

36^{ÈMES} JOURNÉES DE L'INFIRMIÈRE EN UROLOGIE

17-18 novembre 2015

Palais des Congrès
de PARIS

Séances thématiques
Forum échanges
et vidéos
Conférences



Programme &
Résumés

109^{ÈME}

CONGRÈS FRANÇAIS
D'UROLOGIE

Programme réalisé par



Association
Française des
Infirmières et
Infirmiers en
Urologie

Organisé par



Avec la participation de



36^{èmes} Journées de l'Infirmière en Urologie

**Palais des Congrès de Paris
17-18 novembre 2015**

- Séances thématiques → pages 2 à 24
- Forum échanges et vidéos → pages 25 à 30
- Conférences → pages 31 à 50

9.00 -- 15.15

JOURNÉE DES INFIRMIER(E)S

Organisateurs : Cyrille BASTIDE (Marseille),
Antoine FAIX (Montpellier),
AFIIU

9.00	Accueil des participants	Salle 342 A
9.30 > 10.30	Symposium organisé par  Coloplast Nouveautés dans les soins de stomies urinaires <ul style="list-style-type: none"> • Les dernières innovations pour stomies planes ou invaginées - A. BAUTZ, L. GARNIER (Coloplast) • Cas cliniques et retour d'expérience Sensura Mio Convex Fit - C. GADRAT (Bordeaux) • Les accessoires sont-ils vraiment accessoires ? Guide de choix - E. RIZZO (Coloplast) 	Salle 351
10.00 > 13.00	Table ronde 1 (limitée à 8 personnes) Agir dans la complexité... C'est possible ! Régine DUCROS, François PERNIN (Ajaccio - CH de la miséricorde) 4 Cette table ronde initie les participants à la démarche et aux outils de résolution de problèmes complexes avec prise en main pratique du K). Cette table ronde s'adresse exclusivement aux cadres et cadres supérieurs de santé.	Salle 315
10.45 > 12.15	SÉANCES THÉMATIQUES	
Séance Thématique 1	Cystectomie et dérivations urinaires : techniques chirurgicales et accompagnement Toulouse - CHU Rangueil Carine GRANGÉ, Jean-Baptiste BEAIVAL 5	Salle 342 A
Séance Thématique 2	Mise en place du dispositif d'annonce et du passeport de coordination au centre hospitalier de Cannes Cannes - Centre hospitalier Nathalie BERTRAND, Julie GROUARD, Florence PERRU-SCOCCIA, Marc MOUZIN 6	Salle 342 B
Séance Thématique 3	Chirurgie rénale robot-assistée : pyéloplastie, néphrectomie, donneur vivant Vandœuvre-lès-Nancy - CHU de Brabois Pascaline CABOCEL, Johanne CAREL-TROUILLET, Jacques HUBERT 9	Salle 351
Séance Thématique 4	Le bilan urodynamique : à quoi sert-il ? Comment se fait-il ? Quel est le rôle de l'infirmière ? Nantes - CHU Hôtel-Dieu Maryline HILLEREAU, Audrey GALLAIS, Patrick BIOTTEAU, Loïc LE NORMAND 10	Salle 352 A
Séance Thématique 5	Accompagnement des patients prostatectomisés Lorient - Clinique de la Porte de l'Orient Nathalie LE HOUARNO, André MARON, Jean-Pierre GRAZIANA 12	Salle 352 B

Séance Thématique 6	Prise en charge et dépistage nutrition en onco-urologie Chambéry – CH Métropole Savoie Alexandra GATE, Pierre-Louis BOULC'H, Pierre BONDIL	Salle 343 15
10.45 > 12.15	Table ronde 2 (limitée à 60 personnes) Le sondage vésical : les bonnes pratiques Modérateurs : Jean-Pierre BASTIÉ, Antoine FAIX, Delphine OLIVE, Albert SOTTO Cette table ronde est une initiative qui a pour but de rassembler, sur un thème fondamental de notre activité professionnelle, des médecins, des experts et des infirmières afin de débattre, ensemble, sur les bonnes pratiques du sondage vésical. Toutes les équipes, toutes les expériences en ce domaine sont les bienvenues. Le nombre de places est volontairement limité à 60 personnes afin que le débat se déroule dans les meilleures conditions.	Salle 353
12.15	Déjeuner libre	
13.45 > 15.15	SÉANCES THÉMATIQUES (suite)	
Séance Thématique 7	Chirurgie de l'incontinence urinaire et prolapsus de la femme : évolution des prises en charge Chalon-sur-Saône - Hôpital Privé Sainte-Marie Valérie RAMEL, Loïc GENOT, Emmanuel DELORME	Salle 343 17
Séance Thématique 8	Prise en charge des personnes âgées en urologie Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis, Hôpital Bretonneau, OCOG Paris Nord Equipe soignante, Virginie FOSSEY-DIAZ, Pierre MONGIAT-ARTUS	Salle 342 B 20
Séance Thématique 9	La chirurgie urologique en ambulatoire Bordeaux - CHU Pellegrin Anne LOSSENT, Francis GADRAT, Grégoire ROBERT	Salle 342 A 21
Séance Thématique 10	Décaillotage et chariot d'urgence en urologie Montpellier - Clinique Beausoleil Nolwenn FRAINEAU, Muriel SWECZIK, Antoine FAIX	Salle 351 22
Séance Thématique 11	Retour d'expérience : mise en place de la robotique à l'AP-HM Marseille - Hôpital Nord Aurélié DONIKIAN, Chantal BUEND, Elsa DARNAUD, Cyrille BASTIDE, Evelyne PONCET	Salle 352 B 23
Séance Thématique 12	Traitement focal du cancer de la prostate en première intention Toulouse - CHU Rangueil Equipe soignante, Pascal RISCHMANN	Salle 352 A 24

10.00 -- 13.00

Salle 315

TABLE RONDE 1

AGIR DANS LA COMPLEXITÉ... C'EST POSSIBLE !

Régine DUCROS, François PERNIN
Ajaccio – CH de la miséricorde

« *C'est une folie de croire qu'en utilisant les mêmes méthodes on obtiendra un résultat différent* »
Albert EINSTEIN

Thème de l'atelier : initiation à la démarche et aux outils de résolution de problèmes complexes

Public : cet atelier s'adresse à toutes personnes responsables d'un groupe (cadres, responsables d'unité ...) ou d'un projet à mener en équipe.

En tant que responsables, nous sommes très souvent confrontés, dans notre pratique professionnelle, à des problèmes qu'il nous faut résoudre en équipe.

Nous le faisons bien souvent sans méthode et sans schéma d'analyse, nous ne trouvons pas toujours la bonne solution, ni les moyens de la mettre en œuvre...et générons ainsi d'autres difficultés, voire des conflits.... ce qui complique encore la situation !!

Pourtant, des méthodes de résolution de problèmes existent, bien rodées et adaptées aux différents niveaux de complexité des problèmes qui se posent.

Ces méthodes permettent, selon une séquence logique et efficace :

- d'identifier les problèmes et d'en reconnaître le niveau de complexité ;
- de les hiérarchiser ;
- d'en connaître les causes ;
- de découvrir les solutions et de choisir les meilleures ;
- d'élaborer et mettre en œuvre des plans d'action.

La maîtrise de ces méthodes permet à tout responsable de mieux aborder les problèmes, voire de les devancer. Loin de perdre de son autorité, le leader y gagne au contraire en crédibilité auprès de son équipe, ces outils représentant un moyen d'établir ce management participatif dont nous rêvons tous.

En effet, c'est avec son équipe que le responsable va dérouler cet itinéraire de résolution de problèmes, dans une réelle complémentarité des intelligences, en découvrant ensemble des pistes de solutions souvent insoupçonnées, et acceptées par tous.

Afin d'illustrer la démarche de résolution de problèmes et l'efficacité des outils utilisés, nous vous proposons de nous réunir autour d'une problématique vécue par les participants : quelles sont les réalités vécues actuellement par les cadres ?

Au terme de cette réunion les participant(e)s auront la réponse à la question posée, découvert un des outils de résolution de problème et compris la démarche à suivre pour résoudre un problème complexe.

10.45 -- 12.15 Salle 342 A

SÉANCE THÉMATIQUE 1

CYSTECTOMIE ET DÉRIVATIONS URINAIRES : TECHNIQUES ET ACCOMPAGNEMENT

Carine GRANGÉ, Jean-Baptiste BEAUVAL
Toulouse - CHU Rangueil

La cystectomie et les dérivations urinaires par stomie urinaire ou « néo vessie » sont des modalités fréquentes de prise en charge en urologie nécessitant leur connaissance.

La chirurgie carcinologique ainsi que celle des troubles fonctionnels en particulier pour vessie neurologique en sont les principales indications.

La décision optimale doit être pluridisciplinaire et nécessite des principes de stomathérapie que les équipes d'urologie doivent connaître afin d'améliorer la gestion du plan de soins. Processus complexe, la décision du type de chirurgie a pour objectif de permettre la meilleure qualité de vie possible pour le patient en fonction du contexte. La dérivation idéale doit permettre de préserver la fonction rénale et diminuer au maximum la morbidité.

Le choix parmi les nombreuses techniques chirurgicales doit être adapté aux caractéristiques du malade après une discussion éclairée avec le patient.

Après cystectomie dont les principes chirurgicaux dépendent de la cause (carcinologique vs autres étiologies), les dérivations urinaires peuvent être non continentales (urétérostomies cutanée bilatérale ou urétérostomies cutanées transiléales (Bricker) ou continentales (remplacement iléal le plus fréquemment).

Le suivi et l'accompagnement des patients demeurent une étape des plus importantes, notamment en cas de remplacement vésical afin de surveiller (protection du haut appareil, capacité néo-vésicale suffisante) et éduquer les patients (apprentissage de la continence et de la bonne vidange).

Beaucoup de progrès ont été réalisés dans la reconstruction urinaire depuis leur apparition. Les nouvelles dérivations permettent au mieux d'améliorer la continence et préserver l'image corporelle.

10.45 -- 12.15 Salle 342 B

SÉANCE THÉMATIQUE 2

MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'ANNONCE ET DU PASSEPORT DE COORDINATION AU CENTRE HOSPITALIER DE CANNES

Nathalie BERTRAND, Julie GROUARD, Florence PERRU-SCOCCIA, Marc MOUZIN
Cannes – Centre hospitalier

HISTORIQUE ET CADRE LÉGISLATIF

C'est en 1998 qu'apparaissent les consultations spécifiques pour les patients atteints de cancer. Cette demande émanant des premiers états généraux organisés par la LIGUE en 1998. Il faudra alors attendre le plan cancer de 2003 pour découvrir le cadre du dispositif d'annonce qui est alors une des mesures de ce plan. Il prévoit que « *tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce* », il pose également le cadre du parcours du patient avec la mise en place de concertations pluridisciplinaires et de programmes personnalisés de soins (PPS) adaptés à chaque patient. Le patient devient acteur de son parcours et est mis au centre de la prise en charge. Le plan cancer se préoccupe également des conditions de l'annonce avec la mesure 40 : « *permettre aux patients de bénéficier des meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie* ». Il demande aux établissements d' « *accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de supports, en particulier la prise en compte de la douleur et d'un soutien psychologique et social* ».

