

19-20 NOVEMBRE 2019
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

40^{es}

JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE

PROGRAMME



40^{es}

**JOURNÉES DE
L'INFIRMIÈRE
EN UROLOGIE**

19-20 NOVEMBRE 2019

PARIS, FRANCE

PALAIS DES CONGRÈS

Organisées par le Bureau de l'AFIUU

- Séances thématiques → pages 2 à 22
- Forum échanges et vidéos → pages 23 à 29
- Conférences → pages 30 à 44

09:30 > 10:30

Atelier COLOPLAST Salle 351

Les stomies urinaires non continentes et continentes, les mains dans les poches

Dr X. BIARDEAU (chirurgien urologue, CHU Lille)

S. VERCLEYEN (infirmière stomathérapeute, CHU Lille)

Sur pré-inscription, places limitées



09:30 > 10:30

Atelier CONVATEC Salle 352 B

Autosondage intermittent : un concept original pour une prise en charge optimisée de vos patients

- Introduction : Une nouvelle technologie dans l'autosondage intermittent
J.P. BASTIÉ (Infirmier expert en urologie)
- Adhésion des patients et soignants à l'autosondage intermittent :
un concept original pour une prise en charge optimisée
J.P. BASTIÉ (Infirmier expert en urologie), E. LEVESQUE (Business Development Manager CCC),
M. ABID (Marketing Manager D to C)
- Retours d'expériences cliniques et données publiées
IDE référente en urologie, Dr C. YVON (Directeur médical France-Benelux),
J.M. MARQUET (Spécialiste affaires médicales France-Belgique)
- Discussion et table ronde
- Conclusion
J.P. BASTIÉ (Infirmier expert en urologie)

Sur pré-inscription, places limitées



PROGRAMME **Planning journée**

10:45 > 12:15

SÉANCES THÉMATIQUES

- ST1** La RAAC en urologie : mise en place dans un CHR Salle 351 5
Bourg-en-Bresse - CH Fleuryat - Emilie COLLET, Marie CROZIER, Réjane RAY,
Logan MARTIN, Thibault CASTAINGS
- ST2** La prise en charge du patient stomisé urinaire Salle 342 A 6
Bayonne - Clinique Belharra - Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT
- ST3** Auto-sondage, adhésion et pérennité (réédition) Salle 342 B 8
Toulouse - CHU Rangueil - Gaétane FOURÈS, Jean-Pierre BASTIÉ, Xavier GAMÉ
- ST4** Formation des IBODE en chirurgie robotique :
état des lieux et perspectives Salle 343 9
Rennes - CHU Pontchaillou - Stéphanie COTTIN-BOURGUIGNON, Antoine POGRAJEC
- ST5** Urétéroscopes souples à usage unique *versus* réutilisables :
aspects médicaux, techniques et économiques Salle 352 A 10
Marseille - CHU de la Conception - Julia CHIAPPINI, Marie-Luisa GOVINDIN,
Marie YAHIA, Romain BOISSIER
- ST6** Traitement chirurgical de l'adénome prostatique :
où en sommes-nous ? Salle 352 B 11
Périgueux - Polyclinique Francheville - Estelle TAIBOUNI-BESSE, Amélie DELPECH,
Maïa NADIRADZE, David FARAMARZI, Marc MOUZIN, Richard MALLET

10:45 > 12:15

TABLE RONDE (limitée à 60 personnes) Salle 353 12

Importance et place de l'ECBU

Modérateurs infirmiers : Elsa DARNAUD, Joël JUIS

Modérateurs médicaux : Franck BRUYÈRE (CHU de Tours), Albert SOTTO (CHU de Nîmes)

Cette table ronde est une initiative qui a pour but de rassembler, sur un thème fondamental de notre activité professionnelle, des médecins, des experts et des infirmières. Cette année, nous aborderons le thème de l'ECBU, examen capital et ses aspects médico-légaux. Toutes les équipes, toutes les expériences en ce domaine sont les bienvenues.

Le nombre de places est volontairement limité à 60 personnes afin que le débat se déroule dans les meilleures conditions.

12:15 > 13:45

Pause déjeuner

13:45 > 15:15

SÉANCES THÉMATIQUES

- ST7** Stomies continentales chez le patient neurologique (réédition) Salle 342 B 13
Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Solenne CHEVANCE, Catherine LODIGNON,
Emmanuel CHARTIER-KASTLER
Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Aurélie-Anna DUBOIS, ergothérapeute et Alexia EVEN
- ST8** L'infirmier coordinateur dans les parcours d'urologie :
son rôle dans les nouvelles prises en charge Salle 342 A 15
Marseille - Institut Paoli Calmettes - Eric CINI, Marion PICINI, Nathalie COCONI,
Sami FAKHFAKH
- ST9** Les auto-sondages propres intermittents en pratique quotidienne... Salle 351 18
Marseille - CHU de la Conception - Michèle FAURES, Sarah GAILLET
- ST10** Gestion des risques péri-opératoires en chirurgie robotique Salle 352 B 19
Grenoble - CHU Grenoble-Alpes - Maribel GAUTHIER, Loïc TOURNERY-BACHEL,
Jean-Alexandre LONG
- ST11** Les mutilations sexuelles féminines en 2019 Salle 352 A 20
Saint-Germain-en-Laye - Institut Women Safe - Frédérique MARTZ, Pierre FOLDÈS
- ST12** Transplantation rénale et don du vivant (réédition) Salle 343 21
Paris - HEGP - Bérengère FOURNIER, Typhaine NICOLAU-MERICAM,
Céline LOVATO, Marc-Olivier TIMSIT

La RAAC en urologie : mise en place dans un CHR

Bourg-en-Bresse –CH Fleuryriat

Emilie COLLET, Marie CROZIER, Réjane RAY, Logan MARTIN, Thibault CASTAINGS

La RAAC est une nouvelle approche pluriprofessionnelle de prise en charge du patient.

Sa finalité est de lui permettre de recouvrer rapidement son autonomie après une chirurgie. Le concept s'applique à toutes les phases d'une intervention chirurgicale (avant, pendant et après) et implique une véritable transformation des protocoles médicaux et de l'organisation du parcours de soin adapté à chaque type d'intervention.

Depuis son émergence dans les années 1990 grâce à l'équipe danoise du Pr Henrik Kehlet, la RAAC connaît une évolution croissante ainsi qu'un développement au sein des établissements français et à l'international.

Depuis plus d'un an, nous travaillons sur la mise en place de la RAAC dans le service d'urologie du CHR de Bourg-en-Bresse.

Cet atelier a pour objectif de présenter les diverses étapes qui ont permis d'élaborer notre projet. Nous aborderons :

- les grands principes de la RAAC ;
- la mise en place au sein du service ;
- le parcours type d'un patient bénéficiant d'une prostatectomie totale ;
- une évaluation : leviers, freins et quelques statistiques.

Chacun de ces points fait appel à une implication de l'équipe et s'accompagne d'un changement des pratiques pluridisciplinaires.

La prise en charge du patient stomisé urinaire

Bayonne - Clinique Belharra
Sophie BISSEY, Mathieu HUMBERT

Les causes d'une stomie urinaire sont diverses.

Elles peuvent être néoplasiques (cancers pelviens, tumeurs de la vessie, vessies irradiées), non tumorales (vessies diabétiques, polyposes diffuses), neurologiques (accidents vasculaires cérébraux, sclérose en plaques, para- ou tétraplégie), malformations génitales ou traumatismes.

