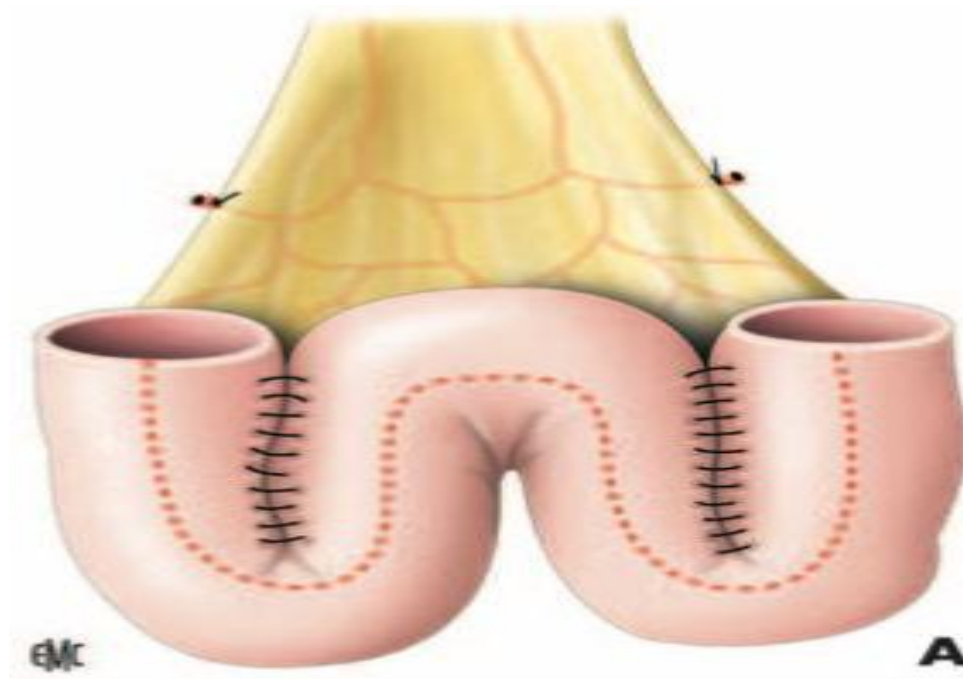


Figure 58 : Néovessie de Ghoneim : Prélèvement iléal sur 40cm à distance d'environ 15cm de la valvule de Bauhin. L'anse est repliée en 4 parties égales pour former un W.

Le greffon est détubulé en incisant le bord anti-mésentérique.

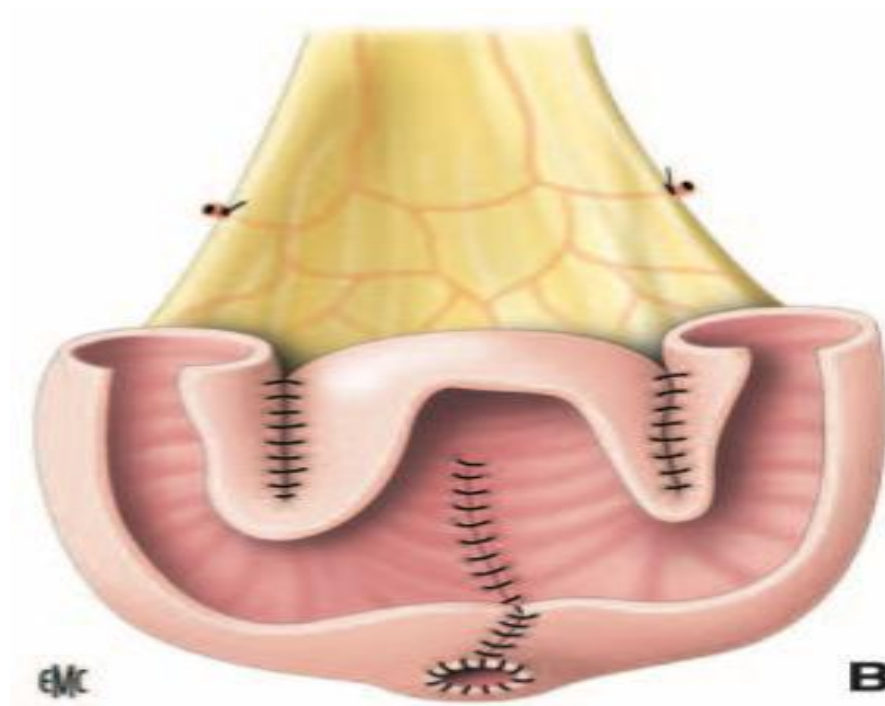


Figure 59 : Néovessie de Ghoneim : Suture des branches du W deux à deux.

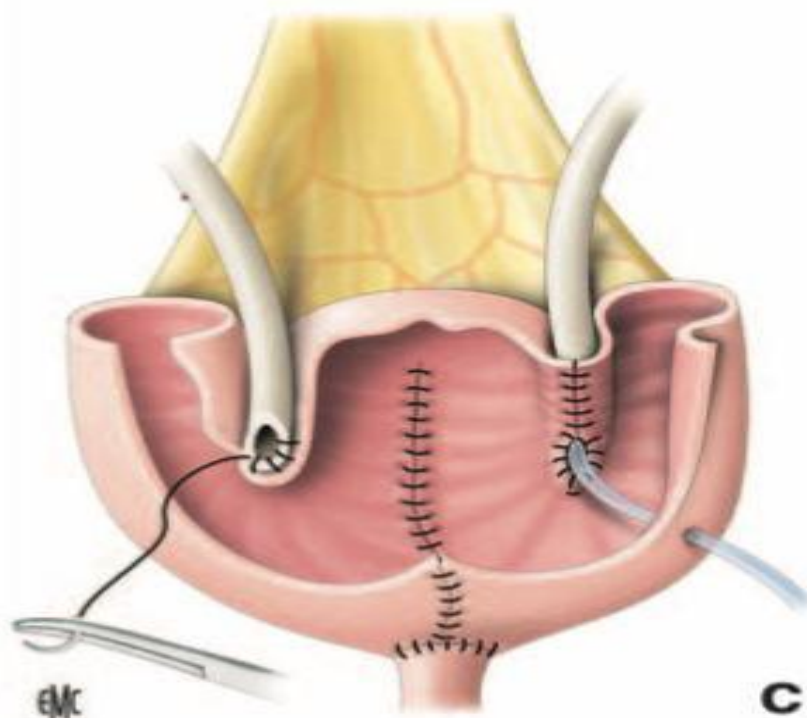


Figure 60 : Néovessie de Ghoneim : Les uretères sont anastomosés au niveau du plan postérieur, dans chacun des angles du W. Anastomose urétro-néovésicale.

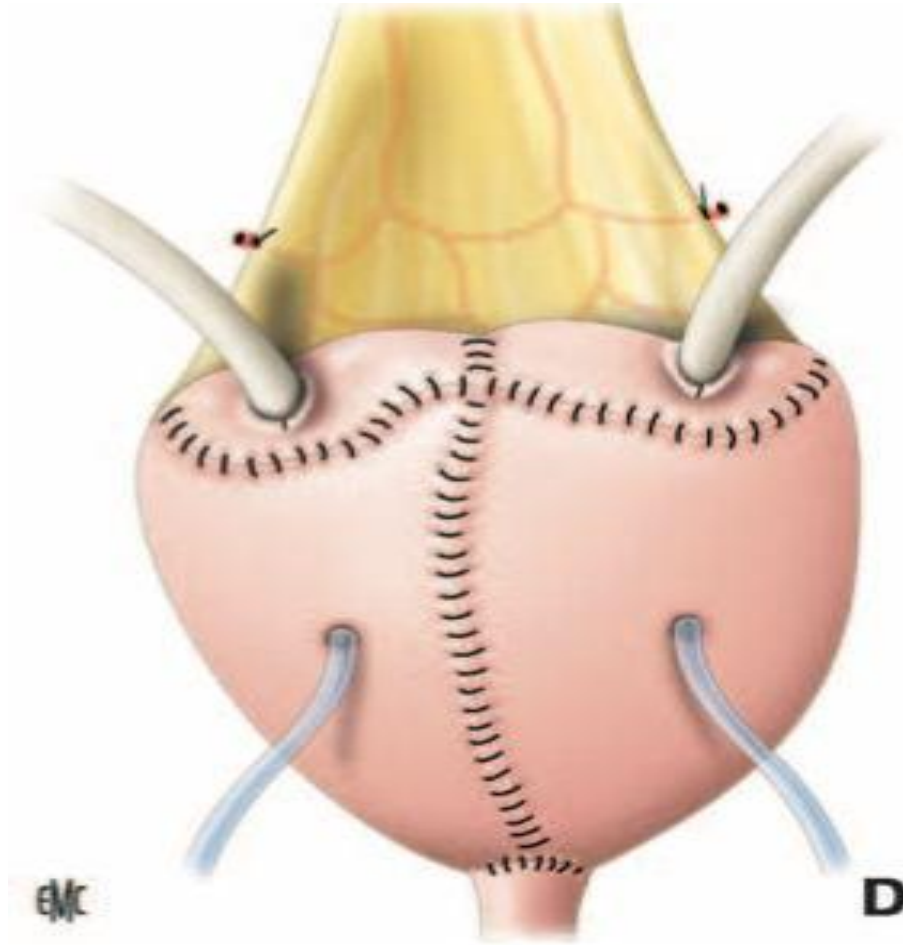


Figure 61 : Entérocystoplastie de Ghoneim : Fermeture des bords antérieurs puis des bords postérieurs.

A noter pour l'ensemble de ces techniques de vessie de substitution, les uretères sont cathétérisés par des sondes urétrales laissées en place pendant 12 à 15 jours et sorties en trans-iléo-pariétal. Une sonde urétrale est mise en per-opératoire pour une durée de 3 semaines environ, avec la réalisation de lavage régulier pour éviter son obstruction par la production de mucus digestif. L'anastomose digestive iléo-iléale est réalisée directement après le prélèvement du greffon iléal et avant la confection de l'entérocystoplastie. Cette anastomose peut s'effectuer soit de façon mécanique ou manuelle, et de type termino-terminale ou termino-latérale [53].

URETEROSTOMIE CUTANEE **TRANS-ILEALE OU** **OPERATION DE BRICKER**

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

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

I. 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. 62).

III. Techniques chirurgicales : [54, 55, 56, 57]

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

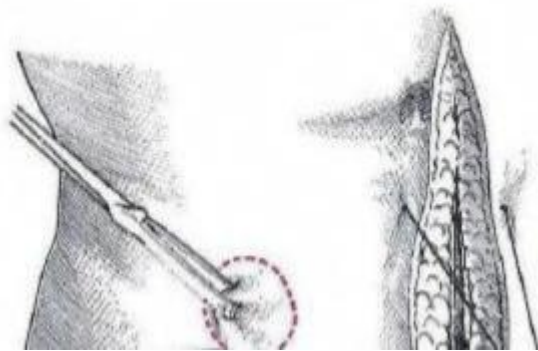
Identifier les uretères à droite puis à gauche après décollement du colon descendant et incision du péritoine pelvien sous méso colique, les libérés en respectant le tissu péri-urétérale (Fig. 63).

Section des uretères, certains placent des clips à l'extrémité distale des uretères pour entrainer une dilatation des uretères qui facilitera l'anastomose urétéro-iléale et l'inondation du champ opératoire (Fig. 63a).

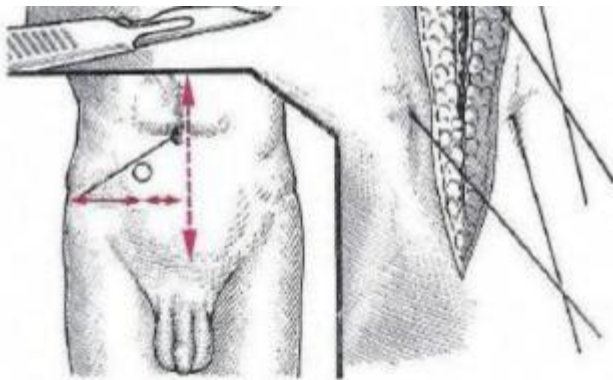
Mobiliser l'uretère gauche pour le passer sous la racine du mésosigmoïde (Fig.63c).

- Isolement du greffon iléal :
- L'avant dernière anse du grêle est repérée à 20–30 cm de la jonction iléocœcale (Fig.63b).
- Choisir le bon segment intestinale en identifiant le plan avasculaire situé entre l'artère iléo-colique et les branches terminales de l'artère mésentérique supérieure.

Le greffon prélevé est d'une longueur variant de 10 à 25 cm en fonction de la morphologie du sujet et de l'épaisseur de la paroi abdominale une fois le méso sectionné entre plusieurs ligatures, le greffon est isolé et le rétablissement de continuité digestive iléo-iléale est réalisé (Fig. 64)



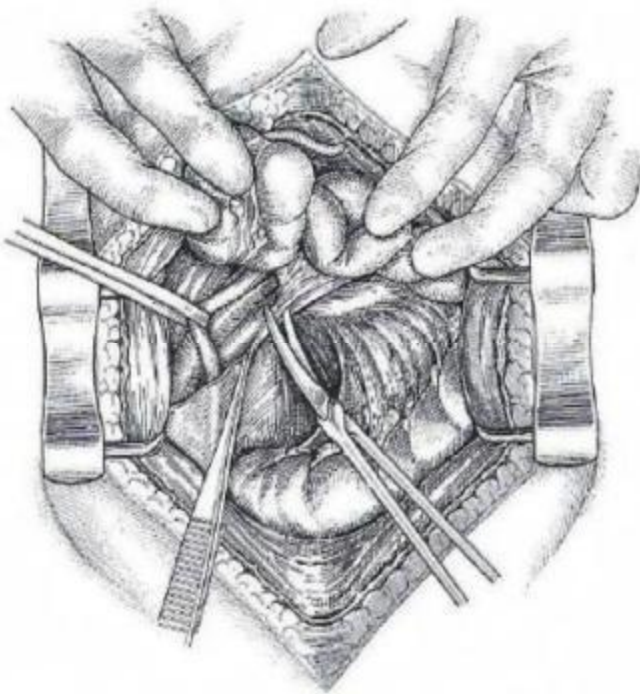
- Urétérostomie cutanée trans -iléale : -
Le site idéal se situe un peu au-dessous de la ligne unissant l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure.



- 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 cutanéograsseux et musculoaponévrotique

Figure 62 : Schéma du site idéal de l'urétérostomie trans-iléale [58]

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

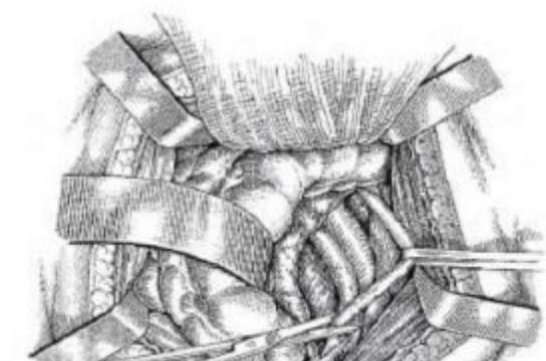


– Urétérostomie cutanée trans-iléale droite :

Décollement du côlon ascendant et de la racine du mésentère.

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

Figure 63 : Décollement de l'angle colique droit [58]

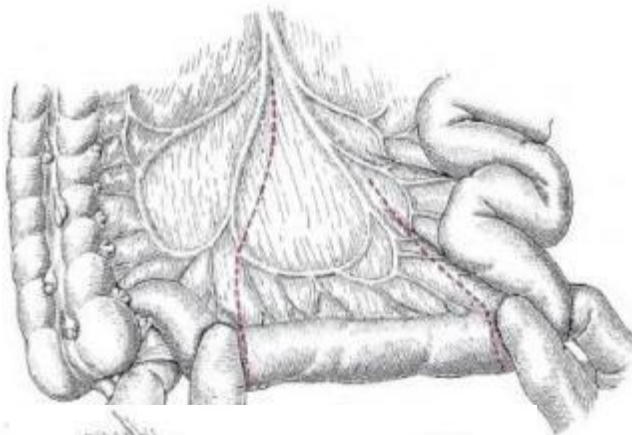


Urétérostomie cutanée transiléale droite :

Section de l'uretère gauche après décollement du côlon descendant et incision du péritoine postérieur pelvien sous-mésocolique (Fig63 a)

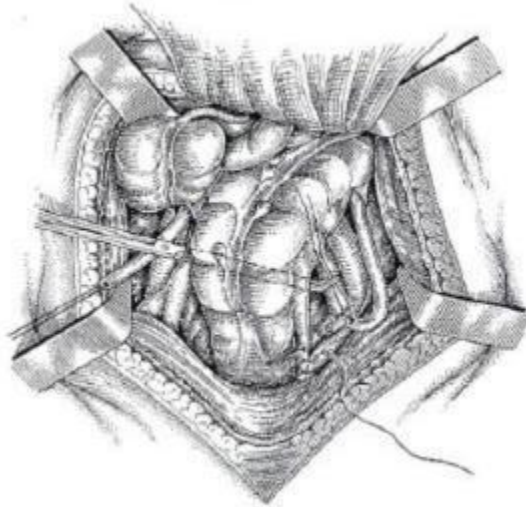
Urétérostomie cutanée transiléale droite :

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



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

L'incision proximale, plus courte, ne sectionne pas plus de deux petites arcades vasculaires.(Fig63c)



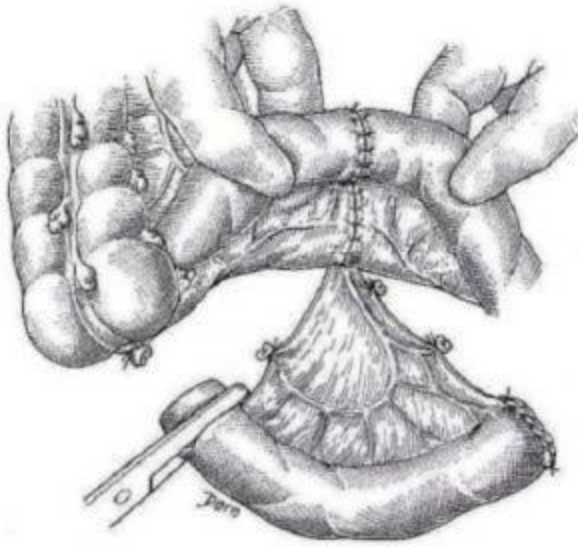
Urétérostomie cutanée transiléale

Droite :

Passage de l'uretère gauche vers la droite , en l'attirant en arrière de la racine du méso-sigmoïde dans un tunnel rétropéritonéal réunissant les deux décollements coliques. Eviter toute angulation. La courbe dessinée par l'uretère doit rester harmonieuse (Fig63b)

Figure 63 : Urétérostomie cutanée trans-iléale [58]

– Urétérostomie cutanée
trans-iléale droite :



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

urétérostomie cutanée trans-iléale
droite :



Amarrage solide de
l'extrémité proximale de
l'anse au promontoire avant
ou après la réimplantation
urétéro-iléale.

Figure 64 : Rétablissement de la continuité après prélèvement d'un greffon iléal

[58]

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-

Pour cette anastomose, 6 à 8 points sont habituellement nécessaires. Une fois les deux anastomoses réalisées, on vérifie leur étanchéité par lavage du greffon. Les sondes urétérales sont extériorisées par le greffon intestinal.

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

2. L'extra-péritonisation du greffon :

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

3. Confection de l'iléostomie:

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

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

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

Ils sont situés aux 4 points cardinaux et prennent successivement : la peau, la

languette aponévrotique repérée par la pince de Kocher, la paroi iléale à 4 cm environ de son extrémité puis la muqueuse évaginée. Une fois serrée, la stomie forme un manchon qui dépasse de 2 cm le plan cutané.

On termine ce temps en passant entre les points précédents une série de points uniquement cutanéomuqueux. (Fig65-66-67)

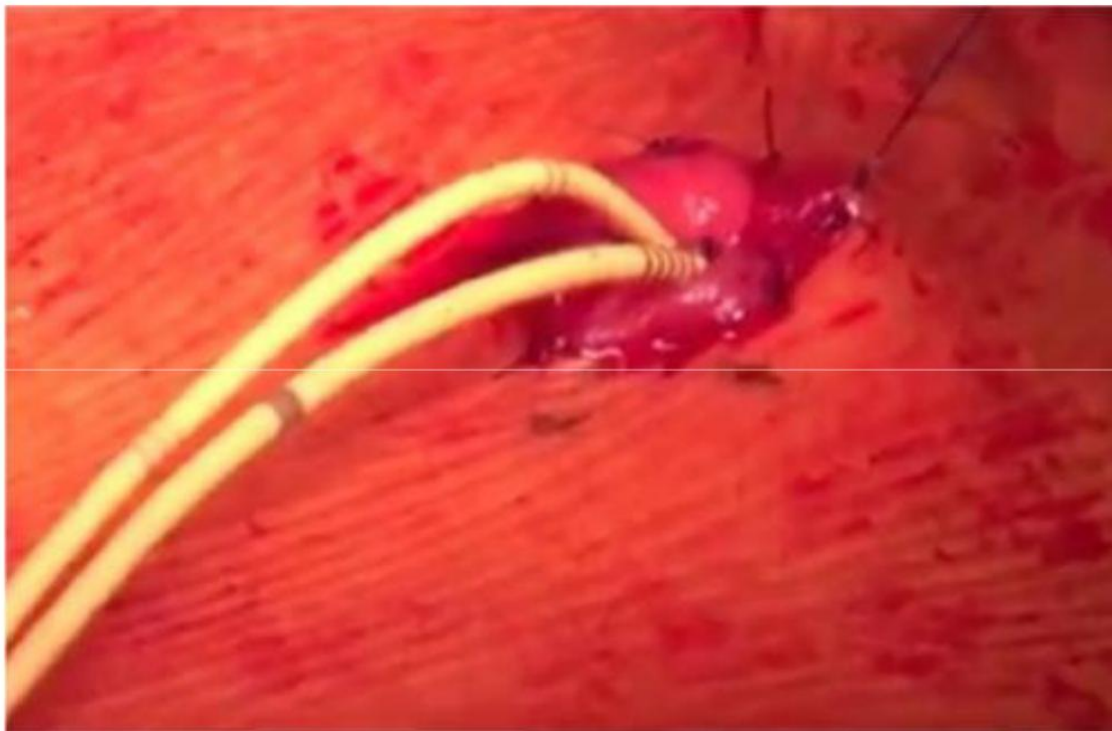
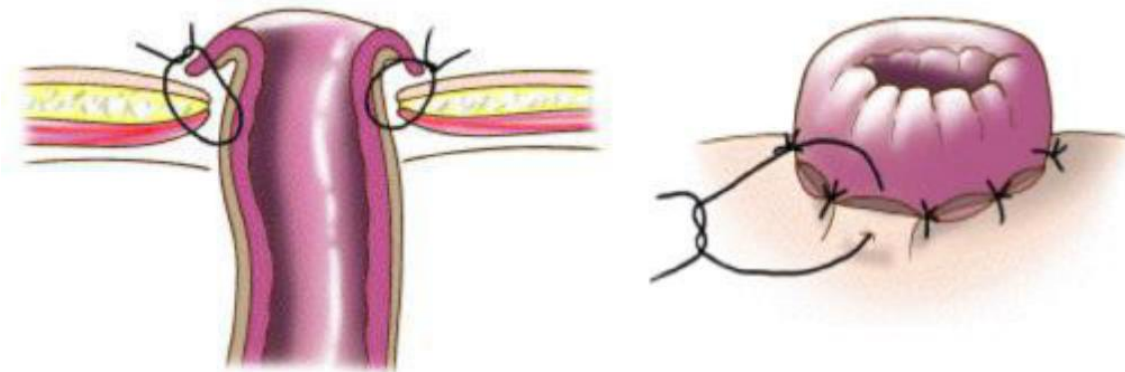


Figure 65, 66,67 : Dérivation urinaire : technique de Bricker : confection de la stomie avec amarrage de la séro-muscleuse du greffon à la paroi musculaire et retournement muqueux fixé à la peau réalisant une stomie bien vascularisée facilement appareillable .

