

Direction des soins infirmiers

CHIRURGIE UROLOGIQUE

CYSTECTOMIE RADICALE

Le but de ce document est de vous informer sur votre chirurgie la cystectomie (avant, pendant, après et lors de votre retour à domicile).

RENSEIGNEMENT SUR LA CHIRURGIE

La chirurgie de cystectomie : Consiste à enlever la partie malade (tumeur, inflammation, etc.) de la vessie.

La cystectomie radicale : Consiste à enlever toute la vessie.

La chirurgie est faite sous anesthésie générale.

- Pour l'homme : la prostate, les vésicules séminales et l'urètre (tout ou une partie) sont aussi enlevés.
- Pour la femme : une petite partie du vagin, l'utérus, le col de l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires et l'urètre sont habituellement enlevés.

Les parties du système urinaire touchées par la chirurgie:

Urètre : Conduit allant de la vessie au méat urinaire, servant à l'écoulement de l'urine (et au passage du sperme pour l'homme).

Vessie : Réservoir musculaire dans lequel s'accumule l'urine.

Uretère : Conduit transportant l'urine du rein jusqu'à la vessie.

Les parties du système digestif pouvant être touchées par la chirurgie :

Intestin grêle ou petit intestin : Partie du système digestif qui mesure en moyenne 6 mètres.

Côlon ou gros intestin : Dernière partie du système digestif situé après l'intestin grêle.

Le système uro-génital chez l'homme (en plus de l'urètre, la vessie et les uretères) :

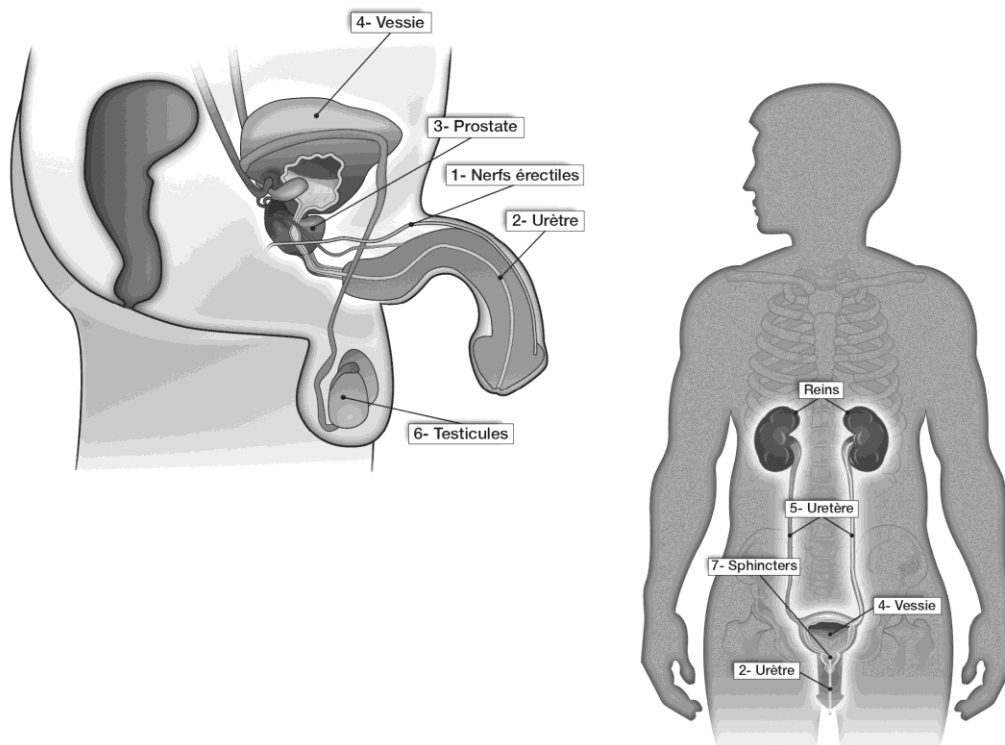
Nerf érectiles : Nerfs responsables de l'érection chez l'homme. Ils sont situés tout près de la prostate et des vésicules séminales.

Prostate : Glande située sous la vessie. Elle produit des sécrétions qui contribuent à former le sperme en se mélangeant aux spermatozoïdes. Ces sécrétions favorisent la mobilité des spermatozoïdes.

Vésicules séminales : Glandes qui produisent le sperme et qui sont situées de chaque côté de la prostate.

