

JOSÉ M. GIL-VERNET

Barcelone

Formation de la vessie urinaire artificielle fonctionnante. Indications, technique et résultats

Encouragées par les résultats obtenus avec la greffe sigmoïde dans les substitutions partielles de la vessie urinaire (colocystoplastie), nous avons décidé d'effectuer la substitution totale de la vessie cancéreuse par une greffe sigmoïde suturée à l'urèthre, avec l'idée d'obtenir une vessie artificielle fonctionnante, afin que le patient puisse réaliser sa miction par les voies naturelles et évitant les graves complications de la classique urétérosigmoidostomie avec intestin non exclus.

Nous connaissons les travaux expérimentaux et les résultats cliniques obtenus par de nombreux auteurs portants sur l'utilisation de l'iléon, quoique avec des résultats peu satisfaisants. Résultats compréhensibles si l'on tient compte de l'incompétence de l'intestin grêle, non seulement de substituer totalement la vessie, mais également de l'agrandir comme dans les iléocystoplasties inclus les derniers variants techniques. Avec cette opération, il ressort davantage les grandes possibilités du colon ilio-pelvien que ses caractéristiques anatomiques et physiologiques désignent comme l'organe idéal pour suppléer fonctionnellement à la vessie urinaire.

Indications

Tous les cancers de la vessie urinaire quelque soit le moment, la localisation et l'extension, avec la condition logique que ce soit à une phase d'opérabilité. Comme indication princeps : la papillomatose diffuse et récidivante et également toutes les lésions bénignes de la vessie qui réclament une ectomie de cet organe.

Technique

Une fois effectué l'exérèse vésicale et prostatique, nous procédons à la libération d'une greffe sigmoïde de quelques 30 cm de long. Rétablissement de la continuité intestinale et extrapéritonisation de la greffe — temps très important —, nous avons réalisé l'anastomose de la greffe à l'urèthre à différents niveaux

- a) Avec l'urèthre membraneux
 - b) Avec l'urèthre inframontanal (bec prostatique)
 - c) Avec l'urèthre supramontanal en conservant les vésicules séminales.
- Nous avons réalisé deux techniques I et II

La I^{re} consiste en l'anastomose termino-terminal de l'urèthre et de la greffe.

La II^e consiste en l'anastomose termino-latérale, terminal du côté de l'urèthre et latéral de la greffe.

La II^e technique quoique plus laborieuse est celle qui nous donne les meilleurs résultats fonctionnels. Avec cette technique, les uretères sont implantés aux extrémités de la greffe, et au milieu de son bord antimésentérique, il se pratique une incision de 1,5 à 2 cm qui sera la bouche intestinale qui s'anastomose avec l'urèthre en deux plans.

La technique d'implantation urétéro-intestinal employée a été celle de Nesbit ou bien celle en « trompe d'éléphant », cette dernière plus simple et donnant de meilleurs résultats. Nous avons laissé à demeure des cathéters urétéraux sortant par l'urèthre et drainant l'urine à l'extérieur et une sonde uréthrale pour drainer la mucoité de la greffe.

Terminées les anastomoses urétérales et uréthrales, celles-ci sont recouvertes par les appendices épiploïques de la greffe, dont le pouvoir plastique garantit l'étanchéité de la suture et constitue un troisième plan.

Sutures de la paroi abdominale en un seul plan de fil métallique et drainage par un tube situé dans la fosse iliaque.

Les soins postopératoires habituels aux entérocystoplasties.

Les cathéters urétéraux s'enlèvent au bout de 6 à 7 jours, et le cathéter uréthral de 10 à 12 jours. Au bout de 15 jours environ le patient abandonne la clinique en continuant le traitement antibiotique ou chimiothérapique (de préférence nitrofurazones) pour éliminer le bacille *Proteus* toujours présent, même s'il n'a aucune action pathogène.

Statistiques

Nous avons pratiqué en tout 12 interventions.

Mortalité : 2 cas. Un des cas décède 10 jours après l'intervention avec un tableau de défaillance cardiaque. L'autre après 22 jours par occlusion intestinale. Cette statistique de mortalité vient comme conséquence de l'acte opératoire.