MATERIEL ET METHODES

1. Objectif de l'étude :

Le but de notre étude a été de comparer la qualité de vie des patients cystectomisés ayant eu soit une entérocystoplastie ou une dérivation incontinente trans-iléale de type Bricker, via une revue systématique de la littérature et une méta-analyse.

2. Type de l'étude :

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

3. Population d'étude :

3.1. Critères d'inclusion :

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

3.2. Critères d'exclusion :

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

4. Terrain et période d'étude :

- Sont concernés par l'étude, les patients pris en charge au niveau du service d'Urologie de CHU Hassan II de Fès sur une période de 2 ans allant de janvier 2016 à Décembre 2017.
- Trente-deux (32) patients ont participé à notre étude, et ont été classé en deux groupes :

Groupe A : les patients ayant bénéficié d'une dérivation type Bricker (24 patients)

Groupe B : les patients ayant bénéficié d'un remplacement vésical (8 patients)

Le délai moyen depuis l'intervention était de deux ans.

5. Support des données :

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

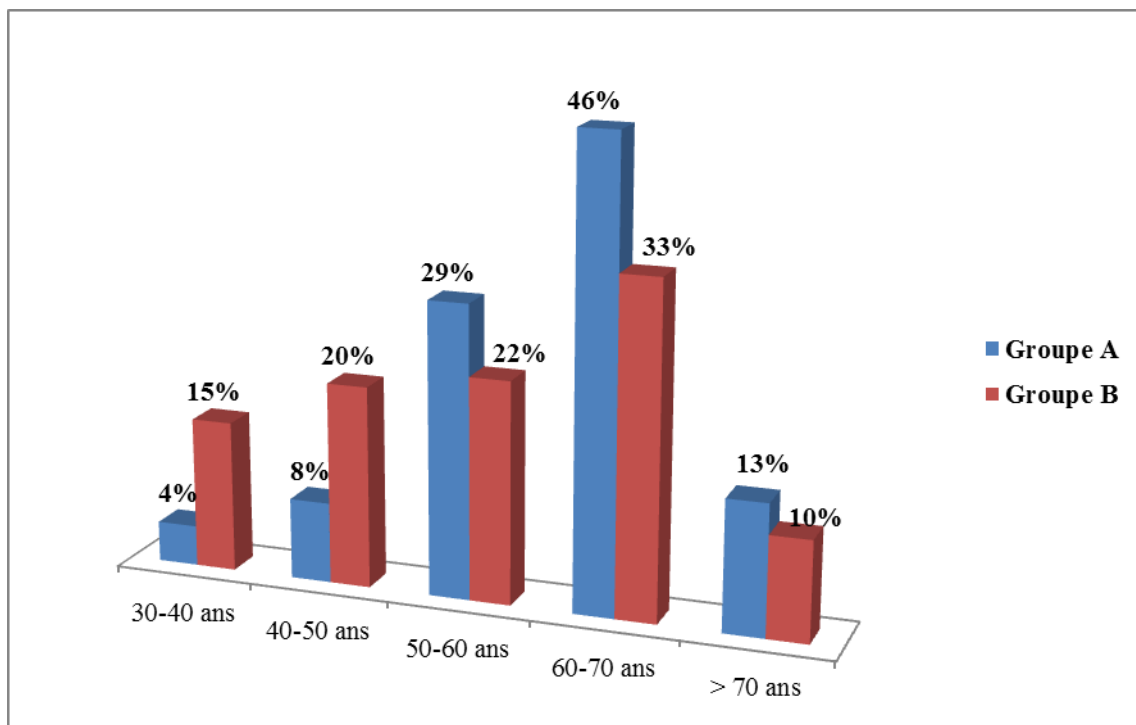
RESULTATS

1. Description population d'étude :

1.1. L'Age :

L'âge moyen de nos patients était de :

- 64 ± 8 ans avec les extrêmes de 36 et 74 ans, dans le groupe A.
- 61 ± 10 ans avec les extrêmes de 32 et 71 ans, dans le groupe B.



Graphique 1 : Répartition de l'ensemble des patients par tranche d'âge :

1.2. Le sexe :

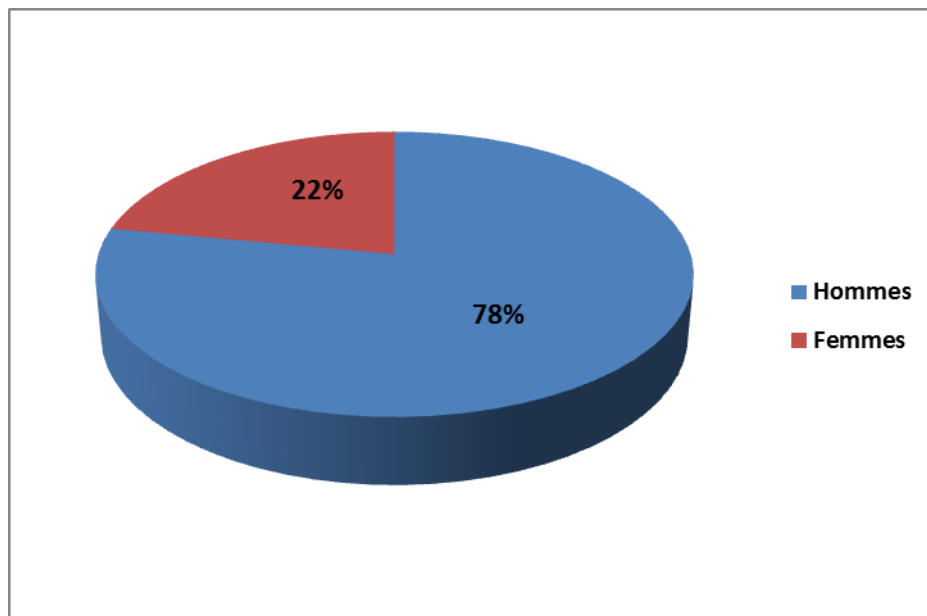
Nos patients étaient répartis en :

Dans le groupe (A) : 18 patients des patients étaient des hommes (75 %) et 6 des patients étaient des femmes (25%).

Dans le groupe (B) : 7 patients étaient des hommes (87%) et 1 patient était une femme (13%)

Il s'agissait au total de 25 hommes (78%) et 7 femmes (22%).

Sexe ratio : 3.57



Graphique 2 : Répartition des patients selon le sexe

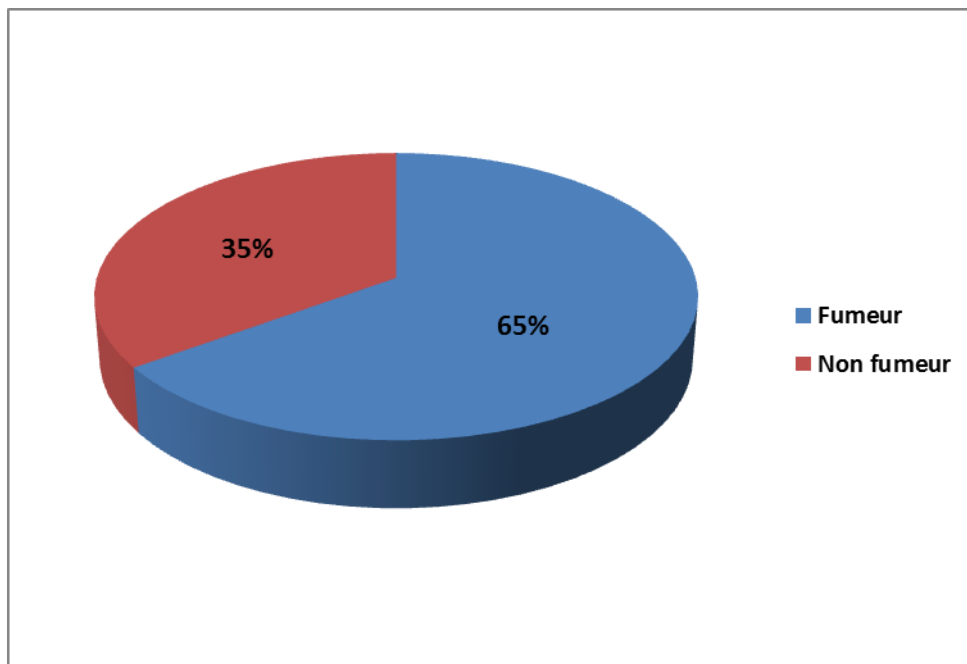
1.3. Le tabagisme :

La notion de tabagisme et plus précisément le tabagisme actif a été retrouvé chez :

Dans le groupe A : 16 patients étaient tabagiques (67%) et 8 patients étaient non tabagiques (33%).

Dans le groupe B : 5 patients étaient tabagiques (63%) et 3 patients étaient non tabagiques (37%).

Au total : 21 patients étaient tabagique (65%) et 11 patients non tabagiques (35%)



Graphique 3: Répartition des patients selon le tabagisme :

1.4. Les tares associées :

Les comorbidités rapportées dans notre étude sont énumérées dans le tableau :

Tableau 1 : Répartition des patients selon les tares associés :

Co morbidities	Groupe A (N=24)	Groupe B (N=8)
HTA	5 (21%)	3 (38%)
Diabète	3 (12%)	1 (12%)
Pas d'ATCD	16 (67%)	4 (50%)

Dans le groupe A : 5 patients souffrent d'hypertension artérielle (HTA) et 3 patients présentent un diabète type II et 16 patients ne présentent aucun ATCD.

Dans le groupe B : 3 patients souffrent d'hypertension artérielle (HTA) et un patient présentent un diabète type II et 4 patients ne présentent aucun ATCD.

1.5. La présentation clinique :

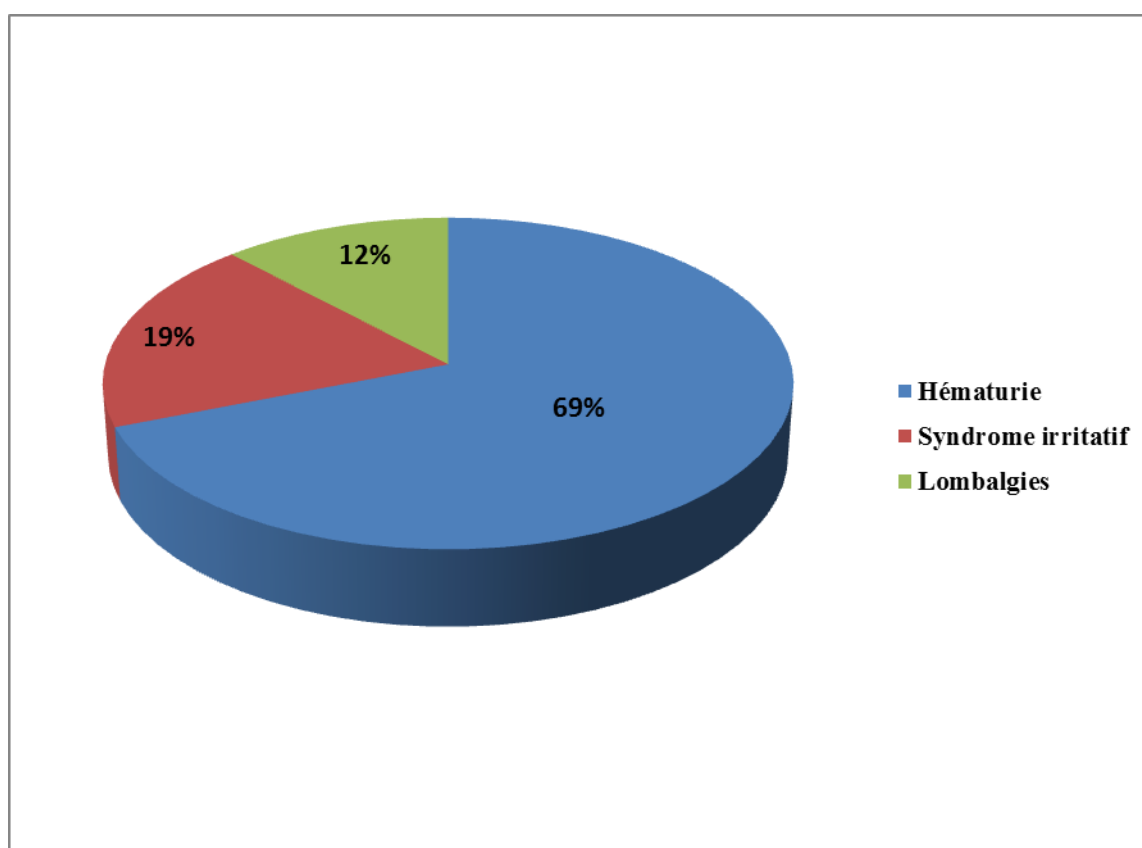
Les manifestations cliniques trouvées chez les patients étaient :

Dans le groupe A : 17 patients présentaient une hématurie (71%), 4 patients présentaient un Syndrome irritatif (17%) et 3 patients avaient des lombalgies (12%)

Dans le groupe B : 5 patients présentaient une hématurie (63%), 2 patients présentaient un Syndrome irritatif (25%) et un patient avait des lombalgies (12%)

Au total : L'hématurie est le signe clinique révélateur chez 22 des patients (69%) associée à des signes d'irritation vésicale chez 6 patients (19%). La lombalgie a été retrouvée chez 4 patients (12%).

La découverte fortuite n'a été rapportée chez aucun de nos patients.



Graphique 5: répartition des patients selon la circonstance de découverte :

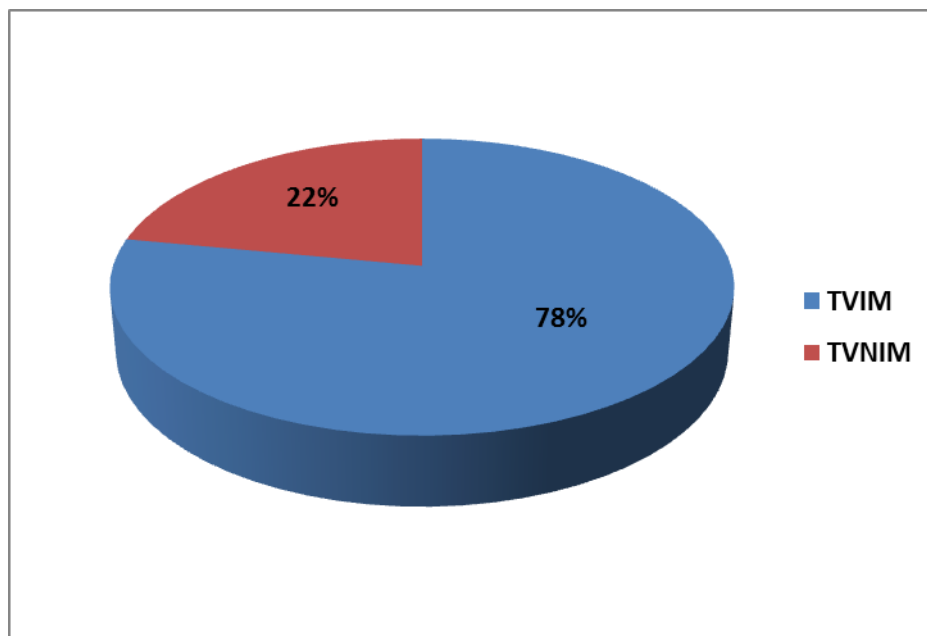
1.6. La classification histologique :

La cystoscopie préopératoire et l'histopathologie de nos patients a objectivée :

Dans le groupe (A) : 4 patients avaient une TVNIM : TIS, Ta, T1 (17%), 20 patients avaient une TVIM : T2, T3, T4 (83%) .

Dans le groupe (B) : 3 patients avaient une TVNIM : TIS, Ta, T1 (38%), 5 patients avaient une TVIM : T2, T3, T4 (62%).

Dans notre série, les tumeurs infiltrantes le muscle sont prédominante dans 25 cas (78%) , en regard de 7 cas avec une tumeur non infiltrante le muscle (22%).



Graphique 6 : Répartition des patients selon le type histologique

2. Evaluation de la qualité de vie :

2.1. Activités quotidiennes :

Nous avons évalué l'habilité des patients à effectuer certaines activités journalières.

Tableau 2 : la répartition des taches quotidienne dans les deux groupes :

ITEMS	Aucune Gêne	Présence de gêne	Non concerné
1/Tâches domestiques, ménage, bricolage, cuisine ...	13 (54%)	11(46%)	0
Groupe A	6 (75%)	2 (25%)	0
Groupe B			
2/ Sortir dans la rue , faire des courses ...	14 (58%)	10 (42%)	0
Groupe A	5 (63%)	3 (37%)	0
Groupe B			
3/ Aller dans les lieux public, cinéma, café...	15 (63%)	09 (37%)	0
Groupe A	6 (75%)	02 (25%)	0
Groupe B			
4/ Réunion de la famille	17 (70%)	07 (30%)	0
Groupe A	04 (50%)	04 (50%)	0
Groupe B			
5/ Réunion de amis	14 (58%)	10 (42%)	0
Groupe A	04 (50%)	04 (50%)	0
Groupe B			
6/ Conduite automobile	7 (30%)	7 (30%)	10 (40%)
Groupe A	4 (50%)	1 (13%)	3 (37%)
Groupe B			

Les résultats sont rapportés dans le tableau (2) ci-dessous

2.2. Activités sexuelle :

Nos patients ont été interrogés de façon détaillée sur leur vie sexuelle afin de détecter les différents troubles qu'ils présentent. .

Les informations recueillies sont comme suit :

Dans le groupe A :

22 patients soit 84%, estimaient avoir une vie sexuelle active avant leur intervention.

2 patients soit 16 % n'avaient pas une vie sexuelle active,

Après l'intervention, sur les 22 patients sexuellement actifs :

18 patients (82%) déclaraient que leur activité sexuelle avait été «très perturbée»

2 patients (9%) qu'elle avait été seulement «peu perturbés»

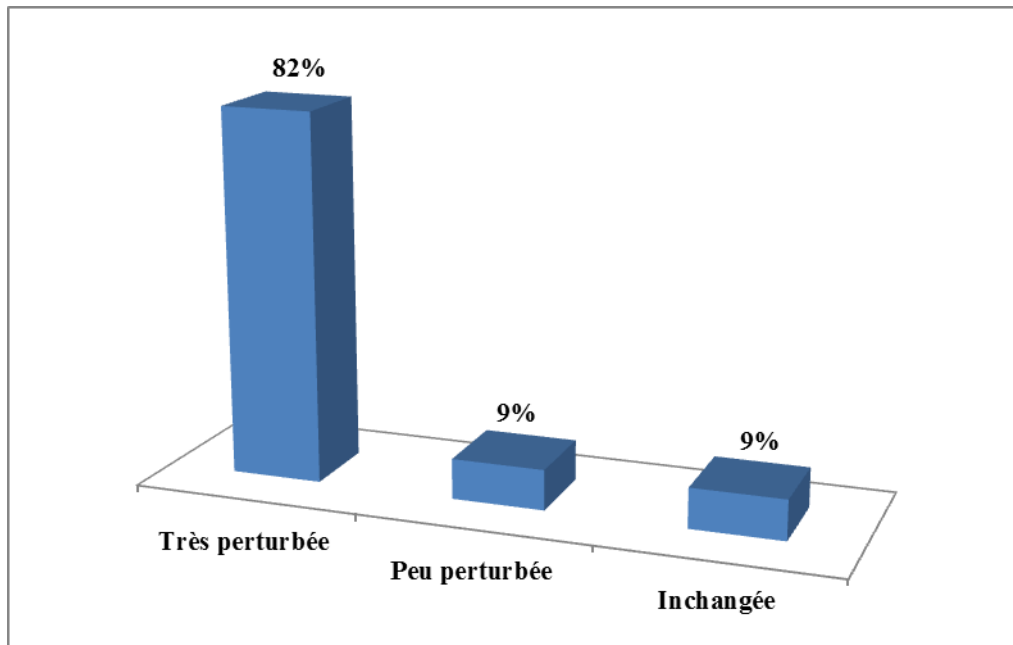
2 patients (9%) qu'elle avait été «inchangée

La dysfonction sexuelle trouvée chez ces 20 patients est due à :

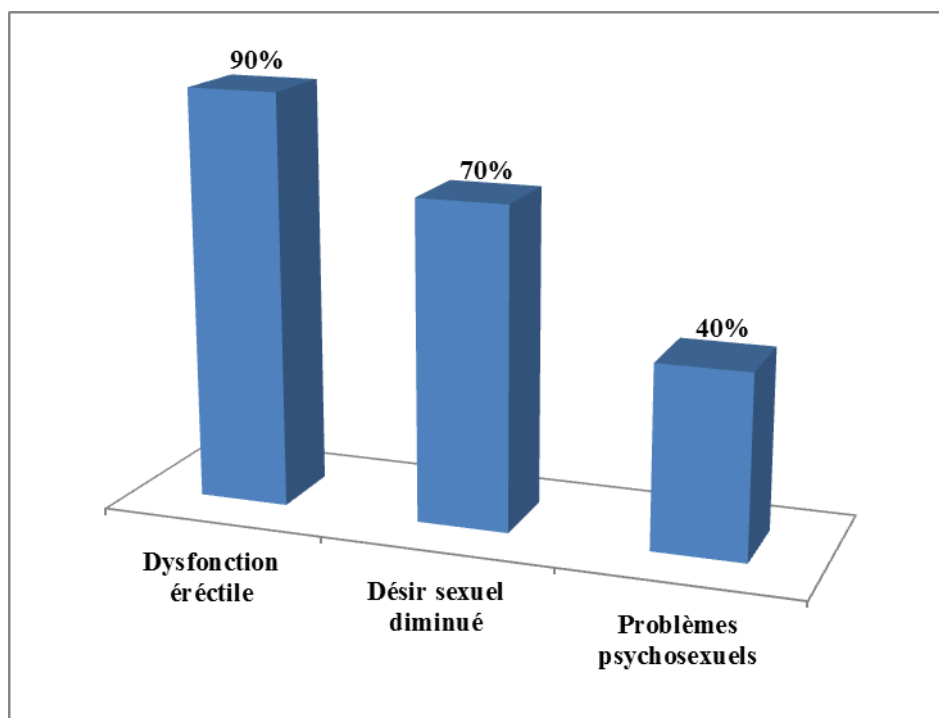
Une dysfonction érectile chez 18 patients. (90%)

La diminution du désir chez 14 patients (70%)

Des raisons psychosexuelle (refus du partenaire, sentiment sexuellement moins attractive) chez 8 patients (40%)



Graphique 7: Retentissement de l'intervention sur l'activité sexuelle du Groupe A :



Graphique 8 : Répartition des patients du Groupe A selon le type du trouble sexuel :

Dans le Groupe B :

7 patients soit 87 %, estimaient avoir une vie sexuelle active avant leur intervention, et un patient soit n'avait pas une vie sexuelle active.