Dans la plupart des cas, il est proposé une intervention chirurgicale : la cystectomie avec dérivation transiléale de type Bricker, intervention consistant à l'ablation totale de la vessie avec la dérivation des uretères à la peau implantées dans un segment d'iléon.

Cette méthode permet :

- l'utilisation des uretères *in situ* sans traction ;
- d'avoir un appareillage unique sans intubation ;
- un drainage actif des urines.

Cela reste une intervention lourde pour laquelle il est nécessaire d'informer correctement le patient lors de la consultation chirurgicale et de mettre en place, avant l'hospitalisation, une consultation préopératoire en stomathérapie.

Comment se déroule cette consultation ?

À distance de l'intervention et de la consultation chirurgicale, ce temps de rencontre avec le stomathérapeute permet de voir le patient seul ou accompagné d'une personne ressource et ainsi pouvoir répondre à ses questions, reformuler certaines explications, donner le maximum d'informations, faire la démonstration du matériel et lui proposer la rencontre avec une personne stomisée s'il le souhaite.

Le stomathérapeute instaure ainsi une relation de confiance avec le patient et deviendra une personne référente par la suite.

Ce temps pré-opératoire permet également de procéder au repérage de la stomie selon plusieurs critères (anatomiques, antécédents chirurgicaux, habillage, activités du patient) ce qui reste essentiel pour la future mise en place de l'appareillage.

Le patient est ainsi informé de son intervention et du déroulement de son hospitalisation.

Le chirurgien veillera à bien ourler la stomie afin de faciliter la mise en place du futur appareillage.

En post-opératoire, certaines complications précoces, toutefois rares, peuvent nécessiter une reprise chirurgicale et restent donc à surveiller :

- l'obstruction d'une sonde urétérale (infection urinaire, caillots, sérosités ou dépôt de mucus) ;
- la chute d'une sonde urétérale (mauvaise fixation de la sonde, appareillage de mauvaise qualité) ;
- une hémorragie (maladies hématologiques, hémostasie insuffisante, surdosage d'anticoagulants) ;
- une nécrose du greffon (trajet pariétal trop étroit, mauvaise vascularisation) ;
- une désinsertion (abouchement sous tension) ;
- une éviscération (effort intense).

Le temps d'hospitalisation dure entre 10 et 15 jours.

Il va permettre au patient stomisé d'apprendre à gérer ses soins et devenir autonome.

La gestion de l'urostomie est un soin d'hygiène qu'il faut simplifier au maximum tout en respectant un

certain nombre de consignes telles que le nettoyage à l'eau du robinet, le séchage sans frotter, la découpe au diamètre précis de la stomie, la mise en place et le changement de l'appareillage.

Des complications tardives peuvent faire l'objet d'une consultation avec le chirurgien :

- une éventration péristomiale (stomie mal située, déficience de la paroi, prise pondérale, effort intense) ;
- un prolapsus (ceinture appareillage trop serrée, appareillage inadapté, mauvaise fixation de l'anse, prise de poids, effort intense) ;
- une sténose (orifice cutané trop serré, prise pondérale, conséquence d'une nécrose ou désunion) ;
- une infection urinaire.

Des complications cutanées peuvent également apparaître :

- des dermites (dues aux adhésifs et à l'utilisation de produits allergisants, fuites) ;
- une folliculite (dépilation agressive, retrait du support) ;
- des bourgeons péristomiaux (sutures ayant lésé la peau, résidu de fils, mauvaise cicatrisation) ;
- des cristaux de phosphate (pH des urines modifié) ;
- une allergie ;
- une lésion d'arrachage ;
- une mycose ;
- une hyperplasie.

Toute cette prise en charge des soins doit être associée à un accompagnement du patient stomisé qui peut se retrouver en détresse face à une modification du schéma corporel, à la perte d'une fonction naturelle et à la nécessité de s'adapter à cet appareillage dans sa vie professionnelle, familiale, sociale et sexuelle.

Les soignants, qu'ils soient dans un service ou à domicile, ont un véritable rôle d'écoute et de soutien psychologique face à ces patients à qui ils doivent rappeler les conseils pour le soin, l'hygiène de vie (boissons++), la surveillance quotidienne (état cutané, appareillage, pH, etc.) et les aider ainsi à s'autonomiser.

Un suivi par un stomathérapeute reste essentiel pour initier cet accompagnement, répondre aux questions des patients sur leur vie au quotidien, dispenser des soins plus spécifiques de la stomie et les guider dans le choix d'un appareillage le mieux adapté et le plus confortable possible.

Auto-sondage, adhésion et pérennité

Toulouse - CHU Rangueil

Gaétane FOURÈS, Jean-Pierre BASTÉ, Xavier GAMÉ

Le contrôle de la miction n'est pas simplement une réponse physiologique à un besoin. C'est aussi l'empreinte tangible du contrôle de soi, enseigné depuis la plus tendre enfance, et le préalable à tout contact social.

Changer le mode mictionnel d'un patient c'est bouleverser tout un pan de sa vie intime, la représentation de son image corporelle et le mettre face à un déficit qui impacte son contrôle social.

L'annonce de l'auto-sondage n'est pas une évidence. Pour le patient, c'est la fin d'une fonction acquise depuis son plus jeune âge et une révolution dans sa prise en charge quotidienne.

L'adhésion à ce nouveau mode mictionnel proposé par le médecin passe par un temps d'accompagnement soignant, qui va permettre au patient de faire le deuil de son mode mictionnel antérieur, et de s'appuyer sur le soignant pour se reconstruire autour d'un drainage vésical devenu nécessaire sinon indispensable.

La compréhension des échecs, enregistrés ces dernières années lors du suivi des patients sous auto-sondage, a permis de développer de nouveaux outils favorisant l'adhésion et le suivi des patients. Mais pour être efficaces, les soins, l'apprentissage dispensés à ces patients doivent s'appuyer sur de solides réseaux ville-hôpital.

L'information des infirmières libérales et des médecins de ville est un préalable indispensable à la pérennité des auto-soins au domicile.

La formation des soignants aux techniques d'entretien est aujourd'hui au moins aussi importante que la maîtrise du soin technique qui, pendant des décennies, a occupé toute notre attention.

Pour emporter l'adhésion du patient et pérenniser les pratiques, il faut savoir écouter et comprendre avant d'enseigner.

Formation des IBODE en chirurgie robotique : état des lieux et perspectives

Rennes - CHU Pontchaillou

Stéphanie COTTIN-BOURGUIGNON, Antoine POGRAJEC

Alors que la technologie envahit de plus en plus nos blocs opératoires, la chirurgie robotique devient incontournable dans certaines disciplines. L'urologie en est le fer de lance, ayant investi cet outil délaissé par d'autres spécialités. La quasi-totalité des CHU sont pourvus de ces télémanipulateurs d'assistance chirurgicale et bon nombre d'établissements privés également. Des fédérations de robotique se créent dans certains centres de référence, des équipes se spécialisent au niveau médical nommant des « *Robotic Surgeons* ».

Qu'en est-il de la profession d'IBODE ? Les paramédicaux sont eux aussi amenés à travailler avec cette technologie de manière plus fréquente. Doit-on attendre des « *Robotic IBODE* » ?

Comme tout nouveau dispositif médical, le « robot » requiert une formation de base afin de pouvoir appréhender son fonctionnement et ainsi garantir la sécurité du patient bénéficiant d'une chirurgie robot-assistée. La maîtrise de l'outil, et donc le stade d'expertise en chirurgie robotique, nécessite quant à elle une solide expérience et une formation plus poussée.

