

Chapitre 7

Dérivations urinaires

Les dérivations urinaires sont une option pour les patientes atteintes de fistules jugées incurables. Il s'agit souvent de patientes chez lesquelles de nombreuses opérations ont été pratiquées pour tenter de les rendre continentes, mais qui sont toujours incontinentes en raison d'une petite vessie, d'un urètre non fonctionnel ou des deux. Il existe plusieurs types de dérivations urinaires, qui présentent toutes des avantages et des inconvénients pour la patiente, aucune option n'étant parfaite.

Poche de Mainz II

La poche de Mainz II est conçue de manière que les uretères soient implantés dans une poche fabriquée à partir d'une anse intestinale, afin que la patiente puisse évacuer ses selles et son urine par l'anus. Pour que cette opération réussisse, la patiente doit avoir un bon contrôle du sphincter anal. Ce contrôle est testé en demandant à la patiente de retenir pendant 60 minutes environ 250 ml d'eau mélangée à du bleu de méthylène ou du violet de gentiane administrée sous forme de lavement. La patiente idéale pour ce type de dérivation ne doit pas présenter de fuites anales, ce qui est évalué en lui faisant porter une serviette hygiénique pendant la période d'évaluation. Un bon contrôle du sphincter anal est confirmé lorsqu'il n'y a pas de colorant sur la compresse.

La patiente doit présenter une fonction rénale normale avant de subir cette intervention, car toute insuffisance rénale entraînerait une acidose et pourrait provoquer d'autres complications. La fonction rénale doit être contrôlée au moins une fois par an, et une échographie rénale doit être réalisée pour vérifier l'absence d'hydronéphrose.

Le fait de détourner l'urine vers l'intestin modifie l'état métabolique de la patiente, car certains composants urinaires seront absorbés par l'intestin, ce qui rendra le sang plus acide. Afin d'éviter une acidose métabolique, la patiente devra prendre quotidiennement une cuillère à café de bicarbonate de sodium par voie orale pendant le reste de sa vie après cette intervention. Ce produit est facilement disponible, car il s'agit d'un ingrédient couramment utilisé en pâtisserie.

Les patientes ayant bénéficié d'une dérivation doivent également être informées en détail du risque accru de développement de tumeurs dans le côlon sigmoïde – un risque estimé à 20 % sur 20 ans – et il doit leur être recommandé de consulter un chirurgien en cas de douleur abdominale intense ou de sang dans les selles.

Conduit iléal

Le conduit iléal consiste à détourner les uretères vers une petite section de l'intestin qui débouche sur la peau de l'abdomen sous forme de stomie. L'urine s'écoule dans le conduit iléal et s'accumule dans une poche d'urostomie, que la patiente vide elle-même. Cette forme de dérivation est bénéfique pour les patientes souffrant d'insuffisance rénale, car elle réduit l'absorption des composants urinaires et donc le risque d'acidose métabolique.

Cette opération peut être réalisée à la condition que la patiente dispose d'un approvisionnement suffisant en poches d'urostomie, ce qui n'est souvent pas réaliste dans de nombreux environnements où surviennent les fistules. Un autre aspect mérite une attention particulière : de nombreuses femmes peuvent trouver inacceptable de présenter une anatomie/image corporelle différente de celle des autres membres de leur communauté et de faire face à la perspective de vivre avec une poche de stomie pendant le reste de leur vie.

Dérivation urinaire continente (Mitrofanoff)

Une dérivation urinaire peut être une option chez les patientes qui disposent d'une bonne capacité vésicale, mais dont l'urètre est gravement lésé. Dans ces cas, la procédure de Mitrofanoff peut être une option. Elle consiste à utiliser l'appendice ou l'intestin pour drainer l'urine de la vessie vers la paroi abdominale et à fermer complètement l'urètre. La patiente peut s'auto-sonder en introduisant une sonde dans l'appendice/l'intestin pour vider la vessie.

Les patientes peuvent présenter des fuites si elles ne vident pas leur vessie régulièrement.

Il s'agit d'une procédure très complexe, qui ne doit être réalisée que dans des centres spécialisés.

Sonde sus-pubienne

L'utilisation de sondes sus-pubiennes est une option à long terme pour certaines patientes qui peuvent être considérées comme inaptes à bénéficier d'autres types de dérivation. Une sonde sus-pubienne est insérée dans l'abdomen. Celle-ci est munie d'un bouchon pour la maintenir fermée, et la patiente peut l'ouvrir à intervalles réguliers pour vider la vessie. La sonde de Foley doit être changée une fois par mois si la patiente accepte cette option. Si la patiente présente une fuite urinaire continue due à une lésion de l'urètre, elle peut ne pas être complètement continente, même lorsqu'elle utilise une sonde sus-pubienne.

Soins infirmiers aux patientes porteuses de dérivations urinaires

Toutes les dérivations nécessitent une intervention chirurgicale au niveau de l'abdomen. Les soins infirmiers pré et postopératoires sont les mêmes que pour toute chirurgie abdominale. Cependant, certaines instructions spécifiques à chaque opération doivent être respectées.

Les soins préopératoires sont les mêmes que pour les interventions sur des fistules et des déchirures périnéales, notamment le maintien à jeun depuis la veille de la chirurgie, les examens sanguins préopératoires, la pose d'une voie veineuse, la préparation du site opératoire et le port d'une blouse d'opération.

De plus, les patientes devant bénéficier d'une dérivation requièrent une préparation intestinale préopératoire minutieuse afin de prévenir toute infection. Cela implique d'administrer un lavement au savon la veille de l'intervention chirurgicale afin d'évacuer les selles, puis un lavement salin le matin même afin de nettoyer le rectum avant l'opération.