DÉROULEMENT DE L'ANNONCE

Aujourd'hui le plan cancer de 2014 demande d'élargir le dispositif d'annonce dès la forte suspicion de cancer, en proposant à tous les patients le dispositif d'annonce afin d'éviter « l'errance thérapeutique », d'offrir à tous la chance d'avoir une prise en charge globale et personnalisée. Cette demande nécessite donc de coordonner tous les acteurs de soins autour du patient et d'organiser la prise en charge au sein de l'établissement. Le médecin (oncologue ou spécialiste) est le premier à réaliser l'annonce auprès du patient, dans le meilleur des cas en présence de l'infirmière d'annonce afin d'établir un premier contact. Le patient se verra donc expliquer le diagnostic et proposer le programme personnalisé de soins qui aura été au préalable validé par la RCP (réunion de concertation pluri-disciplinaire). Lors de la consultation d'annonce médicale, le médecin est tenu d'expliquer tout le programme de soins et d'obtenir l'accord du patient et son adhésion. L'infirmière rencontrera le patient à distance de l'annonce afin de faire le point avec lui et sa famille sur les questions et les problèmes liés au diagnostic. Ce temps est un moment privilégié de partage entre soignant et soigné, un temps de discussion et d'entretien. Nous n'hésiterons pas à faire le point sur les différents volets : social, nutrition, addiction, psychologique, douleur... Durant cet entretien le patient sera orienté, selon ses besoins, vers les différents acteurs de la structure afin de garantir une prise en charge globale.

L'entretien nous permet d'organiser au mieux la future chirurgie, le but étant d'expliquer l'organisation de l'hospitalisation, de réaliser une visite du service et d'expliquer le déroulement du post-opératoire. Tout cela en accord avec le patient, il n'est bien sûr pas question de faire peur au patient mais plutôt de le rassurer. L'intérêt est de faire verbaliser et de reprendre les termes utilisés par le médecin lors de l'annonce. Ce sera également

un temps clé pour accompagner le patient dans l'acceptation de sa maladie et de son traitement car, lors du choc de l'annonce, le patient et son entourage subissent un vrai bouleversement. Les paroles prononcées par le médecin sont déformées ou ne sont pas retenues. À distance, il sera plus facile d'expliquer et de prendre le temps d'informer le patient. C'est aussi un moyen de montrer au patient et à son entourage qu'ils ne sont pas seuls face à la maladie et aux médecins, qu'une infirmière est là pour les aider et les orienter au moins dans leur parcours.

DÉROULEMENT ET MISE EN PLACE AU CENTRE HOSPITALIER DE CANNES

Le service d'urologie de l'hôpital de Cannes a récemment mis en place le dispositif d'annonce, pour répondre aux besoins des patients et au plan cancer. Initiée par le Dr. MOUZIN aidé de M^{me} BERTRAND (IDE annonce ORL), la mise en place nous a demandé de l'investissement et du temps. Grâce à l'expérience de M^{me} BERTRAND nous avons travaillé sur le développement du PPS en chirurgie urologique sur la base de celui d'ORL. Il se présente en format A5 et est constitué de 3 volets.

Le premier volet fait le lien entre ville et hôpital, il est composé des numéros utiles au patient (service de chirurgie, chimiothérapie, laboratoires et association) et d'onglets qui correspondent aux besoins du patient comme la surveillance d'une hypertension ou d'un diabète.

Le deuxième volet comprend le programme personnalisé des soins avec le calendrier thérapeutique et les fiches explicatives des traitements proposés (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ...).

Le dernier volet concerne les soins de support qui sont adaptés au patient, la nutrition avec courbe de poids et le rendez-vous diététique, la consultation douleur, l'addictologie avec un résumé des rendez-vous, la sophrologie, l'onco-esthétique.

Il est amené à évoluer avec le patient, nous lui demandons de le faire vivre, de le remplir avec ses dates de rendez-vous et de l'apporter avec lui lors de toute ses consultations tant à l'hôpital qu'à l'extérieur. Le passeport permet de créer un lien avec le médecin traitant, l'infirmier libéral, la famille, le patient, l'oncologue mais aussi l'hôpital (un lien entre la chirurgie et la chimiothérapie), afin de permettre une meilleure communication ville-hôpital.

En service d'urologie nous avons décidé de répartir le temps d'annonce entre 3 infirmières : Nathalie BERTRAND, IDE d'annonce plus spécialisée en ORL, Mélodie VIOT et Julie GROUARD, IDE du service de chirurgie urologique viscérale et chirurgie vasculaire toutes les deux impliquées dans la mise en place de la consultation d'annonce en urologie et en viscérale. Nous avons décidé de créer deux moments d'annonce : un temps pré-hospitalisation et post-hospitalisation que M^{me} BERTRAND gère en consultation et un temps en hospitalisation dont M^{me} GROUARD et M^{me} VIOT s'occupent. La consultation de pré-hospitalisation permet d'établir une première approche et de clarifier la chirurgie et le traitement proposé. Pendant l'hospitalisation, nous voyons le patient à son entrée puis au long de son séjour, cela lui permet d'avoir un fil conducteur, une « référence » pendant son passage à l'hôpital. Le temps de post-hospitalisation est un suivi post-opératoire, un temps d'orientation vers des soins de support ou vers nos confrères de médecine interne. Nos patients peuvent bénéficier de consultations avec une psycho-oncologue, des assistantes sociales, mais également des séances d'onco-esthétique qui sont proposées aux patientes au sein de l'hôpital. Un réseau de soutien se crée et entoure le patient pour mieux l'accompagner.

10.45 -- 12.15 Salle 342 B

SÉANCE THÉMATIQUE 2 suite

LES LIMITES, DIFFICULTÉS ET AMÉLIORATION

Ce dispositif apporte du soutien aux patients et permet d'identifier les comportements à risque pendant le traitement de la maladie, néanmoins il a ses limites et doit être adapté à chaque patient, à chaque étape de la maladie et à chaque équipe. Il est important d'expliquer au patient que nos consultations existent mais que la décision de nous revoir lui appartient. Le patient doit être informé qu'en cas de besoin il existe un support à l'hôpital et dans le service où il sera hospitalisé. Nous adaptons notre discours et nos informations au patient qui parfois n'a pas envie ou besoin de se faire réexpliquer le programme de soins. Il nous appartient de respecter le choix du patient sans pour autant négliger sa prise en charge, à nous de lui laisser la possibilité de revenir vers nous quand bon lui semblera.

La deuxième difficulté que nous avons rencontrée se situe au niveau de l'organisation au sein du service et de l'hôpital, qui sont inévitables lors d'une mise en place d'un nouveau projet, celle de l'adhésion de l'ensemble du corps médical et paramédical. Trop de patients passent encore entre les mailles de la consultation, mais ceci devrait se résoudre au fil du temps, un « rodage » de l'équipe est nécessaire.

Le dispositif d'annonce au-delà d'une obligation est une réelle avancée dans la qualité de la prise en charge de nos patients. Cette mise en place est difficile mais la satisfaction et le bénéfice qu'en retirent nos patients au travers de leurs témoignages nous confortent chaque jour dans cette démarche.

De plus, nous sommes dans une activité dynamique et riche en relations humaines où le passeport de coordination est le lien indispensable entre les patients et les différents acteurs des soins. Ce lien doit sous peu évoluer, preuve que notre investissement reste d'actualité et indispensable.

17
Mardi 17 novembre



10.45 -- 12.15

Salle 351

SÉANCE THÉMATIQUE 3

CHIRURGIE RÉNALE ROBOT-ASSISTÉE : PYÉLOPLASTIE, NÉPHRECTOMIE, DONNEUR VIVANT

Pascaline CABOCEL, Johanne CAREL-TROUILLET, Jacques HUBERT
Vandœuvre-lès-Nancy - CHU de Brabois

Durant cette présentation, nous allons vous raconter l'histoire du robot DA VINCI. Nous vous présenterons les différentes formations qui existent pour l'appivoiser et nous vous expliquerons comment se déroule une intervention de chirurgie rénale robot-assistée à Nancy (JPU, néphrectomie partielle ou totale et DVA). Pour finir nous verrons les avantages et les inconvénients du robot.

10.45 -- 12.15 Salle 352 A

SÉANCE THÉMATIQUE 4

LE BILAN URODYNAMIQUE : À QUOI SERT-IL ? COMMENT SE FAIT-IL ? QUEL EST LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE ?

Maryline HILLEREAU, Audrey GALLAIS, Patrick BIOTTEAU, Loïc LE NORMAND
Nantes - CHU Hôtel-Dieu

Le but de cet atelier est de comprendre l'intérêt des explorations urodynamiques dans le diagnostic des troubles mictionnels. Le bilan urodynamique explore la phase de continence et la phase mictionnelle en mesurant des volumes, des pressions, des débits et par le recueil de signes cliniques. La qualité des informations recueillies est très largement dépendante des conditions de réalisation de l'examen. Pour pouvoir réaliser et interpréter un bilan urodynamique, il faut avoir quelques connaissances de physiologie vésico-sphinctérienne, de bien connaître le déroulement de l'examen et les outils qui permettent de mesurer les paramètres et de se rapprocher le plus possible de conditions physiologiques afin que la mesure puisse refléter au mieux le fonctionnement habituel de l'appareil vésico-sphinctérien.

1 - QUELQUES NOTIONS DE PHYSIOLOGIE VÉSICO-SPHINCTÉRIENNE

L'appareil vésico-sphinctérien a deux missions essentielles :

- contenir fermement les urines dans un réservoir à basse pression pour assurer la continence et protéger le haut-appareil urinaire ;
- permettre une miction volontaire, rapide, facile et complète pour soulager le besoin.

L'évolution des différents paramètres physiques caractérisant la continence et la miction est résumée dans la figure 1. Pendant la phase de remplissage, la continence est assurée par un gradient de pressions entre urètre et vessie très largement positif. Les pressions vésicales restent basses, permettant ainsi aux uretères de propulser l'urine dans le réservoir vésical tandis que l'appareil sphinctérien maintient des pressions urétrales élevées pour empêcher les fuites. La miction est assurée par une inversion de ces rapports : la pression vésicale s'élève du fait de la contraction vésicale tandis que l'appareil sphinctérien se relâche permettant ainsi un bon débit mictionnel.