Cette séance thématique rappellera ce qu'est la chirurgie robotique urologique et quel a été le projet robotique dans notre Centre Hospitalier Universitaire. Nous aborderons ensuite les spécificités de la chirurgie robot-assistée en lien avec le rôle IBODE, nous développerons les compétences (techniques et non techniques) nécessaires aux IBODE pour exercer en chirurgie robotique.

Nous ferons un état des lieux des formations existantes et accessibles aux IBODE. Nous analyserons les résultats d'un travail de recherche sur la formation des IBODE en chirurgie robotique basé sur des questionnaires proposés aux professionnels de 3 CHU français dans le cadre d'un mémoire du Diplôme Inter Universitaire de chirurgie robotique. Cette enquête nous montre le besoin de formation des équipes, et aussi les attentes des professionnels eux-mêmes, la place de la spécialisation des paramédicaux aux techniques chirurgicales et de l'expérience de terrain.

Enfin, nous discuterons d'un mode de formation standardisé et adaptable aux IBODE exerçant ou souhaitant exercer en chirurgie robotique, issu du travail de recherche et s'inspirant également de modèles étrangers éprouvés, toujours dans la recherche d'une prise en soin sécuritaire des patients.

Urétérosopes souples à usage unique versus réutilisables : aspects médicaux, techniques et économiques

Marseille - CHU de la Conception

Julia CHIAPPINI, Marie-Luisa GOVINDIN, Marie YAHIA, Romain BOISSIER

L'urétéroscope souple est un matériel dont l'usage s'est largement généralisé en urologie au cours des 10 dernières années. Récemment, ce matériel a évolué avec la commercialisation d'urétéroscope souple à usage unique.

Dans cette session, nous ferons une mise au point sur les indications d'urétéroscopie souple en urologie, la fréquence des pathologies traitées pour conclure que l'urétéroscope souple est désormais une part conséquente de l'endo-urologie contemporaine.

Dans un deuxième temps, nous détaillerons les interventions pratiquées au bloc opératoire avec les urétérosopes souples : diagnostic et traitement des tumeurs de la voie excrétrice, calculs du rein, ainsi que les dispositifs médicaux associés : gaine d'accès urétérale, source et fibre laser, fluoroscopie, pince à biopsie, sonde à panier.

Dans une troisième partie, nous rapporterons notre expérience dans l'utilisation quotidienne des urétérosopes réutilisables : les procédures de stérilisation, transport, utilisation, décontamination, reconditionnement et réparation, et pour les urétérosopes usage unique : les procédures de stockage, utilisation et d'élimination.

Fort de notre expérience et de l'intégration des urétérosopes à usage unique dans notre service depuis 2016, nous expliquerons les raisons pratiques et médico-économiques qui nous ont conduit à adopter une utilisation mixte des urétérosopes réutilisables et à usage unique dans notre service, et comment l'intégration des urétérosopes à usage unique nous a permis d'améliorer nos pratiques de soins et le service rendu aux patients.

Traitement chirurgical de l'adénome prostatique : où en sommes-nous ?

Périgueux - Polyclinique Francheville

Estelle TAIBOUNI-BESSE, Amélie DELPECH, Maïa NADIRADZE, David FARAMARZI, Marc MOUZIN, Richard MALLET

Le gold standard actuel, la résection trans-urétrale prostatique, peut-être pratiqué avec de l'énergie électrique monopolaire ou bipolaire. Ce débat qui a intéressé les urologues pendant de nombreuses années est aujourd'hui désuet.

En effet, de nombreuses techniques mini-invasives ont vu le jour. L'apport des lasers a été une vraie révolution.

Nous aborderons dans cette communication les différentes techniques de traitement de l'adénome prostatique au laser avec deux grandes philosophies :

- la vaporisation prostatique réalisée de manière quasi-exclusive par le laser KTP greenlight ;
- l'énucléation endoscopique pouvant être réalisée au laser greenlight (GreenLEP), au laser holmium (HoLEP), au laser thulium (Thulep) ou avec l'énergie bipolaire (BipoLEP).

Nous discuterons de ces techniques, leurs avantages, leurs risques et le rôle de l'infirmière ou infirmier en salle opératoire ou dans les suites immédiates.

De nouvelles techniques ont également vu le jour et sont encore en phase d'évaluation.

Nous évoquerons les techniques utilisant l'eau telle que l'Aquabeam sous contrôle échographique, les clips prostatiques (Urolift), la vapeur d'eau (Rezum), ou, enfin, l'embolisation prostatique.

Toutes ces innovations ont pour objectif, soit de faciliter un geste opératoire complexe et traiter des gros volumes plus facilement, soit, le plus souvent, de désobstruer la prostate en essayant de diminuer les effets indésirables sexuels, notamment sur l'aspect éjaculatoire.

Le traitement chirurgical de l'adénome prostatique évolue pour le plus grand bonheur des urologues mais surtout des patients.

MARDI
19/11

Salle 353

10:45 - 12:15

Table Ronde

Importance et place de l'ECBU

Modérateurs infirmiers : Elsa DARNAUD, Joël JUIS

Modérateurs médicaux : Franck BRUYÈRE (CHU de Tours), Albert SOTTO (CHU de Nîmes)

Stomies continentales chez le patient neurologique

Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Solenne CHEVANCE, Catherine LODIGNON,
Emmanuel CHARTIER-KASTLER

Garches - Hôpital Raymond Poincaré - Aurélie-Anna DUBOIS, ergothérapeute et Alexia EVEN

PROGRAMME (15 minutes par présentation)

Le contexte des stomies cutanées continentales chez le neurologique, l'autosondage

Alexia EVEN

La stomie cutanée continente : technique chirurgicale

Emmanuel CHARTIER-KASTLER

La stomie cutanée continente : Les soins péri-opératoires chirurgicaux et les premiers sondages

Solenne CHEVANCE

La stomie cutanée continente : place de l'ergothérapeute dans une équipe multidisciplinaire

Aurélie-Anna DUBOIS

Discussion (30 minutes) et cas cliniques

En matière de vessie neurologique, le drainage de la vessie reste le premier élément pris en compte pour une bonne prise en charge. Ce drainage est le plus souvent assuré par l'autosondage lorsqu'existe une difficulté de vidange liée à une dyssynergie vésico-sphinctérienne dans le cadre d'une lésion médullaire.

La réalisation de l'autosondage, traitement actuellement parfaitement codifié et dont les éléments médicaux de preuve seront revus, peut être difficile à pratiquer au travers du méat urétral natif. Quelles qu'en soient les difficultés, l'autosondage devant toujours être réalisé, il peut être proposé de réaliser une dérivation cutanée continente. Ce type de montage d'indication multidisciplinaire permet à

un(e) patient(e) de pouvoir se sonder par un orifice abdominal. L'accès est ainsi rendu aisé, le schéma corporel est conservé (pas de sonde ni de poche à demeure). Cet orifice est en fait le point visible d'une pièce de « tube digestif » de petit calibre qui peut être l'appendice (Mitrofanoff), ou un appendice « fabriqué » en cas d'antécédent d'appendicectomie ou d'appendice non perméable. Le montage prend alors le nom de Monti ou de Casales. Quel qu'il soit, ce montage très fragile en période péri-opératoire longue et complexe qui sera détaillée, permet aux patients de trouver une autonomie de vie privée et/ou professionnelle.