Après l'intervention, sur les 7 patients sexuellement actifs :

4 patients (57%) déclaraient que leur activité sexuelle a été « très perturbée ».

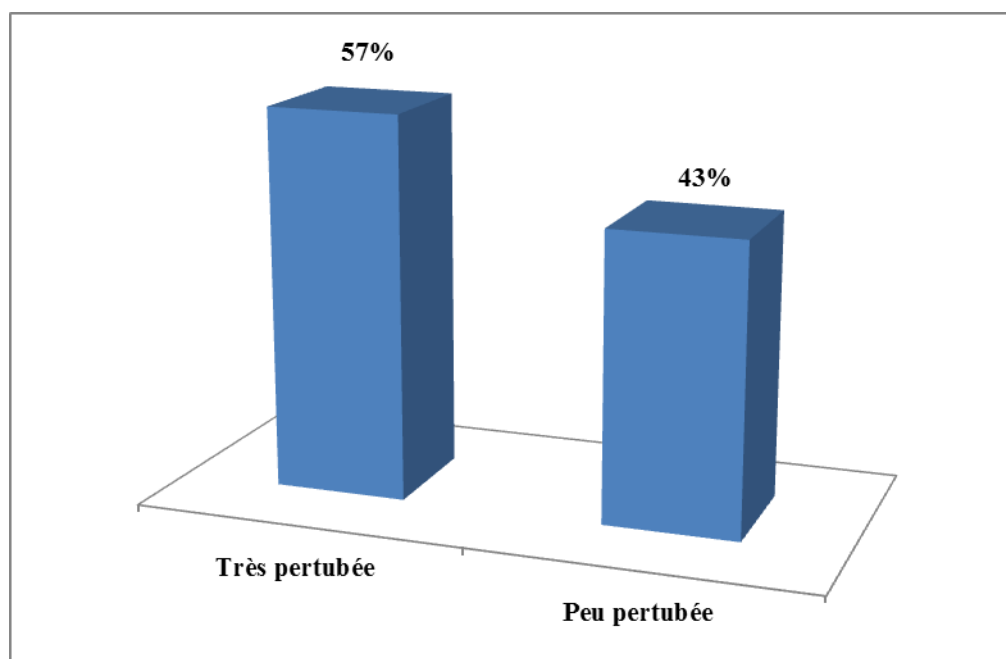
3 patients (43%) qu'elle avait été seulement « peu perturbée ».

La dysfonction sexuelle trouvée chez 7 patients est due à :

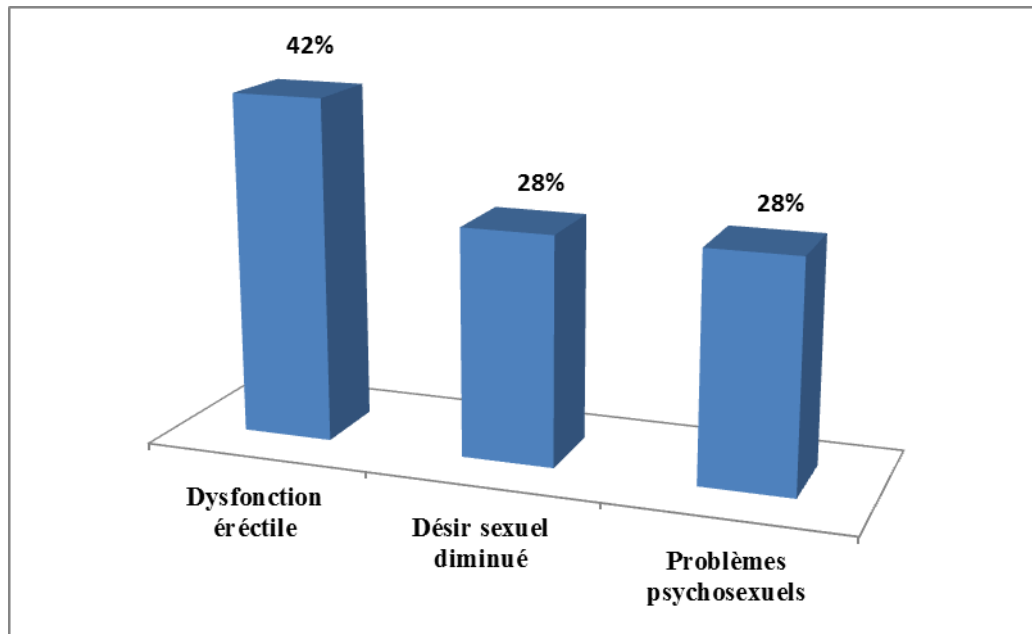
Une dysfonction érectile chez 3 patients (42%)

La diminution du désir chez 2 patients (28%)

Des raisons psychosexuelle (refus du partenaire, sentiment d'être sexuellement moins attractif) chez 2 patients (28%)



Graphique 9 : Retentissement de l'intervention sur l'activité sexuelle du Groupe B :



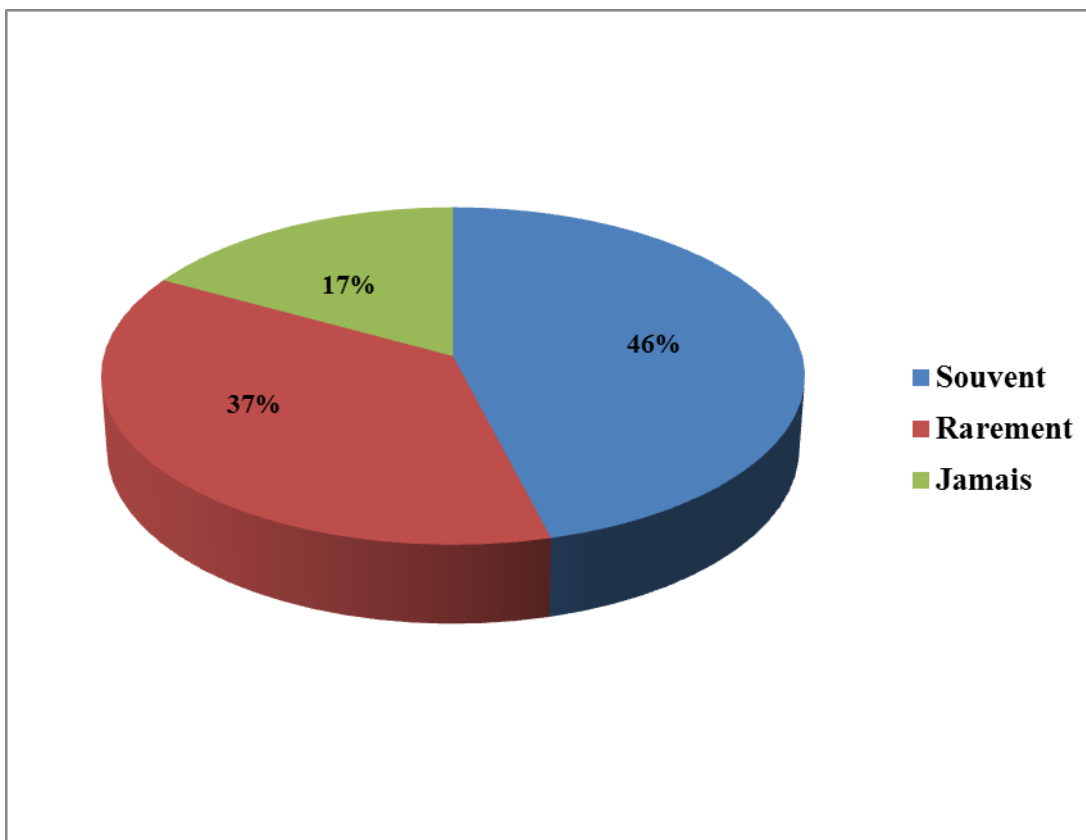
Graphique 10 : Répartition des patients du Groupe A selon le type du trouble sexuel

2.3. Troubles urinaire :

2.3.1 Fuites urinaire :

Dans le groupe A : 11 patients ont souvent des fuites (46%)
9 patients ont rarement des fuites (37%)
4 patients n'ont jamais des fuites urinaires (17%)

La quantité des fuites était minime chez 13 patients et importantes chez 3 Patients.



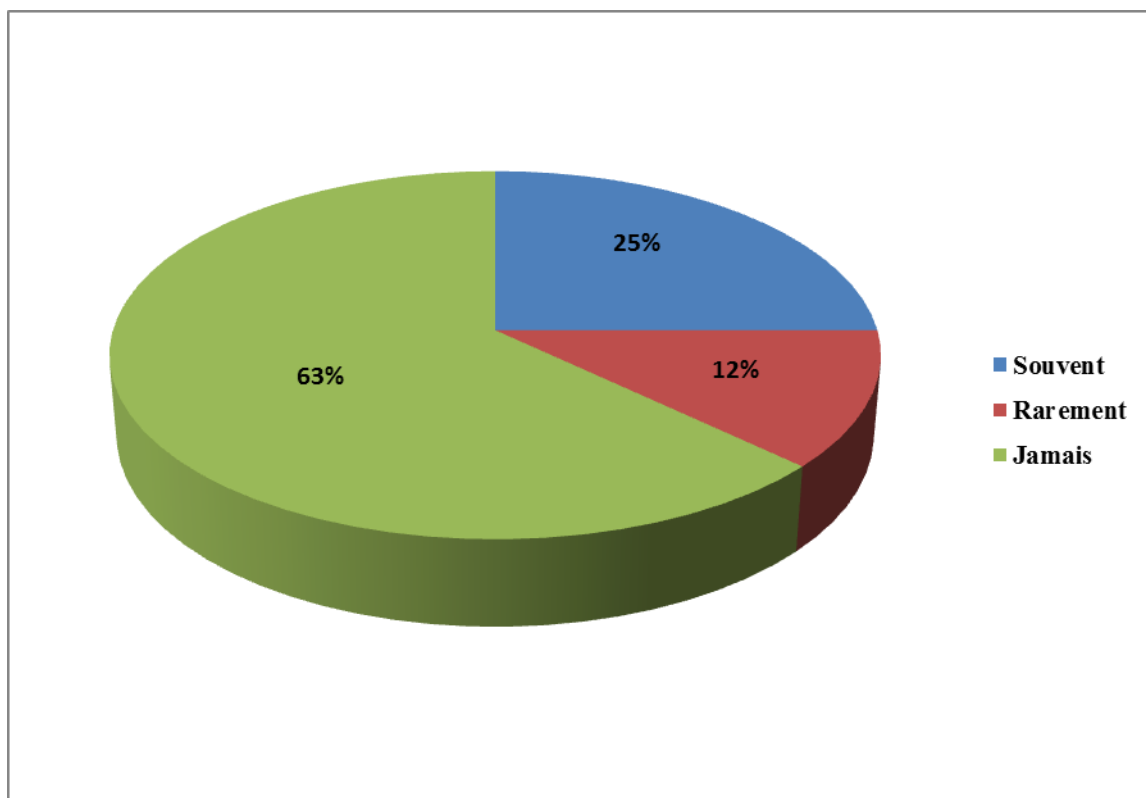
Graphique 11 : Répartition des patient selon la fréquence des fuites

Ces fuites urinaire surviennent au repos chez 10 patients (63%) et a l'effort chez 6 patients (37%) , diurne dans 10% des cas et nocturne dans 3 % des cas.

Les difficultés d'appareillage sont leur cause principale : mauvaise adhésion de la poche lors de sa mise en place ou décollement intempestif.

Dans le groupe B : 2 patients ont souvent des fuites (25%)
 1 patient a rarement des fuites (12%)
 5 patients n'a jamais des fuites urinaires (63%)

La quantité des fuites était minime chez un seul patient et importante chez les deux patients.

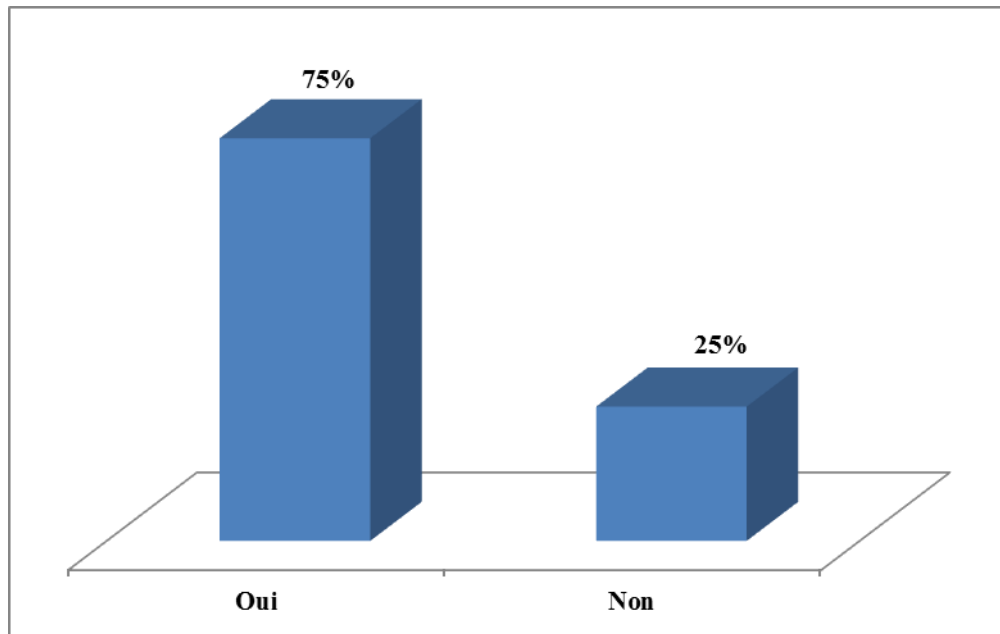


Graphique 12 : Répartition des patient selon la fréquence des fuites

2.3.2 Mauvaise Odeur :

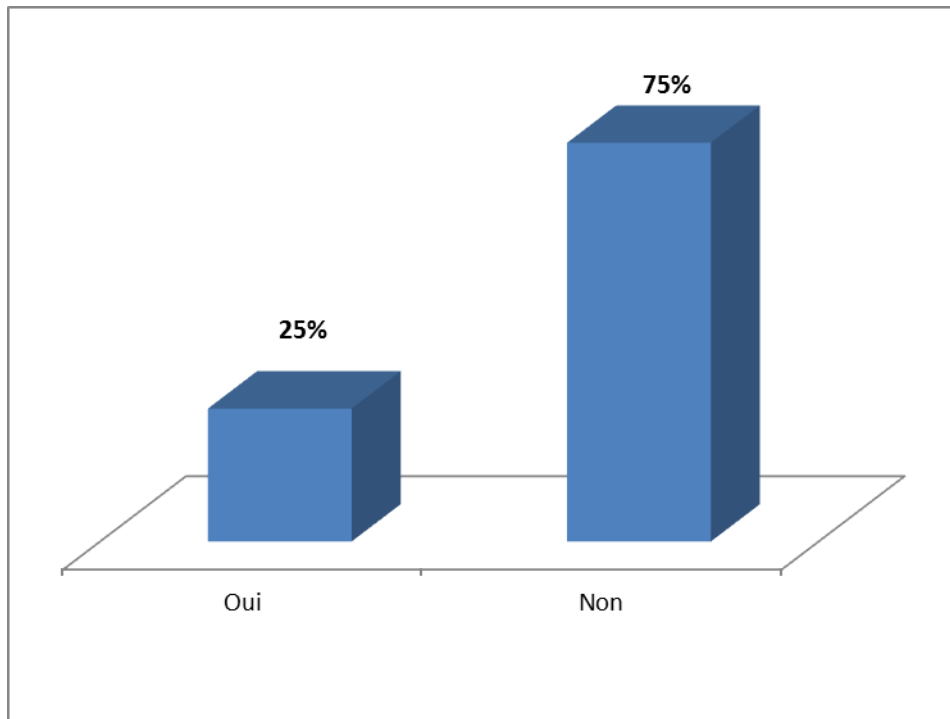
C'est une grande source d'inquiétude pour les gens qui s'apprêtent à avoir une dérivation urinaire.

Dans le groupe A : 18 patients soit 75% rapportent la sensation de sentir une mauvaise odeur.



Graphique 13 : la sensation d'une mauvaise odeur

Dans le groupe B : 2 patients soit 25% rapportent la sensation de sentir une mauvaise odeur.



Graphique 14 : la sensation d'une mauvaise odeur

2.4. Sur le plan physique :

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

- **Dans le Groupe A :**

- **Subjectives :**

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

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

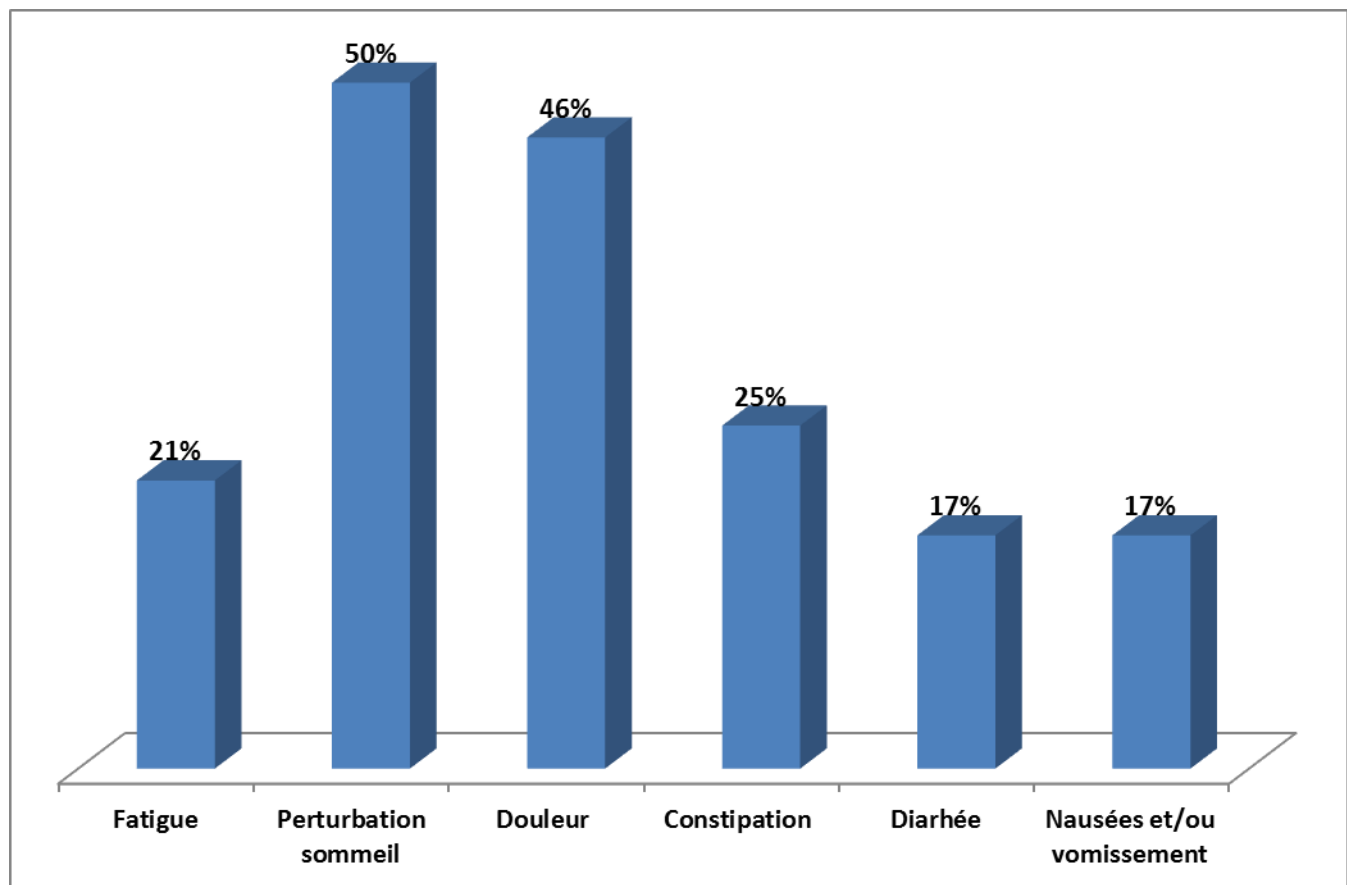
Douleur : 11 patients soit 46%

- **Objective :**

Diarrhée :04 patient , soit 17%.

Constipation : 06 patients 25%.

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



Graphique 15: Répartition des patients selon les signes physiques :

- Dans le Groupe B :

- Subjectives :

Fatigue (difficulté de réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne) :

04patients soit 50 %.

Perturbation de sommeil (sommeil discontinu :le patient a du mal à se positionner et dormir que d'un côté) :3 patients, soit 38%

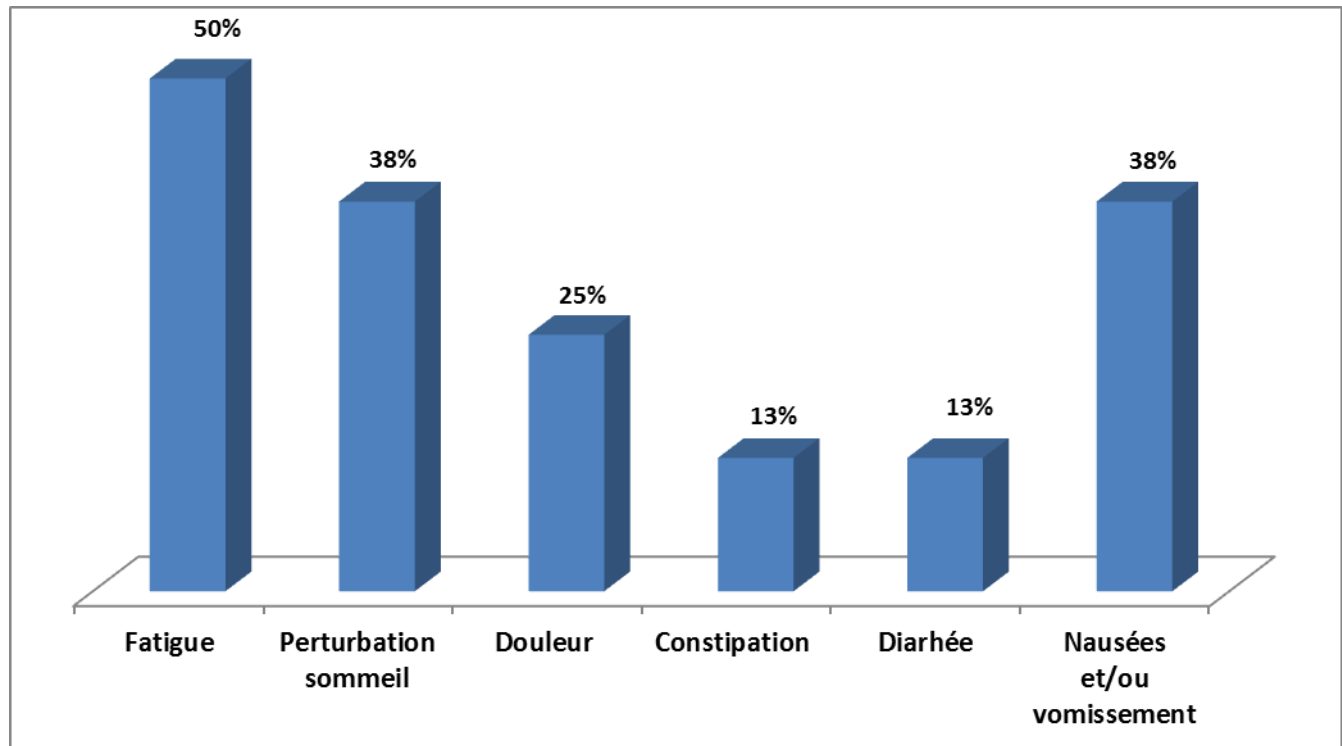
Douleur : 2 patients soit 25%

- Objectives :

Diarrhée :01 patient , soit 13%.

