UNIVERSITÉ de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1996

THÈSE N° 13/1

SCD UNIV.LIMOGES
D 035 100956 9

QUALITÉ DE VIE

DES PATIENTS OPÉRÉS D'UNE CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILÉOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II A PROPOS DE 13 CAS

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 1996

par

Nadine BULLY
née le 26 janvier 1964 à JONZAC (17)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur DUMAS .....Président
Monsieur le Professeur COLOMBEAU.....Juge
Monsieur le Professeur GAINANT .....Juge
Madame le Professeur TUBIANA-MATHIEU.....Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
Section Médecine Pharmacie
S.C.D.

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1996

THÈSE N°13

QUALITÉ DE VIE

DES PATIENTS OPÉRÉS D'UNE CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILÉOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II A PROPOS DE 13 CAS

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 1996

par

Nadine BULLY
née le 26 janvier 1964 à JONZAC (17)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur DUMAS .....Président
Monsieur le Professeur COLOMBEAU.....Juge
Monsieur le Professeur GAINANT .....Juge
Madame le Professeur TUBIANA-MATHIEU.....Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES - FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

.../...

LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
OUTREQUIN Gérard	ANATOMIE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis	3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

Je dédie cette thèse

A mes parents

Pour les sacrifices consentis afin de me permettre de réaliser ces longues études.

Pour l'affection dont vous m'avez toujours entourée et votre soutien indéfectible.

Que cette thèse soit pour moi l'occasion de vous dire toute ma reconnaissance et toute mon affection.

A Sylvie

Que ce soit sur les bancs de la faculté ou lors de mes premiers remplacements, ton soutien et ton expérience m'ont permis de surmonter bien des épreuves.
L'amitié que tu m'offres m'est très précieuse et je t'en remercie.

A Giorgio

Pour les trésors de patience que tu as dû déployer durant la rédaction de ce travail et pour la tendresse dont tu as su m'entourer

A tous mes amis,
A tous ceux que j'aime

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur DUMAS Jean-Philippe
professeur des universités d'urologie
chirurgien des hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et nous espérons être digne de l'honneur que vous nous faites.

En nous confiant ce travail et en nous guidant dans son élaboration, vous avez su nous communiquer votre enthousiasme.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre admiration et notre respectueuse reconnaissance.

A nos juges

Monsieur le Professeur COLOMBEAU Pierre
professeur des universités d'urologie
chirurgien des hôpitaux
chef de service

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde considération.

A Monsieur le Professeur GAINANT Alain
professeur des universités de chirurgie digestive
praticien hospitalier

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Le stage hospitalier effectué sous votre direction a été pour nous riche d'enseignement

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde admiration et de toute notre gratitude.

A Madame le Professeur TUBIANA-MATHIEU Nicole
professeur des universités de cancérologie
praticien hospitalier
chef de service

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de ce travail en acceptant de le juger.

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de toute notre considération.

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Limoges

PLAN

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER LA QUALITE DE VIE

I - L'EVOLUTION DES MENTALITES

II - DEFINITION

III - LES PRINCIPALES ECHELLES DE MESURE

IV - PRINCIPE DE CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

CHAPITRE II GENERALITES A PROPOS DES TUMEURS EPITHELIALES DE LA VESSIE

I - CLASSIFICATIONS

II - LES TUMEURS SUPERFICIELLES

III - LES TUMEURS INFILTRANTES

CHAPITRE III LA CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II

I - PRINCIPES ET OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

II - DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

III - COMPLICATIONS

IV - INDICATION - CONTRE-INDICATION

CHAPITRE IV L'EXPERIENCE DE CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II AU CHU DE LIMOGES

I - PRESENTATION DE LA SERIE

II - CAS CLINIQUES

III - COMPLICATIONS

IV - RESULTATS FONCTIONNELS

CHAPITRE V RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

CHAPITRE VI ANALYSE ET COMMENTAIRE

I - LES INCONVENIENTS DU MODE D'ENQUETE CHOISI

II - ANALYSE DES ASPECTS POSITIFS DE L'ENQUETE

III - A PROPOS DE LA CONTINENCE NOCTURNE

IV - A PROPOS DE L'IMPUISSANCE

V - ANALYSE DES ETUDES DE QUALITE DE VIE REALISEES A PROPOS DES DERIVATIONS URINAIRES CUTANEES ET COMPARAISONS

VI - REFLEXION SUR L'INFORMATION DES PATIENTS DE LA SERIE

VII - REFLEXION SUR LA LIMITATION DES INDICATIONS

INTRODUCTION

Si la cystoprostatectomie totale est le seul traitement à visée curative que l'on peut proposer aux patients atteints d'un cancer infiltrant de la vessie, il existe par contre de nombreuses techniques différentes pour assurer le drainage des urines à la suite de cette exérèse.

Les dérivations cutanées qui ont longtemps eu la préférence des chirurgiens du fait de leur relative simplicité et de leur fiabilité, présentent un caractère mutilant qui a souvent conduit à retarder l'indication de la chirurgie radicale.

Dans le but d'améliorer le confort de leur patient et afin de pouvoir leur proposer plus tôt cette lourde intervention, les urologues se sont attachés à réaliser des remplacements vésicaux.

L'objet de ce travail est d'étudier la qualité de vie des patients opérés d'une cystoprostatectomie avec iléocystoplastie type Camey II au CHU de Limoges.

Sans négliger les critères d'efficacité et de sécurité nécessaires à l'évaluation d'une thérapeutique, nous nous sommes plus particulièrement attachés à mettre en évidence les conséquences de cette intervention sur la vie des patients et la manière dont ils perçoivent ces modifications.

CHAPITRE PREMIER

LA QUALITE DE VIE

I - L'EVOLUTION DES MENTALITES

Au début du siècle, le médecin, s'il commençait à mieux comprendre le fonctionnement du corps humain et les maladies, restait démuni pour les soigner, ne disposant que de très peu de moyens.

La médecine était encore dans l'ère de "PRIMUM NON NOCERE" établie par Hyppocrate (38).

Les formidables progrès scientifiques réalisés durant le siècle ont permis de faire entrer la médecine dans l'ère de l'efficacité. L'augmentation de l'espérance de vie en témoigne, puisqu'elle est passée pour un Français de 55 à 73 ans, entre 1935 et 1991, soit 18 années de vie gagnées.

Le principe fondamental du médecin est alors de prolonger la vie, de sauver à tout prix, et la recherche lui fournit sans cesse de nouvelles armes pour combattre la maladie et faire reculer la mort.

Mais si les innovations scientifiques permettent une efficacité toujours plus importante, le médecin doit faire face à de nouvelles données :

- les traitements toujours plus agressifs et iatrogènes, le vieillissement de la population avec son cortège d'incapacités et de handicaps, ont amené la société à réfléchir sur la qualité des années de vie gagnées.
  Dans les années 1980, des débats de bioéthique portant sur l'acharnement thérapeutique, sur l'euthanasie, remettent en question et critiquent le principe de "sauver à tout prix",

- le formidable développement des médias, et avec lui celui de l'information médicale permet au patient de n'être plus un acteur soumis aux diktats de la science.
  Il se réapproprie le pouvoir de choisir ce qui est le mieux pour lui et devient un interlocuteur exigeant et critique (25),

- le médecin n'est plus le seul décideur des choix de santé publique. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût et l'économiste se charge de le lui rappeler.

On entre dans une nouvelle ère de la médecine où l'efficacité est toujours de mise, mais où, si le but premier est évidemment de sauver la vie, le médecin intègre à nouveau dans ses objectifs le principe d'Hyppocrate "surtout tu ne nuiras point" en s'attachant à sauvegarder également la qualité de la vie.

Cette évolution des mentalités se retrouve dans les études de santé publique.

L'état sanitaire d'une population est estimé grâce à des indicateurs de morbidité (taux d'incidence et de prévalence d'une pathologie) et de mortalité (espérance de vie, mortalité par sexe, profession, pathologie...).

Ces chiffres nous renseignent sur l'état somatique de la population, sur le nombre de sujets sains par rapport au nombre de sujets atteints, sur la durée de vie.

Dans le dernier rapport général du haut comité de la santé publique, de nouveaux indicateurs sont utilisés, comme l'espérance de vie sans incapacité, qui retranche de la durée de vie totale les années vécues dans de mauvaises conditions, et qui témoigne de la volonté des décideurs de santé de s'intéresser à la qualité de la vie autant qu'à sa durée.

On retrouve cette volonté dans le domaine de l'évaluation des thérapeutiques.

Longtemps, l'efficacité d'un traitement a été mesurée en terme d'années de vie gagnées. On calculait le pourcentage de survivants en les considérant comme une population homogène sans apprécier leur état physiologique ni leur capacité à utiliser leur survie.

Entre deux traitements, on choisissait celui qui promettait la plus longue survie.

Les cancérologues sont les premiers, du fait de l'agressivité des traitements qu'ils utilisaient et des contraintes difficilement supportables engendrées, à s'être intéressés à la qualité de la survie, voire même à sa pertinence (43).

Les premiers, ils ont utilisé la qualité de vie comme un critère dans le choix d'un traitement et se sont donc attachés à la mesurer.

Actuellement, la mesure de la qualité de vie devient incontournable dans l'évaluation d'une thérapeutique, puisque les agences du médicament demandent de plus en plus aux

industries pharmaceutiques que la dimension qualité de vie soit étudiée dans les dossiers d'autorisation de mise sur le marché (25).

Les QUALY's (quality adjusted life years) étudient le nombre d'années de vie de qualité gagnée grâce à un traitement (24).

Ils sont de plus en plus utilisés, en cancérologie, mais également dans d'autres domaines, principalement pour les maladies chroniques.

Un qualy's correspond à une année de vie de qualité gagnée grâce à un traitement, et l'économiste va pouvoir estimer le coût de chaque qualy.

Ils vont permettre de comparer différentes thérapeutiques et de faire un choix qui ne sera plus motivé exclusivement par l'efficacité, mais pondéré par la qualité de vie et également par le coût.

La vague actuelle de ce concept ne doit tout de même pas faire oublier que la sécurité et l'efficacité restent des critères essentiels (38).

II - DEFINITION

Le concept de qualité de la vie né dans les pays anglo-saxons, s'est exporté en Europe où il est maintenant bien intégré dans le monde médical et l'industrie pharmaceutique.

Si cette notion est récente, elle ne témoigne pas d'une nouvelle manière d'appréhender le patient, mais plutôt d'un retour aux sources, aux fondements essentiels de la médecine (35).

L'hyperspécialisation avait compartimenté le patient en organe, le concept de qualité de vie lui restitue sa globalité. La relation médecin-malade en est améliorée, puisque l'un doit prendre en compte toutes les composantes de son patient physiques, mais également mentales et sociales ; quant à l'autre, il peut enfin exprimer son jugement sur son état de santé.

Comme le disait Elkington en 1966 "la qualité de vie est la réponse à l'ensemble des problèmes éthiques de l'activité médicale" (37).

L'Organisation Mondiale de la Santé donnait en 1947 cette définition : "la santé, ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de complet bien-être physique, mental et social".

La qualité de vie, c'est la perception qu'a un individu de son état de santé quand le terme est pris dans son sens le plus vaste.

Chaque sujet, en fonction de sa personnalité, de sa culture et de son histoire, aura une perception différente et il sera difficile de mesurer objectivement des données aussi subjectives.

Pour E.M. Gerson "la qualité de vie est mesurée par le degré de satisfaction auquel parvient un individu dans l'accomplissement de ses désirs, malgré les contraintes qu'il subit de la part d'une nature hostile ou indifférente, de Dieu ou de l'ordre social".

Pour P. Guérin, elle se définit plus simplement comme "l'ensemble des satisfactions/ insatisfactions éprouvées par un sujet ou un groupe de sujets à propos de sa vie en général" (21).

La difficulté consiste donc à trouver un outil permettant de mesurer de manière objective et reproductible un degré de satisfaction tel qu'il est perçu par l'individu.

III - LES PRINCIPALES ECHELLES DE MESURE DE LA QUALITE DE VIE (21)

Ce concept étant né dans les pays anglo-saxons, ce sont eux qui les premiers ont cherché à mettre au point des échelles de mesure. Elles sont actuellement nombreuses, et nous allons citer les principales.

Le quality of well being ou échelle de bien-être, étudie les dysfonctionnements affectant des domaines très divers de la vie courante : mobilité, activité physique, activité sociale...
Elle évalue le degré de gêne pour chaque dysfonctionnement mais ne tient pas compte de l'importance que cette gêne revêt pour chaque sujet.
Ces degrés de gêne sont ensuite interprétés en fonction d'une norme définie à partir d'un échantillon représentatif de la population générale.
C'est en faite une échelle de Performance Normée.

Le Nottingham health profil associe à des questions portant sur des données objectives une autre série de questions abordant l'exploration de données subjectives.
Il y a 38 items portant sur le sommeil, la motricité, l'énergie, la douleur, les réactions émotionnelles et la vie sociale.
Là encore, ces données sont comparées à une norme établie sur la population générale.
Il s'agit donc d'un indicateur de santé perceptuelle (telle qu'elle est perçue par le sujet) par rapport à une norme.

Le Sickness Impact profil ou profil d'impact de la maladie, comporte 136 items explorant douze catégories de dysfonctionnements concernant des domaines de la vie physique et psychoaffective. C'est une échelle qui évalue des modifications de comportements qui sont utilisés comme indice d'altération de la santé.
C'est donc une échelle d'évaluation du niveau de santé, et comme les précédentes, elle est interprétée en fonction d'une norme établie sur la population générale.

Le Mac Master Health quality index ou Index de Santé de Mac Master, travaille sur 3 dimensions concernant les dysfonctionnements physique, social et émotionnel. Si dans

certains domaines il évalue le degré de satisfaction, dans d'autres, seul l'aspect quantitatif est observé, impliquant généralement une référence à une norme.

L'Anamnestic Comparative Self assessment ou autoévaluation par comparaison anamnétique, est une échelle où les patients utilisent leurs propres critères pour pondérer les différentes dimensions contribuant à leur qualité de vie. Pour cela, ils notent les meilleurs et les pires moments de leur vie passée, et sur cette échelle ainsi calibrée, ils vont ensuite noter les différents aspects de leur vie actuelle.

Le Pil ou test des buts de vie fait un effort pour évaluer la vie intérieure par le moyen de questions sur les buts de vie et le degré de satisfaction général.

La plupart de ces échelles évaluent les réponses du sujet par rapport à une norme établie sur un échantillon représentatif de la population.

Or, ce qui nous intéresse, c'est de déterminer le vécu du patient, sa perception de son état de santé par rapport à "sa" propre norme, sa propre échelle de valeur (9).

De plus, ces outils anglo-saxons doivent non seulement être traduit mais surtout modifiés pour être adaptés à l'environnement culturel français.

Enfin, dans l'étude qui nous intéresse, il est important d'obtenir des réponses précises et détaillées dans le domaine urologique.

Pour toutes ces raisons, nous avons choisi de construire un questionnaire. Afin qu'il ne soit pas totalement empirique, nous nous sommes inspirés pour l'établir des travaux de M. Guérin sur l'évaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutiques (21) et de son questionnaire "Profil de qualité de la vie subjective.

IV - PRINCIPE DE CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Il se présente sous la forme d'une triple liste :

- une liste d'items,
- une liste de questionnements appliqués à chacun des items,
- une liste de questions à réponses ouvertes.

Chacune de ces listes pouvant être allégée ou approfondie en fonction des besoins spécifiques de chaque enquête. Nous avons cherché à respecter les principes établis par les auteurs du "profil de qualité de vie subjective".

1er principe

Un observateur extérieur ne peut évaluer la qualité de vie. Si le médecin peut mesurer une atteinte corporelle, seul le patient peut indiquer de quelle manière il la perçoit et en quoi elle retentit sur sa vie.

Un exemple pour illustrer ce propos. Dans l'évaluation qui nous occupe, le chirurgien sera satisfait de constater qu'un patient a acquis une continence nocturne et considérera cela comme un point très positif. Mais dans certains cas, le degré de gêne ressentie par ce patient sera supérieur à celui d'un autre patient incontinent, mais qui a trouvé des solutions à ce problème qui lui donnent satisfaction.

L'observateur extérieur ne peut juger qu'en fonction de critères qui lui sont propres et pas en fonction de ceux du patient.

C'est pourquoi le sujet doit répondre lui-même au questionnaire qui doit être construit de manière à ce qu'il puisse exprimer son vécu.

2ème principe

On se doit d'évaluer la satisfaction ou l'insatisfaction du sujet de manière quantitative, mais également qualitative.

En effet, on souhaite étudier la perception du patient de son état, non pas par rapport à une norme de la population générale, mais par rapport à ses propres valeurs, à sa propre norme.

Pour chaque item, il devra donc répondre de manière quantitative en exprimant son degré de satisfaction, mais également de manière qualitative en précisant l'importance qu'il accorde à cet item dans sa vie.

Un exemple : un patient qui n'avait pas de vie sexuelle avant l'intervention et qui ne considère pas ce domaine comme essentiel à sa vie, ne sera pas traumatisé par une impuissance postopératoire et ne considérera pas cela comme une altération de sa qualité de vie. Par contre, pour un autre sujet, ce domaine sera très important, et la même atteinte sera pour lui un véritable traumatisme causant une altération importante de sa qualité de vie.

3ème principe

Le questionnaire doit couvrir un large champ dépassant le domaine somatique pour s'étendre à l'ensemble de ce que vit le sujet.

Les items vont concerner 4 domaines principaux :

➢ <u>Les fonctionnements</u>

- Moteur : la possibilité de se déplacer, d'effectuer les tâches domestiques et quotidiennes, la vie professionnelle, les loisirs et les vacances.
- L'activité sexuelle : qui nous intéresse particulièrement dans cette enquête
- Le sommeil

- L'alimentation
- Les mictions et la continence
- La douleur

➢ La vie relationnelle dans divers contextes

- professionnel
- amical
- familial

➢ La vie intérieure

- Humeur
- Nervosité
- Plaisir de vivre
- Avenir
- Bien ou Mal-être

➢ L'appréciation du traitement

Comment le traitement est vécu par le patient, le nombre de consultations et d'examens complémentaires, leur fréquence et la gêne ressentie face à cette surveillance.

4ème principe

L'étude de la qualité de vie dans le cadre de l'évaluation d'une thérapeutique doit s'attacher à observer les changements survenus à cause de ce traitement.

On ne cherche pas à apprécier de manière globale la qualité de vie des patients, mais plutôt à savoir quels ont été les effets positifs ou négatifs de cette intervention sur leur vie, la manière dont ils perçoivent ces effets.

Par exemple : un patient dont la mobilité est réduite à cause d'un problème de coxarthrose ne sera pas satisfait de cet item, mais cette insatisfaction n'a aucun lien avec l'intervention et ne doit pas être considérée comme un point négatif en sa défaveur. Nous allons donc demander au patient, pour certains items, d'estimer le degré de changement entre la période qui précédait l'intervention et la période actuelle.

En résumé : notre questionnaire comprend une vingtaine d'items couvrant les fonctionnements, la vie intérieure, la vie relationnelle, la surveillance médicale.

A chacun de ces items sont appliqués différents types de questionnements pour apprécier : le degré de gêne, le degré de satisfaction, le degré de changement et l'importance accordée à l'item.

Il comporte également quelques questions à réponse ouverte.

Cet outil, s'il est loin de correspondre à l'idéal décrit par M. Guérin, n'est pas fait de manière empirique. Son principal défaut est la complexité qui résulte du respect des principes énoncés plus haut.

L'échantillon de patients à étudier étant réduit, nous avons choisi de leur proposer le questionnaire lors d'une rencontre, ce qui pour nous présentait plusieurs types d'avantages :

- Ne pas réduire le nombre de patients de l'étude en s'exposant à des non-réponses.
  En effet, il nous semblait logique qu'un certain nombre de questionnaires, s'ils étaient envoyés par la poste, ne nous soient pas retournés par négligence ou mauvaise compréhension.
  Par ailleurs, compte tenu du caractère intime de certaines questions, une enquête téléphonique risquait d'indisposer les patients et les amener soit à refuser de répondre, soit à faire preuve de moins de franchise.
  Ces points sont confirmés par la lecture des enquêtes de qualité de vie après cystectomie (9 et 10), qui montrent chacune un pourcentage de non-réponses, en particulier sur la vie sexuelle qui, s'il est acceptable sur un échantillon important, risquait de rendre caduque notre étude.

- Le fait que pour chaque item plusieurs types de questionnement soient envisagés, rend le questionnaire parfois un peu difficile à comprendre, et lors d'un entretien, il était plus facile de s'assurer qu'avant de répondre le patient avait bien compris le sens de la question.

- L'entretien permet également de mettre en évidence des événements intercurrents responsables d'une diminution de la qualité de vie sans aucun rapport avec l'intervention.

CHAPITRE II

GENERALITES A PROPOS DES TUMEURS EPITHELIALES DE LA VESSIE

I - CLASSIFICATION DES TUMEURS VESICALES

Les tumeurs de la vessie sont la 7ème cause de mortalité par cancer chez l'homme, avec environ 2 000 décès par an.

L'incidence nationale est estimée, toujours pour les hommes, à 16,5 pour 100 000 habitants, avec un âge moyen de survenue de 69 ans (17).

On peut distinguer différentes sortes de tumeurs vésicales en fonction du type cellulaire dont elles sont issues (30).

95 % sont d'origine épithéliale, avec :

- 90 % de tumeurs développées à partir des cellules transitionnelles, qui sont appelées papillomes ou carcinomes, selon qu'il existe ou non des signes de néoplasie ou d'envahissement,
- 3 % de carcinome épidermoïde,
- 1 % d'adénocarcinome,
- 1 % de carcinome indifférencié.

5 % sont des tumeurs primitives non épithéliales développées généralement à partir du tissu conjonctif, bénignes comme les leiomyomes, les neurofibromes, les angiomes, ou bien malignes avec différents types de sarcome (14).