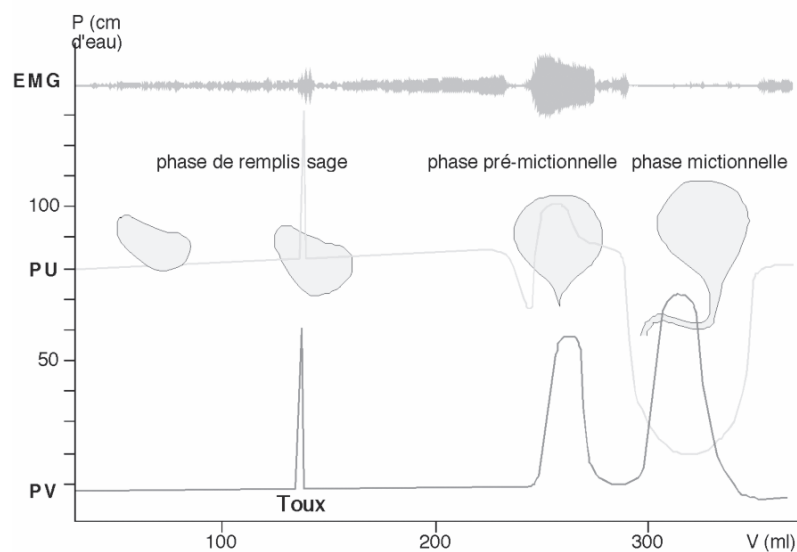
Les examens urodynamiques ont pour but d'analyser cette fonction par la mesure quantitative de paramètres physiques (volumes, débits, pressions) et qualitative de chacune des étapes assurant la continence et la miction (besoins, fuites, miction).

Quatre paramètres permettent de caractériser globalement l'équilibre vésico-sphinctérien [10] :

- la pression vésicale de remplissage doit impérativement rester basse pour ne pas s'opposer à l'éjaculation urétérale. Elle dépend plus des propriétés biomécaniques du matériau vésical que de l'activité tonique des fibres musculaires ; pour cette raison au terme de "tonus" vésical on préfère celui de "compliance" pour définir cette relation pression/volume qui caractérise la distensibilité vésicale ;
- la pression urétrale maximale, au contraire, dépend presque exclusivement de l'activité tonique des fibres musculaires lisses et striées du sphincter urétral qui s'effondre au moment de la miction. C'est elle qui assure la continence sans la dysurie ;

- la pression vésicale permictionnelle reflète la puissance contractile du détrusor et la résistance urétrale ;
- la résistance urétrale représente l'ensemble des forces qui s'opposent au passage des urines dans l'urètre ; ce sont des facteurs de dysurie, mais aussi de continence passive.

Figure 1



L'objectif du bilan urodynamique est d'évaluer ces différents paramètres

2 - LA RÉALISATION D'UN BILAN URODYNAMIQUE NÉCESSITE PLUSIEURS ACQUIS

- La compréhension de la mesure des pressions et des débits au plan physique.
- Les pièges à éviter pouvant fausser les mesures.
- Les objectifs que l'on se fixe en fonction de la pathologie étudiée.

Son interprétation nécessite une bonne connaissance des paramètres physiologiques et surtout l'inter-relation entre les paramètres étudiés : un paramètre n'est pas normal ou anormal en soi, c'est l'ensemble de l'équilibre vésico-sphinctérien qui doit être analysé en fonction des données cliniques.

3 - QUEL EST LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE POUR LA RÉALISATION DU BILAN URODYNAMIQUE ?

Son rôle peut être celui d'assistante si le médecin est présent pendant toute la durée ou une bonne partie de l'examen. Cependant, une connaissance des principes de mesure et de la pathologie étudiée est indispensable au bon déroulement de l'examen et pour l'obtention de résultats interprétables.

Une délégation de tâche peut être envisagée si l'infirmière a un encadrement de formation et de suivi (déléguant) adapté et qu'elle se consacre exclusivement à cette tâche.

L'interprétation des examens et les conclusions médicales restent de la compétence du médecin.

10.45 -- 12.15 Salle 352 B

SÉANCE THÉMATIQUE 5

ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS PROSTATECTOMISÉS

Nathalie LE HOUARNO, André MARON, Jean-Pierre GRAZIANA
Lorient – Clinique de la Porte de l'Orient

LE PARCOURS DU PATIENT PORTEUR D'UN CARCINOME DE PROSTATE ET QUI SE DÉCIDE POUR UNE PROSTATECTOMIE : L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE ÉQUIPE MULTI-MÉDICALE

Le patient débute son parcours, en règle générale, adressé par son médecin traitant pour une première consultation d'urologie pour un PSA anormalement élevé ou une anomalie prostatique au TR ou en échographie. Cette consultation lui est proposée en cas de suspicion d'un possible carcinome de prostate.

Une biopsie est alors réalisée en consultation sous anesthésie locale et échographie endorectale après explications des risques et préparation (antibioprophylaxie et Normacol, check-list effectuée par l'IDE de Cs).

Le patient est revu 15 jours après par l'urologue et si les résultats des biopsies sont positives : première annonce médicale de diagnostic de cancer faite par l'urologue et proposition d'une seconde consultation d'annonce auprès de l'IDE de sexologie et d'un bilan avant décision thérapeutique (IRM prostatique et scintigraphie osseuse).

Consultation d'annonce de 2^e intention avec l'IDE formée en sexologie : le plus souvent en couple

- Reprise des antécédents médicaux et chirurgicaux, modes de vie.
- Discussion sur les traitements possibles en cas de tumeur localisée et en fonction du bilan d'extension (IRM, scintigraphie osseuse) : explications (une seconde fois avec reformulation moins médicale) du principe et des effets secondaires iatrogènes des traitements comme prostatectomie, radiothérapie, curiethérapie, hormonothérapie, voire surveillance active.
- En cas de chirurgie, mention spéciale sur le risque de fuites urinaires (le plus souvent transitoires) et la proposition d'une rééducation périnéale à débiter avant même la chirurgie, et sur l'impact sexuel.
- La seconde partie de la consultation d'annonce se porte sur la sexualité ce qui ouvre l'espoir d'une vie après le traitement premier du cancer de la prostate : effet potentiellement positif de se projeter après le traitement.
- Comment est la sexualité actuellement avant le diagnostic de cancer de la prostate ? Est-elle active ? Nombre de rapports/mois ? Erections réflexes nocturnes ou matinales ? (30 à 50 % de dysfonction érectile entre 60 et 75 ans).
- Ensuite essayer de convaincre (le patient et souvent l'épouse) de l'intérêt d'une prise en charge précoce de l'érection en post-opératoire : parler de « rééducation du muscle de l'érection post-opératoire » par IIC (injection intra-caverneuse remboursée), crème urétrale (nouveau traitement depuis juillet 2015 remboursé mais place à définir par manque d'expérience) ou vacuum, IPDES (non remboursé). Un livret est remis pour qu'il puisse déjà y penser.

- **En fin de consultation, proposition de venir participer, en attendant le bilan complet et la décision thérapeutique, à une réunion mensuelle d'un groupe de parole.**

Le groupe de parole regroupe des anciens patients traités ou en attente de décision thérapeutique.

Proposition de revenir avec leurs questions secondaires et surtout de reprendre un rendez-vous avec l'IDE d'annonce et de sexologie 4 à 6 semaines en post-opératoire.

Le patient est ensuite revu par l'urologue avec son bilan et décision (après discussion du dossier en RCP multidisciplinaire) du traitement de son cancer de la prostate.

Si le patient s'oriente vers la prostatectomie : rendez-vous d'anesthésie obligatoire et 2 à 3 séances avec le kiné en préopératoire (prise de contact, éducation à la rééducation du périnée).

Hospitalisation et bloc

La sonde est retirée avant la sortie. En cas de fuites immédiates, il est revu par le kiné 2 à 3 semaines après la sortie. Deux autres RDV sont donnés : un premier avec l'urologue à 1 mois avec un PSA et l'annonce du résultat histologique, puis un second avec l'IDE à 4-6 semaines.

La première consultation IDE post-opératoire permet un premier bilan (plus libre en l'absence du médecin) : les fuites et leur importance (nombre de protections) ? Kinésithérapie débutée ? Premier bilan sur la sexualité et les érections notamment réflexes nocturnes ou matinales ? A-t-il conservé des tumescences spontanées ?

Soit les érections spontanées sont possibles (très rarement) et prescription d'IPDE5 ou maintenant Vitaros (crème urétrale), soit les érections sont absentes et réexplication des IIC, leur rythme, le rationnel de la rééducation caverneuse pour éviter une fibrose définitive. Proposition d'un 1^{er} test d'IIC faite par l'IDE à la plus petite dose (2,5 microgrammes d'EDEX prostaticlandine).

Une semaine plus tard, Le patient revient pour un 2^e test d'IIC fait par le patient lui-même en présence de l'IDE pour vérification de la possibilité à réaliser seul les IIC (peut revenir une 3^e ou 4^e fois pour l'apprentissage si nécessaire).

Ensuite, indication à réaliser 2 IIC par semaine à petites doses de 2,5 µg pendant 1 mois. Le patient revient en Cs avec l'IDE pour faire le point sur les échecs éventuels et juger s'il faut augmenter la dose à 5, 10 ou 20 µg, maximum autorisé en France. Le patient à l'aise avec les IIC doit trouver le dosage nécessaire pour obtenir une érection rigide permettant une pénétration et retrouver une sexualité active (si c'était le cas en préopératoire). Mais dans le cadre de la rééducation, essayer de continuer sur le rythme de 2 IIC par semaine en cas de bonne tolérance (risque de douleur en érection dans 20 à 25 % des cas, de fibrose et déformation de la verge dans 10 % des cas).

Un contrat est passé avec le patient pour un suivi sexologique avec l'IDE sur le long terme : CS à 2, 4, 6, 12, 18 et 24 mois... Le but est de continuer la prise en charge et un traitement jusqu'à la récupération éventuellement d'une érection et d'une sexualité la plus spontanée (pouvant survenir plus de 2 ans après la chirurgie) : est-on certain d'une préservation complète des « nerfs érecteurs » ?

En cas de douleurs récurrentes de la verge en érection sous IIC, proposition de changer pour le VACUUM (pompe à vide), Vitaros selon efficacité.

...

10.45 -- 12.15 Salle 352 B

SÉANCE THÉMATIQUE 5 suite

Est également abordé dès les premières consultations post-opératoires la possibilité de poser un implant pénien en cas de difficultés aux IIC, de douleurs persistantes et d'absence de récupération d'érections réflexes même faibles.

Par contre dès que des signes de manifestations naturelles réapparaissent (début d'érections, tumescences franches, érections réflexes), proposition d'un relais par des traitements non remboursés oraux IPDE5 et plus particulièrement si possible par un traitement non prémédité type Cialis 5 mg en prise quotidienne.