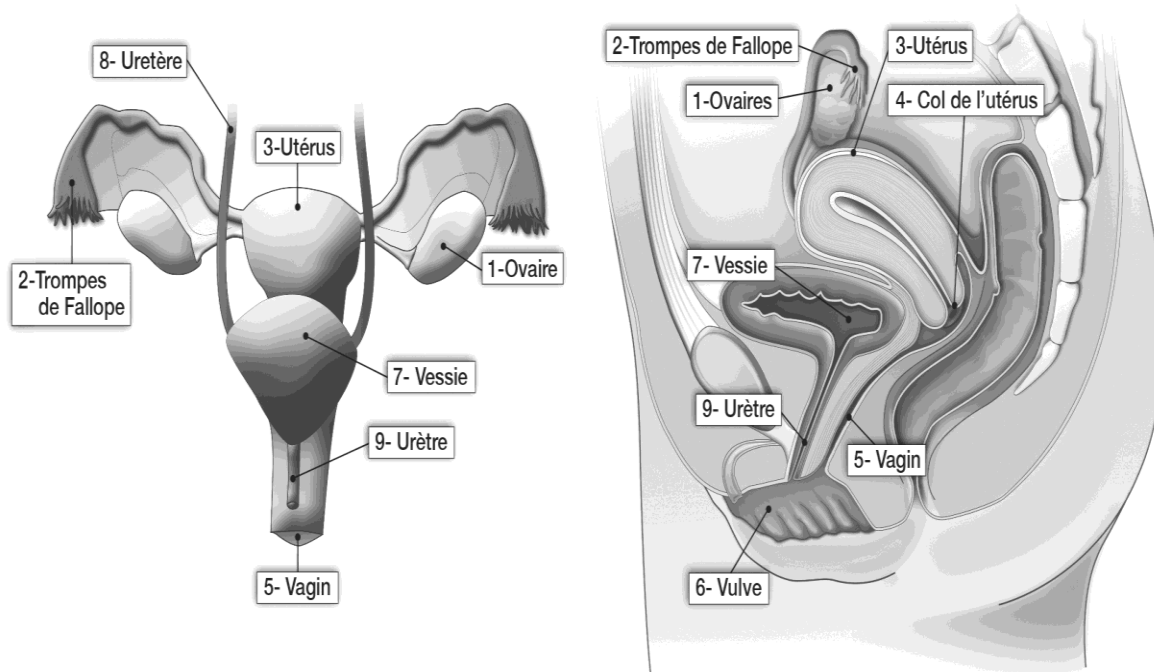
Testicules : Glandes situées dans le scrotum. Servent à la formation des spermatozoïdes et à la production de la testostérone (hormone mâle).

Sphincters : Petits muscles, situés à l'entrée de la vessie et de la prostate. Les sphincters retiennent l'urine dans la vessie.



Le système uro-génital chez la femme (en plus de l'urètre, la vessie et les uretères) :

- 1. Ovaires :** Glandes sexuelles de la femme. Lieu de la formation des ovules et de la sécrétion des hormones sexuelles féminines : l'œstrogène et la progestérone. La femme possède 2 ovaires.
- 2. Trompes de Fallope :** Trompes qui prennent naissance de chaque côté de l'utérus et qui se terminent près des ovaires. Elles servent au passage de l'ovule.
- 3. Utérus :** Organe où l'ovule s'implante et où le bébé se développe lorsque la femme est enceinte.
- 4. Col de l'utérus :** Partie inférieure de l'utérus qui s'ouvre dans le vagin.
- 5. Vagin :** Conduit musculaire qui s'étend de l'utérus à la vulve.
- 6. Vulve :** Organe génital externe de la femme.

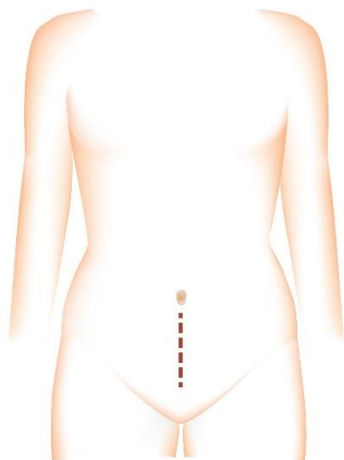


Comment sera faite votre chirurgie?

Pour votre chirurgie, deux techniques chirurgicales peuvent être utilisées : la laparotomie ou la laparoscopie

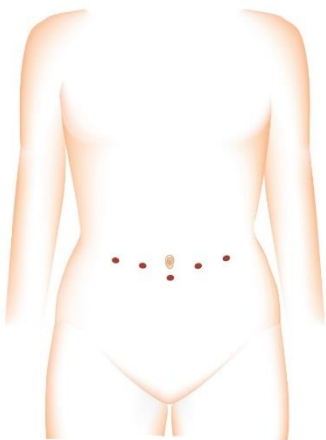
Laparotomie : Incision sur l'abdomen pour faire la chirurgie.

Laparotomie



Laparoscopie : Petites incisions pour insérer une caméra et les instruments pour faire la chirurgie.

Laparoscopie

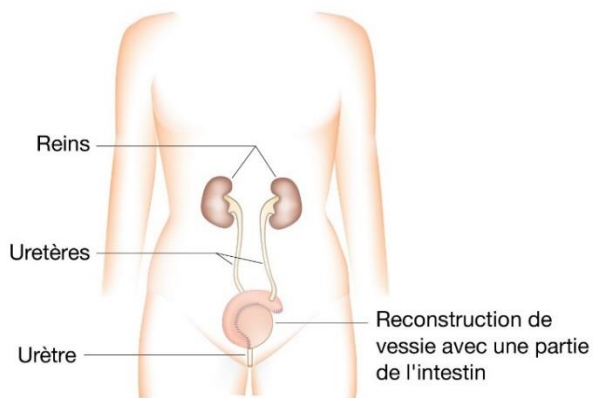


Veillez noter que la chirurgie peut être débutée par laparoscopie. Durant l'intervention, selon l'évaluation du chirurgien, il peut devoir faire une incision pour ouvrir l'abdomen et terminer la chirurgie par laparotomie.