La procédure opératoire associe souvent un agrandissement de vessie afin de protéger au mieux le haut appareil urinaire mais surtout de réduire le nombre de sondages à 4 à 6 par 24 heures. L'éducation à l'utilisation de ces montages est particulièrement importante tant pour que le (la) patient (e) ait compris les modalités physiques du sondage et de la vidange vésicale par « siphonage » que pour la qualité du suivi et la prévention des complications comme les lithiases urinaires ou les fausses routes dans le montage.

Aujourd'hui de nombreux patients atteints d'une pathologie neurologique sont concernés par le sondage, qu'il s'agisse d'hypo ou hyperactivité détrusorienne avec dyssynergie vésico-sphinctérienne. Une partie de ces patients ont des difficultés de préhensions (notamment les patients tétraplégiques ou sclérose en plaques), ce qui peut rendre difficile, voire impossible, la réalisation du geste de l'autosondage par les voies naturelles.

La dérivation cutanée continente est le plus souvent proposée à des femmes tétraplégiques. Dans ce cadre, lorsqu'il existe des problématiques d'accès au méat (visibilité, surpoids) ou de déshabillage (limitations fonctionnelles des membres supérieurs), une intervention chirurgicale peut être proposée par le corps médical. Cependant, la manipulation du matériel de sondage et des essais via une « fausse » stomie doivent impérativement être évalués en préopératoire de la chirurgie. Les capacités motrices et cognitives sont considérées ainsi que le temps nécessaire et la motivation du patient. Le service d'appareillage sera également impliqué dans le projet en vue d'adapter la gaine abdominale des patients tétraplégiques et ainsi faciliter l'accès à la stomie. Cette technique améliore grandement la qualité de vie des patients : selon l'étude de Vian (Progrès en Urologie, 2009) à propos de 32 patients dont 26 blessés médullaires, la DCC permettait de réduire de 48% les transferts (surtout chez les femmes) et 90% des patients se disaient satisfaits d'un point de vue fonctionnel et esthétique.

L'ergothérapeute a donc un rôle important dans le bilan préopératoire d'une dérivation cutanée continente via des bilans standardisés et normés, et dans le suivi post-opératoire afin d'améliorer les capacités motrices et gestuelles par une rééducation ciblée, préconiser des aides techniques et aménager l'environnement au vu d'incapacités persistantes et afin de faciliter le sondage au travers de la DCC de façon parfaitement autonome. L'infirmière a un rôle majeur en péri-opératoire. Les médecins travaillant en équipe multidisciplinaire assurent l'indication, l'information et l'organisation du suivi.

Au total l'atelier souhaite répondre aux objectifs suivants :

- Connaître l'auto-sondage et ses difficultés éventuelles de réalisation.
- Savoir placer la stomie cutanée continente dans l'arsenal thérapeutique possible en cas de vessie neurologique.
- Avoir compris les principaux aspects techniques chirurgicaux et leurs principes.
- Connaître la place de l'ergothérapeute dans l'évaluation et savoir en indiquer la consultation préalable à la chirurgie.
- Savoir les principales recommandations internationales sur le sujet.

L'infirmier coordinateur dans les parcours d'urologie : son rôle dans les nouvelles prises en charge

Marseille - Institut Paoli Calmettes

Eric CINI, Marion PICINI, Nathalie COCONI, Sami FAKHFAKH

À l'institut Paoli Calmettes, une coopération transversale entre anesthésistes et chirurgiens des différentes spécialités avait permis la création en 2013 d'un Département d'Intervention Mini-Invasive « DIMI ». La mission initiale 2013-2015, était le développement des procédures mini-invasives diagnostiques et thérapeutiques en oncologie. Depuis 2015, le DIMI a mis en place des projets de recherche clinique (Groupe de travail UNICANCER, PHRC, bases de données), un programme de RAAC et de pré-réhabilitation ainsi qu'un enseignement interactif à travers un MOOC (Massive Open Online Courses) sur la RAAC.

1- Phase d'implémentation du programme RAAC

En urologie, le programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie a été mis en place à partir de janvier 2016 et à ce jour 662 patients ont été inclus dont 448 prostatectomies et 133 néphrectomies partielles. Depuis janvier 2018, ce programme a été étendu aux interventions plus lourdes, et notamment aux cystectomies (81).

La prise en charge de nos patients RAAC est actuellement décentralisée depuis la création en 2017 d'une unité « Hors Les Murs » en collaboration avec un réseau d'infirmiers libéraux ILHUP (Intervenants Libéraux & Hospitaliers Unis pour le Patient). Cette unité comporte un médecin responsable, un cadre de santé, 4 infirmiers experts (prenant en charge les chimiothérapies pré-validées, le suivi des thérapies orales et les RAAC) et une secrétaire avec pour objectif de multiplier par 5 le nombre d'infirmiers d'ici 2022 dans le cadre d'un projet d'établissement.

Initialement, la sécurisation du retour à domicile a été permise via un télé-suivi assuré par les infirmiers coordinateurs à J 1 / J 8 et J 30. En 2019, ce suivi à domicile sera intégré dans le cadre de parcours de soins digitalisés, coordonnés et spécifiques à chaque spécialité ou procédure chirurgicale, via l'application mobile « IPC CONNECT » rendant pro-actif le patient dans sa prise en charge. Cette application permet en plus de sécuriser le retour à domicile, une éducation thérapeutique synchronisée tout le long du parcours patient.

Dans ce parcours RAAC, l'infirmier diplômé d'état coordinateur « IDEC » joue plusieurs rôles qui dépassent la définition de la coordination établie par la HAS : « *l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins* ».

L'IDEC a donc plusieurs rôles, notamment d'organiser les parcours de soins personnalisés après la consultation d'annonce, d'accompagner le patient et sa famille en instaurant un lien de confiance, d'établir les relations avec les différents intervenants et de gérer la qualité des soins en s'assurant du respect des protocoles. L'IDEC a, par la suite, deux principaux objectifs, fluidifier les prises en charge et conserver une qualité de vie optimale pour le patient et sa famille malgré la maladie.

2- Evaluation de l'impact du programme RAAC sur la durée moyenne de séjour (DMS) et les complications post-opératoires

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) sur la durée de séjour et la morbidité péri-opératoire chez les patients opérés d'une chirurgie mini-invasive robot-assistée.

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective ayant inclus 202 patients consécutifs entre janvier 2016 et mai 2017, dont 162 prostatectomies totales (PT) et 40 néphrectomies partielles (NP) opérés par chirurgie robot-assistée. Le protocole RAAC incluait des mesures pré-, per- et post-opératoires anesthésiques (charge glucidique préopératoire, remplissage péroopératoire euvoémique, ventilation artificielle protectrice, épargne morphinique, prévention des nausées et vomissements post-opératoires, etc.) et chirurgicales (pas de drainage systématique, réalimentation précoce, etc.), ainsi qu'un suivi quotidien par un infirmier coordinateur en collaboration avec un réseau d'infirmiers libéraux.

Nous avons recensé la durée de séjour et les complications péri-opératoires (durant l'hospitalisation) et post-opératoires précoces (<90 jours) selon la classification de Clavien-Dindo pour chacune des deux interventions et comparé ces données à celles antérieures au protocole RAAC.

La durée moyenne de séjour était de 2,88 jours (médiane = 3 [1-21]) concernant la PT (*versus* 4,24 avant RAAC) et de 3,84 jours (médiane = 4 [2-11]) pour la NP (*versus* 4,80 avant RAAC).