Les tumeurs épithéliales de la vessie vont être classées en fonction (15) :

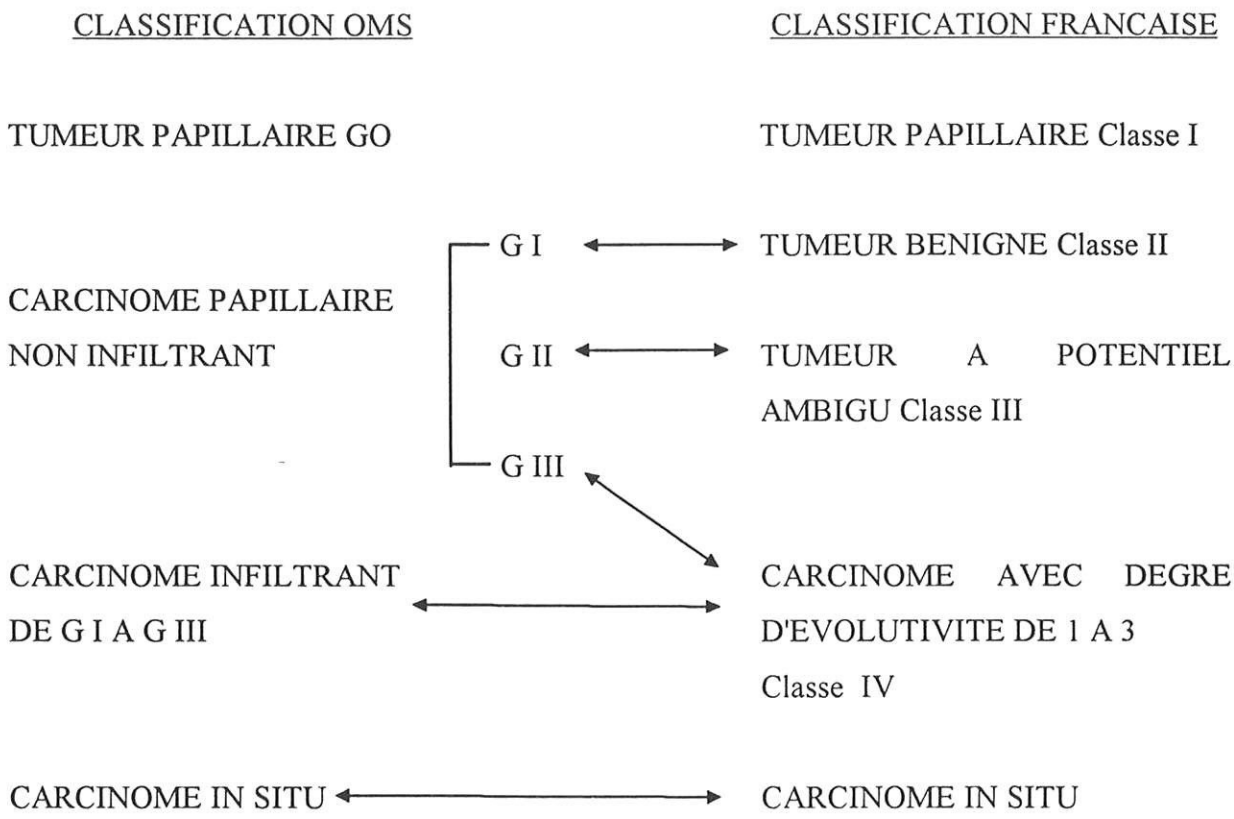
- de leur mode de croissance : papillaires, infiltrants, mixtes, ou bien carcinomes in situ, avec une croissance purement intra épithéliale,
- du grade cellulaire estimé en fonction du degré d'atypie

grade 0 : pas d'atypie cellulaire, le revêtement reproduit l'urothelium normal.

grade I : faible degré d'atypie avec quelques anomalies nucléaires minimes et focales.

grade II : atypie modérée avec des anomalies cytologiques nettes et une activité mitotique augmentée.

grade III : atypie sévère avec des anomalies nucléocytoplasmiques, une désorganisation architecturale et une activité mitotique intense.



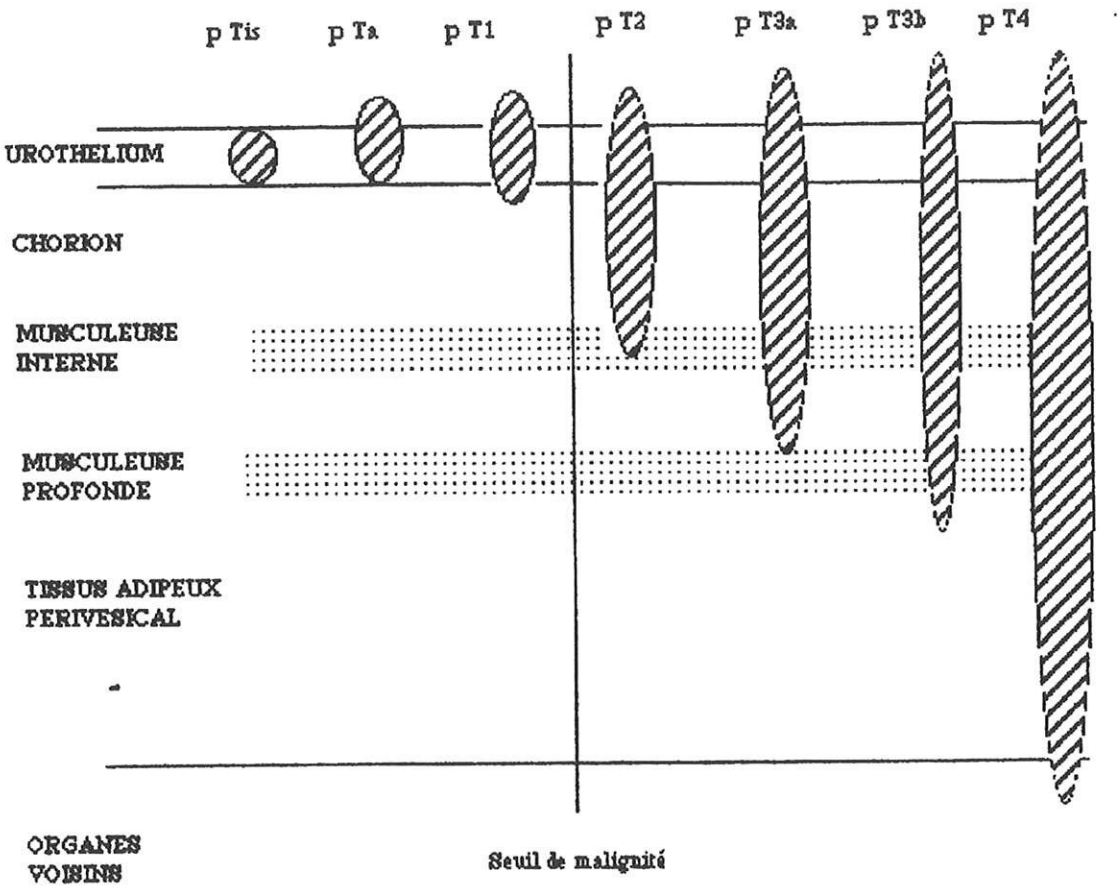
Les tumeurs superficielles de la vessie se caractérisent par un exceptionnel pouvoir de récidive.

La plupart d'entre elles peuvent être considérées comme la "manifestation floride d'une maladie tumorale diffuse" de l'urothelium, ce qui explique que les récidives surviennent en des sites parfois distincts de celui de la tumeur initiale.

Par ailleurs, lors de chaque récidive, il y a un risque de progression vers une tumeur infiltrante.

Cette menace permanente de récidive et d'évolution vers la malignité avérée font que la frontière entre bénin et malin est difficile à établir et explique que l'Organisation Mondiale de la Santé considère dans sa classification la presque totalité des tumeurs papillaires non infiltrantes comme des carcinomes.

Le stade pathologique de la tumeur sera évalué d'après la classification TNM



Le p précédant le T indiquant qu'il s'agit d'une évaluation microscopique

TUMEUR LOCALE (16)

Tx : Tumeur locale non évaluable

T0 : Pas de tumeur locale décelable

TA : Carcinome papillaire non invasif

TIS : Carcinome in situ

T1 : Tumeur envahissant le chorion

T2 : Tumeur envahissant le muscle superficiel (mais ne dépassant pas la moitié de l'épaisseur du muscle)

T3 a : Tumeur envahissant le muscle profond

T3 b : Tumeur envahissant la graisse périvésicale

T4 a : Tumeur envahissant les organes voisins (prostate - vagin - utérus)

T4 b : Tumeur fixée sur les parois pelvienne ou abdominale

GANGLIONS LOCO-REGIONAUX (16)

Nx : Ganglions locaux non évaluables

N0 : Pas d'envahissement des ganglions loco-régionaux

N1 : Métastase au niveau d'un ganglion unique inférieur ou égal à 2 cm

N2 : Métastase au niveau d'un ganglion unique supérieur à 2 cm et inférieur à 5 cm, ou bien plusieurs ganglions inférieurs à 5 cm

N3 : Métastase dans un ganglion supérieur à 5 cm

METASTASE A DISTANCE (16)

Mx : Métastase non décelable

M0 : Pas de métastase à distance

M1 : Métastase à distance

II - LES TUMEURS SUPERFICIELLES : TIS ; Ta ; T1

Dans 85 % des cas, le signe révélateur d'une tumeur vésicale sera l'hématurie (46).

Parfois, ce sera des signes d'irritation vésicale avec des mictions impérieuses, une pollakiurie, ou bien plus rarement une dysurie.

1) LE BILAN DIAGNOSTIC

Il doit permettre de déterminer le stade pathologique de la tumeur ainsi que son grade dont dépendra la conduite thérapeutique.

Il comprend :

- l'urographie intraveineuse,
- l'échographie suspubienne et transrectale,
- la cytologie avec, quand l'infrastructure le permet, cytofluorométrie et analyse quantitative de l'ADN qui ont un intérêt pronostic certain,
- fibroscopie vésicale,
- résection endoscopique, qui est un geste thérapeutique, mais aussi diagnostic, puisqu'elle permet l'analyse histologique qui précisera l'infiltration et le grade de la tumeur.

2) LES MOYENS THERAPEUTIQUES

Le traitement va avoir 3 objectifs principaux (23) :

- ablation complète de la tumeur,
- prévention de la récidive,
- éviter la progression vers l'infiltration.

La résection endoscopique, si elle est complète, permet parfois le contrôle de la maladie, sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres traitements.

L'évolution des tumeurs superficielles après résection endoscopique est variable en fonction du stade et du grade de la tumeur.

pTa → 55 % de guérisons

45 % de récidive → 40 % au même stade

45 % de récidive → 5 % à un stade de malignité avérée

T1 (29) → 5 % de guérisons

95 % de récidive → 65 % au même stade

95 % de récidive → 30 % à un stade de malignité avérée

Le taux de récidive à un an d'une tumeur de grade I sera de 30 %, alors que celui d'une tumeur de grade III sera de 80 % (48).

De la même manière, le taux de progression d'une tumeur de grade I sera de 2 %, alors que celui d'une tumeur de grade III sera de 45 % (48).

Les instillations endovésicales de BCG (immunothérapie) ou bien de mitomycine C (chimiothérapie) constituent un traitement prophylactique des récidives et de la progression.

Elles permettent, en ce qui concerne le BCG de diminuer de moitié la fréquence des récidives et multiplieraient par 2 l'intervalle entre les récidives (28).

Elles diminuent de moitié le risque de progression et retardent l'indication de la chirurgie radicale (48).

Dans le cas du carcinome in situ, l'immunothérapie permet un contrôle de la maladie dans 70 % des cas (48).

La BCG thérapie n'est pas un traitement dénué de risque, puisqu'elle peut entraîner des complications loco-régionales, et également des manifestations générales.

Elle ne sera donc pas appliquée à toutes les tumeurs superficielles, mais seulement à celles considérées à haut risque de récidive ou de progression.

En effet, si la menace est imprévisible, elle est tout de même corrélée à un certain nombre de caractéristiques de la tumeur (23) :

- le grade de différenciation cellulaire,
- le stade invasif
- le caractère multifocal,
- la taille de la tumeur,
- l'état de l'urothelium adjacent.

La précocité d'une récidive est également un facteur de mauvais pronostic. En l'absence de récidive 3 mois après la résection endoscopique, Fitzpatrick a montré que le patient avait 79 % de chances de ne pas récidiver. Ce facteur n'a, par contre, apparemment pas d'influence en ce qui concerne la progression (23).

La chirurgie a également sa place dans le traitement des tumeurs superficielles.

La cystectomie partielle trouve ses indications dans les tumeurs superficielles difficilement accessibles par endoscopie par exemple, celles développées dans un diverticule (29).

La cystoprostatectomie est également parfois nécessaire d'emblée pour les tumeurs ayant un potentiel de gravité.

3) INDICATIONS THERAPEUTIQUES (33 - 48)

Carcinome in situ : BCG thérapie

Si échec du premier cycle de 6 instillations, chirurgie radicale.

Tumeur stade Ta : Résection endoscopique seule

sauf si
- grade III → RTU + BCG
- multifocale → RTU + BCG
- taille > 5 cm → RTU + BCG
- plus de deux récidives dans la même année → RTU + BCG

Tumeur stade T1 :
- Résection endoscopique + BCG si pas de facteur de mauvais pronostic
- Cystoprostatectomie si association de facteur de mauvais pronostic

Pour les tumeurs n'ayant pas de potentiel de gravité, c'est-à-dire n'associant pas plusieurs facteurs de mauvais pronostic, l'association résection endoscopique, BCG thérapie permet le contrôle de la maladie dans 80 % des cas (29) au prix d'une surveillance endoscopique trimestrielle ou semestrielle, pénible pour le patient et dangereuse pour l'urètre (4).

Dans 20 % des cas, l'escalade thérapeutique est nécessaire.

Les tumeurs T1 ayant un potentiel de gravité, doivent bénéficier d'emblée d'une chirurgie radicale, car à ce stade précoce avant infiltration, elle permet une survie à 5 ans de 85 % (33).

III - LES TUMEURS INFILTRANTES : T2 ; T3 ; T4

Elles représentent 20 à 30 % des tumeurs vésicales.

1) BILAN D'EXTENSION (46)

En plus des examens précédemment décrits, nécessaires au diagnostic et à la détermination du stade et du grade de la tumeur, il est nécessaire de réaliser un bilan d'extension puisque l'on sait qu'à partir du moment où la tumeur infiltre le muscle, le risque de micro-métastase est de 50 % (11).

Le bilan loco-régional va rechercher une atteinte ganglionnaire :

- scanner pelvien,
- lymphographie bipédieuse,
- IRM parfois.

Le bilan général va rechercher l'existence de métastases

- scintigraphie osseuse,
- radio pulmonaire, voire tomographie,
- échographie hépatique ou scanner.

Malgré tous les progrès de l'imagerie, il y a, dans 30 % des cas, une sous estimation du stade pathologique en préopératoire (46).

2) LES MOYENS THERAPEUTIQUES

La chirurgie radicale : cystoprostatectomie

Elle consiste à enlever la vessie et son entourage cellulo-graisseux, ainsi que l'urètre prostatique.

C'est actuellement le seul traitement reconnu et employé dans un but curatif. Elle est nécessaire parfois à titre palliatif.

Le type de dérivation urinaire utilisé après cystoprostatectomie, s'il influence la qualité de vie, n'influence pas la survie (29).

Les dérivations urinaires non continentes peuvent être :

- directe urétéro-cutanéo-stomie qui ne sont plus pratiquées,
- indirecte après interposition d'un greffon iléal urétéro-iléo-cutanéo-stomie ou intervention de Briker. Elle nécessite un appareillage externe pour collecter les urines, et si elle a fréquemment été utilisée, car la technique était fiable et bien codifiée, son caractère mutilant, le rejet culturel envers la stomie, retardait souvent l'indication de la chirurgie radicale (32).
  La fréquence de cette intervention a décru de plus de 50 % (22), et elle n'est plus proposée qu'à titre palliatif, ou quand il existe une contre-indication au remplacement vésical.

Les dérivations urinaires continentes

Il existe de nombreuses techniques différentes, mais le principe reste le même. On confectionne un réservoir à partir d'un segment intestinal qui sera relié à la peau par une stomie possédant une valve continente. L'évacuation du réservoir se fera régulièrement par autosondage et il n'est pas nécessaire d'avoir un appareillage externe collectant les urines.

Le remplacement vésical

Il consiste à confectionner une néo-vessie à l'aide d'un segment intestinal, puis à la raccorder à l'urètre. Il existe de nombreuses techniques différentes, mais toutes permettent au patient d'uriner par les voies naturelles. Unanimement le principe du remplacement est reconnu

comme un véritable progrès en ce qui concerne la qualité de vie des patients, mais les indications restent limitées et cette technique ne peut pas être proposée à tous.

La radiothérapie (11)

Elle a longtemps été utilisée en préopératoire, puis abandonnée dans les années 80, des études ayant montré que les taux de survie et de récidive locale après cystectomie seule étaient les mêmes. Elle n'est plus utilisée qu'à titre palliatif.

La chimiothérapie (34)

Quatre produits ont fait la preuve de leur efficacité utilisés en associations.

Ce sont l'adriamycine, la vinblastine, le méthotrexate et le Cisplatine.

Les 2 principaux protocoles utilisés sont CMV, associant cisplastine, méthotrexate et vinblastine et le MVAC associant méthotrexate, vinblastine, adriamycine et cisplastine.

La chimiothérapie sera utilisée en préopératoire, quand le stade de la tumeur est supérieur à T3a.

Si la réponse au traitement est bonne, la chirurgie radicale sera alors réalisée en gardant un but curatif.

Une étude récente montre qu'à 25 mois, en cas de réponse complète (stade < T1 sur la pièce opératoire) le taux de survivants est de 91 %, alors qu'il n'est que de 37 % en cas de non-réponse (11).

La chimiothérapie est également utilisée en postopératoire dans le cas où un envahissement ganglionnaire a été découvert. Le pronostic est alors fonction du nombre de ganglions envahis (11).

Enfin, la chimiothérapie est utilisée de manière palliative dans les tumeurs métastasées.

3) INDICATIONS THERAPEUTIQUES

T2 ou T3a N0M0	Cystoprostatectomie
T3B ou T4 Tumeurs N + M0	Chimiothérapie suivie d'une cystoprostatectomie si bonne réponse
	Chimiothérapie et traitement palliatif en cas de non-réponse
Tumeur M+	La présence de métastases est une contre-indication à la chirurgie à visée curative. Les traitements sont uniquement palliatifs.

Le pronostic est fonction du stade de la tumeur et de l'existence d'un envahissement ganglionnaire.

Pour T2 T3a	58 % de survivants à 5 ans (11)
Tumeurs au-delà de T3a	Survie à 5 ans inférieure à 30 % (28)
Tumeurs N+	Survie à 5 ans inférieure à 10 % (11)

CHAPITRE III

LA CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II

I - PRINCIPES ET OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

1) LES OBJECTIFS (32 - 8)

Le premier objectif du chirurgien est de réaliser une intervention à visée **curative**, et pour que celle-ci soit carcinologiquement satisfaisante, il est nécessaire de faire une cystoprostatectomie totale, c'est-à-dire l'ablation de la vessie et de son entourage cellulo-graisseux, de l'urètre prostatique et de la prostate, ainsi qu'un curage ganglionnaire.

Le deuxième objectif est d'assurer un drainage des urines tout en protégeant le haut appareil urinaire.

Le troisième objectif est d'apporter au patient un confort de vie et de modifier le moins possible son schéma corporel. L'idéal est de lui permettre d'uriner par les voies naturelles, avec une bonne continence, des mictions pas trop fréquentes, et de préserver également sa puissance sexuelle.

C'est en 1952 que R. Courvelaire a prôné l'utilisation d'un greffon intestinal dans le remplacement total de la vessie après cystoprostatectomie. L'importance de la mortalité et la médiocrité des résultats fonctionnels n'étaient guère encourageants.

A partir de 1958, M. Camey va jouer un rôle fondamental dans le perfectionnement de cette technique et dans sa diffusion.

Cette intervention va se développer de manière considérable à partir de 1984 à la suite de la publication aux Etats-Unis de l'expérience de M. Camey (40).

2) PRINCIPE DE L'ILEOCYSTOPLASTIE CAMEY II

L'intervention consiste à confectionner un réservoir vésical avec un segment intestinal, qui sera raccordé à l'urètre membraneux après réimplantation des uretères dans le greffon.

Ce réservoir doit (32) :

- avoir une bonne capacité, proche de celle physiologique, de manière à permettre des mictions espacées,
- permettre le stockage des urines à basse pression pour limiter les risques d'incontinence,
- ne pas entraîner de perturbations métaboliques majeures.

Pour M. Camey, l'iléon est apparu à l'usage comme le meilleur segment intestinal susceptible de remplacer la vessie du fait (32) :

- de son excellente vascularisation et de sa mobilité qui permet d'amener l'anse au niveau de l'urètre membraneux,
- de son contenu moins septique que le caecum ou le sigmoïde, ce qui limite les problèmes infectieux,
- de son faible pouvoir de réabsorption par rapport au jéjunum, ce qui limite les complications métaboliques,
- le prélèvement d'un segment iléal ne retentit pas sur le tractus digestif à condition qu'il soit inférieur à 1 mètre et qu'il ne concerne pas les trente derniers centimètres, qui sont le siège de la réabsorption de la vitamine B12 et des sels et acides biliaires.

Dans un premier temps (intervention type CAMEY I), le greffon iléal était disposé en U, les uretères étaient réimplantés à chaque extrémité de l'anse intestinale, et l'anastomose iléo-urétrale était réalisée au milieu de l'anse dans sa partie basse.

Dans ce montage, la persistance du péristaltisme intestinal entraînait, pour de faibles volumes de remplissage, des pics de pression supérieurs à 70 cm H20 qui débordaient les capacités du sphincter externe, entraînant des fuites urinaires. Si la continence de jour était satisfaisante, la nuit, un malade sur deux était incontinent.

Pour pallier cet inconvénient, on a détubulé le segment intestinal afin de réduire le péristaltisme. L'anse est ouverte sur tout son bord antimésentérique et une poche est confectionnée, qui est (32) :

- de plus grande capacité,
- de plus grande compliance,
- basse pression.

La détubulation permet d'obtenir un réservoir d'une capacité moyenne de 430 ml, avec des pics de pression ne dépassant pas 55 cm H20 et un résidu négligeable, inférieur à 60 ml (7).

La configuration en U du greffon a été conservée car elle comble la cavité pelvienne et favorise une bonne répartition des pressions abdominales lors de l'évacuation de la néo-vessie (8).