Une fois que la chirurgie de cystectomie radicale est faite (vessie retirée), il y a trois façons pour permettre à l'urine d'être éliminée :

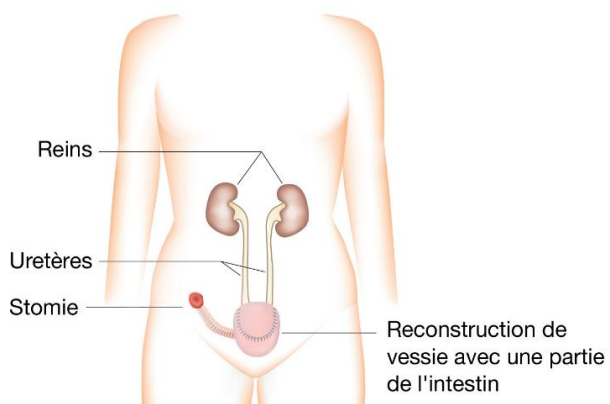
1. **Reconstruction continente Studer** : Consiste à créer une nouvelle vessie interne à partir d'une partie de votre intestin. On l'appelle réservoir continent Studer. Les uretères sont fixés à ce réservoir, qui lui-même est relié à l'urètre. Une personne qui a ce type de dérivation urinaire peut uriner normalement. Elle vide le réservoir en relâchant les muscles du plancher pelvien et en augmentant la pression dans l'abdomen. Il n'est donc pas nécessaire de porter un sac externe ou de vider le réservoir à l'aide d'un tube (sonde).

Reconstruction continente Studer



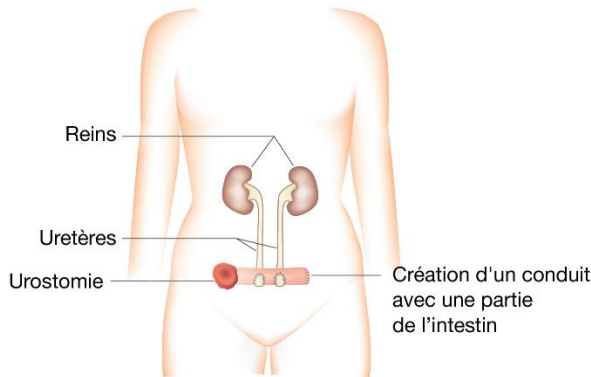
2. **Reconstruction continente Indiana** : Consiste à créer une nouvelle vessie interne à partir d'une partie de votre intestin. On l'appelle réservoir continent Indiana. Ce réservoir est fixé à une ouverture appelée stomie créé sur l'abdomen. Un sphincter est créé et il a pour but de prévenir les pertes d'urine par cette stomie. Il n'y a pas d'écoulement naturel et volontaire par cette stomie. Vous n'avez pas besoin de porter un sac à l'extérieur de votre corps. Une personne qui a ce type de reconstruction continente doit vider le réservoir à l'aide d'un tube (sonde) de 4 à 6 fois par jour.

Reconstruction continente Indiana



3. **Reconstruction non continente:** Consiste à créer une nouvelle voie de sortie (conduit) à l'aide d'une partie de l'intestin. Les uretères sont fixés à ce nouveau conduit. Le conduit est fixé à un orifice (trou) visible sur l'abdomen qui se nomme urostomie. (On peut aussi l'appeler stomie ou conduit iléal.) L'urine s'écoule des reins par les uretères pour se rendre dans le conduit et être évacuée par l'urostomie. L'urine est recueillie dans un petit sac fixé à l'abdomen à l'extérieur du corps.

Reconstruction non continente (urostomie)



Le chirurgien vous proposera la technique la mieux adaptée à votre condition.

PRÉPARATION AVANT LA CHIRURGIE

Consulter le document « Chirurgie avec hospitalisation – Informations générales » pour les chirurgies avec hospitalisation pour les sections suivantes :

- Qu'est-ce qui se passe lors de votre rencontre avec votre chirurgien?
- Comment fonctionne la clinique préopératoire?
- Comment devez-vous vous préparer les semaines avant votre chirurgie pour prévenir les complications?
- Que devez-vous faire dès maintenant pour préparer votre retour à domicile?

Alimentation

Il est important de bien s'alimenter avant une chirurgie pour aider à la guérison. Le jour avant votre chirurgie, vous devez éviter de manger des crudités, des noix, de la salade et des épinards. Si vous avez une diminution d'appétit ou une perte de poids, discutez avec

votre infirmière ou une nutritionniste au besoin.

Des breuvages enrichis (suppléments) peuvent vous aider à compléter un repas ou servir de collation.

- **Après votre chirurgie, il est suggéré de mâcher de la gomme pour stimuler votre intestin.** Vous devez apporter de la gomme pour votre hospitalisation

Tabagisme

Il est important de cesser de fumer dès maintenant.

La nicotine retarde la cicatrisation et augmente les risques de complications après la chirurgie.

Vous pouvez consulter votre infirmière, votre pharmacien ou votre médecin pour obtenir du soutien dans votre démarche.

Hospitalisation

La durée de l'hospitalisation est en moyenne de 7 à 10 jours. Après votre chirurgie, vous aurez une chambre aux soins intensifs pour environ 24 heures. Par la suite, vous aurez une chambre sur une unité de soins.

Pour votre retour à domicile, vous devez prévoir de l'aide pour le ménage, les courses, l'épicerie, etc.

Si vous voulez aller dans un centre de convalescence, vous devez faire vous-même les démarches. Votre infirmière peut vous aider.