En parallèle, comme proposer en préopératoire, le patient est invité à revenir au **groupe de parole** (animé et contrôlé par l'IDE) :

- bénéfique très positif en préopératoire surtout chez les patients très anxieux (voire humeur anxiodépressive suite à l'annonce du diagnostic de cancer) ;
- rencontre avec des anciens patients traités depuis déjà plusieurs années parfois ;
- échanges rassurant en post-opératoire sur l'évolution des fuites éventuelles, de la sexualité. Entraide éventuelle sur l'efficacité et les astuces pour tel ou tel traitement dans la prise en charge de la sexualité ;
- intérêt également en cas d'indication de traitement adjuvant complémentaire ;
- anonymat ;
- expression libre ;
- secret professionnel.

Au total, il s'agit d'un **travail d'équipe** associant le chirurgien, l'IDE d'annonce et de sexologie, le kiné. Le parcours du patient évolue toujours en lien entre les différents professionnels et bénéficie de l'aide d'autres patients utile notamment en cas de questionnement pratique et d'anxiété.

Depuis peu l'équipe s'est élargie avec la venue d'un médecin sexologue et d'une psycho-sexothérapeute (de couple notamment), très utile pour une prise en charge des situations plus complexes.

10.45 -- 12.15

Salle 343

SÉANCE THÉMATIQUE 6

PRISE EN CHARGE ET DÉPISTAGE NUTRITION EN ONCO-UROLOGIE UN RÔLE CAPITAL EN PRÉ-, PER- ET POST-OPÉRATOIRE POUR LES INFIRMIÈRES

Alexandra GATE, Pierre-Louis BOULC'H, Sandra NAVE, Pierre BONDIL
Chambéry – CH Métropole Savoie

L'équipe du centre hospitalier métropole Savoie, site de Chambéry souhaite faire part de son expérience pratique dans la prise en charge des patients atteints de cancer urologique dans le domaine de la dénutrition et la ré-nutrition en pré-, per- et post-opératoire.

Nous vous proposons de présenter le travail de Quentin FRANQUET sur sa participation au dépistage le plus précoce possible, puis au suivi de la prise en charge des patients tout au long de leur séjour.

Après un rappel épidémiologique sur les cancers en urologie, nous définirons la nutrition et la dénutrition. La présentation partira du constat de l'étude sur l'état nutritionnel des patients à leur admission pour bien situer l'intérêt de la prise en charge des dénutritions.

Après un rappel sur les différents moyens de dépistage de la dénutrition à notre niveau, nous dirons quelques mots sur la méthode d'optimisation des prises alimentaires chez les patients cancéreux ou non (qui fait quoi, quand, et à qui transmettre cette information).

Nous vous parlerons de la filière de soins qui est déroulée pour assurer une coordination efficace (quels corps de métier sont sollicités et à quels moments) des consultations au service, le rôle de chacun.

Par la suite les éléments de surveillance clinique, anthropométrique et biologique utilisé dans notre service seront présentés.

Les compléments nutritionnels que nous pouvons rencontrer au sein de notre établissement vous seront cités ainsi que leurs actions, leurs modes de prises et leurs différents intérêts nutritionnels (indication, limites d'utilisation et faisabilité).

Nous ferons le point sur le suivi pluridisciplinaire tout au long du séjour ainsi que sur les difficultés rencontrées et les dangers actuels.

Nous terminerons notre présentation par l'étude de 2 cas cliniques rencontrés dans notre service d'urologie et pour lesquels la surveillance de la nutrition a été bénéfique pour la guérison.

Voici le plan que nous suivrons lors de notre exposé :

- A. Dénutrition et cancer
- B. Définition de la dénutrition
- C. La dénutrition en chiffre
- D. Le CLAN = comité de liaison alimentation nutrition
- E. Le CLAN du CH de Chambéry

...

10.45 -- 12.15

Salle 343

SÉANCE THÉMATIQUE 6 suite

- F. Le dépistage de la dénutrition
- G. Optimiser les prises alimentaires
- H. Dénutrition = les CNO
- I. Règle des CNO
- J. En pratique : des consultations au service
- K. Cas cliniques

Cette présentation, travail de toute une équipe, a été réalisé en collaboration avec le docteur Hervé IBANEZ, anesthésiste du service, le docteur Pierre BONDIL, chef de service d'urologie, et Mrs Damien CARNICELLI et Quentin FRANQUET, interne du CHU de Grenoble ainsi que François CUCHET, médecin généraliste du service.

Elle servira de base à l'intégration de notre démarche dans une politique plus générale de l'établissement et la prise en charge de nos futurs patients afin de faciliter les suites opératoires et d'éviter les complications.

13.45 -- 15.15

Salle 343

SÉANCE THÉMATIQUE 7

CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE ET PROLAPSUS DE LA FEMME : ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE

Valérie RAMEL, Loïc GENOT, Emmanuel DELORME
Chalon-sur-Saône - Hôpital Privé Sainte-Marie

EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT (IUE) PAR BANDELETTES SOUS-URÉTRALES ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS UROGÉNITAUX

Les bandelettes sous-urétrales

Les bandelettes sous-urétrales (BSU) sont des rubans synthétiques qui, posés sous l'urètre par voie chirurgicale et vaginale, assure un support à l'urètre, restituant la continence lors de l'effort.

Rappel anatomophysiologique

La continence urinaire est assurée par une relaxation vésicale et l'occlusion de l'urètre. Le système sphinctérien de clôture de l'urètre est à lui seul insuffisant pour assurer la continence lorsque la pression abdominale est trop élevée, plus particulièrement lors de l'effort. L'urètre repose sur un fascia sous-urétral qui est fixé au pubis par les ligaments pubo-urétraux. Cela assure la stabilité de l'urètre, nécessaire pour qu'il puisse se fermer complètement lors de l'effort.

Les ligaments pubo-urétraux et le fascia sous-urétral peuvent se dégrader (âge, accouchement...).

L'urètre, alors déstabilisé, ne peut plus se fermer lors de l'effort ce qui est la cause habituelle de l'incontinence urinaire d'effort.

Historique

C'est en 1993 que Peter Petros décrit la bandelette rétro-pubienne (BRP) pour traiter l'IUE. Puis c'est en association avec Ulstem que le concept se développera avec la première bandelette commercialisée par la société GYNECARE (TVT). La bandelette TVT est positionnée sous l'urètre et ses deux bras sont passés à travers la paroi abdominale en arrière du pubis. Ces bras sont fixés par simple friction dans les tissus musculo-graisseux. Selon le même principe, mais avec un trajet différent, la bandelette trans-obturatrice (TOT) a été développée dans notre département d'urologie et publiée en 2001 par E. Delorme. Les bras de la TOT passent à travers la musculature des trous obturés du bassin. Le trajet est donc plus horizontal et situé plus bas que celui de la bandelette rétro-pubienne. La BRP et la TOT sont aujourd'hui le traitement chirurgical recommandé pour traiter l'IUE. L'une comme l'autre ont un point de sortie à travers la peau, au niveau sus-pubien pour la BRP et au niveau des trous obturés pour la TOT. Nouvelles venues, les minibandelettes se caractérisent par des bras qui sont introduits de part et d'autre de l'urètre mais n'atteignent pas la peau. Elles sont fixées dans les tissus soit

...

par simple friction comme les BRP et TOT, soit fixées par des harpons situés à l'extrémité des bras de la prothèse. Les minibandelettes sont actuellement en évaluation, il existe un grand nombre de modèles différents.

Le matériau constituant la bandelette TVT avait été bien étudié. C'est du polypropylène (nylon spécifique) tricoté en monofilament, matériau bien accepté par l'organisme. Lors du développement de la TOT, de nombreux matériaux ont été proposés (polypropylène multifilament, soudé à chaud, etc.) ces matériaux se sont avérés être source d'infection de prothèse et ont donc été abandonnés. Aujourd'hui, pratiquement toutes les BSU sont en polypropylène monofilament tricoté.

Notre département a vécu le développement initial du TOT ce qui explique notre engouement à partager sur ce sujet.

L'incontinence est une pathologie fonctionnelle et non vitale. La prise en charge doit donc être la moins agressive possible. Le bilan préopératoire comprend un interrogatoire précis qui repose sur des questionnaires de symptômes et de qualité de vie. Le bilan comprend un examen clinique qui évalue l'ensemble des organes pelviens, observe la fuite urinaire lors de la toux et sa correction par un test de soutènement de l'urètre. Un bilan urodynamique vient le plus souvent compléter l'évaluation du bas-appareil urinaire.

Les différentes phases interventionnelles seront expliquées et, afin de bien visualiser ces interventions, nous viendrons accompagnés d'une vidéothèque (âmes sensibles s'abstenir...).

La patiente, en retour de bloc opératoire, nécessite une surveillance habituelle (constantes, EVA...) mais doit toutefois faire l'objet d'une attention rigoureuse car, même si cette intervention reste simple et mini-invasive, permettant le développement de la pratique en ambulatoire, des complications graves peuvent survenir (plaies vésicales, intestinales, vasculaires...).

La sortie d'hospitalisation est conditionnée par la bonne vidange vésicale. Celle-ci est contrôlée par mesure du résidu post-mictionnel soit par échographie soit par hétérosondage. Nous avons opté, dans notre structure, pour 2 hétérosondages post-mictionnels qui doivent être inférieurs à 100 ml. Dans le cas contraire, nous poursuivons les hétérosondages et, en l'absence d'amélioration du volume des résidus, la patiente est reprise assez rapidement au bloc opératoire pour détendre la BSU (3 ou 4 jours après l'intervention).

Dans notre service nous avons opté pour un référent à l'auto-sondage. Un groupe de 3 IDE travaillent également en continu sur cette pratique que nous essayons d'améliorer régulièrement, notamment en essayant de sortir le plus souvent possible de notre Bourgogne profonde (mais tellement belle), à la recherche de tout ce qui peut nous faire évoluer.

NB : L'éducation thérapeutique à l'auto-sondage nécessite un travail approfondi, une grande cohésion entre les membres de l'équipe soignante, un bon échantillonnage en sondes, un apport en documents important et un suivi rigoureux. Une bonne connaissance de la patiente : de ses capacités physiques et intellectuelles, de son environnement socio-professionnel, est indispensable.

Nos urologues ont choisi de faire bénéficier leur patientes d'une rééducation abdomino-périnéale selon le concept « URO-MG » que nous vous expliquerons succinctement. C'est une méthode basée sur le souffle, qui est débutée avant l'intervention et rigoureusement poursuivie après celle-ci.

Nous finirons cet exposé sur le prolapsus urogénital, selon le même schéma.

Après une rapide définition fonctionnelle de l'anatomie pelvi-périnéale (fascias et ligaments), il faudra s'attarder sur l'importance de l'examen clinique, notamment concernant les signes fonctionnels, les anomalies anatomiques...

Nous aborderons ensuite l'évolution des techniques (qui débute vers 1958, nous n'étions pas nés, mais notre urologue si !) appuyée d'une galerie photos « hard déco » !