La détubulation, si elle augmente la durée de l'intervention d'environ une heure, est sans incidence sur la réanimation postopératoire (6) et n'entraîne pas de mortalité ou de morbidité supplémentaire (18 - 41).

Pour protéger le haut appareil urinaire du reflux responsable d'altérations de la fonction rénale, Camey et Leduc ont mis au point et utilisé depuis 1977 une technique de réimplantation des uretères dans le greffon au travers d'un sillon muqueux constituant un dispositif anti-reflux (32).

La cystectomie emportant le sphincter interne (col vésical), il convient, pour ne pas compromettre la continence postopératoire, de ne pas léser le sphincter externe. Camey décrit "une dissection très précise et minutieuse de l'extrémité de la prostate, au contact de la capsule, qui va permettre de conserver intact tout l'appareil sphinctérien externe constitué par la paroi musculaire de la totalité de l'urètre membraneux, sectionné au ras de l'apex prostatique et par le sphincter strié qui l'entoure" (8).

La cystoprostatectomie a longtemps entraîné systématiquement une perte de la fonction érectile. Walsh et Leport, travaillant sur l'impuissance après prostatectomie, ont précisé les rapports anatomiques des nerfs de l'érection et décrit une technique pour les préserver (19).

Cette préservation ne peut se faire qu'au prix d'une dissection minutieuse avec section des ailerons prostatiques et vésicaux au ras des organes.

Le curage ganglionnaire doit être plus limité et ne peut pas être réalisé en monobloc.

II - DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE DE LA CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II

A - LA CYSTOPROSTATECTOMIE TOTALE (8 - 15)

Incision médiane sous ombilicale prolongée au-dessus de l'ombilic en le contournant par la gauche.

Temps latéraux réalisés à droite puis à gauche :

- décollement péritonéal et dissection latéro-vésicale,
- repérage du canal déférent qui est sectionné entre deux ligatures au vicryl 2/0. On abandonne l'extrémité proximale et on dissèque l'extrémité distale jusqu'aux vésicules séminales, dans le plan de décollement avasculaire entre la face postérieure des canaux déférents et des vésicules séminales, et le sac péritonéal. On chemine ainsi jusqu'à la ligne médiane et la face postérieure de la prostate recouverte par l'aponévrose de Denonvillier,
- curage ilio-obturateur avec lymphostase par clips,
- hémostase par section entre deux ligatures de l'artère ombilicale et des deux artères vésico-prostatiques,
- dissection des uretères qui sont sectionnés le plus bas possible et mise en place d'une sonde urétérale,
- la même manoeuvre est répétée de l'autre côté.

Extra péritonisation enlevant la partie du péritoine adhérant au dôme et au versant postérieur de la vessie.

Dissection de la face postérieure de la vessie et clivage prostato-rectal

Le péritoine du cul-de-sac de douglas étant ouvert, on pénètre dans le plan situé en arrière des vésicules séminales et du fascia de Denonvilliers, en avant du rectum. La dissection est poursuivie jusqu'au bec de la prostate.

Temps antérieurs

- On aborde la face antérieure de la vessie, section après ligature des ligaments pubo-vésicaux et hémostase des grosses veines du retzius.

- L'aponévrose pelvienne est ouverte de part et d'autre de l'apex prostatique. Les faces latérales de la prostate sont disséquées après section des ligaments pubo-prostatiques.

- Ligature-section à la pince automatique des veines du plexus de santorini.

- Incision de l'expansion antéro-latérale pré-prostatique du sphincter strié qui double en profondeur le plexus de santorini et se place sur la capsule.

- Une fois repérée la capsule, dissection de la face antérieure de la prostate en restant rigoureusement au contact de la capsule pour épargner les nerfs caverneux des lames neuro-vasculaires de Walsh.
  On isole ainsi le bec de la prostate au sommet duquel émerge l'urètre membraneux.

- Section du bord antérieur de l'urètre, au ras du bec prostatique, de manière à sauvegarder la totalité de l'urètre membraneux et de son étui sphinctérien.
  Repérage par deux fils de Maxon 4/0 des extrémités latérales, puis section du bord postérieur.

Dissection rétrograde (1 -19)

Entre la face postérieure de l'urètre et la face antérieure du rectum, il reste un plan fibromusculaire qui attache le bord postéro-inférieur de l'apex prostatique au plancher pelvien.

Ce plan est ouvert sur la ligne médiane, ce qui permet de retrouver le plan inter-prostato-rectal que l'on avait abordé par le haut.

Ligatures puis sections des ailerons prostatiques au ras de la glande puis des vaisseaux destinés aux vésicules séminales, au ras également, afin de préserver les nerfs de l'érection.

Il reste à ligaturer puis sectionner les ailerons de la vessie. Ces ligatures seront réalisées par des fils appuyés de vicryl 2/0 et des clips en titane.

Exérèse de la pièce de cystoprostatectomie totale. Vérification de l'hémostase.

B - ILEOCYSTOPLASTIE DETUBULEE TYPE CAMEY II

Isolement du greffon (15)

- Repérage des dernières anses grêles et isolement d'un greffon intestinal de 60 cm de long, réalisé à 20 cm de la valvule iléo coecale.

- Découpe d'un triangle mésentérique à base intestinale centré sur les pédicules vasculaires.

- Ligatures des vaisseaux transverses du mésentère aux vicryl 3/0.

- Rétablissement de la continuité digestive par une anastomose iléo-iléale latéro-latérale à la pince GIA, l'orifice d'entrée de la pince étant refermé par une rangée d'agrafes TA 55.

- Fermeture de la brèche mésentérique par des points en x de vicryl 2/0.

Détubulation du greffon (15)

- Le greffon est nettoyé au sérum betadiné, puis on pose 4 fils de repérage : 2 aux extrémités latérales du greffon, 1 au milieu qui marquera la plicature, 1 dernier au niveau de l'implantation de la future anastomose iléo-urétrale (schéma n° 1).

- Détubulation du greffon par ouverture de celui-ci sur tout son bord anti-mésentérique. On procède à un nouveau nettoyage à la bétadine de la muqueuse intestinale.

- Confection du plan postérieur (schéma n° 2) après plicature du greffon par bascule vers la droite de l'extrémité gauche, on anastomose par un surjet au Maxon 4/0 la face antérieure du jambage iléal supérieur à la face postérieure du jambage iléal inférieur.

Implantation des uretères dans le greffon selon le procédé anti-reflux de Camey et Le Duc (2 - 32)

Incision de la paroi postérieure du greffon afin de réaliser une gouttière muqueuse de 3 cm.

L'uretère est introduit dans la gouttière, son extrémité est spatulée et solidement fixée par trois points de fils résorbables, puis il est fixé latéralement aux berges de la gouttière par des sutures au Maxon 4/0.

Intubation par une sonde (schéma n° 5).

Fermeture de la face antérieure du greffon par deux hémi-surjets de Maxon 4/0 fermant les parties droite et gauche du greffon et laissant entre elles un orifice de 1 cm 1/2 sur lequel sera réalisée l'anastomose iléo-urétrale.

Confection du versant postérieur de l'anastomose iléo-urétrale par 6 points de Maxon 4/0 dont les noeuds seront noués à l'intérieur.

Extériorisation des sondes urétérales par l'urètre, et mise en place d'une sonde multiperforée de couvelaire qui pénètre dans le jambage droit du greffon.

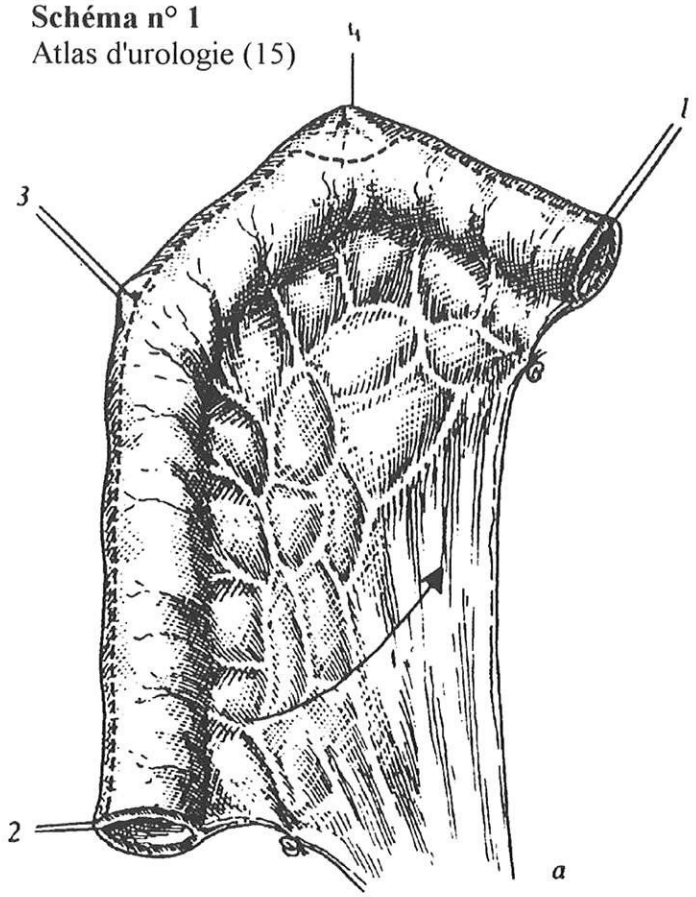
On termine l'anastomose iléo-urétrale par 4 points antérieurs de Maxon 4/0 dont les noeuds seront noués à l'extérieur de l'anastomose.

Vérification de son étanchéité.

- Fixation des extrémités des jambages droit et gauche du greffon au psoas iliaque par un point de cardionyl 4/0.

- Vérification de l'hémostase.
- Toilette à la rifocine.
- Mise en place de deux drains de redon aspiratifs au contact de l'anastomose, l'un en arrière, l'autre en avant de celle-ci.
- Fermeture pariétale au vicryl n° 1.
- Agrafes sur la peau.
- La sonde urétrale est fixée à la racine de la verge par un point de vicryl n° 1, les deux sondes urétérales lui étant solidarisées.

Schéma n° 1
Atlas d'urologie (15)



Prélèvement d'un greffon iléal de 60 cm et mise en place de 4 fils repère.

1 et 2 : extrémités du greffon
3 : zone de plicature
4 : zone d'anastomose urétrale

Le pointillé figurant la zone d'incision antimésentérique.

Schéma n° 2
Atlas d'urologie (15)

Confection du plan postérieur

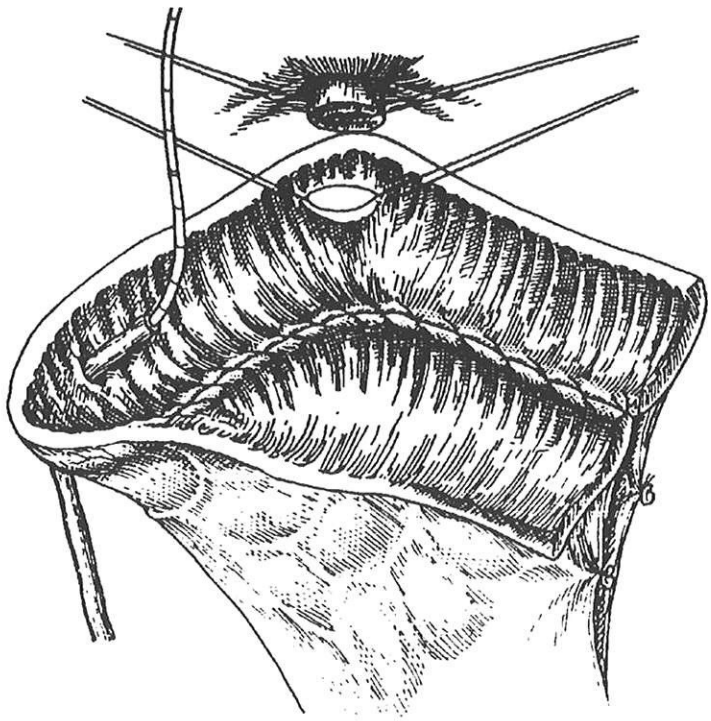


Schéma n° 3 Atlas d'urologie (15)

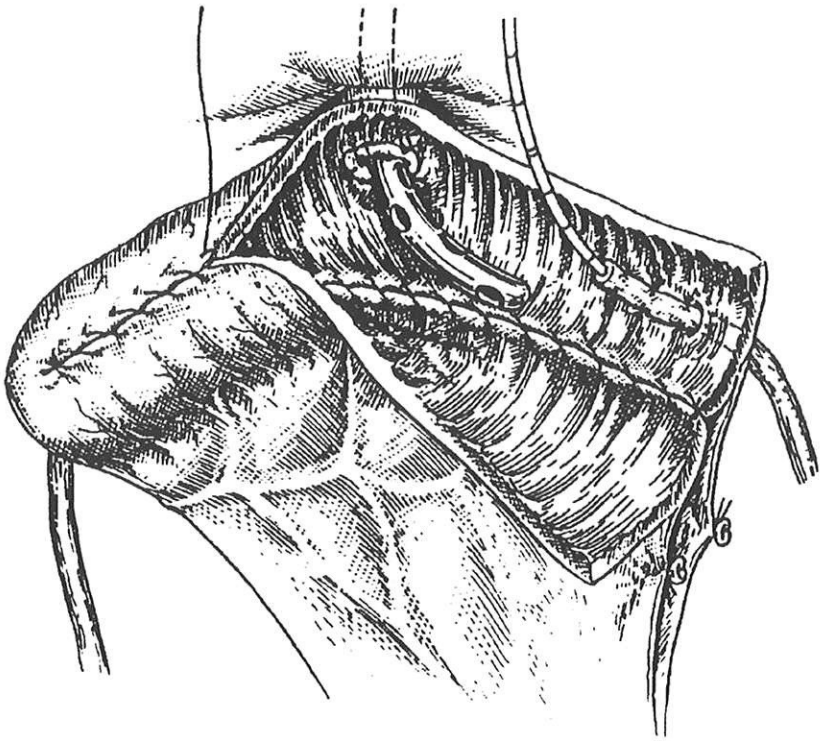


Schéma n° 4

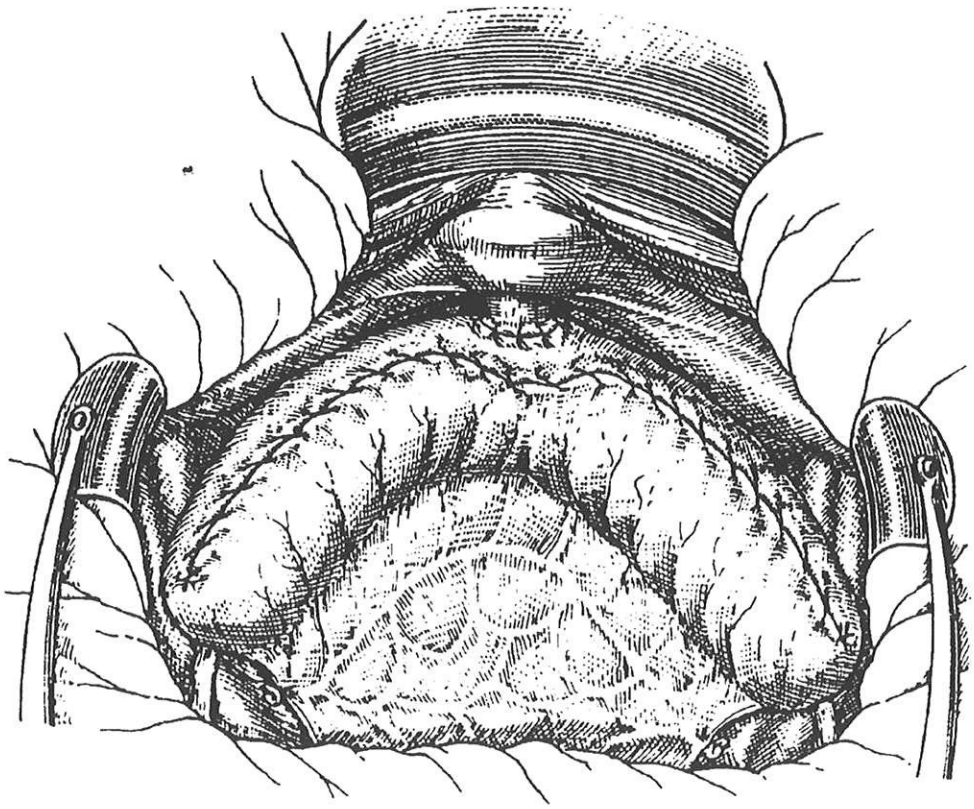
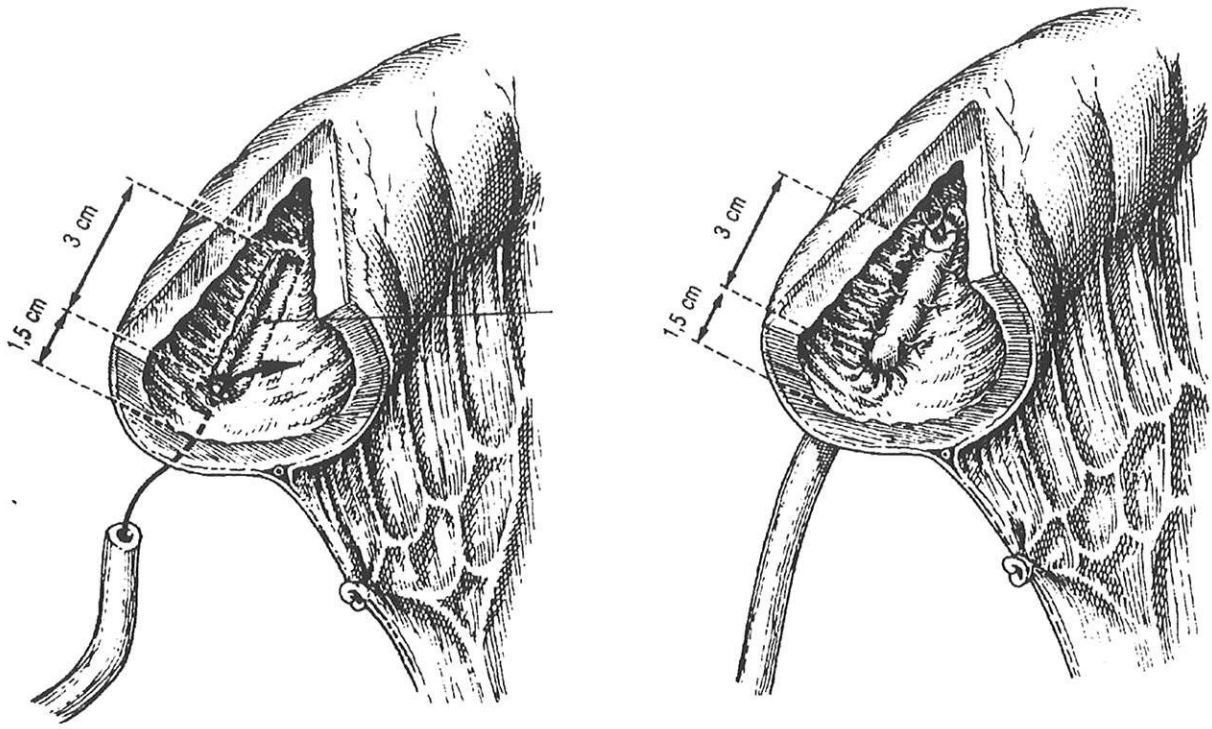
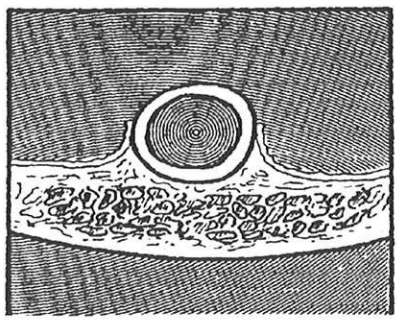


Schéma n° 5
Atlas d'urologie (15)

Implantation anti-reflux des uretères par la technique du sillon muqueux de CAMEY et LEDUC





Journal d'urologie (32)

III - COMPLICATIONS

A - COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES NON LIEES A LA TECHNIQUE

Tout acte chirurgical majeur inclut une mortalité et une morbidité liées principalement :

- aux complications thromboemboliques à des degrés de gravité divers, de la phlébite à l'embolie pulmonaire ;

- aux complications cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus) ;

- aux complications infectieuses (surinfection bronchique, septicémie, abcès) ;

- aux complications digestives (iléus paralytique, ulcère de Stress).

Les progrès de la réanimation, l'antibiothérapie, les anticoagulants et l'alimentation parentale ont permis de diminuer la mortalité.

Dans toutes les séries, la mortalité est inférieure à 3 % (8).

La détubulation, si elle allonge la durée de l'intervention, n'entraîne aucune mortalité ou morbidité supplémentaire (18).

B - COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES EN RAPPORT AVEC LA TECHNIQUE

1 - Métabolique

La muqueuse intestinale de la néovessie gardant son pouvoir d'absorption et d'excrétion, des troubles métaboliques peuvent survenir dans les premiers mois.

Par la suite, le contact prolongé avec l'urine va entraîner une modification de la muqueuse qui va perdre peu à peu ses caractéristiques intestinales pour s'approcher de celles d'une muqueuse vésicale (32).

La détubulation, en augmentant la surface muqueuse de la néovessie, a rendu ces troubles plus fréquents, mais ils ne sont jamais préoccupants.

a) Acidose hyperchlorémique liée à l'absorption du chlore et du sodium en échange des bicarbonates qui sont excrétés. Elle est généralement modérée, sans manifestation clinique et facilement compensée par l'absorption de boissons alcalines.

b) L'hypokaliémie liée aux échanges passifs d'eau et de potassium. Elle est peu fréquente mais nécessite tout de même une surveillance régulière du ionogramme.

2 - Digestives

a) Occlusion sur bride nécessitant une nouvelle intervention pour réaliser une colostomie de décharge transitoire.

b) Fistules digestives. Elles sont très rares depuis l'utilisation des sutures mécaniques.

3 - Urinaires

a) Le reflux

La technique de réimplantation anti-reflux des uretères à la néovessie permet une bonne protection du haut appareil urinaire.

L'enquête de l'AFU en 1987 (32) retrouvait :

- Absence de reflux	84 % des cas
- Reflux radiologique sans manifestation clinique	12 % des cas
- Reflux symptomatique	4 % des cas

Des résultats plus récents confirment une réelle protection du haut appareil urinaire dans 85 % des cas (2).