Concernant les complications péri-opératoires, le taux de complications a été significativement réduit par la mise en place du protocole RAAC, aussi bien pour la PT (6,7 % *versus* 16,2 %, $p=0,02$) que pour les NP (16,6 % *versus* 42,6 %, $p=0,01$), essentiellement à la faveur des complications mineures (Clavien-Dindo I et II).

Concernant les complications post-opératoires précoces, nous avons constaté une stabilité du taux de complications par rapport à la période antérieure au protocole RAAC (NP : 6,7 % *versus* 9,8 %, $p=0,62$; PT : 14,1 % *versus* 8 %, $p=0,15$).

La mise en place d'un protocole « RAAC » standardisé multidisciplinaire a permis de réduire significativement la durée de séjour et le taux de complications péri-opératoires chez les patients opérés d'une chirurgie mini-invasive robot-assistée, sans augmentation du taux de complications post-opératoires à 90 jours.

3- Evaluation de la satisfaction des patients RAAC

L'objectif de cette étude était d'évaluer le ressenti et la satisfaction des patients opérés et pris en charge dans le cadre d'un protocole RAAC dans notre centre.

523 patients consécutifs ont été inclus dans notre protocole RAAC entre janvier 2016 et avril 2019. Nous avons proposé aux patients une évaluation prospective par le questionnaire validé EVAN-G qui comporte 26 items et évalue la satisfaction des patients selon 6 « dimensions » : Attention portée, Information, Intimité, Douleur, Inconfort et Délais d'attente. La moyenne de ces scores permet ensuite de déterminer un score de satisfaction globale sur 100 points. Au total, 122 patients (23,3 %) ont répondu au questionnaire, parmi lesquels 83 patients opérés d'une prostatectomie totale et 39 d'une néphrectomie partielle (par voie robot-assistée).

Le score global moyen EVAN-G était de 78,9 [écart-type 14,6]. Le sous-score moyen regroupant les items portant sur l'information préopératoire était de 76,4 [19,1] ; ainsi, 97,4% des patients ont répondu avoir reçu l'information nécessaire et avoir été rassuré avant l'intervention (autant qu'attendu : 26 %, un peu mieux qu'attendu : 31,2 %, ou beaucoup mieux qu'attendu : 40,2 %). Concernant la gestion de la douleur post-opératoire, le sous-score moyen

Les auto-sondages propres intermittents en pratique quotidienne

Marseille - CHU de la Conception
Michèle FAURES, Sarah GAILLET

Gestion des risques péri-opératoires en chirurgie robotique

Grenoble - CHU Grenoble-Alpes

Maribel GAUTHIER, Loïc TOURNERY-BACHEL, Jean-Alexandre LONG

L'équipe de chirurgie robot du CHU Grenoble Alpes partage son retour d'expérience après 5 années d'exploitation du robot Da Vinci SI® autour du thème de la Gestion des Risques inhérents à ce système chirurgical.

Les IBODE en particulier, se sont interrogées sur le bienfondé de cette présentation suite à leur participation au Workshop du CEREFIGE sur ce thème. De fait, bien que la maîtrise des risques soit au cœur de leur profession et que sa mise en œuvre soit une pratique quotidienne, elles sont peu habituées à communiquer sur ce thème.

Servie par un contexte institutionnel favorable, la culture du risque est investie bien au-delà des exigences des certifications successives et fait partie intégrante de la gestion de l'activité chirurgicale robot-assistée.

Les récentes évolutions de la profession IBODE, avec en particulier l'exclusivité des actes, a confirmé la validité des choix retenus dès le début du projet d'acquisition du robot.

De fait, outre les compétences déjà acquises et celles en cours de déploiement, Les IDE et les IBODE sont parfaitement formées à la culture du risque attaché à l'utilisation de ce dispositif et surtout à adapter leur rôle soignant à ce contexte très particulier. Toutefois, cette compétence intrinsèque de la profession est pourtant une des moins connues.

Le projet de chirurgie robotique s'est construit sur des bases solides tant d'organisation que de gestion et de management, conférant à l'expérience « robot » une singularité au sein du Pôle de Coordination des gestes Chirurgicaux et Interventionnels de notre

établissement. Cinq piliers étayent cette activité, investissant totalement les grands principes de gestion des risques dans une pratique collégiale. Ils sont développés dans cette présentation.

La part importante de l'écriture indispensable au référencement des pratiques nous a permis de nous doter d'un cadre de gestion d'activité efficace et sécuritaire, favorisé par l'expression libre et la collégialité des décisions.

Le volet formation tant des personnels médicaux que paramédicaux a été particulièrement soigné, bien au-delà de la simple exploitation chirurgicale du système. L'expertise reconnue des IBODE dans cette formation a été grandement sollicitée, pour la plus grande sécurité des patients et pour la motivation des professionnels

Les difficultés rencontrées par les établissements de santé ces dernières années ont durablement et profondément impacté cette organisation. Toutefois, la culture de gestion du risque est restée vivace. Malgré toutes les difficultés rencontrées, l'activité est en pleine expansion et en voie de diversification. L'acquisition d'un système plus récent est fermement sollicitée afin de permettre la pérennité tant du projet chirurgical et universitaire que celui des IDE/IBODE.

L'évolution rapide des activités de bloc opératoire inclus nécessairement l'évolution des pratiques de tous les intervenants. Aussi, il est donc important pour les IDE/IBODE de persévérer dans la Démarche Qualité et Sécurité pour que ces nouveaux challenges soient aussi enrichissants que cette première expérience.

Les mutilations sexuelles féminines en 2019

Saint-Germain-en-Laye - Institut Women Safe
Frédérique MARTZ, Pierre FOLDÈS

- Les mutilations sexuelles féminines sont toujours présentes en 2019.
- Elles concernent environ 60 000 femmes en France et plus de 200 millions dans le monde.
- Définition des MSF, de leurs complications et de leurs conséquences.
- Présentation des impacts et des enjeux pour la santé de la femme.
- Évolution des pratiques face à la mobilisation et à la répression.
- Historique des réponses apportées depuis trente ans.
- Le cadre de la réponse législative et son évolution.
- Principes et résultats de la chirurgie réparatrice.
- Principe et définition de la prise en charge holistique pluridisciplinaire.
- Déroulement d'une prise charge.
- La place centrale de l'infirmière dans le processus.
- Les centres référents.
- La politique Française en matière de MSF.

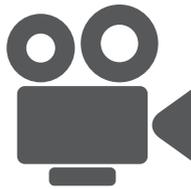
Transplantation rénale et don du vivant (réédition)

Paris - HEGP

Bérengère FOURNIER, Typhaine NICOLAU-MERICAM, Céline LOVATO, Marc-Olivier TIMSIT

PROGRAMME **Planning journée**

15:30 > 17:30	FORUM ÉCHANGES ET VIDÉOS	Amphi. Bordeaux
V1	La contraception masculine	24 Toulouse - CHU Rangueil - Carine HUMBERT, Boris DELAUNAY
V2	Auto-sondage : apport des outils éducatifs et des témoignages patients	25 Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Catherine LODIGNON, Ingrid MURAT, Emmanuel CHARTIER-KASTLER
V3	Appareillage des stomies urinaires : et mon apparence dans tout ça ? Estime de soi suite aux changements de l'image corporelle des patients stomisés	26 Brive - Clinique Saint-Germain - Amélie KONOPCZYNSKI, Margaux BUCHILLOU
V4	La préparation cutanée de l'opéré : comment faire ?	27 Tours - CHU Bretonneau - Fabienne BEAUPIED, Katia EOUZAN, Adeline JARDIN, Franck BRUYÈRE
V5	Changement protocolisé de cystostomie	28 Toulouse - CHU Rangueil - Claire MOUREAU, Sandrine CHENET, Vincent FOULONNEAU



17:30	Assemblée Générale de l'AFIU	Amphi. Bordeaux (ouverte à tous les adhérents 2019 de l'association)
--------------	---	---

La contraception masculine

Toulouse - CHU Rangueil

Carine HUMBERT, Boris DELAUNAY

La contraception est une préoccupation ancienne de santé publique.