Constipation : 01 patients 13%.

Nausées et/ou vomissements : 03 patients , soit 38%

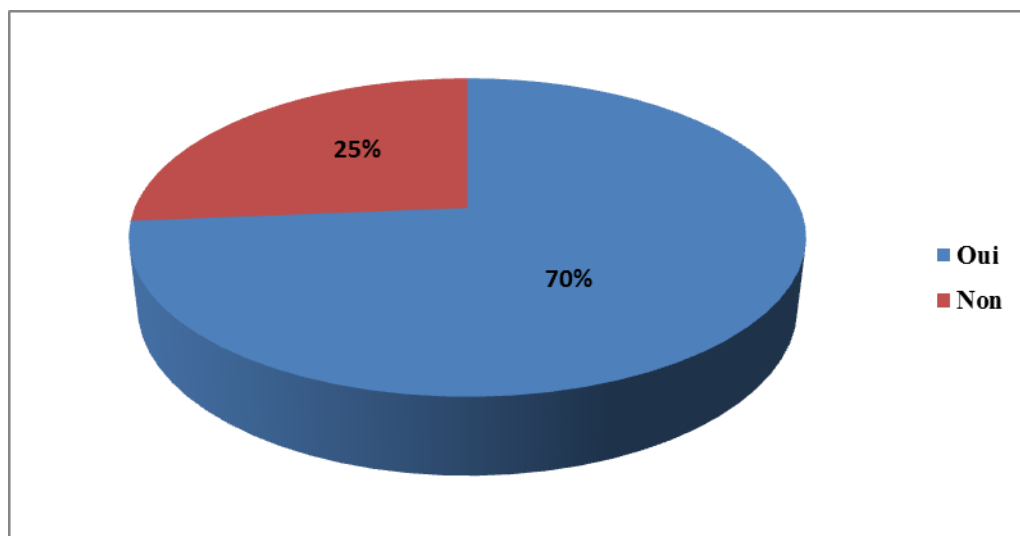


Graphique 16: Répartition des patients selon les signes physiques :

2.5. Sur le plan psychique :

Dans le groupe A :

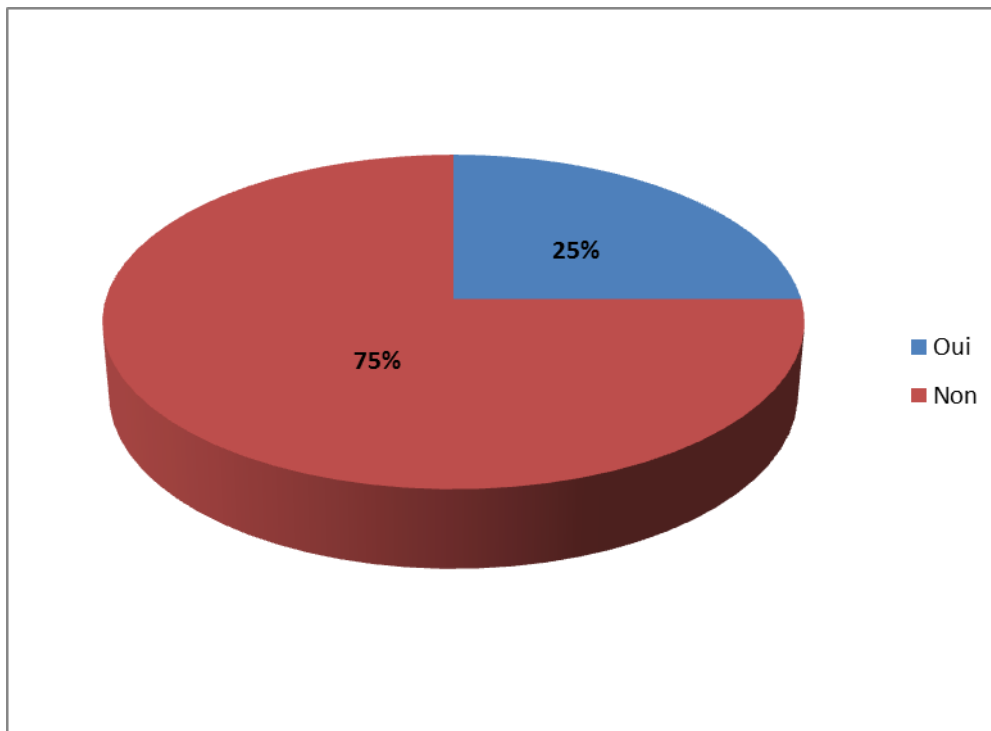
18 malades soit 75% ont des troubles psychiques (anxiété , irritabilité , Dépression ...) avec une difficulté d'adaptation à la dérivation Urinaire. Pour les 6 restants soit 25% ils n'ont pas présenté de retentissement psychologique.



Graphique 17: Retentissement de l'intervention sur le plan psychique (Groupe A)

Dans le groupe B :

2 patients soit 25 % présentaient des troubles psychiques à type d'irritabilité et signes dépressifs, alors que 6 soit 75 % n'exprimaient aucun signe pouvant orienter vers un trouble psychique après l'opération.)

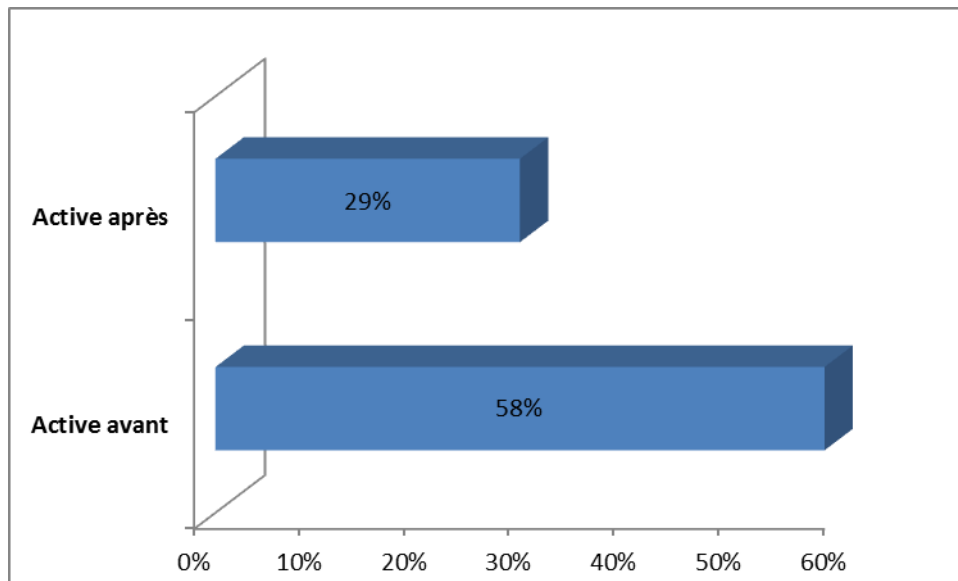


Graphique 18: Retentissement de l'intervention sur le plan psychique (Groupe B)

2.6. Activités professionnels :

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

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

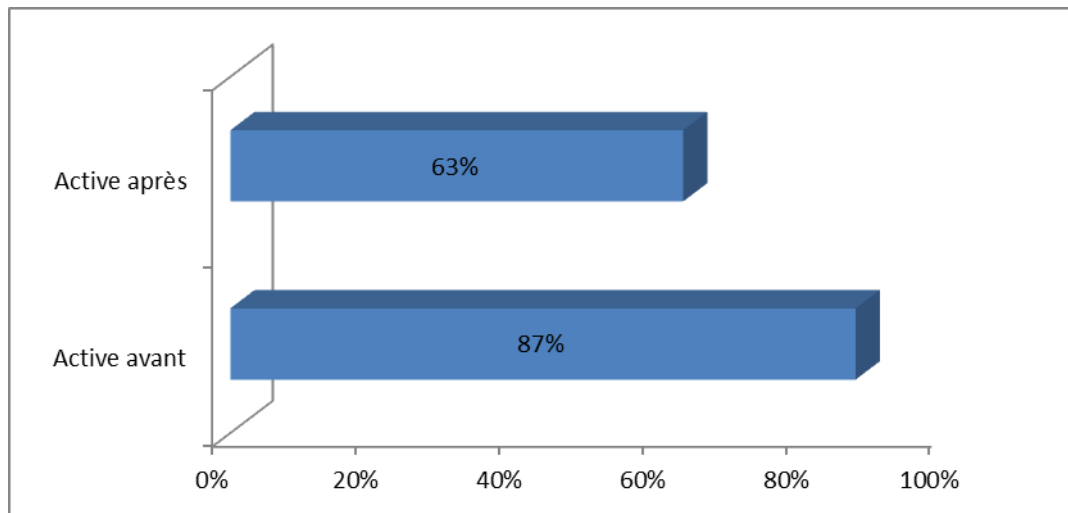


Graphique 19 : Retentissement de l'intervention sur l'activité professionnelle groupe

A

Dans le groupe B : Parmi les patients inclus dans l'étude 7 patients avaient une Activité professionnelle avant l'intervention soit 87 %

En post opératoire, 5 patients soit 63 % de notre série ont gardé une activité professionnelle. 3 patients soit 37 % étaient inactifs.

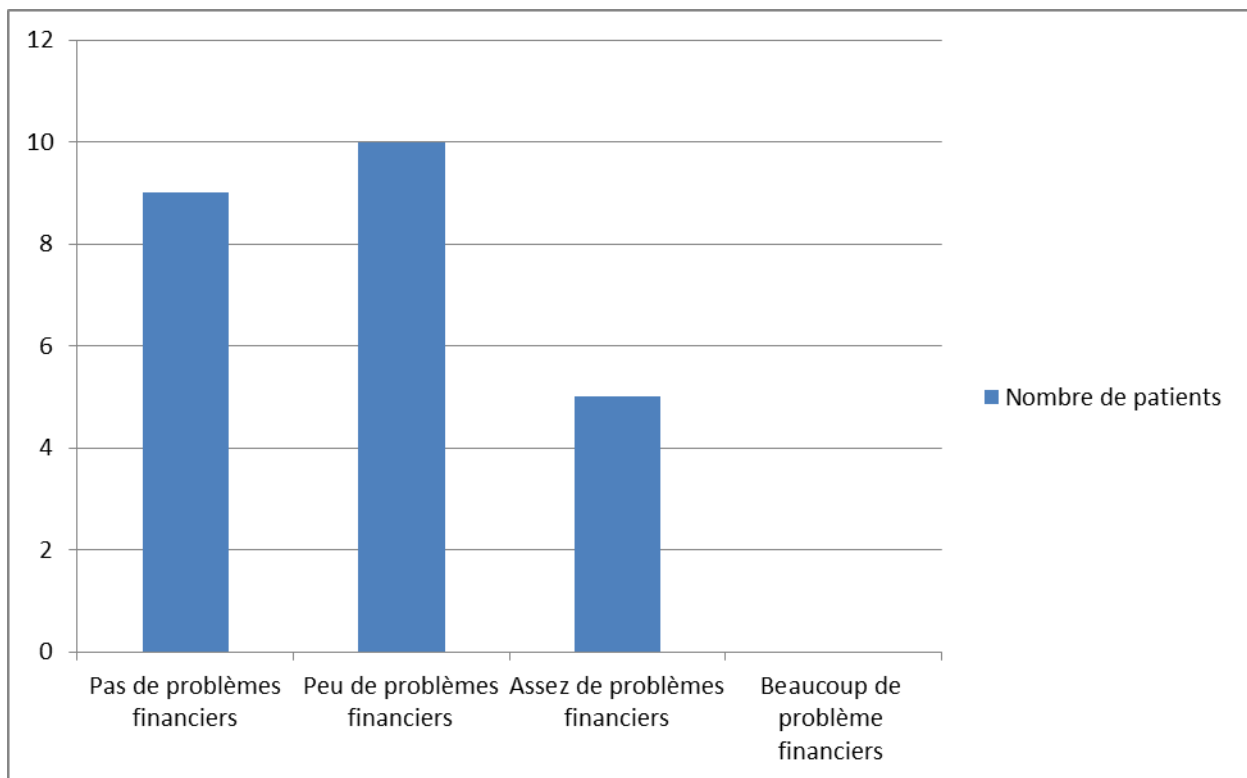


Graphique 20 : Retentissement de l'intervention sur l'activité professionnelle
groupeB

2.7. Problèmes financiers :

Dans le groupe A :

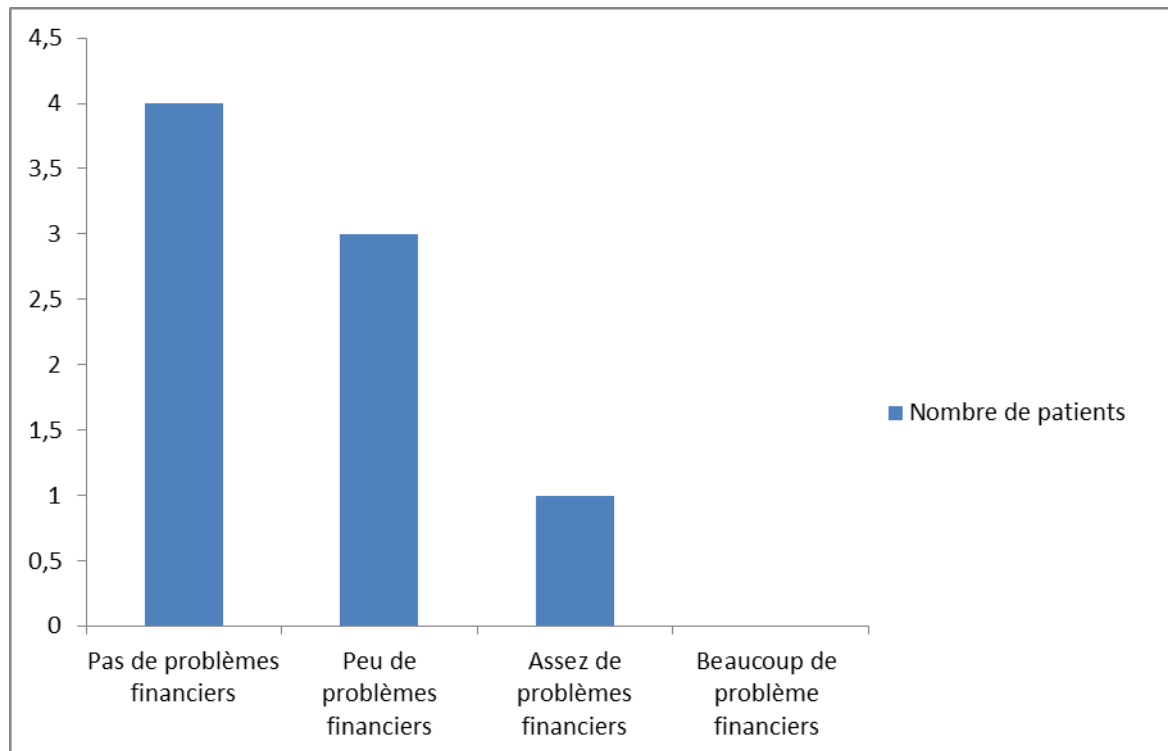
10 patients dans notre série ont affirmé avoir eu peu de problème financiers a cause de changement quotidien de la poche de stomie ou bien de nettoyage des problèmes cutanés, 5 patients en avaient assez et 9 patients n'avaient eu aucun problème financiers lié a leurs opérations.



Graphique 21 : Répartition des patients selon leurs problèmes financiers liés à l'intervention

Dans le Groupe B :

3 patients dans notre série ont affirmé avoir eu «peu» de problèmes financiers à cause de leur état physique ou leur traitement médical, un patient en avait assez, et 4 patients n'avaient eu aucun problème financier lié à leurs opérations.



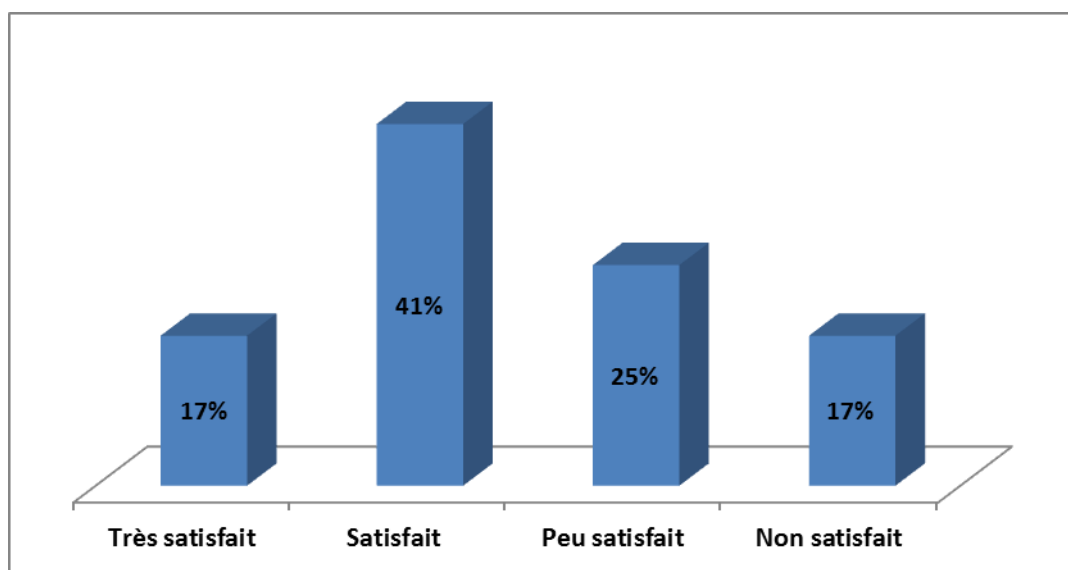
Graphique 22 : Répartition des patients selon leurs problèmes financiers liés à l'intervention

2.8. Satisfaction globale :

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

Dans le groupe A :

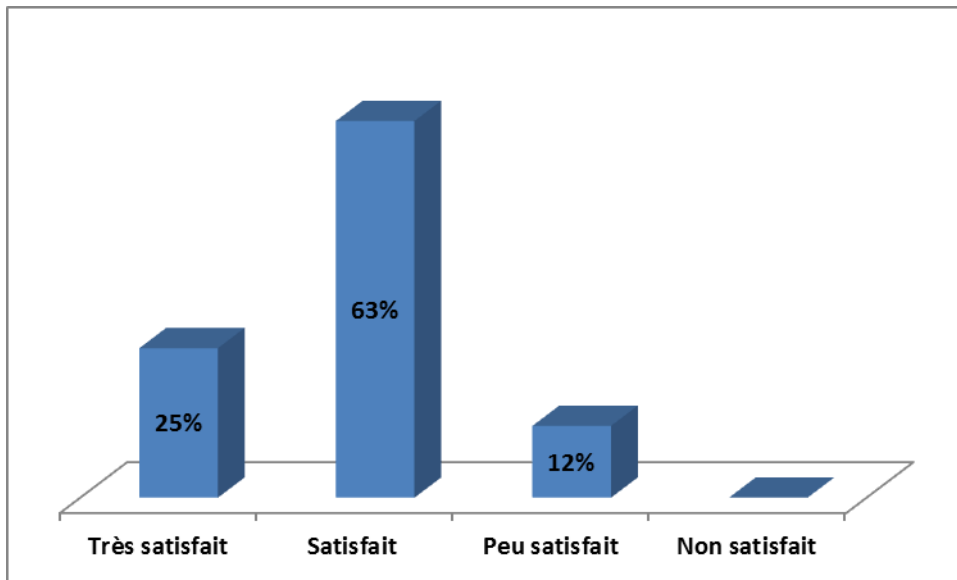
14 patients étaient satisfait a très satisfait, 6 patients étaient peu satisfait, tandis que 4 patients étaient non satisfait.



Graphique 23 : Répartition des patients selon le degré de satisfaction

Dans le groupe B :

7 patients étaient satisfaits à très satisfaits de leur dérivation urinaire tandis qu'un seul était peu satisfait.



Graphique 24 : Répartition des patients selon le degré de satisfaction

ANALYSE STATISTIQUE

Pour notre étude, nous avons fait une analyse où nous avons évalué et comparé la qualité de vie chez les deux groupes de patients.

Le but de cette analyse était :

- Évaluer et comparer la qualité de vie des patients ayant bénéficié d'une cystectomie suivie d'une dérivation urinaire (Bricker versus remplacement vésical)
- Analyser l'évolution de la qualité de vie des patients et identifier les facteurs influençant cette évolution.

Cette étude comparative pourrait contribuer à :

- Mieux les informer de leur devenir en terme de qualité de vie, et les préparer psychologiquement.
- Argumenter le choix entre entérocystoplastie et Bricker quand les deux possibilités sont faisables sur le plan technique (absence de contre-indication) et acceptable par le patient.