Un chapitre sera consacré à la technique de la cure de cystocèle.

De même que pour les BSU, nous terminerons cet exposé par le bilan pré- et post-opératoire qui diffère de peu avec celui de la prise en charge des BSU.

Avides, nous aussi, de remise en question de nos pratiques professionnelles, faisons de cet atelier un lieu d'échange et de partage, que chacun et chacune repartent « prendre soin » avec un « souffle de renouveau »...

17
Mardi 17 novembre

13.45 -- 15.15 Salle 342 B

SÉANCE THÉMATIQUE 8

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN UROLOGIE

Equipe soignante, Virginie FOSSEY-DIAZ, Pierre MONGIAT-ARTUS
Paris - Groupe hospitalier Saint-Louis, Hôpital Bretonneau, DCOG Paris Nord

Les consultations et hospitalisation consistent essentiellement dans la prise en charge de pathologies dégénératives et de cancers qui sont toutes deux des maladies caractéristiques de la personne âgée ; l'urologie est donc une spécialité consacrée principalement aux patients âgés.

La psychologie de la personne âgée, la démarche diagnostique et la prise de décision thérapeutique chez elle présentent des spécificités qui s'axent principalement sur leur fragilité potentielle et leur risque de dégradation induit par les soins eux-mêmes, au premier rang desquels figure le risque de perte d'autonomie.

Par les interventions d'une équipe pluridisciplinaire, nous souhaitons présenter de façon didactique et complète les spécificités de la prise en charge urologique des patients âgés, tant dans sa dimension médicale que dans sa dimension sociale.

13.45 -- 15.15 Salle 342 A

SÉANCE THÉMATIQUE 9

LA CHIRURGIE UROLOGIQUE EN AMBULATOIRE

Anne LOSSENT, Francis GADRAT, Grégoire ROBERT
Bordeaux - CHU Pellegrin

La spécificité de la prise en charge des patients d'urologie en chirurgie ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire a entraîné une évolution des pratiques médico-chirurgicales et paramédicales.

L'accent a été mis sur une modification du CIRCUIT PATIENT, avec une organisation centrée sur ce dernier, puis sur une meilleure COORDINATION des équipes et enfin une ANTICIPATION afin de limiter les échecs de prise en charge.

Au niveau infirmier, nous avons mis en place une consultation infirmière, réalisée en amont de la chirurgie dont le but est de verrouiller la faisabilité de l'acte en ambulatoire, sur le plan social, familial, complétude du dossier... En urologie, la gestion de l'ECBU et la polypathologie des patients rendent cette consultation indispensable.

13.45 -- 15.15

Salle 351

SÉANCE THÉMATIQUE 10

DÉCAILLOTAGE ET CHARIOT D'URGENCE EN UROLOGIE

Nolwenn FRAINEAU, Muriel SWECZIK, Antoine FAIX
Montpellier - Clinique Beausoleil

En urologie, il existe de multiples situations qui nécessitent une intervention rapide des soignants (infirmières, urologues).

Dans un service d'urologie ou d'urgence, le matériel nécessaire est souvent (mais pas tout le temps) disponible, et pas forcément à portée de main, entraînant ainsi de multiples allers/retours (pharmacie, salle de soins, bloc opératoire, urgences ...), une perte de temps, une mobilisation de personnel inutile, une augmentation du stress...

Dans un service de soins d'une autre discipline, le matériel n'est en général même pas disponible, le personnel n'est pas formé pour faire face aux situations d'urgences urologiques.

De ce constat, et suite à des échanges que nous avons eu lors de l'AFU en 2012, nous avons souhaité également mettre en place un chariot d' « urologie » (sur le modèle d'un chariot d'urgences vitales) dans notre établissement.

Il se trouve dans le service d'urologie de notre établissement. Un second chariot identique sera bientôt disponible également au service des urgences. Ces deux chariots sont à la disposition des autres services de l'établissement.

Nous vous décrivons la mise en place de ce chariot ainsi que son contenu.

Nous vous présenterons les soins qui peuvent être réalisés avec ce chariot (un classeur de protocoles de soins est en permanence disponible avec le chariot) et ainsi nous souhaitons échanger sur les « trucs et astuces » que nous pouvons utiliser afin de réaliser un soin de façon optimale.

17
Mardi 17 novembre



13.45 -- 15.15 Salle 352 B

SÉANCE THÉMATIQUE 11

**RETOUR D'EXPÉRIENCE : MISE EN PLACE
DE LA ROBOTIQUE À L'AP-HM**

Aurélie DONIKIAN, Chantal BUENO, Elsa DARNAUD, Cyrille BASTIDE, Evelyne PONCET
Marseille - Hôpital Nord

17
Mardi 17 novembre

13.45 -- 15.15 Salle 352 A

SÉANCE THÉMATIQUE 12

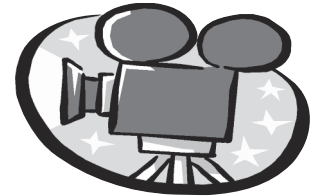
**TRAITEMENT FOCAL DU CANCER DE LA PROSTATE EN
PREMIÈRE INTENTION**

Equipe soignante, Pascal RISCHMANN
Toulouse - CHU Rangueil

15.15 -- 17.15 Amphithéâtre Bordeaux

FORUM

FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS



1	Enucléation prostatique HOLeP 26 Brive - Clinique des Cèdres Richard MALLET, Pascal BOURNEL, Annie MIGNOT, Patrick BOUCHER, Régine BOIROUX
2	Consultation d'annonces et soins de support en urologie 27 Toulouse - CHU Rangueil Carine GRANGÉ, Jean-Pierre BASTIÉ, Brigitte GERS, Gaétane FOURES
3	Churlot apprend l'autosondage 28 Toulouse - CHU Rangueil Amélie HEITZ, Patricia MANI, Aurian BARROS, Jean-Pierre BASTIÉ
4	Urétroplastie à base de muqueuse buccale 29 Bordeaux - CHU Pellegrin Valérie BRUNET, Sandrine CRISCUELLO, Jean-Marie FERRIÈRE

17:30 Assemblée Générale de L'AFIU

17
Mardi 17 novembre

15.15 -- 17.15 Amphithéâtre **Bordeaux**

VIDÉO N°1

ENUCLÉATION PROSTATIQUE HOLEP

Richard MALLET, Pascal BOURNEL, Annie MIGNOT, Patrick BOUCHER, Régine BOIROUX
Brive - Clinique des Cèdres

NOUVELLE PROCÉDURE POUR LE TRAITEMENT DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE HOLEP : RÔLE DE L'INFIRMIÈRE AU BLOC OPÉRATOIRE

Installation de la salle et du patient.

Description du matériel et de la procédure (laser, morcellateur...).

Trucs et astuces.

Film sur L'Holep : adénomectomie de la prostate par voie basse vue par l'infirmière.

15.15 -- 17.15 Amphithéâtre Bordeaux

VIDÉO N°2

CONSULTATION D'ANNONCES ET SOINS DE SUPPORT EN UROLOGIE

Carine GRANGÉ, Jean-Pierre BASTIÉ, Brigitte GERS, Gaétane FOURES
Toulouse - CHU Rangueil

Les nouvelles mesures du dispositif d'annonce comprennent la coordination de soins en oncologie, l'annonce paramédicale et les soins de supports.

Ce film, réalisé dans le département d'urologie du CHU de Toulouse, illustre l'ensemble du parcours de soins des patients, de l'annonce médicale au suivi infirmier à distance de la chirurgie.

Patients et soignants évoquent leurs rencontres singulières, témoignent de leurs activités ou de leurs vécus lors de l'annonce de la maladie.

Ce film aborde tous les aspects humains, techniques et réglementaires de notre activité, mais aussi le lien étroit qui doit exister entre l'hôpital et la ville pour le suivi et la prise en charge des patients.

15.15 -- 17.15 Amphithéâtre Bordeaux

VIDÉO N°3

CHURLOT APPREND L'AUTOSONDAGE

Amélie HEITZ, Patricia MANI, Aurian BARROS, Jean-Pierre BASTIÉ
Toulouse - CHU Rangueil

Churlot, personnage récurrent dans les outils audiovisuels employés par l'équipe d'urologie du CHU de Toulouse, est un avatar d'un célèbre personnage de la grande époque du cinéma muet.

Il nous permet de diffuser des messages clairs et ludiques aux patients et aux soignants qui connaissent mal l'urologie.

Mais aussi aux patients étrangers avec lesquels il est parfois difficile de communiquer.

Aujourd'hui, Churlot apprend les bases de l'autosondage.

17
Mardi 17 novembre



15.15 -- 17.15 Amphithéâtre Bordeaux

VIDÉO N°4

URÉTROPLASTIE À BASE DE MUQUEUSE BUCCALE

Valérie BRUNET, Sandrine CRISCUELLO, Jean-Marie FERRIÈRE
Bordeaux - CHU Pellegrin

Notes

18
Mercredi 18 novembre



**36^{èmes}
Journées de
l'Infirmière en Urologie**

Conférences

8.45 -- 16.30 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCES

JOURNÉE DES INFIRMIER(E)S - CONFÉRENCES

Organisateurs : Antoine FAIX (Montpellier),
Cyrille BASTIDE (Marseille),
AFIIU

8.45	Ouverture de la Journée Françoise PICARD, Présidente de l'AFIIU Jean-Luc DESCOTES, Président de l'AFU Antoine FAIX, Cyrille BASTIDE, organisateurs	
Les brèves		
9.00	La circoncision Clotilde KORB, Antoine FAIX - Montpellier, Clinique Beausoleil Christian CASTAGNOLA - Mougins, Clinique l'Espérance	34
9.20	Les cystites Albert SOTTO - Nîmes, CHU Carémeau	35
9.40	Néphrostomie percutanée : éducation du patient et soins à domicile Nathalie VERLET, Rachel BADUFLE, Charles BALLEREAU - Lille, Hôpital privé La Louvière	36
10.00 Pause - Visite de l'exposition		
Les brèves (suite)		
10.30	Les nouveautés 2015 en andrologie Floriane SENECA, Roselyne WEBERT, Antoine FAIX - Montpellier, Clinique Beausoleil	38
10.50	Règles hygiéno-diététiques et lithiase urinaire Malika DJOUADOU, Dominique NOUVEAU, Marion BRASSEUR, Paul MERIA - Paris, Hôpital Saint-Louis	39
11.10	Conférence interactive Gériatrie et sexualité féminine Gérard RIBES - Université Lyon 2 <i>Questions au conférencier par SMS</i>	40
12.30 Déjeuner libre - Visite de l'exposition		

12.45
> 13.45

Symposium IPSEN



Salle 342 A

Fluorescence et résection de vessie : voir la vie en rose !