PRÉPARATION LA VEILLE ET LE JOUR DE LA CHIRURGIE

Consulter le document «Chirurgie avec hospitalisation – informations générales» pour les chirurgies avec hospitalisation pour les sections suivantes :

- Que devez-vous apporter à l'hôpital le jour de la chirurgie?
- Quand devez-vous vous présenter à l'hôpital le jour de votre chirurgie?
- Que devez-vous faire la veille et le jour de la chirurgie pour vous préparer?
- Que devez-vous faire si vous devez annuler votre chirurgie?
- Que devez-vous faire si vous constatez un changement dans votre état de santé?
- Le jour de votre chirurgie (accueil, salle d'opération et anesthésies)

Bain préopératoire

Consultez l'information sur la « Douche ou bain avec éponge antibactérienne » avant la chirurgie

Source de glucides

Vous devez prendre une source de glucides (sucres) pour aider votre corps à s'adapter et à se rétablir après la chirurgie. Les breuvages ci-dessous sont des sources de glucides.

Ne les prenez pas si vous êtes diabétique.

Si vous n'êtes pas diabétique, voici ce que vous devez faire :

1. Choisir un breuvage parmi ceux-ci (ne prenez pas un breuvage identifié «sans sucre») :
 - Jus de pomme clair.
 - Jus de raisin.
 - Thé glacé.
 - Cocktail de canneberge.
2. Quand et quelle quantité devez-vous boire? :
 - La veille de votre chirurgie entre 17h et 20h : Boire 1000 ml (4 tasses).
 - Trois (3) heures avant la chirurgie : boire 500 ml (2 tasses)

Jeûne préopératoire

Consultez l'information sur le «jeûne préopératoire-clientèle adulte».

Lavement et Préparation intestinale

Selon la chirurgie, il est possible qu'une préparation intestinale (prise par la bouche) ou un lavement soit nécessaire. Si c'est le cas, votre chirurgien vous prescrira la médication nécessaire pour vider votre intestin avant la chirurgie.









- Si un lavement vous est prescrit, vous pouvez manger normalement la journée avant la chirurgie.
- Si une préparation intestinale prise par la bouche vous est prescrite : la journée avant la chirurgie, vous devez commencer une diète liquide après le dîner.
 - Liste des liquides permis pour cette diète:
 - Eau

- Bouillons de bœuf ou de poulet
- Jus (sans pulpe) **
- Gatorade^{MD}
- Boissons gazeuses sucrées ou sans sucre
- Jello
- Thé ou café sans lait ou crème