1. Caractéristique de la population :

Nous avons comparés plusieurs paramètres cliniques et histologiques chez deux groupes de patients et nous n'avons pas trouvé de différence significative dans l'âge, le sexe, le tabagisme les comorbidités, la présentation clinique et la classification anatomopathologique comme le montre le tableau suivant :

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques cliniques et histologique des deux groupes :

	Groupe A (N=24)	Groupe B (N=8)	Valeur p
Age	64 ± 8	61 ± 10	0.1
<u>Sexe :</u>			
Homme	18 (75%)	7 (87%)	0.45
Femme	6 (25%)	1 (13%)	
<u>Tabagisme :</u>			
Fumeur	16 (67%)	5 (63%)	0.82
Non-fumeur	8 (33%)	3 (37%)	
<u>Comorbidités :</u>			
HTA	5 (21%)	3 (38%)	0.15
Diabète	3 (12%)	1 (12%)	0.39
<u>Présentation clinique :</u>			
Hématurie	17 (71%)	5 (63%)	0.65
Syndrome irritatif	4 (17%)	2 (25%)	0.60
Lombalgies	3 (12%)	1 (12%)	1
<u>Classification histologique :</u>			
TVIM	20 (83%)	3 (38%)	0.21
TVNIM	4 (17%)	5 (62%)	

2. Activité sexuelle :

La dysfonction érectile a été objectivée chez 18 patients soit 90 % portant une dérivation de type Bricker, versus 3 patient soit 42% portant un remplacement vésical (p=0.08)

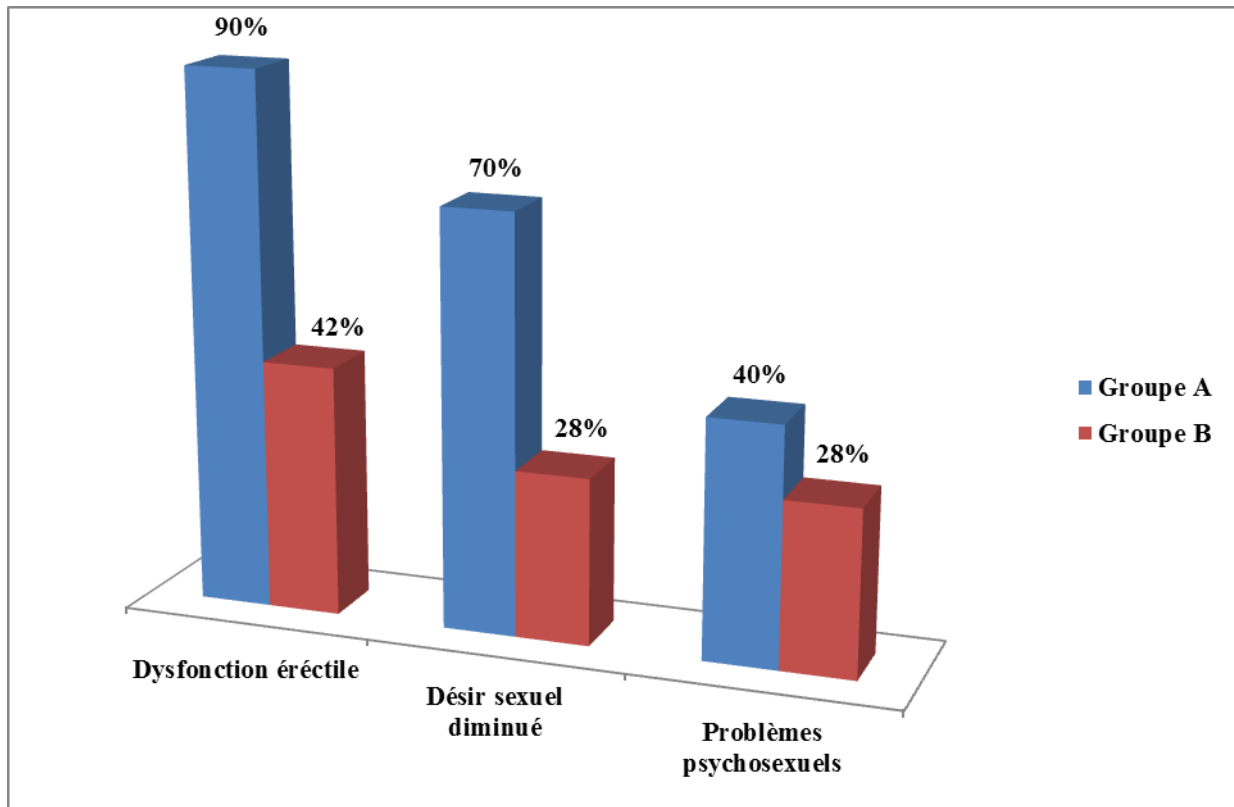
La diminution du désir sexuel a été observée chez 70 % des patients ayant reçu une dérivation Bricker contre 28 % des patients avec remplacement vésical (p=0.09)

Le refus du partenaire, le sentiment d'être moins attractif a été observée chez 40% patients avec Bricker contre 28% avec remplacement vésical (p=0.4).

Le tableau suivant va nous permettre de découvrir les différents problèmes sexuels rencontrés chez les 2 groupes :

Tableau 4 : Répartition des troubles sexuels chez les deux groupes :

Problèmes	Bricker (N=20)	Remplacement vésicale (N=7)	Valeur p
Dysfonction érectile	18 (90%)	3 (42%)	0.08
Désir sexuel diminué	14 (70%)	2 (28%)	0.09
Problème psychosexuels (refus partenaire, sexuellement moins attractif)	8 (40%)	2 (28%)	0.4



Graphique 25 : comparaison des troubles sexuels chez les deux groupes :

Les résultats de cette étude montrent finalement une différence de retentissement sur la sexualité entre ces deux types de dérivation urinaire.

Les patients ayant eu un remplacement vésical (RV) avaient une meilleure fonction sexuelle par rapport aux patients ayant eu un Bricker. Ceci est dû probablement à l'âge : les patients avec RV étaient significativement plus jeunes que les patients Bricker.

3. Troubles urinaire :

L'incontinence diurne et nocturne est prédominante après dérivation de Bricker : 83 % versus 37 % des patients avec remplacement vésical ($p=0.07$)

Ces fuites urinaires affectent plus la qualité de vie des patients ayant une dérivation de Bricker parce qu'elles sont imprévisibles et très difficiles à traiter, ce qui explique le retentissement important sur leur qualité de vie au niveau des

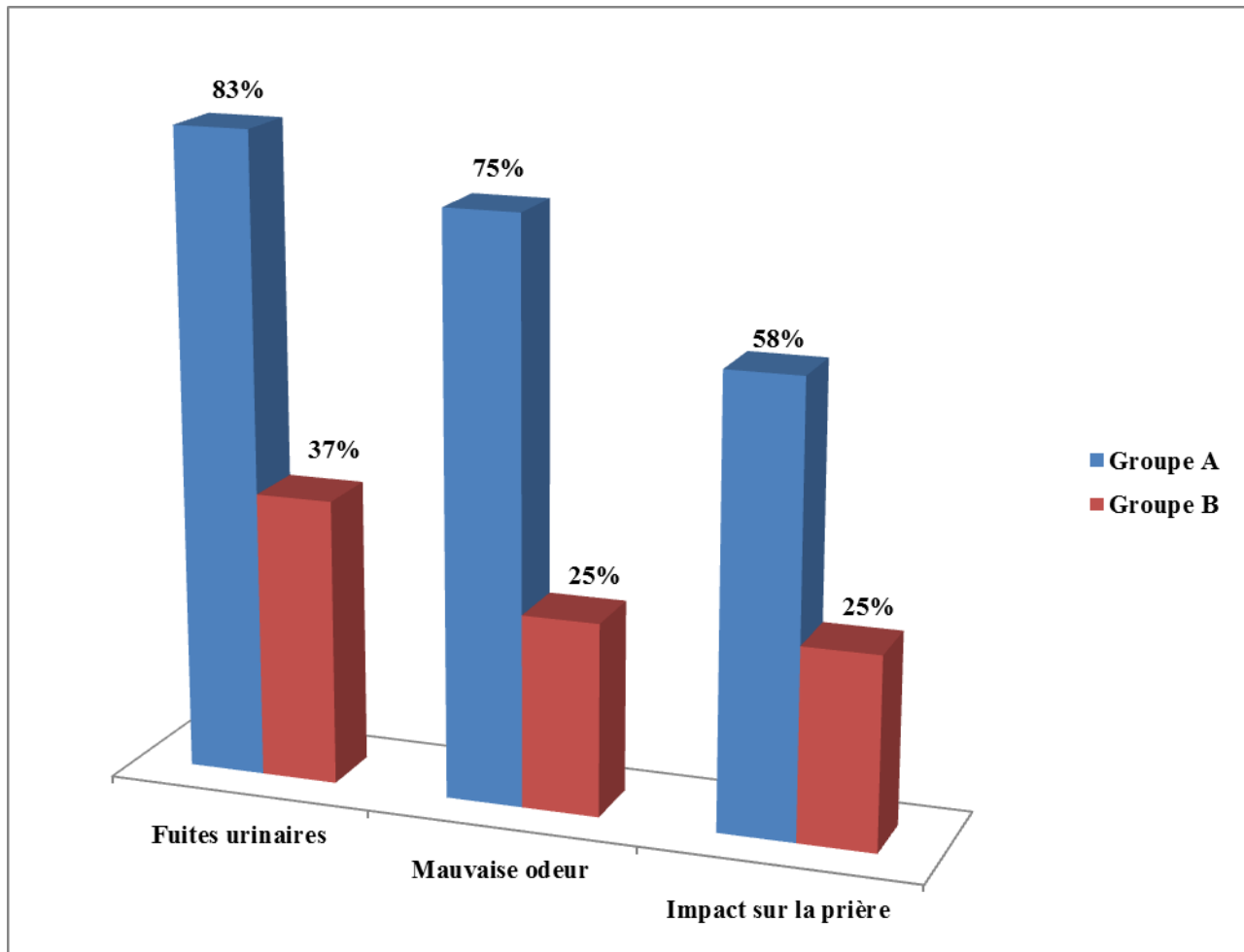
relations physiques et de l'image corporelle, notamment la mauvaise odeur autour de la stomie avec un pourcentage de 75 % versus 25 % des patients avec remplacement vésical ($p=0.09$).

Environ 58% des patients porteurs d'une dérivation Bricker ont des vêtements humides par perte d'urine durant la journée alors que cela concerne que 25% des patients ayant un remplacement vésicale ($p=0.1$) , ce qui entraine un gêne dans la pratique religieuse notamment dans le renouvellement des ablutions et la pratique de la prière.

Le tableau (5) suivant permet de résumer les différents problèmes urinaires rencontrés chez les 2 groupes :

Tableau 5 : Répartition des troubles urinaire chez les deux groupes :

Problèmes urinaire	Bricker	Remplacement vésicale	Valeur p
Fuites urinaires	20 (83%)	3 (37%)	0.07
Mauvaise odeur	18 (75%)	2 (25%)	0.09
Impact sur la prière	14 (58%)	2 (25%)	0.1



Graphique 26: comparaison des troubles urinaires chez les deux groupes :

Les résultats de cette comparaison ont montré que les patients avec RV avaient des meilleurs résultats à long terme quant à la fonction urinaire et à la gêne urinaire (sous-domaines du BCI), comparés aux patients avec Bricker

4. Sur le plan physique :

Dans notre série, les patients ont signalé des symptômes physiques après leurs interventions.

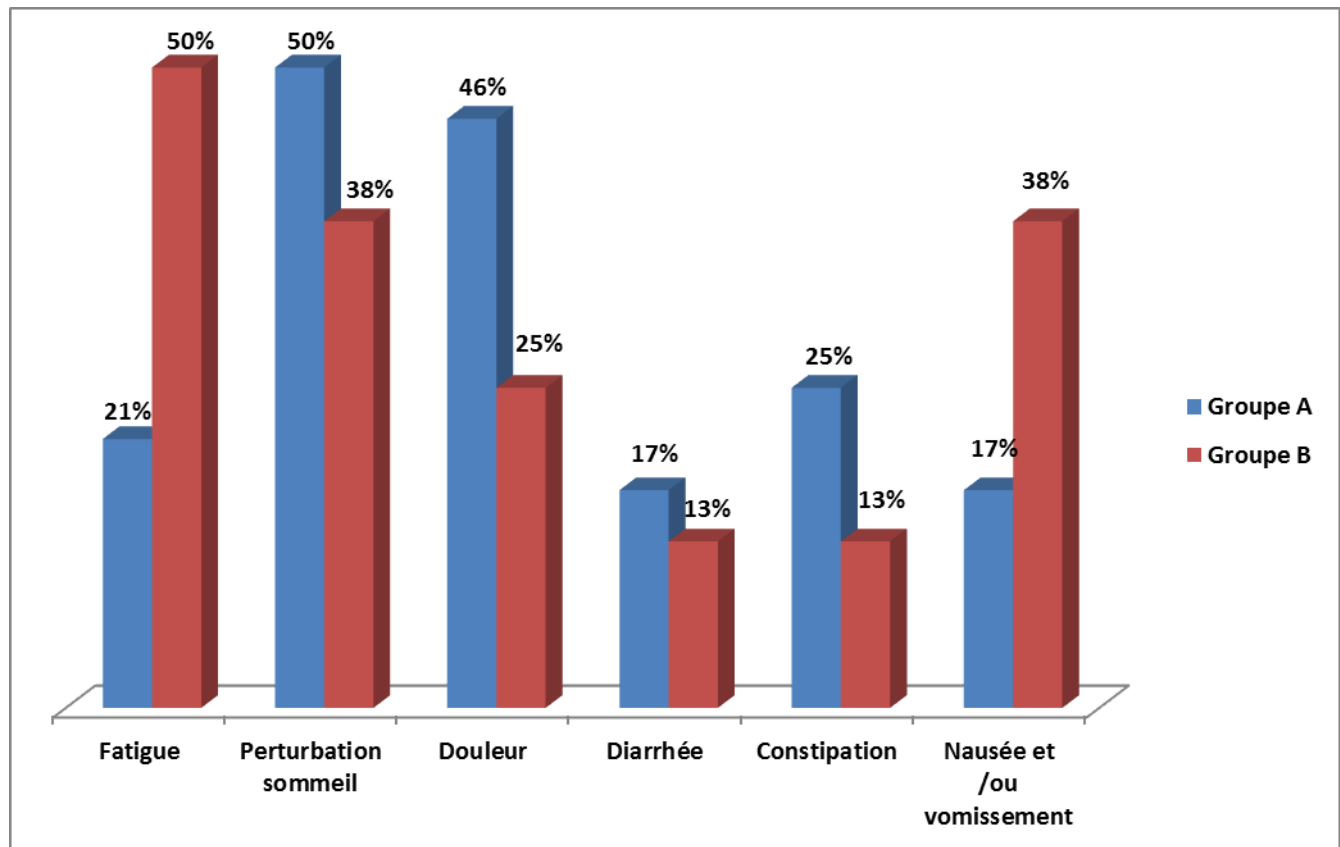
Les troubles somatoformes : fatigue, douleur et perturbation du sommeil ont été décrites par 39 % des patients avec Bricker versus 37 % des patients avec remplacement vésical.

Les troubles digestifs : diarrhée, constipation, nausée et/ou vomissement ont

été rapportés 20% des patients avec Bricker versus 21 % des patients avec remplacement vésical.

Tableau 6 : Répartition des problèmes physiques chez les deux groupes :

Items	Bricker	Remplacement vésical	Valeur p
Fatigue	7 (21%)	4 (50%)	0.28
Perturbation sommeil	12 (50%)	3 (38%)	0.53
Douleur	11 (46%)	2 (25%)	0.29
Diarrhée	4 (17%)	1 (13%)	0.77
Constipation	6 (25%)	1 (13%)	0.45
Nausée et/ou vomissement	4 (17%)	3 (38%)	0.21



Graphique 27: Comparaison des symptômes physiques chez les deux groupes :

Les résultats de cette comparaison ne montre pas de différence de retentissement sur le plan physique entre les deux types de dérivation urinaires.

5. Sur le plan psychique :

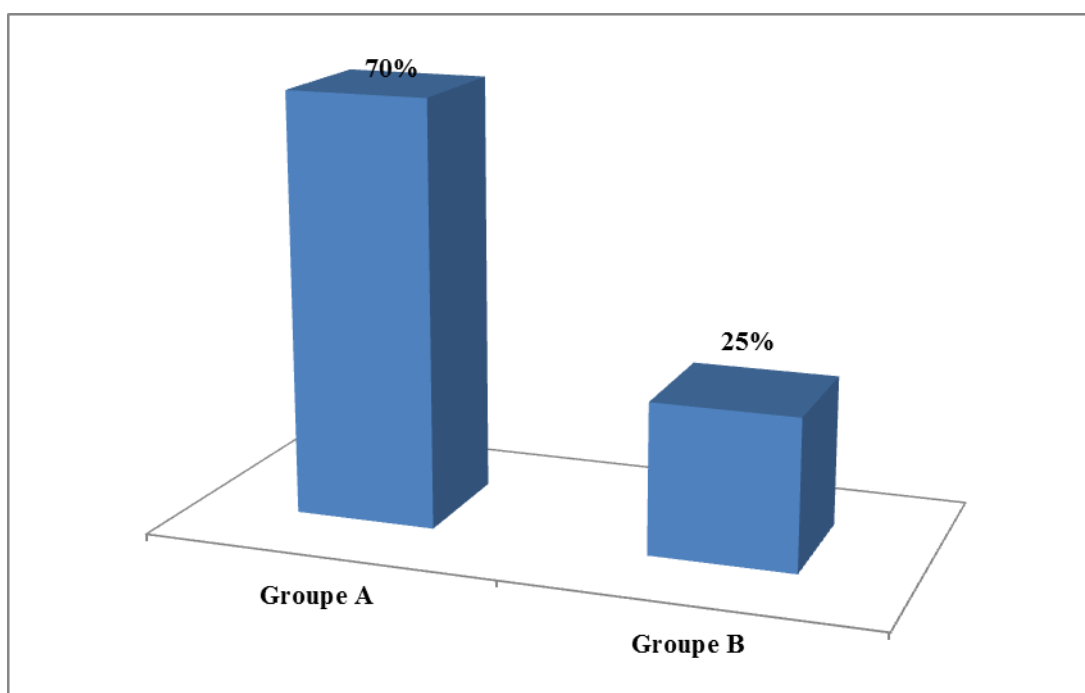
La dérivation urinaire a également des conséquences sur le plan psychologique du patient.

Les troubles psychiques (dépression, anxiété, irritabilité) sont prédominants chez la patients avec Bricker (70%) contre (25%) des patients avec remplacement vésical ($p=0.07$).

Cette différence est expliqué par ainsi conservation du schéma corporelle et la qualité du confort esthétique chez les patients ayant reçu un remplacement vésical.

Tableau 7 : Répartition des troubles psychiques chez les deux groupes :

Item	Bricker	Remplacement vésical	Valeur p
Troubles psychique (Dépression, anxiété, irritabilité...)	18 (75%)	2 (25%)	0.07



Graphique 28: L'impact psychique de l'intervention sur les deux groupes :

6. Activités professionnels :

La dérivation urinaire a également un impact sur la récupération des fonctions permettant une reprise de l'activité professionnelle.

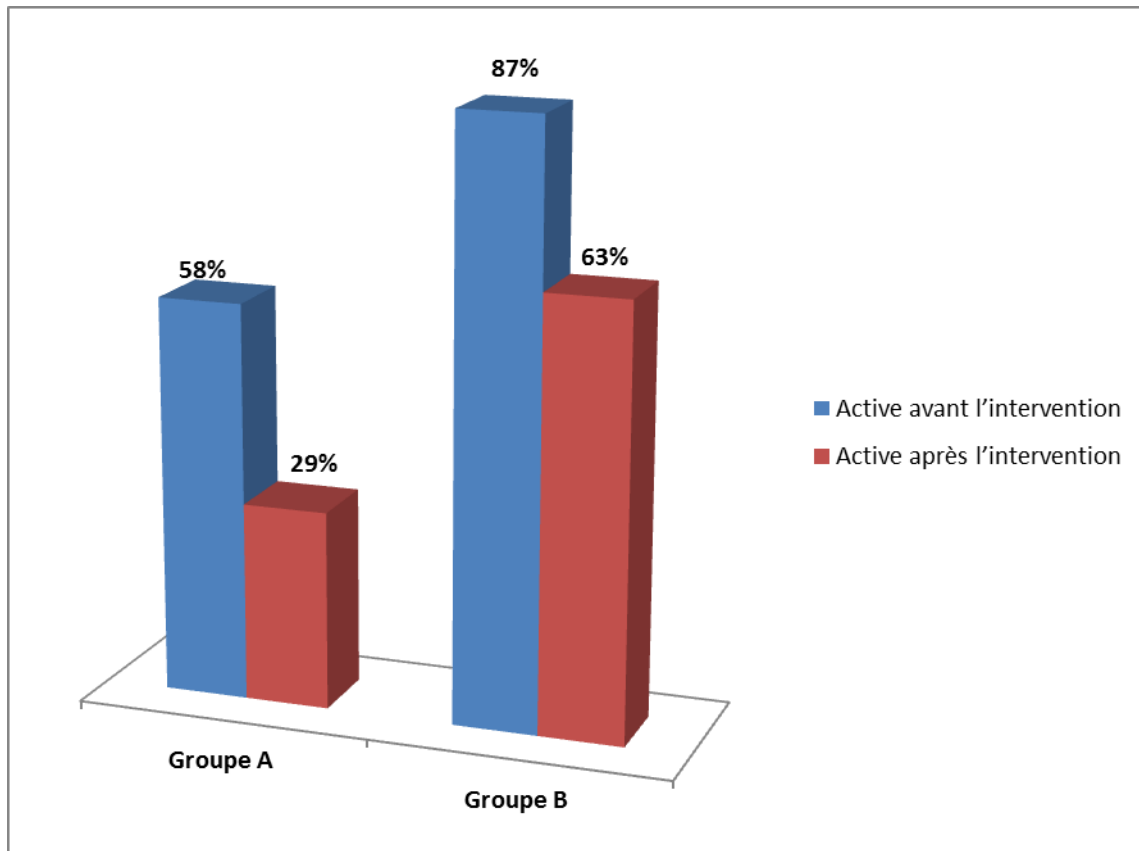
Parmi les patients inclus dans l'étude 58 % des patients avec Bricker avaient une activité professionnelle avant l'intervention versus 87 % des patients avec remplacement vésical ($p=0.13$)

En post opératoire, seul 29 % des patients avec Bricker étaient capable de reprendre une activité professionnelle contre 63 % des patients avec remplacement vésical. ($p=0.09$)

Les résultats de cette comparaison montrent clairement que les patients avec une vessie de remplacement ont une meilleure adaptation à leur situation nouvelle que les patients porteurs d'une dérivation type Bricker. De plus, la vessie de remplacement augmente la qualité de vie essentiellement en raison d'une meilleure confiance en soi, une meilleure récupération des fonctions permettant une reprise de l'activité professionnelle.

Tableau 8 : l'impact de l'intervention sur le plan professionnel chez les deux groupes :

	Bricker	Remplacement vésical	Valeur p
Active avant l'intervention	14 (58%)	7 (87%)	0.13
Active après l'intervention	7 (29%)	5 (63%)	0.09



Graphique 29 : Le retentissement de l'intervention sur l'activité professionnelle chez les deux groupes :

7. Problèmes financiers :

L'éducation du patient, les soins corporelles, la prise en charge des symptômes physiques, la surveillance à long terme, demandent aux patients ayant bénéficié d'une dérivation urinaire des moyens financiers variables.