Les reflux symptomatiques étant exceptionnels.

b) Sténose urétéro-iléale

Leur mécanisme n'est pas connu, mais il pourrait s'agir d'une ischémie de l'extrémité distale de l'uretère disséqué ; d'une sténose fibreuse du trajet anti-reflux ou de la traversée urétéro-néovésicale (20).

Le risque de sténose est évalué différemment selon les séries, de 2 % (2) à 10 % (6).

Cette disparité peut s'expliquer par le fait que pour établir leur pourcentage, certains auteurs ne vont compter que les sténoses ayant nécessité une réintervention, tandis que d'autres auteurs compteront également celles ayant régressé spontanément.

L'enquête de l'AFU (32) estime le risque de sténose à 6 %. Pour Hautmann qui utilise l'implantation anti-reflux sur sa vessie iléo-caecale, le risque est de 3,6 % (22). L'étude réalisée au Centre Médico-Chirurgical Foch (6) montre elle, toujours avec la technique du sillon muqueux, un risque de sténose de 10 % avec un pourcentage de régression spontanée de 34 %. Plus la sténose se produit tardivement, et plus les chances de régressions spontanées sont minimes.

c) Sténose urétro-iléale

Elles sont rares (2 % dans l'enquête de l'AFU) et sont la plupart du temps traitées par urétrotomie interne.

d) Fistule urinaire

Au niveau de l'implantation urétéro-iléale, elles sont rarissimes depuis l'utilisation de la technique de sillon muqueux.

Elles sont plus fréquentes au niveau de l'anastomose iléo-urétrale, mais toutes ne nécessitent pas de réintervention, le drainage prolongé permettant souvent de les tarir spontanément.

L'enquête de l'AFU montrait 6 % de fistule urinaire (32).

e) L'infection urinaire

La stérilité permanente des urines est acquise pour plus de 70 % des patients (32).

Ces bons résultats s'expliquent d'une part par le bon contrôle du reflux, et d'autre part par l'évacuation correcte de la néovessie (résidus < 60 ml).

f) L'insuffisance rénale

La fonction rénale ne s'altère pas avec le temps dans la mesure où il n'existe pas de reflux symptomatique (8).

g) Lithiase urinaire

TERAI (47) a montré que l'excrétion urinaire du calcium, du phosphore et du magnésium était plus élevée chez les patients porteurs de dérivation continente, le risque lithiasique étant alors plus important.

Certains auteurs transposent ces résultats à la néovessie qui fonctionne en fait comme un réservoir continent (12).

En fait, dans les différentes séries de la littérature que nous avons étudiées, le risque de lithiase n'apparaît que quand les opérateurs utilisent pour confectionner la néovessie des autosutures mécaniques non résorbables (41).

h) Production de mucus

Il est normal que la néovessie produise du mucus, surtout dans les premiers mois. Parfois, cette production est trop abondante et des agglomérats muqueux peuvent gêner l'évacuation de la néovessie et favoriser des problèmes infectieux, voire même provoquer des rétentions d'urine. Un lavage sous contrôle endoscopique est alors nécessaire pour régler le problème.

i) Le risque de distension du greffon

La capacité des néovessies tubulaires était figée et n'augmentait pas avec le temps.

Dans le cas des néovessies détubulées, on observe une augmentation de leur capacité (jusqu'à 109 % en 2 ans) qui s'accompagne d'une diminution de la pression intra-luminale et d'une augmentation de la compliance (27).

A court terme, le résultat est positif avec une diminution de la fréquence des mictions, mais à long terme, il y a un risque de distension du greffon.

Pour certains auteurs, la distension pourrait provoquer des perforations, et ils conseillent à leurs patients "trop bien continents" de s'astreindre à 1 ou 2 mictions nocturnes pour la prévenir (18).

Certaines études montrent à long terme, à cause de la distension et de l'augmentation de la compliance, des difficultés d'évacuation de la néovessie avec d'importants résidus post-mictionnels et la nécessité alors de recourir à des autosondages (3,6 % des cas pour Hautmann (22) ; 3,3 % des cas pour les poches de Kock anastomosées à l'urètre (7)).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de vessie iléale détubulée type Camey II pour lesquelles le recours à l'autosondage aurait été nécessaire.

Au contraire, toutes les séries montrent des résidus post-mictionnels inférieurs à ceux retrouvés pour les autres vessies détubulées.

C - LES COMPLICATIONS D'ORDRE FONCTIONNEL

1 - La continence

La récupération de la continence nécessite en premier lieu que le sphincter péri urétral ait été préservé lors de l'intervention (totalité de l'urètre membraneux, du sphincter péri urétral, de l'innervation) (13).

Une atteinte à ce niveau entraînerait une incontinence totale et des fuites urinaires permanentes diurnes comme nocturnes.

Le sphincter étant préservé, la continence va dépendre des caractéristiques de la néovessie, de la rééducation et de la motivation du patient.

a) La continence diurne

Elle est acquise le jour dans pratiquement tous les cas, avec une fréquence de miction normale.

Si la détubulation n'a pas amélioré le pourcentage de patients continents de jour, elle a permis par contre d'obtenir cette continence de manière plus précoce, avec des mictions espacées en moyenne de 3 à 4 heures (41).

LA CONTINENCE DIURNE DANS DIFFERENTES SERIES DE LA LITTERATURE :

A propos des vessies iléales détubulées type CAMEY II

Etude réalisée à la Clinique St-Jean Languedoc de Toulouse (41)	→	97 % des patients sont continents le jour avec une autonomie de 3 à 4 heures
Service urologique Foch 2 études (7 et 5)	→	95 % autonomie moyenne de 4 heures
	→	93 %
Etude Muticentrique (18)	→	89 % de continence diurne parfaite au 3ème mois postopératoire

b) La continence nocturne

C'est indiscutablement l'impact le plus important de la détubulation (7) puisqu'elle est obtenue en moyenne chez 80 % des patients (contre 50 % avec la vessie tubulée).

Le réflexe d'inhibition qui prenait son origine dans les neuro-récepteurs vésicaux était responsable du réveil à vessie pleine et de la contraction réflexe du sphincter strié (13).

Ce réflexe ayant disparu, le besoin ressenti comme une impression de plénitude est parfois insuffisant pour réveiller le patient. Par ailleurs, la pression de clôture urétrale étant plus faible durant le sommeil du fait de la disparition du tonus volontaire, ce n'est souvent que lors du passage de l'urine dans l'urètre que le patient sera réveillé et pourra stopper les urines par contraction volontaire du sphincter péri-urétral.

Les fuites, quand elles se produisent, sont donc peu importantes (ce ne sont plus les fuites en jet liées au pic de pression intraluminale provoquées par le péristaltisme dans les vessies tubulées).

La récupération de la continence nocturne nécessite une rééducation par des réveils programmés, comme pour la vessie tubulée, mais cette rééducation sera plus facile, plus courte avec un pourcentage de succès nettement plus important (7).

Toutefois, la continence nocturne ne peut pas être assurée chez les patients qui ne veulent pas se lever la nuit.

3 - L'impuissance

Elle est liée à la prostatectomie et ne dépend donc pas de la technique de dérivation urinaire employée.

Elle a longtemps été inéluctable, mais les travaux de WALSH et LEPOR, en précisant les rapports anatomiques des nerfs de l'érection, ont permis de mettre au point une technique de dissection de la prostate permettant de préserver la puissance sexuelle.

Pour certains auteurs, cette technique, en limitant le curage ganglionnaire, risque de compromettre les résultats carcinologiques de l'intervention (26).

Une enquête américaine (42) portant sur les patients opérés d'une cystoprostatectomie avec technique de préservation des nerfs de l'érection, montre qu'il n'existe pas plus de récidive locale.

Donc la limitation de la lymphadénectomie, ne compromet pas le contrôle local de la maladie.

L'enquête de l'AFU en 1987 (32) montrait que seulement 12,23 % des patients conservaient des érections.

IV - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

L'iléocystoplastie type Camey II est une intervention chirurgicale lourde, techniquement difficile, qui ne doit pas être proposée dans tous les cas où la cystectomie est nécessaire.

A - CONTRE-INDICATION ABSOLUE

1- La chirurgie palliative

Cette intervention ne doit être proposée que dans un but curatif. Si une cystectomie de "propreté" doit être réalisée, elle doit se poursuivre par une dérivation cutanée des urines (8).

Il est inutile de proposer au patient une intervention plus lourde, nécessitant ensuite une rééducation quand son espérance de vie est limitée.

Donc, quel que soit le stade de la tumeur, s'il existe des métastases, le reconstruction vésicale ne sera pas envisagée.

2 - Tumeur envahissant le col vésical ou l'urètre prostatique

Si les biopsies réalisées en préopératoire au niveau du col vésical ou de l'urètre prostatique sont positives, ou bien si l'examen extemporané des recoupes urétrales montre un envahissement, l'urètrectomie est alors indispensable et le remplacement vésical impossible (8).

Il est impératif de respecter cette contre-indication si l'on tient à obtenir des résultats satisfaisants d'un point de vue carcinologique.

Si le remplacement est effectué en respectant cet impératif, le risque de récidive urétral est faible (environ 2 %) et la surveillance est facilitée.

B - CONTRE-INDICATION RELATIVE

Cette intervention ne doit être proposée qu'à des sujets pouvant espérer une survie de bonne qualité (8).

On la réserve donc à des patients dont l'âge physiologique est inférieur à 70 ans et qui ne sont pas porteurs de pathologies lourdes comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, l'obésité.

Le patient doit être également motivé, informé et capable de comprendre le fonctionnement de sa néovessie.

C - LES INDICATIONS EN FONCTION DU STADE DE LA TUMEUR

Le carcinome in situ est une indication quand il est diffus ou après échec du traitement par instillation du BCG.

Les tumeurs stade PT1. L'hétérogénéité des tumeurs superficielles de ce stade concernant la récidive, la progression et la réponse aux traitements conservateurs est telle qu'il est difficile de proposer des indications thérapeutiques nettes.

Jusqu'à une période récente, la chirurgie radicale étant très mutilante, le chirurgien avait tendance à en retarder l'indication.

Les progrès réalisés dans les substitutions vésicales, en particulier en ce qui concerne l'iléocystoplastie détubulée, ont permis de modifier les indications thérapeutiques concernant les tumeurs superficielles, et de proposer la chirurgie radicale à un stade plus précoce de la maladie.

Un consensus se dégage actuellement pour retenir comme indication de la chirurgie radicale avec remplacement vésical toutes les tumeurs superficielles T1 présentant des facteurs de gravité et de mauvais pronostics :

- grade élevé
- taille > 5 cm
- multifocalité
- dysplasie de l'urothélium adjacent
- embol lymphatique dans le pied de la tumeur
- échec des traitements conservateurs

Tumeurs PT2 et PT3a. Le remplacement vésical sera envisagé s'il n'existe pas par ailleurs de contre-indication (métastase).

Tumeurs PT3b et PT4. La chirurgie radicale n'est envisagée qu'après chimiothérapie. Le remplacement vésical ne pourra être proposé que si la réponse à la chimiothérapie est complète.

CHAPITRE IV

L'EXPERIENCE DE CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LIMOGES

I - PRESENTATION DE LA SERIE

Entre 1986 et 1995, 13 patients ont été opérés d'une cystoprostatectomie avec iléocystoplastie type Camey II pour un carcinome urothélial. Il s'agit d'une série homogène, l'intervention étant pratiquée par le même opérateur, avec la même technique de base.

Age des patients (Tableau I)

Au moment de l'intervention, l'âge moyen des patients était de 63,6 ans avec des extrêmes de 47 à 73 ans. Lors du questionnaire, la moyenne d'âge était de 69,2 ans avec des extrêmes de 63 à 75 ans.

Fiabilité de l'évaluation du stade T de la tumeur lors de la résection endoscopique (Tableau I)

On constate 4 sous-évaluations
7 évaluations identiques
1 surévaluation

Recul

En moyenne, il est de 59 mois avec des extrêmes de 115 mois à 17 mois (Tableau I)

Indication de la chirurgie radicale

La chirurgie radicale a été proposée d'emblée après la première résection endoscopique pour 7 patients. 2 d'entre eux ont subi une chimiothérapie en préopératoire.

- Un stade PT3a avec un bilan d'extension négatif, mais la présence d'embols vasculaires sur l'analyse histologique de la résection endoscopique.
  1 cure de chimiothérapie préopératoire par Cysplatil Velbe Méthotrexate (Cas n° 3).

- Un stade T3b qui a subi 3 cures de chimiothérapie (par Méthotrexate, Velbe, cysplatil, adriamycine) avec une réponse complète, ce qui a permis de proposer la chirurgie radicale, le bilan d'extension étant négatif (Cas n° 6).

Les 5 autres patients ont été opérés d'emblée. Il s'agissait de :

- 3 stades PT1 (Cas n° 1.8.13) :

  - Minimum, c'est-à-dire pour lesquels la biopsie n'ayant pas comporté de fibre musculaire ; si l'on avait la certitude de l'envahissement du chorion, on ne pouvait rien affirmer en ce qui concerne le muscle.

  - Avec des aspects macroscopiques inquiétants (taille/multiplicité)

  - De grade élevé

- Un stade PT2 et un stade PT3a qui, du fait du caractère infiltrant de la tumeur, ne pouvait pas bénéficier de traitements conservateurs (Cas n° 2 et 10).

Pour 6 autres patients, ce n'est qu'après un certain nombre de récidives et l'échec des traitements conservateurs que la chirurgie radicale a été proposée (Tableau II).

Mortalité (Tableau I)

En périopératoire, aucun décès n'a été déploré.
4 patients sont décédés au moment de l'étude.

- 1 de métastases pulmonaires au 17ème mois postopératoire
- 1 de métastases cérébrales au 15ème mois postopératoire
- 1 d'un choc sceptique alors qu'il présentait une récidive pelvienne au 16ème mois postopératoire
- 1 des complications de la chimiothérapie alors qu'il n'existait ni récidive ni métastase au 5ème mois postopératoire

9 patients sont vivants sans récidive ni métastase.

TABLEAU RECAPITULATIF N° I

Age lors de l'intervention	Age lors du questionnaire	Stade RTU	Grade	Stade Postopératoire	Recul
47 ans	/	PT1	G x	PT3b No Mo	Décès 15 mois Méta. cérébrale
54 ans	63 ans	PT2	G III	PT2 No Mo	115 mois (9 ans 1/2)
58 ans	59 ans	PT3a	G III	PT2 No Mo	17 mois
59 ans	/	PT1	G II	PT1 No Mo	Décès 17 mois Méta. pulmonaire
62 ans	65 ans	PT1	G II	PT1 No Mo	48 mois (4 ans)
63 ans	70 ans	T3b *	G x	T3b * No Mo	92 mois (7 ans 1/2)
67 ans	71 ans	PT2	G II	PT2 No Mo	60 mois (5 ans)
68 ans	73 ans	PT1	G III	PT1 No Mo	70 mois (5 ans 1/2)
69 ans	73 ans	PT1	G III	PT1 No Mo	48 mois (4 ans)
69 ans	/	PT3a	G III	PT3b N+ Mo	Décès 5 mois Complicat. chimio
69 ans	/	PT2	G I	PT3b Nx Mo	Décès 16 mois Récidive pelvienne
70 ans	74 ans	PT2	G II	PT3a No Mo	53 mois (4 ans 1/2)
73 ans	75 ans	PT1	G III	PT1 No Mo	31 mois (2 ans 1/2)

* La profondeur de l'infiltration n'a pu être appréciée histologiquement. Le scanner montrait une infiltration de la paroi vésicale (mais estimée grâce au scanner).

TABLEAU II

Cas	Nombre de récidives	Délais de la 1ère récidive	Nombre de RTU	Cystectomie partielle	Instillation endovésicale	Délais entre diagnostic chirurgie radicale	Motif de la décision de chirurgie radicale
N° 4	7	12 mois	6	2	BCG Mitomycine	150 mois (12 ans 1/2)	- Progression Ta-T1 - Multifocal - Echec tt conservateur
N° 5	1	10 mois	2	/	BCG	12 mois	- Progression T1 mais effleure la musculeuse
N° 7	5	6 mois	6	/	BCG Mitomycine	66 mois (5 ans 1/2)	- Progression avec infiltration musculeuse T2
N° 9	2	10 mois	2	1	BCG Mitomycine	18 mois	- Multiple - Lésion du dôme difficilement accessible - Grade III
N° 11	5	3 mois	5	/	BCG Mitomycine	65 mois (5 ans 1/2)	- Progression T2
N° 12	2	9 mois	3	/	BCG Mitomycine	21 mois	- Progression T2

II - CAS CLINIQUES

CAS N° 1

Monsieur R. âgé de 47 ans au moment de l'intervention

ANTCDS 2 résections prostatiques trans-urétrales en 86 et 87 pour une prostatite chronique avec une symptomatologie douloureuse persistante qui conduit à réaliser un scanner en 87 qui était normal et une U.I.V. en 90 normale également.

Diagnostic En septembre 91, découverte d'une tumeur d'aspect inquiétant de la face latérale droite de la vessie.

Résection endoscopique Stade PT1 minimum
(pas de fibre musculaire sur la pièce examinée).

Bilan d'extension Scanner pelvien montrant un aspect d'infiltration du muscle vésical.

Intervention En novembre 91, stade PT3b Gx No Mo.

Suites opératoires
- Collection sous-cutanée qui s'évacue spontanément.
- Désordre métabolique à type d'hypokaliémie et d'hypercalcémie.

Complications 1 mois après l'intervention, découverte d'une stase à l'U.I.V. faisant craindre une sténose des anastomoses iléo-urétérales. Disparition spontanée en 3 mois.

Résultats fonctionnels
- Erection conservée.
- Continence Diurne parfaite.
- Reprise du travail après 5 mois.

Sur le plan carcinologique Découverte de métastases cérébrales avec hydrocéphalie nécessitant une dérivation ventriculo-péritonéale en août 92 (soit 9 mois après l'intervention) et une radiothérapie. Du fait de la discordance anatomo-clinique, une biopsie cérébrale est réalisée révélant un carcinome peu différencié compatible avec un primitif vésical.

Le bilan urologique était normal.

Décès en février 1993, soit 15 mois après l'intervention.

CAS N° 2

Monsieur Be âgé de 54 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic Hématurie microscopique découverte lors d'un bilan de médecine du travail. La cystoscopie révèle une tumeur située en arrière de l'orifice urétéral droit en avril 86.

Résection endoscopique Carcinome urothélial infiltrant jusqu'à la musculeuse PT2 G III.

Bilan d'extension Normal.

Intervention

- C'est le premier patient de la série opéré et la réimplantation des uretères dans le greffon a été faite à droite selon le procédé de la manchette et à gauche selon la technique de Late Better.
- Juin 1986, l'analyse anatomo-pathologique de la pièce de cystectomie ne trouve que des tissus cicatriciels, mais pas de tumeur résiduelle.

  PT2 GIII No Mo.

Suites opératoires Réintervention précoce sur une fuite au niveau de l'anastomose iléo-urétrale.

Complications

- En janvier 93, la créatinine est élevée à 150 avec une U.I.V. montrant une distension urétéro-pyélocalicielle bilatérale. La cystoscopie révèle un reflux massif faisant craindre une sténose de l'anastomose urétro-iléale.
  La résection endoscopique révèle un urètre sain sans sténose notable, mais avec une prolifération de tissus péri-anastomotiques qui sont alors resséqués. La créatinine s'est normalisée, mais il persiste un reflux.
- Infections urinaires basses survenant de 1 à 3 fois par an.

Résultats fonctionnels

- 1/2 érection ne permettant pas les rapports.
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne non acquise.

Sur le plan carcinologique Pas de métastase ni de récidive locale avec un recul de 9 ans 1/2.

CAS N° 3

Monsieur Jo âgé de 58 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic Mai 94, mictions impérieuses et pollakiurie qui conduisent à réaliser une cystoscopie qui révèle une lésion tumorale. L'U.I.V. révèle un début de retentissement au niveau de l'uretère pelvien gauche.

Résection endoscopique Carcinome infiltrant PT3a.
Embol vasculaire au niveau du pied de la tumeur.

Bilan d'extension Négatif.

Traitement complémentaire 1 cure de chimiothérapie en préopératoire.

Intervention Juillet 94. Stade de la tumeur PT2 G III No Mo.

Suites opératoires Embolie pulmonaire minime.

Complications Aucune

Résultats fonctionnels

- Perte de l'érection..
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne acquise.
- Reprise du travail après 3 mois.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 17 mois.

CAS N° 4

Monsieur Ma âgé de 59 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic Hématurie en juillet 80. La cystoscopie découvre une lésion papillaire sur l'orifice urétéral gauche.

Traitement

- Cystectomie partielle en juillet 80.
- Résection endoscopique d'une récidive superficielle 12 mois plus tard (1981).
- Résection endoscopique d'une deuxième récidive superficielle 5 mois plus tard (1982).
- Résection endoscopique d'une troisième récidive 3 mois plus tard (82).
- En 1983, la cystoscopie est normale mais l'U.I.V. révèle un rein gauche muet.
- Résection endoscopique d'une quatrième récidive en 86.
- Résection endoscopique d'une cinquième récidive en 89.
- Résection endoscopique d'une sixième récidive en février 93 (papillomatose multiples superficielles) suivie d'un traitement par instillations endovésicales de BCG, puis de mitomycine.
- Cystectomie partielle en octobre 93 sur une septième récidive qui montre un carcinome urothélial multifocal avec début d'infiltration du chorion PT1 G II.

  Compte tenu du caractère multifocal et de l'échec des traitements conservateurs, décision de chirurgie radicale.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En mai 94, absence de résidu tumoral sur la pièce de cystectomie.

Stade tumeur PT1 G II No Mo.

Suites opératoires Simples.

Complications Aucunes.

Résultats fonctionnels
- Perte de l'érection.
- Continence diurne parfaite.
- Volume mictionnel 500 cc.

Sur le plan carcinologique En septembre 94, soit 6 mois après l'intervention, découverte de métastases pulmonaires en "lâcher de ballons".

6 cures de chimiothérapie sont réalisées mais n'empêchent pas l'aggravation de l'image pulmonaire.

Décès en juillet 95, soit 17 mois après l'intervention.