- Les tumeurs non infiltrantes de vessie et leur pronostic - D. PRUNET
- Résection endoscopique : pierre angulaire de la prise en charge initiale - D. PRUNET
- La résection en lumière fluorescente : quel intérêt ? - I. OUZAID
- Comment j'organise une résection en lumière fluorescente en pratique ? - I. OUZAID, B. NEDELEC

14.00

Remise du Prix COLOPLAST - Récompense la séance thématique, le film ou exposé du forum vidéo le plus impliqué dans le rôle infirmier en urologie
Laboratoires Coloplast



14.05

Gestion pratique des anti-coagulants et anti-agrégants plaquettaires en urologie

Franck PAGANELLI - Marseille, Hôpital Nord 41

14.35

Prise en charge du patient avec le protocole Fast Track

Nora DERAFA, Béatrice FERREBOEUF, Claire NICOL, Gaëlle PROUX, Philippe PAPAREL
Lyon, Hospices civils, Groupement hospitalier Sud 42

15.10

Enucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) : matériel et technique

Gisèle HOLLER, Marc FOURMARIER - Aix-en-Provence, CH du pays d'Aix 43

15.45

Stomisé urinaire : une vie comme une autre

Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT- Bayonne, Clinique Capio 49

16.30

Clôture des journées

9.00 -- 9.20

Amphithéâtre **Bordeaux**

BRÈVE 1

LA CIRCONCISION

Clotilde KORB, Antoine FAIX - Montpellier, Clinique Beausoleil
Christian CASTAGNOLA - Mougins, Clinique l'Espérance

9.20 -- 9.40

Amphithéâtre Bordeaux

BRÈVE 2

LES CYSTITES

Albert SOTTO
CHU de Nîmes – Inserm U1047

Les cystites sont les infections urinaires les plus fréquentes et elles constituent un groupe complexe. Elles surviennent plus souvent chez la femme chez qui elles marquent 3 périodes : début de l'activité sexuelle, ménopause et grossesse.

Le diagnostic de cystite est habituellement clinique. Dans la cystite aiguë simple, la bandelette urinaire seule est classiquement suffisante pour confirmer ce diagnostic. Dans les autres situations elle est complétée par la réalisation d'un ECBU.

Si le traitement de la cystite aiguë simple repose dans la grande majorité des cas sur l'antibiothérapie monodose, dans la cystite à risque de complication, l'antibiothérapie est prescrite pour une durée de 5 à 7 jours. Dans la cystite récidivante, il faudra privilégier le traitement au cas par cas de chaque épisode avant d'envisager une antibioprophylaxie si la fréquence est d'au moins un épisode par mois.

Bien entendu et surtout dans les situations de cystites à risque de complication ou de cystites récidivantes, la recherche d'un facteur causal (anomalie urologique sous-jacente, sonde urinaire à demeure, cause gynécologique, défaut d'hydratation, mictions retenues,...) et la mise en place de mesures correctives sont la règle.

9.40 -- 10.00

Amphithéâtre **Bordeaux**

BRÈVE 3

NÉPHROSTOMIE PERCUTANÉE : ÉDUCATION DU PATIENT ET SOINS À DOMICILE

Nathalie VERLET, Rachel BADUFLE, Charles BALLEREAU
Lille, Hôpital privé La Louvière

« Il faut non seulement faire soi même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent ».

Hippocrate

INTRODUCTION

La pose d'une néphrostomie percutanée peut s'avérer très anxiogène pour le patient remettant ainsi en question son confort de vie, le « vivre comme avant ».

De plus, la néphrostomie est peu souvent rencontrée en soins à domicile, de ce fait une méconnaissance des surveillances et soins spécifiques la concernant peuvent parfois mettre l'infirmier libéral en difficulté.

Maintenir la qualité de vie de nos patients porteurs d'une néphrostomie percutanée par une démarche éducative et une meilleure continuité des soins à domicile a été le travail de toute une équipe investie et soucieuse d'améliorer ses pratiques.

DÉFINITION



La néphrostomie percutanée est la dérivation percutanée des urines par l'intermédiaire d'une sonde insérée dans les cavités pyélocalicielles par un abord postéro-latéral transparenchymateux.

C'est un mode de drainage en général provisoire, en urgence, dans un contexte d'obstruction urinaire aiguë à l'étage supra-vésical.

Les principales étiologies d'obstruction étant les pathologies prostatiques, les tumeurs des voies excrétrices, la fibrose rétropéritonéale, la grossesse, ou encore l'obstruction d'origine lithiasique.

DU PROJET À LA RÉALISATION : UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

Organiser de manière optimale un retour à domicile d'un patient porteur d'une néphrostomie percutanée a nécessité une réflexion et une remise en question de nos propres pratiques.

9.40 -- 10.00

Amphithéâtre Bordeaux

BRÈVE 3 suite

Les durées de séjour étant de plus en plus courtes, rendre autonome le patient nécessite un rôle éducatif quotidien et ce dès le lendemain de la pose de sonde. Le but étant de le familiariser avec sa néphrostomie et le responsabiliser face aux signes d'alerte : fièvre, signes d'une sonde bouchée, déplacée, hématurie.

En équipe, nous nous sommes fixés 3 objectifs :

- harmoniser nos pratiques de soins et d'informations données au patient par l'élaboration d'un protocole de soins ;
- faire de l'éducation du patient un objectif de service : création d'un livret d'éducation le plus clair possible avec photos et mise en place d'une trousse de sortie avec le matériel ;
- travailler en collaboration avec les infirmiers libéraux pour connaître leurs problématiques face à un patient porteur de ce type de sonde : ordonnance type complète concernant l'appareillage et les soins de pansement et livret explicatif avec photos sur les soins spécifiques

L'investissement de l'équipe va au-delà du séjour puisqu'un numéro des urgences urologiques a été mis en place et les infirmiers du service peuvent ainsi répondre aux inquiétudes et alerter l'urologue référent si besoin.

De plus, la stomathérapeute a été d'une aide précieuse afin de simplifier l'appareillage, élaborer une ordonnance type et participer à la relecture du livret d'éducation.

Le travail ainsi mené a permis de :

- favoriser l'autonomie du patient ;
- diminuer les hospitalisations inutiles : problèmes infectieux, perte de sonde, sonde bouchée ou déplacée ;
- établir un climat de confiance et une cohérence dans les soins entre le patient, le service et les infirmiers libéraux.

CONCLUSION

Organiser un retour à domicile d'un patient porteur d'une néphrostomie percutanée demande une implication quotidienne de l'équipe soignante confrontée à différents problèmes tels que le manque de matériel ou les effectifs réduits. Le patient se sent moins dépendant du soignant et plus rassuré à l'idée de rentrer chez lui.

Redonner une place importante dans les soins à l'éducation est, pour l'équipe, un moment enrichissant. Celle-ci continue d'ailleurs de s'investir notamment dans la formation des nouveaux embauchés.

10.30 -- 10.50 Amphithéâtre **Bordeaux**

BRÈVE 4

LES NOUVEAUTÉS 2015 EN ANDROLOGIE

Floriane SENECA, Roselyne WEBERT, Antoine FAIX
Montpellier, Clinique Beausoleil

10.50 -- 11.10 Amphithéâtre Bordeaux

BRÈVE 5

RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES ET LITHIASE URINAIRE

Malika DJOUADOU, Dominique NOUVEAU, Marion BRASSEUR, Paul MERIA
Paris, Hôpital Saint-Louis

La lithiase urinaire est une maladie qui se traduit par la formation de calculs dans les voies urinaires, dont la manifestation principale est la colique néphrétique.

Sa prévalence a triplé depuis 40 ans et touche désormais 10 % de la population française. Cette augmentation s'explique en partie par l'évolution de notre société au travers de notre alimentation. En effet, les patients atteints de maladies liées à la nutrition (obésité, diabète de type 2, syndrome métabolique) sont davantage touchés. Une modification des consommations alimentaires peut, dans 90 % des cas, avoir un impact favorable sur la fréquence des récurrences de cette maladie.

Il est nécessaire de traiter les calculs dans un premier temps avant de traiter la lithiase afin de prévenir leur récurrence. Il existe différentes interventions, telles que la lithotritie extracorporelle, l'urétéroscopie et la néphrolithotomie percutanée. Les calculs évacués ou retirés doivent être analysés afin de connaître leur origine et un bilan métabolique doit être effectué ainsi qu'une enquête alimentaire auprès des patients.

L'évaluation nutritionnelle qualitative et quantitative de l'alimentation et de l'hydratation par un diététicien permet d'analyser les excès et déficits de certains nutriments pouvant influencer l'apparition des calculs. Des conseils ciblés en fonction de la constitution des calculs et de l'alimentation spontanée seront donnés au patient.

Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire qui nécessite une coordination entre les différentes équipes médicales et paramédicales.

18
Mercredi 18 novembre

11.10 -- 12.30 Amphithéâtre **Bordeaux**

CONFÉRENCE

conférence interactive
GÉRIATRIE ET SEXUALITÉ FÉMININE

Gérard RIBES - Université Lyon 2

Questions au conférencier par SMS au 06 44 98 39 04

14.05 -- 14.35 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE

GESTION PRATIQUE DES ANTI-COAGULANTS ET ANTI-AGRÉGANTS PLAQUETTAIRES EN UROLOGIE

Franck PAGANELLI
Marseille, Hôpital Nord

14.35 -- 15.10 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE

PRISE EN CHARGE DU PATIENT AVEC LE PROTOCOLE FAST TRACK

Nora DERAFA, Béatrice FERREBOEUF, Claire NICOL, Gaëlle PROUX, Philippe PAPAREL
Lyon, Hospices civils, Groupement hospitalier Sud

Au centre hospitalier Lyon Sud, dans le service de chirurgie urologique, l'équipe médicale et paramédicale prend en charge plusieurs pathologies cancéreuses et notamment le cancer du rein.

La chirurgie du rein (néphrectomie totale ou néphrectomie partielle) se fait maintenant dans la grande majorité des cas par chirurgie robotique.

Parallèlement à la technique mini-invasive de chirurgie robotique, l'équipe s'est intéressée à la réhabilitation précoce des patients dite « fast track ».

Le fast track nécessite un investissement de toute l'équipe commençant dès la consultation avec l'éducation du patient par la remise d'un livret explicatif qui sera transmis aussi au médecin traitant. L'information pré-opératoire est un des éléments les plus importants de cette prise en charge.

L'objectif est de lever et de réalimenter les patients dès le soir de la chirurgie pour limiter l'iléus et les complications post-opératoires.

Depuis l'utilisation de ce protocole, les durées moyennes de séjour en chirurgie rénale ont été divisées par deux (2 jours actuellement pour les néphrectomies partielles par voie robotique).

Le but de cette présentation associant l'équipe infirmière, kinésithérapeute et chirurgiens est de décrire la mise en place d'un tel projet dans une équipe et ses modalités d'application et d'évaluation.