Résultats cliniques

A) Contrôle urinaire. Dans les premières semaines, c'est la phase aiguë d'adaptation de la greffe ou « phase de lutte », bien apparente sur le cystogramme, et qui se caractérise par des mictions impérieuses toutes les 5', 10'

ou 15', anarchiques, avec projection du jet nulle ou faible, incontinence nocturne totale et légère hypermexie, sans répercussion sur l'état général.

Pour quatre cas, il s'est établi un bon contrôle urinaire diurne dès le début, avec mictions périodiques chaque 30' à 40', bon jet mictionnel, quoique avec des mictions impérieuses pendant la nuit et faible production de mucus.

L'état urinaire se régularise approximativement dans les 3 à 5 mois, avec des mictions périodiques chaque 2 à 4 heures, sans mucus, jet urinaire puissant et résidu minime.

Le contrôle urinaire durant le jour est parfait dans tous les cas. Pendant la nuit, seulement deux cas présentent parfaite continence.

Il est possible qu'avec le temps s'établisse un contrôle urinaire nocturne total, par formation d'un réflexe conditionné, où « sphinctérisation ».

Pour le moment il n'est pas possible d'établir une relation entre le degré de contrôle urinaire et le niveau de l'urèthre où se réalise l'anastomose.

B) Sensibilité mictionnelle. La sensation du besoin d'uriner est perceptible comme chez le sujet normal, apparaissant de manière plus ou moins brusque et parfois précédé d'une sensation de pesanteur hypogastrique. Le sujet a conscience pleine et entière de l'acte mictionnel.

C) Capacité de distention. Avec le temps, la vessie sigmoïde va en se distendant, l'augmentation de sa capacité volumétrique étant proportionnelle et progressive, obéissant à la loi de Starling, à plus grande distention, correspond une plus grande puissance contractile.

D) Capacité d'expulsion. La capacité contractile de la néovessie est démontrée par :

1. La projection du jet urinaire. La puissance expulsive est telle que dans certains cas, elle est le double de la distance et du calibre d'une vessie normale, et dans les autres cas c'est comparable au jet normal.

2. Il n'y a pas de résidu.

3. La courbe cysto-manométrique accuse un bon tonus du nouveau détrusor colique.

E) Production de mucus. Peu dans les premières semaines, elle disparaît entre le 3^e ou 4^e mois. L'hypermexie d'une greffe intestinale n'est pas physiologique, sinon qu'elle exprime son intolérance ou sa proteste de servir de réservoir urinaire, et traduit l'existence d'un processus inflammatoire comme le démontre l'examen microscopique.

Cliniquement, il existe une proportion directe entre la production de mucus et la fréquence mictionnelle. Relation de cause à effet superposable au symptôme de pollakiurie dans les cystites.

La grande production de mucus par la greffe iléale ainsi que sa persistance,

constitue un argument de plus contre l'utilisation de ces greffes pour augmenter ou remplacer la vessie; expliquant les mauvais résultats obtenus avec l'utilisation de ce segment intestinal.

En résumé, l'hypermexie tient une grande importance non seulement par le fait mécanique que suppose la miction d'un liquide muqueux, mais aussi parce qu'elle révèle l'existence d'une entérite par inaptabilité de la greffe à la mutation de fonctions.

F) Reflux urétéral. S'observe avec fréquence dans les premières semaines et est due à l'atonie résultant de la section chirurgicale. S'agissant d'intestin exclus, il n'a pas d'importance encore qu'il faut surveiller le malade en le traiter avec antibiotiques. La récupération de la dynamique urétérale dépend du niveau de section de l'uretère.

G) Altérations hémochimiques. L'étude électrolytique périodique de tous ces malades démontre des constantes humorales absolument normales. Il n'y a pas de soif ni autres symptômes pathognomoniques traduisant une absorption quelconque des constituants de l'urine au niveau de la greffe sigmoïde.

H) Complications tardives. Après un an, aucun patient n'a présenté des symptômes de pyélonéphrites, urétérohydronephroses ou sténoses des néostomies urétérales.

I) Bactériologie de la greffe. Les cultures urinaires réalisés périodiquement pendant un an, démontre dans 80 % des cas l'existence du *B. Proteus*. Il faut remarquer que malgré sa persistance, aucun malade n'a présenté la plus petite complication de type infectueux. Cette flore abondante est saprophyte.