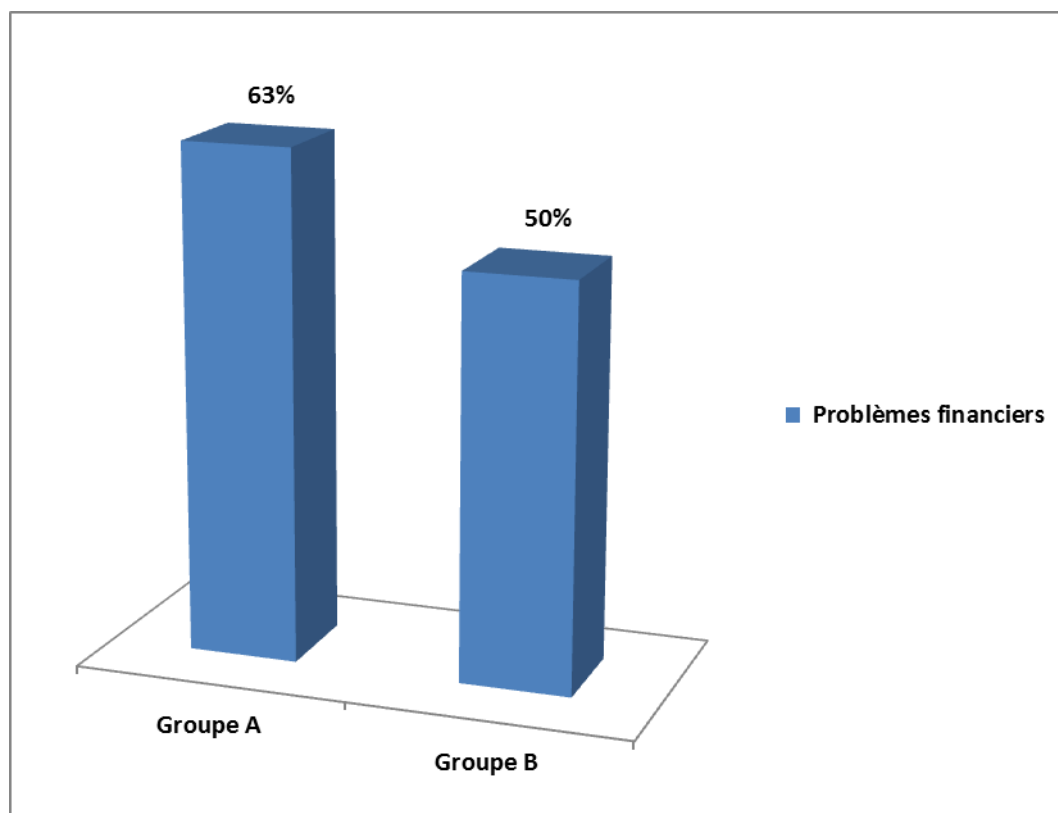
Les problèmes financiers sont observés chez 63 % des patients ayant reçu une dérivation Bricker, contre 50% des patients avec remplacement vésical.

Les facteurs discriminants étaient :

1. les dépenses de l'appareillage à savoir le changement quotidien de la stomie, et le nettoyage des problèmes cutanés.
2. Le niveau socioéconomique bas chez les patients avec Bricker

Tableau 9 : Répartition des problèmes financiers chez le deux groupes :

	Bricker	Remplacement vésical	Valeur p
Problèmes financiers	15 (63%)	4 (50%)	0.53



Graphique 30 : Répartition des problèmes financiers chez les deux groupes :

Les résultats de cette comparaison ne montre pas une grande différence entre les deux groupes ($p=0.53$).

8. La satisfaction globale :

La plupart des patients quel que soit le type de dérivation sont généralement satisfaits de leur état de santé général et de leur qualité de vie avec un pourcentage de 84 % chez les patients avec Bricker et 87 % des patients avec remplacement vésical ($p=0.7$).

Tableau 10 : La satisfaction globale chez les deux groupes :

	Bricker	Remplacement vésical	Valeur p
Satisfaction globale	20 (84%)	7 (87%)	0.70

9. Limite de l'étude :

- Etude rétrospective.
- Manque d'évaluation de base de la qualité de vie.
- Nombre de patients est petit pour les deux sous-groupes.
- Le "p" est souvent non significatif.

DISCUSSION

Il n'existe pas de définition communément admise de la qualité de vie [59, 60,61].

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

La qualité de vie explore l'individu dans son environnement le plus large ainsi que la dynamique de leurs interrelations selon les propres normes de l'individu.

Le respect des normes du sujet est primordial.

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

L'appréciation de la qualité de vie ne doit pas être le fait d'observateurs extérieurs, tels que les médecins, mais celui du sujet lui-même [62, 63]

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

1. l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de :

- 64 ± 8 ans avec les extrêmes de 36 et 74 ans, dans le groupe A.
- 61 ± 10 ans avec les extrêmes de 32 et 71 ans, dans le groupe B.

Les patients avec remplacement vésical étaient plus jeunes que les patients avec Bricker. , cela conforte avec les résultats de plusieurs études comme le montre-le tableau suivant :

Tableau 11 : Comparaison de l'âge moyen selon les séries

Auteur	Bricker	Remplacement vésical
CASTAGNOLA [64]	69,2	59.5
M. A. ASGARI [65]	62.2	61.6
BJERRE [66]	68	64.5
VISHWAJEET SINGH [67]	58.7	56.1
MOTTET [68]	70	64
Notre série	64	61

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 78 % des cas , avec un sex ratio = 3.57 .

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.

Tableau 12 : comparaison du sexe selon les études

Auteurs	Nombre de cas	Sexe masculin %	Sexe féminin %
HOBISCH [69]	33	60.6 %	39.4 %
MOTTET [68]	738	96%	31%
BJERRE [66]	26	100 %	0 %
BABAIAN [70]	128	79.7 %	20.3 %
CASTAGNOLA [64]	34	58.83 %	41.17 %
Notre série	24	75 %	25 %

3. Sur le plan sexuel :

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

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

Dans notre série, Les patients ayant eu une RV avait un meilleur score de fonction sexuelle par rapport aux patients ayant eu un Bricker. Ceci est dû

probablement à l'âge : les patients RV étaient significativement plus jeunes que les patients Bricker .

Ces résultats sont semblables à ceux de BOYD [71] qui a comparé, dans une étude rétrospective non randomisée, la qualité de vie des patients après intervention de Bricker avec le remplacement vésical . Boyd a démontré que les patients porteurs d'un remplacement vésicale (statistiquement plus jeunes) avaient une reprise d'activité sexuelle plus précoce ($p<0.001$).

De la même façon, BJER [66] a observé que la qualité de vie sur le sexuel est nettement plus diminuée chez les patients ayant eu une opération de Bricker alors qu'elle ne concerne qu'une faible minorité de patients ayant une vessie de substitution. Cette comparaison présente un biais car les patients ayant eu une intervention de Bricker étaient significativement plus âgés que les patients porteurs d'une vessie de remplacement (68.2 ans versus 64.8 ans).

Dans ce sens, [ROBIN GEMMILL](#) [72], a également démontré que le désir sexuel ainsi que l'obtention d'une érection satisfaisante étaient marquée chez la patients ayant bénéficié d'un remplacement vésicale par rapport au bricker ($p=0.01$).

Nous pensons que chez l'homme cystectomisé l'absence d'activité sexuelle est principalement en relation avec l'impuissance post-opératoire, le type de dérivation passant au second plan, la même raison était soulevée dans la série de FOSSA [73]. Si l'érection est préservée après la cystectomie, alors le type de dérivation intervient. Un patient de cette enquête qui avait gardé des érections permettant la pénétration après sa DNC avait retrouvé une activité sexuelle satisfaisante lors de la transformation de son conduit iléal en poche de Kock. Des observations identiques ont été rapportées par BOYD [71].

4. Sur le plan urinaire :

Dans notre série, le trouble urinaire était plus marqué pour l'échantillon de patients porteurs d'une dérivation Bricker par rapport aux patients avec remplacement vésicale.

Dans ce sens FOSSA [73] a observé que les altérations cutanées péristomiales, les fuites d'urine, ou les craintes d'avoir des fuites étaient plus fréquentes dans l'échantillon des patients avec Bricker, de même le volume des fuites était plus important car dans la majorité des cas un défaut d'étanchéité entre le collecteur d'urine et son support était responsable de l'inondation du patient. Ces problèmes liés à la stomie sont responsables de la diminution des activités des patients porteurs d'une dérivation Bricker .

Des observations identiques ont été rapportées par MANSON [74] et de ceux de NORDSTRÖM [75] qui ont considéré que les fuites d'urine ou la peur de ces fuites comme l'aspect le plus négatif de la dérivation Bricker .

Cela confronte avec les résultats de BJERRE[66] qui a démontré que Les patients porteurs d'une dérivation de Bricker sont beaucoup plus affectés par les fuites d'urine parce qu'elles sont imprévisibles et très difficiles à traiter, ce qui explique le retentissement important sur leur qualité de vie au niveau des relations physiques et de l'image corporelle.

Parallèlement à ces résultats, HOBISH [69] a conclu que seul 15% des patients porteurs d'un remplacement vésical ont des vêtements humides par perte d'urine durant la journée alors que cela concerne près de 48.5% des patients ayant une opération de Bricker.

Ces résultats vont dans le sens opposé de ceux rapportés par CERRUTO [76] qui a rapporté que les patients avec Bricker avaient significativement des meilleurs

résultats à long terme quant à la fonction urinaire et à la gêne urinaire comparés aux patients RV et que ceci pourrait être expliqué par les problèmes de vidange chez les patients RV. En outre, les patients RV peuvent avoir un problème de fuite urinaire favorisée par la perte du réflexe mictionnel et l'atteinte du sphincter urétral. Pour cela, CERRUTO [76] encourage ces patients d'une réhabilitation pour apprendre le nouveau mode mictionnel avec recours à des exercices comme ceux de Kegel afin de renforcer le sphincter urétral.

5. Sur le plan physique :

La présence de quelques symptômes chez nos patients à type de douleur, diarrhée, constipation et troubles de sommeil, considérés comme « symptômes légers » par les patients altérant « peu » ou « pas » leur qualité de vie.

Dans notre contexte, il n'y avait aucune différence entre les patients ayant eu un Bricker et ceux ayant eu un RV en termes de la fonction et de la gêne digestive.

Cette constatation corrobore les résultats de IMAD ZIOUZIOU [77] réalisée au CHU de Rabat où les résultats combinés selon un modèle d'effectifs fixes n'ont pas mis en évidence d'une différence non significative de la fonction digestive entre les deux groupes avec un $p=0.92$.

Ceci confronte également avec les résultats de CASTAGNOLA [64] où il a démontré que 69,7% des patients avec un Bricker et 77,4% de ceux avec un remplacement vésical souffraient de troubles du transit intestinal ($p = 0,485$).

Ceci pourrait être expliqué par certaines similarités dans l'usage du segment iléal (quoique la longueur soit plus courte dans le Bricker) et le respect de certaines contre-indications spécifiques de l'utilisation de l'intestin dans la dérivation, comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin..

6. Sur le plan psychique :

Outre les troubles physiques, des symptômes psychiques ont été trouvés chez nos patients, notamment « l'irritabilité » et « la dépression »

Dans notre série, les sentiments négatifs sont prédominants dans l'échantillon du Bricker par rapport au remplacement vésical. Selon les patients cela retourne a l'inconfort esthétique et la manque de confiance en soi.

Nos résultats vont dans le sens d'une étude publiée par [ASGARI \[65\]](#) , où il a démontré qu'elle existe une différence significatif entre les deux groupes dans 5 catégories : tension, irritabilité, solitude, anxiété, et dépression.

Items	Not at all	A little	Much	Very much	P value
Tension					
IC	21 (30.0)	17 (24.3)	20 (28.6)	12 (17.1)	0.02
MP	6 (37.5)	4 (25.0)	4 (25.0)	2 (12.5)	
INB	40 (63.5)	16 (25.4)	1 (1.6)	6 (9.5)	
Irritableness					
IC	22 (31.4)	24 (34.4)	15 (21.4)	9 (12.8)	0.01
MP	6 (37.5)	3 (18.7)	3 (18.7)	4 (25.0)	
INB	30 (47.6)	14 (22.2)	11 (17.5)	8 (12.7)	
Loneliness					
IC	12 (17.1)	10 (14.3)	22 (31.4)	26 (37.1)	0.01
MP	4 (25.0)	1 (6.3)	4 (25.0)	7 (43.7)	
INB	27 (42.8)	16 (25.4)	10 (15.9)	10 (15.9)	
Anxiety					
IC	28 (40.0)	28 (40.0)	4 (5.7)	10 (14.3)	0.004
MP	8 (50.0)	5 (31.3)	3 (18.7)	0 (0.0)	
INB	40 (63.5)	5 (7.9)	10 (15.9)	8 (12.7)	
Depression					
IC	28 (40.0)	28 (40.0)	2 (2.9)	12 (17.1)	0.005
MP	9 (56.3)	4 (25.0)	3 (18.7)	0 (0.0)	
INB	38 (60.3)	8 (12.7)	10 (15.9)	7 (11.1)	

IC: Ileal conduit, MP: MAINZ pouch, INB: Ileal neobladder

7. Sur le plan professionnel :

Dans notre étude l'intervention de Bricker avait un impact sur la vie professionnelle par rapport au remplacement vésical avec une différence de $p=0.08$.

Ce résultat conforme avec l'étude de BOYD [71] qui ont rapporté une baisse d'activité de 70% pour des patients avec une dérivation Bricker.

Dans ce sens, une étude réalisé par CASTAGNOLA [64] a observé que dans la

période précédant la chirurgie, 26,5% des patients ayant un Bricker et 46,9% de ceux ayant un remplacement vésical avaient une activité professionnelle ($p = 0,085$) . En postopératoire, ces chiffres étaient, respectivement, de 8,8 % et de 28,1% ($p = 0,041$).

Pour BABAIAN et SMITH [70], l'intervention de Bricker n'a pas d'effet péjoratif sur l'activité des patients en particulier pour ceux qui ne reçoivent pas de chimiothérapie adjuvante : 82.6% de l'ensemble des patients ne recevant pas de chimiothérapie ont une activité post-opératoire inchangée voire augmentée après intervention de Bricker.

8. Problèmes financiers :

Les suites post opératoire demandent aux patients ayant bénéficié d'une dérivation urinaire des moyens financiers variables.

Dans notre série, les résultats de comparaison ne montrent pas une grande différence entre les deux groupes ($p=0.53$).

Par contre, une étude publiée par VISHWAJEET SINGH [67] a démontré que les dépenses financières sont plus importantes dans la dérivation Bricker que le remplacement vésical ($p=0.05$), cela revient à la prise en charge à domicile par des infirmiers stomathérapeute. Cette dernière est presque insuffisante voire inexistante dans notre contexte marocain.

Satisfaction globale :

Dans les deux groupes, les patients étaient satisfaits ou très satisfaits de leur opération. Il n'y avait donc aucune différence sur le plan de la satisfaction en fonction du type de dérivation, continente ou non continente et ces résultats ne diffèrent pas de ceux retrouvés par d'autres auteurs .

Auteur	Bricker Très satisfaits (e)/ satisfait(e)	Remplacement vésical Très satisfaits (e)/ satisfait(e)
CASTAGNOLA[64]	90%	97%
DUTTA SC [78]	85%	96%
BJERRE] [66]	83 %	90 %
Notre série	84%	87%

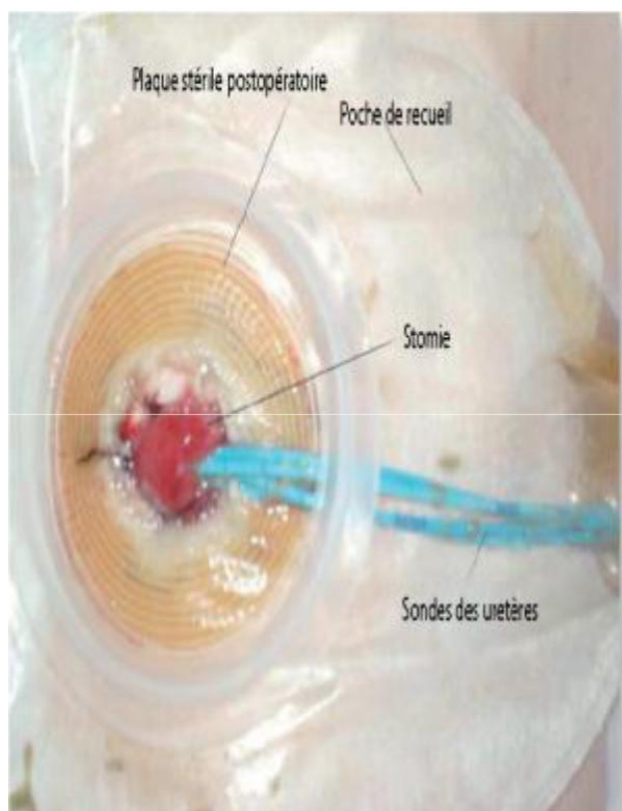
CONSEILS PRATIQUE POUR AMELIORER LA QUALITE DE VIE

Dérivation BRICKER [79 , 80]

1. Soins de la stomie

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

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



1.1. Changer la poche / la plaque cutanée :

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

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



1.2. Mesurer la stomie :

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

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

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

1.3. Découper la plaque

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

1.4. Poser la poche

➤ Système en une partie :

La plaque cutanée adhère le mieux quand elle commence à prendre la température corporelle. Il est donc préférable de bien réchauffer la plaque à l'avance, par exemple en la maintenant contre votre peau. Retirez la couche protectrice et faites

un pli dans la plaque. Collez d'abord la moitié inférieure, en faisant bien attention à ce que l'ouverture s'ajuste bien au bord inférieur de la stomie. Penchez-vous légèrement en arrière pour bien tendre la peau entourant la stomie et éviter ainsi les plis cutanés incommodes lorsque vous collerez la partie supérieure. Pressez ensuite la plaque en partant de la stomie vers les extérieurs de la plaque.



➤ **Système en deux parties :**

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

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



Contrôlez toujours la bonne tenue de la poche en tirant légèrement

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



1.5. Nombre de poches

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

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

2. Alimentation

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

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

2.1. Aliments particuliers :

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

2.2. Urostomie et peau :

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

Tableau 12 : Alimentation de l'urostomisé

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

2.3. Urostomie et infection urinaire :

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

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

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

2.4. Stomie urinaire et calcul :

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

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

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

3. Habillement

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

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

4. Soins corporels

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

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

5. Activités sportives et loisirs

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

6. En déplacement et en voyage

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

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

Remplacement vésicale :

1. Informations générales :

Après un remplacement de la vessie, il est recommandé de boire abondamment (> 2litres/ jour), d'uriner régulièrement. Il vous est aussi conseillé d'éviter les efforts et les déplacements importants dans le premier mois suivant l'intervention.

Un suivi est planifié pour surveiller l'absence de récurrence du cancer, surveiller la fonction rénale, évaluer les fonctions urinaire et sexuelle et prendre en charge d'éventuels effets indésirables.

2. Précautions :

2.1. Modification de la façon d'uriner

Cette intervention nécessite de modifier la façon d'uriner puisque le patient va perdre la sensation de besoin. Il devra donc apprendre quels sont les nouveaux signes qui indiquent que sa vessie est pleine (sensation de pesanteur pelvienne). Pour cela le patient devra uriner à heures fixes avec un intervalle de 2 à 3 heures au plus, si possible en position assise en se relaxant au maximum et en prenant le temps de vidanger toute la neovessie. La nuit, il est recommandé de se réveiller toutes les 2h voire 2h30 pendant les 3 premiers mois puis d'espacer les réveils petit à petit jusqu'à une miction toutes les 3h voire 4h.

Le patient pourra éventuellement être amené à avoir de la rééducation pour agir sur la continence et la qualité des mictions.

2.2. Les points essentiels à retenir sur l'éducation des néo-vessies

- La rééducation post-opératoire est indispensable au résultat chirurgical.
- Il y a 3 temps après l'intervention : l'acquisition de la continence, la dilatation de la plastie et la prévention de l'hypercontinence.

- La miction s'effectue assis, par poussée abdominale aidée par des manoeuvres de compression abdominale manuelle avec relaxation des sphincters urétraux et du plancher pelvien jusqu'à vidange complète.
- L'intervalle entre 2 mictions ne doit pas dépasser 3 heures le jour et 5 heures la nuit à terme, il ne faut pas attendre la sensation d'envie d'uriner.
- Il faut boire 2 litres par jour.

2.3. Que faire dans ces situations :

➤ Des difficultés à uriner :

La miction est plus lente et nécessite un effort de poussée abdominale pour vider complètement ce nouveau réservoir urinaire. Des fuites peuvent survenir la nuit ; elles sont en rapport avec des contractions incontrôlées de ce réservoir pendant le sommeil.

En cas de d'impossibilité d'uriner (blocage), il s'agit souvent d'une rétention sur bouchon muqueux. Il faut alors créer une surpression abdominale pour évacuer le bouchon (tousseur, pousser, pression abdominale manuelle...).

Le patient peut parfois s'avérer nécessaire de recourir aux auto-sondages intermittents pour vider la néo-vessie Ces auto-sondages sont faciles et indolores.

➤ Des fuites d'urine :

Les fuites d'urine sont pratiquement constantes dans les suites opératoires immédiates. La rééducation que vous allez pratiquer va améliorer progressivement votre continence.

➤ Des urines malodorantes :

Il peut s'agir de la traduction d'une infection urinaire sévère. Il est nécessaire d'augmenter la boisson et de vérifier par un ECBU la stérilité des urines.

Le patient ne doit pas s'inquiéter de la modification de l'aspect des urines, elle

est principalement due à la présence de mucus fabriqué par d'intestin. Avec une neovessie, il est normal que des bactéries soient retrouvées sur les analyses d'urine (car elles viennent du segment intestinal utilisé). En l'absence de symptômes ou de circonstances particulières, cette colonisation par des bactéries ne nécessite pas de traitement antibiotique ou de surveillance particulière.

➤ **Les douleurs abdominales :**

Si des douleurs abdominales apparaissent, il peut s'agir d'une rétention d'urine. En effet, le besoin d'uriner n'étant plus ressenti comme avec une vessie native, des douleurs abdominales sont souvent le premier signe d'une rétention d'urine. Il faut alors essayer de vidanger sa néovessie en prenant le temps d'uriner. Si cela s'avère impossible, il faut alors mettre en place en urgence une sonde urinaire pour évacuer les urines de la néovessie.

➤ **Les douleurs abdominales aiguës soudaines sur rétention**

Ce symptôme doit vous conduire immédiatement à consulter en urgence car même si cela est très rare, il faut craindre une rupture de votre neovessie. Il s'agit d'une urgence absolue à consulter.

3. Questions pratiques :

SE LAVER ?

Il est habituellement préférable de ne pas prendre de bain pendant les 15 premiers jours. Si la cicatrice n'est pas fermée, les bains restent interdits. En revanche, les douches sont possibles dès la sortie (éviter le jet de la douche directement sur la cicatrice les 15 premiers jours).

FAIRE DU SPORT ?

La reprise de vos activités est possible progressivement après un mois de repos. Le vélo reste déconseillé pendant la première année.

CONDUIRE APRÈS L'INTERVENTION ?

Certains médicaments contre les douleurs peuvent entraîner une somnolence qui n'est parfois pas compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible sans restriction à partir du deuxième mois après l'intervention.

REPRENDRE UNE ACTIVITÉ SEXUELLE ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible sans restriction à partir du premier mois après l'intervention.

QUAND PUIS-JE REPRENDRE MON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

Il est rarement possible de reprendre une activité professionnelle avant un mois de convalescence. En l'absence de complication et en fonction des contraintes de votre emploi, vous pourrez reprendre celui-ci entre un et trois mois après l'intervention.

CONCLUSION

Il est vrai semblable que chaque patient porteur d'une dérivation urinaire souffre de difficultés spécifiques à la dérivation choisie, ce qui finalement aboutit à un retentissement sur la qualité de vie globalement identique.

Les résultats de notre étude ont démontré que les patients ayant eu un remplacement vésical avaient un sentiment plus marqué de bonne forme physique, de capacité mentale, d'activité de loisir et d'activité sociale par rapport aux patients ayant eu un Bricker.

Ces résultats aussi favorables du remplacement vésical pourraient être le résultat de bonne sélection des patients, compliance et performance chirurgicale ainsi que la durée du suivi.