15.10 -- 15.45 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE

ENUCLÉATION DE LA PROSTATE AU LASER HOLMIUM (HOLEP) : MATÉRIEL ET TECHNIQUE

Gisèle HOLLER, Marc FOURMARIER
Aix-en-Provence, CH du pays d'Aix

RÉSUMÉ

L'énucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) est une technique mini-invasive et un traitement indépendant de la taille de la prostate pour l'hyperplasie bénigne de la prostate avec d'excellents résultats chirurgicaux à long terme. La technique HoLEP est devenue une alternative à la résection trans-urétrale de prostate conventionnelle ou à l'adénomectomie par voie haute au vu de son efficacité et du peu de complications. Bien que l'HoLEP véhicule l'image d'une courbe d'apprentissage difficile, peu d'articles ont abordé les aspects techniques de celle-ci. C'est pourquoi, nous décrivons des détails techniques avec trucs et astuces pour réaliser la technique HoLEP étape par étape afin de diminuer la courbe d'apprentissage.

Mots clés : énucléation de la prostate au laser Holmium, hyperplasie bénigne de prostate, morcellation

INTRODUCTION

De récents et nombreux travaux suggèrent que les résultats fonctionnels de l'HoLEP sont au moins équivalents à ceux de la résection trans-urétrale de prostate et à l'adénomectomie par voie haute avec de plus une diminution de la durée d'irrigation, des complications, de la durée de sondage vésical et de l'hospitalisation [1-5]. Malgré ces excellents résultats cliniques, cette technique est encore peu répandue et difficilement acceptée par la communauté urologique pour la bonne et simple raison que l'HoLEP véhicule la réputation d'une courbe d'apprentissage longue et difficile. Il existe, par ailleurs, peu d'articles décrivant la technique. Ce travail consiste donc à fournir un maximum de trucs et astuces afin d'aider l'urologue à mieux appréhender cette technique lors de la courbe d'apprentissage. Il est à signaler que la description de la technique et du matériel a fait l'objet d'une publication précédente [6].

CONSIDÉRATIONS PRÉ-OPÉRATOIRES

L'énucléation de la prostate au laser Holmium a l'avantage de pouvoir être proposée à tous les patients sans limites de taille de prostate. L'échographie trans-rectale de prostate préopératoire est indispensable non seulement pour évaluer le volume prostatique mais également pour permettre au chirurgien d'avoir une vision « tridimensionnelle » de la configuration de l'adénome grâce aux coupes sagittales et transversales [7, 8]. Concernant le chapitre des anti-coagulants, l'aspirine peut ne pas être arrêtée et pour les autres molécules, il

...

15.10 -- 15.45 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE suite Enucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) : matériel et technique

est préférable de les suspendre quelques jours avant, avec ou sans relais selon les indications retenues pour chaque patient [9]. La longueur d'onde de l'Holmium (2140 nm) permet, si le cas se présente, de traiter une sténose de l'urètre ou une lithiase vésicale sans nécessité de changement de matériel.

ENUCLÉATION

Durant la courbe d'apprentissage, il sera préférable de réaliser l'intervention sous anesthésie générale plutôt que sous rachianesthésie et de se limiter à des volumes prostatiques échographiques entre 40 et 80 grammes. La technique de référence est celle des « trois lobes » dans laquelle, le lobe médian est d'abord énucléé avant les lobes latéraux [10]. Pendant l'enucléation, la bonne orientation n'est pas toujours facile, souvent due à un espace de travail étroit et à des distances courtes. La réorientation pendant la dissection des plans peut faire perdre du temps et nécessite de la part de l'opérateur de garder à l'esprit la structure tridimensionnelle de la prostate. Le veru-montanum et les orifices urétéraux restent, bien entendu, des limites fondamentales et doivent être identifiés avant de débiter l'intervention. La distance du veru-montanum au sphincter urinaire externe, la hauteur du col vésical et la capacité vésicale doivent également rester à l'esprit tout le long de l'intervention. Il est également très important de garder constamment le résecteur fixe dans la même direction et pour cela, la caméra sera tenue par la main non-dominante tandis que l'élément de travail sera manipulé par la main dominante.

Lobe médian

Avant de débiter les incisions de 5 et 7 heures au col vésical, il est indispensable de repérer les méats urétéraux et d'évaluer leur distance par rapport au col. Les incisions au col ne seront pas réalisées juste dans l'axe des méats urétéraux mais en se déportant légèrement vers l'extérieur afin d'éviter de travailler la tranchée en risquant de léser les orifices urétéraux. La tranchée est alors prolongée longitudinalement en direction du veru-montanum. La profondeur de cette incision sera réalisée jusqu'à percevoir la capsule définie par la mise en évidence des fibres circulaires du col (Figure 1). Ce repère est indispensable quant à la bonne réalisation de l'enucléation et doit rester à l'esprit de l'opérateur. Lors de la progression vers le veru-montanum, la tranchée peut être élargie en vaporisant, en écartant les lobes latéraux avec le bec de l'instrument ou en incisant la base du lobe médian d'un côté et celle du lobe médian de l'autre « coup de hache ». Une fois les deux tranchées réalisées jusqu'au veru-montanum, on incise horizontalement juste en amont de ce dernier, en béquant légèrement l'instrument, permettant ainsi de faire la jonction entre les deux tranchées. Le plan de la capsule est alors mis en évidence et s'en suit, la dissection rétrograde du lobe médian en alternant l'énergie mécanique et l'énergie laser. Afin d'éviter de partir en « sous-trigonal », le bec de l'instrument se redressera progressivement en respectant la concavité du plan postérieur de la loge prostatique. Une fois arrivé au col, il est bien venu de « pédiculer » le lobe médian afin d'éviter lors de mouvements trop larges de blesser les orifices urétéraux. Pour éviter

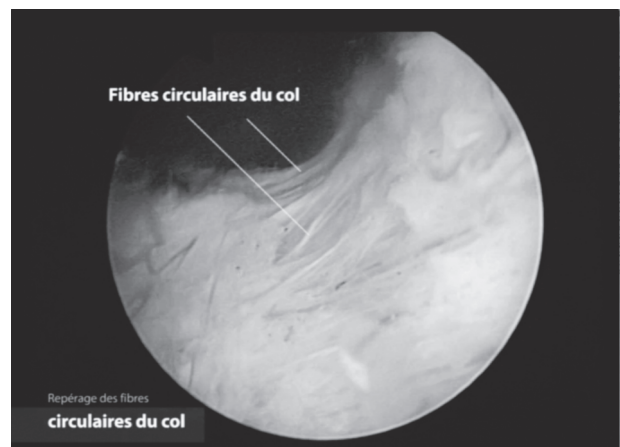


Figure 1 : fibres circulaires du col

de prolonger malencontreusement la dissection dans la vessie, on s'arrête au col et, grâce au bec de l'instrument de travail, on pousse le lobe médian, ce qui aura comme résultat d'allonger les fibres et de pouvoir les couper en toute sécurité au niveau du col vésical.

Lobes latéraux

Après l'énucléation du lobe médian, le résecteur est retiré jusqu'au veru-montanum et le sphincter strié est identifié à la partie distale de ce dernier. Le repérage, à l'apex, du plan de dissection est fondamental pour l'énucléation des lobes latéraux. Certaines équipes préconisent de réduire la puissance du laser à ce niveau pour prévenir d'éventuels accidents thermiques au niveau du sphincter strié. On se place donc entre le veru-montanum dans sa partie proximale et le lobe latéral et l'on incise sur 1 cm de large jusqu'à repérer le plan de la capsule qui apparaît blanc nacré. On maintient alors l'instrument pour qu'il ne recule pas et l'on effectue un mouvement de rotation en montant dans le plan de l'énucléation du lobe latéral jusqu'à « 3 heures » (mouvement dit de « crosse de hockey ») (figure 2). Pour faciliter ce geste, on peut préalablement inciser la muqueuse à ce niveau en pointillé tout en poussant vers l'avant afin de s'éloigner au maximum du sphincter strié. Une fois le plan de l'énucléation entamé, il suffira d'alterner l'énergie mécanique et l'énergie laser afin de voir la dissection du lobe latéral se développer de manière rétrograde. Il est alors temps de réaliser la tranchée à midi afin de séparer les deux lobes. Pour cela, on se place juste au-dessus du veru-montanum et l'on effectue un mouvement de 180° avec le résecteur en maintenant ce dernier avec la main non dominante pour éviter à nouveau tout mouvement de recul. On bêche l'instrument vers le haut et l'on réalise une marque afin de repérer la fin de l'urètre prostatique pour éviter un quelconque traumatisme du sphincter strié lors de la tranchée à midi. Cette marque se fait comme un mouvement d'« essuie-glace » permettant ainsi d'entamer les deux lobes latéraux (figure 3).

On se porte alors au col et on réalise la tranchée à « 12 heures » jusqu'à repérer également, en profondeur, les fibres circulaires du col. Une fois, cette tranchée terminée, on se déporte, en partant du col, à « 1 heure » pour le lobe gauche (« 11 h » pour le lobe droit) et l'on détache le lobe latéral dans le plan de la capsule et ce dernier va alors descendre progressivement. ...



Figure 2 : "crosse de Hockey"

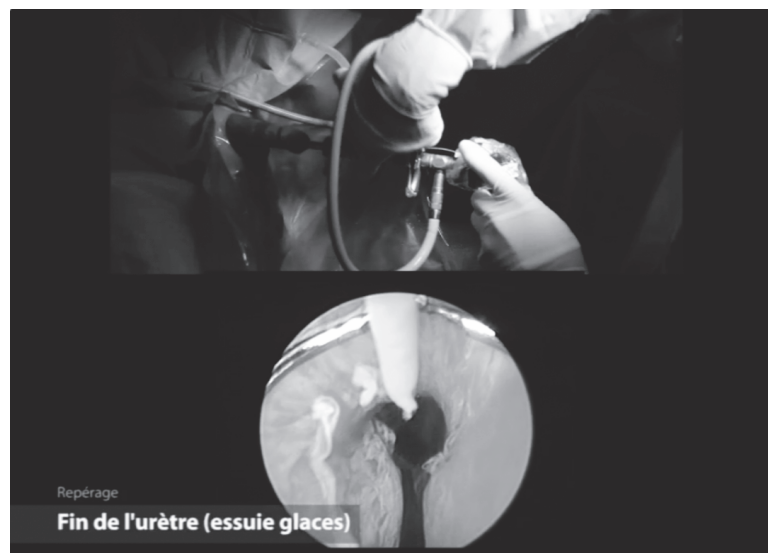


Figure 3 : fin de l'urètre prostatique

15.10 -- 15.45 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE suite Enucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) : matériel et technique

En poursuivant ce geste distalement, et en restant à la partie supérieure du lobe latéral, on finit par rejoindre la limite de l'urètre prostatique, décrite plus haut, et l'on peut alors réaliser un mouvement de rotation, cette fois-ci, de haut en bas jusqu'à retrouver la « crosse de hockey » à 3 h à gauche et 9 h à droite. Il est à signaler que ces deux points latéraux de la capsule sont souvent une zone de faiblesse où l'on doit être très attentif pour éviter toute perforation de la capsule. Une fois cette jonction réalisée, on replace notre instrument à l'apex et l'on va pouvoir, en se plaçant dans le plan de l'enucléation, énucléer de manière rétrograde notre lobe latéral toujours en alternant les énergies laser et mécaniques. Une fois arrivé au col, il faut bien faire attention de ne pas rentrer dans la vessie, risquant de blesser les méats urétéraux ou de décoller la muqueuse vésicale de la paroi latérale. La même technique sera, bien entendu, appliquée pour le lobe controlatéral. Si le lobe latéral ne se détache pas complètement dans la vessie, il est fort probable que ce dernier soit retenu par des ponts muqueux antéro-apicaux, pour cela, on se replace au verumontanum, on retourne l'instrument à 180° et l'on incise ces ponts toujours en repoussant le lobe vers la vessie pour éviter d'endommager le sphincter strié (figure 4).