Cette préoccupation est principalement d'ordre pratique : contrôle de la population.

Dans les pays occidentaux, la contraception est majoritairement féminine à l'exception du préservatif masculin.

Elle doit présenter idéalement quatre critères : efficace, réversible, acceptable, faible coût¹.

Nous dresserons un état des lieux des méthodes actuelles pouvant être proposés aux hommes désireux d'adopter une contraception masculine.

¹ <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>

Auto-sondage : apport des outils éducatifs et des témoignages patients

Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière

Catherine LODIGNON, Ingrid MURAT, Emmanuel CHARTIER-KASTLER

Appareillage des stomies urinaires : et mon apparence dans tout ça ? Estime de soi suite aux changements de l'image corporelle des patients stomisés

Brive - Clinique Saint-Germain
Amélie KONOPCZYNSKI, Margaux BUCHILLOU

L'image corporelle est la représentation que le sujet a de lui-même et qui participe à la construction de son estime personnelle. Lors d'une intervention chirurgicale d'où découle l'instauration d'une urostomie, cette estime que le patient a de lui-même peut être amoindrie.

Notre prise en soin devrait alors s'adapter à ses besoins spécifiques en mobilisant nos connaissances scientifiques, nos compétences relationnelles et techniques et les différents membres de notre équipe pluriprofessionnelle. La prise en charge du patient dans sa globalité nous pousse à analyser nos objectifs dans le but d'être le plus en adéquation possible avec sa singularité. Ainsi, outre l'autonomisation du patient vis-à-vis de la gestion de sa stomie, nous souhaitons veiller à son bien-être et à sa qualité de vie.

Nous verrons alors comment, de façon pratique, notre activité peut s'adapter aux différentes étapes de la prise en soin du patient en respectant ses objectifs, son point de vue et son libre arbitre. Nous sommes conscients que cela demande du temps et de l'abnégation, d'où l'importance du fonctionnement en équipe et en réseau pour un accompagnement sur le long terme et se poursuivant donc au-delà des murs du service d'urologie. Dans ce sens, nous aborderons la façon dont nous pouvons préparer et accompagner les patients pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie du service pour qu'ils ne se retrouvent pas isolés mais plutôt qu'ils sachent quelles ressources investir selon leurs besoins.

Par ailleurs, différentes interviews de professionnels de santé et de patients viendront étayer notre propos et nous ancrer dans la réalité de notre métier.

Un temps d'échange vous sera réservé pour que nous puissions nous enrichir des expériences de chacun.

La préparation cutanée de l'opéré : comment faire ?

Tours – CHU Bretonneau

Fabienne BEAUPIED, Katia EOUZAN, Adeline JARDIN, Franck BRUYÈRE

La préparation cutanée de l'opéré est un des éléments permettant de réduire le risque infectieux post-opératoire. Les dernières recommandations sur la préparation cutanée de l'opéré datent de mai 2016. Ces recommandations sont issues d'un travail collaboratif entre la SFHH, la SFAR, la Société Française de Pharmacie, la Société Française de Chirurgie Ambulatoire mais aussi des sociétés d'organes comme l'AFU.

Le soignant joue un rôle essentiel par son information et l'éducation faite au malade quant à la douche pré-opératoire et la dépilation. Il assure également un rôle de formateur auprès de ses collègues concernant la déterction et le badigeon à réaliser.

Régulièrement, de nombreux(ses) IDE et IBODE sont confronté(s) à des différences de recommandations locales avec les données nationales : quelles recommandations faut-il suivre ? Et pourquoi ces différences ?

Changement protocolisé de cystostomie

Toulouse - CHU Rangueil

Claire MOUREAU, Sandrine CHENET, Vincent FOULONNEAU

Une cystostomie est une dérivation chirurgicale qui permet d'aboucher la vessie à la peau. En pratique, il diffère du cathéter sus-pubien par son caractère définitif. Le cathéter sus-pubien est mis en place dans un contexte d'urgence (rétention aiguë d'urine) quand le sondage vésical est contre-indiqué ou impossible. La cystostomie est quant à elle indiquée chez des patients qui ont été récusé pour une chirurgie de l'HBP. Le laisser en place au long cours impose donc un soin particulier : le changement régulier de la sonde vésicale mise en place dans la cystostomie. Dans le service d'Urologie au CHU de Rangueil, Toulouse, ce changement de sonde était réalisé par les internes lors d'une consultation dédiée. Afin d'autonomiser notre équipe d'infirmiers et d'infirmières, nous avons rédigé un protocole de soins permettant aux IDE de réaliser ce changement de sonde eux-mêmes.

En effet, le décret de compétence n° 2004-802 prévoit que ce soin puisse être réalisé par les IDE. Le protocole a ensuite été rédigé puis validé par les équipes paramédicales, médicales et administratives. L'objectif est de rendre les différentes équipes de notre hôpital autonomes sur ce geste grâce à ce protocole officialisé et à des formations.

08:45 Ouverture de la journée

Françoise PICARD, Présidente de l'AFIU
Thierry LEBRET, Président de l'AFU
Julien BRANCHEREAU, Marc GÉRAUD, organisateurs et référents AFU

09:00 > 11:10 BRÈVES

09:00 La climaturie, histoire singulière des hommes fontaines 32

Toulouse - CHU Ranguel - Jean-Pierre BASTIÉ, Amélie ROQUEFEUIL-HEITZ

09:20 Apport de l'hypnose lors de la pose d'une sonde vésicale 34

Joëlle CHEVALIER-CAMPAGNE, infirmière stomathérapeute libérale - Bayonne

09:40 La rééducation périnéale chez la femme 35

Elena MATEO, kinésithérapeute - Anglet

10:00 Les défis de la transplantation rénale avec donneur vivant 36

Nantes - CHU Hôtel-Dieu
Gaëlle FONTEILLE-KERMOAL, Virginie POIGNET, Lucile THEBAUD, Julien BRANCHEREAU

10:20 Pause et visite des stands

**11:00 Essais cliniques et projets de soins : rôle d'une infirmière de recherche clinique
en urologie 37**

Bordeaux - CHU Hôpital Pellegrin - Solène RICARD

PROGRAMME **Planning journée**

11:20 > 16:30 **CONFÉRENCES**

11:20 **L' Intelligence Artificielle au service de la santé : enjeux et défis** 38

Vincent VIMARD, consultant informatique - Nantes

12:05 Déjeuner

14:00 **Infirmière pivot en urologie au Québec** 39

Montréal - Hôpital Général Juif - Centre universitaire de santé McGill
Nathalie MAHER, Maurice ANIDJAR

14:25 **Risque médico-légal et traçabilité de la prescription** 40

Pontoise - Centre Hospitalier René-Dubos - Stéphane BART
Compiègne - Polyclinique Saint-Côme - Marc GÉRAUD
Colmar - Hôpitaux civils - Marc SCHNEIDER