** Le jus d'orange avec ou sans pulpe est interdit.

Guide d'activité pour votre chirurgie cystectomie

GUIDE D'ACTIVITÉS POUR VOTRE CHIRURGIE CYSTECTOMIE

	Avant l'opération	Au retour de la salle d'opération (à l'unité des soins intensifs)	Lendemain de la chirurgie (jour 1 : transfert à l'étage) à jour 3	Jour 4 à jour 6	Jour 7 à jour du départ
 Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> Jeûne préopératoire : voir le guide d'enseignement sur le «jeûne préopératoire-clientèle adulte» Apportez de la gomme 	<ul style="list-style-type: none"> Diète liquide (jus, jello, yogourt, potage, gruau coulé, etc.) Mâchez de la gomme 	<ul style="list-style-type: none"> Diète liquide nutritive (jus, jello, yogourt, potage, gruau enrichi, lait, soupe-crème, etc.) et ensuite diète progressive Boire 1,5 litre d'eau par jour lorsque soluté cessé Mâchez de la gomme 	<ul style="list-style-type: none"> Jour 4: Diète progressive Jour 5 et suite: Diète au goût Boire 1,5 litre d'eau par jour lorsque soluté cessé Mâchez de la gomme 	<ul style="list-style-type: none"> Diète au goût Boire 1,5 litre d'eau par jour Mâchez de la gomme
 Mobilisation		<ul style="list-style-type: none"> Avisez l'infirmière aussitôt que vous avez de la douleur Changez de position dans votre lit chaque 2 heures 4 heures après la chirurgie: Premier lever debout au bord du lit pendant 5 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> Avisez l'infirmière aussitôt que vous avez de la douleur Prenez vos 3 repas assis au fauteuil Marchez au corridor 2 à 3 fois par jour dès le jour 1 et augmentez progressivement 	<ul style="list-style-type: none"> Avisez l'infirmière aussitôt que vous avez de la douleur Prenez vos 3 repas assis au fauteuil Marchez au corridor 3 fois par jour Augmentez les déplacements selon votre tolérance (fauteuil et corridor) 	<ul style="list-style-type: none"> Avisez l'infirmière aussitôt que vous avez de la douleur Prenez vos 3 repas assis au fauteuil Marchez au corridor 3 fois par jour Augmentez les déplacements selon votre tolérance (fauteuil et corridor)
 Exercices respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> Pratiquez les Exercices respiratoires: voir le guide «Chirurgie avec hospitalisation – préparation» 	<ul style="list-style-type: none"> 8 à 10 inspirations profondes chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 8 à 10 inspirations profondes chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 8 à 10 inspirations profondes chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 8 à 10 inspirations profondes chaque heure
 Exercices circulatoires	<ul style="list-style-type: none"> Pratiquez les Exercices circulatoires: Voir le guide «Chirurgie avec hospitalisation – préparation» 	<ul style="list-style-type: none"> 30 séries chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 30 séries chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 30 séries chaque heure 	<ul style="list-style-type: none"> 30 séries chaque heure
 Élimination	<ul style="list-style-type: none"> Si un laxatif est prescrit, suivez les recommandations de l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> Irrigation des cathéters par l'infirmière au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Irrigation des cathéters par l'infirmière au besoin Avisez l'infirmière si vous avez des gaz ou des selles 	<ul style="list-style-type: none"> Irrigation des cathéters par l'infirmière au besoin Avisez l'infirmière si vous avez des gaz ou des selles 	<ul style="list-style-type: none"> Irrigation des cathéters par l'infirmière au besoin Avisez l'infirmière si vous avez des gaz ou des selles
 Hygiène/habillage	<ul style="list-style-type: none"> Bain préopératoire : voir l'information sur la «douche ou le bain avec éponge antibactérienne avant la chirurgie» Apportez des vêtements amples et confortables pour l'hospitalisation 		<ul style="list-style-type: none"> Hygiène assis au bord du lit ou au fauteuil avec aide au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène assis au bord du lit ou au fauteuil avec aide au besoin Portez vos vêtements personnels 	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène assis au bord du lit ou au fauteuil avec aide au besoin Portez vos vêtements personnels
 Planification du départ	<ul style="list-style-type: none"> Prévoyez le retour à la maison : <ul style="list-style-type: none"> ▶ accompagnateur ▶ aide des proches ▶ repas préparés 		<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière vous enseigne comment vous donner des injections. (Pour prévenir les caillots dans le sang) 	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière vous supervise lorsque vous donnez vos injections (Pour prévenir les caillots de sang) Assurez-vous que l'accompagnateur est disponible pour votre départ (demandez la date prévue à l'équipe) 	<ul style="list-style-type: none"> Avisez votre accompagnateur (transport) de l'heure du départ (avant 11h le matin) À votre départ, assurez-vous d'avoir en main: <ul style="list-style-type: none"> ▶ toutes les prescriptions médicales ▶ date de votre prochain rendez-vous (ou les coordonnées pour le prendre vous-même)
 Chirurgie avec stomie	<ul style="list-style-type: none"> Lisez et apportez le guide d'enseignement de l'urostomie Si non reçu, vous pouvez vous le procurer sur le site internet www.chudequebec.ca 	<ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous d'avoir votre guide sur l'urostomie Regardez votre urostomie (rose-rouge et humide) Il y a écoulement d'urine, de mucus et parfois de sang 	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière vous enseigne comment vider votre sac d'urostomie Videz votre sac d'urostomie (avec aide et supervision de l'infirmière) Posez vos questions 	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière ou l'infirmière stomothérapeute change votre collerette et votre sac Videz votre sac d'urostomie (avec aide de l'infirmière au besoin) Prenez connaissance du contenu de la trousse de matériel de départ Posez vos questions Rencontre avec l'infirmière de liaison (CLSC) pour organiser le soutien à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Videz votre sac d'urostomie (supervision de l'infirmière) Ayez vos prescriptions de départ Prenez rendez-vous avec l'infirmière stomothérapeute pour le suivi (dans 1 mois) Posez vos questions

APRÈS LA CHIRURGIE

Consultez l'information « Chirurgie avec hospitalisation – informations générales » pour les sections :

- Qu'est-ce qui se passe après votre chirurgie?
- Qu'est-ce qui se passe si vous avez de la douleur?
- Que devez-vous faire les jours suivants votre chirurgie?
 1. Mobilisation.
 2. Exercices respiratoires sans appareil.
 3. Exercices respiratoire avec un appareil à spirométrie.
 4. Exercices de toux.
 5. Exercices circulatoires.³

Premier lever

Selon votre condition, vous pourriez faire votre premier lever au bord du lit quelques heures après votre arrivée aux soins intensifs. Ce lever est fait avec l'aide des infirmières et il dure environ 5 minutes.

Les jours suivants, vous devez marcher dans le corridor et prendre tous vos repas assis au fauteuil.

Nous vous suggérons d'être le moins possible couché dans votre lit.

Alimentation

Après la chirurgie, une diète liquide est servie le soir et le lendemain.

Ensuite, 2 jours après votre chirurgie, une diète liquide nutritive est servie. Selon votre état, vous pourrez tranquillement progresser vers une diète normale.

À partir du 5^e jour suivant votre chirurgie, une diète normale vous sera servie.

Il est suggéré de mâcher de la gomme afin de stimuler votre intestin.

Hygiène

Vous faites votre toilette assis au bord du lit ou au fauteuil le lendemain de la chirurgie. Les jours suivants, vous la faite au lavabo.

Soluté

Après la chirurgie, si vous n'avez pas de vomissements et si votre douleur est bien soulagée, votre soluté est enlevé le plus tôt possible.

Sondes et drains

Vous avez plusieurs sondes (tubes souples pour vider l'urine) et drains selon votre chirurgie :

- Un drain dans l'abdomen (pour faire sortir l'urine ou des sécrétions sanguines).
- Une sonde urétérale dans chacun des 2 uretères (avec des petits sacs).
- Une sonde urinaire (si vessie reconstruite).

Le(s) drain(s) et le(s) sonde(s) seront retirés aussitôt que possible selon l'avis du chirurgien.

Pansements, points de suture et agrafes

Les pansements sont retirés 2 jours après la chirurgie.

Les plaies sont laissées à l'air libre s'il n'y a pas d'écoulement.

Les plaies peuvent être couvertes par des agrafes, des points de suture ou des bandelettes autocollantes (stéri-strips).