CAS N° 5

Monsieur Me. âgé de 62 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic Cystoscopie en janvier 91 qui révèle plusieurs tumeurs superficielles de la vessie.

Traitements
- Résection endoscopique suivie d'instillations endovésicales de BCG.
- Résection endoscopique d'une première récidive à 10 mois (novembre 91). Carcinome avec infiltration du chorion jusqu'à la musculeuse qui est effleurée

PT1 G II

Compte tenu de la progression vers l'infiltration, décision d'une chirurgie radicale.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En janvier 92, PT1 No Mo.

Suites opératoires Petite désunion pariétale avec suppuration réglée par des soins locaux.

Complications Infections urinaires basses récidivantes en 1994, amenant à proposer pendant quelques mois un traitement préventif par Monuril 1 fois par semaine. A l'arrêt du traitement, pas de nouvelles récidives.

Résultats fonctionnels
- 1/2 érection ne permettant pas les rapports.
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne non acquise.
- Volume mictionnel 250 cc.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 4 ans.

CAS N° 6

Monsieur E. âgé de 63 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic En 1987 d'une lésion tumorale de la vessie.

Résection endoscopique Carcinome infiltrant l'histologie ne permet pas d'évaluer le degré d'infiltration. Le scanner pelvien montre un envahissement de la paroi vésicale.
Estimation du Stade T3b.

Traitement complémentaire 3 cures de chimiothérapie sont faites avec un contrôle cystoscopique montrant l'absence de prolifération tumorale et le scanner révélant une nette diminution des lésions.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En mai 88, stade tumeur estimé à T3b No Mo.

Suites opératoires Simples.

Complications Infections urinaires basses. Traitement préventif par furadantine tous les 3 mois.

Résultats fonctionnels

- 1/2 érection ne permettant pas les rapports.
- Continence diurne acquise.
- Continence nocturne acquise.
- Volume mictionnel 250 cc.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 92 mois.

CAS N° 7

Monsieur Bo. âgé de 67 ans

ANTCDS Hypertension artérielle.
Hypercholestérolémie.

Diagnostic En juin 85, découverte de plusieurs tumeurs superficielles de la vessie.

Traitement

- Résection endoscopique en juin 85.
- Résection endoscopique d'une première récidive à 6 mois.
- Résection endoscopique d'une deuxième récidive à 8 mois.
- Résection endoscopique d'une troisième récidive papillomateuse diffuse à 10 mois. Instillations endovésicales de BCG (juin 87).
- Juillet 88, persistance d'une zone suspecte, instillations endovésicales de Mitomycine.
- Résection endoscopique en juin 89 d'une quatrième récidive à 3 ans d'un papillome urétral droit et d'un papillome vésical.

Stade PT1 pour le polype urétéral
PT1 G II pour la récidive vésicale

- Octobre 90, résection endoscopique d'une cinquième récidive carcinome infiltrant la musculeuse PT2.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention Janvier 91 PT2 G II No Mo.

Suites opératoires Simples.

Complications Aucune.

Résultats fonctionnels
- Erection 1/2 rigide ne permettant pas les rapports.
- Continence diurne acquise.
- Continence nocturne acquise.
- Volume mictionnel 300 à 400 cc.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 60 mois.

CAS N° 8

Monsieur V. âgé de 68 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic En janvier 90, une cystoscopie révèle une tumeur de la vessie d'aspect inquiétant avec une masse tumorale bourgeonnante à franges épaisses à base d'implantation large et plurifocale.

Résection endoscopique Carcinome urothélial infiltrant au moins le chorion PT1 minimum.

Bilan d'extension Négatif mais le scanner pelvien révélait un aspect d'infiltration du muscle vésical.

Intervention Février 90 stade tumeur PT1 G III No Mo.

Suites opératoires Occlusion sur bride signoïdienne ayant conduit à une réintervention avec colostomie de décharge. La continuité sera rétablie 4 mois plus tard.

Complications 2 épisodes en avril et juin 90 de pyélonéphrite avec rétentions d'urine provoquées par accumulation de mucus. Traitement par lavage sous endoscopie et antibiotiques à large spectre.

Résultats fonctionnels
- Erections conservées.
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne non acquise.
- Volume mictionnel 500 cc.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 70 mois.

CAS N° 9

Monsieur Je. âgé de 69 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic En juin 90, découverte de 2 papillomes vésicaux situés au niveau du dôme non accessible à l'endoscopie et de plusieurs papillomes du bas fond vésical.

Traitement
- Cystectomie partielle + résection endoscopique suivie d'instillations endovésicales de BCG.
- Résection endoscopique à 10 mois d'une première récidive multiple suivie d'un traitement par instillations endovésicales de mitomycine.
- Deuxième récidive 6 mois plus tard d'une lésion au niveau du dôme T1.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En décembre 91, 2 foyers carcinomateux infiltrant la partie profonde du chorion.

PT1 G III No Mo.

Suites opératoires Simples.

Complications Aucune.

Résultats fonctionnels
- Erection 1/2 rigide ne permettant pas les rapports.
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne acquise.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 4 ans.

CAS N° 10

Monsieur C. âgé de 69 ans

ANTCDS

- Gastrectomie de 2/3 pour ulcère sténosant.
- Bronchite chronique.
- Hypercholestérolémie.
- Diabète non insulino dépendant.

Diagnostic

Brûlures mictionnelles avec hématurie en décembre 93, avec en cystoscopie une lésion bourgeonnante du pôle supérieur droit de la vessie et une U.I.V. montrant un aspect en faveur d'un processus tumoral expansif sans retentissement sur l'arbre urinaire.

Résection endoscopique

Carcinome urothélial infiltrant la musculeuse PT3a.

Bilan d'extension

Images suspectes d'hyperfixation à la scintigraphie osseuse non confirmée par la radio.

Intervention

Mars 94, l'analyse extemporanée du curage ganglionnaire est positive mais l'intervention est poursuivie après avis des radiothérapeutes et du fait d'une hématurie permanente.

Stade tumeur PT3b G III N+ Mo

Suites opératoires

Déséquilibre du diabète nécessitant la mise sous insuline.

Complications

Aucune.

Résultats fonctionnels

- Pas d'érection.
- Continence diurne acquise mais imparfaite.

Sur le plan carcinologique

Chimiothérapie débutée compte tenu de l'atteinte ganglionnaire.

Les 2 premières cures sont réalisées mais la troisième est repoussée compte tenu d'une importante altération de l'état général avec vomissement et anorexie.

Décès en août 94, 5 mois après l'intervention dans un tableau de troubles de la conscience avec hyperthermie et encombrement bronchique.

Le bilan réalisé ne montrait ni récidive locale ni métastase.

CAS N° 11

Monsieur S. âgé de 69 ans

ANTCDS Aucun particulier.

Diagnostic Hématurie en août 87. La cystoscopie révèle des papillomes disséminés.

Traitement

- Résection endoscopique en août 87.
- Résection endoscopique d'une première récidive 3 mois après (polype du dôme + 1 tumeur papillaire) suivie d'un traitement par instillations endovésicales de BCG.
- Janvier 89, amorce de récidive au niveau du dôme traité par instillations endovésicales de mitomycine.
- Résection endoscopique en novembre 90 d'une troisième récidive de 2 tumeurs papillomateuses.
- Amorce de récidive en mai 91 traitée par instillations endovésicales de BCG.
- Résection endoscopique en octobre 91 pour persistance des lésions.
- Cinquième récidive en septembre 92 de 3 lésions traitées par résection endoscopique.

  Carcinome urothélial infiltrant la sous-muqueuse et une partie de la musculeuse.

  PT2

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En février 93, stade de la tumeur PT3b G I No Mo.

Suites opératoires Simples.

Complications Hospitalisation pour altération de l'état général avec vomissement en rapport avec une acidose et une hypokaliémie.

Résultats fonctionnels

- Erection conservée.
- Continence diurne acquise.

Sur le plan carcinologique Récidive pelvienne 13 mois après l'intervention.
3 cures de chimiothérapie.
Décès en juillet 94 à la suite d'un choc septique.

CAS N° 12

Monsieur La. âgé de 70 ans

ANTCDS
- Quadruple pontage coronarien en 88.
- Rétrécissement aortique.
- Fibrillation auriculaire.

Diagnostic En juin 88, une cystoscopie réalisée pour pollakiurie révèle un carcinome urothélial.

Traitement
- Résection endoscopique suivie d'instillations endovésicales de BCG.
- Première récidive en août 90, 9 mois après traitée par résection endoscopique puis instillations de mitomycine stade PT1 G II.
- Deuxième récidive 9 mois plus tard. Résection endoscopique d'un carcinome infiltrant la musculeuse.
  PT2 G II

Bilan d'extension Négatif.

Intervention En juillet 93, stade de la tumeur PT3a G x No Mo

Suites opératoires Simples

Complications
- Cholécystectomie compliquée d'un abcès en janvier 92 avec des épisodes d'infections urinaires liées à des sondages répétés.
- Leucocyturie sans bactériurie liée à une production de mucus pendant les 3 années qui ont suivi l'intervention.

Résultats fonctionnels - Erection conservée.
- Continence diurne parfaite.
- Continence nocturne acquise.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 4 ans 1/2.

CAS N° 13

Monsieur Le. âgé de 73 ans

ANTCDS Hernie hiatale.
Arthrose de hanche.
Trouble de l'équilibre d'origine vasculaire.

Diagnostic Hématurie en mai 93. La cystoscopie montre une papillomatose disséminée à l'ensemble de la vessie.

Résection endoscopique Carcinome urothélial PT1 minimum Grade III.

Bilan d'extension Négatif.

Intervention Juin 94, stade tumeur PT1 G III No Mo.

Suites opératoires - Hémiparésie avec paralysie faciale.
- Atélectasie poumon droit.
- Dilatation colique aiguë.
- Bulbite

Ces affections ont été traitées médicalement.

Complications Aucune.

Résultats fonctionnels - Perte de l'érection.
- Continence diurne acquise.
- Continence nocturne non acquise.
- Volume mictionnel 500 cc.

Sur le plan carcinologique Pas de récidive locale ni de métastase avec un recul de 31 mois.

III - COMPLICATIONS

A - COMPLICATIONS LIEES A L'ACTE CHIRURGICAL MAJEUR MAIS SANS RAPPORT AVEC LA TECHNIQUE

Elles ont concerné 4 patients :

- Embolie pulmonaire minime (Cas n° 3).
- Problèmes pariétaux :
  - Désunion avec suppuration ayant nécessité des soins locaux prolongés (Cas n° 5) ;
  - Collection sous-cutanée qui s'est évacuée spontanément (Cas n° 1).
- Complication multiple chez un patient qui ont régressé sous traitement médical (AIT, atélectasie pulmonaire droite, dilatation colique aiguë, bulbite) (Cas n° 13).

B - COMPLICATIONS LIEES A LA TECHNIQUE

En dehors des cas d'infection urinaire basse, on relève :

- 2 désordres métaboliques
- 1 complication digestive
- 1 fistule de l'anastomose iléo-urétrale
- 1 sténose iléo-urétrale
- 2 pyélonéphrites

Ces 7 complications ont concerné 4 patients.

Dans 3 cas, elles se sont produites en postopératoire.

- Hypokaliémie + hypercalcémie (Cas n° 1)
- Occlusion sur bride ayant nécessité une colostomie de décharge (Cas n° 8)
- Fistule de l'anastomose iléo-urétrale ayant nécessité une réintervention (Cas n° 2).

Dans les autres cas, elles ont nécessité une nouvelle hospitalisation.

- Altération de l'état général avec vomissement lié à une acidose hyperchlorémique associée à une hypokaliémie survenue au deuxième mois postopératoire (Cas n° 11).

- Augmentation de la créatinine avec à U.I.V. une dilatation pyélocalicielle bilatérale et un reflux en cystoscopie faisant craindre une sténose iléo-urétrale. En fait, lors de la résection endoscopique, l'urètre était sain, mais du tissu périanastomotique a été resséqué. La créatinine est redevenue normale, la dilatation s'est corrigée, mais le reflux a persisté. Ceci s'est produit 6 ans après l'intervention (Cas n° 2).

- 2 épisodes de pyélonéphrite avec rétention d'urine provoquées par des agrégats de mucus qui ont été traité par des lavages vésicaux associés à des antibiotiques de large spectre. Ces deux complications se sont produites chez le même patient durant les 3 premiers mois postopératoires (Cas n° 8).

Des problèmes d'infection urinaire basse non compliquée ont concerné 4 patients :

- Le patient porteur d'un reflux présente des infections urinaires basses 1 à 3 fois par an. Il est à noter que c'est le seul patient n'ayant pas bénéficié de la réimplantation des uretères dans le greffon par la technique du sillon muqueux de CAMEY et LEDUC.

- Dans un autre cas, à la suite de sondages répétés lors d'une hospitalisation pour une cholécystectomie, des problèmes d'infection urinaire se sont posés (Cas n° 12). Par ailleurs, chez ce patient, on a constaté une leucocyturie sans bactériurie durant les 3 premières années, liée à une production de mucus abondante.

- 2 patients ont présenté des problèmes d'infection urinaire basse non compliquée, mais récidivante pour lesquels un traitement préventif a été nécessaire.

  L'un a pris du Monuril 1 fois par semaine pendant 10 mois (Cas n° 5).

  L'autre prend systématiquement de la furadantine tous les 3 mois (N° 6).

La fonction rénale est normale chez les 9 patients en vie actuellement.

TABLEAU III

Cas	Durée hospitalisation	Durée sonde urétérale	Durée sonde vésicale	Durée drainage
N° 1	17	14	14	9
N° 2				
N° 3	30	0	19	7
N° 4	27	5	8	7
N° 5	14	4	12	6
N° 6	21	13	18	6
N° 7	25	9	16	5
N° 8	46	4	39	5
N° 9	15	7	8	3
N° 10	19	1	14	12
N° 11	21	6	13	-
N° 12	21	8	14	8
N° 13	27	11	21	6

La durée moyenne d'hospitalisation est de 23 jours avec des extrêmes de 14 à 46 jours.

IV - RESULTATS FONCTIONNELS

Il existe deux manières de les envisager :

- Une première purement technique qui ne tient compte que de la préservation des nerfs de l'érection et de l'innervation du sphincter urétral, et qui sera traitée ici.

- Une deuxième qui rend compte de la réalité que vit le patient et qui sera abordée ultérieurement avec les résultats du questionnaire.

Erection

9 patients sur 13 ont eu des érections après l'intervention, ce qui témoigne de la préservation des nerfs par la technique de Walch.

Mais si pour 4 d'entre eux, l'activité sexuelle a repris, 5 autres ont des érections semi-rigides ne permettant pas les rapports (pour deux d'entre eux, elles existaient la première année, après l'intervention, mais ne se produisent plus).

Continence

Les 13 patients ont un sphincter urétral fonctionnel avec possibilité de stopper le jet urinaire.

Si la continence de jour est acquise pour tous, celle de nuit n'existe que pour 4 patients sur les 9 vivants.

TABLEAU IV - RESULTATS FONCTIONNELS

Cas	Erection	Continence diurne	Continence nocturne	Volume mictionnel
N° 1	Oui	Oui	-	-
N° 2	Oui - 1/2 rigide	Oui	Non	-
N° 3	Non	Oui	Oui	-
N° 4	Non	Oui	-	500 cc
N° 5	Oui - 1/2 rigide	Oui	Non	250 cc
N° 6	Oui - 1/2 rigide	Oui	Oui	250 cc
N° 7	Oui - 1/2 rigide	Oui	Oui	300-400 cc
N° 8	Oui	Oui	Non	500 cc
N° 9	Oui - 1/2 rigide	Oui	Oui	450 cc
N° 10	Non	Oui	-	-
N° 11	Oui	Oui	-	-
N° 12	Oui	Oui	Non	800 cc
N° 13	Non	Oui	Non	500 cc

V - CONCLUSION

Les résultats obtenus dans cette série nous montrent que la cystoprostatectomie avec iléocystoplastie type Camey II est une intervention :

- BIEN CODIFIEE
- FIABLE
- REPRODUCTIBLE

Nos résultats sont comparables à ceux des autres séries retrouvés dans la littérature (7 ; 8, 10, 18 32 41).

On doit retenir de cette étude :

- Il n'y a pas de mortalité périopératoire.
- La morbidité n'a jamais eu de caractère grave ou préoccupant et n'a concerné que 4 patients en postopératoire.
- Les complications en rapport avec la technique ont concerné 4 patients et une nouvelle intervention a été nécessaire dans 3 cas (2 chirurgies classiques ; 1 résection endoscopique).
- L'objectif de protéger le haut appareil urinaire est atteint. Tous les patients ont une fonction rénale normale.
- Tous les patients sont continents le jour et 4 le sont également la nuit.
- Sur le plan carcinologique, 4 patients sont décédés suite à l'évolution de la maladie cancéreuse. 9 sont vivants en bon état général, sans récidive locale ni métastase.

CHAPITRE V

LES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

Le questionnaire a été construit pour être analysé individuellement. En effet, s'il est intéressant de connaître le degré de satisfaction d'un patient pour un item donné, celui-ci ne peut être interprété que couplé aux autres réponses concernant cet item, à savoir : le degré de gêne, ou de changement, l'importance accordée à cet item.

Compte tenu de la longueur du questionnaire, nous avons choisi de donner les résultats de manière globale avec, à chaque fois que cela sera nécessaire, des commentaires et des précisions sur les réponses de chaque patient.

1) <u>En ce qui concerne vos activités quotidiennes, c'est-à-dire faire votre toilette, les tâches domestiques, préparer vos repas, etc.</u>

Vous sentez-vous
- très gêné
- nettement gêné
- un peu gêné
- pas du tout gêné 9

Est-ce un domaine dont vous êtes
- assez satisfait
- très satisfait 9
- assez insatisfait
- très insatisfait

Sur ce point et par rapport à la période précédant l'intervention est-ce
- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- beaucoup mieux
- sans changement 9

2) <u>En ce qui concerne vos déplacements quotidiens, faire vos courses, utiliser votre voiture ou bien les transports en commun</u>

Vous sentez-vous	- très gêné	
	- nettement gêné	1
	- un peu gêné	
	- pas du tout gêné	8
Sur ce point et par rapport à la période précédant l'intervention est-ce	- beaucoup moins bien	1
	- un peu moins bien	
	- un peu mieux	
	- beaucoup mieux	2
	- sans changement	6
Vous êtes dans ce domaine	- très satisfait	8
	- assez satisfait	
	- assez insatisfait	1
	- très insatisfait	

A noter que le seul patient qui est gêné dans ces déplacements l'est par des troubles de l'équilibre et par une coxarthrose qui doit être opérée prochainement. Son insatisfaction est donc sans rapport avec l'intervention.

Tous les autres patients ne sont absolument pas gênés et très satisfaits. Deux d'entre eux considèrent même que du fait des mictions moins fréquentes qu'auparavant leurs déplacements sont facilités.

3) <u>En ce qui concerne votre activité professionnelle</u>

Est-ce que vous travailliez avant l'intervention :

- Oui 2 patients
- Non 7 qui étaient déjà à la retraite.

Avez-vous repris votre travail ?

- Oui pour les 2 patients, l'un 3 mois après l'intervention, l'autre 6 mois après.

Dans l'exercice de votre profession, vous sentez vous ?

- très gêné
- nettement gêné
- un peu gêné
- pas du tout gêné 2

Est-ce un domaine auquel vous accordez dans votre vie ?

- beaucoup d'importance 1
- peu d'importance 1
- assez d'importance

Sur ce point et par rapport à la période précédant l'intervention, est-ce ?

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- un peu mieux
- beaucoup mieux
- sans changement 2

Actuellement, en ce qui concerne votre activité professionnelle, vous êtes ?

- assez satisfait 1
- très satisfait
- assez insatisfait
- très insatisfait
- retraité 1

Dans le cas n° 2, le travail était un domaine important de sa vie et la reprise 6 mois après l'intervention était de courte durée puisqu'il ne lui restait qu'un semestre à effectuer avant la retraite. Il n'était pas gêné et exerçait sa profession de la même manière qu'avant.

Dans le cas n° 3, si actuellement il n'est pas du tout gêné et considère qu'il n'y a pas de changement dans sa vie professionnelle, les réponses auraient été différentes au moment de la reprise 3 mois après l'intervention. Etant représentant et toujours en déplacement, les premières semaines sa continence nocturne n'était pas acquise et il a modifié ses plans de travail pour éviter de dormir à l'hôtel. Actuellement, il travaille tout à fait normalement et estime même que, du fait de la moindre fréquence des mictions, son activité est facilitée.

Il regrette d'avoir été obligé de reprendre si tôt à une période où la rééducation par les réveils programmés le fatiguait beaucoup.

4) <u>En ce qui concerne l'alimentation</u>

Les plaisirs de la table sont pour vous un domaine

- très important 5
- assez important 4
- peu important

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, les plaisirs de la table sont un domaine dont vous profitez

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- beaucoup mieux 1
- sans changement 8

En ce domaine êtes vous

- assez satisfait 1
- très satisfait 8
- assez insatisfait
- très insatisfait

Les patients sont tous des "bons vivants" qui n'ont pas modifié leurs habitudes. Si l'un d'entre eux déclare profiter mieux des plaisirs de la table, c'est en rapport avec l'arrêt du tabac depuis l'intervention qui lui a permis de retrouver le "goût".

5) <u>En ce qui concerne la digestion</u>

Etes-vous

- très gêné
- nettement gêné 1
- un peu gêné 4
- pas du tout gêné 4

Si vous êtes gêné, par quel type de trouble

- quelques épisodes de diarrhée par intermittence 2
- constipation 1
- troubles dyspepsiques 2

Par comparaison avec la période précédent l'intervention, est-ce

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien 5
- un peu mieux
- beaucoup mieux
- sans changement 4

Dans ce domaine, vous êtes

- assez satisfait 6
- très satisfait 2
- assez insatisfait 1
- très insatisfait

4 des patients présentent des troubles digestifs intermittents et un peu gênants, mais se déclare tout de même satisfait puisque leur symptomatologie cède très rapidement avec un traitement symptomatique.

1 patient présente des troubles plus fréquents qui le gênent nettement et nécessite un traitement antispasmodique quotidien. Il est assez insatisfait de cet état de choses mais ne le rapporte pas directement à l'intervention .