14:55 **Remise du prix du meilleur atelier**

15:05 **2019 : vers une harmonisation de l'enseignement et de la gestion du sondage vésical entre tous les acteurs de soin ?** 41

Lucile CHANSON, infirmière libérale
La Roche-sur-Yon - CHD Vendée - François LUYCKX
Poitiers - CHU Hôpital de la Milétrie - Maxime VALLÉE

15:30 **Rôle de l'infirmière de coordination dans le parcours de soins transgenre** 42

Bordeaux - CHU Pellegrin - Laurianne GUENAICHEAU, Grégoire CAPON

15:55 **Les bijoux de Priape : piercings sexuels et urologie** 43

Toulouse - CHU Rangueil - Carine HUMBERT, Boris DELAUNAY

16:30 Fin des 40^{es} Journées

La climaturie, histoire singulière des hommes fontaines

Toulouse - CHU Rangueil

Jean-Pierre BASTIÉ, Amélie ROQUEFEUIL-HEITZ

La prostatectomie radicale proposée aux patients pour un cancer de la prostate expose à des risques connus d'effets secondaires, qui concernent particulièrement la continence urinaire et la capacité à obtenir ou maintenir une érection.

En marge de ces effets induits par la chirurgie, il est des troubles tout aussi invalidants et beaucoup moins évoqués comme les douleurs orgasmiques ou la climaturie.

Sous ce mot qui interroge se cache une émission d'urine lors de l'orgasme. C'est un évènement dont on parle très peu, qui ne concerne que les patients opérés récemment d'une prostatectomie totale. Mais qui touche quand même 20 % de cette population spécifique, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale.

Le terme peut surprendre, mais rappelons-nous qu'un climax est un point ultime ou culminant dans une succession ou une progression au travers du temps. Il est proche, par le sens, de l'acmé ou de l'apogée et synonyme d'orgasme dans la langue de Shakespeare.

Peu d'études ont été réalisées pour explorer cet aspect de la sexualité post-opératoire des patients ayant eu une prostatectomie radicale. Mais dans l'ensemble, elles retrouvent la même population d'hommes touchés par la climaturie, soit un sur cinq, qu'il s'agisse des études italienne (1) ou suédoise (2).

La plupart des auteurs mettent en avant un phénomène lié à la brièveté de l'urètre fonctionnel après la chirurgie. Le traumatisme chirurgical,

en particulier au niveau du col vésical, peut aussi expliquer, en partie, l'altération de la physiologie de cette éjaculation qui n'en est plus une.

Une dernière étude, italienne (3), a évalué le pourcentage de climaturie en comparant la prostatectomie totale en chirurgie ouverte et la même intervention en chirurgie robot-assistée.

Les résultats sont nettement en faveur de la chirurgie robot-assistée avec une récupération plus rapide sur le plan de la climaturie.

En consultation post-opératoire, de nombreux patients ainsi que leurs compagnes s'interrogent sur la persistance d'une « éjaculation » après la chirurgie. Pour certains, l'explication du phénomène est un traumatisme supplémentaire dans leur parcours de soins. Il complique la restauration de la fonction sexuelle qui devient dépendante d'une restauration complète de la continence. Pour d'autres, moins naïfs au départ, la gestion de cette complication est banalisée et s'inscrit dans les évènements mineurs qui entourent la réhabilitation de leur sexualité. Quel que soit le cas de figure, le rôle de la/du partenaire est primordial pour passer le cap et aider le patient à dépasser cette gêne fonctionnelle.

La consultation de sexologie clinique, qui encadre la restauration de la fonction sexuelle après la prostatectomie totale, doit prendre en compte la climaturie et proposer au patient des solutions. La première des recommandations consiste à vider la vessie avant un rapport sexuel. Pour les patients dont l'érection a déjà été restaurée, le port d'un

préservatif peut être proposé pour le confort des partenaires.

Enfin, la pratique a montré que les patients qui utilisent un vacuum pour obtenir une érection n'ont pas de fuite urinaire lors de l'orgasme car l'anneau, déposé à la base de verge avant le retrait du vacuum, bloque non seulement le sang dans les corps caverneux, mais aussi l'urine en amont de l'anneau.

La climaturie est tolérée de façon très différente suivant les couples. Certains n'y prêtent que peu d'attention, d'autres au contraire la perçoivent comme une malédiction qui s'ajoute aux autres problèmes, inhérents à ce type d'intervention, comme la diminution de la taille du pénis, souvent observée, et qui peut retentir de façon considérable sur l'image corporelle et l'estime de soi.

- (1) *Manassero F, Di Paola G, Paperini D, Mogorovich A, Pistolesi D, Valent F, Selli C. L'incontinence associée à l'orgasme (climacturia) après prostatectomie radicale épargnant le col de la vessie: évaluation clinique et vidéo-urodynamique. J Sex Med. 2012 août; 9 (8): 2150-6. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2012.02829.x. Epub 2012 3 juil.*
- (2) *Nilsson AE, Carlsson S, Johansson E, Jonsson MN, Nyberg T, Steineck G, Wiklund NP. Incontinence urinaire associée à l'orgasme et vie sexuelle après prostatectomie radicale.. J Sex Med. 2011 sept; 8 (9): 2632-9. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2011.02347.x. Epub 2011 23 juin.*
- (3) *Capogrosso P et coll. Orgasmic dysfunction after robot-assisted versus open radical prostatectomy. Eur Urol., 2016; 70: 223-226.*

Apport de l'hypnose lors de la pose d'une sonde vésicale

Joëlle CHEVALIER-CAMPAGNE, infirmière stomathérapeute libérale
Bayonne

La réalisation d'un sondage urinaire à demeure ou évacuateur est pour le soignant un acte technique qui ne doit pas faire oublier l'accompagnement et le confort du patient.

Des techniques hypnotiques sont à la disposition des praticiens formés à l'hypnose pour être efficace dans le soin tout en gagnant du temps.

La rééducation périnéale chez la femme

Elena MATEO, kinésithérapeute
Anglet

Le périnée féminin peut souffrir à différents moments de la vie d'une femme.

Par chance, la kinésithérapie peut apporter beaucoup de solutions sur les différentes pathologies rencontrées.

Avec une approche globale du problème, nous parlerons de diverses techniques : les classiques mais aussi la gymnastique abdominale hypopressive, les boules de geisha, RPG, etc.

Les défis de la transplantation rénale avec donneur vivant

Nantes - CHU Hôtel-Dieu

Gaëlle FONTEILLE-KERMOAL, Virginie POIGNET, Lucile THEBAUD, Julien BRANCHEREAU

À ce jour, le meilleur traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale est la greffe de rein.

Devant l'augmentation constante du nombre de patients sur liste d'attente de greffe, la transplantation avec donneur vivant s'avère être une option de choix pour palier au manque de greffons.

Celle-ci offre de nombreux avantages par rapport au donneur cadavérique :

- les reins sont de meilleure qualité (faible temps d'ischémie, donneurs jeunes) ;
- la disponibilité quasi immédiate, permettant la réalisation de greffes préemptives hors du contexte de l'urgence.

Qui peut être donneur ?

La famille proche, mais aussi toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur. Le don croisé est également possible depuis la loi de bioéthique du 7 juillet 2011.

L'agence de la biomédecine, créée en 2004, encadre cette activité :

- le consentement libre et éclairé du donneur est indispensable et révoquant à tout instant sans justification ;
- il doit également répondre à des critères anatomiques, physiologiques et éthiques ;
- il aura un bilan médical complet, devra passer devant le TGI et le comité d'éthique.