Après l'opération, les patientes doivent être surveillées attentivement afin de détecter rapidement toute complication. Dans la période postopératoire immédiate, la pression artérielle et le pouls doivent être contrôlés toutes les heures pendant les six premières heures, puis toutes les deux heures pendant six heures, puis toutes les quatre heures jusqu'à ce que la patiente soit complètement ambulante et stable.

Lorsqu'elle revient du bloc opératoire et pendant la période postopératoire immédiate, il est important de surveiller attentivement la patiente afin de détecter tout signe de saignement. Une surveillance régulière des signes vitaux de la patiente est essentielle pendant cette phase, car tout

changement, notamment une baisse de la pression artérielle et une augmentation du pouls, peut indiquer un saignement. Ces patientes sont susceptibles de ressentir des douleurs, de transpirer et de devenir somnolentes. Tout signe ou toute suspicion de saignement doit donc être signalé en urgence au personnel médical.

Une fuite anastomotique postopératoire aura tendance à se produire vers le cinquième jour. Des douleurs, une tachycardie et une élévation de la température sont des signes évocateurs d'une fuite. Si cela se produit, le chirurgien doit être immédiatement prévenu afin de décider si la patiente doit être ramenée au bloc opératoire. Une fuite anastomotique est une complication très dangereuse pour la patiente, qui peut conduire à son décès. Plus la situation est traitée rapidement, plus la patiente a de chances de survivre. Elle doit recevoir des antibiotiques IV et être réopérée d'urgence. Il peut être nécessaire de répéter l'intervention ou de pratiquer une colostomie.

Des liquides doivent être administrés par voie IV pendant les premiers jours, et la patiente ne doit rien absorber par voie orale. La patiente pourra néanmoins commencer à boire de petites gorgées d'eau dès le premier jour, puis prendre des liquides par voie orale pendant quatre jours, avant de passer à un régime alimentaire léger, s'il n'y a aucun signe d'iléus paralytique. Ce protocole laisse suffisamment de temps pour que la poche et les uretères implantés cicatrisent au niveau du site d'anastomose.

La patiente aura probablement besoin d'un traitement analgésique puissant, notamment des opiacés, pendant les 24 à 48 heures suivant l'opération afin d'assurer son confort et de permettre la cicatrisation. Elle restera alitée pendant un ou deux jours après l'intervention, après quoi elle pourra commencer à se déplacer dans la salle lorsqu'elle se sentira prête.

Après une dérivation par poche de Mainz II, les patientes portent généralement une sonde rectale, souvent une sonde de Foley de calibre 24, et une sonde endotrachéale ou une sonde pour les flatulences sortant de l'anus (Figure 69). Ce dispositif permet de drainer les selles et l'urine. De même, elles porteront généralement deux sondes urétérales drainant l'urine des uretères, qui ont été réimplantés dans la poche. La sonde rectale doit être retirée après le deuxième jour postopératoire, car elle est susceptible d'être obstruée par les selles. Les



Figure 69 Sonde rectale et sondes urétérales ressortant de l'anus chez une patiente porteuse d'une poche de Mainz II

sondes urétérales doivent rester en place pendant 7 à 10 jours et doivent être contrôlées quotidiennement pour s'assurer qu'elles fonctionnent correctement. Les instructions relatives au retrait des sondes urétérales doivent être fournies par le chirurgien dans les instructions postopératoires, qui doivent être soigneusement suivies.

Les patientes ayant bénéficié d'une dérivation iléale présentent une stomie sur l'abdomen qui draine l'urine et quittent généralement le bloc opératoire avec deux sondes urétérales, qui doivent être retirées au septième jour postopératoire, ou selon les instructions du chirurgien. Des poches d'urostomie seront nécessaires pour continuer à recueillir l'urine et des explications régulières et rassurantes devront être fournies à la patiente sur la manière de vider la poche et de prendre soin de la stomie. Les patientes doivent recevoir un stock de poches de stomie à emporter chez elles et avoir accès à des poches supplémentaires.

Toutefois, si elles ne peuvent pas se procurer de poches de stomie, elles peuvent, en dernier recours, utiliser une poche de stomie Arua. Ce dispositif est fabriqué à partir du fond d'un gobelet en plastique, de gaze, de ficelle de cordonnier et de petits sacs en polyéthylène. La patiente peut recouvrir la stomie à l'aide de cette méthode et changer régulièrement le sac en polyéthylène (Figure 70).

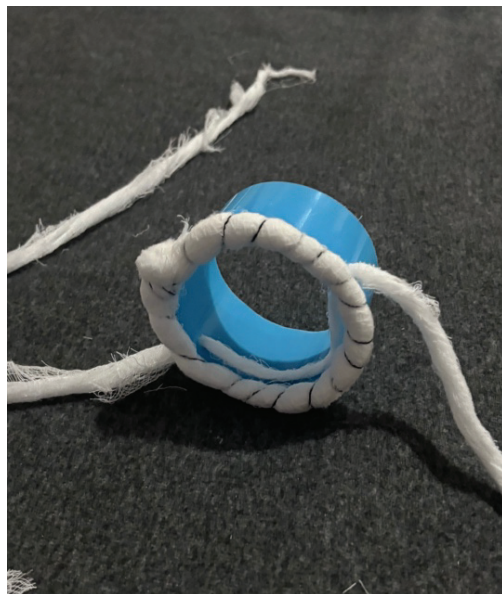


Figure 70 Poche de stomie Arua

Les patientes portant une poche urinaire seront munies d'une sonde de Foley à demeure pour drainer l'urine jusqu'à la cicatrisation de la plaie. La sonde est retirée au 14^e jour et la patiente doit apprendre à réaliser un auto-sondage intermittent propre afin de vider sa vessie.