6) En ce qui concerne la continence diurne

Durant la journée, vous êtes

- sec sans garniture	7
- fuites rares si attend trop longtemps quand ressent le besoin. Port d'une garniture par précaution	1
- fuites peu fréquentes survenant parfois le soir en rapport avec la fatigue et nécessitant le port d'une garniture par précaution	1

Sur ce point, vous êtes

- très gêné	
- nettement gêné	1
- un peu gêné	
- pas du tout gêné	8

Est-ce un domaine dont vous êtes

- assez satisfait	1
- très satisfait	7
- assez insatisfait	1
- très insatisfait	

Pour 7 patients, la continence diurne est parfaite ; ils ne sont absolument pas gênés et donc très satisfaits.

Pour un (cas n° 7), il existe une certaine impériosité et il se sent plus tranquille en portant une garniture. Il n'en est pas du tout gêné et reste assez satisfait.

Le dernier (cas n° 13) s'estime nettement gêné et assez insatisfait par des fuites survenant le soir sans qu'il soit possible de lui faire préciser la nature de ces troubles. Il n'avait pas signalé cela à son médecin traitant, qui s'est montré surpris, n'ayant jamais constaté le port d'une garniture lors des

examens pourtant fréquents de ce patient, qui souffre de nombreuses pathologies associées. Il semble que dans ce cas la diminution de la vigilance vespérale soit en rapport avec un certain degré d'alcoolisation plus qu'avec la fatigue.

Pouvez-vous préciser la quantité moyenne d'urine émise lors d'une miction

- 250-300 3
- 400 2
- 500 1
- 800 1
- Ne sait pas 2

En ce qui concerne la fréquence des mictions

- toutes les 2 heures 4
- toutes les 3 heures 3
- toutes les 4 heures 2

De fait de cette fréquence, vous êtes

- très gêné
- nettement gêné
- un peu gêné 1
- pas du tout gêné 8

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, c'est

- un peu moins bien 1
- beaucoup moins bien
- beaucoup mieux 2
- un peu mieux 2
- sans changement 4

Sur ce point, si 8 patients ne sont pas du tout gênés et considèrent qu'il n'y a pas de changement ou que c'est mieux qu'avant, 1 patient (cas n° 13) signale une dégradation.

Dans les premiers temps suivant l'intervention, la fréquence de ces mictions étaient moindre et leur quantité autour de 500 cc. Actuellement, le volume mictionnel tend à diminuer (autour de 250 cc) avec une fréquence plus importante qu'avant l'intervention, ce qui le gêne un peu. Le bilan urologique n'ayant révélé aucune anomalie, il est probable que cette dégradation soit en rapport avec une mauvaise hygiène de vie, des boissons insuffisantes en ce qui concerne l'eau et trop abondantes quand il s'agit de vin.

7) L'intervention a modifié la manière dont vous ressentez le besoin d'uriner

L'apprentissage de cette nouvelle perception du besoin a été pour vous

- très difficile 2
- un peu difficile 2
- assez facile 5
- très facile

Est-ce actuellement quelque chose

- qui vous gêne beaucoup
- qui vous gêne un peu 1
- qui ne vous gêne pas du tout 8

En ce qui concerne cette nouvelle perception du besoin vous êtes

- assez satisfait 3
- très satisfait 5
- assez insatisfait 1
- très insatisfait

Huit patients ont parfaitement compris le concept de la néovessie, et si l'apprentissage a été difficile et plus ou moins long pour 3 d'entre eux, ils ne sont actuellement pas du tout gênés et satisfaits.

Tous urinent debout dans la journée mais ont constaté une meilleure vidange de leur néovessie en position assise ; chacun décrit une technique utilisée le soir avant le coucher pour bien vider la vessie.

Un patient (cas n° 13) n'a pas compris le sens de la question et vraisemblablement le principe de l'intervention. Il n'a pas vraiment identifié le nouveau besoin et se dit gêné et assez insatisfait. C'est le seul à ne pas décrire une technique de vidange particulière.

8) <u>En ce qui concerne la continence nocturne, vous êtes</u>

- sec sans garniture 4
- fuites nécessitant le port d'une garniture 5

Ce problème de continence nocturne est pour vous

- très gênant
- un peu gênant 5
- assez gênant 3
- pas du tout gênant 1

En ce domaine vous êtes

- assez satisfait 4
- très satisfait 2
- assez insatisfait 3
- très insatisfait

En ce qui concerne la qualité de votre sommeil, elle est

- assez satisfaisante 2
- très satisfaisante 5
- assez insatisfaisante 2
- très insatisfaisante

Pour dormir, vous êtes actuellement

- très gêné
- nettement gêné
- un peu gêné 2
- pas du tout gêné 7

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, trouvez vous qu'actuellement vous dormez

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien 2
- un peu mieux 1
- sans changement 6

Ce problème de la continence nocturne mérite d'être détaillé au cas par cas.

Cas n° 2 utilise un péniflot en permanence
n'a fait aucune rééducation
est assez gêné par ce problème mais reste assez satisfait puisqu'il ne se lève par la nuit et préserve une qualité de sommeil très satisfaisante.

Cas n° 3 rééducation par des réveils programmés pendant 4 mois
sec sans garniture et sans lever nocturne
n'est pas du tout gêné et très satisfait sur ce point mais la qualité de son sommeil est moins bonne et un peu insatisfaisante.

Cas n° 5 n'a pas fait de rééducation. Porte une garniture car présente des fuites parfois. Se lève une fois par nuit pour uriner. Considère ce problème comme assez gênant mais reste assez satisfait car préserve une bonne qualité de sommeil.

Cas n° 6 rééducation pendant 3 mois par réveil programmé.
Sec sans garniture avec un réveil spontané chaque nuit (se levait, avant l'intervention, 2 à 3 fois par nuit). Considère ce problème comme un peu gênant mais est très satisfait.
La qualité de son sommeil est également très satisfaisante et même un peu meilleure qu'avant.

Cas n° 7 Aucune réduction. Sec sans garniture mais est réveillé 5 à 6 fois par nuit par le besoin. Ne se lève pas, urine dans un pistolet posé à côté du lit. Est un peu gêné mais assez satisfait de la solution trouvée ; le fait de ne pas se lever lui permet de se rendormir aussitôt et il décrit une qualité de sommeil très satisfaisante et sans changement par rapport à avant l'intervention, ce qui est un peu surprenant.

Cas n° 8 Aucune rééducation. Se lève 2 fois par nuit pour uriner mais présente des fuites environ 3 fois par semaine et donc préfère mettre une garniture. Ce problème est un peu gênant et il est assez insatisfait. De même, la qualité de son sommeil est un peu moins bonne et assez insatisfaisante.

Cas n° 9 Aucune rééducation. Sec sans garniture, est réveillé par le besoin 2 à 3 fois par nuit. Est un peu gêné car présente des petites fuites 1 fois par mois environ mais reste assez satisfait.
La qualité du sommeil est la même qu'avant et est très satisfaisante.

Cas n° 12 Aucune rééducation - arrêt des boissons à 17 h - fuite inconstante (1 fois/semaine) nécessitant le port d'une garniture. Ne se lève pas la nuit. Ce problème est assez gênant et assez insatisfaisant mais ne pas se lever la nuit lui permet de préserver une qualité de sommeil très satisfaisante et identique à celle d'avant l'intervention.

Cas n° 13 Aucune rééducation. Garde le pistolet en permanence et se lève 1 fois dans la nuit pour le vider. Est un peu gêné et assez insatisfait. Garde une qualité de sommeil satisfaisante, comme avant avec 1/2 comprimé de temesta.

Les degrés de gêne et de satisfactions exprimés face à ce problème sont un peu surprenants et contradictoires au premier abord et nécessitent une explication.

Il est clair que les objectifs des patients sont différents. Pour 4 d'entre eux (n° 3 - 6 - 7 - 9), l'important est de ne pas porter de "couche" considérée comme un handicap. Ils sont prêts pour obtenir ce résultat, et donc être satisfaits, à utiliser des moyens qu'ils considèrent comme un peu gênant.

Pour 2 autres patients, l'objectif est de préserver la qualité du sommeil et donc de ne pas se lever (cas n° 2, n° 5), même si le fait de porter une garniture est considéré comme assez gênant, ils sont assez satisfaits de leur situation.

3 patients sont insatisfaits face à ce problème, même si deux d'entre eux ont préservé une bonne qualité de sommeil semblable à celle existant avant l'intervention.

On ne peut que regretter que deux patients seulement se soient astreints à faire une rééducation par des réveils programmés, puisqu'ils ont chacun obtenu une continence nocturne parfaite et sont tous les deux très satisfaits.

Le peu de tentatives de rééducation s'explique en partie par un manque de motivation et un désir de préserver le sommeil mais également par un manque d'information et de conseils.

9) En ce qui concerne votre vie sexuelle

Est-ce un domaine de votre vie auquel vous accordez

- beaucoup d'importance 4
- assez d'importance 3
- peu d'importance 2
- pas d'importance

Aviez-vous des rapports sexuels avant l'intervention

- oui	9
- non	

Avez-vous des rapports sexuels depuis l'intervention

- oui	2
- non	7

a) Vous n'avez plus de rapports depuis l'intervention mais

Avez-vous des érections

- non	4
- 1/2 rigide ne permettant pas les rapports	3

Eprouvez-vous du désir

- oui	7
- non	0

Arrivez-vous à obtenir du plaisir

- oui	2
- non	5

Du fait de ce problème vous êtes

- très gêné	4
- assez gêné	
- un peu gêné	2
- pas gêné	1

Ce changement est pour vous

- très insatisfaisant 4
- assez insatisfaisant 3
- indifférent

Pour 4 de ces patients, ce problème d'impuissance est très gênant et très insatisfaisant.

Pour 3 autres, ils estiment que compte tenu de leur âge ils sont peu ou pas gênés par ce problème, n'ayant plus une activité sexuelle importante. Malgré tout, ce point est ressenti comme une infirmité et ils sont assez insatisfaits.

Un des patients (cas n° 5) a suivi pendant quelques mois un traitement par injection pour corriger son impuissance mais il a abandonné, trouvant la méthode trop contraignante par rapport à des résultats peu satisfaisants.

b) Vous avez conservé une activité sexuelle

Dans ce domaine vous vous sentez

- très gêné 1
- un peu gêné
- assez gêné
- pas du tout gêné 1

Globalement vous êtes

- très satisfait 1
- assez satisfait 1
- très insatisfait
- assez insatisfait

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, votre vie sexuelle est

- beaucoup moins bien 1
- un peu moins bien
- un peu mieux
- sans changement 1

Un des patients (cas n° 8) considère son activité sexuelle comme très satisfaisante et n'éprouve aucune gêne.

Pour le 2ème (cas n° 12) elle est moins satisfaisante qu'auparavant. Ses orgasmes, s'ils sont plus longs, du fait de l'absence d'éjaculation, ne lui procurent pas la même qualité de plaisir. Par ailleurs, ses rapports sont moins fréquents mais il reconnaît que le triple pontage coronarien qu'il a subi y est pour quelque chose puisqu'il garde une certaine appréhension de l'"effort".

10) <u>En ce qui concerne vos loisirs</u>

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, vous profitez de vos loisirs

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- comme avant 9
- un peu mieux
- beaucoup mieux

Etes-vous dans ce domaine

- très satisfait 8
- assez satisfait
- assez insatisfait
- très insatisfait
- indifférent 1 cas n° 13 qui n'avait pas de loisirs ni avant l'intervention ni après.

Pour pratiquer vos activités de loisir, vous sentez-vous

- très gêné
- assez gêné
- un peu gêné
- pas du tout gêné 8

Est-ce qu'il y a des activités auxquelles vous avez dû renoncer

- non 8
- oui

11) <u>En ce qui concerne vos vacances, les voyages</u>

Est-ce un domaine de votre vie qui est

- très important 5
- assez important 2
- peu important 1
- non concerné (cas n° 13)

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, est-ce que vos projets de vacances sont

- très différents 2
- assez différents
- sans changement 6

Durant les vacances que vous avez prises depuis l'intervention, vous avez été

- très gêné		
- un peu gêné	3	
- pas du tout gêné	4	
- non concerné	1	(cas n° 3 ; la reprise du travail n'a pas permis de vacances)

Globalement, c'est un domaine dont vous êtes

- très satisfait	5
- assez satisfait	2
- assez insatisfait	

Les 5 patients pour qui ces items sont importants, n'ont pas modifié leurs projets de vacances et en sont très satisfaits. Ce sont tous les 5 des retraités très actifs qui n'hésitent pas à faire des voyages longs en avion, ou bien à aller à la plage et se baigner, à faire du bateau sans éprouver aucune gêne.

1 signale tout de même une petite gêne à dormir hors de chez lui du fait de l'incontinence nocturne, mais cela ne l'empêche pas de réaliser ses projets.

Pour deux patients pour qui cet item est considéré comme moins important si leurs projets sont modifiés c'est pour de multiples raisons.

La première est que leur âge et certaines pathologies associées font qu'ils ont besoin d'un rythme de vie bien régulier, avec des heures de repas et de sommeil fixes, car le moindre écart entraîne des problèmes de fatigue pour eux comme pour leur conjoint.

La deuxième est qu'ils ressentent une appréhension à dormir hors de chez eux du fait des problèmes d'incontinence nocturne, ce qui les a gênés un peu lors des vacances prises depuis l'intervention.

Ils se déclarent assez satisfaits malgré tout dans ce domaine.

12) En ce qui concerne vos relations avec vos amis

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, vos relations avec vos amis vous semblent

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- comme avant 9
- un peu mieux
- beaucoup mieux

Sur ce point vous êtes

- très satisfait 8
- assez satisfait
- assez insatisfait
- indifférent 1 (cas n° 13, peu ou pas d'amis)

13) En ce qui concerne vos relations avec votre famille

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, vos relations avec votre famille vous semblent

- beaucoup moins bien
- un peu moins bien
- comme avant 8
- un peu mieux 1

Sur ce point vous êtes

- très satisfait	8	
- assez satisfait		
- très insatisfait		
- assez insatisfait		
- indifférent	1	peu ou pas de famille - cas n° 13

14) <u>En ce qui concerne vos relations avec votre conjoint, par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, vos relations vous semblent</u>

- beaucoup moins bien		
- un peu moins bien		
- comme avant	6	
- un peu mieux	2	
- beaucoup mieux		
- non concerné	1	cas n° 13 célibataire

Sur ce point vous êtes

- très satisfait	8
- assez satisfait	
- insatisfait	

Il est important de noter que l'impuissance n'a jamais été évoquée comme un facteur de mésentente au sein du couple et que souvent, ce problème a engendré une modification perçue comme positive (surtout par les épouses) des rapports, avec plus de tendresse.

15) En ce qui concerne la fatigue

Par comparaison avec ce qu'il en était avant l'intervention, vous êtes actuellement

- beaucoup plus fatigué
- un peu plus fatigué 6
- un peu moins fatigué 1
- comme avant 2

Dans vos activités, est-ce que la fatigue vous

- gêne beaucoup
- gêne un peu 4
- ne vous gêne pas du tout 5

La fatigue n'est pas rapportée à l'intervention ni à la pathologie mais plutôt à l'âge. Il faut rappeler en effet que si la moyenne d'âge au moment de l'intervention était de 63 ans, elle est, lors du questionnaire, de 69 ans et pour certains patients la différence vient de là.

16) En ce qui concerne la douleur, la souffrance

Eprouvez-vous des souffrances en rapport avec votre pathologie urinaire

- oui
- non 9

Par comparaison avec la période précédant l'intervention, vous souffrez

- beaucoup moins
- un peu moins 1
- beaucoup plus
- un peu plus 1
- sans changement 7

Du fait de ces souffrances, vous êtes

- très gêné
- un peu gêné 1
- pas du tout gêné 8

Un patient est un peu gêné par des troubles digestifs de type dyspepsique nécessitant un traitement antispasmodique quotidien dont les effets s'épuisent rapidement et qui doit régulièrement être changé.

17) La vie intérieure, l'humeur

Par comparaison avec la période précédant l'intervention, vous vous sentez

- plutôt plus mal dans votre peau 1
- plutôt mieux dans votre peau 2
- sans changement 6

Etes-vous

- beaucoup plus anxieux
- un peu plus anxieux 3
- beaucoup moins anxieux 1
- un peu moins anxieux
- sans changement 5

Vous sentez-vous

- beaucoup plus déprimé
- un peu plus déprimé 1
- un peu moins déprimé 1
- sans changement 7

Vous vous sentez

- beaucoup plus heureux	
- un peu plus heureux	2
- un peu moins heureux	2
- beaucoup moins heureux	
- sans changement	5

En ce qui concerne le plaisir de vivre pris dans son sens le plus quotidien, par exemple de voir qu'il fait beau le matin, le plaisir de goûter un bon vin, de profiter de la vie

Vous vous sentez

- très satisfait	5
- assez satisfait	2
- très insatisfait	
- assez insatisfait	
- sans changement	2

Un patient (cas n° 2) se dit plus mal dans sa peau, plus anxieux, un peu plus déprimé et un peu moins heureux. Il avait 54 ans au moment de l'intervention et l'impuissance a été difficile à accepter. Par ailleurs, si maintenant il n'est absolument pas limité dans ses activités quotidiennes, ses loisirs ou ses vacances, la période d'adaptation a été très longue (plus d'un an) ; bien qu'ayant acquis la continence diurne rapidement, il souffrait d'une certaine impériosité qui lui faisait craindre toute sortie hors de chez lui. Il n'allait par exemple faire des courses que dans les magasins où il connaissait l'emplacement des toilettes. Il reconnaît que cette appréhension était peu justifiée mais il en a souffert pendant plus d'un an et garde un mauvais souvenir de cette période.

Deux autres patients se disent plus anxieux qu'auparavant, surtout en ce qui concerne le devenir de leur néovessie. Ils sont satisfaits de leur intervention mais craignent que les résultats qu'ils trouvent satisfaisants maintenant se dégradent. Pour l'un d'entre eux, cette anxiété fait qu'il se sent un peu moins heureux.

18) Sur le plan de la surveillance médicale

Quelle est la fréquence des consultations avec votre médecin traitant

- 1 fois par mois	3
- tous les 2 mois	3
- tous les 3 mois	1
- 2 fois par an	1
- aucune	1

Les consultations sont en fait des visites de renouvellement d'ordonnance pour d'autres pathologies. Il n'y a pas de consultation régulière liée à la pathologie urinaire

Fréquence des consultations avec le chirurgien

- tous les ans	7
- tous les 2 ans	1
- tous les 6 mois	1

Fréquence des prises de sang

- 1 fois par an	6
- 2 fois par an	3

Fréquence des analyses d'urine

- 1 fois par an	4
- 2 fois par an	2
- 4 fois par an	1
- aucune	2

Prenez-vous des médicaments en rapport avec votre pathologie urinaire

- non 7
- oui 2

Un patient prend de manière irrégulière un mucolytique et l'autre suit un traitement par furadantine tous les 3 mois.

Du fait de cette surveillance et de sa fréquence, vous vous sentez

- très gêné
- un peu gêné
- pas du tout gêné 9

Vis-à-vis de cette surveillance, vous êtes

- très satisfait 8
- assez satisfait
- insatisfait
- indifférent 1

Globalement, vous jugez votre intervention comme

- très satisfaisante 7
- assez satisfaisante 1
- très insatisfaisante
- assez insatisfaisante 1

19) Globalement, en ce qui concerne votre qualité de vie

Par rapport à la période précédant l'intervention, diriez-vous que votre qualité de vie est

- beaucoup moins bonne
- un peu moins bonne 2
- un peu meilleure 1
- sans changement 6

Etes-vous en ce domaine

- assez satisfait 5
- très satisfait 3
- assez insatisfait 1
- très insatisfait

Un seul patient (cas n° 13) juge son intervention insatisfaisante, de même que sa qualité de vie. Mais cette insatisfaction est globale concernant son état de santé actuel (opéré prochainement d'une coxarthrose), son mode de vie (vit seul, isolé à la campagne sans famille ni amis).

Elle s'exprime pour de nombreux items alors que, curieusement, il répond pour les mêmes items qu'il n'y a pas de changement par rapport à avant l'intervention. En fait, l'opération a coïncidé avec un bouleversement de son mode de vie. Il vivait avec une tante qui est décédée peu de temps après et depuis il vit seul.

Sa qualité de vie est donc effectivement moins bonne, mais il est difficile d'estimer ce qui est directement lié à l'intervention de ce qui est la conséquence du décès de sa parente.

Les autres patients jugent l'intervention satisfaisante, et même très satisfaisante pour 7 d'entre eux.

En dehors du cas n° 13 évoqué plus haut, un seul patient estime que, depuis l'intervention, sa qualité de vie est un peu moins bonne mais il en est assez satisfait. Un autre estime qu'elle est

meilleure, mais en référence à une symptomatologie urinaire invalidante qu'elle a fait disparaître. Pour les 6 autres, l'intervention n'a pas modifié leur qualité de vie, dont ils sont satisfaits.

20) Si, à la place de l'intervention que vous avez subie, on vous avait proposé une dérivation cutanée des urines avec un système de poche pour les collecter

Sachant que cette intervention est techniquement plus simple et moins longue, l'auriez-vous préférée

- oui
- non 9

Le fait d'être porteur d'une poche pour collecter les urines aurait été pour vous

- très gênant 8
- nettement gênant
- un peu gênant 1
- pas du tout gênant

Le fait d'être porteur d'une poche aurait-il, à votre avis, modifié plus profondément que dans votre cas

- vos relations avec vos amis

- oui 8
- non 1

- vos relations avec votre famille

- oui 6
- non 3

- vos relations avec votre conjoint

- oui 8
- non 1

- votre vie quotidienne

- oui 9
- non

Un seul patient ne montre pas une opposition franche à ce cas de figure. Il est très intéressant de constater que c'est le patient qui a subi une colostomie de décharge avec rétablissement de la continuité 4 mois après. Durant ces 4 mois, il a vécu avec une poche et s'est habitué à la situation mais considère tout de même que c'est gênant et que, même si cela n'a pas modifié ses relations sociales, sa vie quotidienne était perturbée par les soins nécessaires à la stomie et également par le fait qu'il fallait prévoir, à chaque déplacement le "matériel" nécessaire à ces soins.