RESUMES

Résumé

La cystectomie est le traitement de référence pour les tumeurs vésicales infiltrantes. Le remplacement vésicale (RV) et le Bricker (B) sont les techniques de dérivation urinaire (DU) les plus fréquemment utilisées après cystectomie radicale. Outre l'impact psychologique de la maladie, la confection d'une dérivation urinaire va significativement changer le vécu quotidien du patient.

Objectifs de l'étude :

1. Evaluer la qualité de vie des patients ciblés par l'étude.
2. Comparer les conséquences et les complications des deux Types de dérivations urinaires sur la vie quotidienne des malades.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant entre janvier 2016 et décembre 2017, concernant 32 cas de patients traités par cystectomie totale pour un cancer infiltrant de la vessie avec dérivation urinaire type Bricker (24 ptients) et remplacement vésicale (8 patients) , pris en charge au service d'Urologie du centre hospitalier universitaire Hassan 2 de Fès.

Résultats :

Les complications de l'intervention sont dominées par les troubles sexuels et l'incontinence urinaire.

Sur le plan sexuel, Les patients ayant eu une RV avait un meilleur score de fonction sexuelle par rapport aux patients ayant eu un Bricker. Ceci est dû probablement à l'âge : les patients RV étaient significativement plus jeunes que les patients Bricker.

Sur le plan urinaire, les troubles étaient plus marqués pour l'échantillon de patients porteurs d'une dérivation Bricker par rapport aux patients avec remplacement

vésicale.

Sur le plan physique , Il n'y avait aucune différence entre les patients ayant eu un Bricker et ceux ayant eu un RV en termes des de la fonction et de la gêne digestive.

Sur le plan professionnel, dans notre étude l'intervention de Bricker avait un impact sur la vie professionnelle par rapport au remplacement vésical avec une différence de $p=0.08$.

Dans les deux groupes, les patients étaient satisfaits ou très satisfaits de leur opération. Il n'y avait donc aucune différence sur le plan de la satisfaction en fonction du type de dérivation, continente ou non continente et ces résultats ne diffèrent pas de ceux retrouvés par d'autres auteurs.

Conclusion :

Le remplacement vésical est une dérivation urinaire qui, malgré ses complications, reste une des meilleures dérivations qui préservent le mieux la qualité de vie des patients.

Abstract

Cystectomy is the gold standard treatment for invasive bladder tumors. Bladder replacement (RV) and Bricker (B) are the most commonly used urinary diversion (DU) techniques after radical cystectomy. In addition to the psychological impact of the disease, making a urinary diversion will significantly change the patient's daily experience.

Objectives of the study:

1. Evaluator of the quality of life of the patients targeted by the study.
2. Compare the consequences and complications of the two

Types of urinary diversions on the daily life of patients.

Materials and methods:

This is a retrospective study extending between January 2016 and December 2017, concerning 32 cases of patients treated by total cystectomy for infiltrating bladder cancer with Bricker-type urinary diversion (24 patients) and bladder replacement (8 patients), taken care of in the Urology service of the Hassan 2 university hospital center of Fez.

Results:

Complications of the procedure are dominated by sexual disorders and urinary incontinence.

Sexually, the patients who had an RV had a better score of sexual function compared to the patients who had a Bricker. This is likely due to age: the RV patients were significantly younger than the Bricker patients.

Urinary disorders were more pronounced in the sample of patients with Bricker lead compared to patients with bladder replacement.

On the physical level, there was no difference between the patients who had a

Bricker and those who had an RV in terms of function and digestive discomfort.

On a professional level, in our study, Bricker's intervention had an impact on professional life compared to bladder replacement with a difference of $p = 0.08$.

In both groups, patients were satisfied or very satisfied with their operation. There was no difference in terms of satisfaction according to the type of derivation, continuous or non-continuous and these results are not different from those found by other authors.

Conclusion:

Bladder replacement is a urinary diversion which, despite its complications, remains one of the best diversions that preserves the best quality of life for patients.

ملخص

استئصال المثانة هي العلاج القياسي لأورام . يعد استبدال المثانة (ا.م) و بريكير أكثر تقنيات تحويل البول شيوعاً بعد استئصال المثانة الجذري. بالإضافة إلى التأثير النفسي للمرض، فإن تغيير مسار المسالك البولية سيغير تجربة المريض اليومية بشكل كبير.

أهداف الدراسة:

1- مقيم لنوعية حياة المرضى المستهدفين من الدراسة.

2- قارن بين عواقب ومضاعفات الاثنين

أنواع التحويلات البولية على الحياة اليومية للمرضى.

المواد والأساليب:

هذه دراسة بأثر رجعي تمتد بين يناير 2016 وديسمبر 2017 ، وتتعلق بـ 32 حالة من المرضى الذين عولجوا من خلال استئصال المثانة الكلية لسرطان المثانة الغازية مع تحويل البولية من نوع بريكير (24 مريضاً) واستبدال المثانة (8 مرضى) ، تم الاعتناء به في خدمة المسالك البولية في مركز مستشفى الحسن الجامعي بفاس.

النتائج:

تهيمن على مضاعفات الإجراء الاضطرابات الجنسية وسلس البول.

عن طريق الاتصال الجنسي، كان لدى المرضى الذين أصيبوا بمتلازمة (ا.م) درجة أفضل من الوظيفة الجنسية مقارنةً بالمرضى الذين لديهم بريكير. من المحتمل أن يكون هذا بسبب العمر: كان مرضى (ا.م) أصغر سناً من مرضى بريكير.

كانت الاضطرابات البولية أكثر وضوحاً في عينة المرضى الذين يعانون من الرصاص بريكير مقارنة بالمرضى الذين يعانون من استبدال المثانة.

على المستوى البدني ، لم يكن هناك فرق بين المرضى الذين لديهم بريكير وأولئك الذين لديهم (ا.م) من حيث الوظيفة وعدم الراحة في الجهاز الهضمي.

على المستوى المهني ، في دراستنا ، كان لتدخل بريكير تأثير على الحياة المهنية مقارنة باستبدال المثانة بفارق $p = 0.08$.

في كلا المجموعتين ، كان المرضى راضين أو راضين للغاية عن عملياتهم. لم يكن هناك اختلاف من حيث الرضا وفقًا لنوع الاشتقاق المستمر أو غير المستمر وهذه النتائج لا تختلف عن تلك التي وجدها مؤلفون آخرون.

الخلاصة:

استبدال المثانة هو تحويل البول ، والذي على الرغم من مضاعفاته ، لا يزال واحدا من أفضل التحويلات التي تحافظ على نوعية حياة أفضل للمرضى

ANNEXES

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 question.

Actuellement, vivez-vous ?

q Seul(e)

q Avec votre conjoint ou ami(e)

q Vos enfants

q Avec d'autres membres de votre famille

q En maison de retraite ou dans une autre collectivité

q Autres personnes (employé de maison, gouvernante, ...) pouvez-vous

préciser :

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 :

q Femme au foyer

q Au chômage

q A la retraite

q En arrêt maladie

q En invalidité totale de travail

q Autre, pouvez-vous préciser:

.....

Actuellement, exercez-vous votre activité professionnelle ?

q Non

q Oui

q Une nouvelle activité professionnelle (à cause de mon opération) Si vous travaillez est-ce ?

q A temps plein

q A temps partiel

Actuellement, si vous êtes sans profession, vous êtes ?

q Femme au foyer

q Au chômage

q A la retraite

q En arrêt maladie

q En invalidité totale de travail

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.

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

Je me sens :

- q Très gêné(e)
- q Un peu gêné(e)
- q Pas gêné(e) du tout
- q Non concerné(e) par cette question

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

Je me sens :

- q Très gêné(e)
- q Un peu gêné(e)
- q Pas gêné(e) du tout
- q Non concerné(e) par cette question

Pour conduire mon automobile, Je me sens :

- q Très gêné(e)
- q Un peu gêné(e)
- q Pas gêné(e) du tout
- q Non concerné(e) par cette question

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

Je me sens :

- q Très gêné(e)
- q Un peu gêné(e)
- q Pas gêné(e) du tout

q Non concerné(e) par cette question

Pour aller dans les lieux publics, cinémas, cafés, restau-rants, clubs ou pour fréquenter les lieux de culte,

Je me sens :

q Très gêné(e)

q Un peu gêné(e)

q Pas gêné(e) du tout

q Non concerné(e) par cette question

Lors de réunions avec mes amis, Je me sens :

q Très gêné(e)

q Un peu gêné(e)

q Pas gêné(e) du tout

q Non concerné(e) par cette question

Lors des réunions de famille,

Je me sens :

q Très gêné(e)

q Un peu gêné(e)

q Pas gêné(e) du tout

q Non concerné(e) par cette question

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

Je me sens :

q Très gêné(e)

q Un peu gêné(e)

q Pas gêné(e) du tout

q Non concerné(e) par cette question

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

- q Oui
- q Non
- q Non concerné(e) par cette question
- q A été beaucoup perturbée
- q A été peu perturbée
- q Est inchangée
- q A été améliorée
- q Non concerné(e) par cette question

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

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

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

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

- q Jamais
- q Rarement
- q Souvent
- q Tous les jours

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

Avez-vous des fuites d'urines?

- q Jamais
- q Rarement

q Souvent

q Tous les jours

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

Ces fuites sont :

q Minimales, et ne m'obligent pas à changer mes vêtements

q 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 :

q Parce que ma poche se décolle facilement

q Parce que ma poche colle mal et l'urine coule entre la peau et la poche

q Lorsque je ris...

q Si je fais un effort (monter des escaliers, porter un poids...)

q Si j'attends trop longtemps entre deux sondages

q Autres situations, pouvez-vous préciser :

.....

Avez-vous peur d'avoir des fuites?

q Oui

q Non

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

q Jamais

q Rarement

q Souvent

q Tous les jours

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

q Oui

q Non

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

q Jamais

q Rarement

q Souvent

q Tous les jours

q Non concerné(e) par cette question

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

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

q Jamais

q Rarement

q Souvent

q Tous les jours

q Non concerné(e) par cette question

Pouvez-vous préciser quel type de problèmes :

.....

.....

.....

Avez-vous des problèmes de transit intestinal ?

q Oui

q Non

Si oui, vous souffrez de :

q Diarrhée

q Constipation

q L'alternance des 2

Prenez-vous des médicaments pour ces problèmes ?

q Oui

q Non

Si oui, pouvez-vous préciser quel(s)

Médicament(s):

Depuis votre opération, avez-vous consulté une infirmière – re stomathérapeute?

q Oui

q Non

Avez-vous adhéré à une association de stomisés?

q Oui

q Non

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

q Très satisfait(e)

q Satisfait(e)

q Peu satisfait(e)

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 ?

Qualité de vie chez les patients avec remplacement vésical

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

Merci de votre participation

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

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

Vos initiales :

Date de naissance :

La date d'aujourd'hui :

Au cours de la semaine passée	Pas Beaucoup du tout	Un peu	Assez	
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts 1 physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?		2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE1 promenade ?		2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour1 dehors ?		2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un 1 fauteuil la majeure partie de la journée ?		2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous 1 habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?		2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre 1 pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches		2	3	4

habituelles chez vous ?

7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou 1 2 3 4

d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?

Au cours de la semaine passée Pas Un peu Assez

Beaucoup

du

8. Avez-vous eu le souffle court ? tout 2 3 4

1

9. Avez-vous eu mal? 1 2 3 4

10. Avez-vous eu besoin de repos ? 1 2 3 4

11. Avez-vous eu des difficultés pour 1 2 3 4

dormir ?

12. Vous êtes-vous sentie faible ? 1 2 3 4

13. Avez-vous manqué d'appétit ? 1 2 3 4

14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ? 1 2 3 4

15. Avez-vous vomi ? 1 2 3 4

16. Avez-vous été constipée ? 1 2 3 4

Au cours de la semaine passée Pas Un Asse Beauco

du peu z up

tout

17. Avez-vous eu de la diarrhée ? 1 2 3 4

18. Etiez-vous fatiguée ? 1 2 3 4

19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités 1 2 3 4

quotidiennes ?

20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer1	2	3	4
sur certaines choses par exemple pour lire le			
journal ou regarder la télévision ?			

21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous1 souvenir de certaines choses ?		2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical1 vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE ?		2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical1 vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)		2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical1 vous ont-ils causé des problèmes financiers ?		2	3	4

**POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ REpondre EN ENTOURANT LE CHIFFRE
ENTRE 1 ET 7 QUI S'APPLIQUE LE MIEUX A VOTRE SITUATION.**

Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de
la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au
cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

ANNEXE 3 : Bladder Cancer Index (BCI) :

Ce questionnaire est conçu pour mesurer la Qualité de Vie des patients atteints d'une tumeur de vessie avec/sans dérivation urinaire. Afin de nous aider à obtenir l'évaluation la plus précise, il est important que vous répondiez à toutes les questions honnêtement et de façon complète. Les informations recueillies par cette enquête resteront strictement confidentielles.

Date: _____

Nom: _____

N° _____ Dossier: _____

Date de naissance: _____

(Rayer la mention inutile)

Sexe Homme Femme

Urologue:

1F De façon générale diriez-vous que votre état de santé est :
--

Excellent.....

..... 1

Très

bon.....

..... 2

.....

Bon 3 (Entourez un

chiffre) 11 /

Correct..... 4

.....

Mauvais.....

.....

5

F. Les questions suivantes concernent des activités que vous pourriez faire lors d'une journée habituelle

Est-ce que votre état de santé actuel est un facteur limitant ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ?

(entourez 1, 2, ou 3 sur chaque ligne)

Oui Oui, Non,
très un peu aucune
limité limité limitation

a. Activités modérées telles que déplacer une table, passer

l'aspirateur, jouer à la pétanque ou au golf..... 1 2 3

12/

b. Monter plusieurs étages en empruntant l'escalier..... 1 2 3

13/

3F. Durant les 4 dernières SEMAINES, avez-vous eu un des problèmes suivants à votre travail ou lors d'activités quotidiennes habituelles dus à votre état de santé physique ?

(Merci de répondre OUI ou NON pour chaque question en entourant 1 ou 2 sur chaque ligne.)

Oui Non

a. Vous avez accompli moins que ce que vous auriez souhaité..... 1 2

14/

b. Vous ne pouviez accomplir certaines tâches dans votre travail..... 1 2

15/

ou d'autres activités

4F. Pendant les 4 dernières SEMAINES, avez-vous eu un des problèmes suivants à votre travail ou lors d'activités quotidiennes habituelles dus à des PROBLÈMES EMOTIONNELS, tels que se sentir déprimé ou anxieux?

(Merci de répondre OUI ou NON pour chaque question en entourant 1 ou 2 sur chaque ligne.)

Oui Non

a. Vous avez accompli moins que ce que vous auriez souhaité..... 1 2

16/

b. Vous n'avez pas accompli votre travail ou vos autres activités de..... 1 2

17/

Façon aussi soignée que d'habitude

5F. Pendant les 4 dernières SEMAINES, à quel point la douleur a perturbé votre activité normale (incluant le travail à la maison et en dehors)?

Pas du tout..... 1

Un peu 2

moyennement 3

(Entourez un chiffre) 18/

beaucoup 4

énormément..... 5

6F. Ces questions évaluent ce que vous avez ressenti pendant les 4 dernières semaines.

Pour chaque question, merci de donner une seule réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti.

Combien de fois durant les 4 dernières semaines...

(Entourez un chiffre sur chaque ligne) a. Vous êtes vous senti calme et serein?.....

b. Avez-vous eu beaucoup d'énergie? 1 2 3 4 5

c. Vous êtes vous senti déprimé? 1 2 3 4 5
6 21/

7.F Pendant les 4 dernières SEMAINES, avec quelle fréquence votre état de
santé

physique ou émotionnel

a-t-il interféré avec vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

Tout le
temps.....

..... 1

La plus part du
temps.....

. 2

De temps en temps3

(Entourez un chiffre) 22/

rarement.....

..... 4

.....

.....

Jamais 5

FONCTION URINAIRE

Cette section concerne vos habitudes urinaires durant les 4 DERNIERES SEMAINES
seulement

1Ffu. Vous avez actuellement? (une seule réponse)

Votre vessie naturelle..... 1

Une poche à urine (Bricker / stomie) 2

Une vessie refaite à partir d'intestin (Néo-vessie)..... 3

23/

Une poche continente interne nécessitant un sondage.....4

Autre: Spécifiez 5

2Ffu. Durant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous ressenti le besoin de vider votre vessie ou néo-vessie (vessie de remplacement) ou poche interne ou sac à urine pendant la journée?

Plus d'une fois par heure 1

Une fois par heure 2

Une fois toutes les 2 heures3 (Entourez un chiffre)

0/

Une fois toutes les 3-5 heures 4

Une à 2 fois par jour 5

3Ffu. Durant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des fuites d'urine en faisant vos activités habituelles ? (non incluses les fuites durant votre sommeil)

Tous les jours 1

Environ 1 fois par semaine..... 2

(Entourez un chiffre) 24/

Moins qu'une fois par semaine..... 3

Jamais.....

4Ffu. Durant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des fuites d'urine pendant votre sommeil?

Toutes les nuits 1

Environ 1 fois par semaine..... 2

(Entourez un chiffre) 25/

Moins qu'une fois par semaine..... 3

Jamais..... 4

5Ffu. Durant les 4 dernières semaines, quelle est la proposition qui décrit le mieux vos fuites d'urine

quand vous êtes réveillé ?

Aucun contrôle..... 1

Fuites fréquentes..... ... 2

(Entourez un chiffre) 26/

Fuites occasionnelles..... 3

Contrôle total..... 4

6Ffu. Durant les 4 dernières semaines, quelle est la proposition qui décrit le mieux vos fuites d'urine

quand vous dormez?

Aucun contrôle..... 1

Fuites fréquentes..... ... 2

(Entourez un chiffre) 27/

Fuites occasionnelles..... 3

Contrôle total..... 4

7Ffu. Dans quelle mesure les points suivants ont pu être un problème pour vous dans les 4 dernières semaines?

(Entourez un seul chiffre sur chaque ligne)

Aucun	Problème	Petit	Problème	Gros
Problème	minime	Problème	Modéré	Problème

Fuite d'urine entraînant

une irritation cutanée..... 0 1 2 3 4 28/

Fuite d'urine entraînant

une odeur 0 1 2 3 4 29/

c. Sang dans les urines 0 1 2 3 4 30/

Douleur en urinant ou due à la stomie

ou au cathétérisme (sondage)..... 0 1 2 3 4 31/

8Ffu. Dans quelle mesure votre vessie ou votre stomie ou votre poche cathétérisable
ou votre néo-vessie ont pu être une gêne pour vous durant les 4 dernières semaines?

Aucune gêne..... 1

Gêne minime..... 2

Petite gêne..... 3 (Entourez un
chiffre) 32/

Gêne modérée..... 4

Gêne importante..... 5

9Ffu. Durant les 4 dernières semaines, dans quelle mesure les difficultés dues à
votre vessie ou à votre stomie ou votre poche cathétérisable ou votre néo-vessie ont
limité vos activités? (Entourez un chiffre sur chaque ligne)

Pas Un petit

du tout peu plutôt pas mal Beaucoup

a. Activités sociales avec des amis 0 1 2
3 4 33/

b. Exercices physiques..... 0 1 2

Sommeil

3 4 35/

Plus d'une fois par jour.....	1
Environ une fois par jour.....	2
Plus d'une fois par semaine.....	3

(Entourez un

chiffre) 36/

Environ 1 fois par semaine..... 4

Rarement ou jamais..... 5

2Fad. Avec quelle fréquence avez-vous eu des selles non moulées ou liquides durant

les 4 dernières semaines?

Jamais..... 1

Rarement..... 2

Une fois sur deux environ..... 3

(Entourez un chiffre)37/

Habituellement..... 4

Toujours..... 5

3Fad. Avec quelle fréquence avez-vous eu des douleurs en allant à la selle durant les 4 dernières semaines?

Jamais..... 1

Rarement..... 2

Une fois sur deux environ..... 3

(Entourez un chiffre) 38/

Régulièrement.....

..... 4

Toujours..... 5

4 Fad. Combien de fois allez-vous à la selle dans une journée habituelle durant les 4 dernières semaines?

Une fois ou
moins.....
..... 1
Deux
.....
..... 2
Trois..... 3
(Entourez un chiffre) 39/
Quatre ou
plus.....
..... 4

5 Fad. Dans quelle mesure les points suivants ont été un problème pour vous durant
les 4 dernières semaines?

(Entourez un seul chiffre sur chaque ligne)

Aucun	Problème	Petit	Problème	Gros					
Problème	minime	Problème	Modéré	Problème					
Nécessité pressante									
d'aller à la selle			0	1	2	3	4	40/	
Fréquence augmentée									
des selles.....	0	1	2	3	4	4			
c. Sang dans les selles.....	0	1	2	3	4				
42/ Douleurs Rectales/ Abdominales/ bas-ventre					0	1	2	3	4

43/

e. Constipation 0 1 2 3 4

44/

6 Fad. Globalement, dans quelle mesure le fait d'aller à la selle durant les 4 dernières semaines a été un problème?

Gros problème..... 1

Problème modéré..... 2

Petit problème..... 3 (Entourez un
chiffre) 45/

Problème minime..... 4

Aucun problème..... 5

Supplément au Bladder Cancer Index (BCI)

FONCTION SEXUELLE

La prochaine section concerne votre fonction sexuelle et votre satisfaction sexuelle. Plusieurs questions sont très personnelles, mais elles nous aideront à mieux comprendre des problèmes importants que vous rencontrez quotidiennement. Rappelez-vous, ce questionnaire est STRICTEMENT CONFIDENTIEL.

Merci de répondre en toute honnêteté à propos des 4 DERNIERES SEMAINES UNIQUEMENT.

1Ffs. Comment qualifierez-vous les points suivants durant les 4 dernières semaines? (Entourez un chiffre sur chaque ligne)

Très Très
Mauvais Mauvais Moyen Bon Bon

a. Votre degré de désir sexuel?..... 1 2 3

4 5 46/

b. Votre capacité à atteindre l'orgasme?..... 1 2 3

4 5 47/

c. Votre degré de sensibilité de la région génitale? 1 2 3

4 5 48/

d. Votre capacité à être sexuellement excité?..... 1 2 3

4 5 49/

e. Votre capacité à avoir un rapport sexuel?..... 1 2

3 4 5 50/

2Ffs. Durant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle?

Jamais..... 1

Moins d'une fois par semaine 2

Environ 1 fois par
semaine..... 3

(Entourez un chiffre) 51 /

Plus d'1 fois par semaine..... 4

3Ffs. Durant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu une douleur liée à un rapport sexuel?

Jamais..... 1

rarement 2

Pas souvent..... 3 (Entourez un
chiffre) 52 /

Souvent..... 4

Très souvent..... 5

4Ffs. Dans quelle mesure les points suivants ont été un problème pour vous dans les
4 dernières semaines?

(Entourez un seul chiffre sur chaque ligne)

	Aucun	Problème	Petit	Problème	Gros	
	Problème	minime	Problème	Modéré	Problème	
a. Votre degré de désir sexuel.....	0	1	2	3	4	53/
b. Votre capacité à avoir un rapport sexuel?	0	1	2	3	4	54/
c. Votre capacité à atteindre l'orgasme?....	0	1	2	3	4	55/

5Ffs. Globalement, comment qualifierez-vous votre capacité de fonction sexuelle durant les 4 dernières semaines?