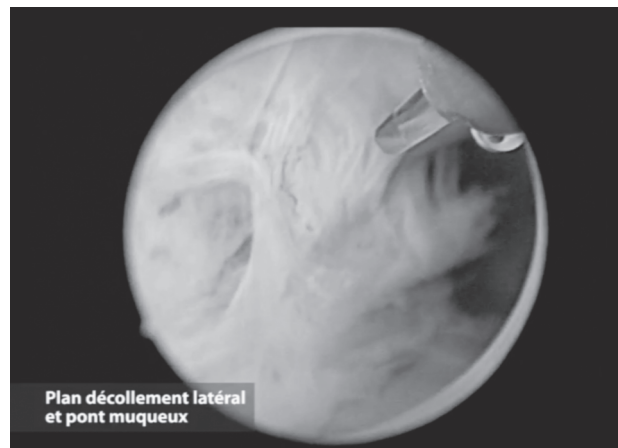


Figure 4 : section des ponts muqueux

Hémostase

L'hémostase, même de petits vaisseaux, doit être réalisée systématiquement et méticuleusement avant la morcellation afin que cette dernière se déroule dans les meilleures conditions de visibilité. Pour une bonne hémostase avec le laser Holmium, quelques règles sont à souligner : 1) maintenir une distance de 2 à 3 mm du saignement et s'en approcher progressivement en réalisant un mouvement lent de rotation 2) attendre de voir un changement d'aspect du tissu avoisinant, marquant ainsi la bonne qualité de l'hémostase 3) diminuer la puissance du laser par exemple à 45 watts (1,5 J et 30 Hz).

Les saignements les plus fréquents sont localisés à l'apex de part et d'autre du verumontanum, sur la capsule à 3 et 9 heures et au col vésical.

Morcellation

Le morcellateur transurétral est constitué d'une tige métallique qui se termine par des lames rotatives associant une action de guillotine et de succion permettant d'aspirer de petits morceaux de tissus prostatiques au travers d'un néphroscope.

La morcellation n'est pas le temps opératoire le plus difficile, mais peut être le plus redoutable en termes de complications et notamment de lésions de la muqueuse vésicale.

Nous avons déjà mentionné plus haut la nécessité d'une hémostase méticuleuse avant de débiter la morcellation. Le meilleur moyen de prévenir les lésions de la muqueuse vésicale, pendant la procédure, est de maintenir une distension de la vessie suffisante tout au long du geste et l'opérateur doit garder à l'esprit de pouvoir à tout moment lever le pied de la pédale du morcellateur. Il est donc indiqué de placer une main sur la région hypogastrique le plus souvent possible pendant cette phase. Attention à ne pas non plus imposer une

distension trop longue et trop importante à la vessie car cela peut constituer une cause de rétention urinaire post-opératoire. Autre moyen pour éviter toute lésion vésicale, est de réaliser la morcellation au col vésical, les lames orientées vers le haut, en béquant l'instrument vers le dôme vésical et de ne jamais aspirer le morceau avec l'extrémité des lames vers le bas au contact du plancher vésical. Il est parfois difficile d'attraper de petits morceaux d'adénome qui ont tendance à ne pas rester suffisamment longtemps sur les lames. On peut alors réaliser la technique « inversée », c'est-à-dire tourner de 180° le morcellateur et venir plaquer les lames sur le morceau d'adénome, réalisant ainsi une contre-pression suffisante pour débiter la morcellation. On peut alors revenir à la position initiale pour terminer le geste. Si à la fin de la procédure, de petits morceaux semblent résister à la morcellation, il est possible d'utiliser soit une poire d'Helick ou soit une pince à calcul glissée dans le canal de travail du néphroscope. Une fois la morcellation terminée et avant de retirer le matériel, ne pas hésiter à vider lentement la vessie afin de s'assurer qu'il ne reste pas de petits morceaux dans le fond vésical et/ou dans la loge prostatique. Une sonde vésicale double courant sera mise en place à la fin de l'intervention avec ou sans irrigation selon la couleur des urines et les habitudes des équipes.

Soins post-opératoires

La sonde vésicale est enlevée en moyenne au deuxième jour post-opératoire. Pour faciliter la reprise des mictions et surtout si l'intervention est longue, une prescription d'anti-inflammatoires et d'alpha-bloquants peut être réalisée jusqu'à l'ablation de la sonde vésicale.

POINTS FORTS

Afin de passer au mieux la courbe d'apprentissage (entre 25 et 30 cas), et en plus des trucs et astuces décrits plus haut, il est bien venu de : 1) visiter un centre expert ; 2) visionner des séquences vidéos ; 3) être accompagné d'un tuteur sur les 3 à 4 premières procédures ; 4) s'enregistrer régulièrement sur un système vidéo et 5) communiquer avec un opérateur expérimenté.

Références

- [1] Wilson LC, Gilling PJ, Williams A et al. A randomised trial comparing holmium laser enucleation versus transurethral resection in the treatment of prostates larger than 40 grams: results at 2 years. *Eur Urol.* 2006;50:569-573.
- [2] Montorsi F, Naspro R, Salonia A et al. Holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate: results from a 2-center prospective randomized trial in patients with obstructive benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2008;179(5 Suppl):587-590.
- [3] Gupta N, Sivaramakrishna, Kumar R et al. Comparison of standard transurethral resection, transurethral vapour resection and holmium laser enucleation of the prostate for managing benign prostatic hyperplasia of >40 g. *BJU Int.* 2006;97:85-89.
- [4] Tan A, Liao C, Mo Z et al. Meta-analysis of holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate for symptomatic prostatic obstruction. *Br J Surg.* 2007;94:1201-1208.

...

15.10 -- 15.45 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE suite Enucléation de la prostate au laser Holmium (HoLEP) : matériel et technique

- [5] Kuntz RM, Lehrich K. Transurethral holmium laser enucleation versus transvesical open enucleation for prostate adenoma greater than 100 gm: a randomized prospective trial of 120 patients. *J Urol.* 2002;168(4 Pt 1):1465-1469.
- [6] Fourmarier M, Van Hove A, Arroau F et al. L'enucléation de la prostate au laser holmium. *Progrès en Urologie-FMC* 2012;22:F83-F86.
- [7] El-Hakim A, Elhilali MM. Holmium laser enucleation of the prostate can be taught: the first learning experience. *BJU Int.* 2002;90:863-869.
- [8] Gilling PJ, Kennett K, Das AK et al. Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) combined with transurethral tissue morcellation: an update on the early clinical experience. *J Endourol.* 1998;12:457-459.
- [9] Descazeaud A, Robert G, Azzousi AR et al. Laser treatment of benign prostatic hyperplasia in patients on oral anticoagulant therapy: a review. *BJU Int.* 2009;103:1162-1165.
- [10] Tan AH, Gilling PJ. Holmium laser prostatectomy: current techniques. *Urology.* 2002;60:152-156.

15.45 -- 16.30 Amphithéâtre Bordeaux

CONFÉRENCE

STOMISÉ URINAIRE : UNE VIE COMME UNE AUTRE

Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT
Bayonne, Clinique Capio

La stomathérapie suppose l'acquisition des compétences techniques ainsi que de la relation d'aide qui permettront au patient stomisé urinaire de retrouver une autonomie après l'intervention et de reprendre progressivement une vie personnelle, sociale et professionnelle normale.

Une prise en charge globale de ces patients par l'urologue en collaboration étroite avec la stomathérapeute et en lien direct avec différents acteurs du système de soins va aider ces derniers à conserver une certaine qualité de vie.

Il est vrai que de nombreux patients urostomisés pensent qu'il sera impossible pour eux de mener à nouveau la vie qu'ils avaient avant l'opération.

En effet, il est difficile d'accepter les changements liés à une urostomie surtout lorsque la personne se sent bien avant l'annonce de sa maladie. Si la création d'une stomie n'entraîne pas d'infirmité redoutable comme autrefois du fait des progrès au niveau des soins et du matériel, elle est cependant la cause de changements anatomiques et physiologiques majeurs engendrant, surtout au début, des problèmes physiques et psychologiques.

À l'annonce de sa future stomie, la personne se retrouve souvent dans une détresse psychologique face à une modification de son image corporelle et une notion forte d'un futur handicap avec une tendance au repli sur soi-même.

Cependant, chaque étape de l'accompagnement de ces patients va comporter des éléments essentiels qui seront déterminants pour sa vie future :

- une prise en charge en pré-opératoire avec une première consultation en stomathérapie afin d'informer, rassurer, réexpliquer et ainsi permettre une relation d'aide et de confiance ;
- le respect du repérage de la future stomie qui en déterminera sa bonne localisation ce qui reste essentiel pour la mise en place de l'appareillage ;
- la confection chirurgicale de la stomie répondant à certains critères pour en faciliter le futur appareillage ;
- le respect du temps de l'éducation à la fin de l'hospitalisation avec la découverte de la stomie par le patient, l'apprentissage du soin et le choix d'un bon appareillage ;
- un suivi régulier en post-opératoire pour traiter sans attendre les problèmes techniques rencontrés par le patient avec la survenue de certaines complications, apporter un maximum de conseils et ainsi répondre au questionnement du patient ;
- et enfin un accompagnement vers le confort de vie...qui permettra aux patients la reprise de leurs activités sportives ou de loisirs, l'oubli de leur appareillage et même une réappropriation de leur propre corps.

Notes



Association
Française des
Infirmières et
Infirmiers en
Urologie

Organisation
AFIU 2015-COLLOQUIUM
13-15 rue de Nancy
75010 PARIS
cfu@clq-group.com