Stomie (urostomie)

Si vous avez une chirurgie de reconstruction non continente, une urostomie est créée durant la chirurgie. L'enseignement et le suivi est fait par les infirmières et une infirmière stomothérapeute. Votre implication est indispensable!

Un guide d'enseignement pour les soins de votre urostomie vous est remis.

Vous devez être autonome pour vider votre sac d'urostomie avant votre départ.

L'enseignement et le suivi se poursuit par le CLSC à votre départ de l'hôpital.

Vous avez un suivi avec l'infirmière stomothérapeute 1 mois après votre hospitalisation.

Exercices de renforcement du plancher pelvien (Exercices de Kegel)

Si vous avez une reconstruction continente (Studer), vous avez une sonde urinaire après la chirurgie. Lorsque vous n'avez plus de sonde, le chirurgien peut vous demander de pratiquer ces exercices qui permettent de:

- Renforcer les muscles du plancher pelvien.
- Améliorer le contrôle de votre vessie.
- Diminuer et arrêter les pertes d'urine après la chirurgie.

TECHNIQUE EXERCICES DE KEGEL

- Étendez-vous sur le dos ou en position demi-assise avec les genoux légèrement écartés (environ 25 cm ou 10 pouces). Détendez-vous.
- Commencez l'exercice en serrant les muscles dans la région de l'anus, comme si vous essayiez de retenir de l'urine ou des gaz.
- Chez l'homme, dirigez ensuite la contraction en tirant vers l'avant jusqu'à la base du pénis pour incorporer tous les muscles du plancher pelvien.
- Chez la femme, serrez les muscles du vagin en tirant vers l'intérieur et vers le haut. Gardez serrés les muscles de l'anus et du vagin.
- Maintenez cette contraction pendant 5 à 10 secondes et faites attention de ne pas utiliser les muscles du ventre, des fesses ou des cuisses. Ne retenez pas votre souffle, respirez normalement.
- Puis relâchez les muscles pendant 10 à 20 secondes.
- Essayez d'augmenter peu à peu le nombre d'exercices jusqu'à 10 puis 20 répétitions.
- Pour augmenter le niveau de difficulté lorsque l'exercice semble facile, répétez la même chose en position assise, debout puis en marchant.
- Si vous avez beaucoup de difficultés ou si l'incontinence persiste, consultez votre physiothérapeute ou votre médecin.

RETOUR À DOMICILE

Soulagement de la douleur

Prenez du Tylenol^{MD} (acétaminophène) de façon régulière, si vous avez de la douleur. Prenez les médicaments contre la douleur prescrits par votre médecin si vous en avez besoin.

Plaie et retrait des agrafes

- Les agrafes sont enlevées environ 10 jours après la chirurgie. C'est l'infirmière du CLSC qui les enlève. (Au CLSC ou à la maison, selon votre capacité à vous déplacer).
- Si absence d'agrafes, de diachylon de rapprochement (stéri-strips), de pansement et d'écoulement depuis 48 heures et plus :
Vous pouvez laver votre plaie avec un savon doux, rincer et assécher.
- Pour l'homme : Si vous avez une enflure du scrotum ou du pénis :
Portez un suspensoir (support scrotal) ou un sous-vêtement très serré pendant 3 à 4 semaines.

Hygiène

- La douche est conseillée durant les 2 premières semaines suivant le retour à la maison.
- Il ne faut pas qu'il y ait d'écoulement à la plaie depuis 48 heures.
- Si vous avez encore des drains ou une sonde, demandez à votre chirurgien ce qu'il vous recommande.

Activités physique

- Reprenez vos activités graduellement. Prenez des périodes de repos si vous sentez la fatigue.
- Ne soulevez pas d'objets de 15 livres et plus pendant 4 à 6 semaines après la chirurgie.

Élimination urinaire lors de reconstruction de la vessie:

Mucus : Du mucus sera sécrété par la partie de l'intestin qui a servi à la reconstruction de votre vessie. Cela devrait diminuer avec le temps.

- Si c'est nécessaire, l'infirmière vous enseignera à faire des lavages vésicaux par auto-cathétérisme. Cela prévient l'accumulation de mucus.
- Boire beaucoup d'eau (environ 1,5 litre d'eau par jour) peut aussi aider à diminuer la quantité de mucus dans l'urine.

Incontinence urinaire : La perte involontaire d'urine.

C'est un des effets secondaires de la reconstruction de la vessie. Elle peut durer de quelques mois à 1 an. Pour certains, l'incontinence sera permanente.

Lorsque la sonde urinaire est enlevée, l'incontinence urinaire est plus importante. C'est parce que la vessie n'est pas guérie. Après quelques mois, il vous sera plus facile d'avoir un horaire régulier.

Par la suite, l'incontinence urinaire diminue avec la pratique fréquente des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (Kegel). Si vous avez de la difficulté à faire vos exercices de Kegel, consulter un physiothérapeute.

La capacité de votre nouvelle vessie à contenir l'urine augmente graduellement :

- Lors du retrait de la sonde : 150 ml.
- Après 3 mois : environ 300 ml
- Après 6 mois à 1 an : 450 à 500 ml.

La capacité à contenir de l'urine de votre nouvelle vessie peut avoir un impact sur l'incontinence, il faut être patient. Essayez d'aller à la toilette aux 4 à 5 heures.

Pour éviter les incontinenances et augmenter la capacité à contenir de l'urine, votre vessie reconstruite a besoin d'un entraînement (mictionnel). Lors de votre entraînement mictionnel, vous pouvez utiliser un calendrier mictionnel. Cela permet d'identifier vos habitudes urinaires et de les régulariser.