Pour les 8 autres patients, l'opposition est nette, et si deux d'entre eux pensent qu'ils auraient carrément refusé cette intervention, les six autres l'auraient acceptée par nécessité, se seraient sûrement adaptés mais se seraient senti infirmes, handicapés.

A la question ouverte "il y a-t'il un domaine qui n'a pas été abordé dans le questionnaire au sujet duquel vous souhaiteriez vous exprimer" aucun patient n'a eu de suggestion.

CHAPITRE VI

ANALYSE ET COMMENTAIRES

I - LES INCONVENIENTS DU MODE D'ENQUETE CHOISI

Le choix de proposer le questionnaire lors d'un entretien, s'il présentait des avantages (ne pas réduire le nombre de patients de l'étude par des non réponses, pouvoir expliquer un questionnaire un peu difficile, mieux évaluer les événements intercurrents) comportait également des inconvénients.

1) LA DIFFICULTE D'OBTENIR DES REPONSES CONCISES

Les patients étaient visiblement ravis de participer à cette enquête et désireux de raconter leur histoire avec précision et soucis du détail, même dans les domaines les plus intimes.

L'entretien durait en moyenne 1 h 30 à 2 heures avec, pour chaque question, de longues explications qu'il était difficile ensuite de réduire à un degré de gêne ou de satisfaction.

De nombreux renseignements intéressants ont été fournis et il est frustrant de ne pas les utiliser parce qu'ils débordent le cadre du questionnaire.

Un seul patient a répondu de manière précise et concise sans s'écarter du cadre établi au cours d'un entretien bref d'une demie heure.

2) L'INTERPRETATION PAR L'ENQUETEUR DE CE QU'IL CONSTATE

Le fait de rencontrer le patient à son domicile, avec son épouse qui souvent assistait à l'entretien, amène automatiquement l'enquêteur à avoir une opinion sur l'adéquation entre les réponses faites et ce qu'il constate; sur la sincérité de celles-ci. Si pour huit des patients les constations faites coïncidaient parfaitement avec les réponses données, il n'en était pas de même dans un cas.

En effet, avec le patient n° 13 l'entretien a été difficile, non pas par manque de coopération, mais du fait de l'inadaptation du questionnaire qui comportait de nombreux items qui lui étaient étrangers (voyages, vacances, loisirs, déplacements, vie sociale et familiale).

Si ce patient désirait parler, c'était surtout de ses autres pathologies, de ses problèmes d'isolement et de solitude.

Il était évident que sa qualité de vie n'était pas bonne, qu'il la percevait comme telle avec une insatisfaction importante.

Les constatations faites lors de l'entretien nous ont permis de nous forger une opinion, selon laquelle, la qualité de vie était insatisfaisante déjà avant l'intervention, et qu'un événement intercurrent (décès de la parente avec qui le patient vivait) avait encore altéré les conditions de vie, et renforcé le sentiment d'insatisfaction.

Cette interprétation nous semble juste et est confirmée par le médecin traitant qui, pour sa part, juge l'intervention tout à fait satisfaisante et dit ne jamais avoir à intervenir sur des problèmes ou des plaintes d'ordre urologique.

Dans ce cas, si les réponses du patient n'ont pas été modifiées, elles ont été pondérées, dans le questionnaire, par les explications, et donc l'interprétation de l'enquêteur.

Ce patient est le seul qui se déclare assez insatisfait de son intervention, comme il se déclare insatisfait à propos de tous les items qui lui ont été proposés. Il serait malhonnête de retenir cette réponse telle quelle car elle témoigne en fait d'un "mal-être" qui, s'il est réel, est sans aucun rapport avec l'intervention.

3) CHOIX ARBITRAIRE DE LA DIRECTION DONNEE A L'ENQUETE

Les résultats du questionnaire auraient été différents s'il avait été adressé par courrier.

En effet, dès le premier entretien, et cela s'est confirmé à chaque fois par la suite, nous avons constaté que les patients minimisaient en quelque sorte les problèmes en les jugeant et en les estimant par rapport au contexte particulier de la maladie cancéreuse.

Ils se référaient principalement à 3 points

- ils étaient atteints d'une maladie grave, mortelle, l'intervention leur avait sauvé la vie et s'il existait des inconvénients ils les considéraient comme minimes en regard des années de vie gagnées ;

- ils avaient tous très bien été informés des risques liés à l'intervention, en particulier sur le problème d'impuissance et de continence nocturne. Ils avaient accepté ces risques et leur situation actuelle leur semblait bien meilleure que le tableau décrit initialement ;

- tous avaient conscience que l'alternative était la dérivation cutanée des urines qui leur apparaissait comme un handicap bien plus lourd à porter.

Les réponses données spontanément se référaient à ces 3 points et étaient faites sur le même modèle : je ne suis pas du tout gêné et je suis très satisfait. Elles traduisaient une très bonne acceptation de l'intervention. Or nous ne cherchions pas à étudier le pouvoir d'adaptation des patients mais à mettre en évidence les difficultés qu'ils avaient rencontrées et leurs retentissements sur la qualité de leur vie.

Nous avons donc choisi d'orienter les patients vers la direction qui nous semblait la plus intéressante, en leur expliquant que nous cherchions à étudier l'impact de l'intervention en comparant leur vie actuelle à celle qu'ils avaient avant l'opération.

Le degré de gêne ou de satisfaction ne devait pas s'exprimer par rapport à une situation qui aurait pu être pire, mais par rapport à la situation qui était la leur avant le diagnostic.

Un exemple pour illustrer ce propos :

Lors d'une consultation, un patient qui a conservé des érections, exprimait sa joie et sa satisfaction sur ce point en disant que sa vie sexuelle était formidable. Cette opinion était sincère mais exprimée par rapport à la crainte de l'impuissance.

Dans notre enquête, en comparant la situation actuelle à celle précédant l'intervention, le même patient se dit un peu gêné, avec des orgasmes lui apportant un plaisir moindre qu'auparavant et juge sa vie sexuelle comme assez satisfaisante.

Ces deux opinions formidable/assez satisfaisante sont exprimées par le même patient à propos du même item.

Leur différence témoigne simplement du fait que la manière de poser les questions est déterminante.

Notre but a été d'étudier une qualité de vie et non pas une qualité de survie par défaut. Sans ce "dirigisme" les résultats de l'enquête n'auraient été qu'un satisfecit décerné au chirurgien.

II - ANALYSE DES ASPECTS POSITIFS DE L'ENQUETE

Les patients sont tous satisfaits de leur intervention et de leur qualité de vie.

6 (75 %) estiment qu'elle n'est pas modifiée par l'intervention

1 (12,5 %) estime qu'elle est meilleure car il présentait une symptomatologie urinaire invalidante auparavant

1 (12,5 %) estime qu'elle est un peu moins bonne.

Ces résultats ont d'autant plus de valeur qu'ils ne traduisent pas une adaptation à de nouvelles conditions de vie, mais une comparaison entre la situation actuelle et celle qui était la leur avant l'intervention. Ils s'expliquent facilement et témoignent de tous les avantages offerts par la technique du remplacement vésical.

Respect du schéma corporel

On "extirpe" le cancer en enlevant l'organe atteint mais on le remplace dans le même temps par un substitut qui permet de récupérer la fonction : uriner par les voies naturelles.

Pas de préjudice esthétique

L'image de soi est préservée et le regard de l'autre n'est pas modifié. Il n'y a pas de problème d'identité par rapport au groupe puisqu'il n'y a pas de différence perceptible pouvant faire craindre le rejet (39).

Pas de traitement ou de soins

La surveillance médicale est discrète et peu contraignante et les patients en sont très satisfaits. Aucun soin ou traitement quotidien n'est nécessaire et il n'y a pas de souffrance en rapport avec des problèmes d'ordre urologique.

Cette liberté concourt à aider les patients à oublier la maladie et à se sentir en bonne santé.

Pas de préjudice fonctionnel diurne

La continence diurne est acquise plus ou moins rapidement par tous les patients de notre enquête. Si le nouveau besoin nécessite un apprentissage une fois cette perception acquise, les patients urinent debout avec une fréquence normale. Ils n'ont pas de problème dans la journée et tous sont satisfaits.

Dans la journée, il n'existe aucune contrainte, aucune limitation de leurs activités. Ils vivent exactement de la même manière qu'avant l'intervention. Ceci explique qu'ils sont satisfaits et ne décrivent aucun changement pour tous les items concernant :

- la vie quotidienne
- les déplacements
- la vie professionnelle
- la vie relationnelle
- les loisirs
- le plaisir de vivre
- les vacances (pour 5 d'entre eux)

Les patients sont tous en bon état général. La plupart sont très actifs avec de nombreux projets, une vie relationnelle riche.

Deux d'entre eux sont des retraités plus paisibles, qui estiment qu'à leur âge l'agitation n'est plus de mise sans pour autant rester dans leur fauteuil à longueur de journée.

8 sur 9 sont bien dans leur peau, ne se sentent pas déprimés.

3 d'entre eux seulement se disent plus anxieux qu'auparavant et ceci est bien compréhensible puisque l'on parle du cancer avec tous les symboles attachés à cette maladie.

Cette anxiété a essentiellement deux causes :

- la peur d'une récidive de la maladie

- la peur du devenir, à long terme, de leur néovessie. Ils sont satisfaits actuellement mais ils craignent une détérioration des capacités de leur néovessie et les retentissements que cela aurait sur leur vie.

En filigrane apparaît la crainte d'une nouvelle intervention aboutissant à une dérivation cutanée.

L'item concernant les dérivations cutanées non continentes est instructif.

Aucun patient, bien évidemment, n'aurait préféré cette solution. La plupart, bien que très réfractaires à cette idée, pensent que si cela avait été nécessaire ils se seraient probablement adaptés mais ils estiment qu'ils auraient été très gênés dans leur vie quotidienne comme dans leur vie relationnelle.

Deux d'entre eux montrent une opposition plus marquée et pensent même qu'ils auraient probablement refusé l'intervention.

III - A PROPOS DE LA CONTINENCE NOCTURNE

Mise à part l'impuissance, qui n'est pas liée au mode de dérivation des urines, la continence nocturne est, au vu de notre enquête, le seul problème posé par l'iléocytoplastie.

Malgré une nette amélioration des choses grâce à l'apport de la détubulation, il reste toujours un pourcentage de patients incontinents la nuit.

Les résultats de la littérature sur ce point nous semblaient disparates au premier abord. En fait, cette variabilité ne résulte que d'une définition différente de la continence nocturne suivant les auteurs. Certains comptent les patients qui portent une garniture pour se garantir de fuites occasionnelles comme des sujets continents, alors que d'autres estiment que seuls les patients ne portant pas de garniture le sont.

Si, pour chaque étude, on additionne les deux populations, les résultats sont alors voisins, comme en témoigne le tableau I.

TABLEAU I - CONTINENCE NOCTURNE

	Continence parfaite	Fuite occasionnelle nécessitant une garniture	Considéré comme continent
VESSIE TUBULEE CAMEY I (7)	35 %	15 %	50 %
CAMEY II Foch (7)	66 %	10 %	76 %
CAMEY II Toulouse (41)			89 %
CAMEY II étude mulicentrique (18)	50 %	31,4 %	81,4 %
Vessie de Bordeaux (31)			70 %
VESSIE ILEALE de Studer (13)	50 %		
Notre série de patients	44 %	33,3 %	77,3 %

Il est important de comprendre que l'acquisition de la continence nocturne dépend de plusieurs facteurs :

- l'âge du patient joue un rôle important comme en témoignent les résultats de Monsieur Hautmann (22) qui montrent que si 80 % des patients de moins de 70 ans sont continents, après 70 ans ils ne sont plus que 56 %.
  Monsieur Bjerre (3) constate, quant à lui, qu'avant 65 ans 22 % des patients portent une garniture la nuit contre 48 % après 65 ans ;

- la motivation du patient est également essentielle (8) ;

- la qualité de l'information reçue sur la méthode de rééducation par des réveils programmés ;

- les objectifs du patient : en effet, si certains souhaitent acquérir une continence nocturne, pour d'autres le plus important est de préserver la qualité de leur sommeil.

Si de nombreuses enquêtes étudient la continence nocturne, elles le font en terme de résultats fonctionnels et non pas en terme de qualité de vie, en cherchant à apprécier le vécu du patient.

De notre expérience, nous pouvons retenir que si la continence nocturne reste l'inconvénient majeur de la vessie iléale détubulée, les degrés de gêne exprimés par les patients sont minimes.

Aucun ne se dit très gêné par le problème et les 2/3 sont satisfaits de ce point.

Ces résultats traduisent en fait que chaque patient face à ce problème a un objectif différent. Pour certains, la garniture est un handicap et l'objectif prioritaire est de ne pas en porter. Ils sont satisfaits s'ils arrivent à une continence, même si c'est au prix de plusieurs levers, au prix d'un sommeil de moins bonne qualité.

Pour d'autres la garniture, qui les garantit contre les fuites occasionnelles, est un accessoire utile et confortable qui leur permet de préserver la qualité de leur sommeil.

A long terme, trois patients sur les neuf étudiés gardent une certaine appréhension à dormir hors de chez eux et sont donc un peu gênés lors de leurs vacances.

On doit mettre l'accent sur le fait que deux patients seulement se sont astreints à une rééducation par des réveils programmés durant 2 mois. Tous les deux ont obtenu une continence parfaite sans aucun lever pour l'un d'eux, avec un seul pour le deuxième.

Monsieur Botto, dans son enquête sur l'impact de la détubulation disait (7) "En aucune façon la vessie détubulée ne permet d'assurer une continence au malade qui ne veut pas se lever la nuit".

Dans notre série, 2 patients sont continents sans aucun lever : le premier a suivi une rééducation par des réveils programmés, le deuxième n'a pas fait de rééducation mais limite ses boissons après 17 heures.

Si 2/3 des patients sont satisfaits et que tous expriment de faibles degrés de gêne, ce n'est pas seulement parce que la solution trouvée leur semble confortable, mais également parce que ce problème peut rester "caché", ne pas être connu de leur entourage.

Un patient incontinent qui a choisi la solution du péniflot expliquait que, quand ses petits-enfants étaient à la maison, il rangeait vite à son réveil son "attirail" dans sa table de nuit afin de préserver en toute tranquillité la tradition du câlin matinal. Le fait de pouvoir accueillir ses petits-enfants dans son lit le matin comme auparavant est pour lui un point important.

La qualité de vie n'est pas ou peu altérée par ce problème de continence nocturne car :

- chaque patient a trouvé une solution correspondant à ses objectifs ;

- la qualité du sommeil est la même qu'auparavant pour 7 patients sur 9 ;

- le problème n'intervient que la nuit et peut être caché à l'entourage.

IV - A PROPOS DE L'IMPUISSANCE

Malgré la technique employée pour préserver les nerfs de l'érection, l'impuissance est encore de règle dans la grande majorité des cas.

C'est une complication de la prostatectomie qui n'a aucun rapport avec le mode de dérivation urinaire utilisé.

S'il existe de nombreuses enquêtes étudiant les résultats fonctionnels et la qualité de vie après cystoprostatectomie, peu d'entre elles donnent des résultats précis sur la préservation de la puissance sexuelle.

Quand les données existent, elles ne sont disponibles que pour une partie de l'échantillon de patients étudié, ce sujet étant toujours très touché par les non réponses.

On peut légitimement se demander si les patients qui répondent aux questions concernant leurs activités sexuelles, ne sont pas, en majorité, des patients qui n'ont pas de problème et donc s'interroger sur la validité des chiffres donnés, quand il ne concerne pas tout l'échantillon étudié (tableau II).

TABLEAU II - PRESERVATION DE LA PUISSANCE SEXUELLE

	% des patients pour qui les données sont connues	Nombre de patients étudiés	Conservation des érections
Vessie de Bordeaux (31)	28 %	15	7 (46 %)
Clinique urologique de la Pitié (10)	75 %	34	6 (17 %)
Enquête AFU 1987 (32)		430	54 (12,5 %)
Série étudiée par notre enquête	100 %	9 patients vivants 13 patients de la série	2 (22 %) 4 (30 %)

Deux patients sur neuf ont conservé des érections permettant des rapports et, si comparativement aux autres séries, les chiffres représentent de bons résultats, il n'en reste pas moins que 7 patients sont impuissants.

Cela constitue un préjudice important et de multiple nature :

- Préjudice fonctionnel : l'absence des érections entraîne l'arrêt des rapports, même si certains gardent une possibilité orgasmique (32) ;

- Préjudice symbolique : la puissance sexuelle est le symbole de la virilité

- Préjudice d'identité : la différence aboutit à l'impression de ne plus appartenir au groupe.

Ces préjudices sont à tort sous-estimés en raison de l'âge des patients. Mais il est clair que même un patient qui ne se dit pas trop gêné par le préjudice fonctionnel reste marqué par les autres.

Un homme de 70 ans qui venait de nous expliquer que la "bagatelle" n'était plus vraiment de son âge et que son impuissance ne le gênait pas, déclara cinq minutes après que, tout de même, il ne se sentait plus vraiment un homme.

L'étude américaine analysant la préservation de la puissance sexuelle par tranche d'âge est très intéressante (42).

Elle révèle qu'entre :

40 à 49 ans	→	62 % des patients conservent des érections
50 à 59 ans	→	47 % " " " "
60 à 69 ans	→	43 % " " " "
70 à 79 ans	→	20 % " " " "

Comme il semble peu probable que la technique du chirurgien varie en fonction de l'âge du patient, il est évident que la reprise de l'activité sexuelle ne dépend pas uniquement de la conservation des nerfs de l'érection et que de nombreux facteurs interviennent :

- l'âge du patient,

- Sa motivation : la récupération peut nécessiter 2 ans, et certains patients vont être découragés par les échecs (31),

- les troubles de la libido : provoqués par le stress lié au diagnostic de cancer ou bien par l'intervention et la valeur symbolique qui lui est accordée.

Dans notre série sur sept patients impuissants, trois ont des érections semi-rigides qui, si elles sont insuffisantes pour permettre les rapports, témoignent de la conservation des nerfs de l'érection.

Leur impuissance est donc probablement liée à l'intrication de plusieurs facteurs.

Toutefois, s'il est important de déterminer les différentes causes de l'impuissance afin de pouvoir mieux les traiter, pour le patient l'étiologie n'est pas essentielle et seul compte le résultat.

Tous les patients concernés par ce problème sont insatisfaits, même si trois d'entre eux se disent peu gênés, c'est la seule véritable perturbation liée à l'intervention qu'ils reconnaissent et déplorent.

Si techniquement il n'est à l'heure actuelle pas souvent possible d'éviter cette complication, le médecin doit s'attacher à mieux la prendre en charge et à mettre en oeuvre tous les moyens possibles pour en limiter les conséquences :

- psychothérapie,
- traitements médicamenteux,
- injections intracaverneuses,
- prothèses.

Même si certaines techniques sont réservées aux sujets les plus jeunes et que les autres obtiennent des résultats guère encourageants, le médecin se doit d'informer ces patients.

Il ne doit pas attendre, pour délivrer l'information, que le patient en fasse la demande, car bien souvent, il n'osera pas faire cette démarche compte tenu de son âge.

V - ANALYSE DES ETUDES DE QUALITE DE VIE REALISEES A PROPOS DES DERIVATIONS URINAIRES CUTANEES ET COMPARAISON

Il est difficile de comparer nos résultats à ceux obtenus à propos des dérivations urinaires continentes ou non et ceci pour diverses raisons :

- Dans ces enquêtes, l'échantillon étudié est toujours mixte puisque ces interventions peuvent être proposées aussi bien aux hommes qu'aux femmes, ce qui n'est pas le cas actuellement des remplacements.

- Les indications sont variables et ne concernent pas uniquement des cas de cancer de la vessie.

- Toutes les enquêtes que nous avons retrouvées s'attachent à étudier la capacité d'adaptation des patients, leur acceptation et non pas les modifications des conditions de vie entraînées par l'intervention.

Le cancer, du fait de sa gravité et du risque létal, modifie le système de valeur, les normes d'un individu. Une vie prolongée, même si elle comporte des séquelles, est toujours préférable à un décès précoce.

L'estimation du niveau de qualité de vie est altérée par les mécanismes de défenses développés par le patient (déni de la maladie, faire face), ce qui explique les résultats parfois paradoxaux des mesures de qualité de vie par des questionnaires chez les patients cancéreux (44).

Dans l'enquête réalisée par Messieurs Castagnola et Maréchal (9) 90 % des patients porteurs d'une dérivation urinaire non continente type Briker sont satisfaits et 97 % de ceux porteurs d'une dérivation urinaire continente le sont également.

Pour Monsieur Bjerre 71 % des patients porteurs d'un briker dans son étude sont satisfaits (3).

Il existe un paradoxe entre ces bons résultats et les problèmes générés par l'intervention et énumérés tout au long de ces enquêtes (9 - 3 - 45).

Le schéma corporel n'est pas respecté

Il existe un préjudice esthétique avec une modification de l'image de soi, mais également du regard de l'autre. Le sentiment de différence fait toujours craindre le rejet du groupe. "Toute dérivation s'accompagne d'un retentissement psychologique" (32). La vie relationnelle est modifiée et le patient doit faire l'effort d'accepter sa différence avant de pouvoir se réinsérer socialement.

Il existe des contraintes quotidiennes, quel que soit le type de dérivation, qui obligent le patient à modifier ses habitudes.

Pour les dérivations continentes, des soins sont nécessaires au niveau de la stomie. Le patient doit faire des auto-sondages réguliers nécessitant un matériel qui doit pouvoir être transporté et maintenu propre (45). La crainte des fuites est souvent exprimée.

Dans l'étude de Messieurs Castagnola et Maréchal, les scores de gêne liés aux problèmes urinaires, notés sur une échelle de 0 à 6, montraient un résultat moyen de 1,5 (9).

En ce qui concerne les dérivations non continentes, il existe également des soins quotidiens à faire au niveau de la stomie avec des changements de poche, la prévision du matériel. La crainte des fuites existe toujours avec, quand elles se produisent, une gêne plus importante car elles sont généralement abondantes (3). Il existe également une gêne vis-à-vis de la toilette puisque les bains, et même les douches, sont difficiles.

Enfin, il existe parfois des problèmes cutanés autour de la stomie et les patients craignent également les problèmes de mauvaises odeurs.

Le score de gêne lié au problème urinaire est en moyenne de 4 (9).