Prélever un organe chez une personne saine présente des contraintes techniques (rein droit, vaisseaux courts, pas de patch, rein jeune qui doit repartir vite) et organisationnelles (une ou deux salles d'opération/équipe).

Quelles sont les techniques chirurgicales pratiquées ? Chirurgie ouverte, cœlioscopie, assistance manuelle, robot.

Comment les équipes chirurgicales s'organisent-elles ? Prélèvement dans une salle et greffe dans une autre, ou l'une après l'autre dans la même salle ? Qu'en est-il du don croisé ?

Comment se déroule la greffe ?

Y a-t-il des différences techniques entre une greffe rénale issue d'un donneur vivant comparée à celle issue d'un donneur cadavérique ?

La technique chirurgicale est différente du fait d'un rein plus difficile à greffer. Mais le contexte n'est-il pas plus facile car la chirurgie est programmée et le receveur souvent plus jeune ?

Bien que se développant, la transplantation rénale issue de donneur vivant soulève un certain nombre de questions.

Quels sont les risques à court et long terme pour le donneur ?

Quelles sont les conséquences physiologiques, physiques et psychologiques du don ?

Dans un contexte de pénurie d'organes, peut-il y avoir des dérives ?

La transplantation rénale à partir de donneur vivant offre d'excellents résultats. La sécurité du donneur doit être la priorité absolue. Une évaluation attentive des candidats doit permettre de minimiser au maximum l'impact de la néphrectomie chez le donneur à court et long terme tout en optimisant les résultats de la transplantation.

Essais cliniques et projets de soins : rôle d'une infirmière de recherche clinique en urologie

Bordeaux - CHU Hôpital Pellegrin
Solène RICARD

L' Intelligence Artificielle au service de la santé : enjeux et défis

Vincent VIMARD, consultant informatique
Nantes

Dans un premier temps, nous allons tenter de démystifier le sujet de l'Intelligence Artificielle, voir ce qu'est « l'IA » et ce qui relève de la science-fiction, quelles sont les disciplines qui composent ce domaine et pourquoi de nos jours ce sujet fait il couler autant d'encre.

Que représentent les termes « Big Data », « Machine Learning », « Robotisation » et quels sont les impacts de ces technologies sur le monde d'aujourd'hui et de demain.

Quel est l'état de nos connaissances actuelles sur ces sujets, quelles sont les formes d'IA (forte et faible), que représente la notion d'apprentissage machine et la nécessaire comparaison à l'apprentissage humain.

Nous aborderons évidemment les applications relatives à la santé et au domaine médical, que peut-on espérer ou craindre de ces nouveaux outils et comment appréhender les changements à venir.

Nous traiterons également d'éthique, fondamentale dans la construction et l'utilisation de toute nouvelle technologie.

Nous verrons quels sont les impacts pour les professionnels de santé et les patients, mais aussi comment appréhender ce changement et les défis associés car vous avez un rôle à jouer dans cette transformation, mieux vaut en être acteur que spectateur.

Infirmière pivot en urologie au Québec

Montréal - Hôpital Général Juif - Centre universitaire de santé McGill
Nathalie MAHER, Maurice ANIDJAR

La base de notre travail d'équipe est centrée sur une communication permanente de façon formelle et informelle à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Le bon fonctionnement de notre équipe s'appuie sur une confiance mutuelle totale entre les différents membres de l'équipe.

Ceci nous apporte une plus grande satisfaction au travail et une augmentation de l'efficacité au niveau des interventions cliniques vis-à-vis des patients. Chaque membre travaillant dans ce système doit avoir une grande autonomie de fonctionnement.

Risque médico-légal et traçabilité de la prescription

Pontoise - Centre Hospitalier René-Dubos - Stéphane BART

Compiègne - Polyclinique Saint-Côme - Marc GÉRAUD

Colmar - Hôpitaux civils - Marc SCHNEIDER

2019 : vers une harmonisation de l'enseignement et de la gestion du sondage vésical entre tous les acteurs de soin ?

Lucile CHANSON, infirmière libérale

La Roche-sur-Yon - CHD Vendée - François LUYCKX

Poitiers - CHU Hôpital de la Milétrie - Maxime VALLÉE

Introduction

Le sondage vésical, notamment chez l'homme, est encadré par l'Article R.4311-10 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique.

Bien que ce geste soit encadré par la loi, il n'existe à ce jour aucune recommandation française formalisée sur un support unique et facilement accessible concernant la technique et la gestion du sondage vésical. L'objectif de ce travail était de donner un référentiel technique simple pour la réalisation du sondage vésical chez l'homme et l'entretien du dispositif de sondage.

Matériels et méthodes

Il a été réalisé une mise à jour et une adaptation des recommandations européennes en matière de sondage vésical en y apportant des arguments supplémentaires dans certaines situations afin de couvrir l'ensemble des aspects du sondage vésical.

Ce travail se veut avant tout pratique pour permettre aux IDE d'avoir un aperçu des connaissances sur le sujet.

Résultats

Nous donnons ici une technique de sondage reproductible permettant de limiter la iatrogénie du geste invasif le plus pratiqué en urologie.

Nous proposons également un schéma permettant d'harmoniser la gestion du sondage vésical à court et à long terme.

Nous fournissons également ici une vidéo résumant les bonnes pratiques lors du sondage vésical et permettant d'améliorer l'enseignement de ce geste technique.

Enfin, nous mettons à disposition un document d'aide pour la surveillance et la gestion du patient sondé à demeure.

Conclusion

Ce travail permet de fournir aux IDE un document pratique pour standardiser et sécuriser le sondage urétral, notamment masculin. La rédaction de recommandations ainsi que la création d'outils pédagogiques à destination du personnel médical et paramédical permettrait probablement d'améliorer les pratiques en la matière.

Rôle de l'infirmière de coordination dans le parcours de soins transgenre

Bordeaux - CHU Pellegrin
Laurianne GUENAICHEAU, Grégoire CAPON

Le parcours de soins des patients dysphoriques de genre s'effectue en majorité à l'hôpital public mais aussi en secteur libéral.

Plus d'une dizaine de professions et spécialités participent de près ou de loin à ce parcours.

Une coordination des différents acteurs entre eux est ainsi indispensable.

L'infirmière de coordination en centre hospitalier public a un rôle primordial dans la prise en charge des patients.

Elle assure différentes missions comme transmettre des protocoles de soins aux praticiens libéraux, avoir un rôle éducatif auprès d'autres soignants, orienter les patients et leurs familles dans leurs démarches et leur choix, aider à évaluer des situations problématiques pour les hospitalisations, s'assurer de la bonne coordination des rendez-vous médicaux et surtout être un interlocuteur privilégié pour les patients.

Mots clés : Coordination, infirmière, liaison, hôpital, parcours de soin

Les bijoux de Priape : piercings sexuels et urologie

Toulouse - CHU Rangueil
Carine HUMBERT, Boris DELAUNAY

Les piercings génitaux sont peu fréquents. Ils ont, en plus d'un rôle esthétique, un rôle de stimulation sexuelle, tant masculine que féminine. Ils sont variés, peu connus des urologues, et pourtant source de complications parfois graves.

Le but est de faire un tour d'horizon de ces différents piercings et des complications qu'ils peuvent engendrer.

Notes



Organisation

Colloquium - AFIIU 2019

33 rue Lafayette

75009 Paris

Téléphone : 01 44 64 15 15

E-mail : cfu@clq-group.com



colloquium