Si vous avez des questions sur l'incontinence urinaire, parlez-en à votre chirurgien urologue ou infirmière pivot. Il y a des solutions.

Réservoirs continents

- Si vous avez un réservoir continent et que toutes les sondes et drains ont été retirés : Vous devez vider votre vessie chaque 4 heures. La sensation ne sera pas la même que lorsque vous aviez votre vessie.
- Si vous avez un réservoir continent qui doit être vidé avec une sonde (cathétersable) : Vous devez faire un cathétérisme chaque 4 à 6 heures. Un cathétérisme est le fait d'entrer une sonde pour vider la nouvelle vessie de son urine. Votre infirmière vous enseignera la méthode.
- Si après votre chirurgie de reconstruction continente vous avez un blocage de votre conduit urinaire (l'urine ne sort plus) : Vous pourriez devoir apprendre à prévenir le blocage de votre conduit urinaire. Vous devez alors faire une irrigation avec 30 ml d'une solution saline. Votre chirurgien ou votre infirmière vous enseignera la méthode.

Rétention urinaire : L'incapacité à vider sa vessie.

- Si vous avez un réservoir continent vous pourriez être incapable de vider votre nouvelle vessie. C'est un effet secondaire rare. Si cela se produit, il existe une solution. Nous pouvons vous expliquer les auto-cathétérismes (passage d'un petit tube dans l'urètre jusqu'à la vessie pour la vider).

Conseils pratiques pour faciliter l'élimination de vos urines

- Videz votre vessie aux 2 à 3 heures le jour et la nuit. Espacez ensuite progressivement cette période selon vos besoins.
- Prenez le temps de vous asseoir pour uriner. Les genoux doivent être légèrement plus hauts que les hanches et le tronc incliné vers l'avant. Appuyez les coudes sur vos cuisses.
- Relaxez-vous et relâchez vos muscles du plancher pelvien. Prenez votre temps.
- La capacité de votre vessie à contenir de l'urine va augmenter. Par la suite, vous pourrez planifier des moments pour vous éveiller la nuit avant que votre vessie ne déborde. Pour planifier ce moment, notez l'heure à laquelle vous avez vos premières fuites durant la nuit. Ensuite, programmez l'alarme de votre réveil une heure avant cette fuite.

Les auto-soins

À votre sortie de l'hôpital, il se peut que la sonde urinaire, des drains, des agrafes et un pansement soient présents. Nous vous donnons l'enseignement pour vous sentir à l'aise avec les soins que vous aurez à faire.

- **Sonde urinaire**

Voir guide d'enseignement «Les soins de votre sonde urinaire».

- **Soins d'hygiène du pénis si sonde urinaire chez l'homme**

- Nettoyez quotidiennement la région sonde-méat avec de l'eau savonneuse puis rincer.
- Entourez le pénis et la sonde urinaire d'une gaze ou d'une serviette absorbante. Cela permet de recueillir l'excédent d'urine qui pourrait s'écouler à la suite d'un spasme vésical. Cela évite aussi l'irritation du gland.
- Fixez solidement la sonde urinaire sur l'abdomen. Cela respecte l'anatomie de l'homme et empêche un rétrécissement de l'urètre.

- **Calendrier mictionnel**

- Avant votre prochain rendez-vous avec le chirurgien : compléter un calendrier mictionnel pour 24 heures. Apportez le calendrier complété lors de votre rendez-vous afin d'aider votre chirurgien à évaluer votre condition.
- Si vous avez une reconstruction continente (Studer) et que vous avez des problèmes d'incontinences urinaires : compléter le calendrier mictionnel pendant 3 jours. Cela vous permettra d'identifier vos habitudes urinaires et de planifier à l'avance des moments pour uriner. Vous pourrez ensuite le présenter à votre médecin. Cela lui permettra de comprendre votre problème et d'identifier des solutions pour vous aider.

CALENDRIER MICTIONNEL

Jour 1		Date :			
Heure	Volume (ml ou oz)	Urgence (0 - 3)*	Fuite (0 - 3)*	Douleur (0 - 10)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

J'ai utilisé ____ protection(s) aujourd'hui.
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non Oui
 Si oui, quelle activité ? _____
 Commentaires : _____

Jour 2		Date :			
Heure	Volume (ml ou oz)	Urgence (0 - 3)*	Fuite (0 - 3)*	Douleur (0 - 10)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

J'ai utilisé ____ protection(s) aujourd'hui.
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non Oui
 Si oui, quelle activité ? _____
 Commentaires : _____

Jour 3		Date :			
Heure	Volume (ml ou oz)	Urgence (0 - 3)*	Fuite (0 - 3)*	Douleur (0 - 10)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

J'ai utilisé ____ protection(s) aujourd'hui.
 La perte d'urine est-elle survenue au cours d'une activité? Non Oui
 Si oui, quelle activité ? _____
 Commentaires : _____

- **Drain**
Voir guide d'enseignement «Drain Jackson-Pratt».
- **Protections**
Si vous avez de l'incontinence urinaire, vous pourriez avoir besoin de protection urinaire. Vous pouvez demander à votre infirmière de vous aider.
- **Lavage vésical à la seringue** : Si vous avez une reconstruction continente (Studer ou Indiana), votre infirmière et votre chirurgien peuvent décider de vous enseigner le lavage vésical à la seringue.