L'impuissance se retrouve évidemment avec la même fréquence que dans les remplacements, mais l'activité sexuelle est également perturbée par le préjudice fonctionnel et esthétique de la stomie.

La bactériurie apparaît comme une conséquence inévitable de la dérivation urinaire par une stomie cutanée (32) et les problèmes d'infection urinaire sont plus fréquents que dans les remplacements vésicaux.

La conclusion de l'enquête de Messieurs Castagnola et Maréchal est que "les patients acceptent et adaptent leur nouvelle façon de vivre, la maladie modifiant leurs échelles de valeur" (9).

Monsieur Cicchetti conclut, lui "que les patients peuvent s'adapter et sont généralement satisfaits de leur dérivation" (12).

La satisfaction exprimée traduit donc la capacité d'adaptation des patients aux nouvelles conditions de vie qui leur sont imposées, mais ne nous renseigne pas sur le préjudice qu'ils ont subi, ni sur les difficultés rencontrées.

Les différentes enquêtes étudiées montrent que la comparaison en termes de qualité de vie entre les dérivations urinaires est toujours en faveur des dérivations continentes (9 - 12 - 32).

Les études comparant les dérivations aux substitutions concluent que le remplacement vésical par un réservoir intestinal détubulé est le meilleur choix thérapeutique quand il est possible (3 - 22 - 32).

VI - REFLEXIONS SUR L'INFORMATION DES PATIENTS DE LA SERIE

En préopératoire, l'information fournie aux patients a toujours été très complète et précise et elle est jugée comme très satisfaisante.

Après l'intervention, bien que les patients ne s'en plaignent pas, elle semble très réduite et insuffisante.

- Tous n'ont pas été informés des possibilités de rééducation par des réveils programmés. Pour certains, si cette technique a été mentionnée, les modalités d'application n'ont pas été expliquées, ni même les résultats que l'on pouvait espérer.

- Aucun ne s'est vu proposer de rééducation périnéale qui, même si elle n'apporte pas de résultats spectaculaires (9), aurait pu constituer une aide, un soutien dans l'apprentissage du nouveau besoin.

- L'impuissance, et surtout les traitements possibles pour tenter de la combattre, n'ont été que rarement abordé et uniquement quand le patient en faisait la demande.

Une meilleure information en postopératoire permettrait peut-être d'améliorer les résultats concernant la continence nocturne et contribuerait à réduire et à faciliter la période d'apprentissage.

Nous avons constaté, au cours de notre enquête, que les patients étaient curieux, et désireux de connaître la situation des autres opérés.

Cette curiosité n'est pas du tout malsaine mais au contraire très logique et compréhensible. Il est normal qu'un sujet atteint d'une maladie recherche dans son entourage un "modèle" ayant affronter les mêmes problèmes que lui. Cela permet une comparaison, contribue à rassurer et à rompre le sentiment d'isolement provoqué par l'impression d'être un cas unique.

Aucun des patients n'a trouvé dans son entourage de cas similaires, et s'il existait des exemples de cancer de la vessie c'était à chaque fois des opérés porteurs d'une dérivation non

continente. Ce modèle là contribuait à les inquiéter plus qu'à les rassurer et développait chez eux une certaine gêne, et le sentiment d'avoir eu plus de chance.

Un patient racontait que sa pharmacienne lui avait demandé de rendre visite à un malade, opéré comme lui d'un cancer de la vessie mais par une dérivation non continente, et qui était très déprimé. Elle estimait qu'un entretien avec quelqu'un connaissant le problème redonnerait espoir et motivation. Bien que désireux de rendre service, notre patient n'a jamais pu se résoudre à cette visite, éprouvant une gêne et une appréhension à aborder un modèle qu'il estimait négatif.

Mettre en contact des patients récemment opérés avec d'autres plus anciens pourrait contribuer à :

- Rassurer
- Motiver
- Faire circuler l'information .

Il ne s'agit pas de constituer un "club des néovessie", qui risquerait de marginaliser les patients en leur faisant prendre conscience d'une différence qu'ils ne ressentent pas, mais d'instituer une sorte de parrainage où le plus ancien serait un guide et un modèle pour l'opéré récent.

VII - REFLEXION SUR LA LIMITATION DES INDICATIONS

L'iléocystoplastie type Camey II limite ses indications aux "patients motivés capables de comprendre le fonctionnement de leur néovessie" (8).

Les dérivations urinaires continentes doivent être évidemment réservées aux patients compliants capables de réaliser les auto-sondages réguliers de leur réservoir. L'individu qui ne remplit pas ces conditions n'a donc vraiment pas le choix et se voit proposer une dérivation urinaire non continente.

Tout cela nous semblait très logique, mais le cas du patient n° 13 nous a interpellé.

Nous avons tout d'abord cherché à comprendre pourquoi ce patient, qui n'avait visiblement pas vraiment compris le fonctionnement de sa néovessie, s'était vu proposer un remplacement.

En fait, à l'époque de l'intervention, il ne vivait pas seul, ce qui contribuait sûrement à le rendre plus raisonnable. Par ailleurs, son frère étant décédé d'un cancer de la vessie après avoir été opéré d'un briker, il refusait catégoriquement ce type d'intervention. Les résultats fonctionnels du remplacement vésical ne sont chez lui pas parfaits avec des fuites occasionnelles vespérales, une incontinence nocturne qui lui a fait choisir la solution de l'urinoir. Nous nous sommes interrogés sur ce que lui aurait apporté une dérivation non continente.

Il n'aurait pas été capable d'assurer seul les soins de la stomie et les changements de poche. Une infirmière aurait dû venir quotidiennement pour faire ce travail. En cas de fuite ou de décollement de la poche, il aurait dû faire appel à une aide extérieure.

Si le remplacement ne lui assure pas des résultats fonctionnels parfaits, il lui apporte une autonomie totale, ce qui n'aurait pas été le cas d'une dérivation.

Il est compréhensible, dans une période d'évaluation et de comparaison des différentes techniques existantes, que l'on réduise les indications aux patients susceptibles d'obtenir les meilleurs résultats fonctionnels. Mais en terme de qualité de vie, cette limitation ne semble pas justifiée.

CONCLUSION

La cystoprostatectomie avec iléocystoplastie type Camey II est une intervention bien codifiée, fiable et reproductible.

Elle répond aux objectifs initialement fixés, puisqu'elle est carcinologiquement satisfaisante, qu'elle assure une bonne protection du haut appareil urinaire et permet aux patients d'uriner par les voies naturelles avec une fréquence de miction normale.

Elle offre aux patients une bonne qualité de vie. Même si elle n'assure pas à chacun d'entre eux des résultats fonctionnels parfaits, les désagréments, quand ils existent, sont considérés comme minimes car ils n'entraînent pas de retentissement significatif sur la manière de vivre.

Dans le cadre du cancer de la vessie, si la cystoprostatectomie permet de sauver la vie, l'iléocystoplastie type Camey II sauvegarde, quant à elle, la qualité de cette vie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 **BARON J.CH.**
"*Cystectomie préservant l'érection*"
Edition technique encyclopédie médico-chirurgicale
Technique chirurgicale Urologie Gynécologie
41 190, 1991

2 **BARROU B., BITKER Mo., CHATELAIN C.**
"*Réimplantation urétéro-vésicale antireflux*"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale
Technique chirurgicale Uro-Gynécologie
41 133 12, 1990

3 **BJERRE BD, JOHANSEN C., STEVEN K.**
"*Quality of life after cystectomie for bladder cancer : Bladder substitution compared with ileal conduit diversion*"
Scandinavia Journal Uro-Nephro, Vol. 142, année 1992

4 **BOCCON ; GIBOD**
"*Tumeurs superficielles de vessie : quelle surveillance pour quelles tumeurs ?*"
Journal urologie 1985, vol. 91 n° 10

5 **BOTTO H., HERVE JM., BARRE Ph., THEBAUT Y., BUTREAU M., CAMEY M.**
"*U. shaped detubularized ileal bladder (Camey II). Results of 105 patients*"
Scandinavia Journal Uro-Nephro 1992, Vol. 142

6 **BOTTO H., LUGAGNE PM., HERVE JM., BARE Ph., CAMEY M.**
"*Résultats des réimplantations urétéro-néovésicales*"
(Camey Leduc versus réimplantation directe avec trompe)
Séminaire d'Uro-Nephro Pitié Salpétrière, 21ème Série 1995

7 **BOTTO H., THEBAUT Y., LAGRANGE L., LEDORE H., RICHARD F., CAMEY M.**
"*Impact de la détubulation sur l'iléocystoplastie type Camey*"
Séminaire d'Uro-Nephro de la Pitié Salpétrière, Série n° 16 année 1990

8 **CAMEY M.**
"*L'entérocystoplastie de remplacement*"
Journal d'urologie, vol. 91 n° 10 1985

9 **CASTAGNOLA C., MARECHAL JM.**
"*Qualité de vie après cystectomie*"

10 **CHABANNE E., BITKER Mo., CHARIER-KASTLER F., CHATELAIN**
"*Qualité de vie après cystectomie et entérocystoplastie pour tumeur de la vessie*"
Séminaire d'Uro-Nephro de la Pitié Salpétrière, 20ème Série année 1994

11 **CHOPIN DK., HOZNEK A., RAVERY V., ANTIPHON P., POVOUZ ABBOU CC.**
"*Résultats du traitement des tumeurs vésicales infiltrant le muscle*"
Annale d'urologie 1993, vol. 27 n° 1

12 **CICCHETTI F., POLIZI P., RUGGERI F., MARSILI M.**
"*Quality of life after urinary diversion. A study of 80 cystectomized patients*"
Scandinavia Journal Uro-Néphro, Vol. 142 année 1992

13 **COLOMBEL, CHOPIN, STUDER**
"*Procédé de remplacement vésical utilisant un réservoir iléal à basse pression*"
Annale d'urologie vol. 27 n° 1 année 1993

14 **CORTESSE A.**
"*Tumeur non épithéliale de vessie*"
Edition technique encyclopédie médico-chirurgicale
Néphro-urologie 18 243 A10 1995

15 **CUKIER J., DUBERNARD JM., GRASSET D.**
Atlas de Chirurgie urologique Tome II, Editions MASSON

16 **CUSSENOT O, RAVERY V.**
"*Classification et facteur pronostic des tumeurs épithéliales de vessie*"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale
Uro-Néphro 18 243 A20 1995

17 **DESGRANDCHAMPS F.**
"*Epidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie*"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale
Néphro-urologie 18 243 A10 1995

18 **DUVAL F., GATTEGNO B., MIGNARD JP, RICHARD F., PETIT M., PRAWERMAN A., MAINDENBERG M.**
"*Vessie iléale type Camey II après prostato-cystectomie totale pour cancer de vessie : expérience multicentrique*"
Séminaire d'Uro-Néphro Pitié Salpétrière 16ème Série année 1990

19 **FOLDE**
"*Préservation de la puissance sexuelle lors d'une cystoprostatectomie radicale*"
Journal d'Urologie vol. 91 n° 10 1985

20 **GATTEGNO B., RODDE Ph.**
"*Données récentes sur l'entérocystoplastie détubulée*"
Dialogue en urologie n° 22 septembre 1995

21 **GUERIN P., DAZORD A., BOISSEL JP., HANAUER M., MOIEUR P., CHAUVIN F.**
"*L'évaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutiques. Aspects conceptuels et présentation d'un questionnaire*"
Thérapie 1989 vol. 44

22 **HAUTMANN RE.**
"*Bladder substitutes for continent urinary diversion*"
Séminaire d'uro-néphrologie de la Pitié Salpétrière, 20ème Série 1994

23 **HOZNEK A., BELLOT J., ABBOU Ec., CHOPIN DK.**
"*Histoire naturelle et facteurs pronostiques des tumeurs superficielles de la vessie*"
Annales d'urologie vol. 27 n° 1 1993

24 **JASMIN C.**
"*Philosophie de la démarche qualité de vie*"
Medec 95

25 **JASMIN C.**
"*La philosophie de la qualité de vie*"
Impact Médecin Hebdo n° 273 Mai 1995

26 **JONG Z., NAPOLEON MF., PONTONNIER F., PLANTE P., IOUALALEN A.**
"Devenir fonctionnel des iléoplasties en U (intervention de CAMEY) dans le cancer de la vessie"
Annales d'urologie 1991, vol. 25 n° 1

27 **KORAITIM MM., ATTA MA., FODA MK.**
"Early and late cystometry of detubularized and non detubularized intestinal neobladders"
New observation and physiological correlates. The Journal of Urologie, vol. 154 1995

28 **LEANDRI P., ROSSIGNOL G., CAISSEL J.**
"La cystoprostatectomie totale avec vessie de remplacement iléale : nos résultats sur 33 cas"
Journal Urologie vol. 91 n° 10 1985

29 **LEDUC A., BRON J., HENNEQUIN C.**
"Traitement des tumeurs épithéliales de vessie"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale
Néphro-urologie 18 244 A10 1995

30 **LEDUC C., CUSSENO T., DESGRANDCHAMPS**
"Tumeur de vessie"
Diaporama réalisé par le service d'urologie de l'hôpital St-Louis et le laboratoire Choay

31 **LEGUILLOU M., FERRIERE JM., BRUNNIER C., BRUCHER Ph.**
"La vessie de Bordeaux à propos de 54 cas"
Séminaire d'uro-néphrologie Pitié Salpétrière, Série n° 16 1990

32 **LOBEL B et SOREL JŸ.**
"Les entérocytoplasties continentes de dérivation et de remplacement"
Journal d'urologie 1987 vol. 93 n° 7

33 **LUGAGNE PM, LEPIGNARD V.**
"Mise au point bibliographique sur les tumeurs urothéliales"
Séminaire d'Uro-Néphrologie de la Pitié Salpétrière, 18ème Série année 1992

34 **MARANINCHI D., VIENS P.**
"Pourquoi une chimiothérapie dans les cancers de la vessie ? Quelles en sont les limites initiales ?"
Annales d'urologie 1994 vol. 28 n° 6

35 **OUVRARD JM.**
"Qualité de vie ; qualité de la vie"
Conclusion de la brochure éditée par le laboratoire Synthélabo sur la Table Ronde à propos de la qualité de vie du Medec 95

36 **PARQUET PJ.**
"Qualité de vie et psychiatrie"
Medec 1995

37 **PORTOS Jean-Louis**
"Historique de la qualité de vie"
Medec 95

38 **PORTOS Jean-Louis**
"Qualité de vie et évaluation du médicament"
Medec 95

39 **REDIVI P.**
"Réactions psychologiques aux affections somatiques graves"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie 37 675 A20 1994

40 **RICHARD F.**
"Apport théorique de la détubulation dans les vessies de remplacement"
Séminaire d'Uro-Néphro Pitié Salpétrière, Série n° 16 1990

41 **ROSSIGNOL G., LEANDRI P., GAUTIER JR., QUINTENS H., CAISSEL J.**
"Vessie de remplacement à basse pression après cystectomie radicale type Camey II"
Séminaire d'Uro-Néphro Pitié Salpétrière, Série n° 16 1990

42 **SCHOENBERG M., WALSH P., BREAZEALE D., MARCHALL F., MOSTWIN JL, BRENDLER C.**
"*Local recurence and survival following. Nerve Sparing Radical Cystectomie for bladder Cancer 10 years followup*
Journal of Urology vol. 155 Février 96

43 **SCHRAUB S., MERCIER M.**
"*Mesure de la qualité de vie en cancérologie*"
Ouvrage publié par les éditions Masson : Evaluation de la qualité de vie

44 **SCHRAUB S., MERCIER M.**
"*Psychologie et cancer*"
Entretien de Bichat thérapeutique 1993
Débat d'actualité

45 **SEVIN G., CEK M., TASCI A., FAZLIOGLI A., GOKHANG G.**
"*Réinsertion des patients après cystectomie et confection d'un réservoir intestinal continent*"
Progrès en urologie 1992 vol. n° 2 n° 6

46 **TEILLAC P.**
"*Tumeur de vessies : diagnostic, forme clinique marqueur*"
Edition technique de l'encyclopédie médico-chirurgicale
Néphro-Urologie 18 243 A30 1995

47 **TERAI A., ARAI Y., MOKADA Y., YOSHIDA V.**
"*Effect of urinary intestinal diversion on urinary risk factor for urolithiasis*"
Journal d'urologie 1995 vol. 153

48 **ZERBIB M.**
"*Place de la BCGthérapie endovésicale dans les tumeurs superficielles de vessie*"
Journal d'urologie 1995 tome 101 n° 2

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET BROCHURES

- "*Evaluation de la qualité de vie*"
  Edition Masson

- "*La santé en France*"
  Rapport général du haut Comité de la Santé publique publié par le ministère des affaires sociales de la santé et de la ville
  La documentation française

- "*L'exercice médical dans la société hier, aujourd'hui, demain*"
  Colloque organisé par l'ordre des médecins en septembre 1995
  Publié aux éditions Masson

- "*Pratique médicale : Savoir associer qualité de vie et coût de la santé*"
  Table ronde du Medec 95 publié par les laboratoires Synthélabo

- Journal d'urologie, tome 91 n° 10 1985
  79ème session de l'association française d'urologie

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DAUVERGNE Pierre-Yves

Cancer de la vessie, influence de la chirurgie radicale sur le contrôle carcinologique pelvien
Université Paul Sabatier, Toulouse III, année 1992

EL ALAOUI EL BALHITI

Qualité de vie chez les opérés d'un briker à propos de 19 cas
Université de Limoges, année 1994

ARTICLES

BRIOUL M.

"*L'évaluation de la qualité de vie : premiers résultats et perspective de recherche*"
L'information psychiatrique, mai 1994, n° 2

GARBE E.

"*Les échelles de qualité de vie en cancérologie*"
Concours médical 1991 vol. n° 13 n° 33

LAUNOIS R.

"*La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels ou collectifs*"
Revue d'épidémiologie et de la santé publique 1994 n° 42

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ..... p. 12

CHAPITRE PREMIER LA QUALITE DE VIE ..... p. 14

I - L'EVOLUTION DES MENTALITES ..... p. 15

II - DEFINITION DE LA QUALITE DE VIE ..... p. 18

III - LES PRINCIPALES ECHELLES DE MESURE ..... p. 19

IV - PRINCIPE DE CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE ..... p. 21

CHAPITRE II GENERALITES A PROPOS DES TUMEURS EPITHELIALES DE LA VESSIE ..... p. 26

I - CLASSIFICATIONS ..... p. 27

II - LES TUMEURS SUPERFICIELLES ..... p. 31

1) Le bilan diagnostic ..... p. 31
2) Les moyens thérapeutiques ..... p. 31
3) Indications thérapeutiques ..... p. 34

III - LES TUMEURS INFILTRANTES ..... p. 35

1) Bilan d'extension ..... p. 35
2) Les moyens thérapeutiques ..... p. 36
3) Les indications thérapeutiques ..... p. 38

CHAPITRE III LA CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II ..... p. 39

I - PRINCIPES ET OBJECTIFS DE L'INTERVENTION ..... p. 40

1) Les objectifs ..... p. 40
2) Le principe ..... p. 40

II - DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE ..... p. 44

A - La cystoprostatectomie totale ..... p. 44
B - L'iléocystoplastie détubulée type Camey II ..... p. 46

III - LES COMPLICATIONS ..... p. 52

A - Les complications postopératoires non liées à la technique ..... p. 52
B - Les complications postopératoires en rapport avec la technique ..... p. 52

1) Métaboliques ..... p. 52
2) Digestives ..... p. 53
3) Urinaires ..... p. 53

C - Les complications d'ordre fonctionnel ..... p. 56

1) La continence ..... p. 56
2) L'impuissance ..... p. 58

IV - INDICATION ET CONTRE-INDICATION ..... p. 60

A - Contre-indication absolue ..... p. 60

1) La chirurgie palliative ..... p. 60
2) Tumeur envahissant le col vésical ou l'urètre prostatique ..... p. 60

B - Contre-indication relative ..... p. 61
C - Indication en fonction du stade de la tumeur ..... p. 61

CHAPITRE IV L'EXPERIENCE DE CYSTOPROSTATECTOMIE AVEC ILEOCYSTOPLASTIE TYPE CAMEY II AU CHU DE LIMOGES ..... p. 63

I - PRESENTATION DE LA SERIE ..... p. 64

II - CAS CLINIQUES ..... p. 68

III - COMPLICATIONS ..... p. 81

IV - RESULTATS FONCTIONNELS ..... p. 84

V - CONCLUSION ..... p. 86

CHAPITRE V RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE ..... p. 87

CHAPITRE VI ANALYSE ET COMMENTAIRES ..... p. 116

I - LES INCONVENIENTS DU MODE D'ENQUETE CHOISI ..... p. 117

II - ANALYSE DES ASPECTS POSITIFS DE L'ENQUETE ..... p. 121

III - A PROPOS DE LA CONTINENCE NOCTURNE ..... p. 124

IV - A PROPOS DE L'IMPUISSANCE ..... p. 127

V - ANALYSE DES ETUDES DE QUALITE DE VIE REALISEES A PROPOS DES DERIVATIONS URINAIRES CUTANEES ET COMPARAISONS ..... p. 130

VI - REFLEXION SUR L'INFORMATION DES PATIENTS DE LA SERIE .... p. 133

VII - REFLEXION SUR LA LIMITATION DES INDICATIONS ..... p. 135

CONCLUSION ..... p. 136

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... p. 138

BIBLIOGRAPHIE ..... p. 145

TABLE DES MATIERES ..... p. 148

SERMENT D'HYPOCRATE ..... p. 152

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au–dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè–je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 13

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Nous rapportons une série de treize iléocystoplasties type CAMEY II, après cystoprostatectomie totale pour carcinome urothélial, réalisées au CHU de Limoges entre 1986 et 1995.

Après avoir décrit l'aspect technique de cette intervention, ses indications, nous avons étudié les conséquences en terme de morbidité, ainsi que les résultats fonctionnels que nous avons comparés à ceux de la littérature.

Mais notre principal objectif était d'évaluer la qualité de vie des patients opérés.
Pour ce faire, après avoir défini ce concept, nous avons construit un questionnaire que nous avons proposé aux patients lors d'un entretien, et dont les résultats sont consignés et analysés dans ce travail.

MOTS CLES - QUALITE DE VIE
- ILEOCYSTOPLASTIE
- CAMEY TECHNIQUE
- VESSIE CANCER