Très 1

mauvaise.....

.....

Mauvaise.....

..... 2

Moyenne.....

..... 3

(Entourez un chiffre) 56/

Bonne..... 4

Très bonne..... 5

6Ffs. Globalement, dans quelle mesure votre fonction sexuelle –ou l’ absence de
fonction sexuelle– a été un problème
pour vous durant les 4 dernières semaines?

Aucun problème 1

Problème minime..... 2

Petit

problème..... 3

(Entourez un chiffre) 57/

Problème modéré..... 4

Gros

problème.....

..... 5

IMAGE CORPORELLE

La prochaine section s'intéresse à votre satisfaction quant à l'apparence de votre corps et de tout changement secondaire à votre maladie ou votre traitement. Merci de considérer UNIQUEMENT LES 4 DERNIERES SEMAINES.

Pas Un Assez Beau-

du tout peu souvent coup

1. Je me suis senti(e) complexé(e) par mon apparence physique 0 1

2 3 58/

2. Je me suis senti(e) moins attractif physiquement en raison de ma maladie ou de mon

traitement..... 0 1 2 3

59/

3. Je n'ai pas été satisfait(e) de mon aspect une fois habillé 0 1

2 3 60/

Je me suis senti(e) moins féminine/masculin en raison de ma maladie

ou de mon traitement 0 1

2 3 61/

5. J'ai du mal à me regarder nu(e) 0 1

2 3 62/

Je me suis senti(e) moins attirant(e) sexuellement en raison de ma maladie

ou de mon traitement..... 0 1

2 3 63/

Il m'est arrivé d'éviter les gens à cause de la façon dont je perçois mon

apparence..... 0

1 2 3 64/

Je sens que la maladie –ou son traitement– a atteint à l'intégrité

de mon corps 01 2

3 65/

9. Je suis insatisfait(e) de mon corps.....0 1

2 3 66/

10. (Répondez uniquement si vous avez été opéré(e)) J'ai été insatisfait(e) de

l'aspect de ma cicatrice..... 0

1 2 3 67/

Vous trouverez ci-dessous une liste de déclarations considérées importantes par des patients ayant la même maladie que vous.

En entourant un seul nombre par ligne, merci d'indiquer dans quelle mesure chaque déclaration à ce que vous avez ressenti durant les 7 derniers jours.

BIEN-ETRE PHYSIQUE Pas Un Pas Beau-

du tout peu plutôt mal coup

J'ai un manque

1. d'énergie..... 0 1 2

3 4 68/

J'ai des

nausées.....

2. 0 1 2

3 4 69/

A cause de ma condition physique, j'ai des difficultés

	à assurer les besoins de ma famille.....	0	1	2	
3	4	70/			
	J'ai des douleurs.....				
4.		0	1	2	
3	4	71/			
5.	Je suis gêné par les effets secondaires du traitement.....	0	1	2	3
4	72/				
	Je me sens malade.....				
6.		0	1	2	
3	4	73/			
7.	Je suis obligé de passer du temps au lit		0	1	
2	3	4	74/		
BIEN-ETRE SOCIAL/FAMILIAL Pas Un Pas Beau-					
du tout peu plutôt mal coup					
8.	Je me sens proche de mes amis.....	0	1	2	
3	4	75/			
9.	Je reçois un soutien affectif de ma famille.....	0	1	2	
3	4	76/			
10.	Je reçois un soutien de mes amis.....	0	1	2	
3	4	77/			
11.	Ma famille a accepté ma maladie.....	0	1	2	3

Je suis satisfait de la communication avec ma famille

à propos de ma maladie..... 0 1 2

3 4 79/

Je me sens proche de mon conjoint (ou la personne qui est mon

principal soutien)..... 0 1 2

3 4 80/

Quelque soit votre niveau d'activité sexuelle actuel, merci de répondre à la question suivante.

14. Je suis satisfait de ma vie sexuelle..... 0 1 2

3 4 81/

BIEN-ETRE AFFECTIF Pas Un Pas Beau-

du tout peu plutôt mal coup

Je me sens

triste.....

15..... 0 1 2

3 4 82/

16. Je suis satisfait de la façon dont je gère ma maladie..... 0 1 2 3

4 83/

17. Je perds espoir dans la lutte contre ma maladie..... 0 1 2 3

4 84/

Je me sens

anxieux.....

18..... 0 1 2

3 4 85/

19. Je m'inquiète à propos de la mort..... 0 1 2

3 4 86/

20. Je m'inquiète du fait que ma situation pourrait s'aggraver..... 0 1 2

3 4 87/

BIEN-ETRE FONCTIONNEL Pas Un Pas Beau-

du tout peu plutôt mal coup

21. Je suis capable de travailler (incluant le travail à la maison) 0 1 2 3

4 88/

22. Mon travail (incluant le travail à la maison) est épanouissant..... 0 1 2

3 4 89/

23. Je suis capable de profiter de la vie..... 0 1 2

3 4 90/

24. J'ai accepté ma maladie..... 0 1 2 3

4 91/

25. Je dors bien 0 1 2 3 4

92/

J'apprécie les choses que je fais habituellement

pour me divertir..... 0 1 2 3 4 93/

27. Je suis satisfait de ma qualité de vie actuelle..... 0 1 2 3 4

94/

AUTRES PREOCCUPATIONS Pas Un Pas Beau-

du tout peu plutôt mal coup

28. J'ai des difficultés à contrôler mes urines 0 1 2

										
	3	4	95/							
	Je		perds		du					
	poids.....									
29.						0	1	2	3	
	4	96/								
	Je	contrôle	mes		selles					
30.						0	1	2	3	4
	97/									
										
31. J'urine plus souvent que d'habitude						0	1	2	3	
	4	98/								
	J'ai				la					
	diarrhée.....									
32.						0	1	2	3	

4 99/

J'ai un bon

33. appétit..... 0 1 2 3 4

100/

J'aime l'aspect de mon

34. corps..... 0 1 2 3 4

101/

Ça brûle quand

35. j'urine..... 0 1 2 3

4 102/

Le sexe

36. m'intéresse..... 0 1 2 3

4 103/

(Pour les hommes seulement) Je suis capable d'avoir et

37. de maintenir une érection..... 0 1 2 3 4 104/

Utilisez-vous une poche (sac) à urine accolé à votre stomie ?

Oui (1)_____ Non (2)_____ Si oui, merci de répondre aux 2 questions suivantes ::

105/

39. Je suis embarrassé(e) par ma poche (sac) à urine..... 0 1 2

3 4 106/

40. M'occuper de ma poche (sac) à urine est difficile 0 1 2

3 4 107/

DERNIERE SECTION

Ces questions sont à propos de votre ménage et vos antécédents médicaux.

Ces points sont très importants pour notre recherche. Merci de répondre avec honnêteté.

Etes-vous un homme ou une femme?

Homme..... 1 (Entourez un
chiffre) 108/

Femme..... 2

~~Parmi les phrases ci-dessous, laquelle décrit le mieux votre relation actuelle ? Vous~~

vivez avec votre conjoint ou partenaire.. 1

Vous avez une relation sérieuse, mais vous ne vivez pas ensemble 2

(Entourez un chiffre) 112/

Vous n'avez pas de relation sérieuse 3

5. Est-ce que vous fumez des cigarettes actuellement?

Non..... 1 (Entourez un chiffre)

113/

Oui..... 2

Avec quelle fréquence utilisez-vous une sonde pour vider votre vessie ou votre
néo-vessie?

Je n'utilise pas de sonde 1

Une fois par semaine ou moins..... 2

1 à 3 fois par semaine 3 (Entourez un
chiffre) 114/

Tous les jours..... 4

Sondé en permanence5

Avez-vous déjà eu un des traitements suivants pour le cancer de vessie ?

(Merci d'entourer OUI ou NON pour chaque point)

Oui Non

Cystectomie radicale, totale

(Chirurgie pour enlever la vessie

au travers d'une incision sur le ventre) 1 2 Mois & année de la
chirurgie: ___/___ 115-116/

b. Radiothérapie..... 1 2 Mois & année de fin de rayons:
___/___ 117-118/

Chimiothérapie

- c. 1 2 Mois & année de la
chirurgie: ___/___ 119-120/
- d. La résection (rabotage) de polype de vessie
(indiquez la date de la plus récente)..... 1 2 Mois & année de la
chirurgie: ___/___ 121-122/
- e. L'instillation de BCG dans la vessie la plus
(indiquez la date de la plus récente) 1 2 Mois & année de la chirurgie: ___/___
123-124/
- f. Autre instillation dans la vessie (hors BCG)..... 1 2 Mois & année de la
chirurgie: ___/___ 125-126/
- g. Autre: Précisez..... 127/

8. Avez-vous déjà eu un des problèmes médicaux suivants ?

(Merci d'entourer OUI ou NON pour chaque ligne)

Oui Non

Diabète.....

.....

a. 1 2

128/

.....

.....

.....

b. Crise cardiaque, angine de poitrine ...

1 2 129/

c. Accident 1 2

	vasculaire.....		
			
	130/		
	Amputation.....		
			
d.		1	2
	131/		
e.	Problèmes de circulation dans vos jambes ou vos pieds.....	1	2
	132/		
			
f.	Asthme, emphysème, ou problèmes respiratoires		1
	2 133/		
g.	Ulcère d'estomac, intestin irritable	1	
	2 134/		
	Maladie des		
	reins.....		
h.		1	2
	135/		
	Dépression		
	grave.....		
i.		1	2
	136/		
j.	Convulsions.....		1
	2 137/		

k. Alcoolisme ou problème d'alcool..... 1

2 138/

l. Problèmes de drogues..... 1

139/

Exercez-vous un travail rémunéré en ce moment?

Oui, temps plein..... 1

Oui, temps partiel..... 2

(Entourez un chiffre) 140/

Non, mais je cherche un travail 3

Non, retraité..... 4

10. Jusqu'où êtes vous allé dans votre scolarité ?

Ecole primaire 1

Collège, Lycée ou toutes formation technique avant BAC 2

Baccalauréat général ou technique (BAC)..... 3

(Entourez un chiffre)

BAC +1 / +2..... 4141 /

Licence ou équivalent BAC+3..... 5

Diplôme ou formation > BAC+3 6

11. Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?

Moins de €7,500 1

€7,500 – 25,000 2

(Entourez un chiffre) 142/

€25,001 – 80,000 3

Plus de €80,000 4

MERCI BEAUCOUP !

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Pfister C, Roupret M, Neuzillet Y, Larre S, Pignot G, Quintens H,et al. CCAFU Recommendations 2013: bladder carcinoma. ProgUrol 2013;23(2):S105—25
- [2]. BRICKER E. M.: Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg Clin North Am, 1950, 30: 1511–1530.
- [3]. GUILLEMIN, F. Qualité de vie dans les affections traitées en chirurgie orthopédique et traumatologique chez l'adulte: Quality of life in conditions treated in orthopedic and traumatic surgery in adults. 2011.
- [4]. OMS, editor. Organisation Mondiale de la Sante; Internet : <http://www.who.org>.
- [5] : Boucher A. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle ; Tome 4 L'abdomen, la région rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée.
- [6] : Anatomie clinique Pierre Kamina Tome 4 : Organes génitaux et urinaires, Pelvis, coupe du tronc
- [7] : Atlas d'anatomie Netter
- [8] : polycopé d'anatomie
- [9] : Rouvière H. Précis d'anatomie et de dissection. 9ème édition, Edition MASSON.
- [10] : Benoit G, Giuiliano F. Anatomie chirurgicale et voies d'abords de la vessie – Editions techniques. EMC techniques chirurgicales –urologie–gynécologie. 41160, 1991, 9p.
- [11] : Cukier C. Extension lymphatique dans les cancers urologiques. Editions MASSON 1990.

- [12] C. Salloum, C. Lim, P. Compagnon, A. Laurent, F. Cochenec, D. Azoulay.
Chirurgie de la veine cave inférieure. EMC – Techniques chirurgicales –Chirurgie vasculaire 2014;9(4) :1–21 [Article 43–172].
- [13] NETTER F.H., DALLEY A.F., MYERS J.H., Interactive atlas of human anatomy 1995
- [14] A. Bouchet, J. Cuilleret. Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle :
Tome 4 2e édition .Paris :Simep 1991, 2423.p
- [15] François Haab, Olivier Cussenot, Alain Le Duc. Voies d'abord de l'uretère. EMC
Techniques chirurgicales – Urologie 1995 :1–0 [Article 41–110].
- [16] Laboratoire d'anatomie FMPF.
- [17] M. Benayoun, S. Merran, D. Eiss, O. Hélénou. 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].
- [18]. Dubernard J.M. – Abbou C. Dérivations urinaires. Chirurgie urologiques,
Edition MASSON, Chapitre 26 : pages 239 –274.
- [19]. Mejean A, Davody P, Chretien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non
continentes définitives. Techniques chirurgicales–urologie [41 – 213]
(1996).
- [20]. Ozyuvaci E, Altan A, Karadeniz T, Topsakal M, Besisik A, Yucef M.
Anesthésie générale par rapport à une anesthésie générale et péridurale
dans la cystectomie radicale. Urol int. 2005 ; 74(1) ; 62–7
- [21]. Mazerolles M, Atallah F. Prise en charge anesthésique des personnes âgées en
Oncourologie. Progrès en urologie (2009), 19, suppl 3, S85–S90.
- [22]. Ladjovic N, Likic–Ladjovic I, Dzamic Z, Acimovic M, Dragicevic D, Durutovic O.
Combined general and epidural anesthesia versus general anesthesia for radical

cystectomy. ActaChirOncol 2007;54(4):89–91.

[23]. Iconographie, CHU Tizi-ouzou

[24]. Chirurgie urologique, Claude Abbou, Jean-Michel Dubernard, Edition :

Masson ISBN : 2-225-83542-X EAN : 9782225835421

[25]. Coloby P. Cystectomie totale chez la femme et remplacement de vessie par une vessie iléale détubulée ; Encyclopédie Médico-Chirurgicale 41–195

[26]. Zerbib M, Slama J, Coloby P, Bouchot O. La cystectomie totale : techniques chirurgicales. Progrès en urologie (2002), 12 N° 5: 833 –856.

[27]. Ather MH, Fatima S, Sinanoglu O. Extent of lymphadenectomy in radical cystectomy for bladder cancer. World J Surg Oncol, 2005 Jul 15; 3: 43.

[28]. Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg Clin North Am, 1950, 30: 1511 –1530.

[29]. Lapidès J, Diokno AC, Gould FR, Low BS. Further observations on self catheterization. J urol, 1975, 116 : 169 –171.

[30]. Mitrofanoff P. Cystostomie continente trans-appendiculaire dans le traitement des vessies neurologiques ; chirurgie pédiatrique, 1980, 21 : 297–305 .

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

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

[33]. Service d'Urologie Hôpital Foch 40 rue Worth 92151 Suresnes

Remplacement de vessie après cystectomie radicale pour cancer :

expérience de l'hôpital Foch

[34]. Salomon L., Lugagne PM., Hervé JM., Barré P., Lebreton T., Botto H. No evidence of metabolic disorders 10 to 22 years after ileal enterocystoplasty (Camey I).. J Urol 1997 ; 157 ; 2104–06

[35]. Nesrallah LJ, Srougi M, Dall'Oglio MF. Orthotopic ileal neobladder: the influence of reservoir volume and configuration on urinary continence and emptying properties. BJU Int 2004;93:375–8

[36]. Gburek BM, Lieber MM, Blute ML. Comparison of Studer ileal neobladder and ileal conduit urinary diversion with respect to perioperative outcome and late complications. J Urol 1998;160(3Pt1): 721–3

[37]. Mansson A, Christensson P, Johnson G, Colleen S. Can preoperative psychological defensive strategies mood and type of lower urinary tract reconstruction predict psychosocial adjustment after cystectomy in patients with bladder cancer? Br J Urol 1998;82:348–56

[38]. CHAPITRE II. Les Dérivations Urinaires : Techniques chirurgicales MARC ZERBIB, JÉRÔME SLAMA, OLIVIER BOUCHOT) Progrès en Urologie (2002), 12, N°5, 857–890

[39]. Madersbacher S, Mohrle K, Burkhard F, Studer UE. Long-term voiding pattern of patients with ileal orthotopic bladder substitutes. JUrol 2002; 167:2052–7

[40]. Freeman JA, Esrig D, Stein JP, Skinner DG. Management of the patient with bladder cancer. Urethral recurrence. Urol Clin North Am 1994;21: 645–51.

[41]. Freeman JA, Tarter TA, Esrig D, Stein JP, Elmajian DA, Chen SC, et al Urethral recurrence in patients with orthotopic ileal neobladders. JUrol 1996;156:1615–9

- [42]. Tefilli MV, Gheiler EL, Tiguert R, Grignon DJ, Forman JD, Pontes JE, et al. Urinary diversion–related outcome in patients with pelvic recurrence after radical cystectomy for bladder cancer. *Urology* 1999; 53:999–1004.
- [43]. Cancrini A, De Carli P, Pompeo V, Fattahi H, Lamanna L, Giuseppe C, et al. Lower urinary tract reconstruction following cystectomy: experience and results in 96 patients using the orthotopic ileal bladder substitution of Studer et al. *Eur Urol* 1996;29:204–9.
- [44]. Yossepowitch O, Dalbagni G, Golijanin D, Donat SM, Bochner BH, Herr HW, et al. Orthotopic urinary diversion after cystectomy for bladder cancer: implications for cancer control and patterns of disease recurrence. *J Urol* 2003;169:177–81
- [45]. Le Bret T, Herve JM, Yonneau L, Molinie V, Barre P, Lugagne PM, et al. After cystectomy is it justified to perform a bladder replacement for patients with lymph node positive bladder cancer? *Eur Urol* 2002;42: 344–9.
- [46]. Le Bret T., Hervé JM., Yonneau L., Molinié V., Barré P., Lugagne PM., Butreau M., Mignot L., Botto H. After cystectomy, is it justified to perform a bladder replacement for patients with lymph node positive bladder cancer? *Euro Urol*. 2002 ; 42 : 344–9
- [47] Barre PH, Herve JM, Botto H, Camey M. Update on the Camey II procedure. *World J Urol*. 1996;14(1):27–8.
- [48] Hautmann RE, Egghart G, Frohneberg D, Miller K. The ileal neobladder. *J Urol*. 1988 Jan;139(1):39–42.
- [49] Studer UE, Ackermann D, Casanova GA, Zingg EJ. A newer form of bladder substitute based on historical perspectives. *Semin Urol*. 1988 Feb;6(1):57–65.
- [50] Pagano F, Artibani W, Ligato P, Piazza R, Garboglio A, Passerini G. Vescica Ileale Padovana: a technique for total bladder replacement. *Eur Urol*. 1990;17(2):149–54.

- [51] Botto H, Herve JM, Barre P. [Detubulized Z-shaped +enterocystoplasty following total prostates-cystectomy]. Prog Urol. 1994 Oct;4(5 Suppl 2):77-83.
- [52] Abol-Enein H, Ghoneim MA. Further clinical experience with the ileal Wneobladder and a serous-lined extramural tunnel for orthotopic substitution. Br J Urol. 1995 Nov;76(5):558-64.
- [53] Nicolas Gaunez – Etude prospective longitudinale multicentrique comparant la qualité de vie à 1 an de l'urétérostomie cutanée trans-iléale de type Bricker et l'entérocystoplastie chez les patients traités par cystectomie pour tumeur de vessie – UP thèses – Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cited 2017 Oct 4]. Available from: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/48002>
- [54] Dubernard J.M. – Abbou C. Dérivations urinaires. Chirurgie urologiques, EditionMASSON, Chapitre 26 : pages 239 -274
- [55] Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration.SurgClin North Am,1950, 30: 1511 -1530
- [56] Mejean A, Davody P, Chretien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non continentes définitives. Techniques chirurgicales-urologie [41 – 213] (1996)
- [57] Zerbib M, Slama J, Bouchot O. Les derivations urinaires, techniques chirurgicales (partie 1). Partie B, chapitre II. Prog Urol, 2002, 12, 5, 857-874
- [58] Dubernard JM. – Abbou C. Entérocystoplastie de substitution. Chapitre 27; 265 – 274
- [59] KAPLAN R.M., ANDERSON J.P. The quality of well-being scale : rationale for a single quality of life index. In: Quality of life : assesement and application. Walker SR, Rosser RM ed. Lancaster, Boston, The Hague Dordrech : MTP Press Ltd., 1987.

- [60] VAN DAM F. La qualité de vie des cancéreux traités. Méthodes d'évaluation. Vie Médicale, 1982, 27,1893–1897 .
- [61] WOOD–DAUPHINEE S., WILLIAMS J.I. Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. J. Chron. Dis., 1987, 40, 491–499 .
- [62] CAMPBELL A. Subjective measures of well-being. Am. Psychol., 1976, 31,117–124
- [63] CHADWICK D.J., STOWER M.J. Life with a urostomy. Br. J. Urol., 1990, 65, 189–191
- [64] Christian CASTAGNOLA, Jean-Marie MARECHAL, Marie-Thérèse HANAUER, Marwan DAWAHRA, Jean-Michel DUBERNARD : Qualité de vie et dérivation surinaires cutanées. Résultats d'un questionnaire adressé à 73 patients , 1996), 6, 207–216
- [65] M. A. Asgari, M. R. Safarinejad¹, N. Shakhssalim², M. Soleimani, A. Shahabi, E. AminQuality of life after radical cystectomy for bladder cancer in men with an ileal conduit or continent urinary diversion:A comparative study
- [66] 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.
- [67] Vishwajeet Singh, Rahul Yadav, Rahul Janak Sinha and Dheeraj Kumar Gupta , Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: a statistical model .
- [68] Mottet, C. Castagnola, P. Rischmann, M. Deixonne, M. Guyot, P. Coloby, Mangin : Quality of life after cystectomy: French national survey conducted by the Association française d'urologie (AFU), the Fédération des stomisés de France (FSF) and the Association française des entérostomathérapeutes (AFET)

in patients with ileal conduit urinary diversion or orthotopic neobladder

, 2008, 18, 5,296–298

[69] 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.

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

[71] 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.

[72] [ROBIN GEMMILL](#), [Virginia Sun](#), [Betty Ferrell](#), GOING WITH THE FLOW: QUALITY OF LIFE OUTCOMES OF CANCER SURVIVORS WITH URINARY DIVERSION

[73] 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

[74] 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

[75] NORDSTRÖM G.M., NYMAN C.R. Male and female sexual function and activity following ileal conduit urinary diversion. *Br. J. Urol.*, 1992, 70, 33–39

[76] Cerruto MA, D’Elia C, Siracusano S, Porcaro AB, Cacciamani G, De Marchi D, et al. Is Health-Related Quality of Life after Radical Cystectomy Using Validated Questionnaires Really Better in Patients with Ileal Orthotopic Neobladder Compared to Ileal Conduit: A Meta-Analysis of Retrospective Comparative Studies. *Curr Urol*. 2017 Jul;10(2):57–68.

[77] Imad ziouziou : Thèse de doctorat , titre : Entérocystoplastie versus dérivation urinaire De type bricker : qualité de vie a long terme Présentée et soutenue le 02 mai 2018.

[78] [Dutta SC](#)¹, [Chang SC](#), [Coffey CS](#), [Smith JA Jr](#), [Jack G](#), [Cookson MS](#).

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

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