Lavage vésical à la seringue

EXPLICATION: Introduction d'une solution saline dans la vessie par une sonde urinaire.

BUT: Pour prévenir l'obstruction de la sonde ou l'accumulation de mucus dans la vessie.

(Si sonde urinaire non en place, se référer au guide d'auto-cathétérisme. Au besoin, ce guide vous sera remis lors de l'enseignement.)

MATÉRIEL :

- Tampons d'alcool
- Solution d'irrigation saline (eau salée = NaCl 0,9%)
- Contenant stérile (pour solution d'irrigation)
- Seringue pour irrigation de 60 ml
- Contenant à drainage
- Bouchon protecteur du tube du sac collecteur

TECHNIQUE :

- Laver vos mains avant de faire le soin.
- Ouvrir le contenant stérile de façon à ne pas toucher l'intérieur.
- Verser la solution d'irrigation dans le contenant stérile.
- Désinfecter avec un tampon d'alcool la jonction de la sonde urinaire et du tube du sac collecteur.
- Débrancher la sonde urinaire du tube du sac collecteur. Couvrir l'embout du sac collecteur avec le bouchon protecteur pour conserver sa propreté.
- Placer l'extrémité de la sonde urinaire au-dessus d'un contenant à drainage en évitant un contact direct entre l'extrémité de la sonde et le contenant.
- Prélever 30 ml de solution d'irrigation à l'aide de la seringue.
- Introduire la seringue dans la sonde et injecter lentement la solution.
- À l'aide de la seringue toujours connectée, aspirer lentement la quantité de liquide injectée. (30 ml selon ce que vous avez injecté)
- Répéter les 2 étapes précédentes jusqu'au retour clair de l'urine ou diminution du mucus.
- Retirer la seringue, désinfecter l'extrémité de la sonde urinaire avec un tampon d'alcool et relier la sonde au tube du sac collecteur.
- Repositionner le tube de drainage adéquatement.
- Laver à nouveau vos mains.

S'il y a une résistance à l'introduction de la solution dans la sonde urinaire : ne pas introduire la solution de force. Aviser l'infirmière de votre CLSC.

La bouteille de solution stérile pour irrigation peut être conservée 24 heures à la température de la pièce avec un bouchon qui se referme. Si la bouteille est ouverte depuis plus de 24 heures, la jeter. Changez la seringue et le contenant stérile après chaque lavage vésical.

Pour toutes interrogations concernant les auto-soins, communiquez avec l'infirmière du CLSC.

LA SEXUALITÉ

Chez l'homme : La cystectomie radicale peut entraîner une incapacité à avoir une érection. Un certain pourcentage des hommes récupèrent leur capacité érectile de 6 à 24 mois après la chirurgie.

Le taux de récupération dépend de la préservation ou de l'atteinte de vos nerfs érectiles, de votre fonction sexuelle avant l'opération, de votre âge et de votre état de santé général.

Après la chirurgie, vous ne pourrez plus avoir d'éjaculation puisqu'on a enlevé la prostate et les vésicules séminales produisant le liquide séminal (sperme). Ceci n'affecte en rien l'orgasme mais vous ne serez plus en mesure d'avoir des enfants. Avant d'entreprendre tout traitement, parlez à votre médecin de la possibilité à recourir à une banque de sperme (un procédé qui permet de congeler du sperme en vue de l'utiliser plus tard).

Lors de la relation sexuelle, il peut y avoir une petite fuite d'urine parce que les sphincters se relâchent. Il est alors préférable d'uriner avant la relation sexuelle.

Il est conseillé d'attendre 4 à 6 semaines avant d'avoir des relations sexuelles.

Chez la femme : L'utérus et les ovaires sont enlevés lors de la cystectomie. Vous n'aurez donc plus de menstruation et vous ne pourrez plus avoir d'enfant.

Si vos ovaires ont été enlevés, il est probable que vous ressentiez les symptômes qui accompagnent la ménopause comme les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et la sécheresse vaginale. L'hormonothérapie permet de diminuer ces symptômes. Ce traitement doit se discuter avec votre médecin.

S'il y a une reconstruction vaginale lors de votre chirurgie, vous devez demander à votre chirurgien le moment où vous pourrez avoir des relations sexuelles à nouveau.

S'il n'y a pas de reconstruction vaginale, vous pourrez recommencer à avoir des relations sexuelles graduellement de 6 à 8 semaines après la chirurgie. Il est recommandé d'attendre de voir son médecin avant de reprendre les relations sexuelles avec pénétration.

Avant la pénétration, il faudra peut-être prolonger la période des caresses afin de s'assurer que l'excitation ait suffisamment dilaté la cavité vaginale. L'utilisation d'un gel lubrifiant peut aussi vous aider.

Chaque couple vit sa sexualité à sa façon. Prenez le temps d'explorer toutes les facettes de la sexualité, les caresses, les moments de tendresse et de communication avec votre conjoint(e).

Si un problème lié à la fonction sexuelle persiste n'hésitez pas à questionner votre médecin sur les meilleures alternatives pour vous et à consulter les ressources disponibles.

Surveiller les complications

Vous référer au guide «Chirurgie avec hospitalisation – informations générales» pour patient hospitalisé.

Appelez info santé (composez le 811) ou présentez-vous à l'urgence au besoin

Spécialités

Chirurgie urologie

Cancérologie

Liens utiles

Fondation québécoise du cancer

Société canadienne du cancer

